



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

**PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN
DEL TÍTULO DE MÉDICO ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y
OBSTETRICIA**

FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS
MATERNOS ASOCIADOS A HISTERECTOMIA OBSTÉTRICA EN MUJERES
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL PABLO ARTURO SUÁREZ DURANTE EL
PERÍODO DE ENERO 2013 A DICIEMBRE DE 2018

ALEXANDRA SOLEDAD HEREDIA RIERA

DIRECTOR DE TESIS:

DR. RENE PONTÓN

ASESOR METODOLÓGICO:

DR. CARLOS ERAZO

QUITO 2020

DEDICATORIA

A mi Padre Luis por su carácter, por su compromiso, por su apoyo incondicional a que cumpla todos mis sueños, a mi Madre Sonnia por su amor, por su ternura por su compañía y su coraje de darme siempre fuerzas y saber que cuento incondicionalmente con su hombro.

A mi esposo Carlos por compartir y enseñarme parte de la vida en este camino llamado Matrimonio.

A mi herman@ Santy, Silvy y los niños de mi corazón Alex y Mateo a pesar de nuestra distancia física siento su amor conmigo siempre.

A mi Tío César por su tiempo, su dedicación, su apoyo en todo en momento.

AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer A Dios por su amor, por la salud y la vida con la que me bendice todos los días.

A mis padres por ser mi pilar de fortaleza, de valores y virtudes, de amor, de compromiso, de entrega, de coraje y de humildad, mis hermanos y mis sobrinos por su dulzura y alegría que dan a mi corazón.

A mi esposo por su amor y su compañía.

A mis abuelitos Cesar, Teresa, Alfonso y Soledad por la nobleza de sus corazones y por grabar en mi corazón los mejores recuerdos de niña.

A César, Ximena y Alexia por su apoyo, sus locuras y siempre ayudarme a ver de forma positiva la vida.

A mis familiares que de una u otra forma han formado parte del camino.

A mis amigos que tuve el honor de conocer en el camino, muchos pasaron y otros se quedaron y han formado parte de mi vida y mi corazón, me han brindado su ayuda de forma desinteresada.

A la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, que me brindó la oportunidad de forjarme en sus instalaciones llenas de conocimiento y sabiduría.

A los diferentes hospitales por donde realice mis prácticas, por darme la oportunidad de ir mejorando mis destrezas, a mis maestros por mostrarme su conocimiento y por creer y confiar en mí, la vida de cada paciente.

A mi director de tesis Dr. Pontón, mi tercer lector Dr. Delgado, mi asesor metodológico Dr. Erazo por la paciencia y el apoyo en la realización de este proyecto.

ÍNDICE

RESUMEN	8
ABSTRACT	10
CAPITULO 1	12
INTRODUCCIÓN.....	12
CAPITULO II.....	14
MARCO TEÓRICO	14
CLASIFICACIÓN DE LAS HISTERECTOMIAS	15
Histerectomía de urgencia (Histerectomía Obstétrica).....	15
Histerectomía electiva	16
INDICACIONES DE LA HISTERECTOMÍA OBSTÉTRICA (Histerectomía de urgencia)	17
TÉCNICA QUIRÚRGICA.....	17
REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA: ANTECEDENTES EN ESTUDIOS DE CASOS Y CONTROLES.....	19
CAPITULO III	21
MARCO METODOLOGICO	21
JUSTIFICACIÓN.....	21
PROBLEMA DE LA INVESTIGACION.....	22
Planteamiento del problema.	22
Pregunta de investigación.....	22
OBJETIVOS.....	23
Objetivo General	23
Objetivos Específicos	23
HIPÓTESIS	23
METODOLOGIA.....	23
DISEÑO DE LA INVESTIGACION.....	23
UNIVERSO	24

MUESTRA	24
CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN	24
CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	24
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	24
OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	25
FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS.....	25
ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS.....	25
PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN:	30
IDENTIFICACIÓN DE LAS FUENTES DE INFORMACIÓN	30
INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	30
REGISTRO DE LA INFORMACIÓN.....	30
CEDULA DE IDENTIDAD:.....	30
HISTORIA CLINICA	30
EDAD	31
INSTRUCCIÓN:	31
ESTADO CIVIL:.....	31
OCUPACIÓN:.....	31
PROCEDENCIA:	31
ETNIA:	31
GESTAS:.....	31
PARTOS:.....	31
CESAREAS:.....	31
ABORTOS:	31
CONTROL PRENATAL:	31
EDAD GESTACIONAL	31
INTERVALO INTERGENESICO:.....	31
EMBARAZO MULTIPLE:.....	31

PREECLAMPSIA:	32
ECLAMPSIA:	32
HEMORRAGIA OBSTETRICA:	32
PREECLAMPSIA:	32
ANOMALIAS EN LA INSERCIÓN PLACENTARIA:	32
PARTO PRETERMINO:	32
PARTO POSTERMINO:	32
SEPSIS:	32
OBITO FETAL:	32
MALFORMACIONES UTERINAS:.....	32
TERMINACIÓN DEL EMBARAZO AL MOMENTO DEL ESTUDIO:.....	32
HISTERECTOMIA OBSTETRICA:	32
ARCHIVO DE LA INFORMACIÓN	33
ANÁLISIS DE DATOS	33
ASPECTOS BIOÉTICOS	33
CAPÍTULO IV	34
RESULTADOS	34
ANÁLISIS ESTADÍSTICO	37
ANÁLISIS BIVARIADO DE LOS FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS PARA HISTERECTOMÍA OBSTÉTRICA	39
CASOS Y CONTROLES	48
CAPÍTULO V	50
DISCUSIÓN	50
CAPÍTULO VI	55
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	55
CONCLUSIONES	55
RECOMENDACIONES	56

BIBLIOGRAFÍA	57
ANEXOS	64

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: La histerectomía obstétrica (HO) es uno de los procedimientos quirúrgicos utilizados como medida de control para la hemorragia posparto, considerándose una solución importante a este problema. HO está asociado con varios factores como: partos previos por cesárea, edad mayor de 35 años, multiparidad, hemorragias previas. HO es un evento de baja prevalencia en todo el mundo, en los últimos años en Ecuador se habían incrementado las cesáreas en un 45%, lo que podría conducir a aumentar el número de HO. Después de la investigación bibliográfica realizada, la información relacionada fue insuficiente incluso en el Instituto Nacional de Estadística y Censo (INEC). En base a estos antecedentes, surge la siguiente pregunta: ¿Cuáles son los factores sociodemográficos, maternos y obstétricos asociados con el HO en mujeres que fueron tratadas en el Hospital Pablo Arturo Suárez entre enero de 2013 y diciembre de 2018?

OBJETIVO: Identificar los factores de riesgo sociodemográficos y antecedentes obstétricos asociados a Histerectomía Obstétrica en mujeres atendidas en el Hospital Pablo Arturo Suárez durante el período de enero de 2013 a diciembre de 2018.

MÉTODOS: El diseño que se utilizó en este proyecto fue un estudio observacional de casos y controles, el periodo en el cual se levantó la información de datos secundarios de las historias clínicas fue de 170 pacientes (35 casos, 140 controles) en el Hospital Pablo Arturo Suárez durante 6 años, desde enero del 2013 a diciembre del 2018, se asignó los controles de forma aleatoria entre todas las pacientes gestantes que terminaron su embarazo mediante legrado, laparotomía por embarazo ectópico, cesárea o parto vaginal y se ingresaron los casos de todas las pacientes a quienes se realizó histerectomía obstétrica en este periodo de tiempo.

RESULTADOS: Entre los factores que aumentan el riesgo de histerectomía obstétrica tenemos: Edad > 27 años (OR=4,91; IC 2,08 – 11,59; valor de P: 0,01); Preclampsia (OR=10,23; IC 3,45 – 30,30; valor de P: 0,01); Hemorragia obstétrica: (OR=288; IC 67,4 – 1268; valor de P: 0,01); Óbito fetal (OR=5,89; IC 1,25 – 27,67; valor de P: 0,02); Terminación quirúrgica del embarazo: (OR= 5,57; IC 2,18 – 14,27; valor de P: 0,01); Anomalías en la inserción placentaria (OR=22,67; IC: 6,81 – 75,44; valor de P: 0,01); un

factor protector para histerectomía obstétrica fue: Embarazo mayor de 37 semanas (OR=0,32; IC 0,13 – 0,76; valor de P: 0,01).

CONCLUSIÓN: La edad mayor a 27 años, preeclampsia, hemorragia obstétrica, óbito fetal, terminación quirúrgica del embarazo, anomalías en la inserción placentaria constituyen un factor de riesgo para Histerectomía obstétrica, en las pacientes atendidas en el Hospital Pablo Arturo Suárez de Quito, durante el periodo de enero del 2013 hasta diciembre del 2018.

PALABRAS CLAVE: Histerectomía, parto, cesárea, aborto, embarazo ectópico, muerte fetal, preeclampsia, placenta previa, placenta acreta.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Obstetric hysterectomy (OH) is one of the surgical procedures used to control and as a definitive solution in the postpartum hemorrhage. OH is associated with several factors such as: prior deliveries by caesarean section, age over 35 years old, multiparity, previous hemorrhages. OH is a low prevalence event around the world, in the last years in Ecuador had been increased caesarean section deliveries in 45% which could drive to go up the number of OH. After literature research done the information related was insufficient even in the Instituto Nacional de Estadística y Censo (INEC). Based on this background the following question arises: What are the sociodemographic, maternal, obstetrics factors associated with OH in women whom were treated at the Hospital Pablo Arturo Suárez between January 2013 to December 2018?

OBJECTIVE: To identify the sociodemographic risk factors and obstetric history associated with obstetric hysterectomy in women treated at the Hospital Pablo Arturo Suárez during the period from January 2013 to December 2018.

METHODS: The design found in this project was an observational study of cases and controls, the period in which the secondary data information of the medical records was 170 patients (35 cases, 140 controls) at the Pablo Hospital Arturo Suárez for 6 years, from January 2013 to December 2018, assigned the controls randomly among all pregnant patients who ended their pregnancy through curettage, laparotomy, caesarean section or vaginal delivery and all patients admitted to the patients were admitted performed obstetric hysterectomy in this period of time.

RESULTS: Among the factors that increase the risk of obstetric hysterectomy are: Age > 27 years (OR = 4.91; IC 2.08 - 11.59; P<: 0.01); Preclampsia (OR = 10.23; IC 3.45 - 30.30; P<: 0.01); Obstetric hemorrhage: (OR = 288; IC 67.4 - 1268; P <: 0.01); Fetal death (OR = 5.89; IC 1.25 - 27.67; P<: 0.02); Surgical termination of pregnancy: (OR = 5.57; IC 2.18 - 14.27; P<: 0.01); Abnormalities in placental insertion (OR = 22.67; IC 6.81-75.44; P<: 0.01); A protective factor for obstetric hysterectomy was: Pregnancy greater than 37 weeks (OR = 0.32; IC 0.13 - 0.76; P<: 0.01).

CONCLUSION: Age over 27 years, preclampsia, obstetric hemorrhage, fetal death, surgical termination of pregnancy, placental insertion abnormalities constitute a risk factor for obstetric hysterectomy, in patients treated at the Pablo Arturo Suárez Hospital in Quito, during the period from January 2013 to December 2018.

KEY WORDS: Obstetric hysterectomy; Delivery, Obstetric; caesarean section; abortion; ectopic pregnancy; placenta previa; placenta accreta; fetal Death.

CAPITULO 1

INTRODUCCIÓN

Según la OMS aproximadamente 830 mujeres mueren cada día en su estado gestante o como complicaciones del parto por causas evitables, los países en desarrollo, dentro de este: las zonas rurales y la pobreza representan el 99% de la mortalidad materna, el mayor riesgo de morbilidad materna se relaciona con las adolescentes embarazadas. Entre 1990 al 2015, la razón de mortalidad materna (RMM; muertes maternas por 100000 recién nacidos vivos) mundial disminuyó en un 44%, de una RMM de 385 por 100000 nacidos vivos en 1990 a una RMM de 216 por 100000 nacidos vivos en 2015. El número anual de muertes maternas disminuyó en un 43%, de 532000 en 1990 a una cifra estimada de 303 000 en 2015. El riesgo mundial aproximado de muerte materna a lo largo de la vida disminuyó considerablemente: de 1 muerte por 73 mujeres a 1 por 180. (OMS | *Mortalidad materna*, 2018)

En Ecuador la RMM disminuyó el 65,4%, pasando de 185 casos presentados en el año 1990 a 64 casos en el año 2015 evidenciándose un progreso (OMS | *Mortalidad materna*, 2018)

La palabra histerectomía proviene del griego: *isteros* que significa útero y *ectomia* que significa extirpación. (Hernández-Sánchez & Díaz-Ramírez, 2017)

(Ramírez Cabrera et al., 2017) Indica que en Italia en el año 1876 se realizó la primera cesárea histerectomía en una paciente con diagnóstico de enanismo y pelvis raquílica por lo que no era posible un parto vaginal, esta fue la primera vez con éxito en donde sobrevivieron la madre y su hijo.

La extirpación del útero en una mujer embarazada posterior a terminar un embarazo por vía abdominal, parto vaginal o un curetaje se denomina “Histerectomía Obstétrica”. Este procedimiento es una indicación de emergencia, con diferentes técnicas para realizarla, como pauta para salvaguardar la vida de la paciente, las indicaciones frecuentes de este procedimiento es la hemorragia o cuadros de sepsis. (Suárez González et al., 2011)

La histerectomía obstétrica es un procedimiento quirúrgico que se realiza en la madre embarazada, debe ser ejecutada por personal e instituciones capacitadas, porque sus complicaciones como: pérdida de sangre, coagulación intravascular diseminada (CID), re-intervenciones quirúrgicas pueden ocasionar la muerte de la paciente. (Rodolfo L.

