

UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
LICENCIATURA EN MEDICINA

Indicaciones y complicaciones de Histerectomía Obstétrica en el Hospital de Cobán. (Estudio retrospectivo del 1 de Enero del 2010 al 31 de Diciembre del 2014)

TESIS DE GRADO

VILMA ESPERANZA ESCOT CHOCOYO

CARNET 23497-09

SAN JUAN CHAMELCO, ALTA VERAPAZ, ENERO DE 2016
CAMPUS "SAN PEDRO CLAVER, S . J." DE LA VERAPAZ

UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
LICENCIATURA EN MEDICINA

Indicaciones y complicaciones de Histerectomía Obstétrica en el Hospital de Cobán. (Estudio retrospectivo del 1 de Enero del 2010 al 31 de Diciembre del 2014)

TESIS DE GRADO

TRABAJO PRESENTADO AL CONSEJO DE LA FACULTAD DE
CIENCIAS DE LA SALUD

POR

VILMA ESPERANZA ESCOT CHOCOYO

PREVIO A CONFERÍRSELE

EL TÍTULO DE MÉDICA Y CIRUJANA EN EL GRADO ACADÉMICO DE LICENCIADA

SAN JUAN CHAMELCO, ALTA VERAPAZ, ENERO DE 2016
CAMPUS "SAN PEDRO CLAVER, S . J." DE LA VERAPAZ

AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR

RECTOR: P. EDUARDO VALDES BARRIA, S. J.
VICERRECTORA ACADÉMICA: DRA. MARTA LUCRECIA MÉNDEZ GONZÁLEZ DE PENEDO
VICERRECTOR DE INVESTIGACIÓN Y PROYECCIÓN: ING. JOSÉ JUVENTINO GÁLVEZ RUANO
VICERRECTOR DE INTEGRACIÓN UNIVERSITARIA: P. JULIO ENRIQUE MOREIRA CHAVARRÍA, S. J.
VICERRECTOR ADMINISTRATIVO: LIC. ARIEL RIVERA IRÍAS
SECRETARIA GENERAL: LIC. FABIOLA DE LA LUZ PADILLA BELTRANENA DE LORENZANA

AUTORIDADES DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

DECANO: MGTR. GUSTAVO ADOLFO ESTRADA GALINDO (a.i.)
SECRETARIA: LIC. JENIFFER ANNETTE LUTHER DE LEÓN

NOMBRE DEL ASESOR DE TRABAJO DE GRADUACIÓN

LIC. LIRIA CONSUELO HERRERA PÉREZ

TERNA QUE PRACTICÓ LA EVALUACIÓN

MGTR. LEOBEL LUIS MIGUEZ GARCIA

LIC. HILDA PAOLA RIVAS COTTO

LIC. JOSE AROLDI ALVARADO



Universidad
Rafael Landívar
Tradición Jesuita en Guatemala

Facultad de Ciencias de la Salud
Departamento de Medicina

VISTO BUENO INFORME FINAL DE TESIS
ASESOR DE INVESTIGACION

Cobán Alta Verapaz, 4 de Junio de 2015

Comité de Tesis
Departamento de Medicina
Facultad de Ciencias de la Salud
Universidad Rafael Landívar

Estimados miembros del Comité:

Deseándoles éxitos en sus actividades académicas regulares, me place informales que he revisado el informe final de tesis de graduación titulado: ***Indicaciones y Complicaciones De Histerectomía Obstétrica En El Hospital Regional De Cobán (Estudio Retrospectivo Del 1 De Enero De 2010 Al 31 De Diciembre De 2014)*** de la estudiante ***Vilma Esperanza Escot Chocoyo*** con ***carne N° 2349709***, el cual he acompañado desde la fase de protocolo y, hasta el momento, ha cumplido con las exigencias y procedimientos establecidos en la Guía de Elaboración de Tesis de la Licenciatura en Medicina de esa universidad.

Por lo anterior, doy mi anuencia para que dicho informe pase a consideración del Comité de Tesis para su aprobación, no teniendo de mi parte ningún inconveniente para que dicho alumno pueda continuar con el proceso establecido por la Facultad de Ciencias de la Salud, para solicitar la *defensa de tesis* del trabajo en mención.

Sin otro particular, atentamente


Doctora Liria Herrera
Asesora de Investigación

Dr. Liria C. Herrera
Ginecóloga y Obstetra
Colegiado No. 11.607



Universidad
Rafael Landívar
Tradición Jesuita en Guatemala

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
No. 09465-2016

Orden de Impresión

De acuerdo a la aprobación de la Evaluación del Trabajo de Graduación en la variante Tesis de Grado de la estudiante VILMA ESPERANZA ESCOT CHOCOYO, Carnet 23497-09 en la carrera LICENCIATURA EN MEDICINA, del Campus de La Verapaz, que consta en el Acta No. 099-2016 de fecha 7 de enero de 2016, se autoriza la impresión digital del trabajo titulado:

Indicaciones y complicaciones de Histerectomía Obstétrica en el Hospital de Cobán. (Estudio retrospectivo del 1 de Enero del 2010 al 31 de Diciembre del 2014)

Previo a conferírsele el título de MÉDICA Y CIRUJANA en el grado académico de LICENCIADA.

Dado en la ciudad de Guatemala de la Asunción, a los 27 días del mes de enero del año 2016.



LIC. JENIFFER ANNETTE LUTHER DE LEÓN, SECRETARIA
CIENCIAS DE LA SALUD
Universidad Rafael Landívar

AGRADECIMIENTOS

- A DIOS: Por darme la vida, la oportunidad de iniciar y finalizar una hermosa aventura que me permitió conocer nuevos lugares y personas maravillosas que recordaré siempre.
- A MIS PADRES: Por hacer todos los sacrificios para poder enfrentar todos los gastos familiares y brindarme su apoyo incondicional, su amor, su cariño y enseñarme el valor de la vida.
- A MIS HERMANOS Por el apoyo moral y económico que me brindaron cuando más lo necesité, por el cariño que me han mostrado siempre.
- A KFW Y PROYECTO IJATZ Que fueron las instituciones que financiaron toda mi carrera y que sin ellos no hubiera podido estudiar esta carrera tan humanitaria
- AMIGOS Y AMIGAS: Por brindarme su apoyo, por sus palabras de aliento en los momentos difíciles, por las alegrías compartidas y todas las experiencias vividas.
- A MIS CATEDRÁTICOS Gracias por haber contribuido en mi preparación académica y moral, a quienes guardo mucho respeto y admiración.
- EN GENERAL: A todas esas personas que me han brindado su apoyo, en todos esos lugares de aprendizaje que contribuyeron con mi crecimiento personal y que me han animado a seguir adelante siempre.

RESUMEN

Antecedentes: La histerectomía obstétrica es una intervención de urgencia, indicada cuando las medidas conservadoras fallan o no son aplicables. 19

Objetivo: Caracterizar a las pacientes con histerectomía obstétrica, determinar la incidencia e identificar indicaciones y complicaciones de dicho procedimiento. 19

Diseño: Estudio descriptivo y retrospectivo, realizado del 1 de enero de 2010 al 31 de diciembre de 2014 en Hospital de Cobán, Alta Verapaz, Guatemala. 25

Materiales y Métodos: Se tomó el universo de pacientes sometidas a histerectomía obstétrica, se revisaron expedientes y se creó una base de datos en Excel y los resultados fueron presentados en tablas de frecuencia y porcentajes, para el posterior análisis. 39

Resultados: La incidencia de histerectomía obstétrica fue de 4.46 casos por cada 1000 partos (1 caso por cada 224 partos). La edad promedio fue de 30 años. La vía de finalización de la gestación fue el 81% abdominal y el 19% vaginal. La principal indicación fue el 41% por atonía uterina, seguido del 33% por ruptura uterina y el 18% por acretismo placentario. Las complicaciones fueron: Anemia en el 100% de pacientes, choque hipovolémico 14%, lesión vesical 8% y el 6% falleció. 81

Conclusiones: La principal indicación de la histerectomía obstétrica fue la atonía uterina, aunque la anemia se presentó en todas las pacientes, se salvó la vida al 94%. La histerectomía obstétrica es una intervención de urgencia asociada a complicaciones serias, pero que al mismo tiempo puede salvar la vida. 48

Palabras clave: *Histerectomía obstétrica, atonía uterina, incidencia, indicaciones complicaciones.* 9

ÍNDICE

INTRODUCCION.....	1
MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL	2
ANTECEDENTES	2
1. ASPECTOS HISTORICOS.....	4
2. DEFINICION	5
3. INCIDENCIA	5
4. FACTORES DE RIESGO	6
5. CLASIFICACION.....	6
5.1 Según el momento de realización	6
5.2 De acuerdo a su extensión:.....	7
6. INDICACIONES	7
6.1 HEMORRAGIA OBSTÉTRICA	7
6.1.1 RUPTURA UTERINA.....	8
6.1.3 ALTERACIONES EN LA INCERSION PLACENTARIA	9
6.2 HEMORRAGIA OBSTÉTRICA POSPARTO	11
6.2.1 ATONIA UTERINA	11
6.2.2 INFECCION.....	12
6.2.2.1 INFECCIÓN UTERINA PUERPERAL	12
6.2.2.2 CORIOAMNIONITIS	13
6.2.2.3 ABSCESOS MIOMETRIALES	14
7. MEDIDAS DE RESCATE EN ATONÍA UTERINA	14
Manejo farmacológico:.....	14
Tratamiento quirúrgico:.....	15
8. TECNICA QUIRÚRGICA DE LA HISTERECTOMÍA.....	16
7.1 Técnica de histerectomía peripato	16
7.2 Histerectomía total.....	17
7.3 Histerectomía subtotal	19
8. COMPLICACIONES	19
9. EFECTOS DE UNA HISTERECTOMÍA EN LA PACIENTE.....	23
9.1 Psicosocial	23

9.2 Fisiológicos	23
9.3 Físicos	24
9.4 Sexuales.....	24
OBJETIVOS	25
OBJETIVO GENERAL.....	25
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	25
MATERIALES Y MÉTODOS	25
TIPO DE ESTUDIO	25
UNIDAD DE ANÁLISIS.....	25
POBLACION	26
MUESTRA	26
CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSION.....	26
DEFINICION Y OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES.....	27
INSTRUMENTO	34
PLAN DE ANALISIS.....	34
RESULTADOS.....	35
ANALISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	47
CONCLUSIONES.....	52
RECOMENDACIONES.....	53
BIBLIOGRAFÍA.....	54

INTRODUCCION

La histerectomía obstétrica es un procedimiento quirúrgico que consiste en extraer el útero, durante el embarazo, parto o puerperio, debido a una complicación que atente con la vida de la paciente, decisión que deberá ser tomada inmediatamente. (1)

Los factores de riesgo para la realización de este procedimiento son cesárea previa, edad mayor de 35 años, multiparidad, instrumentación uterina previa y antecedentes de hemorragia en el parto anterior. (2)

Se realizó una revisión de casos en el período de cinco años desde el 1 de enero de 2010 al 31 de diciembre de 2014 de manera retrospectiva, con el fin de determinar las características epidemiológicas, indicaciones y complicaciones de las pacientes que se les realizó histerectomía obstétrica en el Hospital de Cobán, Alta Verapaz durante dicho tiempo.

Este procedimiento quirúrgico es laborioso, requiere de mucha experiencia y un buen manejo, las complicaciones pueden ser transoperatorias y postoperatorias, siendo éstas la lesión vesical, lesión ureteral, fistula vesicovaginal o rectovaginal, coagulación intravascular diseminada, anemia, infección de la herida quirúrgica y muerte. (3)

A pesar de estar asociada a complicaciones serias la histerectomía debe realizarse sin demora, con el fin de salvar la vida de la paciente.

MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

ANTECEDENTES

Las complicaciones relacionadas con la cesárea y la atonía uterina han constituido las causas fundamentales de indicación de la histerectomía obstétrica. Tal como reportan varios estudios los trastornos hemorrágicos son la primera causa de histerectomías obstétricas en la mayoría de los centros ginecoobstetricos del mundo. (4)

Awan (2011) reportó una incidencia de 0.85 por 1000 nacidos y las indicaciones principales que halló fue la alteración en la adherencia de la placenta, placenta previa, atonía uterina y ruptura uterina. Encontró una fuerte asociación entre la cesárea anterior y placentación anormal, especialmente para anomalía en la adherencia de la placenta. La coagulación intravascular diseminada y lesión del tracto urinario, fueron las complicaciones más frecuentes de este procedimiento, así como la necesidad de transfusiones de sangre y de ingreso a una unidad de cuidados intensivos. (5)

Rodríguez et al. (2011) determinó una incidencia de 1.3 por 1,000 nacimientos. La atonía uterina fue la primera indicación, seguido de acretismo placentario y rotura uterina. Más de un 90% precisó transfusión. Por lo que la identificación previa de los probables casos puede permitir mejorar los resultados mediante la preparación adecuada para esta eventualidad y la participación de obstetras más experimentados. (6)

También Owalabi et al. (2013) a través de un análisis retrospectivo de todos los casos de histerectomía periparto en 4 grandes hospitales de la zona metropolitana de Washington desde enero de 2000 a diciembre de 2009, sugieren que la

cesárea única o a repetición, edad materna avanzada, la obesidad y la gran multiparidad, son factores de riesgo de histerectomía obstétrica. (7)

El estudio de 15 años en Venezuela de Briceño-Pérez (2009) reportó que entre 25-29 años fueron las edades más frecuentes de este procedimiento, el número de gesta de las pacientes fue la cuarta, el procedimiento sucedió poscesárea y la indicación principal fue atonía uterina. (8)

Ehtisham (2011) indica que las alteraciones en la placentación, placenta previa, cesárea previa, multiparidad son los factores de riesgo para dicho procedimiento. (9) (10)

Mendoza (2011) indica que la edad media para una histerectomía es de 29 ± 6 años. El procedimiento más frecuente fue la realizada posterior a cesárea. Las complicaciones de la histerectomía fueron la reintervención quirúrgica, lesión vesical, lesión ureteral, íleo postquirúrgico y coagulación intravascular diseminada. (3)

Según Aguilar (2012) la cesárea continúa siendo factor desencadenante de gran importancia en la incidencia de histerectomías obstétricas. (11)

La investigación de Casas-Peña (2013) en cambio presentó una frecuencia calculada de 5.9 histerectomías por 1000 nacidos vivos. La edad promedio materna fue 30 años. La población fue de origen rural en el 73% de los casos. En cuanto a la vía de terminación del embarazo el 86% fueron cesáreas, el 7% partos vaginales y el 5% restante habían cursado con aborto. (12)

Montoya y Claudino (2014), en Hospital Regional de Occidente Honduras, reportaron una incidencia de 0.11%, en un total 36 histerectomía obstétrica en 31,898 eventos obstétricos. Las tres principales indicaciones fueron rotura uterina, atonía uterina y acretismo placentario. Las complicaciones más frecuentes fueron

anemia, infección respiratoria y lesión de la vía urinaria y muerte materna en un 6%. (13)

Rodas (2012) con su investigación en el Hospital Roosevelt, Guatemala, obtuvo una incidencia de 3.57 por cada 1000 partos. El 44% estaban entre la tercera y cuarta década de vida, siendo la paridad igual o mayor de 3 en el 75%. En el 68% había antecedente de cirugía, siendo la cesárea segmentaria el 64%. La principal causa fue atonía uterina le sigue el acretismo placentario y la ruptura uterina. Las complicaciones fueron anemia, shock hipovolémico y muerte en 2 casos. (14)

El estudio de Maldonado-Aguilar realizado en el Hospital de Ginecología-obstetricia Hospital Juan José Arévalo Bermejo durante el periodo de cinco años, reportó una incidencia de 8 por cada 10,000 nacidos, encontró como factor de riesgo más frecuente la multiparidad con un 95.2%, la histerectomía se dio después de la cesárea en el 71.4%. La indicación más frecuente fue atonía uterina en el 59.4% La complicación más frecuente fue anemia con un 79.3% y ocurrió una muerte. (15)

Hasta hoy en el Hospital de Cobán no se ha realizado un estudio de esta naturaleza.

1. ASPECTOS HISTORICOS

El italiano Joseph Cavallini, durante la segunda mitad del siglo XVIII (1768), fue quien realizó las primeras histerectomías en animales gestantes y no gestantes, demostró así que el útero es un órgano que puede ser extraído del cuerpo sin perder la vida. En humanos, el primer reporte de una cesárea-histerectomía realizada es de Horatio Robinson Storer en 1868, en Boston a una paciente, que presentaba un tumor que obstruía el canal del parto, ésta falleció tres días después del procedimiento. (16)

El primer caso con sobrevivencia después de la resección del cuerpo uterino y ligadura del muñón cervical fue realizado en Pavia Italia 1876, por Eduardo Porro después de una cesárea, por eso este procedimiento lleva su nombre. Posteriormente fue Tait, en 1890, quien introdujo modificaciones técnicas a la primera cirugía de Eduardo Porro. (17) Pero fue Godzon, el primero en realizar la histerectomía por causa obstétrica. (18)

A partir de 1900 las técnicas quirúrgicas y anestésicas fueron mejorando, además se empezaron a contar con bancos de sangre y nuevos antibióticos, por lo que los resultados obtenidos fueron mejores, por eso empezó a ser utilizada con mayor frecuencia.

A partir de los ochentas, existieron por igual reportes a favor y en contra de utilizar esta técnica pero como método de esterilización; sin embargo, la baja incidencia con que se reporta el procedimiento durante los últimos años, indica que la tendencia de la mayor parte de los gineco-obstetras es la de reservar las indicaciones de la cirugía, para el manejo de las complicaciones obstétricas de urgencia o indicaciones ginecológicas bien precisas. (16)

2. DEFINICION

La histerectomía obstétrica es un procedimiento quirúrgico mayor que consiste en la extracción del útero en una mujer gestante, antes del parto, después de un parto, un aborto o en el puerperio; por lo que involucra la condición de un útero que está o ha sido ocupado por una gestación y que ha evolucionado hacia una condición que requiere la extracción parcial o total del órgano. (1)

3. INCIDENCIA

La incidencia de la histerectomía por complicaciones obstétricas varía de acuerdo al tipo de normas que se manejen en las instituciones de salud de cada país, del control prenatal, atención obstétrica, entre otras características.

En series alrededor del mundo reportan las siguiente incidencia, en Chile 2000 a 2005 0.12% en USA 2001 a 2007 0.03%, Venezuela 2000 a 2007 0.16%, Cuba 1994 a 2008 0.2%. (13) En Shanghai 0.54%, en Taiwán 0.36% y en México 1.72%. (18)

4. FACTORES DE RIESGO

Entre los factores de riesgo que con mayor frecuencia han sido identificados están los antecedentes de cesárea, edad mayor de 35 años, haber tenido más de tres hijos, instrumentación uterina previa y antecedentes de hemorragia en el parto anterior con un riesgo relativo de 9.3. (2)

5. CLASIFICACION

5.1 Según el momento de realización

Cesárea-histerectomía llamada operación de Porro, donde la cesárea y la histerectomía se realizan en un solo tiempo.

Histerectomía pos-cesárea, se realizan en tiempos diferentes, primero se realiza el procedimiento completo de la cesárea, y si existe complicación que requiera la extracción del útero, la paciente vuelve al quirófano para que se realice la histerectomía.

Histerectomía posparto, se realiza después de un parto vía vaginal, en el puerperio inmediato o mediato.

Histerectomía posaborto, se realiza posteriormente a un aborto y que éste requiera de una histerectomía.

Histerectomía en bloque, se realiza cuando se extrae un útero que contiene una enfermedad trofoblástica, un feto muerto, corioamnionitis severa, sepsis grave o choque séptico. (19)

5.2 De acuerdo a su extensión:

Histerectomía subtotal, en la cual se remueve el útero dejando el cuello uterino, los ovarios y las trompas de Falopio.

Histerectomía total, en esta se extrae el útero y el cuello uterino, pero se conserva los ovarios y las trompas de Falopio.

Histerectomía radical, en esta se extrae el útero, el cuello uterino, los ovarios, las trompas de Falopio y los nodos linfáticos de la pelvis, se realiza en pacientes con enfermedad neoplásica. (20)

6. INDICACIONES

La histerectomía obstétrica sólo está indicada cuando la vida de la paciente se encuentra en riesgo, además de ello se requiere la intervención de personal médico altamente experimentado que pueda resolver cualquier complicación. (16)

6.1 HEMORRAGIA OBSTÉTRICA

La hemorragia obstétrica puede ser antes del parto, como en la placenta previa o el desprendimiento prematuro de placenta. También puede ser posparto, por atonía uterina o desgarros del aparato genital. (21) La hemorragia sigue siendo el más grande desencadenante del desequilibrio hemodinámico que favorece que las pacientes entren en estado crítico, incluso llegar a la muerte, si no se controla tempranamente.

6.1.1 RUPTURA UTERINA

La ruptura uterina es el desgarro de la porción supra vaginal del cuello, del segmento inferior o del cuerpo del útero. Es más común en la múltipara, porque la musculatura uterina con el paso del tiempo y con las gestas anteriores, tiene predisposición a su laceración.

La contracción del útero exagerada y continua, puede también causar la ruptura de dicho órgano, cuando se llega a vencer la resistencia del segmento inferior antes que éste permita la salida del producto. Las roturas del útero se pueden clasificarlas en espontáneas y traumáticas.

6.1.1.1 Ruptura Uterina Espontanea

Son aquellas roturas que se presentan en úteros en los cuales puede haber una causa predisponente que modifique la calidad de la fibra uterina, por ejemplo la multiparidad, degeneración granulo-grasosa de la celdilla muscular; procesos endometriticos.

6.1.1.2 Ruptura Uterina Traumática

Ocasionadas por diferentes factores.

De origen pelviano, una pelvis estrecha, como causa más frecuente de la rotura traumática. Obstrucción del canal del parto por neoplasias. Algunos tumores, no óseos, pero que por su proximidad obstruyan el canal genital, también pueden ser responsables.

De origen uterino, cicatrices por intervenciones quirúrgicas anteriores. Heridas de la musculatura uterina consecutivas a embarazos anteriores

por manipulaciones internas pueden ser también factores decisivos en la rotura traumática.

Los fármacos oxitócicos empleados inadecuadamente pueden llegar a romper el útero por lo que deben ser administrados previo conocimiento del estado del canal genital y del momento adecuado para que la sinergia de contracción uterina no se vea afectada. (22)

6.1.3 ALTERACIONES EN LA INCERSION PLACENTARIA

Las alteraciones en adherencia de la placenta suelen contribuir para que ésta no pueda expulsarse normalmente al momento del alumbramiento.

6.1.3.1 Acretismo placentario

El acretismo placentario es la inserción anormal de parte o toda la placenta, con ausencia total o parcial de la decidua basal.

Es una de las principales causas de hemorragia obstétrica, principalmente del postparto inmediato, que condiciona un importante riesgo de morbilidad materna, por la patología misma, como también por el tratamiento aplicado.

El principal tratamiento es la histerectomía obstétrica total, debido a su frecuente asociación con placenta previa y cicatrices de cesáreas previas. El diagnóstico se limita al empleo de métodos de imagen como es el ultrasonido y la resonancia magnética. Sin embargo, el diagnóstico definitivo de acretismo placentario es por medio de histopatología, al comprobar la invasión de las vellosidades coriales en el miometrio (23).

