

# Histerectomía obstétrica: análisis de 15 años

*Drs. Carlos Briceño-Pérez, Liliana Briceño-Sanabria, Scott García, Tania Jaimes, Juan Carlos Briceño-Sanabria, Carlos Briceño-Sanabria*

*Departamento de Obstetricia y Ginecología. Unidad Docente Hospital Chiquinquirá. Universidad del Zulia. Maracaibo, Venezuela*

## RESUMEN

**Objetivo:** Determinar la incidencia, factores asociados y repercusiones de la histerectomía obstétrica.  
**Métodos:** Estudio retrospectivo, descriptivo, analítico y transversal que incluyó 50 pacientes sometidas a histerectomía obstétrica en 64 293 casos obstétricos, durante un período de 15 años (del 01 de agosto de 1993 al 31 de julio de 2008).

**Ambiente:** Departamento de Obstetricia y Ginecología. Hospital Nuestra Señora de Chiquinquirá. Maracaibo, Venezuela.

**Resultados:** La incidencia de histerectomía obstétrica fue 0,07 % (1 HO por 1 285 casos obstétricos). Fue más frecuente en mujeres entre 25-29 años (26 %), IV gestas (34 %), para 3 (26 %), con control prenatal (63,33 %), embarazos de 37-41 semanas (56 %), poscesárea (46 %), histerectomía tipo total (86 %), indicadas por atonía uterina (38 %), complicadas con anemia (88 %), ameritaron transfusión sanguínea (84 %) y duraron <7 días de hospitalización (56 %). Hubo 8 muertes maternas (16 %) y la tasa de mortalidad materna ajustada fue 792 por 10 000 nacidos vivos. Hubo 9 abortos (18 %), 15 muertes fetales (30 %) y la tasa de mortalidad perinatal fue 129 por 1 000 nacidos vivos.

**Conclusiones:** En la población estudiada, la histerectomía obstétrica fue poco frecuente, más comúnmente indicada por trastornos hemorrágicos y tuvo cifras de morbilidad y mortalidad materna elevadas.

**Palabras clave:** Histerectomía. Obstétrica. Emergencia. Periparto.

## SUMMARY

**Objective:** To determine the incidence, associated factors and repercussions of obstetric hysterectomy.

**Methods:** Retrospective, descriptive, analytic and transversal study that included 50 obstetric hysterectomies (OH) in 64 293 obstetrics cases, during fifteen years (from August 1st, 1993 to July 31th, 2008).

**Setting:** Department of Obstetrics and Gynecology. Our Lady of Chiquinquira Hospital. Maracaibo, Venezuela.

**Results:** The incidence of OH was 0.07 % (1 OH by 1 285 obstetric cases). It was more frequent in women between 25-29 years (26 %), IV gestations (34 %), para 3 (26 %), prenatal care (63,33 %), pregnancies 37-41 weeks (56 %), after cesarean section (46 %), total hysterectomy (86 %), uterine atony as mean indication (38 %), complicated with anemia (88 %), blood transfusion (84 %) and discharged home <7 days length of stay (56 %). There were 8 maternal deaths (16 %) and adjusted maternal mortality rate was 792 by 10 000 live births. There were 9 abortions (18 %), 15 fetal deaths (30 %) and adjusted perinatal mortality rate was 129 by 1 000 live births.

**Conclusions:** Obstetric hysterectomy in the studied population, was not frequent, commonest indicated by hemorrhagic disorders and there were high maternal morbidity and mortality.

**Key words:** Hysterectomy. Obstetric. Emergency. Peripartum.

## INTRODUCCIÓN

Se denomina histerectomía obstétrica (HO) a la resección parcial o total del útero, realizada generalmente de emergencia por complicaciones del embarazo, parto o puerperio, o por complicación de una enfermedad preexistente.

La histerectomía obstétrica es uno de los

procedimientos quirúrgicos que ha producido más controversias, desde su aparición hasta nuestros días (1). Generalmente es utilizada como último recurso para resolver situaciones o complicaciones obstétricas, en caso que otras medidas han fallado.

En los siglos XVIII y XIX, Cavallini (1768),

Michaelis (1809) y Bluender (1830), luego de realizar la HO en animales, sugirieron que podía efectuarse en humanos después de una cesárea, cuando era necesario preservar la vida de la paciente. El 21 de mayo de 1876, en Pavia, Italia, Eduardo Porro realizó la primera cesárea-histerectomía con supervivencia de madre e hijo (1-4). En Venezuela la primera cesárea-histerectomía fue realizada en 1907 por Ruiz en el Hospital Vargas de Caracas (5). En Maracaibo fue ejecutada por primera vez el 29 de marzo de 1913 por el Dr. Ramón Soto González, en un caso de parto distócico, por presentación de hombros con matriz infectada; como último recurso, tratando de salvar la vida del feto y de la madre, con el resultado de feto vivo y madre muerta (6). La primera serie grande (57 casos) fue la de Evanam Fernández en 1952. Desde esa fecha hasta el presente se han publicado otras series y algunos casos aislados (5). Los últimos casos publicados tienen relación con placenta percreta y útero didelfo (6-8).

