

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO



**“PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES SOMETIDAS A  
HISTERECTOMÍA OBSTÉTRICA”**

**EMMANUEL EDWIN ARDAVIN MALDONADO GUERRERO**

Tesis

Presentada ante las autoridades de la  
Escuela de Estudios de Postgrado de la  
Facultad de Ciencias Médicas  
Maestría en Ciencias Médicas  
con especialidad en Ginecología y Obstetricia  
Para obtener el grado de  
Maestro en Ciencias Médicas  
con especialidad en Ginecología y Obstetricia

Febrero 2015



ESCUELA DE  
ESTUDIOS DE  
POSTGRADO

# Facultad de Ciencias Médicas Universidad de San Carlos de Guatemala

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

HACE CONSTAR QUE:

Los Doctores:

**Emmanuel Edwin Ardavin Maldonado Guerrero**

Carné Universitario No.: 100021348

**Carlos Humberto Aguilar Orellana**

Carné Universitario No.: 100021196

Ha presentado, para su EXAMEN PÚBLICO DE TESIS, previo a otorgar el grado de Maestros en Ciencias Médicas con Especialidad en Ginecología y Obstetricia, el trabajo de tesis "Perfil epidemiológico de pacientes sometidas a histerectomía obstétrica".

Que fue asesorado: Dr. Jorge David Alvarado Andrade MSc.

Y revisado por: Dr. Rony Arturo Vásquez MSc.

Quienes lo avalan y han firmado conformes, por lo que se emite, la ORDEN DE IMPRESIÓN para febrero 2015.

Guatemala, 03 de febrero de 2015

  
**Dr. Carlos Humberto Vargas Reyes MSc.**  
Director  
Escuela de Estudios de Postgrado

  
**Dr. Luis Alfredo Ruiz Cruz MSc.**  
Coordinador General  
Programa de Maestrías y Especialidades

/lamo

Guatemala, 10 enero de 2014

Doctor

Edgar Rodolfo Herrarte Méndez

Docente Responsable

Maestría en Ginecología y Obstetricia

Hospital Instituto Guatemalteco de Seguridad Social

Respetable doctor:

Por este medio le envío el informe final de Tesis **"Perfil Epidemiológico de Pacientes Sometidas a Histerectomía Obstétrica"** perteneciente al Dr. Emmanuel Edwin Ardavin Maldonado Guerrero y al Dr. Carlos Humberto Aguilar Orellana; el cual ha sido revisado y **APROBADO**

Sin otro particular, de usted deferentemente

**"D Y ENSEÑAD A TODOS"**

Dr. Jorge D. Alvarado  
PROGRAMA DE INVESTIGACION  
IGSS - USAC

~~Dr. Jorge David Alvarado Andrade~~

Ginecólogo y Obstetra

Asesor de Tesis

Especialista A

Hospital de Ginecología y Obstetricia

Instituto Guatemalteco de Seguridad Social

Guatemala, 10 de enero de 2014

Doctor

Edgar Rodolfo Herrarte Méndez

Docente Responsable

Maestría en Ginecología y Obstetricia

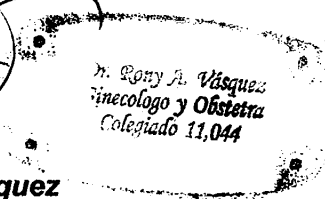
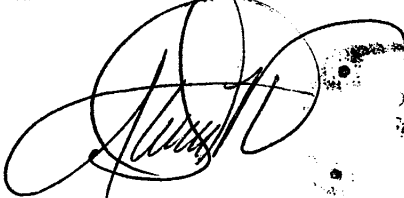
Hospital Instituto Guatemalteco de Seguridad Social

Respetable doctor:

Por este medio le envío el informe final de Tesis **"Perfil Epidemiológico de Pacientes Sometidas a Histerectomía Obstétrica"** perteneciente al Dr. Emmanuel Edwin Ardavin Maldonado Guerrero y al Dr. Carlos Humberto Aguilar Orellana; el cual ha sido revisado y **APROBADO**

Sin otro particular, de usted deferentemente

**"ID Y ENSEÑAR A TODOS"**



Dr. Rony Arturo Vásquez

Ginecólogo y Obstetra

Revisor de Tesis

Especialista A

Hospital de Ginecología y Obstetricia

Instituto Guatemalteco de Seguridad Social

## INDICE DE CONTENIDOS

	INDICE DE TABLAS.....	i.
	RESUMEN.....	ii.
I.	INTRODUCCION.....	1
II.	ANTECEDENTES.....	3
III.	OBJETIVOS.....	14
IV.	HIPOTESIS.....	15
V.	MATERIAL Y MÉTODOS .....	16
VI.	RESULTADOS.....	24
VII.	DISCUSIÓN Y ANÁLISIS.....	31
	7.1 CONCLUSIONES.....	33
	7.2 RECOMENDACIONES.....	34
VIII.	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	35
IX.	ANEXOS.....	40

## INDICE DE TABLAS

Tabla No. 1	.....	24
Tabla No. 2	.....	24
Tabla No. 3	.....	25
Tabla No. 4	.....	25
Tabla No. 5	.....	26
Tabla No. 6	.....	26
Tabla No. 7	.....	27
Tabla No. 8	.....	27
Tabla No. 9	.....	28
Tabla No. 10	.....	28
Tabla No. 11	.....	29
Tabla No. 12	.....	29
Tabla No. 13	.....	30
Tabla No. 14	.....	30

## RESUMEN

### ABSTRACT

**Antecedentes:** Las causas de histerectomías obstétricas de emergencia son: la atonía uterina, placentación anormal, la ruptura y perforación uterina, los cuadros sépticos puerperales y postaborto.

Los factores de riesgo más identificados son: multiparidad; ama de casa, el momento en el que el procedimiento se realizó en su mayoría fue luego de una cesárea segmentaria transperitoneal.

**Objetivo:** Describir el perfil epidemiológico identificar los factores de riesgo, indicaciones y complicaciones de la histerectomía obstétrica en una población de alto riesgo y clasificar las pacientes estudiadas como de alto riesgo de morbilidad severa (near miss)

**Material y métodos:** Estudio Transversal Analítico de la Morbilidad de la Histerectomía Obstétrica en el Hospital de Ginecología-obstetricia y Hospital Juan José Arévalo Bermejo durante el periodo del 1 de enero año 2007 al 31 de diciembre del año 2011

**Resultados:** Se obtuvieron un total de 42 casos durante los 5 años estudiados; encontrando como factor de riesgo más frecuente la multiparidad con un 95.2% (40 casos) el rango de edad más frecuente de 26-30 años con un porcentaje de 38.1% con una media de edad de 29 años; en orden de frecuencia de mayor a menor se presentó como principal factor de riesgo el ser ama de casa, operaria y comerciante. En primíparas se presentó un total de 2 casos con un 4.8%

En el puerperio inmediato post cstp se encontró el mayor número de histerectomías obstétricas con un total del 71.4% del total estudiado. La indicación más frecuente fue atonía uterina en el 59.4% de las pacientes esto puede ser debido a la escueta descripción de la misma en los expedientes revisados ya que en su mayoría no se describieron las otras indicaciones investigadas en este estudio. La complicación más frecuente fue anemia en las pacientes posterior a la realización de histerectomía obstétrica con un 79.3%. Del total de casos 8 tuvieron una morbilidad extrema (near miss) y de ellas 1 muerte.

**Palabras Clave:** Histerectomía Obstétrica, placentación anormal, atonía uterina.

## I. INTRODUCCION

La histerectomía es el procedimiento quirúrgico por el cual se extrae el útero de una mujer y es la segunda operación más practicada después de la cesárea en mujeres premenopáusicas en Estados Unidos. Por otra parte, es importante mencionar que existen diversos tipos de histerectomía. Primero por la forma de remover al útero que puede ser de forma vaginal o abdominal y segundo por las partes del útero que se extraen, ya sea una histerectomía subtotal, total (1,2).

Se denomina histerectomía obstétrica a la resección parcial o total del útero, realizada generalmente de emergencia por complicaciones del embarazo, parto o puerperio, o por complicación de una enfermedad preexistente. El parto y el puerperio constituyen un período de riesgo, donde pueden aparecer patologías dependientes o asociadas al embarazo que pueden comprometer la vida de la madre, entre las diversas complicaciones que pueden surgir, en ocasiones no existe otra alternativa que realizar la extirpación del útero, como único tratamiento para salvar la vida.

