



INVESTIGACIÓN ORIGINAL

FRECUENCIA, INDICACIONES Y COMPLICACIONES DE LA HISTERECTOMÍA OBSTÉTRICA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ DE POPAYÁN, 2006-2010. ESTUDIO DE COHORTE

Frequency, indications and complications of obstetric hysterectomy at Hospital Universitario San José in Popayán, 2006-2010. Cohort study

Rodolfo L. Casas-Peña, MD¹; Ibey Lorena Pérez-Varela, MD²; Gustavo A. Chicangana-Figueroa, MD²

Recibido: septiembre 28/12 – Aceptado: junio 6/13

RESUMEN

Objetivo: determinar la frecuencia, las indicaciones y complicaciones de la histerectomía obstétrica (HO).

Materiales y métodos: estudio de cohorte descriptivo en pacientes a quienes se les realizó histerectomía por indicación obstétrica, desde el 1 de enero de 2006 y el 31 de mayo de 2010, en el Hospital Universitario San José de Popayán, Colombia, institución de tercer nivel de atención que recibe población de los regímenes vinculado, subsidiado y contributivo del departamento del Cauca y el suroccidente colombiano. Muestreo consecutivo. Se evaluaron: variables demográficas, edad gestacional, antecedentes obstétricos, vía de terminación del embarazo, indicación de la histerectomía obstétrica (HO), días de estancia hospitalaria; ingreso a

Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), necesidad de transfusión, complicaciones y mortalidad materna y perinatal. Los resultados se presentan como proporciones.

Resultados: se realizaron un total de 49 histerectomías obstétricas. En el mismo periodo 8.167 pacientes tuvieron recién nacido vivo. La incidencia de la histerectomía obstétrica fue de 5,9 por 1000 recién nacidos vivos. Las indicaciones más frecuentes fueron atonía uterina (43,37%) y anomalías de la inserción placentaria (18,24%). Hubo una alta tasa de mortalidad perinatal (32,6%). La complicación más frecuente fue la anemia en un 76,3% de las pacientes; no hubo mortalidad materna asociada.

Conclusiones: la principal indicación de HO fue la atonía uterina seguida de anomalías de la inserción placentaria, ruptura uterina, miometritis, *abruptio placentae* y aborto séptico. La HO representa una opción de manejo oportuna y segura para la hemorragia posparto que no ha respondido a los tratamientos farmacológico y quirúrgico convencionales.

Palabras clave: histerectomía, hemorragia, placenta accreta.

1 Médico, Especialista en Ginecología y Obstetricia. Profesor Asociado, Departamento de Ginecología y Obstetricia, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad del Cauca. Popayán, Colombia. rcasas@unicauca.edu.co

2 Médico interno, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad del Cauca. Popayán, Colombia.

ABSTRACT

Objective: To determine the frequency, indications and complications of obstetric hysterectomy (OH).

Materials and methods: Descriptive cohort study in patients undergoing hysterectomy for obstetric indications at Hospital Universitario San José in Popayán, Colombia, between January 1st, 2006 and May 31st, 2010. The hospital is a Level III institution offering care to uninsured poor populations as well as patients covered under the subsidized and contributive insurance regimes in the Department of Cauca and the larger southwestern region of Colombia. Consecutive sampling was used and the variables measured were: sociodemographic, gestational age; obstetric history; prior vaginal delivery or cesarean section; indication for OH; length of hospital stay; admission to the Intensive Care Unit (ICU); need for transfusion; complications and maternal and perinatal mortality. Results are presented in proportion terms.

Results: A total of 49 OH were performed. Over the same period, 8,167 women delivered live births. The hysterectomy incidence was 5.9 per 1000 births. The most frequent indications were uterine atony (43.37%) and placental insertion abnormalities (18.24%); perinatal mortality was high at 32.6%, anemia was the most frequent complication (76.3%) and there were no cases of maternal mortality.

Conclusions: The main indication for OH was uterine atony, followed by placental insertion abnormalities, uterine rupture, myometritis, abruptio placentae and septic miscarriage. OH represents a safe and timely management option for post-partum bleeding that does not respond to conventional pharmacological or surgical treatment. Key words: Hysterectomy, bleeding, placenta accreta.

INTRODUCCIÓN

La histerectomía obstétrica (HO) es un procedimiento quirúrgico mayor que consiste en la extirpación del útero en una mujer gestante, antes del parto, después de un parto o un aborto, o en el puerperio; involucra necesariamente la condición

de un útero que está o ha sido ocupado por una gestación y que ha evolucionado hacia una condición que requiere la extracción parcial o total del órgano (1). Se utiliza como última alternativa cuando la paciente se encuentra en peligro de muerte (2), y pone a prueba los conocimientos y las habilidades quirúrgicas de los médicos tratantes (1, 2).