Según Obeid Layón y col., citados por Villalobos y López (1), esta operación se puede clasificar en: 1. Cesárea-histerectomía (también conocida como operación de Porro): cuando se realiza la cesárea y la histerectomía en un solo tiempo, 2. Histerectomía poscesárea: cuando estos actos se realizan en dos tiempos diferentes, 3. Histerectomía posparto: la que se realiza después de un parto, en el puerperio inmediato o mediato, 4. Histerectomía poscuretaje o poslegrado: si se hace luego de un curetaje o legrado uterino, y 5. Histerectomía en bloque: cuando se extrae un útero que contiene una enfermedad trofoblástica.

Este estudio se diseñó con los fines de estudiar los aspectos relativos a la HO en una institución de asistencia obstétrica pública y determinar factores y conductas que puedan disminuir su incidencia y complicaciones.

## MÉTODOS

En el diseño del estudio, la población la constituyeron las pacientes que asistieron al Departamento de Obstetricia y Ginecología del Hospital Nuestra Señora de la Chiquinquirá de Maracaibo, Venezuela; entre el 01 de agosto de 1993 y el 31 de julio de 2008. Durante este lapso hubo 64 293 nacimientos. En la investigación se incluyeron 50 pacientes a las que, por algún motivo, se les practicó HO. Se excluyeron las que no se les había practicado operación. Se estudiaron variables cualitativas y cuantitativas: incidencia, edad materna, estado civil,

control prenatal, antecedentes obstétricos, edad de la gestación, vía de terminación del embarazo, estancia hospitalaria, indicación, tipo y complicaciones de la histerectomía, otros procedimientos, transfusiones sanguíneas y mortalidad materna y perinatal.

La información se recolectó en formularios diseñados especialmente para la investigación, que contenían todas las variables buscadas. La mayoría de los datos utilizados en la elaboración del estudio, fueron de distribución de frecuencia. Éste es un estudio retrospectivo, descriptivo y transversal. Los resultados se presentan en forma de cuadros de distribución de frecuencia.

En el análisis estadístico de los datos se utilizaron medidas de frecuencia relativas, específicamente los porcentajes. Para evaluar el riesgo de histerectomía obstétrica de la cesárea versus parto vaginal, se calculó la razón de posibilidades (Odds ratio u OR, en inglés) (9), mediante el programa estadístico Comprehensive meta-analysis versión 2,0.

## RESULTADOS

Durante el lapso de estudio, en la institución hubo 64 293 casos obstétricos, 47 657 nacimientos y 50 HO; para una incidencia de 1 HO por cada 1 285 casos obstétricos (0,07 %) 1 HO por cada 953 nacimientos (0,10 %). La distribución anual se aprecia en el Cuadro 1: hubo variaciones entre 0,02 %-0,19 %, con un promedio de 0,07 %.

El Cuadro 2 recoge los factores maternos. La edad materna promedio fue 29,38 años, con rango entre 16 y 45 años. Los grupos etarios más frecuentes fueron 25-29 años (13 pacientes: 26 %), 30-34 (12 pacientes: 24 %) y 35-39 (pacientes: 24 %). La mayoría eran solteras (48 pacientes: 96 %) y realizaron control prenatal (19 pacientes: 63,33 %).

Con respecto a la situación obstétrica (Cuadro 3), los grupos predominantes en cuanto al número de gestaciones fueron IV (17 mujeres: 34 %), V (11 mujeres: 22 %) y III (8 mujeres: 16 %), y el promedio de embarazos fue 4,06 con rango de I-X. En cuanto a la duración del embarazo el grupo más frecuente fue entre 37-41,6 semanas (28 casos: 56 %). El antecedente de cesárea en embarazos anteriores estuvo presente en 17 pacientes (34 %) y en cuanto al número de cesáreas anteriores se presentó así: 1 cesárea anterior en 10 mujeres (20 %), 2 en 5 mujeres (10 %), 3 en 1 mujer (2 %) y 4 en 1 mujer (2 %). Y el embarazo se terminó por cesárea en 23 pacientes (46 %), por parto en 18 (36 %) y por aborto en 9 (18 %). De los 18 partos, se usaron oxitócicos en

