

Histerectomía obstétrica de urgencia

Emergency obstetric hysterectomy

Rafael Orestes Vanegas Estrada^I; Avelina Sotolongo Falero^{II}; Ana María Suárez Reyes^{III}; Milagros Muñoz Rizo^I

^I Especialista de I Grado en Ginecología y Obstetricia. Máster en Atención Integral a la Mujer. Profesor Asistente. Hospital Ginecoobstétrico Docente de Guanabacoa. Facultad Miguel Enríquez. La Habana, Cuba.

^{II} Especialista de II Grado en Ginecología y Obstetricia. Profesora Auxiliar. Hospital Ginecoobstétrico Docente de Guanabacoa. Facultad Miguel Enríquez. La Habana, Cuba.

^{III} Especialista de I Grado en Ginecología y Obstetricia. Hospital Ginecoobstétrico Docente de Guanabacoa. La Habana, Cuba.

RESUMEN

La histerectomía obstétrica se define como la extirpación del útero después de un evento obstétrico, último esfuerzo para cuando las medidas conservadoras fallan o no son aplicables. Su incidencia y causas no son del todo comparables según los diversos resultados publicados.

OBJETIVO: determinar la incidencia, características clínicas, causas y complicaciones de la histerectomía obstétrica de urgencia en las pacientes atendidas en el servicio de ginecoobstetricia del Hospital Docente Materno de Guanabacoa en los años 1984 al 2008.

MÉTODOS: se realizó un estudio descriptivo retrospectivo y longitudinal para conocer el comportamiento de algunas variables maternas relacionadas con la histerectomía obstétrica en pacientes atendidas en este servicio.

RESULTADOS: de un total de 69 992 nacimientos, 62 451 abortos y 384 embarazos ectópicos, se realizaron 281 histerectomías obstétricas para una incidencia de 0,2 %. Se vio que las características obstétricas relevantes fueron: mayores de 34 años, con un parto anterior, embarazo a término y antecedente de cesárea. La cesárea aumentó el riesgo 6,7 veces de sufrir una histerectomía en relación con el parto vaginal. El diagnóstico más frecuente fue la hemorragia para un 42,3 %. Necesitaron ser remitidas 21 de las pacientes al servicio de Terapia Intensiva. En la morbilidad postoperatoria primaron las complicaciones de la herida

quirúrgica y la anemia. La mortalidad alcanzó un 3,6 %.

CONCLUSIONES: El índice de histerectomía obstétrica en el periparto es elevado, asociado a la cesárea como un factor de riesgo relativo mayor, no solo condicionada por el sangrado aunque constituye su principal indicación.

Palabras clave: Histerectomía obstétrica, cesárea, hemorragia.

ABSTRACT

Obstetric hysterectomy is defined like the uterus removal after an obstetric event, a last effort in case of failure of conservative or non-applicable measures. Its incidence and causes are not completely comparable according to the diverse published results.

OBJECTIVE: to determine the incidence, clinical features, causes and complications of emergency obstetric hysterectomy in patients seen in Gynecology and Obstetric Service of Maternal and Teaching Hospital of Guanabacoa municipality from 1984 to 2008.

METHODS: we made a longitudinal, retrospective and descriptive study to know behavior of some mother's variables related to obstetric hysterectomy in patients seen in this service.

RESULTS: from a total of 69 992 births, 62 451 miscarriages, and 384 ectopic pregnancies, we made 281 obstetric hysterectomies for an incidence of 0,2%. Main obstetric features included: aged older than 34, a prior delivery, term pregnancy, and backgrounds of cesarean section. This latter increased the risk in 6,7 times to suffer a hysterectomy in relation to a vaginal delivery. More frequent diagnosis was the hemorrhage for a 42,3%. Twenty one patients were referred to Intensive Therapy Service. In postoperative morbidity there was a predominance of surgical wound complications and anemia. Mortality reached in a 3,6%.

CONCLUSIONS: obstetric hysterectomy rate during peripartum period is high, associated with cesarean section like a relative greater risk factor, not only subject to bleeding although it is the main indication.

