UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA.

"HOSPITAL ESCUELA BERTHA CALDERON ROQUE".

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS.

UNAN - MANAGUA

Escanear -
Biblioteca Central "Salomón de la Selva"
UNAN-Managua
Fecha de Ingreso: 3/10/16
Comprado: Donativo
Precio: C$ _____ U$ _____
Registro No. 9125

TESIS PARA OPTAR AL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA.

TEMA: COMPORTAMIENTO DE LAS "HISTERECTOMÍAS OBSTÉTRICAS EN EL HOSPITAL ESCUELA BERTHA CALDERÓN ROQUE" ENERO 2015 – DICIEMBRE 2015 MANAGUA - NICARAGUA."

AUTOR: DR. FRANCISCO BISMARCK GUTIÉRREZ AGUILAR.

MÉDICO RESIDENTE IV AÑO DE GINECO - OBSTETRICIA.

TUTOR: DR. JOSÉ ÁNGEL MÉNDEZ.

GINECO-OBSTETRA.

JEFE DE RUTA CRÍTICA HBCR

TUTOR METODOLÓGICO: DRA. ROSIBEL JUÁREZ

GINECO-OBSTETRA

MED
ESP/GOINOBST
378.242
Mén
2016.

FEBRERO 2016

Francisco B. Gutiérrez Aguilar.

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal en el Hospital escuela Bertha calderón Roque en el periodo comprendido Enero – Diciembre 2015, donde se estudiaron 24 pacientes a las que se les realizó histerectomía obstétrica, como método quirúrgico para salvar la vida de la paciente.

Dentro de las características generales se encontró que en su mayoría las pacientes oscilaban entre las edades de 20 a 34 años, el grado de escolaridad de estas fue de nivel secundaria, y la procedencia que tuvo mayor porcentaje fue del área urbana, el estado civil que predomino en la pacientes en estudio fue acompañada y la ocupación en su gran mayoría eran amas de casa.

Siguiendo con las características Gineco-Obstétricas en cuanto al estudio de los controles prenatales más de la mitad de la población se realizó controles prenatales, en los antecedentes gineco-obstétricos en el número de embarazos la mayoría fue bigesta, en su mayoría nulíparas y en los antecedentes de cesárea la mitad de las pacientes estudiadas tenían antecedentes de cesárea previa, la mayoría cursaban el III trimestre del embarazo, y la vía de finalización fue la cesárea urgente, como factor asociado a la realización de la histerectomía lo más frecuente fue la cesárea previa.

Dentro de las indicaciones las más frecuentes fueron atonía uterina y acretismo placentario.

La realización de histerectomía total fue la más frecuente, con un tiempo operatorio mayor de 120 minutos. Entre los procedimientos médicos y quirúrgicos los más frecuentes fue la realización de Salpingooforectomía, y como complicación lo más frecuente que se presento fue el shock hipovolémico, en su gran mayoría las pacientes no tuvieron necesidad de ser re-intervenida.

En cuanto a la estancia hospitalaria la mayoría permaneció ingresada más de 5 días, en su mayoría los recién nacido nacieron fueron vivos, el APGAR que predomino fue de 7 a 10 y el peso del recién nacido al nacer fue entre 2500 gr – 3999gr

INTRODUCCION.

La incidencia de histerectomías en emergencias obstétricas peri parto es de 0,24 a 1,4 por cada 1000 nacimientos según las series. Las indicaciones más frecuentes de histerectomía por causa obstétrica son hemorragia presente relacionada con placentación anormal (placenta acreta) y hemorragia post parto secundaria a atonía uterina. La hemorragia post parto es la primera causa de muerte materna en el mundo, siendo la responsable de casi la mitad de todas las muertes maternas post parto en los países en desarrollo.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) cada año se produce en el mundo 500.000 muertes maternas; solamente en la región de las Américas, se reportan 300.000 defunciones, la mayoría de ellas evitables con un tratamiento médico quirúrgico oportuno. (Ernesto La Font aine y cols, 2005)

José Caro y col (2006), comenta que la histerectomía obstétrica es la última alternativa en situaciones donde las medidas conservadoras no logran controlar la hemorragia post-parto. Se trata habitualmente de una cirugía con carácter de urgencia y de riesgo vital, que pone a prueba las habilidades del equipo quirúrgico a cargo de la intervención.

Arianna Valdés y cols (2005), indican que el manejo médico de la hemorragia durante el parto, relacionado con la atonía o hipotonía uterina, ha mejorado sensiblemente en los últimos tiempos debido a la introducción de prostaglandinas F2 y a los avances en el soporte anestésico y hematológico; además de la reducción en el uso de fórceps, disminuyendo con ello la incidencia del trauma obstétrico.

Pero existe un punto en contra que es el incremento en el número de secciones uterinas por cesáreas previas con sus secuelas. Se ha demostrado que las mujeres que presentan historia de cesáreas previas o de sección uterina por otras causas, incrementan en 10 a 12 veces la probabilidad de requerir histerectomías por causas obstétricas, que aquellas que no presentan ese antecedente.

Existen factores que predisponen o empeoran la hemorragia obstétrica: trastornos adherenciales de la placenta, traumatismo durante el trabajo de parto, atonía uterina, entidades nosológicas obstétricas que afecten la coagulación sanguínea, infecciones, sobredistensión uterina (feto voluminoso, poli-hidramnios, embarazos múltiples), entre otros. Al fallar el tratamiento médico ante una hemorragia obstétrica es imperativo el tratamiento quirúrgico y dentro de éste, la histerectomía obstétrica.

Este procedimiento trae un incremento en la morbilidad materna existiendo riesgo de complicaciones como lesión de la vejiga urinaria o de los uréteres, así como hemorragia aguda, la cual puede conllevar incluso a la muerte de la paciente; pero indicada de forma correcta y oportuna, y realizada por manos hábiles y expertas, apoyadas en el uso de sangre, hemoderivados y potentes antimicrobianos, se logra disminuir notablemente la mortalidad materna.

En Nicaragua existen profundas desigualdades y difícil acceso a los servicios de salud reproductiva sobre todo en la población rural ya que siete de cada diez mujeres que mueren por causas maternas son del sector rural.

En Nicaragua las muertes maternas se deben a cinco causas básicas: hemorrágicas, síndrome hipertensivo gestacional, complicaciones del aborto, sepsis y parto obstruido.

ANTECEDENTES.

Se han realizado estudios de diferentes tipos a fin de establecer las causas, analizar las indicaciones y determinar la incidencia de los factores de riesgos asociados y de las complicaciones de la histerectomía obstétrica.

Seago y col. (1999), comunicaron un aumento en las pérdidas sanguíneas, el tiempo operatorio, la morbilidad infecciosa y en la frecuencia de las transfusiones, de las mujeres que se someten a una histerectomía post parto de emergencia, en comparación con las que se someten a la histerectomía de forma electiva.

Navia y cols (2000), en Chile, analizaron 52 casos de histerectomía obstétrica en la maternidad del Hospital Félix Burnes Cerda, ocurridas entre 1983 y 1998, obteniéndose una incidencia 1:2283 partos ocurridos en ese período. Sus principales indicaciones fueron: inercia uterina, adherencia placentaria anormal y desprendimiento prematuro de placenta normo inserta. La histerectomía fue subtotal en 57.7% de los casos. Del total de casos, había un alto porcentaje de pacientes multíparas con edades sobre los 30 años. Las complicaciones más frecuentes fueron: lesión de la vía urinaria, hematoma y hemorragia de la cúpula.

Peralta Alarcón Yader (2001), realizó estudios en el **"HOSPITAL ESCUELA BERTHA CALDERÓN ROQUE"** en el período de enero 1996 al diciembre 2000, encontrando el grupo etario más prominente de 30 a 34 años, siendo la causa principal el acretismo placentario y en 34 pacientes se realizó histerectomía total. La principal complicación encontrada fue la hemorragia seguida de las complicaciones vesicales.

Arianna Valdés y cols. (2005), realizaron en Cuba un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo con el objeto de conocer el comportamiento de la histerectomía obstétrica en el periodo (1997-2002) en el Hospital Docente Gineco obstétrico “América Arias”. Se estudiaron un total de 95 casos donde se identificaron enfermedades previas y criterios para la realización de la intervención, así como las complicaciones trans-operatorias y postoperatorias. Concluyeron que la histerectomía obstétrica constituye un problema de salud en ese hospital y que experimentó un ascenso en la incidencia durante ese periodo de tiempo.

Fuentes y cols, (2005), realizaron un estudio en el Hospital General Docente “Julio Trigo López” en Cuba, con el objeto de caracterizar las histerectomías puerperales en el período comprendido entre mayo 1989 y diciembre 2002. El universo estuvo constituido por 99 pacientes para una tasa de incidencia de 21,8 por cada 100.000 nacimientos.

Se encontró que la cesárea se destaca como el proceder de riesgo en el 55,7% de los casos. Las causas más frecuentes que llevaron a estas pacientes a que se les realizara una histerectomía obstétrica fue la atonía del útero en un 28,2% de los casos, seguida por la infección en un 25,2%. Sólo el 25,2% de las pacientes histerectomizadas presentaron alguna complicación en el post operatorio. La tasa de mortalidad materna por histerectomía puerperal fue muy baja en este período, de 1,1 por cada 10.000 nacimientos.

José Caro y cols, (2006), revisaron 25 casos de histerectomía que ocurrieron en el “Hospital Puerto Montt” en Chile durante los años 2000 hasta el 2005, encontrando que en 96% de las pacientes, el parto fue por cesárea, que el riesgo de histerectomía obstétrica es 56 veces mayor en las cesáreas con respecto al parto normal y que la principal indicación de histerectomía obstétrica fue acretismo placentario (48 %), seguido de atonía uterina (32%).

Pedro Faneite y cols, (2008), realizaron un estudio descriptivo retrospectivo, en el Hospital “Dr. Adolfo Prince Lara”, en Puerto Cabello, en el cual analizaron los factores relacionados y repercusiones de la Histerectomía entre 2000 y 2007, hallando una frecuencia de 0,16% o de 1:622 casos obstétricos; 81,09% se presentaron en mujeres de 20 a 34 años de edad; 64,7% de las pacientes eran gestantes de dos a siete gestas; en 78,39 % de las pacientes, el parto fue por cesárea; las principales indicaciones de la histerectomía fueron: atonía uterina (40,54%), rotura uterina (27,03%) y sepsis (16,8%). La morbilidad global fue 62,16%, destacándose entre ellas la anemia y hubo tres muertes maternas (8,11 %).

Ramos García Raziel y col (2008) Durante el período analizado, encontró que la incidencia de histerectomía obstétrica absoluta fue de 1.26 por 1,000 nacidos vivos. La edad promedio fue de 29.90 años (límites: 17 y 40 años). El promedio de embarazos fue 2.76, el de partos 1.19, el de cesáreas 1.48 y el de abortos 0.1. Los diagnósticos pre-quirúrgicos más frecuentes fueron atonía uterina (33.3%) y acretismo placentario (28.6%). Tres pacientes (14.2%) presentaron complicaciones postquirúrgicas.

