

Histerectomía obstétrica en el Hospital Regional «General Ignacio Zaragoza» y en el Hospital Ángeles México. Análisis comparativo

Jorge Luis Pérez Méndez,* Iniesta Mejía Antonio,* Vázquez López Alejandro*

RESUMEN

La histerectomía obstétrica es un evento que busca preservar la vida de la mujer. La preparación del equipo tratante reduce la morbilidad y mortalidad materna y neonatal. Este estudio fue de tipo observacional, retrospectivo, transversal, descriptivo y comparativo entre las histerectomías obstétricas que se realizaron en el Hospital General «Ignacio Zaragoza» y el Hospital Ángeles México durante el periodo de enero de 2005 a diciembre de 2006. El objetivo principal fue el identificar las diferencias en el manejo y la incidencia relacionada con la histerectomía obstétrica en ambos hospitales. Otros datos considerados fueron: Indicaciones y tipos de histerectomía, complicaciones y días de estancia hospitalaria, así como ciertas características maternas tales como edad, paridad e historia obstétrica. Se realizaron 19 histerectomías obstétricas totales y seis subtotales que corresponden al 76 y 24%, respectivamente. Entre los resultados obtenidos, se observa que la atonía uterina fue la indicación más común (44%), seguida de placenta acreta (28%).

Palabras clave: Histerectomía obstétrica, cesárea, atonía uterina, placenta previa.

ABSTRACT

Obstetric hysterectomy it's a procedure that attempts to preserve the life of a woman. Preparedness of the treatment team reduces maternal and neonatal morbidity and mortality. The more prepared the team is the more satisfactory the results will be. This study is an observational, retrospective, descriptive and comparative analysis of cases of obstetric hysterectomy which took place at «General Ignacio Zaragoza Regional Hospital» (GIZRH) and the «Ángeles Mexico Hospital» (AMH), from January 2005 until December 2006. The main objective of the study was to identify the differences in the management and the incidence associated with obstetric hysterectomy after delivery among these two hospitals. Other review data considered in the study were: indications and types of hysterectomy, intra- and postoperative complications and days of postoperative hospital stay; and some maternal characteristics such as age, parity and previous history of caesarean section delivery. Total obstetric hysterectomy was performed in 19 cases (76%) versus subtotal obstetric hysterectomy in 6 cases (24%). Uterine atony was the most common reason (44%), followed by placenta accreta (28%).

Key words: *Obstetric hysterectomy, caesarean, uterine atony, placenta accreta.*

INTRODUCCIÓN

La histerectomía obstétrica es un evento que busca preservar la vida de la mujer y que requiere, por la gravedad del mismo, de un mejor entendimiento de las causas que lo desencadenan con el fin de

poder prever una atención más oportuna y con altos estándares de calidad.

El manejo óptimo de estas pacientes es complejo y requiere de la cooperación de especialistas de numerosas disciplinas. Este equipo debe estar liderado por un obstetra. Un manejo organizado, en el cual todos entiendan qué esperar y cuál es su contribución particular, reduciría la confusión en el momento que se lleve a cabo la cirugía. La adecuada preparación y manejo del equipo tratante reduce la morbilidad y mortalidad materna y neonatal, lo cual se constituye en el fin principal del obstetra.¹

La hemorragia obstétrica y sus complicaciones son la segunda causa de mortalidad materna en

* Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital Regional «General Ignacio Zaragoza».

Recibido para publicación: 14/03/08. Aceptado: 28/03/08.

Correspondencia: Dr. Jorge Luis Pérez Méndez
 Tepetlapa And. 5 Ed. 5B Depto. 13. APR. Fovissste Villa Coapa,
 04800 México, D.F. Tel: (01-55) 56-84-82-80 y 52-12-66-42.
 E-mail: drjlperezm@yahoo.com

México.² Si se quiere reducir ésta, es fundamental instaurar medidas para lograr que todos los hospitales en que se atienden partos cuenten con la infraestructura y los recursos acordes con la gravedad de la situación y que dispongan del personal calificado.

Para ello, es necesario, como primer paso, el identificar los factores de riesgo y la incidencia de este evento en nuestros hospitales, así como el poder establecer la mejor técnica y manejo de las complicaciones.

Tradicionalmente, los factores que se han considerado como predisponentes para sufrir una hemorragia postparto son: la preeclampsia, el trabajo de parto prolongado, el uso de oxitocina durante el trabajo de parto, los antecedentes de hemorragia postparto, el embarazo múltiple, la macrosomía y la multiparidad,³ entre otros.