Key words: Obstetric hysterectomy, cesarean section, hemorrhage.

INTRODUCCIÓN

La exéresis del útero en una mujer gestante ya sea después de un parto, aborto o en el puerperio, se considera como histerectomía obstétrica, procedimiento quirúrgico mayor, diseñado con el fin de preservar la vida de las mujeres en situaciones de urgencia. Esto involucra necesariamente la condición de un útero que está o ha sido ocupado por una gestación y que ha evolucionado hacia una condición que requiera la extracción parcial o total del órgano.

Este procedimiento no planeado se ha mantenido en la práctica quirúrgica por más de 130 años, como única alternativa terapéutica en el manejo de la hemorragia y la

sepsis, después de grandes esfuerzos conservadores e inútiles. Modificada su frecuencia por las medidas de prevención en el seguimiento de los casos de riesgo, seguirá siendo utilizada en futuras generaciones, en el manejo sobre todo de la hemorragia postparto.^{1,2}

Entre los factores de riesgo que con mayor frecuencia han sido identificados están los antecedentes de cesárea (aumenta 10 a 12 veces su probabilidad), edad mayor de 35 años, haber tenido más de tres hijos, instrumentación uterina previa y antecedentes de hemorragia en el parto anterior con un riesgo relativo de 9,3.³⁻⁵

Si bien desconocemos la real incidencia, varios autores han comunicado índices de 0,6 hasta 6,2 por mil partos, en diversos estudios realizados en el mundo.³⁻⁹

Las principales causas de histerectomías obstétricas reportadas son: ruptura uterina por dehiscencia de la cicatriz de una cesárea previa con una incidencia calculada de 12 %, placenta acreta con 4,1 %, placenta previa 0,5 %, abrupto placentario 23,5 %, atonía uterina 23,5 %.³⁻⁶ El embarazo ectópico cornual o intersticial que constituye el 3 % de todas las gestaciones ectópicas es otra de las causas, aunque menos frecuente, al igual que el ectópico cervical, una forma rara con una incidencia de 1 en 180000 embarazos, pero que parece ir en aumento.⁷⁻¹¹

Para las pacientes sin paridad completa el uso no tan reciente de las prostaglandinas y el masaje uterino propuesto por la OMS, han demostrado su efectividad,^{2,3,5} reduciendo drásticamente la histerectomía por hemorragia, sin tener que llegar a las conductas quirúrgicas mutilantes. Ligaduras vasculares (hipogástricas, uterinas), sutura de B-Lynch y embolización arterial selectiva, son utilizadas, como medidas alternativas para preservar la integridad uterina.⁵

En nuestro medio la histerectomía de urgencia por causas obstétricas ha sido objeto de atención priorizada, por su repercusión sobre la morbimortalidad materna, la salud reproductiva de la mujer y su calidad de vida.

El propósito de este estudio fue determinar la incidencia, características obstétricas, indicaciones y complicaciones asociadas a la histerectomía de urgencia en las pacientes atendidas en este centro, con la idea de incidir en la disminución de la morbimortalidad materna.

MÉTODOS

Se hizo un estudio descriptivo retrospectivo y longitudinal, para lo cual se tomó el universo de pacientes sometidas a histerectomía obstétrica de emergencia, en cualquier momento de la gestación y por cualquier causa en el Hospital Docente Ginecoobstétrico de Guanabacoa, en el período comprendido entre el 1º enero de 1984 al 31 de diciembre de 2008. Se revisaron los libros de parto, reporte operatorio del salón de operaciones, servicio de archivo de Estadística y de Anatomía Patológica; se extrajeron los datos en un modelo diseñado para este efecto, donde se consignaron la edad en años cumplidos, tiempo gestacional al momento de la histerectomía (trimestre gestacional o puerperio), indicaciones del proceder, momento de la intervención, tipo de histerectomía practicada, complicaciones postoperatorias (más relevantes), reintervenciones, estado de la paciente al egreso. Igualmente se estimó la tasa de incidencia de histerectomía obstétrica.