Considerando el momento de su realización, la histerectomía por complicaciones obstétricas se refiere a tres eventos: histerectomía en el puerperio, cesárea histerectomía (operación de Porro) e histerectomía en bloque. Se indica para resolver distintas complicaciones que ponen en peligro la vida de la paciente, al aumentar el riesgo de hemorragia. La hemorragia postparto ocurre en 1% de las pacientes y es principalmente secundaria a trastornos en la implantación de la placenta.(1, 2, 3)

Las causas de histerectomías obstétricas de emergencia son: la atonía uterina, el acretismo placentario, la ruptura y perforación uterina, los cuadros sépticos puerperales y postaborto.(3)

Los factores de riesgo más identificados son: antecedentes de cesárea previa, ser mayor de 35 años de edad haber tenido más de tres hijos, instrumentación uterina previa y embarazos múltiples.(4)



La histerectomía obstétrica es un evento que busca preservar la vida de la mujer y que requiere, por la gravedad del mismo, de un mejor entendimiento de las causas que lo desencadenan con el fin de poder prever una atención más oportuna y altos estándares de calidad. La incidencia de la histerectomía por complicaciones obstétricas varía de acuerdo al tipo de normas Gineco-obstétricas que se manejan en las instituciones, del control prenatal, atención obstétrica, etcétera.(2,3)

La morbilidad materna aguda y severa (MMAS) o near miss fue definida como toda complicación que pone en riesgo la vida de la enferma durante la gestación o dentro de los 42 días posteriores al nacimiento, debido a cualquier etiología relacionada o agravada por el embarazo o como consecuencia de su manejo, con exclusión de las causas incidentales o accidentales, de la que sobrevive por el tratamiento instituido o producto del azar; en el presente estudio se evidencia un incremento del 2.25 veces en pacientes trasladadas a la unidad de cuidados intensivos luego de realizarles histerectomía obstétrica.

El siguiente estudio se analizó los diferentes factores de riesgos y su asociación con la realización de histerectomía obstétrica, al igual que se identificara las indicaciones más frecuentes de dicho procedimiento al igual sus principales complicaciones presentadas

## II. ANTECEDENTES

La histerectomía obstétrica es utilizada generalmente como último recurso para resolver situaciones o complicaciones obstétricas en caso que otras medidas han fallado. Está indicada cuando la vida de la paciente se encuentra en riesgo, y es un procedimiento que requiere la intervención de personal médico altamente experimentado para resolver cualquier complicación que ocurra.(1)

La mayorías de las muertes maternas ocurren dentro de las primeras 24 horas posteriores al parto, siendo el sangrado excesivo la causa mas frecuente. El sangrado grave o hemorragia es la principal causa de muerte materna en todo el mundo; al menos una cuarta parte de todas las muertes maternas se deben a hemorragias.(3)

De acuerdo con Organización Mundial de la Salud (OMS), cada año se producen cerca de 14 millones de casos de hemorragias asociadas al embarazo y al menos 128,000 de estas mujeres se desangran y mueren. La mayor parte de estos fallecimientos ocurren dentro de las cuatro primeras horas postparto.(3)}

La incidencia reportada por diferentes autores es muy baja, oscila entre 0.1 y 0.9%. Otros autores han comunicado índices de 0.5 a 1.5 por 1000. En Estados Unidos varía entre 0.13 y 0.15%, en Shangai 0.54%, en Taiwán 0.36% y en México 1.72%. Cada año fallecen poco más de medio millón de mujeres en todo el mundo por estas causas.(2, 4)

Guatemala es el cuarto país de América Latina con la más alta tasa de mortalidad materna, al registrar 153 mujeres muertes por causas asociadas el embarazo o al parto, por cada 100 mil nacidos vivos; según el Fondo de Población de Naciones Unidas. (5)

### A. HISTERECTOMIA OBSTETRICA

En los siglos XVIII y XIX, Cavallini (1768), Michaelis (1809) y Bluender (1830), luego de realizar la HO en animales, sugirieron que podía efectuarse en humanos después de una cesárea, cuando era necesario preservar la vida de la paciente. El 21 de mayo de 1876, en Pavia, Italia, Eduardo Porro realizó la primera cesárea-histerectomía con

supervivencia de madre e hijo. En Venezuela la primera cesárea-histerectomía fue realizada en 1907 por Ruiz en el Hospital Vargas de Caracas. En Maracaibo fue ejecutada por primera vez el 29 de marzo de 1913 por el Dr. Ramón Soto González, en un caso de parto distócico, por presentación de hombros con matriz infectada; como último recurso, tratando de salvar la vida del feto y de la madre, con el resultado de feto vivo y madre muerta. La primera serie grande (57 casos) fue la de Evanam Fernández en 1952. Desde esa fecha hasta el presente se han publicado otras series y algunos casos aislados. Los últimos casos publicados tienen relación con placenta percreta y útero didelfo.(6-13)

Según Obeid Layón y col., citados por Villalobos y López, esta operación se puede clasificar en: 1. Cesárea-histerectomía (también conocida como operación de Porro): cuando se realiza la cesárea y la histerectomía en un solo tiempo, 2. Histerectomía postcesárea: cuando estos actos se realizan en dos tiempos diferentes, 3. Histerectomía posparto: la que se realiza después de un parto, en el puerperio inmediato o mediato, 4. Histerectomía postcuretaje o postlegrado: si se hace luego de un curetaje o legrado uterino, y 5. Histerectomía en bloque: cuando se extrae un útero que contiene una enfermedad trofoblástica.(6)

### 1.1.1 Definición

Consiste en la extirpación del útero durante una cesárea o en el puerperio, por complicaciones relacionadas con el embarazo o por indicaciones ginecológicas. La que se realiza durante la cesárea es conocida como operación de Porro y consiste en practicar una cesárea seguida de histerectomía total o subtotal. En condiciones ideales siempre es preferible practicar la técnica total; sin embargo, en aquellas pacientes en malas condiciones generales donde existe dificultad técnica.(6)

La histerectomía obstétrica es uno de los procedimientos quirúrgicos que ha producido más controversias, desde su aparición hasta nuestros días. Generalmente es utilizada como último recurso para resolver situaciones o complicaciones obstétricas, en caso que otras medidas han fallado.(6)

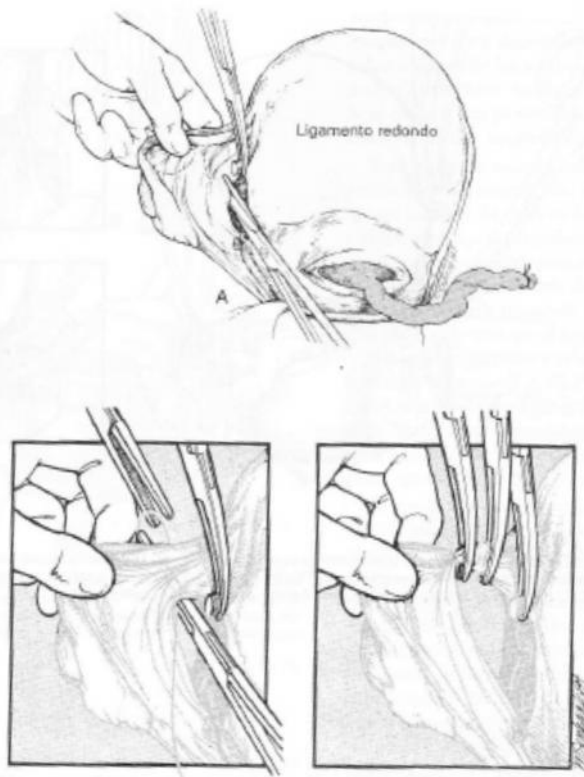
### 1.1.2 Epidemiología

A nivel mundial en estudios realizados durante intervalos de 10 años en un mismo hospital apuntan a una posible tendencia al aumento de la histerectomía obstétrica tras cesárea, La tasa de histerectomía obstétrica aumento de 7% (1989) a 8.3%(1993) y continua siendo enormemente más alta que la tasa tras el parto vaginal (0.2% en 1984 y 0.09% en 1993) el aumento de la tasa tras la cesárea podría reflejar el cambio en la prevalencia de cesáreas anteriores la tasa global de histerectomía periparto es de 1.4 por 1000 nacimientos. Las complicaciones intraoperatorias asociadas a las histerectomía obstétrica, se dan la mayoría de las veces por un estudio preoperatorio escueto; las dos más habituales son la pérdida hemática excesiva y la lesión accidental a la vejiga o uréteres, de igual modo la infección y la hemorragia son las complicaciones más frecuentes e importantes; se ha publicado que es necesaria la revisión por sangrado tras una histerectomía obstétrica en hasta el 2.6% a 4% de los casos.(6, 7, 12)