Castro Cirilo (2009) en el Departamento de Obstetricia y Ginecología del Hospital Central Universitario ”Dr. Antonio María Pineda” de Barquisimeto, Estado Lara, se realizó un estudio de corte transversal. Se estudiaron 10 pacientes a quienes se les practicó histerectomía obstétrica en dicho centro, el 80% de las pacientes tenían edad comprendida entre 20 y 34 años, la prevalencia fue de 0,0467% para pacientes con parto normal y de 0,219% para pacientes con cesárea, las cuales fueron de urgencia, la prevalencia total fue de 0,0937, La atonía en el 70% fue la causa de la histerectomía y el acretismo represento el 30%, En 20% de las pacientes hubo lesión de vejiga, y en el 100% anemia. Hubo una muerte materna.

Rodas Hernández Diego (2009) caracterización de las pacientes con histerectomía obstétrica, estudio descriptivo realizado en el departamento de ginecoobstetricia del hospital Roosevelt durante el periodo de enero 2009 a diciembre 2009. El total de pacientes sometidas al procedimiento fue de 25. El 44% estaban entre la tercera y cuarta década de vida, siendo la paridad igual o mayor de 3 en el 75%. El 96% ocurrió durante el tercer trimestre. En el 68% había antecedente de cirugía, siendo la cesárea segmentaria el 64%. La histerectomía obstétrica, se realizó en un 76% de los casos por atonía uterina, en un 12%, por acretismo placentario y en un 12% por ruptura uterina. En el 92% hubo anemia, 52% shock hipovolémico y muerte en 2 casos (8%).

Casas-Peña Rodolfo y col (2006-2010) La incidencia de la histerectomía obstétrica fue de 5,9 por 1000 recién nacidos vivos. Las indicaciones más frecuentes fueron atonía uterina (43,37%) y anormalidades de la inserción placentaria (18,24%). Hubo una alta tasa de mortalidad perinatal (32,6%). La complicación más frecuente fue la anemia en un 76,3% de las pacientes; no hubo mortalidad materna asociada.

Salgado Monge Zaira, Realizó estudio en el **“HOSPITAL ESCUELA BERTHA CALDERÓN ROQUE”**en el año 2012, dando como resultado la edad más frecuente entre los 20 y los 34 años. El principal evento obstétrico fue la cesárea de urgencia en el 54 %, la principal indicación de histerectomía fue la atonía uterina en un 42 %.

El 90.9 % de las histerectomías fueron totales, la principal complicación fue el shock hipovolémico en un 51.1 %. La complicación encontrada asociada al procedimiento quirúrgico fue el hemoperitoneo por vaso sangrante en un 5,5 %. La condición de egreso del paciente en un 87.5% fueron vivas.

JUSTIFICACION.

Las muertes maternas constituyen un indicador de salud y de desarrollo de los pueblos, por lo tanto disminuir este indicador es un objetivo muy importante en las políticas de salud.

La histerectomía obstétrica constituye una medida salvadora de la vida de la madre, cuando los procedimientos médicos no han tenido éxito para detener una hemorragia; por lo tanto, es importante conocer las características generales, indicaciones y complicaciones asociadas a dicha intervención, la cual es salvadora de vida pero también mutilante, por lo que sería necesario incentivar la practicas quirúrgicas conservadora como la sutura de B-Lynch según sus indicaciones y disminuir así la histerectomía por trastornos del tono uterino, disminuyendo en gran medida la mortalidad materna y tomar decisiones oportunas en beneficio de la paciente.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

¿Cómo es el comportamiento de las histerectomías obstétricas en el **"HOSPITAL ESCUELA BERTHA CALDERÓN ROQUE"** Enero - 2015 Diciembre 2015?

OBJETIVO GENERAL:

- Describir el comportamiento de las histerectomías obstétricas en el **"HOSPITAL ESCUELA BERTHA CALDERÓN ROQUE"** de Enero 2015 - Diciembre 2015 Managua – Nicaragua.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Describir las características generales de las pacientes que se les realizó histerectomía obstétricas en el "**HOSPITAL ESCUELA BERTHA CALDERON ROQUE"** de Enero - Diciembre 2015 Managua - Nicaragua.

2. Identificar características Gineco–Obstétricas en las pacientes que se les realizó histerectomía obstétricas en el **"HOSPITAL ESCUELA BERTHA CALDERÓN ROQUE"** de Enero - Diciembre 2015 Managua - Nicaragua.

3. Enlistar las indicaciones por las que se les realizó histerectomía obstétrica a las pacientes del "**HOSPITAL ESCUELA BERTHA CALDERON ROQUE"** de Enero - Diciembre 2015 Managua - Nicaragua.

4. Describir las complicaciones médicas y quirúrgicas, de las histerectomías obstétricas realizadas en el **"HOSPITAL ESCUELA BERTHA CALDERÓN ROQUE"** de Enero - Diciembre 2015 Managua-Nicaragua.

5. Identificar evolución de las pacientes sometidas a histerectomías obstétrica en el "**HOSPITAL ESCUELA BERTHA CALDERON ROQUE"** de Enero - Diciembre 2015 Managua - Nicaragua.

MARCO TEÓRICO

Etimológicamente, histerectomía se forma de dos raíces griegas: isteros (útero) y ectomía (extirpación).

La histerectomía se define como la extirpación quirúrgica del útero. Una histerectomía abdominal estándar incluye la extirpación del útero y el cuello uterino. Es el procedimiento ginecológico más comúnmente realizado, gracias a una serie de factores como los avances en anestesiología, antibioticoterapia y seguridad de la técnica quirúrgica. Dos tercios de las histerectomías son realizadas mediante abordaje abdominal.

Considerando el momento de su realización, la histerectomía por complicaciones obstétricas se refiere a tres eventos:

1) Histerectomía en el puerperio

2) Cesárea histerectomía

3) Histerectomía en bloque.

La cesárea histerectomía es una intervención mediante la cual, una vez extraído el feto por histerotomía, se extirpa el útero.

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.

Aspectos generales:

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 para la extracción del cuello, es preferible la técnica subtotal para acortar el tiempo quirúrgico y disminuir la morbi-mortalidad materna.

Aspectos Históricos:

La histerectomía obstétrica se desarrolló a finales del siglo XVIII, con el fin de disminuir la mortalidad de la cesárea que era del 100%. En esta época, prevalecía la idea de que el útero era indispensable para la vida hasta que, en 1768, en Florencia, Joseph Cavallini demostró lo contrario realizando histerectomías en animales con y sin embarazo. La primera histerectomía durante una cesárea fue realizada en 1868, en Boston, por Horacio Robinson Storer, pero la paciente murió a los 3 días. El primer caso con sobrevida de la paciente fue realizado en 1876, por Eduardo Porro, de allí que la cesárea acompañada de histerectomía lleva el nombre de este autor. A finales del siglo XVIII y principios del siglo XIX la operación se realizaba exclusivamente para casos de emergencia pero después prevaleció la controversia de si practicarla electivamente por indicaciones ginecológicas o por esterilización.

Indicaciones de histerectomía obstétrica.

Las indicaciones absolutas son aquellas que durante el transcurso de un nacimiento vía vaginal y/o abdominal, obligan a terminar la intervención con una histerectomía como único procedimiento para solucionar una situación grave. Generalmente se elige la histerectomía total, pero en determinados casos, por la urgencia que se requiere, puede estar indicada la histerectomía subtotal.

Indicaciones absolutas:

1. Ruptura uterina de difícil reparación.
2. Hemorragia incoercible.
3. Prolongación de la incisión de la histerotomía hasta los vasos uterinos.
4. Útero de Couvelaire en abrupto placentae.
5. Acretismo placentario.
6. Inercia uterina que no se resuelve con manejo médico.
7. Infección puerperal de órganos internos.

Absolutas específicas de la cesárea histerectomía:

1. Placenta previa con lecho sangrante.
2. Útero de Couvelaire (infiltración sanguínea del útero, secundario al DPPNI)

Relativas:

1. Mioma uterino en pacientes con paridad satisfecha.
2. Carcinoma invasor del cérvix, cáncer de ovario, cáncer de mama.
3. Torsión de útero grávido en grado avanzado.
4. Afección uterina no tumoral (adherencias inflamatorias, prolapso uterino).
5. Algunos casos de corioamnioitis grave.
6. Enfermedad concomitante que haga suprimir la función menstrual

Relativas en Bloque:

1. Patología del trofoblasto (Mola de repetición, embarazo molar en pacientes con paridad satisfecha)
2. Aborto consumado con explosión diferida e infección (huevo muerto y retenido)
3. Muerte fetal y paridad satisfecha.

Incidencia.

La incidencia de la histerectomía por complicaciones obstétricas varia y esto obedece no tanto a factores ambientales sino de control prenatal, atención obstétrica y normas de atención obstétrica que se maneje en hospitales gineco-obstétricos de bajo o alto riesgo; así tenemos cifras en Jordania, Estados Unidos que varían hasta 2.7/1,000, Shangai 0.54%, Taiwán 0.36% y México 1.72%.

Si bien desconocemos la real incidencia, varios autores han comunicado índices de 0.5 a 1.5 por mil partos. Clark y col en 1984 revisaron 70 casos de histerectomía periparto de emergencia a causa de hemorragias obstétricas y concluyeron que el 86% se realizaron después de una cesárea y 14% después de partos vaginales, casi las tres cuartas partes de los casos se debieron a atonía uterina o acretismo placentario.

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 79.0% y antecedentes de hemorragia en el parto previo con un riesgo relativo de 9.3%.

Factores de Riesgo

Uno de los aspectos más importantes del actuar médico es conocer que algunas situaciones en particular pueden desencadenar un problema de urgencia, que, en condiciones no adecuadas, puede terminar con la muerte de la paciente; estos aspectos son los factores de riesgo que son analizados para cada indicación en particular.

Atonía Uterina

Las indicaciones de la histerectomía postparto de urgencia son variadas. Sin embargo, la causa principal es la atonía uterina con un 50%, seguida de anormalidades de inserción de la placenta y rotura uterina. Es raro tener que realizar una laparotomía después de un parto vaginal, normalmente se realiza una histerectomía después de una cesárea.

La atonía uterina ocurre cuando el miométrio no se contrae después del alumbramiento, lo que origina una perdida- sanguínea importante a nivel del lecho placentario; los factores que pueden predisponer a esta patología son aquellos relacionados con la sobre distensión uterina como embarazo múltiple, poli hidramnios, macrosomía fetal, trabajo de parto prolongado, la embolia del líquido amniótico, la anestesia general, óbito, multiparidad alta, corioamnioitis, leiomiomas intramural y submucoso, parto precipitado, útero de Couvelaire, o desprendimiento prematuro de la placenta.

