



Universidad Autónoma de Querétaro
 Facultad de Medicina
 Especialidad en Ginecología y Obstetricia

Frecuencia y factores asociados a la histerectomía obstétrica en el Hospital de Especialidades del Niño y La Mujer "Felipe Núñez Lara" en el periodo Enero 2014 a diciembre 2016.

Que como parte de los requisitos para obtener el grado de Especialidad en __Ginecología y Obstetricia__

Presenta:

Silvia Magdalena Barrios Lugo

Dirigido por:

Dr. En C. Genaro Vega Malagón

Dr. En C. Genaro Vega Malagón
 Presidente

M. en I. León Sánchez Fernandez
 Secretario

Med. Esp. Gustavo Chávez Gómez
 Vocal

Med. Esp. Luis Nelson Bautista García
 Suplente

Med. Esp. Carlos Arturo Rebolledo Fernández
 Suplente

Dra. Guadalupe Zaldivar Lelo De Larrea

Nombre y Firma
 Director de la Facultad

Dra. Ma. Guadalupe Flavia Loarca Piña
 Director de Investigación y Posgrado

RESUMEN

INTRODUCCION.- La histerectomía obstétrica es procedimiento de urgencia para resolver una situación grave, su incidencia es de 5 a 15 por cada 1000 eventos obstétricos **OBJETIVO GENERAL.-** Determinar la frecuencia y factores asociados a la histerectomía obstétrica en el Hospital de Especialidades del Niño y la Mujer “Felipe Núñez Lara” en el periodo enero 2014 – diciembre 2016. **METODOLOGIA.-** Estudio descriptivo, transversal y retrospectivo en el periodo de Enero de 2014 a Diciembre del 2016, se incluyeron todos los casos de histerectomía posterior a un evento obstétrico, se estudiaron: edad, paridad, vía de interrupción del embarazo, antecedente de cesárea previa, indicaciones y complicaciones de la histerectomía, ingreso al servicio de terapia intensiva y mortalidad, el análisis se realizó con estadística descriptiva. **RESULTADOS.-** Durante el periodo de estudio, se atendieron 37 308 eventos obstétricos, efectuándose histerectomía obstétrica a 153 pacientes que representan el 0.57%, es decir, una HO por cada 243 embarazos. La edad promedio de quienes se les efectuó la histerectomía fue de 34 años de edad, siendo más frecuente en el grupo de mayores de 35 años, que habían tenido dos o tres embarazos previos. El antecedente de cesárea previa fue del 69.2%. La vía de interrupción del embarazo actual fue de cesárea en el 72.1%. La principal indicación fue la atonía uterina en 51 casos (33.3%). La complicación más frecuente fue la anemia aguda en el 83%. Hubo 1 muerte materna (0.6%). **CONCLUSIONES.-** La Histerectomía obstétrica es una cirugía de urgencia, por lo que se deben de identificar durante el control prenatal los factores asociados a las principales indicaciones de esta complicación.

PALABRAS CLAVE: Factores asociados, Histerectomía obstétrica, Atonía uterina.

SUMMARY

INTRODUCTION. - Obstetric Hysterectomy (OH) is an emergency procedure to solve a life threatening condition, and its incidence is 5 to 15 per 1000 obstetric events. **GENERAL OBJETIVE.** - To determine the frequency and factors related with obstetric hysterectomy at hospital "Felipe Núñez Lara" from January 2014 to December 2016. **METHODOLOGY.** - Descriptive, cross-sectional and retrospective study from January 2014 to December 2016 including all hysterectomy cases due to an obstetric event. Factors such as Age, number of deliveries, abortions, and previous cesarean sections, admission to the Intensive care unit, surgical indications, complications and mortality because of hysterectomy were analyzed thru descriptive statistics. **RESULTS.** - 37 308 obstetric events were registered and 153 were treated with Obstetric Hysterectomy representing 0.57% of the total, meaning one OH per every 243 pregnancies. The average age of those who had a hysterectomy was 28.5 years, and the procedure had its peak at the group of age older than 35 years who had had two or more pregnancies. The history of previous cesarean section was 39.2%. In 72.1% the pregnancy was terminated with a cesarean section. The main indication for hysterectomy was Uterine Atony in 33.3% (51 cases). The most frequent complication was acute anemia in 83%. There was a maternal death (0.6%). **CONCLUSIONS.** - Obstetric Hysterectomy is an emergency surgery, there are related factors that must be identified during the prenatal control to avoid this complication.

KEYWORDS: Associated Factors, Obstetric Hysterectomy, Uterine Atony.

