430 **J.R. Cutié^a**
A. Laffita^{a,b}
A. Velazco^{a,b}
M. Toledo^a

Estudio de la histerectomía obstétrica como morbilidad en el Hospital América Arias en el año 2003

^aInstituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana. Hospital Ginecobstétrico América Arias. Ciudad de La Habana. Cuba.

^bFacultad Calixto García. Ciudad de La Habana. Cuba.

Correspondencia:

Dr. A.A. Laffita Batista.

Armas # 812 (interior) entre Concepción y San Francisco.

Municipio 10 de Octubre. Ciudad de La Habana. Cuba.

Correo electrónico: laffita@infomed.sld.cu

Fecha de recepción: 2/3/05

Aceptado para su publicación: 2/6/05

Obstetric hysterectomy in the America Arias hospital in 2003

RESUMEN

Se realizó un estudio retrospectivo y longitudinal de todos los casos que se le practicó histerectomía obstétrica en 2003 en el Hospital Docente Ginecobstétrico América Arias. Se realizó una revisión detallada de cada una de las historias clínicas, para un total de 20 pacientes operadas, teniendo en cuenta el número de nacimientos que fue de 3.583; se investigaron datos de identidad personal, números de casos según grupos de edades, edad gestacional promedio, historia obstétrica, antecedentes patológicos personales, tipo de parto, tiempo del trabajo de parto, indicación de cesárea y causa de la histerectomía. Se obtienen resultados que nos demuestran que la edad promedio de las pacientes estudiadas osciló entre los 30 y 39 años, y en un 60% presentaron una edad gestacional promedio entre las 38 y las 40 semanas. Pudimos observar que la mayoría de las pacientes presentaron más de 3 embarazos, 2 o más partos y más de 2 abortos, donde el mioma uterino fue el antecedente patológico más importante. El trabajo de parto espontáneo fue el más empleado como conducta según la indicación para cada paciente, donde la cesárea fue la vía del parto más utilizada; la desproporción cefalopélvica fue el motivo más frecuente para dicho proceder.

Pudimos concluir que la atonía uterina resultó la causa más frecuente que motivó a la histerectomía y su influencia en la morbilidad del centro, ya que puede suponer una de las entidades más graves y dramáticas que puede presentarse en la práctica obstétrica.

PALABRAS CLAVE

Histerectomía. Atonía. Cesárea. Mioma.

ABSTRACT

A retrospective, longitudinal study was performed of all patients who underwent obstetric hysterectomy in the America Arias Obstetrics and Gynecology Teaching Hospital in 2003. A thorough review of the medical records of 20 patients who underwent surgery was performed. The total number of births in the hospital during this period was 3583. Personal data, the number of cases in each age group, cause of admission, mean gestational age, obstetric history, personal pathological antecedents, mode of delivery, labor time, cesarean indication, and cause of hysterectomy were investigated. The results showed

that the mean age of the patients ranged from 30 to 39 years (60%) and the mean gestational age was between 38 and 40 weeks. Most of the patients had more than three previous pregnancies, two or more deliveries, and more than two miscarriages; the most important pathological antecedent was uterine myoma. Spontaneous delivery was most common type of delivery, depending on each patient's indications, but caesarean section was the most frequent route of delivery and cephalopelvic disproportion was the most frequent indication for this procedure. The most frequent cause of obstetric hysterectomy was uterine atony. This entity had a marked influence on hospital morbidity, since it constitutes one of the most dramatic and serious situations on obstetric practice.

KEY WORDS

Hysterectomy. Atony. Cesarean. Myoma.

INTRODUCCIÓN

La expresión *histerectomía obstétrica* se refiere solamente a aquellas extirpaciones uterinas que se realizan de urgencias por indicación médica, ante una complicación que surge durante el embarazo, el parto o el puerperio, o por agravamiento de una enfermedad persistente y que debe ser resuelta en este período. Podemos decir que, con frecuencia, es un recurso importante que puede salvar la vida de una paciente, siempre que la habilidad del cirujano y el estado general de la paciente lo permitan. Muchos autores prefieren la histerectomía total, aunque casi siempre por modificaciones de las relaciones anatómicas se puede realizar una histerectomía subtotal.

