

REVISTA DECANA DE LA ESPECIALIDAD

TOKO-GINECOLOGÍA

PRÁCTICA

Año LXXI

725

Noviembre - Diciembre 2012

EDITORIAL

Reproducción asistida en tiempos de crisis

Zaragüeta P.

REVISIÓN

Apendicitis y Embarazo

Rodríguez Ingelmo J.M., Ortín M., Ribes E.

ARTÍCULO ORIGINAL

Evaluación del grado de satisfacción en pacientes tras histerectomía por útero miomatoso

Abehsera D., Panal M., Herrera M., Hernández Gutiérrez A., de Santiago F.J.

Estudio de las diferencias obstétricas y perinatales entre gestantes españolas e inmigrantes en nuestro área de salud

Liberal M.L., Garrido Sánchez, Tello E., Mestanza J.A., Iglesias E.

CASO CLÍNICO

Enfermedad trofoblástica gestacional persistente

Sanz V., Pérez M.P., Rodelgo A., Gómez A.I., Toro P.

Evisceración intestinal vaginal tras histerectomía

Rodríguez Ferradas E., Lasa I., Bernal T., Urbietta L., Larraza M.J.

TRIBUNA HUMANÍSTICA

Indicaciones y contraindicaciones de los procedimientos tocúrgicos al finalizar el siglo XIX

Rodríguez Ingelmo J.M., Vico M., Rodríguez Vico I.





Revista de Formación
Continuada. Fundada en 1936
por el Sr. F. García Sicilia y el
Dr. F. Luque Beltrán.
Es propiedad de los
profesores Bajo Arenas
y Cruz y Hermida.

TOKO-GINECOLOGÍA PRÁCTICA

DIRIGIDA A:
Especialistas en Ginecología y Obstetricia.

INDEXADA EN:
IME, EMBASE/Excerpta Medica, Bibliomed,
Embase Alert, Biosis, Sedbase

**CORRESPONDENCIA
CIENTÍFICA Y CRÍTICA
DE LIBROS:**
Hospital Universitario Santa Cristina
Cátedra de Obstetricia y Ginecología
1ª planta. Edificio A.
C/ Maestro Vives, 2
28009 Madrid

Correo electrónico:
tokoginecologia@gmail.com

Perioricidad:
6 números al año

Disponible en Internet:
www.tokoginecologia.org

EDICIÓN

 **Equium**

Avda. Alfonso XIII, 158 - 28016 Madrid
Telf: 91 353 39 92
Fax: 91 345 13 13

PUBLICIDAD

91 353 39 92
miguel@equium.es

SUSCRIPCIONES

91 353 39 92
tokoginecologia@equium.es

TARIFAS DE SUSCRIPCIÓN ANUAL

Profesionales	52,75€
Instituciones	81,49€
MIR y estudiantes	41,55€
IVA incluido. Precios válidos para España	
Extranjero (sin IVA)	91,39€

PUBLICACIÓN AUTORIZADA
como soporte válido:
Ref. SVR núm 117-R-CM

ISSN: 0040-8867

DEPÓSITO LEGAL: M. 3.873-1958



TOKO-GINECOLOGÍA PRÁCTICA

DIRECTOR HONORÍFICO

J. Cruz y Hermida

DIRECTOR CIENTÍFICO

J. M. Bajo Arenas

EDITOR ASOCIADO

I. Zapardiel Gutiérrez

SECRETARIO DE REDACCIÓN

F. J. Haya Palazuelos

COMITE CIENTÍFICO

Acién Álvarez, P.
Álvarez de los Heros, J.I.
Balagueró Lladó, L.
Balasch Cortina, J.
Barri Ragué, P. N.
Barrio Fernández, P. del
Becerro de Bengoa, C.
Bonilla Musoles, F.
Bruna Catalan, I.
Castelo-Branco, C.
Carrasco Rico, S.
Carreras Moratonas, E.
Cabero Roura, A.
Comino Delgado, R.
Cortés Bordoy, J.
Criado Enciso, F.
Cristóbal García, I.
Cuadros López, J.L.
Díaz Recasens, J.
Ezcurdia Gurpegui, M.
Espuña Pons, M.
Ferrer Barriendos, J.
Florido Navío, J.
Fuente Pérez, P. de la
Fuente Ciruela, P. de la
Fuente Valero, J. de la
García Hernández, J. A.
González González, A.

Hernández Aguado, J.J.
Huertas Fernández, M.A.
Iglesias Guiu, J.
Laila Vicens, J. M.
Lanchares Pérez, J. L.
Lazon Lacruz, R.
López García, G.
López de la Osa, E.
Manzanera Bueno, G.
Martínez Pérez, O.
Martínez-Astorquiza, T.
Miguel Sesmero, J. R. de
Montoya Videsa, L.
Novo Domínguez, A.
Palcios Gil-Antuñano, S.
Pérez - López, F. R.
Pérez-Medina, T.
Sabatel López, R.
Sánchez Borrego, R.
San Frutos Llorente, L.
Tejerizo López, L. C.
Troyanno Luque, J.
Usandizaga Calpasoro, M.
Usandizaga Elio, R.
Vidart Aragón, J. A.
Xercavins Montosa, J.
Zamarriego Crespo, J.

COMITÉ CIENTÍFICO DE HONOR

Abad Martínez, L.
Berzosa González, J.
Cabero Roura, L.
Dexus Trías de Bes, J.M.

Dexus Trías de Bes, S.
Escudero Fernández, M.
Fabre González, E.
Fernández Villoria, E.

Garzón Sánchez, J.M.
González Gómez, F.
Parrilla Paricio, J. J.
Usandizaga Beguiristain, J. A.



SUMARIO

AÑO LXXI ♦ NOVIEMBRE - DICIEMBRE 2012 ♦ NÚMERO 725

EDITORIAL

Reproducción asistida en tiempos de crisis

Zaragüeta P.

REVISIÓN

Apendicitis y Embarazo

Rodríguez Ingelmo J.M., Ortín M., Ribes E. 123

ARTÍCULO ORIGINAL

Evaluación del grado de satisfacción en pacientes tras histerectomía por útero miomatoso

Abehsera D., Panal M., Herrera M., Hernández Gutiérrez A., de Santiago F.J. 129

Estudio de las diferencias obstétricas y perinatales entre gestantes españolas e inmigrantes en nuestro área de salud

Liberal M.L., Garrido Sánchez, Tello E., Mestanza J.A., Iglesias E. 134

CASO CLÍNICO

Enfermedad trofoblástica gestacional persistente

Sanz V., Pérez M.P., Rodelgo A., Gómez A.I., Toro P. 141

Evisceración intestinal vaginal tras histerectomía

Rodríguez Ferradas E., Lasa I., Bernal T., Urbieta L., Larraza M.J. 145

TRIBUNA HUMANÍSTICA

Indicaciones y contraindicaciones de los procedimientos tocúrgicos al finalizar el siglo XIX

Rodríguez Ingelmo J.M., Vico M., Rodríguez Vico I. 148



CONTENTS

AÑO LXXI ♦ NOVIEMBRE - DICIEMBRE 2012 ♦ NÚMERO 725

EDITORIAL

Assisted reproduction in times of crisis

Zaragüeta P.

REVIEW ARTICLES

Appendicitis and pregnancy

Rodríguez Ingelmo J.M., Ortín M., Ribes E. 123

ORIGINAL ARTICLE

Assessment of satisfaction in patients after hysterectomy by myomatous uterus

Abehsera D., Panal M., Herrera M., Hernández Gutiérrez A., de Santiago F.J. 129

Study of obstetrics and perinatal differences between Spanish and foreign immigrant women in our health area

Liberal M.L., Garrido Sánchez, Tello E., Mestanza J.A., Iglesias E. 134

CASOS CLÍNICOS

Persistent gestational trophoblastic disease

Sanz V., Pérez M.P., Rodelgo A., Gómez A.I., Toro P. 141

Transvaginal evisceration after hysterectomy

Rodríguez Ferradas E., Lasa I., Bernal T., Urbieta L., Larraza M.J. 145

HUMANISTIC PLATFORM

Indications and contraindications to curgicos procedures at the end of XIX century

Rodríguez Ingelmo J.M., Vico M., Rodríguez Vico I. 148



NORMAS PARA LA PUBLICACIÓN DE TRABAJOS

Los manuscritos enviados a TOKO-GINECOLOGIA PRÁCTICA deben hacer referencia a aspectos novedosos de la especialidad de Obstetricia y Ginecología y especialidades adyacentes que puedan suscitar el interés científico de los lectores. Pueden incluirse aspectos de la anatomía, fisiología, patología clínica (diagnóstica o terapéutica), epidemiología, estadística, análisis de costes, cirugía siempre dentro de la índole gineco-obstétrica.

Como **normas generales**, todos los manuscritos deberán presentarse en formato electrónico, confeccionados con el editor de textos Word (.doc), con espaciado 1,5 líneas, tamaño de letra 12 puntos tipo Arial o Times New Roman, y todos los márgenes de 3 cms. en los 4 bordes de la página. Todas las páginas del manuscrito deberán ir numeradas en su ángulo superior derecho. Todos los trabajos se estructurarán de la siguiente forma:

- 1ª Página: Título, Title (en inglés), Autores (primer apellido y nombre) separados por comas y con un máximo de 5 en cualquier tipo de artículo (a partir de 5 no se incluirán en la publicación), Filiación (centro de trabajo de los autores), Correspondencia (dirección completa y persona de correspondencia incluyendo un email válido que será el que se use para la comunicación con el comité editorial de la revista). Por último se debe indicar el TIPO de artículo (ver tipos más abajo).
- 2ª Página: Resumen (máximo 200 palabras, será claro y conciso. No se emplearán citas bibliográficas ni abreviaturas.), Palabras clave (mínimo 3 y separadas por puntos), Abstract (en inglés) y Key words (en inglés).
- 3ª Página: Comienzo del cuerpo del artículo

Los trabajos deben contener material original, aunque se contemple la posibilidad de reproducción de aquellos que, aún habiendo sido publicados en libros, revistas, congresos, etc., por su calidad y específico interés merezcan ser recogidos en la Revista, siempre y cuando los autores obtengan el permiso escrito de quién posea el *Copyright*.

Los trabajos serán enviados por correo electrónico a tokoginecologia@gmail.com, que acusará el recibo del artículo para su valoración editorial. Tras la recepción, se comunicará la aceptación o rechazo del mismo al autor de correspondencia por email, así como los potenciales cambios o correcciones a realizar si fuese menester. En caso de aceptación en un tiempo adecuado se le enviará al mismo autor las galeras del artículo para su corrección y subsanación de errores, que deberá realizar en 48 horas, antes de la impresión del mismo.

Tipos de artículos

- **ORIGINALES:** El resumen y abstract se dividirá en los siguientes apartados: Objetivos, Material y Métodos, Resultados y Conclusiones. El texto se dividirá en las siguientes: Introducción (Exposición de los objetivos de la investigación y la literatura al respecto, es una puesta al día del tema investigado), Material y Métodos (describir el tipo de estudio, pacientes, metodología empleada, el material y el análisis estadístico de los datos), Resultados (describir objetivamente los resultados obtenidos), Discusión (se debe comentar los resultados y relacionarlo con el estado del arte, explicar los por qué y llegar a conclusiones que respondan a los objetivos planteados inicialmente. No dar conclusiones no respaldadas por los resultados. Proponga recomendaciones o alternativas. Máximo 2500 palabras).
- **REVISIONES:** El resumen no es necesario que tenga estructura determinada, si bien puede estructurarse como un original. Del mismo modo el cuerpo del artículo en caso de ser una revisión sistemática irá estructurado como un original y en caso de ser una revisión de un tema concreto narrativa se estructurará como convenga al autor siempre con Introducción al inicio y Conclusiones o Discusión al Final. La intención es realizar una puesta al día de un tema determinado, con cierto carácter didáctico. Máximo 4000 palabras.



NORMAS PARA LA PUBLICACIÓN DE TRABAJOS

- **CASOS CLÍNICOS:** El resumen no tendrá estructura determinada. El artículo se estructurará del siguiente modo: Introducción, Caso Clínico (descripción concisa del caso), Discusión. Además debe contener entre 1-4 figuras que ilustren el caso. Máximo 1500 palabras.
- **TRIBUNA HUMANÍSTICA:** Se admitirán trabajos y ensayos, dentro de un contexto histórico, filosófico, social antropológico, artístico, etc., relacionado singularmente con las disciplinas obstétrico-ginecológicas, con la intención de enriquecer culturalmente las páginas de la revista. Máximo 3000 palabras.

Agradecimientos

Se colocarán tras la Discusión, al acabar el cuerpo del texto. Aquí se deben incluir a las personas que han colaborado en algún aspecto del trabajo pero no en la redacción del manuscrito.

Bibliografía

Seguirán las **Normas de Vancouver** para las citas. Las referencias en el texto se colocarán con números arábigos entre paréntesis y por orden de aparición. Sirvan los ejemplos siguientes:

a) Revista, artículo ordinario:

De Maria AN, Vismara LA, Millar RR, Neumann A, Mason DT. Unusual echographic manifestations of right and left Heratmyxomas. Am J Med 1975;59:713-8.

Las abreviaturas de las revistas seguirán las características del Index Medicus.

b) Libros:

Feigenbaum H. Echocardiography. 2ª Ed. Filadelfia: Lea and Febiger, 1976:447-59

Tablas y Figuras

Se añadirán a continuación de la Bibliografía empezando una página nueva. En cada página se colocará una Tabla o Figura con su respectivo pie de Tabla o Figura, numerados según el orden de aparición en el texto (que es obligatorio) e indentificando las abreviaturas empleadas en las Tablas o las Figuras.

En caso de que la calidad o tamaño de las figuras haga que el manuscrito ocupe demasiado espacio para ser enviado por email, podrán enviarse las Figuras en archivos independientes, permaneciendo los pies de figuras en el manuscrito principal.

Deben tener una calidad suficiente para poder verse con claridad una vez impresas. Los formatos admitidos para las fotos son JPG (preferible) o GIF. Si es conveniente se puede añadir a la figura una flecha para indicar un aspecto relevante de la imagen.

Quienes deseen que las ilustraciones de sus trabajos se impriman a color (en condiciones normales se imprimirán en escala de grises), una vez aceptado el artículo, deberán ponerse en contacto con la Editorial para presupuestar el cargo que ello conlleva.

Todos los artículos aceptados quedan como propiedad permanente de TOKO-GINECOLOGÍA PRÁCTICA y no podrán ser reproducidos total o parcialmente, sin permiso de la Editorial de la Revista. El autor cede, una vez aceptado su trabajo, los derechos de reproducción, distribución, traducción y comunicación pública de su trabajo, en todas aquellas modalidades audiovisuales e infomáticas, cualquiera que se au soporte, hoy existen y que puedan crearse en el futuro.



EDITORIAL

REPRODUCCIÓN ASISTIDA EN TIEMPOS DE CRISIS

Spain is different. Y es que España, diferente al resto de países europeos en muchos aspectos, se ha convertido en un país pionero en tratamientos de fertilidad, tanto en el sector público como en el privado. Y esto es debido no sólo al prestigio adquirido por los buenos resultados, sino también a su permisiva legislación que contempla la donación de gametos, vitrificación ovocitaria, diagnóstico genético preimplantacional, realización de tratamientos a familias monoparentales y criopreservación de embriones, entre otros. Tanto es así, que si realizamos una búsqueda en internet encontraremos fácilmente paquetes vacacionales que ofertan “sol, playa y embarazo”.

Actualmente, el Sistema Nacional de Salud español financia en su totalidad la mayoría de las técnicas de reproducción asistida (TRA), pero no existe igualdad entre comunidades autónomas, que ofrecen a los usuarios diferentes servicios e imponen distintos requisitos. La situación es radicalmente diferente en el caso de nuestros vecinos europeos. Italia cuenta con una de las legislaciones más restrictivas; en Gran Bretaña, la donación no es anónima; la seguridad social alemana sufraga el 50% de los gastos derivados de estos tratamientos; mientras que Holanda, entre otros países, no incluye ningún tratamiento de fertilidad en sus servicios.

En una economía social de mercado, como es el caso de España y de los países de nuestro entorno, el apellido “social” implica que el Estado, con los impuestos que cobra a todos sus miembros (según sus posibilidades), se encarga de que los más desfavorecidos sean atendidos y ayudados. Si se realiza una adecuada administración de esos fondos económicos, si alcanzamos el “estado de bienestar” y vivimos en época de abundancia, se podría sufragar el 100% de los gastos derivados de la reproducción asistida como se ha venido haciendo hasta ahora. Pero, cuando hay corrupción política y económica, cuando los sectores bancarios y financieros dan en quiebra, cuando los ricos evaden su dinero a paraísos fiscales o no pagan impuestos, entonces entramos en crisis y hay que priorizar. Y las consecuencias de la crisis, como de costumbre, no las pagarán los responsables de la misma, sino los inocentes y vulnerables ciudadanos.

La situación económica y financiera de España es crítica. La deuda sanitaria asciende a 15.000 millones de euros. Es evidente que hay que tomar medidas. El modelo de seguridad social de países como Suecia, Holanda o Gran Bretaña ha demostrado ser más viable económicamente, y no estaría de más que tomásemos ejemplo, modificando el catálogo de prestaciones sanitarias ofrecido hasta el momento.

El pasado febrero de este año, el Gobierno anunció que Sanidad excluiría las TRA de su cartera de servicios, pudiendo las parejas solucionar sus problemas de infertilidad únicamente por la vía privada. A día de hoy, el Ministerio no ha tomado ninguna medida al respecto ni ha realizado ningún recorte en este sentido. Sin embargo, sí se han realizado recortes en otros sectores, dejando de financiar nada menos que 417 medicamentos por estar indicados para el tratamiento de “síntomas menores”. En esta lista no se incluye ningún fármaco utilizado para la esterilidad.



Por poner un ejemplo práctico, 3.12 euros es el precio de una caja de 20 cápsulas de loperamida (fármaco utilizado en el síntoma menor de la diarrea y a partir de ahora no financiado por la Seguridad Social), mientras que el precio de una caja de 10 viales de FSH-r es de 299.83 euros (fármaco sobre el que el Gobierno español no ha tomado todavía ninguna decisión). Pero el problema va más allá. Porque hasta ahora, el ciudadano siempre ha pagado el 40% de la medicación que le fuera prescrita. Y esto continúa siendo así, salvo en una excepción, los fármacos utilizados en reproducción asistida, que se financian en su práctica totalidad. Da qué pensar. El principal problema de la reproducción asistida en la sanidad pública es que la demanda supera con creces los recursos disponibles. El primer obstáculo se encuentra en el acceso, con una lista de espera de hasta dos años y con otra lista de requisitos, que es indispensable cumplir. Esto hace que muchas parejas acudan directamente a clínicas privadas, donde un sólo ciclo de fecundación in vitro (FIV) cuesta alrededor de 5.000 euros, además de la medicación, que también supone un gasto importante. No es infrecuente precisar más de un ciclo para conseguir la gestación, con lo que la suma asciende a cifras inalcanzables para muchas parejas, que desisten en el intento de ser padres. Estas diferencias, junto con la crisis económica, generan una desigualdad entre los ciudadanos, que es intolerable e inconcebible en un modelo sanitario como el nuestro, que en su día fue ejemplar.

¿Es la esterilidad una enfermedad? La controversia está servida. Puede que no sea una patología en sí misma, pero sí lo son muchas de las causas que la provocan, como la endometriosis o el síndrome de ovario poliquístico. Lo que no es discutible es que se trata de un problema de salud reproductiva, que afecta hasta al 15% de parejas en edad fértil. ¿Debería por ello la administración pública asumir sus gastos?