6.1.3.2 Placenta previa

Se denomina previa porque antecede a la presentación del feto a partir de la semana 20 de gestación. Se implanta y desarrolla en el segmento inferior del útero, ocluyendo así en ciertas ocasiones el orificio cervical interno.

La forma de resolver el embarazo se basa en el juicio clínico, con la ayuda diagnóstica de exploración ecográfica. Una placenta con un borde placentario a menos de 2 centímetros del orificio cervical externo es probable que requiera una cesárea, especialmente si esta es posterior. (24)

6.1.3.3 Recomendaciones en las pacientes con alteraciones en la inserción placentaria

La pérdida sanguínea importante en pacientes con placenta previa o acretismo placentario a cualquier edad gestacional, pone en riesgo la vida de la madre y el producto.

Las pacientes con diagnóstico de placenta previa total o acretismo placentario que están entre las semanas 28 y 34, con o sin sangrado activo, deben ser hospitalizadas.

En pacientes con pérdida sanguínea importante o persistente que ponga en riesgo la vida, deberá interrumpirse el embarazo a la brevedad posible, con la utilización de todos los recursos existentes, independientemente de la edad, el número de gesta o el deseo de tener más hijos; ante hemorragia obstétrica grave, el criterio quirúrgico de la histerectomía, debe basarse en salvar la vida de la madre. (25)

La anestesia regional puede ser empleada en cesáreas en las mujeres con placenta previa hemodinámicamente estables. Cuando se prevé una cirugía prolongada por placenta acreta diagnosticada, o en pacientes con inestabilidad hemodinámica, es preferible la anestesia general. (26)

Las pacientes con diagnóstico de placenta previa o acreta deben ser manejadas por un equipo multidisciplinario y en unidades hospitalarias que cuenten con los recursos adecuados.

Ante el riesgo de hemorragia e histerectomía en pacientes con sospecha o confirmación de placenta acreta, debe tenerse en el quirófano, antes del inicio de la cirugía, hemocomponentes y suficiente cantidad de reserva en el banco de sangre, así como el instrumental para histerectomía y otras técnicas quirúrgicas. (25)

6.2 HEMORRAGIA OBSTÉTRICA POSPARTO

La hemorragia posparto se define como el sangrado que excede los 500 ml o un descenso significativo del hematocrito o que implique la necesidad de transfusión sanguínea. (21)

Entendida también como cualquier pérdida hemática posparto que cause alteración hemodinámica, la cual depende de la cantidad y velocidad de sangre extravasada, del nivel de hemoglobina y del estado de hidratación previo.

Se clasifica en precoz y tardía, la primera es aquella que ocurre durante las primeras 24 horas tras el parto y la tardía es la que acontece después de las 24 horas tras el parto y hasta 6 semanas luego del mismo. (27)

6.2.1 ATONIA UTERINA

Sucede cuando el útero no se contrae después del alumbramiento, originando una pérdida sanguínea anormal. Sus factores de riesgo son la sobredistensión uterina por gestación múltiple, hidramnios o macrosomía fetal; el agotamiento muscular por parto prolongado, rápido o gran multiparidad y corioamnionitis.

La mujer con trabajo de parto prolongado, también tiene probabilidades de presentar hemorragia excesiva por atonía posparto. De igual modo, el trabajo de parto iniciado o aumentado con oxitócicos tiene más probabilidades de ir seguido de atonía y hemorragia.

Los esfuerzos por acelerar el alumbramiento pueden incitar la atonía, el masaje y la presión constante sobre el útero que ya está contraído podrían obstruir el mecanismo fisiológico de desprendimiento de la placenta, lo que causa separación incompleta de la placenta y aumento de la hemorragia. (21)

6.2.2 INFECCION

6.2.2.1 INFECCIÓN UTERINA PUERPERAL

Esta es una complicación muy delicada del parto ya que clínicamente se caracteriza por signos de respuesta inflamatoria sistémica como la taquicardia, polipnea, fiebre, leucocitosis, neutrofilia; acompañados también de signos locales tales como subinvolución y dolor uterino, cérvix permeable y loquios turbios o fétidos. El diagnóstico de infección uterina puerperal requiere como mínimo tres de los criterios anteriores, incluyendo por lo menos un signo local.

La infección más frecuente es la endometritis y un 2% corresponden a miometritis. En la miometritis se observa un compromiso sistémico mayor, dado por sepsis severa persistente, disfunción de un órgano o sistema, choque séptico o síndrome de disfunción orgánica múltiple.

Estas pacientes tienden a responder inadecuadamente al tratamiento antibiótico, persistiendo los signos locales y sistémicos de infección por lo que es necesaria una histerectomía. En algunos casos, la miometritis es seguida por tromboflebitis

séptica de las venas uterinas y ováricas, la cual puede producir tromboembolismo pulmonar séptico. (28)

6.2.2.2 CORIOAMNIONITIS

Es la inflamación aguda de las membranas amnióticas (amnios y corion) y de la placenta, generalmente producida por infección bacteriana ascendente en el contexto de una rotura prematura de membranas; solo en pocos casos puede ocurrir con membranas intactas.

Las complicaciones maternas son, cesárea, de 2 a 3 veces más frecuente por distocia mecánica y falta de progresión del parto, endometritis, hemorragias del puerperio, infección de herida operatoria, absceso pélvico y bacteriemia.

Y para el feto, muerte perinatal y sepsis neonatal precoz principalmente hasta un shock séptico.

El principal manejo de la corioamnionitis es la interrupción del embarazo bajo cobertura antibiótica con el fin de evitar las complicaciones materno-fetales. La vía del parto será definida según indicaciones obstétricas habituales.

El manejo expectante en la ruptura prematura de las membranas es el principal factor de riesgo para corioamnionitis. El uso de antibióticos profilácticos en estos cuadros ha demostrado ser la principal intervención preventiva de complicaciones. (29)

La corioamnionitis clínica complica entre el 2 y el 11% de todos los embarazos

El diagnóstico se realiza mediante datos clínicos, que fueron establecidos por Gibbs y cols. Temperatura axilar igual o mayor a 38 grados centígrados, acompañada de dos o más de los siguientes signos: sensibilidad uterina anormal, líquido amniótico purulento o de mal olor, taquicardia materna mayor de 100 latidos por minuto, taquicardia fetal, leucocitosis mayor de 15 mil /mm³, aumento de la contractibilidad uterina, dolor pélvico al movimiento. (30)

6.2.2.3 ABSCESOS MIOMETRIALES

La histerectomía solo se realiza en casos de gangrena uterina endometriitis o abscesos miometriales que no se resuelven con tratamiento antibiótico instituido.

La existencia de un absceso en el miometrio, se sospecha en presencia de un útero subinvolucionado, doloroso a la movilización, que no responde al tratamiento antibiótico establecido.

En su evolución puede reabsorberse o drenarse espontáneamente a la cavidad uterina o peritoneal causando una peritonitis secundaria. En casos de endometriitis puerperal, se debe descartar la existencia de restos ovulares. El raspado de la cavidad se realiza con adecuada contracción uterina. (28)

7. MEDIDAS DE RESCATE EN ATONÍA UTERINA

Manejo farmacológico:

Los agentes uterotónicos deben ser la primera línea de tratamiento para la hemorragia posparto por atonía uterina. (31)

1. Oxitocina: 20 unidades en 1,000 ml de cristaloides salino o Hartman, a 60 gotas por minuto o 125 ml por hora en bomba de infusión, no debe administrarse en bolus porque puede ocasionar hipotensión arterial.
2. Metilergonovina: 0.2mg intramuscular en dosis única, no administrar intravenoso porque produce incremento de presión arterial, tampoco en pacientes preeclámpticas y cardiópatas.
3. Prostaglandina sintética E1: Misoprostol 800 microgramos transrectal o 4 tabletas de 200 microgramos. (32)

Cuando los uterotónicos fallan, se debe realizar laparotomía exploratoria.

Cuando no se logra revertir la atonía uterina, se puede hacer uso de la compresión intrauterina (balones, sondas, guantes, compresas), de acuerdo con la

disponibilidad del recurso. La compresión uterina ha demostrado que reduce la hemorragia en 77.5 a 88.8 % de los casos, sin necesidad de recurrir a procedimientos quirúrgicos. (33)

Tratamiento quirúrgico:

En atonía uterina se recomienda cirugía conservadora, que incluye:

Desarterialización escalonada del útero.

Ligadura de vasos como las arterias uterinas, las ováricas ó hipogástricas.

Técnica de B-Lynch

La extracción del útero, deberá realizarse cuando la hemorragia no responda a tratamiento conservador o el cirujano no domine las técnicas quirúrgicas conservadoras.

Independientemente de la edad de la paciente, el número de gesta o el deseo de tener más hijos, el criterio quirúrgico debe basarse en salvar la vida de la madre.

La realización de histerectomía total o subtotal depende del estado hemodinámico, La subtotal es desde el punto de vista técnico más fácil de realizar, consume menos tiempo y se asocia con menor sangrado adicional. Se recomienda realizar histerectomía total abdominal en placenta previa central total o acretismo placentario, sangrado de la región ístmico cervical y en ruptura uterina que no responda a manejo quirúrgico conservador.

En pacientes con hemorragia obstétrica persistente, a pesar de manejo quirúrgico con histerectomía total abdominal, se debe realizar ligadura de arterias hipogástricas si no se ha efectuado previamente. Si no hay respuesta, se recomienda el empaquetamiento pélvico tipo Mikculicz, solo o con presión (25)

8. TECNICA QUIRÚRGICA DE LA HISTERECTOMÍA

La histerectomía realizada en el momento del parto o a continuación de éste, además puede efectuarse junto con la cesárea o después de ésta en un segundo momento (21)

7.1 Técnica de histerectomía peripato

Se realiza histerectomía supracervical o total mediante la utilización de las técnicas quirúrgicas de estándar. Se obtiene una exposición adecuada con la tracción cefálica del útero, junto con separadores de mano como el de Richardson o Deaver. Se disecciona el colgajo vesical hacia abajo hasta llegar al cuello uterino, de ser posible. De modo ulterior a la cesárea y la extracción de la placenta, si la histerotomía sangra de manera notoria puede suturarse, o se aplican pinzas de Pennington o anillos para la hemostasia. Si la hemorragia es mínima, no se requiere alguna de esas maniobras.

Se cortan los ligamentos redondos cerca del útero entre pinzas de Heaney o Kocher, y se aplica una ligadura doble. Se pueden usar suturas número 0 ó 1.

La incisión en la serosa vesicouterina llevada a cabo para movilizar la vejiga se extiende a los lados y arriba, hacia la hoja anterior del ligamento ancho hasta alcanzar los ligamentos redondos incididos. La hoja posterior del ligamento ancho adyacente al útero se perfora apenas bajo las trompas de Falopio, los ligamentos uteroováricos y los vasos uterinos.

A continuación, se pinzan de manera doble esos vasos cerca del útero y se cortan, en tanto el pedículo lateral se liga también de manera doble.

Se corta la hoja posterior del ligamento ancho hacia abajo en dirección a los ligamentos uterosacros. Acto seguido, se disecan la vejiga y el colgajo peritoneal adherido respecto del segmento uterino inferior y se alejan del campo quirúrgico. Si el colgajo vesical es muy adherente, como pudiese ocurrir con el antecedente de varias cesáreas, tal vez se necesite su disección cortante cuidadosa.

Se tiene especial cuidado a partir de este punto para evitar lesionar los uréteres, que pasan detrás de las arterias uterinas. Para lograrlo, se debe hacer tracción constante sobre el útero en dirección contraria al lado en que se ligan los vasos uterinos. Se identifican la arteria uterina ascendente y las venas correspondientes a cada lado, cerca de su origen. Tales pedículos se pinzan entonces de manera doble cerca del útero, se cortan y se ligan doblemente con material de sutura.

Se pueden usar tres pinzas fuertes, incidir el tejido entre la más medial y las dos laterales, y después ligar los dos pedículos en las pinzas a los lados del útero.

