

---

# Indicaciones, complicaciones y factores asociados de la Histerectomía posparto. Maternidad “Enrique C. Sotomayor”.

## Indications, complications and factors associated in postpartum hysterectomy. “Enrique C. Sotomayor” maternity hospital.

María Gabriela Castro Paredes \*  
Miguel Soria Alcívar \*\*

---

### RESUMEN

**Tipo de estudio:** descriptivo, retrospectivo, longitudinal. **Objetivo:** Determinar las principales indicaciones, complicaciones y factores asociados de la Histerectomía posparto en el hospital maternidad “Enrique C. Sotomayor”, período 2003 – 2004. **Materiales y métodos:** El Universo lo constituyen 176 pacientes a quienes se les realizó histerectomía Posparto. Del Universo se tomó una muestra de forma aleatorizada de 89 pacientes tomando como referencia 5% de error y una confiabilidad de 95%. **Resultados:** Las principales indicaciones fueron el acretismo placentario (26%), y la atonía uterina (14%). La complicación más frecuente fue la anemia (25%) seguida de hemorragia (23%). Los factores asociados más importantes fueron edad materna avanzada, la operación cesárea como vía de finalización del embarazo y antecedentes de HTA. **Conclusiones:** En la actualidad la histerectomía posparto se realiza como el último esfuerzo quirúrgico para detener una hemorragia incoercible. La incidencia de este procedimiento es alta en nuestro medio, por lo que se debe protocolizar en todas las instituciones de salud el manejo del tercer período del parto.

**Palabras clave:** Histerectomía posparto, Hemorragia posparto, Acretismo.

### SUMMARY

**Type of study:** Descriptive, Retrospective, and Longitudinal. **Objective:** To determinate the indications, complications and factors associated in the postpartum hysterectomy at the “Enrique C. Sotomayor” Maternity Hospital during the period 2003-2004. **Materials and methods:** The Universe constitutes 176 patients who underwent postpartum hysterectomy. From this universe 89 patients were randomly chosen. **Results:** Indications for this procedure are placenta accreta (26%) and uterine atony (14%). The most frequent complication was anemia (25%) and hemorrhage (23%) Factors found associated with postpartum hysterectomy were increasing maternal age, underwent c-section and history of hypertension. **Conclusions:** Currently, postpartum hysterectomy is done as a last resort to stop postpartum hemorrhage. The incidence of this procedure is very high in our society, therefore, it is suggested that a protocol should be down in the management of third stage of delivery.

**Key words:** Postpartum hysterectomy. Postpartum hemorrhage. Placenta accreta.

---

### Introducción

Etimológicamente la palabra histerectomía deriva del griego *hystera* que significa útero y *ectomía* que significa extirpar. Por lo que a la histerectomía posparto se la define como la excéresis parcial o total del útero en una mujer

gestante posterior debido a una complicación del parto, cuyo objetivo principal es el de preservar la vida, teniendo en consideración las condiciones hemodinámicas de la paciente<sup>1,2,10</sup>.

---

\* Doctor en Medicina y Cirugía, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, 205 Medico Rural, hospital de Naranjito, Ecuador.

\*\* Médico, Facultad de Ciencias Médicas Universidad de Guayaquil, Medico Rural del Centro de Salud, hospital “La Libertad”, Ecuador.

### Antecedentes

La historia de la histerectomía se inicia en 1768 cuando Joseph Cavallini sugiere por primera vez la cesárea más histerectomía fundamentándose en experimentos animales aunque nunca la realizó; posteriormente la primera cesárea más histerectomía con éxito la realizó Eduardo Porro, en Italia, en una primípara, quien tuvo 7 horas de trabajo de parto y luego de nacer el niño; Porro ejecutó la histerectomía como única medida salvadora para la paciente<sup>7,10,19</sup>.

