

Histerectomía obstétrica (2000-2007)

Drs. Pedro Faneite, Clara Rivera, Josmery Faneite

Departamento de Obstetricia y Ginecología, Hospital "Dr. Adolfo Prince Lara", Puerto Cabello. Departamento Clínico Integral de la Costa, Facultad Ciencias de la Salud, Universidad de Carabobo

RESUMEN

Objetivo: Determinar la incidencia, factores relacionados y repercusiones de la histerectomía obstétrica.

Ambiente: Hospital "Dr. Adolfo Prince Lara", Puerto Cabello.

Método: Estudio retrospectivo, descriptivo de las histerectomías obstétricas realizadas entre 2000 y 2007, en 23 030 casos.

Resultados: La frecuencia fue de 0,16 % o de 1 cada 622 casos obstétricos. Predominó la procedencia del Estado Carabobo (70,27 %), edad materna de 20-34 años (81,09 %), solteras (59,46 %) y sin control prenatal (51,35 %); la mayoría fueron gestantes de II-VII (64,84 %), gestación a término (48,65 %), parto por cesárea (78,39 %), y estancia hospitalaria de 7 o menos días (67,57 %). Las principales indicaciones fueron la atonía uterina (40,54 %), rotura uterina (27,03 %) y sepsis 16,8 % (posparto 10,81 % y posaborto 5,4 %); prevaleció la histerectomía total (78,38 %). La morbilidad global fue de 62,16 %, destaca la anemia; hubo 3 muertes maternas (8,11 %).

Conclusión: La histerectomía obstétrica constituye un problema de salud en nuestro hospital, la cual mostró un ascenso en el período estudiado, asociado a atonía y rotura uterina, con elevada morbi-mortalidad materna, lo que amerita una mejor atención obstétrica y salud pública.

Palabras clave: Histerectomías obstétricas. Histerectomías del posparto.

SUMMARY

Objective: To determine the incidence, related factors and repercussions of obstetrical hysterectomies.

Setting: Hospital "Dr. Adolfo Prince Lara", Puerto Cabello.

Method: Retrospective, descriptive study, of 37 obstetrical hysterectomies performed between 2000 and 2007, in 23 030 cases. Results: Frequency was 0.16 % or 1 every 622 obstetrical cases. Provenience from Carabobo State was predominant (70.27 %), maternal age between 20-34 years (81.09 %), single (59.46 %) and no prenatal care (51.35 %); the majority were gavidas II-VII (64.84 %), gestation at term (48.65 %), cesarean section (78.39 %), and hospitalary stay 7 or less days (67.57 %). The principal indications were uterine atony (40.54 %), uterine rupture (27.03 %) and sepsis 16/8 % (postpartum 10/81 % and postabortum 5.4 %); total hysterectomy prevailed (78.38 %). Global morbidity was 62.16 %, stand out anemia; there were 3 maternal deaths (8.11 %).

Conclusion: Obstetrical hysterectomy constituted a public health problem in our hospital, that showed an increase in the studied period associated to uterine atony and rupture, with increased maternal morbidity, that require a better obstetrical and public health attention.

Key words: Obstetrical hysterectomy. Postpartum Hysterectomy.

INTRODUCCIÓN

La histerectomía obstétrica es un procedimiento quirúrgico apremiante del obstetra, empleado en última línea o recurso final cuando se encuentra en peligro de muerte la paciente, ella pone a prueba los conocimientos y las habilidades quirúrgicas de los médicos intervencionistas. Lamentablemente lleva consigo la extirpación de uno de los órganos más preciados de las mujeres, considerándose muchas

mutiladas. Perdiendo con ello definitivamente la posibilidad de la reproducción, y además no está ajena a otras complicaciones médico quirúrgicas.

Las razones más frecuentemente señaladas son de carácter hemorrágico como los desgarros y roturas uterinas, atonía uterina y la sepsis puerperal, en especial en su grado extremo.

Esta importante patología se le ha tomado como

HISTERECTOMÍA OBSTÉTRICA

un indicador de calidad de servicio prestado a la embarazada, la razón estriba en que los factores etiológicos pueden ser prevenibles, en consecuencia evitable, y su frecuencia nos revela eficacia de asistencia médica servida.

Lo expuesto anteriormente ha motivado a diversos autores venezolanos a estudiar esta terrífica entidad (1-10). En el hospital donde prestamos servicio se realizó un trabajo inicial por López Gómez y col. (11), abarcó el lapso 1973-1982, posteriormente nosotros (12), analizamos el período 1984-1995.

