

HISTERECTOMÍA OBSTETRICA DE EMERGENCIA EN EL HOSPITAL REGIONAL DE OCCIDENTE: INCIDENCIA Y FACTORES ASOCIADOS

Hysterectomy Obstetrical Emergency In The Regional Hospital Of West: Impact And Associated Factors

Claudia Montoya¹, Carlos Claudino²

¹Médico especialista en ginecología y obstetricia, Dpto. de ginecología y obstetricia, Hospital Regional de Occidente, Honduras.

²Médico especialista en ginecología y obstetricia, y en Salud Pública, Dpto. de Ginecología y Obstetricia, Hospital Regional de Occidente, Honduras.

RESUMEN: La histerectomía obstétrica de emergencia (HO) es la resección parcial o total del útero, realizada de manera no programada por complicaciones del embarazo, parto o puerperio, o por complicaciones de enfermedades preexistentes. El objetivo del estudio fue determinar la incidencia, características clínicas, causas y complicaciones de la HO en las pacientes atendidas en el servicio de ginecoobstetricia del Hospital Regional de Occidente de Santa Rosa de Copán Honduras en los años 2005 al 2009. Se realizó una investigación observacional, descriptiva, retrospectiva, tipo cohorte retrospectiva. La Frecuencia de HO en los cinco años fue de 0.11% en un total 36 HO en 31,898 eventos obstétricos. Las características obstétricas relevantes fueron: el 72% de las pacientes tenían historia de cesárea, en el 56% de los casos se practico una cesárea -histerectomía, el 62% de las HO practicadas en el puerperio fue posterior a una cesárea, el riesgo de HO cesárea vrs. parto fue de OR 11.78 (4.78 – 29.76), IC 95%, p 0.00000000, las tres principales indicaciones fueron rotura uterina, atonía uterina y acretismo placentario; el 64% de las pacientes habían sido manipuladas por un medico previo al ingreso al hospital, multiparas en más del 50% de los casos, el 53% sin control prenatal, la mitad de los casos consumieron cuatro unidades de sangre o más, las complicaciones más frecuentes fueron anemia, infección respiratoria y lesión de la vía urinaria y la letalidad fue del 6%, inferior a la observada en otros países de Latinoamérica.

Palabras clave: Histerectomía obstétrica de emergencia, Hemorragia obstétrica.

INTRODUCCIÓN

La histerectomía obstétrica (HO) puede considerarse como la última alternativa en situaciones donde las medidas conservadoras no logran controlar la hemorragia postparto. Es una cirugía habitualmente urgente y de riesgo vital que pone a prueba al equipo quirúrgico responsable de su realización. La primera HO exitosa en la historia fue realizada en 1876 por Eduardo Porro en Pavia, Italia para controlar una hemorragia después de una cesárea.¹ En Honduras, la primera cesárea – histerectomía fue realizada por el Dr. José Jorge Callejas el 2 de agosto de 1917 en el Hospital General de la Republica, en Tegucigalpa.² Este procedimiento se ha mantenido en la práctica quirúrgica por más de 130 años y seguirá siendo utilizado en las futuras generaciones, a pesar de la incorporación de nuevas técnicas menos invasoras o menos mutilantes (ligaduras vasculares, sutura de B-Lynch y embolización arterial selectiva) para el control de la hemorragia postparto.

La hemorragia obstétrica ha sido una de las principales causas de HO, sin embargo diferentes publicaciones^{1,3,4} demuestran que las indicaciones están cambiando (como el acretismo placentario y su relación con cicatriz uterina) lo que obliga a nuevos enfoques y conductas terapéuticas.

La histerectomía obstétrica de emergencia, puede ser considerada como un indicador de calidad de la atención a la embarazada ya que los factores etiológicos involucrados (hemorragia, sepsis) pueden ser prevenibles y en consecuencia evitables. El propósito de este estudio fue estimar la ocurrencia, indicaciones, detalles clínicos y las complicaciones asociadas a la HO total y subtotal en las pacientes atendidas en este centro con la intención de incidir en la disminución de la morbilidad y mortalidad materna.

