



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA  
SECCIÓN DE POSGRADO

**FACTORES ASOCIADOS A HISTERECTOMÍA PERIPARTO  
HOSPITAL NACIONAL GUILLERMO ALMENARA IRIGOYEN**

**2016-2018**

**PRESENTADO POR**

**JOSÉ LUIS CABANILLAS FERNÁNDEZ**

**ASESOR**

**DORIS MEDINA ESCOBAR**

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN  
PARA OPTAR EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y  
OBSTETRICIA**

**LIMA – PERÚ**

**2018**



**Reconocimiento - Compartir igual  
CC BY-SA**

El autor permite a otros re-mezclar, modificar y desarrollar sobre esta obra incluso para propósitos comerciales, siempre que se reconozca la autoría y licencien las nuevas obras bajo idénticos términos.

<http://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/>



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA  
SECCIÓN DE POSGRADO**

**FACTORES ASOCIADOS A HISTERECTOMÍA PERIPARTO  
HOSPITAL NACIONAL GUILLERMO ALMENARA IRIGOYEN 2016-  
2018**

**PARA OPTAR**

**EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**

**PRESENTADO POR  
JOSÉ LUIS CABANILLAS FERNÁNDEZ**

**ASESOR**

**Mgtr. DORIS MEDINA ESCOBAR**

**LIMA, PERÚ**

**2018**

## ÍNDICE

	<b>Páginas</b>
Portada	1
Índice	2
<b>CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	<b>3</b>
1.1 Descripción de la situación problemática	3
1.2 Formulación del problema	6
1.3 Objetivos	6
1.3.1 Objetivo general	6
1.3.2 Objetivos específicos	6
1.4 Justificación	7
1.4.1. Importancia	7
1.4.2. Viabilidad	8
1.5 Limitaciones	9
<b>CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO</b>	<b>11</b>
2.1 Antecedentes	12
2.2 Bases teóricas	14
2.3 Definición de términos básicos	20
<b>CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES</b>	<b>20</b>
3.1 Formulación de la hipótesis	20
3.2 Variables y su operacionalización	21
<b>CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA</b>	<b>22</b>
4.1 Diseño metodológico	22
4.2 Diseño muestral	22
4.3 Procedimientos de recolección de datos	24
4.4 Procesamiento y análisis de datos	25
4.5 Aspectos éticos	25
<b>CRONOGRAMA</b>	<b>26</b>
<b>FUENTES DE INFORMACIÓN</b>	<b>27</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>34</b>
Anexo 1: Matriz de consistencia	34
Anexo 2: Instrumentos de recolección de datos	35

## **CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

### **1.1 Descripción de la situación problemática**

La muerte materna se considera un evento catastrófico multifactorial que aun sucede con mediana frecuencia en nuestro país, tanto al interior de la familia como en la misma comunidad donde ocurre. La mortalidad materna en el Perú pasó de 457 defunciones en el año 2010 a 411 en el 2014, según cifras de la Dirección de Epidemiología del Ministerio de Salud, lo que representa un descenso del 10% en este índice.

Hoy en día se han enfatizado los programas de salud en contrarrestar la cantidad de muertes maternas en Perú; tarea que le compete principalmente al sector salud y afines. Por otro lado es bueno fomentar el esfuerzo y trabajo en equipo que incluye desde el cargo más importante hasta el poblador que radica en las zonas más alejadas del territorio nacional.<sup>1</sup> Las causas de muertes maternas directas originadas en su mayoría son hemorragias del embarazo y del parto (58%), en orden de frecuencia le siguen los trastornos hipertensivos del embarazo con 17%, infección 13% y aborto con 7%.

Dentro del grupo de hemorragias, la placentación anormal es causa de más de la mitad de los decesos (53%), le sigue la atonía uterina (21%), desprendimiento prematuro de placenta (7%), placenta previa (6%) y otras causas como ruptura uterina y desgarros tienen frecuencias alrededor del 3%.

Existen múltiples formas de evitar muertes en el caso de hemorragias obstétricas. Entre ellas, la histerectomía periparto se ha considerado una medida de emergencia que puede salvaguardar la salud materna, según etiologías tales como atonía uterina (53%), acretismo placentario (23%), rotura uterina (12%), entre otros.<sup>2</sup>

La indicación más común para la histerectomía periparto de emergencia es la hemorragia uterina grave que no puede ser controlada por medidas conservadoras. Tal hemorragia es más comúnmente debido a la placentación anormal o atonía uterina, cada uno de ellas representan el 30 a 50% de las histerectomías periparto.<sup>3</sup>

La histerectomía periparto es aquella que se realiza sobre un aparato genital en el cual todavía están presentes las modificaciones gravídicas. En otras palabras, se efectúa a continuación de un parto vaginal o de una cesárea, y puede ser urgente o electiva.

Las principales causas de histerectomía periparto son de origen obstétrico, entre ellas se encuentran hemorragias que no cesan ante las medidas reanimadoras habituales, por lo que condicionan un alto riesgo de morbilidad. Por esta razón, se le denomina también histerectomía obstétrica.

Otras causas potenciales de hemorragia grave intraparto o postparto incluyen ruptura del útero, leiomiomas y laceración de vasos adyacentes o provenientes de la arteria hipogástrica. La histerectomía periparto planificada puede realizarse en pacientes con un diagnóstico anteparto de acretismo placentario o carcinoma cervical en estadio IA2 e IB1. La infección también parece ser un factor importante en la histerectomía periparto.<sup>4</sup>

Al momento de decidir la práctica de una histerectomía periparto, esta representa una gran dificultad, ya que implica una cirugía de alto riesgo por las complicaciones posibles que acarrea; sin embargo, el no tomar una decisión a tiempo puede resultar fatal. La mortalidad materna en las distintas series publicadas se encuentra entre el 0 y el 12,5%, con un valor medio de 4,8%.<sup>5</sup>

La experiencia del cirujano se torna esencial para desarrollar esta cirugía compleja con la menor morbilidad y/o cantidad de complicaciones. La curva de aprendizaje es de mediano a largo plazo. Existen reportes de estudios de incidencia o prevalencia que refieren que la probabilidad de esta cirugía es de 1

cada 11 años por obstetra en ejercicio profesional activo.<sup>6</sup> A veces este puede anticipar la necesidad de histerectomía periparto basada en los factores de riesgo del paciente. Esta situación permite la preparación del paciente y su asesoramiento en el período prenatal, la planificación quirúrgica detallada, y posiblemente evitar un procedimiento de emergencia.<sup>7</sup>

En un estudio de casos y controles, el riesgo de histerectomía periparto fue menor en mujeres con antecedente de parto vaginal (1 en 30 000), comparado con mujeres que tuvieron dos o más cesáreas previas (1 en 220).<sup>8</sup>

En un estudio de 30 000 mujeres sometidas a cesárea, el riesgo de histerectomía periparto fue <1% para las mujeres que tuvieron hasta tres cesáreas previas; 2 a 4 %, de cuatro a cinco; y 9 %, más de seis.<sup>9</sup>

La histerectomía periparto se acompañó de una importante morbilidad. Por tal motivo, se deben identificar de manera anticipada los casos sospechosos con la finalidad de lograr que un equipo multidisciplinario de máxima resolución pueda estar preparado de la mejor manera ante cualquier eventualidad.

