

## GINECOLOGIA

## HISTERECTOMIA: 24 HORAS DE ESTANCIA HOSPITALARIA ELECTIVA

Mauro Fernández S.\*

Jorge Soto Pérez \*\*

Francisco Fuster Alfaro \*\*\*

Alejandra Montiel \*\*\*\*

### SUMMARY

**The incidence of complications in patients with TAH and discharged in 24 hours, was similar to the control group of 48 hours, and less than reported in the world literature. For that reason this is a safe practice in patients with TAH.**

### INTRODUCCION

La medicina es una y universal, tal como señala Olarte y Lascaris (15) por eso es tan importante estudiar científicamente nuestra práctica profesional. Resulta sorprendente que en otras latitudes donde se cuenta con más recursos, se cuestionen procedimientos que en Costa Rica se realizan de ma-

nera cotidiana (4,5,6,7,8). Los norteamericanos discuten frecuentemente el período intra hospitalario post-operatorio; (3) sin embargo, sus lapsos distan en mucho de lo que prevalece en nuestro país (2,3,6,9,14). De igual manera, en Costa Rica, en el manejo post-operatorio de la paciente a quien se le practicó una histerectomía, varía de manera categórica si ésta es realizada a nivel privado o si el procedimiento lo realizó dentro de la Caja Costarricense del Seguro Social. A nivel privado, es común que el paciente se interne horas antes de la cirugía y tenga su egreso al cumplir las 24 horas de post operatorio, en contraposición en el Seguro Social, donde la paciente se interna uno o dos días antes y su

egreso sucede en el día 3 del post-operatorio, procedimiento que implica un total de cinco días de internamiento. Se ha señalado en varios artículos, (10,11,12,13) que cada vez es más riesgos o este tipo de internamientos por el riesgo que implica hoy en día la morbilidad infecciosa. Además, el factor económico nos indica que si podemos abreviar el internamiento, podemos usar esos recursos en otros aspectos prioritarios de la salud costarricense.

### OBJETIVO

El objetivo de esta investigación es evaluar las complicaciones post-operatorias de las pacientes a

\* Ginecólogo Obstetra (ICOSEX)

\*\* Ginecólogo Oncólogo (HCG)

\*\*\* Ginecólogo Oncólogo (HCG)

\*\*\*\* Directora del ICOSEX

quienes se les practicó una histerectomía abdominal y egresaron en las siguientes 24 horas.

## MATERIAL Y METODOS

En el período comprendido entre el 1 de enero de 1991 al 31 de mayo de 1998, se estudiaron cincuenta y dos pacientes de la consulta de los autores a quienes se les practicó una histerectomía abdominal y egresaron en las siguientes veinticuatro horas. Se estudiaron las siguientes variables generales: edad, estado civil, procedencia, ocupación, paridad. Especiales: tipo de cirugía, presencia de complicaciones, tipo de complicación. Se calculó además, la incidencia de complicaciones. Se utilizó como criterio de inclusión cualquier tipo de histerectomía independiente del motivo de la cirugía, siempre y cuando cumpla con el requisito de egreso en las próximas 24 horas. El diagnóstico de la complicación se realizó con base a los criterios descritos en la literatura (17). Así, para el diagnóstico de sepsis urinaria se utilizaron los criterios de Kass y de Stern. En cuanto al diagnóstico de celulitis, este se basó en lo descrito por Danforth al igual que para el diagnóstico de hematoma de pared (17). El grupo control consistió en treinta y cuatro pacientes sometidas a una histerectomía por los autores durante el mismo período y cuya estancia hospitalaria

**Cuadro N° 1**  
Distribución de la serie según edad

San José 1991-1998

	24 horas		48 horas	
	N°	%	N°	%
20-35	2	4	1	3
36-40	12	23	6	18
41-50	20	38	12	35
51 y más	18	35	15	44
	52	100	34	100

P: mayor a 0.10

**Cuadro N° 2**  
Distribución de la serie según estado civil

San José 1991-1998

	24 horas		48 horas	
	N°	%	N°	%
Casadas	42	81	25	74
Solteras	7	13	7	20
Divorciadas	3	6	2	6
	52	100	34	100

P: mayor a 0.10

**Cuadro N° 3**  
Distribución de la serie según ocupación

San José 1991-1998

	24 horas		48 horas	
	N°	%	N°	%
Amas de casa	37	71	21	62
Profesionales	13	25	11	32
Estudiante	1	2	1	3
Operaria	1	2	1	3
	52	100	34	100

P: mayor a 0.10

fue de 48 horas o más. Para el análisis estadístico se utilizó la prueba de Chi cuadrado para variables categóricas y T de Student para variables paramétricas, discriminando como significativo valores de p menores a 0.05

**R E S U L T A D O S**

La distribución etárea de ambos grupos no muestra diferencias estadísticamente significativas y los valores encontrados son congruentes con el fenómeno motivo de estudio, en el sentido que ubican a la población en rangos de edad superior, tal como se puede apreciar en el Cuadro N°1. En el Cuadro N°2 se observa una situación análoga en cuanto a la distribución por estado civil, donde ambos grupos se comportan de manera estadísticamente similar. Dos ocupaciones, ama de casa y profesionales, engloban la inmensa mayoría de las mujeres estudiadas, en ambos grupos, y la diferencias encontradas no alcanzan niveles de significancia estadística, tal como se muestra en el Cuadro N°3. La paridad es analizada en el Cuadro N°4, no encontrando diferencias estadísticamente significativas en ambos grupos. Comportamiento similar se observa con la procedencia. (Cuadro N°5) La histerectomía total y la histerectomía total con oforectomía bilateral, representan en ambos grupos, los procedimientos predominantes, sin

**Cuadro N° 4**  
**Distribución de la serie según paridad**

**San José** **1991-1998**

	24 horas		48 horas	
	N°	%	N°	%
P 0	2	4	0	0
P 1	5	10	5	15
P 2-3	30	58	16	47
P 4 y más	15	29	13	38
	52	100	34	100

**P: mayor a 0.10**

**Cuadro N° 5**  
**Distribución de la serie según la procedencia**

**San José** **1991-1998**

	24 horas		48 horas	
	N°	%	N°	%
San José	24	46	19	56
Alajuela	9	17	3	9
Cartago	11	21	6	17
Heredia	6	12	4	12
Puntarenas	1	2	0	0
Guanacaste	1	2	2	6
	52	100	34	100

**P: mayor a 0.10**

**Cuadro N° 6**  
**Distribución de la serie según tipo de procedimiento**

**San José** **1991-1998**

	24 horas		48 horas	
	N°	%	N°	%
HTA	24	46	10	29
HTA + SOU	2	4	1	3
HTA + SOB	26	50	23	68
	52	100	34	100

**P: mayor a 0.10**

que las diferencias observables alcanzan niveles de significancia estadística. (Cuadro N°6) La incidencia de complicaciones fue menor, en números absolutos, en el grupo que tuvo una hospitalización de 24 horas o menos, sin embargo, esta diferencia, no es significativa desde el punto de vista estadístico. (Cuadro N°7) La sepsis urinaria, la celulitis en la herida, y el hematoma de pared, son las tres entidades causantes de las complicaciones, con distribución similar en ambos grupos desde el punto de vista estadístico. (Cuadro N°8 y Tabla N°1)

## COMENTARIOS

La calidad en los servicios de salud siempre se ha entendido desde el punto de vista económico como una erogación muy alta, a la cual no tienen acceso los programas sociales. Sin embargo, los replanteamientos contemporáneos comienzan a señalar que la calidad produce ahorro y también evita el despilfarro (16,18,19). Este trabajo no sorprende al Clínico, no sorprende al ginecólogo, que día a día presencia el buen pronóstico de las pacientes histerectomizadas de la consulta privada que egresan al cumplir las 24 horas de estancia hospitalaria. Este trabajo viene a mostrar lo que la experiencia ya había evidenciado, es decir, que el manejo metódico, de calidad y sobre todo personal, permite aho-

**Cuadro N° 7**  
**Distribución de las pacientes según presencia de complicaciones**  
**San José 1991-1998**

	24 horas		48 horas	
	N°	%	N°	%
Ausente	45	87	28	82
Presente	7	13	6	18
	52	100	34	100

**P: mayor a 0.10**

**Tabla N° 1**  
**Distribución de las pacientes según incidencia de complicaciones**  
**San José 1991-1998**

	24 horas		48 horas	
	N°	%	N°	%
Ausentes	0	0	0	0
Sepsis urinaria	10	12	12	12
Celulitis de la herida	2	6	6	6
Hematoma de pared	4	0	0	0

**P: mayor a 0.10**

**Cuadro N° 8**  
**Distribución de las pacientes según tipo de complicación**  
**San José 1991-1998**

	24 horas		48 horas	
	N°	%	N°	%
Sepsis Urinaria	5	63	4	67
Celulitis de la herida	1	13	2	33
Hematoma de pared	2	25	0	0
	8*	100	6	100

**P: mayor a 0.10** \* una paciente presentó dos complicaciones

errar recursos de manera significativa (20,21,22). El razonamiento es simple, en la medicina privada no podemos pedirle al paciente que costee una estancia de cinco

días de internamiento en una clínica privada. Surgiendo de inmediato el cuestionamiento ¿Porqué nos permitimos esos lujos dentro de la medicina social? Las res-

