



# **ESCUELA SUPERIOR POLITÉCNICA DE CHIMBORAZO**

## **FACULTAD DE SALUD PÚBLICA**

### **CARRERA DE MEDICINA**

#### **“PERFIL CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES SOMETIDAS A HISTERECTOMÍA OBSTÉTRICA, HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DOCENTE RIOBAMBA ENERO 2015 – JUNIO 2019”**

#### **TRABAJO DE TITULACIÓN**

#### **TIPO: Proyecto de investigación**

Presentado para obtener el grado académico de

#### **MÉDICO GENERAL**

#### **AUTORES:**

**KAREN MARGARITA AMORES NARANJO**

**LIZBETH GABRIELA BUÑAY CORO**

**Riobamba – Ecuador**

**2019**

**@Karen Margarita Amores Naranjo, Lizbeth Gabriela Buñay Coro**

Nosotros, Karen Margarita Amores Naranjo; Lizbeth Gabriela Buñay Coro en calidad de autores del trabajo de investigación con título “Perfil Clínico-Epidemiológico de Pacientes Sometidas a Histerectomía Obstétrica Hospital Provincial General Docente Riobamba, Enero 2015 – Junio 2019”, declaramos que la presente obra es original en su forma y no infringe el derecho de autor de terceros.

Como autores, asumimos toda la responsabilidad legal que pudiera presentarse sobre los contenidos de este Trabajo de Titulación.

Riobamba, 10 de Octubre 2019

---

Karen Margarita Amores Naranjo

C.C: 180446444-2

---

Lizbeth Gabriela Buñay Coro

C.C: 060474065-4

**ESCUELA SUPERIOR POLITÉCNICA DE CHIMBORAZO**  
**FACULTAD DE SALUD PÚBLICA**  
**CARRERA DE MEDICINA**

EL TRIBUNAL DEL TRABAJO DE LA TITULACIÓN CERTIFICA QUE: **El Trabajo de Titulación modalidad: Trabajo de Investigación** titulado “PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES SOMETIDAS A HISTERECTOMÍA OBSTÉTRICA HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DOCENTE RIOBAMBA, ENERO 2015 – JUNIO 2019”, de responsabilidad de las señoritas Karen Margarita Amores Naranjo y Lizbeth Gabriela Buñay Coro ha sido minuciosamente revisando por los Miembros del Tribunal del trabajo de titulación, quedando autorizada su presentación.

**Dr. Lino Arturo Rojas Pérez**

**PRESIDENTE DEL TRIBUNAL**

\_\_\_\_\_  
**FIRMA**

**Dr. Jorge Eduardo Granizo Lara**

**DIRECTOR DEL TRABAJO  
INVESTIGACIÓN**

\_\_\_\_\_  
**FIRMA**

**Dr. Diego Rodrigo Arévalo Villa**

**MIEMBRO DEL TRIBUNAL**

\_\_\_\_\_  
**FIRMA**

Riobamba, 10 de octubre 2019

## **DEDICATORIA**

A nuestras familias por ser el soporte y apoyo durante todo el transcurso del cumplimiento de este sueño. A nuestro tutor por la comprensión, tiempo y guía que ha sido para la realización de este trabajo.

## **AGRADECIMIENTO**

Queremos agradecer a nuestros formadores quienes han sido pilar fundamental para nuestro desarrollo ya que han sembrado en nosotros sus conocimientos y sabiduría con el fin de vernos superarnos constantemente.

A nuestras familias y amigos que son parte de esta travesía, han llegado a ser parte fundamental para que podamos llegar a este punto.

Esta nueva meta es en gran parte gracias a ustedes, hemos logrado concluir con éxito.

## TABLA DE CONTENIDO

<b>RESUMEN</b> .....	xi
<b>SUMMARY</b> .....	xii
<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	1
<b>JUSTIFICACIÓN</b> .....	2
<b>PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b> .....	4
<b>OBJETIVOS</b> .....	5
<b>CAPÍTULO I</b>	
<b>1. MARCO TEÓRICO REFERENCIAL</b> .....	6
<b>1.1. Antecedentes</b> .....	6
<b>1.2. Hemorragia post-parto</b> .....	7
<i>1.2.1. Causas</i> .....	7
<i>1.2.2. Prevención de la hemorragia post-parto</i> .....	7
<i>1.2.3. Diagnóstico de hemorragia post-parto</i> .....	8
<b>1.3. Índice de choque</b> .....	8
<b>1.4. Manejo de HPP</b> .....	9
<b>1.5. Definición</b> .....	10
<b>1.6. Epidemiología en Ecuador</b> .....	10
<b>1.7. Tipos de histerectomía</b> .....	10
<i>1.7.1. Incidencia</i> .....	11
<b>1.8. Causas de histerectomía obstétrica</b> .....	12
<b>1.9. 2 casos (1%)</b> .....	13
<b>1.10. Factores predisponentes</b> .....	13
<i>1.10.1. Complicaciones</i> .....	14
<b>1.11. 10 casos (6%)</b> .....	15
<b>1.12. Definiciones</b> .....	15
<i>1.12.1. Defunción materna</i> .....	15

1.12.2.	<i>Defunciones Obstétricas directas</i> .....	15
1.12.3.	<i>Defunciones Obstétricas Indirectas</i> .....	15
1.12.4.	<i>Cesárea</i> .....	16
1.12.5.	<i>Atonía Uterina</i> .....	16
1.12.6.	<i>Placenta previa</i> .....	16
1.12.7.	<i>Acretismo placentario</i> .....	16

## **CAPÍTULO II**

2.	<b>MARCO METODOLOGÍA</b> .....	17
2.1.	<b>Diseño del estudio</b> .....	17
2.1.1.	<i>Tipo</i> .....	17
2.1.2.	<i>Área de estudio</i> .....	17
2.1.3.	<i>Población</i> .....	17
2.1.4.	<i>Criterios de inclusión y exclusión</i> .....	18
2.1.5.	<i>Método de recolección de datos</i> .....	18
2.1.6.	<i>Método de análisis de datos</i> .....	19
2.1.7.	<i>Resultados esperados</i> .....	19

## **CAPITULO III**

3.	<b>MARCO DE RESULTADOS</b> .....	21
3.1.	<b>Análisis de resultados</b> .....	21
3.2.	<b>Discusión</b> .....	36

	<b>CONCLUSIONES</b> .....	42
--	---------------------------	----

	<b>RECOMENDACIONES</b> .....	43
--	------------------------------	----

## **BIBLIOGRAFÍA**

## **ANEXOS**



## ÍNDICE DE TABLAS

<b>Tabla 1-1:</b> Diagnostico hemorragia post parto.....	8
<b>Tabla 2-1:</b> Toma de decisión quirúrgica .....	9
<b>Tabla 3-1:</b> Histerectomía de acuerdo al modo de parto .....	12
<b>Tabla 4-1:</b> causas de la histerectomía obstétrica .....	12
<b>Tabla 5-1:</b> Factores de riesgos .....	13
<b>Tabla 6-1:</b> Complicaciones .....	14
<b>Tabla 7-1:</b> Resultados esperados.....	19
<b>Tabla 1-3:</b> Gestas previas.....	26
<b>Tabla 3-3:</b> Intervalo Inter-genésico .....	27
<b>Tabla 4-3:</b> Controles Prenatales .....	27
<b>Tabla 5-3:</b> Patologías durante el embarazo .....	28
<b>Tabla 6-3:</b> Días de hospitalización.....	30
<b>Tabla 7-3:</b> Intervalo de tiempo desde la activación de la clave roja hasta histerectomia.....	31
<b>Tabla 8-3:</b> Uso Bomba de Oxitocina.....	32
<b>Tabla 9-3:</b> Misoprostol.....	32
<b>Tabla 10-3:</b> Metilergonovina .....	33
<b>Tabla 11:</b> Ácido Tranexámico.....	33
<b>Tabla 12-3:</b> Balón Intrauterino.....	33
<b>Tabla 13-3:</b> Traje Antishock .....	34

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

<b>Gráfico 1-1:</b> Manejo HPP .....	9
<b>Gráfico 1-3:</b> Realización de la histerectomía .....	21
<b>Gráfico 2-3:</b> Edad de gestantes .....	22
<b>Gráfico 3-3:</b> Estado civil .....	22
<b>Gráfico 4-3:</b> Auto identificación étnica .....	23
<b>Gráfico 5-3:</b> Nivel de educación .....	23
<b>Gráfico 6-3:</b> Lugar de procedencia .....	24
<b>Gráfico 7-3:</b> Antecedentes patológicos personales .....	24
<b>Gráfico 8-3:</b> Cirugías gineco-obstétricas previas .....	25
<b>Gráfico 9-3:</b> Cesáreas anteriores .....	27
<b>Gráfico 10-3:</b> Interrupción en el embarazo actual .....	29
<b>Gráfico 11-3:</b> Indicaciones para histerectomía .....	29
<b>Gráfico 12-3:</b> Shock .....	30
<b>Gráfico 13-3:</b> Número de pacientes globulares .....	31

## ÍNDICE DE ANEXOS

**Anexo A:** Formulario de recolección de datos

## **RESUMEN**

El presente trabajo de investigación tuvo como objetivo realizar el estudio observacional descriptivo retrospectivo de la información que se obtuvo del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Provincial General Docente Riobamba. Se consta con 49 pacientes que fueron sometidas a histerectomía obstétrica en el Hospital Provincial General Docente Riobamba durante el periodo ENERO 2015 – JUNIO 2019. El programa elegido fue el SPSS 25.0 para la organización y análisis requerido. En total se registraron 49 pacientes sometidas a histerectomía obstétrica en los últimos 4 años 6 meses. Encontrándose una incidencia de 2,42 por cada 1000 casos obstétricos, con un total de 20150 nacidos vivos en 4 años 6 meses, dato que está dentro del rango de incidencia a nivel mundial. El 61,22% de pacientes presentaron parto normal, el 22,45% fueron embarazos molares por lo que la forma de interrupción del embarazo no aplica. El 36.73% se realizó en pacientes de 31 a 37 años. Los diagnósticos principales fueron 38,78% por atonía uterina, el 26,53% por embarazo molar y el 22,45% por acretismo placentario. En esta casa de salud en ningún caso se aplicó el uso de suturas hemostáticas como medida terapéutica previa a la histerectomía El 57,1% requirió transfusión sanguínea. No se reportaron complicaciones durante el acto quirúrgico. No se registraron muertes maternas. Se concluye que la histerectomía obstétrica, aunque no es frecuente se considera una práctica quirúrgica emergente con el fin de salvaguardar la vida materna.

**Palabras clave:** <HISTERECTOMÍA OBSTÉTRICA>, <ATONÍA UTERINA>, <EMBARAZO MOLAR>, <ACRETISMO PLACENTARIO>, <PARTO NORMAL>.

## **SUMMARY**

The purpose of this research work was to carry out the retrospective descriptive observational study of the information obtained from the Gynecology and Obstetrics Service of the Riobamba General Teaching Provincial Hospital during the period JANUARY 2015 -JUNE 2019. "The program chosen for the organization and analysis required was SPSS 25.0. In total, 49 patients underwent an obstetric hysterectomy in the last 5 years, finding an incidence of 2.42 per 1000 obstetric cases, with a casuistry of 20150 obstetric events in five years, data that is within the range of incidence worldwide. Patients presented normal birth, 22.45% were molar pregnancies due to that the way of the end of pregnancy does not apply, 36.73% was performed in patients aged 31 to 37. The main diagnoses were 38.78% due to uterine atony, 26.53% due to molar pregnancy and 22.45% due to placenta accreta. In this health house, in no case was the use of hemostatic sutures c as a therapeutic measure before hysterectomy, 57, 1% required a blood transfusion. No complications were reported during the surgical procedure. No maternal deaths were recorded. It is concluded that obstetric hysterectomy, although not frequent, is considered an emerging surgical practice to safeguard maternal life.

**Keywords:** <OBSTETRIC HYSTERECTOMY>, <UTERINE ATONY>, <MOLAR PREGNANCY>, < PLACENTA ACCRETA >, <NORMAL BIRTH>.

## INTRODUCCIÓN

La histerectomía obstétrica es la exéresis total o parcial del útero en el periodo de anteparto, postparto, postcesárea inmedata o durante el puerperio (Juárez et al. 2012) que se realiza para resolver distintas complicaciones que ponen en peligro la vida de las pacientes; es considerada como una cirugía de urgencia vital ya que se aplica cuando los métodos convencionales para lograr hemostasia, tales como: uso de uterotónicos, ácido tranexámico, masaje bimanual, colocación de balón intrauterino, suturas hemostáticas, ligadura arterial pélvica de arterias uterinas o hipogástricas; han fracasado, (Ramírez Cabrera et al. 2017) dicha intervención da como resultado la pérdida de fertilidad además de asociarse con una morbilidad y mortalidad maternas significativas (Wright et al. 2013).

La epidemiología de la histerectomía obstétrica es variable, varios autores reportan entre 5 a 15 por cada 1000 eventos obstétricos (Vega M. et al. 2017), (Calvo Aguilar et al. 2016). En otros estudios se reporta que en Estados Unidos de Norte América la incidencia es de 1.3 -1.5%, en países orientales como: Shangai es de 0.54% y 0.36% en Taiwán, mientras que a nivel de América Latina el porcentaje incrementa, en México es de 1.72%, Venezuela con 0,16% a 0,7% . (Fernández-Lara et al. 2017)

Existe una amplia variedad de causas que motiven a su realización, tales como: la hemorragia post parto ya sea por: atonía uterina, acretismo placentario, placenta previa, ruptura uterina, embarazo ectópico, inversión uterina y también en casos de sepsis (Fernández-Lara et al. 2017); siendo la hemorragia post parto la primera de ellas. En el Ecuador la hemorragia post parto es la segunda causa más importante de mortalidad en mujeres, y es considerada también la causa de muerte evitable más frecuente en madres en todo el mundo. (MSP 2013)

En nuestro medio no escapamos de esta problemática, por tanto nuestro estudio aportaría a la identificación de factores de riesgo modificables que conllevan a la histerectomía obstétrica con el fin que se establezcan medidas preventivas para la disminución de su incidencia, además de concientizar al profesional médico a la realización de la misma como último recurso terapéutico.