Se incluyeron en el estudio el 100 % de las historias clínicas de las pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión: dados por ser mujeres embarazadas, encontrarse en el curso de un aborto y/o ser púerperas al momento de la histerectomía.

Para el análisis estadístico de los datos obtenidos se utilizó el sistema de procesamiento lógico EPI INFO 6. El análisis se realizó en SPSS.10, para hallar frecuencias simples, comparar la frecuencia y porcentajes de cada complicación obstétrica así como el riesgo de sufrir histerectomía, utilizando la razón de personas expuestas (OR). Los resultados se expresaron en tablas con relaciones porcentuales para su mejor exposición y comprensión.

Parámetros éticos

Para realizar esta investigación de tipo retrospectivo donde la fuente para la obtención de los datos analizados fueron los registros estadísticos, se obtuvo la aprobación del Consejo Científico, así como de la dirección del centro para acceder a estos documentos. No se constataron violaciones de la ética ni conflictos de interés.

RESULTADOS

Entre enero del 1984 a diciembre del 2008 ocurrieron 69 992 partos, de los cuales 51 704 fueron por vía vaginal y 18 288 por cesárea; se registraron 62 451 admisiones por abortos y 384 por embarazo ectópico, confirmado por examen histológico ([tabla 1](#)).

Tabla 1. Eventos obstétricos entre 1984 -2008 en HMGO Guanabacoa

Años	Partos		Cesáreas		Abortos		Ectópicos		Total
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	
1984-92	28193	54,5	6434	35,1	33024	52,8	98	25,5	67749
1993-02	18364	35,5	7156	39,1	21716	34,7	174	45,3	47410
2003-08	5147	9,9	4698	25,6	7711	12,3	112	29,1	17668
Total	51704	100	18288	100	62451	100	384	100	132827

Fuente: Registros médicos

En este período se efectuaron 281 histerectomías de urgencia, estas pacientes reunieron los criterios de inclusión para ser consideradas dentro del estudio.

Al observar la incidencia por evento obstétrico ([tabla 2](#)) encontramos que la mayor fue la histerectomía posterior a la cesárea (0,8), fue de 0,2 la incidencia total.

Tabla 2. Incidencia de histerectomía por eventos obstétricos previos y años estudiados

Evento	1984-92	1993-02	2003-08	Total	Incidencia
Cesárea	29	80	42	151	0,8
Parto	28	31	5	64	0,1
Aborto	21	29	11	61	0,09
Ectópico	2	2	1	5	0,01
Total	80	142	59	281	0,2

Fuente: Registros médicos

Las características obstétricas de las pacientes ([tabla 3](#)), muestran que hubo un predominio de pacientes con 35 años o más; con un parto anterior (32,6) y una edad gestacional superior a las 37 semanas (52,4).

Tabla 3. Características obstétricas de las pacientes a las que se le realizó Histerectomía(n=281)

Edad	<20 (%)	20-24 (%)	25-29 (%)	30-34 (%)	35≥ (%)	Desc. (%)
	7 (2,4)	48 (17)	75 (26,6)	60 (21,3)	83 (29,5)	8 (2,84)
Paridad	0 (%)	1 (%)	2 (%)	3 ≥ (%)	-	Desc. (%)
	72(25,6)	94 (33,4)	57(20,4)	42 (14,9)	-	16 (5,6)
Tiempo gestación	<20 (%)	27-31 (%)	32-36 (%)	37-41 (%)	-	Desc. (%)
	69(25,9)	9 (3,2)	47 (16,7)	154 (54,8)	-	2 (0,7)

Fuente: Registros médicos

La principal indicación ([tabla 4](#)) que llevó a la realización de la histerectomía obstétrica en el presente estudio fueron las causas hemorrágicas con el 65,8 %, en las causas no hemorrágicas la sepsis ocupó el primer lugar (20,6 %).

