



## Ginecología y Obstetricia

© Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología

**Ginecol. obstet.** 1998; 44 (1) : 61 -64

### Cesárea hysterectomía en el Hospital María Auxiliadora

ORDERIQUE LUIS, CHUMBE OVIDIO

#### Resumen

**OBJETIVO:** El objetivo de esta investigación es evaluar la frecuencia, indicaciones repercusiones de la cesárea más hysterectomía. **DISEÑO:** Para tal efecto se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo de los casos ocurridos en el Hospital María Auxiliadora de Lima entre julio de 1988 a junio de 1997. **RESULTADO:** De un total de 4 742 partos, 314 terminaron en cesárea más hysterectomía (0,796). Se halló más frecuencia en edades de 20-35 años (66,8% y con un porcentaje similar las edades extremas (16,51%, Las primíparas representaron un 45,2%. Mayor frecuencia entre las 37-41 sem. Las patologías maternas más frecuentes fueron: RPM, anemia, preeclampsia, I7-U, H77, H2T, APP. El PEG es igual a 19,7916; el RN prematuro representó el 15,9%. La mortalidad fetal intermedia 59,8 x mil nv. La mortalidad fetal tardía 156,4 x mil nv, la mortalidad perinatal 173,9 y la mortalidad materna igual a 3347x 100 000.

Palabras clave: Cesárea hysterectomía, mortalidad y morbilidad materna, fetal y neonatal.

#### Summary

**OBJECTIVE:** To evaluate frequency, indications and repercussions of cesarean hysterectomy. **DESIGN...** Descriptive retrospective study of cases attended at Lima Maria Auxiliadora Hospital between July 1988 and June 1997. **RESULTS:** Of 47427 deliveries 314 ended in cesarean hysterectomy (0,7916), more frequently between 20 and 35 year-old (66,8916) and similar percentages at extreme ages (16,5910). Primiparae represented 45,2%, more frequently between 37 and 41 weeks gestation. Frequent maternal pathologies were PROM, anemia, preeclampsia, UTI, 7TH, STH, TPL. IUGR was 19,7916, prematurity 15,9%, intermediate fetal mortality 59,8 x 1000 lb, late fetal mortality 156,4, perinatal mortality 173,9 and maternal mortality 3347x 100000 lb.

#### Introducción

La cesárea hysterectomía es un procedimiento no muy frecuente, que consiste en la extirpación del útero en el curso de una operación cesárea, luego de la extracción abdominal del feto. En algunas oportunidades ésta puede ser decidida con anticipación (hysterectomía electiva), como en el caso de un cáncer de cérvix, por ejemplo.

Las indicaciones básicas para realizarla son las que describimos a continuación: Fibromomas submucosos o intramurales<sup>2</sup>, infección intrauterina, atona uterina, rotura uterina, placenta acreta<sup>3</sup>, cáncer de cérvix".

Este procedimiento quirúrgico, la mayoría de veces, por ser de emergencia, acarrea una mayor morbilidad fetal, neonatal y materna, si es comparada con el parto por vía cesárea y más aún cuando esta comparación se hace con el parto vaginal. Dichas complicaciones tienen relación directa ciertamente con las complicaciones del embarazo, edad gestacional, condiciones y equipamiento del establecimiento, la intervención oportuna del cirujano y neonatólogo, entre otras.

El objetivo del presente trabajo es determinar la frecuencia, indicaciones, morbilidad perinatal y materna de la cesárea más hysterectomía en el Hospital de Apoyo María Auxiliadora (HAMA).

#### Material y métodos

En el Departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital de Apoyo María Auxiliadora (HAMA) se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo de los casos que fueron sometidos a cesárea más hysterectomía, durante el período de



julio de 1988 a junio de 1997. Para tal efecto se incluyó a las pacientes intervenidas en el HAMA, las cuales fueron 314, de un total de 47,427 partos, determinando su frecuencia, indicaciones y repercusiones maternas y neonatales.

**Tabla 1. Características del grupo de estudio.**

Variable	Grupo de estudio	
	Nº	%
Edad en años		
< 19	52	16,5
20 - 35	209	66,8
> 35	52	16,5
Paridad		
0	142	45,2
1 - 4	129	41,1
> 4	4	13,7
Edad gestacional		
< 27	27	9
28 - 36	51	17
37 - 41	169	53,8
> 41	66	20,2

La indicación se estableció clínicamente.

Los factores maternos epidemiológicos que hemos incluido son: edad de la madre, la cual ha sido dividida en tres grupos: menores de 19 años, de 20 a 34 años, y mayores de 35. La edad gestacional dividida en cuatro, grupos según las semanas de gestación: de 20 a 27, de 28 a 36, de 37 a 41 y >41 semanas.