Casas-Peña, MD; Ibey Lorena Pérez-Varela, MD; Gustavo A. Chicangana-Figueroa, MD, 2012)

El propósito y la importancia de este estudio fue identificar los factores de riesgo sociodemográficos y antecedentes obstétricos asociados a Histerectomía Obstétrica de pacientes que fueron atendidas en un hospital público en la ciudad de Quito, para ofrecer de forma oportuna un manejo óptimo de la mujer embarazada y disminuir la morbi - mortalidad materno – fetal, que es uno de los principales objetivos del milenio según la Organización Mundial de la Salud.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

La palabra histerectomía proviene del griego: *isteros* que significa útero y *ectomia* que significa extirpación. (Hernández-Sánchez & Díaz-Ramírez, 2017)

Según la SEGO (Iglesias Guiu J Martín Jiménez A, 2007) y otros autores indican que la incidencia de histerectomía obstétrica varía considerablemente entre 0,2-1,5 por cada 1000 partos.

La cesárea – histerectomía se inventó para evitar cuadros de sepsis y de hemorragia en el siglo XIX, la primera vez se realizó en el año de 1869 por Horatio Storer y otros ayudantes pero la paciente y el hijo murieron por falla en el procedimiento, la primera vez que triunfo este procedimiento lo realizo Eduardo Porro en el año de 1876, y el procedimiento llevo su nombre, actualmente este procedimiento se indica para evitar la muerte en la paciente. (Iglesias Guiu J Martín Jiménez A, 2007)

(Faneite P, Rivera C, Faneite J, 2008) este autor indica que la histerectomía obstétrica debe ser manejado como un indicador de calidad en las gestantes, ya que en las pacientes que tengan factores de riesgo, puede ser evitable con un control y tratamiento adecuado y a tiempo.

(Vanegas Estrada et al., 2009) (Romero et al., 2008) indican que el antecedente de cesárea, ser mayor de 35 años, gran múltipara, legrados previos, sangrado en sus embarazos anteriores son factores de riesgo para que un embarazo termine en histerectomía obstétrica, también otros autores como (Vega M. et al., 2017) (Sheiner et al., 2003) añade cuadros de acretismo placentario por un incremento en cesáreas, además de consumo de tabaco y drogas.

Entre los sangrados al final del embarazo el 20% se debe a placenta previa, siendo responsable habitual de uso de hemoderivados y de histerectomía obstétrica. (Robert M. Silver, MD, 2015)

(Chibber R et al., 2012) estos investigadores realizaron un estudio en Kuwait un estado de Asia en un lapso de 26 años, en donde hubo 150,993 eventos obstétricos, de estos 59 terminaron en histerectomía obstétrica, los factores de riesgo independientes que encontraron fue edad avanzada, multiparidad, antecedentes de uno o más CS y placenta previa.

Los nombres que se designan a este procedimiento según el momento en que se realiza tenemos: si se realiza en el mismo momento de la cesárea se lo llama Histerectomía transcesárea, si se realiza un tiempo posterior al nacimiento del feto toma el nombre de Histerectomía posparto, si se realiza la extracción completa con el cérvix se denomina histerectomía abdominal total y si se deja el cuello uterino se denomina histerectomía supracervical o subtotal, si no hay indicación alguna de hacerlo se dejan las trompas, los ovarios en la mayoría de veces. (Cunningham, 2015)

CLASIFICACIÓN DE LAS HISTERECTOMIAS

Si bien se conoce que hay varias clasificaciones, muchos autores coinciden en dividir las según la circunstancia que la motiva.

Histerectomía de urgencia (Histerectomía Obstétrica)

1. “*Hemorragia* posparto por: atonía uterina, placenta previa, placenta acreta, hematoma retro placentario. En pacientes que se diagnostica útero de Couvelaire debe plantearse realizar una histerectomía”. (Ramírez Yopez & Gargatt Montalvo, 2012)

2. *Trauma*: existen lesiones en donde está comprometida la integridad de la pared uterina por ejemplo perforación posterior a un curetaje por aborto, embarazo ectópico accidentado cornual o cervical, en estos casos se puede realizar una exploración de la cavidad y se puede solucionar con sutura en el sitio de la lesión, si pese a intentar de esta manera no se logra manejar los cuadros de shock por hemorragia o infecciones se plantea la histerectomía obstétrica de manera inmediata. Cuando existen desgarros del canal vaginal la histerectomía es debatible y hay que tener en cuenta si se acompaña de trastornos de la coagulación. (Rong J et al., 2014)

3. “*Etiología médica*: Trastorno de la coagulación por síndrome de HELLP, esteatosis hepática del embarazo, preeclampsia con signos de gravedad. Si la hemorragia es masiva puede originarse una coagulopatía intravascular diseminada o de consumo, que aumenta la probabilidad de muerte de la paciente” (Herrera & Eduardo, 2018)

4. *Infección*: cuando existe una infección uterina como una endometritis, que pese al uso de medicación antibiótica no hay buena respuesta conduce a cuadros complicados de infección generalizada de la pelvis conocida como pelviperitonitis, en donde hay que

retirar el foco infeccioso y se debe decidir una histerectomía para evitar una falla multiorgánica y la muerte de la paciente. (Lugo, 2019)

5. *Inversión uterina*: frente a este cuadro es importante como primer punto la valoración del estado hemodinámico de la paciente y ver si el útero no se encuentra necrosado, como primera opción se podría intentar una reducción para evitar la radicalidad de la cirugía, si esto no es factible se debe decidir una histerectomía. (Lugo, 2019)

Histerectomía electiva

En este grupo podemos indicar en los siguientes casos.

1. *Oncológicos*: en el momento que una mujer embarazada es diagnosticada de cáncer en el cuello uterino depende de la etapa de diagnóstico, si es invasiva se debe decidir una histerectomía en las primeras etapas del embarazo, si llega al final del embarazo se debe programar una cesárea – histerectomía y así disminuye el riesgo que células cancerosas se diseminen por canal vaginal. Si existe un cáncer de ovario depende del estadiaje y edad gestacional, si el hallazgo es dentro del inicio del embarazo se indicara un protocolo de ovario en donde se completa la histerectomía al final del embarazo, si el tumor está en un estadio temprano, de forma local, se programara una anexectomía derecha e izquierda, omentectomía en cualquier etapa del embarazo hasta llegar al final de la gestación y completar con una cesárea el protocolo de ovario. El cáncer de cérvix es la causa común para una histerectomía obstétrica, la neoplasia de ovario es menos frecuente (Ramírez Yopez & Gargatt Montalvo, 2012)

2. “ *Causa benigna*: en estos casos la histerectomía se reserva cuando se acompaña de síntomas que no responden a tratamiento clínico, o en miomas complicados (degeneración, miomas gigantes, necrosis, infección, atonía por los miomas)” (Gutiérrez & Andrés, 2014)

3. *Otras*: la literatura indica la realización de histerectomía como en cuadros de: alteraciones menstruales, placenta previa sin acretismo placentario, dolor pélvico crónico, corioamnionitis, esterilización, sin embargo es muy raro que en la práctica clínica se procede a ser tan radical en un tratamiento ya que son cuadros que no amenazan la vida de una mujer y se puede optar por tratamientos menos agresivos. (Gutiérrez & Andrés, 2014)

INDICACIONES DE LA HISTERECTOMÍA OBSTÉTRICA (Histerectomía de urgencia)

Entre las indicaciones de una histerectomía obstétrica o de urgencia están las que se deben realizar de forma inmediata sin demorar en la indicación e inicio de la misma.

1. *Indicaciones absolutas:* en casos de ruptura uterina secundaria a una cesárea anterior, por mal uso de maniobras durante el parto ejemplo maniobra de Kristeller, en un útero de Couvaliere en donde se forma un hematoma atrás de la placenta y la sangre infiltra la musculatura del útero (Calucho W., 2009), difícil contractibilidad del útero que no permite parar el sangrado masivo, cuadros de pelviperitonitis o sepsis. (Vega M. et al., 2017).

2. *Indicaciones electivas:* en esos casos tenemos diagnósticos de “cáncer invasor del cuello uterino, neoplasia ovárica, miomatosis uterina de grandes elementos, síndrome adherencial, anomalías en la inserción placentaria, coriamnionitis grave, enfermedades que suprimen la función del ciclo menstrual como talasemia, enfermedad de Werlhof entre otros.” (Ramírez Yepez & Gargatt Montalvo, 2012).

TÉCNICA QUIRÚRGICA

El embarazo da cambios fisiológicos y mientras más avanzado este en edad gestacional puede existir modificaciones anatómicas y aumento en la irrigación sanguínea del útero, en si la técnica quirúrgica no cambia mucho en relación a histerectomías realizadas en mujeres sin embarazo y se asemeja cuando cursan hasta el segundo trimestre del embarazo. (Iglesias Guiu J Martín Jiménez A, 2007)

Técnica de histerectomía periparto

Se debe realizar tracción del cuerpo uterino en donde se observe la anatomía y sean visibles los sitios a identificar para el clampeo, se puede utilizar los separadores Deaver, Alexis, Sullivan; se realiza la separación vesico - uterina en dirección al cuello del útero, como esto se realiza posterior a la extracción del producto y la placenta, se realiza una breve histerorrafia si el sitio tuviera un sangrado importante. Se realiza pinzamiento con pinza uterina o Kocher de los ligamentos redondos de forma bilateral y se procede al corte y posterior ligadura, se debe observar que el colgajo vesico-uterino este bien disecado y se lateraliza hacia el ligamento ancho de forma lateral en la hoja anterior hasta alcanzar los ligamentos redondos ya disecados, posterior se perforan a nivel de la hoja posterior del ligamento ancho por debajo de las trompas uterinas, de los

ligamentos útero - ováricos y los vasos ováricos, se clampea se corta y se liga de forma bilateral, se diseca la hoja posterior del ligamento ancho y se empuja hacia los ligamentos útero sacros, se debe identificar las arterias uterinas bilateralmente y se pinza muy cercano al cuerpo uterino, se procede a cortar y posterior a realizar una sutura fija del mismo sin traccionar. Hasta aquí se puede realizar histerectomía supracervical subtotal evitando un sangrado excesivo y disminuyendo el tiempo quirúrgico, se puede optar también terminar en una histerectomía total. (Bodelon et al., 2009)

Histerectomía supracervical o subtotal.

“Sólo se requiere amputar el cuerpo del útero justo por debajo del nivel en que se ligan las arterias uterinas. El muñón del cuello puede cerrarse con sutura continua o puntos sueltos. En la mayoría de veces la histerectomía subtotal es todo lo que se requiere para detener una hemorragia y tal vez sea la intervención quirúrgica más prudente en algunas pacientes”. (Watanasomsiri et al., 2006)

Histerectomía total

En este tipo de histerectomía se realiza la separación vesical. Esto llevara a los uréteres en dirección caudal conforme la vejiga se retrae detrás de la sínfisis del pubis e impedirá las laceraciones o las suturas de la vejiga durante la incisión del cuello uterino y el cierre de la cúpula vaginal. (Vázquez et al., 2008)

Los ligamentos de sostén en la región pélvica como los cardinales, los uterosacros y los vasos grandes se sujetan con pinzas uterinas. Las pinzas se las coloca muy cerca del cérvix. El tejido entre las pinzas se incide y se liga el pedículo distal. Estos pasos se repiten hasta que se alcanza el nivel del fondo de saco vaginal lateral. De esa manera, se pinzan, cortan y ligan las ramas descendentes de los vasos uterinos, conforme se diseca el cuello uterino de los ligamentos cardinales. Por debajo del cuello uterino, se coloca una pinza curva a través del fondo del saco vaginal lateral y se incide el tejido en dirección medial por arriba de la pinza, se extrae el útero, se realiza la sutura y se forma el muñón vaginal. (Iglesias Guiu J Martín Jiménez A, 2007)

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA: ANTECEDENTES EN ESTUDIOS DE CASOS Y CONTROLES

Chibber R y colaboradores en el año 2012 realizaron un estudio de casos y controles sobre Histerectomía periparto de emergencia en Kuwait (Asia), fue un estudio retrospectivo de casos y controles. Los casos consistieron en todas las mujeres que se sometieron a EPH entre enero de 1983 y enero de 2011 y se realizó la relación casos – control (1/2).

