

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS Fundada en 1551

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

UNIDAD DE POST GRADO

Histerectomía de emergencia durante la gestación en el Instituto Materno Perinatal: incidencia y factores asociados (enero 1999 - diciembre 2000)

TESIS para optar el título profesional de: ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA
AUTOR

JULIO BEJAR CUBA

ASESORES: Antonio Mambret Luna Figueroa;

Erasmó Huertas Tachino

LIMA - PERÚ 2001

DEDICATORIA . .	1
RESUMEN: .	3
I. INTRODUCCIÓN . .	5
II. MATERIAL Y METODOS .	9
III. RESULTADOS .	11
IV. DISCUSIÓN .	15
V. CONCLUSIONES .	19
VI. BIBLIOGRAFÍA .	21
Anexos . .	25

DEDICATORIA

«A la memoria de **Giomar**: mi esposa y compañera, pilar fundamental en la obtención de la Especialidad; que ya no está junto a mi para compartir este logro pero estoy seguro que desde el Cielo me sonrío y está feliz...es también su logro...» A mis padres **Julio y Angélica** por haberme dado la vida y una profesión. A mis **Hermanos** por su invaluable apoyo. A mis **hijos Rosario y Julio Gerardo** por ser la luz que ilumina el sendero de mi vida, a quienes les debo el tiempo que les quité al dedicarme a la obtención de este Título. A mis pacientes... Al hospital de la Maternidad de Lima y su personal. ...A mis Maestros.

RESUMEN:

Este trabajo de investigación se llevó a cabo en el Instituto Materno Perinatal (Ex-Hospital Maternidad de Lima), con el objetivo de conocer la incidencia de la histerectomía durante la gestación (Histerectomía Obstétrica) y los factores asociados a la misma, para lo cual se recurrió a la revisión del total de casos de este procedimiento (136 pacientes) ocurridos en los dos últimos años, entre enero de 1999 a diciembre del 2000. En este lapso se registraron 43,559 partos de los cuales 14,004 (32.15%) fueron por cesárea y hubieron 3,229 admisiones por abortos.

La edad promedio de las pacientes fue de 30.7 +/- 6.86 años (rango de 17 a 45 años), con una paridad promedio de 3.51 +/- 1.98 gestaciones (rango de 1 a 9). El 77.3% no tenía control prenatal, el 94.9% ingresaron por emergencia con edades gestacionales entre el 1er y 2do trimestre el 29.4% y el 3er trimestre y puérperas el 70.6%.

La incidencia global fue de 3.12 histerectomías por cada 1000 partos y 12.39 histerectomías por cada 1000 abortos.

Las principales indicaciones de Histerectomía Obstétrica fueron la sepsis (39.7%), seguido de la atonía uterina post-parto (28.7%), el acretismo (14%). Se practicó Histerectomía Abdominal Total en un 94.1%, el 17.6% fue cesárea histerectomía. La mortalidad alcanzó el 2.2% (3 casos) y el 91.2% fue dada de alta mejorada. Las complicaciones post-operatorias más frecuentes fueron la anemia (45.6%), CID (9.6%) y la infección de herida operatoria (8.1%).

La histerectomía obstétrica es un procedimiento relativamente frecuente que se usa

como un recurso para salvar la vida de la madre y su técnica requiere ser aprendida por todo especialista en gineco-obstetricia.

I. INTRODUCCIÓN

Clásicamente la exéresis del útero en una mujer gestante ya sea después de un parto o aborto incluso en el puerperio, se considera como histerectomía obstétrica. Esto involucra necesariamente la condición de un útero que está o/a sido ocupado por una gestación y que ha evolucionado hacia una condición que requiera la extracción parcial o total del órgano y de urgencia. La histerectomía obstétrica, considerada desde hace un tiempo como única alternativa terapéutica en el manejo de patologías hemorrágicas y/o sépticas con el fin de salvar la vida de la paciente, está siendo cada vez más infrecuente por el desarrollo de procedimientos quirúrgicos, mejores condiciones de asepsia, mayor disponibilidad de antibióticos y optimización del uso de sangre y hemoderivados.

La histerectomía obstétrica se inicia originalmente en 1768 cuando Joseph Covallini sugiere por primera vez la cesárea-histerectomía fundamentándose en experimentos animales, aunque nunca lo llevó a cabo, fue Horacio Storer en 1869 quien realiza la primera cesárea histerectomía en una gestante con un tumor previo, aunque la paciente falleció a las pocas horas (1)(2). La primera cesárea-histerectomía con éxito fue la que realizó Eduardo Porro en Italia en una enana primípara que por curiosa coincidencia se apellidaba Covallini desde entonces la cesárea-histerectomía se llama operación de Porro(3)(4).

La era moderna de la histerectomía se inicia en los años 40 del siglo pasado donde mejoran la técnica quirúrgica y anestésica, en 1951 Davis sostiene que la cesárea-histerectomía era “un adelanto lógico en la cirugía obstétrica actual”(1)(5).

La histerectomía obstétrica de emergencia se puede llevar a cabo junto con una

cesárea (cesárea-histerectomía) o después de ella, después de un parto vaginal o aborto o incluso en el puerperio, debido a complicaciones como la hemorragia post-parto, estados infecciosos severos que llevan a una sepsis que no responda a los antibióticos y que requiera una desfocalización; por lo que las causas de histerectomías obstétricas de emergencia son la atonía uterina, el acretismo placentario, la ruptura y perforación uterinas y los cuadros sépticos puerperales y post-aborto(6)(7)(8); si bien desconocemos la real incidencia, varios autores han comunicado índices de 0.5 a 1.5 por mil partos. Clark y col en 1984 revisaron 70 casos de histerectomía periparto de emergencia a causa de hemorragias obstétricas y concluyeron que el 86% se realizaron después de una cesárea y 14% después de partos vaginales, casi las tres cuartas partes de los casos se debieron a atonía uterina o acretismo placentario(8)(9). Las indicaciones para una histerectomía post-cesárea se discuten en relación con diferentes cuadros para los cuales esta indicada esta operación, unos pocos incluyen la infección intrauterina, una cicatriz groseramente defectuosa, un útero marcadamente hipotónico que no responde a los oxitócicos, prostaglandinas o masaje energético; desgarro de los vasos uterinos principales, grandes miomas y la displasia cervical severa o el carcinoma in situ de cervix (10). En la enfermedad del trofoblasto puede recurrirse a la histerectomía como tratamiento, especialmente en mujeres que han concluido con su paridad (10). En la ruptura uterina la laparotomía exploratoria no esta indicada en casos de dehiscencia cicatrizal sin hemorragia luego de un parto vaginal en pacientes con antecedente de cesárea previa, sin embargo en casos de ruptura manifiesta durante una prueba de trabajo de parto con frecuencia es necesario recurrir a la histerectomía (10). El embarazo cornual o intersticial alcanza aproximadamente el 3% de todas las gestaciones ectópicas, a causa de la mayor distensibilidad del miometrio que recubre la porción intersticial de la trompa, este se complica mas tardíamente entre la octava y decimosexta semana gestacional, la hemorragia puede ser rápidamente fatal debido a que el embarazo esta ubicado entre el ovario y las arterias uterinas, en efecto los embarazos cornuales pueden ser fatales y la mujer fallecer antes de llegar al hospital. Debido a que la lesión es amplia suele ser necesaria la histerectomía, en el pasado el embarazo ectópico cervical era una forma rara de embarazo ectópico con una incidencia de 1 en 180000 embarazos, pero la incidencia parece ir en aumento, debido en parte a las formas más nuevas de fertilización asistida pero particularmente posterior a FIV y la transferencia de embriones, en el pasado la histerectomía era la única elección disponible debido a la profusa hemorragia que acompañaba a la eliminación del embarazo cervical que incluso puede comprometer la vía urinaria (10).

