

DOI: <https://doi.org/10.23857/fipcaec.v8i2>

Factores sociodemográficos y antecedentes obstétricos maternos asociados a histerectomía obstétrica

Sociodemographic factors and maternal obstetric history associated with obstetric hysterectomy

Fatores sociodemográficos e antecedentes obstétricos maternos associados à histerectomia obstétrica

Xiomara Pamela Pincay Maigua^I

xiomi2427@hotmail.com

<https://orcid.org/0000-0002-4067-9842>

Ivonne Astrid Carvajal Pilliza^{II}

ivocapisep1991@hotmail.com

<https://orcid.org/0009-0000-7681-7015>

Vanessa Lizbeth Abad Quirola^{III}

vlaq_36@hotmail.com

<https://orcid.org/0000-0003-4195-1745>

Esly Jazmín Castro Villacrés^{IV}

dra.eslycastro@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0000-6869-6057>

Correspondencia: xiomi2427@hotmail.com

* **Recepción:** 21/02/2023 * **Aceptación:** 15/03/2023 * **Publicación:** 20/04/2023

1. Médico, Investigador Independiente, Ecuador
2. Médico, Investigador Independiente, Ecuador.
3. Médico, Investigador Independiente, Ecuador.
4. Médico, Investigador Independiente, Ecuador.



Resumen

En las pacientes obstétricas es indispensable conocer los factores de riesgo pues el pobre control prenatal sigue siendo uno de los principales problemas que pueden corregirse para detectar factores de riesgo. La finalidad de este estudio es una revisión exhaustiva sobre factores sociodemográficos y antecedentes obstétricos maternos asociados a histerectomía obstétrica ya que en muchas ocasiones esta intervención es una medida quirúrgica drástica que se realiza en aquellas pacientes que no responden a otros procedimientos, frente a una hemorragia severa después de un parto o cesárea, pudiendo presentar complicaciones obstétrica como la hemorragia uterina, colocando al médico ante un disyuntiva, sobre todo cuando es una mujer joven con baja paridad, donde es prioritario salvar la vida de la paciente con la oportunidad del tratamiento quirúrgico.

Palabras Claves: obstétricas; control prenatal; obstétricos maternos; histerectomía obstétrica; cesárea; hemorragia uterina.

Abstract

In obstetric patients it is essential to know the risk factors because poor prenatal control continues to be one of the main problems that can be corrected to detect risk factors. The purpose of this study is an exhaustive review of sociodemographic factors and maternal obstetric history associated with obstetric hysterectomy, since on many occasions this intervention is a drastic surgical measure that is performed in those patients who do not respond to other procedures, in the face of severe bleeding, after childbirth or caesarean section, which may present obstetric complications such as uterine bleeding, placing the doctor in a dilemma, especially when she is a young woman with low parity, where it is a priority to save the patient's life with the opportunity for surgical treatment.

Key Words: obstetrics; birth control; maternal obstetricians; obstetric hysterectomy; Caesarean section; uterine bleeding.

Resumo

Em pacientes obstétricas é essencial conhecer os fatores de risco porque o mau controle pré-natal continua sendo um dos principais problemas que podem ser corrigidos para detectar fatores de risco. O objetivo deste estudo é uma revisão exhaustiva dos fatores sociodemográficos e da história

obstétrica materna asociados à histerectomía obstétrica, pois em muitas ocasiões essa intervenção é uma medida cirúrgica drástica que é realizada naquelas pacientes que não respondem a outros procedimientos, diante de sangramento intenso após parto ou cesariana, que pode apresentar complicações obstétricas como sangramento uterino, colocando o médico em um dilema, principalmente quando se trata de uma mulher jovem e de baixa paridade, onde é prioritário salvar a vida da paciente com a oportunidade para tratamento cirúrgico.

Palavras-chave: obstetrícia; controle de natalidade; obstetras maternos; histerectomía obstétrica; cesariana; sangramento uterino.

Introducción

La histerectomía obstétrica es uno de las operaciones quirúrgicas utilizados como medida de control para prevenir complicaciones en mujeres que presenten algún problema de salud gineco obstétrico, considerándose una solución importante a esta afección. Está relacionado con diferentes factores como: partos previos por cesárea, edad mayor de 35 años, multiparidad, hemorragias previas. En base a estos antecedentes, surge la investigación sobre los factores sociodemográficos y antecedentes obstétricos maternos asociados a histerectomía obstétrica

La histerectomía obstétrica, se refiere como la anulación del útero en una paciente gestante que puede efectuarse conjuntamente con una cesárea (cesáreahisterectomía), posterior a una cesárea, después de un parto vaginal o un aborto; fundamentalmente se ejecutan porque que no se corrige con el tratamiento convenido y es el último recurso para salvar la vida de la paciente, o por infecciones severas que pueden causar una sepsis por falta de respuesta a antibióticos.

las causas más frecuentes de histerectomía obstétrica fueron atonía uterina y desgarros uterinos; en la actualidad, esta ha disminuido y la placentación anormal ha pasado a ser la indicación más habitual debido a la aceptación tasa de mujeres con cesárea anterior.