En los casos de hemorragia profusa, quizá sea más ventajosa pinzar rápidamente con dos instrumentos y cortar todos los pedículos vasculares entre las pinzas para conseguir hemostasia y de modo ulterior retomar la ligadura y la sutura de dichos pedículos. (21)

7.2 Histerectomía total.

Cuando se planea una total en muchos casos es técnicamente más fácil culminar el procedimiento quirúrgico luego de amputar el fondo uterino y colocar pinzas de Kocher en el muñón para tracción y hemostasia.

También en ese momento se colocan separadores de autorretención. Con el propósito de extirpar el cuello uterino, es necesario llevar a cabo disección extensa de la vejiga. Esto ayudará a llevar a los uréteres en dirección caudal conforme la vejiga se retrae detrás de la sínfisis del pubis e impedirá las laceraciones o las suturas de la vejiga durante la incisión del cuello uterino y el cierre de la cúpula vaginal.

Si el cuello del útero esta borrado y dilatado de manera notoria, es posible identificar la unión cervicovaginal después del parto mediante una incisión uterina vertical anterior en la línea media, sea a través de la correspondiente de histerotomía o por una que se elabora a nivel de los vasos uterinos ligados.

Se dirige un dedo hacia abajo a través de la incisión para identificar el borde libre del cuello borrado y dilatado, y la cúpula del saco vaginal anterior. Se cambia el guante contaminado.

Otro método útil para identificar los bordes del cuello uterino es colocar cuatro grapas de metal cutáneas o suturas de color brillante a las 12:00, 3:00, 6:00 y 9:00 del cuadrante del reloj en los bordes del cuello uterino antes de la histerectomía.

Los ligamentos cardinales, los uterosacros y los muchos vasos grandes que contienen se sujetan doblemente de manera sistemática con pinzas Heaney curvas, pinzas rectas de tipo Ochsner o instrumentos similares.

Las pinzas se colocan tan cerca del cuello uterino como sea posible, con cuidado de no incluir tejido excesivo en cada grapa. El tejido entre las pinzas se incide y se liga el pedículo distal mediante sutura. Estos pasos se repiten hasta que se alcanza el nivel del fondo de saco vaginal lateral. De esa manera, se pinzan, cortan y ligan las ramas descendentes de los vasos uterinos, conforme se disecciona el cuello uterino de los ligamentos cardinales.

Inmediatamente debajo del cuello uterino, se coloca una pinza curva a través del fondo del saco vaginal lateral y se incide el tejido en dirección medial por arriba de la pinza.

El fondo de saco vaginal lateral puede ligarse y suturarse de manera doble junto con el muñón del ligamento cardinal. A continuación se extirpa el cuello uterino de la vagina.

Se revisa para asegurarse de que ha sido extirpado por completo y a continuación se repara la vagina ambos ángulos del fondo de saco vaginal lateral se aseguran a los ligamentos cardinales y uterosacros.

Luego de ese paso, algunos cirujanos prefieren cerrar la vagina mediante la utilización de puntos de sutura en ocho con catgut crómico. Otros logran la hemostasia con una sutura anclada por medio de catgut crómico a través de la

mucosa y la aponeurosis endopélvica adyacente, que circuncidan junto con la cúpula vaginal.

Se revisan todos los sitios de incisión de manera cuidadosa en cuanto a hemorragia, los sitios sangrantes se ligan con cuidado de evitar los uréteres. La pared abdominal se sutura en capas hasta terminar de cerrar piel. (21)

7.3 Histerectomía subtotal

La técnica subtotal es la de elección para asegurar menor pérdida sanguínea, tiempo quirúrgico y anestésico. (18)

El cuerpo del útero se puede amputar por medio del corte a través del cérvix a nivel del orificio interno. La técnica de la histerectomía subtotal es la misma que la de la histerectomía total, salvo que la ligadura de las uterinas se hace más arriba a los lados del cérvix y el útero se secciona por el istmo a nivel del orificio interno del cuello o un poco más abajo mientras se mantiene fija esta parte con pinzas de Teale u otras similares aplicadas en los bordes.

El muñón del cérvix se ocluye de delante atrás con catgut crómico del número cero en puntos en forma de ocho, uno en cada extremo y otro u otros más en el centro. Estos puntos deben ser lo bastante profundos para que la hemostasia sea completa. El método de suspensión del cérvix y peritonización parcial (34)

8. COMPLICACIONES

La frecuencia de complicaciones derivadas de la histerectomía obstétrica varía según la urgencia con la que se realiza el procedimiento. Pueden ser intraoperatorias, inmediatas y mediatas.

Las complicaciones intraoperatorias son anestésicas, hemorragia, recuperación anestésica y lesiones de otras vísceras. Las complicaciones Inmediatas ocurren

durante las primeras 24 horas, siendo estas hemorragias intraabdominales, pared abdominal ó de cúpula vaginal, íleo, choque hipovolémico, anuria. Las complicaciones mediatas ocurren entre el 2do y vigésimo primer día posoperatorio las cuales pueden ser fístulas, hematomas de pared abdominal ó de cúpula vaginal, absceso de pared abdominal o de cúpula vaginal, enfermedad tromboembólica, adherencias abdominopélvica, obstrucción o pseudoobstrucción por bridas.

Choque hipovolémico: es una desproporción entre continente y contenido, en donde se produce un estado de insuficiencia circulatoria periférica con déficit de perfusión tisular, hipoxia y severos cambios metabólicos. La caída del contenido de oxígeno arterial vinculado con la anemia, es el factor determinante de los cambios hemodinámicos compensatorios: aumento del gasto cardíaco, redistribución del flujo regional e incremento de la extracción periférica de oxígeno. (35) Cuando es grave, los mecanismos compensatorios se vencen y aparece la disfunción orgánica.

Coagulopatía: Dos trastornos de la coagulación podrán presentarse, la coagulopatía dilucional y la coagulación intravascular diseminada o coagulopatía por consumo.

La coagulación intravascular diseminada (CID) es un proceso patológico que se produce como resultado de la activación y estimulación excesiva del sistema de la coagulación y que ocasiona microangiopatía trombótica por depósito de fibrina en la microcirculación y fibrinólisis secundaria.

En la CID la estimulación continuada del sistema hemostático desborda la capacidad de control del organismo, lo que lleva a la generación de cantidades masivas de trombina y plasmina, causales de las manifestaciones clínicas fundamentales del síndrome: trombosis, hemorragia o ambas. Se presenta de forma frecuente hemorragias en piel y mucosas como primera manifestación. La

hemorragia puede ser de gravedad extrema y atentar contra la vida, cuando se localizan en tracto gastrointestinal, pulmón, sistema nervioso central, órbita, glándula adrenal. (36)

Relaparotomía: La presencia de sangrado post histerectomía representa un problema adicional, cuando se suponía que la hemorragia fue controlada. La relaparotomía se asumirá ante la necesidad imperiosa de lograr la hemostasia. En casos con histerectomía subtotal, el sangrado del muñón revela que la técnica quirúrgica elegida no fue la adecuada, por lo general en presencia de acretismos placentarios con implantación baja y con desgarros cervicales. En otras situaciones, la persistencia del sangrado luego de vanos intentos por lograr la hemostasia quirúrgica obligo a considerar el empaquetamiento pelviano como última alternativa para controlar la hemorragia. (35)

Lesiones del tracto urinario: Las complicaciones urinarias como sección ureteral o lesiones vesicales oscilan entre un 2 a 13 por ciento. Son más frecuentes en histerectomías totales y es prioritaria su reparación inmediata para evitar la aparición de fístulas urogenitales secundarias. (37)

La incidencia de lesión al uréter se ha reportado de 0.02 a 2.5%. Se ha visto que la lesión vesical únicamente se presenta de 0.5 a 1.3% cuando se realiza histerectomía laparoscópica, de 0.4% en histerectomía abdominal, de 0.3% en histerectomía subtotal. (38)

La mayoría de lesiones producidas en el tracto urinario pueden ser detectadas en el transoperatorio mediante visión directa, así como por cistoscopia, hasta en 97.4% de las veces.

Otras se manifiestan en el postoperatorio y se debe seguir alerta, manteniendo una alta sospecha.

Las causas de lesiones intraoperatorias del uréter son: ligadura, angulación, aplastamiento, laceración, isquemia y resección. El sitio más comúnmente

afectado del uréter en una histerectomía abdominal es a nivel de su paso a través de la inserción del ligamento infundibulopélvico.

Las causas de lesión vesical incluyen perforación vesical en forma temprana y fístulas en forma tardía, de las cuales la más frecuente es la fístula vesicovaginal. (38)

Complicaciones Hidroelectrolíticas: Son de presentación inmediata, y cuando ocurren está asociada con casos en los cuales se han presentado sangrados excesivos, intervenciones anestésicas y quirúrgicas prolongadas, deshidratación, ayunos prolongados, exagerada limpieza mecánica del colon, o la paciente tiene asociada una patología metabólica o de órgano previa, obligan a ser muy cuidadosos en la planeación de los reemplazos hídricos y electrolíticos.

Íleo paralítico: Es una disminución o parálisis transitoria de la motilidad intestinal normal que se presenta en el posoperatorio inmediato relacionada comúnmente con las intervenciones en las que se produce la apertura de la cavidad abdominal, y se agrava con la manipulación de las asas intestinales y las cirugías prolongadas.

Normalmente, el peristaltismo y la defecación suelen establecerse de manera espontánea entre el 2º y el 4º día después de la operación.

Infección: La segunda complicación más frecuente es la infección, que se presenta en forma de fiebre posquirúrgica. Además de éstas pueden darse abscesos de pared, abscesos pélvicos y dehiscencias de la herida quirúrgica.

Episodios que amenazan la vida de la paciente:

Tromboembolia pulmonar,

Infarto agudo de miocardio, edema agudo de pulmón,

Reacción anafiláctica

Coagulación intravascular diseminada. (39)

Necesidad de una segunda intervención

Ingreso a cuidados intensivos.

La mortalidad varía y depende en gran medida de las complicaciones asociadas sobre todo de la aparición de coagulopatía. (37)

9. EFECTOS DE UNA HISTERECTOMÍA EN LA PACIENTE

Las histerectomías pueden producir efectos físicos y emocionales. Algunos duran poco tiempo pero otros pueden llegar a tardar más tiempo.

9.1 Psicosocial

Pueden ocurrir cambios en la vida afectiva y patrones sexuales, así como cambios en el autoconcepto como una persona femenina, cambios estructurales, funcionales y psicológicos, alteración en la percepción de la imagen corporal en cuanto a la condición femenina y sexualidad, en lo emocional en el autoestima y sensibilidad, desajuste social o crisis emocional, reacción depresiva que algunos casos lleva a la alteración de la salud mental, en algunos casos hay efectos entre ellos incluidos el divorcio en las parejas que pasan por la experiencia de la histerectomía. (40)

9.2 Fisiológicos

Los ovarios son las glándulas que producen estrógenos, una hormona que afecta al cuerpo de muchas maneras. Según la edad, si se extraen los ovarios durante la histerectomía se tendrá los indicios y síntomas que se producen por la falta de estrógeno.

Si los ovarios se extraen antes de la menopausia, se experimentan algunos efectos por la falta de estrógenos, sofocos o calores, resequedad vaginal y problemas para dormir los cuales pueden ser de gran intensidad en comparación a

una menopausia normal, también se corre el riesgo de una fractura debido a osteoporosis a una edad más temprana sin embargo aún no existe evidencia significativa de estos datos.

9.3 Físicos

Después de la histerectomía, cesan los períodos menstruales, si los ovarios no se extraen y todavía no se ha llegado a la edad de la menopausia, éstos aún producirán estrógeno y seguirán haciéndolo hasta que dejen de funcionar naturalmente.