Nuestro país es considerado un lugar con múltiples antecedentes y diversos estilos de vida. Por lo que este tema debe ser abordado de manera multidisciplinaria con un enfoque dirigido hacia la población con mayor cantidad de factores de riesgo; de esta manera se plantearán estrategias que permitan disminuir la morbimortalidad materno-perinatal.

## **1.2 Formulación del problema**

¿Cuál es la asociación entre los factores clínicos y sociales con la histerectomía periparto en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen entre los años 2016-2018?

## **1.3 Objetivos**

### **1.3.1 Objetivo general**

-Conocer la asociación entre los factores clínicos y sociales con la histerectomía periparto en el hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen entre los años 2016-2018.

### **1.3.2 Objetivos específicos**

- Determinar los factores clínicos asociados a histerectomía periparto.
- Establecer los factores socio-económicos asociados a histerectomía periparto.



## **1.4-Justificación**

### **1.4.1 Importancia del estudio**

La histerectomía periparto se considera una medida quirúrgica de rescate que puede llegar a salvar la vida de una paciente, esta requiere un cirujano hábil y entrenado además de un adecuado estado general de la paciente. Si es que se llegara a presentar el caso y no se toma la decisión quirúrgica a tiempo; el índice de morbilidad materno perinatal incrementaría exponencialmente. Por eso, el detalle más importante es tratar de tomar la decisión en el momento preciso antes que la paciente se encuentre en muy mal estado.<sup>10,11</sup>

En función de los datos anteriormente expuestos, hoy en día nos hallamos frente a cambios en la incidencia y en las indicaciones de la histerectomía periparto. Existen múltiples causas alrededor del parto que podrían ameritar una histerectomía y la técnica operatoria podría ser más compleja en ciertos casos, por lo que resultaría importante saber cuáles son las causas más frecuentes de histerectomía periparto en nuestro medio y detallar la asociación que existe entre esta y los factores clínicos anteriormente descritos además de socio-económicos.<sup>12</sup>

Al momento de tomar la decisión de efectuar una histerectomía periparto, se debe estar seguro que se han agotado todas las medidas preventivas previas establecidas según protocolos y guías nacionales e internacionales, debido a que algunas pacientes tienen el anhelo de vida reproductiva en el futuro.<sup>13</sup>

Para realizar este estudio se han hecho revisiones en portales de investigación tales como LILACS, ELSEVIER, UPTODATE, COCHRANE LIBRARY, donde

hemos encontrado publicaciones e investigaciones similares en Europa, Asia, Norteamérica; las cuales nos sirven como antecedentes para el presente estudio.

Sin embargo, no se encontró ninguna publicación similar en nuestro país; pese a que actualmente el Perú presenta uno de los índices de mortalidad materna más altos de Latinoamérica, teniendo los trastornos hemorrágicos alrededor del parto como la primera causa a nivel nacional.

Existen dificultades y complicaciones asociadas a la histerectomía periparto, no sólo por la técnica quirúrgica, sino también por el soporte que necesita la paciente antes, durante y en el post-operatorio. En países en desarrollo como el nuestro, la gran mayoría de histerectomías periparto suceden en un ámbito de emergencia, no contando con la preparación adecuada; colocando a las pacientes en un potencial peligro.<sup>14,15</sup>

Ante nuestra realidad en la cual contamos con múltiples establecimientos de salud que no cuentan con el equipamiento necesario, banco de sangre ni el recurso humano adecuado para situaciones que ameriten una histerectomía periparto. Se torna de vital importancia conocer las causas para poder anticiparnos a los hechos y lograr referir a tiempo este tipo de casos a hospitales de máxima resolución en el ámbito nacional.

Por estos motivos, es imperativo conocer la asociación que existe entre los factores tanto clínicos como sociales en la histerectomía periparto del Hospital Almenara – Essalud; considerado uno de los principales nosocomios del país. De tal forma que este estudio pueda ser brindado como antecedente para futuras investigaciones realizadas en nuestro país y fuera de él.

La investigación planteada contribuirá a mejorar el sistema de referencias, la calidad de atención y la disminución de la morbimortalidad materno-perinatal

catalogada como uno de los índices más importantes de salud pública a nivel mundial.

#### **1.4.2 Viabilidad del estudio**

Como médico residente del hospital donde se realizará el estudio, puedo delimitar este estudio y catalogarlo como viable ya que se cuenta con un registro de archivos en sala de operaciones, sala de partos y archivos de historias clínicas generales que permitirán brindar la información solicitada a través de permisos hacia las instancias pertinentes.

El lugar y el contexto donde será realizada la investigación son totalmente accesibles. Sin embargo, los registros son escritos a mano, de tal manera que podría haber errores de interpretación, lectura y confiabilidad de los datos en los archivos de historias clínicas y registros del hospital.

Pese a todas las razones expuestas anteriormente, el presente estudio presenta limitaciones como cualquier otro, sin embargo, dichas limitaciones son contrarrestadas por múltiples factores de viabilidad; motivos por los que el investigador considera y reitera este estudio como viable.

#### **1.5 Limitaciones del estudio**

El recurso humano requerido para este estudio, incluye como mínimo al investigador; de tal forma que permitirá optimizar los gastos; por otro lado el investigador estará expuesto al agotamiento; lo que podría ocasionar errores al momento de recolectar, procesar y analizar los datos. Los riesgos a tener en cuenta son calculables si es que se llegara a tomar la decisión de que el investigador sea prácticamente el único recurso humano del estudio.

El estudio planteado se considera como retrospectivo y descriptivo, nos permitirá ahorrar dinero pero no tiempo; respecto a otros tipos de estudios. (si es que llega

a ser planteado y ejecutado sólo por el investigador). Sin embargo, tomando todas las medidas de precaución y con un tiempo anticipado; este estudio puede ser ejecutado en el lapso de cuatro a ocho semanas.

Por otro lado, este estudio es vulnerable al sesgo, ya que no se aplicarán métodos como doble ciego, los cuales pueden distorsionar las revisiones de la evidencia y la interpretación de los datos recolectados a lo largo del estudio.

La incidencia de histerectomía periparto (de causa obstétrica) se considera relativamente baja en el ambiente nosocomial donde se realizará el estudio, pese a que corresponde a un hospital nacional que percibe referencias de todo el país; por razones de tiempo y costos, este estudio compromete pacientes en el período de 2 años.

Al efectuarse el estudio en el ámbito de dos años, éste no asegura que los resultados sean significativos y/o fidedignos para que puedan ser extrapolados a poblaciones del mismo territorio nacional o internacional; de tal manera que no se asegura hasta el momento que este estudio tenga algún grado de concordancia con los antecedentes presentados anteriormente.

## CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

### 2.1 Antecedentes

Palova *et al.*, identificó ocho casos de acretismo placentario como causa de cincuenta histerectomías periparto que transcurrieron durante cinco años en el Hospital Universitario de Bratislava; por lo que concluyó que el acretismo placentario es la segunda causa más frecuente de histerectomía periparto de emergencia.<sup>16</sup> A diferencia de Senturk *et al.*, quien hizo una evaluación retrospectiva en 23 casos donde investigó los factores de riesgo asociados a histerectomía periparto; encontrando a la atonía uterina, gran multiparidad y ruptura uterina como los más frecuentes.<sup>17</sup>

Danisman *et al.*, encontró una incidencia de 0.51 en 1000 casos de histerectomía periparto en un estudio retrospectivo durante 5 años en un hospital de Turquía; en dicho estudio determinó a las anomalías de la placentación como la causa más frecuente de histerectomía periparto. Además de hallar a la transfusión de hemoderivados y la fiebre postoperatoria como las complicaciones más frecuentes.<sup>18</sup>

Shamsa *et al* y Chen *et al.*, concuerdan con el estudio anteriormente mencionado al encontrar que la adherencia mórbida de la placenta fue la causa más frecuente de histerectomía periparto en un 58.2% seguido de los casos de atonía uterina ( $p = 0.002$ ). Además define a la histerectomía periparto como aquella que se realiza desde la semana 20 de gestación hasta las 6 semanas postparto.<sup>19,20</sup>

Macharey *et al.*, elaboró un estudio tipo retrospectivo caso control anidado durante 10 años en 124 pacientes con la finalidad de estimar la frecuencia de histerectomía periparto de emergencia, además de incluir la presencia de cesárea anterior como una de las principales causas y sus respectivos factores de riesgo; al final de su estudio concluyó que la tasa de incidencia de histerectomía periparto fue de 9.9 por cada 10,000 pacientes y encontró entre los factores de riesgo más frecuentes asociada a ésta; la inducción previa con prostaglandinas, la edad materna mayor a 35 años, curetaje previo y embarazo gemelar.<sup>21</sup>

A nivel de Latinoamérica, Rodríguez *et al* en el año 2013 efectuó un estudio descriptivo y retrospectivo a 19 gestantes que fueron sometidas a histerectomía periparto en un hospital Cubano. Al finalizar dicho estudio, establece a las complicaciones asociadas al número de cesáreas previas y atonía uterina como las principales indicaciones de histerectomía periparto.<sup>22</sup>

Un estudio africano elaborado por Basseyy *et al.*, consistió en un estudio retrospectivo en 5 años, donde halló que la ruptura uterina fue la causa más común de histerectomía periparto (57.6%). Además menciona que la histerectomía periparto fue realizada en mujeres nulíparas en un 20.3% y del total de histerectomías; el 55.9% fueron subtotales mientras que las restantes (44.1%) fueron totales.<sup>23</sup>

Existen investigaciones avocadas a causas en particular; tal es el caso de Wortman *et al.*, elaboró un estudio en el año 2015 para estimar el impacto del índice de masa corporal en la histerectomía periparto de emergencia, de tal forma que planteó un estudio tipo cohorte retrospectivo en 665 pacientes sometidas a histerectomía periparto durante 24 años. El IMC materno fue categorizado por las clasificaciones del National Institute of Health (NIH) para el sobrepeso y la obesidad. El estudio concluyó que a mayor IMC, mayor asociación a tiempo operatorio prolongado y aparición de infecciones de sitio operatorio (P = 0.01).<sup>24</sup>

D'Arpe *et al* publicó un estudio en el año 2015, el cual consistió en un estudio retrospectivo en 51 pacientes que fueron sometidas a histerectomía periparto en un lapso de 14 años aproximadamente. En dicho estudio estimó una incidencia de 2.2 histerectomías peripartos por cada 1000 gestantes (51 de 23,384) y concluyó que la anomalía en la placentación seguida de la atonía uterina fueron las causa más frecuentes de histerectomía periparto ( $p < 0.01$ ).<sup>25</sup>

Lim *et al.*, diseñaron un estudio tipo cohorte retrospectivo durante 10 años en una institución de salud australiana donde encontraron una incidencia de histerectomía periparto de 1.01 por 1000 nacimientos y las indicaciones más frecuente de cirugía fueron placentación anormal, atonía y ruptura uterina.<sup>26</sup>

En Tailandia, Suwannarurk *et al.*, realizó un estudio retrospectivo en un período de 6 años, donde halló 37 casos de histerectomía periparto entre 28,023 puérperas. De tal manera que determinó una incidencia de 1.32 por 1000 nacimientos. En este estudio incluyeron la vía del parto y encontraron que 19 histerectomías periparto fueron realizadas después de un parto vaginal y las 18 restantes fueron después de una cesárea. Entre las principales causas halló a la atonía uterina como la más frecuente (75.1%).<sup>27</sup>

A nivel de China, Wei *et al* realizó un estudio basado en la población donde utilizó registros de hospitalización de 38 hospitales en el período de un año. Se utilizó análisis de regresión logística multivariable para identificar factores de riesgo independientes para la histerectomía periparto. Este estudio concluyó que el acretismo placentario (OR 49.7), la edad materna mayor a 35 años (OR 8.1), la presencia de estados hipertensivos del embarazo (OR 7.5), la cesárea (OR 3) y la multiparidad (OR 2.7) fueron factores de riesgo de histerectomía periparto.<sup>28</sup>

Sakinci *et al* realizó un estudio retrospectivo al analizar 48 casos durante 6 años y estimó que la mayoría de los casos de histerectomía periparto estuvieron asociados a cesárea anterior; por lo que la decisión de realizar una cesárea

primaria debe hacerse cuando existan indicaciones obstétricas verdaderas. Si el manejo conservador no puede controlar el sangrado obstétrico masivo, un obstetra experimentado debe estar listo para realizar una histerectomía periparto y disminuir la morbilidad materna.<sup>29</sup>

En Norteamérica, Owolabi *et al* elaboró un estudio retrospectivo analítico en todos los casos de histerectomía periparto en pacientes hospitalizadas en 4 centros hospitalarios de Washington durante 9 años; en el cual encontró una incidencia de 0.85 por cada 1000 nacimientos. Este estudio además concluyó que la presencia de cesárea anterior, edad materna avanzada, obesidad, gran multiparidad, atonía uterina, placenta previa y acretismo placentario están asociados a mayor riesgo de histerectomía periparto.<sup>30</sup>

## **2.2 Bases teóricas**

La extirpación del útero durante o después del parto se considera una decisión crítica en el campo obstétrico. Debe realizarse cuando se hayan agotado el resto de medidas profilácticas o terapéuticas y la vida de la paciente se encuentre en riesgo.<sup>31,32,39</sup>

Hasta la fecha se distinguen dos formas: la cesárea histerectomía se realiza en el mismo acto operatorio de la cesárea, una vez extraído el feto y normalmente se realiza de forma programada como, por ejemplo, en los casos de cáncer de cérvix, diagnosticado durante la gestación.

