

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN
CRISTÓBAL DE HUAMANGA**

FACULTAD DE OBSTETRICIA

**ESCUELA DE FORMACIÓN PROFESIONAL DE
OBSTETRICIA**



**“CAUSAS DE HISTERECTOMÍA OBSTÉTRICA Y GINECOLOGICA
EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECO-
OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL DE
AYACUCHO 2009-2011”.**

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE OBSTETRA

PRESENTADO POR:

PALOMINO RAMÍREZ, Percy

NAVARRO QUISPE, Wilber

ASESORA:

Dra. ALCARRAZ CURI, Luisa

AYACUCHO - PERÚ

2014

DEDICATORIA

A Dios, por darme la vida, amor, esperanza e iluminar el sendero del bien a cada instante de mi existencia.

Con infinito amor y gratitud a mi madre: REYNALDA, por su comprensión, aliento constante y sacrificio incondicional, guiadora siempre para el desarrollo de mi profesión, a la memoria de mi padre: CIPRIAN que desde el cielo me ilumina.

A Alexandra por su apoyo, motivación constante y consejos para lograr mis objetivos.

Con eterna gratitud a mis hermanos: Jhony, Mirtha y Karina por su apoyo, motivación constante y consejos para logro de mis metas trazadas.

A mis familiares, amigos por la comprensión, paciencia y el ánimo que mi brindaron para lograr mi carrera profesional.

PERCY

DEDICATORIA

A Dios, divino creador, por darme la vida, amor, esperanza; quien es el dueño de mi vida y me da la fortaleza para superar las dificultades y cumplir con mis metas.

A mi padre: FELIPE, a la memoria de mi madre: JULIA, mi eterna gratitud por sus invaluableles sacrificios incondicionales, guías siempre para el desarrollo de mi profesión.

Con eterna gratitud a mis hermanos: Sabina, Sergio, Roberta por su apoyo, motivación constante, consejos para el logro de mi formación profesional.

A mis familiares, amigos por compartir momentos y circunstancias que dejaron enseñanzas en mí.

WILBER

AGRADECIMIENTO

*Nuestro más profundo y sincero agradecimiento a la **Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga**, por habernos acogido en sus aulas durante nuestros años de estudio y brindado la oportunidad de formarnos en esta noble y humana profesión.*

*A la **Facultad de Obstetricia**, forjadora de grandes profesionales competentes, y así también a su Plana Docencia por sus enseñanzas, consejos, orientaciones y las motivaciones recibidas a lo largo de estos años de formación profesional.*

*Nuestro más profundo agradecimiento y reconocimiento a la: **Dra. Luisa Alcarraz Curi**, por su asesoría, aportes y sugerencias durante el desarrollo del presente trabajo de investigación.*

*Quisiéramos hacer extensiva nuestra gratitud al personal del servicio de **Gineco – Obstetricia del Hospital Regional de Ayacucho** por su colaboración y habernos brindado las facilidades durante la ejecución del presente trabajo de investigación.*

Un agradecimiento especial a nuestros familiares y amigos por la comprensión, paciencia y el ánimo que nos brindaron para seguir adelante y a todas aquellas personas quienes nos apoyaron incondicionalmente para el logro de nuestra carrera profesional.

Muchas gracias.

ÍNDICE

	PÁG
INTRODUCCIÓN.....	1

CAPÍTULO I

PROBLEMÁTICA DE INVESTIGACIÓN

1.1. SITUACIÓN PROBLEMÁTICA.....	4
1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	7
1.3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	8
1.4. OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN.....	9
1.4.1 OBJETIVO GENERAL.....	9
1.4.2 OBJETIVO ESPECÍFICO.....	9

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE ESTUDIO.....	10
2.2. BASE TEÓRICO CIENTÍFICA.....	15
2.2.1. ETIMOLOGÍA DE HISTERECTOMÍA.....	15
2.2.2. DEFINICIÓN DE HISTERECTOMÍA.....	15
2.2.3. FORMAS DE HISTERECTOMÍA.....	15

2.2.4. TIPOS DE HISTERECTOMÍA	17
2.2.5. INDICACIÓN DE HISTERECTOMÍA	17
2.2.8.1. CAUSAS DE HISTERECTOMÍA OBSTÉTRICA Y GINECOLÓGICA.....	24
2.3 DEFINICIÓN OPERATIVA DE TÉRMINOS.....	28
2.4 HIPÓTESIS	32
2.5 VARIABLES DE ESTUDIO.....	33

CAPÍTULO III

DISEÑO METODOLÓGICO

3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	34
3.2. MÉTODO DE ESTUDIO.....	34
3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA	34
3.4. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN.....	35
3.5. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	35
3.6. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	37
3.7. PROCESAMIENTO DE DATOS	38

CAPITULO IV
RESULTADOS Y DISCUSIÓN

3.8. CONCLUSIONES.....	60
3.9. RECOMENDACIONES	61
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICA	
ANEXOS	

INTRODUCCIÓN

La histerectomía es un procedimiento quirúrgico por el cual se extrae el útero de una mujer y es la segunda operación más practicada después de la cesárea en obstetricia. Los especialistas en ginecología han logrado grandes avances para realizar las intervenciones quirúrgicas en obstetricia con diagnóstico de atonía uterina, acretismo placentario, ruptura uterina y en mujeres con patología ginecológica como: endometriosis, prolapso de útero, cáncer de útero y miomatosis uterina. En los últimos años la histerectomía se ha tornado de suma importancia en la vida de las mujeres por ser una de las intervenciones quirúrgicas más realizadas, diversos autores han estudiado las incidencias que influyen y las causas más frecuentes para que se aplique este tipo de intervenciones quirúrgicas. Las mujeres por lo general desconocen las causas de histerectomía, no acuden a los establecimientos de salud para su examen obstétrico y ginecológico. En nuestro medio se ha

incrementado la histerectomía en las mujeres por causas obstétricas y ginecológicas, como consecuencia enfrentarán infertilidad, menopausia precoz y otras complicaciones. El problema se puede solucionar si detectamos oportunamente las causas de la histerectomía, realizando actividades de promoción, educación, información y comunicación. Como en cualquier intervención quirúrgica existen riesgos como la hemorragia, laceración de vejiga, laceración de uréter, hematoma vesical, coagulopatía, anemia, infección, entre otros; no obstante, se debe de considerar que estas serias complicaciones son más frecuentes en las intervenciones quirúrgicas. ⁽¹⁾

Por ello la importancia del presente trabajo de investigación científica titulado "causas de histerectomía obstétrica y ginecológica en pacientes atendidas en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital Regional de Ayacucho", se realizó con el propósito de determinar las causas de histerectomía obstétrica y ginecológica en pacientes atendidas en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital Regional de Ayacucho durante el periodo 2009-2011, mediante un estudio descriptivo, retrospectivo.

Los resultados muestran que la prevalencia de histerectomía en el Hospital Regional de Ayacucho fueron incrementando desde 28.7% en el 2009 a 37.4% en el 2011.

Las causas obstétricas de histerectomía fueron atonía uterina acretismo placentario ruptura uterina, las causas ginecológicas para histerectomía fueron: miomatosis uterina, cáncer del útero, endometriosis y prolapso

uterino.

Los factores asociados a las causas de histerectomía obstétrica y ginecológica fueron la edad, estado civil, paridad y tipo de intervención quirúrgica ($P < 0.05$), se halló evidencia estadística significativa.

CAPITULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

La histerectomía es un problema que afecta a mujeres en edad reproductiva por ser una cirugía mayor, que implica la extracción del útero. Las causas obstétricas pueden ser: atonía uterina, acretismo placentario, ruptura uterina, y las causas ginecológicas pueden ser: miomatosis uterina, fibromas uterinos, endometriosis, prolapso del útero y distintos tipos de cáncer (cáncer endometrial, sarcoma uterino, cáncer cervical, cáncer de los ovarios o de las trompas de Falopio). Algunas veces también se extraen las trompas de Falopio, los ovarios y el cuello del útero, en consecuencia la mujer no podrá quedar embarazada.

La histerectomía puede ser completa o total, cuando se extirpa el cuello uterino y el útero. Se trata del tipo más común de histerectomía. Parcial o

subtotal. Se extrae la parte superior del útero y deja el cuello uterino en su lugar. Histerectomía radical: se extrae el útero, el cuello uterino, la parte superior de la vagina y sus tejidos de apoyo. ⁽²⁾ Este procedimiento se realiza en algunos casos de cáncer. Cuando se extrae ambos ovarios y ambas trompas de Falopio, el procedimiento se llama salpingooforectomía bilateral. Si se extraen los ovarios antes de que la mujer llegue a menopausia, la repentina pérdida de su principal fuente de hormonas femeninas causará súbitamente la menopausia precoz, llamada quirúrgica, lo cual incluso puede ocasionar síntomas más graves que la menopausia natural.

En Cuba, en un estudio sobre histerectomía de un total de 69 992 nacimientos, 62 451 abortos y 384 embarazos, se realizaron 281 histerectomías obstétricas con una incidencia de 0,2 %, las características obstétricas relevantes fueron; mujeres mayores de 34 años, con un parto anterior, embarazo a término y antecedente de cesárea. ⁽⁴⁾

En Japón en estudio retrospectivo se reportó 17 pacientes con histerectomía postparto entre 1985 y 1998, con una incidencia de 1 en 6978 partos (0.014%), el 23.5% después de un parto vaginal el 76.5% después de una cesárea.