Debido a que las gestaciones múltiples, especialmente las gestaciones múltiples de gran orden, sea un peligro para desarrollar atonía uterina debido a la sobre distensión y parto por cesárea debido a la mala presentación fetal, parece razonable concluir que las gestaciones múltiples están en mayor riesgo para la histerectomía obstétrica.

En la mayoría de ocasiones es necesario realizar transfusión de concentrados de hematíes, plaquetas, plasma o crio precipitados. Las complicaciones más frecuentes son shock hipovolémico, coagulación intravascular diseminada, hipotensión intraoperatoria, lesión de vejiga y/o uréteres y re-laparotomía por persistencia del sangrado.

La indicación más común de la histerectomía peripato había sido la atonía uterina. La introducción de la prostaglandina F2 alfa como terapéutica ha reducido la indicación de la histerectomía obstétrica por atonía uterina. Actualmente la placenta acreta es la indicación más común de la histerectomía obstétrica y refleja el dramático incremento de la operación cesárea incluyendo las cesáreas repetidas.

Ruptura Uterina

La ruptura uterina consiste en la presencia de cualquier desgarro o solución de continuidad supracervical, no considerándose como tal a la perforación translegrado, al embarazo cornual o a la prolongación de la histerotomía transcesárea.

Planché la define como "solución completa de continuidad de la pared del útero. Con expulsión del producto, que pone en peligro la vida de la madre el producto o ambos". Esta ruptura puede ser: espontánea o traumática, completa o incompleta y total o parcial. Los factores de riesgo relacionados con esta entidad: cirugía uterina previa, cesárea previa, gran multípara, uso de oxitócica, DPPNI, desproporción céfalo pélvica, uso de fórceps, atención de parto pélvico, versiones internas y desde luego iatrogénicamente el uso externo de presión uterina (Kristeller).

Es importante señalar que la probabilidad de histerectomía aumenta, incluso, 10 a 12 veces cuando existen antecedentes de cesárea.

La asociación de placenta percreta y ruptura uterina es una patología poco frecuente y con alta morbi-mortalidad. En este caso, la rápida actuación es la clave de los resultados satisfactorios tanto maternos como neonatales.

Acretismo Placentario

Acretismo placentario es la inserción anormal de parte o toda la superficie de la placenta, con ausencia total o parcial de la decidua basal, con penetración de las vellosidades coriales al miométrio. Morfológicamente, como consecuencia de la ausencia parcial o total de la decidua basal y del imperfecto desarrollo de la capa fibrinoide (capa de Nitabuch), las vellosidades placentarias se encuentran unidas al miométrio (placenta acreta), lo invaden (placenta acreta), o lo penetran (placenta percreta).

Los factores de riesgo involucrados con la placenta acreta son: edad mayor de 35 años, multiparidad, antecedente de cesárea previa y/o placenta previa, antecedente de legrado, infección uterina previa, antecedente de placenta parcialmente retenida que ameritó extracción manual.

Su incidencia es baja, 1/7.000 partos; esto aumenta en los casos de multiparidad y cesárea anterior. El diagnóstico antes del parto es raro, debe sospecharse ante la asociación de factores como antecedente de cesárea, hallazgos ecográficos indicativos de anomalías en la inserción de la placenta y, según algunos autores, asociada a elevaciones de alfafetoproteína (AFP) y creatincinasa1. Se asocia a un aumento de la morbi-mortalidad maternofetal.

Aparentemente, la reiterada práctica de la cesárea abdominal, especialmente su repetición en la misma paciente, produciría alteraciones en el miométrio y decidua que generan anomalías en la inserción placentaria, originando finalmente el avance anormal del trofoblasto dentro de la pared uterina.

El sangrado activo se ha descrito asociado al comienzo del trabajo de parto, y puede llegar a ser causa de hemoperitoneo masivo. En los casos de perforación uterina es necesario el tratamiento quirúrgico inmediato. El tratamiento de placenta percreta en casos complejos ha sido siempre la histerectomía obstétrica, así como el soporte hemodinámico. La embolización para el control del sangrado ha sido descrita por diferentes autores. El diagnóstico precoz, para finalizar la gestación en las condiciones óptimas, tanto médicas como quirúrgicas, disminuye la posibilidad de hemorragias intraparto, evita situaciones caóticas y mejora la tasa de morbi-mortalidad, tanto materna como fetal.

Otras anomalías se han encontrado con menos frecuencia, entre las que figuran 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.

La edad materna avanzada ha sido asociada con un incremento del riesgo de hemorragia, especialmente asociada a placenta previa y a desprendimiento placentario. El efecto de la edad materna y la multiparidad revela que las pacientes multíparas de 40 o más años tienen 5,6 veces un incremento en el riesgo de placenta previa comparadas con nulíparas de entre 20 y 29 años. Más recientemente se ha comunicado una asociación similar en pacientes de 35 o más años.

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.

Mortalidad Materna Asociada

En cuanto a la morbi-mortalidad de esta cirugía de urgencia se tiene que la morbilidad postoperatoria alcanza entre 13% a 64.7% (dentro de ellas los procesos febriles, trastornos de la coagulación, lesiones de vía urinaria); la mortalidad materna alcanza entre el 0 al 20%.

Algunos estudios indican estadías post-operatorias superiores a los 7 días (66,2%), evolucionando sin secuelas hasta el 89,6%. La complicación más frecuente fue la anemia (28,6%).

Morbilidad de las histerectomías por cesárea electiva.

En una revisión de 80 casos de mujeres sometidas a histerectomía por cesárea electiva, McNulty comunicó que sólo cinco (6%) presentaron morbilidad febril y 12 (15%) recibieron transfusiones de sangre, cuatro (5%) padecían lesiones vesicales y cuatro (5%) tenían hematomas del ligamento ancho.

En consecuencia, es probable que las histerectomías por cesáreas electivas no se relacionen con mayor riesgo de complicaciones o de morbilidad respecto al parto por cesárea, seguido por histerectomía electiva posterior.

Histerectomía de Urgencia Versus Electiva.

En dos estudios comparativos sobre histerectomías electivas post parto y de urgencia, la morbilidad fue mayor cuando se relacionaba con el procedimiento de urgencia. En el grupo de urgencia fueron superiores: la pérdida estimada de sangre, la cantidad de mujeres transfundidas y el tiempo del procedimiento. En general, las complicaciones son más frecuentes en las histerectomías de urgencia que en los casos de indicación electiva.

Técnica de Histerectomía Obstétrica.

No es necesario cerrar la histerotomía, si no hay sangrado significativo. Es necesario disecar el colgajo vesical antes de iniciar la histerectomía. Desde el segmento uterino inferior anterior se realiza la doble ligadura de ligamentos redondos, se extiende hacia lateral la serosa vesico uterina a la que estaba adosada la vejiga antes de su disección; en ese momento se aseguran los ligamentos útero ováricos, previa formación de una ventana a través de la hoja posterior del ligamento ancho mediante doble fijación, corte y ligadura bilateral; se disecan los vasos uterinos, se corta y se hace una doble ligadura; se disecan, se sujetan y ligan a un nivel inferior al cuello uterino y posteriormente se retira la pieza quirúrgica por una incisión en la mucosa vaginal; se inspecciona el cérvix para asegurarse de que la remoción fue completa.

Después de retirar el útero completo, se aseguran todos los ángulos del fórnix vaginal lateral a los ligamentos cardinales y útero sacros 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 peritonisación pelviana, se verifica la hemostasia de todos los muñones y se continúa con el cierre de la pared abdominal por planos.

Complicaciones.

Estas complicaciones obstétricas no son exclusivas de esta intervención; sin embargo, algunas se presentan con más frecuencia que en la intervención ginecológica.

Las más comunes son: hemorragia trans-postoperatoria, laceración vesical, fístula vesicovaginal, ureterovaginal y rectovaginal; también eventos tromboembólicos, infecciones vesicales de cúpula y hasta peritonitis.

DISEÑO METODOLOGICO

Tipo de Diseño.

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal, ya que se describieron las características de las pacientes a las que se les realizo Histerectomía Obstétrica, en el **"HOSPITAL ESCUELA BERTHA CALDERÓN ROQUE"** en el periodo Enero 2015 - Diciembre 2015.

Universo:

La población la constituyeron 24 pacientes a las que se les realizó histerectomías obstétricas en el **"HOSPITAL ESCUELA BERTHA CALDERÓN ROQUE"** Enero 2015 - Diciembre 2015.

Muestra.

Según el registro anual del libro de anestesia de sala de operaciones, el número de pacientes a las cuales se les realizó histerectomía obstétrica secundaria a alguna complicación durante el parto o el puerperio, fueron 24, por lo tanto se tomó el total de pacientes durante el periodo de estudio. En **"HOSPITAL ESCUELA BERTHA CALDERÓN ROQUE"** Enero 2015 - Diciembre 2015 y que cumplen con los criterios de inclusión.

Criterios de Inclusión:

Pacientes que se les realizó histerectomía obstétrica posterior a una cesárea por una complicación con embarazo mayor de 22 semanas de y que cuentaron con expediente clínico completo para valoración del acto quirúrgico.

Lugar.

"HOSPITAL ESCUELA BERTHA CALDERÓN ROQUE" Managua-Nicaragua.

Periodo.

Enero 2015 - Diciembre 2015.

Instrumento de recolección de muestra

La recolección de los datos se realizó por medio de fichas que incluían las variables de estudios con sus indicadores.

Análisis Estadístico

Por ser un estudio descriptivo, se realizó a través de frecuencias simples y porcentajes de cada variable, utilizando el programa estadístico informático SPSS versión 15. El programa de Microsoft Word para redacción de documento. Calculando así la incidencia de las Histerectomías Obstétricas Según la siguiente formula:

$$\text{Incidencia} = \frac{\text{Número de Casos Nuevos a lo largo de un Periodo}}{\text{Población en Riego en el mismo Periodo}} \times 1000$$

$$\text{Incidencia de Histerectomía Obstétricas} = \frac{\text{Numero de Histerectomía Obstétricas}}{\text{Número de Partos}} \times 1000$$

VARIABLES SEGÚN OBJETIVOS

Objetivo N° 1

- Edad.
- Escolaridad.
- Procedencia.
- Estado Civil.
- Ocupación.

Objetivo N° 2

- Controles Prenatales.
- Antecedentes Obstétricos.
- Edad Gestacional.
- Vía de Finalización del Embarazo.
- Factores Asociado a Histerectomía Obstétricas.

Objetivo N° 3

- Indicaciones

Objetivo N° 4

- Tipo de Histerectomía
- Tiempo Operatorio
- Procedimientos Médicos y Quirúrgicos
- Complicaciones
- Re-Intervención

Objetivo N° 5

- Días de Estancia
- Recién Nacido

- APGAR
- Peso del Recién Nacido

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES.