Desarrollo

La histerectomía obstétrica (HO)

Es una intervención quirúrgica que en la actualidad se encuentra reservada sólo para aquellas situaciones en las que el manejo conservador para preservar el útero y la función reproductiva han fallado, considerándose el procedimiento como una intervención indicada en los casos de



emergencia obstétrica para preservar la vida. El procedimiento no es de primera elección debido a las altas tasas de morbilidad quirúrgica que presenta por eventos adversos previsibles, reportándose altas tasas de morbilidad desde el inicio de su práctica en el siglo pasado, secundario a procesos infecciosos por falta de antibióticos y técnicas de asepsia. El procedimiento se realiza de forma segura hasta la segunda mitad del siglo anterior,

Dentro de las principales indicaciones para realizar la HO se encuentra la hemorragia obstétrica por atonía uterina, las laceraciones del útero y los procesos infecciosos, pero sin duda es la hemorragia por atonía la principal indicación. El procedimiento tiene alta morbilidad cuando la hemorragia es secundaria a adherencia anómala de la placenta, a placenta previa o desprendimiento prematuro de placenta normo inserta, principalmente por choque hipovolémico o séptico, coagulación intravascular diseminada y lesiones de vías urinarias.

Las complicaciones de menor gravedad que aumentan la estancia hospitalaria y generan carga económica para el sistema son: complicaciones febriles, hematomas y/o hemorragia de cúpula vaginal, hematuria, íleo intestinal, neumonía, pulmón de choque, hematomas, abscesos pélvicos y de pared abdominal, insuficiencia renal, infección urinaria y disturbios psicológicos.

Tipos de histerectomía

La histerectomía post cesárea es el procedimiento más realizado durante la etapa puerperal, considerándola un indicador de calidad de la atención obstétrica, porque se asocia de manera substancial con la morbilidad obstétrica extrema.

Con la histerectomía total se extirpa todo el útero, incluyendo el cuello uterino. Los ovarios y las trompas de Falopio no necesariamente deban ser extirpados. Este es el tipo más común de histerectomía.

En la histerectomía parcial, también denominada subtotal o supracervical, se extirpa solo la parte superior del útero. El cuello uterino queda intacto. Los ovarios pueden ser extirpados o no.

En la histerectomía radical, se extirpa el útero completo, el cuello uterino, el tejido de ambos lados del cuello uterino y la parte superior de la vagina. La histerectomía radical se usa más a menudo para tratar ciertos tipos de cáncer, como el cáncer de cuello uterino. Las trompas de Falopio y los ovarios no necesariamente deban ser extirpados.

Realización de una histerectomía

Una histerectomía se puede realizar de diferentes maneras. Dependerá de tus antecedentes médicos y del motivo por el cual te sometes a la cirugía. Consulta a tu médico sobre las diferentes opciones:

Histerectomía abdominal. El médico realiza una incisión generalmente en la parte baja del abdomen.

Histerectomía vaginal. Se realiza a través de una pequeña incisión en la vagina.

Histerectomía laparoscópica. Un laparoscopio es un instrumento con un tubo delgado y con luz y una pequeña cámara que le permite al médico poder ver tus órganos pélvicos. En la cirugía laparoscópica, el médico realiza pequeñas incisiones para introducir el laparoscopio y los instrumentos quirúrgicos dentro de tu cuerpo. Durante una histerectomía laparoscópica, se extirpa el útero a través de pequeñas incisiones que se realizan en el abdomen o la vagina.

Cirugía robótica. El médico guía un brazo robótico para realizar la cirugía a través de pequeñas incisiones en la parte baja del abdomen, como en una histerectomía laparoscópica.

Alternativas de la histerectomía

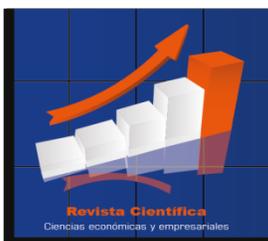
La histerectomía es una cirugía mayor. En ciertos casos, la histerectomía puede ser médicamente necesaria, como en el caso de un sangrado profuso y prolongado o de ciertos tipos de cáncer. Pero en otros casos, puedes intentar primero con otros tratamientos. Algunos de estos factores son:

Espera vigilante. Si tienes fibromas uterinos, tú y tu médico pueden optar por esperar, ya que estos fibromas tienden a reducirse después de la menopausia.