En la actualidad, todos coincidimos que la decisión tardía de una histerectomía obstétrica puede traer como consecuencia, sin duda, la muerte de la paciente. Por eso, el detalle más importante es tomar la decisión de tal proceder antes que la paciente se encuentre en muy mal estado¹⁻⁴.

El proceder no es inocuo y es invalidante para la salud reproductiva posterior de la paciente una vez que se le practica, por lo que deben agotarse antes todos los recursos disponibles para tratar las com-

plicaciones del periparto de tal manera que sin poner en peligro la vida de la paciente se traten de encontrar soluciones para mejorar la calidad de vida reproductiva de este grupo de mujeres⁵⁻⁷.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio retrospectivo de las 20 gestantes que se les practicó histerectomía obstétrica de un total de 3.583 nacimientos en el Hospital Docente Ginecobiológico América Arias, de La Habana, durante el año 2003, lo que representó el 0,55% de todos los nacimientos. El universo de estudio comprendió a todas las gestantes que tuvieron complicaciones periparto y que requirieron un tratamiento definitivo para resolver la emergencia (histerectomía obstétrica). En cada una de ellas se verificó que se hubiera cumplido el protocolo de trabajo ante la atonía uterina y que incluye en nuestro servicio los siguientes pasos:

- Identificación del cuadro.
- Canalización de dos venas periféricas para la reposición inmediata de volumen.
- Masaje externo uterino y estimulación de los pezones.
- Administración de oxitocina, ergotínicos y misoprostol por diferentes vías (oral, parenteral, rectal e intravaginal).
- Discusión multidisciplinaria de la paciente.
- Tratamiento quirúrgico definitivo (histerectomía obstétrica, ligadura de arterias uterinas o ligaduras de arterias hipogástricas).

A fin de llevar a cabo esta investigación se analizaron las historias clínicas de las gestantes y se tomaron las siguientes variables:

- Edad materna.
- Edad gestacional.
- Antecedentes patológicos personales.
- Tipo de trabajo de parto.
- Tiempo de trabajo de parto.
- Tipo de nacimiento.
- Causas de la histerectomía obstétrica.

Se confeccionó un modelo para el vaciamiento de los datos y los resultados se expresaron en porcentajes.

Tabla 1 Histerectomía obstétrica según edad materna

Edad materna (años)	Número de casos	Porcentaje
20-24	3	15
25-29	4	20
30-39	12	60
> 40	1	5

Fuente: historias clínicas.

Tabla 2 Histerectomía obstétrica y edad gestacional

Edad gestacional (semanas)	Número de casos	Porcentaje
< 29	1	5
30-37	3	15
38-40	11	55
> 40	5	25

Fuente: historias clínicas.

Tabla 3 Histerectomía obstétrica según antecedentes personales

Antecedentes personales	Número de casos	Porcentaje
Cesáreas anteriores	7	35
Mioma uterino	8	40
No tenían antecedentes	5	25

Fuente: historias clínicas.

Tabla 4 Histerectomía obstétrica según el tipo de trabajo de parto

Trabajo de parto	Número de casos	Porcentaje
Espontáneo	8	40
Inducido	4	20
Conducido	1	5
No llevaron	7	35

Fuente: historias clínicas.

RESULTADOS

En la tabla 1 se expone la distribución de las histerectomías obstétricas según la edad de las pacientes. En ella se observa cómo el 60% de la muestra tenía, en el momento de la intervención quirúrgica, entre 30 y 39 años de edad; a continuación se en-

Tabla 5 Histerectomía obstétrica según el tiempo de trabajo de parto

Tiempo de trabajo de parto (h)	Número de pacientes	Porcentaje
1-4	2	10
5-10	6	30
> 10	5	25
No llevaron	7	35

Fuente: historias clínicas.

cuentra el grupo de pacientes que tenían entre 25-29 años (20%), y finalmente los grupos de entre 20 y 24 años, y el de mujeres con edad igual o mayor de 40 años con un 15 y un 5%, respectivamente.

