

11217

CIRUGIA GINECOLOGICA , REVISION DE NUEVE AÑOS EN EL HOSPITAL IGNACIO ZARAGOZA/CALVO I

20

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

HOSPITAL REGIONAL GENERAL IGNACIO ZARAGOZA

ISSSTE

REVISION DE LA CIRUGIA GINECOLOGICA EN EL SERVICIO DE GINECOLOGIA
DEL HOSPITAL REGIONAL GENERAL IGNACIO ZARAGOZA, ESTUDIO DE NUEVE
AÑOS.

387870

TESIS PARA OBTENER EL TITULO DE LA ESPECIALIDAD DE GINECOLOGIA Y
OBSTETRICIA

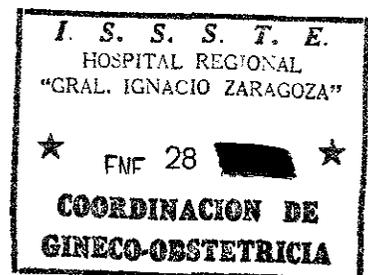
DR. VICTOR MANUEL CALVO-VANEGAS

MEDICO RESIDENTE

DRA. ARACELI ESPINOSA MONTESINOS

DR. JUAN MIRANDA MURILLO

ASESOR DE TESIS



2001



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

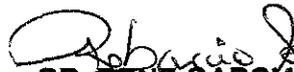
Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

HOSPITAL REGIONAL GENERAL IGNACIO ZARAGOZA


DRA. IRMA DEL TORO GARCIA

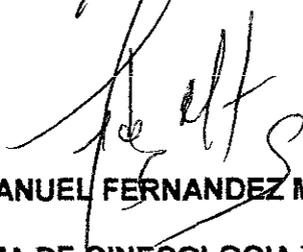
COORDINADOR DE CAPACITACION, INVESTIGACION Y DESARROLLO


DR. RENE GARCIA SANCHEZ

JEFE DE ENSEÑANZA


DR. FRANCISCO ORTIZ CANSECO

COORDINADOR DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

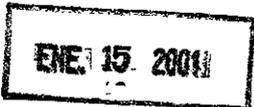

DR. JUAN MANUEL FERNANDEZ MONTES
JEFE DE ENSEÑANZA DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA


DR. JUAN MIRANDA MURILLO
PROFESOR TITULAR DEL CURSO Y DIRECTOR DE TESIS

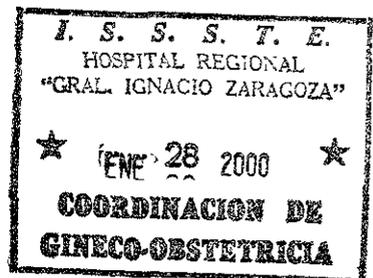

DRA. ARACELI ESPINOSA MONTESINOS
ASESOR DE TESIS



FACULTAD DE MEDICINA
Sec. de Serv. Escolares



Unidad de Servicios Escolares
MMM de (Posgrado)



INDICE

TEMA	PAGINA
RESUMEN	4
SUMMARY	5
INTRODUCCION	6
JUSTIFICACION	12
MATERIAL Y METODO	14
RESULTADOS	15
CONCLUSIONES	20
ANEXO I	24
ANEXO II	25
CUADRO I	26
CUADRO II	27
CUADRO III	28
CUADRO IV	29
GRAFICA I	30
GRAFICA II	31
GRAFICA III	32
BIBLIOGRAFIA	33

SUMMARY

We carry out a retrospective, observational, descriptive and open study gathering the information of the basic registrations of the surgical room from 1991 to 1999 with the purpose of knowing the epidemiology of the gynecological surgery in our formed service a bank of information with 3297 carried out surgeries and this way to have option of diversifying the surgical techniques that are carried out. We find 131 different diagnoses, being uterine miomatosis the most frequent. In the surgeries fué abdominal total hysterectomy the most frequent with 1661 procedures (48.86%), The age of the patients was of 14 years like minimum and 92 as maxim, with a 43 +-9 year-old stocking. The diagnosis previous to the most common surgery was uterine miomatosis with 44.59% (1470 cases). The analysis of 1 number of procedures per year reveals that starting from 1991 the surgery is increased with a maximum number of 477 in 1994. Evidencing that 93.66% of the surgeries is carried out by attributed doctors and 6.33% by medical residents, without supervision. The annual average of surgeries is of 404.25 that which corresponds to 1.8 surgical acts for labor day.

