Universidad Nacional Autónoma De Nicaragua - León
Facultad De Ciencias Médicas
Departamento de Ginecología y Obstetricia

Tesis para optar al título de Especialista
en Ginecología y Obstetricia

"Causas y complicaciones de histerectomía obstétrica en el departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Arguello en el periodo 2011-2016.

AUTORA:
Dra. Sindy A. Aguilar Calderón.
Residente de IV Ginecología y obstetricia

TUTOR:
Dra. Lidia Del Carmen Ortiz Castillo.
Ginecología y Obstetricia

ASESOR METODOLÓGICO:
Dr. Gregorio Matus

León, Febrero de 2017

TEMA:

CAUSAS Y COMPLICACIONES DE HISTERECTOMIA OBSTETRICA EN EL DEPARTAMENTO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL ESCUELA OSCAR DANILO ROSALES ARGUELLO EN EL PERIODO ENERO 2011 – OCTUBRE 2016.

DEDICATORIA

A Dios:

Por su infinita bondad y amor, que me ha permitido gozar de salud y sabiduría para llegar hasta éste punto.

A mi hija:

Gabriela Lisseth Rivas Aguilar por comprender dulcemente los motivos de mi ausencia en el hogar y regalarme siempre esos abrazos llenos de amor qué motivan mi andar a diario.

A mi madre:

María Elena Calderón ejemplo de perseverancia y constancia que la caracterizan y que me ha infundado siempre, sobre todo por dedicarse a mi hija con ahínco en mi ausencia.

A mis maestros:

Dra. Lidia del Carmen Ortíz pilar fundamental de mí formación profesional y humana quién con su apoyo y motivación científica me ha llevado de la mano día a día, lo que me ha permitido culminar esta tesis, mis agradecimientos toda mi vida.

Dra. Dolores Benavides por ofrecerme sus conocimientos y consejos como si de un hijo se tratase.

Dr. Jairo García maestro qué desde mis primeros estudios fue una fuente de inspiración y ejemplo a seguir, exquisita combinación de ciencia y paternidad.

Dr. Erick Esquivel maestro y amigo, a quién le apasiona enseñar con un adorno esencial de su personalidad: una gran sonrisa.

Dra. Miurel Gámez, amiga y maestra que al enseñar tiene un toque de juventud eterna sazonada con un gran conocimiento científico.

A mis amigos:

William Aguirre, el clásico amigo más que un hermano en tiempos de angustia a quién le agradezco ese hombro en el cual pude apoyarme a lo largo de mi residencia.

Dra. Kenia Silva pilar de espiritualidad qué fortalecía mi Fe cuando las turbulencias de la vida me abatían.

Resumen

Aguilar CAS[1], Ortíz CCL[2] Causas y complicaciones de histerectomía obstétrica en el departamento de Ginecología y obstetricia del HEODRA, León – Nicaragua Enero 2011- Octubre 2016.

Histerectomía obstétrica, consiste en la exceresis del útero en una mujer gestante ya sea después de un parto, aborto o en el puerperio. Involucra necesariamente la condición de un útero que está o ha sido ocupado por una gestación qué ha evolucionado hacia una condición qué requiera la extracción parcial o total del órgano.

Objetivo: Determinar las principales causas y complicaciones quirúrgicas de histerectomía obstétrica en el departamento de Ginecología y obstetricia del HEODRA en el periodo Enero 2011 –Octubre 2016.

Diseño: Estudio descriptivo serie de casos, entre Enero 2011- Octubre 2016 en el departamento de ginecología y obstetricia del HEODRA, la población fue de 36 pacientes a quienes se les realizó histerectomía obstétrica puesto que reunían los criterios de inclusión, la fuente de recolección de información fué secundaria a través de expedientes clínicos, dicha información se procesó a través del sistema estadístico SPSS.

Resultados: El grupo etario más frecuente estuvo entre 31 – 40 años, en su gran mayoría procedentes del área urbana, en unión estable y la mayoría eran amas de casas. En cuanto a sus antecedentes obstétricos la mayor parte de las pacientes eran multíparas y la mitad de las pacientes no tenían antecedentes de Cesárea, pero se observó que las pacientes que si tenían antecedentes de cesárea presentaron acretísmo placentario, la vía de finalización más frecuente fue por Cesárea urgente. El parto vaginal presenta mayor relación a presentar inercia uterina.

Las indicaciones de histerectomía que más prevalecieron fueron la atonía uterina y el acretísmo placentario. El tipo de histerectomía que más prevaleció fue la histerectomía total y el tiempo operatorio más frecuente fue mayor de 1 hora, la mayoría de las pacientes presentó una perdida hemática calculada entre los 1500- 2000 ml, asociado esto a la principal complicación qué se presentó el shock hipovolémico. Se presentaron 3 muertes maternas, por coagulación intravascular diseminada.

Palabras Claves: Histerectomía obstétrica, atonía uterina, acretísmo placentario, Shock hipovolémico, muerte materna.

[1] ***Residente IV año de Ginecología y Obstetricia. UNAN - León***

[2] Ginecóloga y Obstetra. Docente del Depto. de Ginecología y Obstetricia – UNAN-León. Nicaragua.

Indice

Contenido **Pág.**

AGRADECIMIENTO

RESUMEN

Introducción……1

Antecedentes……...3

Justificación……....5

Planteamiento del problema……..…6

Objetivos……...7

Marco teórico……....8

Diseño metodológico……....16

Resultados……..20

Discusión……..…27

Conclusión……...30

Recomendaciones……....31

Bibliografía……...32

Anexos……....35

INTRODUCCIÓN

Según la OMS. Del total estimado de 536 000 defunciones maternas en el mundo en el 2005, el 99% (533 000) corresponde a países en desarrollo. (1)

Se desconoce la incidencia exacta de la histerectomía peri parto de urgencia. Varios autores han comunicado índices de 0.5 a 1.5 por 1,000.3 Cada año fallecen poco más de medio millón de mujeres en todo el mundo por estas causas. (2)

Histerectomía obstétrica es un procedimiento quirúrgico mayor, consiste en la exceresis del útero en una mujer gestante ya sea después de un parto, aborto o en el puerperio. Esto involucra necesariamente la condición de un útero que está o ha sido ocupado por una gestación qué ha evolucionado hacia una condición qué requiera la extracción parcial o total del órgano. (2,3)

Este procedimiento no planeado se ha mantenido en la práctica quirúrgica por más de 130 años, como única alternativa terapéutica en el manejo de la hemorragia y después de grandes esfuerzos conservadores e inútiles si bien desconocemos la real incidencia, varios autores han comunicado índices de 0,6 hasta 6,2 por mil partos, en diversos estudios realizados en el mundo. (4)