Por otro lado, la histerectomía postparto tiene lugar en un tiempo posterior al de la expulsión fetal, bien se haya producido el parto por vía vaginal o bien por vía abdominal; en este último caso, la histerectomía se realizaría en un tiempo quirúrgico posterior al de la cesárea y no en el mismo acto quirúrgico, de ahí su diferencia con la cesárea histerectomía.



La incidencia de la histerectomía periparto varía enormemente según los autores, entre 0,3 – 2,7% partos, en los últimos años. Se produce de manera más frecuente después de una cesárea (0,17 – 8,9%) que tras un parto vaginal (0,1 – 0,3%).<sup>33</sup>

La cesárea aumenta el riesgo de histerectomía periparto comparada con el parto vaginal. La cesárea anterior y que el embarazo actual se decida culminar por vía abdominal se consideran factores de riesgo significativos para histerectomía periparto. La cesárea anterior aumenta el riesgo de patología placentaria (acretismo placentario y placenta previa) y de rotura uterina en el siguiente embarazo. Además por sí sola, la realización de una cesárea aumenta el riesgo de histerectomía por las complicaciones hemorrágicas derivadas de su ejecución.

Las gestaciones múltiples presentan mayor riesgo de histerectomía periparto que las gestaciones simples, debido a la mayor frecuencia de atonía uterina en las primeras. Otros factores de riesgo, aunque no bien aclarados, son la edad de la gestante y la paridad, observándose de forma más frecuente en pacientes jóvenes menores 35 años que en multíparas.

En la mayoría de las ocasiones, la realización de una histerectomía periparto está condicionada por situaciones de emergencia imposibles de solucionar por otros medios, indicaciones urgentes generalmente tales como hemorragias incoercibles; sin embargo, hay casos en los que se plantea una histerectomía previamente a la realización de una cesárea ya que existen indicaciones electivas de cesárea histerectomía.

Entre las indicaciones urgentes tenemos a la atonía uterina; al no contraerse el útero tras la salida de la placenta, se produce una pérdida continua de sangre desde el lugar donde estaba implantada la placenta. Existen diversas medidas para intentar inhibir el sangrado tales como masaje uterino, oxitocina, metilergometrino, prostaglandinas, embolización arterial, ligadura de arterias

uterinas o arterias hipogástricas. En los casos en que no haya respuesta al tratamiento conservador se procederá a una histerectomía.<sup>34</sup>

Por otro lado, mientras que en las placentas acretas parciales puede intentarse un alumbramiento manual; en las acretas totales, incretas y percretas, se debe recurrir a la histerectomía. En algunos casos, sobre todo en pacientes con cesárea anterior, la administración de oxitócicos tras la extracción placentaria resulta ineficaz debido a la escasa capacidad de contracción del segmento inferior uterino; en los casos de hemorragia incoercible será necesaria la realización de una histerectomía.

El hallazgo de un útero de Couvelaire durante la cesárea no es por sí mismo indicación de histerectomía. Sin embargo, la infiltración hemorrágica del útero distorsiona las fibras musculares dificultando la retracción del mismo y pudiendo conducir a hemorragias por atonía. En estas ocasiones es cuando se hace necesaria la extirpación del útero.

Hasta 1980, la atonía y/o rotura uterinas constituían las causas más frecuentes de histerectomía periparto, a partir de entonces, varios estudios comunican que el acretismo placentario se ha ido convirtiendo en la indicación más frecuente; ello se ha debido por una parte al aumento progresivo de la tasa de cesáreas que propicia el aumento de frecuencia de acretismo placentario, y por otra, al mejor manejo de las hemorragias posparto mediante el uso de prostaglandinas y las técnicas de embolización arterial.<sup>35</sup>

En lo que respecta a las causas de histerectomía periparto electiva se encuentran miomas grandes situados en localizaciones desfavorables, procesos neoplásicos (carcinoma de cérvix, cáncer de ovario), corioamnionitis grave, entre otros.

Los principios de la histerectomía obstétrica serán los mismos que los de la histerectomía abdominal, pero los cambios de la anatomía durante la gestación,

sobre todo a nivel de cérvix y segmento uterino inferior, pueden suponer importantes dificultades y situaciones inesperadas.

Las alteraciones anatómicas ligadas al embarazo se refieren principalmente al aumento del útero y de la vascularización; entre ellos: los ligamentos redondos se encuentran alargados e hipertróficos, la dextrorrotación uterina produce el alargamiento del ligamento redondo izquierdo, los ligamentos uterosacros presentan una dirección más vertical, la vejiga tiende a ascender de forma más llamativa en pacientes sometidas a cesáreas previas.<sup>36</sup>

La histerectomía periparto se inventó como una opción de manejo de hemorragia obstétrica y sepsis uterina en situaciones que amenazan la vida y fue realizada por Porro por primera vez en 1871.<sup>37</sup> En la década de 1950, se había convertido en un procedimiento electivo inclusive para esterilización y se generó controversia debido al riesgo de pérdida de sangre excesiva y lesión de tracto urinario.<sup>38</sup>

La hemorragia posparto es una de las principales causas de morbilidad materna severa en todo el mundo. La histerectomía periparto puede representar una solución en casos donde otros tratamientos médicos y quirúrgicos han fallado.<sup>39</sup>

El procedimiento comprende un riesgo de morbilidad entre el 1 -6%. Con la finalidad de minimizar el riesgo y optimizar la planificación del parto, la recomendación actual es referir a centros de máxima resolución a todas las mujeres que tengan alto riesgo de histerectomía periparto, principalmente con sospecha de acretismo placentario. La evidencia apoya que el pronóstico materno mejora en centros que realizan histerectomía periparto con más frecuencia ya que cuentan con un equipo multidisciplinario.<sup>40</sup>

Las dos principales indicaciones para la histerectomía periparto son placentación anormal y atonía uterina intratable. La invasión placentaria está fuertemente

correlacionada con placenta previa y la cantidad de cesáreas previas; a menudo estas son diagnosticadas prenatalmente por ecografía y resonancia magnética, que permiten la preparación preoperatoria.<sup>41</sup> Por el contrario, la atonía uterina es difícil de predecir.

Por otro lado, el sangrado incontrolado se ha mantenido como una indicación significativa para la histerectomía periparto, incluso cuando las opciones de tratamiento médico y quirúrgico han aumentado, tales como agentes uterotónicos, prostaglandinas, embolización, sutura B- Lynch y la desvascularización selectiva.