Se determinó por orden de frecuencia las causas de morbilidad materna y neonatal.

Para la evaluación del recién nacido se tuvo en cuenta lo siguiente: Apgar, peso, considerando a término a los comprendidos entre las 37 a 41 sem de gestación, peso bajo a los menores de 2 500 g y peso muy bajo a aquellos que tenían un peso por debajo de los 1 500 g.

Para evaluar las tasas de mortalidad perinatal se consideró al comprendido entre la 28 semana de gestación hasta los 7 días de nacido, o los mayores de 1 000 g en el caso de no haberse estimado la edad gestacional o ésta denote duda.

## Resultados

### Características de la población

Incidencia, edad, paridad, edad gestacional (Tabla 1): Durante el tiempo estudiado ocurrieron 47,427 partos, de los cuales 314 terminaron en cesárea histerectomía, representando una incidencia igual a 0,7%. Del total de las pacientes sometidas al estudio, 52 (16,55) tenían menos de 19 años, 209 (66,8%) de 20 a 35 años y 52 pacientes (165%) más de 35 años. Observamos que 142 fueron nultíparas (45,2%), 129 (41,1%) para las gran múltiparas.

Hay un predominio de los casos con edades gestacionales a término (37-41), en más del 50% de los casos estudiados.

### Morbilidad materna

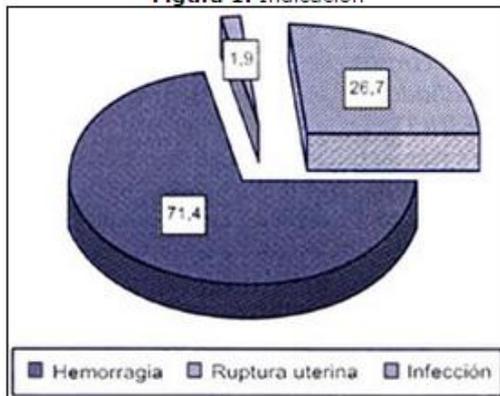
Las patologías maternas en este grupo de estudio, según orden de frecuencia, fueron: RPM 115 (37,2%), anemia 88 (28,5%), preeclampsia (11%), ITU 25 (8,1%), HTT 24 (7,8%). APP 14 (4,5%), infecciones 25 (8,1%), diabetes 4 (1,3%) eclampsia 2 (0,6%), según se detalla en la Tabla 2.



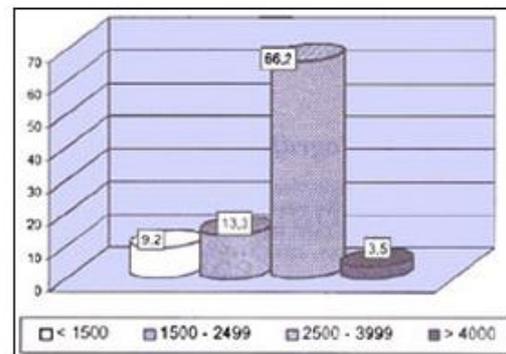
La Figura 1 nos muestra las indicaciones más frecuentes para el procedimiento: hemorragia, ruptura uterina e infección.

Patología	Grupo de estudio	
	Nº	%
RPM	115	37,2
Anemia	88	28,5
Preeclampsia	34	11
ITU	25	8,1
HTT	24	7,8
Antecedente H2T	6	7,8
APP	14	4,5
Infecciones	5	1,6
Diabetes	4	1,3
Antecedente H1T	3	1
Embarazo múltiple	3	1
Eclampsia	2	0,6
TBC	1	0,3
Complicaciones puerperales		
Infección post operatoria	4	1,3
Hemorragia post operatoria	3	1

**Figura 1.** Indicación



**Figura 2.** Peso del RN.



En el grupo de las hemorragias se encontró que el 97,5% de casos presentó muerte del producto intrauterino.

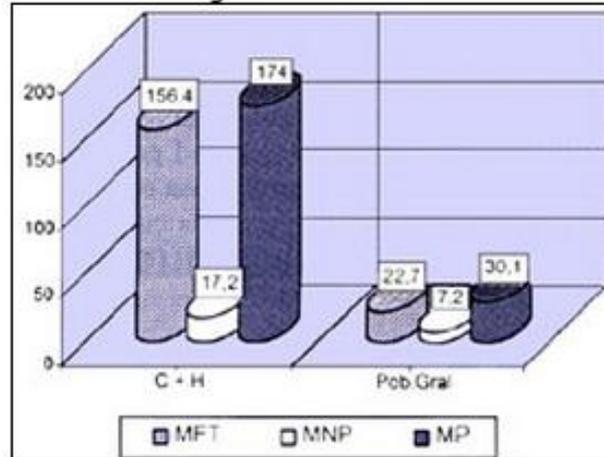
Evaluamos el peso del RN, y el resultado fue el siguiente: el 9,2 (29 casos) correspondió a RN < 1500 g, de 1500 a 2499 42 (13,3%) y > 2500 g 221 recién nacidos, que representaron un 11,1%, existiendo una falta de datos igual a 7,6% (24 casos). Los PEG representaron el 19,7% (47 casos) (Figura 2).