Las estrategias planteadas a nivel mundial para prevenir las muertes por esta causa son diversas y en algunos casos la recomendación es realizar más estudios acerca del tema.⁴

La histerectomía obstétrica, como se indicó al inicio, es el procedimiento que potencialmente busca preservar la vida de una mujer, y la hemorragia postparto es la causa directa para su realización. La histerectomía obstétrica es usualmente efectuada como el último recurso en el manejo de una hemorragia obstétrica masiva.⁵

La mayoría de las muertes maternas ocurren dentro de las 24 horas posteriores al parto, siendo la causa más frecuente el sangrado excesivo. El sangrado grave o hemorragia es la principal causa de muerte materna en todo el mundo; al menos una cuarta parte de todas las muertes maternas se deben a hemorragias.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), cada año se producen cerca de 14 millones de casos de hemorragias⁷ asociadas al embarazo y al menos 128,000 de estas mujeres se desangran y mueren. La mayor parte de estos fallecimientos ocurren dentro de las cuatro primeras horas postparto.⁶

La causa más común de la hemorragia grave que prosigue al postparto es la atonía uterina.^{8,9} Otros factores que también son causa directa de este sangrado excesivo son la placenta previa, des-

prendimiento prematuro de placenta normo inserta, acretismo placentario, trauma obstétrico, inversión uterina,² así como retención de tejido placentario y desgarros vaginales o cervicales. La hemorragia tardía del postparto, es decir, la que se presenta 24 horas después del parto, por lo general ocurre como resultado de alguna infección, de la contracción incompleta del útero, o bien, de la retención de restos placentarios.

El periodo que sucede al parto y las primeras horas del postparto se consideran cruciales para la prevención, el diagnóstico y el manejo del sangrado, ya que una hemorragia severa puede tornarse con rapidez en una amenaza de muerte.

La hemorragia postparto temprana en ocasiones puede ser manejada con atención obstétrica básica y esencial, pero cualquier retraso puede traer mayores complicaciones que podrían requerir de una completa atención obstétrica de emergencia.

Las causas de histerectomías obstétricas de emergencia son: la atonía uterina, el acretismo placentario, la ruptura y perforación uterina, los cuadros sépticos puerperales y postborto.¹⁰

MATERIAL Y MÉTODOS

La muestra se conforma de mujeres atendidas en el Hospital Regional «General Ignacio Zaragoza» (HRGIZ) y en el Hospital Ángeles México (HAM) durante el periodo comprendido entre enero de 2005 y diciembre de 2006, a las cuales se realizó histerectomía obstétrica y que contaban con expediente completo. La finalidad del estudio fue obtener datos relacionados con la génesis de la histerectomía obstétrica en ambas instituciones. El estudio fue retrospectivo, observacional, transversal, descriptivo y comparativo con el fin de mostrar las diferencias entre ambas instituciones.

Se evaluaron antecedentes ginecoobstétricos, cirugía uterina previa, antecedente de atonía uterina, placenta previa, acretismo, indicación de histerectomía, técnica quirúrgica realizada, evento obstétrico previo a histerectomía, complicaciones y días de estancia intrahospitalaria.

El análisis se realizó con estadística descriptiva, medidas de tendencia central y dispersión.

RESULTADOS

Fueron incluidas 25 mujeres, 14 del HRGIZ y 11 del HAM. El promedio de edad materna en ambos grupos fue de 33.9 ± 4.50 años; en el HRGIZ el promedio fue de 34.5 ± 4.37 y en el HAM 33.2 ± 3.19 ; de ellas, ocho (57.1%) y cuatro (36.3%), respectivamente, tenían edad materna avanzada.

Dentro de los antecedentes ginecoobstétricos, el promedio de embarazos fue 3.2 ± 1.25 en ambos grupos, 3.5 ± 1.45 en las pacientes del HRGIZ y 2.8 ± 0.87 las del HAM. Se distribuyeron de la siguiente forma: en el total de mujeres estudiadas, el promedio de partos fue de 0.8 ± 0.89 , abortos 0.48 ± 0.42 y cesáreas 1.92 ± 0.79 ; para el grupo del HRGIZ el promedio de partos fue de 1.42 ± 0.89 , abortos 0.35 ± 0.5 y cesáreas 1.71 ± 0.85 ; en el

HAM el promedio de abortos fue 0.63 ± 0.40 y cesáreas 2.18 ± 0.75 .

El 88% de la población cuenta con algún factor de riesgo, 78.5% de las pacientes del HRGIZ lo presentan y 100% de las mujeres del HAM (*Cuadro I*).

La indicación de la histerectomía en el 44% de las pacientes fue la atonía uterina, correspondiendo 35.7% al HRGIZ y 54.5% al HAM, en el *cadro II* se describen las causas.