Hubo 150,993 eventos obstétricos de los cuales 59 terminaron en histerectomía obstétrica pero solo 56 fueron analizados porque 3 archivos no estaban disponibles. Se observó que la edad avanzada (edad media 36 +/- 5.7 vs. 22 +/- 5.3 años, $p < 0.01$), la multiparidad ($p = 0.02$), cesáreas previas ($p < 0.01$), placenta previa ($p < 0.01$). Aumentaron significativamente los riesgos de histerectomía periparto. (Chibber R et al., 2012)

En un estudio titulado Factores de riesgo asociados con histerectomía periparto de emergencia en el año 2014, Jin Rong y colaboradores realizaron un estudio en Shanghai Jiao Tong, entre el 1 de enero de 2005 y el 30 de junio de 2013, fue un estudio de casos y controles, en donde se realizó 89 178 eventos obstétricos de los cuales 21 pacientes terminaron en histerectomía periparto de emergencia los cuales concluyeron que entre los factores de riesgo independientes para histerectomía obstétrica fue: coagulación intravascular diseminada (CID) (OR: 9.9, IC 95% 2.8-34, $P = 0.003$), cesárea previa (OR: 5.27; IC 95%: 1.48-17.9, $P = 0.009$), placenta previa (OR: 6.9; IC 95% 1.6-2.9, $P = 0.008$), la hemorragia posparto (OR: 1.001; IC 95% 1.001-1.002, $P = 0.002$), placenta acreta (OR : 68; IC 95% 10-456, $P = 0.004$), el uso de agentes tocolíticos prenatalmente (OR: 6.55, IC 95% 1.34-32.1, $P = 0.049$)” (Rong J et al., 2014)

En el año 2009 Bodelon C y colaboradores realizaron un estudio de casos y controles titulado Factores asociados a histerectomía periparto en Washington en donde las relación controles – casos fue 4:1, fue una muestra de 896 histerectomías, concluyeron que los factores de riesgo relacionados con histerectomía fue: Placenta previa (192 casos versus

23 controles; OR = 7.9, IC 95%: 4.1–15.0), desprendimiento prematuro de placenta (71 vs. 55; OR = 3.2, IC 95%: 1.8–5.8) y placenta retenida (214 vs 28; OR = 43.0, IC 95%: 19.0–97.7) el parto vaginal después de una cesárea (27 casos frente a 105 controles; OR = 1.9, IC 95%: 1.2–3.0), cesárea primaria (270 frente a 504; OR = 4.6, IC 95%: 3.5–6.0) y repetir la cesárea (296 vs. 231; OR = 7.9, IC 95%: 5.8–10.7). En este estudio tener gestaciones múltiples no fue un factor de riesgo. (Bodelon et al., 2009)

Macharey Georg y colaboradores en el año 2014 realizaron una revisión de 10 años en Helsinki, fue un estudio retrospectivo, casos y controles, en este estudio se identificó 124 casos de histerectomía obstétrica entre los años 2000 y 2010 se realizó el control con 248 pacientes. Se concluyó que las pacientes cuyo parto actual fue vaginal con antecedente de cesárea (OR= 6.1), someterse a su primera cesárea (OR=9.06), someterse a cesárea con antecedentes de cesárea anterior (OR= 22.2), aumentaban el riesgo para terminar en histerectomía obstétrica. (Macharey et al., 2014)

En Perú en el 2014 Rubio M. realizó un estudio de factores de riesgo relacionados a histerectomía obstétrica en pacientes con cesárea del 2011 al 2014, fue una investigación de tipo retrospectivo, de diseño analítico caso control; fueron estudiados 44 pacientes que se realizó cesárea y terminaron en histerectomía obstétrica (casos) y 88 pacientes que se realizó cesárea que no terminaron en histerectomía obstétrica (controles). En las pacientes con cesárea sometidas a histerectomía obstétrica se encontró: OR nulíparas - primíparas = 1.49, OR nulíparas - multíparas = 3.2, OR nulíparas – gran multíparas = 2.42; las mujeres con cicatriz de cesárea previa OR= 1.63, las mujeres con controles prenatales tienen un riesgo 1.11 mayor a ser histerectomizadas que aquella sin atención prenatal; el embarazo prematuro presentaría 1.49 veces mayor riesgo frente a un embarazo a término. Se encontró como principal indicación de Histerectomía Obstétrica la Atonía Uterina en 65.9%, en segundo lugar la miomatosis 6.8%, seguida de Inminencia de Rotura Uterina, Hemorragia, Acretismo Placentario, Útero de Couvelaire, Shock Hemorrágico en 4.5%. Se encontró relación estadísticamente significativa ($\chi^2=72.854$; $p=0.000$) entre Hemorragia Obstétrica e Histerectomía Obstétrica (OR= 52.071, IC al 95%). (Rojas, 2014)

CAPITULO III

MARCO METODOLOGICO

JUSTIFICACIÓN

Según la SEGO (Iglesias Guiu J Martín Jiménez A, 2007) y otros autores indican que la incidencia de histerectomía obstétrica varía considerablemente entre 0,2-1,5 por cada 1000 partos.

La realización de una histerectomía obstétrica se da como último recurso frente a un cuadro de hemorragia masiva en donde se han agotado otras medidas menos invasoras con la finalidad de salvar la vida de una mujer.

“En 1985, la comunidad internacional ha considerado que la "tasa ideal" para las cesáreas debe oscilar entre 10% y 15%. Se estima que a nivel mundial, la tasa de cesárea supera el ideal. En las Américas, es del 38,9% en promedio, según los últimos datos disponibles de 25 países. Esta cifra, sin embargo, podría ser mayor ya que en muchos casos no se tiene en cuenta las cesáreas que se realizan en el sector privado.” (Mitchell & pahowho, 2015)

Mientras mayor es el número de cesáreas, mayor es el número de complicaciones al cual se expone la mujer, la principal es la inserción anormal de la placenta, que en la segunda cesárea alcanza al 40% de los casos y a partir de la tercera supera el 60%, representando un riesgo de muerte materna por hemorragia. (Mitchell & pahowho, 2015)

Según datos del INEC el porcentaje de nacimientos por cesárea en los años 2012 -2016 en la provincia de Pichincha fueron: 2012 – 40,87%; 2013 – 44,51%; 2014 – 45,35%; 2015 – 44,86%; 2016 - 42.38% (*Boletín NACIMIENTOS POR cesáreas 2012-2016*, 2016), esto indica que en nuestra provincia si bien se aprecia una disminución comparada con los años anteriores, se encuentra por encima de la tasa ideal indicada por la OMS, se puede esperar que con el aumento significativo de cesáreas, el número de histerectomías obstétricas podría aumentarse.

El propósito y la importancia de este estudio fue identificar los factores de riesgo sociodemográficos y antecedentes obstétricos asociados a Histerectomía Obstétrica de pacientes que fueron atendidas en un hospital público en la ciudad de Quito, una vez finalizado se cuenta con información local para ofrecer de forma oportuna un manejo óptimo de la mujer embarazada y disminuir la mortalidad materna.

Los ginecólogos – obstetras al ser los principales responsables de la salud de la embarazada nos vemos obligados en dar a conocer a médicos generales, quienes pueden dar atención en áreas, rurales, emergencias, centros de salud sobre los factores sociodemográficos y antecedentes obstétricos , para que pacientes de alto riesgo sean derivadas de forma oportuna a un mayor nivel de atención

PROBLEMA DE LA INVESTIGACION

Planteamiento del problema.

Los factores sociodemográficos que se han observado en otros estudios son: el antecedente de cesárea anterior, realización de legrados, la multiparidad, la hemorragia por atonía uterina, edad materna avanzada, alteración en la implantación placentaria.

No se encuentro datos estadísticos en el INEC sobre histerectomía obstétrica, en la revisión de literatura en Quito no hay estudios de caracterización de factores de riesgo en las mujeres que se realizó una histerectomía obstétrica, por lo que nació la necesidad de realizar este estudio que proporcione la orientación necesaria al Médico Gineco - Obstetra para determinar el riesgo que tiene cada paciente y el cuidado que se debe dar en los diferentes niveles de atención de salud en el momento de la terminación de un embarazo y disminuir la mortalidad materna.

Si existe en los últimos años un número aumentado de cirugías relacionadas con la cesárea aproximadamente el 40%, se espera que exista un aumento en las histerectomía obstétricas, afectando esto la calidad de vida de las pacientes, por eso me planteo la siguiente pregunta.

Pregunta de investigación

¿Cuáles son los factores sociodemográficos y antecedentes obstétricos maternos asociados a Histerectomía Obstétrica en mujeres atendidas en el Hospital Pablo Arturo Suárez durante el periodo de enero de 2013 a diciembre de 2018?

OBJETIVOS

Objetivo General

Identificar los factores de riesgo sociodemográficos y antecedentes obstétricos asociados a Histerectomía Obstétrica en mujeres atendidas en el Hospital Pablo Arturo Suárez durante el periodo de enero de 2013 a diciembre de 2018.

Objetivos Específicos

1.- Describir los características sociodemográficos y obstétricas de las mujeres sometidas a histerectomía obstétrica que fueron atendidas en el Hospital Pablo Arturo Suárez durante el periodo de enero de 2013 a diciembre de 2018.

2.- Determinar la asociación de los factores sociodemográficos y obstétricos con la histerectomía obstétrica en mujeres atendidas en el Hospital Pablo Arturo Suárez durante el periodo de enero de 2013 a diciembre de 2018.

HIPÓTESIS

Los factores sociodemográficos como: edad mayor a 35 años, el estado civil “soltera” y los antecedentes obstétricos: como cesárea anterior, multiparidad, hemorragia obstétrica previa, anomalías en la inserción placentaria, se asocian a histerectomía obstétrica en mujeres atendidas en el hospital Pablo Arturo Suárez durante el periodo de enero de 2013 a diciembre de 2018.

METODOLOGIA

DISEÑO DE LA INVESTIGACION.

El diseño de este estudio es observacional, retrospectivo de casos y controles, en donde se tomó en cuenta los archivos clínicos de las pacientes atendidas en el Hospital Pablo Arturo Suarez durante el periodo enero 2013 a diciembre 2018 que presentaron el diagnostico de egreso “Histerectomía Obstétrica” (CASOS) y otro grupo de mujeres atendidas por: parto, cesárea, aborto y/o embarazo ectópico en el mismo lapso de tiempo, en la misma casa de salud que no terminaron en histerectomía obstétrica (CONTROLES).

UNIVERSO

La población estará constituida de la siguiente manera:

Grupo casos: todas las mujeres sometidas a Histerectomía Obstétrica en el Hospital Pablo Arturo Suárez durante el periodo de enero de 2013 a diciembre de 2018.

Grupo control: todas las mujeres embarazadas que terminaron su embarazo mediante legrado, laparotomía por E. ectópico, cesárea, parto vaginal y fueron atendidas en el Hospital Pablo Arturo Suárez durante el periodo de enero de 2013 a diciembre de 2018.

MUESTRA

Se estima que en el periodo del 2013 al 2018 en el Hospital Pablo Arturo Suarez se atendió 15492 pacientes obstétricas (partos, cesáreas y abortos) y en eventos complicados como la histerectomía obstétrica se calcula haber tenido 35 casos.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Mujeres sometidas a Histerectomía Obstétrica en el Hospital Pablo Arturo Suárez entre enero de 2013 a diciembre de 2018.

Mujeres sometidas a Histerectomía Obstétrica que tengan la historia clínica con información de factores sociodemográficos y antecedentes obstétricos.

Mujeres gestantes que fueron atendidas en el Hospital Pablo Arturo Suárez entre enero de 2013 a diciembre de 2018. Para la terminación del embarazo ya sea por legrado, laparotomía por E. ectópico, parto vaginal o cesárea.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

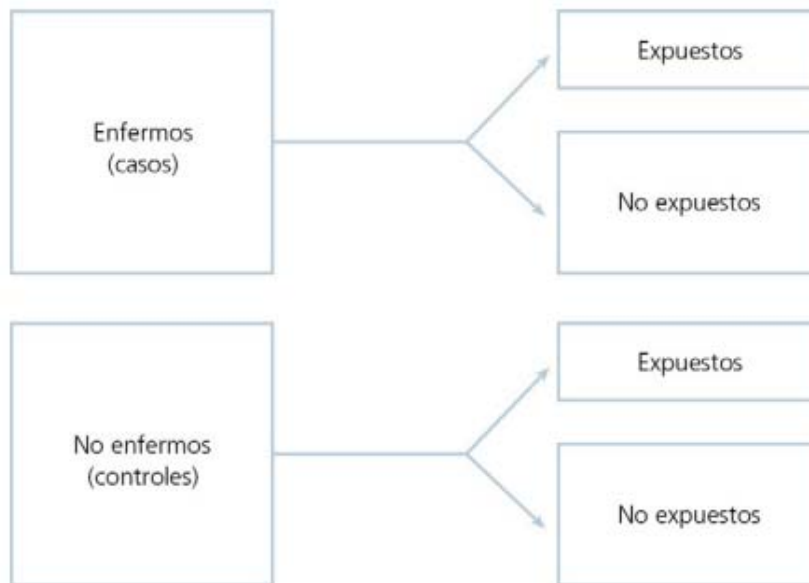
Mujeres sometidas a Histerectomía Obstétrica en el Hospital Pablo Arturo Suárez antes de enero de 2013 y después de diciembre de 2018.

Mujeres sometidas a Histerectomía Obstétrica cuya historia clínica no tenga información de factores sociodemográficos y antecedentes obstétricos que se plantean en el estudio.

Mujeres gestantes que fueron atendidas el final de su embarazo en otra casa de salud

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Estructura básica del estudio casos y controles a ser desarrollado



FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS

Edad

Instrucción

Estado Civil

Ocupación

Procedencia

Etnia

ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS

Gestas

Partos

Cesárea

Abortos

Control prenatal

Edad gestacional

Intervalo intergenésico

Embarazo múltiple

Preclampsia

Eclampsia

Hemorragia obstétrica

Anomalías en la inserción placentaria

Parto pretérmino

Parto postérmino

Sepsis

Muerte fetal - Óbito fetal

Malformaciones uterinas

Terminación de embarazo al momento del estudio.

Histerectomía Obstétrica.