El evento que conlleva a la realización de la histerectomía posparto (HPP) es la hemorragia posparto, que es la pérdida de sangre del tracto genital que excede los 500ml después del parto vaginal y 1000ml después de la cesárea. Por ello una definición más correcta y de aplicación clínica sería la de una pérdida hemorrágica posparto mayor de 1.000ml, independientemente de la vía de culminación y que produce inestabilidad hemodinámica, que puede producir con rapidez la muerte materna<sup>3,8,11,22</sup>. En mujeres gravemente anémicas, la pérdida de incluso 200 ó 250ml de sangre podría ser fatal<sup>18</sup>.

Existen factores de riesgo asociados a la realización de la HPP tales como: edad materna avanzada, preeclampsia, multiparidad, gestación múltiple, cesárea, placenta previa, desprendimiento de la placenta, infecciones y el trabajo de parto prolongado<sup>4,18,22</sup>.

Las principales indicaciones son las siguientes: atonía uterina, acretismo placentario, ruptura uterina, miomatosis, desgarros del canal del parto, retención de restos placentarios, sepsis, discrasias sanguíneas<sup>2,3,4,11</sup>.

Las principales complicaciones del procedimiento quirúrgico son las siguientes: hemorragia, sepsis, lesión ureteral, lesión vesical, lesión intestinal, fístula vesicovaginal e intestinal, CID, Tromboflebitis, Obstrucción intestinal<sup>4,11,12,14</sup>.

### Pacientes y métodos

El estudio es de tipo descriptivo, longitudinal, retrospectivo.

El Universo es de 176 pacientes atendidas en el hospital gineco-obstétrico "Enrique C.

Sotomayor", en los años 2003 y 2004 en quienes fue realizada una histerectomía posparto de emergencia y que cumplieron con los siguientes criterios de inclusión:

- Parto atendido en la institución
- Cesárea realizada en la institución

Los criterios de exclusión:

- Datos incompletos en la historia clínica.
- Transferencia a otra institución

La muestra consta de 89 pacientes escogidas de forma aleatorizada simple tomando como referencia 5% de error, confiabilidad de 95% y un 20% de la muestra. La recolección de datos incorporará la observación dirigida a partir de la historia clínica de las pacientes.

### Resultados

De acuerdo a la distribución por edades en el grupo en el que se realizó la mayor cantidad de histerectomías posparto fue en pacientes de 30 a 39 años. Cuadro 1.

**Cuadro 1**

Distribución por edad		
10 - 19 años	1	1 %
20 - 29 años	30	34 %
30 - 39 años	52	58 %
40 - 49 años	6	7 %
<b>Total</b>	89	100 %

Distribución por edades en la realización de la histerectomía posparto

**Fuente:** Departamento de Estadística, hospital maternidad "Enrique C. Sotomayor"

La principal vía de finalización del embarazo fue la cesárea que se la realizó en 56 % de los casos. Cuadro 2.

**Cuadro 2**

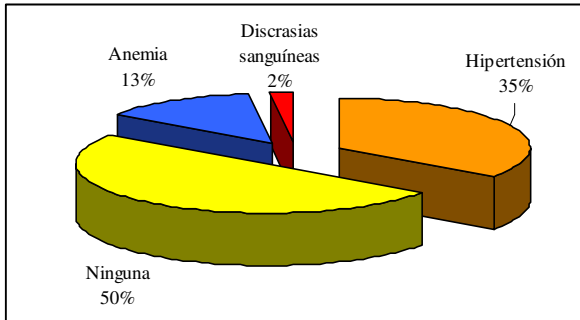
Vía de finalización del embarazo		
Cesárea	50	56 %
Vaginal	39	44 %
<b>Total</b>	89	100 %

Distribución de acuerdo a la vía de finalización del embarazo

**Fuente:** Departamento de Estadística, hospital maternidad "Enrique C. Sotomayor"

El principal antecedente patológico personal fue el de HTA que se presentó en el 35% de los casos, seguido de anemia y discrasias sanguíneas con el 13% y 2% respectivamente, teniendo en cuenta que el 50% no registraba antecedentes patológicos, figura 1.