9.4 Sexuales

Se pueden observar cambios, debido a que el útero se extrae, las contracciones uterina que se podían sentir antes durante el orgasmo ya no ocurren. Además se produce una alteración en la función sexual por la formación de una cicatriz en la cúpula vaginal, el acortamiento de la vagina, deterioro de nervios de los vasos sanguíneos los cuales son responsables de la lubricación y también se pueden perjudicar los nervios autonómicos que causan la congestión vascular vaginal en el acto sexual, lo cual puede llevar a la dispareunia. (41)

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Describir el perfil sociodemográfico y clínico de las pacientes que se les realizó histerectomía obstétrica en el Hospital de Cobán Alta Verapaz.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Determinar la incidencia de histerectomías obstétricas realizadas en el Hospital de Cobán Alta Verapaz.
2. Identificar las indicaciones más frecuentes de la histerectomía obstétrica.
3. Identificar las complicaciones más frecuentes en las pacientes que se les realizó una histerectomía obstétrica.

MATERIALES Y MÉTODOS

TIPO DE ESTUDIO

Estudio descriptivo, retrospectivo.

UNIDAD DE ANÁLISIS

Pacientes que ingresaron a los servicios del departamento de ginecología y obstetricia del Hospital de Cobán desde el 1 de enero de 2010 hasta el 31 de diciembre de 2014, las cuales se les realizó histerectomía obstétrica.

POBLACION

Pacientes referidas de otros centros de atención en salud, con complicación obstétrica que terminaron en histerectomía obstétrica.

Pacientes que consultaron por dolor tipo parto, tuvieron su parto en el Hospital de Cobán pero éste finalizó en histerectomía obstétrica.

Pacientes que tuvieron una histerectomía obstétrica tras un aborto.

Pacientes que se les detectó un embarazo molar el cual finalizó en histerectomía obstétrica.

Paciente con otras complicaciones durante el embarazo, parto o puerperio, finalizadas en histerectomía.

MUESTRA

Se tomó el universo de las pacientes que cumplieron con criterios de inclusión.

CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSION

Criterios De Inclusión: Pacientes a las cuales se les realizó histerectomía obstétrica, secundaria a una complicación durante el embarazo, parto o puerperio, de los servicios de emergencia, cuidados perinatales, labor y partos, y posparto del Hospital de Cobán desde el 1 de enero de 2010 hasta el 31 de diciembre de 2014.

Pacientes que llegaron referidas de otros centros asistenciales, por complicaciones obstétricas que finalizaron en histerectomía obstétrica en el Hospital Regional de Cobán.

Criterios De Exclusión: Se excluyeron a todas las pacientes cuyos expedientes clínicos estaban incompletos y las que no se encontraron.

DEFINICION Y OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES.

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERATIVA	INDICADOR	ESCALA DE MEDICION	ITEM
INCIDENCIA	Es el número de casos nuevos en una población determinada y en un periodo determinado	Se tomaron en cuenta todas las histerectomías realizadas por complicaciones en el embarazo, parto o puerperio dividido todos los partos del 2010 a 2014	Tasa= $\frac{\text{Número de casos Nuevos}}{\text{dividido la población en riesgo}} \times 1000$	Razón	
PERFIL MATERNO DE LA PACIENTE					
EDAD	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento hasta un momento determinado	Años de vida de la paciente registrados en el expediente clínico	Años, numero entero	Numérica	3.1

OCUPACIÓN	Es la acción de ocuparse, un trabajo u oficio.	Actividad desempeñada por la paciente Se obtuvo dato del instrumento.	Ama de casa. Comerciante Profesional Otros	Nominal	3.2
ALFABETISMO	Habilidad de leer y escribir en el idioma popular de un país.	Dato que se obtuvo de la historia clínica.	Alfabeto Analfabeto No registran dato	Ordinal	3.3
PROCEDECENCIA	Asigna el origen, de una persona. Punto de partida, el que tiene un individuo.	Dato que se obtuvo del instrumento de recolección de datos	Urbano Rural	Nominal	3.4
REFERENCIA	Acción de enviar a la paciente de un centro menor atención a otro de mayor capacidad de resolución en salud.	Se buscó en expediente si la paciente fue referida o no al hospital de Cobán	SI NO	Nominal	3.5
PERFIL OBSTETRICO					

CONTROL PRENATAL	Conjunto de actividades que se ejercen sobre las embarazada con la finalidad de obtener el mejor grado de salud de la madre e hijo.	Si la paciente asistió o no a control prenatal durante todo su embarazo.	Si No No registran dato	Nominal	4.1
PARIDAD	Número de gestaciones que la paciente ha tenido.	Dato obtenido de la ficha clínica.	Números enteros	Numérica	4.2
CESAREAS PREVIAS	Parto del niño a través del abdomen materno mediante la realización de una incisión en la pared de éste y en el útero.	Número de cesáreas que la paciente ha tenido durante su historial obstétrico.	Números enteros	Numérica	4.3
TIPO DE PARTO AL MOMENTO DE LA HISTEREC-TOMÍA	Distinción entre la forma que la paciente resolvió su embarazo.	Vía por la cual se dio resolución del embarazo, vaginal o abdominal a través de una cesárea, tras un aborto, o embarazo molar.	Vaginal Abdominal	Nominal	4.4

INDICACIONES DE LA HISTERECTOMÍA					
ATONÍA UTERINA	Cuando el miometrio no se contrae después del alumbramiento, originando una pérdida sanguínea importante a nivel del lecho placentario.	Dato obtenido de la ficha clínica	Si No	Nominal	5.1
RUPTURA UTERINA	Presencia de desgarro, en tejido uterino. Causa hemorragia progresiva	Dato que se buscó como indicación para la histerectomía en la ficha clínica.	Si No	Nominal	5.2
TRASTORNOS DE IMPLANTACIÓN PLACENTARIA	Inserción anormal de parte o toda la superficie placentaria, El acretismo placentario, puede ser acreta, increta o percreta.	Dato que se obtuvo de la ficha clínica según registró cirujano obstetra.	Si No	Nominal	5.3

EMBARAZO MOLAR	Degeneración placentaria, caracterizado por la presencia de un crecimiento anormal que contiene o no un embrión no viable implantado y proliferante en el útero	Dato que se obtuvo de la historia clínica.	SI NO	Nominal	5.4
INFECCION PUERPERAL	Cuadro clínico en el cual se produce una infección de los órganos genitales consecutiva al parto o a un aborto.	Tipo de infección que la paciente desarrollo durante el puerperio como causa de una histerectomía.	Si No Tipo	Nominal	5.5
MEDIDAS DE RESCATE					
TRANSFUSIONES	Transferencia de sangre o componentes sanguíneos de un donante a otro receptor	Las transfusiones pueden ser de células empacadas, plasma fresco congelado, plaquetas o factores de coagulación	SI NO	Nominal	6.1

USO DE UTEROTONICOS	Agentes farmacológicos que potencian la musculatura uterina, utilizados como tratamiento de rescate en atonía uterina.	Se buscó dato en historia clínica.	SI NO	Nominal	6.2
TECNICAS QUIRÚRGICAS REALIZADAS	Consiste en realizar suturas compresivas y ligadura de vasculatura, con el fin de detener la hemorragia.	La Técnica de B-Lynch, Ho-Cho son suturas compresivas. La ligadura de arterias uterinas, ováricas y las hipogástricas son las más utilizadas.	SI NO Cual	Nominal	6.3
TIPO DE HISTERECTOMÍA REALIZADA					
SEGÚN MOMENTO DE HISTERECTOMÍA	Distinción del momento en que se realizó la el procedimiento quirúrgico.	Dato que se halló en el expediente clínico de las pacientes.	Cesarea-histerectomía Pos-parto Pos-cesarea Pos aborto Pos embarazo molar.	Nominal	7.1

SEGÚN EXTENSIÓN DE LA TÉCNICA	Procedimiento que consiste en extraer el útero, que puede ser con o sin salpingooforectomía bilateral según sea cada caso.	Dato que se encontró en la historia clínica según record operatorio realizado por ginecólogo.	Total Subtotal Otro	Nominal	7.2
COMPLICACIONES DE LA HISTEREC-TOMÍA OBSTÉTRICA	Fenómeno que sobreviene, distinto a los resultados esperados ó consecuencia de las lesiones provocadas	Situaciones de riesgo que surgen durante o después de la histerectomía	SI NO Cual	Nominal	8
USO DE UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS	Instalación especial dentro del hospital que proporciona cuidados y tratamientos a pacientes en graves condiciones	Paciente que estuvo ingresada este servicio, dato que se buscó en el expediente clínico.	SI NO	Nominal	9
CONDICIÓN DE EGRESO	Estado de la paciente cuando se le dio egreso del hospital.	Las pacientes sobreviven, fallecen o son trasladadas a otros centros de mejor atención médica.	Con vida Sin vida Referida a otro centro de atención	Nominal	10

INSTRUMENTO

Se utilizó un instrumento de recolección de datos dividido en: datos generales, características epidemiológicas maternas, obstétricas e indicaciones del procedimiento, medidas tomadas al momento de la complicación, tipo de histerectomía, complicaciones de la histerectomía obstétrica y condición de egreso de la paciente.

PLAN DE ANALISIS

Se utilizó una base de datos en Excel, los resultados se presentaron mediante cuadros de frecuencia y porcentaje, gráficas de las variables del estudio. Mediante la fórmula de incidencia, se aplicó el número total de histerectomías obstétricas en relación con el número de partos tanto vaginal como abdominal de los años 2010 al 2014.

RESULTADOS

INCIDENCIA

Durante el tiempo de estudio hubo 35,678 partos, tanto abdominales como vaginales y 159 casos de histerectomías obstétricas, por lo que la incidencia de histerectomía obstétrica en el Hospital Regional de Cobán, desde el primero de enero de 2010 al 31 de diciembre de 2014 es de 4.46 por cada 1000 partos (1 por cada 224 partos)

TABLA 1

Distribución de las pacientes según edad, sometida a histerectomía obstétrica en el hospital regional de Cobán desde el 1 de enero del 2010 al 31 de diciembre del 2014.

Edades	N	%
≤19	6	4
20 a 24	31	19
25 a 29	33	21
30 a 34	34	21
35 a 39	44	28
40 y mas	11	7
Total	159	100

Fuente: Boleta de recolección de datos.

La tabla No. 1, muestra que el 28% de las pacientes sometidas a histerectomía obstétrica tienen una edad entre 35 y 39 años, la más frecuente, que corresponde a 44 pacientes, tomando en cuenta a todas las mayores de 35 años, conforman el 35% del total de casos, es decir 56 pacientes, mientras que las pacientes entre 20 y 34 años corresponde al 61% y el porcentaje de adolescente menores de 19 años el 4%, 6 pacientes.

TABLA 2

Ocupación de las pacientes a quienes se les realizó histerectomía obstétrica en el hospital regional de Cobán desde el 1 de enero del 2010 al 31 de diciembre del 2014.

Ocupación	No.	%
Ama de casa	155	97
Maestra de educación primaria	2	1
Secretaria	1	1
Ninguno	1	1
Total	159	100

Fuente: Boleta de recolección de datos

La tabla No. 2 se puede observar que el 97% de las pacientes es ama de casa, una paciente es secretaria, una es maestra de educación primaria, y una paciente de 13 años sin ninguna ocupación.

TABLA 3

Alfabetismo y analfabetismo en las pacientes sometidas a histerectomía obstétrica en el hospital regional de Cobán desde el 1 de enero del 2010 al 31 de diciembre del 2014.

Educación	No	%
Alfabeta	21	13
Analfabeta	53	33
No registraron en historia clínica	85	54
Total	159	100

Fuente: Boleta de recolección de datos

En la tabla No. 3 el 54% de las pacientes no fue registrado este dato en la historia clínica y al 46% que sí, solo el 13% es alfabeta y el 33% es analfabeto.

TABLA 4

Área de procedencia de las pacientes sometidas a histerectomía obstétrica en el hospital regional de Cobán desde el 1 de enero del 2010 al 31 de diciembre del 2014

Procedencia	No. Pacientes	%
Urbana	31	19
Rural	128	81
Total	159	100

Fuente: Boleta de recolección de datos

En la tabla No. 4 se observa que 128 pacientes correspondiente al 81% de las pacientes proviene del área rural y solamente el 19% es de área urbana.

TABLA 5

Pacientes que llegaron referidas al hospital regional de Cobán, sometidas a histerectomía obstétrica, desde el 1 de enero del 2010 al 31 de diciembre del 2014

Referida	No.	%
SI	81	51
NO	78	49
Total	159	100

Fuente: boleta de recolección de datos

En la tabla No. 5 muestra que el 51% de las pacientes a quienes se les realizó una histerectomía obstétrica llegó referida de otros centros de atención, tales

como: centros de salud, centros de atención permanente, centros de atención materno infantil de otros municipios, así como dos casos del Quiché.

TABLA 6

Control prenatal de las pacientes sometidas a histerectomía obstétrica en el hospital regional de Cobán desde el 1 de enero del 2010 al 31 de diciembre del 2014.

Control Prenatal	No.	%
Si	42	26
No	33	21
No registraron dato en historia clínica	84	53
Total	159	100

Fuente: Boleta de recolección de datos.

En la tabla No. 6 se observa que el 53% de las pacientes no fue registrado el control prenatal, el 26% correspondiente a 42 pacientes si tuvieron control prenatal y el 21% es decir 33 pacientes no llevo control prenatal.

TABLA 7

Numero de gestas de las pacientes sometidas a histerectomía obstétrica en el hospital regional de Cobán desde el 1 de enero del 2010 al 31 de diciembre del 2014.

No de gestas	No	%
1ra	17	11
2da	24	15
3ra	37	23
4ta	23	14
5ta	20	13
6ta	9	6
7ma	12	8
8va	4	2
9na	5	3
10ma	3	1
11ava	5	3
Total	159	99

Fuente: Boleta de recolección de datos.

En la tabla No. 7 muestra el número de gestaciones que las pacientes tuvieron, siendo el 23% de ellas trigesta la más frecuente; le sigue la paciente secundigesta con el 15% y las cuatrigestas con el 14%. Luego pacientes con cinco gestas 13% y el 11% fueron pacientes primigestas correspondiente a 17 pacientes.

TABLA 8

Número de cesáreas previas de las pacientes sometidas a histerectomía obstétrica en el hospital regional de Cobán desde el 1 de enero del 2010 al 31 de diciembre del 2014.

Número de cesáreas previas	No.	%
1	41	89
2	3	7
3	2	4
Total	46	100

Fuente: Boleta de recolección de datos

En la tabla No. 8 se puede observar que fueron 46 casos del total de pacientes con antecedente de cesárea previa correspondiente al 28% del total de casos, y de éstos 46 casos el 89% (41 casos) una cesárea previa, el 7% (3 casos) con dos previas y el 4% (2 casos) con tres cesáreas previas.

TABLA 9

Tipo de parto que finalizó la gestación en las pacientes sometidas a histerectomía obstétrica en el hospital regional de Cobán desde el 1 de enero del 2010 al 31 de diciembre del 2014.

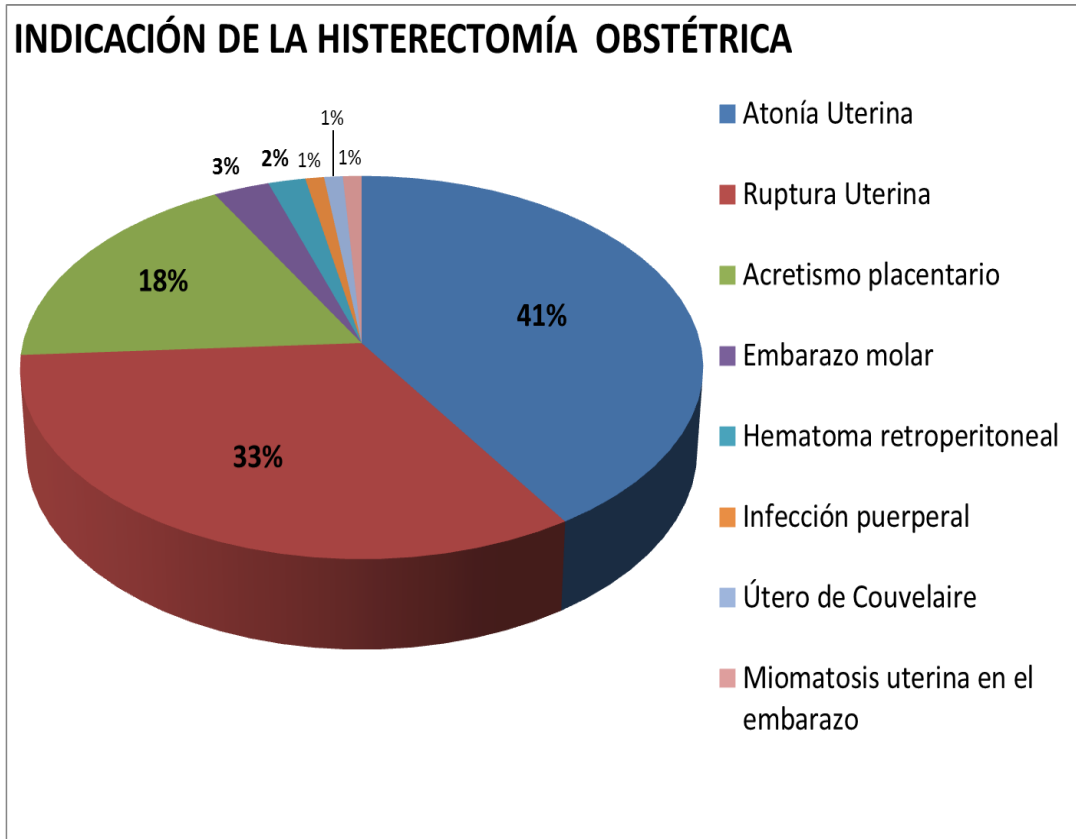
Tipo de Parto	No	%
Vaginal	30	19
Abdominal	129	81
Total	159	100

Fuente: Boleta de Recolección de datos

En la tabla No. 9 se observa que el tipo de parto en el que finalizó la gestación de la paciente sometida al procedimiento fue el 81% de tipo abdominal y solamente el 19% fue vaginal.

GRAFICA 1

Indicación de la histerectomía en las pacientes sometidas a este procedimiento en el hospital regional de Cobán desde el 1 de enero del 2010 al 31 de diciembre del 2014.



Fuente: Boleta de recolección de datos.

La grafica No 1 muestra que de las 159 pacientes a las que se les realizó histerectomía obstétrica, se observó que el 41% (66 casos) del total fue indicada por atonía uterina, seguida de un 33%(52 casos) por ruptura uterina y el 18%(29 casos) por acretismo placentario, y el 7% por causas varias, siendo éstas embarazo molar (4 casos), hematoma retroperitoneal (3 casos), útero de Couvelaire (2 casos), infección puerperal (2 casos) y miomatosis uterina (1 caso).

TABLA 10

Momento de la realización de la histerectomía obstétrica en las pacientes sometidas a este procedimiento en el hospital regional de Cobán desde el 1 de enero del 2010 al 31 de diciembre del 2014.

Momento de realización de la histerectomía obstétrica	N	%
Cesárea-histerectomía	101	64
Pos-parto	30	19
Pos-Cesárea	22	14
Pos Aborto	2	1
Por molar	4	2
Total	159	100

Fuente: Boleta de recolección de datos

En la tabla No. 10 Muestra el momento en que se realizó la histerectomía, el 64% fue realizado junto con la cesárea, y un 19% luego de haberse producido el parto vaginal, un 14% después de la cesárea, la histerectomía obstétrica como segunda intervención. El 1% después del aborto que corresponde a dos casos y cuatro casos después de un embarazo molar correspondiente al 2% del total de todos los casos.

TABLA 11

Tipo de histerectomía obstétrica realizadas a las pacientes sometidas a este procedimiento en el Hospital Regional de Cobán desde 2010 a 2014.

Tipo de Histerectomía Obstétrica	No.	%
Total	22	14
Subtotal	137	86
Total	159	100

Fuente: Boleta de recolección de datos

En la tabla No. 11 muestra el tipo de histerectomía que fue realizada, por el cirujano al momento de la intervención, siendo la histerectomía abdominal subtotal de predominio con el 93% de los casos y la histerectomía total un 14%.

TABLA 12

Complicaciones en las pacientes sometidas a histerectomía obstétrica en el hospital regional de Cobán desde el 1 de enero de 2010 al 31 de diciembre de 2014

Complicación	No	%
Anemia	159	100
Choque hipovolémico	22	14
Lesión vesical	13	8
Lesión uretral	2	1
Acidosis metabólica	4	3
Coagulación Intravascular Diseminada	5	4
Fallo ventilatorio	8	5
Falla multiorganica	3	2
Muerte	10	6
Sepsis intraabdominal	2	1
Segunda exploración	2	1
Reacción alérgica postransfusional	1	0.6
Dehiscencia de herida operatoria	1	0.6
Síndrome de respuesta inflamatoria sistémica	1	0.6
Fallo hepático	1	0.6
Falla renal	1	0.6

Fuente: Boleta de recolección de datos

En la tabla No.12 muestra que el 100% de las pacientes tuvo anemia, mientras que el shock hipovolémico lo sufrió el 14% de todas las pacientes, 13 pacientes tuvieron lesión vesical lo cual corresponde al 8% de todas las pacientes, 10 pacientes perdieron la vida lo que corresponde al 6%, 8 pacientes tuvieron fallo

ventilatorio que corresponde al 5% del total de las pacientes. Se observan 2 casos de lesión ureteral; 2 casos con segunda exploración; 2 casos con sepsis intraabdominal. Por ultimo un caso de falla renal, un caso de falla hepática, un caso de reacción transfusional, un caso de dehiscencia de herida operatoria y un caso de síndrome de respuesta inflamatoria sistémica.

TABLA 13

Transfusiones realizadas a las pacientes sometidas a histerectomía obstétrica en el hospital regional de Cobán desde 1 de enero al 31 de diciembre de 2014.

Tipo de hemoderivado transfundido	No.	%
Células empacadas + Plasma Fresco Congelado + Plaquetas	2	1
Células empacadas +Plasma Fresco Congelado	88	55
Células empacadas	64	40
Plaquetas y Células Empacadas.	1	1
Ninguno	4	3
Total	159	100

Fuente: Boleta de recolección de datos.

En la tabla No. 13 se puede observar que el 55% del total de las pacientes fue transfundida con dos tipos de hemoderivado, y el 40% solamente con un tipo y el 3% no tuvo ninguna transfusión sanguínea que corresponde a 4 pacientes y a dos pacientes fueron transfundidas con tres tipos de hemoderivado.

TABLA 14

Pacientes que utilizaron uterotonicos, sometidas a la histerectomía obstétrica en el hospital regional de Cobán desde 1 de enero al 31 de diciembre de 2014

Uso de uterotonicos	No.	%
SI	45	28%
NO	114	72%
Total	159	100%

Fuente: Boleta de recolección de datos.

En la tabla No. 14 se observa que del total de casos el 28% utilizó uterotonicos y el 72% no lo hizo.

TABLA 15

Uso de técnicas quirúrgicas para detener hemorragia en las pacientes sometidas a la histerectomía obstétrica en el hospital regional de Cobán desde 1 de enero al 31 de diciembre de 2014

Uso de técnica quirúrgica conservadora	No.	%
SI	4	3%
NO	155	97%
Total	159	100%

Fuente: Boleta de recolección de datos

En la tabla No. 15 se observa que en el 3% del total de casos se realizó técnica quirúrgica conservadora y en el 97% no.