Factores Sociodemográficos

Variable.	Definición	Dimensiones	Escala	Indicador	Tipo variable
Edad	Espacio de años que han corrido de un tiempo a otro, desde el nacimiento hasta la inclusión en el estudio	Años cumplidos	Numérica	Medidas de tendencia central y dispersión.	Cuantitativa
Nivel de Educación	Es el nivel de escolarización y/o estudios de las participantes en la investigación.	Analfabeta Primaria Secundaria Superior	Categórica	Porcentaje Frecuencia relativa Frecuencia absoluta	Cualitativa
Estado Civil	Situación o condición conyugal en la cual se encontraban las pacientes.	Soltera Casada Unión libre Divorciada Viuda	Categórica	Porcentaje Frecuencia relativa Frecuencia absoluta	Cualitativa
Ocupación	Tipo de trabajo que realizaban las pacientes	Ama de casa Comerciante Profesional Otros	Categórica	Porcentaje Frecuencia relativa Frecuencia absoluta	Cualitativa
Procedencia	Lugar de residencia	Urbano Rural	Categórica	Porcentaje Frecuencia relativa Frecuencia absoluta	Cualitativa
Etnia	Conjunto de personas que pertenecen a una misma raza	Mestiza Blanca Indígena Negra Otra	Categórica	Porcentaje Frecuencia relativa Frecuencia absoluta	Cualitativa

Antecedentes Obstétricos

Variable.	Definición	Dimensiones	Escala	Indicador	Tipo variable
Gestas	Es el número total de embarazos que ha tenido una mujer	Número de embarazos	Numérico	Medidas de tendencia central y dispersión.	Cuantitativa
Partos	Número de embarazos que se resolvieron por parto vaginal	Número de partos	Numérico	Medidas de tendencia central y dispersión.	Cuantitativa

Cesárea	Número de embarazos que se resolvieron por cesárea	Número de cesáreas	Numérico	Medidas de tendencia central y dispersión.	Cuantitativa
Abortos	Es la pérdida del embarazo antes de las 20 semanas	Número de abortos	Numérico	Medidas de tendencia central y dispersión.	Cuantitativa
Control prenatal	Un control prenatal óptimo en el embarazo de bajo riesgo según la OMS comprende un mínimo de cinco chequeos, esto disminuye sustancialmente el riesgo de complicaciones y muerte tanto materna como perinatal.	Número de controles prenatales	Numérico	Medidas de tendencia central y dispersión.	Cuantitativa
Edad gestacional	Tiempo en semanas, desde el primer día del último ciclo menstrual hasta la interrupción del embarazo	Semanas de gestación que conste en la historia clínica	Numérico	Medidas de tendencia central y dispersión.	cuantitativo
Intervalo intergenésico	El periodo intergenésico es el tiempo que ha transcurrido desde el último evento obstétrico y el inicio del siguiente embarazo.	Años	Numérico	Medidas de tendencia central y dispersión.	Cuantitativo
Embarazo múltiple	Desarrollo simultaneo en el útero de 2 o más fetos	SI NO	Categórico	Porcentaje Frecuencia relativa Frecuencia absoluta	Cualitativa
Preclampsia	Es la alteración en la tensión arterial mayor o igual a 140/90 que generalmente ocurre después de las 20 semanas de embarazo y se acompaña o no de sintomatología vasomotora	SI NO	Categórico	Porcentaje Frecuencia relativa Frecuencia absoluta	Cualitativa
Eclampsia	Desarrollo de convulsiones tónico - clónicas generalizadas y/o de coma inexplicado en la segunda mitad del embarazo, durante el parto o puerperio, no atribuible a otras patologías.	SI NO	Categórico	Porcentaje Frecuencia relativa Frecuencia absoluta	Cualitativa
Hemorragia obstétrica	La pérdida sanguínea de origen obstétrico, con presencia de alguno de los siguientes criterios: pérdida del 25% de volemia, caída del hematocrito mayor de 10 puntos, presencia de cambios hemodinámicos o perdida mayor de 500ml en parto vaginal o 1000 ml en cesárea	SI NO	Categórico	Porcentaje Frecuencia relativa Frecuencia absoluta	Cualitativa
Anomalías en la inserción placentaria	Conjunto de anomalías ocasionadas por una inadecuada inserción o invasión placentaria.	- Acretismo placentario - Placenta previa	Categórico	Porcentaje Frecuencia relativa Frecuencia absoluta	Cualitativa
Parto pretérmino	Es el parto que se produce antes de las 37 semanas de gestación	SI NO	Categórico	Porcentaje Frecuencia relativa Frecuencia absoluta	Cualitativa

Parto postérmino	El embarazo postérmino es una gestación que dura ≥ 42 semanas.	SI NO	Categorico	Porcentaje Frecuencia relativa Frecuencia absoluta	Cualitativa
Sepsis	Sepsis: la presencia de SIRS asociada a la confirmación de un proceso infeccioso	SI NO	Categorico	Porcentaje Frecuencia relativa Frecuencia absoluta	Cualitativa
Óbito fetal	Muerte fetal que ocurre intrauterino.	SI NO	Categorico	Porcentaje Frecuencia relativa Frecuencia absoluta	Cualitativa
Malformaciones uterinas	Una malformación uterina es el resultado de un desarrollo anormal de los conductos mullerianos durante la embriogénesis. Los síntomas van desde una amenorrea, infertilidad, pérdida recurrente de embarazos y dolor hasta un funcionamiento normal dependiendo de la naturaleza del defecto.	SI NO	Categorico	Porcentaje Frecuencia relativa Frecuencia absoluta	Cualitativa
Terminación del embarazo al momento del estudio.	Es el tipo de intervención que culmino el embarazo una gestante en el lapso del estudio de esta investigación	Parto Cesárea Legrado	Categorico	Porcentaje Frecuencia relativa Frecuencia absoluta	Cualitativa
Histerectomía obstétrica	Extracción del útero en una mujer gestante después de una cesárea, un parto vaginal o un aborto por complicaciones durante el embarazo, parto o puerperio.	Se realizó histerectomía obstétrica. No se realizó histerectomía obstétrica.	Categorica	Porcentaje Frecuencia relativa Frecuencia absoluta	Cualitativa

Elaboración propia: Dra. Alexandra Heredia Riera

PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN:

Previo autorización de las autoridades competentes de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, del Departamento de Docencia e Investigación del Hospital Pablo Arturo Suárez, se procedió a solicitar al Departamento de Estadística del HPAS la base de datos con las historias clínicas de las pacientes que egresaron de la institución por la atención de su parto, cesárea, aborto y/o embarazo ectópico durante el periodo comprendido entre enero 2013 a diciembre 2018, que tuvieron como diagnóstico de egreso Histerectomía Obstétrica y de forma aleatoria un número de historias clínicas que no tuvieron diagnóstico de histerectomía obstétrica para completar la relación 1:4 de casos y controles, se obtuvo de cada paciente datos sobre los factores sociodemográficos y antecedentes obstétricos.

Todas las historias clínicas tomadas cumplieron con los criterios de inclusión, y las que no cumplieron los parámetros fueron retirados de este estudio.

IDENTIFICACIÓN DE LAS FUENTES DE INFORMACIÓN

Para este estudio la información se obtuvo:

Historias clínicas de las pacientes.

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la presente investigación se diseñó un formato en Word con 27 celdas en donde consta cada variable con su subdivisión para la recopilación de la información en el departamento de Estadística del Hospital Pablo Arturo Suarez y posterior ingreso de información en el software EPI-INFO 7.2.2.2 (CDC,USA)

REGISTRO DE LA INFORMACIÓN

El registro de la información lo realizó la investigadora del presente estudio, en el instrumento especialmente diseñado para la investigación, de la siguiente manera:

CEDULA DE IDENTIDAD: Se colocó esta opción para no registrar nombres, además para posible constatación de datos

HISTORIA CLINICA: se colocó esta opción para identificación de datos ingresados.

EDAD: se colocó para ingreso en números enteros como se registra en el archivo y posterior análisis con rangos de 10-19; 20-25; 26-34; y mayor a 35 años.

INSTRUCCIÓN: se colocó según la información que se obtiene de la historia clínica en: analfabeto, primaria, secundaria y superior.

ESTADO CIVIL: se colocó según la información que se obtiene de la historia clínica en: soltera, casada, unión libre, divorciada y viuda.

OCUPACIÓN: se marcó como: ama de casa, comerciante, profesional y otros según consta en la información de la historia clínica.

PROCEDENCIA: se marcó como urbano o rural según el sitio de domicilio que se registró en la historia clínica corroborando con las parroquias rurales y urbanas de las diferentes partes del país.

ETNIA: Se colocó la etnia descrita en el formulario de datos personales de la historia clínica de la paciente seleccionada según las siguientes opciones: mestiza, blanca, indígena, negra y otra.

GESTAS: Se colocó el número de embarazos que tenía la paciente registrada en la historia clínica, incluyendo el embarazo actual según el estudio, posterior a esto se analizó como primigesta o multigesta.

PARTOS: se colocó el número de partos vaginales que consta en la historia clínica.

CESAREAS: se colocó el número de partos terminados por vía alta que consta en la historia clínica.

ABORTOS: se colocó el número de abortos que se registró en la historia clínica.

CONTROL PRENATAL: se colocó el número de veces que acudió la paciente para control del embarazo.

EDAD GESTACIONAL. Se colocó la edad gestacional descrita en la historia clínica, y posterior análisis en rangos: < 20 semanas; 20 -36.6; 37-42.

INTERVALO INTERGENESICO: se registró en meses el tiempo entre el ultimo parto al inicio del ultimo embarazo que constaba en la historia clínica.

EMBARAZO MULTIPLE: Se colocó SI o NO según los información de la historia clínica.

PREECLAMPSIA: Se anotó como SI o NO, según lo descrito en la historia clínica de la paciente.

ECLAMPSIA: Se anotó como SI o NO, según lo descrito en la historia clínica de la paciente.

HEMORRAGIA OBSTETRICA: Se anotó como SI o NO, según lo descrito en la historia clínica de la paciente.

PREECLAMPSIA: Se anotó como SI o NO, según lo descrito en la historia clínica de la paciente.

ANOMALIAS EN LA INSERCIÓN PLACENTARIA: se anotó con las opciones de acretismo placentario; placenta previa, acretismo y placenta previa, ninguna. Según constaba en la información de la historia clínica.

PARTO PRETERMINO: Se anotó como SI o NO, según lo descrito en la historia clínica de la paciente.

PARTO POSTERMINO: Se anotó como SI o NO, según lo descrito en la historia clínica de la paciente.

SEPSIS: Se anotó como SI o NO, según lo descrito en la historia clínica de la paciente.

OBITO FETAL: Se anotó como SI o NO, según lo descrito en la historia clínica de la paciente.

MALFORMACIONES UTERINAS: Se anotó como SI o NO, según lo descrito en la historia clínica de la paciente.

TERMINACIÓN DEL EMBARAZO AL MOMENTO DEL ESTUDIO: Se anotó como parto, cesárea, legrado, laparotomía exploratoria (embarazo ectópico) según información de la historia clínica.

HISTERECTOMIA OBSTETRICA: Se anotó como SI o NO, según lo descrito en la historia clínica de la paciente.

ARCHIVO DE LA INFORMACIÓN

Los datos contenidos en el instrumento de la investigación se digitalizaron en el sistema software EPI-INFO 7.2.2.2 (CDC,USA) ingresando todas las variables detalladas, con sus respectivos rangos. Cada variable tuvo una única casilla de datos por paciente.

ANÁLISIS DE DATOS

Plan de análisis de datos

1.- Análisis descriptivo: se realizó con medidas de tendencia central y de dispersión, en donde se analizó: frecuencias absolutas y relativas; test de hipótesis con χ^2 y prueba exacta de Fisher.

2.- Análisis univariado y bivariado: Identificación de OR o razón de prevalencias.

3.- Análisis multivariado.- regresión logística multivariado para identificar OR equivalente al RR dentro del análisis.

Los odds ratios (OR) crudos y ajustados y sus intervalos de confianza (IC) del 95% se calculó para los factores de riesgo identificados; $p < 0.05$ se considerará estadísticamente significativo.

ASPECTOS BIOETICOS

Acorde a la Declaración de Helsinki, en la cual se determinan las recomendaciones para guiar las investigaciones en seres humanos, teniendo en cuenta la obligatoriedad de proteger la identidad e integridad de las pacientes, la investigadora garantiza el manejo de la información con absoluta reserva, la información obtenida fue utilizada de forma confidencial y manejada exclusivamente por la investigadora para el desarrollo de esta investigación. Se contó con la aprobación del estudio por parte de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, así como de la Dirección de Docencia e Investigación del Hospital Pablo Arturo Suárez.

No se requirió de consentimiento informado.

CAPITULO IV

RESULTADOS

TABLA 1: CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA - VARIABLES CUANTITATIVAS

VARIABLE	MEDIA	DESVIACIÓN ESTÁNDAR
Edad	27,53	8,41
Edad Gestacional	27,28	12,56
Gestas	5,44	3,35
Partos	3,75	2,81
Cesáreas	1,5	1,29
Abortos	3,2	3,27
Control Prenatal	6,64	4,44
Intervalo Intergenésico	89,05	66,78

Elaborado: Dra. Alexandra Heredia.

TABLA 2: CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA - VARIABLES CUALITATIVAS

VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
GRUPO ETAREO		
26 a 34 años (adultez)	67	38,2
20 a 25 años (juvenil)	47	26,8
10 a 19 años (adolescentes)	31	17,7
Mayor de 35 años (madre añosa)	30	17,1
ESTADO CIVIL		
Unión Libre	75	42,8
Casada	59	33,7
Soltera	38	21,7
Divorciada	3	1,7
PROCEDENCIA		
Urbano	136	77,1
Rural	39	22,2
ETNIA		
Mestiza	164	93,7
Indígena	6	3,4
Negra	3	1,7
Blanca	1	0,6
Otra	1	0,57
INSTRUCCIÓN		
Secundaria	107	61,1
Primaria	42	24,0
Superior	22	12,5
Analfabeta	4	2,2
GESTAS		
Multigesta	147	84
Primigesta	28	16
CONTROL PRENATAL		
Más de 5 Controles	125	71,4
Menos de 5 Controles	50	28,5
EDAD GESTACIONAL		
37-42	146	83,43
20-36.6	19	10,8
Menos de 20 semanas	10	5,71
PREECLAMPSIA		
No	158	90,3

Si	17	9,7
ECLAMPSIA		
No	174	99,4
Si	1	.6
HEMORRAGIA OBSTETRICA		
No	138	78,9
Si	37	21,1
ANOMALÍAS DE INSERCIÓN PLACENTARIA		
Ninguna	157	89,7
Acretismo Placentario	7	4,0
Placenta Previa	6	3,4
Acretismo Y Placenta Previa	5	2,9
PARTO PREMATURO		
No	156	89,1
Si	19	10,9
SEPSIS		
No	171	97,7
Si	4	2,3
OBITO FETAL		
No	168	96
Si	7	4
VIA DE TERMINACION DEL EMBARAZO AL MOMENTO DEL ESTUDIO		
Cesárea	84	48
Parto	81	46,3
Legrado (Aborto)	7	4,0
Laparotomía (Embarazo Ectópico)	3	1,7
HISTERECTOMIA OBSTETRICA		
No	140	80
Si	35	20

Elaborado: Dra. Alexandra Heredia.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Un total de 39 historias clínicas, constaban en la base de datos como diagnóstico de egreso “Histerectomía Obstétrica”, durante el periodo 01 de enero de 2013 al 31 de diciembre de 2018 en el Hospital General Pablo Arturo Suarez. De estas historias clínicas 4 fueron excluidas por falta de información, solo 35 cumplían con los criterios de inclusión para ser consideradas como “casos” en la presente investigación, por lo tanto fueron seleccionadas como controles 140 historias clínicas, egresadas durante el mismo lapso de pacientes a quienes se atendió parto, cesárea, legrado y/o laparotomía por embarazo ectópico, que no termino en histerectomía obstétrica, para cumplir con la relación 1:4.