PACIENTES Y MÉTODOS

Se realizó una investigación observacional, descriptiva, retrospectiva; tipo cohorte retrospectiva. Se tomo el universo de pacientes sometidas a histerectomía obstétrica de emergencia en el periodo de 1 de enero del 2005 al 31 de diciembre del 2009, en cualquier momento de la gestación y por cualquier causa en el Hospital Regional de Occidente, ubicado en Santa Rosa de Copán, en el Dpto. de Copán, Honduras, C.A. (Hospital público de 230 camas censales, que sirve a una población de más de 800,000 habitantes). Se revisaron, uno a uno, el total de expedientes de pacientes egresadas de los servicios de ginecología y obstetricia en el periodo señalado, seleccionando aquellos que cumplieron con la siguiente definición: Se denominó histerectomía obstétrica de emergencia (HO) a la resección parcial o total del útero, realizada de manera no programada por complicaciones del embarazo, parto o puerperio (hasta puerpe-

Recibido para publicación el 06/11, aceptado el 04/14

Dirección para correspondencia: Dr. Carlos Claudino Bo. San Martín, Ave. Álvaro Contreras, Sur. Santa Rosa de Copán, Honduras.

Correo electrónico: claudino_carlos@yahoo.com

rio mediato), o por complicaciones de enfermedades preexistentes. Se extrajeron los datos en una ficha diseñada para tal fin, donde se consigno edad, procedencia, estado civil, referencia, historia obstétrica, edad gestacional, momento de la HO, control prenatal, terminación del embarazo, historia quirúrgica, sitio de ocurrencia del parto, indicación de la HO, tipo de HO realizada, tiempo de realización, manejo medico y quirúrgico previo a la HO, manejo previo a la hospitalización, sangre utilizada, hematocrito antes y después del procedimiento, tiempo operatorio, anestesia, complicaciones, resultado perinatal, resultado materno y estado de la paciente al egreso. Se incluyeron en el estudio el 100% de las historias clínicas de las pacientes que cumplieron con la definición de HO de emergencia. Se estimó su incidencia tomando como población de referencia la totalidad de eventos obstétricos ocurridos en el Hospital de Occidente en el mismo periodo (partos, cesáreas, abortos, embarazos ectópicos).

Para el registro y análisis estadístico de los datos obtenidos se utilizó el EPI Info en ambiente Windows. Se calcularon frecuencias simples, se compararon frecuencias y porcentajes por medio de la prueba de Fisher y se midió el riesgo de sufrir HO utilizando la razón de productos cruzados (OR, por sus siglas en inglés). El nivel de significancia estadística fue del 5%. Los resultados se expresaron en tablas para su mejor comprensión.

RESULTADOS

Entre el 1 de enero de 2005 al 31 de diciembre del 2009 en el Hospital Regional de Occidente ocurrieron 31,898 eventos obstétricos con un promedio de 6380 por año. De estos el 68.74% fueron partos, el 22% fueron cesáreas, el 9% fueron abortos y el 0.26% fueron embarazos ectópicos. La proporción de cesárea en relación al total de recién nacidos vivos en el periodo fue de 24%.

Cuadro 1. Eventos obstétricos ocurridos en el Hospital de Occidente en los años del 2005 al 2009.

| AÑO | PARTOS | CESAREAS | ABORTOS | ECTOPICOS |
|-------|--------|----------|---------|-----------|
| 2005 | 4424 | 1313 | 563 | 14 |
| 2006 | 4041 | 1369 | 583 | 20 |
| 2007 | 4368 | 1355 | 626 | 15 |
| 2008 | 4356 | 1435 | 525 | 18 |
| 2009 | 4741 | 1471 | 645 | 16 |
| TOTAL | 21930 | 6943 | 2942 | 83 |

Fuente: Dpto. de Estadística Hospital.

En este período se efectuaron 36 HO de emergencia para una incidencia de 0.11% en los cinco años. El rango de la incidencia por año va de 0.9% a 0.14%.

Cuadro 2. Incidencia (%) de HO en el Hospital regional de Occidente en los cinco años estudiados.

| AÑO | n | TASA (%)* |
|------|---|-----------|
| 2005 | 7 | 0.11 |
| 2006 | 7 | 0.12 |
| 2007 | 6 | 0.09 |
| 2008 | 9 | 0.14 |
| 2009 | 7 | 0.10 |

* Tasa por 100 eventos obstétricos

El 72% de las pacientes sometidas a HO habían terminado su embarazo a través de una cesárea, y de estas 9 pacientes tenían antecedente de cicatriz uterina. En el 96% de los casos la cesárea se practico en condiciones de emergencia. En el 30.8% de los casos la indicación de cesárea fue por problemas de origen placentario, seguido de problemas de origen fetal.