No puede ser equiparable, ni por tanto recibir la misma ayuda económica por parte del Estado, una mujer de 26 años con esterilidad secundaria al tratamiento quimioterápico de un linfoma, que una mujer de 39, sin antecedentes personales de interés, que no se había planteado ser madre con anterioridad. Como tampoco debería recibir la misma financiación una paciente con una renta "milleurista" que otra "milloneurista". Si la renta se tiene en cuenta en la farmacia, ¿por qué no a la hora de pagar este tipo de medicamentos?

Y es aquí donde hay que priorizar y distinguir. Estar en crisis no significa no financiar ningún tratamiento de reproducción asistida en ningún caso, como tampoco parece coherente que todo el procedimiento siga siendo costeado con fondos públicos en todos los casos. En casos seleccionados se podrían sufragar los gastos del tratamiento, pero no de la medicación, o financiar el 60% de los fármacos o incluso acarrear con el 100% de los costes en aquellas pacientes donde estuviera plenamente justificado.

Es urgente, prioritario y necesario reestructurar el sistema. Analizar a quién se ayuda y cómo se le ayuda. Estar en crisis significa distribuir los recursos de forma responsable e inteligente.

Dra. Patricia Silva Zaragüeta
Unidad de Reproducción Asistida.
Hospital Universitario La Paz. Madrid.

Revisión

Apendicitis y Embarazo

Appendicitis and pregnancy

Rodríguez Ingelmo J.M., Ortín M., Ribes E.

Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital General Universitario de Elche

RESUMEN

A propósito de la descripción de los seis casos de sospecha de apendicitis aguda y embarazo que hemos tenido en el Hospital General Universitario de Elche entre los años 2005 y 2009, realizamos una revisión de este problema.

En esta actualización analizamos aspectos como la incidencia, la influencia del embarazo en la fisiopatología y la clínica de la apendicitis aguda, los métodos diagnósticos más utilizados en el presente, así como las técnicas quirúrgicas recomendadas y las complicaciones más frecuentes.

Finalmente, establecemos unas recomendaciones para el manejo adecuado de estas pacientes.

PALABRAS CLAVE

Apendicitis, embarazo, abdomen agudo

ABSTRACT

Concerning the description of the six cases of suspected acute appendicitis and pregnancy we have treated in the Elche University General Hospital between 2005 and 2009, we review this issue.

Analyze aspects such as incidence, the influence of pregnancy in the pathophysiology and symptoms of acute appendicitis, the more currently used diagnostic methods, as well as surgical techniques recommended and the most frequent complications.

Finally, establish some suggestions for the proper management of these patients.

KEY WORDS

Appendicitis, pregnancy, acute abdomen

INTRODUCCIÓN

La apendicitis es la patología quirúrgica no ginecológica que más frecuentemente requiere tratamiento durante el embarazo (1), seguido por la colecistitis aguda de causa litiásica (2).

Debido a la importancia de esta patología hemos realizado una revisión de la casuística de nuestro hospital en el periodo 2005-2009. Durante este periodo de tiempo, en el que se atendieron 14.230 partos, hemos encontrado solamente seis casos de apendicitis aguda durante el embarazo (incidencia de 0.42 por 1000 embarazos). Esta incidencia se encuentra en rango bajo de lo señalado en la bibliografía consultada. Quizás estos resultados pudieran tener relación con la dieta mediterránea (ingesta elevada de fibra) o con los hábitos higiénicos, como más adelante comentaremos.

Aprovechando el examen de nuestra casuística hemos realizado una revisión del tema. Esta revisión nos parece interesante porque añade aspectos novedosos en cuanto a la utilidad de determinadas pruebas complementarias que han sido recientemente incorporadas para uso rutinario en el diagnóstico de esta patología.

MATERIAL Y MÉTODOS

La descripción de nuestros seis casos se muestra en la tabla I. Hemos de resaltar que en 4 casos el diagnóstico se realizó en el 2º trimestre de la gestación. Las características del dolor en cuanto a duración del mismo y localización no difirieron de lo esperado. La ausencia de complicaciones fetales y maternas fue la norma. El estudio anatomopatológico confirmó 4 de los 6 casos. Uno de los dos casos en los que no se confirmó el diagnóstico se trataba de una hiperplasia folicular linfoide y en el otro existía un quiste ovárico con apéndice cecal normal. A resaltar un episodio de apendicitis intraparto que se intervino en el curso de una cesárea por riesgo de pérdida de bienestar fetal.

REVISIÓN

Incidencia. La incidencia observada de apendicitis durante la gestación es de 0.15 - 2.10 casos por 1000 embarazos (3). Esta incidencia es variable dependiendo de las distintas zonas geográficas. Probablemente las diferencias estén relacionadas con la dieta y otros factores socioeconómicos (3). Se presenta más frecuentemente en la 2ª década de la vida (edad media 27 años) (4). Como actualmente la mayor incidencia de embarazo se ha desplazado a la 3ª década de la vida. Esto explica que la apendicitis sea más frecuente en aquellas gestantes más jóvenes (5).

CORRESPONDENCIA:

José M^º Rodríguez Ingelmo;

Servicio de Ginecología y Obstetricia

del Hospital General Universitario de Elche

C/Avda de Juan Sanchis Candela 28, Bloque D, 5ºS

47012 Alicante

E-mail: ingelmojmr@gmail.com

Fisiopatología. Desde el punto de vista patogénico conocemos dos tipos de apendicitis (6):

- A. Inflamación catarral generalizada por todo el apéndice, por invasión bacteriana del tejido linfático.
- B. Obstrucción a cualquier nivel del apéndice que puede llevar a la distensión purulenta y en fases posteriores a gangrena y perforación.

El embarazo parece tener un efecto protector sobre la apendicitis aguda, especialmente en el tercer trimestre. Roland y cols. lo justifican debido a un incremento de los linfocitos T-Helper 2 (TH2) y una disminución de los linfocitos TH1, que son los que median la respuesta inflamatoria (3).

En el embarazo avanzado la localización atípica del apéndice hace que éste pueda ser aislado del epiplon y del intestino delgado. Por tanto aumenta la incidencia de peritonitis libre si se produce la perforación (4).

Clinica. Las manifestaciones clínicas clásicas de la apendicitis son compatibles con los síntomas propios de una gestación normal evolutiva. Ello hace difícil su diagnóstico (5,7).

Anorexia y vómitos son comunes en el embarazo y en la apendicitis aguda (4). El dolor localizado en fosa iliaca derecha (FID) es el síntoma más consistente y fiable, y se manifiesta en, prácticamente, todas las pacientes (4). En mujeres con apendicitis durante el embarazo es frecuente encontrar el antecedente de episodios previos de dolor en FID antes de la gestación (4).

El útero se encuentra agrandado a medida que evoluciona la gestación y desplaza al apéndice hacia arriba y la derecha (Figura 1), y por tanto puede simular otras patologías como la colecistitis aguda o la pancreatitis. Del mismo modo, durante el 2º Trimestre, al ascender el útero fuera de la pelvis provoca el estiramiento del ligamento ancho derecho y produce dolor en FID, dificultando el diagnóstico diferencial, y aumentando el número de apendicectomías con histología negativa en dicho trimestre.

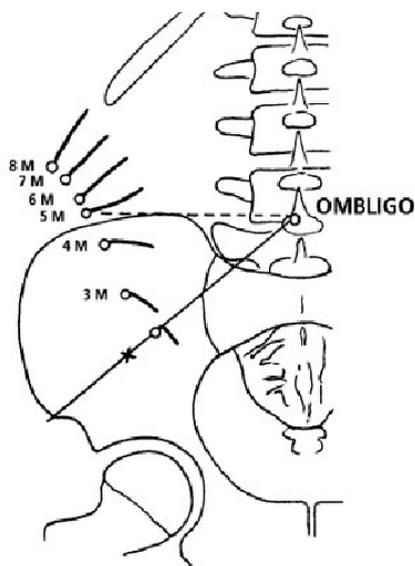


Figura 1. Conforme avanza la gestación el útero crece desplazando el ciego y el apéndice llega a ocupar una posición más superior.

Resulta un tópico destacar que la localización del dolor durante el embarazo es variable debido al ascenso apendicular (8). Sin embargo, tanto en nuestra casuística como en todo el material recogido, la ubicación del dolor no varió con la edad gestacional. La FID fue la más frecuente. En una revisión de Mourad y cols. que incluía un total de 66.993 casos, de ellos 67 con el diagnóstico clínico de apendicitis aguda, el 80% presentaban dolor en la FID independientemente de su edad gestacional. El 84% de las gestantes con una edad gestacional por encima de 24 semanas referían también el dolor en la FID (7). Por ello fueron incapaces de corroborar la hipótesis de Baer y cols. que proponía una localización del dolor en el cuadrante superior derecho durante el tercer trimestre.

El tiempo medio desde el inicio del cuadro hasta la intervención fue de 24 horas en el primer trimestre, mientras que en el tercer trimestre superó las 48 horas (5). Esto concuerda plenamente con lo ocurrido en nuestros casos.

Cuando se produce la apendicitis al principio del embarazo, el tacto rectal refleja un dolor laterouterino derecho típico, pero a término dicho tacto es negativo, salvo que exista peritonitis (4).

La sensibilidad de rebote o signo de Blumberg aparece en un 55% de los casos (5).

En lo referente a los datos analíticos, durante el primer y segundo trimestres la cifra de leucocitos normal puede variar entre 6.000-16.000 células/microlitro, y alcanzar hasta 20.000-30.000 durante el trabajo de parto (9). Por tanto, la leucocitosis pudiera no ser tan útil en el diagnóstico de la apendicitis durante el embarazo. Sin embargo una cifra por encima de 16.000 podría orientarnos en algunas ocasiones.

En una gran parte de los casos la temperatura de la paciente será menor de 38°C en ausencia de perforación, de forma que un aumento de temperatura por encima de este valor podría ser predictivo de una posible perforación (5,9,10).

En el artículo de Mourad y cols., previamente citado, la temperatura y la cifra de leucocitos no demostraron diferencias estadísticamente significativas. La leucocitosis está presente en muchos casos pero no ayuda de forma clara al diagnóstico de esta patología (7). Otro estudio que apoya esta afirmación es el realizado por Hoshino y cols. (10). Este autor señaló una temperatura media de 37.2°C, una leucocitosis de 16.400 células/microlitro y un tiempo medio entre la aparición del dolor y la intervención, de 19 horas.

Diagnóstico. La clave para el diagnóstico de apendicitis aguda en el embarazo sigue siendo un alto índice de sospecha (7,11). Se debe de tener siempre presente dicha patología en toda gestante con dolor en FID, febrícula y elevación de la cifra leucocitaria. El uso de las técnicas complementarias es frecuentemente desestimado en el embarazo, a causa del efecto potencialmente peligroso de la radiación.

La exposición radiológica se mide usando unidades de rad (radiation absorbed dose) o centigray (1 rad=1cGy) (Tabla II). Los mayores efectos nocivos de la radiación ocurren durante la fase de mayor proliferación celular, es decir, desde la semana 3 de amenorrea hasta la 25. Numerosos estudios han comprobado que dosis menores de 5 rad no están asociadas a un incremento de anomalías fetales ni abortos (12).

La ecografía de compresión es la prueba diagnóstica de elección durante el embarazo. Dicha técnica presenta algunas limitaciones. Un apéndice no patológico se visualiza en el 13-50% de los casos, tanto en gestantes como no. Es especialmente complicada su localización cuando este se sitúa retrocecalmente. Visualizar el apéndice en tercer trimestre supone una dificultad extra, debido al crecimiento uterino más acusado que ocurre en este periodo. Por último, señalar que el valor predictivo negativo de un apéndice no visible es, en el mejor de los casos, del 90% (13).

La Tomografía Axial Computerizada (TAC) puede ser una herramienta útil en el diagnóstico de la apendicitis en el embarazo, aunque debe evaluarse la exposición fetal a la radiación. En una serie de 7 casos con diagnóstico de sospecha de apendicitis aguda del Hospital de Massachusetts, 2 pacientes con TAC negativo no desarrollaron apendicitis, y en cambio en aquellos en los que el TAC dio un resultado positivo se confirmó el diagnóstico histológico (14). El equipo utilizó una dosis de 0.3 rad, muy por debajo del límite aceptado capaz de producir alteraciones fetales (5 rads).

La Resonancia Nuclear Magnética (RNM) se está empezando a introducir cada vez con más frecuencia en el estudio de patología obstétrica tanto materna como fetal (15). Esta técnica ofrece una excelente visualización de los tejidos blandos, una imagen multiplanar en combinación con la ausencia de radiación ionizante. Todo ello hace de la RNM una herramienta prometedora en el diagnóstico de patología en gestantes. No existe evidencia tanto clínica como experimental del efecto teratogénico u otros efectos adversos de la RNM durante el embarazo. De manera preventiva, esta prueba no está recomendada durante el primer trimestre del embarazo, a menos que sea muy necesaria. No obstante, la ecografía en esos momentos tiene menos limitaciones.

Cobben y cols. advierten que hasta un 25-50% de laparotomías basadas únicamente en la sospecha clínica de apendicitis aguda resultan negativas (16). La eco transabdominal conjuntamente con el TAC obtienen unos valores de sensibilidad y especificidad cercanos al 90%. Se recomienda la realización de pruebas complementarias. Cobben y cols. compararon el rendimiento diagnóstico de la ecografía y la RNM en 12 gestantes con dolor abdominal agudo. La ecografía no pudo localizar el apéndice en 11 de los 12 casos, debido a la obesidad, tamaño uterino, etc... En cambio, la RNM visualizó el apéndice en 10 casos, sin precisar contraste, y diagnosticó 3 apendicitis (16).

Laparoscopia. Actualmente se está extendiendo el uso de esta técnica en múltiples patologías quirúrgicas fuera y dentro del embarazo (17). No es una técnica común durante el mismo, ya que se desconoce el efecto sobre el feto de los gases utilizados durante el neumoperitoneo (CO₂). La técnica presenta ventajas e inconvenientes durante el embarazo (Tabla III) (16,17,18,19, 20).

Con respecto al seguimiento a largo plazo de los hijos nacidos de madres a las que se realizó laparoscopia durante la gestación, existe un trabajo publicado que evalúa a estos niños al nacimiento y durante los dos primeros años de vida (2). En este estudio no se encontraron deficiencias neurológicas ni alteraciones morfológicas, a excepción de bajo peso al nacimiento que presentaron un 20% de los niños (5 de 27). Aún así se requiere más estudios a largo plazo y con un mayor tamaño muestral (2,16,17,18,19).

El trimestre que conlleva más riesgo de pérdida fetal es el primero. El segundo es el más seguro, con una menor tasa de complicaciones (2).

Hemos de recordar que para realizar una técnica laparoscópica durante el embarazo, se situará a la paciente en posición de ligero Trendelenburg y lateralizado 20-30° hacia el lado izquierdo (evita la compresión de la vena cava inferior) (20).

Otro factor a tener en cuenta, por razones obvias, es la colocación de trócares, siendo más frecuentes la utilización de trócares supraumbilicales (2,16,17,18, 20).

Cirugía. Hay varios artículos que citan las posibles incisiones, así como la localización del apéndice dependiendo de la edad gestacional.

El tipo de incisión dependerá de la edad gestacional, el grado de afectación y preferencias del cirujano (4). Disponemos de las siguientes: McBurney (la mejor y más anatómica), si necesitamos ampliarla podemos utilizar la modificación Fowler-Wier, Jalagier, Rocky-Davis o bien la media infraumbilical (6).

Según nuestra experiencia y los artículos revisados la incisión de elección es la transversa sobre el punto de McBurney, ya que permite mayor flexibilidad a la hora de ampliarla (6,8).

Recomendaciones generales.

- Manipulación mínima del útero.
- Posicionamiento en decúbito lateral izquierdo.
- Aporte adecuado de O₂.
- Fluidoterapia intravenosa previa.
- Incisión transversal de McBurney.
- Profilaxis de TVP física y farmacológica (Tabla IV) (11,24).
- Algunas publicaciones hacen referencia a que determinadas posiciones pueden facilitar la exposición del ciego y del apéndice (4).
- Solo se dejará drenaje en casos de apendicitis perforada (14).
- Si aparece material purulento realizar lavados peritoneales y drenaje (6).
- Antibioticoterapia (6).
- En las referencias consultadas no es necesario el tratamiento tocolítico profiláctico.
- Sutura no reabsorbible (4).
- Apendicitis y trabajo de parto: En la fase temprana del parto, primero laparotomía con apendicectomía y después parto vaginal (no debería haber dehiscencia si hay un buen cierre aponeurótico). En la fase activa, primero parto vaginal y laparotomía postparto inmediata.
- Monitorización fetal constante.

Diagnóstico diferencial. Debemos pensar en otras patologías tanto de causa obstétrica, como ginecológica u otras (Tabla V) (10,22).

Complicaciones. Las más importantes son las siguientes (1,4,5, 9,21,22,23,24):

A. Perforación. La incidencia aumenta durante el embarazo. Se debe a la progresión de la isquemia que produce el infarto de la pared junto al borde antimesentérico. Es ahí donde se produce la apendicitis gangrenosa y posteriormente la perforación por el aumento de la presión intraluminal. Esto ocasiona la salida de material purulento o heces, contaminando la cavidad peritoneal y consiguiente peritonitis generalizada. Se propone como causa principal el retraso en el diagnóstico.

B. Trabajo de parto pretérmino. Riesgo relativo de 1,5-3.

C. Aborto espontáneo.

D. Bacteriemia y sepsis: 6,4%.

E. Pérdida fetal.

F. Mortalidad materna. Actualmente mínima, 0.006% (23).

	Edad Materna	Semanas de amenorrea	Tipo de parto	Semanas en el momento parto	Intervención	Exploración	Diagnóstico anatomopatológico	Peso RN Apgar Sexo	Fórmula Obstétrica
1	31	20	P. Espátulas	38 ⁺⁵	Apendicectomía. Incisión de McBurney. Anestesia Raquídea	Dolor en FID de 24h de evolución. Blumberg negativo. Tª: 36.6°C Discreta leucocitosis.	Hiperplasia folicular linfoide	3130gr. Apgar: 9/10/10 Mujer	10000
2	23	32	P. Eutócico	39 ⁺¹	Apendicectomía. Incisión de McBurney Anestesia general	Dolor en FID de 20h de evolución. Náuseas y vómitos. Blumberg positivo. Tª: 37.4°C Leucocitos: 12.800(73.1%) TA límite: 145/90	Apendicitis aguda	3455 Apgar: 9/10/10 Mujer	10000
3	29	11 ⁺²	Cesárea por nalgas ¹	37	Apendicectomía. Incisión de McBurney Anestesia Raquídea	Dolor de 1h de evolución. 1 vómito. Blumberg negativo Abdomen doloroso a la palpación Tª: 37.1, TA 111/73 Leucocitos: 16000	Apendicitis flemonosa	3245gr. Apgar: 9/10/10 Varón	10000
4	26	9 ⁺³	P. Eutócico	39 ⁺²	Apendicectomía. Incisión de McBurney. Anestesia general.	Dolor epigástrico, náuseas y vómitos. Irradiación del dolor a FID. Blumberg positivo Tª: 36.3, TA: 122/62 Leucocitos: 13.4000 Eco abdominal: signos indirectos de apendicitis aguda	Apendicitis aguda	3355gr. Apgar: 9/10/10 Varón	41222
5	37	38 ⁺¹	P. Eutócico ²	38 ⁺¹	Laparotomía exploradora. Incisión de McBurney. Anestesia Raquídea más local en la incisión.	Dolor en FID de 16-20h de evolución. Náuseas. Blumberg positivo. Tª: 36.3, TA: 99/67 Leucocitos: 12170 Eco abdominal	Quistes ováricos. Apéndice normal	3000gr. Apgar: 9/10/10 Mujer	10000

Tabla I - Casuística del Hospital General de Elche

Estudio	Dosis (rads)
Placa de tórax	0.001
Radiografía pélvica	0.04
TAC abdominal	0.8-3
TAC torácico	0.01-0.2
TAC pélvico	2.5-7.9
TAC uterino	1-4
Mamografía	0.01
Enema de Bario	0.3-4

Tabla II. Dosis de radiación fetal aproximada de algunas técnicas diagnósticas

Inconvenientes	Ventajas
Efectos del CO ₂ en el feto, así como el pH y la disminución de la temperatura, aunque la acidosis no aparecería si se utilizara óxido nítrico.	Disminución del dolor postoperatorio, y por lo tanto la medicación.
No hay una buena ventana de visibilidad debido al tamaño del útero.	Rápida recuperación de la vida cotidiana.
Efecto de los agentes anestésicos utilizados.	Pequeñas cicatrices y poca manipulación uterina.
Efecto del CO del electrocauterio.	Menor riesgo de trombosis venosa profunda.
Colocación de los trócares.	Se puede realizar en cualquier trimestre.
Parto prematuro.	Disminuye el índice de morbilidad materno-infantil.
Pérdida fetal.	No efectos teratogénicos hasta el momento.
	Menor tasa de complicaciones, menor tiempo quirúrgico y mas corta estancia hospitalaria.

