

## Histerectomía de emergencia por hemorragia post parto: análisis de causas y tendencias durante dos décadas

**Dr. Bernardo Löwenstein**

Jefe del Servicio de Obstetricia

**Prof. Dr. Raúl H. Winograd**

Profesor Titular Obstetricia Facultad de Medicina (UBA)

**Dr. Eduardo Malvino**

Médico de planta del Servicio de Terapia Intensiva

**Dr. Daniel Ferrante**

Coordinador Área de Investigación Clínica

Clinica y Maternidad Suizo

Argentina

Swiss Medical Group

La hemorragia post parto (HPP) mayor (más de 1000ml) persiste a nivel mundial como la causa más importante de muerte materna, ocurriendo más de la mitad de los casos dentro de las 24 horas siguientes al nacimiento, siendo seguida de morbilidad importante. Sus complicaciones son: síndrome de distress respiratorio del adulto, coagulopatía, shock, necrosis de la hipófisis (síndrome de Sheehan), pérdida de la fertilidad por la histerectomía, con las consiguientes repercusiones físicas, psicológicas y médico-legales.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera tradicionalmente como **HPP primaria** a toda pérdida hemática mayor de 500ml<sup>1</sup>. La mayoría de las parturientas pueden afrontar una pérdida hemática de esta magnitud sin consecuencias, por lo que se sugirió como punto de corte para catalogar como **HPP mayor**, una hemorragia estimada en más de 1000ml, que debería activar la aplicación de un protocolo de emergencia<sup>2</sup>.

Habitualmente, la histerectomía periparto de emergencia (HE) es efectuada en el contexto de una hemorragia que amenaza la vida y por lo tanto puede ser interpretada como un evento de casi muerte materna ("near miss"). Una revisión sistemática de la literatura sobre "near miss" efectuada por la OMS resume tres distintos enfoques para la identificación de la morbilidad materna aguda: a) criterio clínico relacionado a una patología específica (preeclampsia severa o hemorragia);

b) admisión a UTI por un procedimiento o intervención específica, (trasfusión masiva o histerectomía); y c) disfunción orgánica sistémica (shock o distress respiratorio<sup>3</sup>).

### Diseño y objetivo del estudio

Se realizó un estudio retrospectivo de cohorte que incluyó 101.517 mujeres cuyos partos ocurrieron el período 1991-2009 en el servicio de obstetricia de la Clínica y Maternidad Suizo Argentina, siendo éste un servicio abierto. Setecientos diez (0,7%) fueron derivadas a la UTI, de ellas 297 (42%) luego de HPP mayor. No hubo ninguna muerte materna. La decisión de HE fue adoptada por el obstetra interviniendo, sin un protocolo estricto.

Se eligió como criterio de corte el año 2002, debido a que en dicho año se verificó un aumento en la frecuencia de las suturas hemostáticas y la introducción de la embolización arterial selectiva en la institución.

Los puntos finales fueron las incidencias de HE totales y separadamente de acuerdo a las causas, comparando los períodos 1991-2001 y 2002-2009 con el test chi cuadrado con corrección de Yates (dos colas).

El objetivo del estudio fue investigar las tendencias en la incidencia y en las causas de HE durante o dentro de las 48 hs. siguientes al parto a causa HPP mayor (más de 1.000 ml) en la población asistida en un solo centro de tercer nivel, entre 1991 y 2009.

### Principales resultados

La estabilización de las pacientes fue el foco inicial de la intervención, utilizándose uterotónicos convencionales y masaje uterino en todas ellas. Se comprobaron incrementos significativos en el número de HPP entre los dos periodos estudiados (72 vs.25) y de HE (47 vs.77). En cambio, al comparar los porcentajes de la relación HE/HPP se halló una disminución significativa de pacientes que requirieron HE (65.2% vs. 34.8%; p < 0.01).

NÚMERO DE HEMORRAGIAS POST PARTO Y DE HISTERECTOMÍAS DE EMERGENCIA RELACIÓN PORCENTUAL				
PERIODO	1991 - 2009	1991 - 2001	2002 - 2009	VALOR P
N Pacientes	101.517	49.622	51.895	-
N Hpp	297	72	225	<0.01
N Atonías	118			
N Acretas	95	36	82	<0.01
N Otras	84	14	81	<0.01
N He	124	47	77	0.018*
% He / Hpp	41.7%	65.2%	34.8%	< 0.01*

\* Significación estadística

En esta tendencia decreciente en la relación HE/HPP a partir de 2002, ha influido decisivamente el manejo de la atonía uterina persistente, pues a pesar del incremento significativo de casos (N=36 vs. 82) las pacientes sometidas a HE casi no variaron (n=21 vs. 17; p=0.53), lo cual es atribuible a la aplicación oportuna de intervenciones como suturas compresivas y embolización arterial selectiva.

