

# Acta Médica

Grupo Ángeles

Volumen  
Volume 1

Número  
Number 4

Octubre-Diciembre  
October-December 2003

*Artículo:*

Histerectomía obstétrica por anormalidad orgánica y funcional materno-fetal, asociadas a la presencia de patología agregada

Derechos reservados, Copyright © 2003:  
Grupo Ángeles Servicios de Salud

Otras secciones de  
este sitio:

- ☞ Índice de este número
- ☞ Más revistas
- ☞ Búsqueda

*Others sections in  
this web site:*

- ☞ *Contents of this number*
- ☞ *More journals*
- ☞ *Search*



**Edigraphic.com**



# Histerectomía obstétrica por anormalidad orgánica y funcional materno-fetal, asociadas a la presencia de patología agregada

**José Antonio Páez Angulo,\* Jorge Nava Flores,\* Antonia Basavilvazo Rodríguez,\*\* Leobardo Ángeles Victoria,\*\*\* Marcelino Hernández-Valencia\*\*\***

## Resumen

Se han identificado muchos trastornos relacionados con la indicación de histerectomía postparto de urgencia, dentro de la que figura esencialmente el sangrado abundante, pero también existen otras causas asociadas con la hemorragia que condicionan trastornos en la contracción uterina y poca respuesta a la terapia implementada, con aumento de la morbilidad materno-fetal. En el periodo de un año, se registraron en forma prospectiva todas las mujeres que necesitaron histerectomía obstétrica, las cuales ingresaron al Hospital de Ginecología y Obstetricia No. 3 del Centro Médico "La Raza", en quienes además se buscaron otras causas asociadas a la indicación del procedimiento quirúrgico. La edad de las pacientes fue de 20 a 41 años, en las cuales se realizaron 41 histerectomías, pero sólo 25 de estos casos presentaron otro trastorno asociado, donde la ruptura prematura de membranas tuvo una frecuencia de 32%, la preeclampsia severa 20% y la miomatosis uterina 16%, otras 8 patologías asociadas a esta complicación obstétrica se presentó en un caso por cada uno de los trastornos registrados. La estancia hospitalaria promedio fue de  $2.5 \pm 0.2$  ( $M \pm DE$ ) días preoperatorios y de  $8.5 \pm 0.3$  días postoperatorios. Las anormalidades señaladas en este estudio, incluyen trastornos orgánicos como la miomatosis, efecto de la miomectomía, hidrocefalia

## Summary

Many dysfunctions related to emergency indication of post-partum hysterectomy have been identified; among which profuse bleeding has been essentially found. But it also exist other causes associated to hemorrhages that condition dysfunctions in uterine contraction and avoid the effect of the implemented therapy, with an increase in maternal-fetal morbidity. In a one-year period, every women needing obstetric hysterectomy were recorded. They entered the Hospital of Gynecology and Obstetrics number 3 from the "La Raza" Medical Center. Other causes associated to surgical indication were studied and sought. The patients' age ranged from 20 to 41 years. Forty one hysterectomies were performed, but only 25 of them presented other associated dysfunctions where the premature membrane ruptures had a frequency of 32%, the severe preeclampsia was of 20%, and the uterine myomatosis was of 16%. meanwhile other 8 pathologies associated to obstetric complications were present in a case from one of each recorded dysfunction. The stay in hospital mean was  $2.5 \pm 0.2$  ( $\pm DE$ ) pre-surgical days and of  $8.5 \pm 0.3$  postoperative days. The abnormalities pointed out in this study include organic dysfunctions as myomatosis, the effect of myomectomy, hydrocephaly, uterine perforation, bicorn uterus, membrane premature rupture, as well as functional abnor-

\* Médico adscrito al Servicio de Perinatología.

\*\* Jefatura de Enseñanza e Investigación.

\*\*\* Investigador Médico IMSS y SNI.

Servicio de Perinatología, Hospital de Gineco-Obstetricia No. 3 y Jefatura de Enseñanza e Investigación, Centro Médico "La Raza", Instituto Mexicano del Seguro Social, México.

Unidad de Investigación en Enfermedades Endocrinas, Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional Siglo XXI, Instituto Mexicano del Seguro Social, México.