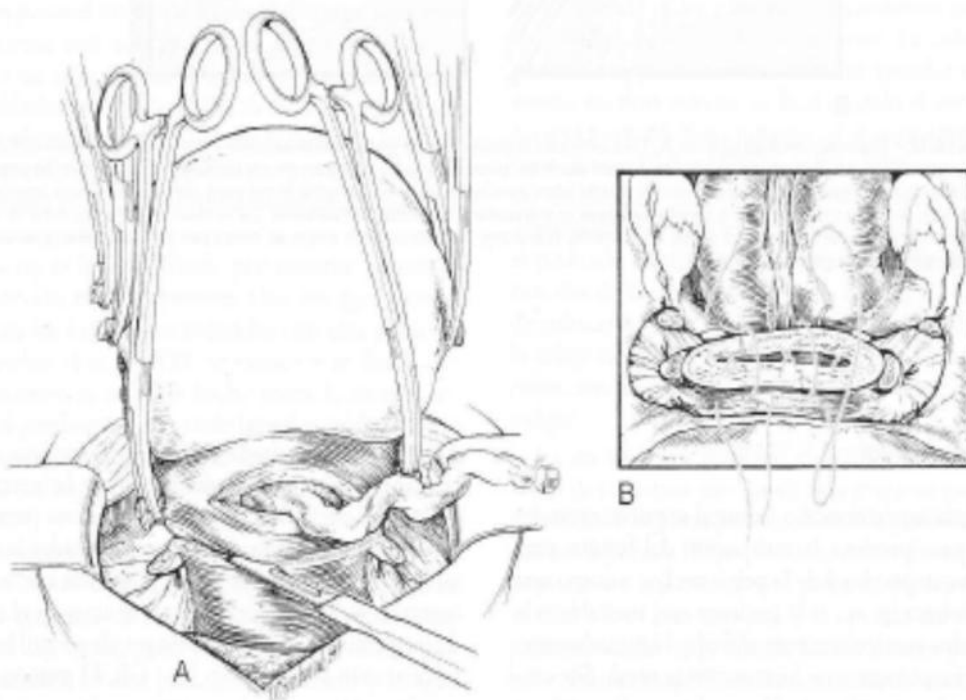
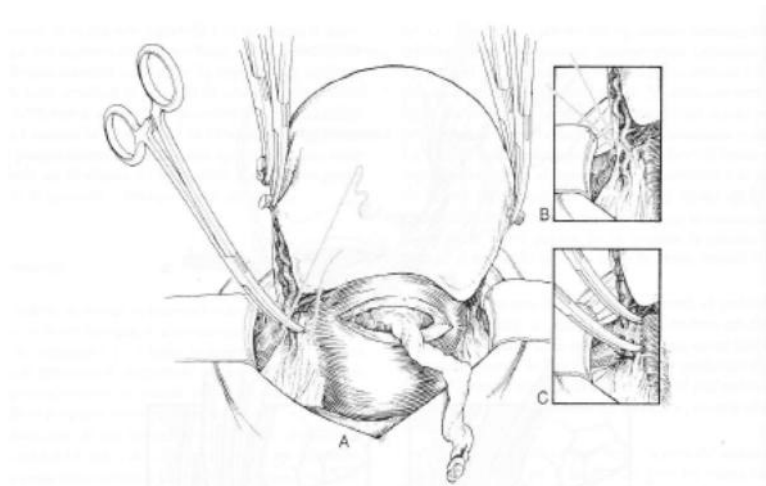
### 1.1.3 Técnicas de histerectomía

La técnica es la de la cesárea convencional, seguida de una histerectomía con la técnica que sea más familiar para el cirujano. Suele ser una intervención técnicamente difícil de realizar por la gran vascularización, el edema de las estructuras y los cambios anatómicos del útero grávido y de sus estructuras de sostén. También puede suceder que no se realice la identificación del límite entre el cuerpo y el cuello uterino por la alteración anatómica, lo que puede impedir la extracción total del útero. La hemostasia debe ser cuidadosa y se deben emplear, por lo menos, dos suturas por cada vaso principal. La manipulación de las estructuras debe ser cuidadosa porque el tejido suele estar friable y son frecuentes las lesiones de los paquetes varicosos y de la vejiga. Antes de cerrar el abdomen se debe hacer un control final de la hemostasia; si el sangrado es en capa, se dejan materiales antihemorrágicos y el drenaje de la cavidad debe ser realizado con drenes activos. El obstetra debe estar familiarizado con las técnicas de prevención de hemorragia como son: la ligadura de las arterias uterinas, la compresión de la aorta para disminuir el sangrado e identificar los vasos que están sangrando, la ligadura bilateral de

las arterias ilíacas internas y, por supuesto, con la histerectomía porque con las medidas anteriores no se pueden solucionar algunos casos de hemorragia.(8)



Después de retirar el útero completo, se aseguran todos los ángulos del fórnix vaginal lateral a los ligamentos cardinales y úterosacros con suturas crómicas en ocho. No hay unanimidad de opciones en cuanto a si se debe mantener abierto o hay que cerrar el manguito vaginal. Posterior al cierre de esta última, se realiza la peritonización pelviana, se verifica la hemostasia de todos los muñones y se continúa con el cierre de la pared abdominal por planos.(9)



**Figura 18-14.** Histerectomía subtotal. **A.** Se corta el cérvix justo por debajo del nivel de los pedículos ligados de la arteria uterina, amputando el cuerpo uterino del muñón cervical. **B.** Se puede cerrar el muñón con varios puntos sueltos en ocho; se peritoniza como en una histerectomía total.

#### 1.1.4 Causas de histerectomía obstétrica

La morbilidad asociada a histerectomía obstétrica se presenta esencialmente por el sangrado abundante que se establece, pero también existen otras causas asociadas con la hemorragia que condicionan trastornos en la contracción uterina y en consecuencia poca respuesta a la terapia dinámica implementada, lo que resulta en una mayor morbilidad para el materno-fetal. La incidencia exacta de histerectomía obstétrica por causas de emergencia se desconoce; ésta varía de acuerdo al tipo de normas ginecoobstétricas que se manejan en las instituciones, del control prenatal, atención obstétrica, etcétera. En Estados Unidos varía entre 0.13 y 0.15%, en Shangai 0.54%, en Taiwán 0.36% y en México 1.72%.(2, 4, 14, 15)

Se han identificado muchas causas relacionadas con la indicación de histerectomía postparto, entre las más conocidas están la ruptura uterina por cesárea previa con una incidencia calculada de 12%, placenta acreta con 4.1%, placenta previa 0.5%, abrupto placentario 23.5%, atonía uterina en 23.5%, nulípara 60.4%, en antecedentes de abortos previos 79% y antecedentes de hemorragia en el parto previo con un riesgo relativo de 9.3. Otras anomalías se han encontrado con menos frecuencia, entre las que figuran procesos infecciosos, el tumor de ovario, embarazo molar, endometriosis crónica y la hiperplasia adenomatosa. Todo lo anterior expone a las pacientes a este procedimiento de urgencia, como último recurso para limitar el sangrado profuso que pone en peligro la vida de la paciente, ya que el sangrado postparto es la causa directa para la indicación de histerectomía obstétrica. Es importante señalar que la probabilidad de histerectomía aumenta, incluso, 10 a 12 veces cuando existen antecedentes de cesárea. (4, 14)

Se han hecho esfuerzos para tratar de anticipar la necesidad de histerectomía utilizando el ultrasonido, con el que se busca identificar algunos de los trastornos en la implantación de la placenta que puedan indicar la necesidad de este procedimiento, pero no se ha podido reducir en forma significativa la frecuencia de este trastorno. Por lo tanto, continúa siendo prioritario identificar en forma clínica a las pacientes que tienen riesgo para desarrollar esta complicación del embarazo.(14)

#### 1.1.4.1 Cesárea previa

El útero cicatrizal y en particular la propia cicatriz uterina es el lugar más proclive a la rotura uterina, aunque ésta se da también en el útero intacto. Cuanto mayor sea el número de cicatrices, mayor riesgo y gran morbimortalidad materna fetal.(16)

La rotura uterina es poco frecuente pero puede ser catastrófica para madre y feto y el factor de riesgo más importante es la presencia de cesárea previa.(16)

Las mujeres con cesárea anterior, tienen cerca de 25% de riesgo de desarrollar placenta acreta.(17)