RESUMEN

Realizamos un estudio retrospectivo, observacional, descriptivo y abierto recopilando la información de los registros básicos de quirófano de 1991 a 1999 con el propósito de conocer la epidemiología de la cirugía ginecológica en nuestro servicio formado un banco de información con 3297 cirugías realizadas y así tener opción de diversificar las técnicas quirúrgicas que se realizan. Encontramos 131 diagnósticos diferentes, siendo miomatosis uterina el más frecuente. En las cirugías fué histerectomía total abdominal la más frecuente con 1661 procedimientos (48.86%), La edad de las pacientes fue de 14 años como mínima y 92 como máxima, con una media de 43 +-9 años. El diagnóstico preoperatorio más común fue miomatosis uterina con un 44.59% (1470 casos). El análisis de l número de procedimientos por año revela que a partir de 1991 se incrementa la cirugía con un número máximo de 477 en 1994. Evidenciando que el 93.66% de las cirugías es realizada por médicos adscritos y 6.33% por médicos residentes, sin supervisión. El promedio anual de cirugías es de 404.25 lo cual corresponde a 1.8 actos quirúrgicos por día laboral.

REVISION DE LA CIRUGIA GINECOLOGICA EN EL SERVICIO DE GINECOLOGIA DEL "HOSPITAL REGIONAL GENERAL IGNACIO ZARAGOZA" ESTUDIO DE 9 AÑOS.

INTRODUCCION

En medicina, todas las especialidades han evolucionado de manera gradual; a medida que se desarrollan nuevos conocimientos en cada campo, siguen surgiendo subespecialidades. En los primeros días de la medicina, era habitual que una persona mantuvieran una cátedra combinada de anatomía y cirugía; por lo tanto la disciplina de ginecología estaba incluida con la cirugía.

Se puede decir que la cirugía pelviana comenzó en la apartada región de Kentucky cuando Ephraim McDowell extirpo con éxito un gran tumor ovárico, ésta se realizó sin el beneficio de la anestesia ni la asepsia.

En 1840 Amussat de Fracia, realizó la primera miomectomía, y no fue si no hasta muchos años después que la oforectomía se efectuara con bastante frecuencia y con algunos resultados favorables así como una histerectomía. La miomectomía se llevó acabo antes de intentar la histerectomía, la primera extirpación

completamente exitosa de un útero leiomiomatoso, tuvo lugar en Massachussetts en 1853.

La histerectomía vaginal fue realizada en 1813 por Langenbeck en Alemania, y en 1829 por John Collins en Boston, ambas operaciones fracasaron.

Fenge describió la operación moderna de la histerectomía vaginal en 1881. Los defensores del acceso vaginal y los que proponían el acceso abdominal, comenzaron sus discusiones a fines del siglo XI, la controversia continúa en cierto grado en nuestros días,

Kelly fue uno de los primero defensores de la cirugía vaginal, pero más tarde cambio su preferencia por la vía abdominal.

La curación quirúrgica del prolapso uterino, se intentó por primera vez luego del advenimiento de la anestesia y la asepsia. Hasta ese momento, se habían intentado en boga pesarios de todo tipo.

Al inicio de los primeros intentos quirúrgicos se efectuo la ventro fijación, pero esta no fue satisfactoria, ya que a menudo los resultados eran solo temporales.

Las intervenciones vaginales que pocas veces tenían éxito incluían la amputación del cervix alargado, la reconstrucción del

introito y la reconstrucción del periné y otras para disminuir el calibre de la vagina, habitualmente mediante la extracción de una tira o triángulo de mucosa y la sutura de los bordes juntos. En Alemania se intentó la unión casi completa de los labios mayores, luego en 1888 A. Donald de Manchester y su ayudante Fotherhill idearon lo que se comenzó a conocer como la operación de Manchester. Si bien es frecuente que se utilice ésta operación en la actualidad con algunas modificaciones, merece un lugar sobresaliente en la historia de los intentos para curar el prolapso uterino.

El mejor tratamiento de prolapso uterino y trastornos relacionados continúa siendo motivo de controversias.

La histerectomía vaginal requiere una operación plástica apropiada, obteniendo en la actualidad una amplia aceptación. Hanney hizo una importante contribución en el desarrollo de una técnica minuciosa para la extirpación vaginal del útero, aplicable en la extirpación del mismo, aún cuando no existe prolapso uterino.

Por otra parte, la incontinencia urinaria, en el presente siglo ha presentado un gran progreso para su tratamiento, la plicatura simple del esfínter con reparación del cistourethrocele o sin ella

según recomendó Kelly en 1913, y más tarde Kennedy. Sin embargo, existen algunos casos en los que no se puede corregir el trastorno.