## HISTERECTOMÍA OBSTÉTRICA

Cuadro 1  
Incidencia anual

Año	HO	CO	Incidencia (n°)	Incidencia (%)
1993	2	2 162	1 x 1 081	0,09
1994	4	5 740	1 x 1 435	0,06
1995	2	5 416	1 x 2 708	0,03
1996	6	4 986	1 x 831	0,12
1997	8	4 192	1 x 524	0,19
1998	5	5 610	1 x 1 122	0,08
1999	2	4 759	1 x 2 380	0,04
2000	3	4 435	1 x 1 478	0,06
2001	1	4 132	1 x 4 132	0,02
2002	2	4 268	1 x 2 134	0,04
2003	0	3 575	0	0
2004	3	3 145	1 x 1 048	0,09
2005	5	3 139	1 x 628	0,15
2006	4	3 196	1 x 799	0,12
2007	1	3 241	1 x 3 241	0,03
2008	2	2 297	1 x 1 149	0,08
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>64 293</b>	<b>1 x 1 285</b>	<b>0,07</b>

HO: Histerectomías obstétricas CO: Casos obstétricos

Cuadro 2  
Factores maternos

Edad Años	n°	Estado civil		Control prenatal	
		n°	%	n°	%
15-19	1	2			
20-24	11	22		Si	19 63,33
25-29	13	26	Solteras	48	96
30-34	12	24		No	11 36,67
35-39	12	24	Casadas	2	4
>40	1	2		NE	20 40
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100</b>		<b>50</b>	<b>100</b>

NE: No evaluado

(2 casos: 4 %) y 8 o más (1 caso: 2 %). El promedio de partos fue 2,32 con rango de 0-8.

En el Cuadro 4 se aprecia la comparación del riesgo de HO según tipo de parto (parto por cesárea vs parto vaginal): el riesgo de HO fue 5,58 veces mayor en los partos por cesárea que en los partos vaginales (OR 5,58; IC 95 % 3,01-10,34). En la Figura 1 se aprecia el gráfico de esta razón de posibilidades (Odds ratio

Cuadro 3  
Situación obstétrica

Gestación	Edad de gestación (semanas)		Cesárea anterior		Terminación embarazo	
	n°	%	n°	%	n°	%
I	3	6				
II	5	10	<19,6	9 18	No	33 66
III	8	16	20-27,6	1 2		Parto 18 36
IV	17	34	28-36,6	10 20	Si	17 34
V	11	22	37-41,6	28 56	1	10 20
VI	2	4	>42	2 4	2	5 10
VII	1	2			3	1 2
>VIII	3	6			4	1 2
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100</b>	<b>50</b>	<b>100</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

6 mujeres (37,5 %), no se usaron en 10 (62,5 %) y en 2 pacientes referidas de otras instituciones, no se obtuvo esta información. En relación con la paridad los hallazgos fueron: para 0 (10 casos: 20 %), 1 (7 casos: 14 %), 2 (9 casos: 18 %), 3 (13 casos: 26 %), 4 (6 casos: 12 %), 5 (1 caso: 2 %) 6 (1 caso: 2 %), 7

u OR, en inglés).

La mayoría de HO (Cuadro 5) se indicaron por atonía uterina (19 casos: 38 %), sepsis (11 casos: 22 %) y rotura uterina (8 casos: 16 %) y fueron del tipo total (43 casos: 86 %). Los procedimientos conjuntos más frecuentes fueron anexectomía uni o

Cuadro 4  
Riesgo de HO cesárea vs parto

Partos	Cesáreas	HO posparto	HO poscesárea	OR	IC 95 %
47 363	10 872	18	23	5,57	3,00-10,33

HO: Histerectomía obstétrica OR: Odds ratio IC 95 %: Intervalo de confianza 95 %

Cuadro 5  
Histerectomía obstétrica

Indicación	n° %		Tipo	n° %		Otros procedimientos	n° %	
	n°	%		n°	%		n°	%
Atonía	19	38	Total	43	86	Anexectomía uni o bilateral	19	38
Sepsis	11	22				Curetaje uterino	12	24
Rotura	8	16	Subtotal	7	14	Apendicectomía	3	6
Acetismo	6	12				Otros	1	2
CID	6	12						
Total	50	100		50	100		50	100

CID: Coagulación intravascular diseminada

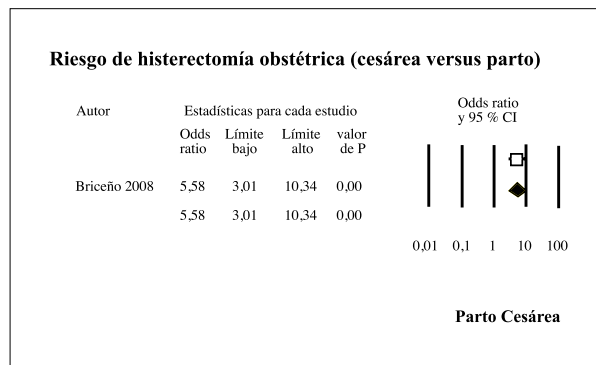


Figura 1. Razón de posibilidad (Odds ratio) del riesgo de HO. Cesárea vs parto.

bilateral (19 casos: 38 %) y curetaje uterino (12 casos: 24 %). La estancia hospitalaria fue la siguiente: <7 días (28 casos: 56 %), 8-14 (14 casos: 28 %), 15-20 (3 casos: 6 %) y >21 (5 casos: 10 %). En 14 casos (28 %) se realizó cesárea-histerectomía, en 9 (18 %) HO poscesárea, en 18 (36 %) HO posparto y en 9 (18 %) HO poscuretaje uterino.

Con relación a la morbilidad y mortalidad (Cuadro 6), las complicaciones más comúnmente encontradas

fueron anemia (42 embarazadas: 84 %), choque (17 embarazadas: 34 %) y coagulación intravascular diseminada (14 embarazadas: 28 %), y les siguieron hematoma abdomino-pélvico (8 embarazadas: 16 %) y útero de Couvelaire (8 embarazadas: 16 %). Otras complicaciones fueron las siguientes: síndrome HELLP, neumonía, falla multiorgánica y paro cardíaco (5 embarazadas: 10 %); absceso abdomino-pélvico (4 embarazadas: 8 %), hematoma de pared abdominal, retención de restos ovulares y perforación uterina (3 embarazadas: 6 %); absceso de pared abdominal, retención de placenta e ictericia (1 embarazada: 2 %); neumotórax, convulsiones, incompatibilidad Rh, sección de uréter, accidente cerebrovascular, hematometa o piometra, sección de vejiga, hepatitis, pancreatitis, endometriometritis, dehiscencia de herida operatoria y desgarro vaginal. Un 84 % requirió transfusiones sanguíneas. Hubo 8 (16 %) muertes maternas, la tasa de mortalidad materna general fue 1,67 por 10 000 nacidos vivos y la tasa de mortalidad materna ajustada para HO fue 792 por 10 000 nacidos vivos. Y se reportaron 29 (58 %) feto-neonatales, de las cuales la mayoría (41,37 %) fueron muertes fetales tardías. La tasa de mortalidad perinatal general fue 0,27 por 1 000 nacidos vivos y la tasa de mortalidad

# HISTERECTOMÍA OBSTÉTRICA

Cuadro 6

Morbilidad y mortalidad materna. Mortalidad perinatal

Complicación			Transfusión		Mortalidad materna			Mortalidad perinatal			
	n°	%		n°	%	n°	%	n°	%		
Anemia	44	88						MFT	9	31,03	
Choque	18	36									
CID	14	28	Si	42	84	Si	8	16	MFI	2	6,89
Hematoma A-P	8	16						MFT	12	41,37	
Couvellaire	8	16									
Hemo-peritoneo	6	12	No	8	16	No	42	84	MNT	1	3,44
Otros	30	60						NE	5	-	
Total				50	100		50	100		29	100
											MPA: 58 %

CID: Coagulación intravascular diseminada A-P: Abdomino-pélvico MFTe: Mortalidad fetal temprana MFI: Mortalidad

perinatal ajustada para HO fue 129 por 1 000 nacidos vivos.

## DISCUSIÓN

La HO es una intervención que, generalmente se usa, ante complicaciones severas o falla de otros métodos, como último recurso para salvar vidas. Representa un dilema tomar la decisión entre terminar con la reproducción de la paciente o poder salvar su vida. Ha recibido numerosos calificativos o denominaciones, que, por sí solas describen algunas de sus características: “intervención de urgencia” (10,11), “realizada casi siempre como consecuencia de alguna grave complicación” (11,12), “donde se encuentra en peligro la vida de la paciente” (11,13), “las decisiones son rápidas, difíciles y deben tomarse sobre la marcha” (5,14), “último recurso” (3,13), “heroica” (15), “única alternativa para evitar la muerte de la paciente” (5,13,16), “la técnica quirúrgica es mucho más difícil” (14), “el obstetra debe ser un ginecólogo con preparación quirúrgica” (11-14), “mutilante a edades iniciales” (1,11,13), “no está ajena a otras complicaciones médico-quirúrgicas” (1,13), “su incidencia está relacionada con la calidad de la asistencia médica” (10,13), y “los factores etiológicos pueden ser prevenibles” (13).