**Figura 1**  
**Distribución de acuerdo a antecedentes patológicos personales.**



**Fuente:** Departamento de Estadística, hospital maternidad "Enrique C. Sotomayor"

En cuanto a la paridad no hubo una diferencia significativa entre las multiparas y nulíparas ya que correspondió al 43% y 44% de los casos respectivamente, las primíparas constituyeron el 12%. Cuadro 3.

**Cuadro 3**

Distribución de los antecedentes patológicos		
Hipertensión	31	35%
Anemia	12	13%
Discrasias	2	2%
Ninguna	45	50%
<b>Total</b>	<b>89</b>	<b>100%</b>

Distribución de acuerdo a antecedentes patológicos personales.

**Fuente:** Departamento de Estadística, hospital maternidad "Enrique C. Sotomayor"

Se registró un bajo índice de mortalidad materna, pues correspondió al 1%. Cuadro 4.

**Cuadro 4**

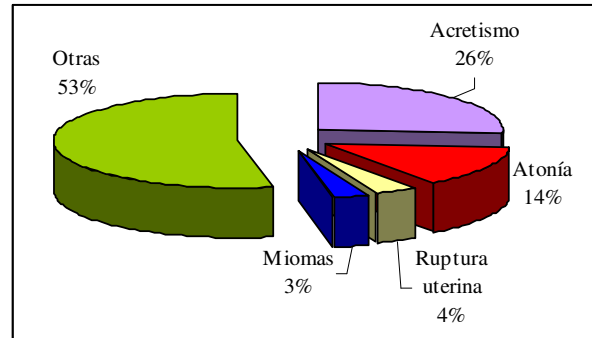
Distribución de acuerdo a la paridad		
Múltipara	39	43%
Primípara	11	12%
Nulípara	40	44%
<b>Total</b>	<b>90</b>	<b>99%</b>

Distribución de acuerdo a la paridad

**Fuente:** Departamento de Estadística, hospital maternidad "Enrique C. Sotomayor"

Las principales indicaciones que motivaron a la realización de la histerectomía posparto, fueron el acretismo placentario que se presentó en el 26% del total de las pacientes, seguida de atonía uterina en el 14%, y ruptura uterina con el 4%, figura 2.

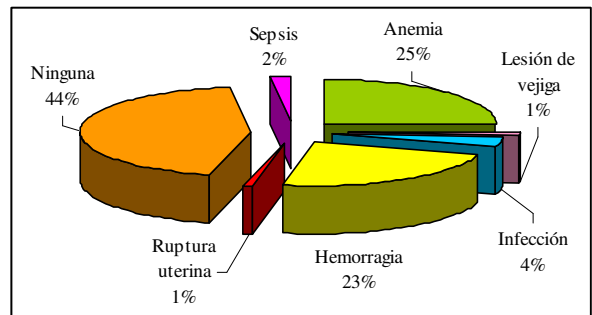
**Figura 2**  
**Principales indicaciones de la histerectomía posparto**



**Fuente:** Departamento de Estadística, hospital maternidad "Enrique C. Sotomayor"

La principal complicación de la histerectomía posparto fue la anemia que constituyó el 25% de los casos, seguida de hemorragia en un 23%. Teniendo en cuenta que el 44% de los pacientes no presentaron complicaciones, figura 3.

**Figura 3**  
**Principales complicaciones de la histerectomía posparto**



**Fuente:** Departamento de Estadística, hospital maternidad "Enrique C. Sotomayor"

## Discusión

El presente estudio demostró que existen características similares y discordantes con autores y estudios realizados en otros países.