El riesgo de presentar una complicación que requiere de una histerectomía obstétrica de emergencia según la forma de terminación del embarazo (parto o cesárea) medido por la razón de productos cruzados u Odds Ratio fue de OR: 11.78 (4.78 – 29.76), IC 95%, p 0.00000000 (OR: Odds Ratio, razón de productos cruzados o razón de momios)

Cuadro 3. Riesgo de HO* según forma de terminación del embarazo.

| | HO | SIN HO |
|---------|----|--------|
| CESAREA | 26 | 6,917 |
| PARTO | 7 | 21,930 |

*Histerectomía Obstétrica.

OR: 11.78 (4.78 – 29.76), IC 95%, p 0.00000000

La principal causa o indicación de HO fue la rotura uterina con el 41.7% de todos los casos, seguido de atonía uterina con 36.1% y acretismo placentario con un 5.6%. Es importante hacer notar que el diagnostico de acretismo placentario se hizo por clínica ya que no se cuenta en el Hospital con el servicio de anatomía patológica. En total se dieron nueve condiciones que obligaron a la HO y se enlistan en el cuadro 4. Es importante hacer notar que los problemas infecciosos solo se presentaron como causa de la HO en dos casos, uno en la primera mitad del embarazo (posterior a un aborto) y el otro en el puerperio de un parto domiciliario para un 5.6% de todas las causas igualándose con el acretismo placentario. El resto de causas solo se presentaron en una ocasión.

Cuadro 4. Indicaciones de HO en el periodo estudiado.

| INDICACION | FRECUENCIA | % |
|-----------------------|------------|------|
| ABSESOS PELVICOS | 1 | 2.8 |
| ACRETISMO PLACENTARIO | 2 | 5.6 |
| ATONIA UTERINA | 13 | 36.1 |
| DESGARRO SEGMENTO | 1 | 2.8 |
| ECTOPICO CORNUAL | 1 | 2.8 |
| MIOMATOSIS | 1 | 2.8 |
| PERFORACION UTERINA | 1 | 2.8 |
| ROTURA UTERINA | 15 | 41.7 |
| SEPSIS | 1 | 2.8 |
| TOTAL | 36 | 100 |

En los cinco años las dos principales causas (rotura y atonía uterina) tuvieron un comportamiento variable, pero la atonía uterina muestra una tendencia a la alza.

Cuadro 5. Comportamiento de la atonía y la rotura uterina como causa de HO en los cinco años estudiados.

| AÑO | ROTURA% | ATONIA% |
|------|---------|---------|
| 2005 | 31 | 9 |
| 2006 | 15 | 9 |
| 2007 | 8 | 36 |
| 2008 | 23 | 18 |
| 2009 | 23 | 27 |

En todos los casos de rotura uterina esta se produjo fuera del hospital y en el 72% de los casos habían sido manipuladas por un médico y/o por una partera. En el caso de las atonías uterinas en un 52% de los casos se presentaron posterior a una cesárea.

Las características generales de las pacientes sometidas a HO se resumen así: el 50% de las pacientes estaban en el grupo de edad de 20 a 35 años, siendo el promedio y la mediana de edad de 30 años, el 69% de ellas procedían del área rural, el 83% tenían pareja estable en el momento de la cirugía, el 50% tenía cuatro o más hijos, la edad Gestacional promedio del evento obstétrico que las llevo a HO fue de 36 semanas, el 42% de las pacientes no tuvieron control prenatal en ese evento obstétrico, el 72% resolvieron el embarazo por una cesárea, con un parto el 19% y en un aborto el 6%; en el 74% de los casos se realizó una histerectomía abdominal total, con conservación de los anexos en el 78%.

En cuanto al manejo previo a la HO, en el 9.4% de los casos se realizó un legrado uterino, en el 30.5% de ellos se intentó manejo médico con oxitócicos, masaje uterino y compresión bimanual y el 53% no se tuvo la oportunidad de intentar un manejo conservador, de hecho en ninguno de los casos se intentó conservar el útero utilizando un procedimiento quirúrgico no mutilante (ligadura de vasos, B-Lynch, otros).

