

Morbimortalidad materna en histerectomía obstétrica de urgencia

Maternal morbimortality in obstetric hysterectomy of emergency

Dr. Ernesto La Fontaine Terry; Dra. Mayra Sánchez Lueiro; Dr. Samuel Pugh Provost; Dr. Humberto Estrada Canosa

Hospital Provincial Docente Ginecobstétrico Ana Betancourt de Mora. Camagüey, Cuba.

RESUMEN

Se realizó un estudio retrospectivo y descriptivo en el Hospital Provincial Docente Ginecobstétrico Ana Betancourt de Mora de Camagüey, desde 1997 a 2003 para conocer la morbimortalidad materna derivada de la histerectomía obstétrica. El universo y la muestra fueron de 124 pacientes histerectomizadas de urgencia en el período puerperal. Las variables estudiadas fueron: la edad, los eventos obstétricos, modo del parto, momento, causas y complicaciones de este proceder. Predominaron las edades de 20 a 34 años en el estudio con 101 pacientes; el 49, 2 % de las operadas tuvo un parto anterior y el 75, 0 % provino de embarazos a término. La rotura prematura de membrana (26) y la cesárea anterior (20) fueron los eventos obstétricos más frecuentes; predominó la cesárea (50, 8 %). El mayor porcentaje de histerectomía se produjo en el posparto (49, 2 %) y la atonía uterina (42, 8 %) constituyó la causa más frecuente. En la primera intervención (56) se ligaron mayormente las arterias hipogástricas. La sepsis (14) prevaleció como complicación. El 97, 6 % de las pacientes egresó viva y el 2, 4 % falleció.

DeCS: HISTERECTOMÍA VAGINAL/mortalidad; ESTUDIOS RETROSPECTIVOS; ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS FETALES; SEPSIS/complicaciones; ADULTO.

ABSTRACT

A retrospective and descriptive study was conducted at the Ana Betancourt de Mora Maternity Hospital, city of Camagüey, from 1997 to 2003 to determine the mortality rate among mothers as caused by obstetric hysterectomy. To such end, 124 patients that had undergone emergency hysterectomy while still puerperant were assessed. Age and obstetric events, as well as moment of, causes of, and complications of delivery were the variables dealt with. Patients aged 20 to 34 prevailed (101cases), while 49, 2 % of those that were operated on had a previous partum, and 75, 0 % had a pregnancy within term. Premature rupture of the membranes(26 cases), and a previous cesarean section (20 cases) were the most frequent events , the latter ranking first in prevalence (50, 8 %).The highest hysterectomy rate (49, 2 %) was reached during the postpartum days whereas uterine atony ranked first (42, 8 %). During the first operation 56 patients had their hypogastric artery knotted. Sepsis prevailed as a complication (14 cases) whereas 97,6 of the patients survived and 2, 4 % did not.

DeCS: HYSTERECTOMY VAGINAL/MORTALITY; RETROSPECTIVE STUDIES; FETAL MEMBRANES PREMATURE RUPTURE; SEPSIS/complications; ADULT.

INTRODUCCIÓN

La muerte de una mujer por causas relacionadas con el embarazo y el parto es un hecho que produce un gran impacto social, sobre todo si se tiene en cuenta que esta es evitable. ¹

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) cada año se producen en el mundo 50 000 muertes maternas, solamente en la región de las Américas se reportan 30 000 defunciones, la mayoría de ellas evitables con un tratamiento médicoquirúrgico oportuno. ^{2, 3}

La hemorragia obstétrica constituye una de las causas de muerte materna y dentro de ella, la hemorragia posparto es la más relevante.^{4, 5}

Existen factores que predisponen o empeoran la hemorragia obstétrica: trastornos adherenciales de la placenta, traumatismos durante el trabajo de parto y parto, atonía uterina, afecciones obstétricas que predisponen a trastornos de la coagulación, volumen sanguíneo materno pequeño, entre otros.^{6, 7}

Al fallar el tratamiento médico ante una hemorragia obstétrica, se indica el tratamiento quirúrgico, y dentro de éste la histerectomía obstétrica.⁸⁻¹⁰ Este proceder trae aparejado un incremento de la morbimortalidad materna,^{11, 12} y se observa con cierta frecuencia en pacientes cesareadas previamente;^{13, 14} pero indicada de forma correcta y oportuna, y realizada por manos hábiles y expertas, apoyadas en el uso de sangre, hemoderivados y potentes antimicrobianos, se logra disminuir notablemente la mortalidad materna.^{15, 16}

Esta operación, aunque puede afectar posteriormente la capacidad reproductiva o provocar otras secuelas, constituye un arma de gran valor para el obstetra cuando es necesario realizarla ante una emergencia como medida salvadora.¹⁷⁻¹⁹

En nuestro medio no escapamos de esta problemática. El objetivo de nuestro estudio es conocer la morbimortalidad materna derivada de este proceder.

MÉTODO

Se realizó un estudio retrospectivo de tipo descriptivo en el Hospital Provincial Docente Ginecobstétrico Ana Betancourt de Mora de Camagüey desde 1997 a 2003 para conocer la morbimortalidad materna, derivada de la histerectomía obstétrica.

El universo de estudio y la muestra fueron de 124 pacientes histerectomizadas de urgencia en el período puerperal. Las variables estudiadas fueron la edad, los eventos obstétricos, modo del parto, momento, causas y complicaciones de este procedimiento. El dato primario se recogió del registro del salón de operaciones, se

revisaron posteriormente las historias clínicas y la información se detalló en un formulario diseñado al efecto.

RESULTADOS

En el período estudiado se produjeron en el Hospital Provincial Docente Ginecobstétrico Ana Betancourt de Mora 47 205 partos, en 124 pacientes fue necesario realizar histerectomía posparto (0, 26 %).

Predominaron los grupos de 20-34 años con 101 pacientes, por su parte las adolescentes (15-19 años) con tres (2, 4 %) y 20 con más de 35 años (16, 1 %).

Según paridad, predominó el grupo con antecedente de un solo parto en 61 mujeres (49, 2 %), seguido de las nulíparas con 36 señoras (29 %), y 27 pacientes con 2-3 partos previos 21, 8 %.

Existió un predominio de gestantes histerectomizadas con embarazo a término en 93 mujeres (75 %), seguido por los embarazos pretérminos con 19 pacientes (15,3 %). En los eventos obstétricos, predominó la ruptura prematura de membrana (RPM) y la cesárea anterior con 26 (23, 9 %) y 20 (18, 3 %) señoras, respectivamente (Tabla 1).

Tabla 1. Eventos obstétricos

Eventos obstétricos	Número	%
RPM	26	23,9
Cesárea anterior	20	18,3
Placenta previa	10	9,2
DPPNI	9	8,3
Oligohidramnios	9	8,3
CIUR	7	6,4
Toxemia	6	5,5
Fiebre intraparto	5	4,6
Gemelar	3	2,7
Óbito fetal	3	2,7
Otros	11	10,1
Total	109	100,0

Fuente: Formulario

Se destacó la cesárea en 63 mujeres (50, 8 %), seguido del parto eutócico con 51 pacientes (41, 1 %) (Tabla 2).

Tabla 2. Modo del parto

Modo del parto	Número	%
Cesárea primitiva	44	35,5
Cesárea iterada	19	15,3
Eutócico	51	41,1
Instrumentado	8	6,5
Pelviana	2	1,6
Total	124	100,0

Fuente: Formulario

El mayor momento en la realización de la histerectomía fue en el posparto con 61 mujeres 49, 2 %. (Tabla 3).

Tabla 3. Momento de la histerectomía

Momento de la histerectomía	Número	%
Posparto	61	49,2
Cesárea - histerectomía	45	36,3
Reintervención	18	14,5
Total	124	100,0

Fuente: Formulario

La primer causa de la histerectomía fue la atonía uterina con 53 señoras (42, 8 %), seguido del acretismo placentario y la rotura uterina con 19 (15, 3 %) y 18 (14, 5 %) pacientes, respectivamente. (Tabla 4).

Tabla 4. Causas de la histerectomía

Causas de la histerectomía	Número	%
Atonía uterina	53	42,8
Acretismo placentario	19	15,3
Rotura uterina	18	14,5
Útero de couvelaire	9	7,3
Sangramiento posparto	6	4,8
Sepsis posparto	4	3,2
Placenta previa	3	2,4
Sangramiento poscesárea	2	1,6
Sepsis poscesárea	2	1,6
Otras	8	6,5
Total	124	100,0

Fuente: Formulario

Predominó la ligadura de las arterias hipogástricas en la primera intervención en 56 mujeres (45, 2 %), seguido de una reintervención de urgencia en 11 pacientes para el 8, 9 %, mientras que no se realizó en 57 mujeres (45, 9 %).

Entre las complicaciones post-histerectomías la sepsis representó la mayor cantidad con 14 pacientes para un 11, 2 %, ocurrieron solamente tres defunciones (2, 4 %). De 124 pacientes histerectomizadas 121 egresaron vivas el 97, 6 por ciento (Tabla 5).

Tabla 5. Complicaciones de la histerectomía

Complicaciones	Número	%
Sepsis	14	11,2
Hemorragia post- histerectomía	4	3,2
Granuloma de cúpula	3	2,4
Hematoma de cúpula	2	1,6
Lesión de uréter	1	0,9
Lesión de vejiga	1	0,9
Muerte	3	2,4
Sin complicaciones	92	74,2
Otras	4	3,2
Total	124	100,0

Fuente: Formulario

DISCUSIÓN

El grupo de edades donde más se realizó la histerectomía fue el de 20-34 años, lo que coincide con la literatura revisada, ^{8,9} por ser éste el período fértil o reproductivo de la mujer. Por su parte en las edades extremas de la vida, la incidencia fue baja.

Con respecto a la paridad, predominó el grupo con antecedentes de un sólo parto, mientras que las multíparas sólo representaron el 21,8 % del total de pacientes histerectomizadas. Estos resultados coinciden con otras publicaciones, donde hay un predominio de las primíparas. ^{10,11}

El mayor número de gestantes histerectomizadas tuvieron un embarazo a término, seguido por los embarazos pretérminos, lo que coincide con otros autores, ^{7,12} los cuales plantean que en las gestaciones a término suelen presentarse generalmente las complicaciones hemorrágicas y de otro tipo.

La cesárea se destacó como forma de terminar el parto, lo cual apoya el criterio de la alta tasa de morbilidad de esta operación, sobre todo cuando el proceder se realiza de urgencia, en muchas ocasiones es la base para la realización de una histerectomía obstétrica. ^{13,14}

El mayor número de histerectomías se realiza durante el posparto, le sigue en frecuencia la cesárea-histerectomía. Estos resultados son contradictorios a lo publicado por otros autores, ^{15,16} quienes reflejan que la cesárea seguida de histerectomía de urgencia es más frecuente. Por su parte la reintervención de urgencia se comportó con un por ciento bajo.

Durante la revisión de las causas que motivaron la histerectomía, predominó la atonía uterina, relacionada en este caso con la cesárea, uso de oxitocina, macrosomía fetal, gemelaridad, polihidramnios, parto instrumentado y miomas. El acretismo placentario y la rotura uterina le siguieron a la atonía, lo que coincide con lo reportado por otros autores. ^{6,14,17}

La ligadura de las arterias hipogástricas se realizó mayormente en la primera intervención, este proceder debe realizarse de forma profiláctica, sobre todo en las hemorragias incoercibles por rotura uterina, útero de *Couvelaire*, trastornos adherenciales de la placenta, atonía uterina, etc. Ya que esto reduce el flujo sanguíneo del útero hasta en un 80 %, como se demuestra en varias publicaciones; ^{18,19} sin embargo, estos autores preconizan que este procedimiento debe realizarse siempre y cuando haya fácil accesibilidad a las arterias hipogástricas en el campo operatorio y un dominio amplio de la técnica quirúrgica por parte del operador.