Se estima que el número total de atenciones obstétricas “partos, cesáreas, legrados (abortos) laparotomías (embarazo ectópico)” durante el periodo 01 de enero de 2013 al 31 de diciembre de 2018 en el Hospital Pablo Arturo Suárez es de 15.492 y con el total de diagnósticos de histerectomía obstétrica que fueron 35 se obtiene una prevalencia de esta patología de 0,22% durante el periodo del estudio.

En el análisis descriptivo las edades de las mujeres del estudio estuvo comprendidas entre 13 a 43 años de edad, la media (M) = 27,53 $\pm$ 8,41 años, el 65 % de la población está entre 20 a 34 años, este grupo absorberá los eventos que estudiaremos en esta investigación.

La media de la edad gestacional (M)= 27,28 $\pm$ 12,56, en esta población la media de gestas fue M= 5,44 $\pm$ 3,35, los partos vaginales se encontró en el rango de 0 - 8 con una media M= 3,75 $\pm$ 2,81, las cesáreas en un rango de 0 - 3 con una media M= 1,5 $\pm$ 1,29; los abortos en un rango de 0 - 8 con una media M= 3,2 $\pm$ 3,27; el intervalo intergenésico oscilo entre 0 - 228 meses (19 años) con una media M= 89,05 (7,4 años) $\pm$ 66,78 (5,5 años).

El 76,5% de las pacientes se encuentran dentro de un núcleo familiar que incluyen las casadas y unión libre; el 77,1% acudió proveniente del área urbana en este punto es importante el porcentaje restante correspondiente al área rural que en consideración debería ser evaluado para ver si las pacientes son derivadas de forma oportuna de centros de menor a mayor complejidad; el 94% de la población son mestizos; 3,4% indígena, 1,7 negros, estos resultados no concuerdan con el estudio de Ossola en el 2010 en donde la raza blanca tuvo el 82%, lo podría explicar el lugar del estudio y nuestra cultura; de todas las pacientes el 61% de la población ha terminado el bachillerato, 24% la primaria y el 12% tiene educación superior, lo que denota que más del 95% poseen algún grado de

instrucción. Según datos del INEC en el 2017 en el Ecuador existe el 5,9% de analfabetismo, en un estudio realizado en Perú Sánchez en el 2012 indica que este es un factor muy importante para el manejo posterior a la cirugía porque las mujeres con instrucción media a superior llevarán un mejor control ginecológico y disminuirá comorbilidades.

El 84% de pacientes son multíparas es decir que han tenido más de 2 embarazos lo que aumentaría el riesgo para histerectomía obstétrica por hemorragia, anomalías en la implantación, preeclampsia, lo afirman varios estudios como (Selo-Ojeme et al., 2005), (Faneite P, Rivera C, Faneite J, 2008).

Las atenciones prenatales oscilaron entre 0 – 15 con una media $M = 6,64 \pm 4,44$ teniendo en cuenta que las guías de práctica clínica del Ecuador recomiendan mínimo 5 controles prenatales en embarazos sin riesgo, se toma como punto de referencia este dato y el 71,4% acudió a controles prenatales > de 5 ocasiones, sin embargo hay estudios como (Faneite P, Rivera C, Faneite J, 2008) que indica que en su estudio casi el 50% tuvo falta de controles por lo que aumentaría el riesgo de histerectomía por falta de diagnóstico temprano de factores de riesgo, ahora hay que analizar los resultados de este estudio en donde se debería calificar la calidad de atenciones que la embarazada recibe.

En el 48% de las pacientes se realizó cesáreas, lo que indica que es una variable cada vez mayor en la práctica médica que ocasiona alteraciones en la placentación, la OMS indica que el porcentaje válido es del 10 al 15%, pero en Ecuador la tasa de cesáreas se encuentra en alrededor del 44% que correspondería a un problema en el sistema de salud. En diferentes estudios: Hassan en el 2012, (Kacmar et al., 2003), (Yamasmit & Chaithongwongwatthana, 2009), (Rong J et al., 2014), la cesárea es un factor de riesgo para histerectomía obstétrica.

Según este estudio el 4% fue atendido para la realización de un legrado por aborto y se estima que la media de abortos es de 3,2; según datos (INEC 2017) el 11,03% de mujeres mueren por embarazos que terminan en aborto incluyendo (aborto espontáneo, inespecífico e inducidos) además indica que de los egresos hospitalarios por morbilidad femenina el 4,09% corresponde por causa del aborto. En Ecuador, la provincia de Pichincha presenta el 21,5% de abortos, la cantidad de abortos reportados por año mantiene una tendencia en alza, especialmente desde el 2008 en adelante. La tasa de

aborto en mujeres en edad fértil desde el periodo 2004-2014 obtenida fue de 115 por cada 1.000 nacidos vivos, según el Ministerio de Salud Pública.

La hemorragia posparto se presentó en el 21% de la población estudiada, el porcentaje es considerable, este factor de riesgo se encuentra en la mayoría de estudios como riesgo para terminación de histerectomía obstétrica (Watanasomsiri et al., 2006) (Ossola et al., 2011) (Pradhan & Shao, 2014) (Gutiérrez & Andrés, 2014).

ANÁLISIS BIVARIADO DE LOS FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS PARA HISTERECTOMÍA OBSTÉTRICA

TABLA 3: Relación entre la histerectomía obstétrica y la edad.

HISTERECTOMÍA OBSTÉTRICA						
VARIABLES	si		No		Valor P	Total
	N	%	n	%		
EDAD						
10 a 19	1	3,23	30	96,77	0,01*	31
20 a 25	4	8,51	43	91,49		47
26 a 34	18	26,87	49	7,13		67
>35	12	40	18	60		30

Fuente: Base de datos de la investigación

El riesgo para histerectomía obstétrica en relación a la edad es mayor en las pacientes que se encuentran dentro del rango 26 a 34 años con respecto a las pacientes entre 10 a 19 años. Existe menor riesgo mientras menor es la edad.

TABLA 4: Relación entre la histerectomía obstétrica y los abortos.

HISTERECTOMÍA OBSTÉTRICA						
VARIABLES	si		No		Valor P	Total
	n	%	N	%		
ABORTOS						
Si	10	22,22	35	77,78	0,82**	45
No	25	19,23	105	80,77		

Fuente: Base de datos de la investigación

El las pacientes que tuvieron el antecedente de abortos el riesgo de histerectomía obstétrica fue menor sin embargo el valor de P no es estadísticamente significativo.

TABLA 5: Relación entre la histerectomía obstétrica y la etnia.

HISTERECTOMÍA OBSTÉTRICA						
VARIABLES	si		No		Valor P	Total
	n	%	n	%		
ETNIA						
Mestiza	34	20,73	130	79,27	0,61*	164
Indígena	0	0	6	100		6
Negra	1	33,33	2	66,67		3
Blanca	0	0	1	100		1
Otra	0	0	1	100		1

Fuente: Base de datos de la investigación

La raza mestiza tuvo el mayor número de histerectomías obstétricas, pese a que no es estadísticamente significativo, la raza indígena, negra y blanca es un grupo muy minoritario.

TABLA 6: Relación entre la histerectomía obstétrica y el estado civil

HISTERECTOMÍA OBSTÉTRICA						
VARIABLES	si		no		Valor P	Total
	n	%	n	%		
ESTADO CIVIL						
Unión libre	17	22,67	58	77,33	0,04*	75
Casada	13	22,03	46	77,97		59
Soltera	3	7,89	35	92,11		38
Divorciada	2	66,67	1	33,33		3

Fuente: Base de datos de la investigación

La variable estado civil la condición de estar casada y en unión libre tuvieron mayor número de histerectomías obstétricas con un valor estadísticamente significativo, no así la condición de ser soltera o divorciada el número de histerectomías fue notablemente menor.

TABLA 7: Relación entre la histerectomía obstétrica y la procedencia

HISTERECTOMÍA OBSTÉTRICA						
VARIABLES	si		No		Valor P	Total
	n	%	n	%		
PROCEDENCIA						
Urbano	30	22,06	106	77,94	0,29**	136
Rural	5	12,82	34	87,18		39

Fuente: Base de datos de la investigación

Aunque no es estadísticamente significativo las pacientes que pertenecieron al área urbana tuvieron más casos de histerectomía obstétrica, sin embargo las pacientes del área rural en porcentaje fue un grupo muy minoritario.

TABLA 8: Relación entre la histerectomía obstétrica y la instrucción

HISTERECTOMÍA OBSTÉTRICA						
VARIABLES	si		no		Valor P	Total
	n	%	n	%		
INSTRUCCIÓN						
Secundaria	17	15,89	90	84,11	0,056*	107
Primaria	9	21,43	33	78,57		42
Superior	9	40,91	13	59,09		22
Analfabeta	0	0	4	100		4

Fuente: Base de datos de la investigación

La histerectomía obstétrica se presentó más en pacientes que terminaron la instrucción secundaria, las pacientes analfabetas y que terminaron la primaria tuvieron menos complicaciones.

TABLA 9: Relación entre la histerectomía obstétrica y el control prenatal

HISTERECTOMÍA OBSTÉTRICA						
VARIABLES	si		no		Valor P	Total
	N	%	n	%		
CONTROL PRENATAL						
<5	13	26	37	74	0,29**	50
>5	22	17,60	103	82,40		125

Fuente: Base de datos de la investigación

Las pacientes que acudieron a menos de 5 controles prenatales tuvieron más casos de histerectomía obstétrico, sin embargo el porcentaje de pacientes que tuvieron más de 5 controles prenatales y terminaron en histerectomía obstétrica el número es considerable.

TABLA 10: Relación entre la histerectomía obstétrica y las gestas

HISTERECTOMÍA OBSTÉTRICA						
VARIABLES	si		no		Valor P	Total
	n	%	n	%		
GESTAS						
Primigesta	2	7,14	26	92,86	0,07*	28
Multigesta	33	22,45	114	77,55		147

Fuente: Base de datos de la investigación

En cuanto a la paridad, las pacientes multigestas notablemente tuvieron un número elevado de histerectomías obstétricas pero no es estadísticamente significativo para ser una variable de riesgo en este estudio.

TABLA 11: Relación entre la histerectomía obstétrica y la edad gestacional.

HISTERECTOMÍA OBSTÉTRICA						
VARIABLES	si		No		Valor P	Total
	n	%	N	%		
EDAD GESTACIONAL						
<20	3	30	7	70	0,02*	10
20-36.6	8	42,11	11	57,89		19
37-42	24	16,44	122	83,56		146

Fuente: Base de datos de la investigación

La histerectomía obstétrica relacionada con la variable edad gestacional se presenta más en los embarazos a término, sin embargo al tener en cuenta los casos y los controles en embarazos menores de 37 semanas en porcentaje fue menor la población y el número de histerectomías es considerable.

TABLA 12: Relación entre la histerectomía obstétrica y la preeclampsia.

HISTERECTOMÍA OBSTÉTRICA						
VARIABLES	si		no		Valor P	Total
	n	%	n	%		
PREECLAMPSIA						
Si	11	64,71	6	35,29	0,01**	17
No	24	15,19	134	84,81		158

Fuente: Base de datos de la investigación

En relaciona a la preeclampsia se evidencia que el 67% que tuvo preeclampsia termino en histerectomía obstétrica que es más del 50%, por ende una mujer con esta patología tiene mayor riesgo de terminar en una histerectomía obstétrica.

TABLA 13: Relación entre la histerectomía obstétrica y hemorragia obstétrica.

HISTERECTOMÍA OBSTÉTRICA						
VARIABLES	si		no		Valor P	Total
	n	%	n	%		
HEMORRAGIA OBSTÉTRICA						
Si	32	86,49	5	13,51	0,01*	37
No	3	2,17	135	97,83		138

Fuente: Base de datos de la investigación

La hemorragia obstétrica se relaciona con la histerectomía obstétrica en el 86% de las pacientes que presentaron esta complicación y es estadísticamente significativo para ser un factor de riesgo en la población que lo presente.

TABLA 14: Relación entre la histerectomía obstétrica y anomalías en la placentación

HISTERECTOMÍA OBSTÉTRICA						
VARIABLES	si		no		Valor P	Total
	n	%	n	%		
ANOMALIAS EN LA PLACENTACIÓN						
Si	14	77,78	4	22,22	0,01*	18
No	21	13,38	136	86,62		157

Fuente: Base de datos de la investigación

Las anomalías en la placentación se relacionan con histerectomía obstétrica, el 77,78% que fueron diagnosticadas de esta patología y es estadísticamente significativo para ser un factor de riesgo en la población que lo presente.