#### 1.1.4.2 Placenta acreta

La placenta acreta ocurre cuando se instaura un defecto en la decidua basal resultando en una implantación invasiva anormal de la placenta. Es una entidad poco frecuente a la cual se enfrenta el obstetra, con una incidencia de 1 en 2500 embarazos.(17)

La morbilidad y mortalidad materna por placenta acreta son considerables. La tasa de mortalidad se ha reportado en 7%, con una gran morbilidad intraoperatoria y postoperatoria asociada a transfusiones sanguíneas masivas infecciones, daño ureteral y formación de fístulas. Los factores de riesgo para placenta acreta incluyen placenta previa con o sin cirugía uterina anterior, antecedente de miomectomía, síndrome de Asherman, leiomioma submucoso y edad materna mayor de 35 años.(17)

Cerca de 80% de las pacientes con diagnóstico ultrasonográfico de placenta acreta, necesitarán de histerectomía durante el acto quirúrgico de la cesárea; el alto grado de sospecha y de preparación ayudan a disminuir la morbilidad materna previniendo algunas complicaciones médicas y quirúrgicas intraoperatorias.(17)

#### 1.1.4.3 Placenta previa

Se define como la inserción de la placenta en la parte inferior del útero, cubriendo total o parcialmente el orificio cervical interno o quedando muy cerca de él. Ocurre en 2.8/1000 de embarazos con feto único y 3.9/1000 en embarazos gemelares y representa un problema clínico significativo. La incidencia de histerectomía después de la cesárea para



placenta previa es 5.3%. Los índices de mortalidad perinatal son tres a cuatro veces más altas que embarazos normales.(18)

#### 1.1.4.4 Abrupto placentario

Se refiere a la separación de la placenta normalmente inserta después de la semana gestacional 20 y antes del nacimiento del feto. Se debe a la ruptura de la arteria espiral uterina. El sangrado hacia la decidua origina la separación de la placenta. La formación de hematoma provoca la separación de la placenta de la pared uterina, causando compresión de estas estructuras y comprometiendo el riego sanguíneo del feto.(19)

La frecuencia de abrupto placentario es aproximadamente el 1% de todos los embarazos alrededor del mundo. Sin embargo diferentes estudios han reportado una incidencia variable de abrupto placentario entre 0.3% y 2% de todos los partos a término, mientras que otros estudios reportaron una incidencia de 5.9 por 1000 nacimientos a 6.5 por 1000 nacimientos.(19)

Los factores de riesgo implicados incluyen hipertensión gestacional, presentación no cefálica, polihidramnios, restricción del crecimiento intrauterino, edad materna avanzada, trauma materno, tabaquismo, alcoholismo, abuso de cocaína, cordón umbilical corto, descompresión repentina del útero, fibromioma retroplacentario, hemorragia retroplacentaria por punción, aborto previo, gran multiparidad, trauma.(19)

#### 1.1.4.5 Atonía uterina

La causa principal de histerectomía postparto es la atonía uterina. Es una complicación mucho más frecuente de lo reportado, si bien no se recoge su ocurrencia como dato primario, sino como causa de morbilidad mayor tales como shock hipovolémico, politransfusión, la propia histerectomía puerperal u otras más graves.(20)

#### 1.1.5 Complicaciones de la histerectomía

El choque hipovolémico es la primera causa de las complicaciones que ocurren después de la histerectomía.(14)

Según un estudio realizado en Cuba, en 95 pacientes, en relación con las complicaciones de la histerectomía obstétrica 54.8% de las pacientes histerectomizadas presentaron complicaciones, la anemia representó el 32.7%, requirieron atención con tratamiento antibiótico por la aparición de procesos sépticos con diferentes localizaciones 10.6%, la coagulopatía de consumo se presentó en 4.2%, y la lesión de órganos vecinos un 3.1%.(21)

Según otro estudio realizado en India, en 41 pacientes, 39.02% presentó morbilidad febril, 24.02% infección de la herida, 9.7% septicemia, 7.3% íleo paralítico, 7.3% infección del tracto urinario, 7.3% lesión de vejiga, 2.4% lesión ureteral, 4.8% fístula vesicovaginal, 4.8% neumonitis, 2.4% tromboflebitis y 7.3% se repitió la laparotomía por hemorragia. Hubo cuatro muertes maternas, dando una mortalidad materna de 9.7%. secundarias a septicemia, coagulación intravascular diseminada en dos y choque hipovolémico.(22)

En otro estudio realizado en Chile, en 34 pacientes, el 91.2% presentó complicaciones, la más frecuente correspondió a lesión vesical asociada a acretismo placentario. En el postoperatorio inmediato hubo 29 casos de anemia, 10 casos de coagulación intravascular diseminada, 2 casos de hemoperitoneo (reoperadas) y 2 pacientes con choque hipovolémico. Hubo 1 caso de trombosis pelviana, 1 de trombosis de vena ovárica y 1 de fasciitis necrotizante. Tardíamente hubo 3 casos de depresión, 1 tromboembolismo pulmonar, 1 fístula vésico-vaginal y 1 proceso inflamatorio pelviano. No hubo muertes maternas. Transfusión de sangre y/o hemoderivados en 76.5%.(23)

#### 1.1.6 Momento de la realización de la histerectomía obstétrica

Es raro tener que realizar una laparotomía después de un parto vaginal, normalmente se realiza una histerectomía después de una cesárea.(24)

Se prefiere realizar una histerectomía total a una histerectomía subtotal, aunque se ha de realizar la que sea más efectiva y rápida para evitar el sangrado debido a una atonía uterina. La histerectomía subtotal puede no ser efectiva para controlar el sangrado del segmento más bajo, del cérvix o la vagina.(24)

La histerectomía obstétrica se puede clasificar en:

- Cesárea-histerectomía (operación de Porro): cuando se realiza la cesárea y la histerectomía en un solo tiempo.
- Histerectomía postcesárea: cuando estos actos se realizan en dos tiempos diferentes.
- Histerectomía postparto: la que se realiza después de un parto, en el puerperio inmediato o mediato.
- Histerectomía poscuretaje o poslegado: si se hace luego de un curetaje o legrado uterino.
- Histerectomía en bloque: cuando se extrae un útero que contiene una enfermedad trofoblástica.(25)

#### B. Near-miss

La morbilidad materna aguda y severa (MMAS) o near miss fue definida como toda complicación que pone en riesgo la vida de la enferma durante la gestación o dentro de los 42 días posteriores al nacimiento, debido a cualquier etiología relacionada o agravada por el embarazo o como consecuencia de su manejo, con exclusión de las causas incidentales o accidentales, de la que sobrevive por el tratamiento instituido o producto del azar.

En los países más desarrollados la mortalidad materna actual es 1-10/100.000 nacimientos aproximadamente. Más allá de las condiciones culturales, las mejoras vinculadas al nivel de educación y los recursos económicos de esas poblaciones; un conjunto de medidas de prevención se implementaron a nivel hospitalario con la finalidad de disminuir los riesgos de complicaciones graves que ponen en peligro la vida de madre-hijo. El reconocimiento de esta situación, permitió identificar aquellos casos con probables retrasos diagnósticos y/o errores terapéuticos para luego, establecer la necesidad de los recursos físicos, programas para el adiestramiento del equipo de salud y/o mejorar aspectos vinculados con la organización institucional. Estas medidas de prevención resultarán en beneficio humano y en segundo lugar económico.

El modelo de los tres retrasos vinculado con la mortalidad materna, también podrá aplicarse a los casos con MMAS. Este modelo fue propuesto por Thaddeus y Maine en 1994 para describir tres situaciones que podrían retrasar la atención en la emergencia

obstétrica. La primera se refiere al retraso en buscar asistencia médica, la segunda al retraso a acceder al centro médico, y la tercera al periodo que transcurre dentro del hospital hasta recibir efectivamente el tratamiento adecuado (8).

Se considera que un evento es prevenible cuando este puede evitarse mediante la acción específica o por la inacción del equipo de salud. Este último concepto adquiere particular importancia en la atención de urgencia, donde importa saber qué hacer y qué no hacer. Otro aspecto a considerar es el concepto amplio con el que debe interpretarse la prevención; no referida exclusivamente a evitar la enfermedad sino además a impedir su

Progresión. La preeclampsia, por ejemplo, no es prevenible pero podrá evitarse su progresión con el tratamiento y la interrupción oportuna del embarazo cuando corresponda (prevención secundaria). El manejo activo del tercer periodo del parto redujo significativamente la incidencia de complicaciones hemorrágicas (prevención primaria). Afecciones no previsibles ni prevenibles causan fuerte impacto sobre la morbi-mortalidad materna, como la embolia de líquido amniótico

### **III. OBJETIVOS**

#### **3.1 General**

- 3.1.1 Describir el perfil epidemiológico de las pacientes en quienes se realizó histerectomía obstétrica en los Hospitales Juan José Arévalo Bermejo y de Gineco-Obstetricia durante el período 1 de enero del año 2007 al 31 de diciembre de 2011.

