

Comportamiento epidemiológico de la histerectomía obstétrica

Epidemiological behavior of obstetric hysterectomy

MSc. Alfredo Nodarse Rodríguez, MSc. Reinaldo Capote Arce, MSc. Eduardo Cuevas Hidalgo, MSc. Julio Borrego López, MSc. Iván Martínez Cernuda, MSc. Martha Patricia Couret Cabrera

Hospital Ginecobstétrico Docente "Ramón González Coro". La Habana, Cuba.

RESUMEN

Introducción: la histerectomía obstétrica 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.

Objetivos: caracterizar la distribución de un conjunto de variables en gestantes que requirieron una histerectomía obstétrica posparto, describir sus características clínicas y obstétricas e identificar las principales variables epidemiológicas en relación con el periparto y parto.

Métodos: se realizó una investigación descriptiva, retrospectiva, de 19 gestantes a las cuales se les practicó histerectomía obstétrica por diferentes causas, atendidas en el Servicio de Partos del Hospital Ginecobstétrico Docente "Ramón González Coro", en el período comprendido entre el 1ro. de enero de 2009 hasta el 31 de diciembre de 2010. Se utilizó la base de datos confeccionada a través del Sistema Microsoft Excel 2007. El estudio se efectuó conforme a las reglamentaciones y principios éticos existentes para la investigación en humanos y los estudios clínicos.

Resultados: el mioma uterino se observó en el 26,3 %; el 31,6 % fueron nulíparas; predominó en pacientes con cesárea primitiva en un 42,1 %; el 66,7 % fue debido a atonía uterina y fue necesario el uso de prostaglandinas en el 31,6 % de los casos.

Conclusiones: las complicaciones relacionadas con la cesárea y la atonía uterina siguen constituyendo las causas fundamentales de indicación de la histerectomía obstétrica.

Palabras clave: histerectomía obstétrica, materna crítica, atonía, cesárea, hemorragia posparto.

ABSTRACT

Introduction: obstetric hysterectomy is a surgical drastic measure performed in those patients who do not respond to other procedures, in case of severe bleeding after childbirth or caesarean.

Objectives: to characterize the distribution of a set of variables in pregnant women requiring obstetric postpartum hysterectomy, to describe their clinical and obstetric characteristics and to identify key epidemiological variables relating to peri-delivery and delivery.

Methods: A descriptive, retrospective study was conducted in 19 pregnant women who underwent obstetric hysterectomy for various reasons at the delivery service in Ramón González Coro Hospital, from 1st January 2009 to 31 December 2010. A database created through Microsoft Excel System 2007 was used. The study was conducted in accordance with existing regulations and ethical principles for human research and clinical studies.

Results: uterine myoma was observed in 26.3 %, and it was predominant in patients with early cesarean in 42.1 %, 31.6 % were nulliparous, 66.7 % was caused by uterine atony and the use prostaglandin was necessary in 31.6 % of cases.

Conclusions: complications associated with cesarean section and uterine atonies remain the root causes of obstetric hysterectomy indication.

Keywords: obstetric hysterectomy, critical maternal patient, sluggish, cesarean delivery, postpartum hemorrhage.

INTRODUCCIÓN

La histerectomía obstétrica se define como la exéresis del útero en una mujer gestante, que se puede llevar a cabo junto con una cesárea (cesárea-histerectomía), después de una cesárea, tras un parto vaginal o tras un aborto. Esta técnica constituye una técnica excepcional en la práctica obstétrica y solo está justificada en los casos en que se han agotado el resto de las posibilidades y la vida de la paciente está amenazada.^{1,2}

La histerectomía obstétrica oportuna, como técnica quirúrgica de emergencia en las pacientes con complicaciones graves durante o alrededor del parto, constituye una alternativa para disminuir la morbilidad y mortalidad maternas. Entre las causas más frecuentemente descritas de histerectomía obstétrica se encuentra la atonía uterina, que se estima puede ser responsable de hasta el 80 % de los casos. Otras causas son la rotura uterina y las alteraciones de la implantación placentaria.³

La incidencia de histerectomía obstétrica varía considerablemente según algunos autores,⁴ entre 0,3-2,7 por cada 1 000 partos. Se produce de manera más frecuente después una cesárea (0,17-8,9 cada 1 000 partos) que después de un parto vaginal (0,1-0,3 por cada 1 000 partos). Actualmente la literatura médica estima una incidencia de histerectomía posparto entre 0,29 y 3,78 por cada 1 000 partos y el 10 % de ellas puede requerir una segunda intervención.^{5,6}

El uso de esta técnica quirúrgica en la paciente obstétrica podría ser un método de utilidad para disminuir la incidencia de las consecuencias más letales de las complicaciones peri parto, lo que disminuye la mortalidad materna, pero puede

afectar la calidad de vida futura de las mujeres, ocasionando un impacto no solo en el orden familiar, sino también en lo social y económico.

MÉTODOS

Se realizó una investigación descriptiva, retrospectiva, a fin de caracterizar el comportamiento de las principales variables maternas en las gestantes a las cuales se les practicó una histerectomía obstétrica luego del nacimiento, atendidas en el Servicio de Partos del Hospital Ginecobstétrico Docente "Ramón González Coro", en el período comprendido entre el 1ro. de enero de 2009 hasta el 31 de diciembre de 2010.

El universo estuvo conformado por un total de 19 gestantes que presentaron una complicación y que motivaron la realización de una histerectomía obstétrica. Se empleó la estadística descriptiva para hacer una caracterización general de los pacientes en estudio, se presentaron frecuencias absolutas y relativas. Se utilizó la base de datos confeccionada a través del Sistema Microsoft Excel versión 2007. El estudio se efectuó conforme a las reglamentaciones y principios éticos existentes para la investigación en humanos y los estudios clínicos.

RESULTADOS

Según los antecedentes patológicos personales, la hipertensión arterial, el asma bronquial y la miomatosis uterina representaron el 26,3 % respectivamente (tabla 1).

Tabla 1. Distribución de las pacientes según los antecedentes patológicos personales. Hospital Ramón González Coro. 2009-2010

Antecedentes patológicos personales (n=19)	Frecuencia	Porcentaje
Herpes genital activo	1	5,3
Diabetes gestacional	3	15,8
Hipertensión arterial	5	26,3
Asma bronquial	5	26,3
Mioma uterino	5	26,3
Total	19	100

En cuanto a la paridad, se observó que el 31,6 % del total correspondió a pacientes nulíparas, mientras que las multíparas ocuparon el 5,3 % (tabla 2).

La tabla 3 muestra la distribución de pacientes según el modo de nacimiento. Siete de cada diez mujeres presentaron su nacimiento de forma distócica por la vía de la cesárea, de ellas 5 (26,3 %) fueron iteradas y 8 (42,1 %) lo presentaban por primera vez como modo de parto. Solo un tercio de las gestantes en estudio presentó un modo de nacimiento espontáneo.

Tabla 2. Distribución de las pacientes según la paridad. Hospital Ramón González Coro. 2009-2010

No. de partos previos	Frecuencia	%
0	6	31,6
1	9	47,4
2	3	15,8
3	1	5,3
Total	19	100

Tabla 3. Distribución de las pacientes según el modo de nacimiento. Hospital Ramón González Coro. 2009-2010

Modo de nacimiento	No.	%
Cesárea iterada	5	26,3
Cesárea primitiva	8	42,1
Espontáneo	6	31,6
Total	19	100

En la tabla 4 se observó que los trastornos de inercia uterina ocuparon el primer lugar con un 66,7 %, continuando en orden de frecuencia la prolongación de la histerorrafia con un 16,7 %.

Tabla 4. Distribución de pacientes según las causas del sangramiento posparto. Hospital Ramón González Coro. 2009-2010

Causas de sangramiento posparto (n=12)	Frecuencia	Porcentaje*
Atonía	8	66,7
Prolongación de la histerorrafia	2	16,7
Desgarro cervical	1	8,3
Endometriometritis	1	8,3

* Porcentaje calculado respecto al número de gestantes con sangrado moderado e intenso.

En cuanto a la distribución de las pacientes según el uso de fármacos uterotónicos para el control de la hemorragia, (tabla 5) se observó que en 6 pacientes (31,6 %) no fue suficiente la terapéutica con oxitocina y ergonovina y fue necesario utilizar prostaglandinas como el misoprostol.

Tabla 5. Distribución de pacientes según el uso de fármacos uterotónicos para el control de la hemorragia. Hospital Ramón González Coro. 2009-2010

Uso de fármacos (n=19)	Frecuencia	%
Oxitocina	9	47,4
Oxitocina y ergonovina	4	21
Oxitocina, ergonovina y misoprostol	6	31,6

DISCUSIÓN

La mayoría de las complicaciones graves relacionadas con el parto aportan una elevada tasa de morbilidad y mortalidad materna, por lo que la histerectomía obstétrica constituye el proceder quirúrgico de emergencia utilizado como alternativa después que otras medidas terapéuticas más conservadoras fracasan.

El estudio y control de las enfermedades hipertensivas del embarazo es de suma importancia en el mundo, por las consecuencias maternas y perinatales que ocasionan. La incidencia publicada de desprendimiento prematuro de placenta normoinserta en estos embarazos, varía de 0,45 al 10 %, es menor en aquellos con hipertensión arterial no complicada y mayor en los embarazos complicados con preeclampsia grave sobreañadida, con mayor prevalencia de hemorragias posparto e histerectomías obstétricas.⁷

En cuanto a la paridad se refiere, la primiparidad fue la mejor representada con cerca de la mitad del total de gestantes estudiadas y un tercio de este grupo eran gestantes nulíparas. Estos estudios difieren con los de *Roberts* y otros,⁸ en los cuales se presentó la primiparidad en un 3 % y 33 eran multíparas (97 %) y con los de *Suárez* y otros⁹ donde un 79,5 % de las gestantes se encontraban en este grupo y solo el 20,5 % no habían tenido partos.

Entre los factores de riesgo enunciados en la literatura,¹⁰ se comienza con la cesárea, la cual incrementa el riesgo de histerectomía obstétrica respecto a los nacimientos por parto vaginal. Tanto el parto por cesárea como la cesárea anterior son factores de riesgo significativos para histerectomía obstétrica. La cesárea anterior incrementa además el riesgo de una afección placentaria.

Como está reportado en la literatura,¹¹ los trastornos hemorrágicos son la primera causa de histerectomías obstétricas en la mayoría de los centros perinatales del mundo. Estos trastornos llegan fomentando un estado precario en la paciente minutos u horas antes de la cirugía, comprometiendo la hemodinamia de la paciente en más de la mitad de los casos. La mayoría de las veces la cuantía del sangrado es lo que determina la emergencia de la cirugía radical. Se ha postulado que de un 10-30 % se acompaña de trastornos de la cascada de la coagulación por pérdidas de los factores, lo que muchas veces ensombrece el pronóstico final del caso. En este estudio la causa principal de hemorragia lo constituyó la atonía o inercia uterina. Otras series,^{12,13} especialmente las de países en desarrollo muestran también como primera causa la inercia uterina, llegando en algunas estadísticas hasta el 80 %, mientras que otros estudios, muestran los defectos de placentación asociados a cesáreas previas como la primera causa.

La utilización de fármacos profilácticos y curativos con el fin de disminuir la hemorragia constituye una alternativa para tratar de mitigar el sangramiento antes de decidir la histerectomía. Luego del desarrollo de la farmacología, la tasa de

sangramiento descendió notablemente en las últimas tres décadas en todo el mundo y todos los centros hospitalarios utilizan diferentes esquemas de tratamiento para la profilaxis de la hemorragia en combinación con el alumbramiento asistido y el control de los riesgos de esta entidad, hecho que ha reducido cerca de 1/3 las muertes maternas en el mundo.^{14,15}

La utilización de fármacos profilácticos y curativos con el fin de disminuir la hemorragia se mostró en la tabla 5. Cerca de la mitad de las mujeres utilizaron o necesitaron solamente la oxitocina como único fármaco con este fin, sin embargo 10 de ellas necesitaron asociar el fármaco con otros, para encontrar un efecto sinérgico como ocurrió en cuatro mujeres (21 %) que asociaron a la oxitocina los ergotínicos y en 6 pacientes (31,6 %) que no fue suficiente y se añadió al esquema de tratamiento el uso de prostaglandinas (misoprostol).

Puede afirmarse que este trabajo tiene como limitación que no va más allá del resultado de la morbilidad materna inmediata y que no se conoce la evolución posterior de las mujeres, al menos en su primer año de vida. Conocer qué ha sucedido con ellas, las consecuencias a mediano y a largo plazo luego de haber presentado una recuperación posparto con desventajas respecto a las que presentan un parto adecuado, quedaron fuera del alcance de los objetivos de este estudio. No obstante, sería muy útil conocer esa información. Realizar un trabajo de investigación hospitalario, con la participación de la atención primaria de salud para conocer las complicaciones a mediano y a largo plazo en estas mujeres, así como sus secuelas, sería una recomendación para una novedosa e interesante investigación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cabero L, Saldívar D, Cabrillo E. La histerectomía Obstétrica. Obstetricia y Medicina Materno fetal. España: Editorial Panamericana; 2007. p. 219-24.
2. Akar ME, Yilmaz E., Yuksel B. Emergency peripartum hysterectomy. Eur J Obstet Gynecol reprod Biol. 2004;113(2):178-81.
3. Whiteman MK, Kurlina E, Hillis SD, Jamiesom DJ. Incidence and determinants of peripartum hysterectomy. ACOG. 2006;108(6):1486-92.
4. Bajo Arenas JM, Melchor Marcos JC, Mercé LT. Fundamentos de Obstetricia (SEGO). Gráficas Marte, SL. 2007;93:809-14.
5. Kayabasoglu F, Guzin K, Aydogdu S, Sezginsoy S, Turgeldi L, Gunduz G. Emergency peripartum hysterectomy in a tertiary Istanbul hospital. Arch Gynecol Obstet. 2008;278(3):251-6.
6. Rossi AC, Lee RH, Chmait RH. Emergency postpartum hysterectomy for uncontrolled postpartum bleeding: a systematic review. Obstet Gynecol. 2010;115(3):637-44.
7. Gratacós E, Figueras F, Hernández E, Puerto B. Doppler en Medicina Fetal. España: Editorial médica panamericana; 2010. p. 111-146.
8. Robert A, Ricci Paolo A, Rodríguez T, Andrés G. Histerectomía posparto: experiencia de clínica "Las Condes". Rev Chilena Obstet Ginecol. 2010;75(5):300-5.

9. Suárez J, Gutiérrez M, Corrales A, Cairo V, Pérez S. La histerectomía obstétrica como terapéutica segura en la morbilidad extremadamente grave. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2011;37(4): 194-7.
10. Kwee A, Bots ML, Visser G. Emergency peripartum hysterectomy: A prospective study in The Netherlands. Eur J Obstet and Gynecol Reprod Biol. 2006;124: 187-92.
11. Cabezas E. Mortalidad materna, un problema por resolver. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2009;35(3): 132-6.
12. Habek D, Becarević R. Emergency peripartum hysterectomy in a tertiary obstetric center: 8-year evaluation. Fetal Diagn Ther. 2007;22(2):139-42.
13. Güngördük K, Yildirim G, Dugan N, Polat I, Sudolmus S, Ark C. Peripartum hysterectomy in Turkey: a case control study. J Obstet Gynaecol. 2009;29(8):722-8.
14. Bodelon C, Bernabe-Ortiz A, Schiff MA, Reed SD. 305 Factors associated with peripartum hysterectomy. Obstet Gynecol. 2009;114(1):115-23.
15. Smith J, Mousa HA. Peripartum hysterectomy for primary postpartum haemorrhage: incidence and maternal morbidity. J Obstet Gynaecol. 2007;27(1):44-7.

Recibido: 12 de diciembre de 2012.

Aprobado: 26 de diciembre de 2012.

Alfredo Nodarse Rodríguez. Hospital Ginecobstétrico Docente "Ramón González Coro". Calle 21 y 4. El Vedado. La Habana, Cuba. Correo electrónico: alfmed@infomed.sld.cu