AGRADECIMIENTOS

A mi director de tesis Dr. Genaro Vega Malagón por su gran apoyo y confianza para la participación en este proyecto, gracias por la paciencia y las enseñanzas .

A mis profesores y medicos adscritos por la tolerancia y paciencia para guiarme en la realización del mismo, en la formación de mi profesión y a nivel personal.

A mi familia por su gran apoyo incondicional y su amor, por estar en las buenas y en las malas situaciones siempre , los amo infinitamente.

Agradecimiento especial al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACyT) por su apoyo , y por la beca que otorga a los médicos en formación.

TABLA DE CONTENIDOS

1. INTRODUCCIÓN	7
1.1 OBJETIVO GENERAL:.....	8
1.2 OBJETIVO PARTICULAR:.....	8
2. ANTECEDENTES.....	9
3.- METODOLOGIA	14
4.- RESULTADOS Y DISCUSION	15
4.1 DISCUSIÓN.....	16
4.2 CONCLUSION	18
4.3 PRESENTACIÓN DE CUADROS.....	19
5.- BIBLIOGRAFIA	23
6.-ANEXOS	29

ÍNDICE DE TABLAS

Cuadro 4.1 Incidencia de histerectomía obstétrica de 2014-2016	19
Cuadro 4.2 Histerectomía obstétrica por grupos de edad.....	19
Cuadro 4.3 Antecedente de cesárea previa.....	20
Cuadro 4.4 Número de embarazos	20
Cuadro 4.5 Evento previo a la histerectomía obstétrica	21
Cuadro 4.6 Indicación de Histerectomía obstétrica	21
Cuadro 4.7 Complicaciones de la Histerectomía obstétrica	22

1. INTRODUCCIÓN

La histerectomía obstétrica de urgencia es un procedimiento que potencialmente preserva la vida y el sangrado posparto es la causa directa de su indicación, así la hemorragia posparto ocurre en 1% de las pacientes (Nava, 2002). La histerectomía obstétrica es la extirpación del útero, la resección parcial o total después de un evento obstétrico debida a una complicación del embarazo, el parto o el puerperio o por agravamiento de una enfermedad preexistente, Se practica habitualmente de urgencia por indicación médica. (Ramos 2010, Patiño 2014)

Es un procedimiento de urgencia para resolver una situación grave (Patiño, 2014) con una importante morbilidad y mortalidad materna, que se realiza cuando todas las medidas conservadoras han fracasado en lograr la hemostasia durante una hemorragia obstétrica por lo que es un procedimiento de salvamento, que no se debe retrasar ni dudar en realizar cuando se requiere. (Vega 2017, Calvo 2016)

En México y en todo el mundo los programas en salud materno infantil van encaminados a la reducción de la mortalidad materna y representan actualmente una de las grandes prioridades de los sistemas de salud (Patiño 2014, Suárez 2011) Por lo que es de trascendental importancia la identificación de las causas y factores asociados mortalidad materna, incluyendo aquellos asociados a histerectomía obstétrica.

La epidemiología de la histerectomía obstétrica es variable, algunos autores reportan entre 5 a 15 por cada 1000 eventos obstétricos (Patiño 2014, Suárez 2011) identificándose factores de riesgo más frecuente el antecedente de cesárea previo, rotura uterina, placenta previa asociada a placenta acreta, hipotonía o atonía uterina entre otros. Las complicaciones más frecuentes reportadas son shock hipovolémico, lesiones vesicales e infección, con una mortalidad materna del 14%.2 (Suarez 2011, Torres 2010)

Según otros autores, la incidencia de esta cirugía ha ido en aumento por el incremento en el porcentaje de cesáreas, que predispone a una placentación anormal (acretismo placentario y placenta previa), edad materna avanzada, multiparidad, uso de oxitocina, otros fármacos que aumentan la probabilidad de hemorragia posparto Cirugías uterina y tabaquismo materno. (Reveles 2008, Abasiattai 2013, Casas 2013)

1.1 Objetivo General

- Conocer la frecuencia y factores asociados a la Histerectomía Obstétrica en el Hospital de Especialidades del Niño y la Mujer “Felipe Núñez Lara” en el periodo enero 2014 a diciembre 2016.

1.2 Objetivos específicos

- Determinar edad de mayor frecuencia de las pacientes que fueron sometidas a histerectomía obstétrica.
- Determinar la causa por la cual se realizó histerectomía obstétrica.
- Determinar la escolaridad más frecuente de las pacientes que se realizó histerectomía obstétrica.
- Determinar antecedente de cesáreas o partos previos al evento de histerectomía obstétrica.
- Determinar complicaciones de la histerectomía obstétrica.
- Determinar la mortalidad relacionada a la histerectomía obstétrica.