Entre los factores de riesgo que con mayor frecuencia han sido identificados están los antecedentes de cesárea (aumenta 10 a 12 veces su probabilidad), edad mayor de 35 años, haber tenido más de tres hijos, instrumentación uterina previa y antecedentes de hemorragia en el parto anterior. Las principales indicaciones de histerectomías obstétricas reportadas son: ruptura uterina por dehiscencia de la cicatriz de una cesárea previa, placenta acreta, placenta previa, abrupto placentario, atonía uterina .El embarazo ectópico cornual o intersticial que constituye el 3 % de todas las gestaciones ectópicas es otra de las causas aunque menos frecuente, al igual que el ectópico cervical. (4)

La Histerectomía obstétrica se ha asociado a complicaciones serias tales como mayor pérdida de sangre y por tanto síndrome anémico, coagulación intravascular diseminada, re laparotomía por persistencia del sangrado, mayor estancia hospitalaria mayor riesgo de lesión visceral, gastrointestinal y de vías urinarias, infertilidad e incluso la muerte de la paciente. (5,6)

Para las pacientes sin paridad completa el uso no tan reciente de las prostaglandinas y el masaje uterino propuesto por la OMS, han demostrado su efectividad, así como técnicas invasivas como Ligaduras vasculares (hipogástricas, uterinas), sutura de B-Lynch y embolización arterial selectiva, utilizadas como medidas alternativas para preservar la integridad uterina. (7)

En América latina la histerectomía de urgencia por causas obstétricas ha sido objeto de atención priorizada, por su repercusión sobre la morbimortalidad materna, la salud reproductiva de la mujer y su calidad de vida, sin embargo en nuestro país no hay datos estadísticos ni se cuenta con investigaciones respecto a ésta técnica utilizada como última medida para preservar la vida de pacientes.

ANTECEDENTES

La Organización Panamericana de la Salud determinó una tasa global de 190 muertes por 100 mil nacidos vivos en América Latina y el Caribe durante 2010 de ahí qué hay un aumento significativo en la incidencia de la histerectomía obstétrica por complicaciones obstétricas.(2)

Por ello en América Latina se han realizado estudios de diferentes tipos a fin de establecer las causas, analizar las indicaciones, determinar la incidencia de los factores de riesgo asociados y complicaciones de las histerectomías obstétricas. (8)

Navia y cols. (2000) en Chile, analizaron 52 casos en maternidad del Hospital Félix Burnes Cerda, sus principales indicaciones: inercia uterina, adherencia placentaria anormal y desprendimiento prematuro de placenta normo inserta. Del total de casos, había un alto porcentaje de pacientes multíparas con edades sobre los 30 años, las complicaciones más frecuentes: lesión de la vía urinaria, hematoma y hemorragia de la cúpula. (9)

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 acretísmo placentario y en 34 pacientes se realizó histerectomía total. La principal complicación encontrada fue la hemorragia seguida de las complicaciones vesicales. (10)

Arianna Valdés y cols. (2005) realizaron en Cuba un estudio observacional descriptivo retrospectivo en el Hospital Docente Ginecoobstetrico América Arias se estudiaron 95 casos donde se identificaron enfermedades previas concluyendo que la indicación que predominó fue la atonía uterina, la complicación más frecuente resultó ser la anemia. (11)

José Caro y cols. (2006) Revisaron 25 casos de histerectomía que ocurrieron en el Hospital Puerto Montt en Chile durante los años 2000 – 2005 en el 96% de las pacientes, el parto fue por cesárea y que la principal indicación de histerectomía fue acretísmo placentario 48% seguido de atonía uterina. (12)

Ramos García y cols. Estudiaron la incidencia de la histerectomía obstétrica absoluta durante el periodo 2007-2008 en el Hospital de Ginecología y Obstetricia (HGO) del Instituto Materno Infantil Del Estado de México correspondió a 1.26 por cada 1,000 nacidos vivos. Las indicaciones pre quirúrgicas más frecuentes de histerectomía obstétrica fueron atonía uterina (33.3%) y acretísmo placentario (28.6%). Los diagnósticos histopatológicos reportados con mayor frecuencia fueron placenta acreta (28.6%), seguido por miometritis (23.8%) y placenta increta (14.3%). (13)

Castro Cirilo (2009) realizó en el Hospital Central Universitario Dr. Antonio María Pineda de Barquisimeto- Venezuela un estudio de corte transversal, se estudiaron 10 pacientes la prevalencia fue de 0.046% para pacientes con parto normal y de 0.219 pacientes con cesáreas las cuales fueron de urgencias, la atonía en el 70% fue la causa de la histerectomía y el acretísmo placentario el 30% en 20% de las pacientes ocurrió lesión de vejiga y en 100% anemia, ocurrió una muerte materna (14)

Gutiérrez Francisco (2015) realizó en el HOSPITAL ESCUELA BERTHA CALDERÓN ROQUE un estudio descriptivo de corte transversal donde se estudiaron 24 pacientes a las qué se le realizó histerectomía obstétrica, con una incidencia de 2.16 por cada 1000 partos siendo la indicación más frecuentes la atonía uterina, seguido del acretísmo placentario en tercer lugar las endomiometritis y la complicación más frecuente qué se presentó fue el Shock hipovolémico, seguido de lesiones vesicales (15)

.

JUSTIFICACIÓN

La histerectomía obstétrica está asociada a severas complicaciones materno neonatales en directa relación con la patología qué genera su indicación y a una elevada morbimortalidad materna debido a la patología condicionante y al procedimiento en sí mismo.

Como ya fue señalado el tener un mayor conocimiento sobre histerectomía obstétrica, la cual constituye una medida salvadora de la vida de la madre cuando los procedimientos médicos han fallado para detener una hemorragia, hace que sea de interés para el servicio de Gineco- obstetricia del hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Arguello, la realización del presente estudio el cual aportará datos estadísticos recientes sobre la incidencia, las indicaciones y complicaciones quirúrgicas asociadas a dicha intervención permitiendo de alguna manera que las autoridades correspondientes implementen un plan de intervención con el propósito de disminuir la mortalidad materna en beneficio de las pacientes.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuáles son las principales causas y complicaciones quirúrgicas que se presentan al realizar las histerectomías obstétricas en el departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Arguello- León, durante el periodo de Enero de 2011 hasta Octubre 2016?

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar las principales causas y complicaciones quirúrgicas de histerectomía obstétrica en el departamento de Ginecología y obstetricia del HEODRA en el periodo Enero 2011 –Octubre 2016.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Identificar características sociodemográficas y obstétricas de las pacientes en estudio.

2. Determinar las indicaciones clínicas que justifiquen la realización de histerectomía obstétrica.

3. Describir el manejo quirúrgico y principales complicaciones trans y post operatorias de la histerectomía obstétrica.

MARCO TEÓRICO

1. DEFINICIÓN

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

Histerectomía obstétrica: Consiste en la extirpación del útero durante una cesárea o en el puerperio, por complicaciones relacionadas con el embarazo o por indicaciones ginecológicas. (14)

2. 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%.