puestas son muchas, por un lado, la medicina social continúa siendo impersonal, al paciente lo atiende el sistema, no un médico, y esto evoca una gran inseguridad tanto al médico como al paciente. Así, el médico desea constatar la total recuperación del paciente, porque sabe que es muy probable que no lo vuelva a atender, ni siquiera para retirarle los puntos. Por otra parte, el paciente es consciente que una vez egresado, es muy difícil contactar al cirujano que lo intervino, sobre todo en horarios extra laborales. Esto podría solucionarse ofreciendo una atención que responda más a los verdaderos valores que sustentan la medicina, así, una atención personal ahorraría muchos recursos al aparato estatal. El sistema de salud que goza nuestra población es sumamente evolucionado, si tuviéramos documentos amplios y descriptivos de todo lo que se le realiza a un paciente y si además el paciente lo portara, sería muy sencillo que otros profesionales valoren de manera exhaustiva cualquier complicación. El gran problema es que al médico no se le da el tiempo necesario dentro de sus funciones para que realice estas epicrisis de una manera detallada y sobre todo útil. Es hora que nuestras autoridades entiendan, que ahorrar no es sinónimo de desmejorar o desmantelar

los servicios de salud, que reducir el cuadro básico de medicamentos; o las horas de disponibilidad; no son las armas con las que se enfrenta a los neoliberales y sus privatizaciones.

## RESUMEN

La incidencia de complicaciones en las pacientes sometidas a histerectomía abdominal y egresadas en las primeras 24 horas, es similar a las del grupo control y menor a la reportada a nivel mundial, de manera que esta investigación no encuentra riesgo alguno en tal proceder.

## BIBLIOGRAFIA

1. Amirika H, Evans TN: ten-year review of hysterectomies. Trends indications and risks. *AM J Obstet Gynecol* 134: 431, 1979
2. Braveman P, Egerter S, Pearl M, Marchi K, Miller C. Problems associated with early discharge of newborn infants: early discharge of newborns and mothers—a critical review of literature. *Pediatrics*. 1995; 97: 716-726
3. Brooten D, Roncoli M, Finkler S, Arnold L, Chen A, Mennutti M A randomized trail of early hospital discharge and home follow up of women having cesarean birth. *Obstet Gynecol*. 1994; 84:832-838
4. Brumfield CG, Sheffield JS, Hauth JC, Du Bard M, Shanon S. 72 hour discharge after cesarean delivery; results in a selected Medicaid population. *J Matern Fetal Med*, 1998; 7:72-75
5. Catz X, Hanson JW, Simpson L, Yaffe S. Summary of workshop: early discharge and neonatal hyperbilirubinemia. *Pediatrics* 1995; 96:743-744
6. Clínicas Obstétricas y Ginecológicas. Asistencia Obstetrica Ambulatoria. *Uroginecología Práctica*. Mac Graw Hill Interamericana, Número 3, 1998
7. Gambrell RD, Maier RC, Ganders BI: Decreased incidence of breast cancer in postmenopausal estrogen - progestoren users. *Obstet Gynecol*, 62:435,1983
8. Gertman PM, Stackpole DA, Levenson DK et al: Second Opinions for elective surgery. *N Engl J Med* 302:1169,1980.
9. Greenhalf Jo: Vaginal vulvar granulation tissue following total abdominal hysterectomy. *Br Clin Pract* 6; 247, 1967.
10. Guerreiro WF. Early controlled ambulation in the puerperium. *Am J Obstet Gynecol*, 1946; 51: 210-212
11. Hellman LM, Kohl SG, Palmer J. Early Hospital discharge in obstetrics. *Lancet*, 1962; 1:227-232
12. Hemsell D et al: Prevention of major infection after elective abdominal hysterectomy: Individual determination required. *Am J Obstet Gynecol*, 1983, 147:520.
13. Ledger WJ, Child MA: The hospital care for patients undergoing hysterectomy. An analysis of 12, 027 patients from the Professional Activity study. *Am J Obstet Gynecol* 117: 423, 1973.
14. Mattingly R, Thompson J. *Ginecología Operatoria*. Librería El Ateneo Editorial, Sexta Edición, 1983.
15. Olarte y Lascaris. ¿Existe una filosofía Latinoamericana?. Primera Edición, Editorial de la Universidad de Costa Rica, 1975.
16. Parisi VM, Meyer BA To stay or not to stay? That is the question. *N Engl J Med*. 1995; 333: 1635-1637
17. Pernoll Martin. Diagnóstico y tratamiento Ginecoobstétricos. Editorial El Manual Moderno, México, 1993.
18. Pratt JH, Jeffries JA: The retained cervical stump: a 25 year experience. *Obstet Gynecol* 48:711. 1976.
19. Shapiro M, et al. Risk Factors for infection at the operative site after abdominal and vaginal hysterectomy. *N Engl Med* 1982; 307:1661
20. Strong TH, Brown Jr WL, Curry CM Experience with early post-cesarean hospital dismissal. *Am J Obstet Gynecol* 1993; 169:116-119
21. Wingo PA et al The mortality risk associated with hysterectomy *Am J Obstet Gynecol* 1985; 152: 803.
22. Yanover MJ, Jones D, Miller D. Perinatal care of low risk mothers and infants: early discharge with home care. *N Engl J Med*. 1976; 294:702-705.