Tabla 4. Indicaciones de histerectomía obstétrica

Indicaciones	No.	Porcentaje del grupo	Porcentaje del total
Hemorrágicas			
Hemorragia	96	51,8	34,1
Atonía	54	29,1	19,2
Desgarro Cervical	12	6,4	4,2
Hematoma de la histerografía	6	3,2	2,1
Dehiscencia de la histerografía	6	3,2	2,1
Trastorno de la coagulación	6	3,2	2,1
Ectópico complicado	5	2,7	1,7
Subtotal	185	65,8	
No hemorrágicas			
Sepsis	58	60,4	20,6
Perforaciones	17	17,7	6,0
Necrobiosis del fibroma	13	13,5	4,6
Otras	8	6,2	2,8
Subtotal	95	34,1	
Total	281	100	

Fuente: Registros médicos

El 7,8 % (21) de las pacientes fueron remitidas a un servicio de cuidados intensivos y 3 de las pacientes fallecieron por diversas causas en su estancia. ([tabla 5](#)).

Tabla 5. Relación de pacientes remitidas poshisterectomía y fallecidas

Años	Histerectomías	Remitidas		Fallecidas	
		No.	%	No.	%
1984-1992	80	7	8,7	2	2,5
1993-2002	142	6	4,2	1	0,7
2003-2008	59	8	13,5	0	0
Total	281	21	7,8	3	3,9

Fuente: Registros médicos

En 81 pacientes (28,8 %) se presentaron complicaciones posthisterectomía que se muestran en la [tabla 6](#). La principal complicación fue la sepsis 23,4 %.

Tabla 6. Complicaciones poshisterectomía (n=81)

Complicación	No.	%
Sepsis	19	23,4
Anemia severa	16	19,7
Reintervención	14	17,2
Íleo paralítico	10	12,3
Muerte	11	13,5
Otras	11	13,5
Total	81	100

Fuente: Registros médicos

DISCUSIÓN

Los eventos obstétricos estudiados en esta investigación muestran una progresiva disminución, al revisar su comportamiento durante el periodo analizado, lo que está en relación con la disminución de la natalidad incidiendo en ello la utilización de la anticoncepción, pero sobre todo el abuso de los métodos de interrupción del embarazo que ha ocurrido en nuestro país a lo largo de estos 25 años, no ocurre así en el caso del embarazo ectópico que ha tenido un incremento en su frecuencia, lo que está en relación con los antecedentes de infecciones de transmisión sexual, la enfermedad inflamatoria pélvica, la instrumentación intrauterina (aborto provocado), colocación y extracción de dispositivos intrauterinos, entre otros posibles factores refrendados en la literatura.^{7,11,12}

Considerando solo las histerectomías realizadas en el periparto, la incidencia en la institución en los 25 años es de 3,07 por mil partos (1 cada 307 partos), superior a lo reportado por *Hiroyuki* (0,14x1000), *Adel* (0,5x1000), *Chang* (0,8x1000), *Espinoza* (1,8x1000), *Stanco* (1,3x1000), *Zelop* (1,55x1000) *Bejar* (2,2 x1000),^{13,14} en lo cual ha influido el número de años, los partos estudiados, unido a la morbilidad de las pacientes atendidas y la tasa de cesárea. La disminución de la intervención en los últimos seis años responde al resultado de los protocolos de actuación empleados posterior a la evaluación de la morbilidad materna y perinatal en el centro.

La perforación y la sepsis fueron las complicaciones más frecuentes en la interrupción voluntaria del embarazo que llevaron a la histerectomía, cifra superior a *Uribe*² y *Kacmar*,¹⁰ menor que *Valdés*. Las histerectomías en el transcurso de las intervenciones por embarazo ectópico, se realizaron en embarazos del cuerno e ístmicos rotos, entre la octava y decimosexta semana gestacional, con lesión amplia y hemorragia, cuya particularidad ha sido mencionada en la literatura.¹¹

En la bibliografía^{3,6,11,13,15} se mencionan las características obstétricas encontradas con mayor frecuencia en las pacientes sometidas a histerectomía por diversas causas, con desplazamiento de la maternidad hacia edades superiores, que no difiere de lo constatado en nuestro estudio, por lo que estos factores constituyen elementos de riesgo a tener en cuenta para su atención.