Tabla III. Inconvenientes y ventajas de la técnica laparoscópica

Factores de riesgo de TVP (trombosis venosa profunda)
Disminución de la deambulación tras parto o cesárea (cesárea x9)
Hemorragia.
Sepsis.
Multiparidad.
Antecedentes familiares y/o personales.
Edad materna por encima de 40 años.
Varices.
Obesidad.
Traumatismos.
Trastornos mieloproliferativos.

Tabla IV. Factores de riesgo de TVP

Obstétricas	Ginecológicas	Otras
Corioamnionitis	Torsión de anexo	Pielonefritis
Abruptio placentae	Embarazo ectópico	Pancreatitis
Endometritis	Salpingitis	Litiasis renal
Trabajo de parto	Necrosis de mioma	Hidronefrosis
Toxemia del embarazo	Síndrome de ligamento redondo	ITU
Perforación uterina después de un intento de aborto.	Rotura de quiste ovárico	Abceso del psoas
	EIP	Hematoma retroperitoneal
		Hernia inguinal
		Adenitis mesentérica
		Diverticulitis
		Enterocolitis
		Obstrucción intestinal

Tabla V. Diagnóstico diferencial

BIBLIOGRAFIA:

1. Hodjati H, Kazeroohi T. Localization of the appendix in the gravid patient: a reevaluation of the established concept. *Int J Gynaecol Obstet* 2003; 81:245-247.
2. Vega GR, Preciado CY, Landa G, León IE, Marín FX, Serrano V, Barrera LR, Solórzano D. Cirugía laparoscópica y embarazo. *Asociación Mexicana de cirugía endoscópica* 2004; 5(2): 80-89.
3. Andersson EB, Lambe M. Incidente of apendicitis during pregnancy. *Int J Epidemiol* 2001; 30:1281-1285.
4. Cardeñoso L, Tejjelos A, Moro J, Pérez-Escandilla JA, Corredera F, Bellido F, Tejerizo LC. *Clin Invest Gin Obst* 1997; 24(7):277-285.
5. Andersen B, Nielsen TF. Apendicitis in pregnancy: diagnosis, management and complications. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1999; 75:758-762.
6. Sánchez J. *Cirugía. Ecuador*; 2002.
7. Mourad DO, Elliot J, Erikson L, Lisboa L. Apendicitis in pregnancy: new information that contradicts long-held clinical beliefs. *Am J Obstet Gynecol* 2000; 5:1027-1029.
8. Popkin C, Lopez P, Cohn S, Brown M, Lynn M. The incision of choice for pregnant women with apendicitis is through McBurney's point. *Am J Surg* 2002; 183: 20-22.
9. Maslovitz S, Gutman G, Lessing J, Kupfermanc M, Gamzu R. The significance of clinical signs and blood indices for the diagnosis of apendicitis during pregnancy 2003; 56: 188-191.
10. Hoshino T, Ihara Y, Suzuki T. Apendicitis during pregnancy 2000; 69: 271-273.
11. Héé P, Viktrup L. The diagnosis of apendicitis during pregnancy and maternal and fetal outcome after appendectomy. *Int J Gynaecol Obstet* 1999; 65: 129-135.
12. Hurwitz LM, Yoshizumi T, Reiman RE, Goodman PC, Paulson EK, Frush DP, Toncheva G, Nguyen G, Barnes L. Radiation dose to the fetus from body MDCT during early gestation. *Am J Roentgenol* 2006; 186(3):871-876.
13. Pedrosa I, Levine D, Eyvazzadeh A, Siewert B, Ngo L, Rofsky N. MR imaging evaluation of acute apendicitis in pregnancy. *Radiology* 2006; 238(3):891-899.
14. Castro MA, Shipp TD, Castro EE, Ouzounian J, Rao P. The use of helical computed tomography in pregnancy for the diagnosis of acute apendicitis. *Am J Obstet Gynecol* 2001; 184(5):954-957.
15. Oto A, Ernst RD, Shah R, Koroglu M, Chlaljub G, Gei A, Sacharias N, Saade G. Right-lower-quadrant pain and suspected apendicitis in pregnant women: evaluation with MR imaging-initial experience. *Radiology* 2005; 234: 445-451.
16. Cobben LP, Groot I, Haans L, Blickman JG, Puylaert J. MRI for clinically suspected apendicitis during pregnancy. *Am J Roentgenol* 2004; 183: 671-675.
17. Moreno-Sanz C, Pascual-Pedreño A, Picazo-Yeste J, Corral-Sanchez MA, Marcello-Fernández M, Seoane-González J. Apendicectomía laparoscópica y embarazo. Experiencia personal y revisión de la bibliografía. *Cir Esp* 2005; 78(6): 371-376.
18. Wu JM, Chen KH, Lin HF, Tseng LM, Tseng SH, Huang SH. Laparoscopic appendectomy in pregnancy. *J Laparoendosc Adv Surg Tech* 2005; 15(5):447-450.
19. Rizzo A. Laparoscopic surgery in pregnancy: long-term follow-up. *J Laparoendosc Adv Surg Tech* 2003; 13(1):11-14.
20. Martínez R, Díaz A, Reyes E, Domínguez B, Zambada C. Apendicitis durante el embarazo. Manejo anestésico y experiencia en el centro médico ABC. *Anales médicos* 2005; 50(1):5-9.
21. Tracey, Fletcher HS. Apendicitis in pregnancy. *Am Surg* 2000. 66(6): 555-559.
22. Ueberrueck T, Koch A, Meyer L, Hinkel M, Gastinger I. Ninety-four appendectomies for suspected acute apendicitis during pregnancy. *World J Surg* 2004; 28: 508-511.
23. Melnick DM, Wahl W, Daton VK. Management of general surgical problems in the pregnant patient. *Am J Surg* 2004; 187: 170-180.
24. Cohen-Kerem R, Railton C, Oren D, Lishner M, Koren G. Pregnancy outcome following non-obstetric surgical intervention. *Am J Surg* 2005; 190: 467-473.

Artículo Original

Evaluación del grado de satisfacción en pacientes tras histerectomía por útero miomatoso

Assessment of satisfaction in patients after hysterectomy by myomatous uterus

Abehsera D., Panal M., Herrera M., Hernández Gutiérrez A., de Santiago F.J.

Hospital Universitario La Paz. Madrid. España

RESUMEN

Objetivo: el objetivo de este estudio es evaluar los resultados, en cuanto a calidad de vida, de aquellas pacientes que han sido sometidas a una histerectomía por útero miomatoso. **Material y métodos:** se realiza una encuesta sobre calidad de vida a todas las pacientes sometidas a histerectomía con indicación de útero miomatoso, en un hospital de tercer nivel dentro de la red de hospitales del servicio de salud de la Comunidad de Madrid, en el año 2010. **Resultados:** Se identificaron un total de 152 pacientes a las que se les había realizado una histerectomía por útero miomatoso, de las cuales contestaron la encuesta un total de 112 (74%) pacientes. Cuando se les preguntó a las pacientes si había mejorado su calidad de vida tras la realización de la histerectomía, un 78'6% (88/112) respondió afirmativamente, un 17% (19/112) refirió tener la misma calidad de vida, y un 4'4% (5/112) respondió que su calidad de vida había empeorado tras la intervención. **Conclusiones:** las pacientes sometidas a una histerectomía por útero miomatoso presentan un alto grado de satisfacción tras la cirugía, comunicando en su mayoría una mejora en cuanto al dolor pélvico previo a la cirugía, y una mejor calidad de vida tras la intervención.

PALABRAS CLAVE:

Histerectomía, Calidad de vida, Mioma.

ABSTRACT

Objective: the objective of this study is to evaluate the results, in terms of quality of life of those patients who have undergone hysterectomy for fibroid uterus. **Material and methods:** we performed a survey on quality of life for all patients undergoing hysterectomy with uterine fibroid indication in a tertiary care hospital within the hospital network of the health service of the Community of Madrid, in the year 2010. **Results:** a total of 152 patients which had undergone a hysterectomy for uterine myoma, which answered the survey a total of 112 (74%) patients. When asked patients if they had improved their quality of life after performing a hysterectomy, a 78'6% (88/112) responded affirmatively, 17% (19/112) reported having the same quality of life, and 4.4% (5/112) responded that their quality of life had worsened after surgery. **Conclusions:** patients undergoing a hysterectomy for uterine fibroids have a high degree of satisfaction after the surgery, communicating mostly an improvement in pelvic pain prior to surgery, and improved quality of life after surgery.

KEYWORDS

Hysterectomy, Quality of Life, Myoma.

INTRODUCCIÓN

La histerectomía es el procedimiento quirúrgico más comúnmente realizado en ginecología. La gran mayoría se efectúan bajo una indicación benigna, para mejorar la calidad de vida más que para salvar la vida de la paciente. No hay razones para suponer que las mujeres en los diferentes países sufren diferentes tipos de trastornos menstruales como la menorragia (el síntoma que se presenta en la mayoría de las mujeres que se someten a histerectomía), sin embargo, las tasas de histerectomía son muy diferentes en todo el mundo. Esta variabilidad se observa incluso entre países desarrollados con recursos comparables; e incluso dentro de cada país existen grandes variaciones regionales. La tasa de la histerectomía en los países en desarrollo no está bien documentada, pero es probable que sea mucho menor que en las zonas económicamente más desarrolladas del mundo. A pesar de la introducción de un gran número de alternativas terapéuticas efectivas, ha habido pocos cambios en las tasas de histerectomía en Occidente en los últimos años. No se sabe cuál debe ser la tasa ideal de histerectomía, o qué factores influyen en las diferentes tasas (1, 2).

CORRESPONDENCIA:

Daniel Abehsera Davó

Servicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital Universitario La Paz
Paseo de la Castellana 261. 28047 Madrid. España
Tel.: +34 665 56 67 76
E-mail: danielabehsera@hotmail.com

En 2005, más de 500.000 histerectomías se realizaron en Estados Unidos. Las vías de abordaje para la realización de las mismas fueron: abdominal (64%); vaginal (22%) y laparoscópica (14%) (3).

Alrededor del 90% de todas las histerectomías son realizadas bajo una indicación por proceso benigno para mejorar la calidad de vida de las pacientes. Dentro de este 90%, los síntomas más comunes que conducen a la histerectomía son el dolor pélvico (63%) y sangrado menstrual excesivo (60%). Estos síntomas están asociados con la existencia de fibromas uterinos en un 35-50% de las histerectomías (1, 2).

El objetivo de este estudio es evaluar los resultados, en cuanto a calidad de vida, de aquellas pacientes que han sido sometidas a una histerectomía por útero miomatoso. Del mismo modo, se analizan si existen o no diferencias en función del tipo de cirugía a la que han sido sometidas las pacientes.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realiza una encuesta sobre calidad de vida a todas las pacientes sometidas a histerectomía con indicación de útero miomatoso, en un hospital de tercer nivel dentro de la red de hospitales del servicio de salud de la Comunidad de Madrid, en el año 2010. Las pacientes son entrevistadas vía telefónica entre 1 y 2 años tras la cirugía. Todas las encuestas son realizadas por el mismo entrevistador. La encuesta consta de 7 preguntas que evalúan los cambios en la calidad de vida de las pacientes en relación con la cirugía, el dolor en el postoperatorio, y el grado de satisfacción con la intervención (Figura 1).

1.-¿Cree que ha mejorado su calidad de vida al realizarse la intervención?	•	Mejor	Igual	Peor							
2.- Valores del 1 al 10 la recuperación tras su intervención, siendo 1 una recuperación rápida e indolora, y 10 una recuperación lenta y dolorosa.	•	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3.- Con respecto a síntomas de tipo urinario (urgencia, incontinencia, molestias al orinar), ¿ha experimentado algún cambio con la intervención?	•	Mejor	Igual	Peor							
4.- Con respecto a síntomas anorrectales (estreñimiento, evacuación incompleta, incontinencia fecal), ¿ha experimentado algún cambio con la intervención?	•	Mejor	Igual	Peor							
5.- ¿Ha influido la intervención en sus relaciones sexuales?	•	Mejor	Igual	Peor							
6.- ¿Han mejorado sus molestias pélvicas tras la realización de la intervención?	•	Mejor	Igual	Peor							
7.- ¿Volvería a operarse si se encontrara en la misma situación?	•	Si	No	No sabe							

Figura 1. Encuesta que se realizó a las pacientes para valorar el grado de satisfacción tras la cirugía

Los datos se han analizado mediante el programa estadístico SPSS 9. La descripción de los datos cualitativos se realiza en forma de frecuencias absolutas y relativas, y los datos cuantitativos mediante media y desviación típica o mediana, y rango intercuartílico (p25-p75) según sea la distribución de los datos. Se comparan los dos grupos de intervención mediante test chi-cuadrado o test exacto de Fisher, para aquellas preguntas cualitativas; y con test U de Mann Whitney para la pregunta 2, de dolor en el postoperatorio. Todos las pruebas estadísticas se han considerado bilaterales y como valores significativos, aquellos $p < 0.05$.

RESULTADOS

Se identificaron un total de 152 pacientes a las cuales se les había realizado una histerectomía por útero miomatoso, de las cuales contestaron la encuesta un total de 112 (74%) pacientes. De las 112 pacientes entrevistadas, a 8 (7.1%) se les realizó una histerectomía vaginal, a 1 (0.9%) una histerectomía vaginal asistida por laparoscopia, a 4 (3.6%) una histerectomía abdominal subtotal, a 35 (31.3%) una histerectomía total laparoscópica, y a 64 (57.1%) una histerectomía abdominal total.

Cuando se les preguntó a las pacientes si había mejorado su calidad de vida (pregunta 1) tras la realización de la histerectomía, un 78.6% (88/112) respondió afirmativamente, un 17% (19/112) refirió tener la misma calidad de vida, y un 4.4% (5/112) respondió que su calidad de vida había empeorado tras la intervención.

Al interrogar a las pacientes sobre el dolor postoperatorio (pregunta 2) en una escala desde el 1 (sin dolor) hasta 10 (el peor dolor posible), más de un tercio de las pacientes (36.6%, 41/112) otorgaron una puntuación de 1 (definido en la encuesta como un postoperatorio rápido e indoloro), y menos de un tercio (25.9%, 33/112) refirió puntuaciones de 6 o superior (Figura 2).

Cuando se interrogó a las pacientes sobre síntomas de tipo urinario (pregunta 3), síntomas anorrectales (pregunta 4), y variación en las relaciones sexuales (pregunta 5), tras la realización de la histerectomía; la mayoría de las pacientes contestó encontrarse igual (62.5%, 77.7%, y 65.2%). Una minoría de pacientes refirió cambios en síntomas urológicos, anorrectales, o en las relaciones sexuales (Figura 3).

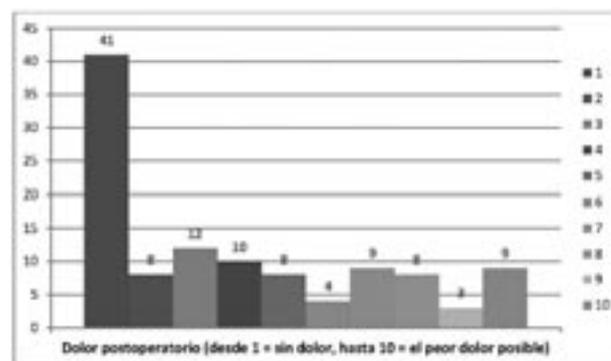


Figura 2. Puntuaciones de dolor tras histerectomía por útero miomatoso

La mayoría de las pacientes (53.6%, 60/112) refirieron mejoría en cuanto a las molestias pélvicas (pregunta 6) tras la realización de la histerectomía. Un 38.4% (43/112) refirió sentirse igual, y un 8% (9/112) afirmaba encontrarse peor tras la cirugía.

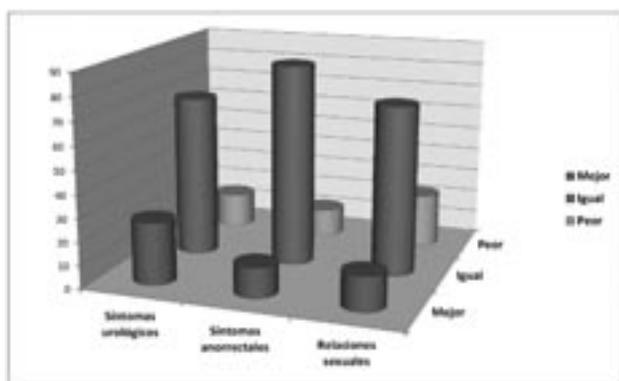


Figura 3. Valoración de los síntomas urológicos, anorrectales, y sexuales; antes y después de una histerectomía por útero miomatoso.

El 88'4% (99/112) de las pacientes afirmó que se volvería a someter a la misma cirugía si se encontrara en la misma situación, mientras que el 4'5% (5/112) no se volvería a someter a la intervención, y el 7'1% (8/112) no sabe / no contesta (pregunta 7).

Dado que la mayoría de las pacientes fueron sometidas a una histerectomía abdominal total (57'1%) o a una histerectomía total laparoscópica (31'3%), se compararon las respuestas de estos dos grupos de pacientes. Al comparar las respuestas sobre los síntomas antes y después de la intervención (preguntas 3, 4, 5, 6) no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las respuestas dadas por las pacientes sometidas a histerectomía abdominal total y las pacientes sometidas a histerectomía total laparoscópica. Cuando se compararon las respuestas sobre el dolor postoperatorio no se encontraron diferencias estadísticamente significativas; no obstante, la mediana de puntuación para el grupo de pacientes a las que se les realizó una histerectomía abdominal se situó en el 4, mientras que para las pacientes a las que se les realizó una histerectomía laparoscópica se situó en 2 (Figura 4).

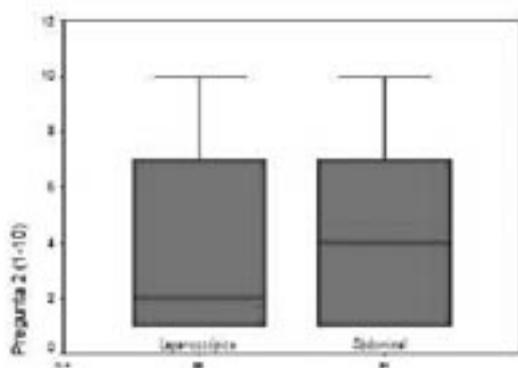


Figura 4.- Distribución en las puntuaciones de dolor post-operatorio en pacientes tras histerectomía laparoscópica y abdominal.