Variable	Concepto	Escala/ Valor
Objetivo 1	Periodo de tiempo en años desde el nacimiento al día de parto.	- Menor o igual a 19 - 20-34 - ≥35
Edad		
Escolaridad	Nivel académico alcanzado hasta el momento del estudio	- Primaria - Secundaria - Superior - Ninguno
Procedencia	Residencia actual de la paciente	- Rural - Urbana
Estado civil	Condición de una persona según el registro civil si tiene o no pareja.	- Casada - Acompañada - Soltera
Ocupación	Actividad o trabajo realizado por las pacientes al momento del estudio.	- Ama de casa - Empleada doméstica - Otros

Objetivo 2	Conjunto de acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que puedan condicionar morbi-mortalidad materna y perinatal	- 1. - 2 – 4. - Mayor de 4 - Ninguno
Control prenatal		
Antecedentes obstétricos	Historia previa de la paciente relacionado a gestación, parto y puerperio	- Gestas - Abortos - Partos - Cesáreas
Edad gestacional	Semanas de gestación desde la fecha de última regla hasta su ingreso.	- II trimestre. - III trimestre.
Vía de finalización de embarazo	Conjunto de acontecimientos que conllevan a la expulsión del feto y sus anexos.	- Parto vaginal - Cesárea Urgente - Cesárea Electiva
Factores asociados a histerectomía obstétrica.	Cualquier rasgo, característica o exposición de la paciente que aumenta la probabilidad de sufrir una histerectomía obstétrica.	- Masocromía fetal - Acretismo placentario - RPM - Cesárea preventiva - Inducción fallida - Otros

Objetivo 3	Impresión diagnostica o causa que justificó la histerectomía	- Atonía uterina - Útero de Couvelaire. - Acretismo placentario - Endomiometritis - Ruptura uterina - Perforación uterina - Absceso pélvico.
Indicaciones		
Objetivo 4	Técnica de elección en la extracción del útero, según caso de la paciente.	- Total - Subtotal
Tipo de histerectomía		
Tiempo operatorio	Duración en minutos de la histerectomía obstétrica.	- Menor de 60 min. - De 60 a 120 min. - Mayor de 120 min.
Procedimientos médicos y quirúrgicos	Procedimientos realizados para salvar la vida de las pacientes en el momento de la cirugía.	- Salpingooforectomía - Ligadura de arterias Hipogástrica - Ventilación mecánica - Transfusión sanguínea - Otras.

Complicaciones médicas y quirúrgicas	Evolución tórpida de la paciente atribuida a la histerectomía obstétrica.	- Shock hipovolémico - Shock séptico - CID - Falla multiórganica - Lesión vesical - Distres respiratorio del adulto. - Hemoperitoneo - Hematoma de cúpula vaginal - Otros.
Re-intervención	Es el proceso inesperado en la evolución de un paciente operado que altera el tratamiento esperado	- Si - No
Objetivo 5 Días de estancia	Número de días que la paciente permaneció en el hospital	- 1 a 3 días - 4 a 5 días - Más de 5 días
Egreso materno	Condición materna o conducta al momento del alta	- Viva - Defunción - Traslado
Recién nacido	Nombre que se le da al bebe antes de cumplir un mes	- Vivo - Óbito

APGAR	Test clínico que se realiza al recién nacido para valorar el estado general del neonato.	- O - 1 – 3 - 4 – 6 - 7 - 10
Peso del recién nacido	Peso en gramos del bebe al momento del nacimiento.	- 500gr – 2499gr - 2500gr – 3999gr - Mayor de 4000gr

RESULTADOS

Incidencia de Histerectomía Obstétricas = $\frac{\text{Número de Histerectomía Obstétricas}}{\text{Número de Partos}} \times 1000$

Incidencia de Histerectomía Obstétricas = $\frac{24}{11071} \times 1000$

Incidencia de Histerectomía Obstétricas = 2.16

Incidencias de Histerectomías Obstétricas: 2.16 por cada 1000 partos

RESULTADOS

El presente estudio fue realizado en el periodo comprendido Enero 2015 a Diciembre 2015 en el "**HOSPITAL ESCUELA "BERTHA CALDERÓN ROQUE**," en este período se atendieron 11,071 partos con un total de 24 Histerectomías Obstétricas, para una incidencia de 2.16 por cada 1000 partos.

En este período se registraron 28 casos en las que se debió efectuar una histerectomía de urgencia y de los cuales solamente 24 reunían criterios de inclusión para ser considerados dentro del estudio.

OBJETIVO 1.

- En cuanto a las características generales de las pacientes se encontró que 5 pacientes eran menor de 19 años (21 %), 5 pacientes eran mayores de 35 años (21 %) y 14 pacientes entre los 20 – 34 años (58 %). **Ver tabla N° 1.**

- Según el grado de escolaridad 10 pacientes correspondían a primaria (42 %), 13 pacientes correspondan al nivel de secundaria (54 %) y una paciente correspondía a ninguna (4 %). **Ver tabla N° 1**.

- Con respecto al lugar de procedencia 18 pacientes correspondían al área urbana (75 %) y 6 pacientes al área rural (25 %). **Ver tabla N° 1.**

- Con respecto al estado civil 4 pacientes correspondían al grupo de casadas (17%) 4 al grupo de solteras (17 %) y 16 pacientes al grupo de acompañadas para un (66 %) **Ver tabla N° 1.**

- Del grupo de pacientes en estudio 23 pacientes eran amas de casas (96 %) y una paciente empleada doméstica (4 %) **Ver tabla N° 1**

Objetivo 2.

- De las características gineco-obstétricas se encontraron que 10 pacientes tenían de 2 – 4 controles prenatales (42 %), 3 pacientes más de cuatro controles (12 %) y 11 pacientes si control prenatal (46 %). **Ver tabla N° 2**

- Según el número de embarazos 2 pacientes eran primigesta (8 %), 11 pacientes bigestas (46 %), 9 pacientes trigesta (38 %), 2 pacientes multigesta (8 %).**Ver tabla N° 2**

- Del grupo en estudio de pacientes en estudio 14 eran nulíparas (58 %) 5 pacientes con un parto (21 %), 2 pacientes con dos patos (8 %) y 3 pacientes más de tres partos (13 %) **Ver tabla N° 2**

- Según el número de cesáreas 12 pacientes no tenía antecedentes de cesárea (50 %) 5 pacientes con antecedentes de una cesárea (21 %), 4 pacientes con 2 cesáreas (17 %), 3 pacientes con tres cesáreas (12 %) **Ver tabla N° 2**

- 21 pacientes se encontraban en el III trimestre de embarazo (88 %) y 3 en el II trimestre (12 %) **Ver tabla N° 2**

- Dentro de las vías de finalización del embarazo 18 pacientes se les realizo cesárea urgente (75 %) y 6 pacientes cesárea electiva (25 %). **Ver tabla N° 2**

- Según los Factores asociados a histerectomía obstétrica 12 pacientes tenían cesárea previo (50 %), 5 pacientes DPPNI (21 %), 2 pacientes con expulsivo prolongado (8 %), 2 paciente con inminencia de eclampsia (8 %), 3 pacientes sin factor de asociación (13 %). **Ver tabla N° 2**

Objetivo 3.

- Según las indicaciones de histerectomías encontradas 8 pacientes fue por atonía uterina (34 %), 2 pacientes por útero de Couvelaire (8 %) 8 pacientes acretismo placentario (33 %), 5 pacientes con Endomiometritis (21 %) 1 paciente con hematoma (4 %) **Ver tabla N° 3**.

Objetivo 4

- En 21 pacientes se les realizo histerectomía total (87 %) y en tres pacientes fue subtotal (13 %). **Ver tabla N°4**

- El mayor tiempo quirúrgico fue de 120 minutos, con 14 pacientes (58 %), 9 pacientes entre 60-120 minutos (38 %) y 1 paciente menor de 60 minutos. Para (4 %) **Ver tabla N°4**.

- Según los procedimiento médico-quirúrgico en 13 pacientes se realizó Salpingooforectomía (54 %), en 2 paciente ligadura de artería hipogástrica (8 %), 3 pacientes con transfusión sanguíneas (13 %) en 5 pacientes no se realizó ninguno de procedimiento (21 %) y en 1 paciente se realizó Salpingooforectomía y ligadura de arteria hipogástrica (4 %). **Ver tabla N°4**

- Dentro de las complicaciones de histerectomía obstétrica con shock hipovolémico (26 %), una paciente con shock séptico (4 %) 2 pacientes con CID (8 %), 5 pacientes con lesión vesical (21 %) 1 pacientes con shock hipovolémico y lesión vesical (4 %) 1 paciente con otro (4 %) y 8 pacientes sin complicaciones (33 %). **Ver tabla N°4**

- En 22 pacientes no se realizó ningún tipo de re-intervención (92 %) y en 2 pacientes si se realizó intervención (8 %) **Ver tabla N°4**

Objetivo 5.

- Según la estancia intrahospitalaria 10 pacientes estuvieron hospitalizadas entre 4-5 días (42 %) y 14 pacientes estuvieron hospitalizadas más de 5 días (58. %) **Ver tabla N°4**

- En 21 pacientes se obtuvo productos vivos (88 %) y en tres pacientes se obtuvo óbito fetal (12 %) **Ver tabla N°4**

- Según el APGAR del BB en tres pacientes APGAR de cero, (13 %) 1 bebe de 4-6 para (4 %) y en 20 paciente APGAR DE 7 -10 para un (83 %). **Ver tabla N°4**

- Según el peso del recién nacido tres tenían entre 500- 2499 gr (13 %) 20 tenían peso entre 2500 – 3999 gr (83 %) y un bebe mayor de 4000 gr para (4%) **Ver tabla N°4**

DISCUSIÓN Y ANALISIS DE RESULTADOS

La histerectomía obstétrica es una operación que generalmente se practica cuando la vida de la paciente está en franco peligro, es una indicación que en esencia incluye una emergencia médica y requiere del conocimiento, experiencia y destreza por parte del equipo de cirujanos

La incidencia de las Histerectomías Obstétricas en el presente estudio realizado en el **"HOSPITAL ESCUELA BERTHA CALDERÓN ROQUE"** fue de 2.16 por cada 1000 partos, lo que refleja que la incidencia encontrada en nuestro hospital está muy por encima de los resultado de estudios realizados en Taiwán con una incidencia de 0.36 % , acorde a lo encontrado en estudios en Jordania y Estados Unidos de 2,7 por cada 1000 partos y en discrepancia con el estudio realizado por Casas-Peñas-Rodolfo, en Arequipa Perú (2006-2010), donde la incidencia fue de 5.9 por cada 1000 partos. Lo que hace indicar que a pesar de las limitaciones de nuestro país en cuanto a la accesibilidad a la salud en las áreas rurales y a la baja cobertura de controles prenatales, debido a factores socioculturales, nuestra incidencia esta entre los rango aceptables en comparación con otros países desarrollados que posees estrategias y planeaciones sobre salud reproductiva y son de mayor capacidad resolutiva.

