



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA

**INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE MÉDICO GENERAL**

**“CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y FACTORES ASOCIADOS A LA
OPERACIÓN CESAREA-HISTERECTOMIA RIOBAMBA, EN EL PERIODO 2015- 2020”**

Autores:

Constante Angulo Jessica Paola

Mazón Jarrin Erika Mabell

Tutor:

Dr. Flavio Vintimilla

Riobamba – Ecuador

Año 2020

MIEMBROS DEL TRIBUNAL

Mediante la presente los miembros del tribunal de graduación del proyecto de investigación: **“Características epidemiológicas y factores asociados a la operación cesárea-histerectomía, Riobamba 2015-2020”**, realizado por Jessica Paola Constante Angulo y Erika Mabell Mazón Jarrin y dirigido por: Dr. Flavio Antonio Vintimilla Barzallo. Una vez escuchada la defensa oral y revisado el informe final del proyecto de investigación con fines de graduación en la cual se ha evidenciado el cumplimiento de las observaciones realizadas, remita el presente para uso y constancia de la biblioteca de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de Chimborazo.

Para constancia de lo expuesto firman:

Dr. Washington Patricio Vásquez Andrade
PRESIDENTE DELEGADO DEL DECANO

FIRMA

Dr. Ángel Mayacela A.
MIEMBRO DEL TRIBUNAL

FIRMA

Dr. Ángel Inca
MIEMBRO DEL TRIBUNAL

FIRMA

Dr. Flavio Antonio Vintimilla Barzallo
TUTOR

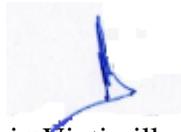
FIRMA

CERTIFICADO DE TUTORÍA

Yo, Flavio Antonio Vintimilla Barzallo, docente de la carrera de Medicina en calidad de Tutor del trabajo de investigación titulado **“CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y FACTORES ASOCIADOS A LA OPERACIÓN CESÁREA-HISTERECTOMÍA, RIOBAMBA 2015-2020”**, presentado por las estudiantes, Jessica Paola Constante Angulo y Mazón Jarrin Erika Mabell, de forma legal certifico haber revisado el desarrollo del mismo, por lo que autorizo su presentación para la revisión y sustentación de dicho trabajo.

Es todo lo que puedo decir en honor a la verdad.

Riobamba, 08 de octubre del 2020



Dr. Flavio Vintimilla Barzallo

CC: 0101733624

TUTOR DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

AUTORÍA

Nosotras, Jessica Paola Constante Angulo y Erika Mabell Mazón Jarrin autores del trabajo de investigación titulado “**Características epidemiológicas y factores asociados a la operación cesárea-histerectomía, Riobamba 2015-2020**”, expresamos que su contenido es original y pertenece al aporte investigativo personal. Somos responsables de las opiniones, expresiones, pensamientos y concepciones que se han tomado de diferentes autores así también de la información de internet la cual consta de su respectiva autoría para complementar el marco teórico, de igual forma concedemos los derechos de autor a la Universidad Nacional de Chimborazo, según lo establecido por la ley de propiedad intelectual, por su reglamento y norma vigente.

Riobamba, 08 de agosto de 2020.



Jessica Paola Constante Angulo
C.I: 050430925-3

Correo electrónico: pconstante95@gmail.com



Erika Mabell Mazón Jarrin
C.I: 060431859-2

Correo electrónico: erika.mabel@hotmail.es

DEDICATORIAS

Dedico el presente trabajo a mis padres por su apoyo incondicional en todo momento, por todos los esfuerzos realizados para que yo cumpla mi meta, por motivarme, por forjarme como la persona que soy actualmente, por dejarme crecer guiada de sus manos y a pesar de la distancia dedicarse a mí, también dedico el trabajo a mi prima Diana, quien para mí ha sido una ejemplo y que me apoyo constantemente y lo dedico a dos seres muy especiales en mi vida que son mis ángeles, mis abuelitas, ustedes me motivaron para continuar en el este camino lleno de anhelos y sueños que desde el día de hoy se verán plasmados como una profesional ética y moral.

Pao Constante.

A mis padres Mercedes y Juan quien con su esfuerzo y sacrificio han podido hacer que cumpla hoy un sueño más y que me han inculcado valores éticos y morales en mí para poder llegar a ser una gran profesional y persona, a mi hermano Iván quien con sus palabras de aliento me han impulsado para no desistir en este largo camino. Mi abuelita Dalinda que es el pilar de mi vida, A todas las personas que nos han apoyado y han hecho que el trabajo se realice con éxito en especial a aquellos que nos abrieron las puertas y compartieron sus conocimientos.

Erika Mabell.

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, doy gracias a Dios, por darme la vida, la salud y ayudarme a cumplir mi sueño. A mis padres quienes siempre han confiado en mí y me han dado la mejor herencia, la educación. A mis mejores amigas Mariela, Misheel y Anita que siempre estuvieron apoyándome. A mi querida Universidad Nacional de Chimborazo por ser mi alma mater en el conocimiento y a mis queridos doctores quienes supieron compartir conmigo cada una de sus enseñanzas no solo en el campo profesional sino humanístico. Al Dr. Mauro Alulema quien no solo es un excelente médico, es un magnífico amigo, le agradezco por cada palabra, consejo que me brindo, quien me permitió adquirir más conocimientos en este último año. A mi tutor Dr. Flavio Vintimilla por su paciencia y apoyo brindado para ejecutar de la mejor manera este proyecto de investigación. Y al Hospital Provincial General Docente Riobamba por un año lleno de experiencias que enriquecieron mi vida como estudiante y ayudaron en mi formación como profesional. Muchas gracias.

Pao Constante.

Principalmente al Demiurgo infinito por darme un instante de vida para conseguir un sueño de humanidad, a mis padres quienes no dudaron de mí un instante y siempre estuvieron ahí cuando más les necesite, a mi hermanito Iván por su apoyo incondicional, a mis amigos cangrejos por cada momento de alegría, a mi mejor amigo Diego por creer en mí más de lo que yo creo, a la luz en mi oscuridad, a mis queridos doctores de la Universidad Nacional de Chimborazo por haberme transmitido muchos de sus valiosos conocimientos, a nuestro Tutor Flavio Vintimilla por haber dirigido en este proceso y brindarnos su confianza para la realización de este trabajo, al Hospital General Docente de Riobamba por haber sido ese lugar lleno de enseñanzas en donde adquirimos grandes experiencias muy útiles para nuestra vida profesional, de todo corazón gracias a cada una de las personas que aportaron luz a mi vida para poder lograr esta meta tan anhelada.

Erika Mabell.

ÍNDICE

MIEMBROS DEL TRIBUNAL.....	- 1 -
CERTIFICADO DE TUTORÍA.....	- 2 -
AUTORÍA	- 3 -
DEDICATORIAS.....	- 4 -
AGRADECIMIENTOS.....	- 5 -
ÍNDICE.....	- 6 -
RESUMEN	- 10 -
ABSTRACT	- 11 -
CAPITULO I.....	- 11 -
I. INTRODUCCIÓN:	- 12 -
1.1. Planteamiento del problema:	- 13 -
1.2. Formulación del problema:	- 14 -
1.3. Justificación:	- 14 -
1.4. Objetivo general y específicos:.....	- 15 -
1.4.1. Objetivo general:	- 15 -
1.4.2. Objetivos específicos:.....	- 15 -
CAPITULO II.....	- 16 -
II. MARCO TEÓRICO	- 16 -
2.1. ANTECEDENTES CIENTIFÍCOS:.....	- 16 -
2.2. CESÁREA:	- 16 -
2.2.1. Incidencia y causas:	- 17 -
2.2.2. Técnica:	- 18 -
2.3. HISTERECTOMÍA:	- 20 -
2.3.1. Incidencia:	- 20 -
2.3.2. Indicaciones de histerectomía:	- 20 -
2.3.3. Técnica de la histerectomía:	- 21 -
2.4. CESÁREA – HISTERECTOMÍA:	- 22 -
2.4.1. Características epidemiológicas:	- 22 -
2.4.2. Factores:	- 23 -
2.4.3. Antecedentes internacionales de la investigación:	- 25 -

2.4.4.	Antecedentes nacionales de la investigación:.....	- 27 -
2.4.5.	Complicaciones de la cesárea-histerectomía	- 28 -
	Complicaciones infecciosas:.....	- 28 -
	Complicaciones tromboembólico venosas:	- 29 -
	Lesiones de los tractos genitourinario y gastrointestinal:.....	- 29 -
	Complicaciones hemorrágicas:.....	- 29 -
	Lesiones neurológicas:	- 29 -
	Dehiscencia del manguito vaginal:.....	- 29 -
CAPÍTULO III		- 30 -
III.	METODOLOGÍA:.....	- 30 -
3.1.	Tipo de estudio:.....	- 30 -
3.2.	Diseño de estudio:	- 30 -
3.3.	Área de estudio:.....	- 30 -
3.4.	Universo y muestra:	- 30 -
3.5.	Criterios de inclusión:	- 31 -
3.6.	Criterios de exclusión:.....	- 31 -
3.7.1.	Variable independiente:	- 32 -
3.7.2.	Variable dependiente:	- 32 -
3.8.	Operacionalización de las variables:	33
3.9.	Método de estudio:.....	38
3.10.	Método empírico:	38
3.11.	Método teórico:	38
3.12.	Técnicas y procedimientos:	38
3.13.	Instrumento:.....	39
3.14.	Procesamiento estadístico:.....	39
3.15.	Consideraciones éticas:.....	40
CAPITULO IV		41
IV.	ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS:.....	41
V.	CONCLUSIONES:	52
VI.	RECOMENDACIONES	53
VII.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	54
VIII.	ANEXOS	58

ÍNDICE DE TABLAS:

Tabla N°1.-Incidencia de la Operación cesárea-histerectomía.	41
Tabla N°2.- Número total de casos.	42
Tabla N°3.- Características epidemiológicas.	43
Tabla N°4.- Factores maternos.	45
Tabla N°5.- Factores que se asocian a la operación cesárea-histerectomía.	47
Tabla N°6.- Complicaciones de la operación cesárea-histerectomía.	49
Tabla N°7.-Estancia Hospitalaria.	51

ÍNDICE DE GRÁFICOS:

Gráfico N°1.- Incidencia de la Operación cesárea-histerectomía.	58
Gráfico N°2.- Características epidemiológicas: Edad.	58
Gráfico N°3.- Características epidemiológicas: Etnia.	59
Gráfico N°4.- Características epidemiológicas: Procedencia.	59
Gráfico N°5.- Características epidemiológicas: Estado civil.	60
Gráfico N°6.- Factores maternos: Factores prenatales.	60
Gráfico N°7.- Factores maternos: Número de gestas.	61
Gráfico N°8.- Factores maternos: Semanas de gestación.	61
Gráfico N°9.- Factores maternos: Controles prenatales.	62
Gráfico N°10.- Factores maternos: Antecedentes de cesárea.	62
Gráfico N°11.- Factores que se asocian a la operación cesárea-histerectomía.	63
Gráfico N°12.- Histopatológico.	63
Gráfico N°13.- Cirujanos.	64
Gráfico N°14.- Complicaciones quirúrgicas.	64
Gráfico N°15.- Factores que se asocian a la operación cesárea-histerectomía.	65
Gráfico N°16.- Factores que se asocian a la operación cesárea-histerectomía.	65
Gráfico N°17.- Estancia Hospitalaria.	66

RESUMEN

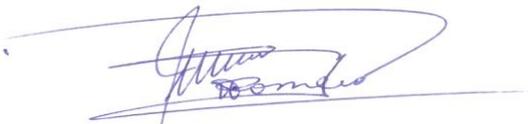
Introducción: La operación cesárea-histerectomía se define como la extirpación del útero al finalizar una cesárea, como una última medida cuando los esfuerzos conservadores fallan o no son aplicables, por lo que su incidencia y causas deben determinarse cuidadosamente, a pesar que este procedimiento a nivel mundial no muestra un gran porcentaje, en Latinoamérica se muestra en mayor cantidad, lo que conlleva a estudiar cuantas operaciones de cesárea-histerectomía se realizaron en el Hospital Provincial General Docente Riobamba en un periodo de 5 años. **Objetivo:** el propósito de la investigación es determinar el número de pacientes a las que se les realizó la operación cesárea- histerectomía, mediante la revisión de historias clínicas para conocer su origen y factores asociados en el Hospital Provincial General Docente Riobamba, periodo 2015-2020. **Metodología:** se realizó un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo, de corte transversal, mediante la aplicación de criterios de inclusión y exclusión obteniendo una muestra de 366 pacientes del servicio de Ginecología. **Resultados:** del total de la muestra tomada en 5 años, la operación cesárea-histerectomía se les realizó a 34 pacientes, determinando que el 26.55% se realizó en el año 2019, el 50% de la prevalencia de esta cirugía se mostró en pacientes mayores de 35 años, de etnia mestiza provenientes del sector urbano, entre otras características epidemiológicas importantes se presentó que casi el 50% están casadas y se dedican a los quehaceres domésticos, en cuanto a los factores que se asocia a la cirugía el 82.4% de las pacientes son multiparas, con antecedentes de una o más cesáreas, además de presentar en el 55.9% al menos 5 o más controles prenatales, lo que no disminuyó el riesgo de complicaciones, a pesar de esto el 52.9% de los embarazos culminaron con edad gestacional a término, en cuanto a los factores desencadenantes, la atonía uterina fue la principal seguida por la placenta previa y acreta, entre las complicaciones más importantes las pacientes desarrollaron hemorragias obstétricas donde solo el 8.8.% culminó con un shock hipotérmico, lo que generó más de 8 días de hospitalización, junto con esto se determinó que al menos el 85% presentó anemia como la principal complicación postquirúrgica. **Conclusiones:** se determinó que la atonía uterina, placenta previa y acretismo se relacionan estrechamente con la realización de la operación cesárea-histerectomía en madres mayores de 35 años que se presentaron en el estudio, lo cual se respalda a través de la evidencia científica citada.

Palabras claves: cesárea, histerectomía, multiparas, atonía uterina, placenta previa, acretismo.

ABSTRACT

Introduction: The cesarean-hysterectomy surgery is defined as the removal of the uterus at the end of a cesarean section, as a last resort when conservative efforts fail or are not applicable, so its incidence and causes must be carefully determined, although this procedure is not performed in a large percentage worldwide, it is different in Latin America where it is performed more frequently, which leads to study how many cesarean-hysterectomy surgeries were performed at the *Hospital Provincial General Docente Riobamba* in 5 years. **Objective:** the purpose of the research is to determine the number of patients who underwent a cesarean-hysterectomy surgery by reviewing medical records to determine their origin and associated factors in the *Hospital Provincial General Docente Riobamba*, period 2015-2020. **Methodology:** an observational, descriptive, retrospective, cross-sectional study was carried out by applying inclusion and exclusion criteria, obtaining a sample of 366 patients from the Gynecology Department. **Results:** From the total sample taken in 5 years, the cesarean-hysterectomy surgery was performed on 34 patients, determining that 26.55% was performed in 2019, 50% of the prevalence of this surgery was shown in patients who were older than 35, of mestizo ethnicity from the urban sector, among other critical epidemiological characteristics it was shown that almost 50% are married and do housework, in terms of the factors associated with the surgery, 82.4% of women patients are multiparous, with a history of one or more cesarean sections. Also, 55.9% had at least five or more prenatal check-ups, which did not reduce the risk of complications; despite this, 52.9% of pregnancies ended with the gestational age course. Regarding the triggering factors, uterine atony was the main one, followed by placenta praevia and accreta. Among the most critical complications, the patients developed obstetric hemorrhages where only 8.8% ended with hypovolemic shock, which generated more than eight days of hospitalization; it was determined that at least 85% of the patients presented anemia as the main postoperative complication. **Conclusions:** it was determined that uterine atony, placenta praevia, and accreta are near related to the performance of cesarean-hysterectomy surgery in mothers over 35 years of age who were presented in the study, which is supported by the cited scientific evidence.

Keywords: cesarean section, hysterectomy, multiparous, uterine atony, placenta praevia, accreta.



Reviewed by: Romero, Hugo

Language Skills Teacher

CAPITULO I

I. INTRODUCCIÓN:

La operación cesárea histerectomía consiste en extirpar el útero en una mujer gestante, en un mismo acto quirúrgico realizado en 2 tiempos. Esto involucra necesariamente la condición de un útero gestante que ha evolucionado hacia una condición que requiera la exéresis parcial o total del órgano y que sea de urgencia. En la historia de la histerectomía obstétrica, se describe desde hace un tiempo como única alternativa terapéutica en el manejo de patologías hemorrágicas o sépticas con el fin de salvaguardar la vida de la paciente, tornándose cada vez más infrecuente por el progreso de procedimientos quirúrgicos, mejores condiciones de asepsia, mayor disponibilidad de antibióticos y optimizando el uso de sangre y hemoderivados. (Young, 2016.: 93.)

En 1768 inicia originalmente la histerectomía obstétrica, en cuando Joseph Covallini propone por primera vez la cesárea-histerectomía basándose en experimentaciones animales, en 1869 Horacio Storer realiza la primera cesárea histerectomía en una paciente con un tumor, la paciente falleció pocas horas después. (Young, 2016.: 93.) (Storer, 1869). El primer procedimiento exitoso fue la que realizo Eduardo Porro en Italia en una paciente enana primípara desde entonces la cesárea-histerectomía es llamada operación de Porro (3. Porro, . 1876) (Taylor, 2016).