## JUSTIFICACIÓN

A diario mueren 830 mujeres aproximadamente debido a causas prevenibles afines con el embarazo y el parto, un 99% de estas muertes se presentan en países en vías de desarrollo, con mayor predominio en zonas rurales y de bajos recursos económicos. (OMS 2018) Mismas regiones que se caracterizan por alto índice de multiparidad y gestaciones múltiples asociándose directamente con mayor riesgo de sufrir un sangrado después del parto. (PUND 2018) Siendo la hemorragia post parto causa principal de muerte materna e indicación fundamental para realización de histerectomía obstétrica en muchos casos. (MSP 2013)

En América Latina se estima que el 8.2% de las mujeres parturientas requerirán transfusiones sanguíneas por padecer Hemorragia Post-parto (HPP) grave. (PUND 2018)

La mortalidad materna en Ecuador se considera un problema de salud pública según el reporte epidemiológico del año 2019, se han notificado 76 muertes maternas de estas el 81.6% son antes de los 42 días del puerperio y el 18.4% son muertes maternas tardías posteriores a los 42 días terminado el puerperio; haciendo una comparación de las muertes maternas del año 2019 con el 2018 hay una disminución del 7,5%; las causas primordiales de muerte materna durante este periodo son: trastornos hipertensivos durante el embarazo con 27,4%; hemorragia obstétrica con un 21% y causas indirectas con un 19,35% . Las provincias que reportan más casos de muerte materna son: Guayas con 26 casos, Azuay 6 casos, Manabí 5 casos y Loja con 5 casos. La zona 3 con un 8.06% que representa 5 muertes maternas; las cuales suscitaron: 3 en Tungurahua, 1 en Chimborazo y 1 en Pastaza. (MSP 2019)

La atención de calidad brindada por profesionales capacitados durante el embarazo y el parto puede reducir de gran manera la tasa de mortalidad materna, a pesar de esto, a nivel global solo el 64% de mujeres embarazadas reciben 4 controles prenatales a lo largo del mismo (Organización Panamericana de la Salud 2016)

La mayoría de muertes maternas se presentan en mujeres que habitan en zonas rurales o urbano-marginales, las mismas que carecen de servicios básicos, como saneamiento ambiental, vías de acceso precarias y falta de unidades educativas. (MSP 2017)

El Hospital Provincial General Docente de Riobamba es un establecimiento del Ministerio de Salud Pública de segundo nivel de referencia regional, aquí acuden pacientes de bajos recursos económicos y de áreas rurales donde la atención medica es deficitaria en el primer nivel. Las pacientes llegan en condiciones de riesgo de muerte por falta de atención y por la primera y la segunda demora, lo que obliga a tomar medidas heroicas para salvar la vida de la paciente, entre estas se encuentra la histerectomía de las regularmente usadas.



## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

La mortalidad materna es considerada un problema de salud pública, cuyas causas son evitables en su mayoría; tiene una gran prevalencia en países subdesarrollados siendo más vulnerables las mujeres de bajos recursos económicos, siendo un indicador de inequidad social. (Organización Panamericana de la Salud 2016)

A nivel global alrededor de 800 mujeres fallecen por causas prevenibles vinculadas con el embarazo, parto y puerperio, de las cuales un 99% de los casos ocurren en países en vía de desarrollo (MSP 2017), además solo el 56% de los partos a nivel rural son atendidos por profesionales de salud capacitados, aumentando así el riesgo de mortalidad materna; como respuesta a esta problemática organizaciones internacionales han visto la necesidad de establecer políticas y estrategias con el fin de intervenir de manera colectiva y obtener mejores estándares de salud. (PUND 2018)

La creación de los objetivos del desarrollo sostenible incluye garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos en todas las edades, proponiendo como metas reducir la tasa mundial de mortalidad materna para el 2030 a menos de 70 por cada 100000 nacidos vivos. El Ecuador como miembro de Programa de las Naciones para el Desarrollo (PNUD) se integra al cumplimiento de estas metas para lograr un desarrollo humano sostenible. (PUND 2018)

A nivel nacional se reporta que en los últimos cinco años la variabilidad de la muerte materna es mínima; siendo así que el 2014 hubo 166 casos; en el 2015 150 casos; 2016 133 casos y 2017 se reportan 143 casos. Con este antecedente se crea la estrategia alarma materna con el fin de establecer esquemas operativos de base científica sólida para estipular riesgo y manejo ante una emergencia obstétrica y disminuir la tasa de morbimortalidad ya mencionadas. (MSP 2017)

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo general**

Caracterizar el perfil clínico-epidemiológico de histerectomía obstétrica en el Hospital Provincial General Docente Riobamba en periodo enero 2015- junio 2019

### **Objetivos específicos**

- Identificar los indicadores socio-económicos de mujeres sometidas a histerectomía obstétrica.
- Reconocer los factores de riesgo obstétrico antepartum y peripartum asociados a la toma de decisión de realizar una histerectomía obstétrica de emergencia
- Reconocer la terapéutica convencional previa a la histerectomía obstétrica
- Especificar las indicaciones de histerectomía obstétrica.

# CAPÍTULO I

## 1. MARCO TEÓRICO REFERENCIAL

### 1.1. Antecedentes

La primera histerectomía se lleva a cabo en el año de 1768 por Joseph Covallini en Florencia-España quien manifestó que el útero era un órgano innecesario para la vida corroborando dicha hipótesis mediante la realización de cesárea-histerectomía en animales, no llegando a su práctica en personas. En 1869 Horacio Storer es el pionero en llevar esta técnica en una mujer gestante con antecedente de tumor, lamentablemente no fue exitosa ya que la paciente no sobrevivió.

Por otra parte la primera histerectomía obstétrica con éxito registrada a lo largo de la historia fue realizada en Pavia-Italia en el año de 1876 por el obstetra Eduardo Porro con el fin de controlar una hemorragia post cesárea realizada a una paciente enana primigesta por distocia de presentación (podálico), teniendo un resultado favorable de la misma y del producto; la introducción de dicha técnica redujo la mortalidad materna en un 58% en esa época, dando lugar a la búsqueda de optimización de la técnica.

En el siglo XX se inicia una nueva era para la histerectomía, con mejora de la técnica tanto quirúrgica, como anestésica (Secretaría de Salud 2010).

Esta técnica quirúrgica ha perdurado durante 130 años y su realización persistirá como cirugía de emergencia ante la falla de métodos convencionales y técnicas menos invasivas tales como: Sutura hemostática de B-Lynch, ligadura de arterias uterinas, ligadura de arterias útero-ováricas, en el tratamiento de hemorragia post- parto.

Dicho procedimiento puede justificarse en situaciones posteriores a cesárea, parto vaginal, legrado o en el periodo de puerperio mediato o tardío (Cifuentes 2007)

## **1.2. Hemorragia post-parto**

Es una de las principales causas de morbi-mortalidad materna especialmente en países en vías de desarrollo; se considera hemorragia post parto a la pérdida cuantiosa de sangre en parto eutócico mayor o igual a 500 ml y en cesárea mayor o igual a 1000 ml, o cualquier cantidad que produzca inestabilidad hemodinámica. (Centro Nacional de Excelencia en Salud 2017)

Una hemorragia activa incoercible provoca choque hipovolémico y por ende una disminución del aporte de oxígeno a los tejidos; la profundidad y el tiempo del cuadro llevan a la instauración de la triada de la muerte: hipotermia, acidosis metabólica y coagulopatía. (MSP 2016)

### **1.2.1. Causas**

- Tono: atonía uterina siendo la causa más prevalente de hemorragia post-parto, representando un 70%
- Trauma: lesiones a nivel de: vagina, cérvix y ruptura uterina, su frecuencia es del 20%.
- Tejido: retención de placenta y/o membranas, 10%
- Trombina: coagulopatías hereditaria o adquirida, <1% (MSP 2013)

### **1.2.2. Prevención de la hemorragia post-parto**

El manejo activo en el tercer período de parto es la técnica más efectiva para la prevención en un 60% de la Hemorragia Post-parto, reduciendo así también el requerimiento de transfusiones sanguíneas y anemia post-parto este consiste en tres pasos:

1. Administración de uterotónicos durante el primer minuto posterior al nacimiento del producto:

- Oxitocina 10 unidades internacionales intramuscular; en caso de no contar con esta se utiliza Misoprostrol 600 microgramos vía oral.
  - Ergometrina 0.2 miligramos intramuscular.
2. Tracción y contracción del cordón umbilical: una vez que este ha dejado de latir ó a los 2 o 3 minutos del parto.
  3. Masaje uterino posterior a la expulsión completa de la placenta, disminuyendo el riesgo de sangrado. En las dos primeras horas se debe realizar vigilancia estricta para la valorar la involución uterina adecuada (MSP 2013) (Doumouchtsis y Arulkumaran 2016)

### 1.2.3. Diagnóstico de hemorragia post-parto

**Tabla 1-1:** Diagnóstico hemorragia post parto

Pérdida de volumen en % y ml (mujer de 50-70 kg)	Sensorio	Perfusión	Pulso	Presión Arterial sistólica (mm/Hg)	Grado del choque	Trasfusión
10-15% 500-1000 mL	Normal	Normal	60-90	>90	Ausente	Usualmente no requerida
16-25% 1000-1500 mL	Normal y/o agitada	Palidez, frialdad	91-100	80-90	Leve	Posible
26-35% 1501-2000 mL	Agitada	Palidez, frialdad, más sudoración	101-120	70-79	Moderado	Usualmente requerida
>35% >2000 mL	Letárgica o inconciente	Palidez, frialdad, más sudoración y llenado capilar > 3 segundos	>120	<70	Severo	Trasfusión masiva probable

**Fuente:** (Organización Panamericana de la Salud, Centro Latinoamericano de Perinatología y Salud de la Mujer y Reproductiva (CLAP) 2019)

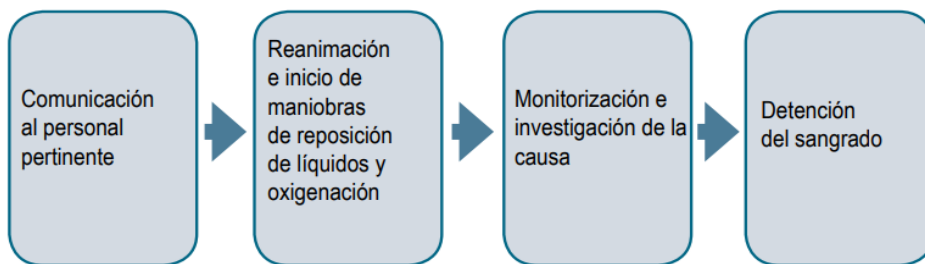
### 1.3. Índice de choque

Es una manera rápida y eficiente de calcular la severidad de choque, es el cociente de la frecuencia cardiaca sobre la presión arterial sistólica, definiéndose un rango entre 0,7 y 0,9 como normal,

por lo tanto valores que superen el 0,9 indican que la paciente puede padecer HPP masiva. Este sencillo pero eficiente cálculo ayuda al profesional de la salud a tomar decisiones oportunas en cuanto a la transfusión de hemoderivados. (MSP 2013)

#### 1.4. Manejo de HPP

Una vez diagnosticada la HPP se deben seguir secuencialmente una serie de pasos:



**Gráfico 1-1:** Manejo HPP

Fuente: (MSP 2013)

En caso de que la HPP no responda al tratamiento se recomienda manejo quirúrgico:

**Tabla 2-1:** Toma de decisión quirúrgica

Toma de decisión quirúrgica		
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Examen bajo anestesia</li> <li>2. Reparación de desgarros</li> </ol>	<p>La elección del procedimiento más adecuado para reducir el sangrado dependerá de la experiencia del equipo quirúrgico:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sutura hemostática de B-Lynch</li> <li>• Ligadura de arterias uterinas</li> <li>• Ligadura de arterias útero-ováricas</li> <li>• Histerectomía</li> </ul>	<p>La <b>histerectomía</b> es la opción más segura para personal poco entrenado o cuando fallan las ligaduras vasculares y puntos hemostáticos.</p>

Fuente: (MSP 2013)

## **1.5. Definición**

Se denomina histerectomía obstétrica a la exéresis parcial o total del útero que se realiza como urgencia médica frente a una complicación del embarazo, parto, puerperio o por descompensación de una enfermedad; que pone en riesgo la vida de la paciente. (Secretaría de Salud 2010)

## **1.6. Epidemiología en Ecuador**

En el hospital Enrique Soto Mayor las principales indicaciones de histerectomía obstétrica fueron: acretismo placentario (26%) y atonía uterina (14%) con una muestra de 176 pacientes. (MARTÍNEZ ARMIJOS y MACÍAS PONCE 2016)

Otro estudio realizado en la universidad Santiago de Guayaquil (Hospital de Especialidades Doctor Abel Gilbert Pontón) revela que el grupo etario sometido a histerectomía obstétrica oscila entre los 10-20 años (58.7%), teniendo como principal causa de la misma hemorragia post parto debido a desprendimiento prematuro de placenta (31.7%), seguido de placenta previa (28.6%) y en menor proporción inversión uterina (1.6%). En un total de 63 pacientes. (Arias Arias y Tenezaca Alao 2014)

En el hospital José Carrasco Arteaga de la ciudad de Cuenca con total de 218 pacientes de los cuales solo se reporta un caso de placenta acreta que representa el 0,46% sometida a histerectomía obstétrica, la media de edad con mayor incidencia de la misma fue de 47.53 años. (Vega M. et al. 2017)

## **1.7. Tipos de histerectomía**

Se clasifican en tres: total, subtotal y radical. La histerectomía total consta en la remoción del útero y cuello uterino; la subtotal consiste en la extirpación únicamente del útero y la radical en la extracción tanto del útero como de los anexos.

El abordaje puede ser por vía: abdominal, vaginal y laparoscópica; la elección de la misma dependerá del estado clínico, patología de la paciente y la habilidad del cirujano. (Castro Paredes y Alcívar 2006)

Según un estudio de la Cochrane en cuanto a la duración de la cirugía y la pérdida de sangre durante la misma se observó que ambas variables se redujeron significativamente en la histerectomía subtotal a comparación de la total. (Lethaby et al. 2006)

Histerectomía Abdominal Subtotal: En cuanto a técnica quirúrgica se refiere se inicia con incisión en piel tipo Pfannenstiel de 10-12 cm de longitud o una incisión infraumbilical depende de cada paciente y cada patología y mediante corte con bisturí y disección por planos. Se toma el útero por los ligamentos redondo y uteroováricos con un par de pinzas rectas para traccionarlo. Con las valvas del separador abdominal de O'Sullivan y gasas, se rechazan las asas intestinales hacia arriba con el fin de ampliar el campo quirúrgico, se cortan y se ligan bilateralmente las siguientes estructuras: ligamento redondo, ligamento uteroovárico con trompa de Falopio según el caso, vasos uterinos y por último, ligamentos úterosacros y cardinales en forma conjunta. Previa aplicación de 2 pinzas de Heaney, se corta la vagina, se extrae el útero y se cierra la cúpula con 2 puntos en 8 (técnica cerrada). Los extremos de esta cúpula se fijan a los ligamentos uterosacros, se revisa hemostasia, se retiran las gasas y se cierra la fascia. Toda la cirugía se realiza con sutura de absorción retardada calibre cero y por último la piel con sutura intradérmica de nylon 3/0. (Zuleta et al. 2019)

## **1.8. Incidencia**

Un estudio en el hospital de Elche (España) revela que de 13.039 partos, se realizaron 17 histerectomías periparto, representando una frecuencia de 1,3 por mil nacimientos; diez de las 17 histerectomías fueron cesárea-histerectomía (59%) y 7 (41%) fueron histerectomías tras parto vaginal, la edad de las pacientes oscila entre 17 y 38 años (Rodríguez Ingelmo et al. 2014)

Otro estudio realizado en el Hospital Central Ignacio Morones Prieto, México, donde se atendieron 27,158 nacimientos y se realizaron 58 histerectomías obstétricas debido a: atonía uterina, acretismo placentario, placenta previa, desprendimiento prematuro de placenta más útero de Couvelaiere (Moreno Santillan y Pedro Flores Cortés 2016)

Sabiendo que dentro de los factores de riesgo para la histerectomía obstétrica es el parto por cesárea, se debe tener en cuenta que las tasas de partos por cesárea en los Estados Unidos se encuentran en los niveles más altos, con más de 1.3 millones de partos por cesárea (32% de todos los nacimientos) realizados en 2015. Se realizó un estudio de cohorte retrospectivo canadiense el



cual determinó que de las mujeres que se realizaron cesáreas planificadas tuvieron más riesgo de histerectomía (OR, 3.2; IC 95%, 2.2–4.8) y hemorragia que requirió histerectomía (O, 2.1; IC del 95%, 1.2–3.8). (Cabero Roura y Saldivar Rodriguez 2009)

**Tabla 3-1:** Histerectomía de acuerdo al modo de parto

	<b>“LUIS AYALA” 2015 México</b>	<b>HOSPITAL COBÁN 2010-2014 Guatemala</b>	<b>HOSPITAL SAN BARTOLOMÉ 2003-2015 Lima</b>	<b>HOSPITAL GENERAL AURELIO VALDIVIESO 2013-2015 México</b>
Total de pacientes	61 casos	159 casos	69 casos	51 casos
Parto Cefalovaginal	14 casos (24.6%)	30 casos (19%)	12 casos (17.4%)	18 casos (35.3%)
Cesárea	42 casos (68.9%)	129 casos (81%)	57 casos (82.6%)	33 casos (64.7%)

Fuente: (Moreno Santillan y Pedro Flores Cortés 2016) (Ramírez Cabrera et al. 2017) (Calvo Aguilar et al. 2016)

### 1.9. Causas de histerectomía obstétrica

Las indicaciones de histerectomía obstétrica son multifactoriales por lo que se pueden clasificar en:

**Tabla 4-1:** causas de la histerectomía obstétrica

	<b>“LUIS AYALA” 2015 México</b>	<b>HOSPITAL COBÁN 2010-2014 Guatemala</b>	<b>HOSPITAL SAN BARTOLOMÉ 2003-2015 Lima</b>	<b>HOSPITAL GENERAL AURELIO VALDIVIESO 2013-2015 México</b>
Total de pacientes	61 casos	159 casos	69 casos	51 casos
Atonía Uterina	47 casos (77%)	66 casos (41%)	27 casos (39.1%)	17 casos (33.3%)
Placenta Previa	-	-	19 casos (27.5%)	6 casos (11.7%)
Acretismo Placentario	13 casos (21.3%)	29 casos (18%)	27 casos (39.1%)	20 casos (39.2%)

Ruptura Uterina	1 caso (1.6%)	52 casos (33%)	2 casos (2.9%)	2 casos (3.9%)
Utero de Couvaliere	2 casos (3.3%)	2 casos (1%)	2 casos (2.9%)	-
Sepsis	-	2 casos (1%)	8 casos (11.5%)	-

Fuente: (Moreno Santillan y Pedro Flores Cortés 2016) (Ramírez Cabrera et al. 2017) (Calvo Aguilar et al. 2016)

### 1.10. Factores predisponentes

Los antecedentes gineco-obstétricos y la atención durante el parto intervienen en la realización de histerectomía obstétrica, existen varios determinantes que pueden inducir la misma.

En un estudio que incluyó 154000 partos se identificaron los siguientes factores de riesgo para una hemorragia post parto.

<b>FACTORES DE RIESGO</b>	<b>Intervalo de confianza del 95%</b>
Falla en el progreso durante la segunda etapa del parto.	2.4-4.7
Anormalidad en la inserción de la placenta	1.7-6.4
Prolongación de la primera o segunda etapa del parto	1.6-3.4
Macrosomía fetal	1.6-2.4
Trastornos hipertensivos	1.2-2.1
Inducción del parto	1.1-1.7

**Tabla 5-1:** Factores de riesgos

Fuente: Belfor, 2019

El Ecuador está entre los 15 países con mayor número de cesáreas en el mundo con una tasa promedio es de 45,5%. En el año 2016 datos reportan que en la Zona 3 se llevaron a cabo 4376 cesáreas. (OMS 2018)

La OMS recomienda que la realización de cesáreas en un establecimiento de salud debe oscilar entre el 5 y el 15 %, lamentable para el año 2015 Latinoamérica notificó un 38,9% en realización de la misma. . (OMS 2018)

### 1.11. Complicaciones

A pesar de que el procedimiento salva la vida de la madre, no está exento del alta incidencias de complicaciones. Estudios han reportado morbilidad post-operatoria de 13 a 64 % y mortalidad de un 20 %.

Las complicaciones más frecuentes son:

- Hemorragia masiva pre, intra, y post- operatoria: shock hipovolémico, coagulación intravascular diseminada, hipotensión intraoperatoria y muerte.
- Relacionados con el procedimiento quirúrgico: lesión de vejiga, uréter, intestino, fístulas vesicovaginales, ureterovaginales, rectovaginales.
- Complicaciones tardías: anemia: infección- hematoma del manguito vaginal; síndrome Sheehan.

**Tabla 6-1:** Complicaciones

	<b>“LUIS AYALA” 2015 México</b>	<b>HOSPITAL COBÁN 2010- 2014 Guatemala</b>	<b>HOSPITAL SAN BARTOLOMÉ 2003-2015 Lima</b>
Lesión Vesical	2 casos (3.2%)	13 casos (8%)	8 casos (11.6%)

Shock hipovolémico	30 casos (49.2%)	22 casos (14%)	-
Lesión de arteria hipogástrica	2 casos (3.2%)	-	-
Lesión uretral	-	2 casos (1%)	2 casos (2.8%)
Anemia	-	159 casos (100%)	14 casos (20.2%)
Coagulación Intravascular Diseminada		5 casos (4%)	7 casos (20.1%)
Muerte	0 casos	<b>1.12. 10 casos (6%)</b>	0 casos

Fuente: (Moreno Santillan y Pedro Flores Cortés 2016) (Ramírez Cabrera et al. 2017) (Calvo Aguilar et al. 2016)

### 1.13. Definiciones

#### 1.13.1. Defunción materna

Fallecimiento de una mujer durante el embarazo, parto o puerperio (42 días posterior al parto) que se encuentran relacionadas con cualquier patología que agrava el embarazo, excluyendo causas accidentales o incidentales. (MSP 2017)

#### 1.13.2. Defunciones Obstétricas directas

Muertes que se producen por complicaciones durante el embarazo, trabajo de parto, y puerperio; en relación a intervenciones, negligencias, de una serie de acontecimientos que se presentan en cualquiera de estos momentos. (MSP 2017)

#### 1.13.3. Defunciones Obstétricas Indirectas

Muertes que se presentan por patologías previas al embarazo, o que progresan durante el mismo; que no tienen correlación con el embarazo en curso. (MSP 2017)

#### ***1.13.4. Cesárea***

Extracción del producto a través de una incisión quirúrgica en la pared anterior del abdomen y útero cuando el parto vaginal plantea riesgos para la madre y/o el producto que exceden a los de esta intervención.

#### ***1.13.5. Atonía Uterina***

Pérdida de la capacidad del útero de contraerse posterior al alumbramiento, por lo que el mecanismo de hemostasia se ve alterado por falta de la contracción miometrial. (Organización Panamericana de la Salud, Centro Latinoamericano de Perinatología y Salud de la Mujer y Reproductiva (CLAP) 2019) (MSP 2019)

#### ***1.13.6. Placenta previa***

Se define a la implantación atípica de la placenta con relación al orificio cervical interno; ya sea muy cerca o con algún grado de cobertura del mismo durante la segunda mitad del embarazo. (MSP 2013)

#### ***1.13.7. Acretismo placentario***

Se refiere a la invasión de la decidua basal dentro o a través del miometrio, dependiendo del grado de penetración se la clasifica como placenta: ácreta, íncreta o pércrta.

## **CAPÍTULO II**

### **2. MARCO METODOLOGÍA**

#### **2.1. Diseño del estudio**

##### **2.1.1. Tipo**

Se realizará un estudio observacional descriptivo retrospectivo.

##### **2.1.2. Área de estudio**

Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Provincial General Docente Riobamba

##### **2.1.3. Población**

El universo estará constituido por todas las 49 pacientes que fueron sometidas a histerectomía obstétrica en el Hospital Provincial General Docente Riobamba durante el periodo 1 ENERO 2015 – 30 JUNIO 2019“

#### **2.1.4. Criterios de inclusión y exclusión**

##### **2.1.4.1. Inclusión**

Todas las pacientes sometidas a histerectomía obstétrica realizada en el Hospital Provincial General Docente Riobamba.

Pacientes en las cuales se registró dicho evento exclusivamente en el periodo 1 enero 2015 – 30 junio 2019.

##### **2.1.4.2. Exclusión**

Se excluirá a la totalidad de mujeres a las cuales se les realizó histerectomía en el Hospital Provincial General Docente Riobamba en el periodo 1 enero 2015 – 30 junio 2019 que no guarden relación con patología obstétrica.

Mujeres que no fueron intervenidas en el periodo de estudio.

#### **2.1.5. Método de recolección de datos**

La información se recogerá de los formularios obtenidos de los registros estadísticos de egreso hospitalario (Cirugía) de las cuales se obtendrán la relación de todas las pacientes que fueron sometidas a histerectomía obstétrica en el periodo 1 enero 2015 – 30 junio 2019 obteniendo datos de identificación como cédula de identidad e historia clínica los mismos que serán útiles para acceder a las historias clínicas físicas de una manera más rápida y organizada.

### 2.1.6. Método de análisis de datos

- Elaboración de tablas en Excel con los datos recolectados, de acuerdo a las variables previamente establecidas con su respectivo análisis estadístico
- El programa elegido fue el SPSS 25.0 para la organización y análisis requerido.
- Los resultados se colocaron en tablas y gráficos para su mejor interpretación y análisis

### 2.1.7. Resultados esperados

Describir las características demográficas y clínicas de pacientes sometidas a histerectomía obstétrica en el Hospital Provincial General Docente Riobamba.

**Tabla 7-1:** Resultados esperados

VARIABLE	DEFINICIÓN	TIPO	ESCALA
1. Fecha (año) de realización de la histerectomía	Año que se llevó a cabo la histerectomía	Cuantitativa	2015 2016 2017 2018 2019
2. Edad	Tiempo de existencia de una persona desde su nacimiento hasta la actualidad.	Cuantitativa	Menor o igual a 18 años< entre 19 y 34 años< mayor o igual a 35 años.
3. Estado Civil	Situación en la que se encuentran las personas que viven en la sociedad respecto a los miembros de la misma.	Cualitativa	Soltero Casado Unión libre Viudo Divorciado
4. Autoidentificación étnica	Autocalificación de pertenencia a un grupo étnico	Cualitativa	Indígena Mestiza Negra Montubia Blanca
5. Nivel de instrucción	Grado más alto de estudios realizados.	Cualitativa	Ninguna Primaria Secundaria Superior
6. Lugar de procedencia:	Designación de sitio de origen.	Cualitativa	Urbana Rural
7. Antecedentes patológicos personales	Referente patológico registrado en el historial clínico del paciente.	Cualitativa	Tuberculosis Diabetes Hipertensión Pre-eclampsia Eclampsia Otra condición médica grave Cardiopatía



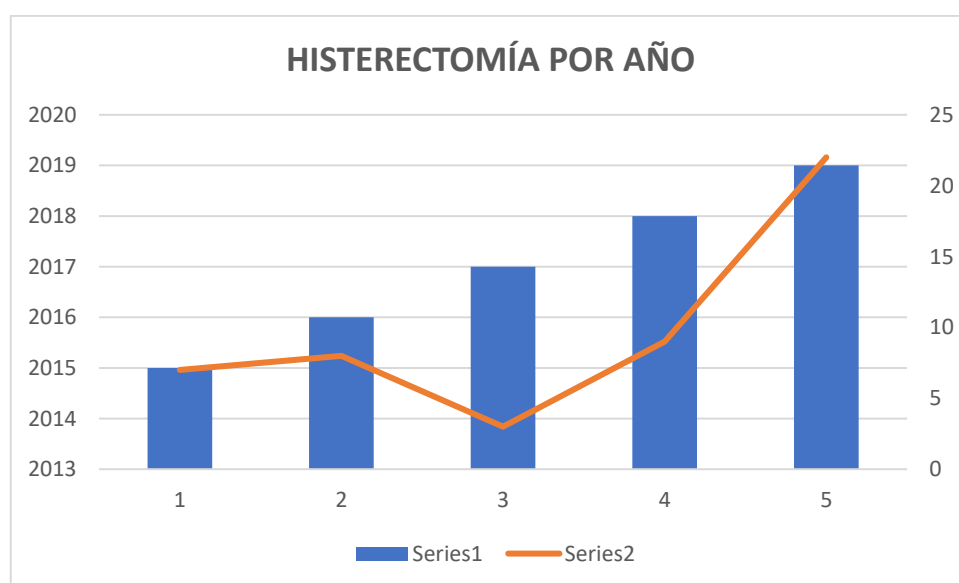
			Nefropatía Violencia VIH
8. Cirugías gineco-obstétricas previas:	Intervenciones quirúrgicas gineco-obstétricas realizadas anteriormente	Cualitativa	Si o no
9. Gestas previas:	Número de embarazos anteriores.	Cuantitativa	1,2,3, mayor o igual 4
10. Cesáreas anteriores:	Finalización del embarazo por vía abdominal.	Cuantitativa	1,2 mayor o igual a 3
11. Intervalo intergenésico:	Intervalo de tiempo entre gesta y gesta menor de 1 año.	Cualitativa	Si o No
12. Controles prenatales:	5 o más chequeos médicos previos al parto.	Cuantitativa	Si o No
13. Complicaciones durante el embarazo	Alteraciones ocurridas durante el desarrollo del embarazo.	Cualitativa	Trastornos hipertensivos, infecciones, hemorragia, trastornos metabólicos, otros trastornos.
14. Interrupción del embarazo actual	Finalización de la gesta actual	Cualitativa	Parto normal, cesárea, legrado, no aplica
15. Indicaciones por las que se decide extracción uterina	Patologías obstétricas por las que se decide extraer el útero	Cualitativa	Atonía uterina, Desprendimiento de placenta, útero de Couvelaire, acretismo placentario, etc
16. Shock	Presencia de inestabilidad hemodinámica	Cualitativa	Si o No
17. Número de paquetes globulares administrados	Requerimiento de hemoderivados	Cuantitativa	1,2,3,4,...
18. Intervalo de tiempo desde activación de clave roja hasta resolución quirúrgica	Intervalo de tiempo desde que se considera HPP hasta su resolución quirúrgica	Cuantitativa	Menos de 1 hora 1 hora 2 horas o más

Fuente: Amores y Buñay, 2019

## CAPITULO III

### 3. MARCO DE RESULTADOS

#### 3.1. Análisis de resultados

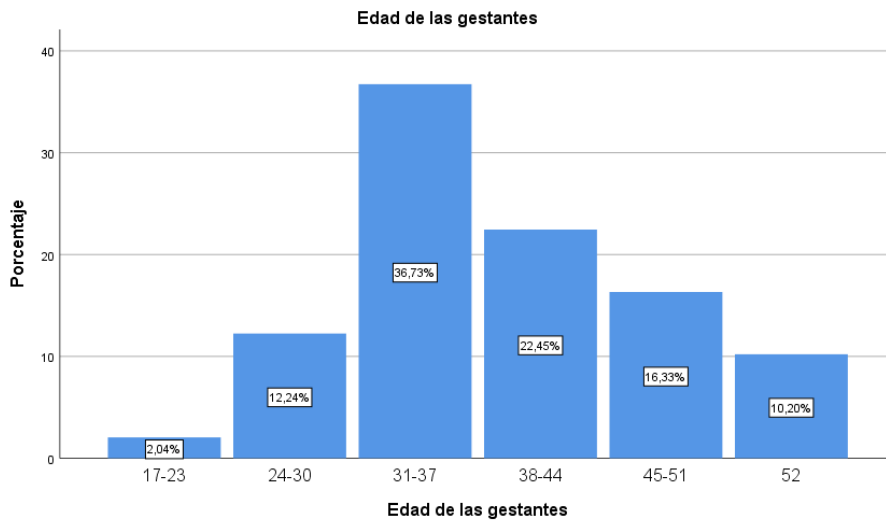


**Gráfico 1-3:** Realización de la histerectomía

**Fuente:** Formulario de recolección de datos.

**Elaborado:** Amores y Buñay, 2019

El análisis de los últimos 5 años reporta que durante el periodo enero-junio 2019 hubo mayor número de histerectomías obstétricas realizadas, con un porcentaje de 44,9% que corresponden a 22 pacientes, seguido por un 18,37% que corresponden a 9 pacientes en el año 2018, mientras que en el 2016 se evidencia un 16,33% que representan 8 pacientes; en el 2015 se reportó un 14,29% que equivale a 7 pacientes, el año con menor casos de histerectomía obstétrica fue el 2017 con un 6,12% que corresponde a 3 pacientes histerectomizadas.

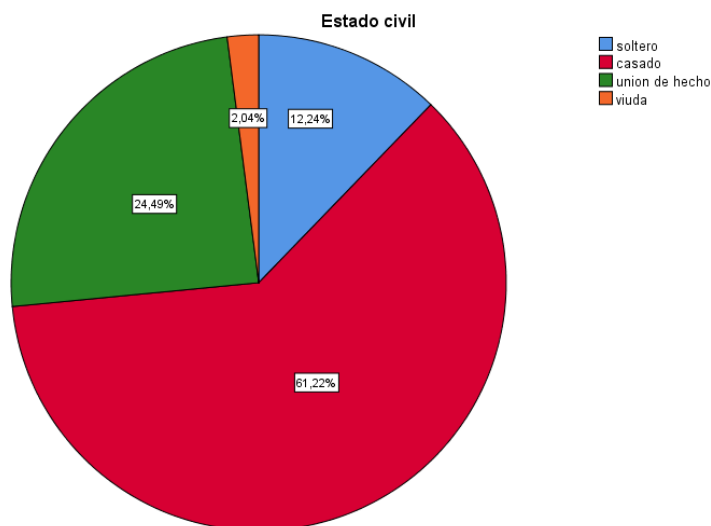


**Gráfico2-3:** Edad de gestantes

**Fuente:** Formulario de recolección de datos.

**Elaborado:** Amores y Buñay, 2019

El grupo etario con mayor prevalencia se encuentran pacientes entre 31-37 años con un 36.73% que corresponde a 18 pacientes, seguido el grupo etario 38-44 años que representa 22.45% que equivale a 11 pacientes, en tercer lugar se encuentran entre 45-51 años con un 16,33% que son 8 pacientes, de los 24-30 años representa 12,24% que son 6 pacientes, de 52 años es el 10,20% que equivale a 5 pacientes y finalmente de 17 a 23 años con el 2,04% que representa 1 paciente.

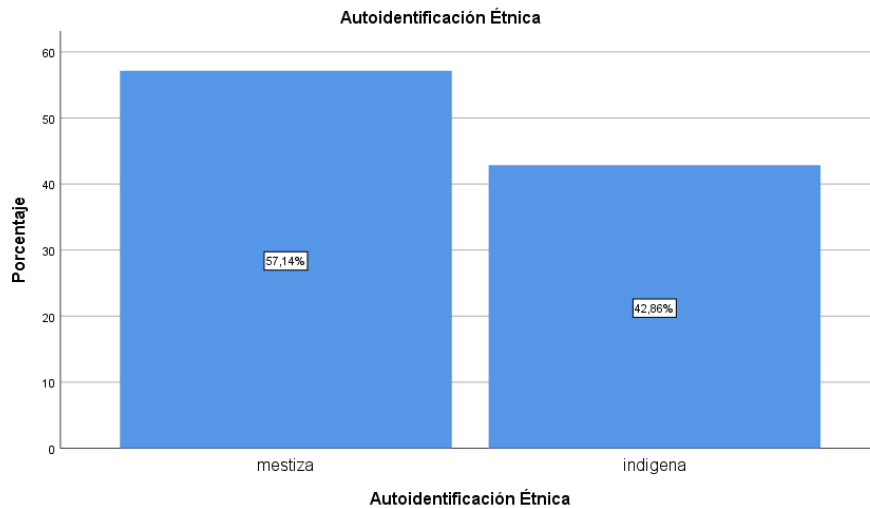


**Gráfico3-3:** Estado civil

**Fuente:** Formulario de recolección de datos.

**Elaborado:** Amores y Buñay, 2019

De un total de 49 pacientes que representan el 100%; el 61,22% que representan 30 pacientes son casadas, el 24,9% que representan 12 pacientes su estado civil es unión de hecho; 6 pacientes son solteras representando un 12,2%, el 2,04% representa a 1 paciente viuda.

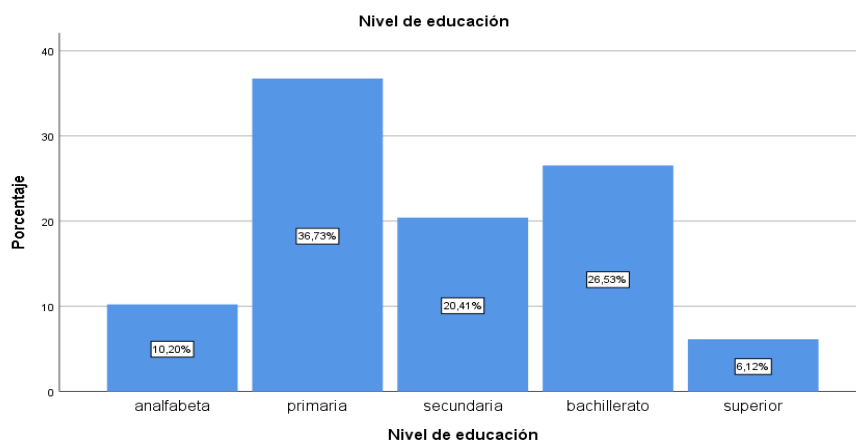


**Gráfico4-3:** Auto identificación étnica

**Fuente:** Formulario de recolección de datos.

**Elaborado:** Amores y Buñay, 2019

Los datos reportan que un 57.14% se autoidentifica como mestizo que corresponde a 28 pacientes, el 42, 9% representa se considera indígena que corresponde a 21 pacientes.

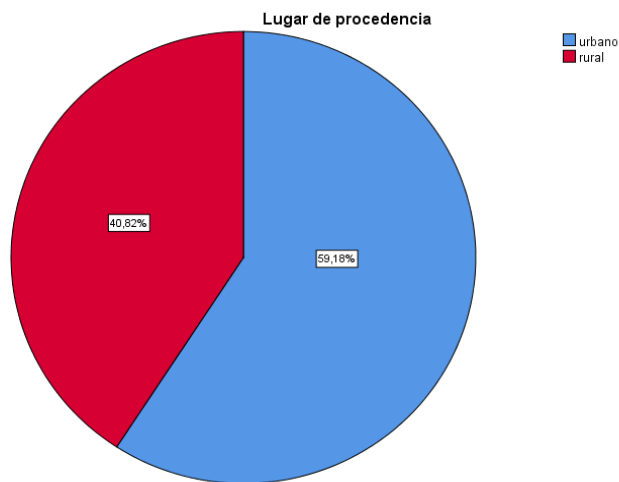


**Gráfico5-3:** Nivel de educación

**Fuente:** Formulario de recolección de datos.

**Elaborado:** Amores y Buñay, 2019

De un total de 49 pacientes que representan el 100%; el 36,7% que representa 18 pacientes tienen un nivel de instrucción primaria, el 26,53% que equivale a 13 pacientes culminaron el bachillerato, un 20,4% es decir 10 pacientes tienen un nivel de instrucción en la secundaria, 5 pacientes que representan el 10,20% son analfabetas y finalmente solo 3 pacientes con un 6,12% tienen un nivel de instrucción superior.

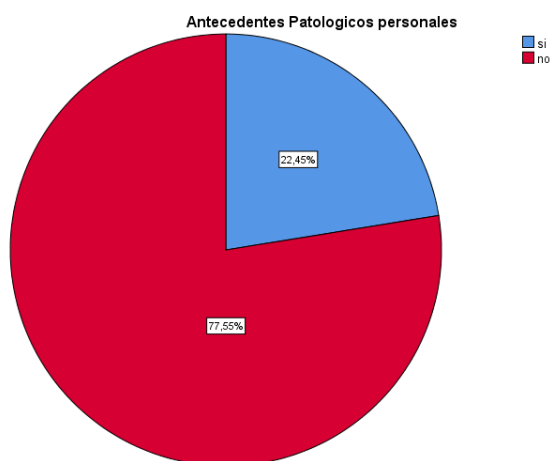


**Gráfico6-3:** Lugar de procedencia

**Fuente:** Formulario de recolección de datos.

**Elaborado:** Amores y Buñay, 2019

Del total de pacientes el 59,18% que corresponde 29 pacientes residen en área urbano y el 40,82% que representa 20 pacientes residen área rural.

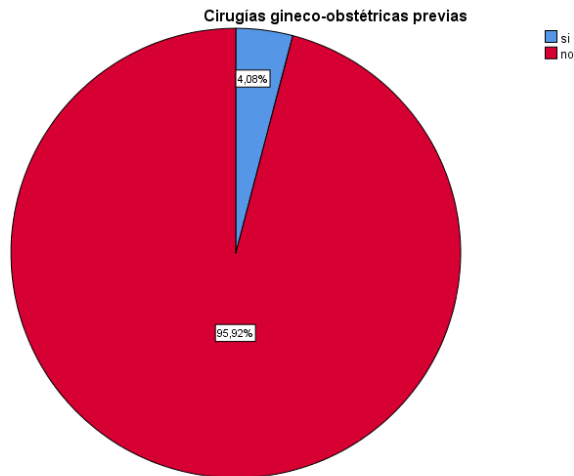


**Gráfico7-3:** Antecedentes patológicos personales

**Fuente:** Formulario de recolección de datos.

**Elaborado:** Amores y Buñay, 2019

De un total de 49 pacientes, el 77,55% que representan 38 pacientes no tienen antecedentes patológicos personales, mientras que el 22,45% que equivale a 11 pacientes si tienen algún antecedente patológico personal.



**Gráfico8-3:** Cirugías gineco-obstétricas previas

**Fuente:** Formulario de recolección de datos.

**Elaborado:** Amores y Buñay, 2019

El análisis de los datos reportan que del total de pacientes el 95,92% que corresponde a 47 pacientes no tiene antecedentes de cirugía gineco-obstétrica y únicamente 4,08% que representa 2 pacientes se han realizado alguna cirugía gineco-obstétrica.

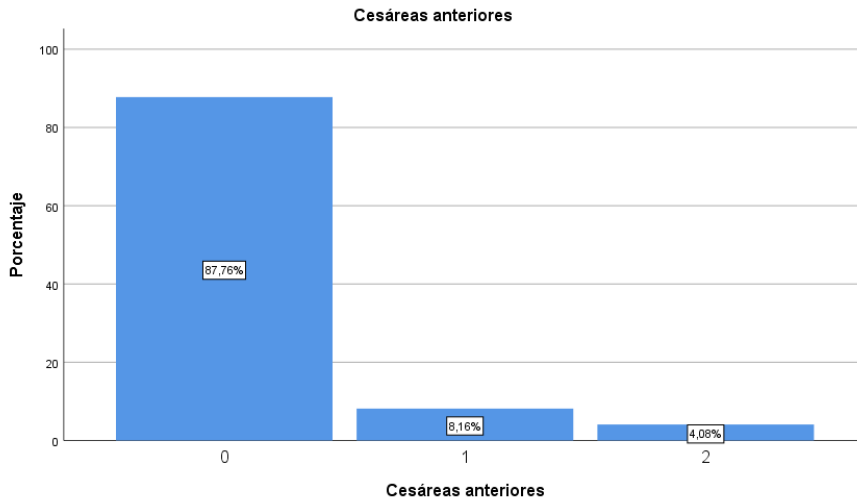
**Tabla1-3:** Gestas previas

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	0	5	10,2	10,2	10,2
	1	10	20,4	20,4	30,6
	2	11	22,4	22,4	53,1
	3	8	16,3	16,3	69,4
	4	6	12,2	12,2	81,6
	5	3	6,1	6,1	87,8
	6	2	4,1	4,1	91,8
	7	2	4,1	4,1	95,9
	8	1	2,0	2,0	98,0
	12	1	2,0	2,0	100,0
	Total	49	100,0	100,0	

**Fuente:** Formulario de recolección de datos.

**Elaborado:** Amores y Buñay, 2019

De un total de 49 pacientes, un 22,4% que representan 11 pacientes ha tenido 2 gestas previas, un 20,4% que representa 10 pacientes ha tenido 1 gesta previa, 8 pacientes que representan 16,3% han tenido 3 gestas previas, 6 pacientes que representan un 12,2% ha presentado 4 gestas previas, un 10,2% representado por 5 pacientes no han tenido gestas previas, un 6,1% que representan 3 pacientes han tenido 5 gestas previas; mientras que existe un 4,1% para 4 pacientes 2 de las cuales han tenido 6 gestas previas y las 2 sobrantes con 7 gestas previas respectivamente, de igual manera un 2% representan a 2 pacientes que han tenido 8 y 12 gestas respectivamente.



**Gráfico9-3:** Cesáreas anteriores

**Fuente:** Formulario de recolección de datos.

**Elaborado:** Amores y Buñay, 2019

Del total de 49 pacientes que representa el 100%, un 87,8% que representa 43 pacientes no tenían antecedentes de cesáreas previas, seguido por 8,16% que representa 4 paciente tenían 1 cesárea previa, el 4,08% que representan 2 pacientes tenían 2 cesáreas previas.

**Tabla3-3:** Intervalo Inter-genésico

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido sí (menor de 1 año)	8	16,3	16,3	16,3
no (mayor de 1 año)	41	83,7	83,7	100,0
Total	49	100,0	100,0	

**Fuente:** Formulario de recolección de datos.

**Elaborado:** Amores y Buñay, 2019

Del total de las 49 pacientes, el 83,7% que representa 41 pacientes su intervalo inter-genésico es mayor a 1 año y el 16,3% que corresponde a 8 pacientes el intervalo genésico es menor a 1 año.

**Tabla4-3:** Controles Prenatales



		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	sí (mayor o igual a 5)	22	44,9	44,9	44,9
	no (menor de 5)	27	55,1	55,1	100,0
	Total	49	100,0	100,0	

**Fuente:** Formulario de recolección de datos.

**Elaborado:** Amores y Buñay, 2019

De un total de 49 pacientes, el 55,1% que representan 27 pacientes se realizaron menos de 5 controles prenatales y el 44,9% que equivale a 22 pacientes se realizaron 5 o más controles prenatales.

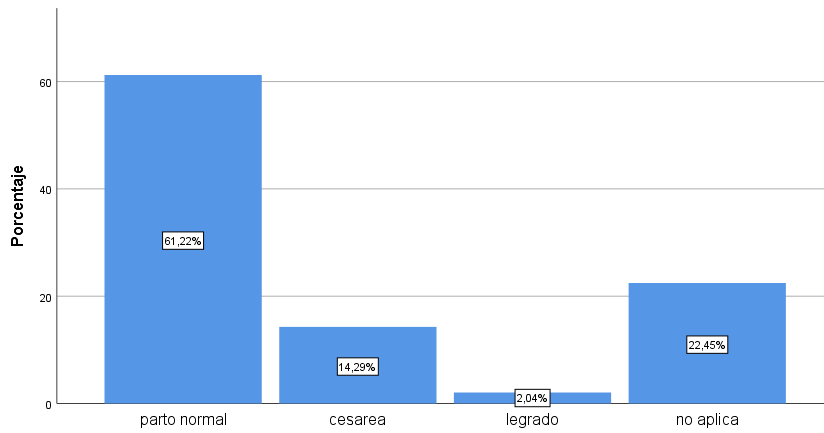
**Tabla 5-3:** Patologías durante el embarazo

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	si	9	18,4	18,4	18,4
	no	40	81,6	81,6	100,0
	Total	49	100,0	100,0	

**Fuente:** Formulario de recolección de datos.

**Elaborado:** Amores y Buñay, 2019

El análisis reporta que, del total de pacientes que son 49, el 81.6% que corresponde a 40 pacientes no presentaron patologías en el transcurso de embarazo, mientras que el 18,4% que equivale a 9 pacientes desarrollaron una patología durante el embarazo.

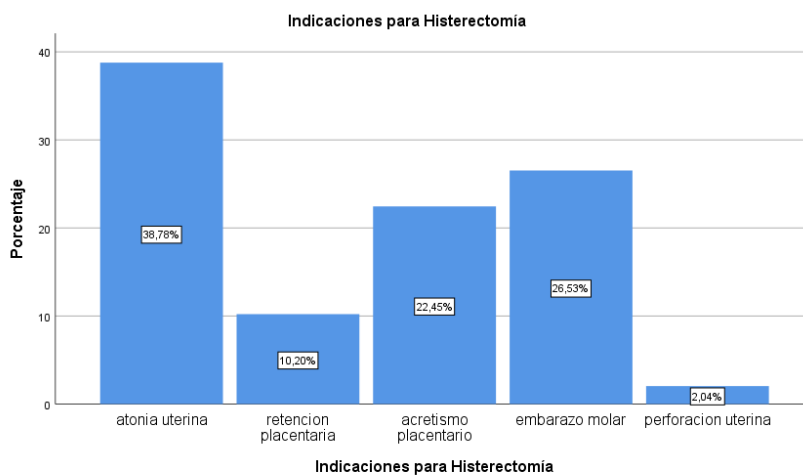


**Gráfico 10-3:** Finalización en el embarazo actual

**Fuente:** Formulario de recolección de datos.

**Elaborado:** Amores y Buñay, 2019

De un total de 49 pacientes, el 61,22% que representa a 30 pacientes presentaron parto normal, 11 pacientes que representa el 22,45% la forma de interrupción del embarazo no aplica por tratarse de embarazos molares, el 14,29% que representa a 7 pacientes interrumpieron su embarazo actual por cesárea, finalmente el 2,04% representado por 1 paciente interrumpieron su embarazo por legrado.



**Gráfico 11-3:** Indicaciones para histerectomía

**Fuente:** Formulario de recolección de datos.

**Elaborado:** Amores y Buñay, 2019

Del total de pacientes 49 que representa el 100%, el 38,78% que representa 19 pacientes se realizó histerectomía por atonía uterina, el 26,53% que corresponde 13 pacientes se realizó histerectomía por embarazo molar, el 22,45% que equivale a 11 personas fue por acretismo placentario, mientras que el 10,20% que corresponde a 5 pacientes la indicación fue por retención placentaria y finalmente 2,04% que representa a 1 persona se indicó histerectomía debido a perforación uterina.

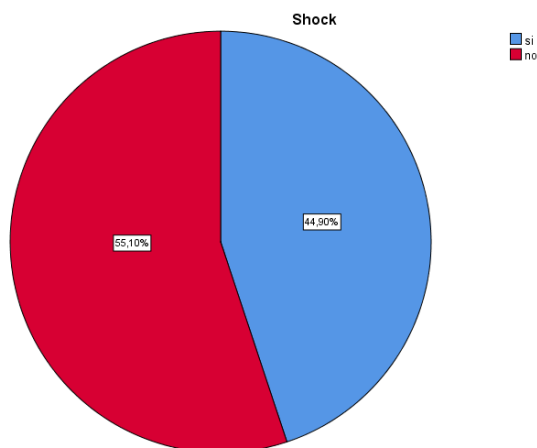
**Tabla 6-3:** Días de hospitalización

N	Válido	49
	Perdidos	0
Media		4,98
Mediana		4,00

**Fuente:** Formulario de recolección de datos.

**Elaborado:** Amores y Buñay, 2019

La media de los días de hospitalización es de 4,98 días, con un período mínimo de 2 días y con un máximo de 15 días.

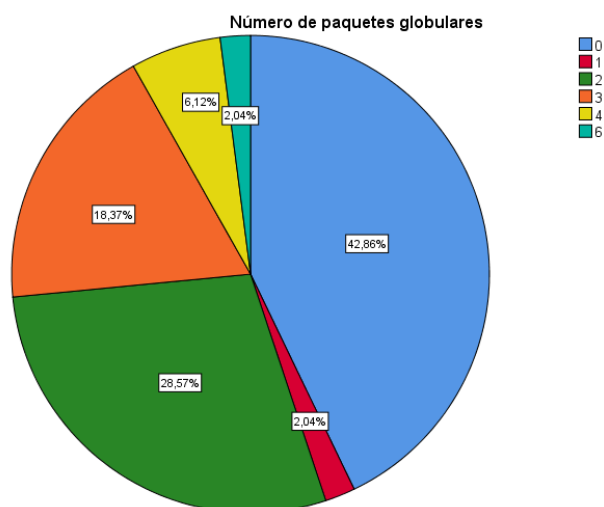


**Gráfico 12-3:** Shock

**Fuente:** Formulario de recolección de datos.

**Elaborado:** Amores y Buñay, 2019

Del total de pacientes, un 55,10% que corresponde a 27 pacientes no presentaron shock mientras que el 44,9% que equivale a 22 pacientes presentaron shock, de los cuales 1 fue shock séptico.



**Gráfico.13-3:** Número de paquetes globulares

**Fuente:** Formulario de recolección de datos.

**Elaborado:** Amores y Buñay, 2019

De un total de 49 pacientes, el 42,9% que representan 21 pacientes no recibieron transfusiones de paquetes globulares, el 28,6% que equivale a 14 pacientes recibieron un total de 2 paquetes globulares, 9 pacientes que representan el 18,4% recibieron 3 paquetes globulares, el 6,1% representado por 3 pacientes recibieron un total de 4 paquetes globulares, el 2% representa a 2 pacientes los mismo que han recibido 1 y 6 paquetes globulares respectivamente.

**Tabla7-3:** Intervalo de tiempo desde la activación de la clave roja hasta histerectomía

		<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Porcentaje válido</b>	<b>Porcentaje acumulado</b>
Válido	<1 hora	5	10,2	10,2	10,2
	1 hora	21	42,9	42,9	53,1
	> 2 horas	6	12,2	12,2	65,3
	no aplica	16	32,7	32,7	98,0
	no activan clave	1	2,0	2,0	100,0
	<b>Total</b>	<b>49</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	

**Fuente:** Formulario de recolección de datos.

**Elaborado:** Amores y Buñay, 2019

De acuerdo al intervalo de intervención desde la activación de la clave roja hasta la realización de la histerectomía el 42.9% que equivale a 21 pacientes se realizó en la primera hora; el 32,7% que corresponde al 16 pacientes no aplica este proceso ya que se realizó de manera directa histerectomía, el 12,2% que equivale a 6 pacientes el procedimiento se realizó en más de 2 horas, mientras que el 10,2% que representa a 5 pacientes se llevó a cabo el procedimiento en menos de 1 hora y en el 2% que es 1 persona no se activó la clave roja.

