

11202



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

110

HOSPITAL GENERAL DE MEXICO S.D.
CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACION EN ANESTESIOLOGIA

TRABAJO DE INVESTIGACION

RELACION DE TRANSFUSION Y RECURRENCIA DE CANCER EN HISTERECTOMIA RADICAL.

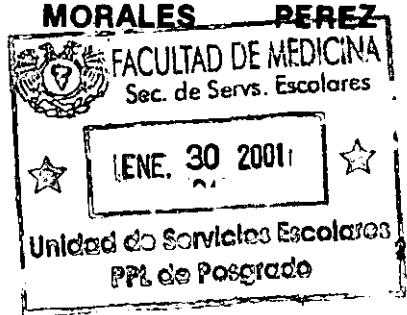
SECRETARIA DE SALUD
HOSPITAL GENERAL DE MEXICO
ORGANISMO DESCENTRALIZADO



DIRE.

TESIS DE POSTGRADO
PARA OBTENER EL TITULO EN LA
ESPECIALIDAD DE
ANESTESIOLOGIA
R E S E N T A :

DR. EDMAR MORALES PEREZ



HOSPITAL GENERAL DE MEXICO
2000 MEXICO, D.F.

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

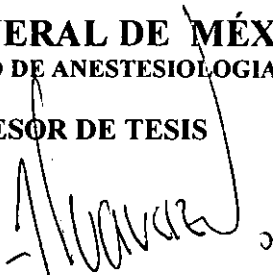
DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

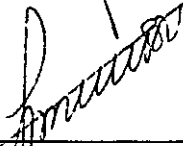
El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición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

HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO, O.D.
SERVICIO DE ANESTESIOLOGIA

ASESOR DE TESIS



DR. JOSÉ C. ALVAREZ VEGA.
PROFESOR TITULAR DEL CURSO UNIVERSITARIO



DR. JUAN HÉBERTO MUÑOZ CUEVAS
JEFE DEL SERVICIO DE ANESTESIOLOGIA

COLABORADORES:

DR. JUAN JORGE VARGAS HERNÁNDEZ

DR. JOSE CRUZ RAMÍREZ HERNÁNDEZ ☒

D e d i c a t o r i a s

A Dios,

*Por haberme permitido vivir,
Y guiar mi camino en esta profesión.*

A todos mis familiares,

*Quienes siempre han estado junto a mí,
Llenándome de bendiciones y apoyo incansable
Para lograr las metas fijadas.*

A los pacientes del Hospital General de México, O.D.

*Ya que gracias a ellos,
Se lograron los objetivos de esta tesis.*

Agradecimientos

A todas las personas que colaboran

En nuestra formación como especialista.

Al Dr. José C. Alvarez Vega

Por su tiempo y dedicación a la enseñanza.

Gracias.

INDICE

INTRODUCCIÓN	6
ANTECEDENTES	8
DEFINICIÓN DEL PROBLEMA	13
JUSTIFICACIÓN	13
OBJETIVO GENERAL	13
OBJETIVO ESPECÍFICO	14
DISEÑO Y DURACIÓN	14
MATERIAL Y MÉTODOS	14
PRUEBAS ESTADÍSTICAS	14
RESULTADOS	15
DISCUSIÓN	17
CONCLUSIONES	19
BIBLIOGRAFÍA	21

ANEXOS

Tabla para recolección de datos

Tabla N° 1

Tabla N° 2

Tabla N° 3

Tabla N° 4

RELACION DE TRANSFUSIÓN Y RECURRENCIA DE CANCER EN HISTERECTOMÍA RADICAL.

INTRODUCCIÓN

Una pérdida sanguínea igual o mayor de 1000cc., es una indicación universal de transfusión¹ ; o entre el 30 y 40% del volumen sanguíneo circulante y más del 40% es necesaria, inmediatamente¹³

Las recomendaciones de solicitud a banco de sangre son: ¹;

Histerectomía vaginal =	tipo y grupo.
Histerectomía vaginal combinada con reparación de piso pélvico. =	2 unidades.
Histerectomía abdominal con salpingooforectomía=	2 unidades.
Histerectomía radical. =	4 unidades.

Se ha estimado una pérdida sanguínea en histerectomía radical entre 764cc y 1800cc con un promedio de 1300cc ²

La transfusión sanguínea puede dar mayor recurrencia de enfermedad neoplásica por inmunodepresión, aumento de transmisión de infecciones virales (HIV, Hepatitis, Citomegalovirus), contaminación bacteriana, reacciones de hipersensibilidad, lo que puede dar como resultado aumento en el riesgo y costo.

En la práctica de la anestesiología, se han realizado medidas que intentan reducir el número de transfusiones en los actos quirúrgicos, en donde el implante de este tejido puede exacerbar la enfermedad. Tratando de evitar los riesgos de la transfusión, se han descrito técnicas de hemodilución normovolémica e hipervolémica a base de cristaloides y coloides, mejorando la presión oncótica y aumentando la vida media intravascular evitando fuga de líquido al espacio intersticial, mejorando de esta forma la perfusión a tejidos y

disminuyendo la hemoconcentración para evitar mayor pérdida sanguínea en el lecho quirúrgico ^{2,3}. En un paciente hemodiluido, disminuye el hematocrito y puede comprometer el aporte de oxígeno a la economía; por lo que es necesario vigilar la función pulmonar, presiones vasculares, determinaciones transoperatorias del estado ácido-base, electrolitos sanguíneos, concentraciones de hemoglobina y hematocrito para mantener la homeostasis del paciente.

ANTECEDENTES

Las diferentes federaciones y asociaciones relacionadas con el diagnóstico y tratamiento del cáncer microinvasor en cuello uterino, han descrito por lo menos cinco o seis definiciones desde 1960. En 1973, la Sociedad de Ginecología Oncológica acepta el siguiente resumen para carcinoma de cérvix microinvasivo: 1.- Los casos de carcinoma intraepitelial con invasión cuestionable deben considerarse carcinomas intraepiteliales, y 2.- Una lesión microinvasiva debe definirse como aquella en la que el tejido neoplásico invade el estroma en uno o más lugares con una profundidad de 3 mm., o menos, por debajo de la base del epitelio y en la cual no se ha demostrado compromiso vascular o linfático.¹²

TUMORES MALIGNOS DEL CUELLO UTERINO¹²

I.- Tumores epiteliales.

A.- Carcinoma de células escamosas.

- 1.- No queratinizante de células grandes.
- 2.- Queratinizante de células grandes.
- 3.- De células pequeñas.
- 4.- Carcinoma verrugoso.

B.- Adenocarcinoma.

- 1.- Patrón normal.
- 2.- Adenoma maligno (adenocarcinoma de desviación mínima).
- 3.- Mucinoso.
- 4.- Papilar.
- 5.- Endometroide.
- 6.- De células claras.
- 7.- Adenoide quístico.

C.- Carcinoma adenoescamoso.

D.- Carcinoma de células pediculadas (carcinoma de células vitreas).

II.- Tumores de tejido mesenquimal.

A.- Sarcoma del estroma endocervical.

B.- Carcinosarcoma.

C.- Adenosarcoma.

D.- Leiomiosarcoma.

E.- Rabdomiosarcoma embrionario (infantil).

III.- Tumores del conducto de Gartner (mesonefoma verdadero).

IV.- Otros.

A.-Tumores metastásicos.

B.- Linfomas.

C.- Melanomas.

D.- Carcinoide.

CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DEL CÁNCER EN CUELLO UTERINO ¹²

Estadio 0	Carcinoma in situ, carcinoma intraepitelial.
Estadio I	El carcinoma se limita estrictamente al cuello uterino (debe descartarse extensión al cuerpo uterino).
Estadio Ia	Carcinoma invasivo indiferenciado solo microscópicamente: todas las lesiones macroscópicas aún con invasión superficial corresponden al estadio Ib. La invasión se limita a la medida de la invasión estromal con una profundidad máxima de 5 mm y no más ancha de 7 mm.
Estadio Ia1	Medida de la invasión estromal no mayor de los 3 mm de invasión y no más ancha de 7 mm.
Estadio Ia2	Medida de la invasión estromal mayor de los 3 mm y no mayor de los 5 mm y no más ancha de 7 mm. La profundidad de la lesión no deberá ser mayor de 5 mm desde la base del epitelio, de superficie o glandular del cual se origina. El compromiso del espacio vascular, venoso o linfático no altera el estadio.
Estadio Ib	Lesiones clínicas limitadas al cérvix o lesiones preclínicas mayores al estadio Ia.
Estadio Ib1	Lesiones clínicas no mayores de 4 cm de tamaño
Estadio Ib2	Lesiones clínicas mayores de 4 cm de tamaño.
Estadio II	Afectación vaginal excluyendo el tercio inferior o infiltración de los parámetros sin llegar a las paredes laterales.
Estadio IIa	Afectación de la vagina sin evidencia de afectación parametrial.
Estadio IIb	Afectación de los parámetros sin afectación de la pared lateral.
Estadio III	Afectación del tercio inferior de la vagina o extensión a la pared lateral de la pelvis. Deben excluirse todos los casos con hidronefrosis o riñones mudos, a no ser que dichos trastornos nefrológicos puedan atribuirse a otra causa conocida.
Estadio IIIa	Afectación del tercio inferior de la vagina sin llegar a la pared lateral de la pelvis si están afectados los parámetros.
Estadio IIIb	Extensión hacia la pared de la pelvis y/o hidronefrosis o riñones mudos.
Estadio IV	Extensión por fuera de los límites del tracto reproductor
Estadio IVa	Afectación de la mucosa de la vejiga o recto.
Estadio IVb	Metástasis a distancia o enfermedad por fuera de los límites de la pelvis verdadera.

En diferentes estudios realizados se ha demostrado que se transfunde a la paciente para histerectomía radical en un 54 a 80%^{6,7} y la recurrencia de cáncer que oscila entre el 4% y 17.5%(7,14), se presume que está determinada por mecanismos de inmunosupresión donde hay aumento en el número y actividad de linfocitos T supresores, sobre linfocitos Helper, disminución de la actividad y capacidad fagocítica de las células naturales asesinas, las cuales identifican y lisan a células cancerosas; así mismo, se lesiona la blastogénesis de los linfocitos y se estimula la producción de anticuerpos anti-idiotipo⁸.

Un aspecto importante que se debe tener en cuenta es la micrometástasis de las células malignas por diseminación hematológica, ya que se ha asociado a recurrencia de cáncer por este medio^{2,4}; Por otro lado, la desnutrición provoca inmunodeficiencia por daño a las células inmune mediadoras, función fagocítica, sistema del complemento, concentraciones de anticuerpos y producción de citoquinas¹⁴. Otra razón con la que se debe relacionar el factor pronóstico, es la localización anatómica, extensión de la enfermedad, experiencia del cirujano y la indicación para la administración de transfusión.⁹

En el paciente oncológico se ha limitado el uso de recuperador celular debido a que este reinfunde células absorbidas del lecho quirúrgico, las cuales tienen alto potencial de malignidad⁴; sin embargo, ésta puede disminuir el número de transfusión homóloga y el número de complicaciones postoperatorias.¹⁶ Es importante mencionar que los pacientes sometidos a terapia de radiación pueden tener tumores hipóxicos que son resistentes a esta terapéutica y enmascarar cualquier efecto de inmunosupresión relacionado con la transfusión; así mismo, algunos agentes anestésicos pueden contribuir a la inmunosupresión de los pacientes que serán sometidos a tratamiento quirúrgico.⁹

Por otra parte, dentro de las complicaciones de la transfusión sanguínea, existen reacciones de hipersensibilidad mediada por elementos celulares como son: eritrocitos, linfocitos y plaquetas y los no celulares, específicamente proteínas y globulinas que producen reacciones hemolíticas inmediatas por medio de la formación de anticuerpos, como consecuencia de la incompatibilidad biológica a la transfusión de los diferentes

hemoderivados, dentro de los signos y síntomas de una reacción hemolítica, se manifiesta por hemoglobinuria, CID, hemólisis, oliguria; y consecuentemente, daño renal por depósito tubular de complejos antígeno-anticuerpo, hipotensión, urticaria, sangrado anormal, etc.¹⁵

La donación autóloga perioperatoria en el paciente oncológico, puede tener un alto costo-beneficio, con una gran cantidad de unidades desechadas, se necesitan niveles superiores a 10.7 g/L y debe ser obtenida 10.7 días antes de la admisión hospitalaria y además existe la probabilidad de anemia iatrogénica con un riesgo potencial de eventos isquémicos silentes.¹⁰

DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

En el uso de los diferentes hemoderivados el reemplazo de pérdidas sanguíneas transoperatorias tiene precisas indicaciones, las cuales son justificadas para la mejoría del estado hemodinámico y evitar el deterioro o una condición inestable del paciente oncológico. No siempre es necesario el uso de los hemoderivados ya que existen múltiples complicaciones agudas y tardías graves, que pueden ser reacciones alérgicas, hemolíticas, transmisión de infecciones virales, bacterianas, inmunosupresión, recurrencia y diseminación de la enfermedad oncológica, por lo que es necesario utilizarlos al mínimo.

JUSTIFICACIÓN

Este estudio nos permitió conocer el porcentaje de transfusión en pacientes a quienes se hizo histerectomía radical, así como la recurrencia y diseminación de la enfermedad a diferentes órganos de la economía en un periodo de 5 años.

OBJETIVO GENERAL

Conocer el porcentaje de volumen sanguíneo perdido en histerectomía radical por Ca. CU y la recurrencia de la enfermedad.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- 1.- Identificar el porcentaje de volumen sanguíneo perdido en histerectomía radical de las pacientes operadas en 1995 en la unidad de Oncología del Hospital General de México, O. D.
- 2.- Tipo de hemoderivado más utilizado.
- 3.- Conocer la relación entre recurrencia de cáncer y transfusión en pacientes operadas de histerectomía radical a 5 años.
- 4.- Saber el porcentaje de transfusión en histerectomía radical.

DISEÑO Y DURACIÓN

Estudio retrospectivo del año de 1995 con seguimiento al 2000.

MATERIAL Y METODOS

Se realizó la búsqueda de pacientes a las que se les practicó histerectomía radical en los quirófanos de la Unidad de Oncología del Hospital General de México, O. D., durante el año de 1995; los datos se obtuvieron del registro de cómputo en el Departamento de Anestesiología de la Unidad de Oncología y de la revisión de los expedientes clínicos, localizados en el archivo de la Unidad. Se buscó la edad promedio de las pacientes, el volumen sanguíneo perdido durante la cirugía, el hemoderivado más utilizado y la posible recurrencia de actividad tumoral.

PRUEBAS ESTADÍSTICAS UTILIZADAS.

Medida de tendencia central y dispersión, t de student no pareada y χ^2 .

RESULTADOS

Se encontró un total de 51 pacientes histerectomizadas en el año de 1995, con edades que oscilaron entre los 20 y los 65 años.

Para encontrar la relación de transfusión y recurrencia de cáncer, el grupo se dividió en dos: el Grupo 1 estuvo formado por 33 pacientes que no mostraron recaída de la enfermedad; el Grupo 2, estuvo formado por 18 pacientes con recaída de la enfermedad, con un rango de edad en ambos grupos de 42 ± 10 con un valor de $P = 0.9$, lo cual no es significativo.

El Grupo 1 tuvo un porcentaje de promedio en pérdida de volumen sanguíneo de $21.36 \pm 11\%$ vs $28.6 \pm 12\%$; del grupo 2 con una $P = 0.038$, presentando un resultado significativo, ya que se demuestra mayor pérdida sanguínea durante la cirugía. Así mismo, el tiempo en el que se detectó actividad tumoral por clínica o confirmación patológica fue de 7 ± 5 meses, como lo muestra la tabla N° 1.

En lo referente a la transfusión, se observó en el Grupo 1, que 23 pacientes requirieron de hemoderivados; y en el Grupo 2, a 16 se transfundieron. Mientras que los pacientes no transfundidos del Grupo 1 fueron 10; y el grupo 2 únicamente 2. Con resultados estadísticamente no significativos. Ver tabla N° 2.

El hemoderivado más utilizado por si solo fue el paquete globular (PG); en el Grupo 1 con 21 pacientes; y el Grupo 2 con 16 pacientes. El plasma fresco congelado (PFC) se necesitó solo en 1 paciente del Grupo 1. La combinación de crioprecipitado (CRIO), PFC y PG fue indispensable en 1 paciente del Grupo 1. Y sin transfusión 10 pacientes del Grupo 1 y 2 pacientes del Grupo 2. Como se muestra en tabla N° 3.

En este grupo de 51 pacientes: 39 se transfundieron y se encontró una recurrencia de 16 con un porcentaje correspondiente a estos, de 41.02%, en comparación a pacientes no transfundidas que fueron 12 y presentaron recurrencia de la enfermedad 2, mostrando un porcentaje de 16.66%. Ver tabla N° 4.

DISCUSIÓN

En los resultados obtenidos se muestra un porcentaje de 35.29% de recurrencia de cáncer de un total de 51 pacientes, a las cuales se les realizó histerectomía radical, siendo mayor que los reportes de la literatura; ya que éstos, oscilan en un rango de 4% a 17.5%^{7,14}.

La década de la vida más afectada fue la quinta, con un promedio de edad en 42 ± 10 años en ambos grupos, afectándolo importantemente, ya que es económica y socialmente activa dentro de la sociedad.

Se encontró en el total de las cirugías transfusiones en 76.46%, lo cual está dentro del rango reportado.^{6,7}

El volumen sanguíneo perdido para el grupo 1 es de $21.36 \pm 11\%$ y para el grupo 2 fue de $28.6 \pm 12\%$, representando mayor sangrado.

El hemoderivado más utilizado por si solo en las cirugías de este estudio fue el PG en 37, el PFC en 1 y la combinación PG, PFC y CRJO en 1; y en 12 no se requirieron hemoderivados.

El tratamiento de recurrencia de cáncer a base de quimioterapia, radioterapia o laser, según se requirió, mejoró las expectativas a 5 años de vida posteriores a la cirugía, presentando el 5.88% de mortalidad correspondiente a 3 pacientes de un total de 51. La causa de muerte fue la actividad tumoral persistente. Dos recibieron manejo a base de radioterapia sin respuesta favorable y 1 no lo recibió; Esto puede estar en relación a dos aspectos importantes, la primera es la presencia de tumores resistentes a radioterapia y la segunda a el estadio en el que se encontraban.

Existió una diferencia cuando se evaluó al grupo de pacientes con recurrencia y sin recurrencia con relación a la transfusión sanguínea; mostrando resultados estadísticos no significativos; sin embargo, cuando se analizó el porcentaje de recurrencia en pacientes transfundidas es mayor en relación a las no transfundidas.

CONCLUSIONES

ESTA TESIS NO SALE DE LA BIBLIOTECA

En relación a los resultados obtenidos se demostró que el porcentaje de volumen perdido en las pacientes con recurrencia de la enfermedad es de $28.6 \pm 12\%$, similar al promedio de sangrado de 1300cc, correspondiente al 28.57% del volumen sanguíneo circulante en una mujer con peso promedio de 70 kg. y el porcentaje de sangrado en histerectomía radical de todas las pacientes de este estudio fue del 35%.

Nosotros encontramos que el hemoderivado más utilizado es el PG para este tipo de cirugía, el PFC se utilizó poco, la combinación de PG, PFC y CRIO se requirió en 1 paciente, atribuible a un sangrado del 35% del volumen sanguíneo circulante.

La indicación de los hemoderivados debe ser muy cuidadosa, ya que es diferente el uso en las diversas patologías que los requieren, el paciente sin patología agregada tiene un margen amplio de pérdida de volumen sanguíneo llegando a tener hematocritos bajos sin alterar el estado hemodinámico, más no sucede lo mismo en el paciente oncológico ya que por lo general se encuentra anémico, desnutrido, hipoproteinémico, respuesta inmune deprimida, etc. De ahí que este tipo de pacientes requieren de un manejo en extremo cuidadoso.

Se observó un resultado estadístico no significativo en cuanto al riesgo de transfusión para recurrencia de la enfermedad; Sin embargo encontramos clínicamente, más recurrencia en pacientes transfundidas en comparación a la recurrencia sin transfusión. Por lo que consideramos, se deben buscar mas alternativas para disminuir el número de transfusiones, sin comprometer el estado hemodinámico del paciente.

Será conveniente debido a la diferencia de resultados que existe entre la forma de asociar la recurrencia de cáncer y transfusión en un grupo mayor de pacientes, ya que cuando se comparó los pacientes transfundidos correspondía a una aparición de cáncer en un total de 41.02%, a corto tiempo vs aquellos que no fueron transfundidos donde solo hay un 16.66%

de recaída de la enfermedad. Cuando se evaluó el grupo de pacientes con recurrencia de cáncer y los que no tenían no se encontró diferencia estadística en su asociación para la transfusión.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Samara SK, Friedman BA, Beitler PJ. A study of blood utilization in association with hysterectomy. *Transfusion* 1983;23:490-5.
- 2.- Benjamin I, Barakat RR, Curtin JP, Jones WB, Lewis JL, Hoskins WJ. Blood transfusion for radical hysterectomy before and after the discovery of transfusion related human immunodeficiency virus infection. *Obstet Gynecol* 1994;84:974-8.
- 3.- Audibert G, Donner M, Lefevre J, Stoltz J, Laxenaire M. Rheologic effects of plasma substitutes used for preoperative and hemodilution. *Anesthesia & Analgesia*. April 1995. Vol. 78, N° 4. Pags: 589-594.
- 4.- Connor JP, Morris PC, Alagoz T, Anderson B, Bottles K, Buller RE. Intraoperative autologous blood collection and autotransfusion in the surgical management of early cancers of the uterine cervix. *Obstet Gynecol* 1995;86:373-8.
- 5.- Pellegrino-A, Londoni-F, Cormio-G, Ferrando-P, Lissoni-A, Scalabrino-S, Mangioni-C. Effectiveness of autologous blood transfusion in patients undergoing radical hysterectomy. *Ann-Chir-Gynaecol*.1995;84(4):391-4.
- 6.- Lentz-SS, Shelton-BJ, Toy-NJ. Effects of perioperative blood transfusion on prognosis in early-stage cervical cancer. *Ann-Surg-Oncol*.1998;5(3):216-9.
- 7.- Eisenkop SM, SpirtosNM, Montag TW, Mossazadeh J, Warren P, Hendrickson M. The clinical significance of blood transfusion at the time of radical hysterectomy. *Obstet Gynecol* 1990;76:110-3.
- 8.- Monk BJ, Krisnansu T, Gamboa-Vujicic G, Burger RA, Manetta A, Berman ML. Does perioperative blood transfusion effect survival in patients with cervical cancer treated with radical hysterectomy?. *Obstet Gynaecol* 1995;85:343-8.
- 9.- Morris PC, Haugen J, Tomjack J, Anderson B, Buller RE. Blood transfusion and the risk of recurrence in stage IB cervical cancer. *Gynaecol Oncol* 1995;57:401-6.

- 10.-Kanter MH, Van Maanen D, Anders KH, Castro F, Mya WW, Clark K. Preoperative autologous blood donations before elective hysterectomy. *JAMA*. 1996;276:198-801.
- 11.-Crosby ET, BSC. MD FRCPC: Perioperative haemotherapy: II Risks and complications of blood transfusion. *Canadian Journal Of Anaesthesia*. 1992;39:467-75.
- 12.-Philip J. Disaia. Texto. *Oncología Ginecológica Clínica*. Quinta Ed. Ed Harcourt Brace. 1999: 51-106.
- 13.-Stainsby D, MacLennan S, Hamilton PJ. Management of masive blood loss:a template guideline. *Br J of Anaesth* 2000;85:487-91.
- 14.-Finan MA, Hoffman MS, Chambers R, Fiorica JV,D. DeCesare S, Kline RC, et al. Body mass predicts the survival of patients witch new international federation of gynecology and obstetrics Stage 1B1 and 1b2 cervical carcinoma treated with radical hysterectomy. *Cancer*. 1998;83:98-102.
- 15.-Donalson M.D.J. Seaman , M.J. Park , G.R. Massive blood transfusion. *British Journal of Anaesthesia*. 1992; 69: 621-30.
- 16.-Mirhashemi R, Averette HE, Deepika K,D, Estape R, Angioli R, Martin J, et al. The impact of intraoperative autologous blood transfusion during type III radical hysterectomy for early-stage cervical cancer. *Am J Obstet Gynecol*. 1999; 181:1310-6.

ANEXOS

RESULTADO EN EL NÚMERO DE PACIENTES POR GRUPO, EL PROMEDIO DE EDAD. PORCENTAJE DE VOLUMEN PERDIDO Y EL TIEMPO POSTERIOR A LA CIRUGÍA EN QUE SE DETECTO RECURRENCIA DE ACTIVIDAD TUMORAL.

VARIABLES	GRUPO 1*	GRUPO 2**
TOTAL	33 (65%)	18 (35%)
EDAD AÑOS	42 ± 10	42 ± 10
% VOLUMEN PERDIDO	21.36 ± 11	28.6 ± 12
RECURRENCIA EN MESES POSTERIORES A LA CIRUGÍA	0	7 ± 5

- * Sin recurrencia
- ** Con recurrencia

Tabla N° 1.

**NÚMERO DE PACIENTES QUE REQUIRIERON
TRANSFUSIÓN EN CADA GRUPO.**

TRANSFUSION	GRUPO 1*	GRUPO 2**
SI	23	16
NO	10	2

* Sin recurrencia

** Con recurrencia

Tabla N° 2

**TIPO DE HEMODERIVADO UTILIZADO Y
NÚMERO DE PACIENTES QUE LO NECESITARON.**

TIPO DE HEMODERIVADO	GRUPO 1*	GRUPO 2**
PG	21	16
PFC	1	0
PG, PFC, CRIO.	1	0
SIN TRANSFUSIÓN.	10	2
TOTAL	33	18

* Sin recurrencia

** Con recurrencia

Tabla N° 3.

PORCENTAJE DE RECURRENCIA DE CANCER EN HISTERECTOMÍA RADICAL

GRUPO DE PACIENTES	TRANSFUNDIDOS	NO TRANSFUNDIDOS
NUMERO DE PACIENTES	39	12
RECURRENCIA DE CANCER	16	2
PORCENTAJE	41.02%	16.66%

TABLA N° 4