DISCUSIÓN

A pesar de las limitaciones a la hora de interpretar los resultados obtenidos, en la realización de una encuesta no validada vía telefónica tras una intervención quirúrgica, los datos aportados por las pacientes pueden ser de gran ayuda para la evaluación de un tipo de intervención quirúrgica para una misma indicación, en un mismo centro hospitalario.

Cunado a las pacientes se les preguntó sobre si el procedimiento quirúrgico había supuesto o no un cambio en su calidad de vida (pregunta 1), estas respondieron mayoritariamente que sí (78'6%), encontrándose igual (17%) o peor (4'4%) sólo una minoría de ellas. Estos datos son acordes con los reportados por Kjerulff (4) que realiza una encuesta de satisfacción tras la realización de una histerectomía a 1299 pacientes, encontrando que 12 meses tras la cirugía el 85% de las pacientes referían que su salud era mejor que antes de la intervención quirúrgica. A este respecto cabe destacar que en la encuesta publicada en este artículo, cuando a las pacientes se les preguntó si volverían a someterse a la intervención (pregunta 7); una amplia mayoría (88'4%) respondió que sí, y sólo unas pocas respondieron que no sabían (7'1%) o que no (4'5%). Merece la pena comentar que si bien un 78'6% de las pacientes refieren encontrarse mejor tras la cirugía, son aun más (10 puntos de diferencia hasta 88'4%) las que volverían a someterse a la intervención.

En cuanto a las complicaciones urinarias (pregunta 3): se han publicado un gran número de artículos en la literatura científica reciente que informan sobre un aumento de los síntomas urinarios tras la realización de una histerectomía. Estos síntomas van desde síntomas de frecuencia miccional hasta incontinencia urinaria de urgencia y/o esfuerzo (5). La histerectomía puede dar lugar a daños en la inervación vesical o en los tejidos de soporte del suelo pélvico, lo cual podría conducir a la disfunción posterior, no obstante el papel de la histerectomía en la incontinencia urinaria es controvertido. La retención urinaria es la única complicación postoperatoria que es mayor en pacientes sometidas a una histerectomía vaginal en comparación con aquellas sometidas a una histerectomía abdominal (6, 7). La mayoría de las pacientes entrevistadas (62'5%) no mostraron cambios con respecto a los síntomas de índole urológica, encontrándose mejor un 24'1% y peor un 13'4%.

En lo referente a las complicaciones anorrectales (pregunta 4): los datos relacionados con el estreñimiento, la evacuación incompleta, y la incontinencia fecal tras la realización de una histerectomía abdominal son conflictivos. Es difícil determinar si la histerectomía juega un papel en la génesis de estos trastornos (7, 8). Según los datos de la encuesta publicada, la mayoría de las pacientes (77'7%) no mostraron cambios en cuanto a los síntomas de tipo anorrectal, un 11'6% refirió mejoría, y un 10'7% refirió encontrarse peor.

Con respecto a la esfera psico-sexual (pregunta 5), estudios prospectivos han encontrado efectos terapéuticos de la histerectomía, incluyendo mejoría en el estado de ánimo y en la calidad de vida de las pacientes. Múltiples estudios han demostrado que la histerectomía, con o sin ooforectomía, parece tener pocos o ningún efectos sobre la función sexual (9, 10, 11). Según los datos arrojados por la encuesta, las pacientes de forma mayoritaria contestaron que no existieron variaciones en la función sexual tras el procedimiento (65'2% igual, 14'3% mejor, y 20'5% peor).

En el caso del dolor pélvico (pregunta 6), la mayoría de las pacientes (53'6%) comunicó mejoría tras la intervención, aunque un porcentaje no despreciable (38'4%) de pacientes no encontró diferencias en este sentido, y sólo una minoría (8%) refirió encontrarse peor que antes de la histerectomía. No hay ensayos controlados aleatorizados que evalúen la eficacia de la histerectomía en el tratamiento del dolor pélvico. Los

estudios de cohorte tanto prospectivos como retrospectivos sugieren que la histerectomía significativamente alivia o elimina el dolor pélvico en el 78 al 96 por ciento de las mujeres (12, 13). Hartmann et al. (14) realizan un gran estudio prospectivo de cohortes sobre 1249 mujeres sometidas a una histerectomía por proceso benigno, reportando reducciones en el dolor entre aquellas mujeres que presentaban tanto dolor y depresión antes de la intervención, como entre aquellas mujeres que sólo presentaban dolor antes de la realización de la histerectomía.

Al comparar las respuestas dadas por las pacientes sometidas a una histerectomía abdominal total con las dadas por las pacientes sometidas a una histerectomía total laparoscópica, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las cuestiones. La percepción de que los procedimientos laparoscópicos son más costosos que los procedimientos abiertos, ha sido una de las principales razones para la lenta aceptación de la cirugía laparoscópica. Los beneficios de una más corta estancia hospitalaria en la histerectomía laparoscópica podrían compensar los mayores costes del procedimiento. Sin embargo, se necesita una perspectiva más amplia, incluyendo los costes indirectos y los efectos a largo plazo, como la supervivencia y calidad de vida, para determinar las implicaciones en la práctica rutinaria (15). La histerectomía laparoscópica en comparación con la abdominal se asocia con menor pérdida sanguínea, menor estancia hospitalaria, vuelta más rápida a la actividad normal, menos infección de la herida quirúrgica y menos fiebre, mayor tiempo quirúrgico, y mayor tasa de lesiones del tracto urinario (16). A pesar de que las diferencias no fueron estadísticamente significativas, las puntuaciones de dolor en el postoperatorio (pregunta 2) reflejan menores puntuaciones de dolor en el grupo de las pacientes sometidas a una histerectomía vía laparoscópica. Probablemente, estas diferencias serían más evidentes si las pacientes hubieran sido evaluadas en el postoperatorio y no vía telefónica meses después de la intervención.

Nieboer et al. (17) realizan un ensayo controlado y aleatorizado para evaluar la calidad de vida de las pacientes sometidas a una histerectomía abdominal, frente a las pacientes sometidas a una histerectomía por vía laparoscópica. Estudian 59 pacientes (27 histerectomías laparoscópicas y 32 histerectomías abdominales) con una media de seguimiento de 243 semanas tras la cirugía. Los autores concluyen que con seguimiento de 4 años, las pacientes sometidas a una histerectomía laparoscópica mostraron mejores puntuaciones en los cuestionarios de la calidad de vida que aquellas pacientes a las que se les realizó una histerectomía por vía abdominal. Otros autores alcanzan similares conclusiones (18, 19).

Del mismo modo, en un estudio comparativo en el que se evaluó a 30 pacientes a las que se les realizó una histerectomía abdominal por útero miomatoso, frente a otras 30 pacientes a las que se les realizó una histerectomía vaginal con la misma indicación; los autores concluyen que las pacientes sometidas a la histerectomía vía vaginal obtienen mejores puntuaciones en cuanto a calidad de vida y satisfacción con el procedimiento quirúrgico (20).

Einarsson et al. (21) evalúan la calidad de vida en pacientes sometidas a una histerectomía total laparoscópica frente a las pacientes a las que se les realizó una histerectomía subtotal laparoscópica; encontrando mejores puntuaciones en calidad de vida a corto plazo tras la cirugía en las pacientes sometidas a una histerectomía subtotal. No encuentran diferencias significativas en cuanto al dolor postoperatorio o en el retorno a las actividades diarias.

CONCLUSIONES

Los datos obtenidos por la encuesta son acordes con los publicados en la bibliografía internacional. No parece haber variaciones en cuanto a los síntomas urológicos, anorrectales, ni alteraciones en la función sexual. Las pacientes sometidas a una histerectomía por útero miomatoso presentan un alto grado de satisfacción tras la cirugía, comunicando en su mayoría una mejora en cuanto al dolor pélvico previo a la cirugía, y una mejor calidad de vida tras la intervención. En general, la mayoría de las pacientes refieren un postoperatorio poco doloroso, con una tendencia a menores puntuaciones de dolor en el caso de la cirugía endoscópica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Vessey MP, Villard-Mackintosh L, McPherson K, Coulter A et al. The epidemiology of hysterectomy: findings in a large cohort study. *Br J Obstet Gynaecol* 1992;99: 402-407.
2. Garry R. Health economics of hysterectomy. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2005;19(3):451-65.
3. Jacoby VL, Autry A, Jacobson G, et al. Nationwide use of laparoscopic hysterectomy compared with abdominal and vaginal approaches. *Obstet Gynecol* 2009; 114:1041.
4. Kjerulff KH, Rhodes JC, Langenberg PW, Harvey LA. Patient satisfaction with results of hysterectomy. *Am J Obstet Gynecol*. 2000;183(6):1440-7.
5. Baggish MS. Total and subtotal abdominal hysterectomy. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2005;19(3):333-56.
6. Dicker RC, Greenspan JR, Strauss LT, et al. Complications of abdominal and vaginal hysterectomy among women of reproductive age in the United States. The Collaborative Review of Sterilization. *Am J Obstet Gynecol* 1982; 144:841.
7. Thakar R, Sultan AH. Hysterectomy and pelvic organ dysfunction. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2005;19(3):403-18.
8. Learman LA, Summitt RL Jr, Varner RE, et al. A randomized comparison of total or supracervical hysterectomy: surgical complications and clinical outcomes. *Obstet Gynecol* 2003; 102:453.
9. Roovers JP, van der Bom JG, van der Vaart CH, Heintz AP. Hysterectomy and sexual wellbeing: prospective observational study of vaginal hysterectomy, subtotal abdominal hysterectomy, and total abdominal hysterectomy. *BMJ* 2003; 327:774.
10. El-Toukhy TA, Hefni M, Davies A, Mahadevan S. The effect of different types of hysterectomy on urinary and sexual functions: a prospective study. *J Obstet Gynaecol* 2004; 24:420.
11. Rhodes JC, Kjerulff KH, Langenberg PW, Guzinski GM. Hysterectomy and sexual functioning. *JAMA* 1999; 282:1934.
12. Carlson KJ, Miller BA, Fowler FJ Jr. The Maine Women's Health Study: I. Outcomes of hysterectomy. *Obstet Gynecol* 1994; 83:556.
13. Tay SK, Bromwich N. Outcome of hysterectomy for pelvic pain in premenopausal women. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 1998; 38:72.
14. Hartmann KE, Ma C, Lamvu GM, et al. Quality of life and sexual function after hysterectomy in women with preoperative pain and depression. *Obstet Gynecol* 2004; 104:701.
15. Bijen CB, Vermeulen KM, Mourits MJ, de Bock GH. Costs and effects of abdominal versus laparoscopic hysterectomy: systematic review of controlled trials. *PLoS One*. 2009 5;4(10):e7340.
16. Johnson N, Barlow D, Lethaby A, et al. Surgical approach to hysterectomy for benign gynaecological disease. *Cochrane Database Syst Rev* 2006;CD003677.
17. Nieboer TE, Hendriks JC, Bongers MY, Vierhout ME, Kluivers KB. Quality of life after laparoscopic and abdominal hysterectomy: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol*. 2012;119(1):85-91.
18. Kluivers KB, Hendriks JC, Mol BW, Bongers MY, Bremer GL, de Vet HC, Vierhout ME, Brolmann HA. Quality of life and surgical outcome after total laparoscopic hysterectomy versus total abdominal hysterectomy for benign disease: a randomized, controlled trial. *J Minim Invasive Gynecol*. 2007;14(2):145-52.
19. Kluivers KB, Johnson NP, Chien P, Vierhout ME, Bongers M, Mol BW. Comparison of laparoscopic and abdominal hysterectomy in terms of quality of life: a systematic review. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2008;136(1):3-8.
20. Silva-Filho AL, Werneck RA, de Magalhães RS, Belo AV, Triginelli SA. Abdominal vs vaginal hysterectomy: a comparative study of the postoperative quality of life and satisfaction. *Arch Gynecol Obstet*. 2006;274(1):21-4.
21. Einarsson JI, Suzuki Y, Vellinga TT, Jonsdottir GM, Magnusson MK, Maurer R, Yoshida H, Walsh B. Prospective evaluation of quality of life in total versus supracervical laparoscopic hysterectomy. *J Minim Invasive Gynecol*. 2011;18(5):617-21.

Artículo Original

Estudio de las diferencias obstétricas y perinatales entre gestantes españolas e inmigrantes en nuestro área de salud

Study of obstetrics and perinatal differences between Spanish and foreign immigrant women in our health area

Liberal M.L., Garrido Sánchez, Tello E., Mestanza J.A., Iglesias E.

Hospital General Nuestra Señora Del Prado. Talavera de la Reina (Toledo)

RESUMEN

Objetivo: Detectar diferencias, si las hubiese, entre los resultados obstétricos y perinatales de gestantes inmigrantes frente a españolas, así como identificar los factores maternos que explican estas diferencias. **Material y método:** se analizan 3056 mujeres, españolas e inmigrantes, que dieron a luz en el Hospital Nuestra Señora del Prado, entre el 1 de Enero de 2009 y el 31 de Diciembre de 2010. **Resultados:** no hemos encontrado diferencias entre gestantes inmigrantes frente a españolas en relación a patología gestacional, tipo de parto, lactancia materna, patología fetal y muerte fetal; pero sí hemos encontrado diferencias estadísticamente significativas entre dichas mujeres en ambos grupos en relación a gestaciones deficientemente controladas, en el ingreso en período avanzado de trabajo de parto y en la tasa de prematuridad (mayor en las gestantes rumanas). **Conclusión:** las mujeres inmigrantes procedentes de países de escasos recursos económicos que acuden a parir a nuestro hospital no presentan mayor riesgo de complicaciones durante el embarazo y el parto, contrariamente a lo que suele ser la percepción generalizada. Creemos que las diferencias encontradas se pueden asociar principalmente a las características sociales.

PALABRAS CLAVE:

Parto. Inmigración. Analgesia epidural. Lactancia materna. Mortalidad perinatal. Prematuridad. Muerte fetal.

ABSTRACT

Objective: To detect differences, if any, between obstetric and perinatal results in Spanish and foreign immigrant expectant mothers as well as maternal factors explaining the differences. **Materials and methods:** 56 women have been analyzed, both Spanish and foreign immigrants, giving birth on Nuestra Señora del Prado Hospital, from January 1st 2009 and December 31st 2010. **Results:** We have found no differences between foreign immigrants and Spanish women in relation to gestational pathology, type of labor, maternal breastfeeding, fetal pathology, perinatal results and fetal mortality, although we did find significant statistical differences between the expectant mothers, being the foreign immigrants' rate higher in regarding deficiently-controlled gestations, on the admission in an advanced stage of labor and on the premature-born babies rate, being the highest one among Romanian women. **Conclusion:** Foreign immigrant women from countries with limited economic resources who came to our hospital for laboring did not present a higher risk of complication during pregnancy and labor, contrary to what it seems to be generally perceived. We believe the differences found in the study can be associated mainly to social characteristics.

KEYWORDS

Birth or labor. Immigration. Epidural anaesthesia. Maternal breastfeeding. Prematurely birth. Perinatal mortality.

INTRODUCCIÓN

La inmigración procedente de los países con escasos recursos económicos es un fenómeno importante en la mayor parte de los países desarrollados del mundo Occidental, desde un punto de vista económico, social y cultural. Nuestro país en pocas décadas, ha pasado de ser, país emisor de emigrantes a receptor de inmigrantes; adquiriendo esta circunstancia gran importancia en los últimos años, cambiando las características demográficas de nuestro país y favoreciendo el crecimiento de la natalidad.

Según el Instituto Nacional de Estadística (INE) (1), el número de inmigrantes en el 2009 representaba el 12,08% de la población española (47% eran mujeres); y durante los años 2009-2010, Castilla La Mancha fue la quinta Comunidad Autónoma con mayor número de inmigrantes, 229.554, representando un 10,94% de su población total.

CORRESPONDENCIA:

Marisa Liberal Vinagre

Hospital General Nuestra Señora Del Prado. Talavera de la Reina (Toledo)

Carretera de Madrid. Km 114. Talavera de la Reina (Toledo)

E-mail: marisalibe@hotmail.com

En los años 80, los varones eran los principales inmigrantes, mientras que las mujeres les seguían como migración conjunta o reagrupamiento familiar. Pero en los últimos años, según la Organización Internacional de Migraciones (OIM) (2), se aprecia un aumento de las corrientes migratorias femeninas de carácter económico; correspondiendo a mujeres que emigran solas, empleándose como mano de obra en el sector servicios y en trabajos de menor cualificación, siendo el único sustento económico de sus familias. Este es el caso de las mujeres sudamericanas y de Europa del Este. Esta circunstancia viene acompañada de un aumento de los nacimientos de hijos de madres extranjeras.

Se tiende a pensar que las mujeres inmigrantes tienen peor control de su gestación y resultados perinatales inferiores, debido en la mayoría de los casos, al bajo nivel socioeconómico y cultural, al estrés que supone estar en otro país y las difíciles condiciones laborales y sociales que padecen (3). Pero en contraposición, en numerosos trabajos (4,5), se concluye que las mujeres inmigrantes tienen valores perinatales parecidos a las españolas y no tan negativos como cabría esperar, debidos quizás: al fenómeno de migración selectiva, a los comportamientos prenatales saludables de las mujeres inmigrantes: no consumo de alcohol ni tabaco (6), a la multiparidad y la edad media de dichas mujeres que son inferiores a la media española (7) y además, hay que tener en cuenta que el Sistema de Salud español permite un fácil acceso a la atención médica de las mujeres embarazadas (8,9).

No olvidar que los resultados obstétricos y perinatales pueden verse afectados por diversas enfermedades propias de la población inmigrante y diferentes de las comunes en mujeres españolas; así como las distintas características y peculiaridades: religión, estilo de vida, hábitos nutricionales, costumbres,...

En cuanto al objetivo principal de nuestro estudio es detectar diferencias, si las hubiese, entre los resultados obstétricos y perinatales de las mujeres inmigrantes procedentes principalmente de países con pocos recursos económicos frente a las españolas atendidas en el Área de Salud de Talavera de la Reina.

En el trabajo analizaremos parámetros de las mujeres gestantes inmigrantes y autóctonas tales como:

- Características epidemiológicas maternas, mediante la comparación de la edad media materna en el momento del parto y la paridad.
- Consideración de la patología gestacional y en el momento del parto, comparando tasas de Hipertensión inducida por el embarazo (HIE), Diabetes gestacional insulina-dependiente (DGID) y Desprendimiento prematuro de placenta normalmente inserta (DPPNI).
- Observación de la posible existencia de diferencias en el control gestacional, así como en las características del parto, tasa de episiotomías y tasa de lactancia materna.
- Comparación de la patología fetal mediante el análisis del bajo peso, el crecimiento intrauterino retardado (CIR), el oligoamnios y la muerte fetal anteparto; así como los resultados perinatales por medio del examen del Test de Apgar y Ph arterial fetal.

MATERIAL Y MÉTODOS

Hemos realizado un estudio descriptivo observacional retrospectivo en el se ha analizado los datos de las gestantes que parieron en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Nuestra Señora del Prado, entre el 1 de Enero de 2009 al 31 de Diciembre de 2010. Estos datos han sido recogidos del "Libro de partos" de dicho Hospital que reúne la totalidad de los nacimientos tanto intra como extrahospitalarios de dicho centro y que constituye un documento oficial de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Castilla La Mancha. Para realizar la recogida de datos hemos necesitado del programa Microsoft EXCEL 2003. Así mismo hemos empleado el programa SPSS 12.0 para realizar los cálculos estadísticos y el estudio descriptivo. En el estudio se consideran resultados estadísticamente significativos aquellos con $p < 0,05$ (de Pearson).