En cuanto al grupo etareo la mayoría de las paciente a las que se le realizo histerectomía Obstétrica se encontraban en las edades entre 20 – 34 años, representando el 58% , lo que coincide con diferentes estudios realizados como Pedro Faneite y cols (2008), castro Cirilo (2009), Salgado Monge Zaira (2012) en el que las edades encontradas están entre los 20 y 34 años a diferencia con el estudio realizado por Peralta Alarcón Yader (2001), en el **"HOSPITAL ESCUELA BERTHA CALDERÓN ROQUE"** en el periodo de enero 1996 al diciembre 2000, encontrando el grupo etareo más prominente de 30 a 34 años, lo que significa que nuestra población gestante en la actualidad es más joven que hace 20 años, esto datos nos lleva a concluir que las campañas de planificación sexual y reproductiva no están teniendo eco en la población joven y por tanto esto aumenta las complicaciones en el embarazo.

El nivel educativo que predomino fue del 54 % que es la escolaridad secundaria y en un 42 % tenían estudios de primaria los cual indicaría que hasta en un 96 % las pacientes presentan algún nivel educativo, pero que es considerado nivel bajo. Muy a pesar de que existen en los programas escolares temas de salud sexual y reproductiva se observa que existe deficiencia en la importancia que implica un embarazo a temprana edad, y en caso de que exista un embarazo buscar asistencia médica profesional. Esto sumado al que el 75 % de las pacientes son de procedencia urbana debería de indicar un mayor acceso los servicios de salud y evitar futuras y posibles complicaciones. También se observa que el 96 % de las pacientes son amas de casas por lo que no devengan un salario con el que cuenten para su movilización y gastos en el embarazo, de estas el 66 % son de unión de hecho estable.

Nuestra Institución es un establecimiento de salud de mayor complejidad y especializada en atención de patología mayormente obstétrica y por lo mismo es centro de referencia de pacientes con problemas, obstétricos a nivel local y nacional y por sus características atiende una población joven de bajos recursos económicos, que aunque viven en zonas urbanas no cuentan con un salario remunerado quienes tienen mayores factores de riesgo para tener patologías que obligan a la operación motivo del presente estudio, población con un pésimo control prenatal, en su mayoría procedentes de zonas urbanas. **(Tabla 1)**

Encontramos que 46 % de las pacientes en estudio no tenían ningún control prenatal lo cual tendrá implicancia de complicaciones obstétricas esto se puede deber a falta de concientización por parte de la paciente y a poca coordinación con los gabinetes de familia y puestos de salud en la búsqueda e identificación de la paciente embarazada que no acude a las unidades de salud que le corresponde. Así como la deficiencia en campañas publicitarias sobre atención integral a la mujer.

El antecedente de cirugía uterina previa se revelo como factor importante, puesto que en el 50 % de las pacientes en estudio tenían antecedentes de cesárea. Lo que coindice con el estudio realizado por Fuentes y cols, (2005), realizaron un estudio en el Hospital General Docente "Julio Trigo López que revelo resultados de 55.7% también como factor predomínate la Cesárea previa.

Se encontró que el 88 % de los casos Ocurrió durante el tercer trimestre lo que concuerda con el estudio realizado por Rodas Hernández Diego (2009) en el cual también su prevalencia en el estudio fue en el tercer trimestre con un 96 %, esto puede ser por las caudas de sangrado en el tercer trimestre como las DPPNI, placenta previa, rotura uterina y rotura de la basa previa, lo que predispone que dicho evento obstétrico concluya en un histerectomía obstétrica.

La vía más frecuente de finalización del embarazo fue la Cesárea urgente con un 75 % coincidiendo con el estudio realizado por salgado Monge (2012) donde la Cesárea de urgencia se realizó en un 54 %. Lo que indica que muchas de las pacientes que terminaron en histerectomía obstétrica ya tenía al momento de ingresar al hospital una complicación obstétrica previa.

La Cesárea previa con un 50 % fue el factor más frecuente asociado a histerectomía obstétrica lo que coincide con estudio de fuentes y cols en (2005) donde la Cesárea se destaca como el proceder de riesgo de 55.7 % de los casos, esto demuestra que una Cesárea anterior tiene mayor predisposición para un acretismo placentario, ruptura uterina, lo que predispone a estas pacientes en terminar en una histerectomía obstétrica **Tabla 2.**

La atonía uterina y el acretismo placentario, se mencionan como las principales indicaciones de histerectomía obstétrica de emergencia en la mayoría de los estudios realizados sobre el tema, en el presente estudio, se observó que en el 34% de los casos se realizó por atonía uterina, y con un igual 33. % por acretismo placentario, lo que coincide con Ramos García Raziel en 2008 donde la atonía uterina es del 33.3 % y de acretismo placentario de 28.6 %. **Tabla 3.**

La técnica de elección de la extracción del útero en un 87 % fue total, en contraste con un 13 % que fue subtotal. Lo cual está en discrepancia con el estudio de Navia y cols en el 2000 en chile donde describe que la histerectomía subtotal se realizó en el 57.7 % de los casos y en coincidencia con estudio realizado por Salgado Monge Zaira en 2012 donde se encontró que el 90.9 % de las pacientes se les realizo histerectomía total. La histerectomía subtotal se puede deber a dificultades técnicas para la extracción del cuello aunque en algunas ocasiones es realizada para acortar el tiempo quirúrgico y disminuir la morbi- mortalidad materna.

Con respecto al tiempo operatorio más frecuente fue mayor de 120 minutos para un 58 %, lo que indica la complejidad del procedimiento quirúrgico y a su vez mayor riesgo de pérdida hemática, lo que conllevaría a complicaciones como shock hipovolémico.

Con respecto a los procedimientos médicos y quirúrgicos la más frecuente fue la Salpingooforectomía con el 48 %, seguido de las transfusiones con un 22 %. Estos procedimientos tuvieron como finalidad salvaguardar la vida de las pacientes que presentaron algún tipo de complicación en el momento de la realización de la histerectomía obstétrica.

Las complicaciones post-operatorias encontradas con más frecuencia fueron el shock Hipovolémico con un 26 % de la paciente, sin embargo cabe destacar que 8 pacientes que representan 33 % de la población en estudio no presentaron ningún tipo de complicación, seguido de 5 pacientes con lesión vesical para un 21 % lo que coincide con el estudio de Peralta Alarcón Yader en 2001, en el cual se encontró como complicación la hemorragia seguido de las complicaciones vesicales y con el estudio de Salgado Monge Zaira 2012 que representa el 51.1 % de shock hipovolémico como complicación, lo que esta reportado en la literatura mundial como principal complicación junto con la lesión vesical.

El 8.3 % de la población en estudio fueron re-intervenidas, lo que haría indicar que aunque la cirugía es compleja en manos de un personal altamente capacitado y con el conocimiento necesario la histerectomía obstétrica es bastante segura. **Ver tabla N° 4**

Con respecto a la estancia hospitalaria el 58 % de las pacientes necesito más de 5 días para su recuperación post-Operatoria, debido a las complicaciones quirúrgicas ya mencionadas que se pueden presentar, lo que hace que la estancia hospitalaria sea prolongada.

En el 88 % de los recién nacidos su condición de vida fue favorable, lo que revela que la intervención quirúrgica fue exitosa y oportuna para salvaguardar la vida del recién nacido, lo que esta soportado por un 83% de APGAR entre los rangos de 7 a 10 y cuyos recién nacido tuvieron un peso entre los rangos comprendido de 2500 a 3999 gr lo que represento el 83 %, solo fueron reportados 3 óbitos lo que estaban en un peso de 500 – 2499 gr. **Tabla 5.**

Conclusiones

- El grupo etareo más frecuente estuvo entre 20 – 34 años, el nivel de escolaridad que predomino fue la educación secundaria, en su gran mayoría las pacientes eran de área urbana, el estado civil más frecuente fue de acompañada y con respecto a la ocupación la mayoría eran amas de casas.

- La mitad de la población es estudio tenía algún control prenatal, la mayor parte de las pacientes eran nulíparas, y la mitad de las pacientes no tenían antecedentes de Cesárea, la gran mayoría de las pacientes cursaban el tercer trimestre del embarazo, la vía de finalización más frecuente fue por Cesárea urgente y como factor asociado a histerectomía prevaleció la Cesárea previa

- Las indicaciones de histerectomía que más prevalecieron fueron la atonía uterina y el acretismo placentario.

- El tipo de histerectomía que más prevaleció fue la histerectomía total y el tiempo operatorio más frecuente fue de más de 120 minutos, los procedimiento médicos y quirúrgicos que más se utilizaron fueron Salpingooforectomía y la transfusión sanguíneos, las complicaciones que más se presentaron fueron el shock hipovolémico y la lesión vesical, la re-intervención en su gran mayoría no fue necesaria.

- La mayor parte de las pacientes necesito más de 5 días de estancia hospitalaria, en los datos neonatales en su gran mayoría él bebe nació vivo, con APGAR más frecuente de 7 a 10, con un peso que más prevaleció de 2500 a 3999 gr.

Recomendaciones

- A las autoridades del Ministerio de Salud junto con la dirección materno infantil, crear una campaña publicitaria en términos entendible dirigido a la población femenina de publicación masiva cuyo objeto fundamental sea transmitir orientaciones a planificación familiar y por ende a planificación del número de embarazo, explicando los riesgos que se pueden dar ante un evento quirúrgico.

- Las autoridades del Ministerio de salud junto a autoridades del SILAIS establecer un mecanismo efectivo que permita medir de forma adecuada la calidad de atención que se brinda a las pacientes en el control prenatal con el firme propósito que se cumpla los objetivo del control prenatal identificando a tiempo aquellas pacientes con factores de riesgo y sean referida en el momento oportuno.

- A los jefes de servicios y médicos de base del II nivel de atención valorar en forma conjunta con residente de manera muy completa aquellas pacientes con factor de riesgo a terminar en una histerectomías obstétricas.

- A los jefes de servicios, el ingresos de pacientes con embarazos asociados a antecedentes de procesos quirúrgico, establecer un sistema de vigilancia estricta con el firme propósitos de reconocer de forma oportuna aquellas complicaciones asociadas a terminar en una Histerectomía.

- A los jefes de servicios, jefes de turnos, ordenar de forma estricta que sea personal médico y paramédico capacitado para realizar el masaje uterino post-nacimiento cumpliendo con las normativas del protocolo de atención en la prevención de la hemorragia post-parto ya que la atonía uterina es la causa de indicación histerectomía obstétrica obstétrica.