La incidencia de la HO calculada en la literatura reciente es de 0,24 -1,4 por cada 1000 nacimientos (2); es importante tener en cuenta que cada vez son más frecuentes los partos por cesárea, por lo cual las tasas de incidencia de esta patología podrían verse incrementadas (3). Según la literatura (4), la HO se puede clasificar en:

- Cesárea-histerectomía (conocida también como operación de Porro): la cesárea y la histerectomía se realizan en un solo tiempo.
- Histerectomía poscesárea: estas intervenciones se realizan en dos tiempos diferentes.
- Histerectomía posparto: la que se realiza después de un parto, en el puerperio inmediato o mediato.
- Histerectomía posaborto.
- Histerectomía en bloque: cuando se extrae un útero que contiene una enfermedad trofoblástica o un feto muerto y corioamnionitis severa en pacientes con sepsis grave o choque séptico.

Entre los factores de riesgo que con mayor frecuencia han sido identificados están: antecedente de cesárea (aumenta 10 a 12 veces su probabilidad), edad mayor de 35 años, haber tenido más de tres hijos, instrumentación uterina previa y el antecedente de hemorragia en el parto anterior, este último con un riesgo relativo (RR) de 9,3 (5, 6).

Las indicaciones de la HO de urgencias son variadas, sin embargo, la causa principal es la atonía uterina (23,5%), seguida de anomalías de inserción placentaria y ruptura uterina por dehiscencia de la cicatriz de una cesárea previa (incidencia calculada de 12%), placenta previa y *abruptio* de placenta (7, 8). Se indica cuando han fallado las

medidas previas conservadoras como la utilización de uterotónicos, técnicas invasivas como la ligadura de arterias hipogástricas, embolización selectiva de las arterias uterinas por radiología intervencionista (9), suturas uterinas como B-Lynch y variantes para preservar la fertilidad, opciones poco útiles en pérdidas sanguíneas masivas (10).

LA HO se ha asociado a complicaciones serias tales como mayor pérdida de sangre, coagulación intravascular diseminada, relaparotomía por persistencia del sangrado, mayor estancia hospitalaria, mayor riesgo de lesión visceral gastrointestinal y de vías urinarias, e infertilidad (12-15).

Es poca la información sobre la epidemiología de la HO en esta región de Colombia, por tanto el objetivo de este estudio fue determinar la frecuencia, las causas y las complicaciones asociadas con la histerectomía obstétrica en el Hospital Universitario San José de la ciudad de Popayán, Colombia.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio de cohorte descriptivo en el que se incluyeron las pacientes a quienes se les realizó HO siguiendo el protocolo de manejo de hemorragia posparto del servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Universitario San José de Popayán, Colombia, entre el 1 de enero de 2006 y el 31 de mayo de 2010, esta es una institución de tercer nivel de atención que atiende población de los regímenes vinculado, subsidiado y contributivo tanto del departamento del Cauca como de todo el suroccidente colombiano. Se llevó a cabo un muestreo consecutivo de todas las pacientes sometidas a HO.

La información fue recopilada por los médicos investigadores mediante entrevista directa con la paciente durante su hospitalización y en la cita de control, revisión de la historia clínica y diligenciamiento del instrumento diseñado para tal fin. Se midieron las variables: edad materna; tipo de vinculación al sistema de seguridad social; procedencia urbana o rural; edad gestacional, la cual se calculó con base en la fecha de la última menstruación y ecografía del primer trimestre; antecedentes obsté-

tricos; vía de terminación del embarazo; indicación de la HO; días de estancia hospitalaria; ingreso a Unidad de Cuidados Intensivos (UCI); necesidad de transfusión; complicaciones intra y posoperatorias (lesión de vísceras vecinas, reexploración por resangrado, infección del sitio operatorio y hematoma de pared); mortalidad materna y perinatal.

Para el análisis y procesamiento de resultados se conformó una base de datos en los programas SPSS 14,0 y Excel 2007. Para el análisis de variables cuantitativas nominales y ordinales se utilizaron porcentajes; se estimó la incidencia acumulada para el periodo de estudio (número de pacientes con HO/nacimientos).