En 1949 Victor Marshall y Andrew Marchetty así como Kennyt Krantz publicaron sus primeros resultados sobre la técnica retropúbica de suspensión vesicouretral, un procedimiento que ha ganado considerable popularidad en Norteamérica. Durante los últimos 75 años, se han creado más de 100 procedimientos quirúrgicos abdominales, vaginales o combinados para el control de la incontinencia urinaria de esfuerzo verdadera. Estas operaciones son variaciones de la técnica original de Kelly de plicatura vaginal del mecanismo esfinteriano uretrovesical y del enfoque abdominal para la suspensión retropúbica de la uretra, como fue el descrito inicialmente por Marshall, Marchetty y Krantz.

Se han dado cambios relevantes en cuanto a los criterios para elegir diferentes técnicas quirúrgicas para determinada patología ginecológica. Tal es el caso que se aplica a la miomatosis, patología comúnmente asociada a crecimiento uterino. La miomatosis uterina, es la razón más común para histerectomía y crecimiento uterino y representa para algunos cirujanos contraindicación para la histerectomía vaginal, en la actualidad existen publicaciones que fundamentan que a pesar de que exista un crecimiento uterino

moderado (no mayor a 700 gr) se puede realizar una histerectomía vaginal como una apropiada alternativa terapéutica.

En los albores de la ginecología quirúrgica, se intentó heroicamente extirpar el útero por vía vaginal debido a la morbilidad y mortalidad inaceptablemente altas asociadas con las operaciones abdominales. A medida que la cirugía abdominal se volvió más segura, el interés en la histerectomía vaginal decayó. Actualmente en presencia de una indicación apropiada el cirujano ginecológico debe decidir si extirpará el útero por vía vaginal o abdominal. En la mayor parte de los casos ésta elección no representa mayores dificultades.

En otros la elección correcta requiere experiencia, un juicio maduro y una evaluación cuidadosa de la paciente y la pericia técnica del cirujano.

Resulta favorable que la histerectomía pueda ser un método alternativo, aunque no el de elección en la resolución de problemas de procesos malignos del útero

Los miomas uterinos se asocian con nodularidad, y por lo tanto con una irregularidad del órgano en su contorno. El útero de estas pacientes aumenta de tamaño y se presenta como una masa ocupante en el abdomen.

La imposibilidad de diferenciar un leiomioma de un tumor ovárico durante el examen ginecológico es una indicación para nuevos procedimientos diagnósticos a fin de establecer el origen de la lesión. Los quistes paraováricos se originan en restos del conducto de Wolff en el ligamento ancho, el diagnóstico de estas lesiones por lo general requiere laparotomía exploradora.

El aumento de tamaño fisiológico del ovario, puede ser consecuencia de una alteración en la regresión del folículo o del cuerpo lúteo, la gran mayoría de estos quistes regresan de forma espontánea, pero a veces persisten y muestran un tamaño que varía entre 3 y 8 cm. de diámetro.

Estos quistes fisiológicos no neoplásicos del ovario no requieren cirugía, sin embargo a veces es necesario extirparlos debido al gran tamaño de la lesión o al dolor resultante.

JUSTIFICACION

No existiendo una historia epidemiológica de la cirugía ginecológica de más de cinco años en nuestro servicio es necesario tener un conocimiento pleno de ésta en el Hospital Regional General Ignacio Zaragoza a fin de diversificar la productividad y aprovechar al máximo la infraestructura con que se cuenta en esta unidad, así como optimizar los recursos humanos, y materiales existentes.

Si no conocemos las circunstancias que rodean la cirugía ginecológica en nuestro hospital, no se pueden tener proyecciones para diversificar la productividad y aprovechar al máximo la infraestructura con que se cuenta en ésta unidad, ni para optimizar los recursos humanos existentes.

Para la realización de éste estudio consideramos los siguientes objetivos:

1. - Crear un banco de información de la cirugía ginecológica.
2. - Diversificar las técnicas quirúrgicas realizadas, tanto correctivas como plásticas para ampliar el conocimiento del ginecólogo en beneficio de la derechohabencia.

3. - Orientar la administración del servicio para optimizar y mejorar tiempos, recursos técnicos, humanos y materiales existentes en el hospital.

Siendo el Hospital Regional General Ignacio Zaragoza, el hospital más grande del sistema al contar con las cuatro especialidades básicas, y cuarenta y seis subespecialidades; el servicio de ginecología y obstetricia, cuenta con el apoyo suficiente para diversificar los procedimientos quirúrgicos que se realizan, por contar con un equipo de médicos de amplia experiencia y excelente calidad para brindar atención de excelencia a la derechohabiente.