TABLA 16

Pacientes que utilizaron unidad de cuidados intensivos, sometidas a histerectomía obstétrica en el hospital regional de Cobán desde 1 de enero al 31 de diciembre de 2014.

Utilizó Unidad de Cuidados Intensivos	No	%
Si	32	20
No	127	80
Total	159	100

Fuente: Boleta de recolección de datos.

En la tabla No. 16 muestra que el 20% de las pacientes tuvo necesidad de utilizar la unidad de cuidados intensivos lo cual corresponde a 32 pacientes del total y 127 no lo requirieron es un 80% del total de casos.

TABLA 17

Condición de egreso de las pacientes sometidas a histerectomía obstétrica en el hospital regional de Cobán desde el 1 de enero de 2010 al 31 de diciembre de 2014.

Condición de egreso	No.	%
Con vida	146	92
Sin vida	10	6
Referida	3	2
total de pacientes	159	100

Fuente: Boleta de recolección de datos

En la tabla No. 17 muestra que el 92% de los casos egreso del centro hospitalario con vida es decir 146 pacientes, mientras que el 6% perdió la vida y el 2% fue referida a otro centro hospitalario de mayor nivel de resolución.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

La histerectomía obstétrica es un procedimiento complejo y de difícil manejo, la decisión de practicarla de manera urgente reviste un gran conflicto, ya que anula permanentemente la capacidad reproductiva de la mujer, pero que al mismo tiempo puede salvarle la vida. (10)

La incidencia de dicho procedimiento la cual muestra la literatura médica oscila desde un 0.24 hasta 8.90 por mil nacimientos. (42)

La incidencia en el Hospital de Cobán, Alta Verapaz, Guatemala, es de 4.46 (0.44%) por cada 1000 partos, es decir 1 histerectomía por cada 224 partos, entra en el rango mencionado con anterioridad. Comparando los resultados encontrados en la tesis presentada por Dr. Rodas en el Hospital Roosevelt fue de 3.57 por cada mil partos. (14) Podemos ver una incidencia similar en ambos hospitales, siendo los dos, centros de referencia.

Esta incidencia es elevada si la comparamos con la encontrada en hospitales de la zona metropolitana de Washington del Distrito de Columbia, Estados Unidos el 0.85 casos por cada mil partos, cuya infraestructura y equipamiento es mejor, siendo éste un país desarrollado. (7) Mientras que en Cuba, la incidencia encontrada en el Hospital general docente Julio Trigo López fue de 2.18 por 1000 partos, a pesar de ser éste uno de los países con salud preventiva. (43)

La edad en los extremos de la vida representa un riesgo para el embarazo, el embarazo en adolescentes y pacientes mayores de 35 años aumenta la morbilidad y mortalidad en cada una de ellas. (21) Las pacientes de esta serie, mayores de 35 años fueron el 35%, y adolescentes solamente fueron el 4%, la media de la edad fue de 30.2 con un rango de 13 a 42 años. Edad similar reportada por Briceño, et al. La edad materna promedio fue 29.38 años, con rango entre 16 y 45 años. (8)

El nivel educativo tiene repercusión en los cuidados que la paciente tiene durante su embarazo, de ahí la importancia de saber si las pacientes histerectomizadas

eran alfabetas o no, sin embargo no se pudo determinar con exactitud, ya que el 54% del total de casos no tenía registrado este dato en su historia clínica.

Lo mismo sucedió con el control prenatal, el 53% de casos no se halló registro de este dato en su expediente clínico. La tasa de analfabetismo en las mujeres de Alta Verapaz es del 36.4% lugar que probablemente aún ocupa alguna de las pacientes de este estudio. (44)

La procedencia que predominó en estas pacientes fue la rural con un 81% de todas las pacientes y solamente el 19% del área urbana.

El 51% de casos llegó con referencia, es decir que ya presentaba complicación obstétrica, y el 49% del total de casos consultó directamente al Hospital Regional de Cobán.

Con respecto al número de gestación en la que se encontraba la paciente, predominó la trigesta, que correspondió al 23% del total de las pacientes, mismo dato que encontró Rodas en su estudio. (14) Le sigue la secundigesta con el 24% luego la cuatrigesta con 23%. Lo cual indica que las pacientes mientras mayor número de gestas tengan mayor será el riesgo de terminar en histerectomía obstétrica.

Es lamentable que se hayan dado 17 casos de pacientes primigestas correspondiente al 11% del total de casos, porque significa que ya no podrán tener hijos posteriormente. Este hallazgo contrasta con el de Rodríguez, et al. Donde un 65% de los casos eran primigestas. (6)

Se observó que 58 pacientes eran gran multíparas correspondientes al 36% del total de pacientes, dato importante como factor de riesgo para atonía uterina, siendo ésta una de las indicaciones más frecuentes de histerectomía obstétrica. (21)

El antecedente de cesárea, es uno de los factores predisponentes a una histerectomía obstétrica, sobre todo cuando ha ocurrido en más de dos ocasiones (19). Reveles et al, encontraron que el 72.8% de las pacientes de su estudio se les había efectuado una cesárea previa; pero éste dato contrasta con el actual estudio

porque solo el 28% de las pacientes aquí hysterectomizadas tenía antecedente de cesárea previa.

La paciente que tiene un parto por cesárea tiene 3 veces más probabilidades de ser intervenida posteriormente con hysterectomía obstétrica. (11) En la actual revisión se observó que la vía de finalización de la gestación fue el 81% de tipo abdominal. Siendo ésta la vía de mayor frecuencia que termina en hysterectomía vale la pena mencionar la complicación que surgió tras la cesárea, para que el procedimiento terminara en hysterectomía obstétrica lo cual se halló aquí, que el 42% presentó atonía uterina, 36% ruptura uterina y 14% acretismo placentario.

Por otro lado, la indicación en el total de casos incluyendo las que finalizaron vía abdominal y vaginal el 41% fue por atonía uterina, seguido del 33% por ruptura uterina y el 18% por acretismo placentario siendo éstas las tres de mayor frecuencia.

Es la atonía uterina, la primera indicación de una hysterectomía obstétrica según la literatura internacional. (12) Pero antes de llegar a este paso existen medidas de rescate, las cuales comprenden fármacos uterotónicos, ligadura o embolización de las arterias uterinas o hipogástricas, y suturas hemostáticas diversas. Cuando estas medidas tienen pocas posibilidades de éxito o cuando fallan, la hysterectomía no debe esperarse. (42)

Del total de pacientes con indicación de atonía uterina, al 68% se inició manejo farmacológico utilizando uterotonicos y el 6% utilizó además de uterotonicos las técnicas quirúrgicas, en dos casos puntos de B-Lynch y en otros dos casos ligadura de las arterias uterinas, pensando en salvar el útero, sin embargo la respuesta no fue favorable por lo que debió realizarse la hysterectomía obstétrica.

Diversos estudios han demostrado que la cesárea previa aumenta el riesgo de implantación anómala de la placenta, por lo que la indicación de la hysterectomía tiende a ser acretismo placentario. Dato que llama la atención ya que el tercer

lugar de indicación en esta revisión fue el de acretismo placentario, es decir 29 casos, pero de ellos sólo 12 tienen como antecedente cesáreas previas.

Las otras indicaciones se presentaron de forma aisladas sin dejar de ser importantes; cuatro casos por embarazo molar; tres casos por hematomas; dos casos por infección puerperal; dos casos de útero de Couvelaire y uno por miomatosis en el embarazo.

El tipo de histerectomía se puede clasificar según el momento del procedimiento y según la extensión de la resección del órgano. La cesárea-histerectomía se realizó en el 65% de las pacientes, un 18% pos-parto y un 14% como segunda intervención quirúrgica, es decir pos-cesárea; fue la histerectomía abdominal subtotal de mayor predominio, con el 93% de los casos, se opta por ésta técnica ya que es un procedimiento urgente y debe priorizarse el menor tiempo quirúrgico y la menor pérdida sanguínea, la histerectomía total fue llevada a cabo en el 14% de todos los casos.

La histerectomía obstétrica está sujeta a graves y frecuentes complicaciones derivadas del aumento de la vascularización pélvica en la paciente gravídica, a los cambios morfológicos del aparato genitourinario, del deterioro hemodinámico y de la rapidez con que debe realizarse la histerectomía. (6)

Las complicaciones más comunes que se reportan en estudios similares, describen anemia, morbilidad febril, choque hipovolémico o séptico, coagulación intravascular diseminada y lesiones de las vías urinarias. En la serie de Revelez et al, la complicación más frecuente fue la anemia en un 76,3% de las pacientes, el choque hipovolémico sucedió en 56.3%.

La coagulación intravascular diseminada es otro trastorno hemodinámico que suele aparecer predominantemente como complicación mediata, y aunque su frecuencia es baja, es una alteración que pone en riesgo la vida. (19)

En ésta revisión el 100% tuvo anemia, a pesar de que se utilizaron transfusiones de hemoderivados en un 97% de las pacientes, de las cuales al 88% fueron transfundidas células empacadas más plasma fresco congelado; y al 64% únicamente células empacadas, lo que indica que la hemorragia en las pacientes fue importante.

Otra de las complicaciones que se observó secundario a la pérdida de volumen sanguíneo fue el shock hipovolémico, lo sufrió el 14% de todas las pacientes correspondiente a 22 pacientes, el 8% tuvo lesión vesical que fue reparada oportunamente correspondiente al 13 casos y el 5% tuvo fallo ventilatorio que corresponde al 8 casos del total.

La lesión ureteral se presentó en dos casos, 2 casos con reexploración quirúrgica. Se observó un caso de falla renal, un caso de falla hepática, un caso de reacción transfusional, un caso con dehiscencia de herida operatoria y un caso de síndrome de respuesta inflamatoria sistémica.

El 20% de las pacientes hizo uso de la unidad de cuidados intensivos correspondiente a 32 casos del total y al 80% del total de casos después de la sala de recuperación fue trasladada al servicio de ginecología. Dato similar al de Casas et al, el 31.6% utilizó Unidad de Cuidado Intensivo, con un promedio de estancia de 4.17 días con un rango de 1 a 7 días. (12)

El 92% de los casos egreso del centro hospitalario con vida correspondiente a 146 pacientes a quienes se les salvó la vida, mientras que el 6% falleció y el 2% fueron referidas a otro centro hospitalario de mayor nivel de resolución. Cabe mencionar que las pacientes llegaron referidas al Hospital Regional de Cobán en un 51% lo que significó que fueron manipuladas con anterioridad, y de todas las referidas 9 perdieron la vida siendo el 11% del total de las pacientes que llegaron con referencia. El 49% del total de casos consultó sin ninguna referencia, pero que desarrollo alguna complicación que también requirió una histerectomía obstétrica y ante la hemorragia obstétrica grave, el criterio quirúrgico de la histerectomía, debe basarse en salvar la vida de la madre.

CONCLUSIONES

- La incidencia de histerectomía obstétrica en el Hospital de Cobán durante los cinco años de estudio fue de 4.46 casos por cada 1000 partos.
- La edad más frecuente que se realizó la histerectomía obstétrica fue entre 35-39 años, la procedencia de las pacientes del área rural fue mayor que la del área urbana. El 51% de las pacientes llegó referida al hospital regional de Cobán, no se pudo determinar con exactitud el alfabetismo y el control prenatal, ya que en más del 50% dichos datos no fueron registrados en expediente clínico.
- El número de gestación en la que se encontraba la paciente, de mayor frecuencia, fue el tercero, pero 17 pacientes eran primigestas. Del total de pacientes solo el 28% tenía antecedente de cesárea previa. La vía de finalización del embarazo de mayor frecuencia fue la abdominal. Y el momento en que se realizó el procedimiento fue 65% cesárea-histerectomía, pos parto el 18% y pos cesárea el 14%. Con predominio de histerectomía subtotal en el 86%.
- Las tres primeras indicaciones de la histerectomía obstétrica en las pacientes fue atonía uterina 41%, seguida de ruptura uterina 33% y acretismo placentario 18%.
- Del total de pacientes con indicación de atonía uterina, al 68% se inició manejo farmacológico utilizando uterotónicos y el 6% utilizó además de uterotónicos técnica quirúrgica conservadora, sin respuesta favorable.
- Las tres complicación más frecuentes fueron, anemia en todos los casos, seguida del choque hipovolémico en 22 casos y lesión vesical en 13 casos.
- El 97% de las pacientes recibió transfusión sanguínea, el 20% utilizó la unidad de cuidados intensivos y del total de pacientes intervenidas el 92% egresó con vida, el 6% falleció y el 2% fue referida a otro centro hospitalario de mayor capacidad resolutive.