*Correspondencia:*

Dr. Marcelino Hernández-Valencia,

Correo electrónico: mherandezvalencia@prodigy.net.mx

Aceptado: 17-11-2003.

lia, perforación uterina, útero bícorne y la ruptura prematura de membranas, así como los trastornos funcionales como la preeclampsia severa, obesidad materna, embarazo con portación de DIU, cisticercosis materna y la cardiopatía por doble lesión mitral. El Apgar de los recién nacidos vivos a término, mostró una baja calificación al primer minuto, con buena recuperación en la mayoría de los casos. La influencia de esta patología puede deberse a las anormalidades que ocurren en la pared uterina y en consecuencia a los procesos de involución que deben presentarse después de la salida del producto de la concepción, por lo tanto, estos trastornos asociados al embarazo se deben tomar en cuenta como factores de riesgo para esta complicación obstétrica, con la finalidad de implementar acciones preventivas para evitar en alguna medida este procedimiento quirúrgico.

**Palabras clave:** Histerectomía obstétrica, patología asociada, morbilidad materno-fetal.

malities such as severe preeclampsia, maternal obesity, pregnancy with IUD, maternal cysticercoids and cardiopathy caused by mitral lesion. Apgar of those newly-born babies up to term, it showed a low qualification at the first minute, with good recovery in most of the cases. The influence of this pathology may be due to the abnormalities that occur in the uterine wall and as a consequence of the involution processes that should be present after the delivery of the conception product. These dysfunctions associated to pregnancy should be taken into account as risk factors when this obstetric complication occurs, with the purpose of implementing preventive actions in order to avoid this surgical procedure in some way.

**Key words:** Obstetrics hysterectomy, added pathology, maternal-fetal morbidity.

## INTRODUCCIÓN

La morbilidad asociada a histerectomía obstétrica se presenta esencialmente por el sangrado abundante que se establece, pero también existen otras causas asociadas con la hemorragia que condicionan trastornos en la contracción uterina y en consecuencia poca respuesta a la terapia dinámica implementada, lo que resulta en una mayor morbilidad para el binomio.<sup>1,2</sup> Se han identificado muchas causas relacionadas con la indicación de histerectomía postparto, entre las más conocidas están la ruptura uterina por cesárea previa con una incidencia calculada de 12%, placenta acreta con 4.1%, placenta previa 0.5%, abrupto placentario 23.5%, atonía uterina en 23.5%, nulípara 60.4%, en antecedentes de abortos previos 79.0% y antecedentes de hemorragia en el parto previo con un riesgo relativo de 9.3.<sup>3-6</sup> Otras anomalías se han encontrado con menos frecuencia, entre las que figuran el tumor de ovario, embarazo molar, endometriosis crónica y la hiperplasia adenomatosa.<sup>7-10</sup> Todo lo anterior expone a las pacientes a este procedimiento de urgencia, como último recurso para limitar el sangrado profuso que pone en peligro la vida de la paciente, ya que el sangrado postparto es la causa directa para la indicación de histerectomía.

Se han hecho esfuerzos para tratar de anticipar la necesidad de histerectomía utilizando el ultrasonido, con el que se busca identificar algunos de los trastornos en la implantación de la placenta que puedan indicar la necesidad de este procedimiento, pero no se ha podido reducir en forma significativa la frecuencia de este trastorno.<sup>11,12</sup> Por lo tanto, continúa siendo prioritario identificar

en forma clínica a las pacientes que tienen riesgo para desarrollar esta complicación del embarazo. El objetivo de este estudio fue determinar la presencia de patología agregada, asociada a la hemorragia postparto resuelta con histerectomía y su relación con la estancia hospitalaria post-quirúrgica originada por esta morbilidad.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Se registraron todos los casos en forma prospectiva, que necesitaron histerectomía obstétrica, en quienes además se buscaron otras causas asociadas a la indicación directa del procedimiento resolutivo. En el periodo de un año todas las mujeres involucradas en esta clase de evento se incluyeron para este estudio, las cuales ingresaron al Hospital de Ginecología y Obstetricia No. 3 del Centro Médico "La Raza".