Para cristalizar ésta estrategia, es necesario conocer plenamente la historia epidemiológica de la cirugía ginecológica, coadyuvando a fortalecer las diversas líneas de investigación en la materia, tener opciones en la toma de decisiones en bases concretas en razón a la comparación temporal, habilidades técnicas y del recurso humano constituyendo un valioso apoyo para los requerimientos epidemiológicos, y documentar la experiencia que se pueda transformar en trabajos experimentales con la factibilidad de transplantes ginecológicos.

MATERIAL METODO

Se realiza una revisión de julio de 1991 a febrero de 1999, de todas aquellas pacientes que se programaron para realizar procedimiento quirúrgico ginecológico, y que fueron sometidas a cirugía.

El estudio es observacional, transversal, retrospectivo, descriptivo y abierto, teniendo como grupo problema a todas las pacientes que se programaron y se sometieron a cirugía.

La información se tomo de los registros básicos del servicio de la consulta externa (libreta de programación) y se comparará ésta información con los de quirófano (libreta de cirugías realizadas).

El registro de cada paciente consta de fecha de programación de cirugía, médico que la programa, cirugía realizada, técnica y hallazgos.

Se clasificarán los procedimientos en:

Cirugía de útero y anexos, esterilidad e infertilidad, displasias, urología ginecológica, mama y cirugías vaginales.

La forma en que serán identificadas y manejadas las variables en el presente estudio serán mediante las medidas de tendencia central.

RESULTADOS.

Se analizó la estadística de la cirugía programada del servicio de ginecología del Hospital Regional General Ignacio Zaragoza del 27 de julio de 1991 al 16 de febrero de 1999 encontrándose un total de 3297 cirugías realizadas y 131 diagnósticos preoperatorios diferentes.

Capturándose estos datos como se mencionó y se muestra en la hoja de recolección de datos. (Ver anexo 1).

La clasificación de los procedimientos quirúrgicos se hizo de acuerdo al siguiente orden:

1. - Cirugía de útero y anexos.
2. - Cirugía de ovario.
3. - Esterilidad e infertilidad.
4. - Displasias.
5. - Urología ginecológica.
6. - Cirugías vaginales.
7. - Cirugía de mama.

De éstos datos se obtuvo el siguiente análisis.

La edad de las pacientes fue de 14 años como mínima y 92 años como máxima con una media de 43 ± 9 años, éstos datos se obtuvieron de 3146 pacientes con edad, ya que 151 paciente no tuvieron éste dato y fueron excluidas del conteo para sacar éste promedio.

Se enlistan a continuación los 10 diagnósticos preoperatorios más comunes, que ocupan el 90.15% (Cuadro II).

DIAGNOSTICO PREOPERATORIO

Miomatosis uterina

Cistocele Gdo II

Prolapso uterino

Quiste de ovario

Cistocele Gdo III

Cistocele Gdo I

Esterilidad primaria

Fibroadenoma mamario

Cistorrectocele Gdo II

En el listado anterior, no se incluyen a las pacientes que cuentan con dos o más diagnósticos.

Los 10 diagnósticos postoperatorios más frecuentes son de acuerdo a su frecuencia son: (ver cuadro III)

DIAGNOSTICOS POSTOPERATORIOS

- 1.- Miomatosis uterina
- 2.- Cistocele
- 3.- Esterilidad
- 4.- Prolapso uterino
- 5.- Quiste de ovario
- 6.- Cistorrectocele
- 7.- Hiperplasia endometrial
- 8.- Displasias
- 9.- Adenomiosis
- 10.- Cacu

Las cifras y porcentajes de estos datos, se detallan en el anexo numero dos.

En cuanto a cirugía planeada, se encontraron 61 procedimientos realizados diferentes, enlistandose a continuación los 10 diagnósticos más frecuentes, organizados de acuerdo a numero de procedimientos realizados (ver cuadro IV)

CIRUGIA

- 1.- HISTERECTOMIA TOTAL ABDOMINAL
- 2.- COLPOPERINEOPLASTIA
- 3.- PLASTIA DE KELLY
- 4.- HISTERECTOMIA TOTAL VAGINAL
- 5.- LAPAROTOMIA EXPLORADORA
- 6.- PLASTIA DE PEREYRA
- 7.- EXCERESIS DE FIRBOADENOMA
- 8.- RECANALIZACIÓN TUBARIA
- 9.- LAPAROSCOPIA
- 10.- PLASTIA DE BURCH

Los cirujanos quienes realizaron los procedimientos quirúrgicos registrados en la estadística son médicos adscritos y médicos residentes.

Del total de los procedimientos realizados (3297), el 6.33 % (209) fueron realizados por médicos residentes de tercero y cuarto grado sin supervisión, y el resto (3088) 93.66% por médicos adscritos al servicio.