La investigación contó con la aprobación del Comité de Ética de la Institución. Se solicitó consentimiento informado a las pacientes para la toma de información

RESULTADOS

Durante el periodo de estudio, de un total de 8167 mujeres que tuvieron recién nacidos vivos en la institución, 49 de ellas presentaron HO, para una frecuencia calculada de 5,9 por 1000 nacidos vivos. La edad promedio materna fue 30,87 años, con rango entre 15 y 45 años; el 28,9% de las pacientes fueron mayores de 35 años. La población fue de origen rural en el 73,6% de los casos. El 28,95% de las pacientes tuvieron más de 4 controles prenatales y el 26,32% nunca asistió al médico durante la gestación. En cuanto a la vía de terminación del embarazo el 86,84% fueron cesáreas, el 7,89% partos vaginales y el 5,27% restante habían cursado con aborto.

La mediana de partos previos fue 2, en un rango entre 0 y 9; 15,8% de las pacientes tenían más de 4 partos previos; el 15,79% tenía una cesárea previa, y 13,6% más de una cesárea previa, con un máximo de tres cesáreas. El 66% de los partos se encontraban a término. Se identificaron 5 casos de macrosomía fetal (10,2%), 4 casos de corioamnionitis (8,16%), 2 casos de embarazo gemelar (4,1%), 2 pacientes que habían recibido oxitócicos (4,1%); no hubo casos de polihidramnios.

La indicación más frecuente de histerectomía obstétrica fue la atonía uterina (47,4%), seguida de acretismo placentario (18,4%), ruptura uterina (15,8%), miometritis como complicación de legrado obstétrico (7,9%), *abruptio placentae* (5,3%) y aborto séptico (5,3%).

Del total de las gestantes 31,6% requirieron ingresar a Unidad de Cuidado Intensivo, con un promedio de estancia de 4,17 días con un rango de 1 a 7 días; el 76,3% de los casos necesitó transfusión de glóbulos rojos. No se presentó ningún caso de mortalidad materna, se presentaron 16 casos de mortalidad perinatal (32,6%). La complicación más frecuente fue la anemia, un 76,3% de las pacientes requirió transfusión de glóbulos rojos. No hubo otras complicaciones intraoperatorias o posoperatorias.

DISCUSIÓN

El estudio incluyó 49 pacientes de un total de 8167 nacimientos en la institución, para una frecuencia de 5,9 x 1000 nacimientos, cifra similar a la descrita por Stanco *et al.* (14) en Estados Unidos quienes señalan la incidencia de HO después de cesárea de 8,3 por mil, y de 0,087 por mil después del parto vaginal.

La edad promedio de las mujeres a quienes se les realizó HO coincide con los hallazgos de Briceño-Pérez (16) en Venezuela en 2009, investigación en la cual estudiaron mujeres entre los 16 y 45 años, el 28,9% de las pacientes fueron mayores de 35 años, y Ramos *et al.* (17) en donde la media de la edad fue de 29,9 años (límites entre 17 y 40 años) según su estudio publicado en el 2010 realizado en el Instituto Materno Infantil del estado de México del 2007 al 2008. Estos últimos autores informan el antecedente de cesárea en 82,9% de los casos, una cifra similar a la informada por el presente estudio.

En los casos de HO analizados, la mayoría correspondía a embarazos a término (65,79%), comparable con los resultados de Rodríguez *et al.* (18) (55,8%); Uribe (19) consigna un 57,8% de HO en embarazos a término, cifra similar a Quesnel (20)

con un 56,1%. Abu (21) encuentra un promedio de edad gestacional de 36,9 semanas (sd \pm 2,0).

La indicación más frecuente de HO reportada por diferentes autores (21-25) es la atonía uterina, lo cual coincide con nuestros datos.

El ingreso a Unidad de Cuidados Intensivos y la anemia posoperatoria presentan datos similares a los consignados en el estudio de Rodríguez (22).

Como limitaciones del estudio se presenta el hecho de no haber podido hacer el seguimiento hasta el día 42 del posparto (26) o en el primer año después del evento, lo que podría resultar en una subestimación de la frecuencia de las complicaciones; tampoco se describe el tipo de histerectomía obstétrica a la que fue sometida la paciente, ya fuera total o subtotal.

CONCLUSIONES

La principal indicación de HO fue la atonía uterina, seguida de anomalías de la inserción placentaria, ruptura uterina, miometritis, *abruptio placentae* y aborto séptico.

La HO representa una opción de manejo oportuna y segura para la hemorragia posparto que no ha respondido a los tratamientos farmacológico y quirúrgico convencionales.