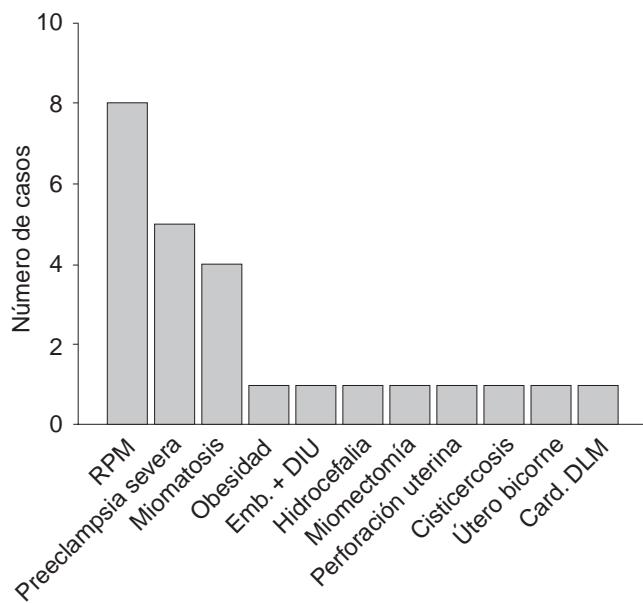
Las variables de estudio incluidas fueron los antecedentes obstétricos, así como la indicación de cirugía, operación realizada, turno en que se realizó el procedimiento quirúrgico, los derivados de sangre utilizados en estas pacientes para compensar la hemorragia, estancia hospitalaria prequirúrgica y post-quirúrgica, Apgar al nacimiento y a los 5 minutos en los recién nacidos, así como la patología agregada en los casos de histerectomía. Todos los datos fueron concentrados en una hoja de cálculo en forma prolectiva, haciendo seguimiento detallado de las variables sociodemográficas de cada paciente. El procedimiento quirúrgico realizado en todos los casos, fue con técnica de histerectomía extrafacial adecuada a las necesidades quirúrgicas y los cambios en el material de sutura, así como a la disponibilidad del instrumental operatorio.

El análisis estadístico se realizó a través de medidas de tendencia central y de dispersión para las variables de estudio, a través de frecuencias simples y porcentajes de cada complicación obstétrica. También se utilizó ANOVA de dos vías, para buscar la asociación de las variables sobre el efecto de la histerectomía, donde se consideró diferencia significativa ante un valor de  $p < 0.05$ , para un poder de asociación de 95%.