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 Pavia Italia en una paciente portadora de pelvis estrecha, la intervención se realizó posterior al nacimiento por cesárea de un recién nacido vivo del sexo femenino en presentación podálica de 3300 Gr de peso, la intervención se realizó en 26 minutos. (15)

3. FACTORES DE RIESGOS

Entre los factores de riesgo que con mayor frecuencia han sido identificados están los antecedentes de cesárea (aumenta 10 a 12 veces su probabilidad), edad mayor de 35 años, haber tenido más de tres hijos, instrumentación uterina previa y antecedentes de hemorragia en el parto anterior. Si bien desconocemos la real incidencia, varios autores han comunicado índices de 0,6 hasta 6,2 por mil partos, en diversos estudios realizados en el mundo. (16)

Las principales causa de histerectomías obstétricas reportadas son: ruptura uterina por dehiscencia de la cicatriz de una cesárea previa con una incidencia calculada de 12 %, placenta acreta con placenta previa abrupto placentario, atonía uterina. El embarazo ectópico cornual o intersticial que constituye el 3 % de todas las gestaciones ectópicas es otra de las causas, aunque menos frecuente, al igual que el ectópico cervical, una forma rara con una incidencia de 1 en 180000 embarazos, pero que parece ir en aumento. (17)

Para las pacientes sin paridad completa el uso no tan reciente de las prostaglandinas y el masaje uterino propuesto por la OMS, han demostrado su efectividad, reduciendo drásticamente la histerectomía por hemorragia, sin tener que llegar a las conductas quirúrgicas mutilantes. Ligaduras vasculares (hipogástricas, uterinas), sutura de B-Lynch y embolización arterial selectiva, son utilizadas, como medidas alternativas para preservar la integridad uterina. (18)

4. INDICACIONES

La operación se realiza en las situaciones que se señalan:

Por emergencia obstétrica**:** 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 si no se realiza la histerectomía existe el peligro de muerte materna inminente. Generalmente se elige la histerectomía total, pero en determinados casos, por la urgencia que se requiere, puede estar indicada la histerectomía subtotal. (19)

En ausencia de emergencia: Por indicaciones que existían antes de la cesárea o por hallazgos durante la intervención que sean indicación de una histerectomía y si no se practica en ese momento se debe realizar posteriormente porque pone en peligro la vida de la paciente. (19)

Electivas**:** cuando existe una indicación antes o durante el embarazo, pero el hecho de no practicar la histerectomía no pone en peligro la vida de la paciente.. La ventaja es que se puede solucionar un problema ginecológico con una sola intervención, un sólo riesgo y a un costo discretamente mayor. La desventaja es el tiempo quirúrgico más largo, una morbilidad mayor y el requerir un mejor entrenamiento quirúrgico. (19)

5.1. 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 Couvalier en abruptio placentae
5. acretísmo placentario.
6. Inercia uterina que no se resuelve con manejo médico.
7. Infección puerperal de órganos internos. (20)

5.2. Indicaciones electivas:

1. Carcinoma invasor del cérvix, cáncer de ovario, cáncer de mama.
2. Mioma uterino en pacientes con paridad satisfecha.
3. Torsión de útero grávido en grado avanzado.
4. Afección uterina no tumoral (adherencias inflamatorias, prolapso uterino).
5. Algunos casos de corioamnionitis grave.
6. Enfermedad concomitante que haga suprimir la función menstrual (talasemia) (21)

5. Técnica de histerectomía obstétrica.

No es necesario cerrar la histerotomía, si no hay sangrado significativo. 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. (20)

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 vesicouterina 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. (20)

Después de retirar el útero completo, se asegura todos los ángulos del fórnix vaginal lateral a los ligamentos cardinales y útero sacros con suturas crómicas en ocho. No hay unanimidad de opciones e 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, La hemostasia debe ser cuidadosa y se deben emplear, por lo menos, dos suturas por cada vaso principal. (20)

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. (20)

6.1. CLASIFICACIÓN:

Según la literatura la Histerectomía obstétrica se puede clasificar en:

• Cesárea-histerectomía (conocida también como operación de Porro): la cesárea y la histerectomía se realizan en un solo tiempo.

• Histerectomía post cesárea: estas intervenciones se realizan en dos tiempos diferentes. (21)

• Histerectomía posparto: la que se realiza después de un parto, en el puerperio inmediato o mediato.

• Histerectomía posaborto.

• Histerectomía en bloque: cuando se extrae un útero que contiene una enfermedad trofoblastica o un feto muerto y corioamnionitis severa. (22)

6. COMPLICACIONES.

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

A. **Complicaciones inmediatas:**

- La principal complicación inmediata fue el choque hipovolémico:

Hay pocos datos que describan de forma prospectiva los sitios más comunes de sangrado intra operatorio en el momento de la histerectomía. La pelvis tiene un rico suministro sanguíneo, derivado principalmente de las arterias ilíacas interna y externa. Otra parte del suministro arterial proviene de la arteria mesentérica inferior y de las arterias ováricas. El drenaje venoso de la pelvis es aún más complejo, con una red de venas colaterales que drenan a través de las venas iliaca externa, iliaca interna, mesentérica inferior y las venas ováricas. Es probable que la mayoría de las hemorragias intra operatorias significativas provengan de lesiones a estas venas pélvicas (23)

- Lesión Genitourinaria: El daño a la vejiga se clasifica a menudo según su ubicación en referencia a la cúpula y al trígono, así como a la profundidad de la lesión, incluyendo si es de espesor total, o aislada de la capa serosa y muscular subyacente. (23)

Las lesiones de la vejiga que se producen durante la histerectomía son generalmente intra peritoneales y usualmente se producen cerca de la cúpula de la vejiga.

Las lesiones que están cerca del trígono pueden requerir una evaluación más amplia para evitar una lesión ureteral concomitante durante la reparación. Las lesiones de la capa serosa o de la muscular de la vejiga se pueden distinguir de las lesiones del espesor total de la mucosa de la vejiga porque no producen fugas de orina sino más bien un adelgazamiento de la pared vesical. Una lesión del espesor total generalmente revela fugas en el sitio de la lesión. Si después de la operación se sospecha de una lesión a la vejiga o al uréter, hay varios síntomas que deberían aumentar la sospecha. (23)

En el examen médico se pueden presentar fiebre postoperatoria, hematuria, dolor abdominal o en el flanco, íleo, signos de ascitis, abdomen agudo, o una combinación de éstos. Dependiendo de la magnitud del daño y del estado del otro riñón, un análisis bioquímico puede revelar un aumento de la creatinina, hiponatremia, y posiblemente hipercalemia. Se puede evaluar la “ascitis” para determinar los niveles de creatinina en comparación con la creatinina sérica. Una fuga de orina hacia la cavidad peritoneal se traducirá en un nivel mucho más alto de creatinina en el líquido peritoneal en comparación con la creatinina sérica. (23)

Las lesiones ureterales se pueden clasificar según el tipo de lesión –transección térmica, obstructiva o mecánica, así como por su ubicación en relación con el borde de la pelvis. (23)

- Lesiones gastrointestinales: Tres tipos principales de lesión intestinal pueden ocurrir durante la histerectomía: lesión térmica, daño mecánico directo y daño indirecto a través de la interrupción del suministro vascular. Los principios quirúrgicos, tales como la manipulación delicada del tejido, el uso de instrumentos quirúrgicos apropiados, y garantizar el suministro adecuado de sangre, pueden ayudar a evitar una lesión intestinal.