Al-Khan *et al.*, compararon la histerectomía periparto programada versus la de emergencia y encontraron que los pacientes en el grupo de histerectomía de emergencia tenían mayor pérdida de sangre intraoperatoria que aquellas que eran programadas. La prevención de complicaciones requiere un tratamiento multidisciplinario, cooperación en equipo y preparación cuidadosa para la recepción del neonato.<sup>42</sup>

Algunos autores han planteado un tipo histerectomía posterior modificada. Para la histerectomía, la vejiga generalmente se moviliza en sentido anterior tras la división de los ligamentos redondos pero antes de la ligadura de las arterias uterinas. El riesgo de hemorragia severa es significativo cuando la movilización de la vejiga se realiza con un intacto suministro de sangre placentaria en caso que una placenta percreta esté comprometiendo la vejiga.<sup>43</sup>

Una histerectomía posterior modificada es un enfoque alternativo diseñado para limitar el riesgo de hemorragia y el daño del tracto urinario, al mismo tiempo mejorar la visualización del campo operativo. El último procedimiento implica una entrada posterior hacia la vagina, desplazamiento lateral de los uréteres.

El último paso implica la movilización de la vejiga desde el segmento uterino inferior. El útero gravídico puede hacer que este procedimiento sea difícil al limitar

el acceso al fondo de saco posterior. Aunque la histerectomía posterior modificada puede limitar la hemorragia y; hasta cierto punto la lesión de la vejiga, el riesgo de lesión ureteral no se reduce porque a menudo hay mala visualización durante la cirugía.

La Histerectomia supracervical es otra modificación de la histerectomía estándar, donde se deja el cuello uterino in situ. Este enfoque tradicionalmente se plantea cuando se presenta un segmento uterino inferior cicatricial firmemente adherente a la vejiga. Tam *et al* presenta cuatro casos de lesión de tracto urinario asociado con este procedimiento que involucraron la vejiga; y todo ocurrió antes de tomar la decisión de una histerectomía supracervical. Por consiguiente, la histerectomía supracervical no contribuyó directamente a estas lesiones de vejiga.<sup>44</sup>

Con la finalidad de disminuir las complicaciones intraoperatorias (lesiones vesicales); se han desarrollado estrategias durante la cirugía para disminuir la incidencia de lesiones vesicales. Entre ellas, el llenado de la vejiga es una práctica bien establecida utilizada para facilitar su delimitación y movilización.

Una vejiga distendida ayuda al cirujano a identificar más claramente los planos de disección y así evitar lesiones en la vejiga. El azul de metileno se usa típicamente en este enfoque para permitir el pronto reconocimiento de una cistotomía. Otro método de aminorar las complicaciones intraoperatorias durante las histerectomía periparto es una incisión fúndica alta lejana a la vejiga, de tal manera que será poco probable que cause una lesión urológica.

En resumen, la histerectomía periparto es una técnica de urgencia vital en la mayoría de las ocasiones, cuyo éxito radica básicamente en el momento en que se realice su indicación y en la experiencia del cirujano. La decisión de pasar del tratamiento conservador al quirúrgico no siempre es fácil y ha de tomarse en el momento en el que las medidas conservadoras no consigan controlar el cuadro.

Hay que tener en cuenta que se trata de un procedimiento que en muchos casos ha de realizarse en el contexto de urgencia, con la paciente hemodinámicamente inestable, por lo que no debería descuidarse la formación de médicos jóvenes en esta técnica.<sup>41</sup>

### 2.3 Definición de términos básicos

Variable	Definición	Tipo por su naturaleza	Indicador	Escala de medición	Categorías	Valores de las categorías	Medio de verificación
HISTERECTOMÍA PERIPARTO	Extirpación del útero durante o después del parto (hasta las 6 semanas postparto) <sup>45</sup>	Cualitativa	Dicotómica	Nominal	Nominal	1.Total 2.Subtotal	Reporte operatorio
Factores clínicos de la histerectomía periparto	Vía de culminación del parto. Período y/o forma de salida del bebé del útero <sup>46</sup> Tipo de embarazo. Cantidad de fetos que contiene un embarazo <sup>47</sup>  Edad gestacional. Edad de un embrión o feto desde el primer día de la última regla. <sup>48</sup>	Cualitativa/ Cuantitativa	Dicotómica  Edad gestacional. Número de semanas a partir de la última regla o calculada de ecografía en el primer trimestre	Nominal/ Ordinal	1.Parto vaginal 2. Cesárea		Historia clínica
					1.Único 2. Múltiple		
					1.Pre-término 2.A término 3.Posttérmino	Pre término: menor o igual a 36 sem 6/7 A término: 37sem a 41 sem 6/7 Post término: mayor o igual a 42 sem.	

Factores sociales de la histerectomía periparto	Índice de masa corporal. Medida de asociación entre la masa y la talla. N° controles prenatales. Cantidad de citas que realiza a consultorio de Obstetricia durante la gestación <sup>49</sup>  Grupo etario. Clasificación según el número de años cumplidos de la gestante <sup>50</sup>	Cuantitativa/ Cualitativa	IMC= Valor número obtenido de la división del peso/ talla <sup>2</sup>  Número de controles que se realiza la gestante en consultorio de Obstetricia durante su embarazo  Número de años cumplidos hasta la fecha durante el embarazo	Ordinal/ Nominal	1.Bajo peso 2.Rango normal 3.Sobrepeso 4.Obesidad	Bajo peso (IMC <18,5) Rango normal (IMC = 18,5-24,99) Sobrepeso (IMC = 25-29,99) Obesidad (IMC ≥30)	Historia clínica/ CARNET PERINATAL
					1.Controlada 2.No controlada	Controlada: mayor o igual a 6 No controlada: Menor o igual a 5	
					1.Adolescente 2.Adulta joven 3.Edad materna avanzada	1.Adolescente: 12-17 años 2. Adulta joven: 18- 34 años 3.Edad materna avanzada: mayor de 35 años	

**-Histerectomía periparto.** Extirpación del útero durante o después del parto. (Hasta las 6 semanas postparto)<sup>45</sup>

**- Factores clínicos de la histerectomía periparto.** En este estudio se ha considerado la vía de culminación del parto, número de cesáreas previas, la edad gestacional, el tipo de embarazo. *(Ver ficha de recolección de datos)*

**- Factores sociales de la histerectomía periparto.** En este estudio se ha considerado el índice de masa corporal de la gestante, el número de controles prenatales en el transcurso de la gestación y el grupo etario. *(Ver ficha de recolección de datos)*

## **CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES**

### **3.1 Formulación de la hipótesis**

Por el tipo de diseño, este estudio no plantea hipótesis.

### **3.2 Variables y su operacionalización**

## **CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA**

### **4.1 Diseño metodológico: Tipo y diseño del estudio**

El presente estudio corresponde a un diseño cuantitativo, observacional, descriptivo, transversal, retrospectivo.

### **4.2 Diseño muestral**

#### **a) Población universo:**



Pacientes sometidas a histerectomía periparto en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen.

**b) Población de estudio:**

Pacientes sometidas a histerectomía periparto en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen durante el período 2016 - 2018.