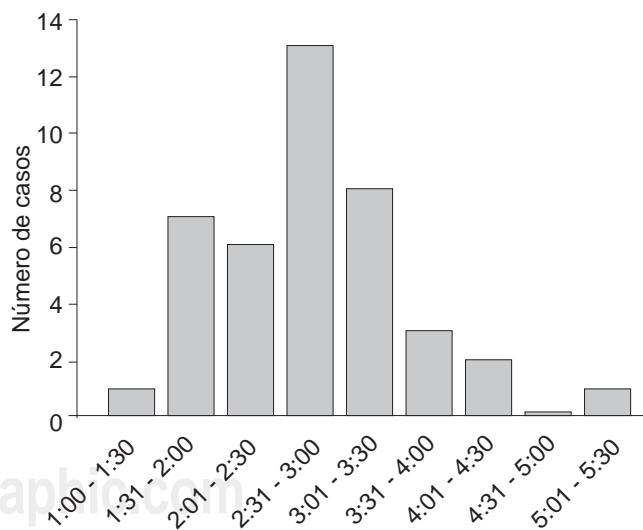
## RESULTADOS

En el periodo de estudio se realizaron un total de 41 histerectomías obstétricas, la edad de las pacientes fue entre 20 a 41 años, con una distribución como se muestra en el cuadro I. La patología asociada a estos casos en que fue necesario realizar histerectomía por sangrado profuso, sólo 25 de estos casos presentaron otro trastorno asociado, como se muestra en la figura 1, donde se observa que la ruptura prematura de membranas se presentó con mayor regularidad, con una frecuencia de 32%, después de lo cual les siguieron la preeclampsia severa (20%) y la miomatosis uterina (16%), el resto de las 8 patologías asociadas a esta complicación obstétrica se presentó en un caso por cada una de las patologías registradas. El tiempo quirúrgico promedio fue de 2.3 horas, al considerar todos los casos de mujeres operadas, pero el tiempo real por pacientes de acuerdo a la distribución se muestra en la figura 2. El número de transfusiones requeridas fue de 59, ya que algunas pacientes necesitaron más de una transfusión en el trans y postoperatorio, donde los derivados de sangre más utilizados fueron los paquetes globulares, con igual importancia para el resto de derivados (Figura 3) en unidades requeridas por todo el grupo de estudio, aunque no con la misma frecuencia de utilización. La estancia hospitalaria fue de 101 días utilizados en total, con promedio de  $2.5 \pm 0.2$  días preoperatorios y de 342

días utilizados por todo el grupo de estancia post-quirúrgica con promedio de  $8.5 \pm 0.3$  días, con una distribución estratificada como se muestra en la figura 4. El Apgar



**Figura 1.** La patología agregada en los 25 casos de los 41 procedimientos quirúrgicos, se observa en las barras de acuerdo a la frecuencia de presentación. RPM = ruptura prematura de membranas, Emb + DIU = embarazo con portación de dispositivo intrauterino, Card. DLM = cardiopatía con doble lesión mitral.



**Figura 2.** La distribución en el tiempo quirúrgico empleado para realizar las histerectomías, se muestran por número de casos y horas estratificadas por cada 30 minutos. El tiempo quirúrgico promedio fue de 2.3 h.

**Cuadro I.** Estratificación por edad de las pacientes en estudio, con el número de casos que presentaron alguna patología asociada al sangrado, lo que originó la histerectomía obstétrica de urgencia.

| Categoría de edad | pacientes (n) | %  | Casos con patología |
|-------------------|---------------|----|---------------------|
| 20-25             | 3             | 7  | 4                   |
| 26-30             | 13            | 32 | 7                   |
| 31-35             | 16            | 39 | 6                   |
| 36-40             | 7             | 17 | 6                   |
| 41 $\geq$         | 2             | 5  | 2                   |

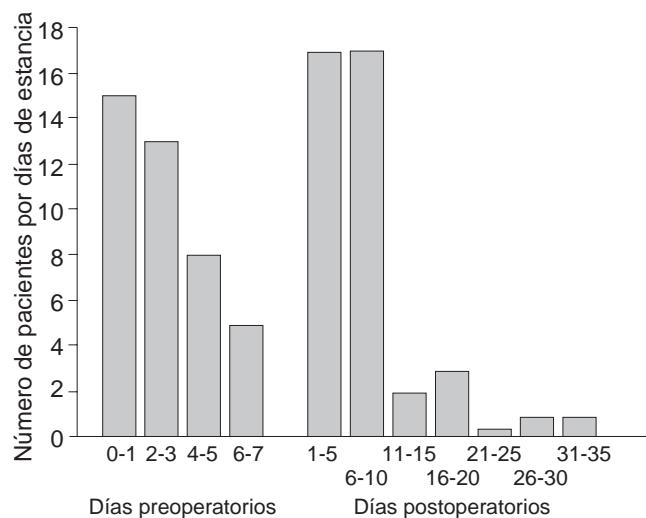
de los recién nacidos vivos a término, mostró una baja calificación al primer minuto, con buena recuperación en la mayoría de los casos (*Figura 5*), aunque desafortunadamente se presentó una muerte neonatal.

El análisis estadístico mostró un mayor riesgo de sufrir histerectomía obstétrica en las pacientes dentro del grupo de edad de 31 a 35 años, así como el análisis de varianza indicó que la patología agregada en todos los casos de este grupo, tienen influencia sobre la realización de histerectomía obstétrica, con diferencia significativa ( $p < 0.05$ ), sin una influencia directa sobre los días de estancia hospitalaria al analizarlas en forma independiente cada una de las patologías registradas. El tiempo quirúrgico, el turno laboral de realización del procedimiento y el derivado de sangre utilizado en las transfusiones no demostraron tener influencia directa con la patología asociada a estos casos, pero sí hubo una tendencia positiva en la estancia postoperatoria y el número de las transfusiones requeridas, aunque no de manera significativa.