Como criterio de inclusión: haber parido en nuestro Servicio entre las fechas antes dichas y como criterio de exclusión: haber parido fuera del período de tiempo escogido para el estudio o ante la falta de alguno de los parámetros analizados (en 31 partos faltaban datos necesarios para el estudio, por lo que han sido excluidos). Las variables estudiadas (Tabla 1).

Características socio-demográficas: agrupamos a las gestantes según el lugar de origen	<ul style="list-style-type: none"> • Mujeres españolas • Mujeres procedentes de países latinoamericanos • Mujeres procedentes de países orientales • Mujeres magrebíes • Mujeres africanas • Mujeres de Europa del Este • Mujeres de países europeos no españolas
Control gestacional	
Características del parto	<ul style="list-style-type: none"> • Tipo de parto: eutócico, instrumental o cesárea e indicación del mismo • Parto múltiple • Paridad • Edad materna • Analgesia epidural • Episiotomía • Lactancia materna • Período expulsivo
Patología Obstétrica y Fetal	<ul style="list-style-type: none"> • Hipertensión inducida por el embarazo (HIE) • Diabetes gestacional insulina-dependiente (DGID) • Prematuridad • Macrosomía • Crecimiento Intrauterino Retardado (CIR) • Oligoamnios • Abruption placentae o Desprendimiento de placenta normoinserta (DPPNI)
Resultados perinatales	<ul style="list-style-type: none"> • Prematuridad y el peso fetal • Peso y sexo del Recién nacido • pH arterial (cordón fetal) y test de Apgar • Mortalidad anteparto

Tabla 1 - Variables estudiadas

RESULTADOS

De los 3025 partos analizados, 1499 suceden en el año 2009 y 1556 en el año 2010. Del total de partos un 81,95% (2479) fueron de mujeres gestantes españolas y un 18,05% (546) de inmigrantes (Figura 1). En el caso de los partos correspondientes a mujeres inmigrantes, 276 acontecen en el año 2009 y 270 en 2010.

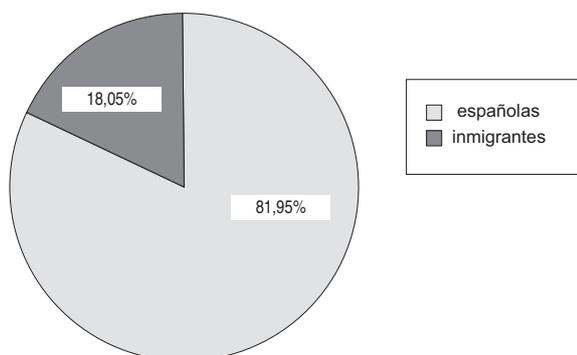


Figura 1. La distribución de la población a estudio corresponde a un 81,95% (2479) de mujeres gestantes españolas y un 18,05% (546) de inmigrantes

De las 546 mujeres inmigrantes, las de Europa del Este son mayoritarias con un 7,3% (220), seguidas por latinoamericanas 6,4% (193), magrebíes 2% (61), orientales 1,7% (52), occidentales no españolas 0,5% (14) y africanas 0,2% (6). (Figura 2)

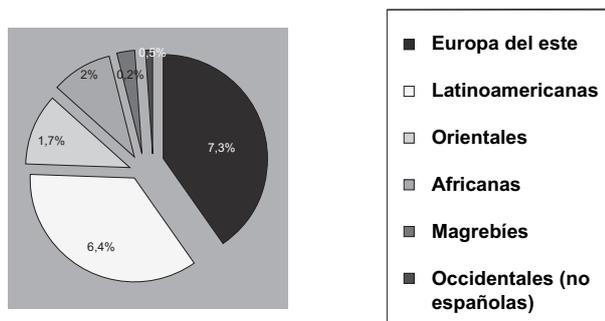


Figura 2. La distribución de la población de mujeres inmigrantes que han parido en el Hospital Nuestra Señora del Prado en el período de estudio

- Edad materna en el momento del parto: la media de edad más baja pertenece a las africanas, 24,3 años, frente a la media de edad de las mujeres españolas que está en 30,02 años, no siendo estos datos estadísticamente significativos ($p > 0,05$) (Tabla 2).

Grupo socio-demográfico	Número (%)	Edad media \pm Desviación estándar (años)
Españolas	2479 (81,95%)	30,02 \pm 2,8
Inmigrantes	546 (18,05%)	26,74 \pm 3,4
Magrebíes	61 (2,02%)	29,1 \pm 6,2
Latinoamericanas	193 (6,38%)	27,2 \pm 5,8
Africanas	6 (0,20%)	24,3 \pm 2,3
Europeas del Este	220 (7,27%)	25,4 \pm 3,2
Orientales	52 (1,72%)	27,9 \pm 4,6
Occidentales no españolas	14 (0,46%)	28,2 \pm 5,8
TOTAL	3025 (100%)	29,01 \pm 2,9

Tabla 2 - Distribución de los partos objeto de estudio ordenada según las características socio-demográficas, número, porcentaje, edad media de la madre en años y su desviación típica

Respecto a los partos en adolescentes (9), dentro del grupo de las pacientes extranjeras fue más frecuente en mujeres latinoamericanas correspondiendo al 5% de los partos; aunque el mayor número de estos partos se da en la población autóctona, a costa de las mujeres de etnia gitana concerniendo al 8,2% de los partos de las mujeres españolas. Esta diferencia no se muestra estadísticamente significativa ($p = 0,09$)

Destacar que en las gestantes autóctonas se encuentra el mayor porcentaje de mujeres afeadas (a partir de los 35 – 40 años) (10,11). El 22,2% (550) de las gestantes españolas eran mayores de 35 años.

- Paridad entre gestantes autóctonas frente a inmigrantes (primíparas 48% vs 44% y múltiparas 15% vs 12%, respectivamente) no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas ($p = 0,062$).

CONTROL GESTACIONAL

Se ha hallado una tasa de gestaciones con un deficiente control en inmigrantes que se triplica frente a españolas (0,9% vs 0,3%, respectivamente), resultando esta diferencia estadísticamente significativa ($p = 0,046$). Con una gran diferencia son las mujeres magrebíes las de peor control gestacional, únicamente una de cada cinco lo hacían correctamente.

PATOLOGÍA OBSTÉTRICA Y FETAL

- Hipertensión inducida por el embarazo (HIE): No se han encontrado diferencias estadísticamente significativas ($p=0,33$) entre las gestantes españolas y extranjera.

- Diabetes gestacional insulina-dependiente (DGID): en la tasa en inmigrantes frente autóctonas (1,4% vs 1,2%, respectivamente) no se encuentran diferencias estadísticamente significativas ($p = 0,085$). Y entre las inmigrantes, se encuentra una mayor tasa en gestantes magrebíes (0,05%), no siendo estadísticamente significativa esta diferencia ($p = 0,078$).

- **Abruptio placentae o Desprendimiento prematuro de placenta normalmente inserta (DPPNI):** no se ha encontrado diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la incidencia de DPPNI ($p = 0,08$).

- **Patología fetal:** En cuanto al crecimiento intrauterino restringido (CIR) no se han encontrado diferencias significativas ($p=0,236$) entre fetos de madres autóctonas e inmigrantes (0,1% vs 0,12%, respectivamente). Pero dentro del grupo de las gestantes inmigrantes el 70,3% de los CIR se producen en mujeres latinoamericanas seguidas por un 12% de fetos de mujeres de Europa del Este.

Cuando se compara la tasa de oligoamnios en gestantes autóctonas frente a inmigrantes, no se establecen diferencias significativas estadísticamente ($p = 3,11$).

TIPO DE PARTO Y CARACTERÍSTICAS DEL MISMO:

- Tipo de parto:

En el estudio se observa que las gestantes españolas tienen una mayor tasa de cesárea frente a las inmigrantes (23,78% vs 18,67%, respectivamente), así como de partos instrumentales (9,1% vs 6,62%, respectivamente); mientras que las mujeres inmigrantes muestran una mayor tasa de partos eutócicos que las españolas (74,71% vs 67,12%, respectivamente). Los resultados encontrados no se demuestran estadísticamente significativos ($p=0,09$). (Figura 3)

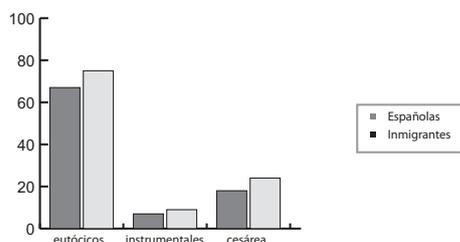


Figura 3. Distribución del tipo de parto: eutócico, instrumental o cesárea, ordenado por grupo gestante española o inmigrante

Respecto a las gestantes inmigrantes, las latinoamericanas son las que tienen la mayor tasa de cesárea (33,3%) frente a las orientales que presentan la menor (9,6%). Causa de cesárea urgente. (Tabla 3).

Grupo socio-demográfico	Número (%)	Causas de cesárea urgente			
		DPC	SPBF	NPP	FI
ESPAÑOLAS	359 (14,48%)	30 (8,36%)	130 (36,21%)	170 (47,35%)	29 (8,08%)
INMIGRANTES	62 (11,36%)	5 (8,06%)	29 (46,77%)	21 (33,87%)	7 (11,29%)
Latinoamericanas	23 (11,92%)	2 (8,7%)	9 (39,1%)	10 (43,5%)	2 (8,7%)
Magrebíes	7 (11,48%)	1 (14,3%)	3 (42,9%)	2 (28,6%)	1 (14,3%)
Orientales	5 (9,61%)	1 (20,0%)	2 (40,0%)	1 (20,0%)	1 (20,0%)
Europa del Este	24 (10,91%)	1 (4,2%)	13 (54,2%)	7 (29,2%)	3 (12,5%)
Africanas	2 (33,33%)	0 (0,0%)	2 (100%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Occidentales no españolas	1 (7,14%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (100%)	0 (0,0%)

Tabla 3 - Distribución de las causas de cesárea urgente: DPC, SPBF, NPP, FI; ordenadas por grupo de gestantes española o inmigrante y subgrupo de inmigrante

La principal causa de cesárea electiva en españolas e inmigrantes es la revocación del parto vaginal tras cesárea previa (44% de cesáreas electivas), con resultados no estadísticamente significativos, ($p=0,072$). En el caso de las gestantes africanas la causa principal de cesárea es la presentación podálica.

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($p=0,99$) en el número de gestantes autóctonas con cesárea anterior frente a gestantes inmigrantes (5,8% vs 4,7%, respectivamente). Pero entre las inmigrantes, se observa que un 46% de las gestantes con cesárea anterior son latinoamericanas, seguidas de un 23% por las de Europa del Este.

Según el protocolo de nuestro servicio, aquellas mujeres que tuvieron una cesárea previa pueden tener un trabajo de parto y parto eutócico al igual que en aquellas mujeres sin cesárea anterior.

En cuanto a la principal causa de parto instrumental fue la ayuda materna sin encontrar diferencias estadísticamente significativas según el origen de la gestante ($p>0,05$).

- **Partos múltiples:** de los 3025 partos del estudio, 33 fueron partos múltiples gemelares. De ellos 30 se produjeron en gestantes españolas (1,2% del total de partos en autóctonas) y 3 en gestantes inmigrantes (0,5% del total de partos en inmigrantes).

No se define, por ser gestaciones gemelares, mayor patología.

- **Analgesia epidural:** las inmigrantes solicitaron menos analgesia epidural que las gestantes autóctonas, con resultados no estadísticamente significativos ($p > 0,05$). Cabe destacar que únicamente el 10% de las mujeres africanas y un 25% de las orientales utilizaron la analgesia epidural frente a un 58% de las mujeres autóctonas.

- **Ingreso en periodo de expulsivo:** con diferencias estadísticamente significativas ($p=0,032$) se objetiva que el 75% de las mujeres que acuden en periodo expulsivo son inmigrantes, de las cuales un 32% son orientales y un 24% rumanas.

Se observa que el 73,2% de las mujeres que visitaron en periodo expulsivo el hospital ya habían tenido un parto anterior como mínimo (secundíparas y múltiparas). Cabe destacar que un 63,2% de las mujeres que acudieron en periodo expulsivo tenían un control de su gestación deficiente.

- **Episiotomía:** no hay diferencias estadísticamente significativas ($p=1,36$) en cuanto a la realización de episiotomías en gestantes españolas frente a inmigrantes (41,9% vs 39,2%, respectivamente). Dentro de las inmigrantes, son las gestantes latinoamericanas las que tienen una mayor tasa de episiotomía (43%) frente a las africanas (16,7%), no siendo estos resultados estadísticamente significativos ($p=0,93$)

Respecto al grado de desgarro diagnosticado tras la realización de la episiotomía, se observa que son más frecuentes los desgarros de tercer y cuarto grado en mujeres autóctonas (12% de desgarros), seguidas de las gestantes de Europa del Este (9,2% del total de desgarros).

- **Lactancia materna:** en nuestro estudio la tasa es mayor entre las mujeres extranjeras frente a las españolas (89% vs 68%, respectivamente), aunque las diferencias no fueron estadísticamente significativas ($p=6,62$). Es de destacar que las púerperas africanas un 100% de los casos practican la lactancia materna.

RESULTADOS PERINATALES:

- **Edad gestacional-prematuridad:** se objetiva una ligera diferencia en la tasas de prematuridad a favor de las gestantes inmigrantes frente a las autóctonas (10,6% vs 7%, respectivamente) no siendo este resultado estadísticamente significativo ($p=0,92$). Además en inmigrantes se da mayoritariamente en madres rumanas, representando el 55% de todos los partos prematuros en inmigrantes, lo que se muestra estadísticamente significativo ($p=0,045$).

En cuanto a la tasa de prematuridad extrema (20-27 semanas) y moderada (28-32 semanas) sí se observan diferencias estadísticamente significativas ($p=0,03$), siendo el resultado de la tasa total de prematuridad entre las gestantes españolas del 13% frente al 3% en las inmigrantes.

También se observa que el 28,1% de los partos prematuros se refieren a mujeres añosas con edades superiores a los 35 años y mayoritariamente españolas y a gestantes adolescentes menores a los 15 años.

- **Bajo peso al nacer:** no hay diferencias estadísticamente significativas ($p=3,2$) entre los nacidos de madres autóctonas frente a los nacidos de madres inmigrantes (6% vs 5,1%, respectivamente) y se observa con resultados estadísticamente significativos ($p=0,043$) que entre las gestantes inmigrantes, la mayor parte de recién nacidos con bajo peso (peso fetal <2500gm) y muy bajo peso (peso fetal <1500gm), proceden de madres de Europa del Este (62,3%).

En la población de gestantes objeto de estudio se muestra que un 15,3% de los recién nacidos de bajo peso proceden de madres con edades extremas de la vida fértil, sin que sea este resultado estadísticamente significativo ($p=1,34$). Además se ha comparado las variables bajo peso y sexo en recién nacidos de madres inmigrantes (52% mujeres vs 48% hombres) y no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas ($p>0,05$).

- **Test Apgar y Ph arterial del cordón umbilical:** no se han demostrado diferencias estadísticamente significativas ($p>0,05$) entre los resultados perinatales de las gestantes inmigrantes frente a las españolas.

- **Fetos muertos:** en los dos años de estudio, se describen 11 casos de fetos muertos (0,3%), produciéndose 9 de ellos en mujeres autóctonas y dos en inmigrantes. Los procedentes de madres inmigrantes eran de gestaciones deficientemente controladas (uno era un síndrome de Potter), mientras que los fetos muertos anteparto de madres españolas eran de gestaciones correctamente controladas, pero con patología materna (2 eran diabéticas gestacionales insulín-dependiente, otra diabética no insulín-dependiente y una abortadora habitual) o fetal diagnosticada previamente (2 síndromes de Down, sin deseo de interrupción)

DISCUSIÓN

Al comenzar la discusión, hemos de explicar que en nuestros resultados contamos con el sesgo o falacia de Berkson, en la que en determinadas etnias estudiadas (africanas y mujeres de Europa Occidental no españolas), al tener muy poca prevalencia sus resultados pueden parecer que tengan menos patología, de lo que la etnia en sí puede desarrollar.

La mayor tasa de gestantes añosas españolas unida a la edad media más alta en éstas en el momento del parto se pueden atribuir a que cada vez vemos con más frecuencia que la mujer occidental espera más tiempo para quedarse embarazada, debido principalmente a que la incorporación de la mujer al mundo laboral y la competencia dentro del mismo, hace necesario que ésta tenga una mayor y mejor preparación. En contraposición, son las mujeres latinoamericanas las que tienen menor edad media en el momento del parto, pudiendo ser explicado por sus características culturales, ya que dichas mujeres son sexualmente activas con edades muy tempranas (15 o 16 años).

Destacamos que no hay diferencias en las tasas de paridad pudiéndose explicar porque la mujer inmigrante se ha incorporado al mundo laboral, no pudiendo permitirse un embarazo que implique abandonar momentáneamente su trabajo, porque en la mayor parte de las ocasiones lo perdería y además tienden a adoptar los patrones de la cultura a la que emigra, siguiendo poco a poco el patrón de la mujer española que tiene un promedio de hijos menor.

En relación al **control gestacional**, la tasa de gestaciones deficientemente controladas de las gestantes inmigrantes triplica a la de las autóctonas, destacando con diferencia a las gestantes marroquíes, coincidiendo con otros trabajos (13). Hay que tener en cuenta la barrera idiomática, la diferencia de cultura y religión, y un nivel socioeconómico bajo. Otro factor que puede influir es la incompatibilidad de la consulta con su jornada laboral o la del marido, sobre todo en ilegales.

En cuanto a la **patología gestacional**: no hubo diferencias en la tasa de HIE coincidiendo con otros trabajos (14,15) y de diabetes gestacional insulín-dependiente (al igual que el estudio del Hospital de Tarrasa) (16); pero coincidimos con Vangen (17) que destaca mayor tasa en las magrebies. Pudiendo asociarse con determinadas peculiaridades de dicha etnia: la barrera idiomática, poca o nula integración social, elevado índice de masa corporal, escaso control de la gestación y costumbres dietéticas con gran cantidad de hidratos de carbono sobre todo en período del Ramadán (18).

Atendiendo al **parto** destacamos que las inmigrantes acuden en etapas más avanzadas del parto al hospital, coincidiendo con el trabajo del Hospital del Ejido (13), siendo más frecuente en gestantes rumanas (en nuestra área viven mayoritariamente en el extrarradio de la ciudad o en zonas rurales, lejos del hospital) y orientales (que suelen tener un umbral del dolor más alto y en su cultura el dolor forma parte del proceso del parto, toleran más las contracciones en su domicilio y llegan así en fase avanzada al hospital) (19). Objetivamos en nuestros resultados que más de la mitad de estas mujeres que llegan en expulsivo tenían un deficiente control de su gestación.

Destacamos que los **partos múltiples** son más frecuentes en mujeres españolas, pudiendo estar implicado el aumento de las técnicas de reproducción asistida en dichas mujeres, ya que la edad media de las mujeres con gestación múltiple se encuentra en 32,3 años (según datos de la consulta de Fertilidad de nuestro servicio, hemos visto el aumento exponencial de tales gestaciones en mujeres españolas, siendo muchas de ellas gemelares).

Destacar en cuanto a los resultados obstétricos y perinatales, que los hijos de madres rumanas son los que presentan, con diferencia, mayor prevalencia de prematuridad (14,5%), coincidiendo con diversos estudios 7,8. Aunque en nuestra población son las gestantes españolas las que tienen mayor tasa de prematuridad extrema y moderada; objetivándose además que más de una cuarta parte de los partos prematuros (28,9%) se dan en mujeres con edades mayores de 35 (mayoritariamente españolas) y menores de 15 años. Este dato podría deberse (como expusimos anteriormente) a que las mujeres cada vez tienen su primer embarazo a edades más avanzadas, en las que se produce una disminución de fertilidad, recurriendo a técnicas de reproducción asistida con los consiguientes factores de riesgo, siendo uno de ellos la prematuridad y el bajo peso del recién nacido.

Señalar que nuestro Sistema Nacional de Salud permite un acceso fácil, gratuito y seguro a toda mujer gestante ya que se puede recurrir a él incluso en situación de ilegalidad, quizás esto justifica que sus recién nacidos no tienen más problemas que los hijos de mujeres no inmigrantes; añadir el alto porcentaje de mujeres hispanohablantes en nuestra área de salud.

En resumen, la población de mujeres inmigrantes procedentes de países de escasos recursos económicos que paren en el hospital donde se ha realizado el estudio no es muy diferente de la constituida por mujeres españolas, en cuanto a la atención médica recibida, las complicaciones en la gestación y el tipo de parto. Tampoco hay grandes diferencias en las edades ni en el número de hijos previos. Sí que existen diferencias importantes en cuanto al ámbito social, laboral, y es quizás donde hay que dirigir el esfuerzo para mejorar la situación de las mujeres inmigrantes.

Como profesionales de la salud y en especial cuidadores de la salud de las gestantes y su descendencia debemos tener en cuenta todas las situaciones sociales-económicas en muchos casos precarias de las gestantes inmigrantes que viene a nuestra consulta o al área de urgencia.

AGRADECIMIENTOS

A las matronas (Román Gujarro, Maricarmen Blanco y Matilde Hernández) por su ayuda; a Miguel Ángel por enseñarme los pasos a dar en un trabajo, y sobretodo en la vida; y a Miguel por su apoyo incondicional.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Instituto Nacional de Estadística. www.ine.es
2. Organización Internacional de Migraciones. www.iom.int
3. Kelaher M, Jessop DJ et al. Differences in low-birth weight, documented and undocumented foreign-born and US-born Latinas. *Soc. Sci. Med* 2002; 55:2171-5.
4. Essen B, Bodker B, Sjoberg No, Langhoff-rood J, Greise G, Gundmundsson S. Are some perinatal deaths in immigrant groups linked to suboptimal perinatal care services? *BJOG* 2002; 109:677-82.
5. Sánchez-Fernández, Muñoz-Ávalos S, Pérez-Cuadrado, Robledo-Sánchez, CR. Mujeres inmigrantes: características del control prenatal y del parto. *Prog Obstet Ginecol* 2003; 46 (10):441-7.
6. Forna F, Jamieson DJ, Sanders D, Lindsay MK. Pregnancy outcomes in foreign-born and US-born women. *Int. J. Gynecol. Scand* 2003; 79:131-4.
7. Acevedo P, Varea C, Montero P, Bernis C. Gestación y maternidad de las mujeres de Madrid, comparación entre madres inmigrantes y españolas. *Rev Esp Antrop Fís* 2009; 30:23-29.
8. De la Torre J, Coll C, Coloma M, Martín J, Padrón E, González N. Control de la gestación en inmigrantes. *Institut Català Salut Barna i Maresme. Anales Sis San Navarra*. 2006; 29 (I): 41-65.
9. Fabré González E, Barberá Gracia M, Cabrillo Rodríguez E, Carrera Macià JM, España Pons M. Proyecto MIAS. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia.
10. Rodríguez Rigual M, et al. Mesa redonda: Adolescencia, necesidad de creación de unidades de adolescencia. *An Pediatr* 2003; 58:104-106.
11. Stein A. Pregnancy in gravidas over 35 years. *Nurse Midwife* 1983; 28(1); 17-20
12. Horger E. Pregnancy in women over forty. *Obstet Gynecol* 1979; 49: 251.
13. Manzanares Galán S, López Gallego F, Martínez García N, Montoya Ventoso F. Resultados del mal control del embarazo de la población Inmigrante. *Prog Obstet Ginecol* 2008; 51(4): 215-23.
14. Marqueta JM, Romagosa C, et al. Diferencias de morbilidad obstétrica y perinatal entre la población autóctona y magrebí. *Clin Invest Gin Obst* 2002; 29(9):318-28.
15. Domingo Puiggròs M, Figaro Voltà C, Loverdos Eserverri I, et al. Gestante inmigrante y morbilidad neonatal. *Gac Sanit* 2002; 16:376-84.
16. López Quesada E, Prada E. La obstetricia de la inmigración en el hospital comarcal. *Ginecología y Obstetricia Clínica* 2005; 6(1):8-23.
17. Vangen S, Stoltenberg C, Holan S, Moe N, Magnus P, Harris JR, et al. Outcome of pregnancy among immigrant women. *Diabetes Care* 2003 Feb; 26(2):327-32.
18. Campos R, Gil L, Ros R, Muntaner F, Palies C. Diabetes gestacional en la inmigrante. *Ginecología y obstetricia clínica* 6(1):8-23.
19. Informe resultados cuestionario mujer inmigrante y asistencia sanitaria. Cuestionario mujer inmigrante y asistencia sanitaria. Marzo 2010. <http://www.programamias.com/index.php/cuestionario.html>

Caso Clínico

Enfermedad trofoblástica gestacional persistente

Persistent gestational trophoblastic disease

Sanz V., Pérez M.P., Rodelgo A., Gómez A.I., Toro P.

Servicio de Ginecología y Obstetricia. Complejo Asistencial de Segovia.

RESUMEN

El objetivo del artículo es resaltar, mediante la presentación de un caso clínico infrecuente, la dificultad diagnóstica y terapéutica en función del estadiaje de enfermedad trofoblástica gestacional.

Se presenta el caso de una tercigesta diagnosticada en la semana 12 de amenorrea de probable Mola hidatiforme parcial, a partir de la imagen ecográfica y valores de β -hCG elevados (404.618 UI/l).

Se realizó legrado por aspiración y el estudio anatomopatológico confirmó el diagnóstico de Mola hidatiforme. El cariotipo de restos fetales fue 46XX.

Los sucesivos controles evidenciaron incremento de β -hCG y ante sospecha de enfermedad persistente se solicitaron pruebas complementarias, que objetivaron una formación uterina multiquística intramural y dudosas imágenes nodulares en pulmón derecho. Ante la probable Mola invasiva estadio I-II score VI de FIGO, se iniciaron ciclos de Metotrexate.

Tras cuatro ciclos con descenso de β -hCG, se alcanzó un valor meseta (1.531 UI/l). Ante la ineficacia de esta primera línea de tratamiento y las expectativas genésicas de la paciente cumplidas, se decidió histerectomía conservando anejos.

Dada la persistencia de niveles detectables de β -hCG (152 UI/L) se decide tratamiento con EMA-CO consiguiendo, la remisión completa.

La Mola parcial invasiva es una patología infrecuente que acarrea una importante comorbilidad por lo que requiere un manejo diagnóstico y terapéutico precoz y eficaz.

PALABRAS CLAVE

Mola hidatiforme. Enfermedad trofoblástica persistente. Gestación molar. Neoplasia trofoblástica gestacional.

ABSTRACT

The aim of the article is to highlight, by means of the presentation of a clinical infrequent case, the diagnostic and therapeutic difficulty based on the staging of gestational trophoblastic disease.

We present the case of a pregnancy diagnosed in the week 12 of amenorrhea of partial hydatidiform mole, based on the ultrasound image and high values of β -hCG (404,618 UI/l). Curettage by aspiration was conducted and the histological study confirmed the diagnose of hydatidiform mole. The karyotype of fetal remains was 46XX.

Successive controls showed increased of β -hCG and we suspected persistent disease, we requested additional tests, which objectified an uterine multicystic intramural tumor and dubious nodular images in the right lung. Suspecting a probable invasive mole in stage I-II score VI by FIGO, we began cycles of methotrexate.

After four cycles with a decline of β -hCG levels, it reached a plateau value (1,531 IU/l). Given the inefficiency of this first line treatment and with the patient's fertility expectations accomplished, we decided to hysterectomy preserving annexes. Given the persistence of detectable levels of β -hCG (152 IU/L) we decided to carry out a treatment with EMA-CO, eventually achieving complete remission.

The invasive partial Mole is an infrequent pathology characterized by an important comorbidity. Therefore, it requires an early and efficient diagnostic and therapeutic action.

KEY WORDS

AHydatidiform mole. Persistent trophoblastic disease. Molar pregnancy. Gestational trophoblastic neoplasia.

INTRODUCCIÓN.

La neoplasia trofoblástica gestacional (NTG) consiste en la persistencia de niveles de β -hCG detectables tras tratamiento evacuador de la mola mediante legrado por aspiración o infrecuentemente, después de una gestación y/o presencia de metástasis. La enfermedad trofoblástica persistente es una entidad clínica que incluye la Mola hidatiforme (parcial y completa) y tres tumores malignos: mola invasiva, coriocarcinoma y tumor del sitio placentario.

El 15-20% de las molas hidatiformes desarrollan enfermedad persistente y sólo el 3-5% lo hacen a partir de molas parciales. Del total de NTG, el 15% se va a presentar como enfermedad localizada y el 4% como metastásica. La mayoría de las formas localizadas son molas invasoras, mientras que las metastásicas suelen ser coriocarcinomas (1, 2).

CORRESPONDENCIA:

Virginia Sanz García;

Servicio de Ginecología y Obstetricia.

Complejo Asistencial de Segovia

C/Miguel Server s/n. Segovia. Fax. 921 44 05 32.

E-mail: virsg84@hotmail.com

La mola invasora se caracteriza por la presencia de vellosidades hidrópicas que invaden el miometrio, espacios vasculares o sitios extrauterinos. La diferencia con el coriocarcinoma es la marcada proliferación celular de éste.

Los factores de riesgo de NTG tras la evacuación molar son: quistes tecaluteínicos de más de 6 cm, útero aumentado de tamaño, edad de la paciente mayor de 40 años, antecedentes de enfermedad trofoblástica previa, niveles iniciales de β -hCG mayores de 100.000 mUI/ml o presencia de hiperplasia o atipia en la histología (3,4).

El síntoma más frecuente es el sangrado intermitente o continuo después de una gestación molar, un aborto o en el puerperio. En ocasiones, se presenta como lesiones metastásicas en pulmón (80%), vagina (30%), pelvis (20%), cerebro (10%) o hígado (10%) (5, 6).

El diagnóstico de NTG se establece mediante la clínica, la imagen ecográfica de masas anecoicas muy vascularizadas y la monitorización de β -hCG (7). El estudio de extensión se completa con pruebas de imagen como la radiografía de tórax, y la TAC o RMN craneal o abdominopélvica (8, 9).

La estadificación anatómica de la NTG viene definida por el sistema de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) que clasifica como estadio I a la enfermedad que está confinada al útero; estadio II cuando se extiende a vagina, pelvis o ambas; estadio III si existen metástasis pulmonares y IV cuando afecta a otras localizaciones (sistema nervioso central, hígado, riñón o aparato digestivo) (10).

Por otro lado, mediante el sistema de puntuación pronóstica de la FIGO de 2002 se valora el riesgo potencial de resistencia al tratamiento quimioterápico (11). Este sistema tiene en cuenta la edad de la paciente, el tipo de gestación y el tiempo transcurrido entre ésta y el inicio de la quimioterapia, los niveles de β -hCG previos al tratamiento, el grupo sanguíneo, el tamaño tumoral, el número y localización de metástasis y si se ha administrado quimioterapia previamente.

El tratamiento consiste en quimioterapia con agente único: Metotrexate (MTX) o Actinomicina D (ACTD) en pacientes de bajo riesgo (puntuación pronóstica < 7) (12), o poliquimioterapia: Actinomicina D, Etopósido, Metotrexate, Vincristina y Ciclofosfamida (EMA-CO) ó bien, Metotrexate, Actinomicina D y Ciclofosfamida o Clorambucil (MAC) en aquellas de elevado riesgo (puntuación ≥ 7). Dentro de las pautas de poliquimioterapia, EMA-CO ha demostrado ser ampliamente superior a la triple terapia o MAC en pacientes con metástasis o puntuación pronóstica de alto riesgo (13-18).

En las pacientes con enfermedad en estadio I el tratamiento inicial es monoquimioterapia junto con histerectomía si no desea preservación de su fertilidad. En los estadios II y III es necesario valorar si se trata de un caso de bajo o alto riesgo para decidir entre mono o poliquimioterapia respectivamente. Por último, las pacientes en estadio IV deben ser tratadas con poliquimioterapia intensiva primaria, radioterapia y en algunos casos, tratamiento quirúrgico.

CASO CLÍNICO

Se presenta el caso de una tercigesta de 27 años de edad que consulta en urgencias en múltiples ocasiones por metrorragia escasa e intermitente junto con moderada hiperémesis. En la semana 12 de amenorrea es diagnosticada de probable mola hidatiforme parcial a partir del patrón ecográfico típico "en copos de nieve" y feto con actividad cardíaca y longitud craneo-caudal acorde con amenorrea. En el momento del diagnóstico los valores de β -hCG eran de 404.618 U/l (Figura 1).



Figura 1. Feto de 13 semanas ecográficamente normal e imagen compatible con Mola hidatiforme (en "copos de nieve")

Se realizó legrado por aspiración y el estudio anatomopatológico del material obtenido confirmó el diagnóstico de mola hidatiforme. El cariotipo de los restos fetales fue 46XX sin objetivarse alteraciones genéticas de ningún tipo.

Después de un importante descenso de los niveles de β -hCG tras el legrado evacuador (77.749 UI/L) y en los sucesivos controles (hasta 35.490 UI/L), se evidencia un incremento de los valores de la hormona (39.272 UI/L). Ante la sospecha de enfermedad trofoblástica persistente se solicitaron pruebas complementarias.

La TAC y RMN abdominopélvicas objetivaron un tamaño uterino aumentado y la presencia de una formación uterina multiquistica intramural de 5 cm de diámetro en la zona ístmica derecha sin observarse afectación de parametrios. En la TAC torácica se evidenciaron también dudosas imágenes nodulares de hasta 7mm en el lóbulo superior del pulmón derecho, sospechosas de malformación vascular sin poder descartar otras posibilidades. La TAC craneal no presentaba hallazgos patológicos.

Ante la probable mola invasiva estadio I-II score IV de la SEGO, se inició tratamiento quimioterápico en monoterapia con ciclos de Metotrexate semanal con dosis de 50 mg/m².

Tras cuatro ciclos de Metotrexate con buena respuesta y con descenso progresivo de β -hCG, se alcanzó un valor meseta (1.531 UI/L). En las pruebas complementarias de imagen se confirmó la persistencia de la tumoración uterina multiquistica de 5cm aunque ya no se observaban las lesiones pulmonares (Figura 2).



Figura 2. Resonancia Magnética Nuclear que evidencia persistencia de imagen multiquistica tras 4 ciclos de MTX

Ante la ausencia de respuesta analítica y radiológica de esta primera línea de tratamiento y al presentar la paciente sus expectativas genésicas cumplidas, se decidió en Comité Clínico de Tumores la realización de histerectomía conservando anejos.

El estudio anatomopatológico confirmó el diagnóstico de mola hidatiforme de 3 cm de diámetro en fondo uterino con invasión de vasos miometriales (Figura 3).



Figura 3. Imagen macroscópica de útero y Mola hidatiforme intramural de 3cm de diámetro

A pesar del tratamiento quirúrgico, los niveles de β -hCG seguían siendo detectables (152 UI/L) por lo que se decidió una segunda línea de tratamiento poliquimioterápico con cuatro ciclos de EMA-CO, consistentes en:

- Día 1: Actinomicina D 500 μ g en bolo i.v. Etopósido 100mg/m² en 500 cc se SSF. Metotrexate 100mg/m² en infusión de una hora en 250cc de SSF. Metotrexate 200mg/m² en infusión continua en bomba de 12 horas en 500cc de SSF.
- Día 2: Actinomicina D 500 μ g en bolo i.v. Etopósido 100mg/m² en 500 cc se SSF junto con rescate de Ácido Polínico de 15mg i.v. en bolo cada 6 horas con un total de 8 dosis comenzando después de 24 horas tras el bolo de Metotrexate.
- Día 7: Vincristina 1mg/m² i.v. y Ciclofosfamida 600 mg/m² i.v.

La paciente mostró tolerancia aceptable al tratamiento poliquimioterápico presentando neutropenia moderada (810 neutrófilos) que obligó a retrasar la administración del segundo ciclo, junto con emesis grado II, epigastralgia inespecífica con exploración abdominal normal, discreto estreñimiento y astenia.

A partir del segundo ciclo de quimioterapia la paciente mantuvo cifras de β -hCG indetectables (< 0,1 UI/L) hasta el momento y todos los controles radiológicos realizados hasta la fecha, descartan la existencia de metástasis o enfermedad residual (Figura 4).

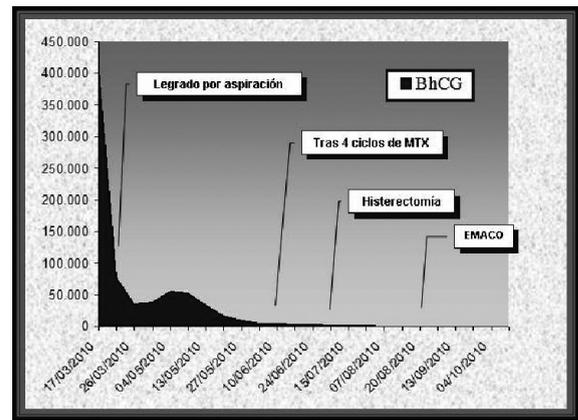


Figura 3. Imagen macroscópica de útero y Mola hidatiforme intramural de 3cm de diámetro

DISCUSIÓN:

El tratamiento óptimo de la NTG requiere una evaluación completa de la enfermedad antes del inicio del mismo y un adecuado seguimiento de la respuesta de la paciente. En este caso, inicialmente se trataba de un estadio I, pero ante el fracaso de la quimioterapia con fármaco único, se reevalúa como de alto riesgo y se decide histerectomía (por deseos genésicos cumplidos) y poliquimioterapia.

La Mola invasora y el Coriocarcinoma son las formas más frecuentes de Neoplasia Trofoblástica Gestacional y se originan en la mayoría de los casos, a partir de una Mola completa. Sin embargo, existen casos más infrecuentes como el que presentamos, en los que la enfermedad persistente surge a partir de una Mola parcial. Existe la posibilidad de que en realidad, se tratara de una gestación gemelar con un feto normal y una mola completa. Sin embargo, esto es difícil de determinar con seguridad. De igual manera, el esquema terapéutico es idéntico en ambos casos.

Bibliografía:

1. Berkowitz RS, Goldstein DP. Presentation and management of molar pregnancy and gestational trophoblastic tumors. In: Hancock BW, Newlands ES, Berkowitz RS, eds. *Gestational trophoblastic disease*. London-. Chapman and Hall, 1997:127-142.
2. Goldstein DP, Berkowitz RS. Current management of complete and partial molar pregnancy. *J Reprod Med* 1994;39:139-146.
3. Tow WSH. The influence of the primary treatment of the hydatiform mole on its subsequent course. *J Obstet Gynaecol Br Commonw* 1966; 73:545-552.
4. N, Iwasaka T, Kashimura Y, et al. Gestational trophoblastic disease in women aged 50 or more. *Gynecol Oncol* 1985;20:53-61.
5. Berkowitz RS, Goldstein DP. Pathogenesis of gestational trophoblastic neoplasm. *Pathobiol Annual* 1981;11:391.
6. Bakri YN, Berkowitz RS, Khan J, et al. Pulmonary metastases of gestational trophoblastic tumor – risk factors for early respiratory failure. *J Reprod Med* 1994;39:175-178.
7. Fine C, Bundy AL, Berkowitz RS, et al. Sonographic diagnosis of partial hydatiform mole. *Obstet Gynecol* 1989; 73:414-418.
8. Garner EIO, Garrett A, Goldstein DP, et al. Significance of chest computed tomography findings in the evaluation and treatment of persistent gestational trophoblastic neoplasia. *J Reprod Med* 2004; 49:411- 414.
9. Berkowitz RS, Birnholz J, Goldstein DP, et al. Pelvic ultrasonography and the management of gestational trophoblastic disease. *Gynecol Oncol* 1983;15:403-412.
10. Kohorn EI. Negotiating a staging and risk factor scoring system of gestational trophoblastic neoplasia: a progress report. *J Reprod Med* 2002;47:445-450.
11. Goldstein DP, Vzanten-Przybysz I, Bernstein MR, et al. Revised FIGO staging system for gestational trophoblastic tumors: recommendations regarding therapy. *J Reprod Med* 1998;43:37-43.
12. Osborne R, Gerulath A. What is the best regime for low-risk gestational trophoblastic neoplasia? A review. *J Reprod Med* 2004;49:602-616.
13. Curry SL, Blessing JA, DiSaia PJ, et al. A prospective randomized comparison of methotrexate, dactinomycin and chlorambucil versus methotrexate, dactinomycin, cyclophosphamide, doxorubicin, melphalan, hydroxiurea and vincristine in "poor prognosis" metastatic gestational trophoblastic disease: a Gynecologic Oncology Group study. *Obstet Gynecol* 1989;73:357-362.
14. Gordon AN, Gershenson DM, Copeland LJ, et al. High risk metastatic gestational trophoblastic disease: further stratification into clinical entities. *Gynecol Oncol* 1989;34:54-56.
15. DuBeshter B, Berkowitz RS, Goldstein DP, et al. Metastatic gestational trophoblastic disease: experience in the New England Trophoblastic Disease Center, 1965-1985. *Obstet Gynecol* 1987;69:390-395.
16. Wong LC, Choo YC, Ma HK. Primary oral etoposide therapy in gestational trophoblastic disease: an update. *Cancer* 1986;58:14-17.
17. Bagshawe KD. Treatment of high risk choriocarcinoma. *J Reprod Med* 1984;29:813-820.
18. Bolis G, Bonazzi C, Landoni F, et al. EMA-CO regime in high-risk gestational trophoblastic tumor (GTT). *Gynecol Oncol* 1988;31:439-444.

Caso Clínico

Evisceración intestinal vaginal tras histerectomía

Transvaginal evisceration after hysterectomy

Rodríguez Ferradas E., Lasa I., Bernal T., Urbieta L., Larraza M.J.

Servicio de Ginecología y Obstetricia. Hospital Universitario Donostia

RESUMEN

La histerectomía es una de las intervenciones más realizadas en ginecología. Entre sus complicaciones podemos encontrar la evisceración vaginal intestinal. Presentamos el caso de una mujer de 73 años que presentó sangrado y salida de asas de intestino delgado por vagina tras 4 meses de histerectomía vaginal. Se realizó una intervención quirúrgica urgente con abordaje combinado abdomino-vaginal revisando el estado de las asas herniadas. La evolución posterior fue favorable.

PALABRAS CLAVE

Evisceración vaginal. Histerectomía. Postmenopausia.

ABSTRACT

Hysterectomy is one of the most performed interventions in gynecology. Among the complications we can find bowel vaginal evisceration. We report a case of a 73 year old woman who presented bleeding and vaginal intestinal herniation per vagina after 4 months of vaginal hysterectomy. We performed emergency surgery with combined vaginal-abdominal route reviewing the status of the herniated loops. The postoperative course was favorable.

KEYWORDS

Vaginal evisceration. Hysterectomy. Postmenopause.

INTRODUCCIÓN

La histerectomía es una de las intervenciones más realizadas en ginecología, en EEUU en el periodo de 2003 y 2004 se realizaron 600.000 intervenciones, de ellas un 12 % vía laparoscópica, y el resto a igual proporción por vía abdominal que vaginal (1).

Entre las complicaciones de la histerectomía podemos encontrar la evisceración vaginal que supone una emergencia quirúrgica. Presentamos un caso de evisceración intestinal vaginal tras 4 meses de intervención de histerectomía vaginal.

CASO CLÍNICO

Mujer de 73 años con antecedentes de hipertensión arterial en tratamiento médico, hipercolesterolemia y cefaleas. Intervenida quirúrgicamente de apendicectomía en la infancia, resección de pólipo endometrial por histeroscopia e histerectomía vaginal con plastias anterior y posterior por prolapso uterino grado II y cistorectocele grado II 4 meses antes de su consulta. Como antecedentes obstétricos presentaba siete gestaciones: dos abortos y cinco partos eutócicos.

Acudió a Urgencias de Ginecología de nuestro hospital por salida de asas de intestino por vagina asociado a intenso dolor abdominal y sangrado tras un mes de sensación de bultoma en vagina. A la exploración la paciente presentó abdomen blando y depresible con dolor intenso difuso y signos de irritación peritoneal, observándose un asa de ileon terminal de unos 20 cm asomando por vagina con signos de isquemia y sangrado en su zona más medial (Figura 1). El cuadro es una emergen-



Figura 1. Evisceración vaginal intestinal en la que se observa asa de ileon terminal de unos 20 cm asomando por vagina con signos de isquemia y sangrado en su zona más medial.

CORRESPONDENCIA:

Estefanía Rodríguez Ferradas;
Departamento de Obstetricia y Ginecología
Hospital Donostia.
Paseo Beguiristain 107-115, Gipuzkoa, 20080
Tlf.: 653733284
E-mail: fefirodriguez@gmail.com



Figura 2. Paciente en posición de litotomía dorsal previa inicio de intervención quirúrgica para la correcta valoración prequirúrgica.

En la intervención participaron conjuntamente el servicio de cirugía general y de ginecología. Se realizó un abordaje combinado abdomino-vaginal, con laparotomía media infraumbilical y reducción manual de asas de ileon terminal con asistencia vaginal. A la exploración la cúpula vaginal presentó un área de discontinuidad de 4 cms. Tras resección del tejido necrótico se intentó cierre de cúpula vaginal vía abdominal sin lograrse por encontrarse el tejido muy friable, por lo que se cerró vía vaginal, con la posterior colocación de una malla de Vicryl intraperitoneal sin fijación.

La revisión intestinal tras la reducción fue satisfactoria (Figura 3) presentado el intestino isquémico peristaltismo y cese del sangrado, por lo que se decidió conservación. En la analítica de control postoperatorio presentó una Hb de 14 g/dL con un Hto de 40,3 % y unos leucocitos de 18990 por microlitro con 89,5 % de neutrófilos.



Figura 3. Tras la reducción de la evisceración se procede a la revisión intestinal, observándose un peristaltismo adecuado y cese del sangrado.

El primer día postquirúrgico la paciente presentó frecuencia cardíaca irregular de 150 lpm siendo diagnosticada de fibrilación auricular reactiva a la intervención, instaurando tratamiento con furosemida. Tres días tras la intervención se inició tolerancia siendo la respuesta satisfactoria. Previo al alta se repitió ECG de control encontrándose la paciente en ritmo sinusal con extrasistolia auricular y ventricular.

Al octavo día postoperatorio se decidió alta a domicilio con ácido acetilsalicílico 100 mg. cada 24 horas y analgesia oral, debiendo continuar controles con su médico de atención primaria.

La evolución posterior de la paciente al año fue satisfactoria.

DISCUSIÓN

La evisceración intestinal vaginal tras histerectomía es un evento raro (0,28%) (2) pero que supone una emergencia quirúrgica debido a su alta tasa de complicaciones postoperatorias (15%), de necesidad de resección intestinal (20%) (3) y de recurrencias (6%) (4). En mujeres postmenopausicas los factores de riesgo implicados en su aparición son la atrofia genital asociada a la edad, la cicatrización de cirugía vaginal previa y el enteroceles asociado (5).

En la literatura se describen casos de evisceraciones vaginales tras la realización de histerectomías tanto vaginales como abdominales, laparotómicas y laparoscópicas. Pocos estudios recogen la incidencia comparada entre los distintos tipos de vía de abordaje. En 2002 Ramirez revisó 59 casos encontrando un mayor porcentaje tras histerectomía vaginal (63%) en comparación con abdominal (32%) y laparoscópica (5%) (4), sin embargo, Partsinevelos publicó en 2009 una revisión de 51 casos en la que el mayor porcentaje se produjo tras histerectomía abdominal (47%), seguida de histerectomía vaginal (29,4%) y laparoscópica (23,6%) (6).

El tratamiento de esta afección siempre es quirúrgico tras estabilización hemodinámica en el caso de encontrarse afectada. La vía de abordaje va a depender de diferentes factores. Se puede recurrir a una vía vaginal exclusiva cuando existen mínimos signos abdominales, las asas intestinales son claramente viables y fácilmente reducibles, se ha descartado la presencia de un cuerpo extraño intraabdominal y la exposición del campo es adecuada. El abordaje abdominal se puede realizar con una incisión de Pfannenstiel o una laparotomía media, teniendo en cuenta que con la primera puede resultarnos dificultosa la revisión del mesenterio en toda su extensión. El abordaje laparoscópico ha sido el menos utilizado, y propuesto como primera opción en mujeres en las que no deba realizarse una resección intestinal. En estos casos se ha descrito el refuerzo de la cúpula vaginal con un colgajo de epiplon, técnica que puede ser de gran utilidad en casos de patología oncológica que van a requerir tratamiento radioterápico adyuvante (3).

El abordaje combinado abdomino-vaginal que fue elegido en este caso permite una óptima valoración del estado intestinal, con posibilidad de resección en el caso de daño irreversible de las asas intestinales implicadas, y una corrección adecuada del defecto vaginal con la colocación de refuerzos sintéticos intraabdominales (7).

AGRADECIMIENTO

Agradecemos al servicio de cirugía general del Hospital Universitario Donostia y al equipo de enfermeras del quirófano de urgencias de ginecología por su colaboración en el manejo del caso.

BIBLIOGRAFÍA

1. Wu JM, Wechter ME, Geller EJ, Nguyen TV, Visco AG. Hysterectomy rates in the United States, 2003. *Obstet Gynecol.* 2007 Nov;110(5):1091-5.
2. Iaco PD, Ceccaroni M. Transvaginal evisceration after hysterectomy: is vaginal cuff closure associated with a reduced risk?. *Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.* 2006; 125: 134-8.
3. Narducci F, Sonoda Y, Lambaudie E, Leblanc E, Querleu D. Vaginal evisceration after hysterectomy: the repair by a laparoscopic and vaginal approach with a omental flap. *Gynecol Oncol.* 2003 Jun;89(3):549-51.
4. Ramirez PT, Klemer DP. Vaginal evisceration after hysterectomy: a literature review. *Obstet. Gynecol. Survey* 2002; 57: 462-7.
5. Río B, Pérez-Iglesias JR, Carballo MJ, Abelleira R, Ferro J, Martínez J. Vaginal evisceration: presentation and management in a postmenopausal woman. *Prog Obstet Ginecol* 2004;47(11):524-6.
6. Partsinevelos G, Rodolakis A, Athanasiou S, Antsaklis A. Vaginal evisceration after hysterectomy: a rare condition a gynecologist should be familiar with. *Arch Gynecol Obstet* (2009) 279:267-70.
7. Ho PW, Lee CW. Transvaginal small bowel evisceration and strangulation. *ANZ J Surg.* 2008 Aug;78(8):726-7.

Tribuna humanística

Indicaciones y contraindicaciones de los procedimientos tocúrgicos al finalizar el siglo XIX

Indications and contraindications tocúrgicos procedures at the end of XIX century

Rodríguez Ingelmo J.M.^I, Vico M.^{II}, Rodríguez Vico I.^{III}

^IHospital General Universitario de Elche (Alicante).

^{II}Hospital General Universitario de Alicante.

^{III}Hospital Universitario "La Paz" (Madrid).

EL ARMAMENTARIO Y LOS PROCEDERES

LA PALANCA

La palanca fue probablemente inventada por Chamberlen al mismo tiempo que el fórceps. Su forma es la de un tallo terminado por una cuchara fenestrada, que remeda, de una forma muy precisa, la rama de un fórceps recto (Figura 1).



Figura 1. La Palanca de Baudelocque.
Dibujo original del libro de Auvard

La forma de utilizar este instrumento es la siguiente: Se insinúa la pieza en el interior de la vagina hasta alcanzar el occipucio o uno de los parietales del feto y sobrepasándolos hasta adaptar dichas estructuras a la curvatura de la cuchara fenestrada. Las dos manos del obstetra, cogiendo entonces el mango del instrumento, le imprimen un movimiento de palanca, por el cual la parte fetal es conducida hacia el centro del canal genital.

De este modo, aplicada sobre el occipucio produce la flexión de la cabeza; y sobre uno de los parietales la inclinación lateral, descendiendo la eminencia parietal sobre la que actúa.

El aparato se utilizó con profusión en la primera mitad del siglo XIX, sin embargo, fue perdiendo adeptos y a finales de siglo era ya escasamente empleado. Tenía el gran inconveniente de no ser más que un instrumento de corrección, flexionando la cabeza o inclinándola lateralmente, y no de tracción como el fórceps. No obstante, en determinadas situaciones muy concretas, como en la presentación de frente o en los asinclitismos intensos, podría encontrar su indicación(1).

LA VERSION

La versión por maniobras internas es, con mucho, la más antigua de estas maniobras, ya utilizada por Hipócrates y Celso. Desde Ambrosio Paré hasta principios del siglo XIX, apenas se empleó más que la versión interna podálica.

La versión por maniobras externas, casi siempre cefálica, fue aconsejada por primera vez por Wigand (1807), y defendida con ahínco por Hubert (1843), Mattei (1855), Pinard (1878) y Dumas (1886).

La versión por maniobras mixtas ha sido preconizada por Busch (1826), Wright (1845), Braxton Hicks (1860), Roberto Barnes (1867) y Auvard (1887) (2).

Respecto a la versión externa, un aspecto enormemente discutido fue el de dilucidar el momento del embarazo más adecuado para realizar dicha intervención. Se reconocía que la época del embarazo en que era más fácil la versión externa sería el curso del octavo mes. Pero las transformaciones espontáneas de la presentación eran tanto menos frecuentes cuanto más se aproximaba el embarazo a la época del término. Sin embargo si, basándose en esta última consideración, el tocólogo no se resolvía a practicar la versión externa hasta el término del embarazo, se exponía a verse sorprendido por un parto prematuro o al fracaso por encontrar acrecentadas las dificultades.

De este modo, se convenía en que el momento de elección para la versión externa era un mes antes del término en primíparas y quince días antes del término en las múltiparas (esperando en estas últimas una posible y más fácil corrección natural) (3).

CORRESPONDENCIA:

José M^o Rodríguez Ingelmo

Avda de Juan Sanchis Candela 28, Blq D, 5^oS

03015-Alicante

E-mail: ingelmojmr@gmail.com

Aunque se reconocía que la versión externa, verificada con suavidad, era una operación excelente y con pocos peligros, una serie de objeciones se puntualizaban a menudo: "La versión externa es con frecuencia una operación inútil, porque, en las múltiparas en particular, son frecuentes los cambios espontáneos". "Cuando se verifica de modo incompleto, o más bien cuando el feto se detiene en su evolución, expone a cambiar una presentación de nalgas por una situación transversa". "Exige una práctica dilatada de palpación abdominal". "Expone a la rotura uterina" (4). "Puede conducir al desprendimiento de la placenta y a la muerte del feto, en los casos de cortedad o de vueltas del cordón" (5, 6).

La operación, como toda variedad de versión, constaba de tres tiempos: Prensión del feto, evolución del feto y fijación del feto.

Con relación al último de los tiempos, Hubert propuso aplicar sobre el abdomen un vendaje de cuerpo bastante apretado, el cual tenía dos almohadillas de algodón aplicadas por cada lado del útero, de modo que lo comprimesen transversalmente, impidiendo la voltereta del feto. Mattei, insistiendo en la misma idea, reemplazó el vendaje por un cinturón especial con placas laterales; cinturón que fue ventajosamente modificado por Pinard, añadiéndole dos saquitos dilatables de caucho. Por último, Auvard diseñó un artilugio con cuatro almohadillas insuflables que impedían, de forma casi absoluta, toda dislocación del feto (7) (Figura 2).

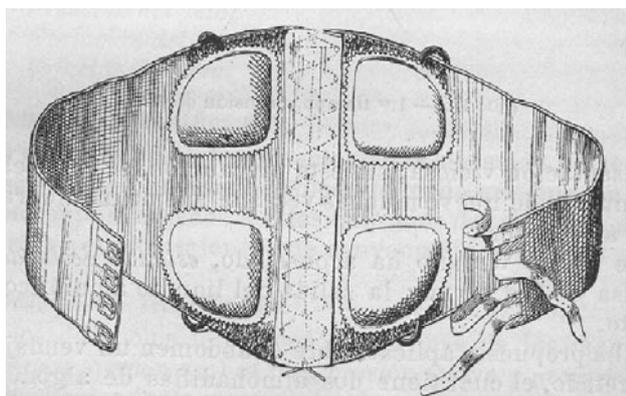


Figura 2. Cinturón de Auvard. Dibujo original del libro de Auvard

Una de las intervenciones "reinas" en esta época era la versión interna. Las descripciones que se encuentran en todos los tratados son enormemente amplias, como correspondía a la importancia del método. Una serie de precauciones previas eran uniformemente recomendadas. Así, eran de precepto la evacuación previa de la vejiga, y si hubiese tiempo para ello, la evacuación del recto. La mujer en la Europa continental se colocaba en posición de litotomía, mientras que en Inglaterra, la versión lo mismo que la aplicación de fórceps, se hacían con la mujer acostada sobre el lado izquierdo, en posición lateral. Cada una de las piernas debía ser sostenida por una persona, no necesariamente con conocimientos especiales, pero sí con suficiente presencia de ánimo, porque con demasiada frecuencia sucedía el desfallecimiento o el síncope de uno de los ayudantes, colocando al obstetra en una situación difícil. La auscultación del feto, antes de proceder a la intervención, era absolutamente necesaria para asegurarse

de si estaba vivo o muerto; en el último caso, debían ser previamente advertidos sobre el particular los circunstancias, para que el operador no fuese acusado de torpeza si lo extraído era un cadáver. Una vez que la paciente se encontrase bajo los efectos del cloroformo, sería de conveniencia un lavado escrupuloso de los órganos genitales (8).

Algunas consideraciones respecto a la técnica merecen atención. La mano a introducir, en cualquier caso, debía ser la derecha, que sería reemplazada por la izquierda en el caso de no conseguir asir los pies con la primera. Si se encontrasen fácilmente los dos pies, sería mejor cogerlos y tirar de ambos para hacer evolucionar al feto (versión bípoda). En el caso de no encontrar más que uno, el pie preferible sería aquel que, después de la evolución del feto, su miembro correspondiente se encontrase en relación con el pubis, y el menos conveniente el que se encontrase en relación con el coxis (versión monópoda). De cualquier modo, cuando se haya podido coger un pie, debería darse uno por satisfecho y no abandonarlo. Las tracciones para la evolución, lo mismo que la progresión de la mano en el primer tiempo, no deberían verificarse más que en los intervalos de las contracciones uterinas. El pie cogido, a menudo se escapaba cuando la fatiga dominaba al operador, por lo que si el descenso fuese suficiente sería preciso sostenerlo por medio de un lazo, proceder ya descrito por la eminente comadrona de Brandeburgo, Justine Siegemundin en 1690 (9), o mejor por medio del fórceps podálico, de aplicación más rápida y expedita (10).