Ejercicios. Para el prolapso uterino, puedes probar haciendo ejercicios de Kegel (contracción de los músculos del suelo pélvico). Los ejercicios de Kegel ayudan a tonificar los músculos que sostienen el útero.

Medicamentos. Tu médico puede indicarte algún medicamento para tratar la endometriosis. Los medicamentos de venta libre que suelen tomarse durante el período menstrual también pueden ayudar a aliviar los dolores y el sangrado. Los anticonceptivos hormonales, como la píldora, la inyección, el anillo intravaginal o el dispositivo intrauterino (DIU) pueden ayudar a tratar el sangrado vaginal irregular o profuso o los períodos menstruales que duran más de lo normal.

Pesario vaginal (para el prolapso uterino). Un pesario es un objeto de goma o plástico con forma de rosquilla, similar al diafragma que se usa como anticonceptivo. El pesario se coloca en la vagina



para dar soporte al útero. El prolapso uterino ocurre después del parto o de una cirugía pélvica cuando el útero desciende o "se desprende" debido a que pierde sostén.

Cirugía. Tú y tu médico pueden optar por una cirugía que requiera menos cortes o incisiones más pequeñas que los de una histerectomía. Las incisiones más pequeñas pueden permitir una cicatrización más rápida y menos marcas. Dependiendo de los síntomas que tengas, estas opciones pueden incluir:

Cirugía para tratar la endometriosis. En la cirugía laparoscópica se utiliza un tubo delgado y con luz y una cámara pequeña. El médico inserta la cámara y los instrumentos quirúrgicos dentro de la pelvis a través de incisiones muy pequeñas. Con esta cirugía se puede extirpar el tejido cicatrizado o el crecimiento del tejido endometrial, sin dañar los órganos sanos circundantes, como los ovarios. Puedes quedar embarazada después de esta cirugía.

Cirugía para detener el sangrado vaginal profuso o prolongado

La dilatación y legrado (D y L) consiste en la remoción del revestimiento del útero que se forma todos los meses antes del período menstrual. Es usual que se realice en combinación con otros procedimientos, como la histeroscopia. El médico inserta el histeroscopio (un telescopio angosto) en el útero para ver dentro de la cavidad uterina. A través de la dilatación y legrado también se pueden extirpar los crecimientos no cancerígenos o pólipos del útero. Después de la D y L, se regenerará el revestimiento del útero durante el próximo ciclo menstrual como sucede normalmente. Puedes quedar embarazada después de esta cirugía.

La ablación endometrial destruye el revestimiento interno del útero de forma permanente. Dependiendo del tamaño y del estado en que se encuentra el útero, el médico puede utilizar herramientas que congelan, calientan o utilizan energía de microondas para destruir el revestimiento interno del útero. Esta cirugía no debería utilizarse si aún quieres quedar embarazada o si ya atravesaste la etapa de la menopausia.

Cirugía para extraer fibromas uterinos sin extirpar el útero. Se llama miomectomía. Dependiendo de la ubicación de los fibromas, la miomectomía puede realizarse a través de la zona pélvica o de la vagina y del cuello uterino. Después de esta cirugía, es posible quedar embarazada.

Si el médico te recomienda esta cirugía, pregúntale si utilizará un morcelador eléctrico. La FDA emitió una advertencia en contra del uso de morceladores eléctricos para la mayoría de las mujeres.

Cirugía para reducir fibromas sin extirpar el útero. Esto se llama miólisis. El cirujano quema los fibromas para reducir el tamaño y hacer que desaparezcan. La miólisis puede hacerse mediante una laparoscopia (a través de incisiones muy pequeñas en la zona pélvica). Puedes quedar embarazada después de someterte a una miólisis.

Tratamientos para reducir el tamaño de los fibromas sin cirugía. Estos tratamientos incluyen la embolización de las arterias uterinas (EAU) y ultrasonido focalizado guiado por resonancia magnética (MR[f]US, por sus siglas en inglés). La EAU consiste en insertar diminutas partículas de plástico o gel en los vasos que suministran sangre a los fibromas. Una vez que se bloquea el suministro de sangre, se reduce el tamaño del fibroma y este desaparece. La resonancia magnética envía ondas de ultrasonido que queman los fibromas y reducen su tamaño. Después de someterte a una EAU o MR(f)US, ya no podrás quedar embarazada.

Existen muchas razones por las cuales una mujer puede necesitar una histerectomía, como las siguientes:

- Adenomiosis, una afección que provoca periodos abundantes y dolorosos
- Cáncer del útero, con mayor frecuencia cáncer endometrial
- Cáncer de cuello uterino o cambios en el cuello uterino llamados displasia cervical que puede llevar a cáncer
- Cáncer ovárico
- Dolor crónico (prolongado) de la pelvis
- Endometriosis grave que no mejora con otros tratamientos
- Sangrado vaginal intenso y prolongado que no puede controlarse con otros tratamientos
- Deslizamiento del útero hacia la vagina (prolapso uterino)
- Tumores en el útero, como miomas uterinos
- Sangrado incontrolable durante el parto

La histerectomía es una cirugía mayor. Algunas afecciones se pueden tratar con procedimientos menos invasivos como:



- Embolización de las arterias uterinas
- Extirpación del endometrio
- Uso de píldoras anticonceptivas
- Uso de analgésicos
- Uso de un DIU (dispositivo intrauterino) que secreta la hormona progestágeno
- Laparoscopia pélvica

Riesgos

Los riesgos de cualquier cirugía son:

- Reacciones alérgicas a los medicamentos
- Problemas respiratorios
- Coágulos de sangre, los cuales pueden causar la muerte si viajan a los pulmones
- Sangrado
- Infección
- Lesión de zonas corporales cercanas

Los riesgos de una histerectomía son:

- Lesión de la vejiga o los uréteres
- Dolor durante las relaciones sexuales
- Menopausia temprana si se extirpan los ovarios
- Disminución de la libido
- Aumento del riesgo de enfermedad cardíaca si los ovarios se extirpan antes de la menopausia

Podrías necesitar someterte a una histerectomía para tratar lo siguiente:

Cáncer. Si tienes cáncer de útero o de cuello del útero, una histerectomía puede ser la mejor opción de tratamiento. Según el tipo específico de cáncer que tengas y cuán avanzado esté, podría haber otras opciones de tratamiento, como radiación o quimioterapia.

Fibromas. La histerectomía es el único tratamiento definitivo y certero para los fibromas. Los fibromas son tumores que se forman en el útero. No son cancerosos. Pueden causar sangrado intenso, anemia, dolor pélvico y presión en la vejiga.

Endometriosis. La endometriosis es una afección en la que un tejido similar al que recubre el interior del útero crece fuera de este órgano. El tejido puede crecer en los ovarios, las trompas de Falopio y otros órganos cercanos. En caso de endometriosis grave, se puede requerir una histerectomía para extirpar el útero junto con los ovarios y las trompas de Falopio.

Prolapso uterino. Cuando los músculos y los ligamentos del suelo pélvico se estiran y se debilitan, el útero puede carecer de sostén suficiente para mantenerse en su lugar. Cuando el útero se desplaza y se desliza dentro de la vagina, se produce lo que se conoce como prolapso uterino. Esta afección puede derivar en pérdidas de orina, presión pélvica y problemas en la defecación. Para tratarla, a veces es necesario hacer una histerectomía.

Sangrado vaginal intenso e irregular. Si tus menstruaciones son abundantes, en intervalos no regulares o duran muchos días en cada ciclo, la histerectomía puede ofrecer alivio. Este procedimiento se utiliza solo cuando el sangrado no se puede controlar con otros métodos.

Dolor pélvico crónico. Si tienes dolor pélvico crónico que se origina en el útero, una cirugía puede ser el último recurso. Sin embargo, hay ciertos tipos de dolor pélvico que la histerectomía no resuelve. Someterse a una histerectomía que no necesitas puede generar otros problemas.

Cirugía de confirmación de sexo. Algunas personas que desean que su cuerpo refleje mejor su identidad de género deciden someterse a una histerectomía para extirpar el útero y el cuello del útero. En este tipo de cirugía, también se podrían extirpar los ovarios y las trompas de Falopio.

Luego de una histerectomía, ya no puedes quedar embarazada. Si existe la posibilidad de que quieras quedar embarazada en el futuro, consulta al proveedor de atención médica acerca de otras opciones de tratamiento. En el caso del cáncer, la histerectomía podría ser la única opción. Sin embargo, para afecciones como fibromas, endometriosis y prolapso uterino puede haber otros tratamientos.

Durante la cirugía de histerectomía, podrían extirparte los ovarios y las trompas de Falopio en un procedimiento relacionado. Si todavía menstrúas, la extracción de los dos ovarios llevará a que tengas una menopausia quirúrgica.



En este caso, los síntomas de la menopausia comenzarán muy pronto después de someterte al procedimiento. El uso de terapia hormonal a corto plazo puede ayudar a aliviar los síntomas muy molestos.

Las indicaciones absolutas de histerectomía obstétrica son las siguientes:

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

En algunas otras situaciones de origen ginecológicas pueden indicar la cirugía electiva.¹

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

La histerectomía obstétrica tiene una elevada morbilidad posoperatoria, mayor a la cirugía ginecológica, principalmente por su asociación a una situación de emergencia, de las complicaciones más frecuentes se encuentran.

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

8. Hematoma abdomino-pélvico

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

En el día de la cirugía:

- Generalmente, se le solicitará que no beba ni coma nada desde 8 horas antes de la cirugía.
- Tome cualquier medicamento que su proveedor le recomendó con un sorbo de agua.
- Llegue a tiempo al hospital.
- Después del procedimiento
- Usted recibirá analgésicos después de la cirugía.

Es posible que también tenga una sonda, llamada catéter, puesta en la vejiga para eliminar la orina. La mayoría de las veces, la sonda se le retira antes de salir del hospital.

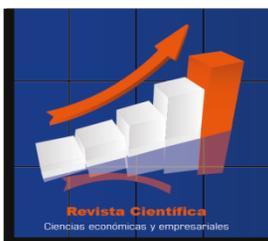
Le pedirán que se levante y camine un poco tan pronto como sea posible después de la cirugía. Esto ayuda a prevenir que se formen coágulos de sangre en las piernas y acelera la recuperación. Se le solicitará que se levante para usar el baño tan pronto como sea capaz. Usted puede volver a su alimentación normal tan pronto como pueda si no le causa náuseas o vómitos.

La duración de la hospitalización depende del tipo de histerectomía.

probablemente la paciente puede irse a su casa al día siguiente cuando la cirugía se hace a través de la vagina, con un laparoscopio o después de una cirugía robótica.

Cuando se hace una incisión (corte) quirúrgica más grande en el abdomen, tal vez necesite quedarse en el hospital de 1 a 2 días. Posiblemente deba quedarse por más tiempo si la histerectomía se hace debido a un cáncer.

Antes del procedimiento



Podrías necesitar hacerte pruebas para verificar la existencia de cáncer u otras enfermedades. A partir de los resultados, el cirujano podría cambiar la técnica utilizada en la operación. Las pruebas pueden incluir las siguientes:

- Una prueba de Papanicolaou, también llamada citología vaginal, que sirve para detectar células anormales en el cuello del útero o cáncer del cuello del útero.
- Una biopsia endometrial, en la que se toma una muestra del tejido de revestimiento del útero. Esta prueba permite detectar células anormales en el revestimiento uterino o cáncer endometrial.
- Una ecografía pélvica, que es una prueba por imágenes que permite ver tanto el tamaño de los fibromas uterinos como pólipos endometriales o quistes ováricos.
- Análisis de sangre, para saber si hay afecciones que pueden afectar la cirugía.
- Una resonancia magnética pélvica, que es una prueba en la que se utiliza un campo magnético para generar imágenes de los órganos y los tejidos del cuerpo.
- Una tomografía computarizada del abdomen y la pelvis, en la que se toman radiografías del cuerpo desde diferentes ángulos para generar imágenes transversales del útero y otras estructuras de la pelvis.

El día anterior y la mañana de la cirugía, te bañarás o ducharás con un jabón especial para ayudar a reducir el riesgo de infección. El equipo de atención médica también puede pedirte que te hagas un lavado vaginal y te laves el recto con un enema.

Durante el procedimiento

- Incisiones de histerectomía abdominal vertical y horizontal
- Incisiones de histerectomía abdominal [Agrandar la imagen](#)

Antes del procedimiento, te administrarán anestesia general. Eso significa que no sentirás dolor durante la cirugía. El procedimiento en sí suele durar entre 1 y 2 horas aproximadamente.

Te colocarán una sonda urinaria, que se conoce como catéter, a través de la uretra para vaciar la vejiga. El catéter permanecerá allí durante la cirugía y posteriormente por un período breve. Antes de la intervención quirúrgica, el equipo de atención médica limpiará el abdomen y la vagina con

una solución estéril. También te administrarán un medicamento antibiótico a través de una vena del brazo para reducir el riesgo de infección.

Luego, el cirujano hará un corte en la parte baja del abdomen. Dicho corte se conoce como incisión. Puede hacerte:

Una incisión vertical, que comienza en el medio del abdomen y se extiende desde debajo del ombligo hasta encima del pubis. Algunas veces, también es necesario prolongar la incisión sobre el ombligo. Esto se decidirá en función del tamaño del útero o de si se deben hacer otros procedimientos quirúrgicos junto con la histerectomía.

Una incisión horizontal por la línea del bikini, que se encuentra a aproximadamente una pulgada (2,5 cm) por encima del pubis.

El tipo de incisión que necesites dependerá de varios factores, como el motivo de la histerectomía, la necesidad de examinar la parte superior del abdomen, el tamaño del útero y el hecho de que tengas o no cicatrices de cirugías anteriores.

Después del procedimiento

Luego de la cirugía, te llevarán a la sala de recuperación y luego a tu habitación en el hospital. El equipo de atención médica hará lo siguiente:

- Te revisará para ver si tienes síntomas de dolor.
- Te dará medicamentos para controlar el dolor.
- Te animará para que te levantes y te muevas poco después de la cirugía.
- Te alentará a que bebas líquido y consumas porciones pequeñas de comida.
- Te vigilará por si surgen complicaciones del procedimiento quirúrgico.

Es posible que debas quedarte 1 o 2 días en el hospital, o incluso más tiempo. Las compresas sanitarias pueden ayudar a contener el sangrado y la secreción vaginal. Después de una histerectomía, puedes tener secreción vaginal con sangre durante varios días o semanas. Hazle saber al equipo de atención médica si tienes un sangrado intenso como el de un período menstrual o si el sangrado no para.

Con el tiempo, la incisión cicatrizará, pero te quedará una cicatriz visible en la parte baja del abdomen.



Resultados

Pueden pasar varias semanas para que vuelvas a sentirte como antes. Durante ese tiempo:

- Descansa mucho.
- No levantes nada pesado durante seis semanas completas después de la cirugía.
- Haz actividad física después de la cirugía, pero evita hacer ejercicios extenuantes durante las primeras seis semanas.
- Espera seis semanas para reanudar la actividad sexual.
- Sigue las sugerencias del equipo de atención médica para regresar a tus actividades habituales.

La vida después de la histerectomía

Una histerectomía cambia algunos aspectos de la vida. Por ejemplo:

- Ya no tendrás menstruaciones.
- Puedes sentir alivio de los síntomas que hicieron necesaria la cirugía.
- No podrás quedar embarazada.
- Si estás en una etapa premenopáusica, la extirpación de los ovarios junto con el útero dará inicio a la menopausia.
- Luego de una histerectomía, puedes empezar con la menopausia a más temprana edad, aunque en la cirugía no se hayan extirpado los ovarios.

En una histerectomía parcial, el cuello del útero se conserva y sigue habiendo riesgo para cáncer del cuello del útero. Suele ser necesario continuar con las pruebas de Papanicolaou de manera regular para detectar este tipo de cáncer.

Otros aspectos de la vida probablemente vuelvan a ser como antes de la cirugía o mejoren.

Por ejemplo:

Si tenías una buena vida sexual antes de la histerectomía, es probable que sigas teniéndola después de la cirugía. Hasta podrías sentir más placer sexual después de dicho procedimiento. Esto puede deberse al alivio del dolor crónico o del sangrado intenso que generaba el problema uterino.

El alivio de los síntomas puede mejorar tu calidad de vida. La histerectomía podría darte una sensación general de bienestar,

pero también podría generarte una sensación de pérdida. Las mujeres premenopáusicas que deben someterse a una histerectomía para tratar un cáncer ginecológico podrían lamentar la pérdida de fertilidad. Si la tristeza o los sentimientos negativos te impiden disfrutar de la vida, habla con un proveedor de atención médica.

Expectativas (pronóstico)

La duración de su recuperación depende del tipo de histerectomía. Los tiempos de recuperación promedio son:

- Histerectomía abdominal: 4 a 6 semanas.
- Histerectomía vaginal: 3 a 4 semanas.
- Histerectomía laparoscópica total o asistida por robot: 2 a 4 semanas.

Una histerectomía provocará la menopausia si también le extirpan los ovarios. La extirpación de los ovarios también puede llevar a que se presente disminución de la libido. El médico puede recomendar la estrogenoterapia reemplazadora. Analice con su proveedor los riesgos y beneficios de esta terapia.

Recuperarse de una histerectomía

Recuperarse de una histerectomía lleva tiempo. La mayoría de las mujeres permanecen en el hospital durante uno o dos días después de la cirugía. Algunos médicos pueden darte de alta ese mismo día. Algunas mujeres permanecen hospitalizadas por más tiempo, por lo general cuando la histerectomía se realiza debido a un cáncer.

Probablemente el médico te recomiende que te levantes y camines en cuanto puedas después de hayas sido sometida a una histerectomía. Incluso ir al baño sola. No obstante, es probable que tengas que orinar a través de un tubo delgado llamado catéter por uno o dos días después de la cirugía.



El tiempo que se tarda en retomar las actividades habituales depende del tipo de cirugía:

El período de recuperación tras una cirugía abdominal puede durar de cuatro a seis semanas.

El período de recuperación de las cirugías vaginales, laparoscópicas o robóticas puede durar de tres a cuatro semanas.

Deberías hacer reposo y no levantar objetos pesados durante cuatro a seis semanas después de la cirugía. Una vez transcurrido ese tiempo, podrás tomar baños de inmersión y mantener relaciones sexuales. El tiempo que tardes en recuperarte dependerá de la cirugía y de tu estado de salud antes de la misma. Consulta con tu médico.

Conclusión

Generalmente las complicaciones graves relacionadas con el parto tienen una alta tasa de morbimortalidad materna, por lo que la histerectomía obstétrica es la opción de proceder quirúrgico de emergencia más utilizado después de que otras medidas de tratamiento no proporcionan el efecto esperado dando paso a otras complicaciones.

Entre los factores de riesgo encontrados en diferentes revisiones bibliográficas, se puede deducir que la cesárea aumenta el riesgo de histerectomía obstétrica respecto a los nacimientos por parto vaginal, siendo un factor de riesgo significativos, incrementando además el riesgo de que surjan otros problemas de salud

La cesárea-histerectomía viene dada con la intención de corregir las dos grandes complicaciones del parto abdominal como son la hemorragia y la infección.

Luego de todo lo indagado se puede plantear o recomendar que se hace necesario realizar capacitación continua de los profesionales de la salud en la prevención y manejo adecuado de la pacientes pre y post histerectomía obstétrica y se debe dar un mejor control y seguimiento de los casos antes, durante y después para garantizar la preservación de la salud de estas pacientes.

Referencias

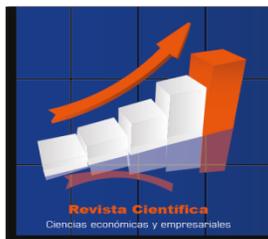
1. Aguilar, S., Safora, O., y Rodriguez, A. (2012). La histerectomía obstétrica como un problema vigente. Rev.Cubana Obstet Ginecol., 38 (1), 107-116.Páginas.

2. Alvarez, E; García, S; y Rubio, P. (2015). Factores de riesgo de la evolución de la hemorragia postparto a hemorragia postparto severa: estudio de casos y controles. *Rev. Ginecol Obstet Mex.*, 83:437-446. Páginas.
3. Bobadilla, L; Leon, F. (2017) En torno a las cesáreas en el Perú: ¿Solo un problema de cifras? *Rev. Perú. Ginecol. Obstet*; 63 (4), 659-660. Páginas.
4. Boletín Epidemiológico del Perú (2018). Situación epidemiológica de la mortalidad materna en el Perú. I semestre 2018. Volumen (27), Semana, (26), p.567-570.
5. Cabero, L y Cabrillo E (2013) Finalización del embarazo con cesárea. En L. Cabero (Ed.) *Tratado de Ginecología y Obstetricia. Medicina materno fetal* (pp.1592- 1604). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
6. Calvo, O., Vasquez, J., y Hernández, J. (2016). Histerectomía Obstétrica en el Hospital General Dr. Aurelio Valdivieso: Revisión de tres años. *Rev. Ginecol Obstet Mex.*, 84(2), 72-78. Páginas.
7. Carreño, C. (2017). Influencia de la edad sobre la presentación de hemorragia 37 postparto vaginal (Tesis de Pre-grado). Universidad privada Antenor Orrego, Trujillo, Perú. Cook, T., y Reichardt, CH. (1986). *Métodos cualitativos y cuantitativos en investigación evaluativa* (PP. 9 - 80). Madrid: Ediciones Morata.
8. Díaz, M., Ferreiro, L., y Soto, J. (2016). Predictores de Atonía Uterina. *Rev. Inf Cient.* 95(3), 425-436. Páginas Ematrona (2017). Prevención de la hemorragia postparto. [Hemorragia post parto: “código rojo”].
9. Fernández, J., Toro, J., Martínez, Z., De la Maza, S., y Villegas M. (2017). Tasa de hemorragia, histerectomía obstétrica y muerte materna relacionada. *Rev. Ginecol Obstet Mex.*, 85(4), 247-253. Páginas.
10. Federación Mundial de Ginecología y Obstetricia (FIGO), Federación Latinoamericana de Ginecología y Obstetricia (Flasog). (2018). Hemorragia postparto. ¿Dónde estamos y hacia dónde vamos?, 1-130. Páginas.
11. Flores, D. (2018). Factores de Riesgo Asociados a Hemorragia del puerperio inmediato, Hospital PNP “Luis N. Saenz”, Julio 2016-Julio 2017 (Tesis de pregrado). Universidad Ricardo Palma, Lima, Perú.