La tabla 2 muestra la edad gestacional de las pacientes histerectomizadas en el momento del parto y encontramos que el 55% de nuestra muestra tenía entre 38 y 40 semanas en el momento del parto; el 15% tenía entre 30 y 37 semanas de gestación; el 25%, más de 40 semanas, y finalmente un 5%, 29 semanas o menos.

Los antecedentes personales de las gestantes se recogen en la tabla 3. Se aprecia cómo el 40% de nuestra muestra tenía antecedentes de miomas uterinos, el 35%, cesáreas anteriores, y un 25% había presentado previamente embarazos ectópicos.

La tabla 4 recoge cómo fue el trabajo de parto de estas pacientes y encontramos que el 35% de la muestra no tuvo un trabajo de parto, y de los casos que sí lo tuvieron, en el 40% éste fue espontáneo, en el 20%, inducido y en el 5%, conducido.

En la tabla 5 se muestra el tiempo de trabajo de parto que tuvieron las pacientes histerectomizadas. Ésta arroja que en el 30% de nuestra muestra el tiempo de trabajo del parto fue de entre 5 y 10 h, en el 25%, de más de 10 h, mientras que en el 10% fue de menos de 4 h.

La tabla 6 recoge el tipo de nacimiento, y en ella se observa que el 15% de estas madres tuvo un parto eutócico mientras que en el 85% restante el parto fue distócico; de ellos todos fueron por cesárea siendo sus principales indicaciones la desproporción cefalopelviana (DCP), con un 45%, la cesárea anterior, con un 25%, el mioma uterino, con un 10%, y la placenta previa, con un 5% (tabla 7).

En la tabla 7 se pueden apreciar las causas principales de la realización de las histerectomías obsté-

Tabla 6 Pacientes histerectomizadas según tipo de nacimiento

Tipo de parto	Número de pacientes	Porcentaje
Eutócico	3	15
Distócico	17	85
Instrumentación	0	0
Cesárea	17	85
Indicaciones de la cesárea		
Cesáreas anteriores	5	25
Placenta previa oclusiva total	1	5
DCP	9	45
Mioma y Embarazo	2	10

DCP: desproporción cefalopelviana.

Fuente: historias clínicas.

tricas y encontramos que en 50% de las mujeres se practicó el proceder por atonía uterina, el 15% presentó acretismo placentario, el 20% mioma uterino, el 10% rotura uterina y el 5% perforación uterina.

Análisis y discusión de los resultados

En nuestro servicio no falleció ninguna mujer a la que le realizamos este proceder aunque 3 necesitaron intensivismo prolongado por más de 1 mes y, como hecho relevante, todas llegaron al proceder cuando habían perdido entre el 30 y el 50% de su volemia, hallada a toda gestante al ingresar a la institución por cualquier causa, y se repuso con cristaloideos inicialmente; luego con coloides y con hemoderivados en tercera línea. Todas las pacientes a las que se les realizó el proceder se cubrieron, una vez concluido éste, con antibióticos de amplio espectro y sólo apareció sepsis en 2 casos.

La mayoría de los autores coinciden en que este proceder es mayor en pacientes mayores de 30 años y, sobre todo, en las pacientes mayores de 35 años, ya que estas edades coinciden con la mayor coexistencia de otras enfermedades, como el mioma uterino que con tanta frecuencia se asocia a este proceder, por otra parte estas pacientes ya han tenido generalmente varios procederes sobre el útero como son: múltiples interrupciones de embarazos, uno o varios partos, heridas quirúrgicas por cesárea u otra operación, lo que debilita de alguna manera el útero

Tabla 7 Número de pacientes según causas de histerectomía

Causas de la histerectomía	Numero de pacientes	Porcentaje
Mioma uterino	4	20
Rotura uterina	2	10
Perforación uterina	1	5
Acretismo placentario	3	15
Hemorragia por atonía	10	50

Fuente: historias clínicas.

ro y, sobre todo, disminuye la capacidad de este órgano de responder a medicamentos como son la oxitocina y la ergonovina, entre otros^{1,5}.