El objetivo de este trabajo es determinar las características principales para la realización de la operación cesárea- histerectomía, mediante la revisión de historias clínicas para conocer su origen y factores asociados en el Hospital Provincial General Docente Riobamba, periodo 2015-2020.

Dentro del análisis de pacientes que se les realizo el procedimiento cesárea histerectomía se encontró que un 50% de las pacientes con edad >35 años, 58.8% son de área urbana, 4 pacientes correspondiente a un porcentaje de 11.8%, con trastornos hipertensivos del embarazo, 64.7% de pacientes fueron multíparas, 18 pacientes en estudio con un porcentaje de 52,9%, con una edad gestacional entre 37-40 semanas, 14 pacientes siendo este un 41,2% que presentaron cesárea anterior, realiza el análisis de los factores de cesárea histerectomía en la cual tenemos a la atonía con 23,5%, es la causa más usual para la realización este procedimiento, 70,6% de las pacientes tenían examen histológico.

1.1. Planteamiento del problema:

El Hospital Provincial General Docente de Riobamba es considerado como hospital de nivel II de Complejidad, de referencia y el que se encarga de procedimientos complejos como la histerectomía. La operación cesárea – histerectomía es un procedimiento quirúrgico de emergencia realizado tanto en instituciones públicas como privadas, la hemorragia es una causa significativa de mortalidad materna en el mundo.

En la mayor parte de los países en desarrollo, las causas más frecuentes de mortalidad y morbilidad materna son: hemorragia obstétrica, trastornos hipertensivos como preeclampsia-eclampsia, todas ellas prevenibles. Al fallar el tratamiento médico de una hemorragia obstétrica, se indica el tratamiento quirúrgico, la histerectomía; lo que ocasiona un incremento de la morbilidad y mortalidad maternas.

Esto se observa en pacientes con cesárea previa y en otras situaciones se requiere de un tratamiento quirúrgico combinado para evitar el riesgo de mortalidad y morbilidad materna, motivo por el que se realiza en una misma cirugía la cesárea en un primer tiempo quirúrgico seguida de histerectomía de emergencia en un segundo tiempo quirúrgico. Se ejecuta para evitar distintas complicaciones que ponen en peligro la vida de la paciente, al aumentar el riesgo de hemorragia. (Cisneros, 2019) Aunque en sus inicios fue considerado como una de las crueldades más grandes de la medicina, en la actualidad ocupa el segundo lugar entre los procedimientos quirúrgicos mayores después de la cesárea. (Cisneros, 2019)

El tiempo quirúrgico, tiempo de hospitalización, complicaciones intra y postoperatorias son relativamente similares. (ORDERIQUE.Luis) Siendo la operación cesárea histerectomía un procedimiento ligado a riesgo incrementado de morbimortalidad materna.

El procedimiento quirúrgico cesárea-histerectomía (sus técnicas e indicaciones deben ser dominadas por todo gineco-obstetra, la vida de algunos pacientes depende de ello) al ser poco frecuente, es imprescindible no sólo revisar una causa que condiciona a mayor probabilidad de repercusiones negativas. (GARCIA, 2019)

La operación cesárea-histerectomía es un evento que busca preservar la vida de la mujer y que requiere, por la gravedad del mismo, un mejor entendimiento de las causas que se realiza con el

fin de poder prever una atención más oportuna y con altos estándares de calidad. (GARCIA, 2019)

1.2. Formulación del problema:

¿Cuáles son las principales características epidemiológicas y factores de riesgo para la realización de operación cesárea histerectomía en el Hospital Provincial General Docente Riobamba, periodo 2015-2020?

1.3. Justificación:

El procedimiento cesarea-histerectomia es considerada como una de las únicas alternativas de emergencia en el manejo de hemorrágicas obstetricas con el fin de salvaguardar la vida de las pacientes, siendo cada vez poco frecuente gracias al desarrollo de mejores técnicas en los procedimientos quirúrgicos, personal capacitado, uso de sangre y hemoderivados. Sin embargo, en nuestro medio aún existes casos de pacientes en los que se consideró realizarles histerectomía como única alternativa terapéutica.

En Latinoamérica existen pocos trabajos realizados que ayuden a conocer la situación real, incidencia y patologías asociadas de cesárea histerectomía, que nos permitirían conocer cuáles son las primeras causas que sobrellevan a realizar, en un mismo acto quirúrgico, dos procedimientos con connotaciones muy serias y muchas veces graves para la madre.

Por otro lado, es en esencia una emergencia médica la indicación de histerectomía que requiere el conocimiento, experiencia y destreza por parte del equipo médico.

1.4. Objetivos general y específicos:

1.4.1. Objetivo general:

Determinar las características epidemiológicas de las pacientes que se les realizó cesárea-histerectomía, mediante la revisión de historias clínicas para conocer los factores causales, en el Hospital Provincial General Docente Riobamba, periodo 2015-2020.

1.4.2. Objetivos específicos:

- Conocer las características epidemiológicas del procedimiento cesárea- histerectomía.
- Investigar los principales factores de riesgos de las pacientes para la realización de la operación cesárea- histerectomía.
- Conocer las complicaciones comunes ocurridas durante y después de la operación cesárea- histerectomía.
- Establecer la eficacia del procedimiento en la morbi-mortalidad materna.

CAPITULO II

II. MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES CIENTÍFICOS:

El procedimiento cesárea- histerectomía es una operación poco frecuente, la cual consiste en la extirpación del útero en el curso de una operación cesárea, todo esto elaborado en un mismo acto quirúrgico. En el caso de ca. de cérvix por ejemplo la operación puede ser decidida con anticipación (histerectomía electiva). (Cunningham., 2005).

Histerectomía proviene del vocablo: isteros (útero) y ectomia (extirpación). El procedimiento de histerectomía obstétrica consiste en la exéresis del útero luego de que el feto ha sido extraído por histerotomía, se indica para distintas complicaciones como incremento de riesgo de hemorragia que pone en peligro la vida de las pacientes.

Para disminuir la mortalidad por hemorragia y sepsis tras el parto por vía abdominal fue aconsejada originalmente la histerectomía después de una operación cesárea. (Bakshi S, 2000 Sept) Se debe realizar el procedimiento únicamente en 2 circunstancias: primero como último recurso de hemostasia, denominada histerectomía de urgencia (de necesidad); y la segunda, en casos especiales, de manera que la paciente elija tras una cesárea, histerectomía electiva (de oportunidad). (G., 1998,)

Por ser de emergencia, este procedimiento quirúrgico, genera una mayor morbimortalidad materna, si se compara con el parto abdominal y más aún cuando esta comparación se hace con el parto vaginal. Dichas complicaciones tienen relación directa ciertamente con las complicaciones del embarazo, edad gestacional, comorbilidades maternas, además de las condiciones y el equipamiento del establecimiento y la intervención oportuna del cirujano. (Gabbe., 2007.)

2.2. CESÁREA:

En el libro de Itzturiz de cirugía ginecológica describe a la cesárea como un procedimiento en el cual se extrae el feto por vía abdominal, acompañado de la placenta y membranas, a través de una incisión hecha a nivel del abdomen y del útero. (Itzturiz)

Históricamente la primera cesárea aparece en la mitología griega, donde Apolo extrae a su hijo Aesculapius por medio de este procedimiento, quien es considerado como “el primer médico”. (Itzturiz) No está claro el origen del nombre cesárea, se cree que comienza con el linaje del emperador Julio Cesar, sin embargo en esa época no sobrevivió ninguna mujer a la que se le haya practicado dicho procedimiento. (Schnapp, 2015) su procedencia es del latín caedere que significa cortar y que los hijos nacidos por cesárea se les llamaban caesones. (Schnapp, 2015)

Es Rousset quien utiliza por primera vez el término cesárea en Francia, el primer procedimiento se lo realiza en 1578 por Giulio Cesari, quien lo practica en una mujer viva, obteniendo un recién nacido vivo, sin embargo, la mujer fallece días después de la realización del procedimiento. A partir de 1846, se comienza a utilizar a la cesárea como opción segura para el nacimiento. (Schnapp, 2015)

2.2.1. Incidencia y causas:

Antes de la segunda guerra mundial, la cesárea se realizaba en un 4% de la población, luego comienza un incremento progresivo llegando alrededor del 4.5% al 25% hasta 1988. Lo que ha generado en los últimos 50 años un aumento de hasta el 30%, esta tasa es variable en los distintos países, regiones, y de igual manera en los diversos centros médicos. (Itzturiz) .

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2016) menciona que en ninguna parte del mundo se puede justificar que la incidencia de este procedimiento sea mayor del 10 al 15%. A nivel mundial la cesárea es realizada en un alto porcentaje, en Europa 21%, Estados Unidos 26%, Australia 23% y Latinoamérica en países como Chile, Argentina, Brasil, y México, sobrepasa el 50%.

En Ecuador hasta el año 2014 el índice de cesárea realizadas a nivel del Ministerio de Salud Pública (MSP) fue de 41.2%. (Ministerio de Salud Pública , 2015) Para el años 2015 en el MSP se realiza alrededor de 46.046 cesáreas lo que corresponde al 34.8%, mientras que el IESS se realizan alrededor de 11.643 cesáreas que corresponde al 55.10%, para este mismo año solo en la provincia de Chimborazo se presentó un 28.40% de nacimientos mediante cesárea a nivel público y privado. (Ministerio de Salud Publica, 2015)

La causa del aumento de la tasa de cesáreas es multifactorial, teniendo como primera causa la falta de progresión de trabajo de parto, entre otros factores tenemos las causas maternas descrito en la revista Schnapp como:

- cesárea anterior
- ruptura uterina
- hemorragia antes del parto
- cáncer cérvico-uterino
- herpes genital activo,

Causas fetales como:

- distocia de la presentación
- anomalías fetales
- prolapso del cordón
- embarazo gemelar
- parto prematuro

Entre otros factores están la:

- eclampsia.
- preeclampsia
- VIH. (Schnapp, 2015)

2.2.2. Técnica:

Se coloca a la paciente en posición supina con ligera lateralización uterina hacia la izquierda con el fin de mejorar el retorno venoso, existen diversas incisiones, entre la más utilizada tenemos:

Laparotomía de Pfannenstiel: este procedimiento que inicia con incisión transversal en la piel de más o menos 10-12cm sobre el pubis, continúa con el corte del tejido celular subcutáneo y aponeurosis, en el artículo “Técnica Quirúrgica de Cesárea” describe que se debe diseccionar el plano muscular partiendo de la línea media, a continuación separa en sentido vertical los rectos abdominales hasta alcanzar al peritoneo parietal, llegando a la cavidad peritoneal donde se encontrará el segmento uterino. (Robert, 2015)

Histerotomía: comúnmente utilizada es la incisión uterina transversa baja o tipo Kerr, la cual provoca menos pérdida sanguínea y menor riesgo de ruptura en embarazos posteriores, se lo realiza en la porción uterina con menor grosor y de mayor laxitud al peritoneo visceral, se abre transversalmente el peritoneo y se protege la vejiga. (Robert, 2015) en el artículo “Técnica Quirúrgica de Cesárea” menciona que una vez expuesto el amnios se lo disecciona y se procede a la extracción fetal, se extrae la placenta, se realiza la inspección de la cavidad uterina de forma manual e instrumental, para reducir la retención de restos corioplacentarios, seguido se administra oxitocina para beneficiar la retracción uterina. (Robert, 2015)

Histerorrafia: la técnica utiliza la sutura en uno o dos planos corridos o con vuelta atrás, o puntos separados. El peritoneo visceral se lo cierra en un tiempo con una sutura corrida o puntos separados. Al concluir la histerorrafia se revisa la hemostasia, anexos, recuento de agujas, compresas y se realiza un lavado de la cavidad. (Schnapp, 2015) Continúa el cierre del peritoneo parietal, afrontando los rectos abdominales y cierre de la aponeurosis, con puntos corridos o separados, se controla hemostasia por la posibilidad de sangrado por las arterias perforantes y formación de hematomas subaponeuróticos. El cierre de tejido celular subcutáneo y piel, con sutura corrida o separada, en caso de piel se utiliza materiales no reabsorbibles los cuales se retiran de 7 a 10 días posteriores. (Robert, 2015)

Laparotomía media infra umbilical: Se prefiere en los casos que se requiere de un engrandecimiento hacia la porción superior del abdomen, cuando existe una cicatriz anterior o en situaciones de urgencia. (Robert, 2015)

Técnica de Pelosi: similar a la de tipo Pfannenstiel, se realiza la disección hasta llegar a la aponeurosis, se separa los músculos rectales para continuar con la disección de manera digital hasta entrar al peritoneo, en este caso no se desciende vejiga. Una vez en el útero se disecciona a nivel de línea media, pero su prolongación lateral se la realiza por una tracción digital, se extrae el feto, se coloca oxitocina y se espera el alumbramiento de tipo espontáneo, se limpia fondo uterino realizando un masaje, se procede al cierre en una sola capa, se excluye el cierre de peritoneo visceral, parietal y músculo, se continúa el cierre a nivel de aponeurosis, en tejido celular subcutáneo con puntos de aproximación, y culmina con el cierre de piel. (Robert, 2015)

2.3. HISTERECTOMÍA:

Se describe como la extirpación del útero en una paciente gestante donde se puede realizar conjuntamente con la cesárea, posterior a está, después de un parto vaginal, de un aborto o en el puerperio, en la mayoría de los casos se los realiza por hemorragias peri parto graves, las cuales no pudieron ser solucionadas con tratamiento convencional y se utilizó la histerectomía como último recurso para salvar la vida de las pacientes. (Cabrera)

Fue en Italia donde Joseph Cavallini realiza la primera histerectomía en el siglo XVIII, cuando lo aplica en hembras de diferentes animales, demostrando que el útero es un órgano extraíble del cuerpo y que la vida puede ser preservada a pesar de esto. (3. Porro, . 1876) Es en 1868 en la ciudad de Boston donde se realiza la primera cesárea histerectomía por Horatio Robinson Storer, se lo realiza a una púérpera con un tumor que obstaculizaba el canal vaginal, sin embargo, la paciente falleció días posteriores por complicaciones. El primer caso que se describió donde vivió una mujer después de ser sometida a una resección de útero en conjunto con ligadura, fue en Pavia Italia en el año de 1876 por Eduardo Porro, motivo por el cual el procedimiento actualmente lleva su nombre. (3. Porro, . 1876)

2.3.1. Incidencia:

Actualmente la literatura médica describe la incidencia de histerectomías alrededor de 0.29 y 3.78% por cada 1000 partos, de los cuales un 10% de los casos pueden requerir de una segunda intervención. Se estima que en Estados Unidos se realizan alrededor de 600.000 histerectomías cada año con una tasa de mortalidad de 0.4% - 0.6%, as cuales se realizan por vía abdominal. (MORENO, 2016)

2.3.2. Indicaciones de histerectomía:

El objetivo de la histerectomia es aliviar los síntomas de dolor, sangrado o ambas en las pacientes, y para ellos debe considerarse varios criterios, las causas por las que se realice este procedimiento son:

Causas obstétricas:

Se habla de histerectomía obstétrica cuando se realiza la resección parcial o completa del útero, la cual se hace en situaciones de emergencia debido a complicaciones presentadas durante el embarazo, parto, puerperio o porque existe alguna enfermedad preexistente. Entre las

principales causas se encuentra la hemorragia posparto que no pueden ser controlada debido a la atonía uterina. (IÑIGUEZ, 2015) .

Como describe Moreno, existen otras causas que obligan culminar la cesárea en histerectomía como única salida para solucionar una situación grave, estas son: la ruptura uterina, la hemorragia incoercible y la ampliación de la incisión de la histerotomía hasta los vasos uterinos, útero de Couvelaire, acretismo placentario, inercia uterina que no se resuelve con manejo. (MORENO, 2016)

2.3.3. Técnica de la histerectomía:

Al ser una cirugía con cierto grado de complejidad, se requiere de un equipo especializado, comprendido por un médico ginecólogo, médico residente, anestesista, personal de enfermería y auxiliares; una condición que se debe tomar muy en cuenta en el paciente son las cifras de hemoglobina, hematocrito, tiempos de coagulación y plaquetas.

La histerectomía puede subtotal o total, esto dependerá de la indicación y grado de urgencia por la que se realice, se debe tomar en cuenta los riesgos que presenta cada una de estas técnicas, Muchos de los autores mencionan que la histerectomía subtotal es de preferencia cuando existe una hemorragia incoercible, debido a la rapidez con la que se la realiza y al ser considerada suficiente para controlar el sangrado. (CABRERO, 2007)

Histerectomía total: comienza con una incisión tipo Pfannenstiel, la cual será lo más amplio posible para la extracción del útero. Primero se secciona y liga los ligamentos redondos y pedículos, realizando doble ligadura debido a su alto componente vascular, seguido se expone los vasos uterinos al abrir el ligamento ancho y separar la vejiga, además se identifica los uréteres por su alto riesgo de lesión. Se procede a pinzar y ligar los vasos uterinos muy cerca de la pared uterina y la separación de la vejiga del segmento inferior, teniendo cuidado pues se puede producir desgarros vesicales importantes. Se secciona los ligamentos cardinales y se los ligan a nivel inferior del cuello uterino, procediendo a seccionar la vagina en dirección anteroposterior. Se considera que el cierre de la vagina se haga con doble sutura para evitar desgarros, se procede a revisar la hemostasia, y se colocan drenajes abdominales de ser necesario. (CABRERO, 2007)

Histerectomía subtotal: el procedimiento es muy similar hasta la ligadura de las arterias uterinas, debido a que en este momento se procede a la sección del cuerpo uterino, se realiza el muñón cervical con nudos anchos. Se revisa hemostasia sobre todo por sangrados que pueden existir a nivel del muñón. (CABRERO, 2007)

2.4. CESÁREA – HISTERECTOMÍA:

Este procedimiento no se lo realiza con frecuencia, como ya se ha mencionado anteriormente, consiste en la extirpación del útero en el curso que se realiza una cesárea. (GARCIA, 2019)

El principal factor a nivel mundial es la hemorragia obstétrica, la cual al no ser solucionada, al fallo del tratamiento es indicada la realización de una histerectomía, sobretodo en el curso de una cesárea, además de determinar antecedentes de patológicos de las pacientes, debido a que han presentado hemorragias en embarazos anteriores. (Cisneros, 2019). García refiere que uno de los temores es la incidencia de morbi-mortalidad que genera la cirugía, sin embargo, si lo realiza un profesional totalmente capacitado, con el apoyo de todo un equipo quirúrgico, en caso de requerir hemoderivados, y antimicrobianos, se puede reducir dichos riesgos. (GARCIA, 2019)

Anteriormente se mencionó a Eduardo Porro, médico que realiza por primera vez la cirugía cesárea-histrectomía, en 1876, en Italia, la cual fue exitosa. A nivel de Latinoamérica se habla de Juan María Rodríguez quien en 1884 realiza esta cirugía en México, con una duración de tres horas y media, a una paciente de 18 años, al presentar una pelvis deforme, sin embargo, con poco éxito ya que la paciente fallece 2 días después a causa de una peritonitis. De igual manera otro de los pioneros latinos es Fernando Zárraga quien en 1904, consigue la primera cesárea histerectomía con éxito, dicho procedimiento duro alrededor de una hora con 15 minutos y la paciente requirió de terapia intensiva y una estancia hospitalaria de aproximadamente 23 días. (MORENO, 2016)

2.4.1. Características epidemiológicas:

En el artículo de “cesárea obstétrica” indica que se debe considerar estas características, nos basamos en aquellos que acontecen a la madre: se tomara en cuenta la edad de las pacientes, la cual la clasificaremos en 3 categorías: menores de 18 años, de 20 a 34 años y mayores 35 años; la etnia, con el fin de saber cuántas de las pacientes que fueron sometidas a este procedimiento son indígenas, mestizas, blancas y afro ecuatorianas; la edad gestacional por semanas, en grupos

comprendidos entre: 20 a 27, 28 a 36, de 37 a 41 y >41 semanas de gestación; paridad : primigestas o multíparas, número de cesáreas: 1, 2 o mayor a 3. (Itzturiz)

2.4.2. Factores:

Los factores predictores para la realización de una cesárea histerectomía son: la hemorragia pos parto no controlada, la ruptura uterina, la hemorragia incoercible y la prolongación de la incisión de la histerotomía hasta los vasos uterinos, útero de Couvelaire, acretismo placentario, inercia uterina que no se resuelve con manejo médico. (Itzturiz)

Hemorragia posparto (HPP):

El Ministerio de Salud Pública del Ecuador, en su Guía de prevención, diagnóstico y tratamiento de las hemorragias 2013 (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2013), considera a una hemorragia posparto toda pérdida de sangre que supere los 500ml en un parto por vía vaginal y 1000ml cuando la pérdida de sangre sea en una cesárea, además menciona que toda disminución del nivel sanguíneo que pueda producir inestabilidad hemodinámica en la paciente se la considerara como hemorragia posparto.

De igual manera en un consenso de HPP SOGIBA 2018 (Casale, 2018), menciona que esta causa es de las más temidas y que pueden surgir en el puerperio, además indica que es una de las 3 primeras causas de mortalidad materna en el mundo, con más énfasis en los países en vías de desarrollo.

Se considera que existen dos tipos de HPP:

La primaria o inmediata, aquella que ocurre dentro de las primeras 24 horas posterior al parto, la cual representa hasta el 70%, teniendo como causa la atonía uterina, la cual se muestra como la incapacidad del útero para contraerse y regresar a su estado natural una vez ocurrido el parto. Y la HPP secundaria o tardía, la que sucede una vez cumplida las 24 horas y hasta 6 semanas posparto. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2013)

Ruptura uterina:

La Guía de prevención, diagnóstico y tratamiento de ruptura uterina Mexicana 2014 (Gobierno Federal Mexicano, 2014), la define como la presencia de desgarros a nivel del útero, y no considera como causas la perforación en el momento de un legrado, o rupturas por embarazos

intersticiales o en caso de prolongaciones en el momento de la cesárea. Esta condición es rara y suele suceder en la última etapa del embarazo o en el trabajo de parto activo.

Se la considera la complicación más grave después de la cesárea. Dicho de otra manera, la ruptura uterina es la completa separación del miometrio que puede o no causar la expulsión del feto a la cavidad peritoneal, que puede requerir una cesárea de emergencia, esta condición se asocia a una alta incidencia de morbi-mortalidad materno y perinatal. (Gobierno Federal Mexicano, 2014)

Entre algunos factores esta la cirugía uterina previa, la cesárea anterior, ruptura uterina previa, etc. una de las medidas de prevención es un registro cardiotopográfico debido que se encontrara alteraciones en la frecuencia cardiaca fetal. Ante la sospecha la revisión laparoscópica oportuna, una vez estabilizado y con entrega del producto, se procede a control de la hemorragia, de no hacerlo se procede a la realización de histerectomía siempre y cuando sea necesario. (Gobierno Federal Mexicano, 2014)

Utero de Couvelaire:

Conocido también como apoplejía uteroplacentaria, se presenta como una extravasación de sangre hacia la musculatura y la capa serosa del útero. Está en algunas ocasiones puede extenderse hasta otras estructuras como los ligamentos anchos, los ovarios e incluso la cavidad peritoneal, debido a la presencia de un hematoma retro placentario masivo. Ocurre en muy pocos casos, considerado su aparición entre el 0.4-1%, se encuentra asociado y como principal causa el desprendimiento prematuro de la placenta. (RUBÍ PALACIOS, 2018)

Placenta previa:

Esta forma de implantacion anormal de la placenta puede estar sobre o proxima al orificio cervical interno, entre los factores asociados se encuentrra los antecedentes de cicatrices previas o alteraciones a nivel del endometrio, se produce en 0.5% por cada 200 embarazos. Existen 3 tipos que son: placenta previa total, se encuentra cubriendo de forma total el cérvix, placenta previa total que ha diferencia de la anterior cubre parcialmente el cérvix y la placenta previa marginal que se ubica en el borde del cérvix. Mediante estudios de imagen como el ultrasonid transvaginal se puede detectar dicha patología antes de la semana 20 de embarazo, debido a la

presencia de sangrados durante el embarazo y el parto, motivo que se toma en cuenta para la realización de cesárea. (Ministerio de Salud Pública, 2017)

Acretismo placentario:

Se la considera como una anomalía de la inserción de la placenta, se presenta en 1 de cada 533 embarazos en Ecuador según la Guía de Anomalías de Inserción Placentaria 2017 (Ministerio de Salud Pública, 2017). Se la define como la placenta que se adhiere al miometrio de forma anormal o dicho de otra manera la adherencia de la placenta en la pared uterina. Existen varios tipos de acretismo, entre ellos la placenta acreta, la cual es la adherencia anormal de un segmento o total de la placenta sin penetración del miometrio por sus vellosidades; la placenta increta aquella que invade de manera profunda el miometrio gracias a las vellosidades coriales; y la placenta percreta es la aquella que invade tanto la porción serosa como órganos adyacentes por medio de las vellosidades coriales. (Ministerio de Salud Pública, 2017)

Atonía uterina:

Se considera una situación patológica que se produce después del parto, esta se da por un defecto de las contracciones de las fibras musculares de la pared uterina, el MSP describe que el propósito es contraer y cerrar los vasos sanguíneos, aunque en ocasiones esto no sucede debido a una falta en el tono lo que genera que estos vasos sanguíneos permanezcan abiertos y se produzcan hemorragias severas, llegando a tener pérdidas de hasta 1000ml, lo que conlleva a hipovolemia, inestabilidad hemodinámica y shock. Se la considera como la principal causa de muerte materna en todo el mundo, teniendo una mayor incidencia en países en vías de desarrollo. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2013) Se presenta en uno de cada 20 partos, entre los factores de riesgo para esta causa está la distensión uterina por gestación múltiple, hidramnios o macrostomía fetal, en casos de partos prolongados y multiparidad.

2.4.3. Antecedentes internacionales de la investigación:

En un primer estudio realizado en Lima en el Hospital María Auxiliadora en 1998 (ORDERIQUE, 1998), de tipo descriptivo y retrospectivo, se estudiaron a 314 pacientes sometidas a cesárea histerectomía, lo que equivale a un 0.7%, del cual 52 pacientes tenían menos de 19 años, 209 pacientes entre 20 a 35 años, y 52 superaban los 35 años, de igual manera en un 45.2% de las pacientes fueron multíparas, además se mostró que el 50% de las pacientes en

estudio presentaron embarazos a término, es decir con una edad gestacional de entre 37 a 41 semanas. Del cual el grupo en estudio presentó en 97% el factor desencadenante fue la hemorragia posparto.

En otro estudio realizado por Claudia Aguirre (AGUIRRE, 2009), en el Hospital Raúl Arguello del Salvador, de tipo descriptivo, transversal y retrospectivo, se analizaron 113 expedientes de pacientes sometidas a este procedimiento, de los cuales se indica que los factores desencadenantes para realizar la cesárea fueron con diagnósticos de placenta previa, cesárea anterior y sufrimiento fetal, mientras que los factores para la realización de la histerectomía fue el acretismo placentario, la atonía uterina y en última instancia se incluyó a los desgarros uterinos.

Entre sus características epidemiológicas se halló que el 69% de las pacientes oscilaban entre los 26 a 35 años de edad, mientras un 52% eran multíparas, y presentaban una edad gestacional de entre 35 a 40 semanas, también se menciona que del total de expedientes revisados solo un 19% presentó atonía uterina. (AGUIRRE, 2009)

En un artículo publicado en 2018, por Yoan Hernández el cual se titula “Caracterización de pacientes que requirieron Histerectomía”, (HERNÁNDEZ, 2018) se incluyó a las pacientes que fueron internadas en el servicio de Ginecología y UCI, indicó que un 60% de las pacientes fueron sometidas a cesárea histerectomía, teniendo en mayor cantidad a las pacientes entre 31 a 35 años, su principal factor fue la atonía uterina en 45.9%, seguido de la ruptura uterina, y un 72% de las pacientes eran multíparas.

En un estudio retrospectivo, publicado en España en 2014, titulado “Histerectomía en el Hospital General Universitario”, (RODRÍGUEZ, 2014) se realizaron 17 histerectomías en el lapso de 5 años, de los cuales 10 de estos casos fueron cesáreas histerectomías, teniendo a mujeres entre 17 a 38 años, con una media de edad de 29 años, además indica que el 65% del estudio realizado eran primigestas, las cesáreas se realizaron por antecedente de cesárea anterior y por sufrimiento fetal, la edad gestacional en las que se realizó osciló entre las 27 a 41 semanas, de las cuales un 41% fueron partos pre términos, el factor principal por la que se practicó la histerectomía fue debido a la atonía uterina en 53%, hubo varias otras causas como el acretismo placentario presente en 2 casos.

2.4.4. Antecedentes nacionales de la investigación:

En un artículo realizado en el Maternidad Isidro Ayora de la ciudad de Quito, por Ramiro Narváez en 1996, (NRVÁEZ, 1997) se determinó la incidencia y los principales factores que generaron la realización de la operación cesárea histerectomía, mediante un estudio de tipo retrospectivo, en el cual hubieron 31 pacientes durante un año, de los cuales fueron 19 casos analizados, donde indica que el factor con más prevalencia es la inserción anormal de la placenta en un 47.3%, seguida por la atonía uterina en un 31.8%. Un 84.2% presenta antecedentes de cesárea anterior, además la mayoría de las pacientes fueron multíparas, en una edad comprendida entre los 19 y 27 años. Presentaron complicaciones durante el transoperatorio siendo la principal complicación la pérdida de sangre, y hospitalización entre 3 a 7 días.

Un estudio de tipo retrospectivo, descriptivo y observacional, realizado en 2016, en la ciudad de Guayaquil por la Dra. Yolanda Martillo en el Hospital Ginecobstetrico Enrique Sotomayor, el cual se basa en determinar los principales factores que generan una cesárea histerectomía, (MARTILLO, 2016) se revisó las historias clínicas de 103 pacientes, de las cuales el 87% fueron sometidas a cesárea histerectomía, teniendo como factor la hemorragia posparto no controlada en el 78%, seguido de casos de placenta previa en un 37%, las pacientes en su mayoría presentaron una edad entre 25 a 34 años, siendo amas de casa, estando en unión libre y del sector urbano, un 58% fueron multíparas, con antecedentes de cesárea anterior y periodo intergenesico mayor de 2 años, sin embargo en este estudio no se valora la edad gestacional en las que se sometieron a la operación.

En la provincia de Chimborazo, en la ciudad de Riobamba, cuenta con dos instituciones centrales en salud, el Hospital Provincial General Docente Riobamba, es uno de ellos, en los cuales se realiza procedimientos de alta complejidad a nivel gineco-obstétrico, a diario se producen miles de partos por cesárea, alrededor de 1183 cesáreas se realizaron en el 2015, 1143 en el 2016, 1035 en el 2017, 1317 en el 2018, 1301 en el 2019 y hasta el mes de agosto del 2020 se han realizado 858 cesáreas, datos relevantes para que el presente proyecto sea efectuado, debido a que varias pacientes presentaron complicaciones por lo que los embarazos culminaron en la operación cesárea-histerectomía, por lo que se pretende determinar las características epidemiológicas y los principales factores que conllevaron a la realización de dicha operación.

2.4.5. Complicaciones de la cesárea-histerectomía

Complicaciones infecciosas:

Las complicaciones varían entre ellas las complicaciones infecciosas. (Makinen J, 2011) Factores, entre los cuales tenemos la profilaxis antibiótica preoperatoria, índice de masa de corporal (IMC), procedimientos concurrentes, y experiencia del cirujano. (Wilkins) Dentro de las infecciones más comunes que encontramos son: (Makinen J, 2011)

- **Celulitis del Manguito Vaginal:**

Es común luego del alta; se puede encontrar los siguientes síntomas, fiebre, secreción vaginal, y dolor abdominal, pélvico o de la espalda baja. Por lo que se debe iniciar tratamiento empírico. (Nieboer TE)

- **Hematoma Pélvico Infectado o Absceso:**

Suele presentarse después de una celulitis del manguito. (Makinen J, 2011) en su sintomatología, encontramos fiebre, dolor pélvico y presión rectal, se puede observar una masa fluctuante, y posiblemente secreción purulenta o sanguinolenta en el manguito vaginal. Al abrir los puntos de sutura en el manguito puede ser tanto diagnóstico como terapéutico para un hematoma infectado o absceso. (Walser E, 2003).

- **Infección de la Herida:**

Ésta incidencia depende del nivel de contaminación presente. Dentro de los síntomas pueden incluir fiebre, aumento del dolor en el sitio quirúrgico. El examen físico se puede encontrar secreción purulenta, eritema, o induración. (Nieboer TE)

- **Infecciones del Tracto Urinario:**

Es responsable de hasta 40% de las infecciones nosocomiales; (Walser E, 2003) dentro de los signos y síntomas encontramos. febrícula, frecuencia urinaria, urgencia, y disuria. Se debe realizar uroanálisis y urocultivo para confirmar diagnóstico, su tratamiento es antibiótico. (Jannelli ML, 2007)

- **Infección Respiratoria:**

Si incidencia es baja. (Pappachen S, 2006). Al examen se puede encontrar murmullo vesicular disminuido, estertores, hipoxia, taquicardia y fiebre. Una radiografía de tórax puede confirmar y localizar la infección, Otro tipo de neumonía postoperatoria que debe considerarse es la neumonía por aspiración. (Pappachen S, 2006)

Complicaciones tromboembólico venosas:

Son comunes, mortales, pero son situaciones prevenibles. Las variables clínicas incluyen la edad, los antecedentes de tromboembolia venosa, presencia de edema o venas varicosas en las piernas, duración de la anestesia, y pacientes no blancas. En otros factores de riesgo son la obesidad, el uso de anticonceptivos orales u otras hormonas, el embarazo y las trombofilias. (Geerts WH)

Lesiones de los tractos genitourinario y gastrointestinal:

Se estima que ocurren lesiones del tracto genito urinario (vejiga o uréter) en un 1 a 2% de las cirugías ginecológicas mayores. (Gilmour DT) Es más frecuente la lesión vesical que la ureteral. Los factores de riesgo que aumentan la tasa de lesión ureteral incluyen: exposición comprometida atribuible a grandes masas pélvicas, cirugía pélvica previa, hemorragia, endometriosis, cáncer, y obesidad. La lesión de vesical ocurre cuando la disección se realiza en el plano prevesical, especialmente durante la creación de un colgajo vesical en la histerectomía abdominal. (Gilmour DT)

Complicaciones hemorrágicas:

La media estimada de pérdida de sangre para histerectomía abdominal es de 238 a 660.5 ml (Nieboer TE)

Lesiones neurológicas:

Esta complicación es poco común, pero significativo. Las neuropatías más comunes asociadas con la histerectomía son lesión femoral, Nervios Iliohipogástrico e Ilioinguinal, Nervio Peroneo. (Nieboer TE)

Dehiscencia del manguito vaginal:

Esta complicación postoperatoria exclusiva de la histerectomía. Aunque es poco frecuente, puede dar lugar a morbilidad grave. (Nieboer TE)

CAPÍTULO III

III. METODOLOGÍA:

3.1. Tipo de estudio:

La investigación realizada es de tipo descriptivo, transversal, retrospectivo, donde se analizan historias clínicas de las pacientes del Servicio de Ginecología y Obstetricia, las cuales se les realizó la operación cesárea-histerectomía.

3.2. Diseño de estudio:

En el presente proyecto se ha realizado un estudio de corte transversal, en el cual analizaremos historias clínicas de pacientes del Servicio de Ginecología y Obstetricia en un tiempo determinado, del 01 de enero del 2015 al 31 de agosto del 2020, tomando en cuenta las diferentes variables e indicadores asociados a la operación cesárea-histerectomía.

Se utilizó un estudio de tipo retrospectivo para recoger y analizar la información mediante historias clínicas. La investigación realizada se dio bajo un enfoque cualitativo y cuantitativo, en el cual se analizó los datos previamente recolectados, para lo que se utilizó herramientas estadísticas, procesamiento de datos, con el fin de obtener las características epidemiológicas y factores de riesgo asociados a operación cesárea-histerectomía.

3.3. Área de estudio:

Pacientes que han sido sometidas a la operación cesárea-histerectomía en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Provincial General Docente Riobamba, periodo 2015-2020.

3.4. Universo y muestra:

El total de pacientes que se les realizó la operación Cesárea-Histerectomía en el Hospital Provincial General Docente Riobamba, durante el período comprendido del 1 de enero de 2015 al 31 de agosto del 2020, fueron 732, para lo cual por medio de criterios de inclusión y exclusión en el proceso de investigación y al aplicar el cálculo muestral a través de la fórmula para determinar poblaciones finitas se obtuvo una muestra de 366 pacientes.

Fórmula:

$$n = \frac{Z^2 * p * q * N}{e^2(N - 1) + Z^2(p * q)}$$

N: total del universo (7323)

e: margen de error 5% (0.05)

Z: nivel de confianza para una seguridad del 95% = 1.96

p: proporción esperada = 0.5

q: 1-p = 0.5

$$n = \frac{1.96^2 * 0.5 * 0.5 * 7323}{0.05^2(7323 - 1) + 1.96^2(0.5 * 0.5)}$$

n: 366

3.5. Criterios de inclusión:

- Pacientes a las que se les realizó la operación cesárea-histerectomía.
- Pacientes menores o mayores de 18 años que fueron sometidas a la operación cesárea-histerectomía.
- Pacientes con mayor o igual de 20 semanas de edad gestacional.
- Pacientes con historia clínica completa.

3.6. Criterios de exclusión:

- Pacientes no embarazadas.
- Pacientes con menor de 20 semanas de edad gestacional.
- Pacientes de parto normal.
- Pacientes que se les realizo solo cesárea.
- Pacientes que se les realizo solo histerectomía.
- Pacientes sometidas a la operación cesárea e histerectomía por óbito fetal.

3.7. Identificación de variables:

3.7.1. Variable independiente:

- Edad.
- Etnia.

3.7.2. Variable dependiente:

- Instrucción
- Estado civil.
- Procedencia.
- Ocupación.
- Factores de riesgo.
- Número de gestas.
- Semana de gestación.
- Controles prenatales.
- Antecedentes de cesárea.
- Factores para la realización de la operación cesárea histerectomía.
- Complicaciones quirúrgicas.
- Complicaciones postoperatorias.

3.8. Operacionalización de las variables:

VARIABLES	TIPO	DEFINICIONES	ESCALA DE CLASIFICACIÓN	INDICADORES
Edad.	Cuantitativa Cualitativa	Años cumplidos.	<ol style="list-style-type: none"> 1. ≤18año. 2. 19– 34 años. 3. ≥35años. 	Distribución de las pacientes por grupos de edades. $\frac{N^{\circ} \text{ de pacientes con edad } X}{N^{\circ} \text{ total de pacientes}} * 100$
Grupo étnico.	Cualitativa	Grupo de personas que tienen cultura, costumbres y hábitos semejantes.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Indígena. 2. Mestiza. 3. Blanca. 4. Otros. 	Distribución de las pacientes por grupos étnicos. $\frac{N^{\circ} \text{ de pacientes con grupo etnico } X}{N^{\circ} \text{ total de pacientes}} * 100$
Estado civil	Cualitativa	Es la situación jurídica concreta que posee un individuo con respecto a la familia, el estado o nación a la que pertenece.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Soltero. 2. Unión libre. 3. Casado. 4. Viudo. 	Distribución de pacientes según escolaridad. $\frac{N^{\circ} \text{ de pacientes con estado civil } X}{N^{\circ} \text{ total de pacientes}} * 100$
Procedencia	Cualitativa	Lugar de donde procede alguien.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Urbana. 2. Rural. 	Distribución de pacientes según procedencia. $\frac{N^{\circ} \text{ de pacientes con procedencia } X}{N^{\circ} \text{ total de pacientes}} * 100$

Ocupación.	Cualitativa	Tipo de labor a la que dedica el mayor número de horas en el día.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Estudiante. 2. Agricultor. 3. Comerciante. 4. Quehaceres domésticos. 5. Empleado. 6. Otros. 	Distribución de la población según ocupación. $\frac{N^{\circ} \text{ de pacientes con ocupación } X}{N^{\circ} \text{ total de pacientes}} * 100$
Factores de riesgo de la madre.	Cualitativa	Complicaciones que se desarrollan durante el embarazo, las cuales incluyen características físicas y sociales.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hipertensión arterial gestacional. 2. Preclampsia. 3. Eclampsia. 4. Diabetes. 5. ETS. 6. Otros. 	Distribución de la población según factores de riesgo. $\frac{N^{\circ} \text{ de pacientes con factores de riesgo } X}{N^{\circ} \text{ total de pacientes}} * 100$
Número de gestas	Cuantitativa Cualitativa	Número de embarazos, partos y abortos que ha tenido la paciente.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Primipara. 2. Multipara. 	Distribución de pacientes según número de gestas. $\frac{\text{Pacientes con número de gestas } X}{N^{\circ} \text{ total de pacientes}} * 100$
Semanas de gestación	Cuantitativa Cualitativa	Medición del embarazo en semanas	<ol style="list-style-type: none"> 1. 20 a 27 semanas de gestación. 	Distribución de las pacientes por semana gestacional.

		desde la fecha de última menstruación hasta la fecha actual.	<ol style="list-style-type: none"> 2. 28 a 36 semanas de gestación. 3. 37 a 40 semanas de gestación. 4. ≥ 41 semanas de gestación. 	$\frac{\text{Pacientes con semanas de gestación } X}{N^{\circ} \text{ total de pacientes}} * 100$
Controles prenatales.	Cuantitativa Cualitativa	Conjunto de actividades sanitarias importantes para asegurar un embarazo saludable.	<ol style="list-style-type: none"> 1. <3 controles. 2. 3-4 controles. 3. ≥ 5 controles. 	<p>Distribución de las pacientes por controles prenatales.</p> $\frac{N^{\circ} \text{ de pacientes con controles prenatales } X}{N^{\circ} \text{ total de pacientes}} * 100$
Antecedentes de Cesáreas	Cuantitativa Cualitativa	Operación quirúrgica que consiste en la extracción del feto del útero de la madre, mediante una incisión en la pared abdominal y uterina, evitando el parto.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Si. 2. No. 	<p>Distribución de las pacientes por número de cesáreas.</p> $\frac{N^{\circ} \text{ de pacientes con antecedentes de cesárea } X}{N^{\circ} \text{ total de pacientes}} * 100$

Factores de realización cesárea-histerectomía	Cualitativa	Causas maternas que causan la realización de la operación cesárea-histerectomía.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Atonia uterina. 2. Ruptura uterina. 3. Acretismo placentario. 4. Placenta previa. 5. Sepsis. 6. ≥ 2 factores. 	<p>Distribución de las pacientes por número de factores de realización de cesárea-histerectomía.</p> $\frac{N^{\circ} \text{ de pacientes con factores cesárea - histerectomía} X}{N^{\circ} \text{ total de pacientes}} * 100$
Pacientes que se les realizó la operación cesárea-histerectomía	Cualitativa	Realización de una cesárea y en un mismo tiempo quirúrgico una histerectomía.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Si. 2. No. 	<p>Distribución de las pacientes con cesárea-histerectomía.</p> $\frac{N^{\circ} \text{ de pacientes con cesárea - histerectomía} X}{N^{\circ} \text{ total de pacientes}} * 100$
Complicaciones quirúrgicas.	Cualitativa	Complicación provocada de forma directa por la técnica quirúrgica aplicada.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hemorragia obstétrica. 2. Perforación de vejiga. 3. Lesión de ureteres. 4. Ninguno. 	<p>Distribución de las pacientes por número de complicaciones quirúrgicas.</p> $\frac{N^{\circ} \text{ de pacientes con complicaciones quirúrgicas} X}{N^{\circ} \text{ total de pacientes}} * 100$

Complicaciones postoperatoria inmediatas.	Cualitativa	Evantualidad que ocurre luego de un procedimiento quirúrgico, con respuesta local o sistémica que retrasa la recuperación.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Si. 2. No. 	Distribución de las pacientes por número de complicaciones postoperatoria. $\frac{\text{Pacientes con complicaciones posoperatorias } X}{N^{\circ} \text{ total de pacientes}} * 100$
Histopatológico	Cualitativa	Examen microscópico realizado a un tejido para estudio de las manifestaciones de una enfermedad.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Si. 2. No. 	Distribución de las pacientes por muestra de histopatológicos. $\frac{N^{\circ} \text{ de pacientes con histopatológico } X}{N^{\circ} \text{ total de pacientes}} * 100$
Cirujano	Cualitativo	Médico que previene, diagnostica y cura de enfermedades a través de cirugía.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cirujano 1 2. Cirujano 2 3. Cirujano 3 4. Cirujano 4 5. Cirujano 5 6. Cirujano 6 	Distribución de las pacientes por muestra de cirujano que realiza operación cesárea-histerectomía. $\frac{N^{\circ} \text{ de paciente con cirujano } X}{N^{\circ} \text{ total de pacientes}} * 100$

3.9. Método de estudio:

Mario Augusto Bunge (BUNGE, 2017) menciona “donde no hay método científico no hay ciencia”, por tal motivo para el estudio del presente proyecto se utilizara un conjunto de pasos de manera ordenada que permitirán tener un proceso de investigación óptimo, con el objetivo de conseguir el propósito esperado; el método científico para conseguir su desarrollo necesita de dos tipo de métodos los cuales son:

3.10. Método empírico:

Se basa principalmente en la experiencia, permitiendo despejar las relaciones esenciales y las características fundamentales del estudio, las cuales son accesibles por medio de la práctica y otros estudios. (BUNGE, 2017)

Este método fue empleado en el proyecto mediante la captación de información, por medio de la base de datos del Hospital Provincial General Docente Riobamba, del Servicio de Ginecología y Obstetricia en el periodo 2015-2020.

3.11. Método teórico:

Se define a este método como aquel que permite descubrir las relaciones esenciales dentro de la investigación, además de las cualidades fundamentales, no detectadas de manera empírica, por lo que se basa en la abstracción análisis, síntesis, inducción y deducción. (BUNGE, 2017)

Se basa en el método empírico, mediante la medición de indicadores. Para lo cual se analizó y sintetizo varios datos para la obtención de resultaos procedentes de los pacientes del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Provincial General Docente Riobamba, en el periodo 2015-2020.

3.12. Técnicas y procedimientos:

Para la obtención de la información de analizo la base de datos e historias clínicas de las pacientes sometidas a la operación cesárea-histerectomía del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Provincial General Docente Riobamba, en el periodo 2015-2020. Conforme a los indicadores descritos en la operacionalización de variables.

3.13. Instrumento:

Sistema de base datos.

- Construcción de los instrumentos:
 - ✓ Revisión de historias clínicas de las pacientes sometidas a la operación cesárea-histerectomía.
 - ✓ Revisión de historial.
 - ✓ Elaboración de matrices.
 - ✓ Correlación de datos obtenidos.
- Artículos de revisión.
- Guías de práctica clínica.
- Procesamiento de análisis estadístico.
- Artículos de revistas científicas indexadas.

3.14. Procesamiento estadístico:

Hace referencia al procedimiento de recolección de datos, el mismo que es realizado por etapas, el cual se inicia con la identificación de los datos, que fueron las historias clínicas de las pacientes sometidas a la operación cesárea-histerectomía del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Provincial General Docente Riobamba, en el periodo 2015-2020; la etapa dos se aplicó los criterios de inclusión y exclusión, con el fin de determinar las muestras con las que se trabajó en la investigación, seguido se realizó el procesamiento, tabulación y elaboración de base de datos, con la información ya seleccionada con anterioridad, mediante la ayuda de programas como Microsoft Excel 2013, se exportó la información al programa estadístico SPSS versión 25 (paquete estadístico para las ciencias sociales), en este se realizó un análisis descriptivo con la obtención de porcentajes para las variables demográficas referentes al análisis bivariantes se utilizó el χ^2 , y la prueba de Fisher para determinar el riesgo, se utilizó odds ratio, con un intervalo de confianza del 95%, además <0.005 ; todo en la mira de relacionar o discrepar los resultados obtenidos en el estudio con investigaciones similares para obtener una mejor perspectiva de los resultados.

3.15. Consideraciones éticas:

Para la realización de proyecto de investigación se presentó una carta compromiso, por parte de los autores del proyecto de investigación hacia la institución que en este caso es el Hospital Provincial General Docente Riobamba, área de docencia y gerencia, quienes dieron la autorización para ejecución del estudio; se presentó formularios de acuerdo de confidencialidad para acceso de información en temas relacionados a salud establecidos por la institución. En el ente regente, es decir, el Ministerio de Salud Pública; con el fin de velar la integridad y respetar los derechos de los pacientes que no fueron parte de la investigación.

CAPITULO IV

IV. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS:

Tabla N°1.-Incidencia de la Operación cesárea-histerectomía.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
2015	5	14,7	14,7
2016	5	14,7	29,4
2017	3	8,8	38,2
2018	7	20,6	58,8
2019	9	26,5	85,3
2020	5	14,7	100,0
Total	34	100,0	

Fuente: Hospital Provincial General Docente Riobamba

Elaborado por: Constante, P. & Mazón, E.

El presente proyecto tiene como objetivo determinar cuáles son las principales características epidemiológicas y factores que se asocian a la operación cesárea-histerectomía en el Hospital Provincial General Docente Riobamba, periodo 2015-2020; tomando como punto importante la incidencia de este procedimiento quirúrgico en estos últimos 5 años. Demostrando que entre el año 2015 y 2016 existe una incidencia similar (14.7%), a diferencia del 2017 donde se disminuye notablemente el número de casos (8.8%), sin embargo, en los últimos años estas cifras van en aumento mostrando que el 2019 se realizó más veces esta operación (26.5%), mientras que hasta el 30 de Agosto del 2020 se muestra una cifra similar a la reportada en los años anteriores, evidenciándose que la cifras podrían ir en aumento hasta la culminación del presente año.

Tabla N°2.- Número total de casos.

CASOS DE PACIENTES CON CESÁREA- HISTERECTOMÍA	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
SI	34	9,3	9,3
NO	332	90,7	100,0
Total	366	100,0	

Fuente: Hospital Provincial General Docente Riobamba
Elaborado por: Constante, P. & Mazón, E.

Se hizo una revisión de 366 historias clínicas del Servicio de Ginecología del Hospital Provincial General Docente Riobamba, de los años antes mencionados, donde se encontro que las historias clínicas que tienen como criterio de inclusión a las pacientes que se les realizo la operación cesárea-histerectomía son 34, a causa de diversos factores, es decir; del 100% el 9.35% es aplicable para la presente investigación, el resto de historias mostraron criterios de exclusión, por lo que no constan en el presente estudio.

Tabla N°3.- Características epidemiológicas.

EDAD	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
<18	1	2,9	2,9
19-34	16	47,1	50,0
>35	17	50,0	100,0
Total	34	100,0	
ETNIA			
Indígena	10	29,4	29,4
Mestizo	24	70,6	100,0
Total	34	100,0	
ESTADO CIVIL			
Soltera	5	14,7	14,7
Casada	16	47,1	61,8
Unión libre	12	35,3	97,1
Viuda	1	2,9	100,0
Total	34	100,0	
PROCEDENCIA			
Urbano	20	58,8	58,8
Rural	14	41,2	100,0
Total	34	100,0	
OCUPACIÓN			
Estudiante	2	5,9	5,9
Agricultor	6	17,6	23,5
Comerciante	7	20,6	44,1
Quehaceres domésticos	15	44,1	88,2
Otro	4	11,8	100,0
Total	34	100,0	

Fuente: Hospital Provincial General Docente Riobamba
 Elaborado por: Constante, P. & Mazón, E.

Al comenzar el análisis de las características epidemiológicas, se puede señalar que el 50% de la población que se le realizó la operación cesárea-histerectomía tenía más de 35 años de edad lo que genera un factor para mayor riesgo obstétrico, y en una ocasión la paciente era menor de 18 años, además el 70% son de etnia mestiza y el 58.8% procede del sector urbano y son casadas con su pareja actual, teniendo como ocupación principal ser amas de casa

(44.1%). Demostrando que el sector indígena procedente del sector rural representa el 30% de la población a quien se le realizó la operación.

Mencionando varios estudios nacionales, demuestran que la edad promedio en la que las pacientes se les realizó la operación cesárea histerectomía oscilaba entre 25 a 35 años, al igual que estudios realizados en el extranjero donde la edad variaba entre los 19 a los 34 años con una media de 29 años, lo que difiere de nuestro estudio, sin embargo muestra concordancia con la procedencia de las pacientes, ya que se menciona que el mayor porcentaje proviene del sector urbano y son de etnia mestiza, además una característica variable es que la población en estudio permanecían en unión libre, lo que se diferencia en este estudio debido a que la mayor parte son casadas, un dato adicional el cual no se toma en cuenta es la ocupación de las pacientes en donde se evidencia que la mayoría son amas de casa, pero también existen otras ocupaciones que generan más esfuerzo y un factor de riesgo por la actividad que se realiza como son algunas agricultoras (17.6%) y otras comerciantes (20.6%). (MARTILLO, 2016)

Tabla N°4.- Factores maternos.

FACTORES PRENATALES	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Preeclampsia	4	11,8	11,8
Eclampsia	1	2,9	14,7
Diabetes gestacional	1	2,9	17,6z
ETS	1	2,9	20,6
Otros	5	14,7	35,3
Ninguno	22	64,7	100,0
Total	34	100,0	
N° DE GESTAS			
Primípara	6	17,6	17,6
Múltipara	28	82,4	100,0
Total	34	100,0	
SEMANAS DE GESTACIÓN			
20-27	2	5,9	5,9
28-36	12	35,3	41,2
37-40	18	52,9	94,1
>41	2	5,9	100,0
Total	34	100,0	
CONTROLES PRENATALES			
<3	2	5,9	5,9
3.4	13	38,2	44,1
>5	19	55,9	100,0
Total	34	100,0	
ANTECEDENTES DE CESÁREA			
SI	14	41,2	41,2
NO	20	58,8	100,0
Total	34	100,0	

Fuente: Hospital Provincial General Docente Riobamba

Elaborado por: Constante, P. & Mazón, E.

Al continuar con el análisis el 64.7% de la población no presento ningún factor prenatal que pueda predisponer la operación cesárea-histerectomía, sin embargo, entre los principales factores encontrados esta la preeclampsia en 11.8%, seguido por otras condiciones, como el embarazo ectópico y miomectomías, además en menor porcentaje existieron pacientes con antecedentes de eclampsia en una paciente quien desarrollo Sd. de Hellp, diabetes gestacional

y la presencia de enfermedades de transmisión sexual como el HPV; un factor de riesgo relevante en el estudio, fue que la mayor parte de la población es múltipara 82.4%, con antecedentes de una o más cesáreas anteriores (21.2%), causa predisponente para la realización de una cirugía. Como datos importantes se estudió la edad gestacional en la que se culminó los embarazos, siendo entre la semana 37-40 la que mayor porcentaje presentó (52.9%), demostrando que en su mayoría fueron recién nacidos a término, sin embargo se mostraron casos de recién nacidos pretérmino (35.3%), y recién nacidos pretérminos extremos entre la semana 20-27, debido a una hemorragia incontrolable y un desgarro uterino, lo que generó una mortalidad infantil del 8%, los recién nacidos restantes a pesar que algunos requirieron de cuidados en neonatología no mostraron deterioros de su condición dándoseles el alto hospitalaria posteriormente, demostrando el nivel de eficacia de la cirugía. Un dato adicional expuso que el 55.9% de las madres se realizó más de 5 controles prenatales, lo que sin embargo no previno las complicaciones al momento del parto.

La OMS al igual que el MSP, (Ministerio de Salud Pública del Ecuador) definen a los trastornos hipertensivos como un conjunto de alteraciones vasculares que complican el curso de un embarazo, siendo una de las principales causas de mortalidad materna y perinatal a nivel mundial, lo que demuestra en el presente estudio la importancia tomada en las pacientes con antecedentes de preeclampsia y Sd. de Hellp, de igual manera la OMS (OMS, 2016) recomienda que la madre debe realizarse como mínimo 8 consultas prenatales para disminuir el riesgo de muerte perinatal y complicaciones posteriores en el embarazo, lo que concuerda con el presente estudio debido al bajo porcentaje de descesos neonatales, pero discrepa debido a que las pacientes que más controles se realizaron mostraron mayor porcentaje de complicaciones, provocando la culminación del embarazo en algunas ocasiones a edades tempranas y con cirugías de alta complejidad.

Tabla N°5.- Factores que se asocian a la operación cesárea-histerectomía.

FACTORES DE CESÁREA-HISTERECTOMÍA	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Atonía Uterina	8	23,5	23,5
Ruptura Uterina	1	2,9	26,5
Acretismo	6	17,6	44,1
Placenta previa	7	20,6	64,7
>2 factores	12	35,3	100,0
Total	34	100,0	
HISTOPATOLÓGICO			
SI	24	70,6	70,6
NO	10	29,4	100,0
Total	34	100,0	
CIRUJANO			
Cirujano 1	10	29,4	29,4
Cirujano 2	5	14,7	44,1
Cirujano 3	4	11,8	55,9
Cirujano 4	2	5,9	61,8
Cirujano 5	3	8,8	70,6
Cirujano 6	10	29,4	100,0
Total	34	100,0	

Fuente: Hospital Provincial General Docente Riobamba

Elaborado por: Constante, P. & Mazón, E.

Del total de pacientes a quienes se les realizó la operación cesárea-histerectomía se encontró que el 35.3% de la población presentó dos factores desencadenantes, entre ellos, casos con atonía uterina y placenta previa o placenta previa con acretismo, seguido de esto en un 23.5% hubo quienes solo presentaron atonía uterina, anomalías de la implantación de la placenta: placenta previa (20.6%), acretismo placentario (14.7%), además se presentó 1 caso de ruptura uterina, lo que provocó la realización de la cesárea-histerectomía; estos datos concuerdan con el reporte histopatológico, que a pesar que se le realizó sólo a 24 pacientes, el diagnóstico que se presentó más fue la atonía uterina, seguido por la placenta previa y el acretismo placentario. Junto con estos datos se analizó a los cirujanos ginecobstétricos con más incidencia en la realización de la operación cesárea-histerectomía en Hospital Provincial General Docente Riobamba, donde se muestra que la mayor incidencia de casos son para el cirujano 1 y 6 con un 29.4% durante este lapso, seguido del cirujano 2 y en menor porcentaje

3, 4 y 5, desconociéndose el motivo por el cual estos cirujanos son quienes realizaron la mayor cantidad de casos.

En el estudio realizado por la Dra. Aguirre en el Hospital del Salvador, titulado “Incidencia y características epidemiológicas de la operación cesárea-histerectomía”, expone que de los 71 casos analizados, solo el 19% presento como causa la atonía uterina, por lo que se le dio manejo médico y se cumplió con los protocolos de manera completa, seguido de esto el 52% presento acretismo placentario y el 35% placenta previa. (AGUIRRE, 2009)

Mientras que en la Maternidad Isidro Ayora de la ciudad de Quito, el Dr. Narváez realiza un estudio similar donde analiza 19 casos en un periodo de un año, determinando que la principal causa para la realización de la operación cesárea-histerectomía fue la inserción anormal de la placenta en un 47.3%, mientras que la presencia de atonía uterina fue solo del 31.8%. (NRVÁEZ, 1997)

Ambos estudios discrepan con este proyecto debido a que la principal causa es la atonía uterina y en segundo lugar las anomalías en la inserción de la placenta, lo que genera inquietud, debido a que las zonas estudiadas son similares, sin embargo los datos reflejan que se manejan de manera diferente las causas de atonía uterina lo que genera que se coloque en primer lugar en esta ocasión, además que los estudios comparativos a este no reportan los informes histopatológicos y la incidencia del operador por cada caso.

Tabla N°6.- Complicaciones de la operación cesárea-histerectomía.

COMPLICACIONES QUIRÚRGICAS	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Hemorragia Obstétrica	26	76,5	76,5
Perforación de vejiga	1	2,9	79,4
Lesión de uréteres	1	2,9	82,4
Ninguno	6	17,6	100,0
Total	34	100,0	
HEMOGLOBINA-HEMATOCRITO			
Normal	5	14,7	14,7
Hb:9-11g/dl Hcto:33-27%	14	41,2	55,9
Hb:7-9g/dl Hcto:26-21%	12	35,3	91,2
Hb:<7g/dl Hcto:<20%	3	8,8	100,0
Total	34	100,0	
COMPLICACIONES POSOPERATORIAS			
SI	29	85,3	85,3
NO	5	14,7	100,0
Total	34	100,0	

Fuente: Hospital Provincial General Docente Riobamba
Elaborado por: Constante, P. & Mazón, E.

Un dato importante que se analizó en este proyecto fue las principales complicaciones maternas que se presentaron durante y después de la operación cesárea-histerectomía en el hospital. El 82.4% de la población en estudio presentó complicaciones, siendo la principal la hemorragia obstétrica (76.5%), de las cuales el 8.8% presentó disminución de la hemoglobina <7g/dl y hematocrito <20%, lo que les generó shock hipovolémico, provocando que al culminar las cirugías las pacientes fueran trasladadas a la Unidad de Cuidados Intensivos, mientras el 41.2% de las madres, su hemoglobina y hematocrito disminuyeron de manera leve, y el 35.5% moderada, por lo que su estancia hospitalaria fue en el servicio de

Ginecología, por el contrario únicamente un 14.7% de las pacientes se mantuvo en valores normales, lo que disminuyó el riesgo materno durante su recuperación.

Entre otras complicaciones que presentaron durante la cirugía fue en un 2.9% la perforación de vejiga y lesión de uréteres, situación que generó la intervención del médico urólogo, para resolver la situación de las pacientes.

Además de los casos estudiados el 85.2% presentaron complicaciones postoperatorias, la más frecuente fue la presencia de anemia, la cual se diagnosticó y evaluó su gravedad según los criterios de la OMS, por los valores de hemoglobina y hematocrito antes mencionados, al mismo tiempo dentro de estas complicaciones el 23.5% presentaron infección de la herida quirúrgica. (OMS, 2016)

El estudio de la Dra. Aguirre (AGUIRRE, 2009), indica que las principales complicaciones que presentaron en el hospital del Salvador, fue el Shock hipovolémico en el 65%, seguido por hemorragias leves a moderadas en el 17%, lo que en nuestro caso difiere, ya que el menor porcentaje mostró dicha complicación, además indica que el 6% presentó lesión vesical por lo que al igual se requirió de la intervención de un médico urólogo para la solución, en cuanto a las complicaciones postoperatorias solo el 33% las presentó siendo la más frecuente la anemia y a diferencia de nuestro estudio dichos pacientes no registraron infecciones de herida quirúrgica.

Tabla N°7.-Estancia Hospitalaria.

ESTANCIA HOSPITALARIA	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
3-4 días	13	38,2	38,2
5-7 días	16	47,1	85,3
>8 días	5	14,7	100,0
Total	34	100,0	

Fuente: Hospital Provincial General Docente Riobamba
Elaborado por: Constante, P. & Mazón, E.

Al culminar, el análisis de las características epidemiológicas y los factores que se asociaron con la operación cesárea-histerectomía, un dato relevante es conocer la cantidad de días que permanecieron hospitalizadas las pacientes, determinando que el 47.1% permaneció entre 5 a 7 días, debido a que su recuperación tuvo un progreso más lento asociado al dolor intenso a nivel de herida quirúrgica ocasionado en algunos de los casos por la infección, la anemia que se presentó en la mayoría y el seguimiento por parte del médico urólogo a quienes tuvieron complicaciones provocadas por la perforación de vejiga y lesión de uréteres, en tanto el 14.7% tuvo una estancia más prolongada porque ingresaron a la Unidad de Cuidados Intensivos y una vez estabilizadas se las remitió al Servicio de Ginecología para su seguimiento y recuperación casi total, dentro de este grupo se incluye aquella paciente que se le realiza la operación cesárea-histerectomía debido a un óbito fetal con sepsis materna.

Dentro de los archivos revisados para la realización de este trabajo no toman como dato de importancia la estancia hospitalaria de las pacientes, a excepción de un estudio realizado en la Maternidad Isidro Ayora donde menciona que las pacientes permanecieron entre 3 a 7 días hospitalizadas, siendo la complicación principal la pérdida de sangre, lo que prolongo su estadio. (NRVÁEZ, 1997)

V. CONCLUSIONES:

- Las principales características epidemiológicas asociadas a la realización de la operación cesárea-histerectomía son: edad mayores de 35 años con 50%, etnia mestiza con 70.6%, estado civil casada con 47.1%, procedencia urbana 58.8% y ocupación quehaceres domésticos con 44.1%.
- Los factores de riesgo maternos asociados a la operación cesárea-histerectomía son: preeclampsia con una tasa de 11.8%, pacientes multíparas un 82.4%, mayor riesgo se encontró entre la semana 37-40 de gestación en un 52.9%.
- Sin embargo los principales factores que se asociaron a la realización de la operación cesárea-histerectomía son: la atonía uterina en un 23.5% y anomalías de la implantación de la placenta donde destacan la placenta previa en un 20.6% y el acretismo placentario en 17.6%, diagnósticos que fueron corroborados por estudios histopatológicos.
- La complicación quirúrgica con más incidencia que se presentó durante la operación cesárea-histerectomía fue la hemorragia obstétrica con 76.5%, de las cuales el 8.8% llegaron a shock hipovolémico, con valores de hemoglobina menor de 7g/dl y de hematocrito menor del 20%; no obstante el 85.3% de las pacientes en estudio presentaron complicaciones posoperatorias, destacando la presencia de anemia leve en el 41.2%.
- En el actual estudio la operación cesárea-histerectomía mostro eficacia dentro de la morbi-mortalidad materna, ya que no se evidencio ninguna muerte materna en las 34 pacientes estudiadas a las que se les realizó la cirugía.

VI. RECOMENDACIONES

Después del análisis realizado se recomienda:

- La promoción de las guías de práctica clínica de prevención, diagnóstico y tratamiento de la hemorragia posparto y anomalías de la inserción placentaria y vasos sanguíneos fetales realizadas por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador, las mismas que debe ser socializadas a todo el personal sanitario que interviene en el manejo de los pacientes maternas, para evitar las complicaciones antes, durante y después del parto.
- Realizar ecografías a todas las mujeres embarazadas entre las 11-14 semanas y las 18-24 semanas, tal como lo indica la guía de control prenatal del MSP, con el fin de diagnosticar de manera oportuna las complicaciones para que sean referidas a un nivel de atención de mayor complejidad.
- La captación temprana de mujeres embarazadas por parte del primer nivel de salud, para llevar un control de las tasas de natalidad en pacientes mayores de 35 años, así prevenir las complicaciones durante el parto en madres añosas.
- Es pertinente un mayor análisis acerca del manejo de la operación cesárea-histerectomía en las casas de salud donde se realiza estos procedimientos, debido a la escasa información sobre este tema, para que el personal sanitario pueda conocer el adecuado y correcto manejo de estas pacientes.
- Finalmente, la operación cesárea-histerectomía debe ser realizada como último recurso, en los casos que el manejo clínico no mejore la condición de la paciente, para poder conservar el bienestar biopsicosocial de la misma.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

3. Porro, E. (. 1876). Dell' amputazione útero-ovárica come complemento di taglio cesáreo. *Ann. Aniv.. Med. E Chir.*
- AGUIRRE, C. G. (2009). Incidencia y caracte´ricas epidemiológicas de la operación cesárea isgrectomía en el Hospital Nacional de Maternidad.
- Bakshi S, M. B. (2000 Sept). Indications for and Outcomes of Emergency Peripartum Hysterectomy. *J Reprod Med* , A five-year review.
- BUNGE, M. A. (2017). El planteamiento científico . *Revista Cubana de Salud Pública* , 43(3).
- Cabrera, J. (s.f.). Histerectomía obstétrica en el Hospital San Bartolome . *ORIGINAL PAPER*, 12(2).
- CABRERO, L. (2007). Técnica de histrectomía. En D. S. Luis Cabrera, *Obstetricia y medicina materno-fetal*. México: Médica Panamericana.
- Casale, R. (2018). Consenso de Hemorragia Posparto. *SOGIBA*.
- CASTILLO, A. (Noviembre de 2011). Anatomía del aparato reproductor femenina. *Complejo Hospitalario Universitario de Albacete*.
- Cisneros, A. (2019). Técnica quirúrgica cesárea histerectomía . *Ginecología Obstetricia México*, 87(1).
- Cunningham., F. G. (2005). *Obstetricia de Williams*. (22ª edición. ed.). México, D.F: Editorial McGraw-Hill Interamericana.
- Davis, M. E. (s.f.). Complete cesarean hysterectomy; 1951, logical advance in modern obstetric surgery . *Amer. J. Obstet. Gynec.*
- G., D. (1998,). Algunos aspectos históricos de la operación cesárea. *Cuad Hist Salud Pub*, 84:14-26.
- Gabbe., 8. G. (2007.). *Obstetricia*. España. Madrid.: Marbán Libros S.L.

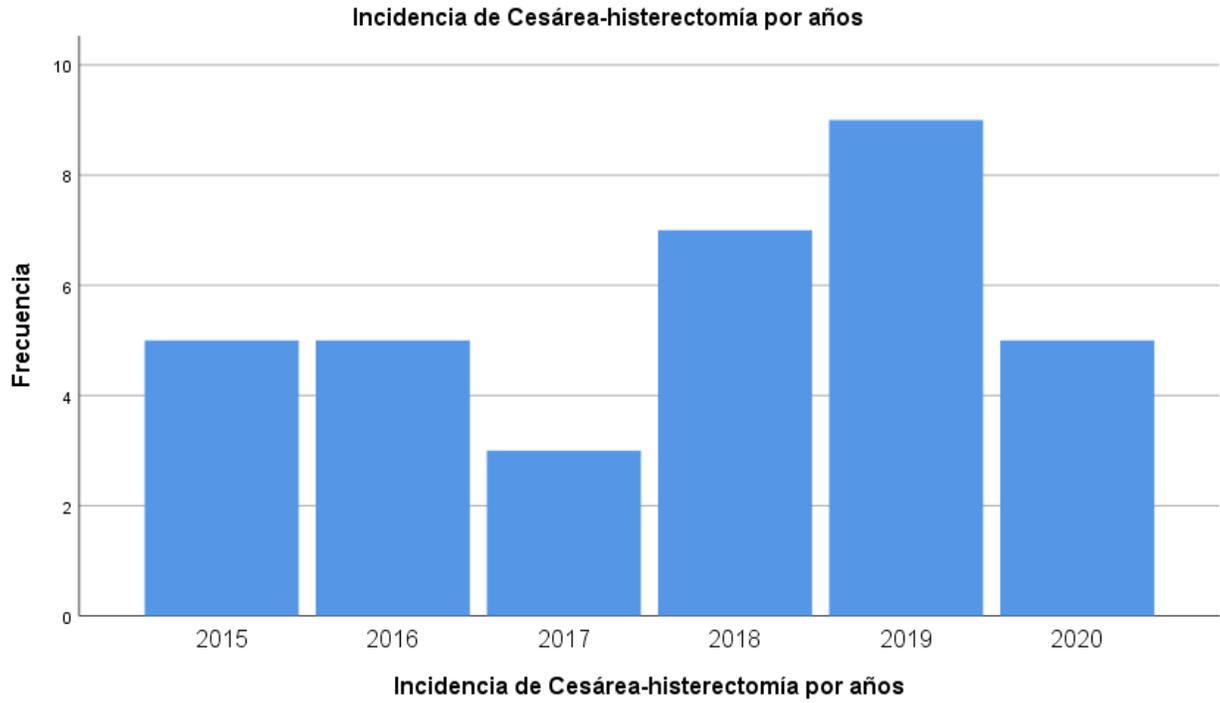
- GARCIA, F. (2019). CESAREA-HISTERECTOMÍA EN EL HOSPITAL NACIONAL GUILLERMO ALMENARA. . *Ginecología y Obstetricia*, 4(2).
- Geerts WH, P. G. (s.f.). Prevention of venous thromboembolism: theSeventh ACCP Conference on Antithrombotic and Thrombolytic Therapy. 338–400S.
- Gilmour DT, D. P. (s.f.). Lower urinary tract injury during gynecologic surgery and its detection by intraoperative cystoscopy.
- Gobierno Federal Mexicano. (2014). Ruptura Uterina . *Guía de práctica clínica para la Prevención, diagnóstico y manejo oportuno de la ruptura uterina* .
- HERNÁNDEZ, Y. (Mayo de 2018). Caracterización de pacientes que requirieron histerectomía. *Cienfuegos*, 16(2).
- Hur HC, D. N. (2011). Vaginal cuff dehiscence after different modes of hysterectomy. (O. Gyneco, Ed.) 794–801.
- IÑIGUEZ, K. (2015). Histerectomía obstétrica . *Factores determinantes de histerectomía en pacientes del HGLPS*.
- Itzturiz, J. A. (s.f.). Cesárea, Histerectomía Obstétrica e Histerorrafia. En J. A. Itzturiz, *Cirugía Ginecológica* .
- Jannelli ML, W. J. (2007). A randomized controlled trial of clean intermittent selfcatheterization versus suprapubic catheterization after urogynecologic surgery.
- Makinen J, J. J. (2011). Morbidity of 10 110 hysterectomies by type of. 1473–8.
- MARTILLO, Y. (2016). Histerectomía obstétrica, sus factores de riesgo y complicaciones . *Universidad de Guayaquil Ginecología y Obstetricia* .
- Ministerio de Salud Pública . (2015). Atención del parto por cesárea . *Guía de práctica clínica MSP*.
- Ministerio de Salud Publica. (2015). Boletín de Nacimientos por Cesárea. *Boletín de Nacimientos por Cesárea*.

- Ministerio de Salud Pública. (2017). Acretismo Placentario. *Anomalías de la inserción placentaria y vasos sanguíneos fetales*.
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2013). Hemorragia posparto. *Prevención, diagnóstico y tratamiento de la HPP/ Guía de práctica clínica* .
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (s.f.). Trastornos Hipertensivos del embarazo. *Guías de práctica clínica* .
- MORENO, O. (07 de 2016). Causas de Histerectomía . *Indicaciones y complicaciones de la histerectomía en la unidad medica de lata especialidad de Ginecología* .
- MUTCH, D. (2019). Miomas uterino. *Manual MSD*.
- Nieboer TE, J. N. (s.f.). Surgical approach to hysterectomy for benign. *Issue 3. Art. No.: CD003677. doi: 10.1002/*
- NRVÁEZ, R. (1997). Incidencia y principales indicaciones de cesárea histerectomía en la Maternidad Isidro Ayora. *Revista de Ciencias Médicas* , 21(3).
- OMS. (2016). *Atención adecuada al momento del parto*. Ginebra: ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD.
- ORDERIQUE, L. (Abril de 1998). Cesárea histerectomía en el Hospital María Auxiliadora . *Ginecología y Obstetricia*, 44(1).
- ORDERIQUE.Luis. (s.f.). Cesárea histerectomía en el Hospital María Auxiliadora. *Ginecología y Obstetricia*, 41(2).
- Pappachen S, S. P. (2006). Postoperative pulmonary complications after gynecologic. 74–6.
- Pontifica Universidad de Chile. (2016). Anatomía de la vagina, útero, trompas de falopio y ovarios. En P. U. Chile, *Anatomía macroscópica humana*.
- Robert, J. A. (2015). Técnica Quirúrgica de Cesárea . *Gonecología y Obstetricia* , 25(6).
- RODRÍGUEZ, J. (Julio de 2014). Histerectomía periparto en el Hospital General Universitario de Elche. *Clínica e investigación en ginecología y obstetricia*, 41(3).

- RUBÍ PALACIOS, F. (Mayo de 2018). Útero de Couvelaire. *Ginecología y Obstetricia de México*, 86(5).
- Schnapp, C. (2015). Cesárea . *Operación cesárea*, 25(6).
- Storer, H. R. (1869). Succesful removal of the uterus and both ovaries by abdominal section; the tumor, fibro-cistyc, weighting thirty – seven pounds. 51:110.
- Taylor, I. b. (2016). Gastro-hysterectomy, or the recent modification of the cesarean section. *Amer. J. Med.*
- Walser E, R. S. (2003). Sonographically guided transgluteal drainage of pelvic abscesses. (*A. A. Roentgenology*, Ed.) 181:498–500.
- Wilkins, L. W. (s.f.). *Te Linde's Operative Gynecology*.
- Young, J. H. (2016.: 93.). *The History of cesarean section*. Lewis. London.

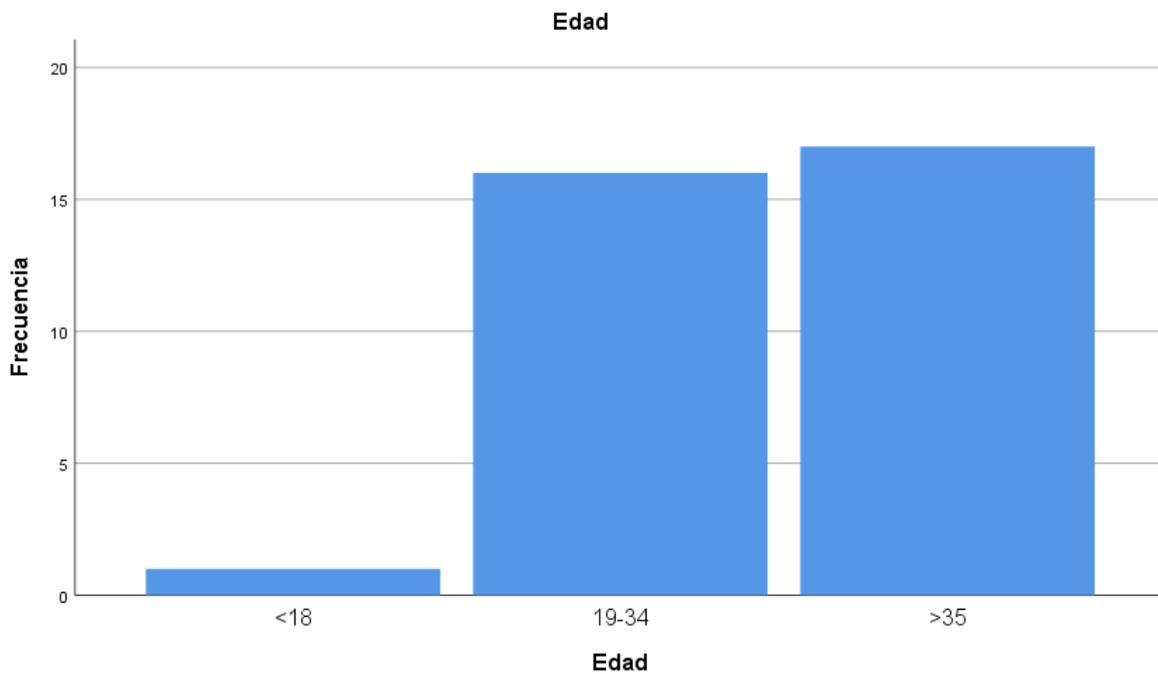
VIII. ANEXOS

Gráfico N°1.- Incidencia de la Operación cesárea-histerectomía.



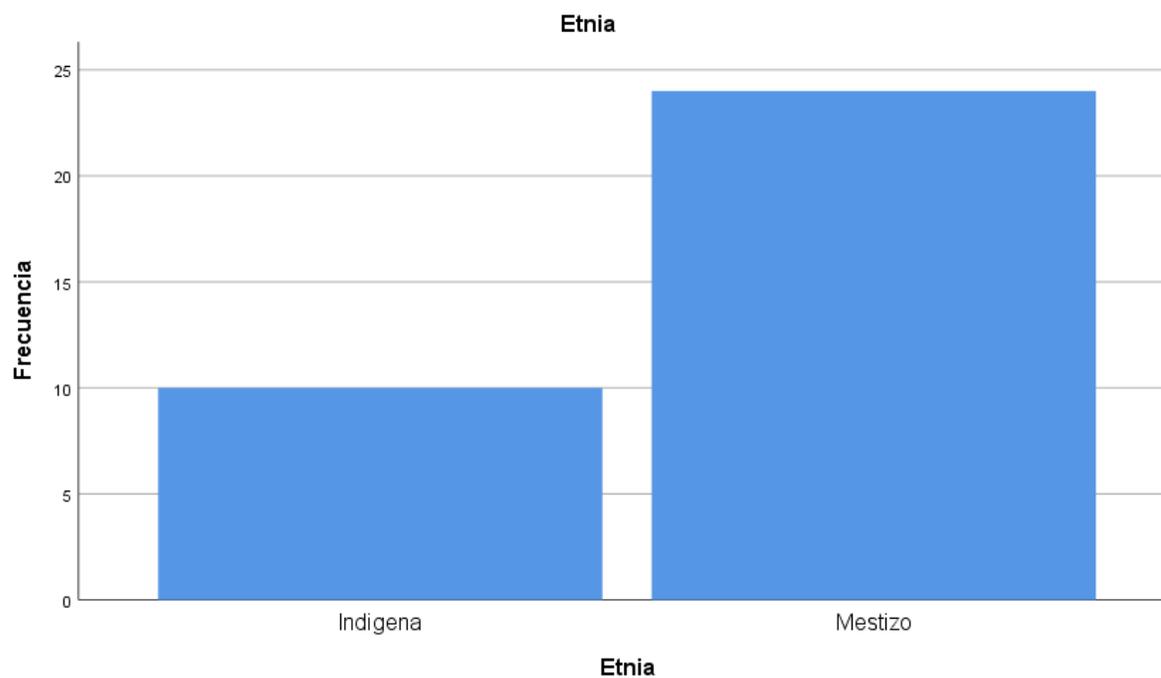
Fuente: Tabla 1.

Gráfico N°2.- Características epidemiológicas: Edad.



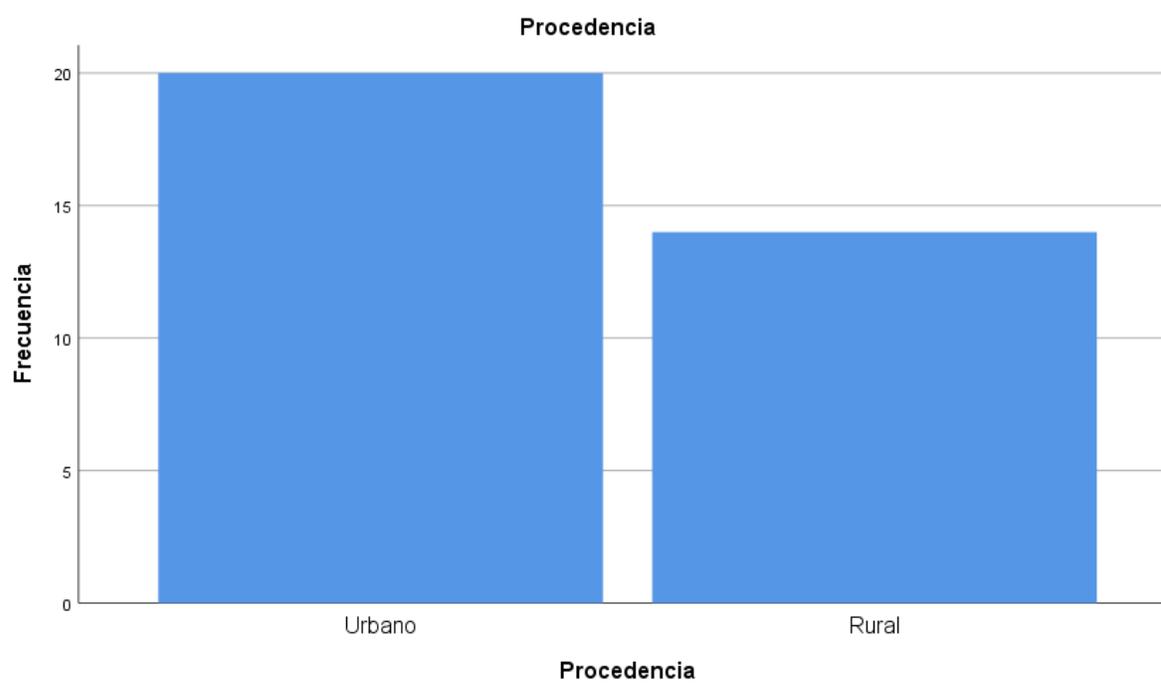
Fuente: Tabla 3.

Gráfico N°3.- Características epidemiológicas: Etnia.



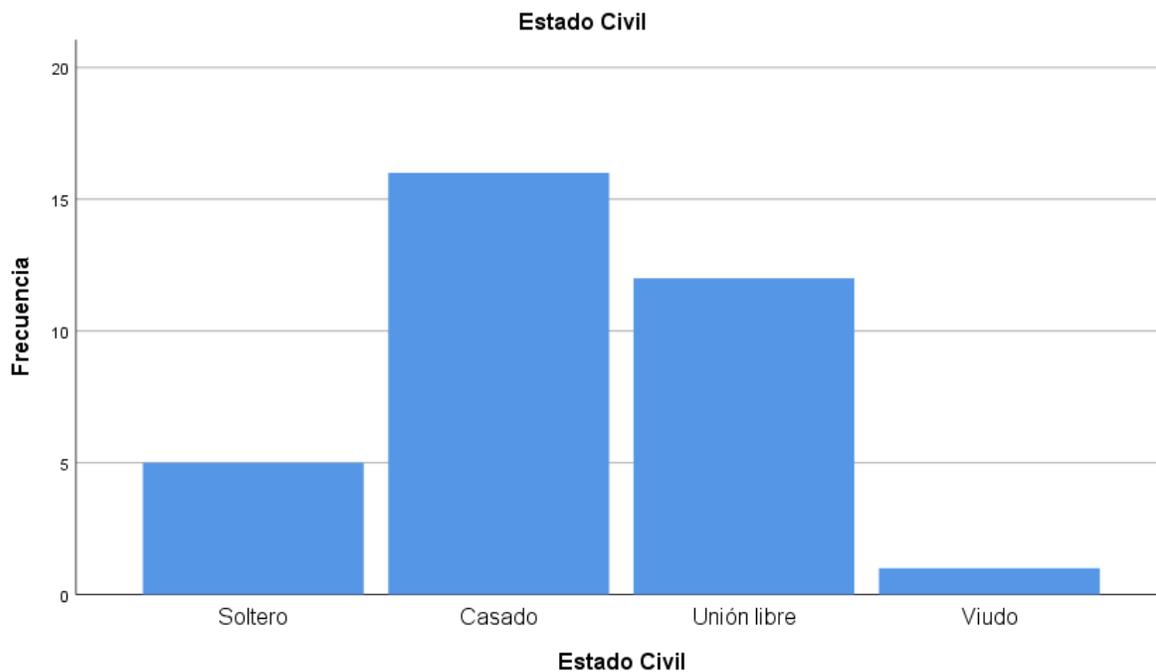
Fuente: Tabla 3.

Gráfico N°4.- Características epidemiológicas: Procedencia.