**Tabla8-3:** Uso Bomba de Oxitocina

		<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Porcentaje válido</b>	<b>Porcentaje acumulado</b>
Válido	si	29	59,2	59,2	59,2
	no	20	40,8	40,8	100,0
	Total	49	100,0	100,0	

**Fuente:** Formulario de recolección de datos.

**Elaborado:** Amores y Buñay, 2019

Dentro de los fármacos utilizados para controlar la hemorragia, tenemos que un 59,2% que representa a 29 pacientes utilizaron la bomba de oxitocina, mientras que un 40,8% que equivale a 20 pacientes no la utilizaron.

**Tabla9-3:** Misoprostol

		<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Porcentaje válido</b>	<b>Porcentaje acumulado</b>
Válido	si	25	51,0	51,0	51,0
	no	24	49,0	49,0	100,0
	Total	49	100,0	100,0	

**Fuente:** Formulario de recolección de datos.

**Elaborado:** Amores y Buñay, 2019

El uso de misoprostol como uterotónico se aplicó en un 51% que representa 25 pacientes mientras que el 49% que equivale a 24 personas no se hizo uso de dicho fármaco.

**Tabla 10-3:** Metilergonovina

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	si	16	32,7	32,7	32,7
	no	33	67,3	67,3	100,0
	Total	49	100,0	100,0	

**Fuente:** Formulario de recolección de datos.

**Elaborado:** Amores y Buñay, 2019

En cuanto al uso de la metilergonovina se reporta que un 67,3% que representa a 33 pacientes no utilizaron dicho medicamento para detener la hemorragia, mientras que el 32,7% que equivale a 16 pacientes si lo utilizaron.

**Tabla 11:** Ácido Tranexámico

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	si	17	34,7	34,7	34,7
	no	32	65,3	65,3	100,0
	Total	49	100,0	100,0	

**Fuente:** Formulario de recolección de datos.

**Elaborado:** Amores y Buñay, 2019

En relación con el uso de ácido tranexámico el 65,3% que equivale a 32 personas no se administró a las pacientes, mientras que el 34,7% que corresponde a 17 personas se hizo uso de este fármaco.

**Tabla 12-3:** Balón Intrauterino

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	si	10	20,4	20,4	20,4
	no	39	79,6	79,6	100,0
	Total	49	100,0	100,0	

**Fuente:** Formulario de recolección de datos.

**Elaborado:** Amores y Buñay, 2019

Con respecto al uso del balón intrauterino un 79,6% que representa a 39 pacientes no lo utilizaron, mientras que el 20,4% que equivale a 10 pacientes si lo utilizaron como medida para controlar la hemorragia.

**Tabla 13-3:** Traje Antishock

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si	4	8,2	8,2	8,2
	No	45	91,8	91,8	100,0
	Total	49	100,0	100,0	

**Fuente:** Formulario de recolección de datos.

**Elaborado:** Amores y Buñay, 2019

El uso de traje antishock en un 91,8% que representa 45 pacientes no se hizo uso del mismo mientras que únicamente el 8,2% que son 4 pacientes se utilizó el traje antishock.

**Tabla 14-3:** Suturas Hemostáticas

		<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Porcentaje válido</b>	<b>Porcentaje acumulado</b>
Válido	No	49	100,0	100,0	100,0

**Fuente:** Formulario de recolección de datos.

**Elaborado:** Amores y Buñay, 2019

En este estudio en ningún caso se aplicó suturas hemostáticas previas a la realización de histerectomía.

**Tabla15-3:** Cantidad de sangrado

		<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Válido	500-1000	26	53,06
	1001-1500	4	8,16
	1501-2000	11	22,44
	>2000	7	14,28
	Total	48	98,0
Perdidos	Sistema	1	2,0
Total		49	100,0

**Fuente:** Formulario de recolección de datos.

**Elaborado:** Amores y Buñay, 2019

En relación con el sangrado que presentó cada paciente, un 53,06% que son 26 pacientes se estimó una pérdida entre 500 y 1000 ml, el 22,44% que son 11 pacientes se estimó un pérdida en 1501 a 2000 ml, mientras 14,28% que representa 7 pacientes perdió más de 2000 ml y finalmente un 8,16% perdió entre 1001 y 1500 ml. Existe el caso de una paciente que fue referida del Hospital de Alausí la misma que no contaba con registro de la cantidad de sangre perdida



### 3.2. Discusión

Según los datos obtenidos de las historias clínicas del Hospital General Docente Riobamba de la mujeres sometidas a histerectomía obstétrica desde el año 2015 hasta el año en curso, nos revelan que 49 pacientes fueron sometidas a dicho procedimiento quirúrgico en los últimos cuatro años y 6 meses, la frecuencia del mismo ha variado en gran forma año tras año, se ha visto un incremento en el transcurso del año 2019 ya que se reportan 22 casos en comparación con el año 2017 que solo se registran 3 casos. La incidencia encontrada en nuestro estudio fue de 2,42 por cada 1000 casos obstétricos con un total de 20150 nacidos vivos en cuatro años y 6 meses. Haciendo un análisis de la incidencia por año fue de 1,9 (2015); 2,2 (2016); 0,82 (2017); 2,38 (2018); 12,5 (periodo enero 2019 – junio 2019) Según los estudios revisados en el Hospital de Coban-Guatemala muestra una incidencia de 4.46 por cada 1000 partos. (Chocoyo 2016) Otro estudio en el Hospital San Juan Bartolomé de Lima se reporta una tasa de 0,69 por cada 1000 eventos obstétricos. (Ramírez Cabrera et al. 2017) En el Hospital AurelioValdivieso, Oaxaca, México reporta una incidencia de 0,07%; como se observa casi la mitad de los casos se ven durante este periodo (2019), en comparación con años pasados, por lo que sugiere que el incremento en este año es significativo a la probable puesta en marcha de la ley de la mala praxis médica vigente desde el año 2015 en nuestro país, en un estudio se reporta que el 85% de los ginecólogos/obstetras han sufrido por lo menos una demanda durante su vida profesional, de estas demandas solo un 10% van a un juicio justo, lamentablemente la demandas se han convertido en un costo de hacer negocios. (Marsha et al. 2019)

En relación con la edad en nuestra investigación se reporta que el grupo más vulnerable se encuentra entre los 31 a 37 años teniendo un grupo de 18 personas dentro de este rango, tomando en cuenta que no se encuentra entre edades extremas para el desarrollo de patologías, pero si engloba al grupo de edad que representa un factor de riesgo para un embarazo ( $\geq 35$  años). En otro estudio reportan que fue más frecuente en personas de 35 años o menos. (Calvo Aguilar et al. 2016)

Se ha observado que las pacientes con estado civil casada que son 61,22% que equivale a 30 pacientes han sido sometidas a histerectomía mismo que concuerda con otro estudio realizado en el Hospital José Carrasco Arteaga de la ciudad de Cuenca que muestra que 134 pacientes (61,5 %) estaban casadas. (Arias Arias y Tenezaca Alao 2014)

En relación a la autoidentificación 28 pacientes eran mestizas y 21 pacientes indígenas, no se cuenta con datos locales ni nacionales para realizar comparación.

De acuerdo al nivel de instrucción se encontró en la mayoría poseía instrucción primaria con 18 pacientes (36,7%), seguido por 14 pacientes que culminaron el bachillerato, en un estudio en Cuenca los datos revelaron que la mayoría el nivel de instrucción superior con 77 pacientes (35.3%) seguido con secundaria con 69 pacientes (31.7%) (Arias Arias y Tenezaca Alao 2014)

Con respecto al lugar de residencia de las pacientes histerectomizadas se encontró que 29 pacientes pertenecen al sector urbano (59,18%) y 20 pacientes (40,82%) al área rural; datos que concuerdan con un estudio realizado en Cuenca, que, de un total de 218 pacientes histerectomizadas, 189 (86,7%) pertenecen al área urbana y 29 pacientes (13,3%) al sector rural. (Arias Arias y Tenezaca Alao 2014). Se carecen de más estudios que abarquen esta variable estudiada en nuestro trabajo.

Dentro de los antecedentes patológicos personales, en su gran mayoría 38 pacientes no presentaban, y únicamente 11 pacientes presentaron otra comorbilidad dentro de las cuales tenemos embarazo molar (3), hipertensión crónica (3), diabetes gestacional (2), diabetes mellitus tipo 2 (3), en un estudio en el Hospital Luis Castelazo Ayala se encontró diabetes mellitus tipo 2 (3.3%), hipertensión gestacional (4, 9%) y hipotiroidismo en (6,6%) está última presentando un mayor número de casos. (Moreno Santillan y Pedro Flores Cortés 2016)

Con respecto a la realización de cirugías gineco-obstétrica realizadas previamente se reportan solo dos pacientes (4,08%), de las cuales fueron una miomectomía y una ooforectomía unilateral, en comparación con un estudio realizado en el Hospital San Francisco de Quito donde se reporta que el 44,54% de pacientes tuvieron una cirugía previa a la histerectomía sin especificar el procedimiento quirúrgico de dichas pacientes, lo que demuestra que a diferencia de nuestro estudio un gran número de pacientes presentaron el antecedente de intervención quirúrgica. (López 2016)

Haciendo relación con gestas anteriores en los datos se obtuvo que 11 paciente habían tenido 2 gestas previas, 10 pacientes tenía 1 gesta previa y el resto presentó igual o mayor a 3 gestas, En el estudio de Moreno Santillán en los datos se puede observar que el 36,1% de pacientes con 3 gestas o más se sometieron a histerectomía obstétrica; y el 27,9% de pacientes presentaron 2 gestas previas (Moreno Santillan y Pedro Flores Cortés 2016), en el estudio de Cuenca se reportaron que del total de 218 pacientes, 174 (79.8%) fueron multigestas; mientras que 23 (10.6%) fueron primigestas. (Arias Arias y Tenezaca Alao 2014); como se puede ver en estos estudios mientras la paridad es mayor existe más riesgo de terminar en histerectomía obstétrica.

Dentro de los factores de riesgo tenemos que un 8,16% que representa 4 pacientes tenían 1 cesárea previa y el 4,08% que representan 2 pacientes tenían 2 cesáreas previas; existiendo una correlación con un estudio de donde revelan que el 70.5% de pacientes histerectomizadas no tenían cicatriz de cesárea anterior, mientras que el 29,5% si presentaba este antecedente, que

aunque en ninguno de los dos estudios hay una mayor frecuencia de cesárea previa, si se concluye que las pacientes que si la tuvieron tienen un riesgo de 1.63 veces mayor de tener histerectomía de las que no la tuvieron (Rubio 2015). Sucediendo todo lo contrario en un estudio realizado en México con un total de 153 pacientes histerectomizadas las cuales el 69,2% (106 pacientes) tienen el antecedente de por lo menos una cesárea previa (Vega M. et al. 2017) Lo mismo que sucede con el reporte del hospital Luis Castelazo Ayala donde se reporta que el 77% de pacientes presentan antecedente de cesárea previa. (Moreno Santillan y Pedro Flores Cortés 2016)

Del total de las 49 pacientes, 8 pacientes (16,3%) presentaron un intervalo intergenésico corto (menor de un año), asemejándose a un estudio realizado en el Hospital de Loreto en Perú, donde reportan que de un total de 44 pacientes histerectomizadas solo 8 pacientes (18,2%) presentaron un intervalo intergenésico corto, por lo que esta variable estudiada no tiene diferencia estadísticamente significativa en la realización de histerectomía obstétrica. (Rubio 2015)

En relación a los controles prenatales el estudio mostró que el 55,1% de los casos de histerectomía obstétrica fueron pacientes con controles insuficientes (menor a 5 controles prenatales) o no tenían controles, y el 44,9% eran pacientes controladas (con 5 controles o más), estudios similares en el Hospital de Loreto Perú reporta que Colque encontró que 43% de pacientes que fueron sometidas a histerectomía no presentaban controles prenatales, obteniendo un OR 7,304 por lo que se consideró como factor de riesgo el no poseer controles prenatales, indica que una paciente sin controles adecuados tiene una probabilidad de 7 veces mayor a terminar en histerectomía en relación a una paciente con HPP que tenga controles prenatales. (Rubio 2015)

El 18,4% que equivale a 9 pacientes desarrollaron una patología durante el embarazo, de las cuales 5 presentaron preeclampsia, 3 diabetes gestacional y 1 caso de cistitis; no se ha encontrado relación estadísticamente significativa entre las patologías halladas en nuestro estudio, en comparación con un estudio realizado en el Hospital de Loreto en Perú en el que se evidencia solo un 15,4% de pacientes que presentaron preeclampsia el mismo que reporta que no representa relación estadística significativa con la histerectomía obstétrica (Rubio 2015). No se han reportado estudios que demuestren que la diabetes gestacional y la cistitis sean patologías de riesgo para histerectomía

Nuestro estudio reporta que más de la mitad de pacientes histerectomizadas que es el 61,22% el embarazo finalizó por parto vaginal, el 22,45% no aplica ya que son embarazos molares y el 14,29% fueron por cesárea, haciendo relación con otros estudios los datos no concuerdan; en el Hospital San Bartolomé-Lima indica que embarazos que terminaron en cesárea 82,6% fueron sometidas a histerectomía, mientras que el 8,6% fue por parto vaginal (Ramírez Cabrera et al. 2017); un estudio realizado en el Hospital de Coban que la finalización del embarazo un 81% (129 pacientes) fue cesárea y 19% (30 pacientes) fue vaginal además argumenta que toda paciente que

finaliza el parto por cesárea tiene 3 veces más posibilidades de terminar en histerectomía; mencionando que la complicación surgió posterior a la realización de la cesárea (Chocoyo 2016); en el Hospital Luis Castelazo Ayala que más de la mitad de los casos fue cesárea-histerectomía ya que el 68,9% se realizó cesárea y un 24,6% por parto eutócico (Moreno Santillan y Pedro Flores Cortés 2016)

Dentro de las indicaciones de histerectomía en esta casa de salud se evidenció que la atonía uterina es la principal causa con un 38,78% que representa a 19 pacientes, misma que concuerda con los otros estudios (Chocoyo 2016), (Fernández-Lara et al. 2017), (Ramírez Cabrera et al. 2017), (Vega M. et al. 2017) (Rubio 2015); pero también existe un importante número de pacientes que presentó mola hidatiforme completa confirmada por histopatológico, que se realizaron histerectomía siendo un total de 13 casos, dato que llama la atención ya que en otros estudios únicamente se reportaron 4 casos(Chocoyo 2016), hay que tener en cuenta que de las 13 pacientes con este diagnóstico 3 presentaron embarazos molares previos siendo un factor de riesgo que incrementa de un 15%-20% la aparición de un embarazo molar recurrente, a esto se suma que la mayoría de pacientes que presentaron embarazo molar son añosas cuyo rango de edad oscila entre 42 y 52 años con excepción de una paciente de 30 años que presentó esta patología; presentando otro factor de riesgo como es el de la edad extrema (Consenso FASGO 2015), el 22,45% que equivale a 11 personas fue por acretismo placentario, colocándose en tercer lugar en nuestro estudio lo que discrepa con los hallazgos encontrados en el hospital Dr. Aurelio Valdiviezo donde se reporta que las anomalías de adherencia placentaria son la principal indicación de histerectomía obstétrica (Calvo Aguilar et al. 2016) mientras que el 10,20% que corresponde a 5 pacientes la indicación fue por retención placentaria y finalmente 2,04% que representa a 1 persona se indicó histerectomía debido a perforación uterina.

Respecto al tiempo de hospitalización se registró una media de 4,98 días, en comparación con el hospital Aurelio Valdivieso que reporta la media de 5,62 días (Calvo Aguilar et al. 2016) el resto de estudios no reporta los días de hospitalización de las pacientes.

En relación con el grado shock de acuerdo a la pérdida sanguínea prequirúrgica se reporta que 28 pacientes histerectomizadas presentaron un sangrado de 1501 a 2000 mililitros, que corresponden a shock hipovolémico moderado según la clasificación de Basket (Tabla 1-1), dato que concuerda con un estudio realizado en el Hospital Central Ignacio Morones donde presentan una media de 1,5- 3 litros de pérdida sanguínea en sus pacientes histerectomizadas (Fernández-Lara et al. 2017); un dato relevante de esta variable es que las pacientes no reportan signos vitales dentro las historias clínicas que se correlacionen con el grado de shock antes mencionado, sin embargo, se realizó histerectomía.

El 57.15% (28 pacientes) recibieron por lo menos 2 paquetes de concentrados glóbulos rojos, existiendo solo 1 caso de una paciente que requirió de 6 paquetes globulares, dicho porcentaje se asemeja al 44% de pacientes que requirieron transfusiones sanguíneas en el Hospital Central Ignacio Morones (Fernández-Lara et al. 2017); de las 28 pacientes que requirieron transfusiones sanguíneas 12 de ellas que representan el 42,85 incrementaron su instancia hospitalaria por más de 6 días, lo mismo que sucedió en el Hospital de Lima-Perú, que, de un total de 69 pacientes, 63 requirieron transfusiones sanguíneas y 46 permanecieron hospitalizadas por más de 6 días post operatorio (Ramírez Cabrera et al. 2017). Otro estudio realizado a nivel de un hospital de segundo nivel en Guatemala demuestra que el 95% de sus pacientes histerectomizadas recibieron transfusiones sanguíneas, porcentaje mucho mayor al de nuestro estudio, sin embargo, esto demuestra que a nivel de países en vías de desarrollo cuya infraestructura hospitalaria no cuenta con todo lo necesario, las tasas de transfusión de paquetes globulares son elevadas.

En el presente estudio la intervención quirúrgica en el 42,9% de las pacientes se realizó a la hora de activación de la clave roja, el 10,2% se realizó dicho proceso de forma inmediata pudiendo estar relacionadas con el estado clínico de la paciente y con el criterio médico dato que no se pueden respaldar en las historias clínicas; en 12,2% se llevó a cabo en un tiempo mayor a las 2 horas e incluso hay casos en las que no se activó la clave obstétrica, hay que tener en cuenta que en nuestro país el MSP implementa en el año 2016 el protocolo para manejo de Score MAMA, claves y D.E.R. obstétrico con la finalidad de estandarizar los criterios de manejo a nivel nacional (MSP 2016) ya que nuestro estudio abarca desde el año 2015 hay casos en los que no se puso en práctica dicho protocolo, pero a partir de le manejo de la estandarización del mismo se ha cumplido con el manejo terapéutico establecido. En el que indican que se debe preparar para resolución quirúrgica a la paciente a los 60 minutos de la activación de la calve roja o si la paciente presenta un sangrado masivo. (MSP 2016). En el manejo de los pacientes el uso de traje antishock únicamente se usó en 8,2% de los pacientes, mientras que en gran parte 91,8% no se indicó el uso en la pacientes; hay que recalcar que la OMS lo integró como medida en el tratamiento de la hemorragia obstétrica y en el 2015 la FIGO lo valida y publica recomendaciones para su adecuado uso, está indicado en HPP con pérdidas superiores a 750 ml o cambios clínicos que nos dirijan a un choque hipovolémico (Meade Treviño et al. 2018). Estudios realizados han demostrado su efectividad en donde se observó una reducción de la mortalidad del 38%; también se demostró una reducción del riesgo de muerte del 59 % en pacientes que presentaron shock severo secundario a HPP. (Camacho Castro y Rubio Romero 2016)

El uso de terapia farmacológica para control de hemorragia post-parto se evidencia que no es frecuente ya que únicamente se hace uso de ciertos fármacos como oxitocina y misoprostol dejando aún lado fármacos como metilergometrina ampliamente recomendada para la hemorragia postparto por la FIGO (Lalonde 2012) y el ácido tranexámico el mismo que se ha demostrado en

varios estudios que si se lo administra dentro de 1 a 3 horas después del parto reduce la mortalidad materna y la histerectomía IC 95 % 0,63 a 1,00 (OMS 2017) siendo la atonía uterina la primea indicación de histerectomía obstétrica en nuestro trabajo y en otros trabajos internacionales antes citados, existen medidas de rescate para salvaguardar el útero de la paciente tales como fármacos uterotónicos, ligadura o embolización de las arterias uterinas o suturas hemostáticas diversas, que, en nuestro estudio no se realizaron a ninguna de las 49 pacientes que fueron histerectomizadas; cuando todas estas medidas fallan la histerectomía no debe demorarse. (Chocoyo 2016)

En nuestro estudio el uso de balón intrauterino no se aplicó en un 79,6% de las pacientes y únicamente se utilizó en un 20,4% mismo que no controló la hemorragia posparto por la que las pacientes terminaron en histerectomía obstétrica, dicho balón se usa cuando no hay respuesta a los uterotónicos y se requiere un manejo conservador no quirúrgico, en un estudio de 15 paciente contribuyo con el cese de la HPP en un 80% (Fonseca Chimá 2010). En el caso de que la unidad de salud no cuente con balón de intrauterino se puede hacer uso de condón hidrostático intrauterino para control HPP que haría una acción similar al balón intrauterino un estudio realizado en un hospital rural de México que reporta que en 40 pacientes con HPP se hizo uso del condón intrauterino tuvo una respuesta favorable en 38 pacientes y únicamente 2 paciente no respondieron a esta medida y terminaron en histerectomía (García Travesí et al. 2016).

## CONCLUSIONES

- En el estudio se trabajó con una población total de 49 pacientes que presentaron histerectomía de causa obstétrica en un periodo de 4 años y 6 meses, existiendo un mayor auge en último período del año 2019; siendo un número no tan representativo en relación con otros estudios revisados, sin embargo su incidencia se encuentra dentro del límite de bibliografía reportada en estudios a nivel de América central y Sudamérica.
- El período que ha presentado mayor número de histerectomías obstétricas es el 2019 con 22 casos pese a la práctica de la estrategia de alarma materna implementada en el año 2016 y aún en vigencia, por lo que se asume que se deba al incremento de demandas por mala práctica médica en los últimos años.
- No se reportaron casos de muerte materna en nuestro estudio
- La principal indicación de histerectomía obstétrica es la atonía uterina dato que concuerda con la gran mayoría de bibliografía consultada, sin embargo en la mayoría de los estudios revisados debido a la “obstetricia moderna” se ha incrementado el número de cesáreas, superando los indicadores de muchos países, por ende causando muchos casos de alteración en la adherencia placentaria; en contraposición a esto en nuestro estudio la mayoría de casos que se realizaron histerectomía fueron resultados de partos eutócicos; sin embargo el riesgo de sufrir una histerectomía por cicatriz uterina previa (cesárea) es alto.
- Dentro de las indicaciones de histerectomía obstétrica tenemos en segundo lugar a la mola hidatiforme completa, dato que no es frecuente en ningún estudio revisado, lo que nos hace pensar que la edad avanzada es un factor de riesgo muy importante en nuestra población, y por ende el riesgo a presentar un coriocarcinoma en un futuro no se aleja mucho de nuestra realidad.
- Existe una falta de cumplimiento al uso de medidas para el control de la hemorragia postparto, ya que no se toma a este procedimiento como último recurso, como se refleja en nuestro estudio no se realizaron suturas hemostáticas previas y el porcentaje de colocación de balón intrauterino es bajo; sin embargo no contamos con datos de suturas hemostáticas realizadas que hayan tenido éxito pues en los criterios de inclusión de esta investigación se trabajó solo con pacientes que fueron histerectomizadas.
- A pesar de tener gran dispersión entre grupos etarios este no deja de ser un problema de impacto social pues la toma de una decisión pronta mutilará innecesariamente a una mujer y por otra parte una decisión remisa llevará a más complicaciones e incluso la muerte; dichas decisiones causarán más impacto aún en pacientes adolescentes, nulíparas; hecho que si se presentó en nuestro estudio.

## **RECOMENDACIONES**

- Recomienda realizar investigaciones que se vinculen con el impacto emocional posterior a la cirugía ya que la mujer es el núcleo familiar.
- Realizar seguimiento para identificar complicaciones postoperatorias en las pacientes que fueron histerectomizadas
- Reporta el tipo de histerectomía realizada con el fin de poder identificar el tiempo de recuperación postquirúrgico.
- Se sugiere establecer una ley justa que evite la persecución al personal médico, donde los ginecólogos/ obstetras y cirujanos no sean blanco de demandas sin fin, donde se establezca justicia para el paciente como par el médico que lo atiende.
- Se debe tener en cuenta la paridad satisfecha para la toma de decisión de histerectomía.
- Se recomienda perfeccionar la destreza quirúrgica en la formación del profesional a cargo para la utilización de otras técnicas resolutivas.



## BIBLIOGRAFIA

ARIAS ARIAS, P.C. y TENEZACA ALAO, D.A., 2014. *Prevalencia y causas de histerectomía en mujeres atendidas en el Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital José Carrasco Arteaga de la Ciudad de Cuenca en el año 2012* [en línea]. Cuenca - Ecuador: Universidad de Cuenca. [Consulta: 12 agosto 2019]. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/21031>.

CABERO ROURA, L. y SALDIVAR RODRIGUEZ, D., 2009. *Operatoria obstetricia. 2*. México: Médica Panamericana.

CALVO AGUILAR, O., ROSAS CARVALLAR, E., VÁSQUEZ MARTÍNEZ, J. y HERNÁNDEZ CUEVAS, J., 2016. Histerectomía obstétrica en el Hospital General Dr. Aurelio Valdivieso, Oaxaca, México. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, vol. 81, no. 6, pp. 473-479. ISSN 0717-7526. DOI 10.4067/S0717-75262016000600004.

CAMACHO CASTRO, F., RUBIO ROMERO, J., 2016. Recomendaciones internacionales para el tratamiento médico de la hemorragia posparto, Bogota, Colombia. *Revista de la facultad de medicina*, vol. 64, no. 1, pp.87-92.. DOI: <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v64n1.50780>

CASTRO PAREDES, M.G.C. y ALCÍVAR, M.S., 2006. Indicaciones, complicaciones y factores asociados de la histerectomía posparto. Maternidad “Enrique C. Sotomayor”. *Medicina*, vol. 11, no. 3, pp. 205-210. ISSN 1390-8464.

CENTRO NACIONAL DE EXCELENCIA EN SALUD, 2017. Diagnóstico y Tratamiento de las Anomalías en la inserción placentaria y vasos sanguíneos fetales. [en línea]. [Consulta: 12 agosto 2019]. Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2014/05/GPC-ANOMALIAS-INSERCIÓN-PLACENTARIA-17-01-2017.pdf>.

CHOCOYO, V.E.E., 2016. 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). , pp. 66.

CIFUENTE, R., 2007. *Urgencias en obstetricia* [en línea]. Bogota - Colombia: Editorial Colombiana. [Consulta: 12 agosto 2019]. Disponible en: <https://libreriamedica.com/ginecologia-y-obstetricia/275-urgencias-en-obstetricia.html>.

DOUMOCHTSIS y ARULKUMARAN, 2016. *Emergencias en obstetricia y ginecología*. Estados Unidos: Oxford University.

FERNÁNDEZ-LARA, J.A., TORO-ORTIZ, J.C., MARTÍNEZ-TREJO, Z., MAZALABASTIDA, S. de la, VILLEGAS-ARIAS, M.A., FERNÁNDEZ-LARA, J.A., TORO-ORTIZ, J.C., MARTÍNEZ-TREJO, Z., MAZALABASTIDA, S. de la y VILLEGAS-ARIAS, M.A., 2017. Tasa de hemorragia, histerectomía obstétrica y muerte materna relacionada. *Ginecología y obstetricia de México*, vol. 85, no. 4, pp. 247-253. ISSN 0300-9041.

FONSECA-CHIMÁ, E. 2010. Balón de Bakri en hemorragia posparto en Medellín (Colombia): Reporte de un caso y revisión de la literatura. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, vol. 61; no. 4, pp. 335-340. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcog/v61n4/v61n4a07.pdf>

GARCÍA TRAVESÍ, F.A, HINOJOSA-CRUZ, J.C, REYES-HERNANDEZ, M.U, SANDOVAL-BARAJAS, D, LORCA-JIMÉNEZ, G, MENDOZA-REYES, E, CRUZ-DURAN, J.G, 2016. Tratamiento de la hemorragia posparto con condón hidrostático intrauterino. *Ginecol Obstet Mex.*;84(4):243-251.

HERNÁNDEZ-SÁNCHEZ, R. y DÍAZ-RAMÍREZ, J.J., 2016. Histerectomía obstétrica, último recurso en el tratamiento de la hemorragia obstétrica. [en línea], vol. 12, no. 71. [Consulta: 12 agosto 2019]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/sanmil/sm-2016/sm161j.pdf>.

JUÁREZ, A., RIVERA, A.M., DURÁN, M.A., TELLEZ, S.E. y BUITRÓN, R., 2012. Histerectomía obstétrica por sepsis en el puerperio. *Clínica e Investigación en Ginecología y Obstetricia*, vol. 39, no. 2, pp. 53-56. ISSN 0210-573X. DOI 10.1016/j.gine.2010.03.001.

LETHABY A, IVANOVA V, JOHNSON N. Total versus subtotal hysterectomy for benign gynaecological conditions. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, Issue 2. Art. No.: CD004993. DOI: 10.1002/14651858.CD004993.pub2.

LÓPEZ CABEZAS, M.F, 2016. *Incidencia de complicaciones posteriores a histerectomía abdominal vs histerectomía vaginal en el hospital san francisco de quito de enero 2014 a diciembre 2015* [en línea]. Quito - Ecuador: Pontificia Universidad Católica del Ecuador. [Consulta: 13 agosto 2019]. Disponible en: <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/11210/INCIDENCIA%20DE%20COMPLICACIONES%20POSTERIORES%20A%20HISTERECTOMIA%20ABDOMINAL%20VS%20HISTERECTOMIA%20VAGINAL%20EN%20EL.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

MARSHA, RYAN and MEKEL, MICHELE, 2019, *Malpractice risk associated with surgical procedures*. Stage0uptodate.com [online]. 2019. [Accessed 17 September 2019]. Available from: [https://stage0www.uptodate.com/contents/malpractice-risk-associated-with-surgical-procedures?source=related\\_link](https://stage0www.uptodate.com/contents/malpractice-risk-associated-with-surgical-procedures?source=related_link)

MARTÍNEZ ARMIJOS, E. y MACÍAS PONCE, D., 2016. *Prevalencia de la histerectomía de emergencia en hemorragias maternas en Hospital Abel Gilbert Pontón; mayo-diciembre.2016.* Guayaquil - Ecuador: Universidad Católica Santiago de Guayaquil.

MEADE TREVIÑO, P., FERNANDEZ LARA, J., LIZAOLA DÍAZ, H., MENDOZA MARES, R., GRIMALDO VALENZUELA, P. *Traje antichoque no neumático: una opción en el tratamiento de la paciente con hemorragia obstétrica. Ginecol Obstet Mex. 2018 marzo;86(3):200-207.* DOI: <https://doi.org/10.24245/gom.v86i3.1991>

MORENO SANTILLAN, A. y PEDRO FLORES CORTÉS, J., 2016. *INDICACIONES Y COMPLICACIONES QUIRURGICAS DE LA HISTERECTOMÍA OBSTÉTRICA EN LA UNIDAD MÉDICA DE ALTA ESPECIALIDAD DE GINECO OBSTETRICIA “LUIS CASTELAZO AYALA”.* S.l.: s.n.

MSP, 2013. Prevención, diagnóstico y tratamiento de la Hemorragia Posparto. [en línea]. [Consulta: 12 agosto 2019]. Disponible en: <https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/GPC%20PREVENCI%C3%93N,%20DIAGN%C3%93STICO%20Y%20TRATAMIENTO%20DE%20HEMORRAGIA%20POSPARTO.pdf>.

MSP, 2016. Score MAMA, Claves y D.E.R. obstétricos, Quito, Ecuador. Disponible en: <http://181.211.115.37/biblioteca/prov/guias/guias/Score%20mam%C3%A1,%20claves%20y%20D.E.R.%20Obst%C3%A9tricos.pdf>

MSP, 2016. Boletín Nacimientos por Cesáreas 2013-2016. , pp. 21.

MSP, 2017. Propuestas al CES Muerte Materna. [en línea]. [Consulta: 12 agosto 2019]. Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2016/09/ESTRATEGIA-REDUCCION-MUERTE-MATERNA.pdf>.

MSP, 2019. *Gaceta de Muerte Materna SE 27.* 2019. S.l.: Ministerio de Salud Pública.

OMS, 2018. Mortalidad materna. *Organización Mundial de la Salud* [en línea]. [Consulta: 12 agosto 2019]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 2016. Preparar a la región para alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible Capítulo Ecuador sobre la salud. [en línea]. [Consulta: 12 agosto 2019]. Disponible en: [https://www.paho.org/ecu/index.php?option=com\\_docman&view=download&alias=665-ods-ecuador-diciembre-2016&category\\_slug=publications&Itemid=599](https://www.paho.org/ecu/index.php?option=com_docman&view=download&alias=665-ods-ecuador-diciembre-2016&category_slug=publications&Itemid=599).

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, CENTRO LATINOAMERICANO DE PERINATOLOGÍA y SALUD DE LA MUJER Y REPRODUCTIVA (CLAP), 2019. *Guías para la atención de las principales emergencias obstétricas*. 2. S.l.: Organización Panamericana de la Salud. ISBN 978-92-75-32088-4.

PUND, 2018. Objetivo 3: Buena salud. *El PNUD en Ecuador* [en línea]. [Consulta: 12 agosto 2019]. Disponible en: <http://www.ec.undp.org/content/ecuador/es/home/sustainable-development-goals/goal-3-good-health-and-well-being.html>.

RAMÍREZ CABRERA, J., CABRERA RAMOS, S., CAMPOS SICCHA, G., PELÁEZ CHOMBA, M. y POMA MORALES, C., 2017. Histerectomía obstétrica en el Hospital San Bartolomé, Lima, 2003 - 2015. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, vol. 63, no. 1, pp. 27-33. ISSN 2304-5132.

RODRÍGUEZ INGELMO, J.M., MOTELLÓN, A., MILLÁ, A., SÁNCHEZ GUTIÉRREZ, L., GÓMEZ CORREA, J.B., OLTRA, M.F. y GÓMEZ RAMOS, E., 2014. Histerectomía periparto en el Hospital General Universitario de Elche. *Clínica e Investigación en Ginecología y Obstetricia*, vol. 41, no. 3, pp. 98-103. ISSN 0210-573X. DOI 10.1016/j.gine.2013.02.007.

RUBIO OCAMPO, M 2015. Factores de riesgo relacionados a Histerectomía Obstétrica en pacientes cesareadas atendidas en el Hospital Regional de Loreto, durante los años 2011-2014. Universidad Nacional de la Amazonía Peruana. Disponible en: [http://repositorio.unapikitos.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/3761/Milagros\\_Tesis\\_Titulo\\_2015.pdf?sequence=1&isAllowed=y&fbclid=IwAR0qJHQmywjgHBLBZ1M7y6vwwgT02dgJtsFi\\_cnMkND-rhKeNBRHKQ0itQ9g](http://repositorio.unapikitos.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/3761/Milagros_Tesis_Titulo_2015.pdf?sequence=1&isAllowed=y&fbclid=IwAR0qJHQmywjgHBLBZ1M7y6vwwgT02dgJtsFi_cnMkND-rhKeNBRHKQ0itQ9g)

SECRETARIA DE SALUD, 2010. Indicaciones y Contraindicaciones de la Histerectomía en el Segundo Nivel. [en línea]. [Consulta: 12 agosto 2019]. Disponible en: [http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/454\\_GPC\\_Histerectomxa\\_segundo\\_nivel/SSA-295-10\\_Histerectomxa\\_-\\_RER\\_xCorregidax.pdf](http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/454_GPC_Histerectomxa_segundo_nivel/SSA-295-10_Histerectomxa_-_RER_xCorregidax.pdf).

VEGA M., G., BAUTISTA G., L.N., RODRÍGUEZ N., L.D., LOREDO A., F., VEGA M., J., BECERRIL S., A., RAMOS L., S., VEGA M., G., BAUTISTA G., L.N., RODRÍGUEZ N., L.D., LOREDO A., F., VEGA M., J., BECERRIL S., A. y RAMOS L., S., 2017. Frecuencia y factores asociados a la histerectomía obstétrica en un hospital de segundo nivel en México. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, vol. 82, no. 4, pp. 408-415. ISSN 0717-7526. DOI 10.4067/s0717-75262017000400408.

WRIGHT, J.D., SILVER, R.M., BONANNO, C., GADDIPATI, S., LU, Y.-S., SIMPSON, L.L., HERZOG, T.J., SCHULKIN, J. y D'ALTON, M.E., 2013. Practice patterns and knowledge of obstetricians and gynecologists regarding placenta accreta. *The Journal of Maternal-Fetal &*

*Neonatal Medicine: The Official Journal of the European Association of Perinatal Medicine, the Federation of Asia and Oceania Perinatal Societies, the International Society of Perinatal Obstetricians*, vol. 26, no. 16, pp. 1602-1609. ISSN 1476-4954. DOI 10.3109/14767058.2013.793662.

ZULETA, J. AND GÓMEZ, J. (2019). *COMPARACIÓN ENTRE LA TÉCNICA DE RICHARDSON Y LA TÉCNICA CON ELEVADOR UTERINO DE BOYLE PARA LA HISTERECTOMÍA ABDOMINAL: ECC\**. [online] Scielo.org.co. Available at: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcog/v56n3/v56n3a02.pdf> [Accessed 27 Sep. 2019].

## ANEXOS

**Anexo A:** Formulario de recolección de datos



**ESCUELA SUPERIOR POLITÉCNICA DE CHIMBORAZO  
FACULTAD DE SALUD PÚBLICA  
CARRERA DE MEDICINA**



### FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

1. **NÚMERO DE FORMULARIO** \_\_\_\_\_
2. **HCL:** \_\_\_\_\_
3. **EDAD:** \_\_\_\_\_
4. **LUGAR DE RESIDENCIA:** URBANO \_\_\_\_\_ RURAL \_\_\_\_\_
5. **ESTADO CIVIL:** \_\_\_\_\_
6. **NIVEL DE INSTRUCCIÓN:**  
NINGUNA \_\_\_\_\_ PRIMARIA \_\_\_\_\_ SECUNDARIA \_\_\_\_\_ TERCIARIA \_\_\_\_\_
7. **AUTOIDENTIFICACIÓN:**  
MESTIZA \_\_\_\_\_ BLANCA \_\_\_\_\_ AFROECUCATORIA \_\_\_\_\_  
INDÍGENA \_\_\_\_\_ OTRO \_\_\_\_\_
8. **LUGAR DE PROCEDENCIA:**  
URBANO \_\_\_\_\_ RURAL \_\_\_\_\_
9. **ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES:**  
TB \_\_\_\_\_ Cardiopatía  
Diabetes \_\_\_\_\_ Nefropatía  
Hipertensión \_\_\_\_\_ Violencia  
Preeclampsia \_\_\_\_\_ VIH  
Eclampsia  
Otra condición médica grave
10. **GESTAS PREVIAS**
11. **PARIDAD:** NULÍPARA \_\_\_\_\_ MULTÍPARA \_\_\_\_\_
12. **CESAREAS ANTERIORES:** SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
13. **INTERVALO INTERGENÉSICO:** \_\_\_\_\_
14. **CONTROL PRENATALES:** \_\_\_\_\_
15. **COMPLICACIONES DURANTE EL EMBARAZO:**  
\_\_\_\_\_

16. **VÍA DE TERMINACIÓN DE EMBARAZO:** VAGINAL: \_\_\_\_\_ CESÁREA:

\_\_\_\_\_

17. **DIAGNOSTICO PREVIA A HISTERECTOMÍA:**

Atonía uterina,  
Embarazo Molar  
Acretismo placentario  
Retención placentaria  
Perforación Uterina

18. **TRASFUSIONES SANGUINEAS:** SI: \_\_\_ NO: \_\_\_

19. **VOLUMEN DE PÉRDIDA SANGUINEA:** \_\_\_\_\_

20. **SHOCK:** SI\_\_ NO\_\_

21. **NÚMERO DE PAQUETES GLOBULARES ADMINISTRADOS:** 1,2 ,3, 4.....

22. **INTERVALO DE TIEMPO DESDE ACTIVACIÓN DE CLAVE ROJA HASTA  
RESOLUCIÓN QUIRÚRGICA:** < 1HORA, 1HORA, 2 HORAS Y MÁS.

**ESCUELA SUPERIOR POLITÉCNICA DE CHIMBORAZO**  
**DIRECCIÓN DE BIBLIOTECAS Y RECURSOS PARA**  
**EL APRENDIZAJE Y LA INVESTIGACIÓN**  
**UNIDAD DE PROCESOS TÉCNICOS**  
**REVISIÓN DE NORMAS TÉCNICAS, RESUMEN Y BIBLIOGRAFÍA**

**Fecha de entrega:** 17 / Octubre / 2019

<b>INFORMACIÓN DEL AUTOR/A (S)</b>
<b>Nombres – Apellidos:</b> Karen Margarita Amores Naranjo Lizbeth Gabriela Buñay Coro
<b>INFORMACIÓN INSTITUCIONAL</b>
<b>Facultad: Salud Pública</b>
<b>Carrera: Medicina</b>
<b>Título a optar: Médico General</b>
<b>f. Analista de bibliotecas responsable:</b> Dr. Rafael Inty Salto Hidalgo