  El valor de la succión nasogástrica ha sido objeto de debate y muchos cirujanos ya no la utilizan en el período postoperatorio. Es preferible el reposo intestinal postoperatorio hasta que los ruidos peristálticos hayan regresado. En ese punto, la dieta puede ser a

base de líquidos; y administrar alimento regular una vez que se haya reiniciado la canalización de gases. (23)

- Otras complicaciones inmediatas son falla multiorgánica y asistolia transitoria las cuales se presentan de manera aislada.

- También se puede presentar coagulación intravascular diseminada, síndrome de dificultad respiratoria del adulto y desequilibrio hidroelectrolítico.(23)

B. **Complicaciones mediatas:**

- .Complicaciones infecciosas: Estas complicaciones se basan en varios factores, incluyendo la profilaxis antimicrobiana preoperatoria, status socioeconómico, procedimientos concurrentes, experiencia del cirujano, estado inmune comprometido, obesidad, hospitalización, mayor pérdida de sangre, tiempo operatorio de más de 3 horas, mala alimentación, comorbilidades como diabetes Mellitus y tabaquismo, falta de antibióticos preoperatorios.(23,24)

  Las infecciones más comunes incluyen celulitis del manguito vaginal, hematoma infectado o absceso, infección del tracto urinario, infección respiratoria, morbilidad febril, hematómetra o piometra, hepatitis, pancreatitis, endomiometritis. Sin embargo, la presencia de fiebre por sí misma no es un signo claro de infección porque también puede ser el resultado de etiología no infecciosa, incluyendo atelectasias, hipersensibilidad a antibióticos o a agentes anestésicos, reacción pirógena al trauma tisular, o formación de hematoma. No se puede utilizar el conteo elevado de glóbulos blancos como herramienta confirmatoria, aunque a menudo está presente en la fase de infección, porque éste puede atribuirse a etiologías no infecciosas tales como la temperatura corporal elevada. (23)

7. Alteraciones en la herida quirúrgica:

a) HEMATOMA

Pueden ser superficiales o profundos y la clínica dependerá del grado de extensión y la localización, pudiendo presentarse con anemia, dolor, aumento del perímetro abdominal e inestabilidad hemodinámica.

b) SEROMA

Acúmulo de líquido seroso o serosanguinolento en la zona de la cirugía que drena espontáneamente o a la expresión.

c) DEHISCENCIA:

Separación de cualquiera de los planos superficiales de sutura de la pared

Abdominal; piel, tejido celular subcutáneo y fascia. A veces se presenta como salida de material serohemático por la herida, y muchas pasan desapercibidas.

d) EVISCERACIÓN:

Protrusión del paquete intestinal por dehiscencia de la cicatriz quirúrgica.

Produce dolor y ocasionalmente visualización de paquete intestinal. (23)

- Complicaciones tromboembólicas venosas: Aunque las complicaciones tromboembólicas venosas después de la histerectomía son comunes y pueden ser potencialmente mortales, son eventos prevenibles. No se sabe cuál es la incidencia precisa de la enfermedad tromboembólica venosa (trombosis venosa profunda [TVP] o embolia pulmonar) después de la histerectomía.(23)

- Las variables clínicas que se conoce que influyen en la incidencia de tromboembolia venosa incluyen la edad, los antecedentes de tromboembolia venosa, duración de la anestesia, presencia de edema o venas varicosas en las piernas, historia de terapia de radiación y pacientes no blancas. En otros estudios se han identificado como factores de riesgo la obesidad, el uso de anticonceptivos orales u otras hormonas, el embarazo y las trombofilias. (23)

DISEÑO METODOLÓGICO

- **Tipo de estudio.**

  Estudio descriptivo de corte transversal.

- **Periodo:** Enero 2011 – Octubre 2016.

- **Área de estudio.**

  El Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Arguello está ubicado en el centro de la ciudad de León. El departamento de Gineco- obstetricia está ubicado en el segundo piso costado sur- oeste del HEODRA.

- **Población en estudio.**

  Constituidas por 36 pacientes a quienes se les practicó Histerectomía Obstétrica en el departamento de Ginecoobstetricia del HEODRA.

- **Unidad de análisis.**

  Para cumplir con los objetivos propuestos la unidad de análisis estará constituida por las pacientes que ingresaron al departamento de Ginecoobstetricia del HEODRA y a quienes se les practicó Histerectomía Obstétrica.

- **Criterios de inclusión.**

1. Pacientes atendidas en el periodo de estudio del 1 de enero de 2011 – 31 de Octubre 2016, a quién se les realizó histerectomía obstétrica.
2. Pacientes procedentes de cualquier departamento del país.
3. Datos completos en expediente clínico.
4. Pacientes cuyo manejo en su totalidad haya sido en esta unidad hospitalaria.

- **Criterios de exclusión.**

1. Pacientes con datos clínicos incompletos en el expediente.
2. Pacientes que ingresaron fuera del periodo de estudio.
3. Pacientes con diagnóstico de egreso de histerectomía obstétrica, cuyo procedimiento quirúrgico se realizó fuera del HEODRA

- **Fuente de recolección de la información.**

Fuente secundaria: Búsqueda y revisión de expedientes clínicos de pacientes a quienes se les realizó Histerectomía Obstétrica.

- **Instrumento**

Se elaboró un formulario estandarizado conteniendo preguntas abiertas y cerradas el cual incluirá una parte de identificación de la paciente y de la historia clínica perinatal, contiene tipo de parto, diagnósticos pre operatorio hallazgos trans quirúrgicos, registro de complicaciones.(Ver anexo)

- **Plan de análisis.**

La información recolectada se procesó atreves del paquete del sistema estadístico SPSS para el análisis de los datos se utilizara medidas de frecuencia en porcentaje, los resultados serán presentados en gráficos y tablas según los objetivos propuesto en el estudio, se realizará cruce de variables y se presentarán tablas de contingencia.