REFERENCIAS

1. Faneite P, Rivera C, Faneite J. Histerectomía obstétrica 2000-2007. Rev Obstet Ginecol Venez. 2008;68:92-7.
2. Uribe R. Histerectomía obstétrica. Concepto e importancia. Ginec Obst Mex. 2004;64:23.
3. Flood KM, Said S, Geary M, et al. Changing trends in peripartum hysterectomy over the last 4 decades. Am J Obstet Gynecol. 2009;200:632.e1-632.e6.
4. Villalobos N, López C. Análisis de las indicaciones para histerectomías obstétricas. Rev Obstet Ginecol Venez. 1999;59:7-11.
5. Reveles J, Villegas G, Hernández S, Grover F, Hernández C, Patiño A. Histerectomía obstétrica: incidencia, indicaciones y complicaciones. Ginecol Obstet Mex. 2008;76:156-60.

6. Caro J, Bustos L, Ríos A, Bernales J, Neumann Pape C. Histerectomía obstétrica en el Hospital de Puerto Montt, 2000-2005. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2006;71:313-9.
7. Arrieta O. Notas para la historia de la Medicina del Zulia. Maracaibo: Talleres Ars Gráfica; 1988. p. 92-3.
8. Speert H. Part IX. Operations and Therapeutic Procedures. *Obstetrics & Gynecologic Milestones illustrated.* 2nd ed. Carnforth: The Parthenon Publishing Group; 2000. p. 572-77.
9. Guzman R, Vargas P, Astudillo J, Riveros R, Yamamoto M. Embolización selectiva de arterias uterinas en la resolución de patologías ginecológicas y emergencias obstétricas. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2011;76:76-85.
10. Villar R, Aguarón G, González-López A, Arones M, González de Merlo G. Técnica B-Lynch para el tratamiento de la hemorragia posparto. *Clin Invest Ginecol Obstet.* 2012;39:64-8.
11. Torres S, Albigés G, Rodríguez M et al. Atonía uterina como causa más frecuente de histerectomías postparto. *Ginecología y Obstetricia Clínica.* 2006;7:10-5.
12. Kastner E, Figueroa R, Garry D, Maulik D. Emergency peripartum hysterectomy: experience at a community teaching hospital. *Obstet Gynecol.* 2002;99:971-5.
13. Whiteman MK, Kurlina E, Hillis SD, Jamieson DJ. Incidence and determinants of peripartum hysterectomy. *ACOG.* 2006;108:1486-92.
14. Stanco M, Paul H, Mishell R. Emergency peripartum hysterectomy and associated risk factors. *Am J Obstet Gynecol.* 2003;168:879-83.
15. 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;102:141-5.
16. Briceño-Pérez C, Briceño-Sanabria L, García S, Jaimes T, Briceño-Sanabria JC, Briceño-Sanabria C. Histerectomía obstétrica: análisis de 15 años. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 2009;69:89-96.
17. Ramos GR, Ramírez LG, Hurtado EG. Indicaciones de histerectomía obstétrica en el Hospital de Ginecología y Obstetricia del Instituto Materno Infantil del Estado de México del 2007 al 2008. *Archivos de Investigación Materno Infantil.* 2010;2:11-4.
18. Isla A, Requena L, Zayas M, Pérez R, Giraldo G. Comportamiento de las histerectomía obstétrica. Resultados de 6 años. *Rev Cubana Obstet Ginecol.* 2005 Dic [Visitado 2013 Jul 08]; 31(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2005000300002&lng=es.
19. Uribe R, Acosta A. La histerectomía obstétrica. Evolución y cambio. *Ginec Obstet Mex.* 1996;64:338-40.
20. Quesnel B, Ahued J, Rivera J, Oberd J. Histerectomía obstétrica. Revisión de 675 casos en el instituto Nacional de perinatología. *Ginec Obstet Mex.* 2003;65:119-24.
21. Abu T, Jallad F. Emergency peripartum hysterectomy at the princess Badeca Teaching Hospital in North Jordan. *J Obstet Gynecol Res.* 2005;25:193-5.
22. Rodríguez G, Rodríguez A, Aparicio Z. Histerectomía obstétrica. Estudio de tres años. *Archivos de Medicina.* 2008;2:1-12.
23. Castañeda S, Harrison T, Cibilis LA. Peripartum hysterectomy. *J Perinat Med.* 2000;28:472-81.
24. Tisné L, Aguilera B, Sepúlveda K, Lattus J, Pantoja V, Moscoso F, et al. Histerectomía obstétrica de emergencia. Experiencia en el Hospital Santiago Oriente. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2006;1:39-44.
25. Faneite P, Rivera C, Faneite J. Histerectomía obstétrica (2000-2007). *Rev Obstet Ginecol Venez.* 2008;68:92-7.
26. Organización Mundial de la Salud. Mortalidad materna en 2005. Estimaciones elaboradas por la OMS, Unicef, Unfpa y el Banco Mundial; 2008.

Conflicto de intereses: ninguno declarado.