En la práctica clínica, esta operación se ejecuta con poca frecuencia: se ha reportado una incidencia que oscila entre 1 por cada 622-4 458 casos obstétricos (0,02 %-0,16 %) (1,5, 11-14,17,18) y 1 por cada 446-3 736 nacimientos o partos (0,03 %-0,22 %) (3,19-33).

En el presente trabajo se confirmó este dato: tanto la incidencia general por casos obstétricos y por nacimientos, como la anual, se encontraron dentro de estos rangos. Desde hace algunas décadas se ha venido afirmando que la incidencia ha incrementado, debido al aumento de algunos factores de riesgo para HO (ver más adelante) como el índice de cesáreas y la placentación anormal (acretismo placentario y placenta previa): numerosas investigaciones han demostrado que el riesgo de placenta previa (PP) y acretismo placentario se incrementa en pacientes con cesáreas previas, y que este ascenso está en relación directa al número de cesáreas anteriores (18,20,22-27,31,32,34-38). Para demostrar el ascenso en la incidencia de HO, Yoong y col. (37) compararon la prevalencia de esta operación en 2 períodos de 10 años (1983-1993 y 1994-2003) y encontraron un incremento del triple en el segundo período, con relación al primero. Por su parte, en 2006, Kovasivarach (23) reportó la comparación de 2 períodos de 7 años (01 de octubre de 1988-30 de septiembre de 1995 y 01 de octubre de 1995-30 de septiembre de 2002) y encontró un incremento del primero al segundo período: de 0,42 a 0,76 HO por 1000 partos. Asimismo, en el Hospital “Dr. Adolfo Prince Lara” de Puerto Cabello, Venezuela, en 3 reportes que abarcan 33 años, también ha habido un incremento del triple: en 1984 la incidencia fue 0,05 % (17), en 1996 fue 0,10 % (11) y en 2008 fue 0,16 % (13).

Con relación a los factores maternos, un gran número de estudios coincide en que esta operación

se practica con más frecuencia en las mujeres que se reproducen en edades avanzadas (generalmente en la cuarta década de la vida) (1,2,12,14,16,19,20,23,37,39, 40). Esto fue confirmado en el presente estudio, pues casi la mitad de las pacientes fueron de los 2 grupos etarios pertenecientes a esta década. Okogbenin y col. (20) reportaron en 2003, que la incidencia de HO incrementó de 0,10 % a los 20 años de edad, a 0,706 % a los 40 años. Por otro lado, en el presente trabajo, afortunadamente las adolescentes representaron el grupo donde menos se ejecutó esta cirugía. Por su parte, el elevado índice de soltería encontrado en esta investigación, al igual que en otras (11,13), refleja la fragilidad de este componente social en el grupo familiar. Asimismo, se ha afirmado que un adecuado control prenatal identificaría las pacientes de riesgo y las patologías que pueden llevar a la realización de HO (11,13); pero un hallazgo contraproducente en este trabajo, fue que la mayoría de pacientes había controlado su embarazo. De esto, pudiera inferirse que la realización de atención prenatal no garantiza un resultado exitoso, por lo cual, hay que enfatizar más en la calidad del control prenatal, que en su cantidad.

En relación con la situación obstétrica, se ha indicado que esta operación es practicada más frecuentemente en multigestas (3,11-14,16,17,39), tal como sucedió con los resultados de este estudio, que el mayor grupo lo representaron las pacientes que tenían entre III-V embarazos. Por su lado, es importante resaltar que, en algunos estudios (3,11,13) se ha señalado que, en algunas oportunidades, ha sido necesario realizar esta cirugía en un porcentaje importante de pacientes primigestas; en quienes es significativo el cese de la reproducción. También se ha afirmado que la realización de HO aumenta con la paridad (20,22,26,29): Okogbenin y col. (20) reportaron un incremento de 0,028 % en la para 0, a 1,298 % en las grandes múltiparas. Los presentes hallazgos en cuanto a la paridad, son coincidentes. Por otra parte, los resultados de la presente investigación, en lo referente a que esta operación es realizada frecuentemente en embarazos a término; también coinciden con los descritos en la literatura internacional (3,5,11-14,39). Asimismo, hay concordancia en muchas investigaciones al señalar al antecedente de una o varias cesáreas anteriores o previas, como un factor de riesgo para HO (mencionado atrás), y que ésta se practica más comúnmente en quienes el embarazo termina por cesárea (2,3,11-13,16,17,20,22,26,27,29-31,38,39,41,42). Los presentes resultados, coinciden con estos 2 aspectos. Para confirmar estos hechos, en este trabajo se realizó la comparación del riesgo

de HO según tipo de parto (parto por cesárea vs parto vaginal), mediante el análisis estadístico de la razón de posibilidades; y se demostró que el riesgo de HO fue casi 6 veces mayor en los partos por cesárea que en los vaginales. Otros autores han cuantificado este riesgo entre 1,16-56,2 veces mayor con la cesárea (3,31,38,39).