Se calculará la incidencia según la siguiente formula:

Incidencia = Número de casos nuevos a lo largo de un período X 1000

(Número de histerectomías obstétricas)

Población en riesgo en el mismo período
(Número de partos)

- **Aspectos éticos.**

Solicitar autorización para dicha investigación al director de la unidad previa información de los objetivos del estudio

❖ OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable	Definición	Escala	Valor
Edad	Tiempo qué ha vivido en años que tiene la paciente hasta el momento de estudio.	a) ≤ 20 años b) 21-30 años c) 31-40 años d) >40 años	a) 1 b) 2 c) 3 d) 4
Procedencia	Lugar donde reside la paciente	a) Urbano b) Rural	a) 1 b) 2
Ocupación	Actividad a la que se dedica la paciente	a) Ama de casa b) Estudiante c) Profesional d) Otros	a) 1 b) 2 c) 3 d) 4
Estado civil	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja	a) Casada b) Unión estable c) Soltera d) otro	a) 1 b) 2 c) 3 d) 4
Antecedentes obstétricos	Gestas: Número de embarazos previos. Partos: Expulsión del feto vía vaginal Cesáreas: Extracción fetal vía abdominal. Aborto: Interrupción de la gestación antes de las 22 SG o peso fetal menor de 500 gr.	a) Primigesta b) Bigesta c) Trigesta d) Multigesta	a) 1 b) 2 c) 3 d) 4
Cesáreas previas	Incisión quirúrgica en el abdomen y útero para el nacimiento fetal en gestaciones anteriores.	a) Si b) No	a) 1 b) 2
Vía de finalización del embarazo	Vía utilizada para el nacimiento o interrupción de la gestación	a) Vaginal b) Cesárea c) Aborto	a) 1 b) 2 c) 3

Indicaciones de histerectomía obstétrica	Diagnósticos qué justifican la extracción total o parcial del útero en una mujer gestante o puérpera.	a) Inercia uterina b)Acretísmo placentario c) Ruptura uterina d) Otros:	a) 1 b) 2 c) 3 d)4
Clasificación de histerectomía	Clasificación según el momento en que se realiza el procedimiento quirúrgico	a) Cesárea-histerectomía b) Histerectomía post cesárea c) Histerectomía post aborto d) Histerectomía post parto	a) 1 b) 2 c) 3 d) 4
Tipo de intervención	Técnica quirúrgica para Exceresis uterina	a) Total b) Subtotal	a) 1 b) 2
Tiempo operatorio	Cronología desde el inicio de la cirugía hasta el término de la misma	a) 1- 2 hora b) Mayor de 2 hora	a) 1 b) 2
Perdida hemática	Cantidad de sangre perdida durante el procedimiento quirúrgico estimada por el equipo quirúrgico.	a) Menos de 500 ml b) 500ml-1000ml c) 1000 ml – 1500 ml d) 1500 ml- 2000 ml e)Mayor de 2000 ml	a) 1 b) 2 c) 3 d) 4 e) 5
Complicación	Condición clínica derivada del procedimiento quirúrgico histerectomía obstétrica.	a)shock hipovolémico b) Lesión de órganos pélvicos. c)Complicaciones infecciosa d)otras	a) 1 b) 2 c) 3 d) 4
Muerte	Ausencia de signos vitales posterior a la histerectomía	a) Si -causa :------ No	

RESULTADOS

El presente estudio fué realizado en el periodo comprendido Enero 2011 a Octubre 2016 en el "Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Arguello durante este periodo se atendieron 32,189 partos con un total de 36 Histerectomías Obstétricas, para una incidencia de 1.1 por cada 1000 nacidos vivos.

En cuanto a las características sociodemográficos de las pacientes en estudio, se observa que la mayoría 52.8% de las participantes oscilan en las edades de 31 a 40 años, el 61.1% de ellas provienen del área urbana, el 61.1% se desempeña como ama de casa y el 52.8 % de estas se encuentran en unión estable. (Ver tabla 1)

Tabla 1. Distribución porcentual de las características sociodemográficos de las pacientes con histerectomía obstétrica. HEODRA. 2011 – 2016. (n = 36)

Variables	Valores	Frecuencia	%
Edad	≤ 20 años	1	2.8
	21-30 años	12	33.3
	31-40 años	19	52.8
	>40 años	4	11.1
Procedencia	Urbano	22	61.1
	Rural	14	38.9
ocupación	Ama de casa	22	61.1
	Estudiantes	4	11.1
	Profesional	6	16.7
	Otros	4	11.1
Estado Civil	Soltera	5	13.9
	Unión estable	19	52.8
	Casada	12	33.8

Fuente: Expedientes clínicos.

En los antecedentes gineco-obstétricos, observamos qué el 44.4 % de las pacientes son multigesta y la vía del parto qué más se utilizó fue cesárea con el 52.8%, sin tener antecedente de cesáreas previas en el 58%. (VER TABLA 2)

Tabla 2. Distribución porcentual de los datos gineco-osbtétricos de las pacientes con histerectomía obstétrica HEODRA. Enero 2011 a Octubre 2016. (n = 36)

Variables	Escala	Número	%
Paridad	Primigesta	4	11.1
	Bigesta	12	33.3
	Trigesta	4	11.1
	Multigesta	16	44.4
Antecedente de cesáreas	Ninguna	21	58.3
	Una	12	33.3
	Dos	3	8.3
Vía de finalización del embarazo actual	Vaginal	15	41.7
	Cesárea	19	52.8
	❖ Aborto	2	5.5

Fuente: expedientes clínicos

❖ *Aborto provocado complicado*

Las principales indicaciones clínicas de histerectomías obstétricas, en el 47% de los casos se debieron a inercia uterina seguida de acretísmo placentario con 25%. (VER TABLA 3)

Tabla 3. Distribución porcentual de las indicaciones clínicas en pacientes que se realizó histerectomía obstétrica Enero 2011 a Octubre 2016. (N: 36)

Variables	Número	%
Inercia uterina	17	47.2
Acretísmo placentario	9	25
Ruptura uterina	2	5.6
Otros	8	22.2
Miomatosis uterina	3	8.3
DPPNI	1	2.8
Inversión uterina	1	2.8
Placenta Previa	1	2.8
Perforación uterina	1	2.8
Aborto séptico	1	2.8

Fuente. Expediente clínico

El tener un parto vaginal en un 35.3% de los casos se relaciona con atonía uterina, la indicación más común de histerectomías obstétricas así también observamos qué 23.5% de los casos reportados de acretísmo está asociado al antecedente de tener cesárea previa. (VER TABLA 4- 5)

Tabla 4. Vía del parto * / Inercia Uterina (N: 34)

			Inercia Uterina		
			Si	No	Total
Vía del parto	**Vaginal**	frecuencia	12	3	15
		% del total	35.3%	8.8%	44.1%
	Cesárea	frecuencia	7	12	19
		% del total	20.6%	35.3%	55.9%
Total		frecuencia	19	15	34
		% del total	55.9%	44.1%	100.0%

Tabla 5. Antecedentes de cesáreas / Acretísmo Placentario (N:36)

			acretísmo Placentario		
			Si	No	Total
Antecedentes De cesáreas previas	**Ninguno**	frecuencia	1	20	21
		% del total	2.7 %	55.5 %	58.3 %
	Cesáreas previas	frecuencia	8	7	15
		% del total	22.2 %	19.4 %	41.6 %
Total		frecuencia	9	27	36
		% del total	25 %	75 %	100.0%

*** Dos pacientes del estudio presentaron aborto.**

Fuente: Expedientes clínicos.