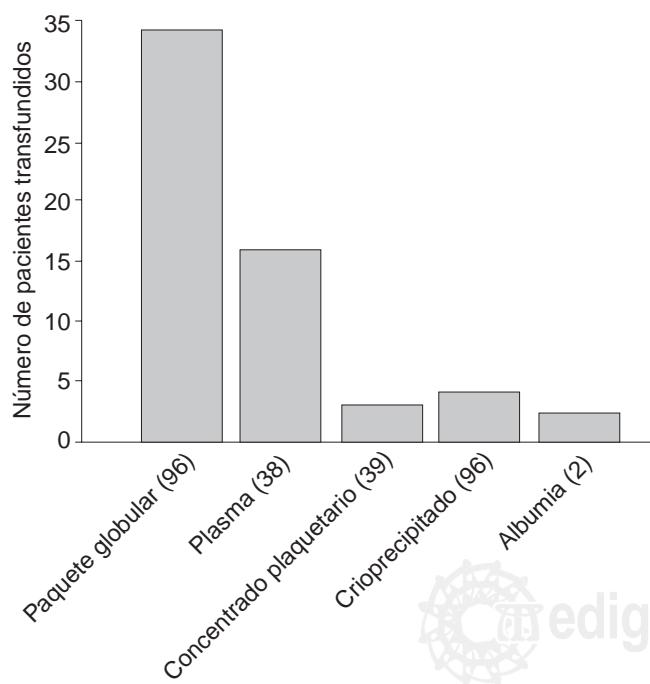
### COMENTARIOS

El estudio de la patología asociada a histerectomía obstétrica, muestra que existen trastornos tanto orgánicos como

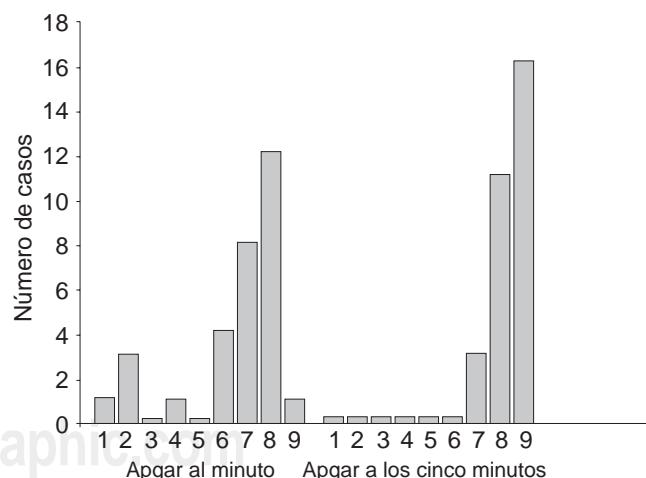
funcionales inherentes al embarazo, que pueden tener influencia sobre la necesidad de realizar la histerectomía, los cuales no han sido descritos. Así, la posibilidad de terminar en histerectomía obstétrica resulta cuando las pacientes embarazadas presentan alguno de los trastornos señalados en este grupo de estudio, que incluyen tras-



**Figura 4.** Se muestra la estancia preoperatoria y postoperatoria en días, así como el número de las pacientes que utilizaron estos días, estratificados incluso hasta 35 días de hospitalización. En este grupo hubo 5 casos que no tuvieron ningún día preoperatorio, ya que fueron intervenidas el mismo día de su ingreso.



**Figura 3.** Las transfusiones requeridas se muestran por pacientes y el número de los derivados de sangre en unidades utilizados.