En nuestro medio, los trabajos de investigación realizados son mayormente en relación a la cesárea-histerectomía, es así que Castillo y Espinoza en el IMP reportaron 49 casos entre enero de 1993 a diciembre de 1995, encontrando como factores de riesgo la multiparidad, edad mayor a 35 años, placenta previa, HTA, cesárea previa, situación transversa, trabajo de parto disfuncional y corioamnionitis entre otros(11). García en el Hospital Guillermo Almenara reporta que entre 1991 a 1998 el 0.33% de las cesáreas terminaron en histerectomía haciendo una incidencia de 0.94 por 1000 partos (12). Ramírez reporta entre 1980 a 1992, 20 casos de cesárea histerectomía en los hospitales Guillermo Almenara y Centro Médico Naval entre 1980 y 1992 dando una incidencia de 1 en 1076 partos en el Hosp. Almenara y 1 en 1954 partos en el Centro Médico Naval (13).

Meza y Guarnizo en el IMP reportan 120 casos de cesárea hysterectomía entre 1989 a 1993 con una incidencia de 1 hysterectomía por cada 941 nacimientos (14), Orderique en el Hospital María Auxiliadora 1988-1997 6.62 por 1000 partos (24). Otros autores tanto a nivel nacional como en otros países reportan que entre el 0.05% hasta 1.6% de las cesáreas terminan en hysterectomía(15)(16)(17)(18)(19)(20)(21)(22)(23)(25)(26)(27)

Navia y col. En Chile evalúan 52 casos de hysterectomía obstétrica, obteniendo una incidencia de 1 por cada 2283 partos (0.44 por 1000), el 15.39% durante el 1er y 2do trimestre y el 84.61% en el 3er trimestre, la principal indicación fue la inercia uterina (25.00%), seguida del acretismo (21.15%)(28).

En relación a la inercia uterina post-parto que se manifiesta por hemorragia, la indicación de hysterectomía se contempla cuando esta es excesiva, aunque algunos cirujanos inician primero con medidas médicas y luego medidas quirúrgicas conservadoras como la ligadura de las arterias uterinas y la anastomosis útero-ovárica, la sutura del sitio de implantación de la placenta, los puntos de Landauro o de Lynch (29), y finalmente la ligadura de las arterias hipogástricas, pero ninguna de estas técnicas tiene la misma eficacia terapéutica de la hysterectomía, por lo tanto en una paciente inestable o en situación clínica de una hemorragia profusa que no cede al manejo médico conservador es recomendable realizar un tratamiento definitivo como es la hysterectomía (30).

La incidencia de hysterectomía periparto de urgencia ha variado mucho en informes de la experiencia de diferentes hospitales. Los estudios mas recientes de Estados Unidos reportan una tasa de casi 1.5 en 1000 partos. En un estudio reciente, la incidencia de hysterectomía después de una cesárea era de 8.3 en 1000 y 0.087 en 1000 después de un parto vaginal, en este estudio 94.5% de las pacientes tuvieron parto por cesárea y 66.7% de ellas tenia antecedente de esta operación. Las indicaciones de hysterectomía de urgencia fueron placentación con adherencia anormal 64%, atonía uterina 21% y otras causas 17% (sepsis, fibromas y desgarros de la cicatriz uterina), las nulíparas tenían riesgo de hysterectomía de 0.43 en 1000 partos y aquellas con una paridad de por lo menos cuatro tenían una tasa de 6.57 en 1000, en las mujeres que han tenido parto esta tasa aumento a 21 en 1000 si había placenta previa y 65 en 1000 si había antecedente de cesárea. Los últimos estudios reportan porcentajes crecientes del acretismo placentario como causa de la hysterectomía periparto de urgencia y alcanzan hasta un 49.6% de las hysterectomías de 1985 a 1990 y fueron la indicación mas frecuente de hysterectomía de urgencia en el periparto, mientras que informes previos 1978 a 1989 señalaba a la atonía uterina como la indicación mas frecuente que contribuía con 43% de los casos, varios autores han especulado que los cambios en las indicaciones de la hysterectomía de urgencia en el periparto tienen una relación directa con el mejor manejo medico de atonía y la mayor tasa de cesáreas por placenta previa que es un factor de riesgo establecido para la aparición de la placenta previa y acreta. (26)(27)(31)(32)(34). Los reportes nacionales consignan a la atonía uterina como la indicación más frecuente de hysterectomía periparto de urgencia (14)(13), o la placentación anormal(12). Reportes de otras realidades mencionan al acretismo como primera causa (38.1%) (35), como también a la ruptura uterina (35.3%) (33).

En cuanto a la morbi-mortalidad de esta cirugía de urgencia se tiene que la

morbilidad post-operatoria alcanza entre 13% al 64.7% (12)(19)(22)(27) (dentro de ellas los procesos febriles, trastornos de la coagulación, lesiones de vía urinaria); la mortalidad materna alcanza entre el 0 al 20% (24)(25)(20)(36)(37) (12)(27)(38)(39).

Hiroyuki en Japón presenta un estudio retrospectivo donde reporta 17 pacientes con histerectomía post-parto entre 1985 y 1998, con una incidencia de 1 en 6978 partos (0.014%), el 23.5% después de un parto vaginal el 76.5% después de una cesárea (33).

Adel en Jordania reportó un estudio con 21 casos de histerectomía periparto de emergencia con una incidencia de 0.5 por 1000 partos, 19 de los cuales fueron cesárea histerectomía (35).

