

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD MÉDICA DE ALTA ESPECIALIDAD
HOSPITAL DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA
“LUIS CASTELAZO AYALA”**

**“COSTOS EN LA ATENCIÓN MÉDICA EN EL USO DE ABLACIÓN
ENDOMETRIAL CON BALÓN TÉRMICO VS HISTERECTOMÍA TOTAL
ABDOMINAL EN PACIENTES CON MENORRAGIA”**

**TESIS DE POSTGRADO PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**

PRESENTA:

DRA. CLAUDIA FERNÁNDEZ BONILLA

ASESOR:

DRA. MARÍA DEL CARMEN PLANCARTE ARROYO

MÉXICO, D. F. FEBRERO 2008



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

Dr. Gilberto Tena Alavéz
Director General
UMAE “Luis Castelazo Ayala”

Dr. Sebastián Carranza Lira
Director de la división de Educación e Investigación en Salud
UMAE “Luis Castelazo Ayala”

Dra. María de Carmen Plancarte Arroyo
Médico adscrito al servicio de Ginecología
UMAE “Luis Castelazo Ayala”

AGRADECIMIENTOS

A Dios por acompañarme cada día de mi vida y permitirme disfrutar todo momento con mis seres queridos.

A mis padres por su apoyo incondicional, por sus días de trabajo y por impulsarme a ser mejor cada día.

A mi esposo amado por ser el mejor amigo y el amor de mi vida.

A mis hermanos, sobrinos y amigos con su existencia y compañía mi vida esta completa.

ÍNDICE

Resumen	6
Introducción	7
Planteamiento del problema	10
Objetivos	11
Justificación	12
Hipótesis	13
Metodología	14
Análisis estadístico	17
Resultados	18
Discusión	19
Conclusiones	20
Bibliografía	21
Anexos	26

ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS

Tabla 1.....	22
Figura 1.....	23
Figura 2.....	24
Figura 3.....	25

RESUMEN

Introducción: La menorragia constituye un problema de salud pública con gran impacto social, económico y psicológico en la mujer en edad reproductiva. Históricamente la histerectomía total abdominal ha sido realizada como tratamiento definitivo de la menorragia, sin embargo lleva consigo riesgo quirúrgico, morbilidad postoperatoria y costos económicos altos, actualmente disponemos de alternativas de tratamiento en mujeres con menorragia por causa benigna, uno de estos tratamientos consiste en la ablación endometrial con balón térmico que ha demostrado en estudios internacionales un índice de amenorrea que puede variar del 15-80% de los casos y una tasa de éxito que oscila entre el 80-94% de los casos, constituyendo un método eficaz y de bajo riesgo, que favorece y mejora la calidad de vida de las pacientes y ofrece menor costo a las instituciones que lo utilizan, reintegrando a la paciente a sus labores cotidianas en menor tiempo y ofreciendo tasas de satisfacción elevadas.

Objetivo: Analizar el costo de la atención médica hospitalaria en pacientes con menorragia en quienes se realizó ablación endometrial con balón térmico vs histerectomía total abdominal.

Material y métodos:

Es un estudio observacional, transversal, retrospectivo y comparativo de costos que incluye (intervención realizada, días de estancia hospitalaria y atención médica proporcionada) en las pacientes con diagnóstico de menorragia y que fueron tratadas en el servicio de ginecología de la Unidad Medica de Alta Especialidad de Ginecología y Obstetricia "Luis Castelazo Ayala" del Instituto Mexicano del Seguro Social. Se integraron dos grupos de 95 pacientes cada uno incluyéndose mujeres en edad reproductiva en quienes se realizó procedimiento (ablación endometrial o histerectomía total abdominal) en el período comprendido de mayo 2006 a mayo 2007.

Resultados: En cuanto a los días de estancia hospitalaria en los grupos de histerectomía total abdominal (HTA) y ablación endometrial (AE) se encontró un promedio \pm desviación estándar (4.31 ± 0.63 vs 3.04 ± 0.24) ($p < 0.001$) respectivamente. Las consultas totales otorgadas al compararse entre grupos con la prueba de la t 1.90 y un promedio de (6.8 ± 1.33 vs 4.89 ± 0.85) para HTA vs AE ($p < 0.001$). El costo de la atención médica otorgada en promedio fue ($\$48,694.41 \pm \$3,169.99$ vs $\$47,849.28 \pm \$1,316.97$) para HTA vs AE ($p < 0.05$), con una diferencia media entre ambos procedimientos a favor de AE de \$845.12. Se observaron 7 complicaciones posteriores a HTA vs AE (4 en el grupo de HTA y 3 en AE).

Conclusiones: La ablación endometrial constituye una alternativa de tratamiento seguro, eficaz, de corta estancia hospitalaria y menor costo en las pacientes con diagnóstico de menorragia.

Palabras clave: Menorragia, ablación endometrial, histerectomía total abdominal

INTRODUCCIÓN

La menorragia es frecuente en la práctica ginecológica ya que contribuye con el 15% de las consultas y casi un 25% de los procedimientos quirúrgicos realizados en nuestra especialidad, la menorragia se define como un sangrado uterino mayor a 80ml.^{1,2} La menorragia representa un problema de salud pública con gran impacto social, económico y psicológico en la mujer en edad reproductiva.³ Su prevalencia alrededor del mundo es de aproximadamente el 19%. Se considera que su etiología puede deberse a diferentes causas entre ellas destacan: 1) problemas relacionados a embarazo (aborto, embarazo ectópico, enfermedad trofoblástica, complicaciones puerperales), 2) causas endocrinas secuelas de anovulación, 3) desórdenes de la coagulación y 4) alteraciones en las estructuras anatómicas.⁴ Su etiología en ausencia de patología orgánica, desequilibrio hormonal o anomalías uterinas estructurales es desconocida.

La menorragia puede representar una emergencia médica que requiere una intervención médica o quirúrgica de forma inmediata, tradicionalmente su manejo ha sido la terapia médica sin embargo esta puede estar contraindicada, ser inefectiva o asociarse a intolerancia, por lo que en muchas ocasiones se recurre al tratamiento quirúrgico (histerectomía).^{5,6}

De acuerdo con los institutos nacionales de salud en nuestro país después de la cesárea la histerectomía es la cirugía mayor, que se realiza con mayor frecuencia en mujeres edad reproductiva, históricamente es el tratamiento definitivo de la menorragia, sin embargo lleva consigo riesgo quirúrgico, morbilidad postoperatoria y costos económicos altos, además hasta en un 20% de los casos las piezas quirúrgicas no indican trastornos contribuyentes a la menorragia, emitiéndose la teoría de que un alto porcentaje de estas operaciones tal vez no sean necesarias, mostrando así la posibilidad de realizar procedimientos menores que permitan conservar el útero y que sean equivalentes en eficacia y vinculados a menor riesgo y menor costo.⁷⁻⁹ Durante varias generaciones los médicos han buscado alternativas de tratamiento en relación a la histerectomía para corregir la

menorragia por causas benignas en mujeres que no desean o en quienes no están indicados procedimientos quirúrgicos mayores, actualmente disponemos de otras alternativas de tratamiento como lo es la ablación endometrial.¹⁰

En 1994 Neuwirth y Bolduc introdujeron el concepto de un balón térmico uterino para ablación endometrial como técnica simple, segura y de menor invasión,^{3,11-15} en 1997 la FDA (food drug administration) aprobó el uso de dispositivos para ablación endometrial, en los cuales se usan diversas modalidades para destruir el endometrio los cuales incluyen balón térmico, circulación de líquidos calientes, crioterapia, electrocirugía por radiofrecuencia y energía en microondas.^{8,9}

La ablación endometrial produce efectos fisiológicos similares a un síndrome de Asherman provocando altos índices de hipomenorrea o amenorrea, aunque son poco frecuentes, los riesgos quirúrgicos incluyen perforación uterina, hemorragia, embolismo, lesión intestinal, lesión vesical y complicaciones anestésicas. Los riesgos postquirúrgicos tempranos incluyen hematometra, endometritis y cistitis. Las diferentes técnicas de ablación endometrial son simples, rápidas y reproducibles¹⁶ y el grosor del endometrio que destruyen oscila entre 4-11 mm lo que asegura buenos resultados, mientras que el índice de amenorrea puede variar del 15-80% con una tasa de éxito que oscila entre el 80-94% a 5 años.^{9, 17- 20}

El sistema de ablación con balón térmico ThermaChoice es la técnica de ablación endometrial mas antigua en cuanto a los sistemas de segunda generación, el catéter utilizado es relativamente pequeño y requiere de mínima o nula dilatación cervical, en 1999 el balón de látex previamente utilizado fue reemplazo por un balón de silicón constituyendo el ThermaChoice III,¹⁷ sistema utilizado en nuestro estudio y que consiste en un catéter de 16 centímetros de longitud por 4.5mm de diámetro, este es flexible con un balón de silicón en su parte distal y un electrodo que se calienta, el otro extremo está conectado a una central de mandos y medidas con monitor continuo que indica la presión del balón, temperatura y duración del tratamiento. El balón es revisado antes de su inserción al útero y se

llena con dextrosa al 5% hasta obtener una presión media de 167 ± 8 mmHg (rango entre 140-180mmHg). El balón es introducido sin dilatación cervical previa a través del cuello uterino y hasta el fondo del útero a continuación se infla el balón con solución de glucosa hasta alcanzar una temperatura de $87^{\circ}\text{C} \pm 5^{\circ}\text{C}$. Iniciando un ciclo terapéutico continuo por 8 minutos.^{9,11,18-19} Los resultados muestran que este procedimiento es menos traumático que la histerectomía, se asocia con menor morbilidad postoperatoria, periodo de recuperación más corto, menor estancia hospitalaria y además puede ser realizado como cirugía ambulatoria.

Se ha demostrado que la ablación endometrial es un método eficaz, de bajo riesgo que puede reducir la cantidad de sangrado menstrual y mejorar la calidad de vida de las pacientes. A su vez se intenta demostrar el beneficio en costos para nuestra institución cuando se compara con un procedimiento de cirugía mayor como lo es la histerectomía total abdominal.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuándo se comparan la histerectomía total abdominal y la ablación endometrial para el tratamiento de la menorragia, existe alguna diferencia en el costo en la atención médica?

OBJETIVO GENERAL

Comparar el costo en la atención médica cuando se realiza histerectomía total abdominal vs ablación endometrial en el tratamiento de menorragia.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Determinar el costo de la atención de pacientes con menorragia en quienes se realizó ablación endometrial con balón térmico
2. Determinar el costo de la atención de pacientes con menorragia en quienes se realizó histerectomía total abdominal

JUSTIFICACIÓN

La menorragia constituye un problema de salud pública con implicaciones sociales, económicas y psicológicas que requiere un tratamiento específico y adecuado. Históricamente la histerectomía se ha realizado como procedimiento quirúrgico de elección implicando riesgo quirúrgico, morbilidad postoperatoria y altos costos económicos. Actualmente disponemos de técnicas menos invasivas y con menor morbilidad postoperatoria, período de recuperación más corto y manejo incluso ambulatorio entre las que destacan la ablación endometrial con balón térmico, en nuestro hospital disponemos desde hace un año del sistema de ablación endometrial con ThermoChoice III para el tratamiento de la menorragia, con tiempo de estancia hospitalaria mas corto y menor tiempo de recuperación, por lo que es de gran importancia establecer la relación en costos en la utilización de ablación endometrial con balón térmico vs histerectomía total abdominal, procedimiento que de igual forma se realiza en nuestro hospital con alta frecuencia.

HIPÓTESIS

Hipótesis nula

Cuando se comparan los dos procedimientos (ablación endometrial vs histerectomía total abdominal) en el tratamiento de la menorragia no existe diferencia entre uno y otro procedimiento en cuanto a costos en la atención médica.

Hipótesis alterna

La ablación endometrial con balón térmico ofrece menor costo en la atención médica en el tratamiento de menorragia cuando se compara con la histerectomía total abdominal.

METODOLOGÍA

Estudio observacional, transversal, retrospectivo y comparativo que incluye mujeres en edad reproductiva que cursaron con menorragia y a quienes se les realizó ablación endometrial con balón térmico (Thermachoice III) o histerectomía total abdominal en la Unidad Médica de Alta Especialidad “Luis Castelazo Ayala” del Instituto Mexicano del Seguro Social en el período comprendido del 01 de mayo del 2006 al 31 de mayo del 2007. La ablación endometrial con balón térmico es un procedimiento que se introdujo en el hospital a partir del mes de mayo del 2006 hasta el 31 de mayo del 2007 se han realizado 95 procedimientos de ablación, por lo que se comparó este grupo con un grupo similar de pacientes en quienes se realizó histerectomía total abdominal. Las variables dependientes consideradas en el estudio fueron las siguientes.

- Costo de la atención médica: Se consideró al costo total expresado en dinero (pesos) por el concepto de la atención médica recibida al presentarse la paciente con menorragia sumando el costo originado por la intervención quirúrgica el cual es generado por la disposición de de una sala de quirófano cuyo valor es de \$22,032.00 pesos, así como el costo generado por la utilización de un dispositivo para ablación endometrial el cual es de \$6,900.00 pesos, costo generado por la consulta de especialidad cuyo valor es de \$1,189.00 pesos y costo generado por la estancia hospitalaria día/cama cuyo valor es de \$4,315.00, esta es una variable numérica cuantitativa, continua, de razón expresada en pesos. Los costos obtenidos por estos conceptos se obtuvieron en base a la lista de costos del 2006-2007 establecida en los servicios administrativos del hospital.
- Días de hospitalización: variable cuantitativa continua expresada en días, es decir el total de días que permanecieron las pacientes en el hospital como resultado de un procedimiento ya sea ablación endometrial o histerectomía total abdominal.

- Número de consultas otorgadas: variable cuantitativa continua expresada en número de consultas, es decir se obtuvo el número total de consultas tanto previas al procedimiento (ablación endometrial vs histerectomía total abdominal) como posteriores a este que se otorgaron como resultado de la menorragia.

Como variables independientes consideramos:

Tipo de intervención quirúrgica: variable cualitativa nominal dicotómica

- Se denominó ablación endometrial con balón térmico cuando se utilizó balón térmico ThermaChoice III como procedimiento quirúrgico
- Histerectomía total abdominal cuando se realizó extirpación del útero vía abdominal.

Otras variables

- Edad: variable cuantitativa continua se determina en años
- Peso: variable cuantitativa continua se determina en kilogramos
- Talla: variable cuantitativa continua se determina en metros
- Índice de masa corporal: variable cuantitativa discontinua se determina en kg/cm^2

Una vez que se realizó el diagnóstico de menorragia se inició protocolo de estudio en nuestra institución, así mismo se propuso tratamiento en base a características propias de las pacientes ya sea para la realización de cirugía mayor (histerectomía total abdominal) o procedimiento de menor invasión (ablación endometrial), los procedimientos realizados se registraron de forma fidedigna en las oficinas del 2º piso sur y en las jefaturas de los quirófanos de esta forma se obtuvieron los nombres de las pacientes y se pudo realizar la investigación en los expedientes proporcionados por el archivo clínico de nuestro

hospital, se inicio la revisión de los mismos obteniendo todos los datos requeridos. Se integraron los dos grupos de pacientes cada uno con 95 integrantes, se designo al primer grupo en el que el tratamiento de las pacientes fue la histerectomía total abdominal y el segundo grupo se designo como aquellas pacientes cuyo tratamiento consistió en ablación endometrial con balón térmico ThermaChoice III. La recolección de datos se realizó utilizando un formato compuesto de una hoja en la que se incluyeron las variables a analizar (Anexo 1).

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se calculó el promedio y desviación estándar de cada variable dependiente en cada grupo y se empleó la prueba de t-Student para muestras independientes. Todos los datos obtenidos del estudio fueron almacenados en una hoja de base de cálculo Excel 2003 (Microsoft). El análisis estadístico se efectuó mediante el paquete informático para ciencias sociales SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versión 13.00 para sistema operativo Windows.

Se consideró un resultado estadísticamente significativo cuando la p fue menor de 0.05.

RESULTADOS

Una vez establecidos los grupos de estudio (histerectomía total abdominal con un número total de pacientes $n=95$ vs ablación endometrial $n=95$), se procedió a analizar las diferencias existentes en cuanto a la edad, talla e índice de masa corporal en ambos grupos, donde se pudo observar que no hubo diferencias significativas, a diferencia del peso promedio de las pacientes en el grupo de ablación endometrial el cual fue 4 kg menor que en el grupo de histerectomía total abdominal $t -2.11$ y $p < 0.05$ misma que se muestra en (Tabla 1).

Cuando se comparó la estancia hospitalaria en los grupos de histerectomía total abdominal y ablación endometrial se encontró una diferencia estadísticamente significativa en el empleo de la t 1.26 y promedio de días de estancia de $(4.31 \pm 0.63$ vs $3.04 \pm 0.24)$ $p < 0.001$ (Figura 1). Las consultas totales otorgadas al compararse entre grupos con la prueba de la t 1.90 y un promedio de $(6.8 \pm 1.33$ vs $4.89 \pm 0.85)$ para histerectomía total abdominal vs ablación endometrial con $p < 0.001$ (Figura 2).

El costo de la atención médica otorgada en promedio fue $(\$48,694.41 \pm \$3,169.99$ vs $\$47,849.28 \pm \$1,316.97)$ para el grupo de histerectomía total abdominal vs ablación endometrial respectivamente $p < 0.05$ (Figura 3), con una diferencia media entre ambos procedimientos a favor de ablación endometrial de \$845.12.

Indirectamente observamos un total de 7 complicaciones posteriores a los procedimientos de histerectomía total abdominal vs ablación endometrial sin diferencias estadísticamente significativas entre ambos con un valor de $p = 0.7$. Estas complicaciones fueron 4 en el grupo de histerectomía total abdominal que consistieron en dehiscencias de herida quirúrgica que requirieron hospitalización en un promedio de 2 días en nuestro hospital y 3 complicaciones observadas en las pacientes tratadas con ablación endometrial que consistieron en endometritis post ablación requiriendo una hospitalización promedio de 1 día.

DISCUSIÓN

La menorragia constituye un problema de salud pública con gran impacto social, económico y psicológico en la mujer en edad reproductiva.³ Históricamente la histerectomía total abdominal ha sido realizada como tratamiento definitivo de la menorragia, sin embargo lleva consigo riesgo quirúrgico, morbilidad postoperatoria y costos económicos altos,⁷⁻⁹ actualmente disponemos de alternativas de tratamiento en mujeres con menorragia por causa benigna que no desean o en quienes no están indicados los procedimientos quirúrgicos mayores, uno de estos tratamientos consiste en la ablación endometrial con balón térmico que ha demostrado en estudios internacionales un índice de amenorrea que puede variar del 15-80% de los casos y una tasa de éxito que oscila entre el 80-94% de los casos,^{9,19,20} constituyendo un método eficaz de bajo riesgo, que favorece y mejora la calidad de vida de las pacientes y ofrece menor costo a las instituciones que lo utilizan, reintegrando a la paciente a sus labores cotidianas en menor tiempo y ofreciendo tasas de satisfacción elevadas.

Los datos obtenidos en nuestro estudio soportan nuestra hipótesis, ya que durante el tratamiento con histerectomía total abdominal cuando se comparó con ablación endometrial se observó que esta última se asocia a menor costo con una diferencia promedio de \$845.12 pesos, que si bien no refleja un gran ahorro por paciente al generar un total por los 95 pacientes estudiados obtenemos un ahorro total de \$80,286.40 pesos. Además debemos tomar en cuenta que las pacientes se reintegraron a sus labores cotidianas en un tiempo máximo de 7 días a diferencia de las pacientes en quienes se realizó histerectomía total abdominal cuyo promedio de días de recuperación fue de 28 días, lo que genera menor costo social. Las pacientes en quienes se realizó histerectomía total abdominal permanecieron más días en el hospital y se les otorgaron más consultas en nuestra institución a diferencia de las pacientes en quienes se realizó ablación endometrial.

CONCLUSIONES

- La ablación endometrial constituye una alternativa de tratamiento seguro, eficaz y de corta estancia hospitalaria en las pacientes con diagnóstico de menorragia.
- La ablación endometrial genera menor cantidad de consultas de especialidad en nuestra institución.
- El costo de la atención médica durante la ablación endometrial genera una ganancia por persona de \$845.12 pesos con un ahorro económico total en las 95 pacientes estudiadas de \$80,286.40 pesos en un período de 1 año.
- Las complicaciones generadas por uno u otro procedimiento no reflejo diferencia estadística en este estudio.
- Las pacientes en quienes se realizó ablación endometrial se reintegran a sus labores en menos tiempo que las pacientes en quienes se realizó histerectomía total abdominal.

BIBLIOGRAFÍA

1. Lethaby A, Hickey M. Endometrial destruction techniques for heavy menstrual bleeding: a Cochrane review. *Hum reprod* 2002; 17: 2795-2806
2. Amso N, Stabinsky S, McFaul P, Blanc B, Pendley L, Neuwirth R. Uterine thermal balloon therapy for the treatment of menorrhagia: the first 300 patients from a multi-centre study. *BJOG* 1998; 105: 517-523
3. Hatasaka H. The evaluation of abnormal uterine bleeding. *Obstet Gynecol Clin N Am* 2005; 48: 258-273
4. Andersson S. Thermal balloon ablation for the treatment of menorrhagia in an outpatient setting. *Obstet Gynecol Scand* 2007; 86:480-483
5. Nelson AL. Medical therapies for chronic menorrhagia. *Obstet Gynecol Surv* 2007; 62:272-281
6. Dicker R, et al. Complications of abdominal and vaginal hysterectomy among women of reproductive age in the United States. *Am J Obstet. Gynecol* 1982; 144: 841- 847
7. Feitoza S, et al. Efficacy of thermal balloon ablation in patients with abnormal uterine bleeding. *Am J Obstet. Gynecol* 2003; 189: 453-457
8. Sharp H, Assessment of new technology in the treatment of idiopathic menorrhagia and uterine leiomyomata. *Obstet Gynecol* 2006;108:990-1003
9. Fernández H, Gervaise A, De Tayrac R. Hemorragias uterinas funcionales. *EMC* 2002; E159-A-10: 1-9
10. Munro MG. Management of heavy menstrual bleeding: is hysterectomy the radical mastectomy of gynecology? *Clin Obstet Gynecol* 2007; 50:324-353
11. Amso N, et al. Uterine endometrial thermal balloon therapy for the treatment of menorrhagia: long-term multicentre follow-up study. *Hum Reprod* 2003; 18:1082-1087
12. Munro M, Endometrial ablation: Where have we been? Where are we going? *Clin Obstet Gynecol* 2006; 49:736-763
13. Shirk G, Minimal invasive surgery for ablation of the endometrium. *Clin Obstet Gynecol* 2005; 48: 325-336
14. Nichols CM, Gill E, thermal balloon endometrial ablation for management of acute uterine hemorrhage. *Obstet Gynecol* 2002;100:1092-1094
15. Nashar SA. Global endometrial ablation for menorrhagia in women with bleeding disorders. *Obstet Gynecol* 2007; 109:1381-1387
16. Philipsen T, Joerdgensen JC. Ten-year follow-up of endometrial ablation. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2007;86:334-338
17. Roy K, Mattox J. Advances in endometrial ablation. *Obstet Gynecol Surv* 2002; 57:789-802
18. Neuwirth R, Duran A, Singer A, MacDonald R, Bolduc L. The endometrial ablator: A new instrument. *Obstet Gynecol* 1994; 83: 792-796
19. McGurgan P, Donovan P. Endometrial ablation. *Curr Opin Obstet Gynecol* 2003; 15:327-332
20. Amso N, Clinical and health service implications of second generation endometrial ablation devices. *Curr Opin Obstet Gynecol*; 18:457-463
21. Apgar B, et al. Treatment of menorrhagia. *Am Fam Physician* 2007;75:1813-1820

Tabla 1. Se muestran los valores de la media para cada variable

Variable	HTA	Ablación endometrial
Edad	42.02 (± 5.03 SD)	41.70 (± 5.43 SD)
Peso	62.78 (± 13.76 SD)	66.90 (± 13.09 SD)
Talla	1.53 (± 0.07 SD)	1.54 (± 0.07 SD)
IMC	26.61 (± 5.63 SD)	27.96 (± 5.42 SD)
Días estancia hospitalaria	4.30 (± 0.63 SD)	3.04 (± 0.24 SD)
Consultas totales Otorgadas	6.80 (± 1.33 SD)	4.89 (± 0.85 SD)

HTA: Histerectomía total abdominal

SD: Desviación estándar

Fig 1. Distribución de las pacientes en relación a los días de estancia hospitalaria los diferentes procedimientos histerectomía total abdominal (n=95) vs ablación endometrial (n=95)

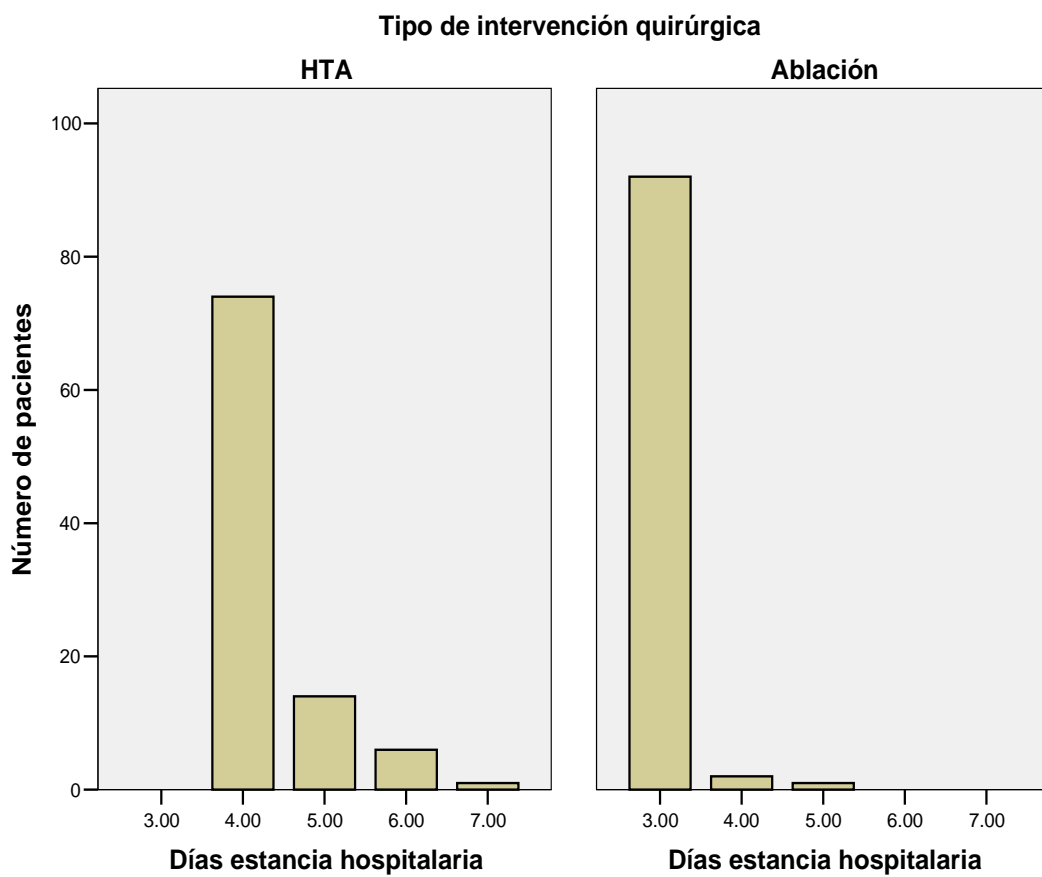


Fig 2. Distribución de las pacientes en relación al total de consultas otorgadas dependiendo del procedimiento realizado histerectomía total abdominal vs ablación endometrial

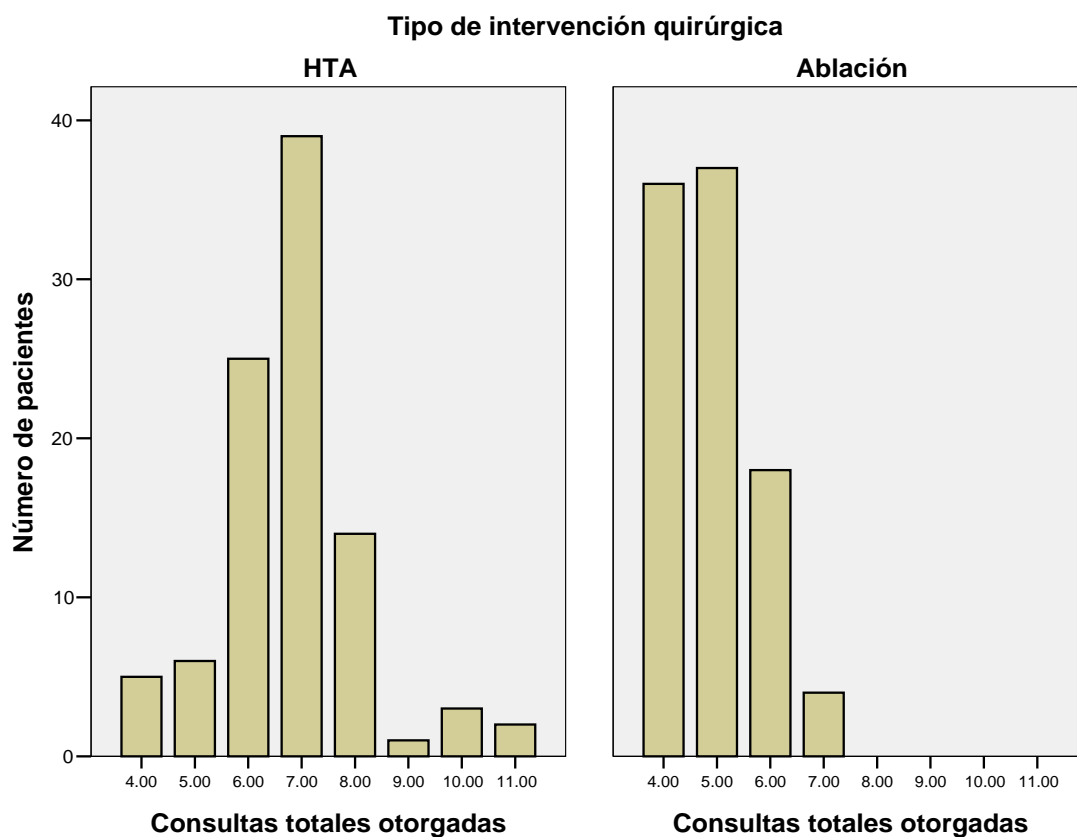
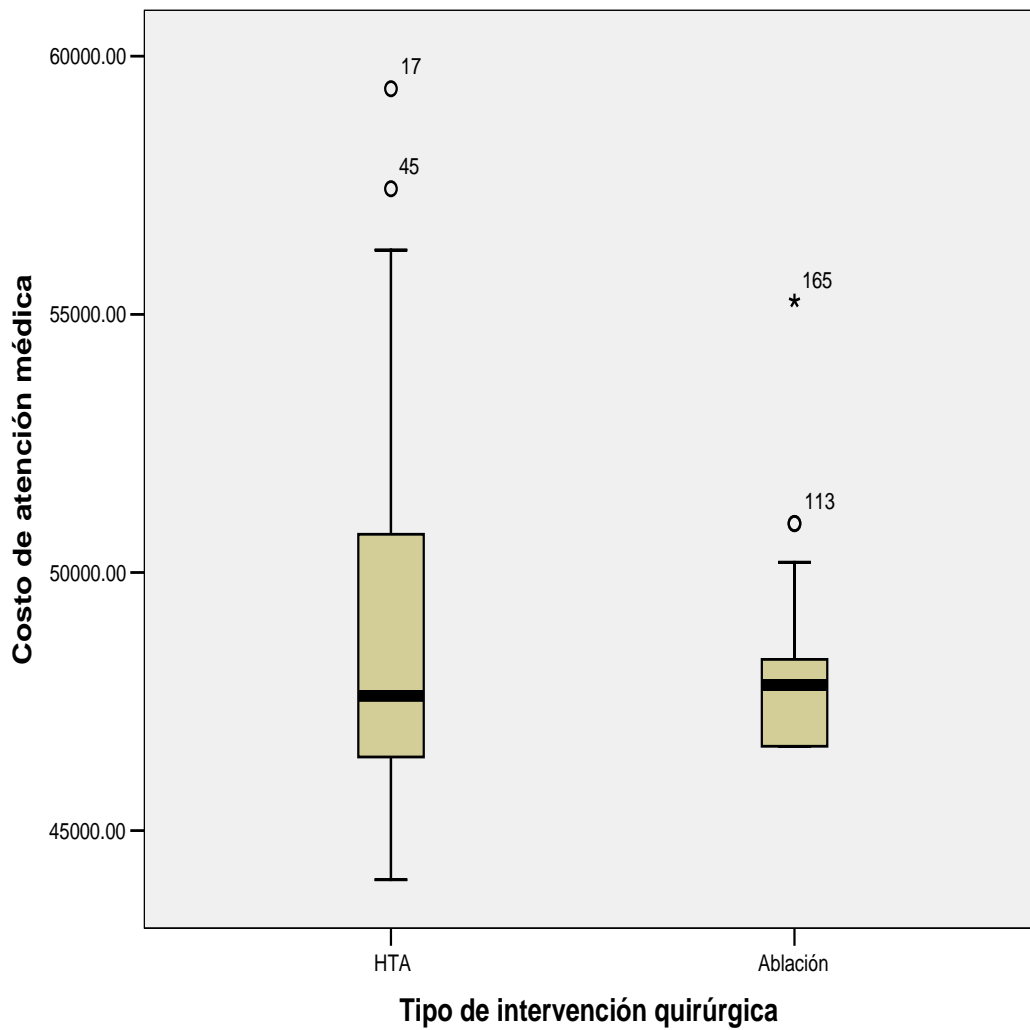


Fig 3. Diagrama de caja y bigotes que representa el costo de atención médica en relación al procedimiento realizado histerectomía total abdominal vs ablación endometrial



ANEXO 1.

HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Tipo de intervención	Ablación	HTA
Afiliación		
Edad		
Peso		
Talla		
IMC		
Días de hospitalización		
Consultas otorgadas		
Costos por intervención quirúrgica		
Costos por atención médica		
Costos por hospitalización		
Complicación postoperatoria	SI	NO

HTA: Histerectomía total abdominal

IMC: Índice de masa corporal