La distribución de procedimientos realizados por año es el siguiente. (ver cuadro I y gráfica I)

Año	Cirugías
1991	380
1992	320
1993	337
1994	477
1995	424
1996	459
1997	420
1998	417
1999	54, dos meses únicamente (enero y febrero) del mismo año

CONCLUSIONES

La estadística es la columna vertebral para la epidemiología.

Al respecto en el servicio de Ginecología del Hospital Ignacio Zaragoza no se tiene formalmente un estudio epidemiológico de la cirugía programada y realizada hasta el presente trabajo.

Se realiza una revisión estadística de los actos quirúrgicos realizados en el quirófano central, (sala 3) de julio de 1991 a febrero de 1999. El total de procedimientos realizados fueron 3297, en los tres primeros años se tuvo un promedio de 356 cirugías, y los cinco años restantes 439, lo que significa prácticamente un 20% más de la actividad realizada a partir de 1994.

Lo anterior puede responder a una serie de situaciones tales como: mejor disposición de recursos materiales, y/o una mejor administración. A pesar de lo anterior, el promedio de las cirugías realizadas por día hábil es de 1.8, lo que si se toma en consideración las 24 horas del día y el tiempo quirúrgico por procedimiento se tiene una subutilización de horas quirófano, encontrando justificaciones tales como cirugías suspendidas por múltiples motivos, siendo los más frecuentes: falta de personal de enfermería, diferimiento de procedimiento ginecológico por un acto

quirúrgico de urgencia, contaminación de la sala, protocolo de estudio del paciente incompleto y cirugía mal programada.

Los diagnósticos preoperatorios fueron muy diversos, encontrándose hasta 131 lo que hace inverosímil lo anterior por una gran gama de combinaciones hacia una misma patología, lo que nos obliga a tratar de concretar lo anterior en los diez estados morbidos más frecuentes, siendo la miomatosis uterina en primer lugar con 1470 casos, que representan el 45% del total. Las distopias ocupan el segundo lugar con 1152 casos que equivalen al 39% y su distribución es como sigue: Cistocele en sus tres grados 914, Cistorrectocele 74, Prolapso uterino 164. Dentro de otros diagnósticos tenemos Quiste de ovario con 125 casos, Fibroadenoma mamario 82, y lo que demuestra una gran falla en el concepto de diagnóstico preoperatorio es el de esterilidad primaria que no especifica que procedimiento se va a realizar.

Por otro lado tenemos los diagnósticos postoperatorios que en su totalidad son 2974 igual que los preoperatorios, coincidiendo la miomatosis uterina únicamente. En relación de las distopias genitales coincidieron 1067 es decir el 93%. En relación con el

prolapso uterino 5 casos probablemente no lo fueron, encontrando 159 cirugías realizadas por éste procedimiento.

Dentro de las cirugías realizadas encontramos una diferencia de 137 procedimientos más de los programados, lo que representa casi un 5% más de los mismos, éste fenómeno se debe a que se realizaron más de un procedimiento en algún paciente. Se encuentran 1611 Histerectomías total abdominal que es el 49% del total de procedimientos, 863 colpoperineoplastías, 168 histerectomías vaginales que corresponden al caso 20% del total de los actos quirúrgicos realizados.

Lo anterior nos obliga a reflexionar respecto a los diagnósticos y procedimientos que se realizan en nuestro servicio y son básicamente dos como se observan: Miomatosis uterina y problemas de la estética pélvica, lo que reduce a la ginecología en cuanto a su importancia y su práctica, lo que obliga a nuestro servicio desde el punto de vista técnico administrativo a establecer protocolos de estudio por patologías, que nos darán como consecuencia congruencia entre los diagnósticos preoperatorios, cirugías realizadas y el diagnostico postquirúrgico. Llama la atención de manera importante, que dentro del registro de

procedimientos no se tiene incidentes, accidentes ni complicaciones, lo que habla de un claro subregistro de ésta situación.

Aunado a todo lo anterior se encuentra el poco interés que se tiene a los registros fundamentales, que son la base principal para la retroalimentación y experiencia del servicio ya que con esto se obtienen propuestas de mejora para diversificar el actuar del ginecólogo, el ampliar técnicas y estrategias diferentes y/o protocolos de estudio.

Por lo tanto se propone un registro pormenorizado para establecer una estadística congruente que sirva para realizar trabajos epidemiológicos, pero además que sea positivo y propositivo ya que hay generaciones de médicos Gineco-Obstetras que tienen que entender que la columna vertebral de la medicina es la estadística.

