



Revista Peruana de Ginecología y  
Obstetricia  
ISSN: 2304-5124  
spog@terra.com.pe  
Sociedad Peruana de Obstetricia y  
Ginecología  
Perú

Ramírez Cabrera, Juan; Cabrera Ramos, Santiago; Campos Siccha, Gerardo; Peláez Chomba, Melissa; Poma Morales, Cliford  
Histerectomía obstétrica en el Hospital San Bartolomé, Lima, 2003–2015  
Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia, vol. 63, núm. 1, 2017, pp. 27-33  
Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología  
San Isidro, Perú

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=323450542004>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en [redalyc.org](http://redalyc.org)

# ARTÍCULO ORIGINAL ORIGINAL PAPER

1. Hospital Nacional Docente San Bartolomé, Lima, Perú
  - a Médico Asistente, Jefe del Servicio de Ginecología
  - b Jefe del Departamento de Gineco-Obstetricia
  - c Jefe de Servicio de Ginecología Oncológica
  - d Médico Residente de 3.<sup>er</sup> año de Gineco-Obstetricia

Fuente de financiamiento: Autofinanciado

Conflictos de intereses: El autor expresa no tener algún conflicto de interés.

Trabajo presentado como Tema Libre al XXI Congreso Peruano de Obstetricia y Ginecología, Lima, octubre de 2016

Recibido: 26 agosto 2016

Evaluado: 20 setiembre 2016

Aceptado: 27 setiembre 2016

Correspondencia:

Dr. Juan Ramírez Cabrera  
Calle Carlos Pareja 150, San Miguel, Lima, Perú  
999519246  
jramirezcc@hotmail.com

Citar como: Ramírez Cabrera J, Cabrera Ramos S, Campos Siccha G, Peláez Chomba M, Poma Morales C. Histerectomía obstétrica en el Hospital San Bartolomé, Lima, 2003 – 2015. Rev Peru Ginecol Obstet. 2017;63(1):27-33.

# Histerectomía obstétrica en el Hospital San Bartolomé, Lima, 2003 – 2015 Obstetrical hysterectomy at Hospital San Bartolome, Lima, Peru 2003 – 2015

Juan Ramírez Cabrera<sup>1,a</sup>, Santiago Cabrera Ramos<sup>1,b</sup>, Gerardo Campos Siccha<sup>1,c</sup>, Melissa Peláez Chomba<sup>1,d</sup>, Cliford Poma Morales<sup>1,d</sup>

## RESUMEN

**Objetivos.** Determinar la incidencia, factores asociados y repercusiones de la histerectomía obstétrica. **Diseño.** Estudio retrospectivo, descriptivo, analítico y transversal. **Institución.** Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, Lima, Perú. **Material.** Se analizaron las historias clínicas de 69 pacientes con histerectomía obstétrica (HO) realizadas del 01 de enero 2003 al 31 de diciembre 2015. **Metodología.** Se utilizó el *odds ratio* como medida de asociación. El análisis estadístico se realizó en los programas Excel 2013 y SPSS. **Principales medidas de resultados.** Tasa, factores asociados, indicaciones, complicaciones de la HO. **Resultados.** La tasa de histerectomía obstétrica fue 0,69/1 000. El 82,6% consistió en parto por cesárea (1,94/1 000), OR cesárea/parto vaginal 19,91. El 65,2% fue realizada en multipara de 35 años o menos de edad, 78,2% con control prenatal. Los diagnósticos principales fueron placenta previa (27,5%) y cesárea anterior (15,9%). Las principales indicaciones clínicas para realizar una HO fueron atonía uterina y acretismo placentario (ambas 39,1%). En 47,8% de los casos se practicó cesárea histerectomía, y la HO supracervical representó el 55%. Ingresó a la unidad de cuidados intensivos el 84%, necesitó transfusión sanguínea el 91,3%. Se reportó complicaciones durante el acto quirúrgico en 18,7%, siendo reintervenida el 15,9%. No hubo muerte materna. **Conclusiones.** La histerectomía obstétrica (HO), aunque de baja incidencia (0,69/1 000 eventos obstétricos), sigue siendo una circunstancia crítica y mutilante. La cesárea tuvo 19,9 veces más riesgo de histerectomía obstétrica que el parto vaginal (OR: 19,9; IC95%, 8,6 a 46,2). No hubo casos de muerte materna. **Palabras clave.** Histerectomía Obstétrica; Cesárea; Hemorragia Obstétrica.

## ABSTRACT

**Objectives:** To determine the incidence, associated factors and outcomes of obstetrical hysterectomy. **Design:** Retrospective, descriptive, analytical and cross-sectional study. **Setting:** Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolome, Lima, Peru. **Material:** Clinical records of 69 patients who underwent obstetrical hysterectomy (OH) performed between January 1, 2003, and December 31, 2015. **Methods:** Odds ratio was applied as measure of association, and Excel 2013 and SPSS programs were used for statistical analysis. **Main outcome measures:** Incidence, associated factors and outcomes of obstetrical hysterectomy. **Results:** OH rate was 0.69/1 000; 82.6% followed cesarean section delivery (1.94/1 000), OR cesarean section/vaginal delivery was 19.91; 65.2% were multiparous women aged 35 or less, 78.2% with prenatal control. Main diagnoses were placenta previa (27.5%) and previous cesarean section (15.9%). Main indications for OH were uterine atony and placenta accreta (either 39.1%). In 47.8% of the cases, cesarean section-hysterectomy was performed, and supracervical OH represented 55%. Admission to ICU was necessary in 84% of cases, 91.3% needed blood transfusion. Complications during surgery occurred in 18.7%, and 15.9% needed reintervention. No maternal death was reported. **Conclusions:** In this study, obstetrical hysterectomy had a low incidence (0.69/1 000 obstetrical events), but remained a critical and mutilating circumstance. The risk of obstetrical hysterectomy was 19.9 times higher with cesarean section than with vaginal delivery (OR: 19.9; 95%CI, 8.6-46.2). There was no maternal death in this series.

**Keywords:** Obstetrical Hysterectomy; Cesarean Section; Obstetrical Hemorrhage.



## INTRODUCCIÓN

En el siglo XIX surgió la cesárea-histerectomía con el propósito de evitar las dos grandes complicaciones del parto abdominal: la hemorragia y la infección. La primera histerectomía obstétrica (HO) exitosa, con sobrevida de la madre y el recién nacido, fue realizada en Italia el 21 de mayo de 1876 por Eduardo Porro, en la ciudad de Pavia (Italia). La paciente, Julia Cavallini, era una primigesta enana de 25 años de edad y con 1,25 m de estatura, con estigmas de raquitismo y portadora de pelvis raquírica. Porro y sus colegas acordaron que la cesárea era la única posible solución y decidieron amputar el útero si una seria hemorragia ocurriera durante la intervención<sup>(1,2)</sup>. La técnica fue publicada en Milán, en el mismo año 1876, con el título '*Della amputazione utero-ovarica come complimento di taglio cesareo*'<sup>(3,4)</sup>. Ya había sido realizada previamente esta intervención en 1869 en la ciudad de Boston, por Horatio Storer y otros obstetras, aunque sin éxito y con final catastrófico, tanto para la madre como para el feto<sup>(1,2)</sup>.

La cesárea mutilante, desde entonces conocida como operación de Porro, pasó a ser el método preferido de parto abdominal. Hoy, en la obstetricia moderna, en la mayoría de los casos es una intervención de urgencia vital. Este procedimiento se ha mantenido en la práctica quirúrgica por más de 140 años, y seguirá siendo utilizada en futuras generaciones, probablemente con mejores técnicas y a pesar de novedosas alternativas conservadoras como las ligaduras vasculares, sutura de B-Lynch y embolización arterial selectiva, pero sin duda como medida última en el manejo de la hemorragia posparto<sup>(5)</sup>.

Se distinguen dos circunstancias de actuación: la primera y la más importante, como último recurso de hemostasia, denominada histerectomía de urgencia o de necesidad; y la segunda, actualmente realizada en casos excepcionales, de manera electiva tras una cesárea, histerectomía electiva o de oportunidad.

La incidencia de la histerectomía obstétrica en la literatura varía entre 0,2% y 1,5% por 1 000 partos. Casi la totalidad es realizada en situaciones de urgencia, y la indicación electiva prácticamente ha desaparecido. A nivel nacional, los trabajos publicados están limitados al análisis de la cesárea-histerectomía con tasas variables

entre 0,796 y 1,04 x 1 000 partos<sup>(6-8)</sup>. No hay publicaciones nacionales sobre HO. El aumento considerable de la incidencia internacional de HO se puede atribuir al aumento de la tasa de cesáreas, que incrementa a su vez los casos de placentación anómala, placenta previa y úteros cicatriciales.

La HO se define como la extirpación del útero después de un evento obstétrico, último esfuerzo para cuando las medidas conservadoras fallan o no son aplicables. El propósito del presente estudio es conocer cuál es la tasa de ocurrencia, indicaciones y repercusiones asociadas a la histerectomía obstétrica en el Hospital Nacional Docente San Bartolomé (HNDSB).

## MÉTODOS

El presente es un estudio retrospectivo, descriptivo, analítico y transversal. Se analizó las historias clínicas de 69 pacientes con histerectomía obstétrica realizadas del 01 de enero 2003 al 31 de diciembre 2015 en el Hospital Nacional Docente Madre-Niño San Bartolomé. Además, se recogió datos del sistema informático perinatal del Hospital. Se realizó análisis estadístico de estimación de riesgo con el uso de odds ratio (OR). Para el procesamiento estadístico se usó SPSS y excel. No existió conflicto de interés de los autores.

## RESULTADOS

En el lapso estudiado, las 69 pacientes con HO representaron una tasa de 0,75 x 1 000 nacimientos; siendo el año 2012 cuando hubo la mayor tasa (1,46 x 1 000) (tabla 1 y figura 1).

Se evidencia una tendencia al alza durante los 13 años que duró el estudio (figura 1).

De 98 603 gestantes que se atendieron en el HSB de enero 2003 a diciembre 2015, se registraron 69 casos de HO (tabla 2). El 82,6% de nacimientos fue por vía cesárea, con una tasa de 1,94 x 1 000 (1 caso de HO cada 515 cesáreas), mientras que la tasa de HO en partos vaginales fue 0,09 x 1 000 (1 caso de HO cada 10 238 partos), lo que representó un *odds ratio* de cesárea/parto vaginal de 19,91. La tasa de HO en casos de aborto fue 0,69 x 1 000 y en casos de embarazo ectópico 1,7 x 1 000. La tasa global de HO fue 0,69 x 1 000 (1 caso de HO cada 1 429 eventos obstétricos).



FIGURA 1. NÚMERO DE CASOS DE HISTERECTOMÍA OBSTÉTRICA POR AÑO.

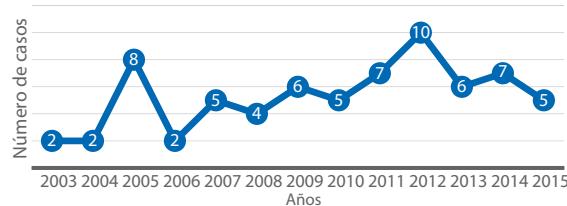


TABLA 1. TASA DE HISTERECTOMÍA OBSTÉTRICA POR AÑO.

Años	Total de partos	Nº de casos	Tasa x 1 000
2003	6 403	2	0,31
2004	6 321	2	0,31
2005	7 016	8	1,14
2006	7 580	2	0,26
2007	7 386	5	0,67
2008	7 564	4	0,52
2009	7 663	6	0,78
2010	6 886	5	0,72
2011	7 075	7	0,98
2012	6 846	10	1,46
2013	6 611	6	0,90
2014	6 667	7	1,04
2015	6 958	5	0,71
Total	90 976	69	0,75

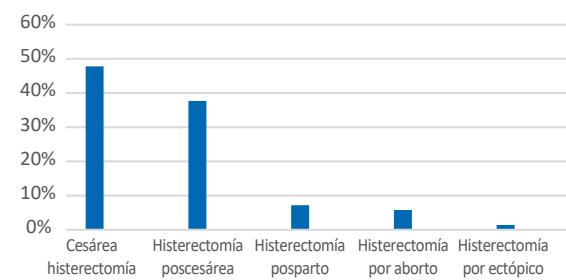
Las principales indicaciones que obligaron a realizar una HO fueron la atonía uterina y el acretismo placentario (27 casos), con 39,1% (tabla 3).

En la figura 2 se observa que la decisión de la HO fue durante la cesárea en 47,8% (33 casos); en 37,7% fue en el postoperatorio de una cesárea. Ocurrió una HO en 5 casos luego de un parto vaginal (7,2%).

TABLA 3. HISTERECTOMÍA OBSTÉTRICA SEGÚN INDICACIÓN CLÍNICA.

Indicación de histerectomía	Nº de casos	%
Atonía	27	39,1
Acretismo	27	39,1
Sepsis foco ginecológico	8	11,5
Lesión inadvertida del útero	2	2,9
Rotura uterina	2	2,9
Miomatosis uterina hemorrágica	1	1,4
Desgarro cervical	1	1,4
Ectópico cervical	1	1,4
Total	69	100,0

FIGURA 2. HISTERECTOMÍA OBSTÉTRICA SEGÚN EL MOMENTO DE INTERVENCIÓN.



El principal diagnóstico previo a la HO fue placenta previa, con 27,5%. Le siguió la cesárea anterior una o más veces (15,9%), ambas asociadas al acretismo placentario. Del mismo modo, trabajo de parto disfuncional (10,1%), desproporción céfalo pélvica (8,7%) y embarazo gemelar (2,9%) se asociaron a la atonía uterina. Resaltaron los 4 casos (5,8%) con diagnóstico previo de trabajo de parto normal y que, sin embargo, terminaron perdiendo el útero (tabla 4).

TABLA 2. HISTERECTOMÍA OBSTÉTRICA SEGÚN EVENTO OBSTÉTRICO.

Evento obstétrico	Total	Nº casos	%	Tasa x 1 000	Incidencia
Cesárea	29 369	57	82,6	1,94 (*)	1x515
Parto vaginal	61 427	6	8,6	0,09 (*)	1x10 238
Aborto	7 222	5	7,2	0,69	1x1444
Embarazo ectópico	585	1	1,4	1,70	1x585
Total	98 603	69	100,0	0,69	1x1429

(\*) OR de cesárea/parto vaginal es 19,91



**TABLA 4. HISTERECTOMÍA OBSTÉTRICA SEGÚN DIAGNÓSTICO PRINCIPAL PREVIO A LA HISTERECTOMÍA.**

Diagnóstico principal previo	Nº casos	%
Placenta previa	19	27,5
Cesárea anterior una o más veces	11	15,9
Trabajo de parto disfuncional	7	10,1
Desproporción céfalo-pélvica	6	8,7
Feto podálico	5	7,2
Aborto	5	7,2
Trabajo de parto normal	4	5,8
Preeclampsia	3	4,3
Embarazo gemelar	2	2,9
Corioamnionitis	2	2,9
Rotura uterina	1	1,4
Embarazo ectópico cervical	1	1,4
Oligohidramnios	1	1,4
Sepsis foco renal	1	1,4
Malformación fetal	1	1,4
Total	69	100,0

La mayoría de las pacientes fueron mujeres de 35 o menos años de edad (65%); 45 gestantes eran multíparas (65%), 54 fueron controladas en consultorio externo del Hospital (78%). El antecedente de cesárea previa se repitió en 35 pacientes (50%), así como la presencia de placenta previa en la presente gestación ocurrió en 23 casos (33%). Por otro lado, 44 casos (63%) de las HO se realizaron asociadas a cesárea de emergencia y el tipo de histerectomía fue supracervical en 55%. Además, ingresaron a la unidad de cuidados intensivos 58 pacientes (84%), necesitaron transfusión de sangre 63 mujeres (91%) y prolongaron su hospitalización postoperatoria por 6 días o más 46 pacientes (66%). Finalmente, se confirmó acretismo con anatomía patológica solo en 20 de 27 casos (74,1%) (tabla 5).

Se presentaron complicaciones transoperatorias en 13 pacientes, siendo la laceración de vejiga con 8 casos (11,6%) la complicación más frecuente, seguida de hematoma de cúpula/muñón cervical y lesión de uréter en 4,3 y 2,8%, respectivamente. El 79,6% cursó sin complicaciones durante la cirugía. Por otro lado, las principales complicaciones postoperatorias fueron la infección del sitio operatorio y la anemia severa con 14 casos (20,2%) y variedades de la enfermedad tromboembólica del embarazo (15,9%). Se ne-

**TABLA 5. PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS DE LAS PACIENTES HISTERECTOMIZADAS.**

Características	Nº casos	%
Edad materna 35 años o menos	45	65,2
Multípara	45	65,2
Con control prenatal	54	78,2
Antecedente de cesárea previa	35	50,1
Diagnóstico actual de placenta previa	23	33,3
En relación a cesárea de emergencia	44	63,7
Histerectomía supracervical	38	55,0
Ingreso a UCI	58	84,0
Transfusión sanguínea	63	91,3
Estadía postoperatoria 6 días o más	46	66,6
Confirmación anatomo-patológica de acretismo (*)	20	74,1

(\*) Total de casos con diagnóstico clínico de acretismo placentario: 27

cesitó al menos una reintervención quirúrgica en 11 casos (15,9%). Otras complicaciones incluyeron la coagulación intravascular diseminada (10,1%) y la insuficiencia renal aguda (5,7%). No hubo casos de muerte materna (tabla 6).

**TABLA 6. COMPLICACIONES MATERNAZ.**

Complicaciones	Casos	%
<b>Transoperatorias</b>		
Laceración vesical	8	11,6
Hematoma de cúpula/muñón cervical	3	4,3
Lesión ureteral	2	2,8
<b>Postoperatorias</b>		
Infección de sitio operatorio	14	20,2
Anemia severa	14	20,2
Reintervención quirúrgica	11	15,9
Enf. tromboembólica del embarazo (tromboflebitis, TEP, TVP)	11	15,9
Coagulación intravascular diseminada (CID)	7	10,1
Insuficiencia renal aguda (IRA)	4	5,7
Trombosis venosa profunda (TVP)	1	1,4
Fístula vesicocutánea	1	1,4



## DISCUSIÓN

En nuestra serie obtuvimos una tasa de histerectomías obstétricas de 0,69 por 1 000 eventos obstétricos, dentro de lo descrito en la literatura médica internacional. Así, una serie irlandesa con 178 352 partos describe una incidencia de 0,3 HO por 1 000 partos<sup>(9)</sup>. Otra serie en Turquía de 208 772 nacimientos tuvo una incidencia de 0,3 HO por 1 000 partos<sup>(10)</sup>. Por último, en Nueva York informan sobre 34 241 nacimientos una incidencia de 1,4 HO por 1 000 partos<sup>(11)</sup>. En América Latina, Caro en Chile (2000-2005) encontró una tasa de 1,15 por 1 000<sup>(12)</sup>, Reveles y col.<sup>(13)</sup> hallaron en México una elevada cifra de 8 x 1 000 y, en un estudio de 14 años, Fuentes<sup>(14)</sup> publicó en Cuba una tasa de 2,1 x 1 000. A nivel nacional, Donayre y col. 0,94 x 1 000<sup>(6)</sup>, Orderique y col. 0,79 x 1 000<sup>(7)</sup> y Tang Ploog y col. 1,04 x 1 000<sup>(8)</sup>, sin encontrarse estudios de histerectomía obstétrica en relación a eventos obstétricos (que incluyen además de las HO asociados a cesárea, a las HO que se dan en relación a partos vaginales, abortos y embarazos ectópicos).

La HO es un fenómeno que va en aumento en las diferentes investigaciones internacionales. Así por ejemplo están los reportes de Illia R y col.<sup>(15)</sup> y Bodelon y col<sup>(16)</sup>, quienes señalan además que cuanto mayor sea el número de cesáreas previas, mayor será el riesgo de HO por acretismo placentario y rotura uterina, recomendando como alternativa en el momento actual para intentar controlar la incidencia en alza de la HO, el uso prudente de la cesárea. Durante los 13 años estudiados en nuestra serie se confirma la tendencia al alza de la HO, con picos de hasta 10 casos/año, cuyo análisis logra evidenciar que el Hospital San Bartolomé en los últimos 10 años, al optimizarse las referencias de casos complejos desde el interior del país (acretismo placentario y placenta previa) y a la elevación de la tasa de cesárea hospitalaria que llegó al 38% en el 2015, explica que las posibilidades de HO se incrementaran. A esto hay que agregar que en los últimos 5 años se halla una actitud menos conservadora para el manejo de las hemorragias posparto por parte de los médicos asistentes jóvenes que se incorporaron al equipo de guardia del HSB. Está descrito que una de los factores que originan incidencias elevadas de las HO es justamente el manejo agresivo de las hemorragias y la poca experiencia del médico<sup>(17)</sup>.

Como hallazgo importante de nuestra investigación, encontramos que las pacientes que culminan su gestación por cesárea tienen casi 20 veces más posibilidades de que se les realice una histerectomía que las pacientes que culminan su gestación por parto vaginal (OR: 19,91; IC 95% 8,58 a 46,17), siendo el resultado estadísticamente significativo. Reportes similares al nuestro resaltan igualmente el riesgo elevado de HO para los nacimientos por cesárea: Briceño Pérez y col.<sup>(18)</sup> un OR: 5,59, Montoya C. y col.<sup>(19)</sup> OR: 11,78, Vanegas O. y col.<sup>(19)</sup> OR: 6,7.

En las últimas décadas, debido a las mejoras del manejo farmacológico de la atonía uterina, sobre todo con el advenimiento del misoprostol, y de las técnicas conservadoras para el control de las hemorragias (sutura compresiva B-Lynch), es de esperar que la principal indicación de una HO de urgencia sea hemorragia por acretismo placentario a expensas de la hemorragia por atonía uterina. Sin embargo, en nuestra revisión hallamos que las principales indicaciones que obligaron a realizar una HO fueron la atonía uterina y el acretismo placentario (27 casos), con 39,1% para ambos casos. Otros investigadores tienen resultados variados: Glaze y col.<sup>(20)</sup>, atonía uterina 37% y acretismo placentario 32%; Rossi y col.<sup>(21)</sup> acretismo placentario (38%) y atonía uterina (29%); y, Béjar J.<sup>(22)</sup> menciona sepsis 39,7%, atonía 28,7%, acretismo 14%.

El principal diagnóstico previo a la ocurrencia de una HO fue la placenta previa con 27,5% y le siguió la cesárea anterior una o más veces (15,9%), ambas asociadas al acretismo placentario. Del mismo modo, el trabajo de parto disfuncional (10,1%), desproporción céfalo pélvica (8,7%) y embarazo gemelar (2,9%) se asociaron a la atonía uterina. Además, observamos que hubo otras pacientes con diagnóstico previo asociados directamente a la posibilidad de que ocurriera una HO: corioamnionitis (2,9%), rotura uterina y embarazo ectópico cervical (1,4%). Resaltaron los 4 casos (5,8%) que tenían diagnóstico previo de trabajo de parto normal y que terminaron perdiendo el útero. Son diversos los autores que resaltan el antecedente de cesárea previa y placenta previa en las pacientes que experimentan una HO<sup>(15,19,21)</sup>. De la misma manera, Knight M. y col<sup>(23)</sup> concluyen en su investigación que la histerectomía periparto está fuertemente asociada a cesáreas previas (incrementándose a



mayor número de cesáreas), además de la edad materna mayor de 35 años y paridad de 3 o más hijos previos.

La toma de decisión en los casos de hemorragia periparto es sumamente compleja, debido a que en primer lugar el médico debe comprender que se está enfrentando a una verdadera urgencia, que compromete la vida de la paciente, por lo que deberá adelantarse a las complicaciones. La mayor dificultad radica en cuándo abandonar las medidas conservadoras y pasar al tratamiento quirúrgico. Una decisión apresurada mutilará innecesariamente a una mujer joven y en el otro extremo una decisión tardía llevará a más complicaciones y la morbimortalidad materna aumentará considerablemente. Por lo que con una rápida evaluación del caso se iniciarán medidas conservadoras, pero el médico deberá prepararse por si tiene que realizar un tratamiento quirúrgico en el momento que estas fracasen. En nuestra serie, en 47,8% la decisión se tomó durante el acto quirúrgico mismo de una cesárea (cesárea-histerectomía) y en 37,7% se decidió por la HO en el postoperatorio de una cesárea, por lo cual se tuvo que reintervenir a la paciente. La Fontaine y col.<sup>(24)</sup> mencionan que decidieron HO en el posparto en 49%, cesárea histerectomía en 36%, histerectomía poscesárea en 14%.

Con relación a las principales características de las pacientes histerectomizadas, observamos que en su mayoría fue en mujeres de 35 o menos años de edad (65%), multíparas (65%) y controladas en consultorio externo del Hospital (78%), poniendo en evidencia que la aparición de complicaciones hemorrágicas en el parto no siempre se pueden evitar con un adecuado control prenatal. El antecedente de cesárea previa se repitió en el 50%, así como la presencia de una placenta previa en la presente gestación ocurrió en 33%, constituyendo los principales datos de la historia clínica a tener en cuenta como factores de riesgo para una probable HO. Por otro lado, el 63% de las HO se realizó asociadas a una cesárea de emergencia y el tipo de histerectomía fue en su mayoría la supracervical (55%). Además, debido a la magnitud del compromiso materno de estos casos, ingresaron a la UCI 58 pacientes (84%), necesitaron transfusión de sangre 63 mujeres (91%) y prolongaron su hospitalización postoperatoria por 6 días o más 46 pacientes (66%). Todos estos porcentajes nos retratan la magnitud de la situación de

salud que enfrentan estas pacientes. La cesárea previa, la placenta previa y la edad materna mayor de 35 años son frecuentemente reconocidas como factores de riesgo para la presentación de una HO, siendo la cesárea el factor de riesgo principal para la histerectomía periparto, según Wright y col<sup>(25)</sup>. Finalmente, en nuestro grupo estudiado solo se pudo confirmar el acretismo con informe de anatomía patológica en 20 de 27 casos (74,1%), evidenciando deficiencias hospitalarias en cuanto al registro de los resultados de exámenes auxiliares.

Son múltiples las complicaciones reportadas en estudios similares por diferentes investigadores. Reveles<sup>(13)</sup> habla de shock hemorrágico en 56% de sus casos; Caro<sup>(12)</sup> informa lesión vesical en 16% y shock hemorrágico en 8%; Briceño<sup>(18)</sup> señala anemia severa en 88% y shock hemorrágico en 34%; Fuentes<sup>(14)</sup> refiere sepsis 10%, hemorragia postoperatoria 3%. En nuestra serie, la principal complicación intraoperatoria fue la lesión vesical (13%) y en el postoperatorio, la anemia y la infección del sitio operatorio.

La pauta principal en el tratamiento de las pacientes con acretismo placentario es el diagnóstico temprano de la afección. Puesto que hasta 80% de las pacientes con diagnóstico ultrasonográfico requerirá cesárea-histerectomía, es importante preparar una intervención quirúrgica con un equipo multidisciplinario que logre el éxito en la culminación del embarazo con el mínimo posible de complicaciones<sup>(20)</sup>. La morbimortalidad materna es inferior cuando la HO y sus cuidados postoperatorios son realizados en hospitales de alto volumen de pacientes<sup>(27)</sup>. El más importante paso en la prevención de las grandes hemorragias puerperales es reconocer a las pacientes en riesgo. Sin embargo, a pesar de tomar todas precauciones del caso no siempre se puede evitar la HO<sup>(20)</sup>. A diferencia de otros reportes nacionales sobre HO que reportan mortalidad materna de 3,3%<sup>(7)</sup> y 2,2%<sup>(22)</sup>, en nuestro estudio no hubo casos de muerte materna.

Podemos concluir que la histerectomía obstétrica, aunque de baja incidencia (0,69/1 000 eventos obstétricos), es una circunstancia crítica y mutilante para mujeres jóvenes que se atendieron en el Hospital San Bartolomé entre 2003 y 2015). La cesárea tuvo 19,9 veces más riesgo de histerectomía obstétrica que el parto vaginal (OR: 19,91; IC 95%, 8,58 a 46,17), con una impor-



tante morbilidad materna, siendo relevantes los antecedentes de cesárea anterior, placenta previa y multiparidad. Las principales indicaciones para HO fueron en igual magnitud la atonía uterina y el acretismo placentario. El control prenatal no evita el riesgo de su presentación.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Danforth D, Speert H. Momentos históricos. Tratado de Obstetricia y Ginecología, Cap.1, 4<sup>a</sup>ed.; 1986:2-21.
2. Delgado G. Algunos aspectos históricos de la operación cesárea. Cuad Hist Salud Pub. 1998;84:14-26.
3. Crosby W. Cesarean sections rise to respectability. Contemp Obstet Gynecol. 1989;33(5):32-49.
4. Arencibia R. Operación cesárea: recuento histórico. Rev salud pública. 2002;4(2):170-85.
5. Montoya C, Claudino C. Histerectomía obstétrica de emergencia en el Hospital Regional de Occidente: incidencia y factores asociados. Rev Med Honduras. 2014;82(2):12-7.
6. Donayre A, García F. Cesárea-histerectomía en el Hospital Nacional Guillermo Almenara. Lima, Perú. Ginecol Obstet (Perú). 1999;45(4):280-5.
7. Orderique L, Chumbe O. Cesárea histerectomía en el Hospital María Auxiliadora. Ginecol Obstet (Perú). 1998;44(1):61-4.
8. Tang Ploog LE, Albinagorta Olórtegui R. Histerectomía puerperal. Experiencia en una institución privada. Rev peru ginecol obstet. 2013;59(3):199-202.
9. Roopnarinesingh R, Fay L, McKenna P. A 27-year review of obstetric hysterectomy. J Obstet Gynaecol. 2003;23(3):252-4.
10. Zorlu CG, Turan C, Isik AZ, Danisman N; Mungan T, Gökm en O. Emergency hysterectomy in modern obstetric practice. Changing clinical perspective in time. Acta Obstet Gynecol Scand. 1998;77(2):186-90.
11. Kastner E, Figueroa R, Garry D, Maulik D. Emergency peripartum hysterectomy: experience at a community teaching hospital. Obstet Gynecol. 2002;99:971-5.
12. Caro J. Histerectomía obstétrica en el Hospital de Puerto Montt, 2000-2005. Rev Chilena Obstet Ginecol. 2006;74(5):313-9.
13. Reveles J. Histerectomía obstétrica: incidencia, indicaciones y complicaciones. Ginecol Obstet Mex. 2008;76(3):156-60.
14. Fuentes L. Histerectomía puerperal. Estudio de 14 años Rev Cubana Obstet Ginecol. 2005;31(1):0-0.
15. Illia R. La histerectomía obstétrica: epidemiología, factores condicionantes, resultados perinatales y complicaciones maternas en tres centros obstétricos de la República Argentina. Toko-Gin Pract. 2001;60(4):181-9.
16. Bodelon C. Factores asociados con la histerectomía periparto, Washington State. Obstet Gynecol. 2009 Jul;114(1).
17. Bajo Arenas M. Histerectomía Obstétrica. Fundamentos de Obstetricia. SEGO Madrid, 2007.
18. Briceño-Pérez C. Histerectomía obstétrica: análisis de 15 años. Rev Obstet Ginecol Venez. 2009;69(2):89-96.
19. Vanegas Estrada O, Sotomayor Falero A, Suárez Reyes AM, Muñiz Rizo M. Histerectomía obstétrica de urgencia. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2009;35(3):0-0.
20. Glaze S, Ekwalanga P, Roberts G, Lange I, Birch C, Rosengarten A, Jarrell J, Ross S. Peripartum hysterectomy 1999 to 2006 Obstet Gynecol, 2008 Mar;111(3): 732-8. doi: 10.1097/AOG.0b013e31816569f2.
21. Rossi AC, Lee RH, Chmait RH. Emergency post-partum hysterectomy for uncontrolled postpartum bleeding. A systematic review. Obstet Gynecol. 2010;115:637-44.
22. Bejar J. Histerectomía de emergencia durante la gestación en el Instituto Materno Perinatal: incidencia y factores asociados (Enero 1999 a Diciembre 2000). Tesis de Especialista, UNMSM. 2001.
23. Knight M, Kurinczuk JJ, Spark P, Brocklehurst P. Cesarean delivery and peripartum hysterectomy. Obstet Gynecol. 2008;111:97-105.
24. La Fontaine Terry E. Morbimortalidad materna en histerectomía obstétrica de urgencia. Archivo Médico De Camagüey. 2005;9(1). ISSN 1025-0255.
25. Wright JD, Devine P, Shah M, Gaddipati S, Lewin SN, Simpson LL, Bonano C, Sun X, D'Alton ME, Herzog TJ. Morbidity and mortality of peripartum hysterectomy. Obstet Gynecol. 2010;115:1187-93.
26. Sentilhes L, Ambroselli C, Kayem G, Provansal M, Fernandez H, Perrotin F, Winer N, ET al. Maternal outcome after conservative treatment of placenta accreta. Obstet Gynecol 2010 MAR;115:526-34. doi: 10.1097/AOG.0b013e3181d066d4.
27. Wright J, Herzog TJ, Shah M, Bonanno C, Lewin SN, Cleary K, Simpson LL, Gaddipati S, Sun X, D'Alton ME, Devine P. Regionalization of care for obstetric hemorrhage and its effect on maternal mortality. Obstet Gynecol. 2010 Jun;115(6): 1194-200. doi: 10.1097/AOG.0b013e3181df94e8.