

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA**  
**FACULTAD DE MEDICINA**  
**ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA**



**TESIS**

**“HALLAZGOS ANATOMOPATOLÓGICOS EN  
HISTERECTOMÍA OBSTÉTRICA DE EMERGENCIA POR  
HEMORRAGIA POSPARTO EN EL HOSPITAL REGIONAL  
DOCENTE DE CAJAMARCA 2012-2020”.**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO  
CIRUJANO**

**AUTOR:**

**BACH. JHERALDDYNNE ALEXANDRA CHÁVEZ ABANTO**

**ASESOR:**

**M.C FELIPE GUEVARA OTERO**

**CAJAMARCA – PERÚ**

**2021**

**ASESOR:**

Dr. Felipe Guevara Otero

Docente de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad  
Nacional de Cajamarca

Médico Especialista en Ginecología y Obstetricia

## **AGRADECIMIENTO**

Agradezco a Dios por guiar mi camino,  
a mi asesor por su apoyo incondicional

## **DEDICATORIA**

Dedicado a mis padres Don Joel Juan Chávez Silva y Doña Madeleine Abanto Rodríguez por ayudarme día a día a ser una mejor persona llena de amor y a mis hermanas Anjhy y Xabrina Chávez Abanto quienes son la luz de mi vida

## ÍNDICE:

1. GENERALIDADES	
1.1.RESUMEN .....	5
2. BASES O MARCO TEÓRICO	
2.1. PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN.....	7
2.2. JUSTIFICACIÓN .....	8
2.3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA .....	9
2.4.OBJETIVOS .....	9
3. MARCO TEÓRICO	
3.1. ANTECEDENTES .....	10
3.2. BASES TEÓRICAS DE LA INVESTIGACIÓN .....	13
4. MATERIALES Y MÉTODOS	
4.1. DISEÑO DE INVESTGACIÓN .....	21
4.2. POBLACIÓN .....	21
4.3. MUESTRA .....	21
4.4. CRITERIOS DE INCLUSIÓN .....	21
4.5.CRITERIOS DE EXCLUSIÓN .....	21
4.6.MÉTODOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS .....	22
4.7. ASPECTOS ÉTICOS .....	22
5. RESULTADOS .....	23
6. CONCLUSIONES .....	27
7. RECOMENDACIONES .....	31
8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	32
9. ANEXOS .....	36

## **1. RESUMEN:**

Antecedentes: el principal factor de riesgo para histerectomía obstétrica es la cesárea previa, y la principal alteración anatómica es la placentaria.

Métodos: el estudio es de tipo descriptivo, la investigación es de tipo básica, descriptiva observacional. Se revisaron 23 historias clínicas de pacientes con diagnóstico de histerectomía obstétrica de emergencia, atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2012-2020.

Resultados: la incidencia de histerectomía obstétrica es de 0.7 por cada 1000 partos, la edad promedio de presentación es de 36 años, el antecedente de cesárea previa se ha encontrado en el 96% de pacientes, de los cuales el 22% presenta una cesárea, el 48% dos y el 26% más de dos; el 96% de pacientes tiene antecedente de gravidez previa. Entre los hallazgos anatomopatológicos se ha encontrado que la patología placentaria es el principal factor de riesgo ocupando el 70% del total de casos; de estos la placenta increta ocupa el primer lugar 47.6%, después de la patología placentaria tenemos atonía uterina en segundo lugar con 17%, seguido por rotura uterina 4%, infecciones 4% y embarazo ectópico complicado 4%. Por último, se ha encontrado que el 78% de pacientes tuvieron una histerectomía total y el 22% parcial.

Conclusiones: El principal factor de riesgo encontrado es la cesárea previa, entre los hallazgos encontrados tenemos primero a la patología placentaria (en primer lugar, la placenta increta).

## **ABSTRACT:**

Background: The main risk factor for obstetric hysterectomy is the previous caesarean section, and the main anatomical alteration is the placental.

Methods: the study is descriptive, the research is basic, descriptive observational. We reviewed 23 medical records of patients diagnosed with emergency obstetric hysterectomy, treated at the Regional Teaching Hospital of Cajamarca, 2012-2020.

Results: the incidence of obstetric hysterectomy is 0.7 per 1000 births, the average age of presentation is 36 years, the history of previous caesarean section has been found in 96% of patients, of which 22% have a caesarean section, 48% have two and 26% more than two; 96% of patients have a history of previous pregnancy. Among the anatomopathological findings, it has been found that placental pathology is the main risk factor occupying 70% of all cases; of these, the uncreta placenta occupies the first place 47.6%, after placental pathology we have uterine atony in second place with 17%, followed by uterine rupture 4%, infections 4% and complicated ectopic pregnancy 4%. Finally, it has been found that 78% of patients had a complete hysterectomy and 22% had a partial hysterectomy.

Conclusions: The main risk factor found is the previous caesarean section, among the findings found we first have the placental pathology (first of all the placenta increta).

## **CAPITULO I**

## 2. PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

### 2.1. Planteamiento del Problema:

La hemorragia postparto es un problema de salud mundial, siendo una de las principales causas de muerte materna en países desarrollados y subdesarrollados<sup>1</sup>.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera a la hemorragia postparto como la principal causa de muerte materna, ocupando el 25% del total de casos. Si bien es cierto no hay distinción entre la población de países desarrollados y en vías de desarrollo, el 99% de muertes se produjo en países subdesarrollados siendo el riesgo de muerte de 1/75 en comparación a países desarrollados 1/7300<sup>2</sup>. El conocimiento adecuado de la patología, así como el manejo es indispensable para disminuir esta tasa.

Existen diversos factores propios de las pacientes que las conllevan a presentar hemorragia postparto como: atonía uterina, trauma obstétrico, alumbramiento incompleto, problemas en la coagulación, entre otros.<sup>3</sup> Para el manejo de esta emergencia se han propuesto varios esquemas de manejo que van desde los más leve a lo más radical como es la histerectomía periparto.<sup>4</sup>

La histerectomía periparto se puede definir como una histerectomía realizada en el momento o dentro de las 24 horas posteriores al parto<sup>4</sup>, técnica realizada con la finalidad de detener la hemorragia y salvar la vida de las pacientes en emergencia.

Idealmente el centro hospitalario, en base al conocimiento de los factores de riesgo, deberá estar preparado para la realización del mismo; siendo de suma importancia conocer que factores de riesgo en pacientes de nuestro hospital en han conllevado a la hemorragia postparto y al uso de esta técnica para su manejo

A la fecha no se cuenta con datos estadísticos locales de los factores de riesgo relacionados a la hemorragia postparto y uso de histerectomía periparto para su

manejo sin embargo estudios realizados en Estados Unidos encuentran como factores a incluyen edad materna avanzada y paridad, gestaciones múltiples, hemorragia antes del parto, preeclampsia, trastornos hemorrágicos y el uso de tecnologías de reproducción asistida.<sup>4</sup>

En base a lo expuesto anteriormente, resulta pertinente investigar qué factores de riesgo están asociados al uso de histerectomía periparto como manejo de hemorragia postparto a fin de poder prevenirlos y estar preparados ante pacientes con estas condiciones.

## 2.2. Justificación de la Investigación:

La caracterización de los hallazgos anatomopatológicos servirá para definir que patologías que llevan a la cirugía radical como la histerectomía periparto en el Hospital Regional Docente Cajamarca.

Histerectomía periparto es el método radical de elección para el manejo de hemorragia posparto en pacientes que no se ha podido controlar la hemorragia posparto y se encuentra en riesgo su vida; este método es efectivo pero conlleva a problemas psicológicos, sentimiento de mutilación, de ser una paciente nulípara la incapacidad de concepción además de riesgoso al poder generar infecciones posteriores a la intervención; por esto el conocimiento adecuado de los factores que lleva a una hemorragia posparto y de estos los que condiciona al uso de este método ayudará a su prevención; por esto es de importancia conocer a anatomía uterina de las pacientes poshisterectomizadas para tratar de comprender lo que nos hace llegar al uso de este método.

De esta manera, la presente investigación aportará mayores conocimientos comprobados acerca de la patología uterina.

## 2.3. Formulación del Problema

¿Cuáles serán los hallazgos anatomopatológicos en histerectomía obstétrica de emergencia por hemorragia posparto en el Hospital Regional Docente de Cajamarca 2012-2020?

## 2.4.Objetivos

### 2.4.1. General

Determinar qué patologías anatómicas están en relación directa con el uso de histerectomía obstétrica de emergencia para el manejo de hemorragia posparto en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2012-2020.

### 2.4.2. Específicos

1. Comparar los hallazgos anatomopatológicos con el tipo de hemorragia posparto en la cual se realizó histerectomía obstétrica de emergencia para el manejo de hemorragia posparto en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2012-2020.
2. Establecer que otras patologías están en relación con el uso histerectomía obstétrica de emergencia para el manejo de la misma en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2012-2020.

## **CAPITULO II**

### **3. MARCO TEÓRICO:**

#### **3.1.Antecedentes**

Bharti Sharma et al <sup>4</sup> realizaron un estudio retrospectivo donde se evaluaron las historias clínicas de mujeres sometidas a histerectomía periparto ya sea de emergencia o electiva en un hospital de atención terciaria. En este estudio se incluyó a todas las mujeres que se sometieron a una histerectomía periparto en un hospital universitario e instituto de referencia en el norte de la India durante un período de 1 año (1 de abril de 2014 al 31 de marzo de 2015). La metodología del estudio usó la asociación de variables basada en la prueba de Chi-cuadrado, la prueba exacta de Fisher y la comparación en " t " Estadísticas y Mann-Whitney. Donde se concluyó que la patología más frecuente para la histerectomía periparto fue la placentaria, destacando la placenta acreta.

Por su parte Thomas van den Akke et al.<sup>5</sup> realizaron su estudio con el objetivo de comparar la incidencia, prevalencia, indicaciones, indicadores de riesgo y los resultados de la histerectomía periparto de emergencia en pacientes provenientes de distintos entornos económicos. Para tomar su población se incluyeron histerectomías periparto de emergencia realizadas desde el parto hasta las 6 semanas siguientes. En este estudio se concluyó que la histerectomía periparto de emergencia está en relación con una elevada tasa morbilidad y mortalidad es más frecuente en pacientes provenientes de países pobres, donde el riesgo de mortalidad es aún mayor. El antecedente de cesárea previa está asociado con un mayor riesgo de histerectomía periparto de emergencia

En su estudio Sumaya Huque et al.<sup>6</sup> se consideraron 193 hospitales ubicados en 21 países. Los resultados obtenidos fueron que el 5% de las pacientes fueron sometidas a una histerectomía obstétrica (1020/20,017). Entre los factores de riesgo para hemorragia la placenta previa / acreta conllevó un mayor riesgo de histerectomía (17%) en comparación a traumatismos / desgarros quirúrgicos (5%) y la atonía

uterina (3%). Al evaluar la edad materna se encontró que a mayor edad hay un mayor riesgo de histerectomía periparto. La cesárea en comparación al parto vaginal presentó una probabilidad cuatro veces mayor. En relación al país de evaluación las pacientes que habitan en Asia tuvieron mayor incidencia de histerectomías que las habitantes en África.

En su investigación Rafael Vanegas <sup>7</sup> estudio de tipo descriptivo retrospectivo y longitudinal con el fin de conocer el comportamiento de algunos factores maternos en relación con la histerectomía obstétrica en pacientes atendidas en el servicio de Ginecología al que pertenece. Se encontró que, de un total de pacientes con diagnósticos de 69 992 partos, 62 451 abortos y 384 embarazos ectópicos, de las cuales solo se realizaron 281 histerectomías obstétricas (incidencia de 0,2 %). Se observó que las características encontradas en los pacientes de mayor importancia fueron: edad mayor de 34 años, antecedente de al menos un parto previo, embarazo a término y cesárea previa. La cesárea en comparación con el parto vaginal presentó un riesgo 6,7 mayor de terminar en histerectomía obstétrica. El diagnóstico más frecuente fue la hemorragia para un 42,3 %. Con el 21% de las pacientes se tuvo la necesidad de derivar al área de cuidados intensivos. En la morbilidad postoperatoria primaron las complicaciones de la herida quirúrgica y la anemia. Se concluyó que el índice de histerectomía obstétrica es elevado en pacientes con cesárea previa.