Un documento propuesto para contar con un registro que no permita omisión de datos, se detalla en el anexo II.

ANEXO 1

HOJA DE CAPTURA DE DATOS

FECHA

NOMBRE

EDAD

CEDULA

DIAGNOSTICO

CIRUGIA

CIRUJANO

CLASIFICACION

ANEXO II

**DOCUMENTO PROPUESTO PARA EL REGISTRO DE DATOS DE LOS
PROCEDIMIENTOS GINECOLÓGICOS**

NUMERO SECUENCIAL

FECHA

NOMBRE

EDAD

EXPEDIENTE

ANTECEDENTES GINECOOBSTETRICOS (GESTAS, PARAS, CESAREAS, ETC.)

DIAGNOSTICO PREOPERATORIO

CIRUGIA PROGRAMADA

HORA PROGRAMADA

MEDICO QUE PROGRAMA

DIAGNOSTICO POSTOPERATORIO

CIRUGIA REALIZADA

HORA REALIZADA

MEDICOS QUE REALIZAN PROCEDIMIENTO

ACCIDENTES E INCIDENTES

COMPLICACIONES

SERVICIOS DE APOYO

HALLAZGOS

EN CASO DE SUSPENSION (MOTIVOS)

HEMOTRANSFUSIONES (SI NO) CUANDO.

CUADRO I

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS POR AÑO

AÑO	NUMERO	PORCENTAJE
1991	381	11.56
1992	321	9.74
1993	338	10.25
1994	478	14.50
1995	425	12.89
1996	460	13.95
1997	421	12.77
1998	418	12.68
1999	55	1.67
TOTAL	3297	100

CUADRO II

DIAGNOSTICOS PREOPERATORIOS MAS FRECUENTES

DIAGNOSTICO PREOPERATORIO	NUMERO	PORCENTAJE
MIOMATOSIS UTERINA	1470	44.58
CISTOCELE GDO. II	722	21.89
PROLAPSO UTERINO	164	4.97
QUISTE DE OVARIO	124	3.76
CISTOCELE GDO. III	100	3.03
CISTOCELE GDO. I	92	2.79
ESTERILIDAD PRIMARIA	87	2.63
FIBROADENOMA MAMARIO	82	2.48
CISTORRECTOCELE	74	2.24
ESTERILIDAD SECUNDARIA	59	1.78
OTROS	323	9.85
TOTAL	3297	100

CUADRO III**DIAGNOSTICOS POSTOPERATORIOS MAS FRECUENTES**

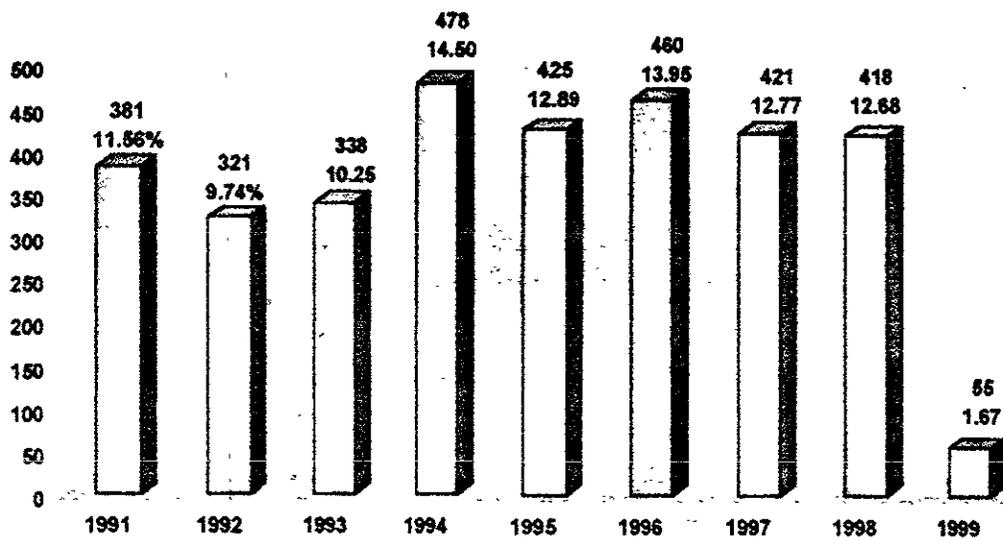
DIAGNOSTICO POSTOPERATORIO	NUMERO	PORCENTAJE
MIOMATOSIS UTERINA	1471	44.61
CISTOCELE	829	27.26
ESTERILIDAD	257	7.79
PROLAPSO UTERINO	159	4.82
QUISTE DE OVARIO	109	3.30
CISTORECTOCELE	79	2.39
HIPERPLASIA ENDOMETRIAL	28	0.84
DISPLASIAS	22	0.66
ADENOMIOSIS	12	0.33
CACU	9	0.27
OTROS	322	7.73
TOTAL	3297	100

CUADRO IV

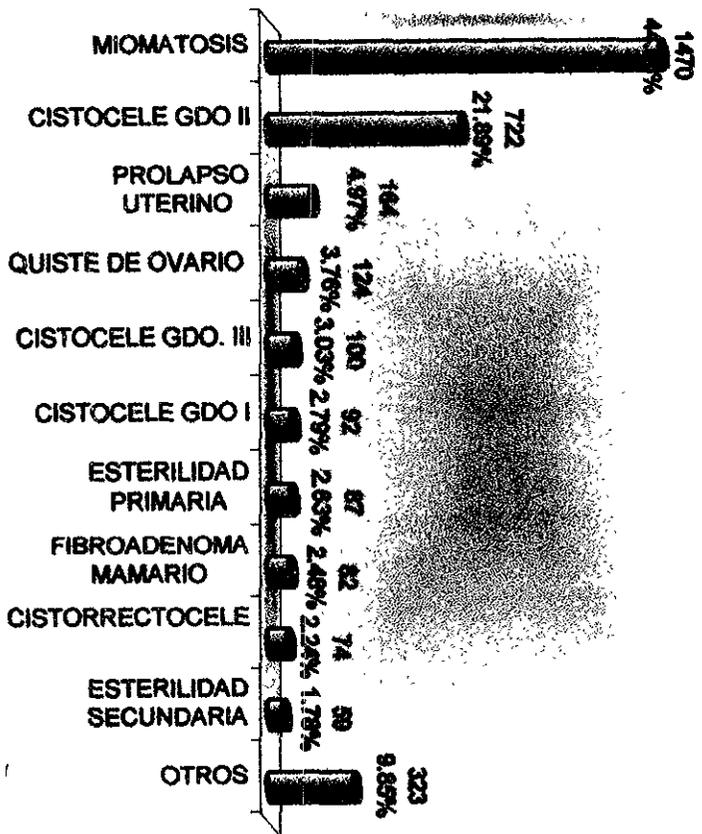
CIRUGIAS MAS COMUNES

CIRUGIA	NUMERO	PORCENTAJE
HISTERECTOMIA TOTAL ABDOMINAL	1611	48.86
COLPOPERINEOPLASTIA	464	14.07
PLASTIA DE KELLY	399	12.10
HISTERECTOMIA VAGINAL	168	5.09
LAPAROTOMIA EXPLORADORA	141	4.27
PLASTIA DE PEREYRA	90	2.72
EXCERESIS DE FIRBOADENOMA	74	2.24
RECANALIZACION TUBARIA	72	2.18
LAPAROSCOPIA	52	1.57
PLASTIA DE BURCH	40	1.21
OTROS	186	5.96
TOTAL	3297	100

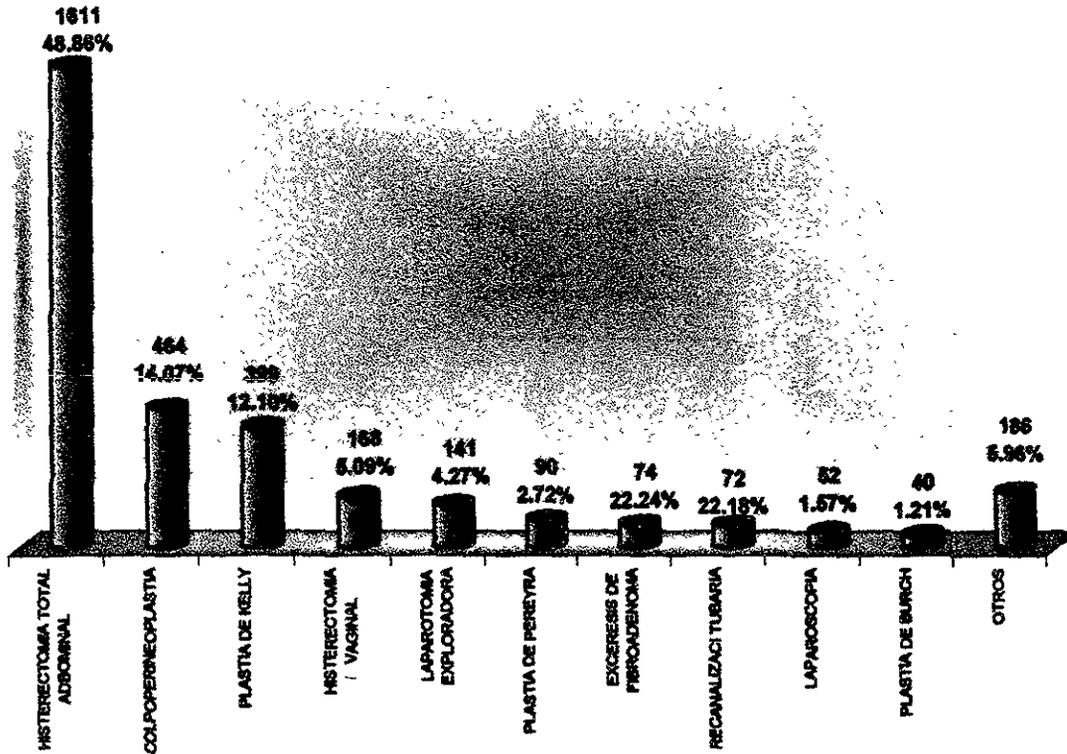
GRAFICA I
PROCEDIMIENTOS REALIZADOS POR AÑO



GRAFICA II
DIAGNOSTICOS PREOPERATORIOS MAS FRECUENTES



GRAFICA III
DIAGNOSTICOS PREOPERATORIOS MAS FRECUENTES



BIBLIOGRAFIA.

- 1.- Myers Evan, Steege John: Risk adjustmen for complications of hysterectomy: Limitations of routinely collected administrative data. American Journal of Obstetrics & Gynecology, 18(3). September 1999. 567-575.

- 2.- Unger James; Meeks Rodney: Vaginal hysterectomy in womrn with history of previous cesarean delivery. American Journal of obstetrics & Ginecology. 179.(6) December 1998. 1473-1478.

- 3.- Falcone Tomasso, Paraiso Marie; Proaspective ramdomized clinical trial of laparoscopically assisted vaginal hysterectomy versus total abdominal hysterectomy. American Journal of obstetrics and Ginecology. 180.(4) 955-962.

- 4.- Thompson John, Rock John. Ginecología quirúrgica. Ed. Panaamericana. Buenos Aires 1995.

- 5.- Gonz{alez Merlo J., Ginecología, Ediciones Científicas y Técnicas, S.A. Barcelona. 1995. 434, 532.

6.- Clemens Quentin, Stern Jeffrey, Long-Term results of de samey bladder neck suspension: direct comparison with the Marshall-Marchetti-Krantz procedure. The Journal of Urology. 160.(2). August 1998. 372-376

7.- Jones Darnell, Schackelford Paul. Supracervical hysterectomy: Back to the future? American Journal of obstetrics and Gynecology. 180(3) March 1999. 513-515.

8.- Unger James. Vaginal hysterectomy for de women with a moderaly enlarged uterus weighing 200 to 700 grams. American Journal of Obstetrics and Gynecology.

9.- Hinman Frank, Stempen Paul, Sapiña Santiago. Atlas de Cirugía Urológica. Ed Interamericana McGraw-Hill, Bogotá 1995. 435-437.

10.- Hoffman DeCesare, Katter C, Abdominal hysterectomy versus transvaginal morcellation for dthe removal of enlarged uteri. American Journal Obstetric and Gynecology. 1995: 171: 309-315.

11.- Kunz K, Steege J. Alternatives to abdominal hysterectomy: a review og clinical and economic outcomes. American Journal Managed Care 1996; 2: 399-406

12.- Wilcox L.S. Hysterectomy in de United States, 1994-1996. Obstetrics and Gynecologyst 1997, 83, 549-55.

13.- Lloid M Nyhus. El Dominio de la Cirugía. Editorial Panamericana, México 1995. Pp 1038-1045.

14.- Kovac S. R. Guidelines to determinate the route of hysterectomy. Obstetrics and Gynecology. April 1995;85; 18-23.

15.- Shet Malpani. Vaginal hysterectomy following previous cesarean section. Int J Gynecology and obstetrics. May 1995;50:165-169.

16.-Langmade Oliver. Simplifying the management of stress incontinence. American Journal Obstetrics Gynecology. 149:24,1996.

17.- McDuffie R. Urethrovesical suspension, Expperience with 204 cases. American journal Surgery. 141:297,1996.

18.- Black N. A. The efectiveness of surgery for setress incontinence in women:a systematic review. Brit.J

19.- Coulam CB: Vaginal Hysterectomy is a previous pelvic operation a contraindication?.American journal Obstet Gynecol 1973; 116:252-60.

20 .- Carpenter R.J. Vajinal Histerectomy folowing pelvic operation. Obstet Gynecol
1997;30:394-7.