Cuadro 6. Características generales y obstétricas de las pacientes estudiadas.

| VARIABLE | |
|---|---------------|
| • HO (n) | 36 casos |
| • Edad (promedio) | 30 años |
| • Procedencia rural | 69% |
| • Casada | 53% |
| • Con control prenatal | 54% |
| • Gesta 4 o mas | 60% |
| • De termino | 25% |
| • Cicatriz uterina previa | 81% |
| • HAT | 74% |
| • Sangre utilizada | 4 U x pte |
| • Tiempo operatorio | 132 min. |
| • Hospitalización | Prom. 10 días |
| • Manipulación previa | 31% |
| • Acretismo placentario en ptes. con cicatriz uterina | 33% |
| • Conservación de los anexos | 78% |

HO: Histerectomía obstétrica.

Las complicaciones trans y postoperatorias observadas fueron las siguientes: anemia en 44% de los casos, neumonía en el 14%, Infección del Tracto Urinario en el 11%, coagulación intravascular diseminada en el 6% y lesión vesical en el 3%. Esta última se observó en las pacientes con cicatriz uterina previa.

Los requerimientos de sangre y la cantidad de sangre utilizada en las pacientes sometidas a histerectomía abdominal total fue similar a la utilizada en las pacientes sometidas a histerectomía abdominal subtotal (OR = 0.00) y el tiempo operatorio tampoco varío según el procedimiento utilizado (OR = 0.00).

Cuadro 7. Resultado materno y perinatal en las pacientes sometidas a HO en el periodo estudiado.

| RESULTADO | | | | |
|-----------|----------|-----------|-------------------|-------------|
| MATERNO | | PERINATAL | | |
| VIVA % | MUERTA % | OBITO % | MUERTE NEONATAL % | RN NORMAL % |
| 94 | 6 | 50 | 6 | 44 |

Los resultados maternos y perinatales no mostraron variaciones importantes año con año en los cinco años estudiados y la frecuencia total en el periodo se muestra en el cuadro 7.

DISCUSIÓN

Siempre la Histerectomía Obstétrica de emergencia significa para el ginecoobstetra un difícil dilema: practicar la cirugía como último recurso para salvar la vida de la madre y por otro lado sacrificar su capacidad reproductiva sobre todo cuando se trata del primer evento obstétrico. Todo implica una difícil decisión y un buen juicio médico. Además la mayoría de las veces se trata de un momento crítico, con riesgos médicos y quirúrgicos, será siempre un procedimiento técnicamente difícil y escoger el momento adecuado puede evitar la muerte materna o reducir las complicaciones.

Hoy por hoy y aun cuando se tienen otras alternativas menos mutilante, la histerectomía se mantiene como un recurso valioso del obstetra. El conocimiento de la operación y su habilidad en la realización salva vidas fundamentalmente en situaciones críticas como la rotura uterina, la hemorrágica obstétrica que no responde al manejo médico y la sepsis grave.

La incidencia encontrada durante el periodo evaluado se encuentra en el rango de lo descrito en la literatura internacional. No encontramos estudios nacionales para poder hacer comparaciones locales, pero en general, en la práctica clínica esta operación se ejecuta con poca frecuencia.

Diferentes series, como en Irlanda,⁹ Turquía,¹⁰ describen incidencias de 0.3%. Nuestra incidencia fue de 0.11%, una por cada 886 casos obstétricos en una casuística de 31,898 eventos obstétricos en cinco años. No observamos variaciones importantes entre los años estudiados. Como conclusión creemos que la incidencia de HO de emergencia en el Hospital Regional de Occidente en los últimos cinco años es similar a la de otros hospitales de características comparables de América latina. Sin embargo su incidencia es similar a la de USA hace 30 años.