El IMP es un establecimiento de salud centro de referencia de pacientes con patología obstétrica a nivel nacional y atiende un volumen poblacional importante, por lo que es pertinente la realización del presente estudio para conocer el estado actual de la histerectomía obstétrica.

II. MATERIAL Y METODOS

El diseño del presente estudio es observacional, de cohorte, transversal descriptivo y retrospectivo, para lo cual se tomó el universo de pacientes sometidas a histerectomía obstétrica de emergencia en el Instituto Materno Perinatal entre enero de 1,999 a diciembre del 2,000. Se recurrió a los libros de reporte operatorio de emergencia de sala de operaciones de donde se extrajeron los números de historia clínica de las pacientes, con este dato se acudió al servicio de archivo de Estadística y se extrajeron los datos pertinentes en una ficha patrón diseñada para este efecto, donde se consignaron la edad en años cumplidos, el estado civil, la ocupación, el grado de instrucción, el riesgo social, el control prenatal, la fórmula obstétrica, momento de la gestación al momento de la histerectomía (trimestre gestacional o puerperio), indicaciones de la histerectomía, estado de la paciente al egreso, reintervenciones, complicaciones post-operatorias (se consideró la complicación más relevante), la estancia materna, el tipo de histerectomía practicada y el tratamiento quirúrgico de los anexos, el tiempo operatorio, el tipo de anestesia, los resultados perinatales para los casos pertinentes incluyendo el tipo de parto, vitalidad del feto al nacer, Apgar al minuto y a los 5 minutos y el peso del recién nacido. Se incluyeron en el estudio el 100% de las historias clínicas que cumplieron con los criterios de inclusión: Paciente que haya estado cursando con una gestación, aborto o se encuentre en el puerperio (hasta los 30 días) al momento de la histerectomía.

Los datos así obtenidos fueron procesados por computadora para lo cual se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 9.0 empleándose los análisis estadísticos pertinentes para el tipo de estudio, porcentajes, tasas, riesgo relativo.

III. RESULTADOS

Entre enero de 1999 a diciembre del 2000 hubieron 43559 partos, de los cuales 29555 fueron por vía vaginal y 14004 por cesárea lo que da un índice de cesáreas del 32.15%, y además se registraron 3229 admisiones por abortos (fuente: Estadística IMP).

En este periodo se registraron 136 casos en las que se debió efectuar una histerectomía de urgencia y que reunían criterios de inclusión para ser considerados dentro del estudio.

La edad promedio fue de 30.7 +/- 6.86 años (rango de 17 a 45 años), el 56.6% era conviviente, en su mayoría (80.1%) dedicadas al quehacer de la casa, el 63.2% tenía educación secundaria y el 98.1% fue catalogada al ingreso como de mediano o alto riesgo social. (TABLA N° 1) (FIG. N°1).

El 77.3% no tenía control prenatal, la paridad promedio fue de 3.51 +/- 1.98 (rango de 1 a 9 gestaciones), cabe remarcar que 25 pacientes (18.4%) no habían tenido ningún parto y de estas 11 fueron en el 1er y 2do trimestre y 14 correspondían al 3er trimestre o puerperio una de las cuales tuvo un óbito por lo que 12 (8.8%) pacientes habían perdido el útero sin tener descendencia. El 29.4% (40) tenían gestaciones entre el 1er y 2do trimestre y 96 (70.6%) se encontraban entre el 3er trimestre y el puerperio. (TABLA N° 2) (FIG. N° 2).

La principal indicación de la histerectomía obstétrica en el presente estudio fue la sepsis que alcanzo el 39.7%, seguido de la atonía uterina (28.7%), el acretismo (14.0%), la ruptura uterina (incluyendo los desgarros y las perforaciones) estuvieron presentes en

el 9.5 y el 8.1% restante obedeció a otras causas entre las que se encuentran la enfermedad trofoblástica gestacional (3 casos), la inversión uterina (2 casos), el embarazo ectópico cervical (2 casos), hematoma del ligamento ancho (2 casos), mioma uterino gigante (1 caso) y cáncer de cérvix (1 caso). (TABLA N° 3) (FIG. N° 3).

La histerectomía abdominal total fue practicada en el 94.1%, el 5.1% fue histerectomía supracervical y hubo un caso de histerectomía vaginal realizada luego de una inversión uterina. Al 31.6% de las pacientes se les practicó salpingo-ooforectomía bilateral, el tiempo operatorio promedio fue de 124.50 +/- 46.28 minutos (rango de 40 a 280 minutos). El tipo de anestesia empleada con mayor frecuencia fue la general (62.5%), seguida de la regional (33.8%) y hubo necesidad de convertir la anestesia regional en general en el 3.7% de las intervenciones. (TABLA N° 5).

Al evaluar las indicaciones de la histerectomía de emergencia asociada a la gestación disgregada en 1er y 2do trimestres por un lado y 3er trimestre y puerperio por otro se observa que la sepsis estuvo presente en el 57.5% de casos del 1er y 2do trimestre y en el 24% de casos del 3er trimestre y puerperio, mientras que en el 3er trimestre y puerperio la atonía uterina alcanzo el 40.6%, el acretismo un 19.8%. en el 1er y 2do trimestre las causas relacionadas al aborto fueron las más frecuentes alcanzando un 87.5% (sepsis y/o perforación). (TABLA N° 6).

La complicación post-operatorias mas frecuente en ambos grupos (1er - 2do trimestre y 3er trimestre - puerperio) fue la anemia (47.5% y 44.8% respectivamente), la infección de la herida operatoria estuvo presente en el 2.5% del primer grupo y en el 10.4% del segundo grupo y las colecciones de cúpula vaginal estuvieron solo en el segundo grupo (4.2%). En el tratamiento de los anexos la salpingo-ooforectomía bilateral se practicó en el 52.5% del primer grupo y solo en el 24% del segundo grupo en los que se dejaron ambos anexos mas frecuentemente (44.8%) a diferencia del primer grupo (7.5%). (TABLA N° 7) (FIG. N° 6)

Dentro del grupo del 3er trimestre y el puerperio el 27.1% tenían gestaciones pretérmino y el 72.9% a término, el 71.9% asociado a parto por cesárea, con recién nacidos vivos el 77.3% y óbitos el 22.7%. Las indicaciones de la cesárea fueron DPPNI y placenta previa ambas con 22.7%, cesárea anterior el 15.2% y otros el 39.4%; los pesos de los neonatos fluctuaron entre 650 y 5,040 gramos con una media de 2,918.95 +/- 919.28 grs. Con APGAR al minuto de 7 ó menos el 40.7% porcentaje que bajó a 25.0 % a los 5 minutos. (TABLA N° 8) (FIG. N° 5).