La asfisia neonatal (Apgar < 6) fue de 12,5% (30 casos) constituyendo los prematuros un 15%. El 24% de los RN tuvo patologías, 58 (24,3%), siendo las más frecuentes: SDR, infección, síndrome aspirativo, defectos congénitos, membrana hialina (Tabla 3).

En lo que respecta a mortalidad, la diferencia estadística fue mayor. En la mortalidad fetal y neonatal encontramos una tasa de 156,4 para la primera y de 17,2 para la segunda, constituyendo una perinatal igual a 173,9 x 1000 nv. La que es significativamente diferente al grupo que no fue sometido a este procedimiento.



**Figura 3. Mortalidad**



	Grupo de estudio	
	Nº	%
Neonatos		
Apgar < 6	30	12,5
RN prematuros	38	15,9
Con patología	58	24,3
SDR	16	6,7
Infección	15	6,3
S. aspirativo	10	4,2
Neurológicas	4	1,7
D. congénitos	4	1,7
M. hialina	3	1,3

Se registró 8 muertes maternas, siendo las causas principales las siguientes: endometritis (2), shock séptico por ITU (1), TBC (1), EHE (1), HTT (2).

La tasa de mortalidad materna es alta,  $3347,3 \times 100\ 000\ \text{nv}$ .

### Discusión

Muy pocos estudios informan sobre la frecuencia repercusiones de la cesárea hysterectomía, ya que el registro de la misma es en muchos casos tomada simple mente como una cesárea.

En nuestro, trabajo encontramos una frecuencia de 0,7%

Observamos que la edad de las pacientes sometida a cesárea hysterectomía estuvo comprendida entre lo 20-35 años y, si a esto se suma la nuliparidad, encontramos un problema serio para la paciente al perder su capacidad reproductiva tempranamente. La edad gestacional tiene un porcentaje considerable en las edades gestacionales consideradas a término (53,8%).

Al evaluar estas tres primeras características podemos deducir que existe un mayor riesgo en las pacientes que se encuentran dentro de una edad reproductiva favorable para el embarazo, nulipara y a término, características muy pocas veces evaluadas<sup>5</sup>.



La morbilidad es por ende mayor en este grupo y está por encima de cifras publicadas por otros autores<sup>6</sup>. Así la mayoría de pacientes tienen una mayor frecuencia de complicaciones relacionadas con infección, hemorragia, RPM, toxemia.

La indicación principal para tal procedimiento, para nuestro estudio fue la infección, seguida de las hemorragias (atonía uterina) y en tercer lugar la ruptura uterina.

Los factores fetales representan porcentajes menos significativos en comparación con otros grupos no sometidos a esta operación, como se demuestra en otros estudios<sup>6</sup>.

Al analizar la mortalidad encontramos una tasa elevada en lo que refiere a la mortalidad perinatal, a expensas de la mortalidad fetal tardía, tasa muy superior a la encontrada en otras poblaciones, la cual fluctúa entre 25,8 y 33,25. Evidenciándose significancia estadística para nuestro grupo de estudio.

La muerte materna en este grupo es muy elevada.

De lo visto anteriormente podemos concluir que, siendo la cesárea histerectomía un procedimiento ligado a riesgo incrementado de morbimortalidad materna, realizar además una histerectomía en el mismo acto operatorio condiciona a mayor probabilidad de repercusiones negativas. Es conveniente revisar los riesgos versus los beneficios para proponer indicaciones más precisas<sup>7.1</sup>.

### **Referencias bibliográficas**

1. Botero J. Obstetricia y Ginecología. Cuarta edición 1990, 419.
2. Schwarcz R. Obstetricia. 3.a, edición. 540.
3. Nadal M, Saludes J, López MV, Miranda L. Placenta praevia accreta and obstetric hysterectomy 1995; 42 (4): 1445-7.
4. Pritchard MD, Williams Obstetricia. Tercera edición. 1993, 582.
5. Coronet Brizio P, Palfox Sánchez F, Pérez Cuervo R. Abdominal hysterectomy at the Hospital de Especialidades Dr. Miguel Dorantes Mesa S. S. A report on 140 cases. 1994, 269-9
6. Jaime CH. Histerectomía obstétrica. Revista de la UNAM; 1994. 45-9.
7. Bickell NA et al. Gynecologists' sex, clinical beliefs, and hysterectomy rates. Am J Public Health 1994; 84: 1649-51.