**Figura 5.** Las barras muestran el Apgar de los recién nacidos vivos al minuto, con una distribución heterogénea y baja en la calificación al minuto, así como el Apgar a los 5 minutos, donde se observa una buena recuperación.

tornos orgánicos como la miomatosis, el efecto de la miomectomía, hidrocefalia, la perforación uterina, el útero bicornio y la ruptura prematura de membranas, así como los trastornos funcionales como la preeclampsia severa, la obesidad materna, el embarazo con portación de DIU, así como la cisticercosis materna y la cardiopatía con doble lesión mitral que si bien no pueden ser la causa directa para el desarrollo de este trastorno, en estos casos estuvieron presentes. Todos estos trastornos asociados al embarazo deben tomarse en cuenta como factores de riesgo para esta complicación obstétrica y así, tomar las medidas preventivas para evitar este procedimiento quirúrgico. La influencia de estos trastornos pueden estar debidos a las anormalidades que ocurren en la pared uterina<sup>4</sup> y los procesos de involución uterina que deben presentarse después de la salida del producto de la concepción, lo cual debe diagnosticarse de manera temprana. Además, debe tomarse en cuenta que la terapia no termina después del procedimiento quirúrgico, ya que es necesario continuar con el seguimiento y atención hospitalaria post-quirúrgica de las condiciones generales de cada paciente, que para estos casos tuvo una estancia de 342 días posteriores al evento quirúrgico en todo el grupo de estudio.

Con todo lo anterior, resulta evidente que la histerectomía obstétrica de urgencia no sólo está condicionada por el sangrado que se presenta por la falta de contracción uterina posterior a la resolución obstétrica, sino que puede estar asociada también a otros factores que actúan como mecanismos desencadenantes para la necesidad de este procedimiento quirúrgico.

#### AGRADECIMIENTOS

Es importante reconocer que todo el equipo quirúrgico involucrado en la atención de estas pacientes ha tenido una participación plausible en el éxito y resolución integral

de este grupo de estudio, dentro del que se incluyen a las enfermeras y anestesiólogos, al igual que al desempeño de los médicos residentes de la especialidad. También, se hace extensivo a los médicos directivos del Hospital de Ginecología y Obstetricia No. 3 por su apoyo a la investigación médica y al SNI por el apoyo a uno de los autores.

#### REFERENCIAS

1. Engelsen IB, Albrechtsen S, Iversen OE. Peripartum hysterectomy- incidence and maternal morbidity. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2001; 80: 409-412.
2. Al Sakka M, Dauleh W, Al Hassani S. Case series of uterine rupture and subsequent pregnancy outcome. *Int J Fertil Women Med* 1999; 44: 297-300.
3. Zaki M, Bahar AM, Ali ME, Albar HA, Gerais MA. Risk factors and morbidity in patients with placenta previa accreta compared to placenta previa non-accreta. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1998; 77: 391-394.
4. Nava FJ, Paez AJA, Veloz MG, Sánchez VV, Hernández-Valencia M. Indicaciones y factores de riesgo para histerectomía obstétrica de urgencia. *Ginec Obstet Mex* 2002; 70: 289-294.
5. Castaneda S, Garrison T, Cibils LA. Peripartum hysterectomy. *J Perinat Med* 2000; 28: 472-481.
6. Yamamoto H, Sagae S, Nishikawa S, Kudo R. Emergency postpartum hysterectomy in obstetric practice. *J Obstet Gynaecol Res* 2000; 26: 341-345.
7. Jancic A, Duric D. Krukenberg's tumor of the ovary and uterine myoma. *Jugosl Ginekol Opstet* 1976; 16: 317-320.
8. Ayala A, Aizpuru E, Tovar JM. Molar pregnancy (primary or recurrent?). *Ginecol Obstet Mex* 1989; 57: 226-228.
9. Zaharia M, Cristea A, Samoilescu M, Alexandrescu M, Virtej P, Andronescu A. Atypic adenomatous hyperplasiae of the endometrium. Cytology and histopathologic confrontations. *Morphol Embryol* 1977; 23: 41-49.
10. Hernandez M, Ramos-Martinez E, Diaz-Gastelum DR. Chronic endometriosis caused by *Trichinella spiralis*. Report of case. *Ginecol Obstet Mex* 1995; 63: 109-111.
11. Hoveyda F, Mackenzie IZ. Secondary postpartum haemorrhage: incidence, morbidity and current management. *BJOG* 2001; 108: 927-930.
12. Gurkan ZC, Turan C, Isik AZ, Danisman N, Mungan T, Gokmen O. Emergency hysterectomy in modern obstetric practice. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1998; 77: 186-190.