12. Gómez, M; Danglot, C; Huerta, D; y García, G.(2003).El estudio de casos y controles, su diseño, análisis e interpretación, en investigación clínica. Rev. Mex. Pediatr., 70 (5), 257-263.Páginas.
13. Gallego, A; Moreno, G; y Del Castillo, G. (2012). Estudios analíticos observacionales (cohortes y casos-contróles): investigando asociaciones causales. Form Act Pediatr; Aten. Prim., 5 (4), 227-33. Páginas.
14. Guzmán (2017). Sutura de B-Lynch en hemorragia postparto por inercia uterina. Experiencia Hospital Luis Tisné Brousse 2013-2016. Rev. Chilena de Obstet Ginecol 82 (5) ,504-514.Páginas.
15. Hernández, M; García, J. (2016). Factores de riesgo de hemorragia obstétrica. Rev. Ginecol Obstet Mex., 84 (12),757-764 Páginas.
16. Iglesias, J. y Urbina, D. (2016). Factores de riesgo asociados a hemorragia postparto, en las mujeres que fueron atendidas en el servicio de Gineco-Obstetricia, del HECAM, Matagalpa en el período 2010-2013. (Tesis de pregrado). Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Matagalpa, Managua, Nicaragua.
17. Jambay, J. (2018). Prevalencia de hemorragia puerperal en pacientes del hospital Matilde Hidalgo de Guayaquil. (Tesis de Pregrado). Universidad de Guayaquil, Ecuador.
18. Kuhn, T. (1962). The structure of scientific revolutions (pp.80-90). University of Chicago Press. México: Fondo de Cultura Económica. Primera edición en español, 1971. The American College of Obstetricians and Gynecologists (2017). Postpartum hemorrhage. Practice Bulletin N° 183. Obstet Gynecol, 130 (4), 168-86.Páginas
19. Organización Mundial de la salud (OMS, 2014). Recomendaciones de la OMS para la Prevención y tratamiento de la hemorragia postparto.1-41.Páginas.
20. Organización Mundial de la salud (OMS, 2014). Recomendaciones de la OMS sobre tasas de cesárea.1-8.Páginas.
21. Organización Panamericana de la salud (OPS) y Organización Mundial de la Salud (2015, marzo,18). Iniciativa de la OPS/OMS busca reducir las muertes maternas por hemorragias en países de las Américas.

22. Patiño, L., Jiménez, M., y Pérez, S.(2014). Histerectomía Obstétrica: caracterización epidemiológica en un hospital de segundo nivel. Rev.Salud Quintana Roo, 7(28),10-14. Páginas
23. Pérez, E. (2019). Embarazo Múltiple como Factor de Riesgo para Hemorragia 40 Postparto por Atonía Uterina en el Hospital Belén de Trujillo (Tesis de Pregrado). Universidad privada Antenor Orrego, Trujillo, Perú.
24. Ramirez,J., Cabrera,S., campos,G., peláez,M., y Poma,C. (2017).Histerectomía Obstétrica en el Hospital San Bartolomé, Lima, 2003-2015, Rev.Perú Ginecol Obstet., 63(1), 27-33.Páginas
25. Sánchez, L. (2018). Diabetes gestacional como factor de riesgo para hemorragia postparto. Hospital Belén de Trujillo 2013-2017. (Tesis de Pregrado). Universidad privada Antenor Orrego. Trujillo, Perú.
26. Santana, L. (2018). Factores maternos y obstétricos relacionados con la hemorragia postparto inmediata en el Hospital Regional de Loreto del año 2015 al 2017 (Tesis de pregrado). Universidad Nacional de la Amazonía Peruana. Loreto, Perú. Salegui, A y Ezenarro, E (2013). Histerectomía Obstétrica. En L. Cabero (Ed.) Tratado de Ginecología y Obstetricia. Medicina materno-fetal (pp. 1606-1608). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
27. Solari, A., Solari, C., Wash, M., Guerrero, M., y Enriquez, G. (2014). Hemorragia del postparto.Principales etiologías, su prevención, diagnóstico y tratamiento. Rev. Med. Condes, 25(6), 993-1003.Páginas
28. Suarez, J; Gutierrez, Mario; Corrales, A; Cairo,V; y Pérez,S.(2011) .La histerectomía 41 obstétrica como terapéutica segura en la morbilidad extremadamente grave. Rev. Cubana de Obstet Ginecol, 37(4):481-488.Páginas.
29. Suarez, J; Santana, Y; Gutierrez, M; Benavides, M; y Pérez, N. (2016).Impacto de la Hemorragía obstétrica mayor en la morbilidad materna extremadamente grave. Rev. Cubana de Obstet Ginecol, 42 (4): 1-9.Páginas.



Factores sociodemográficos y antecedentes obstétricos maternos asociados a histerectomía obstétrica

©2023 por los autores. Este artículo es de acceso abierto y distribuido según los términos y condiciones de la licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional (CC BY-NC-SA 4.0) (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>).