En Perú se reportó 29 pacientes mujeres sometidas a cesárea-histerectomía en el período 1991-1998 en el Servicio de Obstetricia del

Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen. De un total de 30 851 partos; 8746 fueron por cesárea, con una incidencia de 28,3%. Las cesáreas - histerectomías representaron el 0,3% del total de cesáreas realizadas con una incidencia de 0,94 por 1000 partos. La edad promedio fue 34,6 años, 51,7% fueron añosas, gran multíparas 20,7%, nulíparas 20,7 por ciento y paridad promedio 3,6%. Hubo predominio de gestaciones pretérmino, cesareadas anteriores en 34,5 por ciento. Las indicaciones para histerectomía fueron, acretismo placentario, atonía uterina, miomatosis, prolapso de útero, ruptura uterina y cáncer del cuello uterino. Transfusión sanguínea promedio 3,6 paquetes globulares. Las complicaciones intraoperatorias fueron hematoma vesical, laceración vesical, laceración de epiplón, histerorrafia difícil por miomatosis, hematoma de infundíbulo pélvico y coagulopatía y las complicaciones Postoperatorias fueron anemia, infecciones, fístula vesicocutánea y trombo embolismo pulmonar. ⁽⁶⁾

1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En el Hospital Regional de Ayacucho se han incrementado las intervenciones quirúrgicas por histerectomía, cuyas causas son poco conocidas por lo que se hace necesario realizar investigaciones.

La histerectomía se puede realizar a consecuencia de aborto, embarazo, parto, puerperio complicado y junto con una cesárea o después de ella, es considerada como única alternativa terapéutica en el manejo de patologías con el fin de salvar la vida de la paciente.

En la actualidad se observa aumento de la incidencia de complicaciones en obstetricia y ginecología que ponen en grave riesgo la salud sexual y reproductiva de las mujeres como la atonía uterina, acretismo placentario, ruptura uterina, miomatosis uterina, endometriosis, prolapso de útero, cáncer de útero, trayendo como consecuencia histerectomía.

Esta situación se forma en un problema creciente no solo a nivel de la propia salud de la mujer si no en la de su pareja, la familia de ambos y la sociedad, afectando los aspectos físicos, emocionales, social y desarrollo en general.

Es necesario desarrollar investigaciones, para que basadas en evidencias se planteen acciones de promoción bajo la responsabilidad de profesionales debidamente capacitados y mejorar los servicios de salud para mujeres.

La situación problemática planteada, generó el siguiente problema de investigación:

1.3. ¿Cuáles fueron las causas de histerectomía obstétrica y ginecológica en pacientes atendidas en el servicio de Gineco - Obstetricia del Hospital Regional de Ayacucho en los periodos 2009 -2011?

1.4. OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN

1.4.1. OBJETIVO GENERAL

- Determinar las causas de histerectomía obstétrica y ginecológica en pacientes atendidas en el servicio de gineco - obstetricia del Hospital Regional de Ayacucho, en el periodo 2009 – 2011.

1.4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conocer la prevalencia de histerectomía obstétrica y ginecológica en pacientes atendidas en el servicio de Gineco - Obstetricia del Hospital Regional de Ayacucho, 2009-2011.
- Identificar las causas de histerectomía obstétrica y ginecológica en pacientes atendidas en el servicio de Gineco - Obstetricia del Hospital Regional de Ayacucho, 2009-2011.
- Relacionar las causas de histerectomía obstétrica y ginecológica con edad, nivel de instrucción, estado civil, procedencia y paridad.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE ESTUDIO

Sáez Cantero, Viviana (2006: Cuba), en la investigación “Análisis de un quinquenio en la histerectomía obstétrica de emergencia”, reportó que el 47% de las histerectomías obstétricas de emergencia ocurrió en mujeres mayores de 30 años, el 44% de las pacientes fueron primíparas, la atonía uterina fue la indicación en el 48% de los casos, la morbilidad incluyó la poli transfusión (80%), admisión en unidad de cuidados intensivos (88%) y coagulación intravascular diseminada (45,4%). Se concluyó que la edad materna mayor de 30 años predominó entre las pacientes histerectomizadas, que los eventos hemorrágicos fueron la primera indicación para HOE (histerectomía obstétrica de emergencia) y entre ellos la atonía uterina y que el proceder se asoció a una elevada

morbilidad materna. ⁽⁸⁾

Pérez Méndez, J. (2008: México), en la investigación "Histerectomía obstétrica en el Hospital Regional "General Ignacio Zaragoza" y en el Hospital Ángeles México", reportó la realización de 19 histerectomías obstétricas totales y seis subtotaes que corresponden al 76 y 24%, respectivamente. Entre los resultados obtenidos, se observa que la atonía uterina fue la indicación más común (44%), seguida de placenta acreta (28%). ⁽⁹⁾

Reveles Vázquez, Juan A. (2008: México), en la investigación "Histerectomía obstétrica: incidencia, indicaciones y complicaciones", reportó que la incidencia de histerectomía obstétrica fue de ocho casos por cada mil consultas obstétricas. El promedio de edad de las pacientes fue de 31.1 ± 5.1 años. La principal indicación fue placenta previa vinculada con acretismo placentario (33%), seguida de hipotonía uterina (22.3%). Concluyó que el antecedente de cesárea induce mayor incidencia de histerectomía obstétrica en mujeres con embarazo de alto riesgo, ya que se relaciona con trastornos en la placentación, como la placenta previa, que incrementa la posibilidad de hemorragia y, por ende, la morbilidad y mortalidad maternas. ⁽¹⁰⁾

Faneite, Pedro (2000: Venezuela), en la investigación "Histerectomía obstétrica" reportó una frecuencia de histerectomía de 0,16% de 1 cada 622 casos obstétricos. Las principales indicaciones fueron la atonía

uterina (40,54%), ruptura uterina (27,03%) y sepsis 16,8 % (posparto 10,81% y post aborto 5,4%); prevaleció la histerectomía total (78,38%).

(11)

García Rodríguez, Miguel Emilio (2009: Cuba), en la investigación "Histerectomía. Evaluación de dos técnicas quirúrgicas", reportó que la edad que prevaleció en los dos grupos fue la de 36 a 45 años con un 38,0 % y 55,2 % respectivamente. La principal indicación para la histerectomía fue el mioma uterino para ambas vías. ⁽¹²⁾

Merino O, Paulina (2009: Chile), en la investigación "Distribución de la patología quirúrgica del cuerpo uterino en mujeres chilenas sometidas a histerectomía en un Hospital Clínico Universitario", reportaron 5683 histerectomías, en 4275 úteros se diagnosticaron lesiones de origen no epitelial, principalmente leiomiomas uterinos y adenomiosis. En las 2070 piezas con lesiones epiteliales (endometrio) los hallazgos más prevalentes fueron atrofia, pólipo endometrial e hiperplasia glandular del endometrio. Hubo coexistencia de patología miometrial y endometrial en 905 piezas quirúrgicas. En 240 casos no hubo lesiones en la biopsia (4,2%). En el 1% de las histerectomías se encontró como hallazgo un cáncer ginecológico, siendo los dos diagnósticos más frecuentes asociados con esta situación, la metrorragia disfuncional perimenopáusica y el pólipo endometrial. Conclusiones: La distribución de los diagnósticos de la patología uterina es similar a la descrita por series internacionales. El hallazgo más común es el leiomioma uterino, frecuentemente asociado

con adenomiosis. Se destaca el hallazgo incidental de cáncer de endometrio en histerectomizadas por metrorragia y/o pólipo endometrial; esto nos hace recomendar el uso rutinario del estudio biopsico preoperatorio en pacientes con metrorragia y de la biopsia contemporánea en casos de pólipo endometrial. ⁽¹³⁾

Robert S. (2010: Colombia), en la investigación "Histerectomía posparto: Experiencia de Clínica Las Condes" reportó 15,356 partos con 34 casos de histerectomía posparto (incidencia de 2,2 histerectomías/1000 partos). Las causas principales de histerectomía fueron el acretismo placentario (61,8%), inercia uterina (20,6%) y ruptura uterina (8,8%). En el 29,4% se realizó además la ligadura de arterias hipogástricas y finalmente la histerectomía total fue del 85,3%. ⁽¹⁴⁾

Fernando García (1998: Lima), en la investigación "Cesárea-Histerectomía en el Hospital Nacional Guillermo Almenara", determinaron sobre características de histerectomía, mediante estudio retrospectivo descriptivo de 29 pacientes mujeres que fueron sometidas a cesárea más histerectomía en el período 1991-1998. Demostraron que hubo 30 851 partos en ese período, de los cuales 8 746 fueron por cesárea (incidencia 28,35%). Las cesáreas-histerectomías representaron el 0,3% del total de cesáreas realizadas (tasa de incidencia 84,3 por 1 000 partos). La edad promedio fue 34,6 años, donde 51,72% fueron añosas. Gran multíparas fueron el 20,69%, nulíparas el 20,69% y con paridad promedio el 3,6%. El 34,48% tenía antecedente de cesárea. Las indicaciones para cesárea

fueron: desprendimiento prematuro de placenta, placenta previa sangrante, pre eclampsia severa, sufrimiento fetal agudo, deflexión, cesareada 2 ó 3 veces, embarazo prolongado, miomatosis y carcinoma in situ de cérvix. ⁽¹⁵⁾

2.2. BASE TEÓRICA CIENTÍFICA

2.2.1. ETIMOLOGÍA DE HISTERECTOMÍA

Etimológicamente la palabra histerectomía proviene de dos raíces griegas: *isteros*, igual a útero y *ectomía*, que significa extirpación. ⁽¹⁶⁾

2.2.2. DEFINICIÓN

Es una cirugía mayor que se realiza por complicaciones obstétricas que afectan al útero o matriz de la mujer durante el embarazo por aborto, parto, cesárea, puerperio. En complicaciones ginecológicas como cáncer del cuello uterino, prolapso de útero y endometriosis.