Luego de realizada la histerectomía posparto la complicación que prevaleció fue la sepsis, debido al absceso de la pared abdominal y de la cúpula, se produjeron pocas defunciones, estos resultados coinciden con la literatura revisada. ^{15,18,19}

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Williams O. Tratado de Obstetricia. 20 ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 1998.
2. Foley Michael A, Strong Thomas H. Cuidados Intensivos en Obstetricia. Manual Práctico. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 1999.
3. Dirección General de Salud Reproductiva. Lineamiento técnico para la prevención, diagnóstico y manejo de la hemorragia obstétrica México. México: Secretaría de Salud; 2000.

4. Manual de diagnóstico y tratamiento en Obstetricia y Perinatología. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2000.
5. Cabezas E. Shock hemorrágico en Obstetricia. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2000.
6. Izaguirac VD. Ruptura uterina en gestantes en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza. Lima: Editorial Médica Panamericana; 1998.
7. Jorge NF, José PA, Guadalupe VM, Nava FJ, Páez AJ, Veloz MG, et al. Indicaciones y factores de riesgo para histerectomía obstétrica de urgencia. Rev Méx Obst y Ginecol. 2002;70(6):289-94.
8. Espinosa GR, Donoso SE, Wild R. Histerectomía obstétrica Rev Chil Obstet y Ginecol. 1998;53(6):329-33.
9. Navia F, Mitelman G, Martínez F. Histerectomía obstétrica. Rev Chil Obstet y Ginecol. 2000;65(5):385-88.
10. Agüero O. Histerectomías obstétricas en hospital privado. Rev Obstet Ginecol Ven. 2000;60(4):239-43.
11. Villalobos N, López FC. Análisis de las indicaciones para histerectomía obstétrica. Rev Obstet Ginecol Ven. 1999;59(1):7-11.
12. Guylaine L, Catherine A, John J. Hysterectomy. Rev JOG Can. 2002;24(1):37-48.
13. Orderique L, Chumbe O. Cesárea histerectomía en el Hospital María Auxiliadora. Rev Obstet Ginecol Perú. 1998;44(1):61-4.
14. Nuñez NJ, Bustillos A. Cesárea con histerectomía. Arch Boliv Med. 1998;5(57):27-30.
15. García AF, Donaie A. Cesárea histerectomía en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Lima, Perú. Ginecol Obstet. 1999;45(4):280-83.
16. Barclay DL, Hawks BL, Fruch DM. Elective cesarean hysterectomy, a 5 year comparison with cesarean section. Obstet Gynecol. 1999;40(8):115-29.
17. Yamamoto H, Sagae S, Nishikawa S, Kudo R. Emergency Postpartum Hysterectomy in Obstetric Practice, Department of Obstetrics and Gynaecology, Sapporo Medical University School of Medicine Japan. J Obstet Gynecol. 2000;26(5):341-45.
18. Sebitloane MH, Moodley J. Emergency peripartum hysterectomy. East Afr Med J. 2001;75(2):70-4.
19. Werham J, Natijevic R. Postpartum hysterectomies revisited. J Perinat Med. 2001;29(3):260-65.

Recibido: 25 de junio de 2004.

Aceptado: 4 de enero de 2005.

Dr. Ernesto La Fontaine Terry. Especialista de I Grado en Obstetricia y Ginecología.
Profesor Instructor. Hospital Provincial Docente Ginecobstétrico Ana Betancourt de Mora. Camagüey, Cuba.