En el manejo quirúrgico, cesárea – histerectomía representó la mayoría con 50 % de los casos, la técnica quirúrgica más utilizada fue la histerectomía obstétrica total con 52.8 %, en el 94 % de las intervenciones quirúrgicas el tiempo quirúrgico fue mayor de 2 horas y en cuanto a la pérdida hemática del transoperatorio el 58.3 % perdió entre 1500- 2000 ml.

Tabla 5.Distribución porcentual del manejo quirúrgico de histerectomía obstétricas. HEODRA Enero 2011 a Octubre 2016. (N: 36)

Variables	Valores	Número	%
Tipo de histerectomía	Total	19	52.8
	Subtotal	17	47.2
Clasificación de histerectomía	Cesárea-histerectomía	18	50
	Histerectomía post cesárea	1	2.7
	Histerectomía post aborto	2	5.5
	Histerectomía post parto	15	41.6
	Histerectomía en bloque	0	0
Tiempo operatorio	1 - 2 hora	1	2.7
	Mayor de 2 hora	35	97.2
Pérdida hemática del transoperatorio	Menor de 500 ml	1	2.8
	500 ml – 1000 ml	1	2.8
	1000 ml – 1500 ml	5	13.9
	1500 ml -2000 ml	21	58.3
	Mayor de 2000 ml	8	22.2

Fuente: expedientes clínicos

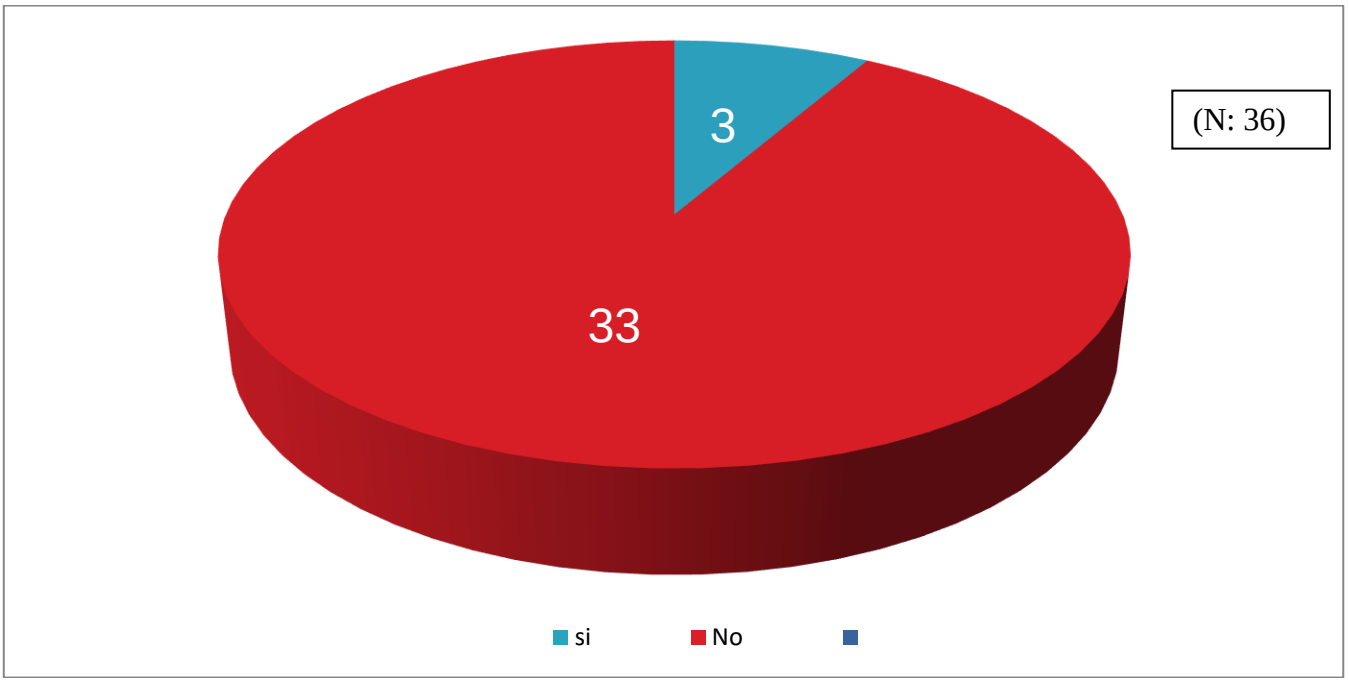
La principal complicación encontrada tanto en el trans operatorio como en el postquirúrgico fue el shock hipovolémico con 91.7%, con una mortalidad del 8.3% sobre el total de las pacientes a quién se realizó dicho procedimiento

Tabla. 6 Distribución porcentual de las complicaciones en el transoperatorio y postoperatorios de histerectomía obstétricas. HEODRA Enero 2011 a Octubre 2016. (N: 36)

Variables	-	Frecuencia	%
Shock hipovolémico		33	91.7
Lesión de órganos pélvicos		1	2.8
Complicaciones infecciosas		3	8.3
❖ **Otras complicaciones**			
Anemia severa		31	
Insuf. renal Aguda		14	
CID y falla multiorgánica		3	
Hematoma de pared		2	

❖ **Algunas pacientes presentaron más de una complicación.**
Fuente: Expediente clínico.

Gráfica: 7 La mortalidad encontrada asociada al procedimiento quirúrgico en nuestro estudio fue de 8.3%, en su totalidad derivada de coagulación intravascular diseminada con falla multiorgánica.



Fuente: Expedientes clínicos.

DISCUCIÓN Y ANALISIS DE RESULTADOS

En nuestro estudio la incidencia de histerectomía obstétrica fue de 1.1 Por 1000 nacidos vivos, la incidencia encontrada en México (INper) como país subdesarrollado fue de 1.72% similar a la incidencia encontrada en nuestro estudio, al momento de comparar nuestro resultado con países desarrollados como EEUU qué tiene una incidencia de 0.13- 0.15% se hace evidente que en países desarrollados hay mayor capacidad resolutiva en cuanto al manejo de la hemorragia se refiere.

En cuanto al grupo etario de las pacientes en estudio, la mayoría 52.8% de las participantes oscilan en las edades de 31 a 40 años, sin embargo nuestro resultado no coincide con el estudio realizado por Gutiérrez Francisco en 2015 en Hospital Escuela Bertha Calderón Roque encontrando afectado un grupo etario más joven principalmente de 20 a 34 años, razón por la cual podemos concluir que quizás las estrategias y campañas de planificación sexual y reproductivas no están teniendo impacto en la población mayor lo cual aumenta las complicaciones durante el embarazo.