2.2.3. FORMAS DE HISTERECTOMÍA

Existen tres formas de realizar el procedimiento quirúrgico.

➤ HISTERECTOMÍA ABDOMINAL

Se caracteriza por extraer el útero de una mujer a través de un corte abdominal, El especialista hace una incisión en la pared abdominal que exhibe los ligamentos y vasos sanguíneos que rodean el útero, estos últimos deben ser ligados para que cicatricen y no sangren. Posteriormente extrae el útero efectuando un corte en la parte que se conecta con la vagina y repara la parte superior de la vagina para evitar orificios. La incisión abdominal puede ser de dos formas.

- **Incisión media infraumbilical:** Se realiza un corte longitudinal desde el pubis al ombligo, en general esta incisión permite un acceso más rápido al útero, examen más fácil del abdomen, dependiendo también de la habilidad y destreza del cirujano. Esta incisión sangra menos.
- **Incisión de pfannenstiel:** Es la incisión transversal en pliegue de la piel a 2 ó 3 cm de la sínfisis púbica, con una extensión promedio de 15 cm, la disección de los planos, se realiza con las tijeras, la disección de la fascia es transversal y se extiende en sentido cefálico hasta la cicatriz umbilical y en sentido caudal hasta el borde de la sínfisis.

➤ **HISTERECTOMIA VAGINAL**

Se realiza una incisión vaginal por donde se extrae el útero, el especialista debe hacer un corte a través de la pared vaginal alcanzando así los ligamentos y los vasos sanguíneos que rodean al útero, luego separa el útero y liga los vasos sanguíneos, después el especialista hace un corte en la parte superior de la vagina para separar al útero y lo remueve por esta. Una vez terminada la extracción, se fijan los ligamentos uterinos a la vagina y se sutura la parte superior.

➤ **HISTERECTOMIA COMBINADA**

Se indica raramente, un equipo de cirujanos opera por vía baja mientras otro equipo opera por vía alta. Los dos equipos trabajan sucesivamente o simultáneamente. Deben entenderse a la

perfección para no entorpecerse mutuamente.

2.2.4. TIPOS DE HISTERECTOMIA

Existen 3 técnicas de intervención quirúrgica.

- **Parcial o Subtotal:** Se extirpan la parte superior del útero dejando el cuello uterino en su lugar.
- **Completa:** Se extirpa el útero completo.
- **Radical:** Se extirpan la totalidad del útero, los nodos linfáticos y las estructuras de soporte que rodean al útero.

2.2.5. INDICACIONES DE HISTERECTOMÍA

La necesidad de realizar una histerectomía puede ser por las complicaciones obstétricas, en el periodo de embarazo durante el parto o aún en el puerperio y en patologías ginecológicas. Es un procedimiento que fue creado, con el fin de preservar la vida de las mujeres en situaciones de urgencia, controlando la hemorragia y aislando y retirando el foco de infección. Actualmente son las indicaciones que se describen dentro de las normas quirúrgicas en las instituciones maternas infantiles.

(17)

- **Indicaciones absolutas:** Cuando no queda otro recurso que practicar la histerectomía en casos de ruptura uterina múltiple, acretismo placentario, atonía uterina incontrolable, corioamnionitis

muy severo.

- **Indicaciones relativas:** Cuando es indispensable practicar la histerectomía en ese momento, pero la cesárea se aprovecha para resolver el problema en forma integral. En caso de patología de útero, miomas.
- **Indicaciones electivas:** En estos casos se escoge la histerectomía como método para evitar la fecundidad o prever patologías futuras en casos de por ejemplo problemas sociales, problemas psiquiátrico, también puede ser voluntaria.

EXAMEN CLÍNICO

Las hemorragias vaginales fuera de los días propios de la menstruación, hemorragias después de haber mantenido relaciones sexuales o hemorragias después de haber superado la menopausia, dolor, inflamación en bajo vientre, infertilidad, por eso ante cualquiera de estos supuestos será necesaria la consulta con el ginecólogo para poder descartarlo las enfermedades de la mujer.

EXÁMENES AUXILIARES

Laboratorio

Hemoglobina, hematocrito, grupo sanguíneo, factor Rh, perfil de coagulación, RPR (*Examen de reagina plasmática rápida*) o VDRL (*Venereal Disease Research Laboratory*), Prueba serológica reactiva.

Ecografía

Es un examen mediante una imagen lograda por ultrasonido, con finalidad de diagnosticar. Por medio de las ondas sonoras que son emitidas a través de un transductor el cual capta el eco de diferentes amplitudes que generan al rebotar en los diversos órganos estas señales procesadas por un computador dan como resultado imagines de los tejidos examinados.

En estas ondas permiten diferenciar claramente la forma y tamaño de cada estructura, así como su contenido que puede ser gaseoso, solido, líquido o mixto.

- Cuando la ecografía se realiza para el seguimiento del embarazo hablamos de ecografía obstétrica.
- Cuando la ecografía se realiza para el estudio de los órganos reproductivos femeninos hablamos de ecografía ginecológica.

DIAGNÓSTICO

Se realiza a través de historia clínica, exploración ginecológica y se corrobora con un ultrasonido, el cual nos muestra tamaño, localización y si existe alguna degeneración de los órganos de la mujer.

TRATAMIENTO

Tratamiento quirúrgico

Normalmente, la cirugía es la mejor opción para las mujeres que no tiene resultado con el tratamiento terapéutico. Existen cirugías que pueden ayudar.

Histerectomía obstétrica

Es la extirpación del útero durante el embarazo, parto y puerperio es un procedimiento quirúrgico que puede tener varias indicaciones y que, en algunos casos, es el factor determinante para salvar la vida de una paciente. La histerectomía puede ser realizada después de una cesárea; este procedimiento recibe el nombre.

➤ **Cesárea histerectomía**

Es la extirpación quirúrgica del útero en el curso de una operación cesárea.

➤ **Histerectomía posparto**

El útero se extirpa durante el puerperio; es decir, según el momento en que se realiza, puede ser inmediata, mediata o tardía.

Histerectomía ginecológica

Es el último recurso para el tratamiento, es una cirugía mayor en la que se extirpa el útero. También pueden extirparse los ovarios y las trompas de Falopio, si estos órganos también tienen enfermedades o si la lesión es grave.

2.2.6. COMPLICACIONES DE HISTERECTOMIA

Las complicaciones que resultan a consecuencia de la histerectomía por obstétricas y ginecológicas las más frecuentes se observa en los últimos años son los siguientes. Hemorragia, laceración vesical, laceración de uretra, trombo embolismo, lesiones del tracto genitourinario.

2.2.7.ÚTERO

Es un órgano muscular hueco, que tiene la forma de una pera achatada cuya porción más delgada está dirigida hacia abajo, situado en la cavidad pelviana.

2.2.7.1. PARTES DEL ÚTERO

- **El cuerpo:** Constituye el segmento muscular más activo del útero, la porción superior es de forma triangular el fondo uterino es la parte del órgano situada por encima de la inserción de las trompas. Los cuernos uterinos son las porciones donde se une el fondo con los bordes laterales del útero. En esta región se fijan las trompas y ligamentos redondos hacia adelante y las trompas y ligamentos útero ovárico hacia atrás. Los ligamentos anchos se insertan en los bordes laterales.
- **El cuello:** Representa la zona más inferior del útero. Mide entre 20 y 30mm de largo. La relación que existe entre la longitud del cuello y la longitud total del útero, la inserción vaginal divide al cuello en dos segmentos: el supra vaginal y el intravaginal.

2.2.7.2. Estructura anatómica del útero

Se compone de tres capas.

- **El endometrio**

Es la capa mucosa que reviste internamente el útero, es una capa muy vascularizada.

➤ **Miometrio**

Es la capa muscular intermedia del útero. Es una capa gruesa, compuesta por fibras musculares lisas que se controlan de forma involuntaria. Su principal función, La contracción del útero en el trabajo de parto y para expulsar el feto se caracteriza por ser el tejido más flexible del cuerpo humano, pues es capaz de estirarse lo suficiente como para permitir el crecimiento y desarrollo del embrión durante el embarazo; volviendo tras el parto a su tamaño normal.

➤ **Serosa**

Es una membrana epitelial compuesta por una fina capa de células epiteliales y otra fina capa de tejido conjuntivo. Las serosas tapizan las cavidades corporales y recubren los órganos que se encuentran en ellas, además de secretar un fluido acuoso que reduce la fricción y actúa de lubricante en el roce entre los distintos elementos de esa cavidad.

2.2.7.3. FUNCIÓN DEL ÚTERO

- El orificio uterino se abre durante los días fértiles de la mujer para recibir las células seminales (espermatozoides), permitiéndolas entrar. El resto del tiempo permanece cerrado por el tapón mucoso.
- Si los óvulos no se fecundan, se expulsan junto con el tejido endometrial durante la menstruación.

- Donde se implanta el óvulo fecundado se aloja y nutre al embrión para que se desarrolle hasta el momento de su nacimiento.
- La estructura y función del tejido endometrial interno se regula a través de las hormonas de los ovarios. Las contracciones se producen para iniciar el trabajo de parto.

2.2.8.1. CAUSAS DE HISTERECTOMÍA OBSTÉTRICA Y GINECOLÓGICA

2.2.8.1. CAUSAS OBSTÉTRICAS

➤ Atonía uterina

Esta consiste en que el útero no se contrae luego de la expulsión de la placenta y es la primera causa de hemorragia después del parto. También se cataloga como el principal factor de muerte perinatal en el mundo y el tercero en países subdesarrollados; se refiere a la pérdida de tono muscular de útero y un consecuente retraso en la involución del útero, puede también ser originada por retención de un resto placentario o una infección.

➤ Acretismo placentario

Es una implantación placentaria en la que hay una adherencia anormal a la pared uterina de la gestante, resulta de una ausencia de la decidua basal parcial o completa y el desarrollo incompleto de una capa de fibrina, la capa de Nitabuch, de forma que la línea de separación fisiológica entre la capa esponjosa de la decidua y el miometrio está ausente. A causa de esta alteración, la adherencia anormal puede afectar a uno o varios cotiledones o incluso a toda la placenta, constituyendo la placenta acreta focal, parcial o total respectivamente.

Incluye tres variantes; ACRETA, en la que las vellosidades placentarias están en contacto con el miometrio, INCRETA en la cual las vellosidades invaden miometrio, PERCRETA, en la cual atraviesan toda la capa miometrial llegando a la serosa y en ocasiones traspasándola e involucrando incluso órganos y tejidos vecinos.

➤ **Ruptura uterina**

Es un accidente del embarazo, más frecuentemente en trabajo de parto, con grave repercusión sobre la madre y el hijo. Puede producirse en forma espontánea, traumática u operatoria. Aunque una cicatriz de cesárea es causa de riesgo bien conocido para la ruptura uterina.

2.2.8.2. CAUSAS GINECOLÓGICAS

➤ **Miomatosis**

Es un tumor benigno y no canceroso que crece a expensas de la capa muscular del útero o miometrio. Es un útero más grande de lo normal una de cada tres mujeres con edades comprendidas entre los 35 y 55 años tienen un mioma.

➤ **Endometriosis**

Ocurre cuando el tejido endometrial el revestimiento interior del útero, comienza a crecer fuera del útero y sobre órganos adyacentes. Esta condición puede causar períodos menstruales dolorosos, sangrado

vaginal anormal y algunas veces pérdida de la fertilidad, incapacidad de embarazarse.

➤ **Prolapso del útero**

Corresponde al fallo de los sistemas de sostén, desplaza de su lugar normal hacia la vagina, es causado por el debilitamiento y ensanchamiento de los ligamentos y tejidos pélvicos. También pueden afectarse otros órganos como la vejiga.

El alumbramiento, la obesidad y la pérdida de estrógeno después de la menopausia pueden contribuir a la aparición de este problema.

➤ **Cáncer del cuello uterino**

También conocido como cáncer cervical o carcinoma del cuello uterino, suele crecer lentamente por un periodo de tiempo, en sus inicios algunas células comienzan a convertirse de células normales en células pre-cancerosas y luego pasan a ser células cancerosas, proceso conocido como Displasia, es aquella neoplasia maligna epitelial que se origina en esta parte del órgano a expensas del epitelio escamoso, columnar o glandular que lo reviste, este cáncer es más frecuente en mujeres sexualmente activas.

2.2.9. COMPLICACIONES DE HISTERECTOMÍA OBSTÉTRICA Y GINECOLÓGICA

Las complicaciones que pueden resultar a consecuencia de la histerectomía obstétrica y ginecológica, más frecuentemente observadas en los últimos años son:

- Complicaciones intraoperatorias, tenemos: hematoma vesical, laceración vesical, laceración del epiplón, hematoma de infundíbulo pélvico y coagulopatía.
- Complicaciones postoperatoria, tenemos: anemia, infecciones, fístula vesícutáneo y trombo embolismo cutáneo.

2.3. DEFINICIÓN OPERATIVA DE TÉRMINOS

➤ **Histerectomía**

Es la extirpación quirúrgica del útero que ocasiona la incapacidad para quedar embarazada.

➤ **Histerectomía total o completa**

Que consiste en la extirpación del útero y del cuello uterino.

➤ **Histerectomía parcial**

Que consiste en la extirpación de la parte superior del útero, dejando el cuello uterino intacto.

➤ **Histerectomía radical**

Que consiste en la extirpación del útero, el cuello y sus ligamentos.

➤ **Histerectomía abdominal**

Se realiza a través de una incisión en el abdomen, por donde se retira el útero.

➤ **Histerectomía vaginal**

Se realiza con una operación a través de la vagina, por donde se retira el útero.

➤ **prevalencia**

Número total de casos de una enfermedad específica que existe en una población en un momento dado.

➤ **Histerectomía por Causas Obstétricas**

Son las complicaciones que se presentan durante el embarazo, parto y puerperio.

- **Atonía uterina**
Falta de tono o fuerza normal, disminución de la tenacidad del útero
- **Acretismo placentario**
Implantación placentaria en la que hay una adherencia anormal.
- **Placenta acreta**
Es la adherencia anormal de una parte o de la totalidad de la placenta a la pared uterina, sin que las vellosidades coriales penetren el miometrio.
- **Placenta increta**
Las vellosidades coriales penetran el miometrio.
- **Placenta percreta**
Es la penetración de los elementos coriales hasta sobrepasar la serosa del útero, pudiendo alcanzar órganos vecinos.
- **Rotura uterina**
Rotura de las fibras musculares del útero sujeto a estiramiento, que vence su capacidad de distensión.
- **Histerectomía por causas ginecológicas**
Son las complicaciones ginecológicas que presentan las mujeres fuera del embarazo, parto y puerperio, comprende los siguientes casos:
- **Prolapso uterino**
Útero se desplaza desde su ubicación habitual hacia la vagina por pérdida de calidad de tejidos.

➤ **Cáncer del cuello uterino**

Es aquella neoplasia maligna epitelial que se origina en esta parte del órgano a expensas del epitelio escamoso, columnar o glandular que lo reviste.

➤ **Carcinoma de las células escamosas**

Que se origina a expensas del epitelio pavimentoso, es el más frecuente (aproximadamente 80% de los casos); el precursor inmediato de este carcinoma son las HSIL (lesiones intraepiteliales escamosas de alto grado).

➤ **Adenocarcinoma cervical**

Que constituye el 15% de los casos y se desarrolla apartir de lesiones precursoras denominadas adenocarcinoma in situ.

➤ **Edad**

Tiempo transcurrido desde su nacimiento hasta la actualidad de un individuo.

➤ **Nivel de instrucción**

Son los niveles formales establecidos por el Ministerio de Educación y Culto para el Sistema Educativa Nacional.

➤ **Estado civil**

Es la condición marital de la persona ante la ley. Sus indicadores son soltera, casada, conviviente y otros.

➤ **Procedencia**

Origen o principio de donde nace o se deriva una persona.

➤ **Paridad**

Se refiere al número de embarazos finalizados en una mujer, incluyendo el número de partos a término, el número de partos prematuros, el número de abortos y el número de hijos vivos en la actualidad.

2.4. HIPÓTESIS

Las causas de histerectomía obstétrica en mujeres atendidas en el servicio de gineco obstetricia del Hospital Regional de Ayacucho en el periodo 2009 - 2011 son: Atonía uterina acretismo placentario y ruptura uterina, en tanto las causas de histerectomía ginecológica son: Miomatosis uterina, endometriosis, prolapso uterina, cáncer de útero.

2.5. VARIABLES DE ESTUDIO

2.5.1. VARIABLE INDEPENDIENTE

- Causas obstétricas y ginecológicas

2.5.2. VARIABLE DEPENDIENTE

- Histerectomía

2.5.3. VARIABLES INTERVINIENTES

- Edad
- Nivel de instrucción
- Estado civil
- Procedencia
- paridad

CAPITULO III

DISEÑO METODOLÓGICO

3.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

Aplicada.

3.2. MÉTODO DE ESTUDIO

Descriptivo, retrospectivo.

3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

3.3.1. POBLACIÓN

Estuvo comprendida por 115 historias clínicas de mujeres atendidas en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional de Ayacucho durante el periodo 2009 – 2011.

3.3.2. MUESTRA

Estuvo constituida por 109 historias clínicas de mujeres que fueron sometidas a histerectomía en servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional de Ayacucho en el periodo 2009- 2011.

3.3.4. TIPO DE MUESTREO

No probabilístico, por conveniencia.

3.4. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

3.4.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Historias clínicas de mujeres que fueron sometidas a histerectomía por causa obstétrica y ginecológica en el periodo 2009-2011.

3.4.2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Historias clínicas de mujeres con otro tipo de intervención quirúrgica obstétrica o ginecológica

3.5. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.5.1. TÉCNICA

- Revisión de historias clínicas de mujeres que fueron sometidas a histerectomía.

3.5.2. INSTRUMENTO

- Ficha de recolección de datos pre elaborados de acuerdo a nuestros variables de estudio.
- Historias clínicas de mujeres sometidas a histerectomía.

3.6. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

- Mediante el Decanato de la Facultad de Obstetricia de la universidad Nacional San Cristóbal de Huamanga, se solicitó el permiso correspondiente para realizar el presente trabajo de investigación en el Hospital Regional de Ayacucho.
- Se entregó la carta de presentación expedida por nuestra Facultad de Obstetricia al Director del Hospital Regional de Ayacucho quien nos refirió al departamento de gineco - obstetricia y unidad de estadística.
- Presentamos la solicitud para la revisión, aprobación y ejecución de nuestro proyecto de investigación al departamento de área de investigación del Hospital Regional de Ayacucho.
- Conseguido el permiso respectivo, se procedió a identificar número de historias clínicas de mujeres sometidas a histerectomía en el área de estadística.
- Seguidamente acudimos a la oficina de archivos, se solicitó al personal de turno para seleccionar las historias clínicas de mujeres sometidas a histerectomía en el periodo 2009-2011.
- Los datos encontrados a través de la revisión minuciosa de las historias clínicas fueron plasmados en nuestras fichas de recolección de datos.
- Concluido con las recolecciones de datos de información se procedió a la codificación de cada instrumento de recolección de datos, seguidamente se procedió a crear la base de datos en la hoja de cálculo Excel.

3.7. PROCESAMIENTO DE DATOS

La base de datos fue procesada en el Software Estadístico SPSS versión 19.0, IBM (*Statistical Package for Social Science*). Con los cuales se construyeron cuadros de contingencia de tamaño $n \times m$, a los cuales se les aplicó la prueba estadística de Chi Cuadrado para determinar la relación de las principales variables de estudio con los factores personales.

CAPITULO IV

DISCUSIÓN Y RESULTADOS

CUADRO Nº 01

**PREVALENCIA DE HISTERECTOMÍA EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL
SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA. HOSPITAL REGIONAL DE
AYACUCHO, 2009 - 2011.**

Año	Nº	%
2009	33	28.7
2010	39	33.9
2011	43	37.4
Total	115	100.0

En el cuadro Nº 01 se muestra la prevalencia de histerectomía en pacientes atendidas en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital Regional de Ayacucho, donde se observa un total del 100%(115) de mujeres sometidas a histerectomías durante los tres años, de ellas el 37.4% (43) correspondieron al año 2011, 33.9% (39) al año 2010 y 28.7% (33) al año 2009, demostrándose el incremento de histerectomía en año 2011.

Del análisis de los resultados podemos concluir que la prevalencia de histerectomías fueron incrementándose de 28.7% en el 2009 a 37.4% en el 2011.

Dentro de los procedimientos ginecológicos mayores, la histerectomía constituye la cirugía más frecuentemente realizada, que tiene por finalidad preservar la vida de la mujer que se somete a este procedimiento quirúrgico.

Robert (2010), en la investigación "Histerectomía posparto: Experiencia de Clínica Las Condes" reportó 15,356 partos con 34 casos de histerectomía posparto (incidencia de 2,2 histerectomías/1000 partos)

Reveles (2008), en la investigación "Histerectomía obstétrica: incidencia, indicaciones y complicaciones", reportó que la incidencia de histerectomía obstétrica fue de 8 casos por cada 1000 consultas obstétricas, siendo muy bajo los casos de histerectomía, sin embargo fueron por diversas causas.

Merino (2009), en la investigación "Distribución de la patología quirúrgica del cuerpo uterino en mujeres chilenas sometidas a histerectomía en un Hospital Clínico Universitario", en un estudio retrospectivo de todas las histerectomías efectuadas entre los años 1991 y 2005 reportaron 5683 casos.

Faneite (2000), en la investigación "Histerectomía obstétrica" reportó una frecuencia de histerectomía de 0,16%, que viene a ser 1 caso de cada 622 casos obstétricos.

CUADRO Nº 02

**CAUSAS OBSTÉTRICAS Y GINECOLÓGICAS DE HISTERECTOMÍA EN
PACIENTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA
DEL HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO, 2009-2011.**

Causas de Histerectomía	Nº	%
Causas obstétricas:		
Atonía uterina	11	10.1
Acretismo placentario	2	1.8
Rotura uterina	1	0.9
Aborto séptico	1	0.9
Óbito fetal	2	1.8
Placenta previa total	1	0.9
Sub - Total	18	16.5
Causas ginecológicas:		
Prolapso uterino	21	19.3
Cáncer del cuello uterino	1	0.9
Miomatosis uterina	64	58.7
Absceso tubárico	2	1.8
Cervicitis crónico sangrante	1	0.9
Hiperplasia endometrial, Tumor ovárico derecho	1	0.9
Pólipo endometrial	1	0.9
Sub- Total	91	83.5
Total	109	100.0

En el cuadro Nº 02 se muestra las causas obstétricas y ginecológicas de histerectomía en pacientes atendidas en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital Regional de Ayacucho, donde se observa del 100.0% (109) mujeres sometidas a histerectomía, el 16.5% (18) presentaron causas

obstétricas, de ellas, 10.1% (11) fueron por atonía uterina, 1.8% (2) acretismo placentario y óbito fetal, respectivamente. Asimismo, el 83.5% (91) de pacientes presentaron causas ginecológicas, de ellas 58.7% (64) correspondieron a miomatosis uterina, 19.3% (21) a prolapso uterino, 1.8% (2) a absceso tubárico, entre otros.

De los resultados hallados se concluye que el mayor porcentaje de histerectomía fueron realizados por causas ginecológicas como la miomatosis uterina (58.7%), debido por desequilibrio de estrógeno-progesterona y hereditario. Seguida de causas obstétricas como atonía uterina (10.1%), debido a multiparidad, gestante añosa, parto prolongado y mal uso de oxitócicos.

Robert (2010), reportó de 34 casos de histerectomía las causas principales fueron el acretismo placentario (61,8%), inercia uterina (20,6%) y rotura uterina (8,8%).

Merino (2009), reportó de un total 5683 histerectomías, 4275 úteros con lesiones de origen no epitelial (leiomiomas uterinos y adenomiosis), 2070 piezas con lesiones epiteliales (atrofia, pólipo endometrial e hiperplasia glandular del endometrio), 905 casos con ambas patologías la miometrial y endometrial y el 1% de las histerectomías se encontró como hallazgo un cáncer ginecológico. Por siguiente.

Pérez (2008), en la investigación "Histerectomía obstétrica en el Hospital

Regional "General Ignacio Zaragoza" y en el Hospital Ángeles México", reportó de 19 histerectomías obstétricas totales y seis subtotales que corresponden fueron debido a atonía uterina en 44%, seguida de placenta acreta con 28%.

Reveles (2008), reportó que la principal indicación para la histerectomía fue placenta previa vinculada con acretismo placentario (33%), seguida de hipotonía uterina (22.3%).

Sáez (2006), en la investigación "Análisis de un quinquenio en la histerectomía obstétrica de emergencia", reportó que la atonía uterina fue la indicación que en mayor caso se presentó (48%).

CUADRO Nº 03

**CAUSAS OBSTÉTRICAS Y GINECOLÓGICAS DE HISTERECTOMÍA EN
PACIENTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA
EN RELACIÓN A EDAD. HOSPITAL REGIONAL DE
AYACUCHO, 2009-2011.**

Causas Obstétricas y Ginecológicas	Edad						Total	
	≤19		20 a 35		≥ 36		Nº	%
	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
Obstétricas	1	0.9	7	6.4	10	9.2	18	16.5
Ginecológicas	0	0.0	6	5.5	85	78.0	91	83.5
Total	1	0.9	13	11.9	95	87.2	109	100.0

FUENTE: Ficha de recolección de datos.

$$\chi_c^2 = 20.668^{**}$$

$$\chi_i^2 = 5.991$$

$$P < 0.05$$

g. l. = 2

En el cuadro Nº 03 se muestra las causas obstétricas y ginecológicas de histerectomía en pacientes atendidas en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital Regional de Ayacucho en relación a la edad, donde se observa del 100%(109) de mujeres sometidas a histerectomía, el 83.5% (91) pacientes histerectomizadas fueron por causas ginecológicas, el 78.0% (85) correspondieron a pacientes con edades mayores o iguales de 36 años y 5.5% (6) a pacientes con 20 a 35 años. Asimismo, del 16.5% (18) de pacientes que se realizaron la histerectomía por causas obstétricas, el 9.2% (10) correspondieron a pacientes con edades mayores o iguales de 36 años, 6.4% (7) a pacientes con edades de 20 a

35 años y 0.9% (1) a pacientes con edades menores o iguales de 19 años.

Del análisis de los resultados concluimos que el 78.0% (85) de hysterectomías por causas ginecológicas correspondieron a pacientes con edades mayores o iguales a 36 años. Y 9.2% (10) de hysterectomías por causas obstétricas correspondieron a pacientes con edades mayores o iguales a 36 años.

Sometido los resultados a la prueba estadística de Chi Cuadrado se halló evidencia estadística significativa de dependencia entre las causas de hysterectomía con la edad ($P < 0.05$).

Como se observa en los resultados hallados existe evidencia estadística de dependencia entre las causas de hysterectomía con la edad ($P < 0.05$).

Esto nos permite saber que a mayor edad aparece más probabilidad de causas de hysterectomía, ocasionados por debilitamiento de los músculos de piso pélvico, se presentan mayores signos y síntomas que conllevan a patologías que pueden conducir a la hysterectomía con mayor frecuencia en mujeres con edades avanzadas. Al respecto.

García (2009), en la investigación "Hysterectomía. Evaluación de dos técnicas quirúrgicas", reportó que prevaleció la hysterectomía en mujeres con edades entre 36 a 45 años con 38,0% de hysterectomía abdominal y 55,2 % de hysterectomía vaginal, siendo la principal indicación el mioma.

CUADRO Nº 04

**CAUSAS OBSTÉTRICAS Y GINECOLÓGICAS DE HISTERECTOMÍA EN
PACIENTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA
EN RELACIÓN AL NIVEL DE INSTRUCCIÓN. HOSPITAL
REGIONAL DE AYACUCHO, 2009-2011.**

Causas Obstétricas y Ginecológicas	Nivel de instrucción								Total	
	Iletrada		Primaria		Secundaria		Superior		Nº	%
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
Obstétricas	1	0.9	11	10.1	5	4.6	1	0.9	18	16.5
Ginecológicas	22	20.2	42	38.5	21	19.3	6	5.5	91	83.5
Total	23	21.1	53	48.6	26	23.9	7	6.4	109	100.0

FUENTE: Ficha de recolección de datos.

$$\chi^2_c = 3.325 \text{ N. S.} \quad \chi^2_r = 7.815 \quad P > 0.05$$

g. l. = 3

En el cuadro Nº 04 se muestra las causas obstétricas y ginecológicas de histerectomía en pacientes atendidas en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital Regional de Ayacucho en relación al nivel de instrucción, donde se observa del total 100%(109) de mujeres sometidas a histerectomía, el 83.5% (91) de pacientes con histerectomía por causas ginecológicas, 38.5% (42) correspondieron a pacientes con nivel de instrucción primaria, 20.2% (22) a pacientes iletradas, 19.3% (21) con nivel de instrucción secundaria y 5.5% (6) con nivel superior. Asimismo, del 16.5% (18) de pacientes con histerectomía por causas obstétricas, 10.1% (11) correspondieron a pacientes con nivel de instrucción primaria, 4.6% (5) con nivel de instrucción secundaria y 0.9% (1) a pacientes

iletradas y con nivel de instrucción superior, respectivamente.

Del análisis de los resultados concluimos que el 38.5% (42) de hysterectomías por causas ginecológicas correspondieron a pacientes con nivel de instrucción primaria. Y 10.1% (11) de hysterectomías por causas obstétricas correspondieron a pacientes con nivel de instrucción primaria.

Sometido los resultados a la prueba estadística de Chi Cuadrado no se halló evidencia estadística significativa de dependencia entre las causas de hysterectomía con el nivel de instrucción ($P>0.05$).

Los resultados hallados en la presente investigación muestran que no existe evidencia estadística de dependencia entre las causas obstétricas y ginecológicas de la hysterectomía con el nivel de instrucción ($P>0.05$).

Ya que estas se pueden presentar en todas las pacientes con los diferentes niveles de instrucción. Las causas de hysterectomía están influenciadas a patologías que ponen muchas veces en riesgo la vida de la persona que las padece.

Aragón (2008), en la investigación "Hysterectomía obstétrica: Causas y complicaciones en el Hospital Materno Infantil "Dr. Pastor Orepeza", Caracas", reportó de un total de 152 hysterectomías realizadas a mujeres adultas, 46.7% (71) correspondieron a mujeres con educación universitaria, 36.8% (56) a mujeres con educación técnica profesional y 16.4% (25) a mujeres con secundaria básica no reportó asociación.

CUADRO Nº 05

**CAUSAS OBSTÉTRICAS Y GINECOLÓGICAS DE HISTERECTOMÍA EN
PACIENTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA
EN RELACIÓN A ESTADO CIVIL. HOSPITAL REGIONAL DE
AYACUCHO, 2009-2011.**

Causas Obstétricas y Ginecológicas	Estado Civil								Total	
	Soltera		Casada		Conviviente		Viuda		Nº	%
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
Obstétricas	0	0.0	6	5.5	12	11.0	0	0.0	18	16.5
Ginecológicas	15	13.8	50	45.9	17	15.6	9	8.3	91	83.5
Total	15	13.8	56	51.4	29	26.6	9	8.3	109	100.0

FUENTE: Ficha de recolección de datos.

$$\chi_c^2 = 19.119^{**} \quad \chi_i^2 = 7.815 \quad P < 0.05$$

g. l. = 3

En el cuadro Nº 05 se muestra las causas obstétricas y ginecológicas de histerectomía en pacientes atendidas en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital Regional de Ayacucho en relación a estado civil, donde se observa del 100%(109) de mujeres sometidas a histerectomía, el 83.5% (91) de pacientes que se realizaron la histerectomía por causas ginecológicas, 45.9% (50) de pacientes fueron casadas, 15.6% (17) fueron convivientes, 13.8% (15) fueron solteras y 8.3% (9) fueron viuda. Asimismo, del 16.5% (18) de pacientes que se realizaron la histerectomía por causas obstétricas, 11.0% (12) de pacientes fueron convivientes y

5.5% (6) fueron casadas.

Del análisis de los resultados concluimos que el 45.9% (50) de histerectomías por causas ginecológicas correspondieron a pacientes casadas. Y 11.0% (12) de histerectomías por causas obstétricas correspondieron a pacientes convivientes.

Sometido los resultados a la prueba estadística de Chi Cuadrado se halló evidencia estadística significativa de dependencia entre las causas ginecológicas y obstétricas de histerectomía con el estado civil ($P < 0.05$).

La mayor causa de histerectomía se presentó en mujeres de estado civil casada, esto se debe a que esta población, inició la vida sexual más temprana y mayor posibilidad de contraer cáncer del cuello uterino.

Aragón (2008), reportó de un total de 152 histerectomías realizadas a mujeres adultas, de ellas 71.1% (108) correspondieron a mujeres casadas, convivientes y 28.9% (44) a mujeres solteras, no reportó asociación entre la histerectomía y el estado conyugal ($P > 0.05$).

CUADRO Nº 06

**CAUSAS OBSTÉTRICAS Y GINECOLÓGICAS DE HISTERECTOMÍA EN
PACIENTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA EN
RELACIÓN A LA PROCEDENCIA. HOSPITAL REGIONAL DE
AYACUCHO, 2009-2011.**

Causas Obstétricas y Ginecológicas	Procedencia						Total	
	Urbano		Periurbano		Rural			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Obstétricas	4	3.7	4	3.7	10	9.2	18	16.5
Ginecológicas	20	18.3	20	18.3	51	46.8	91	83.5
Total	24	22.0	24	22.0	61	56.0	109	100.0

FUENTE: Ficha de recolección de datos.

$$\chi_c^2 = 0.001 \text{ N. S.} \quad \chi_r^2 = 5.991 \quad P > 0.05$$

g. l. = 2

En el cuadro Nº 06 se muestra las causas obstétricas y ginecológicas de histerectomía en pacientes atendidas en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital Regional de Ayacucho en relación a la procedencia, donde se observa del 100%(109) de mujeres sometidas a histerectomía, el 83.5% (91) de pacientes que se realizaron la histerectomía por causas ginecológicas, 46.8% (51) correspondieron a pacientes procedentes del área rural, 18.3% (20) procedentes del área urbano y periurbano, respectivamente.

Asimismo, del 16.5% (18) de pacientes que se realizaron la histerectomía por causas obstétricas, 9.2% (10) correspondieron a pacientes

procedentes del área rural y 3.7% (4) procedentes del área urbano y periurbano, respectivamente.

Del análisis de los resultados concluimos que el 46.8% (51) de histerectomías por causas ginecológicas correspondieron a pacientes procedentes del área rural. Y 9.2%(10) de histerectomías por causas obstétricas correspondieron a pacientes procedentes del área rural.

Sometido los resultados a la prueba estadística de Chi Cuadrado no se halló evidencia estadística significativa de dependencia entre las causas de histerectomía con la procedencia ($P>0.05$).

Como se observa en los resultados hallados en la presente investigación no existe evidencia estadística de dependencia entre las causas obstétricas y ginecológicas de la histerectomía con la procedencia ($P>0.05$).

Es decir que las mujeres de todas las áreas geográficas están expuestas a los mismos factores de riesgo que pueden conducir a una histerectomía, sin embargo muchos de los diagnósticos se realizan en los Hospitales de mayor capacidad resolutive, por lo que generalmente son limitados exámenes auxiliares y carencia de los profesionales en área rural.

Aragón (2008), reportó de un total de 152 histerectomías realizadas a mujeres adultas, 55.9% (85) correspondieron a mujeres con procedencia urbana y 44.1% (67) periurbana, no reportó asociación entre la

histerectomía y la procedencia ($P>0.05$), resultados que difieren a los hallados en la presente investigación.

CUADRO Nº 07

CAUSAS OBSTÉTRICAS Y GINECOLÓGICAS DE HISTERECTOMÍA EN
 PACIENTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA EN
 RELACIÓN A LA PARIDAD. HOSPITAL REGIONAL DE
 AYACUCHO, 2009-2011.

Causas Obstétricas y Ginecológicas	Paridad								Total	
	Nulípara		Primípara		Múltipara		Gran múltipara		Nº	%
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
Obstétricas	2	1.8	3	2.8	9	8.3	4	3.7	18	16.5
Ginecológicas	3	2.8	5	4.6	29	26.6	54	49.5	91	83.5
Total	5	4.6	8	7.3	38	34.9	58	53.2	109	100.0

FUENTE: Ficha de recolección de datos.

$$\chi_c^2 = 9.864^{**}$$

$$\chi_t^2 = 7.815$$

$$P < 0.05$$

g. l. = 3

En el cuadro Nº 07 se muestra las causas obstétricas y ginecológicas de histerectomía en pacientes atendidas en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital Regional de Ayacucho en relación a la paridad, donde se observa del 100%(109) de mujeres sometidas a histerectomía, el 83.5% (91) de pacientes que se realizaron la histerectomía por causas ginecológicas, 49.5% (54) correspondieron a pacientes gran múltiparas, 26.6% (29) a pacientes múltiparas, 4.6% (5) a primíparas y el 2.8% (3) a nulíparas. Asimismo, del 16.5% (18) de pacientes que se realizaron la histerectomía por causas obstétricas, 8.3% (9) correspondieron a

pacientes multíparas, 3.7% (4) a gran multíparas, 2.8% (3) a primíparas y 1.8% (2) a nulíparas.

Del análisis de los resultados concluimos que el 49.5% (54) de hysterectomías por causas ginecológicas correspondieron a pacientes gran multíparas. Y 8.3% (9) de hysterectomías por causas obstétricas correspondieron a pacientes multíparas.

Sometido los resultados a la prueba estadística de Chi Cuadrado se halló evidencia estadística significativa de dependencia entre las causas de hysterectomía con la paridad ($P < 0.05$).

El útero es el órgano reproductivo que sufre modificaciones anatómo fisiológico o adaptaciones, con embarazos continuos se debilita el organismo femenino, presentarse patologías como prolapso uterino, atonía uterina durante el embarazo, parto y puerperio puede conducir a una hysterectomía en éstas entidades clínicas la paridad es un factor importante que debe ser tomado en cuenta sobre todo en multíparas y gran multíparas.

Viera (2010), en la investigación "Hysterectomía obstétrica: Terapéutica segura en la disminución de la morbilidad - mortalidad en la atención primaria de salud", reportó de un total de 95 hysterectomías realizadas a mujeres con edades de 30 a 50 años, 34.7% (33) correspondieron a mujeres con 5 a más hijos, 43.2% (41) a mujeres con 2 a 4 hijos y 22.1%

(21) a mujeres con un solo hijo, reportando asociación entre la histerectomía y la paridad ($P < 0.05$), resultados similares en cuanto a la probabilidad de ocurrencia.

Aragón (2008), reportó de un total de 152 histerectomías realizadas a mujeres adultas, 50.0% (76) correspondieron a mujeres gran multíparas, 29.6% (45) a multíparas y 20.4% (31) a primíparas, reportando asociación entre la histerectomía y la paridad ($P < 0.05$), resultados similares en cuanto a la probabilidad de ocurrencia.

CUADRO Nº 08

**CAUSAS OBSTÉTRICAS Y GINECOLÓGICAS DE HISTERECTOMÍA EN
PACIENTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA EN
RELACIÓN A TIPO DE INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA. HOSPITAL
REGIONAL DE AYACUCHO, 2009-2011.**

Causas Obstétricas y Ginecológicas	Tipo de intervención quirúrgica				Total	
	Abdominal		Vaginal		Nº	%
	Nº	%	Nº	%		
Obstétricas	18	16.5	0	0.0	18	16.5
Ginecológicas	72	66.1	19	17.4	91	83.5
Total	90	82.6	19	17.4	109	100.0

FUENTE: Ficha de recolección de datos.

$$\chi_c^2 = 4.552^{**}$$

$$\chi_i^2 = 3.841$$

$$P < 0.05$$

$$g. l. = 1$$

En el cuadro Nº 08 se muestra las causas obstétricas y ginecológicas de histerectomía en pacientes atendidas en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital Regional de Ayacucho en relación a tipo de intervención quirúrgica, se observa del 100%(109) de mujeres sometidas a histerectomía, el 83.5% (91) de pacientes que se realizaron la histerectomía por causas ginecológicas, 66.1% (72) correspondieron a tipo de intervención quirúrgica abdominal y 17.4% (19) a vaginal. Asimismo, del 16.5% (18) de pacientes que se realizaron la histerectomía por causas obstétricas, la totalidad correspondieron al tipo de intervención quirúrgica abdominal.

Del análisis de los resultados concluimos que el 66.1% (72) de hysterectomías por causas ginecológicas correspondieron a pacientes tipo de intervención quirúrgica abdominal. Y 16.5%(18) de hysterectomías por causas obstétricas correspondieron a tipo de intervención quirúrgica abdominal.

Sometido los resultados a la prueba estadística de Chi Cuadrado se halló evidencia estadística significativa de dependencia entre las causas de hysterectomía con el tipo de intervención quirúrgica ($P<0.05$).

La intervención abdominal presenta ciertas ventajas en relación a la vaginal, entre ellas podemos señalar: que es técnicamente más fácil, sencilla, rápida y segura; es menor el riesgo de complicaciones intraoperatorias como hemorragias y lesiones de estructuras anatómicas vecinas al útero, es menor el riesgo de complicaciones sépticas; no se afecta ni se acorta la vagina, no posibilita granulomas en el posoperatorio no altera la posibilidad pélvica y es la menor incidencia de prolapsos pos hysterectomía.

Viera (2010), reportó de un total de 95 hysterectomías realizadas a mujeres con edades de 30 a 50 años, 62.1% (59) correspondieron a la hysterectomía vaginal y 37.9% (36) a hysterectomía abdominal, reportando asociación entre la hysterectomía y el tipo de intervención quirúrgica ($P<0.05$), resultados similares en cuanto a la probabilidad de ocurrencia.

Izquierdo y Reyes (2008), en la investigación "La histerectomía obstétrica como un problema vigente en el Hospital Gineco - Obstétrico Docente de Guanabacoa, Facultad Miguel Enríquez, La Habana, Cuba", de un total de 126 mujeres sometidas a histerectomía 55.6% (70) correspondieron a histerectomías vaginales y 44.4% (56) a abdominales, reportando asociación entre la histerectomía y el tipo de intervención quirúrgica ($P < 0.05$), resultados similares en cuanto a la probabilidad de ocurrencia.

CONCLUSIONES

De los resultados obtenidos en la presente investigación se arribó a los siguientes resultados:

- 1° La prevalencia de histerectomía en pacientes atendidas en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital Regional de Ayacucho fueron incrementando desde 28.7% en el 2009 a 37.4% en el 2011.
- 2° Las causas obstétricas de histerectomía fueron atonía uterina acretismo placentario, ruptura uterina.
- 3° Las causas ginecológicas fueron: miomatosis uterina, cáncer de útero, endometriosis y prolapso uterino.
- 4° Los factores asociados a las causas de histerectomía obstétrica fueron: la edad (\geq a 36 años), estado civil (convivientes) y paridad (multíparas) y las causas ginecológicas fueron: edad (\geq a 36 años), estado civil (casadas) y paridad (gran múltiparas) ($p < 0.05$).

RECOMENDACIONES

- 1° Realizar investigaciones referidas al tema en los diferentes Hospitales de Ayacucho, para identificar si son los mismos factores que conducen a una histerectomía y de esta manera se pueda diseñar estrategias de atención a las mujeres que serán sometidas a esta intervención quirúrgica.
- 2° Promocionar mediante educación, información y comunicación el cuidado de la salud de las mujeres sobre aspectos que afectan la salud sexual y reproductiva.
- 3° Realizar estudios de seguimiento a mujeres histerectomizadas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. **CLARK, S.L;** "Emergencia de histerectomía", Indicaciones y complicaciones Ginecológicas, 2005 volumen XVII, Pág. 64-376.
2. **URIBE, R;** "Histerectomía obstétrica", Concepto e Importancia Gineco Obstetricia, 2007 volumen V, Pág.23-64.
3. **PORRO, E;** "Amputaciones útero-ovárica",2006 1ª edición Chile-Santiago. Editorial Chin, Pág. 237-289-1876.
4. **ISLA, A. y et;** "Comportamiento de la Histerectomía Obstétrica", Cubana: Santillana, 2005.
5. **STANCOPPAUL y et;** "Emergency peripartum hysterectomy and associated risk factors". Is J Obstet Gynecol, 2006.
6. **RAMÍREZ, O;** "Cesárea histerectomía en el Hospital Almenara Irigoyen y Centro Médico Naval". LIMA- Perú: tomo II 2da edición, 1998.
7. **RAMÍREZ, O;** "Cesárea histerectomía en el Hospital Almenara Irigoyen y Centro Médico Naval", LIMA- Perú: tomo II 3da edición, 2008.
8. **SÁEZ CANTERO, Viviana;** "Análisis de un quinquenio en la histerectomía obstétrica de emergencia",2006 Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología, volumen II, Pág. 84-90.

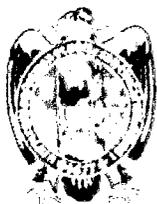
9. **PÉREZ MÉNDEZ, J;** “histerectomía obstétrica en el Hospital Regional”
“General Ignacio Zaragoza” y en el Hospital Ángeles México, 2008
Pág. 10-14.
10. **REVELES VÁZQUEZ, Juan A;** “Histerectomía obstétrica
Incidencia, indicaciones y complicaciones” México:
trilce: 2008.
11. **FANEITE, Pedro;** “Histerectomía obstétrica”,2000 Venezuela, Pág.
44-85.
12. **GARCÍA RODRÍGUEZ, Miguel E;** “Histerectomía evaluación de
dos técnicas quirúrgicas”, 2009 Revista Cubana de Obstetricia y
Ginecología., Pág. 35-50.
13. **MERINO O, PAULINA;** “Distribución de la patología quirúrgica del
cuerpo uterino en mujeres chilenas sometidas a histerectomía en
un Hospital Clínico Universitario”, 2009, Rev. Chil. Obstet. Ginecol,
Pág.71- 80.
14. **ROBERTO, S;** “Histerectomía post parto: Experiencia de Clínica
las Conde”,2010 segunda edición Colombia, Pág. 300- 638-640.
15. **FERNANDO GARCÍA;** “Cesaría Histerectomía en el Hospital
Nacional Guillermo Almenara”, 2007, Lima-Perú, Pág. 217.

16. **AHUED AHUED, Roberto y et;** "Ginecología y Obstetricia aplicadas", 2005, segunda edición, editorial el manual moderno, Pág. 638 – 639.
17. **MONDRAGÓN CASTRO, Hector;** "Gineco- obstetricia", 2004 primera edición tomo I, editorial trillas, Pág. 612- 615.
18. **JONATHAN, S y et;** "complicaciones de histerectomia",2008.edicion catorce, editorial Edide, Pág. 834 – 836 – 862 -864.
19. **SCHWARCZ, Ricardo y et;** "Obstetricia", aparato reproductor femenino, 1986, cuarta edición, editorial el ateneo, Pág. 3 – 6.
20. **SANTIBÁÑEZ, A;** "Técnica B-Lynch para el control de la hemorragia puerperal Masiva". 2008 Reporte de seis casos en el Hospital San Bartolomé. Lima Perú. Gynaecia. Junio- Agosto Vol. 1, p. 125- 126- 128.
21. **TOURRIS H.** "Manual ilustrada de ginecología y obstetricia". 2005, segunda edición, Editorial.Toray- Masson S. A. Junio- Agosto Vol. 1, Pág. 125 126 128.
22. **ARAGÓN NR.** Histerectomía obstétrica: Causas y complicaciones en el Hospital Materno Infantil "Dr. Pastor Orepeza", Caracas. Resumen de Investigación Científica Biblioteca Universitaria, 2008, Vol. 1: 450 - 465.