Entre los factores asociados a la realización de la histerectomía posparto, se analizó la edad materna. Los resultados de este estudio coinciden

con el realizado en el hospital de gineco-obstetricia "La Raza", de México por Nava et al, donde se analizaron 43 casos de mujeres en quienes fue necesario realizar histerectomía obstétrica, según el cual el estrato de edad materna con mayor porcentaje de este evento es el de 31 a 35 años (39.5%)<sup>13</sup>. Y con Zamora et al quienes consideran a la edad materna avanzada como un factor de riesgo asociado a este evento<sup>22</sup>. Selo – Ojeme et al en el estudio: Histerectomía de emergencia, realizado en el hospital de London UK también considera a la edad avanzada como un factor de riesgo independiente en estos casos<sup>17</sup>.

En cuanto a la vía de finalización del embarazo, este estudio coincide con los resultados de Rodríguez et al del estudio llamado Factores epidemiológicos que influyen en la morbilidad puerperal grave, donde se analizó 36 pacientes en el hospital general "Comandante Pinares", de Cuba, en que la cesárea se realizó en el 64% de los casos<sup>15</sup>. Y con Fuentes et al quienes en el estudio retrospectivo Histerectomía puerperal de 14 años analizaron un universo de 99 paciente histerectomizadas, en donde se realizó cesáreas al 55.7% del grupo estudiado<sup>10</sup>. Nava et al define además, que una paciente que termina su trabajo de parto en cesárea tiene 1.16 veces más riesgo de sufrir histerectomía que una mujer en quien concluyó en parto<sup>6</sup>.

No encontramos un APP predominante relacionado con la histerectomía posparto; sin embargo el que se presentó mayormente fue la HTA, teniendo en consideración que la mayoría de pacientes eran aparentemente sanas, lo que concuerda parcialmente con el estudio retrospectivo de Isla et realizado en el hospital "América Arias", de La Habana, durante 6 años, donde se reporta que la mayoría de pacientes eran aparentemente sanas y que el principal antecedente era el de anemia con el 21%, la HTA se reportó en el 8% de los casos<sup>12</sup>. Rodríguez et al que aunque en sus resultados el 53% de los casos tenían APP diversos, tan sólo el 17% correspondían a HTA<sup>15</sup>.

La paridad en este estudio no fue predominante como un factor de riesgo; sin embargo la literatura consultada demuestra lo contrario; por ejemplo Rodríguez E, en Lima en un estudio descriptivo reportó que de las 122 histerectomías obstétricas realizadas, el 91.6% correspondió a multiparas<sup>16</sup>.

En el estudio realizado por Bejar, en 130 pacientes, en las que se realizó histerectomía de emergencia, en Lima, reporta que el 81.6 % de las pacientes eran multiparas mientras que el 18.4% eran nulíparas<sup>5</sup>.

En el estudio retrospectivo caso control realizado por Selo – Ojeme et al, durante el período comprendido 1993 y 2003 reportan a la multiparidad como en factor de riesgo importante para la realización de la histerectomía periparto<sup>17</sup>.

La mortalidad materna fue baja, similar a la presentada por Cuba; de 136 casos estudiados en el Instituto materno perinatal de Lima, correspondió al 2.2% de los casos<sup>5</sup>. Rodríguez A et al reporta una tasa de mortalidad de 6 por cada 10.000 nacidos vivos<sup>15</sup>. Fuentes reporta una mortalidad materna del 5%<sup>2</sup>.

Los resultados con relación a las dos principales indicaciones concuerdan parcialmente y existe gran variabilidad con respecto al orden de frecuencia de la mayoría de la literatura consultada; Welferl et al en un estudio realizado durante 9 años donde analizaron 45 casos, reportaron que la principal indicación para la realización de la histerectomía posparto fueron los trastornos placentarios<sup>20</sup>. Devi et al reportaron de 26 casos estudiados a quienes se les realizó histerectomía de emergencia en un período de 5 años, la principal indicación fueron los trastornos adherenciales de la placenta (26.9%) seguido de ruptura uterina (23%) y atonía uterina (19.2%)<sup>6</sup>.