La alta tasa de cesárea primitiva que ha tenido el centro a lo largo de estos años está condicionando que encontremos esta intervención obstétrica, como el factor de riesgo más importante (OR 6,7) de histerectomía en el periparto en las pacientes atendidas en la institución, lo cual es elevado, en comparación con lo que plantean otros autores que entre el 0,05 % hasta 1,6 % de las cesáreas terminan en histerectomía.¹⁴⁻¹⁷

La principal indicación de histerectomía fue la hemorragia, que no difiere de lo reportado.^{10,13,14} Este proceder supera en eficacia a otras técnicas ante una hemorragia profusa^{3,11,13,17-19} que no cede al manejo médico conservador, su asociación a la ligadura de las hipogástricas es frecuente, lo cual no observamos en nuestros casos, lo que amerita un análisis posterior de su indicación. La utilización de la antibioticoterapia profiláctica ante la presencia de factores de riesgo ha disminuido la incidencia de la sepsis en la segunda mitad y el puerperio como causa de histerectomía, lo que difiere de lo reportado.^{14,16,17}

Del total de las pacientes remitidas a la Unidad de Cuidados Intensivos a más del 70 % se le realizó una histerectomía postcesárea, en su mayoría vinculada a una urgencia obstétrica que corresponde con lo reportado^{13,16,19-22} y entre sus principales indicaciones se encontró el útero hipotónico. Los criterios de remisión de las pacientes críticas a servicios de cuidados especiales han permitido que sean mejor atendidas.

Luego de la intervención la complicación más frecuente fue la sepsis que guardó relación con el motivo de la histerectomía, la estadía hospitalaria previa y las reintervenciones, superior a la que se menciona en la bibliografía,^{6,7,15,17-23} donde prevalece la hemorragia. En la mortalidad influyó el estado general de la paciente en el momento de la indicación, el diagnóstico, la adecuada utilización de los servicios de Terapia Intensiva y las complicaciones surgidas posteriormente (TEP, Sepsis), los reportes sobre esto son disímiles^{3,14,15,17,21,24} y se ven influidos por las características de la muestra estudiada.

A modo de conclusión podemos afirmar que resulta difícil ser categórico al pronunciarnos respecto al evento Histerectomía Obstétrica, ya que los diversos resultados publicados, no son del todo comparables, pues su comportamiento va a depender íntimamente de la experiencia de un determinado servicio, en ocasiones poca y sobre todo del período de tiempo estudiado.

No obstante a lo mutilante que en ocasiones puede resultar, consideramos, que la histerectomía obstétrica seguirá siendo, muy a nuestro pesar, el patrón oro y debe ser de elección en aquellos procesos morbosos de una gran complejidad y gravedad, con compromiso para la vida, está especialmente indicada en aquellos casos de hemorragias incoercibles, relaparotomización o cuando ha trascurrido un lapso importante de tiempo tras el parto y el estado general de la paciente está muy deteriorado.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Uribe R. Histerectomía obstétrica. Concepto e importancia. Ginec Obst Mex. 2004;64:23.