Se realizaron 19 (76%) histerectomías obstétricas totales y seis (24%) subtotales. En el HRGIZ, 92.8% fueron histerectomías totales y 7.2% subtotales; mientras que en el HAM fueron 54.5 y 45.5%, respectivamente. La razón de histerectomía total y subtotal es de 3:1.

Respecto a la clasificación de la histerectomía, en el HRGIZ se realizó una (7.1%) cesárea-histe-

Cuadro I. Antecedente de riesgo para histerectomía obstétrica.

Antecedente	HRGIZ		HAM		Total	
	n	%	n	%	n	%
Cesárea	9	64.2	11	100.0	20	80.0
Legrado	3	21.4	6	54.5	9	36.0
Placenta previa	0	0.0	1	9.0	1	4.0

Algunas de las pacientes tenían más de un factor de riesgo.

Abreviaturas: HRGIZ = Hospital Regional «General Ignacio Zaragoza». HAM = Hospital Ángeles México.

Cuadro II. Indicaciones de histerectomía obstétrica.

Indicaciones	HRGIZ		HAM		Total	
	n	%	n	%	n	%
Acretismo placentario	4	28.5	3	27.2	7	28.0
Atonía	5	35.7	6	54.5	11	44.0
Cáncer cervicouterino	1	7.14	0	0.0	1	4.0
Cicatriz defectuosa	1	7.14	1	9.0	2	8.0
Embarazo ectópico cervical	1	7.14	0	0.0	1	4.0
Infección	1	7.14	0	0.0	1	4.0
Laceraciones	1	7.14	0	0.0	1	4.0
Miomatosis	0	0.0	1	9.0	1	4.0

Abreviaturas: HRGIZ = Hospital Regional «General Ignacio Zaragoza». HAM = Hospital Ángeles México.

rectomía por cáncer cervicouterino, tres (21.4%) histerectomías postparto, nueve (64.2%) postcesárea y una (7.1%) postaborted por embarazo ectópico cervical. En el HAM todas (100%) fueron postcesárea.

Las complicaciones encontradas en el HRGIZ fueron las siguientes: 78% de las mujeres presentó anemia, 42% estado de choque, 21% hematuria, 28% lesión vesical, 7% fiebre, 7% íleo, 7% infección, 14% coagulación intravascular diseminada (CID) y una (7%) falleció. En el HAM: 45% sufrió anemia, 36% estado de choque y 18% lesión vesical. Es importante señalar que algunas pacientes cursaron con más de una de estas complicaciones.

La canalización al Servicio de Terapia Intensiva en el HRGIZ correspondió a 21.5%, recuperación 78.5%. En el HAM el 18.2% se envió a la terapia intensiva y 81.8% a recuperación.

El promedio en días de hospitalización de la población total fue de 7.56; para el HRGIZ fue de 9.2 días y para el HAM 5.3 días.

DISCUSIÓN

El promedio de edad en ambas instituciones fue similar; sin embargo, en el HRGIZ más de la mitad tenía edad materna avanzada. El promedio de embarazos fue mayor en el HRGIZ, no hay antecedentes de partos en el HAM y el promedio de abortos es mayor.

Como se reporta en la literatura, la mayoría de las pacientes cuenta con algún factor de riesgo para el desarrollo de complicaciones que requieran resolución con histerectomía obstétrica. En nuestro estudio, el 88% cuenta con algún factor; de éstos, el antecedente de cesárea es el más frecuente.

El evento obstétrico previo a la histerectomía con mayor frecuencia presentado fue la cesárea: 64.4% en el HRGIZ y 100% en el HAM.

Acorde a la literatura, la indicación más frecuente de histerectomía es la atonía uterina, seguida de acretismo placentario.

En el HRGIZ la técnica quirúrgica utilizada con mayor frecuencia es la histerectomía total (92.8%) que corresponde a una razón histerectomía total y subtotal de 13:1; mientras que en el HAM esta razón es de 1:1.2.

Las complicaciones más frecuentes fueron el síndrome anémico y el estado de choque secundarios a la hemorragia; hubo una muerte secundaria a falla orgánica múltiple considerada como muerte materna tardía debido a que ocurrió después de 42 días, aunque estuvo relacionada directamente con complicaciones obstétricas. El requerimiento del Servicio de Terapia Intensiva fue similar en ambos grupos. En relación a los días de estancia hospitalaria se observó un promedio menor en el HAM.