2.- ANTECEDENTES

En México y en todo el mundo los programas en salud materno infantil van encaminados a la reducción de la mortalidad materna y representan actualmente una de las grandes prioridades de los sistemas de salud (Suarez, 2011). Por lo que es de trascendental importancia la identificación de las causas y factores asociados mortalidad materna, incluyendo aquellos asociados a histerectomía obstétrica.

Con el advenimiento de nuevas tecnologías y con el avance científico técnico en el campo de la Medicina, la histerectomía obstétrica ha ido disminuyendo en frecuencia como simultáneamente han mejorado sus resultados. A nivel internacional, en Europa la incidencia reportada en la actualidad por diferentes autores es muy baja, oscila entre 0,1 y 0,9 %. En un estudio realizado en Japón se reportó una incidencia de 1 % (Aguilar 2012).

La incidencia reportada por diferentes autores es muy baja, oscila entre 0.1 y 0.9%. En la actualidad, cada vez menos médicos indican la histerectomía obstétrica debido diversas razones, entre ellas: disponibilidad de antibióticos de amplio espectro, de hemoderivados, agentes uterotónicos, y al refinamiento y estandarización de la cirugía. La incidencia real en México se desconoce, aunque algunos autores indican que es del 0.5 al 0.9%. El procedimiento puede realizarse de manera electiva o de urgencia, que es la más frecuente. Los factores de riesgo más identificados son: antecedentes de cesárea previa, ser mayor de 35 años de edad, haber tenido más de tres hijos, instrumentación uterina previa y embarazos múltiples, por mencionar algunos (Reveles 2008).

En ocasiones, el obstetra puede anticipar la posible necesidad de una histerectomía periparto en función de los factores de riesgo del paciente. Esto permite la preparación del paciente y el asesoramiento en el período prenatal, la planificación quirúrgica detallada y, posiblemente, el evitar un procedimiento de emergencia. Esto es cierto principalmente para las mujeres con placentación anormal.

La mayoría de los pacientes con placenta acreta, increta o percreta se someterán a una histerectomía en el momento del parto (79 de 133 pacientes [60 por ciento] en un estudio (Fitzpatrick, 2014). La placenta previa se asocia con un riesgo de histerectomía de aproximadamente 5 por ciento, generalmente en casos de acreta placentaria (Giambattista 2012). La frecuencia de la placentación anormal aumenta sustancialmente a medida que aumenta el número de partos por cesárea anteriores, así como con la edad materna.

La Histerectomía obstétrica es generalmente una cirugía de urgencia por complicaciones obstétricas severas como la hemorragia o fallas en otros métodos para corregir esta eventualidad.

En muchas ocasiones ante una complicación obstétrica severa como la hemorragia uterina, coloca al médico ante un dilema, sobre todo en una mujer joven con baja paridad, donde es prioritario salvar la vida de la paciente con la oportunidad del tratamiento quirúrgico (Patiño 2014).

El procedimiento puede ser de emergencia o planeado. La indicación más común para los procedimientos de emergencia es la hemorragia uterina severa que no puede controlarse con medidas conservadoras. Tal hemorragia es más comúnmente debido a la placentación anormal o la atonía uterina, y cada uno de ellos representa del 30 al 50 por ciento de las histerectomías del periparto (Glaze 2008). Otras posibles causas incluyen la ruptura uterina, los leiomiomas y la laceración de los vasos uterinos.

La histerectomía planificada del periparto se puede realizar en pacientes con un diagnóstico preparto de placenta acreta, o más raramente para el carcinoma de cuello uterino en estadio IA2 e IB1 o fibroides muy grandes. La infección parece ser un importante contribuyente a la histerectomía periparto. No solo la infección pélvica posparto severa es una posible indicación para el

procedimiento, sino que los úteros extraídos para la atonía también muestran una tasa relativamente alta de infección e inflamación en el análisis patológico.