#### **3.2 Específicos**

- 3.2.1 Calcular la incidencia de histerectomía obstétrica
- 3.2.2 Describir las principales indicaciones de histerectomía obstétrica.
- 3.2.3 Identificar las principales complicaciones postoperatorias.
- 3.2.4 Definir los factores de riesgo asociados a morbilidad materna extrema (near miss)

## **IV. HIPOTESIS**

### 4.1 Hipótesis nula:

Las pacientes con 2 o más factores de riesgo tienen menor probabilidad de tener morbilidad materna severa.

### 4.2 Hipótesis alterna:

Las pacientes con 2 o más factores de tienen mayor probabilidad de tener morbilidad materna severa.

## **V. MATERIAL Y MÉTODOS**

### **5.1 TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN**

Estudio Transversal analítico

### **5.2 ÁREA DE ESTUDIO**

#### **Área de análisis**

Hospital de Ginecología-obstetricia y Hospital Juan José Arévalo del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social

.

#### **Unidad de información**

Expedientes clínicos de pacientes del Hospital de Ginecología-obstetricia y Hospital Juan José Arévalo Bermejo que cumplieron con los requisitos requeridos, durante el periodo de 1 enero del año 2007 al 31 diciembre del año 2011.

### **5.3 POBLACIÓN Y MUESTRA**

#### **Población o universo**

Total de expedientes clínicos de pacientes a quienes se les realizó histerectomía obstétrica.

#### **Muestra**

No se realizara muestreo ya que se trabajo con el total de expedientes

## **5.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN**

### Criterios de inclusión

- Pacientes a quienes se les haya realizado histerectomía obstétrica del 1 enero de 2007 al 31 diciembre de 2011 en el Hospital de Ginecología y Obstetricia u Hospital Juan José Arévalo Bermejo.
- Expedientes completos y legibles

### Criterios de exclusión

- Parto extrahospitalario
- Paciente con expediente incompleto
- Expedientes que no contengan información necesaria para la realización del estudio



**5.5 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES**  
DESCRIPCIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	INSTRUMENTO
Edad	Edad en años que tenga la paciente	<20	cualitativa	nominal	Boleta de Recolección de datos
		20-29	Cualitativa	Nominal	Boleta de recolección de datos
		30-39	Cualitativa	Nominal	Boleta de recolección de datos
		40-49	Cualitativa	Nominal	Boleta de recolección de datos
		>50	Cualitativa	Nominal	Boleta de recolección de datos

Complicaciones post Histerectomía Obstétrica	Complicaciones que pueden darse después de la realización de histerectomía obstétrica	Choque hipovolémico	Cualitativa	Nominal	Boleta de recolección de datos
		Anemia			
		Infección de herida operatoria			
		Coagulopatias			
		Lesión de órganos			
		Septicemia			
		Íleo paralítico			
		Laceración arteria uterina			
		Tromboembolia Pulmonar			
		Derrame pleural			

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	INSTRUMENTO
Factores de Riesgo	circunstancia o situación que aumenta las probabilidades de que ocurra un evento	Edad	Cualitativa	Nominal	Boleta de recolección de datos
		Momento de Procedimiento			
		Uso de Oxitócica			
		Paridad			
Indicación Histerectomía obstétrica	Razón por la que se realiza histerectomía obstétrica	Placentación Anormal	Cualitativa	Nominal	Boleta de recolección de datos
		Atonía Uterina			
		Abruptio Placentae			
		Lesión Uterina (Ruptura o Rasgadura)			
		Versión Uterina			
Morbilidad materna severa	Aumento de morbilidad asociado al parto	2 o mas factores de riesgo presentes para traslado a cuidados intensivos	cuantitativa	Numérica	Boleta de recolección de Datos

## 5.6 TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS A UTILIZAR EN LA RECOLECCIÓN DE DATOS

### Técnica

Se tomaron los libros de egresos de pacientes en sala de operaciones en el Hospital de Gineco-Obstetricia y del hospital general Juan José Arévalo Bermejo, se tomaron las afiliaciones de las pacientes a las que se les realizó histerectomía obstétrica, Se identificaron las pacientes que entren en el listado de inclusión se revisaran los registros de las pacientes en quienes se realizó histerectomía obstétrica en ambos hospitales y se incluirán los pacientes que entren en los criterios, Distribuidos por el tipo de parto con los que se tendrá Histerectomía obstétrica postparto u Histerectomía Obstétrica post-cesárea segmentaria transperitoneal luego se llenaran las hojas de recolección de datos y se procesara la información

### Procedimientos

- Plan de Recolección de datos
  - Aprobado el protocolo y extendida la carta de aprobación correspondiente se tramito la autorización en los distintos Hospitales y encargados del servicio de labor y parto.
  - Se evaluaron los expedientes de las pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión.
  
- Plan de análisis
  - Obtenidos los resultados se introdujeron los datos obtenidos en una base de datos en el programa Excel® de Microsoft Office para su posterior descripción y análisis.

Instrumento (Ver Anexo)

El instrumento de recolección de datos consistió en una boleta que incluirá

Edad del paciente

Día en que se realizó el procedimiento

Indicación del procedimiento

Complicaciones durante y después del procedimiento

Momento de la realización del procedimiento

Ocupación

Paridad

Uso de Oxitocina

## **5.7 PLAN DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS**

Procesamiento

- Una vez recolectada la información, se tabularon los datos obtenidos en una hoja de base de datos del programa Excel® de Microsoft Office. Programa que constituye un sistema práctico para la construcción de bases de datos y representación gráfica de los resultados.
- Se elaboraron tablas con los datos recolectados.
- Con estas tablas se realizaron gráficas para el análisis y la presentación de los resultados.

Análisis

- Se realizó un análisis descriptivo e inferencial con ayuda del programa Excel® de Microsoft Office, y Epi Info partiendo de las tablas y gráficas de los datos obtenidos.
- Con ayuda de la herramienta Epi Info se realizó el cálculo de medidas de dispersión, y en la realización de tablas de 2 x 2 para cálculo de medidas de asociación. Se utilizó el OR para poder asociar los factores de riesgo con la exposición que en este caso sería la realización de histerectomía obstétrica

- Se discutieron los resultados conjuntamente con el asesor y revisor en base a técnicas estadísticas y epidemiológicas.
- Luego se elaboraron las conclusiones y la presentación final de resultados.

## **5.8 ALCANCES Y LÍMITES DE LA INVESTIGACIÓN.**

### Alcances

Se obtuvieron datos obtenidos en el instituto Guatemalteco de seguridad social para su próxima publicación sobre el tema.

### Límites

- Se realizaron el trabajo cuando haya un residente investigador rotando en el Hospital Juan José Arévalo Bermejo y en el Hospital de Ginecología y Obstetricia cuando haya disponibilidad del tiempo ya que por el horario de trabajo de oficina no es posible revisar expedientes fuera del mismo.
- No se tomaron los casos de pacientes a quienes se les realizó histerectomía obstétrica luego de un aborto.

### Aspectos Éticos

La investigación se efectuó con los expedientes de los pacientes de sexo femenino, no se tendrá contacto directo con los pacientes. Por lo anterior se mantendrán estrictas medidas de confidencialidad, con el objetivo de proteger la identidad de las pacientes del grupo en estudio. Según las Pautas Internacionales para la Evaluación Ética de los Estudios Epidemiológicos, este estudio pertenece a la categoría I, Comprende estudios o el registro de datos por medio de revisión de expedientes. Se descartará la información de identificación personal cuando se consoliden los datos para fines de análisis estadístico. Al concluir la investigación se entregara una copia del informe final a los directores de las instituciones en estudio, para su uso con fines estadísticos posteriores.

## VI. RESULTADOS

Tabla 1.

Edad de pacientes a las que se realizó Histerectomía Obstétrica

Edad	Frecuencia	Porcentaje	Acumulado
20-25	10	23.8	23.8
26-30	16	38.1	61.9
31-35	14	33.3	95.2
35-40	2	4.8	100.0
<b>Total</b>	42	100.0	100.0

Mediana: 39      Moda: 31      Rango: 22-28 años

Fuente: Boleta de Recolección de datos

Tabla 2.