**c) Tamaño de la población de estudio:**

Tamaño Muestral:

Dado que este es un estudio observacional, descriptivo, transversal usamos la siguiente fórmula:

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{\alpha}^2 * p * q}$$

**Donde:**

N = Total de la población

- $Z_{\alpha}$  = 1.96 al cuadrado (si la seguridad es del 95%)
- p = proporción esperada (en este caso 5% = 0.05)
- q = 1 – p (en este caso 1-0.05 = 0.95)
- d = precisión (5%)

**Por lo tanto:**

$$n = \frac{2500 * 1.96^2 * 0.05 * 0.95}{0.05^2 (2500 - 1) + 1.96^2 * 0.05 * 0.95}$$

$$n = \frac{456.19}{6.24 + 0.18}$$

$$n = \frac{456.19}{6.42}$$

**n = 71.05 Redondeamos a 70 pacientes**

#### **d) Muestreo**

Muestreo no probabilístico (a juicio del investigador)

#### **e) Criterios de selección**

##### **e.1) Criterios de inclusión:**

Gestantes atendidas en el Servicio de Obstetricia de Alto Riesgo del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen que han sido sometidas a histerectomía periparto durante el período 2016-2018.

##### **e.2) Criterios de exclusión:**

Gestantes atendidas en el Servicio de Obstetricia de Alto Riesgo del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen con diagnóstico de enfermedad trofoblástica gestacional.

Gestantes atendidas en el Servicio de Obstetricia de Alto Riesgo del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen con edades gestacionales menor o igual a 22 semanas y/o peso fetal menor o igual a 500 gr.

Gestantes atendidas en el Servicio de Obstetricia de Alto Riesgo del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen que tengan historias clínicas incompletas.

#### **4.3 Procedimientos de recolección de datos**

Los datos requeridos para el estudio serán recolectados directamente a través de la obtención de historias clínicas localizadas en el área de “Archivos” del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen.

#### **4.3.1 Instrumento**

Este estudio usará como instrumento de recolección de datos un cuestionario auto administrado; el cual procederá a ser validado por autoridades del mismo nosocomio donde será realizada la investigación. (*Ver anexo 2*)

#### **4.3.2 Procedimiento de recolección:**

Se solicitarán las aprobaciones y permisos requeridos al Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen para la toma de datos.

El registro se realizará en los ambientes de hospitalización del Servicio de Obstetricia de Alto Riesgo del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen.

Se aplicará la ficha de recolección de datos respectiva diseñada para tal fin.

Luego los datos serán vaciados en la hoja de toma de datos diseñado para tal fin.

Los datos obtenidos desde la hoja de toma de datos serán editados en un archivo del paquete estadístico SPSS-20.0 para su procesamiento.

#### **4.4 Procesamiento y análisis de los datos**

Los datos se adjuntarán en tablas de doble entrada:

- Se utilizará estadística descriptiva: proporciones, razones, tasas, frecuencias, porcentajes, tablas de doble entrada y gráficos.
- Se utilizará un nivel de significancia del 95% y un valor P menor de 0.05

#### **4.5 Aspectos éticos**

Este proyecto tiene la finalidad de ser presentado en un futuro al Comité de Ética Médica e Investigación de la Escuela de Medicina Humana - USMP y el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen; teniendo en cuenta la confidencialidad de los datos con sus respectivos resultados y conclusiones.

## CRONOGRAMA

### Cronograma de trabajo

Meses	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M
1. Elección del tema												
2.Revisión bibliográfica												
3.Aprobación del proyecto												
4. Ejecución												
5.Análisis e interpretación												
6. Informe final												

## FUENTES DE INFORMACIÓN

1. MINSA: Ministerio de Salud [Internet]. Perú: MINSA; 2009 [actualizado May 2009; citado 22 ene 2017]. Disponible en:  
<http://www.bvsde.paho.org/texcom/cd045364/PlanEstrate09.pdf>
2. J.M. Rodríguez Ingelmo, A. Motellón, A. Millá. Histerectomía periparto en el Hospital General Universitario de Elche. Clin Invest Gin Obst. 2014 [citado 22 Ene 2017]; 41(3):98-103. Disponible en:  
<http://www.elsevier.es/es-revista-clinica-e-investigacion-ginecologia-obstetricia-7-pdf-S02105>
3. Rossi AC, Lee RH, Chmait RH: Emergency postpartum hysterectomy for uncontrolled postpartum bleeding: a systematic review. [Internet] Obstet Gynecol 2010; 115:637. [actualizado 14 Abr 2016; citado 23 enero 2017]. Disponible en:  
<https://www.uptodate.com/contents/peripartum-hysterectomy-for-management-of-hemorrhage/abstract/3>
4. Hernandez JS, Nuangchamnon N, Ziadie M, et al. Placental and uterine pathology in women undergoing peripartum hysterectomy. [Internet] Obstet Gynecol 2012; 119:1137. [actualizado 14 Abr 2016; citado 22 enero 2017]. Disponible en:  
<https://www.uptodate.com/contents/peripartum-hysterectomy-for-management-of-hemorrhage/abstract/5>

5. Machado SML. Emergency peripartum hysterectomy: Incidence, indications, risk factors and outcome. [Internet] N Am J Med Sci. 2011;3:358---61. [actualizado Ago 2011; citado 22 enero 2017]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22171242>
6. Kwee A, Boto ML, Visser GH, Bruinse HW. Emergency peripartum hysterectomy: a prospective study in The Netherlands. [Internet] Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2006;124:187---92. [actualizado Feb 2006; citado 25 enero 2017] Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16026917>
7. Fitzpatrick KE, Sellers S, Spark P, et al. The management and outcomes of placenta accreta, increta, and percreta in the UK: a population-based descriptive study. [Internet] BJOG 2014; 121:62. [actualizado Ene 2014; citado 25 enero 2017] Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3906842/>
8. Knight M, Kurinczuk JJ, Spark P, et al. Cesarean delivery and peripartum hysterectomy. [Internet] Obstet Gynecol 2008; 111:97. [actualizado Ene 2008; citado 24 enero 2017] Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18165397>
9. Silver RM, Landon MB, Rouse DJ, et al. Maternal morbidity associated with multiple repeat cesarean deliveries. [Internet] Obstet Gynecol 2006; 107:1226. [actualizado Jun 2006; citado 24 enero 2017] Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16738145>
10. Yamamoto H, Sagae S, Nishicawa S, et al. Emergency postpartum hysterectomy in obstetric practice. [Internet] J Obstet Gynaecol; Res. 2000;26:341-5. [actualizado Oct 2000; citado 31 enero 2017] Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11147720>
11. Cutié J, Laffita A, Velazco A, et al. Estudio de la histerectomía obstétrica como morbilidad en el Hospital América Arias en el año 2003. [Internet] Prog Obstet Ginecol. 2005;48(9):430-5. [actualizado Jun 2005; citado 31 enero 2017] Disponible en:

<http://www.elsevier.es/es-revista-progresos-obstetricia-ginecologia-151-articulo-estudio-histerectomia-obstetrica-como-morbilidad> 13079231?  
[referer=buscador#elsevierItemBibliografias](#)

12. Illia, R, Presta, E, López D'Amato, et al. La histerectomía obstétrica: epidemiología, factores condicionantes, resultados perinatales y complicaciones maternas en tres centros obstétricos de la República Argentina. [Internet] *Toko-Gin Pract*, 2001;60(4):181-189. [actualizado Nov 2001; citado 01 febrero 2017] Disponible en:  
<http://www.elsevier.es/es-revista-toko-ginecologia-practica-133-articulo-la-histerectomia-obstetrica-epidemiologia-factores> 13013044?  
[referer=buscador](#)
13. Kambale J, et al. Obstetric Hysterectomy in Rural Democratic Republic of the Congo: An Analysis of 40 Cases at Katwa Hospital [Internet] *African Journal of Reproductive Health* Vol. 12 No.1 April, 2008 [actualizado Abr 2008; citado 01 febrero 2017] Disponible en:  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20695156>
14. OKOGBENIN SA, GHARORO EP, OTOIDE VO, et al. Obstetric Hysterectomy: Fifteen years' experience in a Nigerian Tertiary Centre. [Internet] *J Obstet Gynaecol* 2003 Jul; 23 (4): 356-359. [actualizado Jul 2003; citado 31 enero 2017] Disponible en:  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12881070>
15. SHUBHAM G, ANUPAMA D, GAURAV B, et al. Obstetric Hysterectomy in Modern Day Obstetrics: A review of 175 cases Over a Period of 11 Years. [Internet] *J Obstet Gynecol Ind* 2001 Nov-Dec; 51(6): 91 – 93. [actualizado Dic 2001; citado 31 enero 2017] Disponible en:  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3507124/>
16. [Palova, E](#); [Redecha, M](#); [Malova, A](#), et al. Placenta accreta as a cause of peripartum hysterectomy. [Internet] *Bratisl Lek Listy* 117(4): 212-6, 2016. [actualizado Abr 2016; citado 06 febrero 2017] Disponible en:  
<http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/mdl-27075384>

17. [Senturk B](#), Cakmak Y, Guraslan H, et al. Emergency peripartum hysterectomy: 2-year experiences in non-tertiary center. [Internet] *Arch Gynecol Obstet*; 292(5): 1019-25, 2015. [actualizado Nov 2015; citado 07 febrero 2017]  
Disponible en:  
<http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/mdl-25929233>
18. [Danisman N](#), [Baser E](#), [Togrul C](#), et al. Emergency peripartum hysterectomy: experience of a major referral hospital in Ankara, Turkey. [Internet] *J Obstet Gynaecol*; 35(1): 19-21, 2015. [actualizado Ene 2015; citado 07 febrero 2017]  
Disponible en:  
<http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.3109/01443615.2014.935712?journalCode=ijog20>
19. Shamsa A, [Harris](#) Department of Obstetrics and Gynaecology, Westmead Hospital, Westmead, NSW, Australia A, [Anpalagan](#) Department of Obstetrics and Gynaecology, Westmead Hospital, Westmead, NSW, Australia A. Peripartum hysterectomy in a tertiary hospital in Western Sydney. [Internet] *J Obstet Gynaecol* 35(4): 350-353, 2014. [actualizado Sep 2014; citado 07 febrero 2017] Disponible en:  
<http://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/01443615.2014.961907?src=recsys>
20. Chen M, Zhang Li, Wei Q, et al. Peripartum hysterectomy between 2009 and 2010 in Sichuan, China. [Internet] *Int J Gynaecol Obstet*; 120(2): 183-6, 2013. [actualizado Feb 2013; citado 07 febrero 2017] Disponible en:  
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1016/j.ijgo.2012.09.012/abstract>
21. Macharey, G; Ulander, V; Kostev, K, et al. Emergency peripartum hysterectomy and risk factors by mode of delivery and obstetric history: a 10-year review from Helsinki University Central Hospital [Internet] *J Perinat Med*; 43(6): 721-8, 2015. [actualizado Nov 2015; citado 06 febrero 2017] Disponible en:  
<http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/mdl-24756039>
22. Nodarse A; Couret M; Capote R, et al. Comportamiento epidemiológico de la histerectomía obstétrica / Epidemiological behavior of obstetric hysterectomy. [Internet] *Rev. cuba. obstet. ginecol*; 39(2): 128-134 2013. [actualizado Jun



- 2013; citado 06 febrero 2017] Disponible en:  
<http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/lil-675516>
23. [Bassey, G](#), Akani, C. Emergency peripartum hysterectomy in a low resource setting: a 5-year analysis. [Internet] *Niger J Med*; 23(2): 170-5, 2014. [actualizado Jun 2014; citado 07 febrero 2017] Disponible en:  
<http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/mdl-24956692>
24. Wortman A, Hernandez J, [Holcomb S](#), et al. Effect of body mass index on maternal morbidity following peripartum hysterectomy. [Internet] *Clin Obes*; 5(2): 72-8, 2015. [actualizado Abr 2015; citado 07 febrero 2017] Disponible en:  
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/cob.12090/abstract;jsessionid=473B297F3EFC47601668229D85B8504B.f03t03>
25. D'Arpe S, Franceschetti S, Corosu R, et al. Emergency peripartum hysterectomy in a tertiary teaching hospital: a 14-year review. [Internet] *Arch Gynecol Obstet*; 291(4): 841-7, 2015. [actualizado Abr 2015; citado 07 febrero 2017] Disponible en:  
<http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00404-014-3487-y>
26. Lim W, Pavlov T, Dennis A, et al. Analysis of emergency peripartum hysterectomy in Northern Tasmania. [Internet] *Aust J Rural Health*; 22(5): 235-40, 2014. [actualizado Oct 2014; citado 07 febrero 2017] Disponible en:  
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/ajr.12135/abstract>
27. Suwannarurk K, Thaweekul Y, Mairaing K, et al. Silent abnormal placentation linkage to peripartum hysterectomy: Thammasat University Hospital 6-year study. [Internet] *J Med Assoc Thai*; 97(5): 473-7, 2014. [actualizado May 2014; citado 07 febrero 2017] Disponible en:  
<http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/mdl-25065084>
28. Wei, Q, Zhang W, Chen M, et al. Peripartum hysterectomy in 38 hospitals in China: a population-based study. [Internet] *Arch Gynecol Obstet*; 289(3): 549-53, 2014. [actualizado Marz 2014; citado 07 febrero 2017] Disponible en:  
<http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00404-013-3002-x>