El pronóstico de estas maniobras se basaba en el siguiente principio: "La gravedad de cada variedad de versión es tanto menor cuanto menos se penetra en el interior de los órganos genitales, es decir, que la versión interna es la más grave y la externa la más favorable" (11).

Hemos de indicar que, con la habilidad que alcanzaron los tocólogos de esta época en estas maniobras, el procedimiento permitió con frecuencia salvar la vida de la madre y del infante, y constituyó uno de los más preciosos recursos terapéuticos de la obstetricia.

EL FORCEPS

No nos detendremos en la siempre atractiva descripción de la historia del descubrimiento del fórceps, por ser de sobra conocida. Digamos que en el periodo de la historia de la obstetricia que ahora estudiamos se alcanzó el mayor brillo conocido jamás en el manejo de este instrumento, verdadero "Rey" del quehacer obstétrico de esos días.

La clasificación de los aparatos al uso por entonces se establecía de la siguiente manera:

1. Fórceps unicurvo o de Levret. No presentaba más que una incurvación, la de las cucharas para la prensión de la cabeza (curva cefálica). Este mismo carácter puede ser considerado como dominante en el primitivo instrumento de Chamberlen.
2. Fórceps bicurvo o de Simpson. Tenía dos curvaturas, de donde procede el nombre de bicurvo, la primera cefálica, idéntica a la del fórceps de Chamberlen; la segunda pelviana, destinada a adaptar la forma del instrumento a la de la pelvis, la cual se distinguía perfectamente mirando el fórceps de perfil. Las cucharas eran fenestradas y los mangos terminados por ganchos en lugar de los anillos que tenía el de Chamberlen.
3. Fórceps tricurvo o de Tarnier. Este fórceps, además de las dos curvaturas mencionadas previamente, disponía de una tercera curvatura para adaptarse a la de la pelvis blanda o periné. Reuniendo así las curvaturas cefálica, pelviana y perineal. Era el de preferencia para los tocólogos franceses y fue dado a conocer por M. Tarnier en 1877.

Todos estos fórceps descritos tenían como característica común el presentar las ramas cruzadas, a la manera de una tenaza. Simultáneamente se desarrollaron modelos de fórceps de ramas paralelas, a la manera de una pinza. Correspondió a la escuela de Lyon el mérito de diseñarlos, y entre ellos destacar el unicurvo o de Thénance (1781), bicurvo o de Valette (1857) y tricurvo o de Pouillet (1887) (Figura 3).

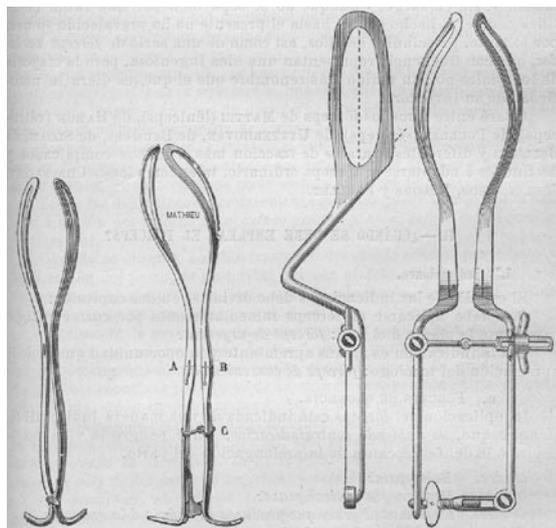


Figura 3. Distintos tipos de Fórceps de ramas paralelas. Unicurvo de Thénance, bicurvo de Valette y tricurvo de Pouillet. Dibujo original del libro de Auvard

Otra serie de fórceps variados, que con frecuencia representaban una idea ingeniosa, no tuvieron más renombre que el que les diera la notoriedad de su inventor. Destacar el Léniceps de Mattei, el Rétroceps de Hamon o el Séríceps de Pouillet (12).

Mientras en la Europa continental los aparatos mayoritariamente empleados eran los de Levret y, sobre todo, Tarnier, en la isla británica, que como ya sabemos seguía adoptándose la posición lateral de Sims para la asistencia al parto, se utilizaba preferentemente el fórceps de Simpson (13).

El pronóstico del fórceps era tranquilizador tanto para la madre como para el feto, cuando el instrumento era bien manejado; pero en manos poco expertas corría el riesgo de convertirse en el origen de una serie de accidentes maternos y fetales mortales, de un impacto emocional tan negativo que crearon una aversión temerosa hacia el instrumento en la población (14).

EXTRACCION MANUAL

Comúnmente utilizada en esta época, se dividía a la extracción manual en dos grupos de acuerdo a la indicación por la que se hiciese. De este modo, existía la de urgencia y la de conveniencia. En el primero de los casos se efectuaba siempre que se encontrase en peligro la vida de la madre o la del feto por efecto de la prolongación del parto de nalgas. El segundo de los casos comprendía las situaciones en que, ya por apresuramiento propio, ya por instancias de los circunstantes, fuese conveniente acelerar el parto podálico.

El pronóstico, favorable para la madre cuando la operación se practicaba bien, era siempre reservado para el feto, a causa de las numerosas e inesperadas dificultades que podían surgir, las cuales no siempre eran dominadas con tanta rapidez como convendría incluso por el tocólogo más hábil (15).

PARTO PROVOCADO

En el siglo XIX, para justificar la conveniencia de la interrupción prematura del embarazo se argüía diciendo que se trataba de una simple imitación del ejemplo dado en algunos casos por la misma naturaleza.

Se consideraba a la expulsión provocada durante los seis primeros meses del embarazo como aborto provocado, y a la provocada durante los últimos tres meses como parto prematuro provocado.

En 1690 Justine Siegemundin intentó por primera vez romper las membranas en los últimos tiempos del embarazo para provocar el parto. En 1757, esta operación fue aceptada en un congreso de Londres y puesta en práctica por Macaulay. En 1804, Wenzel se presentó en Alemania como defensor de la expulsión provocada. En 1831, Stolz fue el primero que practicó en Francia el parto prematuro provocado, rechazado en 1827 por la Academia. En las postrimerías del siglo XIX este tipo de intervenciones fueron unánimemente aceptadas en todos los lugares (16).

Los cuatro procedimientos utilizados para provocar la expulsión fetal eran (17):

1. La perforación de las membranas.
2. La introducción de un cuerpo dilatante. Entre los más utilizados se encontraban las vejigas de Tarnier y de Champetier de Ribes (18).
3. Aplicación de la pinza excitatriz. Como la de Auvard (Figura 4).
4. Introducción de un cuerpo no dilatante. Como la sonda o bujía de Krause y los tallos de Laminaria.

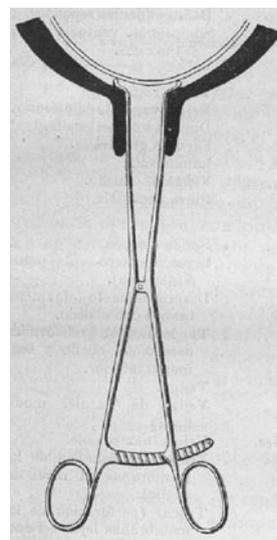


Figura 4. Pinza excitatriz de Auvard. Dibujo original del libro de Auvard

La estadística más completa formada en esos tiempos fue la de Wyder, con 266 casos. Este autor revelaba una mortalidad materna del 5%, y fetal del 50% en dependencia de la edad gestacional, como es obvio (19).

SINFISIOTOMIA

En 1768, Sigault, en Dijón, propuso abrir la sínfisis púbica y llevó a cabo por primera vez esta intervención en 1777 en una mujer llamada Souchet, casada con un soldado. Esta mujer, que contaba 39 años de edad, se hallaba en su quinto parto, habiendo nacido muertos sus cuatro primeros niños. Su pelvis media 7 centímetros. Sigault pudo extraer vivo este quinto niño y la mujer curó. En otras cuatro ocasiones este autor intentó, de nuevo, la operación; sin embargo, una de las cuatro mujeres sucumbió y lo mismo ocurrió con los cuatro niños. De cualquier modo, la sinfisiotomía pasó a la historia con el nombre de "Intervención de Sigault" (20) (Figura 5).

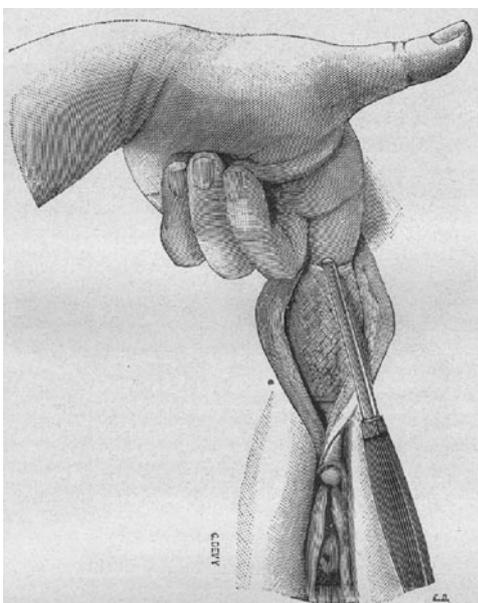


Figura 5. Sinfisiotomía (Intervención de Sigault). Apertura del fibrocartilago interóseo. Dibujo original del libro de Auvard

Por cada centímetro de separación de ambos pubis, se conseguía 1/4 de centímetro en el diámetro antero-posterior de la pelvis. De modo que, con 6 centímetros de separación, límite máximo permitido sin lesionar las articulaciones sacroiliacas, el diámetro útil antero-posterior ganaba aproximadamente 1.5 centímetros.

La técnica fue magistralmente descrita por Pinard (21); y el secreto estaba en seccionar completamente todas las estructuras, especialmente el ligamento subpúbico.

En lo referente al pronóstico, Gotchaux (22), revisando el total de las sinfisiotomías realizadas en Francia durante 1892, encontró 33 intervenciones con una mortalidad materna del 18% y fetal del 39%.

EMBRIOTOMIA

Según que el feto se presentase de cabeza o de tronco resultaban las dos clases de embriotomía, cefálica o córmica. Dicha intervención podía ser visceral, consistente en la perforación y evacuación del contenido de la parte perforada, o parietal, consistente en la reducción del ovoide atacado por la intervención mediante compresión, acomodación, trituración o desmembramiento (23).

La embriotomía ha sido practicada desde la más remota antigüedad; el Piestrón de Hipócrates era una pinza destinada a este uso. Sin embargo, esta operación no entró formalmente en una vía científica hasta el siglo XIX, con el Cefalotribo de Baudelocque (1829), las Tijeras de Dubois (1835) y el Cranioclasto de Simpson (1870) (24). Desde entonces se crearon un sinnúmero de instrumentos destinados a tal fin, cuchillas, tijeras, terebelo, olivas, tirafondos, trépanos, ganchos, transformadores, sierras, constrictores y pinzas, cuya descripción sería interminable (Figura 6).

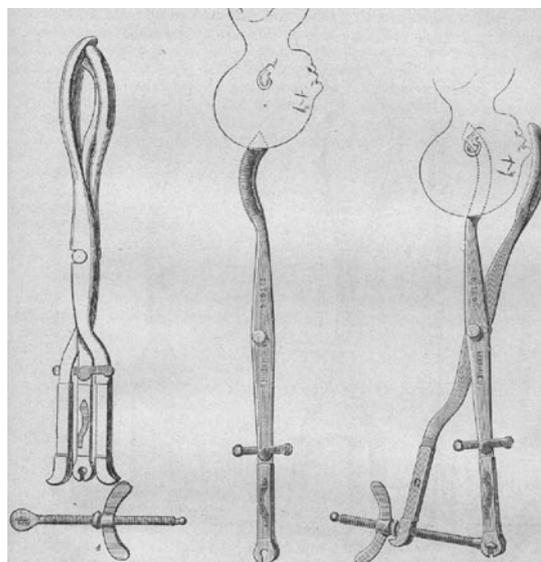


Figura 6. Embriotomo y su forma de utilización

La estadística más completa que permitía juzgar sus resultados, una vez puesta en marcha la antisepsia, es la de Caruso (25), la cual observaba 364 casos y arrojaba una mortalidad materna del 6.6%.

OPERACION CESAREA

Los comienzos de la operación cesárea se pierden más en elucubraciones y relatos fantásticos que en datos comprobados fehacientemente. Se sabe que durante toda la Edad Media se practicó esta intervención, si bien menos con el objeto de salvar al infante que con el de bautizarle. La historia ha consagrado a Jacques Nufer, un castrador de cerdos, como el primero que, tras haber obtenido permiso de la autoridad local, en el año 1500, abrió el vientre de su propia mujer para extraer el feto, y pudo así salvar a la mujer y al infante.

El primer documento publicado sobre esta operación corresponde a F. Roussel, en 1581. Este comadrón aconsejó abandonar la herida uterina sin suturarla, cerrando únicamente la herida abdominal (26).

Desde entonces hasta el siglo XIX, los comadrones se dividían en cesáreos y anticesáreos, no aportando modificaciones de interés a la operación clásica.

En el siglo XIX, después de la antisepsia, resulta de ley destacar el notable impulso dado a la intervención por Saenger al desarrollar las suturas uterinas (27). Estos progresos de la operación cesárea clásica terminaron por desbancar a otras intervenciones como la cesárea-histerectomía de Porro o la gastro-elitrotomía de Joerg. Así, en la época de la que estamos hablando, las estadísticas demostraban que la operación cesárea clásica tenía una mortalidad materna del 25% y fetal del 8% (28). La operación de Porro, mortalidad materna del 55% y fetal del 18% (29). La intervención de Joerg, mortalidad materna del 54% y fetal del 36% (30).

Con todo lo visto hay que señalar que en determinados casos las decisiones obstétricas eran muy comprometidas en estos días. Recordemos el siguiente cuadro:

A la vista de esta disyuntiva las apreciaciones eran muy variables. Los cesáreos decían que la vida de un infante bien constituido era más importante que la de una mujer inepta para la procreación. Los anticesáreos replicaban que la existencia de un recién nacido, rodeada de muchos peligros, no podía ponerse en parangón con la de una mujer sana.

Dice Auvard (31): "Si se tratase de vuestra mujer y de vuestro hijo ¿Qué haríais?". Y él mismo responde: "Muchos se encontrarían perplejos para contestar, pero, en esta cuestión, que debe ser puramente científica, es preferible no hacer intervenir el sentimiento, pues no procediendo así se hace irresoluble".

	Mortalidad Materna	Mortalidad Fetal
EMBRIOTOMIA	6%	100%
CÉSAREA	25%	8%
SINFISIOTOMIA	18%	39%

EL CRITERIO DE USO

VIA GENITAL SUFICIENTE PARA DAR PASO AL FETO:

El fórceps y la extracción manual implicaban un pronóstico casi igual para la madre, pero el fórceps salvaguardaba mejor los intereses fetales que la extracción manual; considerado pues de una manera general, cuando el feto se presentase por el ovoide cefálico se emplearía el fórceps, reservando la extracción manual (después de la versión) para los casos excepcionales en que la cabeza se encontraba demasiado alta para poder cogerla convenientemente con el instrumento, lo que ocurría en las presentaciones de cara o de frente. Cuando era el ovoide córnico el que se presentaba, convendría recurrir a la extracción manual (previa versión si fuese una presentación de tórax o abdomen). Excepcionalmente podría realizarse una aplicación de fórceps en la variedad de nalgas puras.

VIA GENITAL INSUFICIENTE PARA DAR PASO AL FETO:

A. Madre muerta, moribunda o que ha de morir pronto:

Para salvar al infante se practicaría una cesárea, pero sería preferible el parto provocado, siempre que las vías genitales fuesen suficientes para permitir el paso del feto.

B. Feto muerto o que ha de morir pronto:

Exponiendo mucho menos la vida de la madre la embriotomía que la cesárea, se debería realizar un esfuerzo por terminar el parto por la mutilación del feto, siempre que la pelvis consintiese la introducción y juego de los instrumentos reductores.

C. Madre y feto en buen estado:

Las cuatro intervenciones a las que se podría recurrir eran el parto provocado, la sinfisiotomía, la cesárea y la embriotomía. Las indicaciones variarían con el grado de deformación pélvica.

Con pelvis mayor de 9 centímetros el parto espontáneo era posible en la mayoría de las ocasiones. No obstante, si el volumen fetal fuese excesivo se practicaría una embriotomía con niño muerto y una sinfisiotomía si vivía aún. Habría de pensarse en un parto provocado si la mujer consultase antes del término del embarazo, y en partos anteriores hubieran sucedido accidentes distócicos serios.

Con pelvis de 7 a 9 centímetros, durante el embarazo, parto provocado. Si fuese de término, la sinfisiotomía sería la operación preferente, seguida de la cesárea. Cuando se tratase de feto muerto, se consideraría la embriotomía.

Con pelvis de 5 a 7 centímetros, durante el embarazo estarían indicadas una combinación de parto provocado y sinfisiotomía. En el embarazo a término se preferiría la cesárea si el niño estaba bien; sin embargo, si la madre advertida del peligro relativo de la intervención prefiriese la embriotomía, el comadrón debería acceder y decidirse a sacrificar al feto en favor de la madre.

Con pelvis menor de 5 centímetros, durante el embarazo, el parto provocado se constituía en el único recurso. En la época de término, la única solución posible sería la cesárea, ya que la embriotomía resultaría casi imposible (32).

BIBLIOGRAFIA

1. Auvard A. Tratado práctico de partos. Biblioteca ilustrada de Espasa y C^a. eds.. Barcelona 1896. Pg. 738.
2. Auvard A. Pg. 740.
3. Auvard A. Pg. 741.
4. Auvard A. Pg. 742.
5. Lefour. Archives de Tocologie. París 1888. Pg. 524.
6. Budin. Archives de Tocologie. París 1889. Pg. 69.
7. Auvard A. Pg. 747-749.
8. Auvard A. Pg. 755.
9. Siegemundin J. Die Chur-Brandenburgische Hoff-Wehe-Mutter. Colonia Spree 1690. Pg 97.
10. Auvard A. Pg 763.
11. Auvard A. Pg 764.
12. Auvard A. Pg. 766-770.
13. Auvard A. Pg. 791.
14. Auvard A. Pg. 792.
15. Auvard A. Pg. 793-801.
16. Auvard A. Pg. 802.
17. Auvard A. Pg. 805-807.
18. Champetier de Ribes M.. Annales de Gynécologie. Tomo II. 1888. Pg. 401.
19. Wyder. Archiv. F. Gynek. Tomo XXXII. Pg. 64.
20. Auvard A. Pg. 809-811.
21. Pinnard. Annales de Gynécologie. 1892. Pg. 235.
22. Gotchaux. De la Sinfisiotomía. Tesis doctoral. París 1893.
23. Auvard A. Pg. 827.
24. Auvard A. Pg. 828.
25. Caruso. Archiv. F. Gynaek.. Tomo XXXIII. 1888. Pg. 263.
26. Auvard A. Pg. 841.
27. Saenger. Archiv. F. Gynaek.. Tomo XIX. 1882. Pg. 370.
28. Caruso. Archiv. F. Gynaek.. Tomo XXXIII. 1888. Pg. 263.
29. Godson E. British Medical Journal. Londres. 1884. Pg. 12.
30. Clarke S. Contribution à l'étude de la laparo-élytrotomie. Tesis doctoral. Nancy. 1887.
31. Auvard A. Pg. 844.