En cuanto a las condiciones de egreso 124 (91.2%) fueron dadas de alta mejoradas, con patología y/o secuela el 0.7% (lesión de vía urinaria), transferidas 8 pacientes (5.9%) la mayoría de ellas por problemas de hiperazoemia que requería de diálisis, no se ha podido hacerles el seguimiento sin embargo se sabe que por lo menos dos de ellas fueron dadas de alta mejoradas y la mortalidad alcanzó a 2.2% (3 pacientes fallecidas una por trombo-embolia y dos por shock séptico irreversible). La estancia materna fue de 1 a 40 días con una media de 10.74 +/- 7.45 días y una moda de 7 días. (TABLA N° 4) (FIG. N° 4).

El presente estudio arroja una incidencia global de 3.12 histerectomías por cada 1000 partos y una incidencia diferenciada de 2.20 histerectomías (asociadas

directamente al parto o puerperio) por 1000 partos, 4.93 por 1000 cesáreas, 0.91 por 1000 partos vaginales y 12.39 por 1000 abortos.

IV. DISCUSIÓN

La histerectomía obstétrica es una operación que generalmente se practica cuando la vida de la paciente está en franco peligro, es una indicación que en esencia incluye una emergencia médica y requiere del conocimiento, experiencia y destreza por parte del equipo de cirujanos.

En nuestra Institución la incidencia global alcanza 3.12 por mil partos (1 cada 321 partos), el 29.4% con gestaciones entre el 1er y 2do trimestres; superior al encontrado en el Hospital Félix Bulnes en Chile por Navia quien reporta una incidencia de 0.44 por mil partos y solo el 15.39% se daba en el 1er y 2do trimestres y cita que la incidencia reportada en su país va del 0.5 por mil al 1.9 por mil partos (28). Ello puede explicarse por que nuestra Institución es un establecimiento de salud de mayor complejidad y especializada en atención de patología mayormente obstétrica y por lo mismo es centro de referencia de pacientes con problemas obstétricos a nivel local y nacional y por sus características atiende una población de bajos recursos económicos, quienes tienen mayores factores de riesgo para tener patologías que obligan a la operación motivo del presente estudio, población con un pésimo control prenatal (77.3% sin control prenatal) (TABLA N° 2), en su mayoría procedentes de zonas urbano-marginales (63.2%), catalogadas como de mediano (63.6%) o alto (34.6%) riesgo social (TABLA N° 1).

La edad promedio encontrada fue de 30.7 años que concuerda con lo reportado por Hiroyuki en Japón 30.6 años (33) y algo menor que lo reportado por Meza y Guarnizo IMP - Lima que fue de 32 años (14), Navia en Chile 32.4 años (28), García en el Hospital Almenara Lima encuentra una edad promedio de 34.6 años (12), Adel en Jordania 34.7

años (35). Igualmente la paridad promedio fue de 3.51, algo mayor a lo reportado por Meza y Guarnizo en el IMP que fue de 3.37 (14) y superior a lo encontrado por Ramírez en el Hospital Almenara y Centro Médico Naval en Lima que fue de 2.68 (13) y algo menor a lo hallado por García en el Hospital Almenara Lima e Hiroyuki en Japón quienes reportan 3.6 (12) (33) y muy por debajo de lo encontrado por Adel en Jordania que fue de 6 (35). Lo que es importante remarcar es que 12 pacientes (8.8%) perdieron el útero sin haber tenido hijos, 11 de ellas por causas relacionadas a abortos sépticos.

La sepsis fue la indicación mas frecuente tomando en cuenta el total de casos, dato que difiere de lo reportado por Navia en cuyo trabajo la atonía uterina es la indicación mas frecuente con un 25% y la sepsis solo alcanza el 9.62% (28), a diferencia de nuestro estudio en el que es causa del 39.7% de casos y la atonía representa el 28.7% (TABLA N° 3) (FIG. N° 3), sin embargo si se separan en grupos pudimos observar que las indicaciones estaban claramente diferenciadas entre el 1er y 2do trimestres por un lado y el 3er trimestre y puerperio por el otro, hecho ello la sepsis seguía siendo la indicación mas frecuente en el primer grupo con un 77.5%, en cambio en el segundo grupo la atonía era la indicación mas frecuente con un 40.6% y la sepsis alcanzaba solo el 24% (TABLA N° 6).

Considerando solo la histerectomía periparto encontramos una incidencia de 2.2 por mil partos, mayor a lo reportado por Hiroyuki (0.14x1000) (33), Adel (0.5x1000) (35), Chang (0.8x1000) (15), Espinoza (1.8x1000) (19), Stanco (1.3x1000) (26) y Zelop (1.55x100) (27). Cuando analizamos solo las histerectomías relacionadas a la cesárea encontramos una incidencia de 1.58 por mil partos, superior a lo hallado por García quien reporta 0.94 por mil partos (12), Meza y Guarnizo 1 por mil (solo consideraron las histerectomías que se realizaron en el mismo acto de la cesárea) (14), Ramírez 0.93x1000 para el Hospital Almenara y 0.51x1000 para el Centro Médico Naval (13) e inferior a lo reportado por Arana (9.61 x 1000) en el Hospital Cayetano Heredia (incluye histerectomías electivas) (23), Orderique en el Hospital Maria Auxiliadora 6.62x1000 (24), Ortega en Bolivia 3.19x1000 y Korejo en Pakistan 3.021x1000 (37).

Los estudios locales (la mayoría solo revisan la cesárea-histerectomía) mencionan a la atonía como la principal causa así Meza y Guarnizo la reportan en 62.9% (14), Ramírez en un 30% (13), García reporta como primera causa al acretismo placentario con un 37.93% , mientras que en otros países reportan el acretismo placentario como principal causa entre el 38.1% hasta el 63% (Adel en Jordania y Zelop en Boston) (35) (27) o la ruptura uterina con un 35.3% (Hiroyuki en Japón) (33).

La atonía como causa de histerectomía periparto en el presente estudio concuerda con lo reportado por los americanos en la década del 1970 - 1980, sin embargo la literatura reciente reporta en los últimos tiempos al acretismo placentario como causa cada vez mas importante de histerectomía obstétrica periparto (26), esto debido a que la incidencia de parto por cesárea ha ido en incremento y que esto a su vez condiciona placenta previa y acretismo factores que se asocian a la histerectomía periparto de urgencia, este factor también está presente en nuestra realidad ya que la cesárea en el IMP fue en incremento progresivo (12.9% en 1990 a 33% en el 2000), pero no observamos el cambio en indicación de histerectomías periparto, el otro condicionante que sostienen los reportes es que ahora se maneja de mejor forma médicamente la

atonía uterina fundamentalmente con el ingreso del uso de las prostaglandinas en el arsenal terapéutico lo que redujo muy sustancialmente la histerectomía por atonía, algo que estamos empezando a usar muy tímidamente en nuestro medio y cuya efectividad ha sido demostrada(10)(26)(30). En general podemos notar que en el IMP las atonías uterinas se manejan de inicio generalmente con histerectomía saltando etapas quirúrgicas como la ligadura de hipogastricas, esto podría reflejar una falta de entrenamiento en este procedimiento.

La posibilidad de perder el útero es más frecuente en los partos por cesárea que en los vaginales, ya que el 0.49% de las cesáreas terminan en histerectomía ya sea en el mismo acto operatorio o posteriormente (puerperio), a diferencia de solo el 0.09% de los partos vaginales, condición notada también por otros investigadores como Stanco en Michigan quién da valores de 0.83% y 0.009% respectivamente (26).

En el presente estudio el riesgo relativo de terminar en histerectomía entre las pacientes sometidas a cesárea es de 5.4 con un riesgo atribuible porcentual de 81.5% en el caso del grupo del 3er trimestre y puerperio, aunque cabe mencionar que las causas que obligan a la cesárea de por si (TABLA N° 9) y los eventos encontrados intra-operatoriamente son también factores de riesgo para histerectomía, como son la placenta previa que a su vez es factor de riesgo para el acretismo placentario, el DPPNI que conlleva a infiltración uterina y útero de Couvaliere que condiciona atonía uterina.

El 1.2% (1 de cada 81) abortos que se hospitalizaron terminaron en histerectomía, lo que cabe remarcar es que los casos de abortos que se hospitalizan en el IMP son los que requieren manejo médico y/o quirúrgico intra-hospitalariamente como son las amenazas, abortos incompletos complicados con infección o mayores a 12 semanas, frustrados con trastornos de coagulación entre otros; el resto que probablemente sea el mayor porcentaje es tamizado con manejo ambulatorio en emergencia con AMEU (aspiración manual endouterina).

La histerectomía abdominal total fue la operación más frecuente (94.1%) (TABLA N° 5), similar cifra reporta Hiroyuki en Japón (33), superior a lo encontrado por García (89.7%) (12), Meza y Guarnizo (85.8%) (14) y muy superior a lo reportado por Navia en Chile (42.3%) (28), en caso de los abortos sépticos fue mas frecuente la anexectomía bilateral complementaria (TABLA N° 5), debido al proceso séptico pélvico encontrado en estos casos. Las causas relacionadas al aborto fueron las mas frecuentes en el 1er y 2do semestres alcanzando un 87.5% (TABLA N° 7), lo que refleja el grave problema de salud que representa esta eventualidad, si bien es cierto la mayoría de historias no consignan el dato de manipulación previa con maniobras abortivas, creemos que muchos de estos casos tienen este antecedente ya que incluso en 11 casos se encontró perforación uterina. En nuestro país el aborto es considerado ilegal y es tipificado como delito por lo que el conocimiento a nivel de autoridades conlleva investigación y causalidad penal tanto para la madre y familiares, como para quienes realizaron las maniobras abortivas por lo que las pacientes tienden a negar este antecedente.

Las complicaciones post-operatorias encontradas con mas frecuencia (TABLA N° 4)(GRAF: N° 6) fueron la anemia que estuvo presente en el 45.6%, concordando con el 47.5% reportado por Meza y Guarnizo (14), Ramírez lo reportó en el 90% de las

pacientes, sin embargo García en el Hospital Almenara encontró sangrado excesivo en el intra-operatorio en el 20.69% y anemia como complicación postoperatoria en el 3.45% (13); se reporta que las pérdidas sanguíneas en promedio van de 3 a 4 litros y casi todas las pacientes requieren transfusiones de sangre entre 0 a 202 unidades (27). Las coagulopatías (CID) estuvieron presentes en el 9.6%, superior a lo reportado por Meza y Guarnizo en el IMP (2.5%) (14), Ramírez el 5% (13), Adel en Jordania lo reporta en el 4.7% (35) y en Japón Hiroyuki lo reporta en el 64.71% de sus casos (33), la morbilidad infecciosa estuvo presente en el 13.6%, similar a lo encontrado por Navia (13.46%) (28) e inferior a lo encontrado por Hiroyuki (26.8%) (33) o el 28.44% reportado por Adel (35) o del 17.25 de García (12) o 19.1 de Meza y Guarnizo (14), y la insuficiencia renal aguda se presentó en el 6.6%, a diferencia del 23.53% encontrado por Hiroyuki (33); la fístula vésico-vaginal se presentó en el 1.5% de los casos inferior a lo reportado por García (3.45%) (12) o al 2.5% de Meza y Guarnizo (14) o al 1.92% de Navia en Chile(28).

La mortalidad fue de 2.2% (TABLA N° 4), hubieron tres muertes una por trombo-embolia y dos por procesos sépticos irreversibles, inferior a lo reportado por Ramírez (5%) (13), pero superior al 0% de García y Meza(12) (14) , el 1.6% de Ortiz (38) o el 1.92% de Navia (28).

La estancia materna fue de 10.74 +/- 7.45 días (rango de 1 a 40) y un moda de 7 días, comparable con lo encontrado por García en 10 días (rango 4 - 62) (12), Ramírez y Meza lo reportan en 9 días (rangos entre 5 - 28)(13)(14)(13).

V. CONCLUSIONES

1. La incidencia de la histerectomía obstétrica en el IMP en el periodo 1999 al 2000 fue de 3.12 por mil partos.

2. Las características de la población estudiada fueron: Edad promedio de 30.7 años, sin control prenatal el 77.3%, paridad promedio de 3.51, el 70.6% entre el 3er trimestre y el puerperio.

3. La principal indicación de histerectomía fue la sepsis con un 39.7%. El análisis por subgrupo muestra: a) 1er y 2do trimestres la sepsis era causa del 57.5% y b) 3er trimestre y puerperio la atonía era responsable del 40.6% de casos.