El 80% de todas las histerectomías obstétricas se practicó a gestantes que tenían embarazos mayores de 38 semanas. Al revisar otros trabajos hechos al respecto, sus autores coinciden en que a partir del término de la gestación es que se produce mayor hiperdistensión de las fibras musculares uterinas, lo que se acrecenta si coexisten tumores uterinos como los miomas, gestaciones con productos grandes para su edad gestacional o macrosómicos los que pueden asociarse con mucha frecuencia a DCP que, si no se tratan adecuadamente, pueden llegar a la rotura uterina, aunque a este grupo se le suma el riesgo de si se produce parto transpélvico puedan producirse lesiones importantes del canal blando del parto con el consiguiente sangrado que puede conllevar a este proceder; no obstante, de este grupo la principal causa para el proceder es la atonía uterina, que se produce una vez que se evacua el útero tanto por parto transpélvico como por cesárea^{5,6}.

La casi totalidad de los autores que han revisado el tema coinciden en que el proceder se asocia con gran frecuencia a la existencia de mioma uterino y a la cesárea. El mioma interfiere en la mecánica de las fibras musculares uterinas, por lo que impide su contracción adecuada, lo que contribuye de forma importante a la hemorragia por atonía uterina, a lo que se suma el hecho de la pobre respuesta que tienen a los agentes útero-inhibidores; esto se aprecia de forma importante cuando los miomas se localizan en el segmento uterino. Los úteros con cicatrices anteriores por cesárea, sobre todo los que se someten a un nuevo embarazo en un período menor de 2 años del proceder anterior, están más predispuestos

434 a la rotura uterina y, por tanto, a la realización de este proceder en no pocos casos. Es la única solución para salvar la vida de estas mujeres⁸⁻¹².

En nuestra muestra sólo 13 mujeres tuvieron trabajo de parto y, de ellas, en sólo 5 se usó oxitocina (4 inducciones y en 1 conducción). Múltiples trabajos muestran que la atonía uterina, causa importante de las histerectomías obstétricas, se observa en pacientes en las que se utiliza oxitocina, sobre todo de forma prolongada (inducciones), ya que produce una astenia del músculo uterino, lo que hace que ulteriormente éste se contraiga mal, por lo que se produce la hemorragia que indica en no pocas oportunidades el proceder¹³.

No se recogió que, en las pacientes que tuvieron trabajo de parto, éste fuera prolongado, principal antecedente que se recoge en las mujeres en que tras un trabajo de parto es necesario realizar una histerectomía obstétrica; los autores que han demostrado tal hecho lo asocian a la fatiga de las fi-

bras musculares uterinas tras un trabajo de parto prolongado^{14,15}.

Konrad et al⁶ encuentran una estrecha relación entre el proceder de la cesárea y la histerectomía obstétrica; en nuestra casuística el 85% de los casos se asoció a este proceder, y las causas de estas últimas fueron aquellas que se relacionaban con hiperdistensión de las fibras musculares uterinas, como la DCP, causas que predisponen a la rotura uterina, como la DCP y las cesáreas anteriores, o causas que alteran la mecánica uterina, como las placentas previas oclusivas y los miomas uterinos y embarazo^{7,9,10,13-16}.

En cuanto a las causas que llevaron a estas mujeres a que se les practicara el proceder objeto de estudio en el presente trabajo, vemos cómo la atonía uterina sigue siendo para todas las series reportadas sobre el tema la principal causa más frecuente para practicar dicho proceder quirúrgico seguido del acretismo placentario y la presencia de miomas uterinos¹⁷⁻²¹.