- Las autoridades docentes del **"HOSPITAL ESCUELA BERTHA CALDERÓN ROQUE"** junto a los médicos de base crear una forma de enseñanza para que se masifique la utilización de la sutura de B-Lynch en casos de atonía uterina para salvar vidas humanas de forma oportuna en el manejo de la atonía uterina y si es posible tratar de preservar la fertilidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

AbouZahr y cols, (2005).Health Dimensión the sexual an reproducción Boston 1998: 172-174 Harvard University Press.

Alfredo Castillo Valery:(2006) Bioética; Capitulo Investigación en seres Humanos. Editorial Dislimed C.A, 1ª Edición 2006

Arencibia José (2002). Operación cesárea: recuento histórico Rev. Salud publica 4

Arianna Valdés y cols (2005). Revista Cubana Obstetricia Ginecología 2005; 31(3). (Rev.20 de October 2008).

Bakshi y col, (2000). Indications for and outcomes of emergency peripartum hysterectomy. A five year review. J Repro Med 200; 45:733-7.

Cabrera Lozada Carlos; (2001). Revista Obstetricia y Ginecología: Venezuela: 61 (3): 199-204-Sept. 2001

Delgado (1998). Algunos aspectos históricos de la operación cesárea cuadernos de historia de la salud pública.

Ernesto La Fontaine Terry (2005), archivo Medico de Camaguey “005; 9(1)

ISSN1025-0255

Fuentes y cols. Rev Cubana Obstet Ginecol 2005; 31(1). (Rev. 20 de octubre 2008).

José Caro y cols, (2006), Revista Chilena de obstetricia y Ginecología, 2006; 71(5):313-315

José Caro y cols, Rev chil Obstet Ginecol 2006; 71(5) 313-319 (Rev. 27 de octubre 2008).

Lledo Weber y col (2007) Obstetricia y medicina Materno Fetal.

Muñoz Razo (1998). Como elaborar una investigación técnica. México Prentice Hall Hispanoamericana (300pp).

Navia y cols. Rev. Chil. Obstet. Ginecol; 65(5):385.2000. (Rev. 22 de octubre 2008).

Obstetricia moderna (2005) Juan Aller, José Moreno Isturis, Capitulo 45. (Revisado 29 de Febrero 2009).

Pedro Faneite y cols (2008), Revista Venezolana de Obstetricia y Ginecología; 68(2):92-97.

Raziel Ramos García,* Gilberto Ramírez López,* Gabino Hurtado Estrada* Indicaciones de histerectomía obstétrica en el Hospital de Ginecología y Obstetricia del Instituto Materno Infantil del Estado de México del 2007 al 2008.

Rodolfo L. Casas-Peña, MD1; Ibey Lorena Pérez-Varela, MD2;

Gustavo A. Chicangana-Figueroa, MD2.

ANEXOS

TABLA N° 1

Comportamiento de las "Histerectomías Obstétricas en el Hospital Escuela Bertha Calderón Roque" Enero 2015 – Diciembre 2015 Managua - Nicaragua." Según Características Generales.

N=24

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Menor o igual a 19	5	21 %
20 - 34	14	58 %
> o igual a 35	5	21 %
Total	24	100 %
ESCOLARIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Primaria	10	42 %
Secundaria	13	54 %
Ninguna	1	4 %
Total	24	100 %
PROCEDENCIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Urbana	18	75 %
Rural	6	25 %
Total	24	100 %
ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Casada	4	17 %
Soltera	4	17 %
Acompañada	16	66%
Total	24	100 %
OCUPACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Ama de Casa	23	96 %
Empleada Domestica	1	4 %
Total	24	100 %

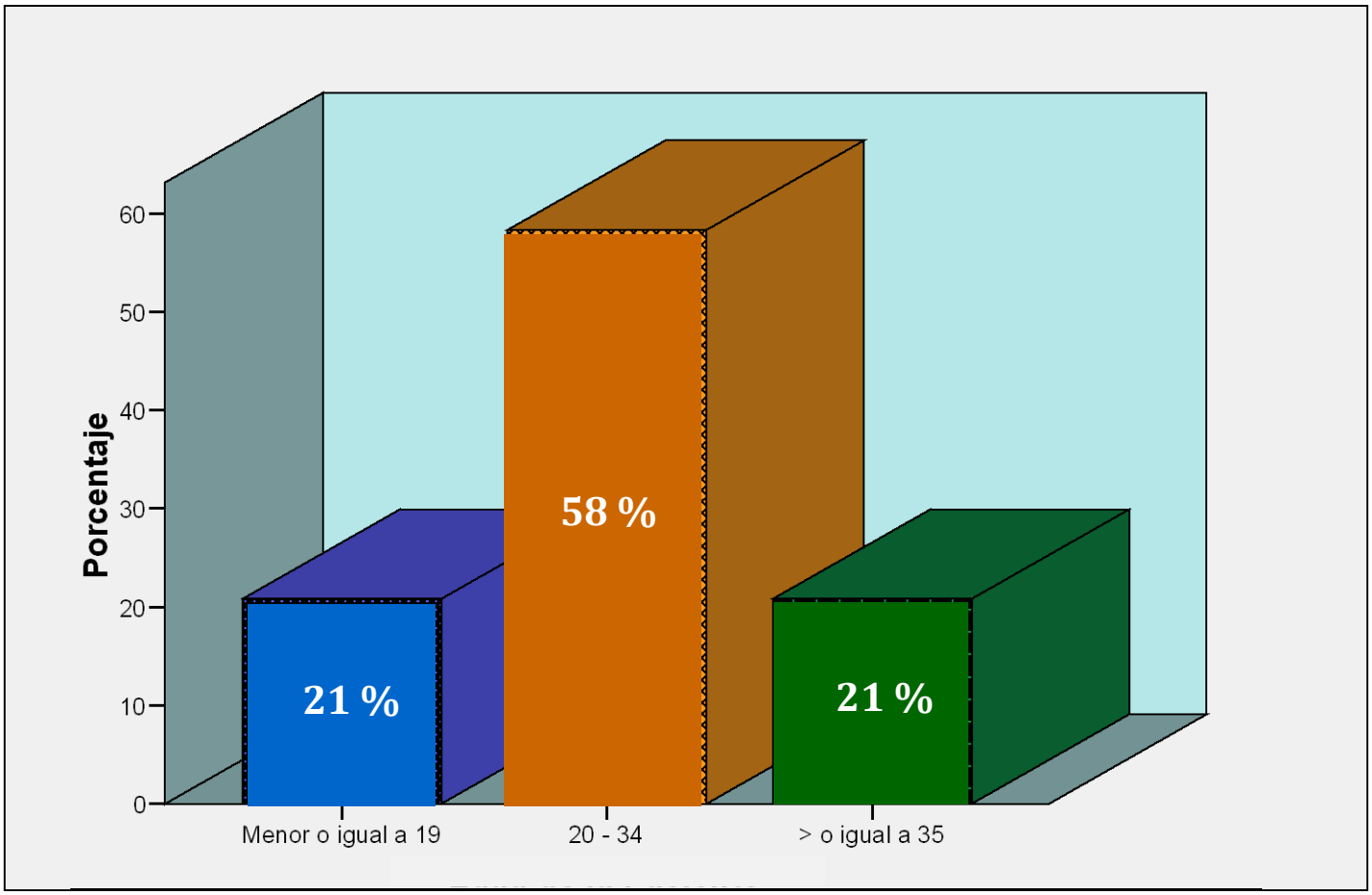
Fuente: Expediente Clínico

GRAFICO N° 1.1

Comportamiento de las "Histerectomías Obstétricas en el Hospital Escuela Bertha Calderón Roque" Enero 2015 – Diciembre 2015 Managua - Nicaragua."

Según Grupo Etareo

N=24

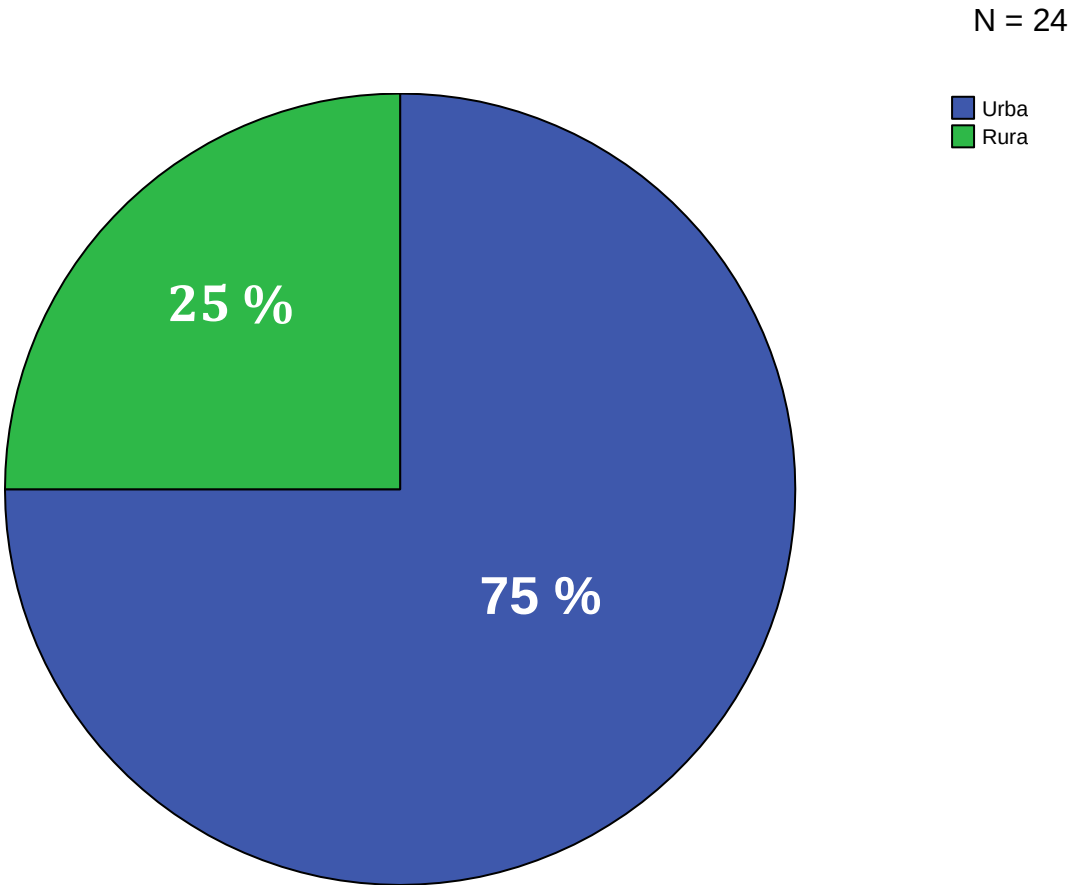


FUENTE: TABLA N° 1

Gráfica N° 1.2

Comportamiento de las "Histerectomías Obstétricas en el Hospital Escuela Bertha Calderón Roque" Enero 2015 – Diciembre 2015 Managua - Nicaragua."