4. La cesárea aumenta 5.4 veces el riesgo de Histerectomía obstétrica comparada con el parto vaginal.

5. El 8.8% de las pacientes perdieron el útero sin haber tenido hijos.

6. La mortalidad fue del 2.2%, comparable con otros estudios.

VI. BIBLIOGRAFÍA

- Young, J H: The History of cesarean section. Lewis. London. 1944.: 93.
- Storer, H. R.: Succesful removal of the uterus and both ovaries by abdominal section; the tumor, fibro-cistyc, weighting thirty - seven pounds. Amer. J. Med. Sci. 1869; 51:110.
- Porro, E.: Dell' amputazione útero-ovárica come complemento di taglio cesáreo. Ann. Aniv.. Med. E Chir. 1876; 237:289.
- Taylor, I: Gastro-hysterectomy, or the recent modification of the cesarean section by E. Porro. Amer. J. Med. Csi. 1880; 80:129.
- Davis, M E: Complete cesarean hysterectomy; logical advance in modern obstetric surgery. Amer. J. Obstet. Gynec. 1951;62:838.
- Williams & Willkins: Post abortion Infection and septic Shock. En: Infectious Diseases of the female Genital Tract. Sweet R, Gibbs R II edition USA, 1990.
- Te Linde: Ginecología quirúrgica, octava edición 1998. Editorial Medica Panamericana S.A. Buenos Aires. 879:895.
- Michael R. Foley: Cuidados Intensivos en Obstetricia. Manual practico. Editorial Médica Panamericana. Buenos Aires 1999; 32:49.
- Clark SL, Yeh SY, Pelan JP, et al: Emergency hysterectomy for obstetric hemorrhage. Obstet Gynecol 1984; 64:376.
- Williams: Obstetricia. 20° Edición. Editorial Medica Panamericana. Buenos Aires 1998;

558:561, 480:488,637,724.

- Castillo M. M., Espinoza D. J.: Factores de riesgo asociados a histerectomía relacionada a cesárea de emergencia. Instituto Materno Perinatal. Lima Temas libres XII Congreso Peruano de Obstetricia y Ginecología. 23 - 28 de Junio de 1996. Cuaderno de resúmenes 75:76.
- García F. Donayre A.: Cesárea histerectomía en el Hospital Nacional Guillermo Almenara. Lima Perú. Ginecología y Obstetricia Octubre 1999 Vol. 45, N° 4; 280:285.
- Ramírez Ocaña: Cesárea histerectomía en el Hospital Almenara Irigoyen y Centro Medico Naval durante los años 1980 - 1992. ME/WQ/430/R21. Biblioteca Facultad de Medicina San Fernando. UNMSM. Lima.
- Meza M. Guarnizo E.: Cesárea histerectomía en la Obstetricia actual. Instituto Materno Perinatal (ex Maternidad de Lima) 1989 - 1993. ME/WQ/430/M49. Biblioteca Facultad de Medicina San Fernando. UNMSM Lima.
- Chang: Histerectomías en obstetricia tesis Bachiller. Universidad Mayor de San Marcos, Lima Perú. 1964.
- Alcántara Rene: Cesárea histerectomía. Obstetricia y ginecología 1991 vol; 21:24.
- Wang DF.: Analysis of hysterectomies in 118 obstetric cases. Chung-Hua-Fu-Chan 1991. Vol 26. 221:251.
- Rebollo A.F. Herrero. La cesárea histerectomía en la obstetricia actual Toko Gin Practica 1989. Vol 48; 587:589.
- Espinoza González A. Histerectomía obstétrica. Rev. Chilena Obst ginecol 1988 vol 53(6). 329:333.
- Ahued- Ahued Jose. Cesárea histerectomía. Ginecol. Obstetricia Mex. 1987 vol 55 . 47:52.
- Bergnan C. And col: Ten years experience with cesarean hysterectomy Am. J. Obstetric Gynec. 1991 vol 164. 107:109.
- Ortuño O., Domingo y col.: Morbi-mortalidad materno fetal en la operación cesárea 1983 - 1986. Gac. Med. Boliv. 1988;12(2); 51:55.
- Arana, J: Cesárea histerectomía total. Reporte de 100 casos consecutivos y revisión de la estadística mundial. Gine. Obst. Mex. 1976; 40:419.
- Orderique L. Chumbe O.: Cesárea histerectomía en el Hospital Maria auxiliadora. Ginecología y Obstetricia. 1998; 44(1); 61:64.
- Ortega A. S. Y col.: Cesárea histerectomía. Rev. Boliv. Ginecol Obstetric 1982; 6 (2); 20:21.
- Stanco, LM y col.: Emergency peripartum hysterectomy and associated risk factors. Am J Obstet Ginecol. 1993; 168 (3Pt. 1); 879:883.
- Zelop ZM, y col. Emergency peripartum hysterectomy Am J Obstet Gynecol. 1993; 168 (5); 1443:1448.
- Navia F. y col.: Histerectomía Obstétrica. Rev Chil Obstet Ginecol 2000, 65 (5); 385:388.
- Santibáñez A.: Técnica B-Lynch para el control de la hemorragia puerperal masiva: Reporte de seis casos en el Hospital San Bartolomé. Lima Peru. Gynaecia. Junio-

-
- Agosto Vol. 1 N° 1 25:26.
- Schwarcz-Sala-Duverges. Obstetricia. Quinta Edición. Buenos Aires El Ateneo 1995. 607:608.
- Zorlu G. et al: Emergency hysterectomy in modern obstetric practice. Acta Obstet Gynecol Scand 1998; 77; 186:190.
- O'Brien J. et al: The management of placenta percreta: Conservative and operative strategies Am J. Obstet Gynecol 1996. Vol 175 (6) 1632:1638.
- Hiroyuki Y. et al : Emergency postpartum hysterectomy in obstetric practice. J Obstet Gynaecol. Res 2000. Vol 26 (5) 341:345
- Grases y col: Acretismo placentario. Progresos de Obstetricia y ginecología 1998. Vol 41 (3). 173:177.
- Adel T. et al.: Emergency peripartum hysterectomy at the princess badea teaching hospital in north jordan. J Obstet Gynaecol. Res. 1999. Vol 25 (3) 193:195.
- Diaz Bolaños, J y col.: Histerectomías por complicación de la cesárea. Rev Obstet Ginecol Venezuela 1984; 44(2): 134:139.
- Korejo, R. Y col: Obstetric hysterectomy five year experience. J Pak. Med. Assoc. 1995; 45,86:88.
- Ortiz Roca, Abner Tesis Bachiller: Cesárea histerectomía en el Hospital General base Cayetano Heredia, 10 años de estudio retrospectivo 1984.
- Gupta U. y col.: Emergency hysterectomy in obstetrica a review of five years. Asian-Oceania-J Gynecol- Obstetri. 1994;20 (1). 1:5.