TABLA 15: Relación entre la histerectomía obstétrica y parto pretérmino

HISTERECTOMÍA OBSTÉTRICA						
VARIABLES	si		no		Valor P	Total
	n	%	n	%		
PARTO PRETERMINO						
Si	8	42,11	11	57,89	0,02**	19
No	27	17,31	129	82,69		156

Fuente: Base de datos de la investigación

De las pacientes que tuvieron un parto pretérmino el 42,11% termino en histerectomía obstétrica, con una $p < 0,024$ que es estadísticamente significativa.

TABLA 16: Relación entre la histerectomía obstétrica y sepsis

HISTERECTOMÍA OBSTÉTRICA						
VARIABLES	si		No		Valor P	Total
	N	%	n	%		
SEPSIS						
Si	2	50	2	50	0,17*	4
No	33	19,30	138	80,70		171

Fuente: Base de datos de la investigación

De las pacientes con diagnóstico de Sepsis que fueron 4, el 50% (2) termino en histerectomía obstétrica, con un valor de $p < 0,17$ que no es estadísticamente significativa esta variable en el presente estudio.

TABLA 17: Relación entre la histerectomía obstétrica y óbito fetal

HISTERECTOMÍA OBSTÉTRICA						
VARIABLES	si		No		Valor P	Total
	n	%	n	%		
ÓBITO FETAL						
Si	4	57,14	3	42,86	0,03*	7
No	31	18,45	137	81,55		168

Fuente: Base de datos de la investigación

De las pacientes que fueron diagnosticadas de óbito o muerte fetal que fueron un total de 7, el 57,14%(4) termino en histerectomía obstétrica, con un valor de $p < 0,30$ que es estadísticamente significativa como una variable de riesgo.

TABLA 18: Relación entre la histerectomía obstétrica y terminación del embarazo.

HISTERECTOMÍA OBSTÉTRICA

VARIABLES	sí		no		Valor P	Total
	n	%	n	%		
TERMINACIÓN DEL EMBARAZO						
Cesárea	26	30,95	58	69,05	0,004*	84
Parto	6	7,41	75	92,59		81
Legrado (aborto)	2	28,57	5	71,43		7
laparotomía (embarazo ectópico)	1	33,33	2	66,67		3

Fuente: Base de datos de la investigación

De las pacientes a quienes se realizó cesárea el 30%, parto vaginal 7,41 legrado por aborto 28,57 laparotomía por embarazo ectópico 33,33% terminaron en histerectomía obstétrica, con un valor de $p < 0,004$ que es estadísticamente significativo.

CASOS Y CONTROLES

TABLA 19: CASO – CONTROL (OR)

HISTERECTOMÍA OBSTÉTRICA							
	SI	%	NO	%	OR	IC 95%	VALOR DE P
EDAD							
1 = >27 años	27	32,14	57	67,86	4,91	2,08-11,59	0,01
0 = < 27 años	8	8,79	83	91,21			
ESTADO CIVIL							
1 = soltera, divorciada, viuda	5	12,20	36	87,80	0,48	0,17-1,33	0,16
0= casada, unión libre	30	22,39	104	77,61			
INSTRUCCIÓN							
1= analfabeta, primaria	9	19,57	37	80,43	0,96	0,41-2,24	0,93
0: secundaria, superior	26	20,16	103	79,84			
EDAD GESTACIONAL							
1= >37 semanas	24	16,44	122	83,56	0,32	0,13-0,76	0,01
0= < 36.6 semanas	11	37,93	18	62,07			
PREECLAMPSIA							
1 = si	11	64,71	6	35,29	10,23	3,45-30,30	0,01
0 = no	24	15,19	134	84,81			
HEMORRAGIA							
1 = si	32	86,49	5	13,51	288	67,4-1268	0,01
0 = no	3	2,17	135	97,83			
ÓBITO FETAL							
1 = si	4	57,14	3	42,86	5,89	1,25-27,67	0,02
0 = no	31	18,45	137	81,55			
TERMINACIÓN DE EMBARAZO							
1= cesárea, legrado, laparotomía	29	30,85	65	69,15	5,57	2,18-14,27	0,01
0= parto	6	7,41	75	92,59			
INSERCIÓN PLACENTARIA							
1 = si	14	77,78	4	22,22	22,67	6,81-75,44	0,01
0 = no	21	13,38	136	86,62			

Elaborado: Dra. Alexandra Heredia

Para el estudio de casos y controles se estableció una proporción aproximada de 4 controles por caso, considerando como caso a las mujeres con histerectomía obstétrica y controles a las mujeres que tuvieron algún evento obstétrico como parto, cesárea, legrado (aborto), laparotomía (embarazo ectópico). La exposición investigada fue: antecedentes sociodemográficos y obstétricos y el resultado histerectomía obstétrica, posterior a un análisis bivariado en donde se tomó las variables con una $P < 0,05$ y $P < 0,20$.

Se calculó el OR con un IC 95% obteniendo los siguientes resultados:

Entre los factores sociodemográficos la variable edad > 27 años (OR=4,91; IC 2,08 – 11,59; $P < 0,01$) lo que indica que ser mayor de 27 años aumenta el riesgo 4 veces más para la realización de una histerectomía obstétrica.

Entre los factores obstétricos la preeclampsia (OR=10,23; IC 3,45 – 30,30; $P < 0,01$) la presencia de esta patología aumenta 10 veces el riesgo de terminar en histerectomía obstétrica.

La hemorragia obstétrica: (OR=288; IC 67,4 – 1268; $P < 0,01$); esta variable aumenta 288 veces más el riesgo de histerectomía obstétrica.

El óbito fetal (OR=5,89; IC 1,25 – 27,67; $P < 0,02$) aumenta 5 veces más el riesgo de histerectomía obstétrica.

Terminación quirúrgica del embarazo: (OR= 5,57; IC 2,18 – 14,27; $P < 0,01$), incluido cesáreas, legrados y/o laparotomías aumenta 5 veces más el riesgo de histerectomía obstétrica.

Las anomalías en la inserción placentaria (OR=22,67; IC 6,81 – 75,44; $P < 0,01$) aumenta 22 veces más el riesgo de histerectomía obstétrica.

El embarazo mayor de 37 semanas (OR=0,32; IC 0,13 – 0,76; $P < 0,01$) es un factor protector, quiere decir que llegar con un embarazo a término disminuye el riesgo de una histerectomía obstétrica.

En el estado civil las variables, soltera, divorciada y viuda no se detectaron asociaciones estadísticamente significativas sin embargo con un valor de $P \leq 0,16$ y un OR= 0,48 aunque no fue estadísticamente significativo, presenta cierta tendencia analizable, porque el no tener una pareja, ser sola, sería un factor protector para no terminar en histerectomía obstétrica.

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN

La histerectomía obstétrica es un procedimiento complicado y de difícil manejo, se practica en la mayoría de casos de forma emergente. Dentro de sus resultados es dejar de forma permanente la incapacidad reproductiva en la mujer; pero que es necesaria para salvar la vida de las mismas cuando los otros métodos no han funcionado.

Según la (OMS, 2019) los países menos desarrollados concentran el 84% de la población mundial, el 99% de la muerte materna corresponde a países subdesarrollados, una de las razones es que hay un mayor número de embarazos que en los países desarrollados, inequidad en el acceso a los servicios de salud.

La prevalencia en los resultados de mi estudio reporta 2,2 por cada 1000 nacimientos que coincide con datos de otros países subdesarrollados como el nuestro por ejemplo en Chile en un estudio (Robert S et al., 2010) indica en 2,2 por 1000 partos, en Camerun (Africa) el estudio (Njamen N, 2017) indica 1,14 por 1000 partos, en Egipto (Allam et al., 2014) reporta 2,24 por 1000 nacimientos, en Pakistan (Shah & Khan, 2009) reporta 6,8 por cada 1000 nacimientos.

Las edades comprendidas en este estudio fue entre 13 y 43 años, la media $27,5 \pm 8,41$ rangos que concuerdan con el INEC que informa que en los registros de grupos de edad de las madres, el 50,5% del total de nacimientos y registrados en 2017, derivaron de mujeres entre 20 y 29 años. (Censos, 2017), tener una edad mayor a 27 años presenta 5 veces más riesgo para histerectomía obstétrica, que concuerda con el estudio de (Patino-Peyrani et al., 2014) en donde la edad media de la población que terminó en histerectomía obstétrica fue de $28,5 \pm 3,86$ años con una $P < 0,01$ que es estadísticamente significativo, según (Macharey et al., 2014) la edad media en su estudio fue de $34,8 \pm 7,9$ con un OR de 3,80 para histerectomía obstétrica, según (Vega M. et al., 2017) la edad promedio fue de 34 años siendo más frecuente en las mujeres de 35 años, evidenciándose que en nuestra población hay más riesgo en mujeres jóvenes.

En mi estudio tener un embarazo mayor de 37 semanas fue un factor protector para la histerectomía obstétrica sin embargo en el estudio de (Faneite P, Rivera C, Faneite J, 2008) indican que un 45% de histerectomías se dio en un embarazo a término relacionado con anomalías en la inserción placentaria y la hemorragia. En el estudio de (Romero et al., 2008) aproximadamente el 55% de histerectomías se dio en embarazos de 37 y 42 semanas. Según el estudio de (Casas-Peña et al., 2013) el 100% de las histerectomías obstétricas fueron en el tercer trimestre del cual predominó el 47% de las pacientes con 38 semanas de gestación, seguido de 40 semanas de gestación con (40%) y el resto de 37 y 39 semanas (13%), esto indicaría que enfermedades como la preeclampsia, alteraciones en la inserción placentaria aumentan el riesgo de parto prematuro como indica el estudio (Escobar-Padilla et al., 2017) que fueron factores con un OR: 6,3 y 10,2 respectivamente.

En este estudio los resultados indican que la preeclampsia aumenta el riesgo de forma significativa 10 veces más que las pacientes que no la padecen, según el estudio (Bodelon et al., 2009) la preeclampsia materna aumentó ligeramente el riesgo de histerectomía periparto (OR = 1,4, IC 95%: 1,0-1,4).

Es alarmante la variable de hemorragia que aumenta 288 veces el riesgo de histerectomía obstétrica, esta variable también está presente en la mayoría de estudios como (Orbach et al., 2011) pero en sus resultados tiene un OR de 40,8; en el estudio de (Sheiner et al., 2003) se encontró para hemorragia un OR de 33,3; sin embargo en un estudio (Rong J et al., 2014) se encuentra un OR 1,001 que es mayor que en mi estudio, sin embargo esta variable puede ser el resultado de las otras patologías y justificaría encontrar un OR elevado.

Las anomalías de inserción placentaria aumentan 22 veces el riesgo de histerectomía obstétrica en los resultados de este estudio, según (Rong J et al., 2014) se encontró un OR de 68, (Orbach et al., 2011) en sus resultados las alteraciones en la placentación tienen un (OR = 66,4; IC 95% 39,8- 111, $p < 0,01$) que es estadísticamente significativo, (Omole-Ohonsi & Taiwo Olayinka, 2012) en sus resultados obtuvo en OR: 36. (Bodelon et al., 2009) en sus resultados esta variable tiene 8 veces más riesgo para histerectomía obstétrica OR=7,9, 95% CI: 4,1– 15,0.

Este estudio indica que la terminación del embarazo (quirúrgico) cesárea, legrado o laparotomía aumenta el riesgo 6 veces más para una histerectomía obstétrica OR 5,57 $P < 0,01$ estos resultados concuerdan con varios autores por ejemplo (Akker et al., 2016)

indican que tener cesárea en el embarazo actual es un factor de riesgo ([OR: 11,38, IC 95% 9,28-13,97), (Ramírez Cabrera et al., 2017) la cesárea tuvo 19,9 veces más riesgo de histerectomía obstétrica que el parto vaginal, (Chibber R et al., 2012) la cesárea en el embarazo actual tiene más riesgo que un parto natural (OR 11,6, IC 2,1–68,6), (Montoya & Claudino, 2014) indica que la histerectomía obstétrica según la forma de terminación del embarazo, la cesárea revelo un OR: 11,78 (4,78 – 29,76), IC 95%, $P < 0,01$. Todo esto como profesionales nos debe concientizar que el uso y abuso de la cesárea es un fenómeno actual en la obstetricia por lo que se debe insistir en la vigilancia, selección y uso de protocolos estrictos antes de decidir una cesárea.

La bibliografía revisada no cuenta con información sobre óbito fetal como factor de riesgo relacionado a Histerectomía Obstétrica, no olvidemos que casos como sepsis, preeclampsia, desprendimiento placentario pueden llevar a una muerte fetal, y desencadenar cuadros de hemorragia siendo esta la causa de Histerectomía Obstétrica. El óbito fetal revela en este estudio que aumenta el riesgo de histerectomía con un OR 5,89; $P < 0,02$.

En cuanto a los resultados arrojados para el estado civil no se encontró diferencia estadísticamente para histerectomía obstétrica, de igual manera los resultados del estudio de (Rojas, 2014) el 11,4% de las pacientes histerectomizadas fueron solteras y un 6,8% estaban casadas pero no se encontró relación estadísticamente significativa ($\chi^2=1,320$; $P=0,517$) entre el estado civil y la Histerectomía Obstétrica. (Montoya & Claudino, 2014) en este estudio lo detallan que el 83% tenían pareja estable en el momento de la histerectomía obstétrica. (Faneite P, Rivera C, Faneite J, 2008) refiere a un 60% como un número elevado en pacientes solteras e indica que es un factor de riesgo por una inadecuada conformación social y revela la fragilidad del entorno familiar.

En cuanto a los resultados arrojados para la variable instrucción no fue estadísticamente significativo, el 56,8% de las pacientes que terminaron en histerectomía tenían grado de instrucción secundaria y superior y un 21,4% completo la primaria OR= 0,96; IC: 0,41-2,24; valor de $P= 0,93$, (Rojas, 2014) en su estudio también reporta no haber encontrado relación estadísticamente significativa $P=0,331$ entre el Grado de Instrucción y la Histerectomía Obstétrica. En el estudio (Casas-Peña et al., 2013) el 73% son analfabetas, 13% cubren estudios de nivel primaria y el porcentaje restante se distribuye entre mujeres que cubrieron nivel secundaria y superior (14%).