Según Lugar de Procedencia



FUENTE: TABLA N° 1

TABLA N° 2 A

Comportamiento de las "Histerectomías Obstétricas en el Hospital Escuela Bertha Calderón Roque" Enero 2015 – Diciembre 2015 Managua - Nicaragua." Según Características Gineco-Obstetras.

N=24

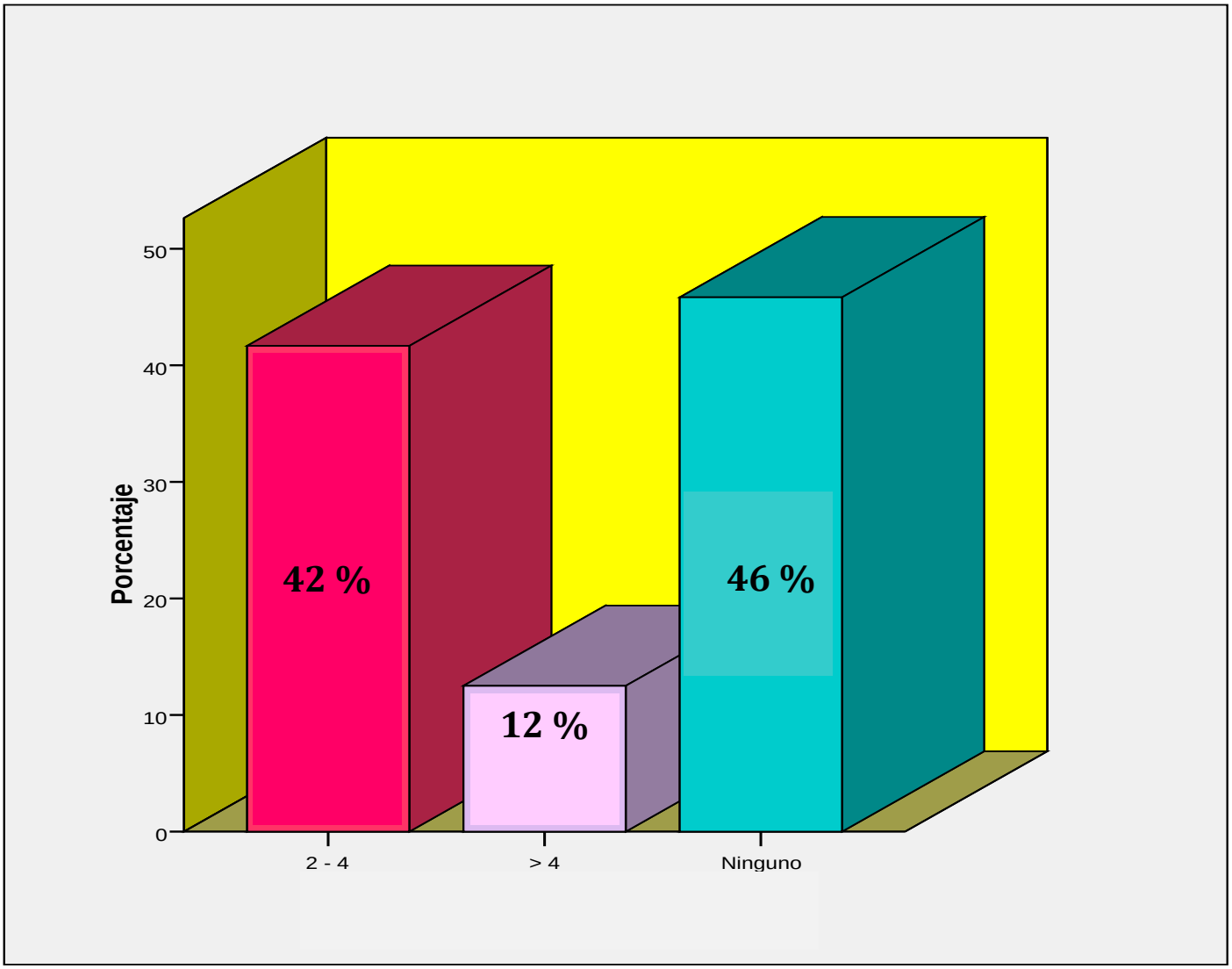
CONTROLES PRENATALES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
2 – 4	10	42 %
> 4	3	12 %
Ninguno	11	46 %
Total	24	100 %
NÚMERO DE EMBARAZOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Primigesta	2	8 %
Bigestas	11	46 %
Trigesta	9	38 %
Multigesta	2	8 %
Total	24	100 %
NÚMERO DE PARTOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
0	14	58 %
1	5	21 %
2	2	8 %
3	3	13 %
Total	24	100 %
NÚMERO DE CESAREAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
0	12	50 %
1	5	21 %
2	4	17 %
3	3	12 %
Total	24	100 %

Fuente: Expediente Clínico

Gráfica N° 2A - 1

Comportamiento de las "Histerectomías Obstétricas en el Hospital Escuela Bertha Calderón Roque" Enero 2015 – Diciembre 2015 Managua - Nicaragua." Según Control Prenatal.

N=24



FUENTE: TABLA N° 2 A

TABLA N° 2 B

Comportamiento de las "Histerectomías Obstétricas en el Hospital Escuela Bertha Calderón Roque" Enero 2015 – Diciembre 2015 Managua - Nicaragua." Según Características Gineco-Obstetras.

N=24

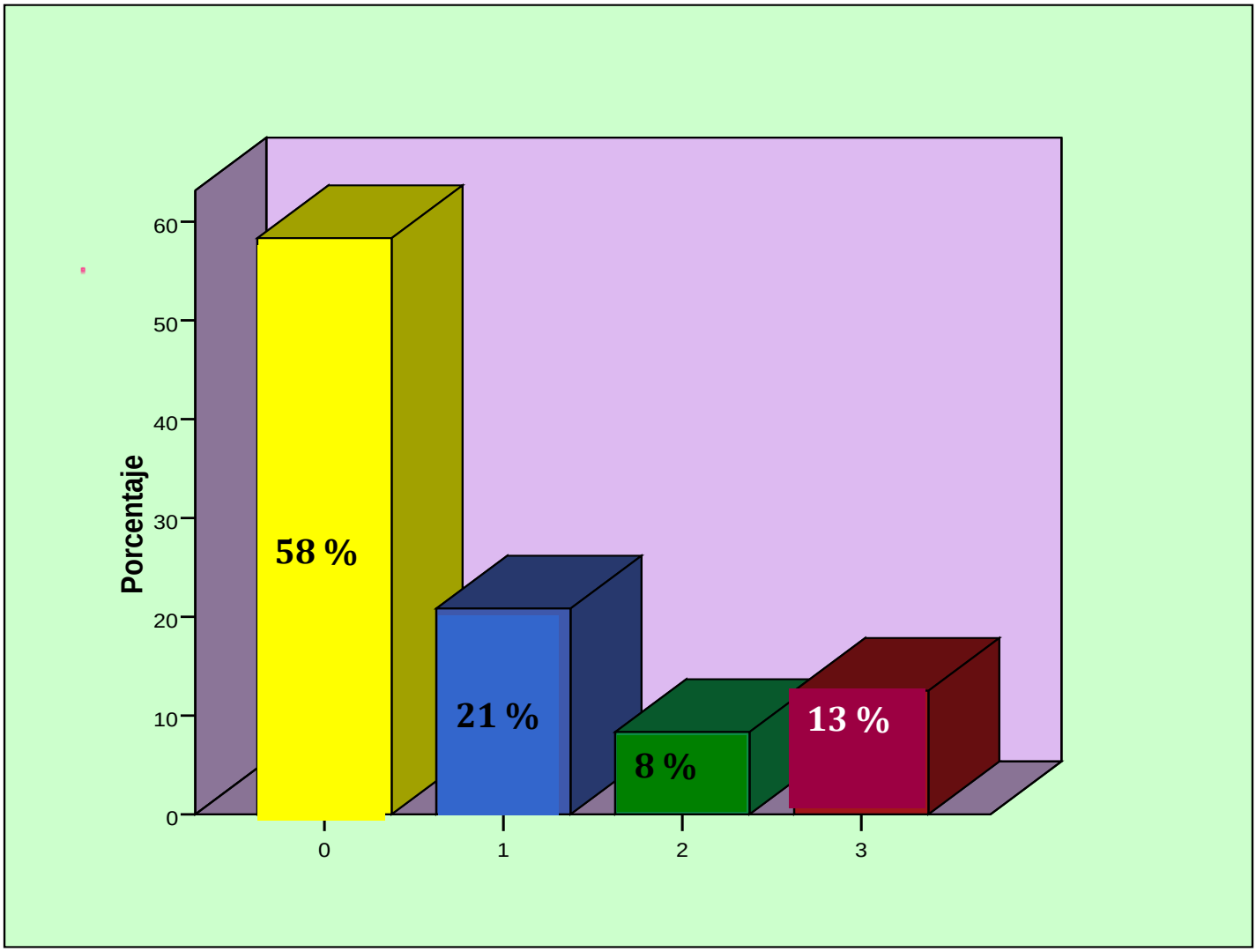
EDAD GESTACIONAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
II Trimestre	3	12 %
III Trimestre	21	88 %
Total	24	100.0 %
VIA DE FINALIZACIÓN DEL EMBARAZO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Cesárea Urgente	18	75 %
Cesárea Electiva	6	25 %
Total	24	100 %
FACTORES ASOCIADOS A HISTERECTOMÍA OBSTÉTRICA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Cesárea Previa	12	50 %
DPPNI	5	21 %
Expulsivo Prolongado	2	8 %
Inminencia de Eclampsia	2	8 %
Ninguno	3	13 %
Total	24	100 %

Fuente: Expediente Clínico

Gráfica N° 2.3

Comportamiento de las "Histerectomías Obstétricas en el Hospital Escuela Bertha Calderón Roque" Enero 2015 – Diciembre 2015 Managua - Nicaragua." Según Número de Partos