Cuadro 8. Incidencia de HO en algunas series reportadas.

| ESTUDIO | INCIDENCIA (%) |
|----------------------|----------------|
| Chile, 2000 - 2005 | 0.12 |
| USA, 1991 - 1997 | 0.14 |
| USA, 2001 - 2007 | 0.03 |
| Venezuela, 1993-2008 | 0.07 |
| Cuba, 1994-2008 | 0.2 |
| Venezuela, 2000-2007 | 0.16 |
| Presente estudio | 0.14 |

Existe una gran diferencia respecto a la incidencia de HO según el tipo de parto en nuestra serie. El 62.5% se produjo durante una cesárea o posterior a ella. El Odds Ratio observado para HO postcesarea versus parto vaginal fue de OR: 11.78 (4.78 – 29.76), IC 95%, p 0.00000000. En otras series se ha encontrado hasta OR 56.19.¹ Esto nos alerta para un mejor control de nuestra tasa de cesáreas. El uso y abuso de la cesárea es un fenómeno actual en la obstetricia por lo que se debe insistir en la vigilancia, selección y uso de protocolos estrictos antes de decidir una cesárea.

El 72% de las pacientes analizadas tienen el antecedente de cicatriz uterina. Esto es una condición patológica que se asocia a una placentación anormal con mayor riesgo de acretismo placentario o de placenta previa. Algunos autores han reportado un incremento del riesgo de placenta previa de 0.26% en úteros sin cicatriz a 10% en pacientes con cuatro o más cesáreas.¹¹ En nuestra serie fue la quinta causa de indicación de cesárea. Por otro lado el acretismo placentario fue la tercer causa de la Histerectomía de emergencia, aunque es importante decir que el diagnóstico de acretismo fue clínico. Esta incidencia esta dentro de lo esperado en un Hospital donde la tasa de cesárea en promedio en los cinco años de la observación fue de 24%. Como conclusión podemos afirmar que la cesárea está asociada a un incremento sustantivo en la posibilidad que la paciente termine en una HO de emergencia. Esta observación es consistente con lo encontrado en todos los estudios revisados.

Las dos principales causas de HO fue la rotura uterina y la atonía uterina, esta última mostro una tendencia hacia la alza en los cinco años estudiados, a pesar de la aplicación del manejo activo del tercer periodo del parto en el 100% de los mismos. Esto hace más relevante el hallazgo que en todos los casos no se intento otro tipo de manejo previo a la HO probablemente por falta de entrenamiento en medidas como uso de balones intrauterinos (sonda Foley, catéter de Sengstaken-Blakemore), ligadura arterial, sutura de B-Lynch y embolización arterial como alternativa terapéutica especialmente en mujeres sin paridad completa. Las principales indicaciones de HO en nuestro estudio son similares a lo observado en otros países. Si llama la atención que en la serie chilena, 2000-2005¹ no observaron rotura uterina en el periodo. Con relación a esta ultima causa, observamos una tendencia a la reducción en el tiempo del estudio. Sin embargo llamo mucho la atención que la totalidad de estas mujeres había sido manipulada previo a su ingreso al hospital y esta había sido por un medico en el 64% de los casos y en un 36% de ellos fue una partera quien intervino en el trabajo de parto previo a su arribo al Hospital. Las causas infecciosas presentes como una complicación obstétrica en pasadas décadas ocuparon el cuarto lugar con un 9% de todos los casos. El aborto séptico se presento en una ocasión. Se plantea la Hipótesis que la atonía uterina postcesarea podría estar asociada a acretismo placentario que no se ha diagnosticado porque no está registrado en el expediente clínico el resultado del estudio de anatomía patológica de la pieza quirúrgica post histerectomía.

Como era de esperarse el mayor número de casos se dio en las mujeres de 20 a 35 años por ser este el periodo de mayor actividad obstétrica, el 42% fueron mujeres sin pareja estable lo que agrega un factor de riesgo más a estas mujeres que en su mayoría provenían de áreas rurales haciéndolas aun mas vulnerables. Afortunadamente solo el 14% de las pacientes eran de menos de 19 años, mas sin embargo y en relación a la perdida de la capacidad reproductiva el 25% de las mujeres observadas fueron histerectomizadas después de su primer embarazo. Como era también de esperarse el 50% de las pacientes tenían al momento de la cirugía 4 ó más embarazos previos, correlacionándose perfectamente con el riesgo ya conocido conferido por la multiparidad. 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; pero en este trabajo la mayoría de las pacientes había controlado su embarazo, lo que hace pensar que hay que enfatizar más en la calidad del control prenatal. Por otra parte, los resultados de la presente investigación, en lo referente a que esta operación se realiza frecuentemente en embarazos de término, coinciden con la literatura internacional.^{1,3,4}

En cuanto a los aspectos de la histerectomía obstétrica, si bien inicialmente se usaba la subtotal, actualmente y como se observo en la presente investigación, la mayoría de los casos se resuelve ejecutando una histerectomía total. En cuanto a la extirpación de los anexos, es necesario destacar que de ser bilateral la mutilación de órganos genitales es mayor y más trascendente. En la población estudiada solo se practico en el 3% de los casos.