Anexos

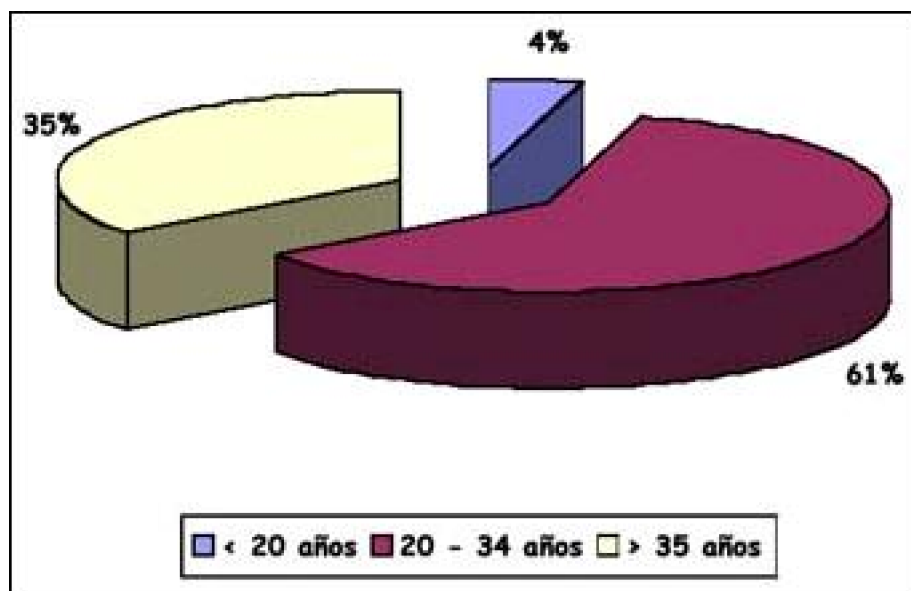


GRÁFICO N° 1. EDAD MATERNA

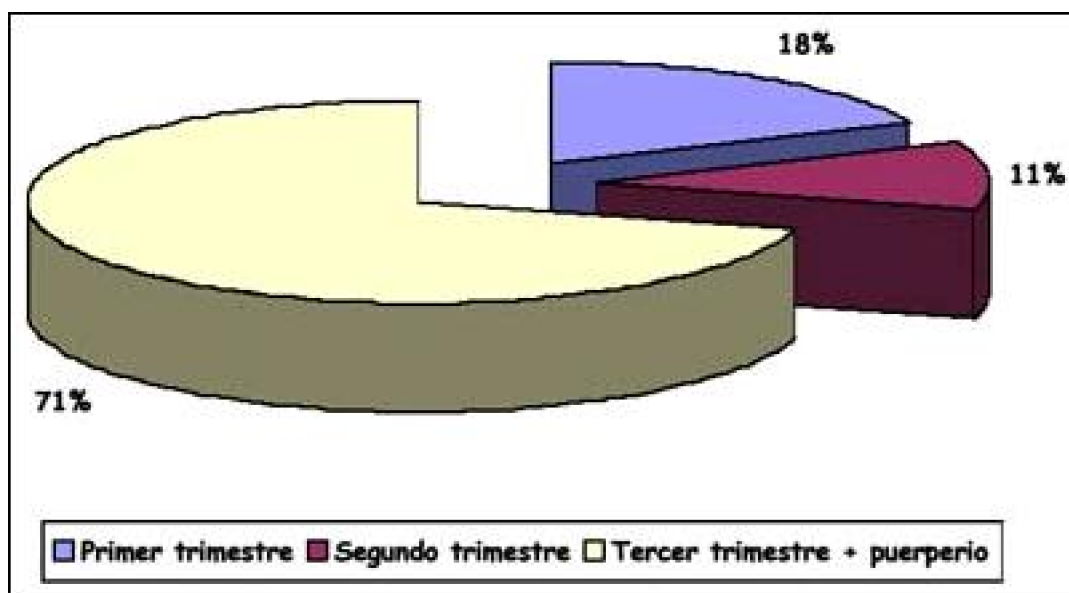


GRÁFICO N° 2. MOMENTO DE LA GESTACIÓN

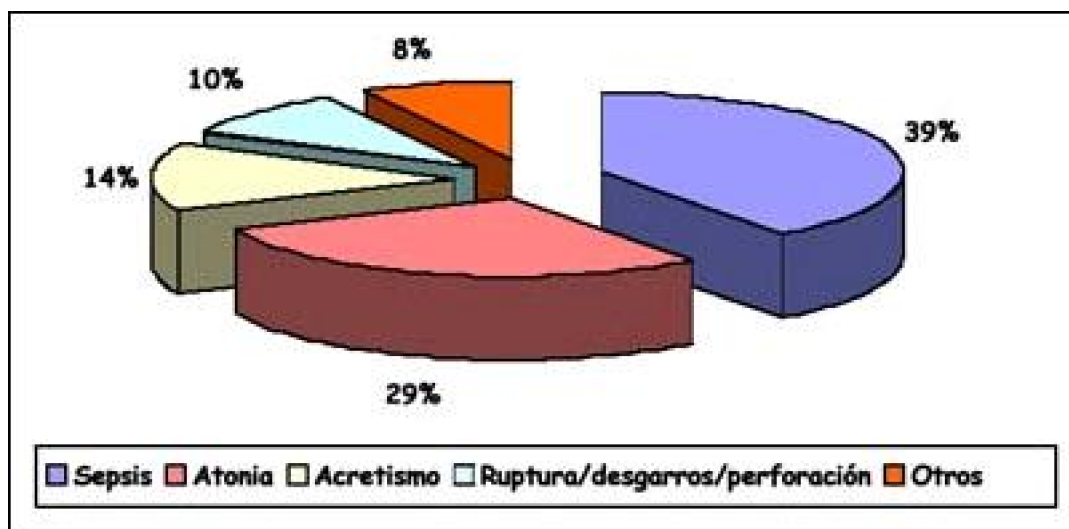


GRÁFICO N° 3. INDICACIONES DE LA HISTERECTOMÍA OBSTETRICA