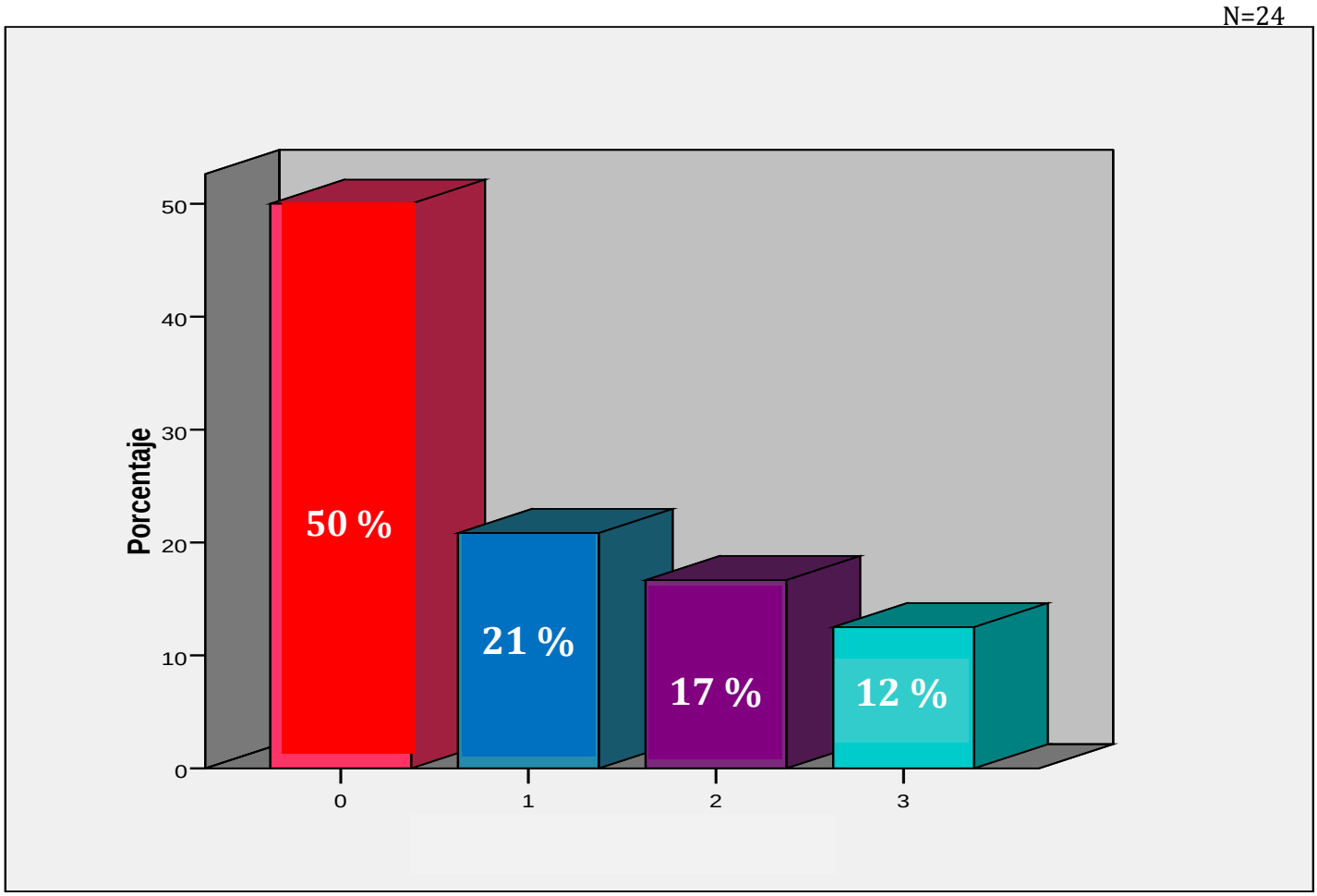
N=24



FUENTE: TABLA N° 2 A

Gráfica N° 2.4

Comportamiento de las "Histerectomías Obstétricas en el Hospital Escuela Bertha Calderón Roque" Enero 2015 – Diciembre 2015 Managua - Nicaragua." Según Número de Cesáreas



FUENTE: TABLA N° 2 A

TABLA N° 3

Comportamiento de las "Histerectomías Obstétricas en el Hospital Escuela Bertha Calderón Roque" Enero 2015 – Diciembre 2015 Managua - Nicaragua." Según Indicación de Histerectomía.

N=24

INDICACION DE LA HISTERECTOMÍA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ATONÍA UTERINA	8	34 %
ÚTERO DE COUVELAIRE	2	8 %
ACRETISMO PLACENTARIO	8	33 %
ENDOMIOMETRITIS	5	21 %
HEMATOMA	1	4 %
TOTAL		100 %

FUENTE: EXPEDIENTE CLÍNICO

TABLA N° 4

Comportamiento de las "Histerectomías Obstétricas en el Hospital Escuela Bertha Calderón Roque" Enero 2015 – Diciembre 2015 Managua - Nicaragua." Según Complicaciones Médicas y Quirúrgicas.

N=24

TIPO DE HISTERECTOMÍA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
TOTAL	21	87 %
SUBTOTAL	3	13%
TOTAL	24	100.0 %
TIEMPO OPERATORIO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MENOR DE 60 MINUTOS	1	4 %
DE 60 A 120 MINUTOS	9	38 %
MAYOR DE 120 MINUTOS	14	58 %
TOTAL	24	100 %
PROCEDIMIENTOS MÉDICOS Y QUIRÚRGICOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SALPINGOOFORECTOMÍA	13	48 %
LIGADURA DE ARTERIA HIPOGÁSTRICA	2	7 %
TRANSFUNCIÓN SANGUÍNEA	6	22 %
NINGUNO	5	19 %
SALPINGOOFORECTOMÍA Y LIGADURA DE ARTERIAS HIPOGÁSTRICA	1	%
TOTAL DE PROCEDIMIENTOS	27	100 %

Tabla N° 4 B

Comportamiento de las "Histerectomías Obstétricas en el Hospital Escuela Bertha Calderón Roque" Enero 2015 – Diciembre 2015 Managua - Nicaragua." Según Complicaciones Médicas y Quirúrgicas.

N=24

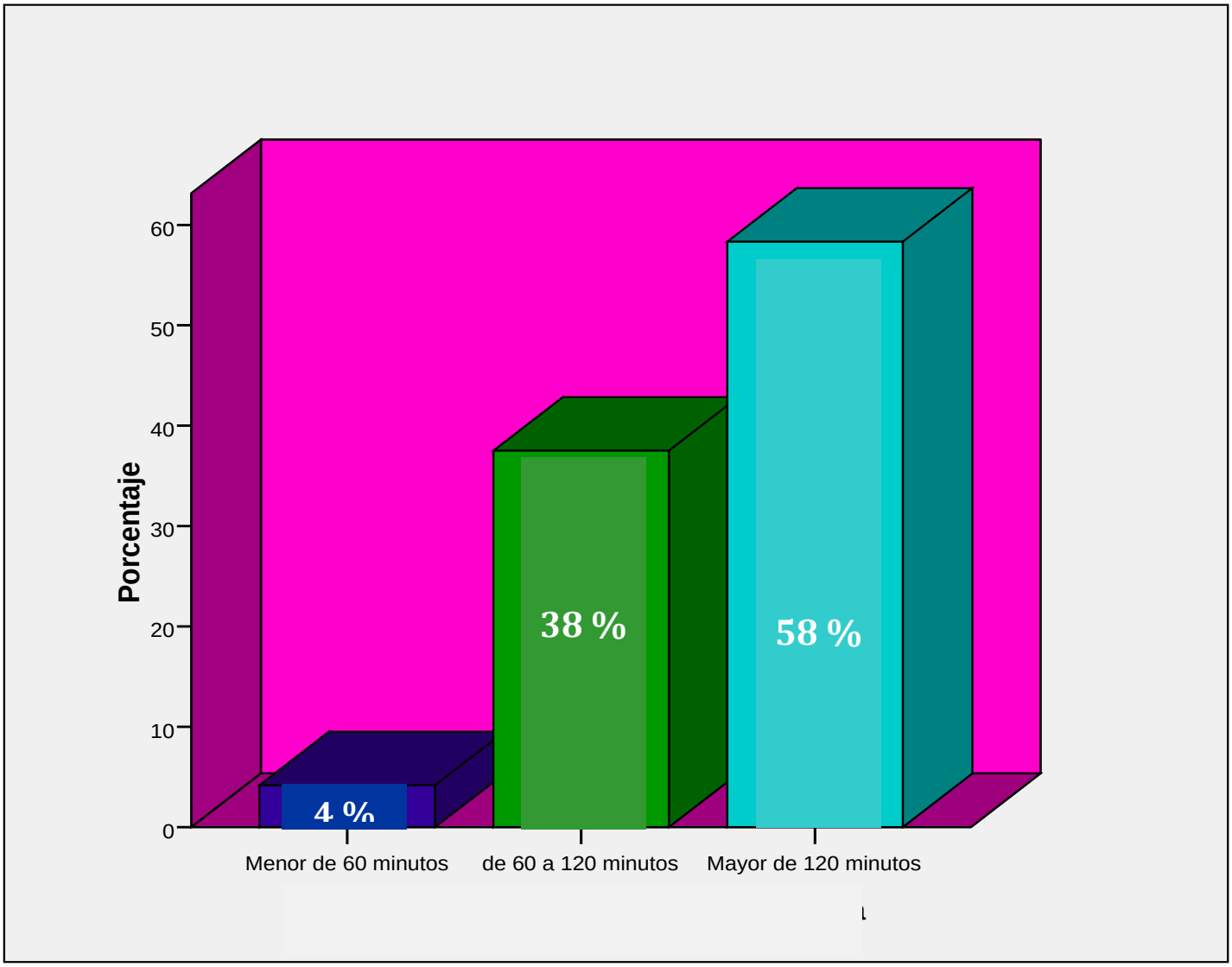
COMPLICACIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SHOCK HIPOVOLÉMICO	6	26 %
SHOCK SÉPTICO	1	4 %
CID	2	8 %
LESIÓN VESICAL	5	21 %
SHOCK HIPOVOLÉMICO Y LESIÓN VESICAL	1	4 %
OTROS	1	4 %
NINGUNO	8	33 %
TOTAL	24	100 %
RE INTERVENCIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SÍ	2	8 %
NO	22	92 %
TOTAL	24	100.0 %

FUENTE: EXPEDIENTE CLÍNICO

Gráfica N° 4.2

Comportamiento de las "Histerectomías Obstétricas en el Hospital Escuela Bertha Calderón Roque" Enero 2015 – Diciembre 2015 Managua - Nicaragua." Según Tiempo Operatorio

N=24



FUENTE: TABLA N° 4

TABLA N° 5

Comportamiento de las "Histerectomías Obstétricas en el Hospital Escuela Bertha Calderón Roque" Enero 2015 – Diciembre 2015 Managua - Nicaragua." Según la Evolución.

N =24

DIAS DE ESTANCIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
4 A 5 DÍAS	10	42 %
MÁS DE 5 DÍAS	14	58 %
TOTAL	24	100 %
RECIÉN NACIDO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
VIVO	21	88 %
ÓBITO	3	12 %
TOTAL	24	100 %
APGAR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
0	3	13%
4 - 6	1	4 %
7 - 10	20	83 %
TOTAL	24	100.0 %
PESO DEL RECIEN NACIDO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
500 GR - 2499 GR	3	13 %
2500GR - 3999GR	20	83 %
MAYOR DE 4000GR	1	4 %
TOTAL	24	100.0 %

FUENTE: EXPEDIENTE CLÍNICO