Por otro lado Juan A Reveles Vázquez et al<sup>8</sup>. En su estudio transversal, retrospectivo de 2004 al 2006 en la Unidad Médica de Alta Especialidad, Hospital de Ginecoobstetricia, Centro Médico Nacional de Occidente, IMSS. Revisaron 103 historias clínicas de pacientes con diagnóstico de histerectomía obstétrica. Los resultados obtenidos fueron que la histerectomía obstétrica presentó una incidencia de fue de 8 casos por cada 1.000 consultas obstétricas. La edad promedio de las

pacientes fue 31,1 años con desviación estándar de 5.1 años. El 72,8% tenía antecedente de cesárea. La principal indicación encontrada fue placenta previa en asociación a placenta acreta (33%), seguida de hipotonía uterina (22,3%). Las complicaciones fueron shock hipovolémico (56,3%) y lesiones vesicales (5,8%). No se encontraron muertes maternas. Se concluyó que tener una cesárea previa proporciona una mayor incidencia de histerectomía obstétrica en mujeres con embarazo de alto riesgo, debido a su relación con alteraciones en la implantación placentaria.

Por último, Juan Ramírez <sup>12</sup> en su trabajo sobre histerectomía obstétrica realizado en Hospital San Bartolomé – Lima; encontró una tasa de histerectomía obstétrica de 0,69 por cada 1000. El 82,6% consistió en parto por cesárea (1,94 por cada 1 000) de estas más de la mitad (65,2%) fue realizada en pacientes multíparas con edad de 35 años o menos. Los diagnósticos encontrados en orden de presentación fueron placenta previa (27,5%) y cesárea previa (15,9%). Las principales indicaciones clínicas para realizar una histerectomía obstétrica fueron atonía uterina y acretismo placentario (ambas 39,1%). Se reportaron complicaciones durante las operaciones en 18,7% de las pacientes, siendo tratados completamente el 15,9%. No hubo muerte materna. Se concluyó que la histerectomía obstétrica (HO), pese a tener una baja incidencia (0,69/1 000 pacientes), sigue siendo una circunstancia mutilante y crítica para la paciente. Las pacientes con cesárea tuvieron 19,9 veces más riesgo de histerectomía obstétrica que las sometidas a parto vaginal.

### **3.2.Bases Teóricas de la Investigación**

#### **HEMORRAGIA POSPARTO**

Para definir hemorragia postparto se recurrirá a opiniones de diversos entes especialistas; los cuales serán los siguientes:

1. Organización Mundial de la Salud

- Pérdida de sangre  $\geq 500$  ml dentro de las 24 horas posteriores al nacimiento.
- HPP grave: pérdida de sangre  $\geq 1000$  ml en el mismo período de tiempo.<sup>14</sup>

2. Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos

Pérdida de sangre acumulada  $\geq 1000$  ml o pérdida sanguínea acompañada de signos o síntomas de hipovolemia dentro de las 24 horas posteriores al proceso de parto (incluye pérdida intraparto) independientemente de la vía de parto.<sup>15</sup>

3. Real Colegio de Obstetras y Ginecólogos

PPH menor (500 a 1000 ml)

PPH mayor ( $> 1000$  ml).

Las subdivisiones de la HPP mayor incluyen moderada (1001 a 2000 ml) o grave ( $> 2000$  ml).<sup>16</sup>

4. Panel internacional de expertos

Sangrado activo  $> 1000$  ml dentro de las 24 horas posteriores al parto que continúa a pesar del uso de medidas iniciales, incluidos agentes uterotónicos de primera línea y masaje uterino.<sup>17</sup>

5. Sociedad de Obstetras y Ginecólogos de Canadá

Cualquier cantidad de sangrado que amenace la estabilidad hemodinámica del paciente.<sup>18</sup>

#### 6. Colaboración de atención de calidad materna de California

Etapa 0: Todas las mujeres en trabajo de parto / parto.

Etapa 1: Pérdida de sangre > 500 ml después de un parto vaginal o > 1000 ml después de una cesárea; o cambio en los signos vitales > 15% o frecuencia cardíaca  $\geq 110$  latidos / minuto, presión arterial  $\leq 85 / 45$  mmHg, saturación de  $O_2 < 95\%$ .

Etapa 2: sangrado continuo con pérdida total de sangre < 1500 ml.

Etapa 3: Pérdida total de sangre > 1500 ml o > 2 unidades de hematíes concentrados transfundidos; o signos vitales inestables; o sospecha de coagulación intravascular diseminada.<sup>19</sup>

Como se puede observar encontraremos diversas definiciones, en América Latina clásicamente se definía a la hemorragia postparto como la pérdida sanguínea de 500cc tras el parto por vía vaginal o 1000cc tras el parto por cesárea; pero esta definición se tornó subjetiva ya que dependía del clínico siendo subestimadas estas cifras; por esto fue necesario añadir que la hemorragia postparto es, además de un sangrado excesivo, aquella que repercute en la paciente y la hace presentar síntomas y/o signos evidentes de hipovolemia<sup>12;13</sup>.

Esta hemorragia puede a su vez clasificarse según el momento de presentación en dos:

- a. Hemorragia postparto primaria o temprana es aquella que ocurre durante las primeras 24 horas tras el parto.<sup>13</sup>
- b. Hemorragia postparto secundaria, tardía o retrasada es la que acontece después de 24 horas tras el parto hasta 12 semanas tras el mismo.<sup>12</sup>

### 3.2.1. Incidencia:

A nivel mundial se calcula que diariamente mueren 1500 mujeres debido a problemas en el embarazo y el parto (en 2005 fallecieron 536 000 mujeres en todo el mundo), de todas las causas de muerte materna la principal es la hemorragia grave ocupando el 25% del total de muertes.<sup>2</sup>

En Estados Unidos se ha estimado que en el 2014 midiendo la hemorragia posparto de modo cualitativo usando la incidencia de hemorragia posparto ocupó el 1 al 3 por ciento del total de partos; mientras que en un estudio retrospectivo usando el modo cuantitativo la tasa fue del 10%.<sup>13</sup>

### 3.2.2. Fisiopatología:

Tras la separación de la placenta una serie de mecanismos fisiológicos regulan la pérdida hemática; estos mecanismos son

1. Contracción del miometrio, lo cual comprime los vasos sanguíneos que irrigan el lecho placentario probando así hemostasia mecánica.
2. Factores hemostáticos deciduales locales (factor tisular inhibidor del activador del plasminógeno tipo 1, factores de coagulación sistémica (como plaquetas, factores de coagulación circulantes), quienes provocan la coagulación sanguínea.<sup>12</sup>

La patogenia de la mayoría de los casos de hemorragia posparto es una alteración en uno o ambos de estos mecanismos, en los casos restantes será la pérdida de vasculatura intacta (es decir, traumatismo).<sup>13</sup>

La hemorragia es potencialmente peligrosa y atenta contra la vida ya que durante el embarazo el flujo sanguíneo que recibe el útero es de 500 – 700 ml/min representando el 15% del gasto cardiaco.<sup>13</sup>

### 3.2.3. Factores de riesgo:

Los factores de riesgo asociados serán los siguientes:

- Cicatrices uterinas previas
- Edad materna mayor a 35 años
- Polihidramnios
- Embarazo múltiple
- Multiparidad
- Malnutrición materna
- Miomas uterinos
- Anemia materna
- Legrados uterinos previos
- Síndromes hipertensivos del embarazo
- Traumatismos abdominales
- Hemorragia en embarazos previos

- Tabaquismo y consumo de drogas
- Trabajo de parto <sup>13</sup>

Es de importancia mencionar los factores asociados a la aparición de hemorragia posparto ya que el conocimiento adecuado de los mismos ayudaría a que el especialista esté preparado y se tomen las medidas respectivas.<sup>1</sup>

#### 3.2.4. Etiología:

Con fines prácticos se mencionarán las principales causas con la siguiente nemotecnia "4T" <sup>9</sup>

- a. Tono (70%): se considera aquí a la atonía uterina o inercia uterina
- b. Trauma (19%): En esta categoría se tiene al trauma uterino (pudiendo ser la rotura e inversión uterina); laceraciones de cuello uterino y vagina
- c. Tejidos (10%): se considera aquí a las alteraciones en los tejidos uterinos y placentarios; como: retención de restos placentarios, presencia de coágulos y placentación anormal
- d. Trombina (1%): Se incluye en esta categoría coagulopatías congénitas o adquiridas <sup>1</sup>

Inercia uterina se denomina así a la incapacidad del útero para contraerse adecuadamente.<sup>3,9</sup>

Acretismo Placentario se denomina así a la adherencia e inserción anormal del tejido placentario en el lecho uterino.

Se va a clasificar según el grado de invasión del tejido uterino:

Placenta acreta: se denomina así a la adherencia firme de la placenta al miometrio sin presencia de planos de clivaje.

Placenta increta: se denomina así a la invasión de la placenta al miometrio.

Placenta percreta: se denomina así cuando la placenta penetra hasta la serosa pudiendo comprometer órganos vecinos.<sup>1,9</sup>

### 3.2.5. Síntomas:

Los síntomas que presente la paciente estarán en relación al volumen de sangre perdido como se menciona en la tabla siguiente:<sup>13</sup>

Pérdida de sangre, % (mL)	Presión arterial, mmHg	Signos y síntomas
10 a 15 % (500 a 1000 ml)	Normal	Palpitaciones, aumento leve de la frecuencia cardíaca y aturdimiento.
15 a 25% (1000 a 1500 ml)	Disminución leve	Debilidad, sudoración, taquicardia (frecuencia cardiaca(fc) entre 100 a 120 lat./min)
25 a 35% (1500 a 2000 ml)	De 70 a 80	Inquietud, confusión, palidez, oliguria, taquicardia (fc entre 120 a 140 lat./min)
35 a 45% (2000 a 3000 ml)	De 50 a 70	Letargo, anuria, falta de aire, colapso, taquicardia (fc mayor a 140 lat./min)

### 3.2.6. Tratamiento:

El tratamiento de la hemorragia posparto requiere un manejo multidisciplinario iniciando por la prevención que se realiza con oxitocina a dosis de 10UI intramusculares o 3-5 UI EV + oxitocina 10-20 UI en 500ml(125ml/h) o carbetocina en el caso de cesáreas electivas.

1. Valoración inicial: con el adecuado diagnóstico etiológico se tratará así el agente causal siendo a grandes rasgos:
2. Atonía: uso de fármacos uterotónicos como oxitocina, metilergometrina, o misoprostol.
3. Retención de restos: revisión de la placenta y si se encuentran restos se debe someter a un legrado uterino de emergencia.
4. Trauma: sea una lesión vaginal o uterina se debe reparar la lesión.
5. Trombina: dar tratamiento específico según la patología que presente la paciente.

Si la paciente presenta letargia, pérdida de la conciencia, inestabilidad hemodinámica, frecuencia cardíaca mayor a 140 o presión arterial sistólica menor a 70 se debe de activar el CÓDIGO ROJO.

En casos donde no se pueda detener el sangrado y peligre la vida de la paciente se debe ir a tratamiento quirúrgico radical: histerectomía.<sup>3,9</sup>

## HISTERECTOMIA

Se define así a Operación quirúrgica que consiste en extirpar el útero total o parcial.<sup>20</sup> se forma de dos raíces griegas: isteros (matriz, útero) y ectomía (extirpar) extirpación total o parcial del útero<sup>21</sup>

- Histerectomía obstétrica: procedimiento quirúrgico que se realiza en el momento del parto<sup>20</sup> o después de ser indicado para resolver distintas complicaciones que ponen en peligro la vida de las pacientes.
- Factores de riesgo:
  - Antecedentes de cesárea (aumenta 10 a 12 veces su probabilidad)
  - Edad mayor de 35 años
  - Haber tenido más de tres hijos
  - Instrumentación uterina previa
  - Antecedentes de hemorragia en el parto anterior con un riesgo relativo de 9,3<sup>6,8</sup>
- Causas:
  - Ruptura uterina dehiscencia de la cicatriz de una cesárea previa)  
incidencia calculada de 12 %
  - Placenta acreta con 4,1 %,
  - Placenta previa 0,5 %
  - Abrupto placentario 23,5 %
  - Atonía uterina 23,5 %.
  - El embarazo ectópico cornual o intersticial 3 % ectópico cervical, una incidencia de 1 en 180000 embarazos<sup>8</sup>

## **CAPITULO III**

### **3.1. MATERIALES Y MÉTODOS**

a. Diseño de Investigación

La presente investigación es de tipo descriptiva, que se realizará de manera transversal y de carácter retrospectivo.

b. Población

La población estará conformada por todas las pacientes que presentan hemorragia posparto en su estancia en el Hospital Regional Docente de Cajamarca y se les haya realizado histerectomía obstétrica de emergencia en el Hospital Regional Docente de Cajamarca 2012-2020.

c. Muestra

Población muestral.

d. Criterios de inclusión

Historias clínicas de pacientes quienes hayan presentado el diagnóstico de hemorragia posparto, se les haya realizado histerectomía obstétrica de emergencia y solicitado estudio anatomopatológico en el Hospital Regional Docente de Cajamarca 2012-2020.

e. Criterios de exclusión

Historias clínicas de pacientes quienes hayan presentado diagnóstico de hemorragia posparto, se les haya realizado histerectomía obstétrica y no se haya solicitado estudio anatomopatológico en el Hospital Regional Docente de Cajamarca 2012-2020.

Historias clínicas ilegibles

Historias clínicas incompletas.

f. Métodos de Recolección de Datos

Procedimientos para Recolección de Datos

La recolección de los datos se realizará en la oficina de estadística e informática del Hospital Regional Docente de Cajamarca y constará de todas las historias clínicas y resultados anatomopatológicos de los pacientes con diagnóstico histerectomía de emergencia por hemorragia posparto que cumplan los criterios de inclusión y exclusión durante el periodo enero 2012 – diciembre 2020.

Descripción del Instrumento de Recolección de Datos

La recolección de datos se realizará mediante la elaboración de una ficha de recolección de datos, en la que conste todas las variables clínico epidemiológicas descritas anteriormente.

Procesamiento y Análisis Estadístico

El procesamiento y análisis estadístico se realizará en Microsoft Excel 2019 y los resultados se mostrarán en porcentajes, media, además de, cuadros y gráficas de acuerdo al tipo de variable ya sea cuantitativa o cualitativa.

g. Aspectos Éticos

La presente investigación se realizará con la máxima confidencialidad, sin develar la identidad de los pacientes, además de seguir las buenas prácticas en la investigación médica y, además, la investigación será evaluada y aprobada por el comité de investigación del Hospital Regional Docente de Cajamarca.

## CAPITULO IV

### 4.1. RESULTADOS:

Entre enero del 2012 y diciembre del 2020 ocurrieron 31500 partos

Tabla 1: Medidas de tendencia central de la edad

<i>Edad</i>	
Media	31.28
Mediana	36.00
Moda	41.00
Desviación estándar	9.39
Rango	25.00
Mínimo	16.00
Máximo	41.00
Nivel de confianza(95.0%)	3.88

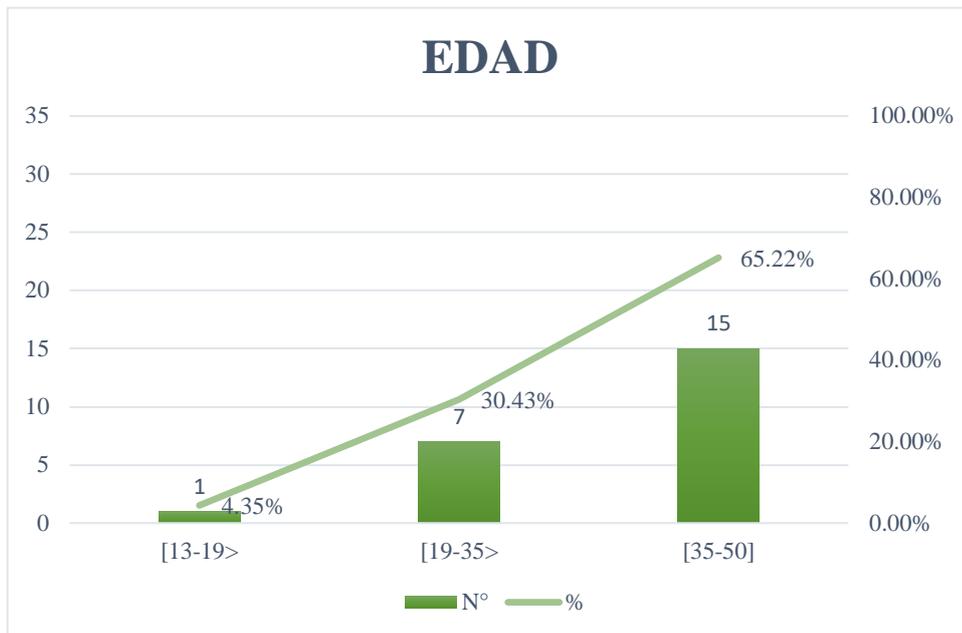


Gráfico N°1: Edad

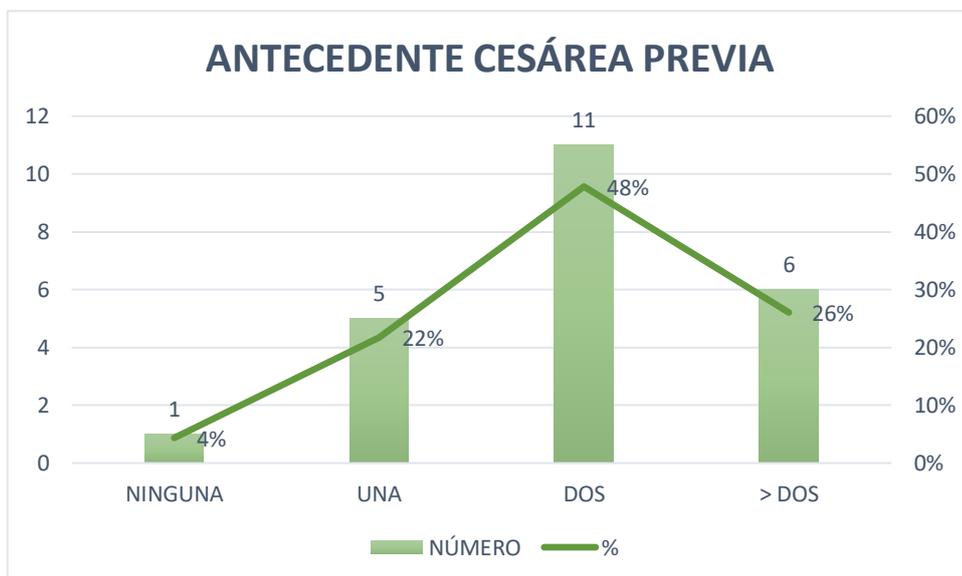


Gráfico N°2: Antecedente de cesárea previa

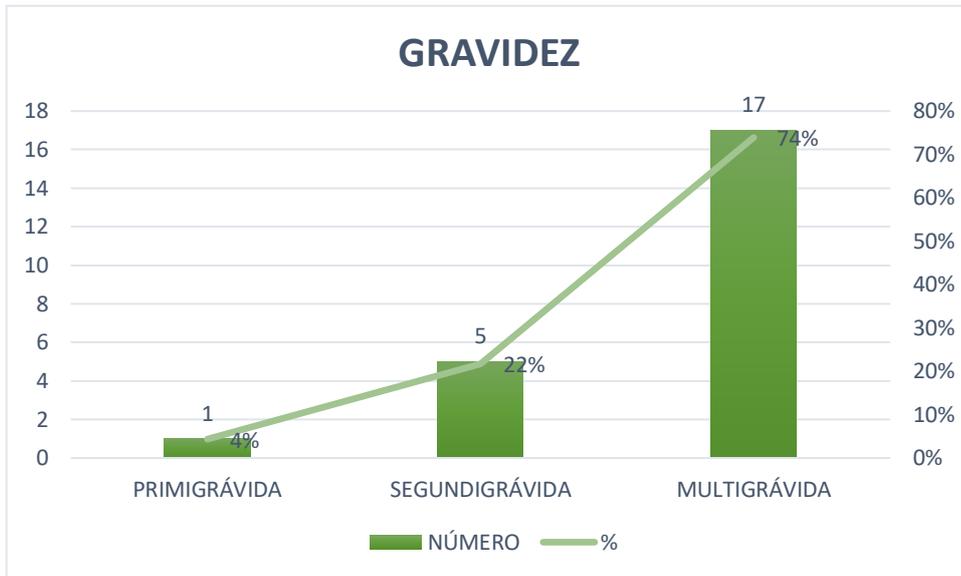


Gráfico N°3: Antecedente de gravidez

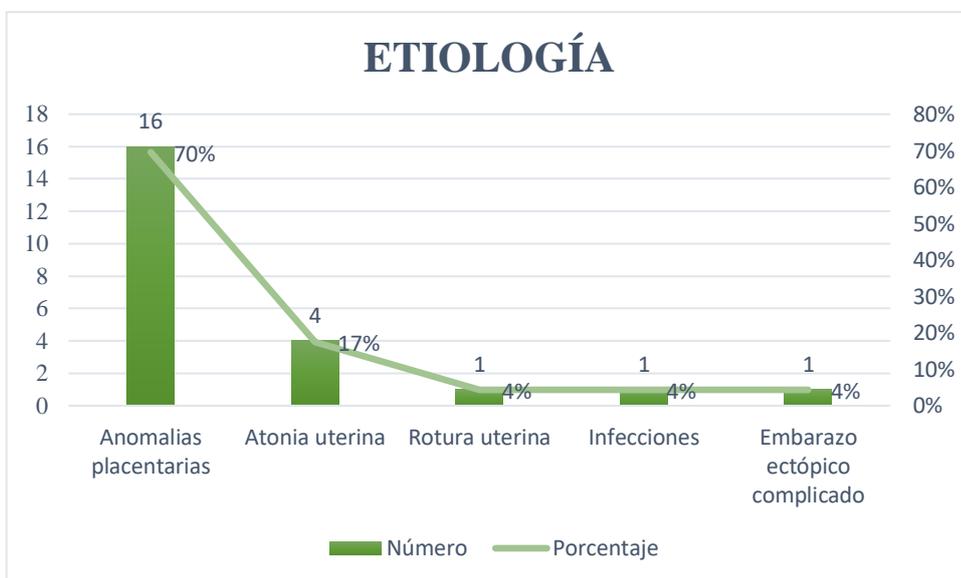


Gráfico N°4: Etiología de histerectomía obstétrica

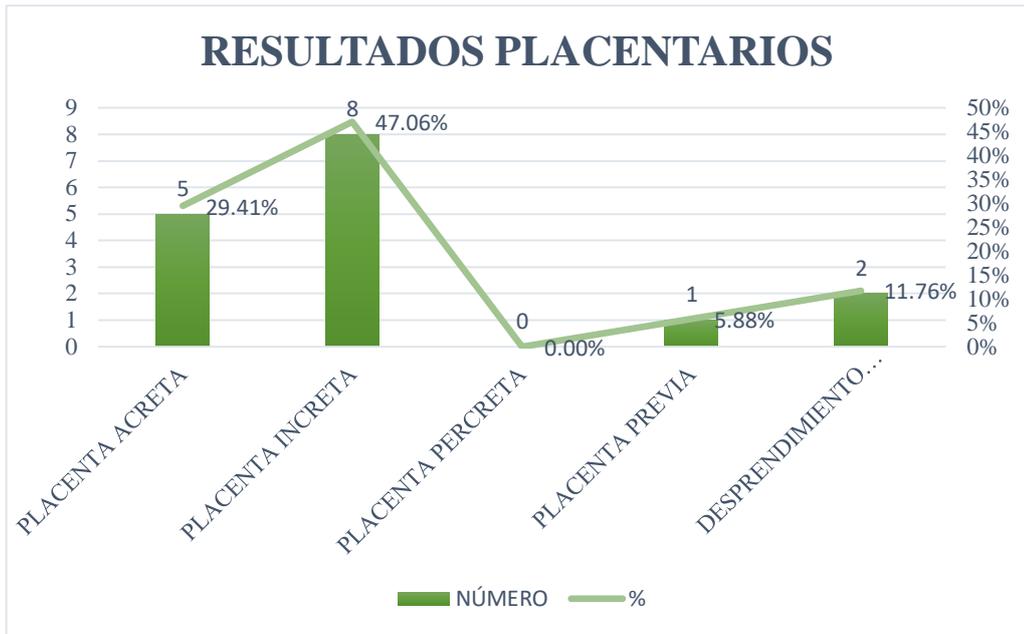


Gráfico N°5: Resultados placentarios

El 96% de los factores etiológicos ocurrieron durante las primeras 24 horas.