2. Uribe R, Reyes L, Zamora J. La histerectomía como recurso en la obstetricia actual. *Ginec Obstet Mex.* 2004;43:113-22.
3. Roopnarinesingh R, Fay L, McKenna P. A 27-year review of obstetric hysterectomy. *J Obstet Gynaecol.* 2003;23(3):252-4.
4. Whiteman MK, Kurlina E, Hillis SD, Jamiesom DJ. Incidence and determinants of peripartum hysterectomy. *ACOG.* 2006;108(6):1486-92.
5. Kastner E, Figueroa R, Garry D, Maulik D. Emergency peripartum hysterectomy: experience at a community teaching hospital. *Obstet Gynecol.* 2002;99:971-5.
6. Engelsen IB, Albrechtsen S, Iversen OE. Peripartum hysterectomy-incidence and maternal morbidity. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2001;80:409-12.
7. Whiteman MK, Kurlina E, Hillis SD, Jamiesom DJ. Incidence and determinants of peripartum hysterectomy. *ACOG.* 2006;108(6):1486-92.
8. Engelsen I, Albechtsen S, Iversen O. Peripartum hysterectomy. Incidence and maternal morbidity. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2001;80:409-12.
9. Stanco M, Paul H, Mishell R. Emergency peripartum hysterectomy and associated risk factors. *Am J Obstet Gynecol.* 2003;168:879-83.
10. Nava FJ, Páez AJ, Veloz MG, Sánchez VV, Hernández VM. Indicaciones y factores de riesgo para histerectomía obstétrica de urgencia. *Ginecol Obstet Mex.* 2002;70:289-94.
11. Kacmar J, Bhimani L, Boyd M, Shah-Hosseini R, Peipert JF. Route of delivery as a risk factor for emergent peripartum hysterectomy: A case-control study. *ACOG.* 2003;102(1):141-5.
12. Guerra C, Hernández N, Guerra N. Algunos factores relacionados con el embarazo ectópico. *Rev Cubana Obstet Ginecol.* 1999;25(1):66-70.
13. Mousa H, Alfirevic Z. Major postpartum hemorrhage: survey of maternity units in the United Kingdom. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2002;81:727-30.
14. Hiroyuki Y. Emergency postpartum hysterectomy in obstetric practice. *J Obstet Gynecol Res.* 2000;26(5):341:34513.
15. Valdés O, López E. Histerectomía de urgencia. *Rev Cubana Obstet Ginecol* 1984;10:297-308.
16. Rivero R, Fuentes G. Histerectomía puerperal. Nuestros resultados. *Rev Cubana Obstet Ginecol.* 1997;23(1):49-52.
17. Okogbenin SA, Gharoro EP, Otoide VO, Okonta PI. Obstetric hysterectomy: fifteen years' experience in a Nigerian Tertiary centre. *J Obstet Gynecol.* 2003;24(2):201-2.
18. Caro J, Bustos L, Ríos A Joaquín Bernaldes M, Neumann P. Histerectomía obstétrica en el hospital de puerto Montt, 2000-2005. *Rev Chil Obstet. Ginecol* 2006;71(5):313-19.

19. Barclay L. Histerectomía post operación cesárea. Experiencias adquiridas en 30 años. *Obstet Gynecol.* 2005;35:120-31.
20. Forna F, Miles A, Jamieson D. Emergency peripartum hysterectomy: A comparison of cesarean postpartum hysterectomy. *Am J Obstet Gynecol.* 2004;190;5:1440-4.
21. Chestnut H, Edeh S, Parken R. Peripartum hysterectomy: a review of cesarean and postpartum hysterectomy. *Obstet Gynecol.* 2005;65:367-70.
22. Knight M, Kurinczuk JJ, Spark P, Brocklehurst P. Cesarean delivery and peripartum hysterectomy. *Obstet Gynecol.* 2008;111(1):97-105.
23. Cabezas B, Martínez Y, Cabezas ME, Hernández Barrios. Caracterización de la paciente obstétrica en estado crítico en la provincia de Cienfuegos. *Revista Electrónica de las Ciencias Médicas en Cienfuegos. Medisur.* 2004;2(1).
24. Allen VM, O'Connell CM, Liston RM. Maternal morbidity associated with cesarean delivery without labor compared with spontaneous onset of labor at term. *Obstet Gynecol.* 2003;102(3):477-82.

Recibido: 10 de marzo de 2009.

Aprobado: 27 de marzo de 2009.

Dr. *Rafael Orestes Vanegas Estrada*. Hospital Ginecoobstétrico Docente de Guanabacoa. Hospital Ginecoobstétrico Docente de Guanabacoa. Estrada Palma No. 20 e/ Aménidad y Pepe Antonio. Guanabacoa. La Habana, Cuba. Teléfono: 7976707. E-mail: rvanegas@infomed.sld.cu