Los resultados de los estudios anteriores revelaron una situación obstétrica preocupante, lo que nos ha obligado a realizar una nueva mirada al problema y de esta manera hacer sugerencias para una mejor calidad de servicio obstétrico.

MÉTODOS

Es un estudio retrospectivo, y descriptivo de las historias de las pacientes del hospital durante el lapso 2000-2007, se encontraron 37 casos con el diagnóstico de histerectomía obstetricia, en este tiempo se sucedieron 23 030 casos obstétricos relacionados con abortos, embarazos ectópicos, partos y cesáreas. Esto revela una incidencia de 0,16 % o de 1 cada 622 casos obstétricos atendidos.

Se han incluido las histerectomías por cualquier indicación durante el embarazo, parto y puerperio. También incluye histerectomías realizadas por complicaciones que siguen posterior a su resolución, tales como perforación uterina y sepsis.

La historia clínica fue la base de donde se obtuvo las siguientes datos: procedencia, estado civil, edad materna y control prenatal, gestación, edad de la gestación, terminación del embarazo y estancia hospitalaria, histerectomía (indicación, tipo, complicaciones, mortalidad).

Las variables fueron resumidas en cuadros estadísticos, y luego fue analizada mediante estadística descriptiva.

RESULTADOS

El Cuadro 1 presenta la incidencia de la histerectomía obstétrica durante el período estudiado 2000-2007; podemos ver que osciló entre 0,10 % a 0,22 % con un promedio global para el lapso de 0,16 % o sea 1 caso por cada 622 casos obstétricos. La incidencia fue la misma en los últimos tres años (0,16 %).

El Cuadro 2 muestra los factores maternos en

las pacientes estudiadas; predominan las oriundas del Estado Carabobo (70,27%) y Estado Falcón (18,92%), la edad materna 20-34 años 81,09%, siendo las menores de 19 años 5,41%. Solteras (59,46%) y sin control prenatal (51,35%).

La situación obstétrica se resume en el Cuadro 3. Las gestantes de II-VII fueron mayoría (64,86 %), edad de gestación a término (48,65 %), menor de 37 semanas (43,24 %), aborto (18,92 %); el parto por cesárea (78,38 %); y estancia hospitalaria de 7 o menos días (67,57 %) y 8-14 días (29,73 %).

Las características de las histerectomías y sus consecuencias se exponen en el Cuadro 4. Las principales indicaciones fueron la atonía uterina (40,54 %), rotura uterina (27,03 %), y sepsis 16,8% (posparto 10,81% y posaborto 5,4 %); prevaleció la histerectomía total (78,38 %). La morbilidad global fue de 62,16 %, destaca la anemia, el shock séptico (21,28) y coagulación intravascular (21,28 %), hubo 47 combinaciones de morbilidad pacientes tuvieron más de una morbilidad. Hubo 3 muertes maternas (8,11 %), una fue por sepsis, pulmón de shock en posparto, las otras dos anemia aguda, falla multi-orgánica, una fue atonía uterina y la otra rotura uterina.

Cuadro 1

Histerectomía obstétrica. Incidencia			
Años	Número histerectomías	Casos obstétricos	Incidencia %
2000	4	3 878	0,10
2001	5	3 047	0,16
2002	7	3 199	0,22
2003	4	3 074	0,13
2004	7	2 333	0,3
2005	4	2 504	0,16
2006	4	2 546	0,16
2007	4	2 449	0,16
Total	37	23 030	Promedio 0,16

Una cada 622 casos obstétricos.

Cuadro 2
Factores

Procedencia		Estado civil		Edad materna		Control prenatal	
Años	(%)	n	%	n	%	n	%
26	(70,27)	22	(59,46)	2	(5,41)		
						10	(27,03)
7	(18,92)	10	(27,03)	10	(27,03)	19	(51,35)
		3	(8,11)	10	(27,03)	8	(21,62)
3	(8,11)	2	(5,41)	10	(27,03)		
				4	(10,81)		
1	(2,70)			1	(2,70)		

Cuadro 3

Situación obstétrica

Gestación		Edad de gestación (semanas)		Terminación embarazo		Estancia hospitalaria días	
Nº	(%)	Nº	(%)	Nº	(%)	Nº	(%)
			≤ 21				
6	(16,22)	7	(18,92)	6	(16,21)	25	(67,57)
			22-27				
		5	(13,51)				
			28-36				
24	(64,86)	4	(10,81)	29	(78,38)	11	(29,73)
			37-41				
7	(18,92)	18	(48,65)	2	(5,41)	1	(2,70)
			≥ 42				
		1	(2,70)				
			Puerperio				
		2	(5,41)				

DISCUSIÓN

En ninguna otra circunstancia de la cirugía gineco-obstétrica está el cirujano en tan difícil dilema: decidir una histerectomía de emergencia relacionada con un embarazo. Generalmente, tiene en una mano el último recurso de salvar la vida de la madre y en la otra, sacrificar su capacidad reproductiva. Todo implica una difícil decisión y un buen juicio médico. Además, la mayoría de las veces la cirugía se realiza

cuando la paciente está en condiciones críticas, con riesgos de anestesia y cirugía; escoger el momento adecuado puede reducir o prevenir complicaciones maternas.

Lo cierto es que todavía la histerectomía se mantiene como un recurso del obstetra. Hay más, el conocimiento de la operación y su habilidad en la realización salva vidas durante la catastrófica rotura

HISTERECTOMÍA OBSTÉTRICA

Cuadro 4
Histerectomía

Indicación		n	Tipo		Morbilidad*		Mortalidad			
n	(%)		(%)	(%)	n	(%)	n	(%)		
Atonía uterina	15	(40,54)	Total		Anemia	23	(48,94)	3	Si	(8,11)
Rotura uterina	10	(27,03)			Shock séptico	10	(21,28)			
Dehiscencia cicatriz	4	(10,81)	Subtotal		CIV +	10	(21,28)	34	No	(91,89)
Sepsis posparto	4	(10,81)			Neumonía	2	(4,25)			
Sepsis posaborto	2	(5,40)			Pulmón de shock	2	(4,25)			
Desgarro de cuello	2	(5,40)								

* Más de una morbilidad (47)
CIV: coagulación intravascular.

uterina, hemorragias intratables o sepsis graves.

Con este nuevo trabajo y los dos previos (11,12), se completan treinta y tres años de estudio de esta patología de manera continua en el mayor hospital de la región, abarcan el lapso 1973-2007. Este hecho nos va a permitir hacer un análisis de cómo ha sido su evolución durante este tiempo.

En este estudio que incluye el período 2000-2007, hemos encontrado un promedio global para el lapso de 0,16 % o sea 1 caso por cada 622, además se mantiene igual cifra en los últimos tres años revisados. Si lo comparamos con la serie anterior (1984-1995) (12), tenemos que fue de 0,10 % o sea 1 caso por cada 880 casos obstétricos, lo que nos revela que se ha incrementado y si la comparación la extendemos a la primera serie obtenida por López Gómez y col. (1973-1982) (11), notamos que se ha duplicado; pudiéramos expresar que hay una tendencia al incremento durante los 33 años de estudio en el Hospital "Dr. Adolfo Prince Lara" de Puerto Cabello. Ya en el estudio anterior enfatizamos que había que analizar concienzudamente esta realidad, si bien es un recurso importante, hay que ver si las indicaciones están plenamente justificadas o las condiciones obstétricas lo ameritaban. Esta elevada cifra obtenida se semeja a la referida por Agüero y col. (3), 1 por cada 724 casos y es menor que la reportada por otros autores (13,14).

En los factores maternos relacionados es de resaltar la procedencia de los pacientes del Estado Falcón con (18,92 %), en otras palabras, un quinto

de las histerectomías no son del Estado Carabobo, en la revisión previa fue de un tercio (12); la razón es fácil de explicar por el hecho de que este hospital es el principal de la región por sus recursos humanos y dotación, tiene el calificativo de regional. Otro evento que de nuevo evidenciamos es la elevada soltería (59,46 %), ello tiene que ver con la composición social de los pacientes, nos revela la fragilidad del entorno familiar. También preocupa el alto predominio de la edad fértil, 20-34 años con 81,09 %, se observó una disminución de las menores de 19 años en relación al período anterior (12). Un aspecto que se ha hecho persistente es la falta de control prenatal en la mitad de las pacientes, y si son portadoras de factores de riesgos, se estaría perdiendo un tiempo precioso para un diagnóstico y tratamiento precoz, lo que nos permitiría disminuir de una manera importante los efectos deletéreos de esta dañina patología obstétrica; por supuesto, que debemos recordar la ausencia de políticas de salud nacional óptimas en los programas de salud preventivos.

La situación obstétrica en que se da la histerectomía necesita señalarse, en efecto, en este estudio hemos encontrado mayor frecuencia en pacientes multíparas y embarazos a término, estas variables han cambiado, pues en el estudio anterior (12), se trató de primigestas y embarazos de 21 semanas y menos, lo cual era una circunstancia aún peor, no es para estar satisfechos, pero si es más razonable que esta fatídica patología se de en edad de vida reproductiva y hacia el final de la gestación. Lo que si se ha elevado es su relación

con la cesárea, pasó de 53,33 % en la revisión previa (12), a casi el 80 %. El uso y abuso de la cesárea es un fenómeno de la obstetricia actual, la misma la hemos criticado en múltiples oportunidades (15), ya ha sido reportada en diversas publicaciones (8,9,16,17) este recurso quirúrgico maravilloso se ha popularizado, pero no se ha tomado en cuenta las posibles consecuencias asociadas en su empleo masivo. Debemos insistir en la vigilancia, selección y uso de protocolos estrictos antes de decidir una cesárea.

El análisis de las causas de la histerectomía cobra interés central en este estudio. En este lapso los factores hemorrágicos volvieron a tomar primacía (67,57 %), aportada por la atonía uterina (40,54 %) y rotura uterina (27,03 %); estos factores se encontraron con otros trabajos venezolanos (3,8,9) y de otras latitudes (16,17), son los que usualmente persisten en los países desarrollados (18,19); luego sigue la sepsis con 16,8 % (posparto 10,81 % y posaborto 5,4 %). Al contrario, en la serie anterior (1984-1995), habíamos reportado con alarma el papel líder de la sepsis con casi la mitad de las justificaciones (43,33 %), de la cual una de cada 5 fue por aborto séptico (20 %), seguida del estado poscesárea (15 %) y posparto (8,33 %). Durante el período 1973-1982 (11), predominó como indicación la rotura uterina (39,88 %), sepsis puerperal (16,67 %) y el aborto (5,5 %), es decir, las indicaciones actuales son las mismas que las actuales.

Prevalció la histerectomía total (78,38 %). La morbilidad global fue de 62,16 %; si la desglosamos tenemos que destaca la anemia (48,94 %), el shock séptico (21,28) y coagulación intravascular (21,28 %), hubo 47 combinaciones de morbilidad. Estos elementos se semejan al estudio anterior (12), donde la histerectomía total fue de 71,67 %, la complicación dominante la anemia (75 %). Esta alta morbilidad es una de las secuelas más temidas de esta patología, y está sustentada por el entorno y condiciones maternas durante el acto operatorio.

La temida muerte materna la hubo en 3 casos, con una incidencia global de 8,11 %, algo menor al período previo de 10 % (11). Las causas fueron: por sepsis, pulmón de shock en posparto, las otras dos anemia aguda y falla multiorgánica, una fue atonía uterina y la otra rotura uterina. Si bien ninguna muerte materna es aceptable, la cifra encontrada es bastante menor a la reportada en la serie 1973-1982 (11), con 27,77 % y la de Agüero (3), de 42,2 %.

Finalizamos expresando que con esta nueva serie hay evidencia de un aumento de la incidencia de la

histerectomía obstétrica durante los últimos 33 años de asistencia obstétrica en el Hospital "Dr. Adolfo Prince Lara", las condiciones sociales de las pacientes son las mismas en el tiempo, se reafirma en las múltiparas y cesareadas; las razones han cambiado, en la primera serie fueron los factores hemorrágicos, luego los sépticos y de nuevo han vuelto los hemorrágicos. Las complicaciones se mantienen elevadas, y la incidencia de muerte materna se muestra discretamente razonable. Todo lo expresado anteriormente, lejos de darnos tranquilidad, debe ser motivo y acicate para atacar a los factores predisponentes y causas directas reveladas. Como hemos visto, en su mayoría son prevenibles. Cada día, se hace necesario una mejor medicina preventiva, el rescate de los programas de promoción de la salud, protección y orientación de las embarazadas; ameritamos de mejores programas docentes y adiestramiento para los que trabajamos en procura de una medicina reproductiva exitosa; añoramos por centros de salud y hospitales dotados de lo requerido para prestar una asistencia gineco-obstétrica de alta calidad como lo merecen las madres de los futuros venezolanos. Debemos mantener esta línea de investigación por las graves consecuencias en la morbimortalidad materno-perinatal.

REFERENCIAS

1. Aller J, Piñango V, Agüero O. Histerectomías obstétricas. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 1975;35:297-303.
2. Monroy T, Alfonso C, Hernández M de. Histerectomías obstétricas. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 1980;40:177-181.
3. Agüero O, Saulny de Jorges J, Kizer S, Jimenez Villegas E. Histerectomías obstétricas. *Maternidad "Concepción Palacios". Rev Obstet Ginecol Venez.* 1983;43:17-22.
4. Díaz J, Lucenko L, Cáceres J, Vallenilla E. Histerectomías por complicación de la cesárea. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 1984;44:134-139.
5. Cáceres J, Díaz J, Lucenko L, Torre P. Histerectomías por aborto séptico en el servicio de cirugía de la Maternidad "Concepción Palacios". *Rev Obstet Ginecol Venez.* 1984;44:140-143.
6. Suarez D. Histerectomías obstétricas. Hospital "Dr. Adolfo D'Empaire", Cabimas, Estado Zulia. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 1988;48:104-107.
7. Galindez J, Webster M, Acosta E, Blanco P, Morón M, Pinto J. Histerectomías obstétricas. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 1990;50:28-30.
8. Villalobos N, López C. Análisis de las indicaciones para histerectomías obstétricas. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 1999;59:7-11.
9. Agüero O. Histerectomías obstétricas en

HISTERECTOMÍA OBSTÉTRICA

- Hospital privado Rev Obstet Ginecol Venez. 2000;60:239-243.
10. Pereira F, Montilla A, Pereira E, Suárez O. Histerectomía de urgencia por ruptura de útero de feto gravido: reporte de caso. Rev Obstet Ginecol Venez. 2006;66:29-32.
 11. López Gómez J, Salazar de Dugarte G, Bracho de López C. Histerectomías obstétricas. Rev Obstet Ginecol Venez. 1984;44:277-282.
 12. Faneite P, Leonardis L, Alvarez N, Repilloza M. Histerectomía obstétrica (1984-1995) Rev Obstet Ginecol Venez. 1996;56:129-133.
 13. Kanwar P, Gupta B. Emergency hysterectomy in obstetrics. J Obstet Gynecol. 2003;53:350-352.
 14. Kant A, Wadhvani K. Emergency obstetric hysterectomy. J Obstet Gynecol India. 2005;55:132-134.
 15. Faneite P, Rivera C, Faneite J. Nacimientos según tipo de asistencia obstétrica. Hospital "Dr. Adolfo Prince Lara", Puerto Cabello, Estado Carabobo, 1969-2004. Gac Méd Caracas. 2007;115:1-6.
 16. Caro J, Bustos L, Ríos, Bernal J, Neumann C. Histerectomía obstétrica en el hospital de Puerto Montt, 2000-2005. Rev Chil Obstet Ginecol. 2006;71:313-319.
 17. Reveles J, Villegas G, Hernández S, Páez F, Hernández C, Patiño A. Histerectomía obstétrica: incidencia, indicaciones y complicaciones. Ginecol Obstet Mex. 2008;76:156-160.
 18. Brace V, Kernaghan D, Penney G. Learning from adverse clinical outcomes: Major obstetric haemorrhage in Scotland, 2003-05. BJOG. 2007;11:1388-1396.
 19. Habek D, Becareviç R. Emergency peripartum hysterectomy in a tertiary obstetric center: 8-year evaluation. Fetal Diagn Ther. 2007;22:139-142.

DIRECCIÓN: Urbanización Rancho Grande, Calle 45, Cruce Av. Bolívar. Puerto Cabello, Estado Carabobo, Venezuela.



Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Venezuela

Invita a la

XXII Jornada Nacional de Obstetricia y Ginecología

15 al 17 de octubre de 2008

Hotel Hesperia, Isla Bonita, Margarita, Estado Nueva Esparta

Información e inscripciones:

- Sede de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Venezuela, Maternidad Concepción Palacios, Av. San Martín, Caracas. e-mail: sogvzla@cantv.net • www.sogvzla.org
Teléfono: (+58-212) 461.6442- Fax: (+58-212) 451.0895
- CONGREX C.A. Av Blandín, Centro Comercial Mata de Coco, Piso 3, Oficina Oeste, La Castellana, Caracas. Teléfono: (+58-212) 263.9733 - Fax: (+58-212) 263.8443 - 3672. www.congrex.com