29. [Sakinci M](#), [Kuru O](#), [Tosun M](#), et al. Clinical analysis of emergency peripartum hysterectomies in a tertiary center. [Internet] *Clin Exp Obstet Gynecol*; 41(6): 654-8, 2014. [actualizado Abr 2014; citado 07 febrero 2017] Disponible en: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/mdl-25551957>
30. Owolabi M, Blake R, Mayor M, et al. Incidence and determinants of peripartum hysterectomy in the metropolitan area of the District of Columbia. [Internet] *J Reprod Med*; 58(3-4): 167-72, 2013. [actualizado Abr 2013; citado 07 febrero 2017] Disponible en: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/mdl-23539887>
31. Akar ME, Yilmaz E, Yuksel B. Emergency peripartum hysterectomy. *Eur J Obstet Gynecol Repr Biol*; 113-2: 178-81,2004.
32. Bonnar MA. Massive obstetric haemorrhage. *Bailliére's Clinical Obstetrics and Gynecology*; 14(1): 1- 18, 2000.
33. Cabero L. Histerectomía obstétrica. *Tratado de Ginecología, Obstetricia y Medicina de la Reproducción*. SEGO, cap 107, 1ºed; 844-47,2008.
34. Cunningham et al. Peripartum hysterectomy. *Williams Obstetricia*, cap 25, ed.21, 599-605, 2011.
35. Forna F, Miles A, Jamieson D. Emergency peripartum hysterectomy: A comparison of caesarean and postpartum hysterectomy. *Am J Obstet Gynecol*; 190: 1440-4, 2004.
36. Kaser, Hirsch, Iklé. Histerectomía tras cesárea. *Atlas de cirugía ginecológica*, 5ºed.; 173 -78,1997.
37. Kwee A, Bots ML, Visser G. Emergency peripartum hysterectomy: A prospective study in The Netherlands. *Eur J Obstet and Gynecol Rpr Biol*; 124: 187-92, 2006.
38. Larry C, Gilstrap III, Norman Gant F. *Cirugía ginecológica en obstetricia*. TeLinde, cap 34, 8ºed., 879-95.
39. Ramanathan G, Arulkumaran S. Postpartum haemorrhage. *Cur Obstet Gynaecol*; 16-1: 6-13,2006.
40. Wingprawat , Chittacharoen A, Suthutvoravut S. Risk factors for emergency peripartum hysterectomy. *Int J Gynecol Obstet*; 90: 136–7,2005.

41. Zamora P, García J, Royo S. Tratamiento médico y quirúrgico de las hemorragias postparto y del alumbramiento. *Ginecología y Obstetricia Clínica*; 4(2): 70-9,2003.
42. Al-Khan A, Gupta V, Illsley NP, et al. Maternal and fetal outcomes in placenta accreta after institution of team-managed care. *Reprod Sci* 2014;21:761–71
43. Weisbrod A, Sheppard F, Chernofsky, et al. Emergent management of postpartum hemorrhage for the general and acute care surgeon. [World J Emerg Surg](#). 2009; 4: 43.
44. Tam K, Dozier J, Nello J, et al. Approaches to reduce urinary tract injury during management of placenta accreta, increta, and percreta: a systematic review. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine* 2012; 25: 329-334 – 4.
45. Ministerio de Salud. Avanzando hacia una maternidad segura en el Perú: Derecho de todas las mujeres. Lima, Perú: MINSA; 2006. Disponible en URL: <http://www.unfpa.org.pe/publicaciones/publicacionesperu/MINSA-Avanzando-Maternidad-Segura-Peru.pdf> (Fecha de acceso: 19 de febrero del 2017).
46. Ministerio de Salud. Avanzando hacia una maternidad segura en el Perú: Derecho de todas las mujeres. Lima, Perú: MINSA; 2006. Disponible en URL: <http://www.unfpa.org.pe/publicaciones/publicacionesperu/MINSA-Avanzando-Maternidad-Segura-Peru.pdf> (Fecha de acceso: 21 de febrero del 2017).
47. Centro Nacional de Información sobre la Salud de la Mujer (julio de 2007). [Parto](#). Citado por National Institutes of Health. Último acceso 20 de febrero de 2008.
48. Raatikainen K, Heiskanen N, Heinonen S. Under-attending free antenatal care is associated with adverse pregnancy outcomes. *BMC Public Health* 2007; 7: 268.
49. Ministerio de Salud. Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva. Lima, Perú: MINSA. URL disponible en: <ftp://ftp2.minsa.gob.pe/download/esn/ssr/GuiasAtencionIntegraYSSR.pdf> (Fecha de acceso: 20 de febrero del 2017).

50. Díaz L. Embarazos en adolescentes en el Hospital Nacional Cayetano Heredia. Tesis para obtención de Grado de Bachiller. Lima, Perú. Universidad Peruana Cayetano Heredia, 2001. 73 pp.
51. Molina A.; Galvan H.; Gabriel J; et al. «Self-inflicted cesarean section with maternal and fetal survival». *International Journal of Gynecology Obstetrics* 2003; **8**(3): 287-290.

## ANEXOS

### Anexo 1: Matriz de consistencia

Título de la investigación	Pregunta de investigación	Objetivos de la investigación	Hipótesis	Tipo y diseño de estudio	Población de estudio y procesamiento de datos	Instrumento de recolección
Factores asociados a histerectomía periparto Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen 2016-2018	¿Cuál es la asociación entre los factores clínicos y sociales con la histerectomía periparto en el Hospital Nacional Guillermo	-Conocer la asociación entre los factores clínicos y sociales con la histerectomía periparto en el hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen entre los años 2016-2018.	Este estudio o no tiene hipótesis	Cuantitativo, observacional, descriptivo, transversal, retrospectivo.	Pacientes sometidas a histerectomía periparto en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen durante el período	Ficha de recolección de datos (Anexo 2)

	Almenara Irigoyen entre los años 2016- 2018?	- Determinar los factores clínicos asociados a histerectomía periparto. - Establecer los factores socio- económicos asociados a histerectomía periparto.			2016 2018.	-	
--	---	--	--	--	---------------	---	--

## Anexo 2: Ficha de recolección de datos

### FACTORES ASOCIADOS A HISTERECTOMÍA PERIPARTO HOSPITAL NACIONAL GUILLERMO ALMENARA IRIGOYEN 2016-2018

Número de Ficha:

Número de HC:

#### DATOS ESPECÍFICOS

##### 1. VIA DE CULMINACION DEL PARTO

Parto eutócico ( ) Cesárea ( )

##### 2. NUMERO DE CESAREAS PREVIAS

Cesareada anterior mayor o igual a 3 veces ( ) Cesareada anterior 2 veces ( )  
Cesareada anterior 1 vez ( ) No cesáreas previas ( )

### **3. TIPO DE EMBARAZO**

Único ( )                      Múltiple ( )

### **4. EDAD GESTACIONAL**

Pretérmino ( )      A término ( )      Post-término ( )

### **5. IMC DE LA MADRE**

Desnutrida ( )      Normal ( )      Sobrepeso ( )      Obesidad ( )

### **6. CONTROL PRENATAL**

Controlada ( )      No Controlada ( )

### **7. GRUPO ETARIO**

Adolescente ( )      Adulto joven ( )      Edad materna avanzada ( )