Rodríguez con respecto a la histerectomía obstétrica reportó que la primera indicación es la atonía uterina (36%) seguida de acretismo placentario (15%). Además afirma que en los países industrializados la principal indicación son los trastornos adherenciales de placenta puesto que existen mayor incidencia en la realización de la operación cesárea; este factor podría explicar el hecho de que en nuestro estudio el acretismo placentario es la principal indicación puesto que el 56% de los casos estudiados la gestación terminó en cesárea<sup>16</sup>.

Forna et al, en un estudio retrospectivo comprendido entre 1990 y 2002, en Atlanta, reportó que de 55 casos en quienes se les realizó histerectomía de emergencia periparto, el 56.4%

fue por atonía uterina; mientras que el 20% fue por acretismo placentario<sup>9</sup>.

En relación a las complicaciones este estudio guarda muchas similitudes con otros estudios consultados, en especial con la principal complicación que fue la anemia; por ejemplo Cuba reporta que las complicaciones más frecuentes fueron anemia (45.6%) y la infección de la herida quirúrgica (8.1%)<sup>5</sup>. Con relación a las complicaciones Isla et al reporta que las principales fueron anemia (32.7%), y sepsis (10.6%)<sup>12</sup>

Udoma et al informaron que de un estudio retrospectivo realizado durante 9 años, en 55 pacientes, a quienes se les realizó histerectomía de emergencia, que la principal complicación fueron la hemorragia (24.4%), seguida se sepsis (19.5%)<sup>21</sup>. El último estudio citado mantiene cierta correspondencia en los resultados, puesto que la hemorragia y sepsis también se presentaron en nuestro estudio.

### Conclusiones

En la actualidad la histerectomía posparto se realiza como el último esfuerzo quirúrgico para detener una hemorragia incoercible que amenaza la vida de la mujer gestante.

En el estudio presentado se demuestra la alta incidencia de este evento, con relación a otros autores quienes reportan un menor número de casos incluso en períodos más prolongados de tiempo. Lo que abre un abanico de expectativa de cual debe ser el correcto manejo del período donde estadísticamente se presentan la mayor cantidad de hemorragias posparto que es el tercer período del parto. Por lo que se debe protocolizar su manejo en todas las instituciones públicas y privadas para lograr disminuir este procedimiento.

### Referencias bibliográficas

1. Berek J: Ginecología de Novac. 13ª ed, Ed Mc Graw-Hill Interamericana, California – USA 619, 2004.
2. Botero J, Jubiz a, Henao G: Obstetricia y Ginecología. 7ª ed, Ed Quebecor, Bogotá – Colombia 314, 2004.
3. CLAP, OPS, OMS: "Hemorragia Postparto" Salud Materna y Perinatal. Dirección: www.Hperinatal.busalud.org/E/temes\_perinatales/hemorragia.htm, 28 enero 2005.
4. Coronel P: Consideraciones ante un estudio sobre complicaciones obstétricas. Rev. Médica de la Universidad Veracruzana, Veracruz – México 3 (2): 1-2, 2003.
5. Cuba B: "Histerectomía de emergencia durante la gestación, en el Instituto Materno Perinatal: incidencia y factores asociados (enero 1999 - diciembre 2000)" Tesis Digitales UNMSM. Dirección: www.sisbib.unmsn.edu.pe/Bibvirtual/tesis/Salud/Bejar\_C\_J/indice.htm, 2001.
6. Devi P, Singh N, Singh D: Emergency Obstetric Hyeterectomy: A study of 26 cases over a period of five years. Rev. the Journal of Obstetric and Gynecology of India. Imphal – India 54 (4): 343 – 345, 2004.
7. Díaz R, Fuente L: Histerectomía puerperal Hospital Materno "Julio Trigo López". Rev. Cub Obstet Ginecol, La Habana - Cuba 23 (1): 49-52, 1997.
8. Drife J, Magawan B: Ginecología y Obstetricia, 1 ed, Ed Elsevier, Madrid – España 356 – 357, 2005.
9. Forna F, Miles A, Jamieson D: Emergency peripartum hysterectomy: a comparison of cesarean and postpartum hysterectomy. Rev. Am J Obstet Gynecol. Atlanta – USA 190 (5) 1440 – 1444, 2004.
10. Fuentes L, Enriquez B: Histerectomía Puerperal Estudio de 14 años. Rev. Cub Obstet Ginecol, La Habana – Cuba 31 (1) 2005.
11. Gilstrap L, Cunningham F, Van Dorsten J: Urgencias en sala de partos y obstetricia quirúrgica. 2 ed, Ed. Medica Panamericana, Buenos Aires – Argentina 276 – 291, 2004.
12. Isla A, Requena J, Dolores M, Pérez Ramón, Sixto G: Comportamiento de la histerectomía obstétrica. Resultado de 6 años. Rev. Cubana