Las indicaciones absolutas de histerectomía obstétrica son las siguientes: (Lee 2012, Machado 2011)

1. Rotura uterina de difícil reparación.
2. Hemorragia incoercible.
3. Prolongación de la incisión de la histerotomía hasta los vasos uterinos.
4. Útero de Couvelaire en abrupcio placentae.
5. Acretismo placentario.
6. Inercia uterina que no se resuelve con manejo médico.
7. Sepsis pélvica

En algunas otras situaciones de origen ginecológicas pueden indicar la cirugía electiva.(Ramos 2010)

1. Carcinoma invasor del cérvix, cáncer de ovario, cáncer de mama.
2. Mioma uterino en pacientes con paridad satisfecha.
3. Torsión de útero grávido en grado avanzado.
4. Afección uterina no tumoral (adherencias inflamatorias, prolapso uterino).
5. Algunos casos de corioamnionitis grave.
6. Enfermedad concomitante que haga suprimir la función menstrual (talasemia, enfermedad de Werlhof, etc.).(Ramos 2010)

La histerectomía obstétrica tiene una elevada morbilidad posoperatoria, mayor a la cirugía ginecológica, principalmente por su asociación a una situación

de emergencia, de las complicaciones más frecuentes se encuentran.(Casas 2013, Sáez 2010)

- 1.- Hemorragia transoperatoria
- 2.- Laceración vesical
- 3.- Fístula vesicovaginal, ureterovaginal y rectovaginal
- 4.- Anemia
- 5.- Choque hipovolémico o séptico
- 6.- Coagulación intravascular diseminada (CID)
- 7.- Lesiones de las vías urinarias
- 8.- Hematoma abdomino-pélvico .

Otras complicaciones menos frecuentes: fiebre, neumonía, falla multiorgánica y paro cardíaco, hematoma y/o hemorragia de cúpula vaginal, hematuria, absceso abdomino-pélvico, hematoma y absceso de pared abdominal, íleo intestinal, pulmón de choque, ictericia , neumotórax, convulsiones, sección de uréter, accidente cerebrovascular, hematometra o piometra, insuficiencia renal, infección urinaria, sección de vejiga, hepatitis, pancreatitis, dehiscencia de herida operatoria, desgarró vaginal, trastornos psicológicos, coagulación intravascular diseminada y transfusiones sanguíneas.(Casas 2013)

En situaciones de emergencia, se debe intentar una secuencia de medidas conservadoras para controlar la hemorragia uterina antes de recurrir a procedimientos quirúrgicos más radicales, debido a las múltiples complicaciones mencionadas previamente. Si una intervención no tiene éxito, el siguiente tratamiento en la secuencia debe ser rápidamente instituido. Se deben emplear medidas conservadoras con el objetivo de evitar la morbilidad y la esterilización que acompaña a la histerectomía. Para aquellos pacientes que inevitablemente

requieren histerectomía, tal es el caso de pacientes con placenta percreta, etc, se necesita la realización inmediata del procedimiento (sin utilizar múltiples medidas conservadoras) ya que conduce a un menor requerimiento de transfusión y posiblemente a una menor morbilidad. Además, hay una mayor pérdida de sangre con una mayor duración de tiempo antes de la realización de la histerectomía. Por lo tanto, las medidas conservadoras se deben utilizar en una sucesión rápida, y la preparación para la histerectomía debe comenzar rápidamente en los casos de hemorragia masiva o inestabilidad materna.

3.- METODOLOGÍA

Se realizó un estudio epidemiológico descriptivo, transversal, y retrospectivo en el Hospital de Especialidades del Niño y la Mujer de la Secretaría de Salud en el Estado de Querétaro en el periodo de enero de 2014 a diciembre del 2016.

Se incluyó todos los expedientes de pacientes obstétricas a las que se les realizó histerectomía obstétrica del Hospital de Especialidades del Niño y La Mujer en el periodo comprendido de enero 2014 a diciembre 2016 en los cuales se identificaron como criterio de inclusión a todos aquellos expedientes de todas las pacientes obstétricas que se les realizó histerectomía obstétrica del Hospital del niño y la mujer en el periodo comprendido de 01 de enero del 2014 al 31-diciembre 2016.

Se acudió, previo consentimiento por parte de comité hospitalario, al área de archivo para la recolección de los expedientes clínicos, y se realizó revisión de los mismos y obtención de datos de variables indicadas: edad, paridad, antecedente de cesárea previa, vía de interrupción del embarazo, causas y complicaciones de la histerectomía, ingreso al servicio de terapia intensiva, y mortalidad.

Con base en los aspectos éticos pertinentes se aseguró la confidencialidad de los datos obtenidos en los expedientes clínicos de cada paciente que fue agregada al estudio actual, así como seguridad de la veracidad de los datos recolectados en ellos, sin realizar cambios u omisiones en los mismos. Para su análisis se apoyó con el programa estadístico SPS versión 12. Para el análisis se utilizó estadística descriptiva con medidas de tendencia central (media y porcentaje) y medidas de dispersión (desviaciones estándar, y para su representación se utilizaron cuadros y gráficas.

4.- RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Durante el periodo de estudio, se atendieron 37,308 eventos obstétricos, efectuándose histerectomía obstétrica a 153 pacientes que representan el 0.57%, es decir, una HO por cada 243 embarazos. (Cuadro No. 4.1). El promedio de edad fue de 34 años (DE: 1.345), con un rango desde los 15 a 44 años. El grupo de edad más afectado fue de los 35 años o más con 51 pacientes (33.3%), seguido de los de 25 a 29.9 años con 29 pacientes (19%). (Cuadro No. 4.2). De los 153 casos de histerectomía obstétrica en su mayoría (69.2%) tenían el antecedente de al menos una cesárea previa (Cuadro No. 4.3). En relación a la paridad, 73 pacientes (47.7%) fueron embarazos 2 y 3 seguidas de gran múltiparas de 4 o más embarazos en un 28.7%. (Cuadro No. 4.4). De las pacientes sometidas a histerectomía obstétrica 80 de ellas (72.1%) se había resuelto el evento obstétrico por cesárea, hubo 9 pacientes (8.5%) que el procedimiento quirúrgico fue después de un legrado uterino instrumental. (Cuadro No. 4.5). De las indicaciones por la cual se efectuó la histerectomía obstétrica, la más frecuente fue por hemorragia uterina, donde destaca la atonía uterina en 51 pacientes (33.3%), seguida del acretismo placentario con 32 pacientes (20.9%). Aunque hubo casos con dos indicaciones a la vez, como acretismo placentario más atonía uterina. (Cuadro No. 4.6). La mayoría de las pacientes a quienes se les efectuó histerectomía obstétrica cursaron con al menos una complicación, siendo la más frecuente la anemia aguda en 127 pacientes (83%), requiriéndose hemotransfusión sanguínea en 116 casos el 76% del total de las pacientes intervenidas quirúrgicamente, 89 pacientes (58%) presentaron choque hipovolémico, ocurrió una muerte materna (0.6%) a causa de hemorragia obstétrica que trató de resolverse con una histerectomía obstétrica. (Cuadro No. 7).

4.1 DISCUSION

El Hospital de Especialidades del Niño y la Mujer de la Secretaria de Salud en el Estado de Querétaro, es un hospital de segundo nivel de atención que atiende a la población abierta de todo el estado de Querétaro e incluso a pacientes procedentes de otros estados, con una frecuencia de 12 a 13 mil eventos obstétricos por año, incluyendo partos vía vaginal, cesáreas y legrado uterinos por abortos espontáneos.

En el periodo estudio del año 2014 a 2016, se atendieron 37 308 eventos obstétricos, la frecuencia fue de 0.57%, es decir una histerectomía obstétrica por cada 243 embarazos, o una incidencia de 4.1 histerectomías por cada 1 000 embarazos, cifra superior a otros autores mexicanos como Ramos García, donde reporta una incidencias de 1.26 por cada 1 000 embarazos en un Hospital de Ginecología y Obstetricia del Estado de México, o de Calvo Aguilar, en un estudio en Oaxaca, México que reporta 1.7 por cada 1 000 embarazos; también en un hospital de segundo nivel en Quintana Roo, Patiño Peyranir, reportó una incidencia de 0.26 por cada 1 000 embarazos, cifra menor también al presente estudio, sin embargo hay otros estudios que reportan una incidencia mayor como el de Reveles Vázquez, en el Centro Médico Nacional de Occidente del IMSS de Jalisco donde reportan una incidencia de 8 casos por cada 1 000 embarazos, o el de un estudio en Colombia donde los autores reportan una incidencia de 5.9 histerectomías obstétricas por cada 1 000 embarazos, esta diversidad en cifras en la incidencia esta fundamentalmente por el tipo de población y hospital donde se atiende este tipo de emergencia obstétrica, pero sobre todo por el porcentaje de cesáreas que se realizan en este hospital de segundo nivel entre el 33% y 36%.

De los factores asociados a histerectomía obstétrica el más frecuente fue el haber tenido una cesárea anterior en casi un 70%, que probablemente propicie muchos casos de alteración en la adherencia placentaria como el acretismo placentario, placenta previa o rotura uterina. Múltiples estudios han demostrado que la cesárea previa aumenta el riesgo de histerectomía de urgencia en el

periparto por la implantación anómala en el sitio de la cicatriz uterina anterior. Estos resultados nos alertan para un mejor control de nuestra tasa de cesáreas, el uso y abuso de esta cirugía es un fenómeno actual en la obstetricia por lo que se debe insistir en la vigilancia, selección y uso de protocolos estrictos antes de decidir una cesárea, otros factores asociados a la histerectomía obstétrica de importancia también son similares a lo reportado en la literatura, como es la edad materna avanzada, multiparidad.

Con respecto a otras revisiones acerca de las indicaciones de histerectomía obstétrica, este estudio coincide con la mayoría de los estudios en México y el mundo, donde la principal indicación es por alteraciones en la contractilidad uterina en el puerperio inmediato por atonía uterina, siendo esta la indicación más frecuente en el presente estudio, esta condición puede ser extremadamente grave para la paciente ya que se ha reportado a la hemorragia obstétrica como una de las tres primeras causas de muerte materna en Latinoamérica y el resto del mundo.

La histerectomía obstétrica no está libre de complicaciones, las complicaciones más frecuentes reportadas por otros autores son hemorragia transoperatoria, anemia, choque hipovolémico o séptico, laceración vesical, fístulas vesicovaginal, ureterovaginal y rectovaginal, lesiones de las vías urinarias, hematoma abdomino-pélvico y CID. En el presente estudio las complicaciones más frecuentes son las relacionadas a la pérdida sanguínea, que provocaron en gran parte de las pacientes un síndrome anémico agudo, que requirieron en su mayoría de hemotransfusión o condiciones más graves como el choque hipovolémico o Coagulación Intravascular Diseminada que ameritaron su manejo en la Unidad de Cuidados intensivos del Hospital.

Está demostrado que la histerectomía obstétrica incrementa el riesgo de mortalidad materna ubicándola entre 0 y el 27%. En este estudio, se presentó solo una muerte materna en 153 casos, lo que representa un 0.6% que se puede considerar bajo o dentro del rango de otros países.

4.2 CONCLUSIONES

La incidencia de histerectomía obstétrica en el Hospital de especialidades del Niño y la Mujer de la Secretaría de Salud en Querétaro es más alta en relación a otros países de Latinoamérica, el principal factor asociado fue el de tener una cesárea anterior, condición cada vez más frecuente en la obstetricia moderna debido a aumento de monitorizaciones fetales, cesáreas electivas entre otros. La indicación más frecuente fue similar a lo reportado como la atonía y el acretismo placentario y las complicaciones más frecuentes fueron ocasionadas por la pérdida sanguínea secundaria a la hipotonía uterina transitoria, esta cirugía generalmente es de emergencia para salvar la vida de la madre con una alta mortalidad, en este estudio solo ocurrió una muerte materna.

En base a los resultados anteriores y para disminuir la incidencia de histerectomía obstétrica y sus índices de morbilidad y mortalidad materna, se sugiere implementar programas en las políticas de salud que permitan identificar aquellas pacientes de alto riesgo para que se realicen estrategias de prevención oportuna. Efectuar capacitación al personal médico especialista en la aplicación de los diferentes procedimientos para manejar oportunamente esta cirugía de urgencia, emplear técnicas quirúrgicas avanzadas para reducir la frecuencia de histerectomía obstétrica y manejo e hemorragia obstétrica masiva, y cirugías de control de daño. Y finalmente adecuar programas para las pacientes embarazadas que les ayuden a tomar conciencia sobre su oportuno y puntual control prenatal con el objetivo de identificar factores de riesgo para la histerectomía obstétrica.

Cuadro No 4.1.- Incidencia de histerectomía obstétrica de 2014 a 2016

	HISTERECTOMIA OBSTETRICA	EVENTOS OBSTETRICOS	INCIDENCIA (Nº)	INCIDENCIA (%)
2014	42	12 800	1 X 304	0.53
2015	56	12 186	1 X 217	0.68
2016	55	12 322	1 X 224	0.68
TOTAL	153	37 308	1 X 243	0.57

N = 37 308

Cuadro No. 4.2 .- Histerectomía obstétrica por grupos de edad

N = 153

EDAD (AÑOS)	INCIDENCIA (N)	INCIDENCIA (%)	INCIDENCIA TASA POR CADA 10000 EMBARAZOS
MENOS DE 20	18	11.7	4.8
20 A 24.9	20	13	5.3
25 A 29.9	29	19.0	7.8
30 A 34.9	30	19.6	8.0
35 O MAS	51	33.3	13.6
SE IGNORA	5	3.2	1.3
TOTAL	153	100	41.0

Cuadro No. 4.3.- Antecedente de cesárea previa . n =153

Antecedente de cesárea previa	N	%
SI	106	69.2
NO	40	26.1
SE IGNORA	7	4.6
TOTAL	153	100

Cuadro No. 4.4 .- Número de embarazos . n= 153

Número de embarazos	N	%
1	29	18.9
2-3	73	47.7
4 o mas	44	28.7
SE IGNORA	7	4.6
TOTAL	153	100.0

Cuadro No. 4.5.- Evento previo a la histerectomía obstétrica. N= 153

EVENTO OBSTETRICO	N	%
PARTO VAGINAL	31	20.5
CESAREA	80	72.1
LEGRADO UTERINO INSTRUMENTADO	9	8.5
TOTAL	153	100.0

Cuadro No. 4.6.- Indicación de Histerectomía obstétrica *. N= 153

INDICACION	N	%
Atonía uterina	51	33.3
Acretismo placentario	32	20.9
Placenta previa	13	8.4
Abruptio placentae	4	2.6
Rotura uterina	4	2.6
Enf. trofoblástica	2	1.3
Otras	12	7.8
Se ignora	28	18.3
Total	153	100

Cuadro No.4.7.- Complicaciones de la histerectomía obstétrica. N = 1353

COMPLICACIONES	N	%
Anemia aguda	127	83
Requerimiento de hemotransfusión	116	76
Choque hipovolémico	89	58
Ingreso a UCIA	58	38
Infección de herida quirúrgica y/o absceso	14	9
Coagulación Intravascular Diseminada	11	7
Lesión vesical	11	7
Muerte	1	0.6
Otras	5	3.2
Se Ignora	14	9

5.- REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Abasiattai AM, Umoiyoho AJ, Utuk NM, et al. 2013 . Emergency peripartum hysterectomy in a tertiary hospital in southern Nigeria. Pan AfrMed J.; 15:60.

Briceño C, Briceño L, García S, y cols.2009. Histerectomíaobstétrica: análisis de 15 años. Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela. 69 (2): 89–96.

Calvo O, Rosas E, Vázquez J, Hernández J. 2016. Histerectomía obstétrica en el Hospital General Dr. Aurelio Valdivieso, Oaxaca, México Rev. Chil. Obstet Ginecol; 81 (6): 473-479.

Caro M, Bustos M, Alvaro R, y cols. 2006. Histerectomia obstétrica en el Hospital de Puerto Montt, 2000 -2005 . Rev Chil Obstet Ginecol ; 71 (5);313 -319.

Casas RL, Pérez IL, Chicangana GA. 2013. Frecuencia, indicaciones y complicaciones de la histerectomía obstétrica en el Hospital Universitario San José de Popayán, 2006-2010. Estudio de cohorte .Rev Colomb Obstet Ginecol. 64 (2): 121-125.

Chestnut H, Edeh S, Parken R. 2005. Peripartum hysterectomy: a re- view of cesarean and postpartum hysterectomy. Obstet Gynecol; 65: 367-70.

El-Jallad MF, Zayed F, Al-Rimawi HS. 2004. Emergency peripartum hysterectomy in Northern Jordan: indications and obstetric outcome (an 8-year review). Arch Gynecol Obstet;270(4):271-3.

Engelsen IB, Albrechtsen S, Iversen OE. 2001. Peripartum hysterectomy-incidence and maternal morbidity. Acta Obstet Gynecol Scand;80:409-12.

Fitzpatrick KE, Sellers S, Spark P, Kurinczuk JJ, Brocklehurst P, Knight M , 2014, The management and outcomes of placenta accreta, increta, and percreta in the UK: a population-based descriptive study.BJOG. 121(1):62. Epub 2013 Aug 7.

Giambattista E, Ossola MW, Duiella SF, Crovetto F, Acaia B, Somigliana E, Fedele,2012, Predicting factors for emergency peripartum hysterectomy in women with placenta previa. Arch Gynecol Obstet. Apr;285(4):901-6. Epub 2011 Sep.

Glaze S, Ekwalinga P, Roberts G, Lange I, Birch C, Rosengarten A, Jarrell J, Ross S, 2008, Peripartum hysterectomy: 1999 to 2006. Obstet Gynecol.111(3):732.

Ihab S, Ihab A, Incidence of emergency peripartum hysterectomy in Ain-shams University Maternity Hospital, Egypt: a retrospective study . Arch Gynecol Obstet , 15 (6)

Kacmar J, Bhimani I, Boyd M, Shah-Hosseini r, Peipert J (2003) route of delivery as a risk factor for emergent peri- partum hysterectomy: a case–control study. *Obstet Gynecol* 102(1):141–145

Khan KS, Wojdyla D, Say L, Gulmezoglu AM, Van Look PF. WHO analysis of causes of maternal death: a systematic review. *Lancet* 2006; 367: 1066-74.

Kwee A, Bots MI, Visser GH, Bruinse HW (2006) emergency peripartum hysterectomy: a prospective study in the nether- lands. *eur J Obstet Gynecol reprod Biol* 124(2):187–192 .

Langdana F, Geary M, Haw W, Keane D (2001) Peripartum hys- terectomy in the 1990s: any new lessons? *J Obstet Gynaecol* 21(2):121–123

Lee IH, Hijo JH, Shin YC, et al. 2012. Opinion anesthetic emergency peripartum hysterectomy after vaginal delivery and caesarean: a retrospective study. *Corea J Anesthesiol.*; 63 (1): 43-7.

Machado LS. 2011. Emergency peripartum hysterectomy: Incidence, indications, risk factors and outcome. *N Am J Med Sci.* 3(8):358-61.

Mendoza G, Pichardo c, y cols. 2011. Histerectomia obstétrica en el Hospital de la mujer, SSA, México, D.F. *Rev Invest Med Sur Mex*, julio – septiembre ; 18 (3) : 96-101.

Miller DA, chollet JA, Goodwin tM (1997) clinical risk factors for placenta previa-placenta accreta. Am J Obstet Gynecol 177(1):210–214

Montoya C, Claudino C. 2014. Histerectomía obstétrica de emergencia en el Hospital Regional de Occidente: Incidencia y Factores asociados. Rev. Med. Honduras; vol. 2 No. 2: 12-17

Nava F, Paez M, Veloz M, y cols. 2002 . indicaciones y factores de riesgo para histerectomía obstétrica de urgencia. Rev Ginecologia y Obstetricia de Mexico. Vol 70 : 289 -293.

Orestes R, Sotolongo A, Suárez AM, y cols. 2009. Histerectomía obstétrica de urgencia. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. 35 (3).

Patiño LM, Jiménez MV, Pérez S. 2014 Histerectomía Obstétrica: caracterización epidemiológica en un hospital de segundo nivel. Revista Salud Quintana Roo;; 7(28): 10-14

Ramos R, Ramírez G, Hurtado G. 2010. Indicaciones de histerectomía obstétrica en el Hospital de Ginecología y Obstetricia del Instituto Materno Infantil del Estado de México del 2007 al 2008. México; Vol. II, No. 1 p. 11- 14.

Reveles J, Villegas G, Hernández S, Grover F, Hernández C, Patiño A. 2008. Histerectomía obstétrica. Incidencia, indicaciones y complicaciones. Ginecol Obstet Mex.; 76(3):156-60.

Sáez V, Daudinot CE. 2010. Análisis de un quinquenio en la histerectomía obstétrica de emergencia. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología.; 36(2).

Suárez JA, Gutiérrez M, Corrales A, y cols. 2011. La histerectomía obstétrica como terapéutica segura en la morbilidad extremadamente grave. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología.; 37: (4).

Torres E, Torres LG, Barba AM, y cols. 2010. Modificación a la técnica quirúrgica de cesárea- histerectomía. Ginecol Obstet Mex;78(9):478-485.

Uribe R. Histerectomía obstétrica. 2004. Concepto e importancia. Ginec Obst Mex; 64: 23.

US-National Library of Medicine. Medical Subject Headings. Consultado el 17 de junio de 2015.

Vega G, Bautista LN, Becerril A, Poveda M, Ávila J. 2017, Ginecoobstetricia en: Asociación Mexicana de Cirugía General A.C- Tratado de Cirugía General.

Tercera edición, Editorial Manual Moderno, México Volumen II. Pag.2056

Whiteman MK, Kuklina e, Hillis SD, Jamieson DJ, Meikle SF, Posner SF et al
(2006) Incidence and determinants of peripartum hysterectomy. *Obstet Gynecol*
108(6):1486–1492

6.- APENDICE

Hoja de recolección de datos.

Nombre de paciente: _____

Edad: _____

Número de expediente: _____

Escolaridad: _____

Numero de Gestas: - _____ Paras _____ Cesáreas _____ Abortos _____

Tiempo de término del parto: _____SDG

Vía de resolución: Abdominal _____ Vaginal _____

Alteraciones placentarias: SI ___ NO ___

Atonía uterina: _____ Ruptura uterina _____ otras _____

Complicaciones:

Síndrome anémico: _____

Choque hipovolémico: _____

Infección de herida quirúrgica: _____

Absceso pélvico: _____

Fistula vesicovaginal: _____

Lesión vesical: _____

Otras: _____

Muerte materna: SI ___ NO ___