Aunque en este estudio el control prenatal no fue un factor protector estadísticamente significativo, según (Ramírez Cabrera et al., 2017) el 78% de las pacientes fueron controladas en consultorio externo del Hospital lo que supone que las complicaciones hemorrágicas en el parto no siempre se pueden evitar así se tenga un adecuado control prenatal. Según el estudio (Akker et al., 2016) concluye que la asistencia prenatal si fue protectora en su estudio (OR 0,12; IC del 95%: 0,06-0,25), al contrario (Rojas, 2014) indica en su estudio que el 47,6% de los casos de Histerectomía Obstétrica eran pacientes controladas (mayor de 6 atenciones prenatales), el 45,5% tenían Control Prenatal insuficiente y el 6,8% no tenían control prenatal y concluye que la falta de atención prenatal tiene un riesgo 1,11 mayor a ser histerectomizadas.

En estos resultados la variable hemorragia obstétrica se evidencia un OR: 288, que es alarmante por lo que se desglosa con las diferentes variables que se muestra en la tabla 21 (anexos) y tenemos lo siguiente: Entre las principales causas de hemorragia en este estudio se encuentra que: el 61,11% de las alteraciones en la placentación presentaron hemorragia obstétrica en relación con un 38,89% que no presentaron hemorragia, con una $P < 0,01$ que es estadísticamente significativo, se concluye que presentar acretismo placentario y/o placenta previa aumentan 8 veces el riesgo de hemorragia obstétrica, esto coincide con la Fasgo (Casale et al., 2019) que indica que la alteración placentaria aumenta 12 veces el riesgo para hemorragia (OR:12; IC: 7,17-23).

El 30% de las pacientes a quienes se terminó el embarazo por cesárea, laparotomía por Ectópico, o legrado por aborto presentaron hemorragia obstétrica, de estos procedimientos la cesárea se presentó en el 65%, parto vaginal en un 24%, legrado 8% y laparotomía en un 3%, con una $P < 0,01$ que es estadísticamente significativo, se concluye que someterse a una cesárea, laparotomía y/o legrado aumenta 3 veces el riesgo de hemorragia obstétrica. Esto concuerda con el estudio de (Angel, 2017) que reporta que la terminación del embarazo por cesárea aumenta 8 veces el riesgo de sangrado ($p = 0,001$; OR =8.3, IC 95% =2,31 – 29,87) y (Casale et al., 2019) en donde indica que la cesárea aumenta el riesgo de hemorragia OR:4 IC: 3,28-2,95.

De las pacientes con óbito fetal el 57,14% presento hemorragia obstétrica en relación con un 42,86% que no lo presentaron, con una $P < 0,03$ que es estadísticamente significativo, se concluye que presentar óbito fetal aumenta 5 veces el riesgo de hemorragia obstétrica. Según (Panduro B et al., 2011) indica en su estudio que el desprendimiento de placenta

que daría como resultado una hemorragia aumenta el riesgo de muerte fetal con una $P < 0,01$ (OR: 6,53 IC: 1,82 – 27,89).

En relación con la preeclampsia el 65% presentó hemorragia obstétrica en relación con un 35% de preeclámpsicas que no tuvieron hemorragia, con una $P < 0,01$ que es estadísticamente significativo y se concluye que las pacientes diagnosticadas de preeclampsia aumentan 9 veces el riesgo de hemorragia obstétrica, según el estudio de (Nizama & Oriol, 2014) al asociar la hemorragia postparto y la preeclampsia, se encontró una $p < 0.05$ y concluye una relación causal entre las variables, y determina como factor de riesgo a la preeclampsia para desarrollar hemorragia postparto.

CAPITULO VI

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

De acuerdo a los objetivos planteados en esta investigación, se concluye lo siguiente:

- ✓ Se identificó los siguientes factores sociodemográficos y antecedentes obstétricos en el presente estudio: edad media $27,5 \pm 8,41$, edad gestacional $M= 27,28 \pm 12,5$; gestas $M= 5,44 \pm 3,35$; cesáreas $M=1,5 \pm 1,2$; abortos $M= 3,2 \pm 3,27$; control prenatal $M= 6,64 \pm 4,44$; intervalo intergenésico $M= 89,05$ meses $\pm 66,7$; el 42,8% estaba en unión libre, el 77,1% pertenecía a la zona urbana; el 93,7% se auto identificaron como mestizos; el 61,1% curso la secundaria seguido por la primaria en un 24%; 84% fueron multigestas; 71,4% acudieron a más de 5 controles prenatales, el 83,43% fue atendido por un embarazo mayor de 37 semanas, el 90,3% no presento preeclampsia; 21,1% presento hemorragia obstétrica; el 10,3% presento alteraciones en la placentación; el 2,3% presento sepsis; el 4% tuvo óbito fetal; 48% termino el embarazo por cesárea seguido por parto vaginal en un 46%, legrados por aborto 4%, laparotomía por embarazo ectópico 1,7%.
- ✓ En el periodo establecido del estudio, fueron 35 casos de histerectomía obstétrica. Entre los factores de riesgo sociodemográficos y obstétricos asociados a histerectomía obstétrica en el periodo 2013 a 2018 en el hospital Pablo Arturo Suarez encontramos que el 66,8% de las pacientes tenían más de 27 años, el 56,8% habían terminado la secundaria y la educación superior, el 64,7% se acompañó de preeclampsia, 86,49% tuvo hemorragia obstétrica, el 77,78% presento anomalías en la inserción placentaria, en el 42,11% fue en un embarazo menor a 37 semanas, 57,14% tuvo diagnóstico de óbito fetal, el 30,85% termino el embarazo de forma quirúrgica ya sea por cesárea, legrado o laparotomía.
- ✓ Se demostró la asociación entre factores sociodemográficos y antecedentes obstétricos para histerectomía obstétrica y se determinó que existe mayor riesgo entre: Edad > 27 años (OR=4,91; IC 2,08 – 11,59; valor de P: 0,01); Preeclampsia (OR=10,23; IC 3,45 – 30,30; valor de P: 0,01); Hemorragia obstétrica: (OR=288; IC 67,4 – 1268; valor de P: 0,01); Óbito fetal (OR=5,89; IC 1,25 – 27,67; valor de P: 0,02); Terminación quirúrgica del embarazo: (OR= 5,57; IC 2,18 – 14,27; valor de P: 0,01); Anomalías en la inserción placentaria (OR=22,67; IC 6,81 – 75,44; valor de P: 0,01).

RECOMENDACIONES

- ✓ Se recomienda a los médicos tratantes o médicos en formación tener en cuenta una adecuada anamnesis que reposara en los registros de la Historia Clínica de la paciente; ya que muchos de estos antecedentes se describen como factores de riesgo en el presente estudio, como son la edad, estado civil, instrucción, ocupación, residencia, paridad, control prenatal, espacio intergenésico, tipo de terminación de embarazo, complicaciones.
- ✓ Se recomienda considerar a las mujeres mayores de 27 años, con cuadro de preeclampsia, hemorragia, alteraciones en la placentación, óbito fetal, terminación de embarazo de forma quirúrgica (cesárea, legrado, laparotomía) como factores de riesgo para histerectomía obstétrica en guías o protocolos del Hospital Pablo Arturo Suarez.
- ✓ Durante la consulta prenatal: identificar las pacientes de riesgo (múltiparas, cesáreas o cicatrices uterinas anteriores, placenta previa, acretismo placentario) e intensificar en ellas las medidas para diagnosticar temprano de la inserción placentaria.
- ✓ Se recomienda revisar la indicación de cesárea en el Hospital Pablo Arturo Suarez y resto de hospitales en el país para evitar procedimientos innecesarios, a objeto de reducir su utilización.
- ✓ Revisar el rol real de la atención primaria en centros de salud y capacitar al personal a detectar de forma temprana pacientes de riesgo y sean derivadas a casas de salud de mayor complejidad.
- ✓ Capacitar al personal de salud en el diagnóstico oportuno y manejo adecuado de Hemorragia Obstétrica y principales causas, a fin de disminuir la mortalidad materna.
- ✓ Se sugiere la realización de un nuevo estudio que permita contar con una mayor cantidad de tamaño muestral y así corroborar los hallazgos del presente estudio en nuestra población.

BIBLIOGRAFÍA

- Akker, T., Brobbel, C., Dekkers, O. M., & Bloemenkamp, K. W. M. (2016). Prevalence, Indications, Risk Indicators, and Outcomes of Emergency Peripartum Hysterectomy Worldwide: A Systematic Review and Meta-analysis. *Obstetrics and Gynecology*, 128(6), 1281-1294. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000001736>
- Allam, I. S., Gomaa, I. A., Fathi, H. M., & Sukkar, G. F. M. (2014). Incidence of emergency peripartum hysterectomy in Ain-shams University Maternity Hospital, Egypt: A retrospective study. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 290(5), 891-896. <https://doi.org/10.1007/s00404-014-3306-5>
- Angel, F. L. D. (2017). *FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A HEMORRAGIA DEL PUERPERIO INMEDIATO, HOSPITAL PNP "LUIS N. SÁENZ", JULIO 2016—JULIO 2017*. 71.
- Bodelon, C., Bernabe-Ortiz, A., Schiff, M. A., & Reed, S. D. (2009). Factors Associated With Peripartum Hysterectomy. *Obstetrics and gynecology*, 114(1), 115-123. <https://doi.org/10.1097/AOG.0b013e3181a81cdd>
- Boletín NACIMIENTOS POR cesáreas 2012-2016*. (2016). 21.
- Calucho W. (2009). *DEFINICIÓN DE ÚTERO DE COUVELAIRE | Control de la natalidad | Embarazo*. Scribd. <https://es.scribd.com/document/348845763/DEFINICION-DE-UTERO-DE-COUVELAIRE>
- Casale, D. R., Basanta, D. N., Fabiano, D. P., Lukeistik, D. J., & Tissera, D. R. (2019). *ConsensDoEFOABSSGTOETdReICHIAemorragia FPAoSsGtOpa2r0t1o9*. 40.
- Casas-Peña, R. L., Pérez-Varela, I. L., & Chicangana-Figueroa, G. A. (2013). Frecuencia, indicaciones y complicaciones de la histerectomía obstétrica en el Hospital Universitario San José de Popayán, 2006-2010. Estudio de cohorte. *Revista*

- Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 64(2), 121-125.
<https://doi.org/10.18597/rcog.119>
- Censos, I. N. de E. y. (2017). INEC. <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/en-27-anos-tasa-de-natalidad-disminuyo-en-134-nacidos-vivos/>
- Chibber R, Hijji Al, Fouda, M., Al-Saleh, E., Al-Adwani, A. R., & Mohammed, A. T. (2012). A 26-year review of emergency peripartum hysterectomy in a tertiary teaching hospital in Kuwait—Years 1983-2011. *Medical Principles and Practice: International Journal of the Kuwait University, Health Science Centre*, 21(3), 217-222. <https://doi.org/10.1159/000334575>
- Cunningham, G. (2015). *Williams. Obstetricia de F. Gary Cunningham: McGraw-Hill* 9786071512772 - AG Library. <https://www.iberlibro.com/Williams-Obstetricia-F-Gary-Cunningham-McGraw-Hill/20619872403/bd>
- Escobar-Padilla, B., Gordillo-Lara, L. D., & Martínez, H. (2017). Factores de riesgo asociados a parto pretérmino en un hospital de segundo nivel de atención. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.*, 5.
- Faneite P, Rivera C, Faneite J. (2008). *Histerectomía obstétrica (2000-2007)*. http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322008000200005
- Gutiérrez, Z., & Andrés, D. (2014). Factores de riesgo asociados a la realización de histerectomía obstétrica de emergencia en el hospital Regional Docente de Trujillo. Enero 2006—Diciembre 2012. *Universidad Nacional de Trujillo*. <http://dspace.unitru.edu.pe/handle/UNITRU/10543>
- Hernández-Sánchez, R., & Díaz-Ramírez, J. J. (2017). Histerectomía obstétrica, último recurso en el tratamiento de la hemorragia obstétrica. *Revista de Sanidad Militar*, 70(1), 63-71.

- Herrera, C., & Eduardo, L. (2018). *Factores de riesgo de la histerectomía obstétrica y sus complicaciones en las mujeres atendidas en la Maternidad Mariana de Jesús* [Thesis, Universidad de Guayaquil. Facultad de Ciencias Médicas. Carrera de Obstetricia]. <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/31606>
- Iglesias Guiu J Martín Jiménez A. (2007). *Fundamentos de Obstetricia (SEGO) Iglesias Guiu J Martín Jiménez A.* https://www.academia.edu/38043200/Fundamentos_de_Obstetricia_SEGO_Iglesias_Guiu_J_Mart%C3%ADn_Jim%C3%A9nez_A
- Kacmar, J., Bhimani, L., Boyd, M., Shah-Hosseini, R., & Peipert, J. (2003). Route of delivery as a risk factor for emergent peripartum hysterectomy: A case-control study. *Obstetrics and Gynecology*, 102(1), 141-145. [https://doi.org/10.1016/s0029-7844\(03\)00404-6](https://doi.org/10.1016/s0029-7844(03)00404-6)
- Lugo, S. M. B. (2019). *Frecuencia y factores asociados a la histerectomía obstétrica en el Hospital de Especialidades del Niño y La Mujer «Felipe Nuñez Lara» en el periodo enero 2014 a diciembre 2016.* <http://ri-ng.uaq.mx/handle/123456789/1224>
- Macharey, G., Ulander, V.-M., Kostev, K., Väisänen-Tommiska, M., & Ziller, V. (2014). Emergency peripartum hysterectomy and risk factors by mode of delivery and obstetric history: A 10-year review from Helsinki University Central Hospital. *Journal of Perinatal Medicine*, 43(6), 721–728. <https://doi.org/10.1515/jpm-2013-0348>
- Mitchell, C., & pahowho. (2015, abril 10). *OPS/OMS | La cesárea solo debería realizarse cuando es médicamente necesaria.* Pan American Health Organization / World Health Organization. https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=106

46:2015-la-cesarea-solo-deberia-realizarse-cuando-es-medicamente-necesaria&Itemid=1926&lang=es

Montoya, C., & Claudino, C. (2014). HISTERECTOMÍA OBSTETRICA DE EMERGENCIA EN EL HOSPITAL REGIONAL DE OCCIDENTE: INCIDENCIA Y FACTORES ASOCIADOS. *REV MED HONDUR*, 82(2), 6.