El tiempo operatorio promedio de la HO en esta serie fue de 132 minutos, sin diferencias significativas entre la HO subtotal vrs total. Esta cifra es similar a otras series que van de 132 a 157 minutos.¹

La HO cursa con un elevado número de complicaciones, entre las más comunes se describen anemia, morbilidad febril, choque hipovolémico o séptico, coagulación intravascular diseminada y lesiones de las vías urinarias.^{1,3-5} En este trabajo se observaron todas ellas siendo las tres más importantes la morbilidad febril, la anemia y la infección de las vías urinarias. En la población estudiada fue notable un elevado porcentaje de pacientes que requirieron transfusiones sanguíneas, lo cual era esperable siendo las causas hemorrágicas las causantes de las complicaciones en la prácticamente totalidad de los casos.

Por otra parte resalta el hecho que estas pacientes requieren generalmente grandes estancias intrahospitalarias, generalmente aquellas que presenta complicaciones importantes, en nuestra serie el promedio de días de hospitalización fue de 10.4 días. Solo el 19% requirió de menos de 5 días.

También se menciona que la HO incrementa el riesgo de mortalidad materna^{11,12} ubicándola entre 0 – 27% (12). En nuestro estudio esta estuvo dentro de este rango y pude ser considerada baja. La letalidad observada en los cinco años del estudio es similar a la observada en otros hospitales de latino América.

Por otra parte hay pocos reportes sobre la mortalidad perinatal por HO, reportándola que oscila entre el 3 y el 6% (6) por lo que está en la presente casuística es sumamente alta ya que

solamente en el 44% de los casos sobrevivió el Recién Nacido. En todos los casos de óbito fetal este se produjo previo a su ingreso al hospital.

Tabla 9. Mortalidad materna en pacientes sometidas a HO de emergencia en algunos estudios seleccionados.

| ESTUDIO | PERIODO | % MUERTES MATERNAS |
|----------------|-------------|--------------------|
| Forna, et al | 1990 – 2002 | 3.4 |
| Kwee et al | 2002 | 4.2 |
| Rahman, et al | 1982-2006 | 11.6 |
| Briceño, et al | 1993-2008 | 16 |
| Caro, et al | 2000-2005 | 0 |
| Vanegas, et al | 1984-2008 | 3.4 |
| Faneite, et al | 2000-2007 | 8.11 |
| Nuestra serie | 2005-2009 | 6.1 |

Fuente: American Journal of Obstetrics JUNE 2009.

A modo de conclusión podemos afirmar que es difícil ser categórico al pronunciarnos respecto al evento Histerectomía Obstétrica de emergencia, no obstante a lo mutilante que en ocasiones puede resultar, consideramos que seguirá siendo el patrón de oro y debe ser de elección en aquellos procesos de gran complejidad, con compromiso para la vida y está especialmente indicada en aquellos casos de hemorragia incoercibles. En base a nuestros hallazgos muy respetuosamente nos atrevemos hacer las siguientes sugerencias a nuestro sistema público de salud: Revisar el rol real de la partera en la atención de la mujer embarazada en el área rural; revisar el rol y capacitar al medico gral. que brinda sus servicios en las Clínicas Materno Infantil; entrenar e incentivar a los médicos GO en la realización de medidas intervencionistas menos mutilante para el control de la atonía uterina antes de la decisión de la HO de emergencia, revisar la indicación de cesárea en el Hospital Regional de Occidente y resto de hospital en el país para evitar procedimientos innecesarios.

AGRADECIMIENTO

A la sociedad de ginecología y obstétrica capitulo Maya y al personal del Dpto. de Estadística y archivo del Hospital Regional de Occidente por su aporte en la realización del presente trabajo.