El 61.1% de la pacientes provienen del área urbana, este resultado no coincide con el estudio realizado por Casas Peña en Colombia 2013 quién encontró que el 73% de los casos fue de origen rural, la población en edad reproductiva no hace adecuado uso de los servicios de salud a pesar del mayor acceso que tienen a estos, el 61.1% se desempeña como ama de casa lo cual Puede sugerir que al no devengar un salario hay limitaciones en cuanto a inversión individual en salud se refiere.

El hallazgo de cesárea previa representó el 41.6% de los casos similar a estudios nacionales en Hospital Escuela Bertha Calderón Roque donde el 50% de la pacientes antecedente de cirugia uterina previa, Ramos *et al.* En el Instituto Materno Infantil de México 2007 al 2008 encontró el antecedente de cesárea en el 82,9% de los casos, esto indica que el creciente número de cesáreas sin verdaderas indicaciones acrecienta la morbimortalidad en futuros embarazos, así también observamos qué 22

% de los casos reportados como acretísmo placentario está asociado al antecedente de cesárea anterior.

La vía más frecuente de finalización del embarazo previa a la histerectomía obstétrica fue la cesárea de urgencia con un 52.8% esto coincide con el estudio realizado por Salgado Monge (2012) en Hospital Escuela Bertha Calderón Roque donde le principal evento obstétrico fue la cesárea de urgencia en el 54%, esto muestra que muchas de las pacientes que terminaron en histerectomía obstétrica ya tenían al momento de ingresar a la unidad una complicación obstétrica previa una indicación obstétrica para En este estudio se observa relación en que el 35% de las pacientes con parto vaginal presentaron atonía uterina.

La literatura internacional basada en diferentes estudios describe la atonía uterina y el acretísmo placentario como las principales indicaciones de histerectomías obstétricas de emergencia, en el presente estudio encontramos que el 52.8% de los casos se realizó por atonía uterina seguido por acretísmo placentario con 25% de los casos, similares fueron los resultados presentados por Ramos García en el Hospital de Ginecología y Obstetricia del Instituto Materno Infantil del Estado de México del 2007 al 2008 encontraron qué los diagnósticos pre quirúrgicos más frecuentes fueron atonía uterina 33.3% y acretísmo placentario 28.6%

.

La técnica de histerectomía obstétrica total para la extracción del útero representó el 52.8% y 47.2 % subtotal no encontramos una diferencia significativa, difiere de lo publicado por Robert Jorge cols. En clínica Los Condes Chile 2000- 2010 donde la histerectomía obstétrica Total 85,3% Subtotal 14,7% esto muestra que la decisión quirúrgica entre una y otra técnica está dada por la condición hemodinámica de la paciente así como por el campo operatorio y no tanto por la habilidad del cirujano.

En el 100% de las histerectomías el tiempo quirúrgico fue mayor de una hora, similar a en 2015 en Hospital Escuela Bertha Calderón Roque donde el 58% de los casos la cirugía se prolongó por más de 120 minutos, esto demuestra ser un procedimiento

quirúrgico mayor con un sin número de complicaciones que incrementa la morbimortalidad materna.

Las complicaciones postoperatorias están asociadas a las perdidas hemáticas del transquirurgico el 77.8% de las pacientes presentaron perdidas hemáticas entre 1500-2000 ml, causante de la mayor complicación el shock hipovolémico con un 91.7 % de las pacientes, derivadas de esto se encuentra la coagulación intravascular diseminada representando un porcentaje del 9%, difiere un poco del estudio realizado por Gutiérrez Francisco en 2015 en Hospital Escuela Bertha Calderón Roque donde el 33% de la población no presentaron ninguna complicación solo el 26% presentaron shock hipovolémico, seguido de lesiones vesicales 21%,, similar fue nuestro resultado con el estudio de Casas Peña en Colombia 2013 donde el 76.3% de las pacientes presentaron anemia asociadas a shock hipovolémico sin mortalidad materna asociada.

La mortalidad encontrada en las pacientes con histerectomía obstétrica fue de 8.3%, en su totalidad derivada de coagulación intravascular diseminada, similar fue el hallazgo de Castro Cirilo (2009) en el Hospital Central Universitario Dr. Antonio María Pineda de Barquisimeto- Venezuela en donde la mortalidad asociada a histerectomía fue del 10%.

CONCLUSIONES

- La incidencia de histerectomía obstétrica es de 1.1 por 1000 nacidos vivos.
  El grupo etario más frecuente fue 31 – 40 años, en su mayoría las pacientes eran de área urbana y de estado civil acompañada dedicándose a ser amas de casas.En los antecedentes obstétricos la mayoría de las pacientes eran multíparas el 50% de Ellas no tenían antecedentes de Cesárea, siendo la vía de finalización del parto la Cesárea urgente.

- Las indicaciones de histerectomía obstétrica fueron la atonía uterina y el acretísmo placentario, notándose la relación del parto vaginal con la presencia de inercia uterina, así como también el antecedente de cesárea previa con el acretísmo placentario.

- El tipo de histerectomía más realizada fue la histerectomía total con el tiempo operatorio calculado mayor de 2 horas la complicación más frecuente fue el shock hipovolémico presentándose 3 muertes maternas, por coagulación intravascular diseminada.

RECOMENDACIONES

- A las autoridades del sistema de salud se debe organizar educación sobre planificación familiar a la mujer en edad reproductiva, para enseñar las ventajas de limitar el número de embarazos, especialmente con el antecedente de cesárea previa.

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

- Las autoridades docentes del Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales 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

1. Organización Mundial de la Salud. Mortalidad materna en 2005. Estimaciones elaboradas por la OMS, Unicef, Unfpa y el Banco Mundial; 2008.

2. Ahued AJR. Ginecología y Obstetricia aplicadas. 2 Ed. México: El Manual Moderno; 2003. 637-640.

3. Orestes Vanegas R. Histerectomía obstétrica de Urgencias. Revista Cubana de Obstetricia y ginecología. 2009; 35 (3).

4. Clarke-Pearson y Geller Complicaciones de la histerectomía. The American College of Obstetricians and Gynecologists (Obstet Gynecol 2013; 121:654–73.

5. Roopnarinesingh R, Fay L, McKenna P. A 27-year review of obstetric hysterectomy. J Obstet Gynaecol. 2003;23(3):252-4.

6. Uribe R. La Histerectomía obstétrica como recurso en la obstétrica actual. Ginec Obst Mex. 2004; 64:23.

7. Faneite P, Rivera C, Faneite J. Histerectomía obstétrica (2000-2007). Revista Obstet Ginecol Venezuela. 2008:68:92-7..

8. Pérez J, Iniesta A, Vázquez A. Histerectomía obstétrica en el Hospital Regional "General Ignacio Zaragoza" y en el Hospital Ángeles México. Análisis comparativo. (México) 2008; 53:10-14.

9. Navia F, Mitelman G, Ramiro G, Martínez F, Bahamonde A. Histerectomía obstétrica. Revista Chilena Obstet Ginecol 2000; 65: 385-8.