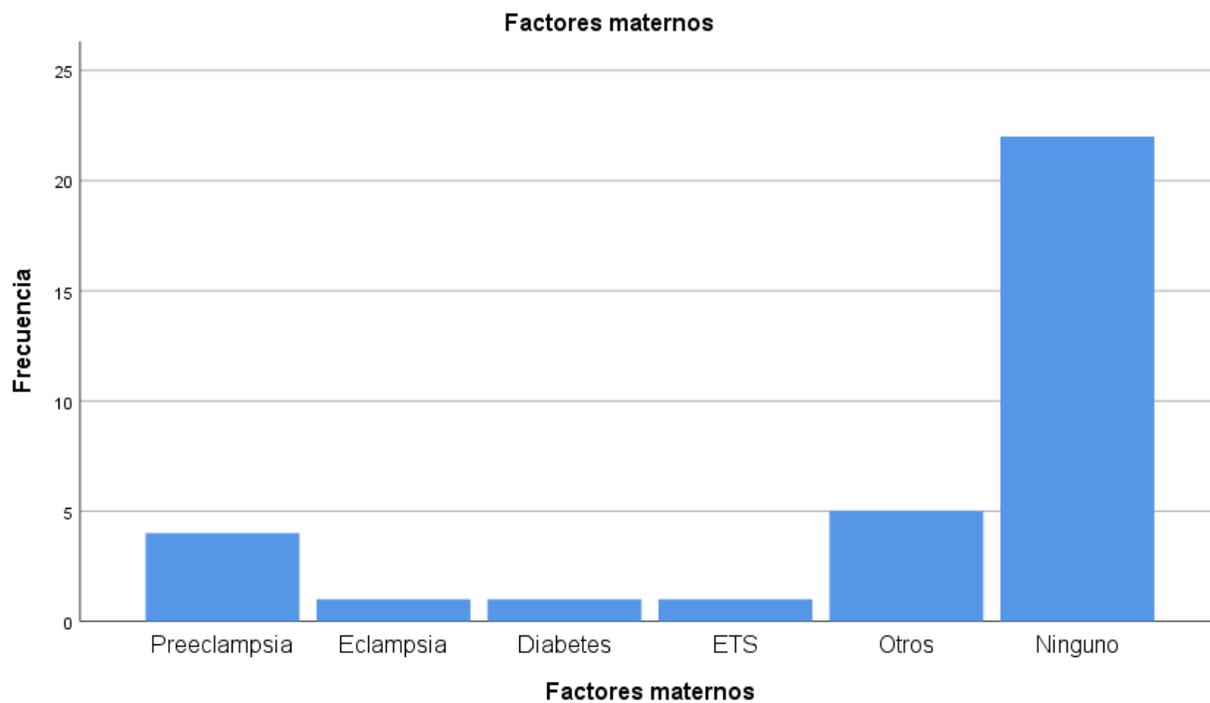
Fuente: Tabla 3.

Gráfico N°5.- Características epidemiológicas: Estado civil.



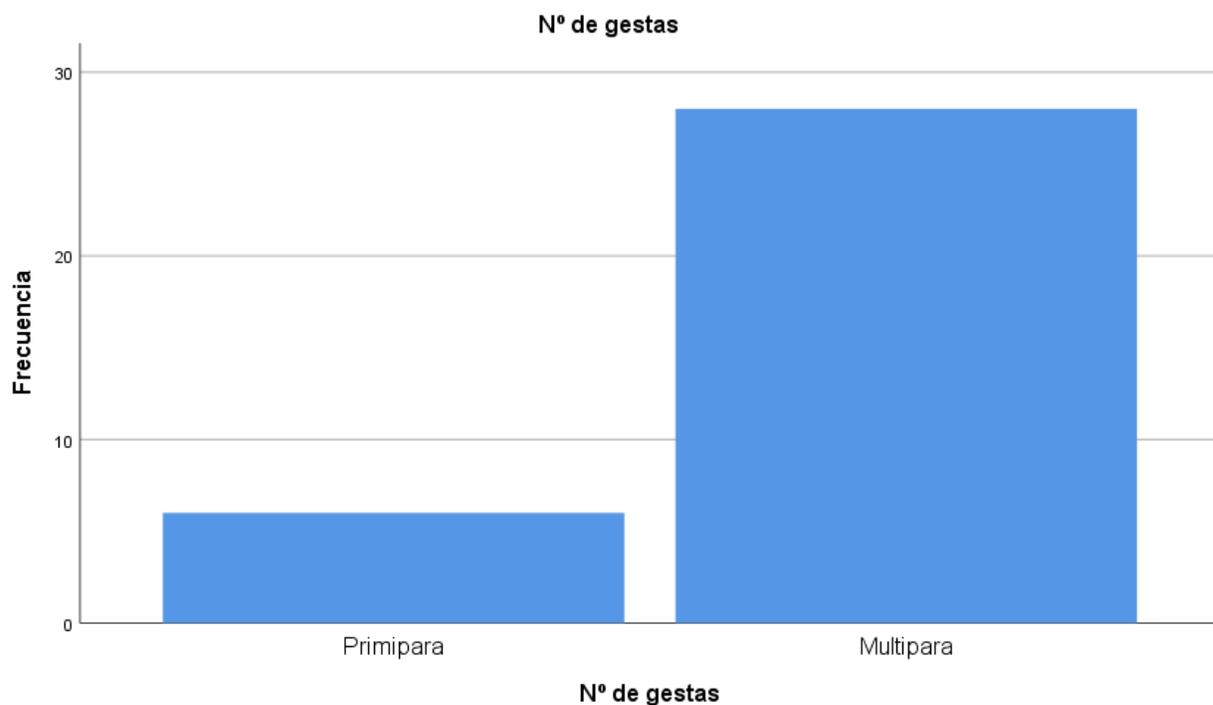
Fuente: Tabla 3.

Gráfico N°6.- Factores maternos: Factores prenatales.



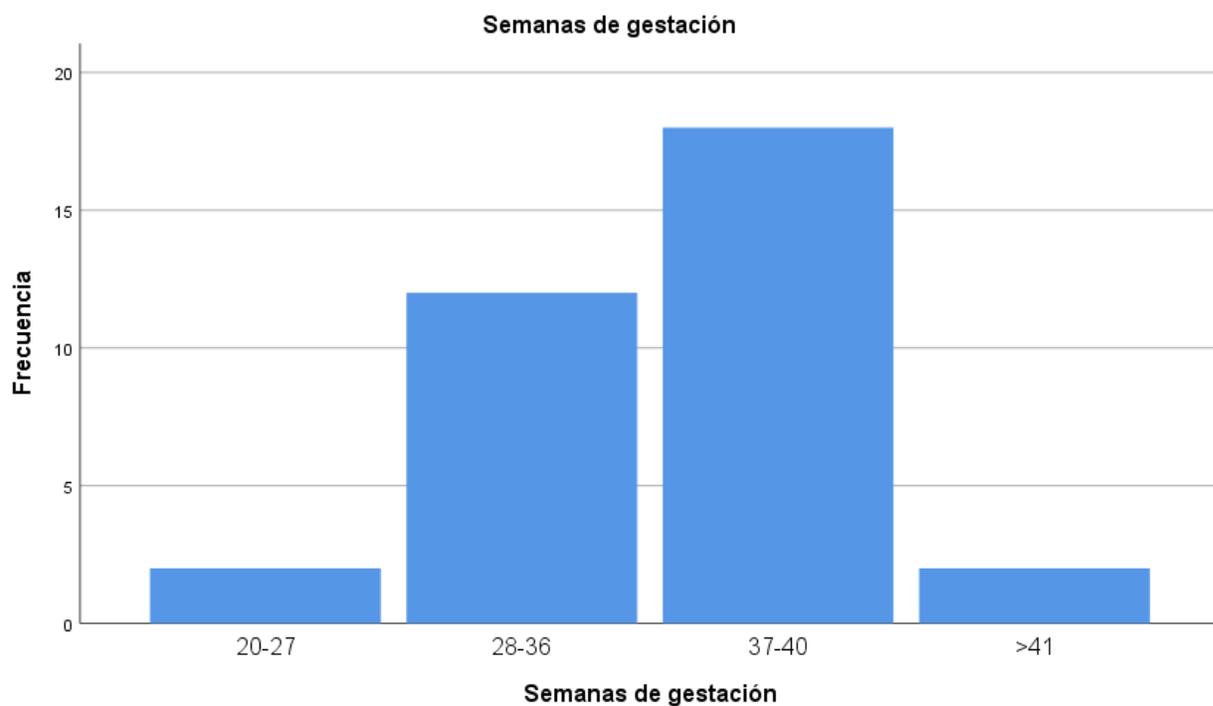
Fuente: Tabla 4.

Gráfico N°7.- Factores maternos: Número de gestas.



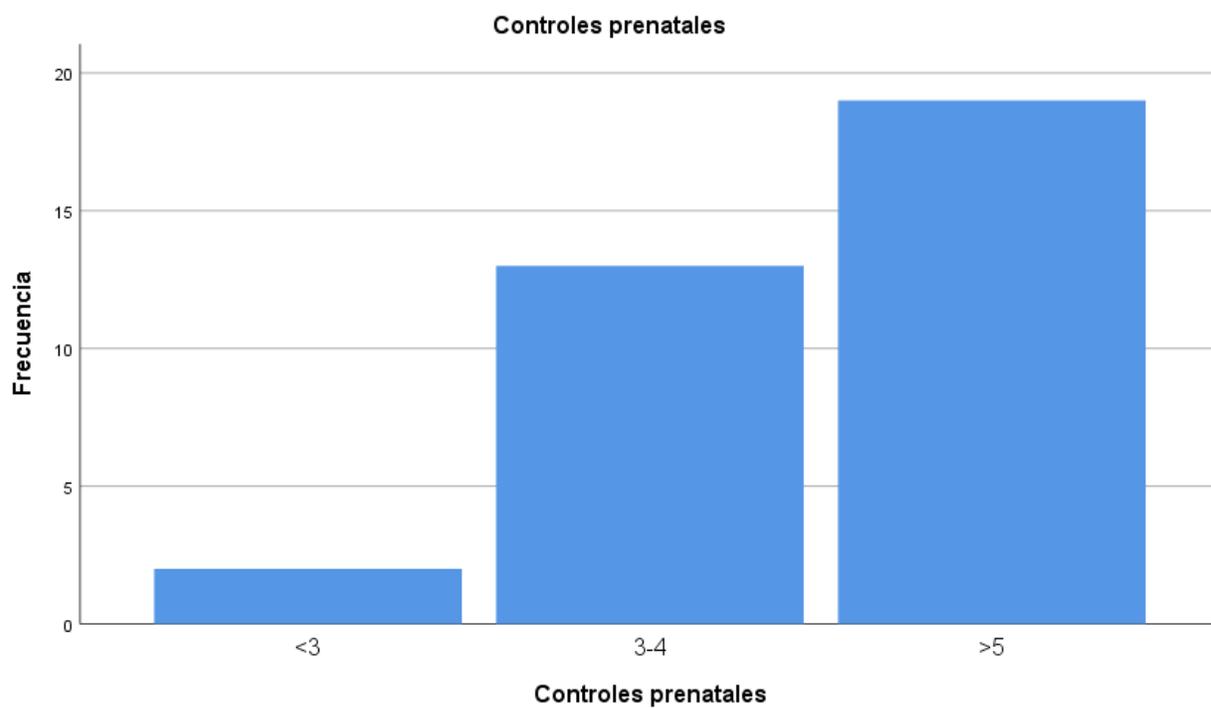
Fuente: Tabla 4.

Gráfico N°8.- Factores maternos: Semanas de gestación.



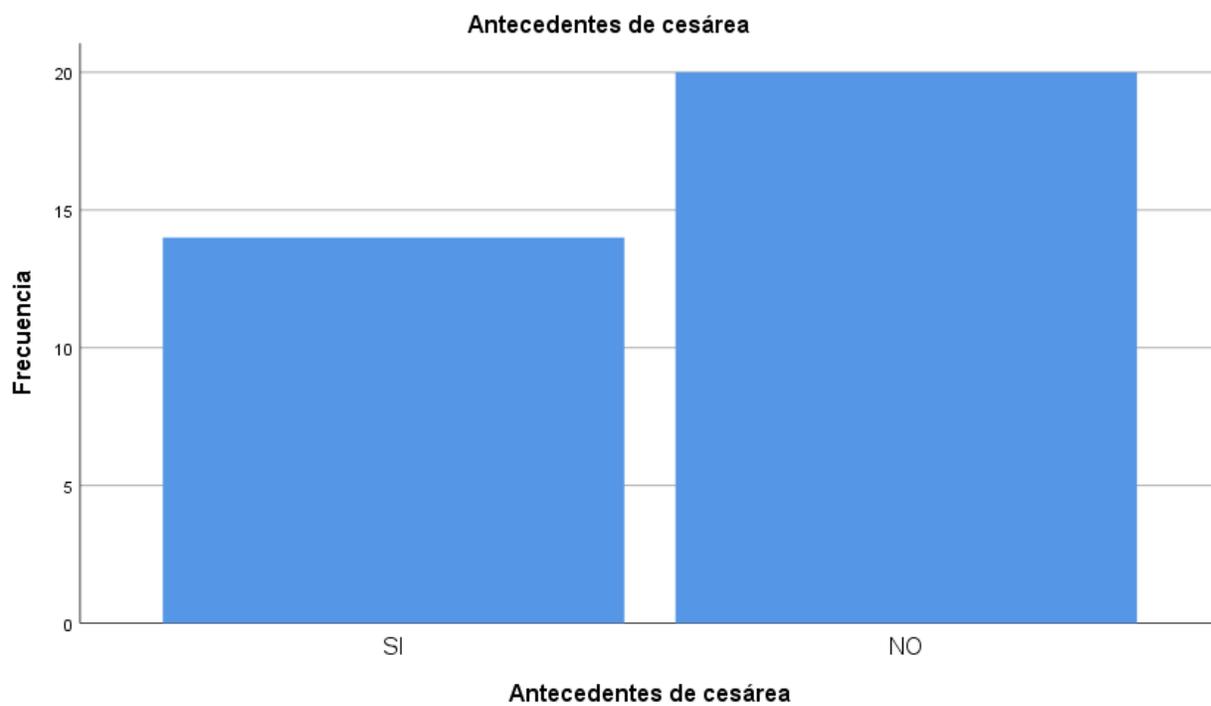
Fuente: Tabla 4.

Gráfico N°9.- Factores maternos: Controles prenatales.



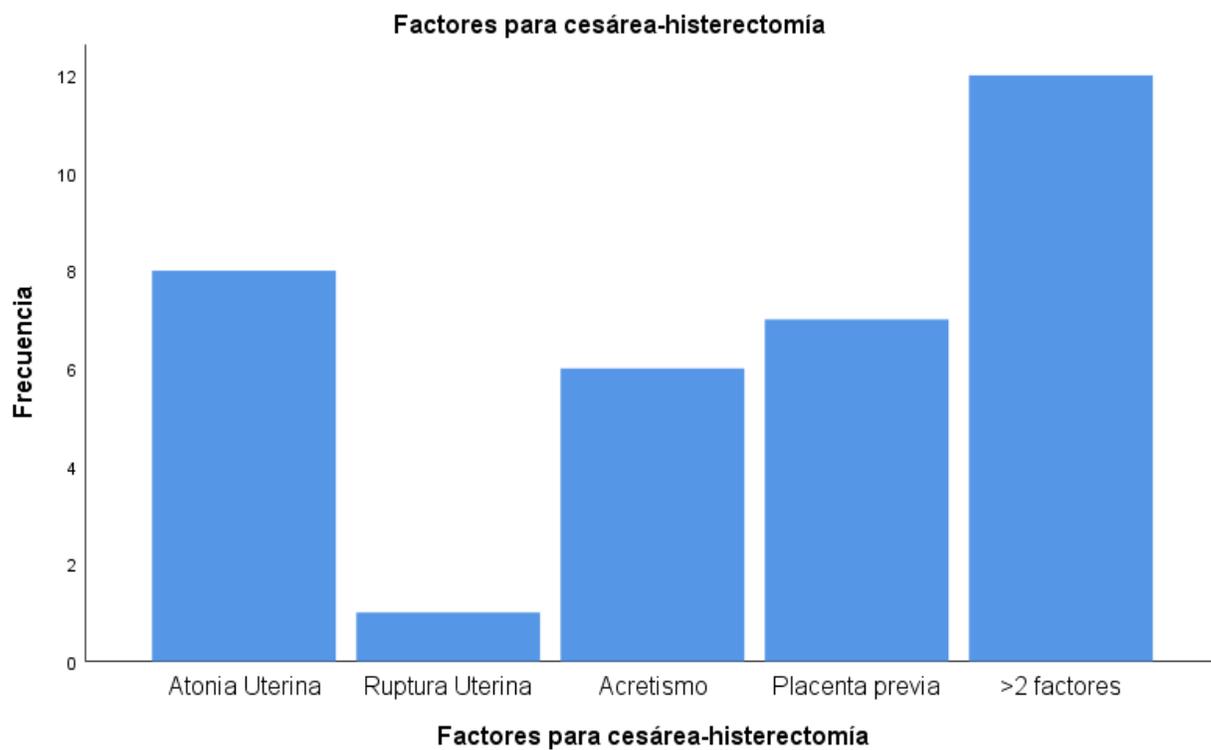
Fuente: Tabla 4.

Gráfico N°10.- Factores maternos: Antecedentes de cesárea.