REFERENCIAS

- Caro J, Bustos L, Ríos A, Bernales J, Pape N. Histerectomía obstétrica en el Hospital de Puerto Montt, 2000 – 2005. Rev Chil Obstet Ginecol. 2006;71(5):313-319.
- Bueso Pineda A. Hospital de Occidente: una institución centenaria. Tegucigalpa, Honduras: Editorial Guaymuras; 2005.
- Flodd K, Said S, Geary M, Robson M, Fitzpatrick C, Malone F. Changing trends in peripartum hysterectomy over the last 4 decades. Am J Obstet Gynecol. 2009;200:632. E1-632.e6
- Faneite P, Rivera C, Faneite J. Histerectomía obstétrica: 2000–2007. Rev Obstet Ginecol Venez. 2008;68(2):92-97.
- Rodríguez Romero G, Rodríguez A, Aparicio Z. Histerectomía obstétrica: Estudio de tres años. Arch Med. 2008;4(2):1-12.
- Briceño-Perez C, Briceño-Sanabria L, García S, Jaimés T, Briceño-Sanabria JC, Briceño-Sanabria C. Histerectomía obstétrica: análisis de 15 años. Rev Obstet Ginecol Venez. 2009;69(2):89-96.
- Vanegas Estrada RO, Sotolongo A, Suarez Reyes AM, Muñiz Rizo M. Histerectomía obstétrica de urgencia. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2009;35(3):1–10.
- 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.
- Roopnarinesingh R, Fay L, McKenna P. A 27 – year review of obstetric hysterectomy. J Obstet Gynecol. 2003;23(3):252-4.

10. Zorlu CG, Turan C, Isik AZ, Danisman N, Mungan T, Gokmen O. Emergency hysterectomy in modern obstetric practice. Changing clinical perspective in time. *Acta Obstet. Gynecol Scand* 1998;77(2):186-90
11. Wu S, Kocherginsky M, Hibbard J. Abnormal placentation: twenty year analysis. *Am J Obstet Gynecol.* 2005;192(5):1458-61.
12. 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.
13. Todman D. A history of caesarean section: from ancient world to the modern era. *Aust NZ J Obstet Gynaecol.* 2007;47:357-61
14. Knigh M. on behalf of UKOSS. Peripartum hysterectomy in the UK: management and outcome of the associated haemorrhage. *BJOG.* 2007;114(11):1380-7.
15. 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
16. Knight M, Kurinczuk J, Spark P, Brocklehurst P. Cesarean delivery and peripartum hysterectomy. *Obstet Gynecol.* 2008;111:97-105.
17. Navia F, Mitelman G, Martinez F Bahamonde F. Histerectomía obstétrica. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2000;65:385-388
18. Uribe R. Histerectomía Obstétrica: Concepto e importancia. *Ginec Obst Mex.* 2007; 64:23
19. Uribe R, Reyes L, Zamora J, La histerectomía como recurso en la obstetricia actual. *Ginec Obstet Mex.* 2004; 43:113-22.
20. Stanco L, Schrimmer D, Paul R, Mishell D, Emergency peripartum hysterectomy and associated risk factors. *Am J Obstet Gynecol.* 1993; 168(3):879-883.

SUMMARY: Obstetrical hysterectomy emergency (OH) is partial or total resection of the uterus, done as unscheduled complications of pregnancy, childbirth and postpartum or pre-existing disease complications. The objective of the study was determine the incidence, clinical characteristics, causes, and complications of the OH in patients attended of ginecoobstetrical service of Hospital Regional de Occidente in Santa Rosa de Copan Honduras in the years 2005-2009. We performed a descriptive observational research, retrospective type cohort retrospective. The frequency of OH in the five years was 0.11% in total 36 OH in 31,898 obstetric events. The relevant obstetric characteristics were: 72% of patients had history of caesarean section, in 56% of the cases was practice a caesarean - hysterectomy, 62% of the OH in the postpartum period was consequence for caesarean section, the risk of HO in caesarean section vrs. childbirth was OR 11.78 (4.78 - 29.76), 95%, p 0.00000000, the three main directions were uterine rupture, uterine atony and placental accreta; 64% of patients had been manipulate by a physician before to admission to the hospital; multiparous over 50% of cases; 53% without prenatal care; half of the cases consumed four units of blood or more; the most frequent complications were anaemia; respiratory infection, urinary track injury and the lethality was 6 per cent, less than that observed in other Latin American countries.

Keywords: *obstetrical hysterectomy emergency, obstetrical hemorrhage.*