NÚMERO DE HISTERECTOMÍAS DE EMERGENCIA DISCRIMINADAS SEGÚN CAUSAS				
PERÍODO	1991-2009	1991-2001	2002-2009	VALOR P
Histerectomías	124	47	77	0.018*
Por atonías	38	21	17	0.532
Por rotura uterina	15	4	11	0.143
Por laceraciones cérvico-vaginales	17	6	11	0.380
Por abruptio	10	4	6	0.806
Por acretas	44	12	32	< 0.01*

\* Significación estadística

El número de casos de acretismo placentario aumentó seis veces entre ambos períodos (14 vs. 81; p<0.01) y aunque también se triplicó el número de HE (n:12 vs. 32; p < 0.01) el dato señala una tendencia favorable hacia la preservación de la fertilidad.

Dado que casi el 40% de los casos de HPP fueron atonías uterinas persistentes, se consideró que este grupo de pacientes merecía un análisis secundario. No se encontró ninguna diferencia significativa en sus datos demográficos ni en sus antecedentes reproductivos, pero sí en la incidencia de HE si la fecha de admisión fue anterior o posterior a 2002 (58.4% vs. 20.7%; p < 0.001).

Se efectuaron en total 38 HE por atonía uterina persistente, como último recurso para preservar la vida según el criterio del médico a cargo, aunque el mismo resultado se obtuvo en las otras 80 mujeres conservando el útero, con menos morbilidad y ninguna muerte. En estas últimas, no fue necesaria ninguna otra intervención, mientras que a 7 de las 38 HE (18,4 %) se les debió practicar relaparotomía por hemorragia interna.

CARACTERÍSTICAS DE PACIENTES CON ATONÍA UTERINA PERSISTENTE (N=118)			
PERÍODO	1991 - 2002 (N=36)	2002 - 2009 (N=82)	VALOR P
Edad ≥ 35 años	13 (36.1%)	30 (36.6%)	1.000
Paridad 0	16 (44.4%)	39 (47.6%)	0.842
Cesárea previa	4 (11.1%)	15 (18.3%)	0.420
Edad gestación sem.rango)	36 (24-41)	37 (25-41)	0.158
Peso RN en gramos (±SD)	2387 (1537)	2945 (755)	0.009*
Terminación cesárea	22 (61.1%)	47 (57.3%)	0.705
HE	21 (58.4%)	17 (20.7%)	<0.001*

\* Significación estadística

Antes de 2002 las suturas hemostáticas estaban poco difundidas entre los obstetras y la embolización arterial selectiva aún no había sido incorporada. Esta última resultó exitosa en 18 de las 80 mujeres que conservaron el útero, como única intervención en 11 de ellas, y asociada a balones o suturas compresivas en las 7 restantes.

PROCEDIMIENTOS APLICADOS A LAS PACIENTES CON ATONÍA UTERINA PERSISTENTE (N=118) ANTES Y DESPUÉS DEL AÑO 2002			
PERÍODO	1991 - 2001 (N=36)	2002 - 2009 (N=82)	VALOR P
Prostaglandinas	5 (13.9%)	9 (11.0%)	0.758
Curetaje	7 (19.4%)	24 (29.3%)	0.364
Taponaje uterino	5 (13.9%)	15 (18.3%)	0.790
Suturas hemostáticas	2 (5.3%)	14 (17.5%)	0.002*
Devascularización uterina progresiva	5 (13.9%)	11 (13.4%)	1.000
Embolización uterina	0	18 a (22.0%)	0.001*

\*Significación estadística: Procedimiento único = 11 casos / Procedimiento combinado = 7 casos

## Conclusión

Los incrementos detectados en el número de HPP entre ambos períodos, son concordantes con la tendencia que muestra la literatura internacional consultada.

Los resultados presentados coinciden con las guías y recomendaciones más recientes de sociedades internacionales de la especialidad -el RCOG, Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, y el ACOG, American College Obstetrics and Gynecology-, que enfatizan agotar los recursos e intervenciones conservadoras antes de proceder a la histerectomía, dado que son bien conocidas las repercusiones físicas, psicológicas y médico-legales que acarrea.

## Trabajo Premiado:

*El presente artículo es un resumen del trabajo de investigación presentado en el XXIX Congreso Internacional de Obstetricia y Ginecología - SOGIBA 2011, desarrollado entre el 2 y 4 de junio en el Sheraton Buenos Aires Hotel & Convention Center, y ha recibido el premio al mejor trabajo de Obstetricia.*

## Referencias

- (1) Royston E, Armstrong S, editors. *Preventing Maternal Deaths*. Geneva: World Health Organization; 1989. World Health Organization. The Prevention and Management of Postpartum Haemorrhage. Report of a Technical Working Group. Geneva: WHO; 1990.
- (2) Prevention and management of postpartum hemorrhage. RCOG Green-top Guideline No. 52, May 2009. Minor revisions August 2009.
- (3) Say L, Pattinson R & Gulmezoglu AM. WHO systematic review of maternal morbidity and mortality: the prevalence of severe acute maternal morbidity (near miss). *Reprod Health* 2004; 1(1): 3.