En cuanto a los aspectos de la histerectomía obstétrica en sí, se ha afirmado que actualmente las principales indicaciones de la misma las constituyen algunos cuadros hemorrágicos (atonía uterina, acretismo placentario, rotura uterina, desprendimiento prematuro de placenta, enfermedad trofoblástica de la gestación) y la sepsis de origen obstétrico (2,3,5,11-14, 17-20,22-26,29,35-40,43-46). De acuerdo con la mayoría de estos autores, a principios y mediados del siglo pasado predominó la sepsis, pero desde mediados a finales de esa centuria y en la presente, quizás con el advenimiento de la antibióticoterapia, de las unidades de cuidados intensivos, del aborto seguro y el uso de prostaglandinas; ha disminuido este cuadro clínico y predominado las causas hemorrágicas (27). En este trabajo, entre las 5 primeras causas, la sepsis ocupó el segundo lugar, mientras que los otros 4 fueron ocupados por cuadros hemorrágicos (atonía uterina, rotura uterina, acretismo placentario y coagulación intravascular diseminada). Con respecto al tipo de histerectomía, si bien inicialmente se usaba la subtotal (4) y aún se utiliza algo (19,20,26,37,44), actualmente, como sucedió con los resultados de la presente investigación, la mayoría de casos se resuelven ejecutando una histerectomía total (3,5,11-14,16,17,22,25). En este estudio, la extirpación uni o bilateral de anexos y el curetaje o legrado uterino, constituyeron los 2 procedimientos efectuados más frecuentemente al momento de la histerectomía. En cuanto a la extirpación de anexos, es necesario destacar que de ser bilateral, la mutilación de órganos genitales es mayor y más trascendente. En la población estudiada, sólo se practicó en caso de necesidad extrema, ante lesiones irreversibles. En la revisión de la literatura no se consiguieron referencias que describan otros procedimientos realizados conjuntamente con la HO.

La HO cursa con un elevado número de complicaciones, entre las que más comúnmente se describen anemia, choque hipovolémico o séptico, coagulación intravascular diseminada y lesiones de vías urinarias (2,3,11-14,16,19,20,22,25,27,31,39,43,47). En este trabajo, de estas 4 patologías, las 3 primeras ocuparon los 3 primeros lugares, y los lugares cuarto-sexto fueron ocupados por hematoma abdomino-

pélvico, útero de Couvelaire y hemoperitoneo. Como complicaciones menos frecuentes se han mencionado: fiebre, hematoma y/o hemorragia de cúpula vaginal, hematuria, íleo intestinal, choque séptico, neumonía, pulmón de choque, hematomas y abscesos pélvicos y de pared abdominal, insuficiencia renal, infección urinaria y disturbios psicológicos (2,3,11-14,16,19, 22,25,39,43,45). En la población estudiada fue notable encontrar un elevado porcentaje de pacientes que ameritó transfusiones sanguíneas (84 %), lo que se pudiese explicar por el gran número de casos con patología hemorrágica y choque hipovolémico. En la literatura revisada esta cifra se ha reportado entre 41 %-100 % (3,22,23,27,45). También se menciona que la HO incrementa el riesgo de mortalidad materna (32), ubicándola entre 0-27,7 % (2,3,5,11-14,16,17,20, 22,24-27,29,32,43,45,46), por lo que el resultado de este estudio se encuentra entre este rango. Sin embargo, la tasa de mortalidad materna ajustada para HO resultó elevada. Por otra parte, hay pocos reportes sobre la mortalidad perinatal absoluta por HO, encontrándola entre 3,22 %-6 % (22,25,45), por lo que el presente resultado es sumamente alto. Un aumento similar fue encontrado en la tasa de mortalidad perinatal ajustada para HO, hallazgo que parece ser inédito, pues no se encontraron estudios con los cuales establecer comparaciones.

Por último, basándose en los resultados de esta investigación y en la literatura revisada (20-22,24-27,29,33,44,45,47), pueden mencionarse algunas medidas para disminuir la incidencia de HO y sus índices de morbilidad y mortalidad materna y perinatal: 1. Durante la consulta prenatal: identificar las pacientes de riesgo (mayores de 30 años, multigestas, multíparas, cesáreas o cicatrices uterinas anteriores, placenta previa, acretismo placentario) e intensificar en ellas las medidas para diagnosticar la inserción placentaria, y 2. Durante el parto: planear su atención en centros especializados con personal experimentado, advertir a las pacientes con cesáreas previas que pueden terminar en una HO, evaluar de manera racional las indicaciones de cesárea a objeto de reducir su utilización, manejar adecuadamente los cuadros hemorrágicos y la sepsis, usar otras medidas terapéuticas (médicas o quirúrgicas) para la tratar la hemorragia, y en caso de necesitar una HO, si es posible planearla de manera electiva, y si es de emergencia, realizarla lo más temprano posible.

## REFERENCIAS

- Villalobos N, López C. Análisis de las indicaciones para histerectomías obstétricas. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 1999;59:7-11.
- Reveles J, Villegas G, Hernández S, Grover F, Hernández C, Patiño A. Histerectomía obstétrica: incidencia, indicaciones y complicaciones. *Ginecol Obstet Mex.* 2008;76:156-160.
- Caro J, Bustos L, Ríos A, Bernaldes J, Neumann Pape C. Histerectomía obstétrica en el Hospital de Puerto Montt, 2000-2005. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2006;71:313-319.
- Arrieta O. Notas para la historia de la Medicina del Zulia. Maracaibo: Talleres Ars Gráfica S.A.; 1988:92-93.
- Agüero O. Histerectomías obstétricas en hospital privado. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 2000;60:229-243.
- Briceño-Pérez C, Alaña F, Briceño-Sanabria L, Briceño-Sanabria JC, Briceño-Sanabria C. Placenta percreta. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 2002;62:273-277.
- Briceño-Pérez C, Alaña F, Briceño-Sanabria L, Briceño-Sanabria JC, Briceño-Sanabria C. Placenta percreta con ruptura uterina espontánea. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 2005;65:193-197.
- Ferreira F, Montilla A, Pereira E, Suárez O. Histerectomía de urgencia por ruptura de útero didelfo grávido: reporte de un caso. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 2006;66:29-32.
- Martí Carvajal A, Peña de Martí G, Muñoz S, Comunián G, Martí Peña A. Significado de la razón de posibilidades (Odds ratio). *Gac Méd Caracas.* 2006;114:13-16.
- Díaz Bolaños J, Lucenko L, Cáceres J, Vallenilla E, Abbruzzese C, Torres P. Histerectomía por complicación de la cesárea. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 1984;44:134-139.
- Faneite P, Leonardo L, Álvarez N, Repilloza M. Histerectomía obstétrica (1984-1995). *Rev Obstet Ginecol Venez.* 1996;56:129-133.
- Galindez J, Webster M, Acosta E, Blanco Souchon P, Morón M, Pinto J. Histerectomías obstétricas. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 1990;50:28-30.
- Faneite P, Rivera C, Faneite J. Histerectomía obstétrica (2000-2007). *Rev Obstet Ginecol Venez.* 2008;68:92-97.
- Suárez Ocando D. Histerectomías obstétricas. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 1988;48(2):104-107.
- Lucenko L, Cáceres J, Díaz Bolaños J, Abbruzzese C, Vallenilla E, Torres P. Histerectomía por complicaciones del parto. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 1984;44:265-270.
- Pérez J, Iniesta A, Vázquez A. Histerectomía obstétrica en el Hospital Regional "General Ignacio Zaragoza" y en el Hospital Ángeles México. Análisis comparativo. *An Med (México)* 2008;53:10-14.

17. López Gómez J, Salazar de Dugarte G, Bracho de López C. Histerectomías obstétricas. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 1984;44:277-282.
18. Hei-Jen J, Hsin-Wen H, Pei-Ying L, Shih-Ming C, Shiao-Chi W. Peripartum hysterectomy in Taiwan. *Int J Obstet Gynecol.* 2008;101:269-272.
19. Navia F, Mitelman G, Martínez F, Bahamonde F. Histerectomía obstétrica. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2000;65:385-388.
20. Okogbenin S, Gharoro E, Okonta P. Obstetric hysterectomy: Fifteen years' experience in a Nigerian tertiary centre. *J Obstet Gynecol.* 2003;23:356-359.
21. Erman M. Emergency peripartum hysterectomy. *Eur J Reprod Biol.* 2004;113:178-181.
22. Akinbiyi A, Olatunbosun O. Emergency obstetric hysterectomies (How many are potentially preventable?): A 28 year experience in Saskatoon. *J Gynecol Surg.* 2004;20:81-87.
23. Kovavisarach E. Obstetric hysterectomy: A 14 years experience of Rajavithi hospital. *Chot Mai Het Thang Phaet.* 2006;89(11):1817-1821.
24. Daskalakis G, Anastasakis E, Papantoniou N, Mesogitis S, Theodora M, Antsaklis A. Emergency obstetric hysterectomy. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2007;86(2):223-227.
25. Habek D, Becarevic R. Emergency peripartum hysterectomy in a tertiary obstetric center: 8 year evaluation. *Fetal Diagn Ther.* 2007;22:139-142.
26. Rahman J, Al-ali M, Qutub H, Al-Suleiman S, Al-Jama F, Rahman M. Emergency obstetric hysterectomy in a university hospital: A 25 year review. *J Obstet Gynecol.* 2008;28:69-72.
27. Alsayali Adi, Baloul S. Emergency obstetric hysterectomy: 8 year review at Taif Maternity Hospital, Saudi Arabia. *Ann Sau Med.* 2000;20:454-456.
28. Kastner E, Figueroa R, Garry D, Maulik D. Emergency peripartum hysterectomy: Experience at a community teaching hospital. *Obstet Gynecol.* 2002;99(6):971-975.
29. Anita K, Kavita W. Emergency obstetric hysterectomy. *J Obstet Gynecol India.* 2005;55(2):132-134.
30. Francois K, Ortiz J, Harris C, Foley M, Elliot J. Is peripartum hysterectomy more common in multiple gestations? *Obstet Gynecol.* 2005;105:1369-1372.
31. Whiteman M, Kuklina E, Hillis S, Jamieson D, Meikle S, Posner S, et al. Incidence and determinants of peripartum hysterectomy. *Obstet Gynecol* 2006;108:1486-1492.
32. Knight M, Kurinczuk J, Spark P, Brocklehurst P. Cesarean delivery and peripartum hysterectomy. *Obstet Gynecol.* 2008;111:97-105.
33. Glaze S, Ekwilanga P, Roberts G, Lange I, Birch C, Rosengarten A, et al. Peripartum hysterectomy. 1999 to 2006. *Obstet Gynecol.* 2008;111 :732-738.
34. Clark S, Koonings P, Phelan J. Placenta previa/accreta and prior cesarean section. *Obstet Gynecol* 1985;66:89-92.
35. Nielsen TF, Hagberg H, Ljungblad U. Placenta previa and antepartum hemorrhage after previous cesarean section. *Gynecol Obstet Invest* 1989;27:88-90.
36. Wu S, Kocheginsky M, Hibbard J. Abnormal placentation: Twenty years analysis. *Am J Obstet Gynecol.* 2005;192:1458-1461.
37. Yoong W, Massiah N, Oluwu A. Obstetric hysterectomy: Changing trends over 20 years in a multiethnic high risk population. *Arch Gynecol Obstet.* 2006;274:37-40.
38. Kacmar J, Bhimani L, Boyd M, Shah-Hosseini R, Peipert J. Route of delivery as a risk factor for emergent peripartum hysterectomy: A case control study. *Obstet Gynecol.* 2003;102:141-145.
39. Flores J, Ángulo J, Martínez G, Valle V, Hernández M. Indicaciones y factores de riesgo para histerectomía obstétrica de urgencia. *Ginecol Obstet Mex.* 2002;70:289-294.
40. Katchy K, Ziad F, Al Nashmi N, Diejomaoh M. Emergency obstetric hysterectomy in Kuwait: A clinic pathological analysis. *Arch Gynecol Obstet.* 2006;273:360-365.
41. Uribe R. Histerectomía obstétrica: concepto, e importancia. *Ginecol Obstet Mex.* 1995;63:231-236.
42. Uribe R. La histerectomía obstétrica. Evolución y cambio. *Ginecol Obstet Mex.* 1996;64:338-342.
43. Udoma E, John M, Ttuk S, Ekanem A. Morbidity and mortality following emergency obstetric hysterectomy in Calabar, Nigeria. *Niger J Clin Pract.* 2003;6(1):52-55.
44. Roopnarinesingh R, Fay L, McKenna P. A 27 years review of obstetric hysterectomy. *J Obstet Gynecol.* 2003;23:252-254.
45. Thonet R. Obstetric hysterectomy: An 11 year experience. *Br J Obstet Gynecol.* 2005;93:794-798.
46. Ding DC, Hsu S, Chu TW, Chu TY. Emergency peripartum hysterectomy in a teaching hospital in eastern Taiwan. *J Obstet Gynecol.* 2006;26:635-638.
47. Briery C, Rose C, Hudson W, Lutgendorf M, Magann E, Chauhan S, et al. Planned vs emergent cesarean hysterectomy. *Am J Obstet Gynecol.* 2007;197:154.e1-154.e5.

CORRESPONDENCIA: Dr. Carlos Briceño-Pérez  
cabripe@hotmail.com; cabriceno@cantv.net