10. Peralta Alarcón Yader comportamiento de Histerectomia obstétrica en el "Hospital Escuela Bertha Calderón Roque" Enero 1996 al diciembre 2000.

11. Arianna Valdez y cols. Revista Cubana Obstetricia y Ginecología 2005. 31(3). Revisado 20 de Octubre 2008.

12. Caro J, Bustos L, Ríos A, Bernales J, Neumann Pape C. Histerectomía obstétrica en el Hospital de Puerto Montt, 2000-2005. Revista Chilena Obstet Ginecol. 2006; 71:313-9.

13. Ramos GR, Ramírez LG, Hurtado EG. Indicaciones de histerectomía obstétrica en el Hospital de Ginecología y Obstetricia del Instituto Materno Infantil del Estado de México del 2007 al 2008. Archivos de Investigación Materno Infantil. 2010; 2:11-4.

14. Castro Cirilo (2009) Hospital Central Universitario Dr. Antonio María Pineda de Barquisimeto- Venezuela, Factores de riesgo y complicaciones de histerectomías obstétrica. Tesis para optar al grado de especialista en Obstetricia y Ginecología.

15. Gutiérrez Francisco (2015) Hospital Escuela Bertha Calderón Roque. Comportamiento de histerectomías obstétricas. Tesis para optar al grado de especialistas en obstetricia ginecología.

16. Placenta percreta, rotura uterina e histerectomía obstétrica Clínica e Investigación en Ginecología y Obstetricia, Volume 31, Issue 7, Pages 266-268.

17. E. Martínez, M. Romeu, S. Mateos, P. Lobo, M.del Valle, A. Pascual, A. Bolos, G. González

18. Briceño-Pérez C, Briceño-Sanabria L, García S, Jaimes T, Briceño Sanagria JC, Briceño-Sanabria C. Histerectomía obstétrica: análisis de 15 años. Revista Obstet Ginecol Venezuela. 2009; 69:89-96.

19. Tisné L, Aguilera B, Sepúlveda K, Lattus J, Pantoja V, Moscoso F, et al. Histerectomía obstétrica de emergencia. Experiencia en el Hospital Santiago Oriente. Revista Chilena Obstet Ginecol. 2006; 1:39-44.

20. Nava FJ, Páez AJ, Veloz MG, Sánchez VV, Hernández VM. Indicaciones y factores de riesgo para histerectomía obstétrica de urgencia. Ginecol Obstet Mex 2002; 70:289-94

21. Arrieta O. Notas para la historia de la Medicina del Zulia. Maracaibo: Talleres Ars. Gráfica S.A; 1988:92-93

22. Reveles J, Villegas G, Hernández S, Grover F, Hernández C, Patiño A. Histerectomía obstétrica: incidencia, indicaciones y complicaciones. Ginecol Obstet Mex. 2008; 76:156-60.

23. Casas Peña R, Pérez Varela I, Chicangana Figueroa G. Frecuencias, indicaciones y complicaciones de la histerectomía obstétrica. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. Vol. 64 Núm. 2. Abril- Junio 2013 (121-125).

ANEXOS

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA, UNAN - LEÓN
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
DEPARTAMENTO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

Formulario de recolección de la información

Indicaciones y complicaciones de la histerectomías obstétrica en el departamento de obstetricia y ginecología del Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Arguello en el periodo Enero 2011- Octubre 2016.

I. Datos generales de las pacientes

1. Edad _____

2. Procedencia : Urbana _____ Rural _____

3. Ocupación:

a) Ama de casa _____
b) Estudiante _____
c) Profesional _____
d) Técnicas _____
e) Obreras _____
f) Otros

4. Estado civil

a) Soltera _____
b) Unión estable _____
c) Divorciada _____
d) Casada _____

II. CARACTERISTICAS OBSTÉTRICAS

5. Antecedentes obstétricos:

a) Gestas:
b) Partos:
c) Cesáreas:
d) Aborto:

6. Paridad al momento de ingreso:

a) Primigesta
b) Bigesta
c) Trigesta
d) Multigesta

7. Antecedentes de cesáreas previas:
    a) Si
    b) No
    c) Cuantas:----------

8. Vía finalización del embarazo:

a) Vaginal:
b) Cesárea:

III. INDICACIONES CLÍNICAS

9. Diagnósticos preoperatorios:

a) Inercia uterina.
b) Acretísmo placentario.
c) Ruptura uterina.
d) Otros:_____

IV. Manejo quirúrgico y complicaciones

10) Clasificación de histerectomía:
    a) Cesárea – Histerectomía:
    b) Histerectomía post aborto
    c) Histerectomía post parto
    d) Histerectomía en bloque

11) Tipo de Histerectomía:

a) Total: _____ b) Sub- total _____

12) Tiempo operatorio:

a) Hasta 1 hora _____ b) Más de 1 hora _____

13). Pérdida hemática estimada:
    a) Menos de 500 ml_____
    b) 500ml-1000ml _____
    c) 1000 ml – 1500 ml _____
    d) 1500 ml- 2000 ml _____
    e) Mayor de 2000 ml_____

14). Diagnósticos post- operatorio:

a) _____
b) _____
c) _____

d) _____
e) _____

15) .Complicaciones trans o post quirúrgicas:

a) shock hipovolémico
Si------- No----------

b) Lesión de órganos pélvicos.
Si ------ No----------

Complicaciones infecciosas
Si ------ No----------

c) Otras: ----------

13).defunción materna:

a) Si ____ b). No____

En caso de fallecimiento, causa:

Fecha: ----------

CRONOGRAMA

ACTIVIDADES	**FECHA**	**LUGAR**	**RESPONSABLE**
Elaboración del protocolo	Septiembre-Diciembre 2013	Biblioteca HEODRA	Dra. Sindy Aguilar
Validación y revisión del instrumento por el tutor	Diciembre2013	HEODRA	Dra. Lidia Ortiz Dr. Gregorio Matus
Presentación del protocolo a las Autoridades de Docencia de la UNAN	Enero 2014	Oficina de Responsable de Docencia UNAN – León HEODRA	Dr. Jorge Alemán
Inicio de recolección de datos	Febrero 2014	Pacientes ingresadas en el departamento de Ginecoobstetricia	Dra. Sindy Aguilar
Presentación de avances y registro de los datos al tutor y/o asesor	Cada 6 meses desde el inicio de recolección de la información	HEODRA Casa del tutor/asesor	Dra. Lidia Ortiz Dr. Gregorio Matus Dra. Sindy Aguilar
Análisis preliminar	Octubre 2016	HEODRA	Dra. Sindy Aguilar Dra. Lidia Ortiz Dr. Gregorio Matus
Análisis de Resultados y elaboración de Informe	Noviembre-Diciembre 2016	HEODRA Casa de Dra. Sindy Aguilar	Dra. Sindy Aguilar
Entrega de Informe Final	Febrero 2017	Local de UNAN – LEÓN	Dra. Sindy Aguilar Jurado