Nizama, T., & Oriol, H. (2014). Preeclampsia severa como factor predisponente de hemorragia postparto inmediato en gestantes. *Universidad Privada Antenor Orrego - UPAO*. <http://repositorio.upao.edu.pe/handle/upaorep/544>

Njamen N, col. (2017). (PDF) Emergency Peripartum Hysterectomy at a Tertiary Care Hospital in Douala, Cameroon. *ResearchGate*, 7. https://www.researchgate.net/publication/319405992_Emergency_Peripartum_Hysterectomy_at_a_Tertiary_Care_Hospital_in_Douala_Cameroon

Omole-Ohonsi, A., & Taiwo Olayinka, H. (2012). Emergency Peripartum Hysterectomy in a Developing Country. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 34(10), 954-960. [https://doi.org/10.1016/S1701-2163\(16\)35409-3](https://doi.org/10.1016/S1701-2163(16)35409-3)

OMS. (2019). *Mortalidad materna*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>

OMS | *Mortalidad materna*. (2018). WHO. https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/maternal/maternal_perinatal/es/

Orbach, A., Levy, A., Wiznitzer, A., Mazor, M., Holcberg, G., & Sheiner, E. (2011). Peripartum cesarean hysterectomy: Critical analysis of risk factors and trends over the years. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 24(3), 480-484. <https://doi.org/10.3109/14767058.2010.501128>

- Ossola, M. W., Somigliana, E., Mauro, M., Acaia, B., Benaglia, L., & Fedele, L. (2011). Risk factors for emergency postpartum hysterectomy: The neglected role of previous surgically induced abortions. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 90(12), 1450-1453. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0412.2011.01223.x>
- Panduro B, J. G., Pérez M, J. J., Panduro M, E. G., Castro H, J. F., & Vázquez G, M. D. (2011). Factores de riesgo prenatales en la muerte fetal tardía, Hospital Civil de Guadalajara, México. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 76(3), 169-174. <https://doi.org/10.4067/S0717-75262011000300006>
- Patino-Peyrani, L. M., Jiménez-Baez, M. V., & Pérez-Silva, S. (2014). *Histerectomía obstétrica: Caracterización epidemiológica en un hospital de segundo nivel. Emergency peripartum hysterectomy: Epidemiological characterization in second level hospital*. 28, 5.
- Pradhan, M., & Shao, Y. (2014). Emergency Peripartum Hysterectomy as Postpartum Hemorrhage Treatment: Incidence, Risk factors, and Complications. *JNMA; Journal of the Nepal Medical Association*, 52(193), 668-676.
- Ramírez Cabrera, J., Cabrera Ramos, S., Campos Siccha, G., Peláez Chomba, M., & Poma Morales, C. (2017). Histerectomía obstétrica en el Hospital San Bartolomé, Lima, 2003—2015. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 63(1), 27-33.
- Ramírez Yepez, C. H., & Gargatt Montalvo, M. N. (2012). Histerectomía obstétrica y factores asociados en el hospital edgardo rebagliati martins durante el periodo enero 2009 a junio 2011. *Repositorio Institucional - UNJFSC*. <http://repositorio.unjfsc.edu.pe/handle/UNJFSC/699>
- Robert M. Silver, MD. (2015). *Implantación anormal de la placenta Placenta Previa, Vasa Previa, y Placenta Ácreta*.

- Robert S, J. A., Ricci A, P., Rodríguez A, T., & Pons G, A. (2010). HISTERECTOMÍA POSPARTO: EXPERIENCIA DE CLÍNICA LAS CONDES. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 75(5), 300-305. <https://doi.org/10.4067/S0717-75262010000500005>
- Rodolfo L. Casas-Peña, MD; Ibey Lorena Pérez-Varela, MD; Gustavo A. Chicangana-Figueroa, MD. (2012). *Vista de Frecuencia, indicaciones y complicaciones de la histerectomía obstétrica en el Hospital Universitario San José de Popayán, 2006-2010. Estudio de cohorte.* <https://revista.fecolsog.org/index.php/rcog/article/view/119/117>
- Rojas, R. D. (2014). *UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA AMAZONÍA PERUANA*. 74.
- Romero, G. R., González, A. R., & Arias, A. (2008). *Histerectomía Obstétrica. Estudio de tres años*. 12.
- Rong J, Guo, Y., & Chen, Y. (2014). Risk factors associated with emergency peripartum hysterectomy. *Chinese Medical Journal*, 127(5), 900-904. <https://doi.org/10.3760/cma.j.issn.0366-6999.20132023>
- Selo-Ojeme, D. O., Bhattacharjee, P., Izuwa-Njoku, N. F., & Kadir, R. A. (2005). Emergency peripartum hysterectomy in a tertiary London hospital. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 271(2), 154-159. <https://doi.org/10.1007/s00404-004-0715-x>
- Shah, N., & Khan, N. H. (2009). *Emergency Obstetric Hysterectomy: A review of 69 cases*.
- Sheiner, E., Levy, A., Katz, M., & Mazor, M. (2003). Identifying risk factors for peripartum cesarean hysterectomy. A population-based study. *The Journal of Reproductive Medicine*, 48(8), 622-626.

- Suárez González, J. A., Gutiérrez Machado, M., Corrales Gutiérrez, A., Cairo González, V., & Pérez Viera, S. (2011). La histerectomía obstétrica como terapéutica segura en la morbilidad extremadamente grave. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 37(4), 481-488.
- Vanegas Estrada, R. O., Sotolongo Falero, A., Suárez Reyes, A. M., & Muñiz Rizo, M. (2009). Histerectomía obstétrica de urgencia. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 35(3), 0-0.
- Vázquez, J. A. R., Rivera, G. V., Higareda, S. H., Grover, F., Vega, C. C. H., & Segura, A. P. (2008). Histerectomía obstétrica: Incidencia, indicaciones y complicaciones. *Ginecología y Obstetricia de México*, 5.
- Vega M., G., Bautista G., L. N., Rodríguez N., L. D., Loredó A., F., Vega M., J., Becerril S., A., Ramos L., S., Vega M., G., Bautista G., L. N., Rodríguez N., L. D., Loredó A., F., Vega M., J., Becerril S., A., & Ramos L., S. (2017). Frecuencia y factores asociados a la histerectomía obstétrica en un hospital de segundo nivel en México. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 82(4), 408-415.
<https://doi.org/10.4067/s0717-75262017000400408>
- Watanasomsiri, N., Rungruxsirivorn, T., & Chaithongwongwatthana, S. (2006). Risk factors for cesarean hysterectomy in cesarean delivery. *Journal of the Medical Association of Thailand = Chotmai het Thangphaet*, 89 Suppl 4, S100-104.
- Yamasmit, W., & Chaithongwongwatthana, S. (2009). Risk factors for cesarean hysterectomy in tertiary center in Thailand: A case-control study. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*, 35(1), 60-65.
<https://doi.org/10.1111/j.1447-0756.2008.00837.x>

ANEXOS

HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

CEDULA	HISTORIA CLINICA	EDAD	INSTRUCCIÓN 1 Analfabeta 2 Primaria 3 Secundaria 4 Superior	ESTADO CIVIL 1 Soltera 2 Casada 3 Unión libre 4 Divorciada 5 Viuda	OCUPACION 1 Ama de casa 2 Comerciante 3 Profesional 4 Otros	PROCEDENCIA 1 Urbano 2 Rural	ETNIA 1 Mestiza 2 Blanca 3 Indígena 4 Negra 5 Otra	GESTAS

PARTOS	CESAREA	ABORTOS	CONTROL PRENATAL	EDAD GESTACIONAL	INTERVALO INTERGENESICO	EMBARAZO MULTIPLE 1 SI 2 NO	PREECLAMPSIA 1 SI 2 NO	ECLAMPSIA 1 SI 2 NO	HEMORRAGIA OBSTETRICA 1 SI 2 NO

ANOMALIAS EN LA INSERCIÓN PLACENTARIA 1 Acretismo placentario 2 Placenta previa: si/no 3.- Acretismo placentario y Placenta previa: si/no 4 Ninguno	PARTO PRETERMINO 1 SI 2 NO	PARTO POSTERMINO 1 SI 2 NO	SEPSIS 1 SI 2 NO	OBITO FETAL 1 SI 2 NO	MALFORMACIONES UTERINAS 1 SI 2 NO	TERMINACIÓN DE EMBARAZO AL MOMENTO DEL ESTUDIO 1 Parto 2 Cesárea 3 Legrado 4 Laparotomía (embarazo ectópico)	HISTERECTOMIA OBSTETRICA 1 SI 2 NO

TABLAS

TABLA 20: ANALISIS BIVARIADO DE LOS FACTORES SOCIODEMOGRAFICOS Y ANTECEDENTES OBSTETRICOS PARA HISTERECTOMIA OBSTETRICA

HISTERECTOMIA OBSTETRICA						
VARIABLES	si		no			
	n	%	n	%	valor p	Total
EDAD						
10 a 19	1	3,23	30	96,77	0,02*	31
20 a 25	4	8,51	43	91,49		47
26 a 34	18	26,87	49	73,13		67
>35	12	40	18	60		30
ABORTOS						
Si	10	22,22	35	77,78	0,82**	45
No	25	19,23	105	80,77		
ETNIA						
Mestiza	34	20,73	130	79,27	0,61*	164
Indígena	0	0	6	100		6
Negra	1	33,33	2	66,67		3
Blanca	0	0	1	100		1
Otra	0	0	1	100		1
ESTADO CIVIL						
Unión libre	17	22,67	58	77,33	0,04*	75
Casada	13	22,03	46	77,97		59
Soltera	3	7,89	35	92,11		38
Divorciada	2	66,67	1	33,33		3
PROCEDENCIA						
Urbano	30	22,06	106	77,94	0,29**	136
Rural	5	12,82	34	87,18		39
INSTRUCCIÓN						
Secundaria	17	15,89	90	84,11	0,056*	107
Primaria	9	21,43	33	78,57		42
Superior	9	40,91	13	59,09		22
Analfabeta	0	0	4	100		4
GESTAS						
Primigesta	2	7,14	26	92,86	0,073*	28
Multigesta	33	22,45	114	77,55		147
CONTROL PRENATAL						
<5	13	26	37	74	0,29**	50
>5	22	17,60	103	82,40		125
EDAD GESTACIONAL						
<20	3	30	7	70	0,02*	10

20-36.6	8	42,11	11	57,89		19
37-42	24	16,44	122	83,56		146
PREECLAMPSIA						
Si	11	64,71	6	35,29	0,01**	17
No	24	15,19	134	84,81		158
ECLAMPSIA						
Si	1	100	0	0	0,20*	1
No	34	19,54	140	80,46		174
HEMORRAGIA OBSTÉTRICA						
Si	32	86,49	5	13,51	0,01*	37
No	3	2,17	135	97,83		138
ANOMALIAS EN LA INSERCIÓN PLACENTARIA						
Si	14	77,78	4	22,22	0,01*	18
No	21	13,38	136	86,62		157
PARTO PRETERMINO						
Si	8	42,11	11	57,89	0,02**	19
No	27	17,31	129	82,69		156
SEPSIS						
Si	2	50	2	50	0,17*	4
No	33	19,30	138	80,70		171
OBITO FETAL						
Si	4	57,14	3	42,86	0,03*	7
No	31	18,45	137	81,55		168
TERMINACIÓN DEL EMBARAZO AL MOMENTO DEL ESTUDIO						
Cesárea	26	30,95	58	69,05	0,01	84
Parto	6	7,41	75	92,59		81
Legrado (aborto)	2	28,57	5	71,43		7
laparotomía (embarazo ectópico)	1	33,33	2	66,67		3
PARIDAD						
Primigesta	2	7,14	26	92,86	0,85*	28
Multigesta	33	22,45	114	77,55		147

Elaborado: Dra. Alexandra Heredia

*EXACTO DE FISHER

** CHI CUADRADO

TABLA 21: TABLAS BIVARIADAS HEMORRAGIA OBSTETRICA – ALTERACIONES PLACENTARIAS, OBITO FETAL, PREECLAMPSIA, TERMINACION DEL EMBARAZO.

	Hemorragia obstétrica						
Alteraciones placentarias	SI	%	NO	%	OR	IC 95%	VALOR DE P
Si	11	61.11	7	38.89	7.91	2.80-22.33	0.01
No	26	16.56	131	83.44			
Óbito fetal							
Si	4	57.14	3	42.86	5.45	1.16-25.56	0,03
No	33	19.64	135	80.36			
Preeclampsia							
Si	11	64.71	6	35.29	9.30	3.16-27.40	0,01
No	26	16.46	132	83.59			
Terminación del embarazo							
Cesárea	24	28.57	60	71.43			0.007
Parto	1	33.33	2	66.67			
Legrado	3	42.86	4	57.14			
Laparotomía	9	11.11	72	88.89			
Tipo de terminación							
Quirúrgico (Cesárea, laparotomía, legrado)	28	29.79	66	70.21	3.39	1.49-7.72	0.004
Parto	9	11.11	72	88.89			

Elaborado: Dra. Alexandra Heredia