Paridad de pacientes a las que se realizó Histerectomía Obstétrica

Paridad	Frecuencia	Porcentaje
Múltipara	40	95.2
Primípara	2	4.8
<b>Total</b>	42	100.0

Fuente: Boleta de Recolección de Datos

**Tabla 3**

**Uso de oxitocina postparto en pacientes a las que se realizó Histerectomía Obstétrica**

<b>Uso de oxitocina</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>SI</b>	27	64.3
<b>NO</b>	15	35.7
<b>Total</b>	42	100.0

Fuente: Boleta de Recolección de datos

**Tabla 4**

**Factores de riesgo para realización de Histerectomía Obstétrica**

<b>Factor de Riesgo</b>	<b>RR</b>	<b>IC</b>	<b>p</b>
<b>Edad materna</b>	0.96	0.52-1.76	0.89
<b>Multiparidad</b>	1.05	0.46-2.40	0.67
<b>Oxitocina</b>	0.70	0.49-1.00	0.069
<b>Ocupación (ama de casa)</b>	0.74	0.47-1.15	0.12

Total de nacimientos en ambos Hospitales

Fuente: Boleta de Recolección de Datos



**Tabla 5**

**Indicaciones de Histerectomía Obstétrica**

<b>Indicación</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Placentación Anormal</b>	14	33.3
<b>Atonía Uterina</b>	25	59.5
<b>Lesión Uterina</b>	1	2.4
<b>Versión uterina</b>	2	4.8
<b>Total</b>	42	100.0

Fuente: Boleta de Recolección de Datos

**Tabla 6**

**Tipo de parto y momento de cirugía de pacientes a las que se realizó Histerectomía Obstétrica**

<b>Momento de cirugía</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Post Cesárea</b>	30	71.4
<b>Post Parto</b>	12	28.6
<b>Total</b>	42	100.0

Fuente: Boleta de Recoleccion de datos

**Tabla 7**

**Complicaciones de Histerectomía Obstétrica**

<b>Complicaciones</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Shock Hipovolémico</b>	7	18.4
<b>Anemia</b>	28	73.7
<b>Transfusiones sanguíneas</b>	28	73.7
<b>Uso de aminas</b>	7	18.4
<b>Infección Herida Operatoria</b>	1	2.6
<b>Íleo Paralítico</b>	1	2.6
<b>Lesión Órganos Vecinos</b>	1	2.6
<b>Total</b>	38	100.0

Fuente: Boleta de Recolección de Datos

**Tabla 8**

**Shock hipovolémico en pacientes a quien se realiza Histerectomía Obstétrica**

<b>Momento Cirugía</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Post CSTP</b>	5	11.90
<b>Post PES</b>	3	7.14
<b>No presentaron shock</b>	34	80.95
<b>Total</b>	42	100.0

Fuente: Boleta de Recolección de Datos

**Tabla 9**

**Anemia en pacientes a quien se realiza Histerectomía Obstétrica**

<b>Momento Cirugía</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Post CSTP</b>	23	54.76
<b>Post PES</b>	9	21.42
<b>No presentaron anemia</b>	10	23.80
<b>Total</b>	42	100.0

Fuente: Boleta de Recolección de datos

**Tabla 10**

**Transfusiones en pacientes con Histerectomía Obstétrica**

<b>Transfusiones</b>	<b>Casos</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Si</b>	28	66.6
<b>No</b>	14	33.3
<b>Total</b>	42	100

**Media: 3      Rango: 1-7 Transfusiones**

Fuente: Boleta de Recolección de datos

**Tabla 11**

**Más de tres transfusiones en pacientes con Histerectomía Obstétrica**

<b>Transfusiones</b>	<b>Casos</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Si</b>	9	21.4
<b>No</b>	33	78.6
<b>Total</b>	42	100

**Media: 3      Rango: 1-7 Transfusiones**

Fuente: Boleta de recolección de datos

**Tabla 12**

**Factores de riesgo asociados a Histerectomía Obstétrica que ingresaron a la unidad de cuidados intensivos en el Hospital General de Enfermedades**

<b>Cuidados Intensivo</b>	<b>Casos</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Si</b>	11	27
<b>No</b>	31	73
<b>Total</b>	42	100

Fuente: Boleta de Recolección de datos

**Tabla 13**

**Uso de aminas vasoactivas en pacientes con histerectomía obstétrica que ingresaron a la unidad de cuidados intensivos en el Hospital General de Enfermedades**

Aminas Vasoactivas	casos	Porcentaje
<b>Si</b>	6	54
<b>No</b>	5	46
<b>Total</b>	11	100

Fuente: Boleta de Recolección de datos

**Tabla 14**

**Pacientes con morbilidad materna severa con Histerectomía Obstétrica**

Morbilidad materna severa	Casos	Porcentaje	RR	IC	P
<b>Si</b>	8	19	4.58	0.77- 26.29	0.016
<b>No</b>	34	81			
<b>Total</b>	42	100			

Fuente: Boleta de Recolección de datos

## VII. DISCUSIÓN Y ANALISIS

En base a los resultados obtenidos podemos analizar que la edad más frecuente se encuentra entre los 26-30 años con un 38.1 con una media de 29 años; esto debido a la edad mucho más temprana del primer embarazo en nuestro país; relacionado con los resultados a nivel nacional; la multiparidad como es de esperar es el factor de riesgo más frecuente con un 95.2% con un total de 40 casos y en el perfil epidemiológico se ama de casa con un 42.9% con un IC de 0.47-1.15 el cual no es significativo con un RR de 0.74 el cual no nos incrementa el riesgo significativamente de finalizar en histerectomía obstétrica post cesárea en relación a la población en general seguido de comerciante con un 23.8%.

La histerectomía obstétrica se realizó en su mayoría en pacientes post CSTP con un total de 30 casos en un 71.4% esto debido a que la paridad en estas pacientes esta aumentada y presentan otros factores de riesgo asociados como el uso de oxitocina preparto y la cirugía previa.

El uso de oxitocina del total de la población estudiada fue de 64.3% con un total de 27 casos con un IC de 0.49 - 1.00 con un RR de 0.2 el cual es un factor que no se asocia con respecto a presentar histerectomía obstétrica post CSTP, sin embargo el valor no es estadísticamente significativo. La atonía uterina fue la indicación más frecuente presentada en el total de pacientes estudiadas; dato que tiene relación con las estadísticas mundiales; con una frecuencia de 59.5%.

Las complicaciones más frecuentes presentadas en el total de pacientes histerectomizadas la anemia se presentó en un 73.7% con un total de 32 casos; con un IC de 0.70-1.50 con un RR de 1.02; debido a que las pacientes luego de una histerectomía obstétrica tienen un riesgo del 10% más de padecer anemia; y se presentó el shock hipovolémico en un 18.4% con un total de 7 casos con un IC de 0.19-2.36 con una p de 0.41 con un RR de 0.67 el cual no es un riesgo necesariamente en las pacientes post histerectomizadas.

De las 42 pacientes a 28 pacientes se les realizo transfusiones sanguíneas, 9 pacientes tuvieron más de 3 unidades, siendo la mayor cantidad 7 unidades.

El total de pacientes a las que se les traslado a cuidados intensivos por más de 24 horas fue de 11, de las cuales en 6 casos se utilizó aminas vasoactivas. De las 42 pacientes hubo 1 muerte materna secundaria a falla multiorgánica y poca respuesta al tratamiento médico, dando una proporción de 42:1 en HGO y HGJJAB

Entre las pacientes a quienes les fue realizada histerectomía obstétrica, 8 tuvieron una morbilidad materna severa, tomando en cuenta que tenían 2 o más factores de riesgo, con un RR: de 4.5 (IC: 0.77-26.29) dando una asociación fuertemente positiva entre los factores de riesgo y el aumento significativo de la morbilidad materna; por lo que se acepta la hipótesis alterna.

## **7.1 CONCLUSIONES**

- 7.1.1 La incidencia de histerectomía obstétrica fue de 8 por cada 10,000 nacimientos en el Hospital de Ginecología y Obstetricia y Hospital Juan José Arévalo Bermejo del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social en el periodo comprendido de 1 de enero de 2007 al 31 de diciembre de 2011.
- 7.1.2 La edad más frecuente de las pacientes en quienes se realizó histerectomía obstétrica fue de 26-30 años con un 38.1% una media de edad de 29 años.
- 7.1.3 La indicación más frecuente en las pacientes estudiadas es la atonía uterina con un 59.5% con un total de 25 casos.
- 7.1.4 La complicación más frecuente después del procedimiento quirúrgico fue anemia con un 73.7%.
- 7.1.5 Del total de pacientes histerectomizadas el 67% recibieron algún tipo de soporte de hemoderivados siendo la máxima cantidad 7 unidades de células empacadas y un 35% recibieron más de 3 transfusiones.
- 7.1.6 El total de pacientes trasladadas a unidad de cuidados intensivos fue del 27% de las cuales tuvieron un riesgo de morbilidad materna extrema el 19%.
- 7.1.7 Se incrementó en 4 veces la morbilidad materna extrema a las pacientes que se les realizó histerectomía obstétrica y tuvieron 2 o más factores de riesgo asociados.



## 7. 2 RECOMENDACIONES

- 7.2.1 Fomentar el plan educacional a todas las pacientes embarazadas que asisten al Instituto Guatemalteco de Seguridad Social con respecto a los riesgos que pueden estar asociados la multiparidad y al embarazo en edades avanzadas como lo es la atonia uterina en el periodo del puerperio inmediato.
- 7.2.2 Fomentar el registro adecuado de expedientes por parte del personal medico al momento de describir los sucesos en el momento de presentarse una atonia uterina en alguna paciente.
- 7.2.3 establecer el manejo el activo del tercer periodo del parto.
- 7.2.4 Estabelcer el uso de oxitocina, por parte del personal medico al momento de presentarse atonia uterina.
- 7.2.5 Protocolizar el manejo de histerectomia obstetrica en los hospitales del Instituto de Seguridad Social.
- 7.2.6 Definir los factores de riesgo en las pacientes con morbilidad materna severa (Near Miss) para su tralsado oportuno a las unidades de cuidados intensivos.
- 7.2.7 Implementar un programa de salud reproductiva para las derechohabientes, con el proposito de disminuir los factores de riesgo asociados.
- 7.2.8 Implementar estrategias para la disminucion de cesareas en el Instituto de Seguridad Social.
- 7.2.9 Realizar en el Hospital de Gineco-Obstetricia una unidad de cuidados intensivos para disminuir el tiempo de traslado de pacientes en estado critico como parte de un tratamiento óptimo.

## VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Briceño-Pérez C, Briceño-Sanabria L, García S, Jaimes T, Briceño-Sanabria J, Briceño-Sanabria C. Histerectomía obstétrica: análisis de 15 años. (en línea). 2009. (accesado el 13 de febrero de 2011). (8 páginas disponibles). 69(2): 89-96. Disponible en: <http://www.scielo.org.ve/pdf/og/v69n2/art04.pdf>
2. Ramos R, Ramírez G, Hurtado G. Indicaciones de histerectomía obstétrica en el Hospital de Ginecología y Obstetricia del Instituto Materno Infantil del Estado de México del 2007 al 2008. (en línea). 2010. (accesado el 13 de febrero de 2011). (4 páginas disponibles). 2(1): 11-14. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/imi/imi-2010/imi101c.pdf>
3. Pérez J, Mejía I, Vásquez A. Histerectomía obstétrica en el Hospital Regional <<General Ignacio Zaragoza>> y en el Hospital Ángeles México. Análisis comparativo. (en línea). 2008. (accesado el 13 de febrero de 2011). (5 páginas en línea). 53(1): 10-14. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/abc/bc-2008/bc081c.pdf>
4. F. Gary Cunningham, Kenneth J. Leveno et. al  
Obstetricia de William  
22 Edición Mexico D.F.  
McGraw Hill, 2006
5. Gabbe Niebyl & Simpson. Ginecología y Obstetricia  
1era. Edición Madrid (España)  
MARBAN, 2006

6. Reveles J, Villegas G, Hernández S, Grover F, Hernández C, Patiño A. Histerectomía obstétrica: incidencia, indicaciones y complicaciones. (en línea) 2008. (accesado el 13 de febrero de 2011). (5 páginas disponibles). 76(3): 156-160. Disponible en: [http://www.nietoeditores.com.mx/download/gineco/2008/marzo2008/Ginecol%20Obstet%20Mex%202008-76\(3\)%20156-60.pdf](http://www.nietoeditores.com.mx/download/gineco/2008/marzo2008/Ginecol%20Obstet%20Mex%202008-76(3)%20156-60.pdf)
7. José Antonio Páez Angulo, Jorge Nava Flores, Antonia Basavilvazo Rodríguez; Histerectomía obstétrica por anormalidad orgánica y funcional materno-fetal, asociadas a la presencia de patología agregada part. I octubre-diciembre 2003 Vol. I (4)
8. Raziel Ramos García, Gilberto Ramírez López, Indicaciones de histerectomía obstétrica Vol. II, No. 1 • Enero-Abril 2010 pp 11-14
9. Estéfano R. Caracterización de las Gestantes del Centro de Salud las Cruces. (en línea). 2010. (accesado el 13 de febrero de 2011). (4 páginas disponibles). Disponible en: <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/2237/1/Caracterizacion-de-las-Gestantes-del-Centro-de-Salud-las-Cruces>
10. Reveles VJA, Villegas RG, Hernández HS, Grover PF, Hernández VCC, Patiño SA. Histerectomía obstétrica, incidencia, indicaciones y complicaciones. Ginecol Obstet Méx 2008; 76(3): 156-160
11. Tena AG. Manual de Normas y Procedimientos en Obstetricia. México: HGO Luis Castelazo Ayala; 2005; 365-367.
12. Datos de Guatemala. 07 marzo 2004 [Accesado 4 Febrero 2011] [http://www.deguate.com/artman/publish/geo\\_deptos/Datos\\_de\\_Guatemala\\_400.shtml](http://www.deguate.com/artman/publish/geo_deptos/Datos_de_Guatemala_400.shtml)

13. Yamamoto H, Sagae S, Nishikawa S, Kudo R. Emergency postpartum hysterectomy in obstetric practice. *J Obstet Gynaecol Res* 2000; 26: 341-345.
14. Departamentos de Guatemala. Servicio de Información Municipal [accesado el 4 de febrero 2010]  
[http://www.inforpressca.com/municipal/mapas\\_web/guatemala/guatemala.php](http://www.inforpressca.com/municipal/mapas_web/guatemala/guatemala.php)
15. Latika S, Biswajit C, Subrat P. Hysterectomy for Obstetric Emergencies. (en línea). 2004. (accesado el 16 de febrero de 2011). (3 páginas en línea). 54(1): 34-36. Disponible en: <http://medind.nic.in/jaq/t04/i1/jaqt04i1p34g.pdf>
16. Ferreras C, Gilsanz F, Guasch E, Guntiñas A, Suárez A. Rotura uterina, cesárea anterior y anestesia epidural: ¿es una situación de riesgo?. (en línea). 2002. (accesado el 16 de febrero de 2011). Disponible en: <http://www.sedolor.es/ponencia.php?id=499>
17. Rojas-Losada F, Kuzmar-Daza L, Ferreira-Narváez F, Abdalia M. Diagnóstico y manejo quirúrgico de placenta accreta. Presentación de un caso y revisión de la literatura. (en línea). 2006. (accesado el 16 de febrero de 2011). 57(2): 123-128. Disponible en: [http://www.fecolsog.org/userfiles/file/revista/Revista\\_Vol57No2\\_Abril\\_Junio\\_2006/v57n2a09.pdf](http://www.fecolsog.org/userfiles/file/revista/Revista_Vol57No2_Abril_Junio_2006/v57n2a09.pdf)
18. Oppenheimer L. Diagnosis and Management of Placenta Previa. (en línea). 2007. (accesado el 16 de febrero de 2011). (6 páginas en línea). 189: 261-266. Disponible en: <http://www.sogc.org/guidelines/documents/189e-cpg-march2007.pdf>
19. Sarwar I, un Nisa A, Islam A. Abruptio placentae and its complications at Ayub Teaching Hospital Abbottabad. (en línea). 2006. (accesado el 16 de febrero de 2011). (4 páginas disponibles). 18(1). Disponible en: <http://www.ayubmed.edu.pk/JAMC/PAST/18-1/07Iram18-1.pdf>