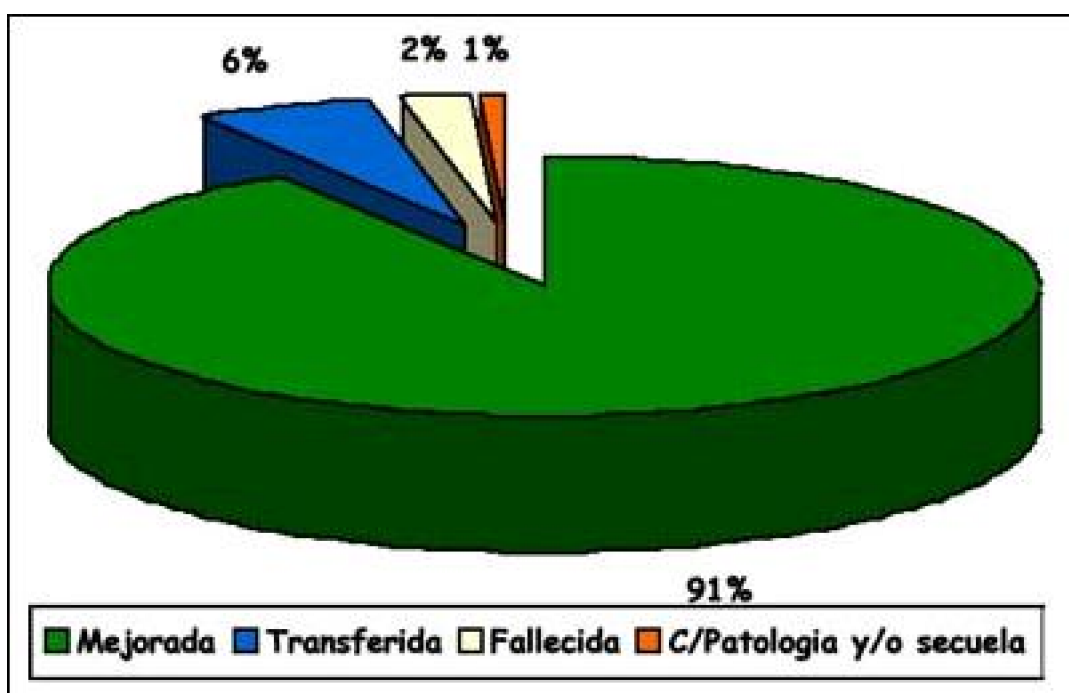


GRÁFICO N° 4. RESULTADOS MATERNOS

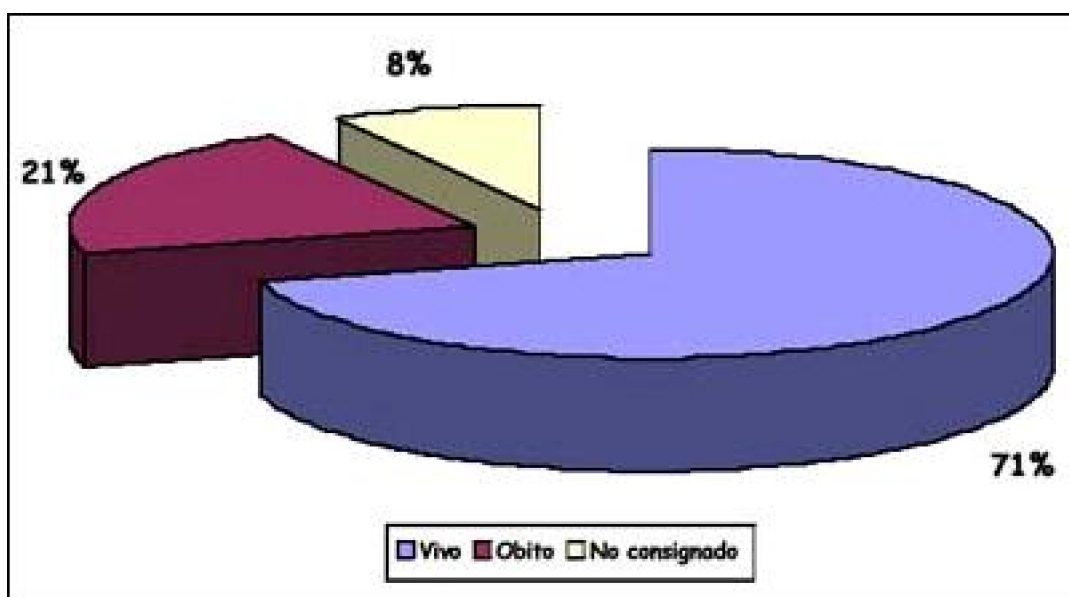


GRÁFICO N°5. RESULTADOS PERINATALES

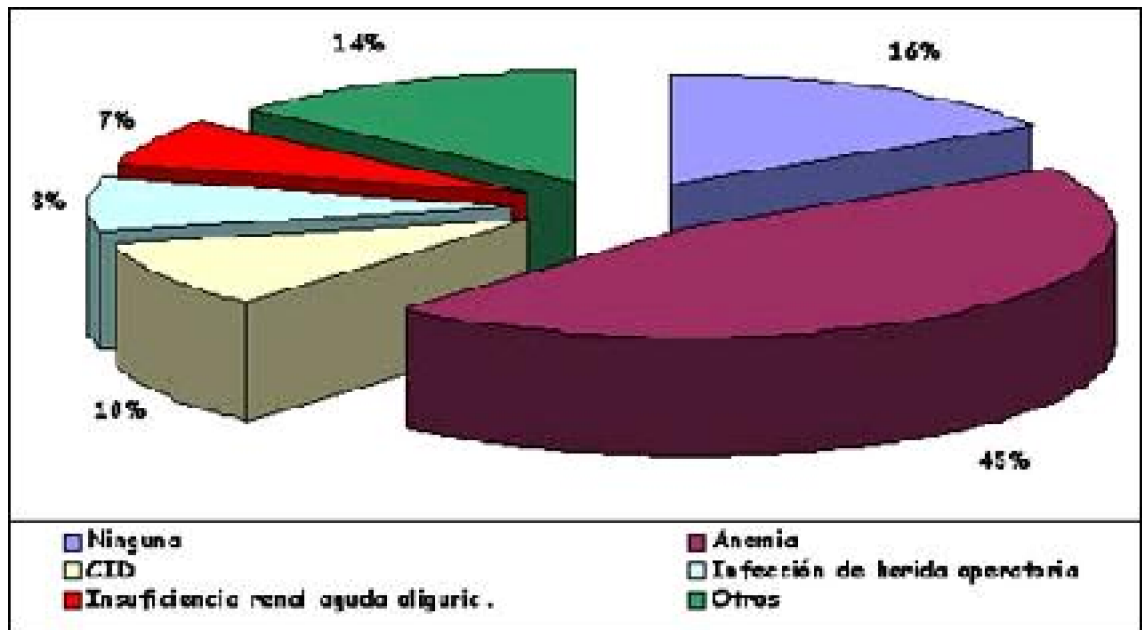


GRÁFICO Nº 6. MORBILIDAD POST - OPERATORIA