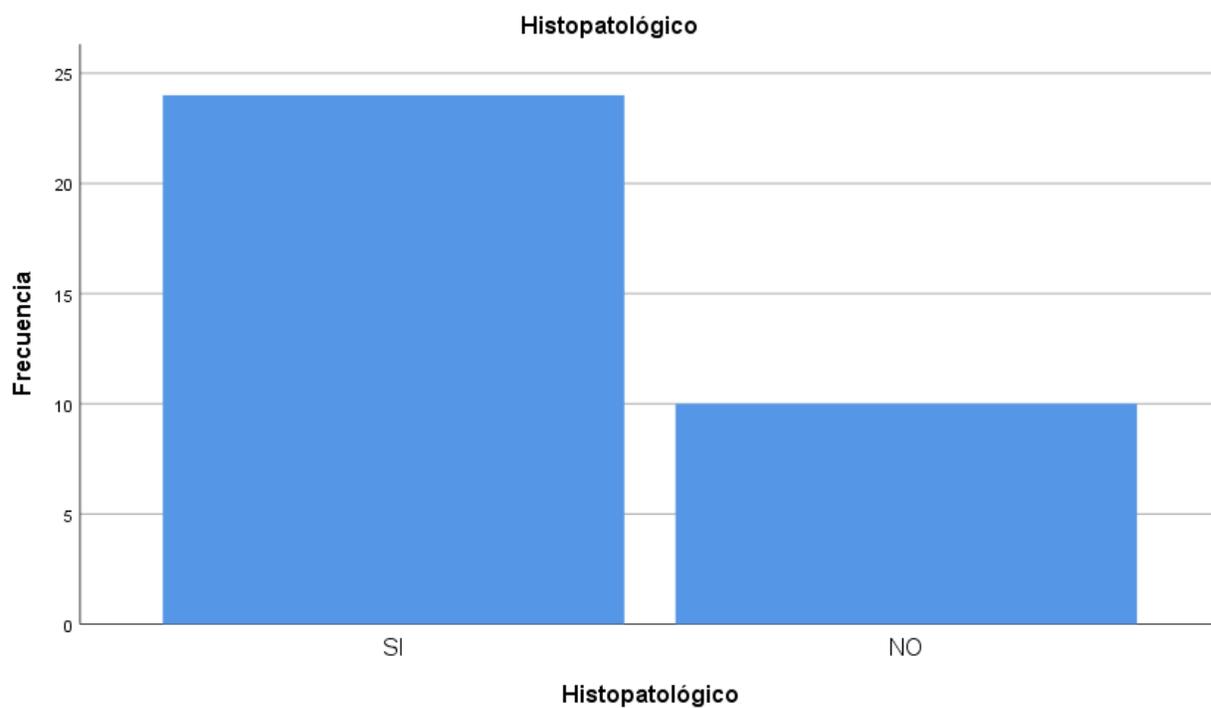
Fuente: Tabla 4.

Gráfico N°11.- Factores que se asocian a la operación cesárea-histerectomía.



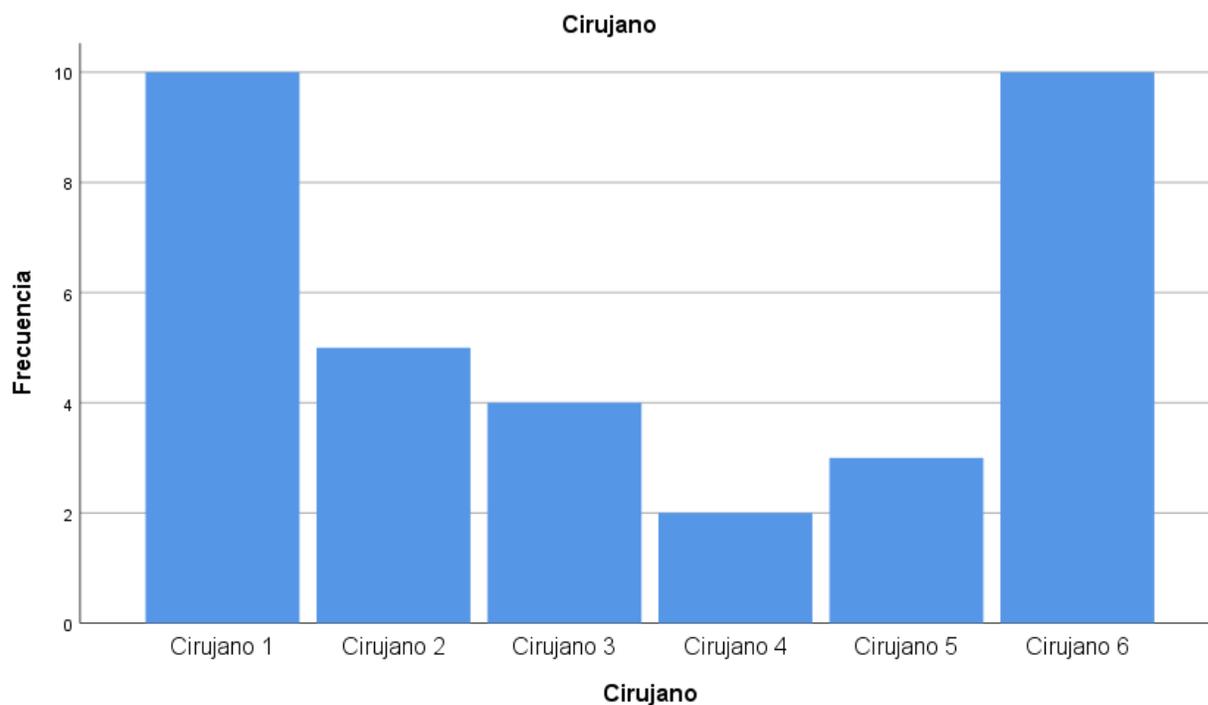
Fuente: Tabla 5.

Gráfico N°12.- Histopatológico.



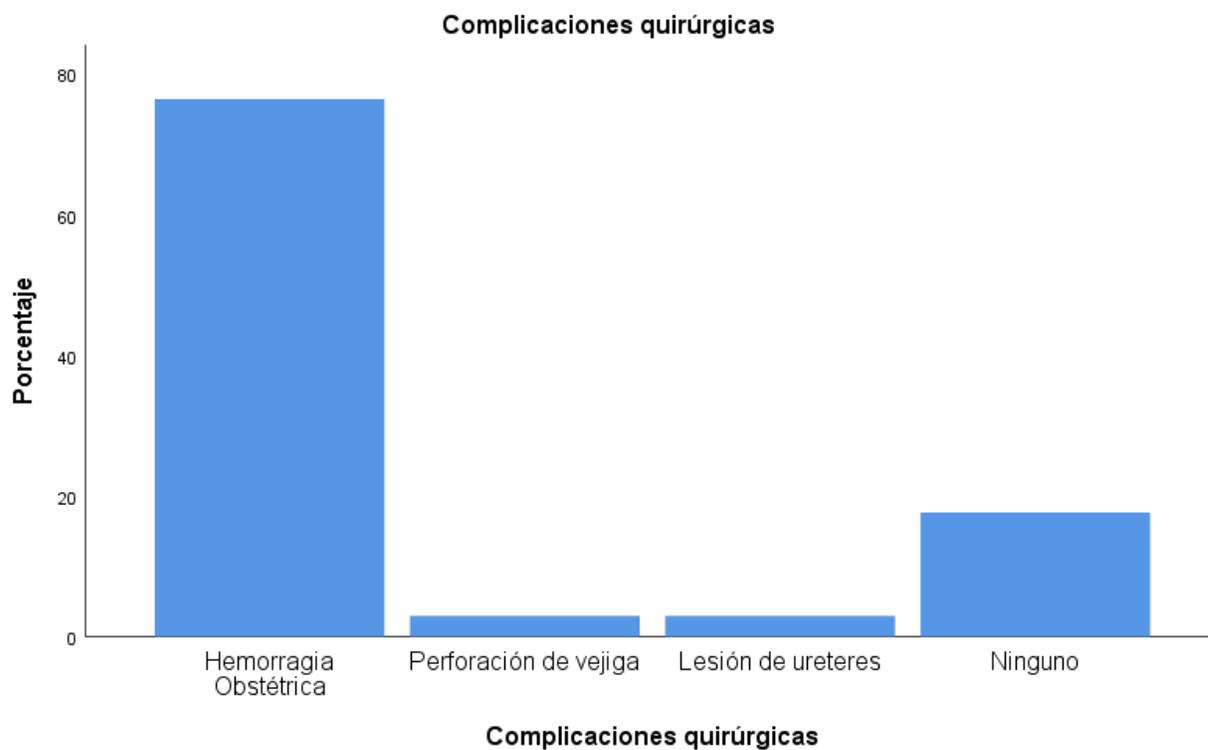
Fuente: Tabla 5.

Gráfico N°13.- Cirujanos.



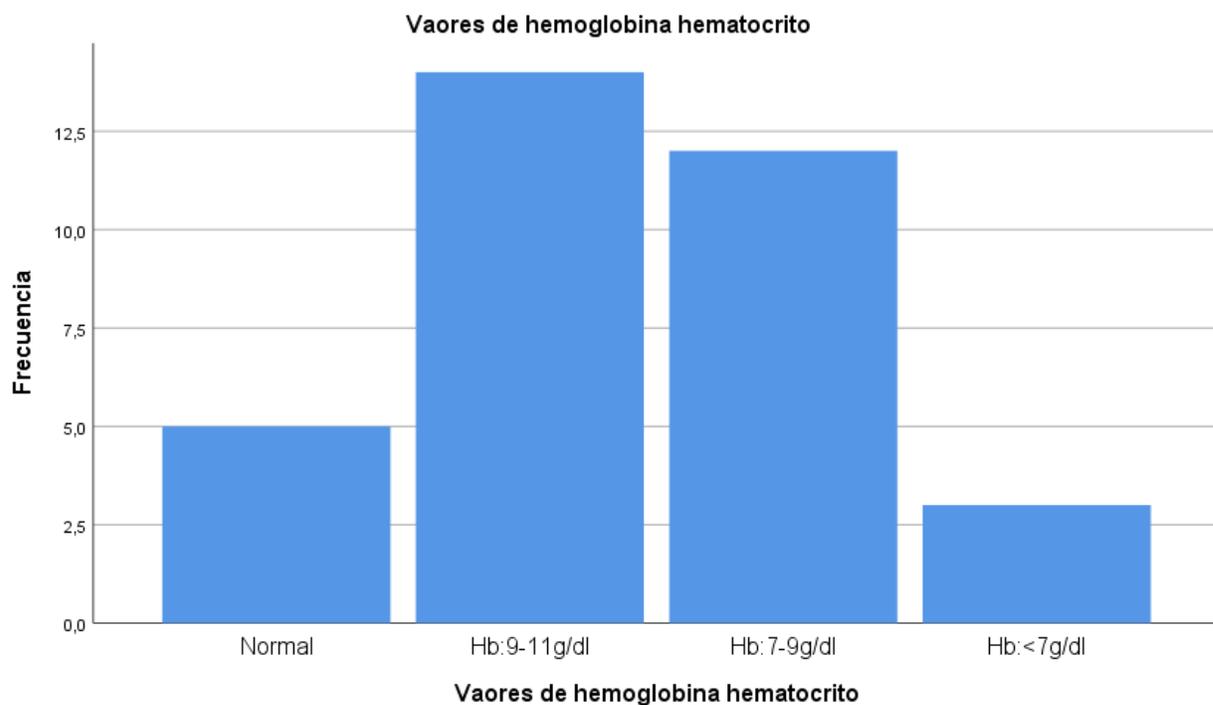
Fuente: Tabla 5.

Gráfico N°14.- Complicaciones quirúrgicas.



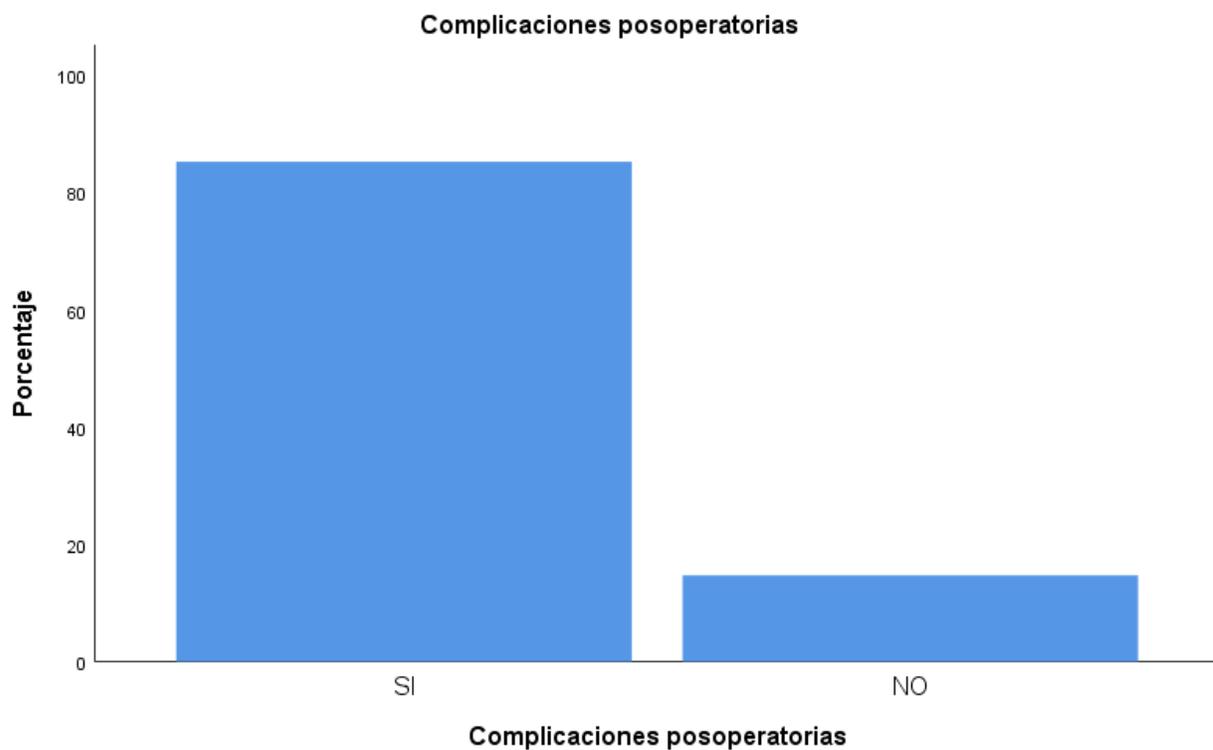
Fuente: Tabla 6.

Gráfico N°15.- Factores que se asocian a la operación cesárea-histerectomía.



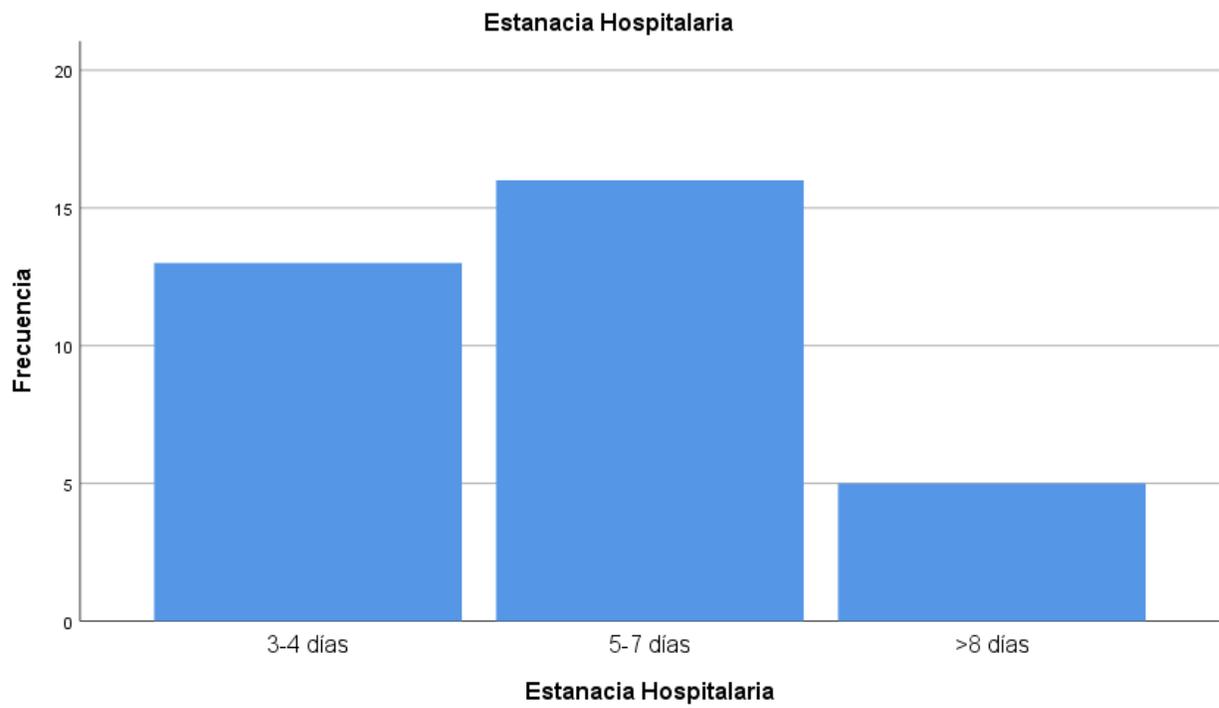
Fuente: Tabla 6.

Gráfico N°16.- Factores que se asocian a la operación cesárea-histerectomía.



Fuente: Tabla 6.

Gráfico N°17.- Estancia Hospitalaria.



Fuente: Tabla 7.