BIBLIOGRAFÍA

1. Hsu TY, Hsieh CC, Lo LM, Soong YK. Emergency obstetric hysterectomy: report of fifteen cases. *Changcheng Yi Xue Za Zhi*. 1991;14:111-6.
2. Mousa HA, Walkinshaw S. Major postpartum haemorrhage. *Curr Opin Obstet Gynecol*. 2001;13:595-603.
3. Yamamoto H, Sagae S, Nishicawa S, Kudo R. Emergency postpartum hysterectomy in obstetric practice. *J Obstet Gynaecol Res*. 2000;26:341-5.
4. Cisse CT, Faye EO, Cisse ML, Kouedou D, Diadihou F. Uterine perforation after an illegal abortion. *Med Trop (Mars)*. 1999;4:371-4.
5. Ota Y, Watanabe H, Fukasawa I, Tanaka S, Kawatsu S, Oishi A, et al. Placenta accreta/increta. Review of 10 cases and a cases report. *Arch Gynecol Obstet*. 1999;263:69-72.
6. Konrad S, Tanyi J. Postpartum hysterectomy. *Orv Hetil*. 1996;26:137:1127-31.
7. Milasinovic L, Cetkovi N, Radeka G, Bingold B, Petrovic D, Orelj M. Postoperative infection as an indication for hysterectomy after cesarean section. *Med Pregl*. 1996;49:221-4.
8. Korejo R, Jafarey SN. Obstetrics hysterectomy five years experience at Jinnah Postgraduate Medical Centre Karachi. *J Pak Med Assoc*. 1995;45:86-8.
9. Gupta U, Ganesh K. Emergency hysterectomy in obstetrics: review of 15 years. *Asia Oceania J Obstet Gynaecol*. 1994;20:1-5.
10. Morini A, Mossa B, Aleandri V, Roscetti C, Angelini R. Destructive cesarean section: hysterectomy for obstetric reasons and post-abortive hysterectomy. Analysis of 35 cases. *Minerva Gynecol*. 1989;41:497-501.
11. Morini A, Aleandri V, Angelini R, Roscetti C, Mossa B. Hysterectomy in obstetrics. Analysis and comparison of a group of cases from the Italian and the international literature (563 cases). *Minerva Gynecol*. 1989;41:445-50.
12. Al-Sibai MH, Rahman J, Rahman MS, Butalack F. Emergency hysterectomy in obstetrics-a review of 117 cases. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*. 1987;27:180-4.
13. Punnonen R, Teisala K, Heinonen PK, Tuimala R, Pystynen P. Subtotal hysterectomy in emergency obstetric. *Ann Chir Gynaecol*. 1984;73:293-5.
14. Boisselier P, Pigne A, Jouhet P, Treisser A, Delubac D, Barrat J. Hysterectomy to stop bleeding in Obstetrics. Are there still indications for performing hysterectomy immediately postpartum? (author's transl). *J Gynecol Obstet Biol Repro (Paris)*. 1981;10:501-12.
15. Wilson RD, Johnson MP, Flake AV, Combreholme TM, Hedrick HL, Wilson J, et al. Reproductive outcome after pregnancy complicated by maternal-fetal surgery. *Am J Obstet Gynecol*. 2004;191:1430-6.
16. Wen SW, Rusen ID, Walker M, Liston R, Kramer MS, Baskett T, et al. Maternal Health Study Group, Canadian Perinatal Sur-

- veillance System. Comparison of maternal mortality and morbidity between trial of labor and elective cesarean sections among women with previous cesarean delivery. *Am J Obstet Gynecol.* 2004;191:1263-9.
17. Rabenda-Lacka K, Wilczynsky J, Radoch Z, Breborowicz GH. Obstetrical hysterectomy. *GineKol Pol.* 2003;74:1521-5.
18. Aksu F, Gezer A, Oral E. Seventeen year review of hysterectomy procedures in university clinic in Istanbul (1985-2001). *Arch Gynecol Obstet.* 2004;270:217-22.
19. Shevell T, Malone FD. Management of obstetric hemorrhage. *Semin Perinatol.* 2003;27:86-104.
20. Adanu RM, Obed SA. Ruptured uterus: a seven year review of cases from Acra, Ghana. *J Obstet Gynaecol Can.* 2003;25:225-30.
21. Dhaliwal JK, El-Shafei AM, Al-Sharqi MR, Jothy KR, Vijayan U, Qadri A. Hospital morbidity due to post operative infections in obstetric & gynecology. *Saudy Med J.* 2000;21:270-3.