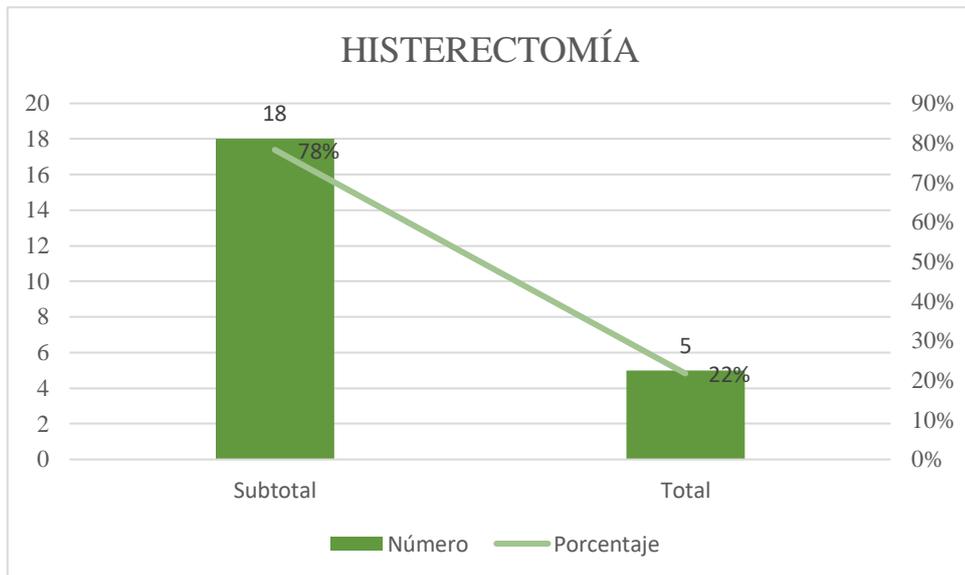


Gráfico N°6: Tipo de histerectomía

## 4.2. DISCUSIÓN:

La histerectomía obstétrica de emergencia es una cirugía radical que salva la vida de las madres con hemorragia obstétrica intratable, solo un pequeño número de gestantes llegarán a esta condición siendo factores de riesgo: placenta previa, placenta acreta, atonía uterina, rotura uterina.

La incidencia de histerectomía periparto está en aumento en esta época y no por un manejo inadecuado de la tercera etapa del trabajo de parto, sino debido al creciente aumento de cesáreas, al tener una cesárea previa aumenta la probabilidad de incidencia de alteraciones placentarias o rotura uterina. Esta asociación es consistente gracias a estudios realizados donde países con mayor incidencia de cesáreas presentaron una tasa mayor de histerectomías periparto (como: Italia 1,5 y Estados Unidos 1,3 / 1.00) en comparación a países como Holanda 0,3 / 1.000 donde la incidencia de cesáreas es mucho menor.

En el presente estudio se encontró una incidencia de 0.7 histerectomías periparto por cada 1000 partos, este dato es mucho menor en comparación al encontrado por Bharti Sharma<sup>10</sup> de 6.9 por 1000, por Jennifer S. Hernandez de 1.7 por 1000, debido a la mayor tasa de partos vía vaginal.

La edad promedio de presentación es de 36 años estando el mayor grupo de pacientes en edades entre 35 a 50 años (moda 41 años) este dato es similar al encontrado por Thomas van den Akke edad media 37.9 años, extremo de la edad reproductiva.

El antecedente de cesárea previa se ha encontrado en el 96% de pacientes, de los cuales el 22% presenta una cesárea, el 48% dos y el 26% más de dos, en este estudio se encuentra que este es el principal factor de riesgo para histerectomía obstétrica, resultado similar al de Thomas van den Akke<sup>5</sup> quién asocia a la cesárea previa con histerectomía obstétrica

de emergencia, al de Sumaya Huque <sup>6</sup> quién encontró que la cesárea previa se asocia a un riesgo de 4 veces mayor a comparación de las gestantes sin cesárea previa y al de Rafael Vanegas <sup>7</sup> quién relaciona a la cesárea previa como principal factor de riesgo. Este resultado está en relación con el antecedente de gravidez previa encontrado en el 96% de pacientes (22% segundigrávidas y el 74% multigrávidas) es congruente ya que al ser la cesárea el principal factor de riesgo debe existir un parto previo por lo menos, los episodios en nulíparas están en relación a embarazo ectópico complicado.

Entre los hallazgos anatomopatológicos se ha encontrado que la patología placentaria es el principal factor de riesgo ocupando el 70% del total de casos; de estos la placenta increta ocupa el primer lugar 47.6%, seguida por placenta acreta 29.41%, y placenta previa 5.88%.

Después de la patología placentaria tenemos atonía uterina en segundo lugar con 17%, seguido por rotura uterina 4%, infecciones 4% y embarazo ectópico complicado 4%.

Estos resultados son similares a los encontrados por Juan A Reveles Vázquez<sup>8</sup> quien encontró que la principal indicación para histerectomía obstétrica es placenta previa asociada a placenta acreta (33%), seguida de hipotonía uterina (22,3%) , con Sumaya Huque <sup>6</sup> quién concluyó que la principal indicación de histerectomía obstétrica fue por placenta increta/acreta y con Thomas van den Akkez<sup>5</sup> quién entró alta relación con la placentación anormalmente invasiva.

El antecedente de cesárea previa está en relación con la placentación anormalmente invasiva ya que la disrupción en el tejido uterino hará que en el siguiente embarazo la placenta invada los tejidos uterinos llegando así a histerectomía obstétrica para evitar la muerte materna.

Por último, se ha encontrado que el 78% de pacientes tuvieron una histerectomía total y el 22% parcial influyendo esto en la vida de la paciente a futuro.

## CAPITULO V

### 5.1. CONCLUSIONES:

Se concluye que:

1. La patología placentaria está en relación con la histerectomía obstétrica de emergencia.
2. Además de la patología placentaria está la atonía uterina, rotura uterina, infecciones y embarazo ectópico complicado.
3. La patología placentaria, atonía uterina, rotura uterina están en relación con hemorragia obstétrica temprana.
4. La principal alteración anatómica encontrada es la placenta increta.

## **CAPITULO VI**

### **6.1. RECOMENDACIONES**

Debido a las evidencias mostradas sobre la relación existente entre la operación cesárea con el acretismo placentario y siendo este último el principal causante de histerectomía obstétrica, se recomienda que se limite la operación cesárea solo para casos donde el parto vaginal no sea una opción.

## CAPITULO VII

### 7.1. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. A. Aldo Solari. Hemorragia del postparto. Principales etiologías, su prevención, diagnóstico y tratamiento. 2018 [internet]. [citado 01 enero 2021]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-hemorragia-del-postparto-principales-etilogias-S0716864014706492>
2. Organización Mundial de la Salud. Mortalidad materna [internet]. [citado 1 enero 2021]. Disponible en:  
[https://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/topics/maternal/maternal\\_perinatal/es/](https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/maternal/maternal_perinatal/es/)
3. Guía clínica Barcelona. Manejo de hemorragia post parto. 2019 [internet]. [citado 1 enero 2021]. Disponible en:  
<https://medicinafetalbarcelona.org/protocolos/>
4. Daniela A Carusi, MD, MSc, Histerectomía periparto para el tratamiento de la hemorragia 2020. [internet]. [citado 1 enero 2021]. Disponible en:  
[https://www.uptodate.com/contents/peripartum-hysterectomy-for-management-of-hemorrhage?search=hemorragia%20puerperal&source=search\\_result&selectedTitle=9~150&usage\\_type=default&display\\_rank=9](https://www.uptodate.com/contents/peripartum-hysterectomy-for-management-of-hemorrhage?search=hemorragia%20puerperal&source=search_result&selectedTitle=9~150&usage_type=default&display_rank=9)
5. Gupta A, Gupta N. Mejora de los resultados de la histerectomía periparto: ¡Aún queda un largo camino por recorrer! J Anaesthesiol Clin Pharmacol 2017; 33: 328-30. [internet]. 2017. [citado 03 enero 2021]. Disponible en: Journal of Anaesthesiology Clinical Pharmacology | Volumen 33 | Número 3
6. Thomas van den Akke et al. Prevalencia, indicaciones, indicadores de riesgo y resultados de la histerectomía periparto de emergencia en todo el mundo 2016.

Disponible en: Histerectomía periparto de emergencia en todo el mundo VOL. 128, NO. 6 DE DICIEMBRE DE 2016

7. Sumaya Huque. Factores de riesgo de histerectomía periparto en mujeres con hemorragia posparto: análisis de datos del ensayo WOMAN [internet]. 2018. [citado 10 Enero 2021]; 18: 186. Disponible en <https://doi.org/10.1186/s12884-018-1829-7>
8. Rafael Orestes et al. Histerectomía obstétrica de urgencia [internet]. 2009 [citado 12 Enero 2021]; 2009; 35(3) Disponible en: Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología.
9. M.López. et al. HEMORRÀGIA POSTPART: PREVENCIÓ I TRACTAMENT [internet]. 2019[citado 1 Enero 2021]; 11(8). Disponible en: <https://medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/patologia-materna-obstetrica/hemorragia-post-parto.html>
10. Bharti Sharma et at. Peripartum hysterectomy in a tertiary care hospital: Epidemiology and outcomes [internet]. 2017 [citado 03 Enero 2021]; 3(1). Disponible en: [http://www.academicjournals.org/app/webroot/article/article1380017545\\_Sebiomo%20et%20al.pdf](http://www.academicjournals.org/app/webroot/article/article1380017545_Sebiomo%20et%20al.pdf)

11. Juan A Reveles Vázquez et al. Histerectomía obstétrica. Incidencia, indicaciones y complicaciones [internet]. 2008 [citado 18 Enero 2021]; 76 (3): 156-60.. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18798410/>
12. H. Karlsson et at. Hemorragia postparto [internet]. 2016 [citado 18 Enero 2021]; Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1137-66272009000200014](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272009000200014)
13. Michael A. Belfort, Descripción general de la hemorragia posparto [internet]. 2021 [citado 14 Nov 2018]. Disponible en: [https://www.uptodate.com/contents/overview-of-postpartum-hemorrhage?search=hemorragia%20puerperal&source=search\\_result&selectedTitle=1~150&usage\\_type=default&display\\_rank=1](https://www.uptodate.com/contents/overview-of-postpartum-hemorrhage?search=hemorragia%20puerperal&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1)
14. Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones de la OMS para la prevención y el tratamiento de la hemorragia posparto. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2012.
15. Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos. Boletín de práctica del ACOG número 183, octubre de 2017: hemorragia posparto. Obstet Gynecol 2017; 130: e168.
16. Prevención y tratamiento de la hemorragia posparto: directriz Green-top No. 52. BJOG 2017; 124: e106.

17. Abdul-Kadir R, McLintock C, Ducloy AS, et al. Evaluación y manejo de la hemorragia posparto: Cnsensus de un panel internacional de expertos. *Transfusion* 2014; 54: 1756.
18. Leduc D, Senikas V, Lalonde AB, et al. Manejo activo de la tercera etapa del trabajo de parto: prevención y tratamiento de la hemorragia posparto. *J Obstet Gynaecol Can* 2009; 31: 980.
19. CMQCC. [www.cmqcc.org/resources-tool-kits/toolkits/ob-hemorrhage-toolkit](http://www.cmqcc.org/resources-tool-kits/toolkits/ob-hemorrhage-toolkit) (Consultado el 17 de mayo de 2017).
20. Diccionario de la real academia de la lengua española [internet]. 2021 [citado 10 febrero del 2021]. Disponible en: <https://dle.rae.es/histerectom%C3%ADa>
21. Larisa Marcela Patino-Peyrani [internet]. 2014 [citado 10 febrero del 2021]. Disponible en: <https://salud.groo.gob.mx/revista/revistas/28/2.pdf>

## 7.2. ANEXOS:

### FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Código:

Fecha:

Marque con una "X" la/las características encontradas en su paciente:

Edad	[13-19>
	[19-35>
	[35-50>
Cesárea anterior	ninguna
	1
	2
	>2
Hallazgos anatomopatológicos	Hipotonía- atonía
	Total - parcial
	Acreta- Increta- Percreta
Tipos de hemorragia posparto	[0-24h>
	[24h-7d>