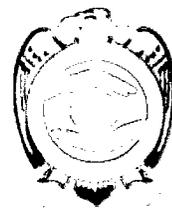
23. **VIERA, VC.** Histerectomía obstétrica: Terapéutica segura en la disminución de la morbilidad - mortalidad en la atención primaria de salud. Resumen de Investigación Científica Biblioteca Universitaria, 2010, Vol. 3: Pág. 156-169.

24. **IZQUIERDO, S.A y et;** "La histerectomía obstétrica como un problema vigente en el Hospital Gineco - obstétrico Docente de Guanabacoa, Facultad Miguel Enríquez, La Habana, Cuba". Resumen de Investigación Científica Biblioteca Universitaria, 2008, Vol. 1: Pág.450 - 465.

A n e x o s



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN CRISTÓBAL
DE HUAMANGA
FACULTAD DE OBSTETRICIA**



FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

Nº de ficha:

FECHA:.....H.C.

I. DATOS GENERALES

a. Edad

- 1. ≤ 19 años ()
- 2. 20 a 35 años ()
- 3. ≥ 36 a más años ()

b. Nivel de instrucción

- 1. Ilustrada ()
- 2. Primaria ()
- 3. Secundaria ()
- 4. Superior ()

c. Estado civil

- 1. Soltera ()
- 2. Casada ()
- 3. Conviviente ()
- 4. Otros:.....

d. Procedencia

- 1. Urbano ()
- 2. Periurbano ()
- 3. Rural ()

II. DATOS OBSTÉTRICOS

a. Gesta

1. Primigesta ()
2. Multigesta ()
3. Multípara ()
4. Gran multípara ()

b. Paridad

1. Nulípara ()
2. Primípara ()

III. CAUSAS OBSTÉTRICAS y GINECOLÓGICAS DE HISTERECTOMIA

a. Causas obstétricas

1. Atonía uterina ()
2. Acretismo placentario ()
3. Ruptura uterina ()
4. Otros.....

b. Causas ginecológicas

1. Endometriosis ()
2. Prolapso uterino ()
3. Cáncer del cuello Uterino ()
4. Miomatosis uterina ()
- 5.- Otros.....

IV. TIPO DE INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA

1. Abdominal..... ()
2. Vaginal..... ()

V. OBSERVACIÓN.....



UNIVERSIDAD NACIONAL
DE SAN CRISTÓBAL DE
HUAMANGA



FACULTAD DE
OBSTETRICIA

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN CRISTÓBAL DE HUAMANGA

FACULTAD: OBSTETRICIA

**“CAUSAS DE HISTERECTOMÍA OBSTÉTRICA Y GINECOLÓGICA EN
PACIENTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECO – OBSTETRICIA
DEL HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO 2009 – 2011”.**

ÁREA DE INVESTIGACIÓN: GINECO - OBSTETRICIA

PRESENTADO POR:

PALOMINO RAMÍREZ, Percy

D.N.I. Nº 41945856

NAVARRO QUISPE, Wilber

D.N.I. Nº 4174816

TÍTULO PROFESIONAL DE: OBSTETRA

AÑO DE APROBACIÓN DE SUSTENTACIÓN: 2014

“CAUSA DE HISTERECTOMÍA OBSTÉTRICA Y GINECOLÓGICA EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECO – OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO 2009 – 2011”.

PLATEAMIENTO DEL PROBLEMA: La histerectomía es considerada como única alternativa terapéutica en el manejo de patología con el fin de salvar la vida de la paciente. En la actualidad se observa aumento de la incidencia de complicaciones en obstetricia y ginecología que pone en grave riesgo la salud sexual y reproductiva que ponen en grave riesgo la salud sexual y reproductiva de la mujer. Esta situación se forma en un problema creciente. Es necesario desarrollar investigación, para que basadas en evidencia se planteen acciones de promoción bajo la responsabilidad de profesionales debidamente capacitado.

OBJETIVO GENERAL: Determinar las causas de histerectomía obstétrica y ginecología en pacientes atendidas en el servicio de gineco – obstetricia del Hospital Regional de Ayacucho, en el periodo 2009 – 2011. **HIPÓTESIS:** Las causas de histerectomía obstétrica en mujeres atendidas en el servicio de gineco obstetricia del Hospital Regional de Ayacucho en el periodo 2009 - 2011 son: Atonía uterina acretismo placentario y rotura uterina, en tanto las causas de histerectomía ginecológica son: Miomatosis uterina, endometriosis, prolapso uterina, cáncer de útero. **MARCO TEÓRICO:** Es una cirugía mayor que se realiza por complicaciones obstétricas que afectan al útero o matriz de la mujer durante el embarazo por aborto, parto, cesárea, puerperio. En complicaciones ginecológicas como cáncer del cuello uterino, prolapso de útero y endometriosis. Existen 3 técnicas de intervención quirúrgica. **Parcial o Subtotal:** Se extirpan la parte superior del útero dejando el cuello uterino en su lugar. **Completa:** Se extirpa el útero completo. **Radical:** Se extirpan la totalidad del útero, los nodos linfáticos y las estructuras de soporte que rodean al útero. **CONCLUSIONES:** La prevalencia de histerectomía en pacientes atendidas en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital Regional de Ayacucho

fueron incrementando desde 28.7% en el 2009 a 37.4% en el 2011. Las causas obstétricas de histerectomía fueron atonía uterina acretismo placentario, ruptura uterina. Las causas ginecológicas fueron: miomatosis uterina, cáncer de útero, endometriosis y prolapso uterino. Los factores asociados a las causas de histerectomía obstétrica y ginecológica fueron la edad, estado civil y paridad ($p < 0.05$). **RECOMENDACIONES:** Realizar investigaciones referidas al tema en los diferentes Hospitales de Ayacucho, para identificar si son los mismos factores que conducen a una histerectomía y de esta manera se pueda diseñar estrategias de atención a las mujeres que serán sometidas a esta intervención quirúrgica. Promocionar mediante educación, información y comunicación el cuidado de la salud de las mujeres sobre aspectos que afectan la salud sexual reproductiva. Realizar estudios de seguimiento a mujeres histerectomizadas.

BIBLIOGRAFÍA REFERENCIAL:

- 1.- **CLARK, S.L;** “Emergencia de histerectomía”, Indicaciones y complicaciones Ginecológicas, 2005 volumen XVII, Pág. 64-376.
- 2.- **TOURRIS H.** “Manual ilustrada de ginecología y obstetricia”. 2005, segunda edición, Editorial.Toray- MassonS. A. Junio- Agosto Vol. 1, Pág. 125 126 128.

“CAUSE OF HYSTERECTOMY OBSTETRIC AND GYNECOLOGICAL PATIENTS SERVED IN THE SERVICE OF GYNECOLOGY - OBSTETRICS OF HOSPITAL REGIONAL OF AYACUCHO, 2009 - 2011”.

Problem posing: Hysterectomy is considered only therapeutic alternative in the management of pathology in order to save the life of the present patient. In increased incidence of complications in obstetrics and gynecology that poses a serious health risk is observed sexual and reproductive which put at grave risk the sexual and reproductive health situation woman. This how a growing problem. It is necessary to develop research for evidence-based advocacy actions arising under the responsibility of duly trained. **Objective overall:** To determine the causes of obstetric and gynecology hysterectomy in patients treated at the gynecology service – obstetrics Hospital Regional of Ayacucho, in the period 2009 - 2011 **hypothesis:** the causes of obstetric hysterectomy in women attending gynecology obstetrics service of Hospital Regional of Ayacucho in the period 2009-2011 are: uterine atony uterine rupture and placenta accreta , while the causes of hysterectomy gynecological are uterine Fibroids , endometriosis , uterine prolapse , uterine cancer . **THEORETICAL FRAMEWORK:** It is better surgery that is performed for obstetric complications affecting the uterus or womb of the woman during pregnancy by abortion, childbirth, cesarean section, postpartum. In gynecological complications such as cervical cancer, endometriosis and uterine prolapse. There are three surgical techniques. Partial or subtotal: top of the uterus is removed leaving the cervix in place. Full: the entire uterus is removed. Guay: the entire uterus is removed, the lymph nodes and the supporting structures surrounding the uterus. **CONCLUSIONS:** The prevalence of hysterectomy in patients treated in the service of gynecology and obstetrics Ayacucho Regional Hospital they were increasing from 28.7 % in 2009 to 37.4 % in the 2011. Las obstetric causes of uterine atony hysterectomy were placenta accreta, uterine. Las break gynecological causes were uterine fibroids, uterine prolapse, endometriosis and uterine cancer. The factors associated with the causes of obstetric and gynecological hysterectomy were age, marital status and parity ($p < 0.05$). **RECOMMENDATIONS:** Conduct research to the topic in different hospitals Ayacucho, to identify whether the same factors that lead to hysterectomy this way give strategize care women will undergo this intervention quirúrgica. Promote by education information Usage care health women about aspects affecting reproductive sexual health. Conduct follow-up studies hysterectomized women.

REFERENCE BIBLIOGRAPH

1. - CLARK, SL, “Emergency hysterectomy” Gynecological Indications and complications, 2005 Volume XVII, page 64-376
2. - TOURRIS H. “Illustrated Manual of obstetrics and gynecology.” 2005, second edition, Editorial.Toray - Masson. June to August A. Vol. 1, p 125 126 128.