20. Sáez V, Daudinot C. Análisis de un quinquenio en la histerectomía obstétrica de emergencia. (en línea). 2010. (accesado el 16 de febrero de 2011). (11 páginas en línea). 36(2): 154-164. Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/gin/vol\\_36\\_02\\_10/gin04210.pdf](http://bvs.sld.cu/revistas/gin/vol_36_02_10/gin04210.pdf)
21. Isla A, Requena J, Zayas M, Pérez R, Sixto G. Comportamiento de la histerectomía obstétrica. Resultados de 6 años. (en línea). 2005. (accesado el 16 de febrero de 2011). 31(3). Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/gin/vol31\\_3\\_05/gin02305.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/gin/vol31_3_05/gin02305.htm)
22. Anita K, Kavita W. Emergency obstetric hysterectomy. (en línea). 2005. (accesado el 16 de febrero de 2011). (3 páginas en línea). 55(2): 132-134. Disponible en: <http://medind.nic.in/jaq/t05/i2/jaqt05i2p132.pdf>
23. Robert J, Ricci P, Rodríguez T, Pons A. Histerectomía posparto: experiencia de Clínica Las Condes. (en línea). 2010. (accesado el 16 de febrero de 2011). (6 páginas disponibles). 75(5): 300-305. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rchog/v75n5/art05.pdf>
24. Torres S, Albaigés G, Rodríguez M, Miralles R. Atonía uterina como causa más frecuente de histerectomías postparto. (en línea). 2006. (accesado el 16 de febrero de 2011). (6 páginas disponibles). 7(1): 10-15. Disponible en: [http://www.nexusediciones.com/pdf/gine2006\\_1/gi-7-1-003.pdf](http://www.nexusediciones.com/pdf/gine2006_1/gi-7-1-003.pdf)
25. Briceño-Pérez C, Briceño-Sanabria L, García S, Jaimes T, Briceño-Sanabria J, Briceño-Sanabria C. Histerectomía obstétrica: análisis de 15 años. (en línea). 2009. (accesado el 13 de febrero de 2011). (8 páginas disponibles). 69(2): 89-96. Disponible en: <http://www.scielo.org.ve/pdf/og/v69n2/art04.pdf>
26. Uribe R, Reyes L, Zamora J. La histerectomía como recurso en la obstetricia actual. Ginec Obstet Mex. 2004;43:113-22.

27. F. Sabban, P. Collinet, R. Villet. Histerectomía por vía abdominal por lesiones benignas. EMC (Elsevier Masson SAS), Ginecología-Obstetricia, 41-600, 2009
28. Efectos adversos en la intervención de la histerectomía. Registro informatizado 2002-2003 Leonor Valle, Servando Seara y José Ángel García Unidad de Ginecología. Servicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital Universitario Materno Infantil de Canarias. Las Palmas de Gran Canaria. España. Disponible en: <http://www.seguridaddelpaciente.es/contenidos/docs/interes>
29. Revista centro americana de Ginecología y Obstetricia Volumen 16; número 4, octubre-diciembre de 2011 Órgano Oficial de la FECASOG.
30. Malvino E, Eisele G, Martínez M, Lowenstein R. Morbilidad severa vinculada con las hemorragias obstétricas admitidas en el aérea de cuidados intensivos. OGLA 2010
31. Rafael Orestes Vanegas Estrada Avelina Sotolongo Falero; Ana María Suárez Reyes; Milagros Muñoz Rizo <sup>1</sup> Especialista de I Grado en Ginecología y Obstetricia. Máster en Atención Integral a la Mujer. Profesor Asistente. Hospital Ginecoobstétrico Docente de Guanabacoa. Facultad Miguel Enríquez. La Habana, Cuba Disponible en: [http://www.bvs.sld.cu/revistas/gin/vol35\\_3\\_09/gin03309.htm](http://www.bvs.sld.cu/revistas/gin/vol35_3_09/gin03309.htm).



## 9.2 ANEXO No. 2

### CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA HISTERECTOMÍA

(Nombre) consiento en que el (la) doctor (a) \_\_\_\_\_

Como cirujano(a) y el (la) ayudante que él (ella) designe, me realicen HISTERECTOMÍA como tratamiento para \_\_\_\_\_

Entiendo que esta cirugía consiste básicamente en la extirpación del útero con o sin el cuello, lo que supone la imposibilidad de tener hijos, así como la ausencia de menstruaciones. La histerectomía puede llevar asociadas la extirpación de los anexos (ovarios y trompas) según edad, patología asociada y criterio médico en el momento de la intervención. Al extirpar los ovarios se instaura la menopausia, pudiendo recibir terapia hormonal sustitutiva posteriormente, según indicación médica. Esta cirugía puede realizarse por: vía laparoscópica, vía vaginal, o comúnmente vía abdominal (apertura quirúrgica en la cara anterior del abdomen). Entiendo que si se inicia la cirugía vía vaginal, ante los hallazgos o circunstancias de la cirugía, existe la posibilidad de que el cirujano se vea en la necesidad de proceder a continuar vía abdominal dependiendo del criterio médico. Se me ha explicado y entiendo que no es posible garantizar resultado alguno pues la práctica de la medicina y cirugía no son una ciencia exacta, debiendo mi médico colocar todo su conocimiento y su pericia para buscar obtener el mejor resultado.

También he entendido que existen otros tipos de tratamientos, por ejemplo: miomectomía para los miomas (sacar solo el tumor), tratamiento hormonal para hemorragias o endometriosis (dar medicamentos tomados o inyectados) y en mi caso particular \_\_\_\_\_ los cuales no acepto y voluntariamente he elegido HISTERECTOMÍA.

Entiendo claramente que esta operación me dejará con una permanente incapacidad para tener hijos, y acepto la infertilidad producida por ella y en caso de que sea necesario extirparme los ovarios acepto las consecuencias de la ausencia de las hormonas que ellos producen. Entiendo que para esta cirugía se necesita anestesia, la cual se evaluará y realizará por el servicio de anestesia. Entiendo que la pieza extirpada se someterá a estudio anatomopatológico posterior en siendo mi deber el reclamar su resultado e informarlo al médico. Entiendo que como en toda intervención quirúrgica, y por causas independientes del actuar de mi médico, se pueden presentar complicaciones comunes y potencialmente serias, que podrían requerir de tratamientos complementarios médicos o quirúrgicos, siendo las complicaciones más frecuentes de la histerectomía: náuseas,



vómito, dolor, inflamación, moretones, seromas (acumulación de líquido en la cicatriz), granulomas en piel o en vagina (reacción a cuerpo extraño o sutura), queloide (crecimiento excesivo de la cicatriz), hematomas, sobre todo en la cúpula vaginal (acumulación de sangre), cistitis, retención urinaria, sangrado o hemorragias con la posible necesidad de transfusión (intra o posoperatoria), infecciones con posible evolución febril (abscesos de cúpula, urinarios, de pared abdominal, pélvicas, reacciones alérgicas, íleo paralítico acumulación de gases y líquido en el intestino) y anemia, heridas o quemadura por bisturí eléctrico involuntarias en vasos sanguíneos, vejiga u otros órganos o para solucionar problemas tardíos como dolor pélvico, adherencias, fístulas (escape involuntario de orina o materia fecal por la vagina), eventración (hernias en la cicatriz), prolapsos (descensos) de cúpula vaginal, quistes en los ovarios (cuando se conservan los anexos) y obstrucciones en el uréter (conducto que lleva la orina hasta la vejiga). La posibilidad de complicaciones severas como pelviperitonitis (infección generalizada en el abdomen), ligadura de uréter con pérdida renal, heridas u obstrucción de arteria ilíaca con compromiso de la circulación de la pierna (amputación), trombosis o muerte son raras, pero como en toda intervención quirúrgica, representan un riesgo excepcional de perder la vida derivado del acto quirúrgico o de la situación vital de cada paciente. En mi caso particular, el (la) doctor (a) me ha explicado que presento los siguientes riesgos adicionales: \_\_\_\_\_

Yo he entendido los cuidados que debo tener antes y después de la cirugía, estoy satisfecha con la información recibida del médico tratante, quien lo ha hecho en un lenguaje claro y sencillo, me ha dado la oportunidad de preguntar y resolver las dudas, y todas ellas han sido resueltas a satisfacción. Además comprendo y acepto el alcance y los riesgos justificados de posible previsión que conlleva este procedimiento quirúrgico que aquí autorizo. En tales condiciones consiento que se me realice HISTERECTOMÍA.

Firma del paciente \_\_\_\_\_

C.C. \_\_\_\_\_

Ciudad y fecha \_\_\_\_\_

El autor concede permiso para reproducir total o parcialmente y por cualquier medio la tesis titulada **“PERFIL EPIDEMIOLÓGICO EN PACIENTES SOMETIDAS A HISTERECTOMÍA OBSTÉTRICA”** para propósitos de consulta académica. Sin embargo, quedan reservados los derechos de autor que confiere la ley, cuando sea cualquier otro motivo diferente al que se señala lo que conduzca a su reproducción o comercialización total o parcial.