RECOMENDACIONES

- Promocionar programas en el primer nivel de atención en salud que explique a la paciente gestante los riesgos y complicaciones que puede sufrir al no tener un control prenatal adecuado.
- Capacitar a las comadronas para que reconozcan los signos de peligro en las embarazadas para que las pacientes puedan ser tratadas en el servicio de salud más capacitado.
- Promover métodos de planificación familiar a toda la población, por parte de salud pública y otras organizaciones.
- Realizar la coordinación con los centros que refieren a las pacientes al hospital, para que se evite la demora en el tratamiento de la paciente.
- Fomentar el registro adecuado de los datos de las pacientes en el expediente por parte del personal médico al momento de realizar la historia clínica, describir todos los procedimientos realizados con la paciente.
- Realizar cursos de capacitación de los diferentes procedimientos quirúrgicos conservadores.
- Dar seguimiento a las pacientes en consulta externa, e iniciar un plan en el departamento de psicología con el fin de brindar apoyo a la paciente histerectomizada brindando atención periódica sobre el estado anímico de la paciente.
- Aumentar la cantidad de médicos ginecólogos de guardia, de parte del ministerio salud pública para los hospitales de referencia, como el Hospital Regional de Cobán.

BIBLIOGRAFÍA

1. *Histerectomía Obstétrica*. Faneite P, Rivera C, Faneite J. 68, Venezuela : Rev Obstet Ginecol, 2008.
2. *Obstetricia Histerectomía obstétrica de urgencia*. Orestes R, Sotolongo A, Suárez A, Muñiz M. 3, Cuba : s.n., 2009, Vol. 35.
3. *Histerectomía obstétrica en el Hospital de la Mujer*. Mendoza A, Pichardo M, Moreno J, Naranjo L, Ramírez M, Contreras N. 3, México : Rev Invest Med Sur Mex, 2011, Vol. 18.
4. *Comportamiento epidemiológico de la Histerectomía Obstétrica*. Nodarse A, Capote R, Cuevas E, Borrego J, Martínez I, Couret M. 2, La Habana, Cuba. : Rev Cubana de Obstetricia y Ginecología, 2013, Vol. 39.
5. *Histerectomía Periparto Urgente: una revisión de 10 años en el Hospital Royal de la mujer, Sydney*. Awan N, Bennett MJ, Walters WA. 3, Sydney, Australia : Aust Z J Obstet Gynaecol, 2011, Vol. 51.
6. *Histerectomía periparto en el Hospital General Universitario de Elche*. Rodriguez J, Motellon A, Millá A, Sanchez L, Gomez J, Oltra M, Gomez E. España : Elsevier, 2013.
7. *Incidencia y determinantes de Histerectomía periparto in el area metropolitana del Distrito de Columbia*. Owalabi M, Blake R, Mayor M, Adegbulugbe H. 3-4, Washington, DC, USA. : J Reprod Med, 2013, Vol. 58.
8. *Histerectomía obstétrica: análisis de 15 años*. Briceño C, Briceño L, García S, Jaimes T, Briceño J. 2, Maracaibo, Venezuela : Revi Obstet Ginecol Venez., 2009, Vol. 69.
9. *Histerectomía Periparto de Emergencia*. S., Ehtisham. 4, Karachi, Pakistan : Pak J Surg, 2011, Vol. 27.
10. *Factores de riesgo asociados a Histerectomía periparto urgente*. Jin R, Guo Y, Chen Y. 5, Shanghai : Rev Chin Med J (Engl), 2014, Vol. 127.
11. *La Histerectomía Obstetrica Como Problema Vigente*. Aguilar S, Safora O, Rodriguez A. 1, Cuba : Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología, 2012, Vol. 38.
12. *Frecuencia, Indicaciones y Complicaciones de la Histeréctomía Obstétrica en el Hospital Universitario San José de Popayán, 2006-2010*. Casas R, Pérez I, Chicangana G. 2, Colombia : Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología, 2013, Vol. 64.
13. *Hysterectomy Obstetrical Emergency In The Regional Hospital Of West: Impact And Associated Factors*. Montoya C, Claudino C. 2, Honduras : Rev Med Hondur, 2014, Vol. 82.

14. *Caracterización de las pacientes con histerectomía obstétrica*. Leopoldo, Rodas. Guatemala : s.n., 2012.
15. *Perfil Epidemiológico de Pacientes Sometidas a Histerectomía Obstétrica*. C., Maldonado E. Aguilar. Ciudad Capital, Guatemala : s.n., 2015.
16. L. Cabero, D. Saldívar. *Operatoria Obstétrica: Una Vision Actual*. México : Médica Panamericana, 2009.
17. J. Usandizaga. *Tratado de Obstetricia y Ginecología*. Madrid : McGraw-Hill, Interamericana, 2004. 9788448601744.
18. *Indicaciones de Histerectomía Obstétrica en el Hospital de Ginecología y Obstetricia del Instituto Materno Infantil del Estado de México del 2007 al 2008*. Ramos R, Ramírez G, Hurtado G. 1, México : s.n., 2010, Vol. II.
19. *Histerectomía obstétrica: incidencia, incicaciones y complicaciones*. Reveles J, Villegas G, Hernández S, Grover F, Hernández C, Patiño A. 3, México : Rev Ginecol Obstet, 2008, Vol. 76.
20. C, Miranda Yampenta. *Impacto de la Histerectomía e la calidad de vida de las pacientes entre 35 a 55 años de Edad Del Servicio de Geinecología y Obstetricia del Hospital Alfredo Noboa Montenegro durante el período Febrero-Agosto 2012*. Ecuador : s.n., 2013.
21. Cunningham F, Levino K, Bloom S, Hauth J, Rouse D, Spong C. *Williams Obstetricia*. México : McGraw-Hill, 2011. 978-607-15-0463-0.
22. *Rotura Uterina*. Castro E, Díaz A. 4, México : Revista de Ginecología Obstetrica Mexicana, 2010, Vol. 78.
23. *Actualidad en el Diagnóstico y Manejo Del Acretismo Placentario*. Dueñas O, Rico H, Rodriguez M. 4, Chile : s.n., 2007, Vol. 72.
24. G, Vergara. *Placenta Previa*. 2009.
25. *Hemorragia Obstétrica en la Segunda Mitad del embarazo*. Arce R, Calderón E, Cruz P, Díaz M, Medécigo A, Torres L. 6, Distrito Federal, México : Revista Médica Insittuto Mexicano de Seguro Social, 2012, Vol. 50.
26. *Diagnosis and management of placenta previa*. L, Oppenheimer. 29, s.l. : J Obstet Gynaecol Can, 2007, Vol. 3.
27. *Hemorragia Puerperal*. Ortíz A, Miño L, Ojeda P, Medina E. 206, Universidad Nacional del Nordeste : Revista de Posgrado , 2011.
28. *Abscesos mimoetriales múltiples*. Angel E, Sanchez L,. 2, Colombia : Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología, 2005, Vol. 56.

29. *Antibioticoterapia en corioamnionitis*. Venegas M, Díaz A, Paredes A. 1, Santiago de Chile : Revista obstetrica-ginecologica. Hospital Santiago Oriente Dr. Luis Tisné Brousse., 2013, Vol. 8.
30. *Diagnostico y Tratamiento De La Corioamnionitis*. F., Espitia De La Hoz. 3, Colombia : Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología, 2008, Vol. 59.
31. *Clinical Management Guidelines for Obstetrician-Gynecologists, Postpartum hemorrhage Obstet Gunecol*. ACOG, American Collage of Obstetricians and Gynecologists. 108, 2006, Vol. 4.
32. *Manual de Código Rojo, Manejo de Hemorragia Obstétrica*. Social, Ministerio de Salud Pública y Asistencia. Guatemala : s.n., 2014, Vol. 2.
33. *Prevention and treatment of postpartum hemorrhage in low-resource settings*. Obstetrics, International Federation of Gynecology and. 117, s.l. : Int J Gynaecol Obstet, 2012, Vol. 2.
34. Rock, Te Linde. *Ginecología quirúrgica*. 10a edición. Argentina : Panamericana, 2010.
35. *Shock hemorrágico en obstetricia*. E., Malvino. Argentina : Obstetricia crítica, 2010.
36. *Disseminated intravascular coagulation*. J., Paramo. 20, Navarra, España : Elsevier, 2006, Vol. 127.
37. Cabrera L, Saldivar D, Cabrillo E. *Obstetricia y Medicina Materno-Fetal*. Buenos Aires Argentina : Médica Panamericana, 2007.
38. *Lesiones urológicas posthisterectomía en el Centro Medico ABC*. Matute-Labrador A, Rodríguez-Martínez. 4, Ciudad de México : s.n., 2010, Vol. 55.
39. *Efectos adversos en la intervención de la histerectomía*. Valle L, Seara S, García J.A. 4, España : Revista Calidad Asistencial, 2003, Vol. 20.
40. M., Yanzapanta. *Impacto De La Histerectomía En La Calidad De Vida*. Ecuador : Universidad Técnica de Ambato, Ciencias de la Salud, 2013.
41. *Histerectomía*. Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología. Washington, DC : s.n., 2010. 1074-8601.
42. *Emergency peripartum hysterectomy: Incidence, indications, risk factors and autocom*. SML, Machado. 358, s.l. : N Am J Med Sci, 2011, Vol. 3.
43. *Histerectomía puerperal, estudio de 14 años*. Fuentes L, Enriquez B. La Habana, Cuba : s.n., 2005.
44. *Cifras Para el Desarrollo Humano Alta Verapaz*. (PNUD), Informe Nacional Para el Desarrollo Humano. 1500, Guatemala : s.n., 2011, Vol. 16. 978-9929-8097-5-8.

45. *Consideraciones sobre algunos aspectos del embarazo ectópico*. JL, Pérez Salazar. 6: , México : s.n., 2011, Vol. 79. 391.
46. *Tratamiento quirúrgico mediante histerectomía de un embarazo ectópico cervical*. Bueno G, Martínez-Gómez, Pascual A, Martínez-Cabañero, García-Garrido, Tello A, González G. 4, Albacete, España : Revista de Ginecología y Obstetricia, Elsevier, 2008, Vol. 35.
47. *Guía de Práctica Clínica sobre la atención al parto normal*. normal., Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la atención al parto. 01, España : Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia, Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco, 2010, Vol. 2009. 978-84-475-3090-4.
48. *Guía para la atención de las principales emergencias obstétricas*. Fescina R, De Mucio B, Ortiz E, Jarquin D. Montevideo : CLAP/SMR Publicación científica, CLAP/SMR, OPS/OMS, 2012. 978-92-75-31720-4.
49. *Significado de la Histerectomía en mujeres en edad reproductiva por complicacione del parto: una visión sociocultural*. Cuamatzi M, Villela M. 1, México : Revista CONAMED, 2009, Vol. 14.
50. *V Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 2008-2009*. Guatemala : s.n., 2009.
51. Isabel, Díaz Ruiz María. *Adaptación de la Conducta en Mujeres Sometidas a Histeréctomia*. Quetzaltenango, Guatemala : s.n., 2013.