CONCLUSIONES

De acuerdo con los resultados obtenidos, se observa que la mayoría de las pacientes contaba con algún antecedente quirúrgico uterino previo como factor de riesgo; el que más frecuentemente se observó fue el antecedente de cesárea previa a la histerectomía, siendo hasta del 100% en el HAM.

De tal manera que sería conveniente reducir la práctica de dicha técnica y promover la resolución obstétrica por vía vaginal, incrementando así el número de atención por parto con el fin de disminuir los procedimientos quirúrgicos uterinos y brindar un mejor futuro obstétrico a nuestras pacientes.

Se observó gran número de multigestas en ambos hospitales; sin embargo, el antecedente de multiparidad sólo se observó en el HRGIZ, por lo que también se deberá de hacer énfasis en los programas de planificación familiar.

En este estudio no se observó la mayoría de los factores de riesgo considerados en la literatura; sin embargo, en nuestra práctica médica deben ser tomados en cuenta.

La atonía uterina es la principal causa de hemorragia obstétrica que puede poner en peligro la vida de la paciente y, cuando no es posible resolver con manejo conservador, se requiere tratamiento quirúrgico. El tipo de procedimiento recomendado en la literatura es la histerectomía total, la cual es la técnica empleada más frecuentemente en el HRGIZ.

En ambos hospitales se cuenta con la infraestructura necesaria para el manejo de estas pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rojas-Losada F, Kuzmar-Daza L, Ferreira-Narváez F, Abdalla, M. Diagnóstico y manejo quirúrgico de placenta accreta: Presentación de un caso y revisión de literatura. Rev Colomb Obstet Ginecol 2006; 57 (2): 123-128.
2. Secretaría de Salud. Prevención, diagnóstico y manejo de la hemorragia obstétrica. México: SSA; 2002. Lineamiento técnico.
3. Mousa HA, Alfrevic Z. Treatment for primary postpartum haemorrhage (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, 2005 Número 2. Oxford: Update Software. Disponible en: <http://www.update-software.com>
4. Velez-Alvarez G, Gomez-Davila J, Zuleta-Tobon J. Analyzing maternal deaths caused by haemorrhage in the department of Antioquia, Colombia from 2004 to 2005. Rev Colomb Obstet Ginecol 2006; 57 (3): 147-155.
5. Nasrat H, Youssef M, Marzoogi A, Talab F. Near miss obstetric morbidity in an inner city hospital in Saudi Arabia. East Mediterr Health J 1999; 5 (4): 717-726.
6. Shane B. Prevención de la hemorragia postparto: Manejo del tercer período del parto. Out Look 2002; 19(3): 1-8.
7. Division of Family Health. Mother-baby package: Implementing safe motherhood in countries. Ginebra: OMS; 1994.
8. Delgado J. Histerectomía por complicaciones obstétricas. En: Ahued J, Fernández del Castillo C, Bailón R. Ginecología y obstetricia aplicadas. 2a ed. México: Manual Moderno; 2003. p. 637-641.
9. Torres S, Albaiges GM, Rodríguez M, Millares R. Atonía uterina como causa más frecuente de histerectomías postparto. Ginecol Obstet Clin 2006; 7 (1): 10-15.
10. Bejar J. Histerectomía de emergencia durante la gestación en el Instituto Materno Perinatal: Incidencia y factores asociados [Tesis]. México: Tesis Digitales UNMSM; 2000.
11. World Health Organization. Managing complications in pregnancy and childbirth: A guide for midwives and doctors. Ginebra:OMS; 2000. Integrated Management of Pregnancy And Childbirth.

Premio Nobel de Medicina 1981

Roger W. Sperry
David H. Hubel
Torsten N. Wiesel

David H. Hubel (1926-). Nació en Windsor (Ontario, Canadá) en 1926. Estudió física y matemáticas en la Universidad Mc Gill de Montreal, y después estudió medicina especializándose en fisiología del sistema nervioso. Comenzó trabajando en Montreal, pero a partir de 1954 desarrolló su actividad investigadora en los Estados Unidos, primero en el Instituto de Investigación del Ejército de los Estados Unidos y luego en el Hospital Johns Hopkins y en la Facultad de Medicina de Harvard.

Con sus investigaciones, Hubel demostró que la información que transmite la retina al cerebro es descodificada por éste en función de sus contrastes, de la configuración de las córneas y del movimiento de las imágenes sobre la retina. Junto con Wiesel comprobó que las células que corresponden al área visual de la corteza cerebral son más selectivas que las que hay en la retina y en el resto de estructuras que se encargan de transmitir el impulso visual desde el ojo hasta el cerebro. Recibió el premio Nobel en Fisiología y Medicina en el año 1981 por sus descubrimientos sobre el procesamiento de la información del sistema visual.