- Obstet Ginecol, La Habana – Cuba 31 (3), 2005.
13. Nava J, Páez J, Veloz G, Sánchez V, Hernandez M: Indicaciones y factores de riesgo para histerectomía obstetrica de urgencia. Rev Ginecología y Obstetrica de México, México 70 (6): 289-294, 2002.
14. Piloto M, Suárez C, Palacios G: Complicaciones puerperales durante la estancia hospitalaria. Rev. Cubana Obstet Ginecol, La Habana – Cuba 28 (1): 42 – 48, 2002.
15. Rodríguez A, Córdova A, Álvarez M: Factores epidemiológicos que influyen en la morbilidad puerperal grave. Rev. Cubana Obstet Ginecol. La Habana – Cuba 30 (3), 2004.
16. Rodríguez, E: Atonía Uterina: Estudio Descriptivo y factores asociados. Tesis Digitales UNMSM, Lima – Perú, 1-30, 2003.
17. Selo – Ojeme DO, Bhattacharjee P, Njoku I, Kadir R. Emergency peripartum hysterectomy in a tertiary London hospital. Rev. Arch Gynecol Obstet. London – UK 271 (2): 154 – 159, 2005.
18. Shane B: Prevención de la Hemorragia Posparto: Manejo del Tercer Período del parto. Rev. Salud Materna y Neonatal Edición Especial, Chile (19) 3: 1, 2002.
19. Sociedad Vallecaucana de Ginecología: Prueba de trabajo de parto con pacientes con antecedentes de cesárea previa. Rev. Postgrado Cátedra Medicina, Colombia (135): 12-16, 2004.
20. Welfel J, Gottwald L, Struzycky K, Kowalezyk K, Surkont G, Lench W, Bienkiewicz A, Kowalski A, Suzin L: Obstetric hysterectomy – análisis of indications in years 1992 – 2001. Rev. Ginecol Pol. Polonia 75 (7): 514 – 517, 2004.
21. Udoma E, Etuk S, Ekanem A: Morbidity and Mortality follwing emergency obstetric hysterectomy in Calabar, Nigeria. Rev Nigerian Journal of Clinical Practice. Calabar – Nigeria 6 (1): 52 - 55, 2003.
22. Zamora P, García J, Royo S, Sánchez M: Tratamiento médico y quirúrgico de las hemorragias posparto y del alumbramiento. Rev. Ginecología y Obstetricia Clínica, Valencia – España 4 (2): 70-79, 2003.

***Dra. Gabriela Castro Paredes***

***Teléfonos: 593-04-2449848; 093815278***

***Correo electrónico: gaby\_castro79@hotmail.com***

***Md. Miguel Soria Alcívar***

***Teléfonos: 593-04-2235633; 094556247***

***Correo electrónico: miguel16ec@yahoo.com***

***Fecha de presentación: 09 de mayo de 2006***

***Fecha de publicación: 30 de septiembre de 2006***

***Traducido por: Dra. Janet J. Moreno E.***



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL