

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

HOSPITAL DE GINECOBSTETRICIA NO.3

CENTRO MEDICO NACIONAL LA RAZA

Utilidad de la histeroscopia dentro del protocolo de estudio de
pacientes con hemorragia uterina anormal en el Hospital de
Ginecología y obstetricia No.3 del Centro Medico Nacional La
Raza.

NO. DE REGISTRO.- R-2008-3504-1

TESIS DE POSGRADO

PARA OBTENER TITULO DE
ESPECIALISTA EN:

GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:

DRA. ILIANA CABALLERO CASTAÑEDA

ASESOR:

DR. OSCAR ENRIQUE JIMENEZ HERNANDEZ



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.

AGRADECIMIENTO.

Gracias

A mis padres por su amor, su apoyo incondicional, su confianza y por estar siempre a mi lado. (Gracias por todo mamá)

A Joel, Ale y Héctor por ser ejemplo y motivación.

A mis asesores Dr. Manuel Matute, Oscar Jiménez, Ángeles Guzmán.

Gracias por su apoyo, confianza e interés en la formación académica

A todos mis maestros por haber aprendido de ellos como persona y como médico.

INDICE

I.- INDICE.....	5
II- ANTECEDENTES.....	6
III.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	11
IV.- JUSTIFICACIÓN.....	12
V.- HIPOTESIS.....	13
VI.- OBJETIVO DEL ESTUDIO.....	14
1.-OBJETIVO GENERAL	
2.- OJETIVO SECUNDARIO	
VII.- MATERIAL Y METODOS.....	15
1.- CARACTERISTICAS DEL LUGAR DEL ESTUDIO	
2.- DISEÑO	
3.- CRITERIOS DE SELECCIÓN	
4.-TAMAÑO DE LA MUESTRA	
5.- GRUPO DE ESTUDIO	
5. DEFINICION DE LAS VARIABLES	
6.- DESCRIPCION DEL ESTUDIO	
7.- ANALISIS ESTADISTICO	
VIII.- FACTIBILIDAD Y ASPECTOS ETICOS.....	23
RECURSOSHUMANOS Y FINANCIEROS.....	23
IX.- RESULTADOS.....	24
X.-DISCUSIONES.....	33
XI.-CONCLUSIONES.....	34
XII.- BIBLIOGRAFIA.....	35
XIII- ANEXOS.....	37

Titulo

Utilidad de la histeroscopia dentro del protocolo de estudio de pacientes con hemorragia uterina anormal en el Hospital de Ginecología y obstetricia No.3 del Centro Medico Nacional La Raza.

Palabras claves.- Histeroscopia, hemorragia uterina anormal

Hipótesis general

Es útil la histeroscopia dentro del protocolo de estudio de pacientes con hemorragia uterina anormal.

Hipótesis nula

No es útil la histeroscopia dentro del protocolo de estudio de pacientes con hemorragia uterina anormal

Planteamiento del problema

¿Tiene utilidad de la histeroscopia dentro del protocolo de estudio de pacientes con hemorragia uterina anormal?

Justificación

La hemorragia uterina anormal se encuentra entre la patología femenina con más prevalencia Tiene múltiples etiologías desde estimulación estrogénica aumentada, producción deficiente de progesterona, disfunciones endocrinas que inhiben la ovulación, hasta neoplasias. Teniendo siempre en mente la tendencia aumentada de las mujeres de 30 años hacia la hiperplasia y patologías malignas endometriales

De ahí la inquietud del estudio, donde nos interesa valorar la cantidad de pacientes con patología maligna y/o benigna que son diagnosticadas, por medio de la realización del procedimiento histeroscópico

Método diagnóstico que se utiliza en el servicio de ginecología, como protocolo de la paciente con diagnóstico de sangrado uterino anormal.

Objetivo general

Evaluar la utilidad de la histeroscopia en el protocolo de la hemorragia uterina anormal en el servicio de ginecología del hospital de ginecología y obstetricia no. 3.

Objetivo específico

Conocer el resultado histeroscópico en las pacientes con hemorragia uterina anormal sometidas a histeroscopia.

Conocer el resultado de histopatológica de la biopsia de endometrio realizada en las pacientes con hemorragia uterina anormal sometidas a histeroscopia.

Conocer la utilidad diagnóstica del resultado de histeroscópico con el resultado de histopatológico pacientes con hemorragia uterina anormal

Criterios de inclusión

Pacientes del servicio de ginecología

Aumento en la cantidad de sangrado menstrual en los últimos o aumento en el número de días del sangrado menstrual o duración del sangrado menstrual menor a 25 días en los últimos tres meses.

Hemorragia postmenopausia.

Tamaño del útero menor a un embarazo de 12 semanas de gestación. Estudio histeroscopia.

Criterios de exclusión

Imposibilidad para acceder a la cavidad uterina con el histeroscopia.

Pacientes con patología maligna diagnosticadas previamente.

Enfermedad pélvica inflamatoria.

Criterios de eliminación

Perdida de seguimiento en la unidad de las pacientes por pérdida de los expedientes o por convertirse en no derechohabiente.

Material y Métodos

El estudio se llevara a cabo en el hospital de Ginecobstetricia del Centro Medico La Raza, en los expedientes clínicos de las pacientes del servicio de ginecología, con diagnóstico sangrado uterino anormal y a los que se

les haya realizado histeroscopia así como histerectomía con el reporte del estudio histopatológico de la pieza quirúrgica.

Tipo de estudio.-Es un estudio trasversal comparativo observacional, retrospectivo.

Grupo de estudio.-Se incluyen todas las pacientes con tengan los criterios de elegibilidad, y se les realice estudio de histeroscopia en los años 2006.

Tamaño de la muestra.- Muestra por conveniencia.

Análisis estadístico

Se realizara estadística descriptiva con media mediana y moda de las diferentes variables y con medidas de tendencia central como desviación estándar.

VARIABLES

Las variables de los objetivos e hipótesis específicas 1 y 2 son las siguientes:

VARIABLE	TIPO	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICION	UNIDAD DE MEDICION
INDEPENDIENTE				
Histeroscopia	Cualitativa	Histeroscopia .- examen del interior del útero con un instrumento análogo al cistoscopio, el histeroscopio	Nominal, dicotomica	
DEPENDIENTE				
Resultado de Histeroscopia		Funcional Atrofia Endometritis. Pólipo Mioma. Hiperplasia. Carcinoma	Cualitativa, nominal.	Frecuencia
Resultado Histopatológico.		Definimos resultado histopatológico al reporte de la biopsia de endometrio y del útero cuando se le realizo histerectomía a la paciente. Endometrio funcional. Pólipo Atrofia. Hiperplasia simple Hiperplasia compleja Hiperplasia atípica simple Hiperplasia atípica compleja Carcinoma Tejido insuficiente.	Cualitativa nominal	Frecuencia

Las variables para el objetivo e hipótesis 3 son las siguientes:

VARIABLE	TIPO	Definición operacional	ESCALA	UNIDAD DE	Estadística
----------	------	------------------------	--------	-----------	-------------

			DE MEDICION	MEIDICION	
Estándar de Oro					
Reporte histopatológico.		<p>Negativa: Definimos un reporte histopatológico negativo cuando el resultado es:</p> <p style="padding-left: 40px;">Endometrio funcional. Pólipo Atrofia.</p> <p>Positiva : definimos un reporte histopatológico positivo cuando el resultado es:</p> <p style="padding-left: 40px;">Hiperplasia simple Hiperplasia compleja Hiperplasia atípica simple Hiperplasia atípica compleja Carcinoma</p>	Estándar de oro. Cualitativa, nominal, dicotomica.	Positiva o negativa.	

DEPENDIENTE					
Reporte de Histeroscopia		<p>Negativo: definimos negativo cuando el medico que realiza la histeroscopia refiere en el expediente los siguientes diagnósticos:</p> <p style="text-align: center;">Funcional Atrofia</p> <p>Positivo definimos positivo cuando el medico que realiza la histeroscopia refiere en el expediente los siguientes diagnósticos.</p> <p style="text-align: center;">Mioma Pólipo Hiperplasia. Hiperplasia Carcinoma</p>	Cualitativa nominal dicotomica	Positivo y negativo (se considera como estándar de oro a la variable reporte de Patología.	.

VARIABLES UNIVERSALES					
Edad	Cuantitativa Discreta	Los años cumplidos referidos por la paciente	Escalar o de razón		Descriptiva: DS, Media,
Gestaciones.		Número de embarazos			
Partos		Número de nacimientos por vía vaginal			
Abortos		Perdida de la gestación antes de la semana 20			
Cesáreas		Número de nacimientos vía abdominal			
Comorbilidad.		Enfermedades asociadas que presenta la paciente			
Peso		Número expresado en sistema decimal de la sustancia del individuo.			
Talla		Estatura del individuo			
Índice de masa corporal.		Talla al cuadrado entre peso			

II.-ANTECEDENTES

Se ha estimado que cerca del 30 % de las visitas al ginecólogo están relacionadas con los síntomas del sangrado uterino anormal.

Existiendo una enorme variedad de causas dentro del sangrado uterino anormal que incluye causas anatómicas, endocrinológicas, coagulopatías, enfermedades crónicas entre otras.(7)

La evaluación de la cavidad uterina es necesaria cuando se presenta el sangrado uterino anormal, dado que el endometrio tiene cambios cíclicos y continuos, bajo la influencia de esteroides, las enfermedades también varían, cuando el crecimiento anormal del endometrio ocurre y esta puede no ser la única causa del sangrado, sino que puede existir algún factor predisponente de malignidad. (9)

Bozzinni y Pantaleoni transformaron el primer histeroscopia en 1807, pero sin gran éxito debido a las complicaciones y altos índices de mortalidad (10)

A lo largo del tiempo posterior casi a 100 años y gracias al esfuerzo de varios ginecólogos se ha desarrollado la histeroscopia como medio diagnóstico para evaluar desordenes menstruales, infertilidad, sangrados posmenopáusicos y perdidas recurrentes de la gestación. (3)

A través de la historia, la histeroscopia ha sido usada por 3 décadas. (7)

Durante los años 80's y 90's se realizaron recientes avances en la tecnología histeroscópica, iniciando el uso de telescopios rígidos, con diámetros de 5mm y como medio de dilatación se utilizaba CO₂, hasta el desarrollo actual de telescopios con diámetros más pequeños y utilizando después de varios años de investigación tan solo solución isotónica como medio de distensión. (14)

Se han desarrollado instrumentos que tienen dos vainas, una de aspiración y otra de irrigación, esta última, se realiza con una presión constante entre 30 y 40 mmHg, que impide la distensión excesiva de fibras musculares y así evitar la consecuente molestia para la paciente.(14) Recordando que la inervación sensitiva del útero se inicia del miometrio hacia fuera, en tanto que el endometrio y cualquier tejido fibroso carecen de sensibilidad, motivo para asegurar que la operación histeroscópica puede hacerse sin anestesia y/o analgesia.

Y con el paso del tiempo el desarrollo de la histeroscopia quirúrgica, gracias a la creación de instrumentos en miniatura, con la ventaja de poder realizar procedimientos quirúrgicos sin anestesia.

Hoy en día se considera a la histeroscopia como el estándar ideal no solo para la visualización del conducto del cuello uterino y su cavidad, sino para el tratamiento de diversas patologías, llegando a conocerlo como el procedimiento de “ver y tratar”.

Hasta el momento se ha estimado, que menos del 20% de los ginecólogos utilizan la histeroscopia como método diagnóstico para evaluar la patología uterina.(7)

Dentro de las causas más frecuentes para la realización del procedimiento se encuentran el sangrado uterino anormal, que es causa del 30% de las consultas al ginecólogo (7), sangrado posmenopáusico y sospecha de anomalías en la cavidad uterina, sangrado posmenopáusico con terapia hormonal de reemplazo, en el protocolo de infertilidad, como protocolo en la evaluación para la fertilización in vitro, en pérdidas recurrentes de la gestación, así como en el Síndrome de Asherman.

Se ha demostrado que la histeroscopia tiene un importante lugar en el tratamiento de los trastornos menstruales, ofreciendo mínima técnica invasiva, en patologías benignas. La histeroscopia se ha consolidado con el paso del tiempo, como el procedimiento más efectivo en el diagnóstico de patología estructural como pólipos, miomas y malformaciones congénitas, comparada con el ultrasonido endovaginal y biopsia endometrial que diagnostica menos del 50% de la patología. (4) Así como el legrado intrauterino, que pierde el diagnóstico del 30% de las lesiones. (7)

Se ha definido como un procedimiento seguro, evolucionando a través del tiempo hasta poder realizar hoy en día, histeroscopia operatoria, dentro de los que se encuentran adherenciólisis, metroplastia, miomectomía etc. (3)

Un diagnóstico visual correcto por un ginecólogo experimentado, puede no hacer necesaria la toma de biopsia.(4) Pero en ocasiones solo la toma de biopsia diagnosticara por histología una hiperplasia endometrial, que en ocasiones puede ser enmascarada por la presencia de pólipos, observado también a la fecha que la sola toma de biopsia únicamente por legrado, llega a perder hasta el 30% de las lesiones focales. (7)

En el caso de cáncer endometrial se ha reportado en la literatura el difícil diagnóstico solo por histeroscopia, aun a pesar de la biopsia.(6)

Obviamente el proceso de enseñanza aprendizaje, por medio de instructores, presenta ciertos riesgos, pero al paso del tiempo y al adiestramiento, ha habido una disminución en la muerte de las pacientes, asociada a un diagnóstico temprano y oportuno, en el tratamiento del sangrado uterino anormal gracias a la histeroscopia, que a su vez ha llevado a la realización de menos histerectomías y estas a su vez menos muertes.

Ciertos autores creen que se necesitan de 3 a 5 procedimientos para enseñar a un ginecólogo la técnica histeroscópica.(9)

Aunque la histeroscopia se ha presentado como uno de los procedimientos útiles para el ginecólogo, para pacientes con diversas patologías, no está exenta de complicaciones como cualquier otro procedimiento invasivo.

Las complicaciones se pueden clasificar en las relacionadas al procedimiento, durante el procedimiento y post evento.

Dentro de las principales se encuentran la laceración cervical, perforación uterina, imposibilidad para dilatar el cervix, lesión de vejiga o intestino, hemorragia.

hiponatremia , embolismo venoso cuando se utiliza gas , o excesiva absorción de fluidos endometritis, sinequias postoperatorias.(3)

Se ha observado que las complicaciones son directamente proporcionales al tipo de histeroscopia. En una serie de 1000 procedimientos solo se presentaron alrededor de 2% de complicaciones.(3)

Dentro de los procedimientos asociados con altas complicaciones están la miomectomia, la resección de septos uterinos, pólipos, y la ablación endometrial, este último es el procedimiento con menor índice de complicaciones.(6)

Se ha observado que el tratamiento previo, al procedimiento con agonistas de la GnRh esta más asociado a complicaciones, en mujeres < de 50 años, así como están presentes con más frecuencia en nulíparas, posmenopáusicas, pacientes con el antecedente de una conización y pacientes con retroversión uterina.

La adherenciólisis es el procedimiento con mayor índice de complicaciones, seguido de la resección endometrial. La mayoría de las complicaciones se han relacionado con la entrada al cervix al inicio del procedimiento; y dentro de las complicaciones que se presentan con más frecuencia son la laceración cervical, la creación de una vía falsa y la más reportada la perforación uterina.(3)

Hoy en día se han desarrollado histeroscopios, donde se requiere la dilatación con Hegar 8-10 así como una navegación a través del orificio cervical interno, previo a la introducción de instrumentos operatorios.

Dentro de las complicaciones del medio de irrigación se ha demostrado que el medio de distensión, así como los instrumentos son determinantes en la presencia de complicaciones.

Ante el uso de energía monopolar se ha utilizado glicerina, sorbitol, manitol, solución mixta, pero se ha demostrado que el mejor líquido utilizado son los líquidos libres de electrolitos.(1)

Ante energía bipolar la histeroscopia puede realizarse con solución ringer lactato. En algún tiempo se utilizo dextran 70, asociado a complicaciones como reacciones anafilácticas, hipotensión, hipoxia, edema pulmonar y coagulopatías.

Se ha observado también, la acumulación de agua asociándose con hiponatremia, hipervolemia con sorbitol y glicerina, pero que se contrarresta con los mecanismo compensatorios del cerebro, la falla de estos mecanismos compensatorios causan edema cerebral cuyos síntomas son edema cerebral, aumento de la presión intracraneal, confusión nausea, vomito, alteraciones visuales etc.(3)

Con el paso del tiempo se ha empleado y como se describió previamente sol salina, que no causa hiponatremia e hipervolemia, pero que se ha asociado con hipoosmolaridad, edema pulmonar, y falla cardiaca.

Otra de las complicaciones presentes es la perforación uterina que causa además de descompensación hemodinámica, cúmulo de líquido en cavidad peritoneal.

Existen también las complicaciones tardías, que se reconocen meses y años más tarde, posterior al procedimiento, dentro de las más frecuentes están las relacionadas con el embarazo, la esterilización postubaria, cáncer endometrial, hematometa. Se dice que el sangrado uterino anormal ocurre en el 10 al 15% de las pacientes con sangrado posmenopáusico y es el primer signo de cáncer endometrial.

Durante muchos años el legrado y la biopsia, se consideraron como el estándar de oro diagnóstico de patologías de la cavidad uterina, pero dado que es un procedimiento a ciegas, antes de la histeroscopia, muy frecuentemente pasaba por alto el diagnóstico, sea por muestra insuficiente o por sitio erróneo de la toma; sin decir de la omisión diagnóstica de diversas patologías como pólipos, miomas submucosos o focos de hiperplasia endometrial y aunque el ultrasonido endovaginal ha mejorado el diagnóstico de la patología endometrial, hoy en día, queda por debajo de la gran aportación de la era histeroscópica.(13)

Una de las causas de sangrado uterino anormal es sin duda la hiperplasia endometrial y es un hecho que las pacientes con dicho diagnóstico, necesitan de una escrupulosa evaluación, si el sangrado recurre posterior a la ablación endometrial y el usg transvaginal no aporta datos suficientes para la evaluación, se requiere forzosamente de una visualización histeroscópica.(6)

Y si se encuentra hiperplasia endometrial con o sin atipia el tratamiento de elección es el uso de terapia con progesterona y cuando esta falla se debe recurrir a la histerectomía.

Es importante mencionar que la ablación endometrial (procedimiento realizado por medio de la histeroscopia) no es el tratamiento de elección, para las pacientes que tienen hiperplasia endometrial, pero se ha utilizado en pacientes que rehúsan a la histerectomía, o que tienen numerosos factores de riesgo para el procedimiento quirúrgico, pero al final estadísticamente todas terminan en histerectomía al ser únicamente un tratamiento paliativo.(6)

Pero sin duda la histeroscopia se ha utilizado como método de seguimiento en pacientes con tratamiento en la hiperplasia endometrial y lo más importante es que ante la sospecha de hiperplasia una confirmación histológica es recomendada como regla.(12)

Así como en pacientes infértiles donde se ha convertido como un estándar en el tratamiento de lesiones intracavitarias, como causa de infertilidad de origen uterino, descubiertas en el 10 al 62% de los pacientes.(7)

Otra de las ventajas que muestra la histeroscopia ante pacientes con pólipos y miomas pediculados como causa de la presencia de sangrado uterino anormal es que se tratan durante el mismo procedimiento diagnóstico.(13)

Se ha descrito que la mayoría de las miomectomías histeroscópicas se han realizado en pacientes posmenopáusicas, con sangrado uterino anormal. (13)

Una de las desventajas que presenta la histeroscopia, ante mencionado diagnóstico, es que ante demasiados miomas submucosos, puede hacerse un procedimiento largo e incompleto e inclusive pasar por alto lesiones malignas acorde a su localización.

La tasa de malignidad de los pólipos encontrados por histeroscopia, son de alrededor del 2.7%. (11)

Diversos estudios concuerdan con el hecho, que la histeroscopia muestra grandes beneficios y ventajas como el ser un procedimiento que no requiere hospitalización, provee resultados rápidos, causa mínima molestia, permite una adecuada visualización para la toma de biopsias, permite la identificación de lesiones endometriales benignas, no requiere anestesia ni analgesia, no requiere la dilatación cervical en el mayor número de casos, se ha estudiado que la diseminación del cáncer por la realización de histeroscopia no incrementa el riesgo de diseminación en pacientes con cáncer, además de tener un adecuado costo beneficio.

La histeroscopia ha demostrado tener mayor sensibilidad que la histerosalpingografía y el ultrasonido en la evaluación de la cavidad uterina, sin embargo, se ha propuesto que el ultrasonido y la histeroscopia se utilicen como métodos complementarios. (7)

Se ha descrito una sensibilidad del 100% y 95% de especificidad.(12)

En mujeres premenopáusicas detecta del 65 al 80% de las lesiones benignas estructurales y en mujeres posmenopáusicas detecta cerca del 90%.(7)

Los hallazgos histeroscópicos comparados con la histerectomía han mostrado un 98% de sensibilidad y 95% de especificidad, hecho que lo arraiga como un gran método diagnóstico.(12)

Y aunque el diagnóstico certero y rápido es alto, la histeroscopia no se ha considerado como una técnica final diagnóstica, aun realizada en manos expertas.

Esta demostrando que la histeroscopia no es un procedimiento difícil de aprender y que la curva de enseñanza aprendizaje cada vez es mas corta (7)

Es económicamente benéfica tanto para el ginecólogo, como para el paciente tomando en cuenta que provee una mejor calidad diagnóstica médica.

Hoy en día ha sido bien documentado el diagnóstico histeroscópico, al compararlo con los hallazgos histopatológicos de las biopsias, pero hay muy pocos estudios que comparen estos hechos con la histerectomía en la misma paciente (12) situación que motiva a la realización de este protocolo.

III.-PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Se observo en nuestra experiencia, que el realizar una histeroscopia, es un procedimiento sencillo, sin embargo, amerita un proceso de enseñanza aprendizaje. Dicho estudio nos ha ayuda a comprender mejor el comportamiento de la cavidad uterina y de relacionarla con la clínica, es decir los signos y síntomas de cada paciente con los hallazgos histeroscopicos que se obtienen al realizar dicho procedimiento, ya que nos permite identificar sitios específicos de alguna anormalidad del endometrio o incluso del miometrio y poder tomar una muestra de tejido de una forma dirigida, y así, obtener mas información, para ejercer la mejor opción terapéutica en cada paciente es decir individualizar su manejo, partiendo del hecho, que las pacientes que se atienden en nuestro servicio, son pacientes que frecuentemente presentan comorbilidad agregada, con alto riesgo de incrementar su morbimortalidad. Lo propuesto anteriormente, nos llevo a través del tiempo a formular la siguiente pregunta. ¿ si la histeroscopia tenía utilidad dentro del protocolo de estudio de pacientes con hemorragia uterina anormal?

IV.- JUSTIFICACION

La hemorragia uterina anormal es una de las patologías mas frecuentes en la práctica ginecológica y contribuye con el 15% de las consultas y casi 25 % de la cirugía en ginecología. La duración del ciclo menstrual es de 28 días con una pérdida de sangre de cuatro días y de 35 ml en promedio.

La hemorragia uterina anormal se caracteriza por la pérdida de sangre en momentos anormales o inesperados, o flujo excesivo a la fecha prevista.

La hemorragia uterina anormal puede clasificarse en dos grandes grupos según su etiología, las de origen anatómico y las funcionales la cual es llamada esta última como hemorragia uterina disfuncional.

La valoración inicial de una paciente debe guiarse por el entendimiento y comprensión de la causa que la origina, y grupo de edad. De esta manera hacer un diagnostico preciso y tratamiento eficaz en cuanto a costos se refiere.

El sangrado uterino anormal es más frecuente en los extremos de la vida, pero puede desarrollarse en cualquier momento.

Por lo anteriormente comentado es indispensable realizar un interrogatorio que exponga los antecedentes mas importantes poder tener un diagnostico presuncional y realizar un mejor diagnostico diferencial por las múltiples patologías que la producen, por ejemplo, causas endocrinas, trastornos tiroideos, procesos neoplásicos como tumores de músculo o tumores de ovario funcionales, problemas endometriales como pólipos, sinequias, entre otras causas.

Obviamente que para realizar la evaluación y estudio de la cavidad uterina existen diferentes métodos y procedimientos como el ultrasonido el cual puede utilizarse vía abdominal o endovaginal según se requiera, también tenemos la histerosonografía, y la biopsia de endometrio que sigue siendo el estándar de oro teniendo un lugar muy importante para el diagnostico final de una patología uterina, de esta manera podemos obtenerla ya sea por el método mas utilizado es decir por medio de una cánula que toma tejido de manera aleatoria dentro de la cavidad uterina o realizarlo de forma dirigida por medio de la histeroscopia y teniendo un panorama integral de la cavidad.

La histeroscopia ha mostrado una sensibilidad en sus resultados de la biopsia dirigida del 97% al 98% y especificidad del 93% al 100%.

El muestreo del endometrio ha tenido muchos avances con ideas y tecnologías que han venido evolucionando, aumentando la capacidad de obtención de muestras adecuadas que provean información confiable de la patología uterina pero ninguna supera la sensibilidad y especificidad que la histeroscopia con biopsia dirigida ha tenido, además de que es un procedimiento que puede realizarse en el consultorio ya que los equipos actuales llega a medir 3-4 mm cuando se realizan para diagnostico.

V.- HIPOTESIS

HIPOTESIS GENERAL

Es útil la histeroscopia dentro del protocolo de estudio de pacientes con hemorragia uterina anormal.

HIPOTESIS NULA

No es útil la histeroscopia dentro del protocolo de estudio de pacientes con hemorragia uterina anormal

VI.-OBJETIVOS

1.-OBJETIVO GENERAL

Se evaluó la utilidad de la histeroscopia en el protocolo de la hemorragia uterina anormal en el servicio de ginecología del hospital de ginecología y obstetricia no. 3.

2.- OBJETIVO ESPECIFICO

Conocer el resultado histeroscopico en las pacientes con hemorragia uterina anormal sometidas a histeroscopia.

Conocer el resultado de histopatológica de la biopsia de endometrio realizada en las pacientes con hemorragia uterina anormal sometidas a histeroscopia.

Conocer la utilidad diagnóstica del resultado de histeroscopico con el resultado de histopatológico pacientes con hemorragia uterina anormal

VII.- MATERIAL Y METODOS

1.-DESCRIPCION DONDE SE REALIZARA EL ESTUDIO

El estudio se llevo a cabo en el hospital de Ginecobstetricia del Centro Medico La Raza, en los expedientes clínicos de las pacientes del servicio de ginecología, con diagnóstico sangrado uterino anormal y a los que se les realizó histeroscopia así como histerectomía con el reporte del estudio histopatológico de la pieza quirúrgica.

2.-DISEÑO DE ESTUDIO

Se realizo un estudio trasversal comparativo observacional, retrospectivo.

3.- CRITERIOS DE INCLUSION

Pacientes del servicio de ginecología

Aumento en la cantidad de sangrado menstrual en los últimos o aumento en el número de días del sangrado menstrual o duración del sangrado menstrual menor a 25 días en los últimos tres meses.

Hemorragia postmenopausia.

Tamaño del útero con histerometria menor de 12cm.

Estudio histeroscopia.

a) CRITERIOS DE EXCLUSION

Imposibilidad para acceder a la cavidad uterina con el histeroscopio.

Pacientes con patología maligna diagnosticadas previamente.

Enfermedad pélvica inflamatoria.

b) CRITERIOS DE ELIMINACION

Perdida de seguimiento en la unidad de las pacientes por perdida de los expedientes o por convertirse en no derechohabiente.

4.-TAMAÑO DE LA MUESTRA

Muestra no probabilística, de casos consecutivos

5.- GRUPO DE ESTUDIO

Se incluyeron a todas las pacientes que cumplieron los criterios de elegibilidad, y se les realizó estudio de histeroscopia en los años 2006.

5.-VARIABLES

Las variables de los objetivos e hipótesis específicas 1 y 2 son las siguientes:

VARIABLE	TIPO	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICION	UNIDAD DE MEIDICION	Estadística
INDEPENDIENTE					
Histeroscopia	Cualitativa	Histeroscopia. - examen del interior del útero con un instrumento análogo al cistoscopio, el histeroscopio	Nominal, dicotómica		
DEPENDIENTE					
Resultado de Histeroscopia		Funcional Atrofia Endometritis. Pólipo Mioma. Hiperplasia. Carcinoma	Cualitativa, nominal.	Frecuencia y Porcentajes	
Resultado Histopatológico.		Definimos resultado histopatológico al reporte de la biopsia de endometrio y del útero cuando se le realizo histerectomía a la paciente. Endometrio funcional. Pólipo Atrofia. Hiperplasia simple Hiperplasia compleja Hiperplasia atípica simple Hiperplasia atípica compleja Carcinoma Tejido insuficiente.	Cualitativa nominal	Frecuencia y porcentajes	

Las variables para el objetivo e hipótesis 3 son las siguientes:

VARIABLE	TIPO	Definición operacional	ESCALA DE MEDICION	UNIDAD DE MEIDICION	Estadística
Estándar de Oro					
Reporte histopatológico.		<p>Negativa: Definimos un reporte histopatológico negativo cuando el resultado es: Endometrio funcional. Pólipo Atrofia.</p> <p>Positiva : definimos un reporte histopatológico positivo cuando el resultado es: Hiperplasia simple Hiperplasia compleja Hiperplasia atípica simple Hiperplasia atípica compleja Carcinoma</p>	Estándar de oro. Cualitativa, nominal, dicotómica.	Positiva o negativa.	
DEPENDIENTE					
Reporte de Histeroscopia		<p>Negativo: definimos negativo cuando el medico que realiza la histeroscopia refiere en el expediente los siguientes diagnósticos: Funcional Atrofia</p> <p>Positivo definimos positivo cuando el medico que realiza la histeroscopia refiere en el expediente los siguientes diagnósticos. Mioma Pólipo Hiperplasia. Hiperplasia Carcinoma</p>	Cualitativa nominal dicotómica	Positivo y negativo (se considera como estándar de oro a la variable reporte de Patología.	.

VARIABLES UNIVERSALES					
Edad	Cuantitativa Discreta	Los años cumplidos referidos por la paciente			
Gestaciones.	Discreta	Número de embarazos			
Partos	Discreta	Número de nacimientos por vía vaginal			
Abortos	Discreta	Perdida de la gestación antes de la semana 20			
Cesáreas	Discreta	Número de nacimientos vía abdominal			
Comorbilidad.	Nominal	Enfermedades asociadas que presenta la paciente			

Definiciones operacionales

Sangrado uterino anormal.- complejo sintomático que incluye cualquier condición de sangrado uterino anormal en ausencia de embarazo, neoplasia, infección u alguna otra lesión intrauterina, que en la mayoría de las ocasiones es resultado de una disfunción endocrina que inhibe la ovulación normal.

Cáncer Cervicouterino.- Cáncer a nivel del cervix, de origen multifactorial, que puede evolucionar a invasor de 10 a 20 años. Y se ha definido en un principio como neoplasia intracervical, termino utilizado para englobar a las anormalidades del epitelio del cervix, donde las células malignas en un comienzo están confinadas al epitelio.

Miomatosis uterina.-formación de tumores múltiples, formados por células de músculo liso pero que contiene cantidades variables de tejido conectivo fibroso. Donde los leiomiomas son los responsables de más de la tercera parte de los sangrados uterinos anormales de las pacientes mayores de 30 años.

Pólipo endometrial.- tumor generalmente pediculado, que se desarrolla a expensas de alguno de los elementos de la membrana mucosa, y pueden ser glandulares, fibrosos etc.

Hiperplasia simple.- proliferación benigna con un aumento de número de glándulas endometriales multiplicación anormal de los elementos celulares.

Hiperplasia compleja.- Patrón de proliferación complicado, con yuxtaposición de glándulas, de nuevo sin atipia celular.

Hiperplasia atípica simple.- Es la proliferación glandular con grados variables de atipia nuclear y perdida de la polaridad (atipia citológica).

Hiperplasia atípica compleja.- proliferación glandular con mayor grado de pleomorfismo nuclear y un patrón complejo.

Atrofia.- Reducción del volumen de una célula o tejido de origen patológico.

Carcinoma.- epitelio glandular con invasión al estroma con datos de pleomorfismo nuclear, mitosis anormales, y aposición anormal de las células.

Endometrio funcional.- capa funcional de la cavidad uterina, de características morfológicas histológicas normales y que responde a estímulos hormonales.

6.-DESCRIPCION GENERAL DEL ESTUDIO

Las pacientes fueron referidas de los hospitales generales de Zona correspondientes a la Delegación del Instituto Mexicano del Seguro Social 1 noreste, 2 noroeste, Estado de México Oriente Estado de México Poniente y Estado de Hidalgo.

Se les realizó interrogatorio y exploración física en los consultorios 5, 6, 7, y 8 del Hospital de Ginecología y Obstetricia No. 3 del Centro Médico Nacional “La Raza”.

Las pacientes que cubrieron los criterios de elegibilidad fueron programadas en la Agenda para Histeroscopia.

Se cito a las pacientes a las 9:00 horas y se les realizo la histeroscopia egresándolas una hora después del procedimiento. Después del procedimiento se les indico metronidazol 500 mg. vía oral cada 12 horas por 1 semana y diclofenaco vía oral 100 mg. cada 12 horas por 1 semana.

Se enviaron las muestra histopatológicas al servicio de Patología del Hospital de Ginecología y Obstetricia No. 3.

Las pacientes se citaron a revisión, una semana posterior al procedimiento para detectar complicaciones.

Se les citó nuevamente a revisión seis semanas después del procedimiento con el resultado de patología y se tomó la decisión del tratamiento a seguir.

Las pacientes que fueron candidatas a tratamiento quirúrgico se valoraron por el servicio de Medicina interna y Anestesiología. Se citaron a valoración del caso por los médicos del servicio y se programo el tratamiento quirúrgico.

En el postoperatorio se citaron una semana después del procedimiento para revisión y se citaron nuevamente a las 6 semanas con el resultado histopatológico de la pieza quirúrgica.

Las pacientes sometidas a tratamiento medico son citadas cada tres meses para evaluar su evolución.

7.-ANALISIS ESTADISTICO

Se realizó estadística descriptiva con media mediana y moda de las diferentes variables y con medidas de tendencia central como desviación estándar.

IX.-FACTIBILIDAD

Fue factible realizar el estudio, debido a que fue un estudio retrospectivo y las pacientes incluidas en el estudio, fueron pacientes que se atendieron en el hospital de Ginecología No. 3, a las que se les realizó histeroscopia y posteriormente histerectomía con reporte histopatológico de pieza quirúrgica, encontrándose la información a disponibilidad.

Fue un estudio ético ya que solo fue un estudio observacional.

No se requirió consentimiento informado verbal, ni carta de aceptación firmada, por ser un estudio retrospectivo y descriptivo, de acuerdo a la norma institucional.

El estudio no contravino con aspectos éticos

.RECURSOS HUMANOS, FISICOS, FINANCIEROS

- Recursos humanos: Investigadores.
- Recursos físicos: expedientes clínicos ya existentes, papelería y computadora de los investigadores.
- Recursos financieros: no necesita por ser un estudio descriptivo

X.-RESULTADOS

La edad promedio de las pacientes fue de 48 años, DE 12.4 años, Total de la muestra en la gráfica 1.

La edad mínima de las pacientes incluidas en el estudio fue de 16 años y máxima edad de 80.

Dentro de los antecedentes ginecobstetricos de las pacientes que se incluyeron en el estudio se observo que la menarca se presento con una mínima de 7 años y máxima de 17, con una media de 13 años. Muestra completa en la tabla 2. El 38% de las pacientes de la muestra, eran pacientes posmenopáusicas.

El número de embarazos promedio que tuvieron las mujeres incluidas en el estudio fue de 3.38 Aunque hubo pacientes que fueron nuligestas, la máxima de paridad en otras mujeres fue de 14. Con una desviación estándar de 2.8.

Dentro de estas gestaciones la media fue de 2.3 en partos, .64 en cesáreas y .5 de abortos. Con Una desviación estándar de 2.5, 1.2 y 0.8 respectivamente. Total de la muestra

Tabla No.4.

De las pacientes incluidas en el estudio 118 utilizaron alguna vez en su vida algún método de planificación familiar. Con una desviación desviación estándar de 1.7. Total de la muestra tabla no. 3

El diagnostico de envió principal, por el que fueron las pacientes enviadas a la unidad para protocolo de estudio y tratamiento, fue de sangrado uterino anormal con una frecuencia de 117 pacientes que corresponde al 96% de la muestra respectivamente y 4 pacientes por sangrado uterino anormal secundario a diu traslocado que corresponde al 3.3 % respectivamente. Total de la muestra grafica No. 2.

Dentro de las pacientes que se incluyeron en el estudio, 96 pacientes que corresponde al 79.4% presentaron comorbilidad asociada. Y 25 pacientes que corresponden al 20.6% no tuvieron ninguna comorbilidad. La patología más frecuente, fue la hipertensión arterial crónica en 37 pacientes, que corresponden al 30.5%, la segunda patología más frecuente fue la diabetes mellitas que se presentó en 17 pacientes que corresponden al 20.6%. Algunas pacientes presentaron más de 2 patologías como comorbilidad. Total de la muestra en tabla 1.

Los diagnósticos más frecuentes que se reportaron en la histeroscopia fueron el endometrio proliferativo en 39 pacientes que corresponden al 32.23% y el endometrio secretor en 32 pacientes que corresponde al 26.44%. Cabe mencionar que las pacientes con endometrio proliferativo y secretor en algunas ocasiones presentaron más de 2 patologías. Total de la muestra en la tabla 5.

Dentro de los resultados de la biopsia de endometrio, el diagnostico más frecuente fue el endometrio proliferativo en el 28.92% de las pacientes y el endometrio secretor en 19.83%. Se diagnostico gracias a la toma de biopsia de endometrio, 3 pacientes con adenocarcinoma.

Total de la muestra en la tabla 6.

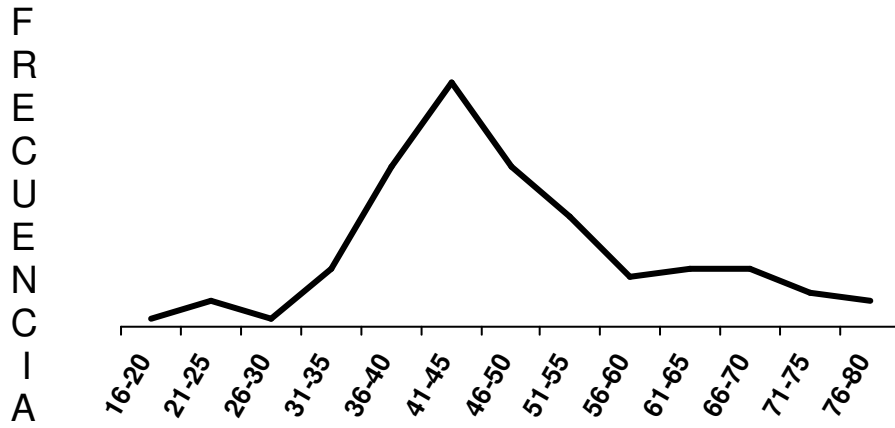
Una vez realizado el protocolo de estudio de las pacientes y gracias al reporte tanto de la histeroscopia como de la biopsia de endometrio, se pudo realizar el tratamiento específico y dirigido en el cual, al 46% se realizó histerectomía (ya sea vaginal o abdominal), al 24% se le realizo tratamiento médico, el 10% presento protocolo incompleto, el 7% se le realizo ablación endometrial, el 5% tuvo exéresis de los pólipos, y el 1 % se envió para tratamiento especializado al servicio de oncología dado el diagnostico que resulto.

Total de la muestra se observa en la grafica 3.

Dentro de los resultados reportados por el servicio de patología, de la pieza quirúrgica de las pacientes sometidas a histerectomía, se encontraron, carcinoma, adenomiosis, endometrio atrófico, proliferativo y secretor, cervicitis, hiperplasia con y sin atipias, miomas, pólipos, cabe mencionar que en algunas de estas pacientes se presentaron más de 2 patologías. Total de la muestra se observa en la grafica 4.

En 8 pacientes no se realizo la histeroscopia por estenosis cervical. Total de la muestra grafica 5.

Gráficos y tablas

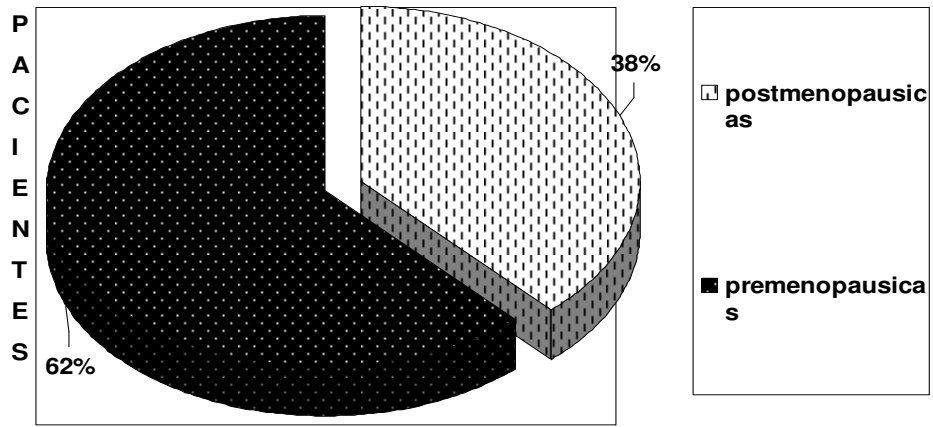


Gráfica 1.- EDAD DE LAS PACIENTES

EDAD DE LA MENARCA		
EDAD	FRECUENCIAS	PORCENTAJES
7	1	.8
9	2	1.7
10	3	2.5
11	19	15.7
12	22	18.2
13	33	27.3
14	22	18.2
15	15	12.4
16	2	1.7
17	2	1.7
TOTAL	121	100

TABLA 2. MENARCA DE LAS PACIENTES

EDAD



GRAFICA 2.- PACIENTES INCLUIDAS EN EL ESTUDIO POSTMENOPAUSICAS

METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR
--

	FRECUENCIAS	PORCENTAJES
DIU	9	7.4%
HORMONALES ORALES	11	9.1%
HORMONALES INYECTABLES	3	2.5%
OTB	32	26.4 %
NINGUNO	66	54.5%
TOTAL	121	100%

TABLA 3. METODO DE PLANIFICACION FAMILIAR UTILIZADO HASTA EL 2006

DIAGNOSTICO HISTEROSCOPICO

	FRECUENCIAS	PORCENTAJES
Atrofia	15	12.4
Atrofia, miomas	2	1.7
Atrofia, pólipo	3	2.4
Atrofia, tabique endometrial	1	0.8
Diu traslocado	2	1.7
Endometrio secretor	24	19.8
Endometrio proliferativo	28	23.1
Endometrio secretor, pólipos	5	4.1
Endometrio proliferativo, pólipos	6	5.0
Endometrio irregular	1	0.8
Anormal	1	0.8
Endometrio proliferativo atípico	1	0.8
Endometrio proliferativo, miomas	6	5
Endometrio secretor, miomas, pólipos	1	0.8
Miomas	8	6.6
Endometrio secretor, miomas	2	1.7
Fallida *	3	1.7
Miomas, endometritis	1	0.8
Pólipos, miomas	1	0.8
TOTAL	121	100%

TABLA 5. Diagnósticos obtenidos por medio de las hojas quirúrgicas de histeroscopia.

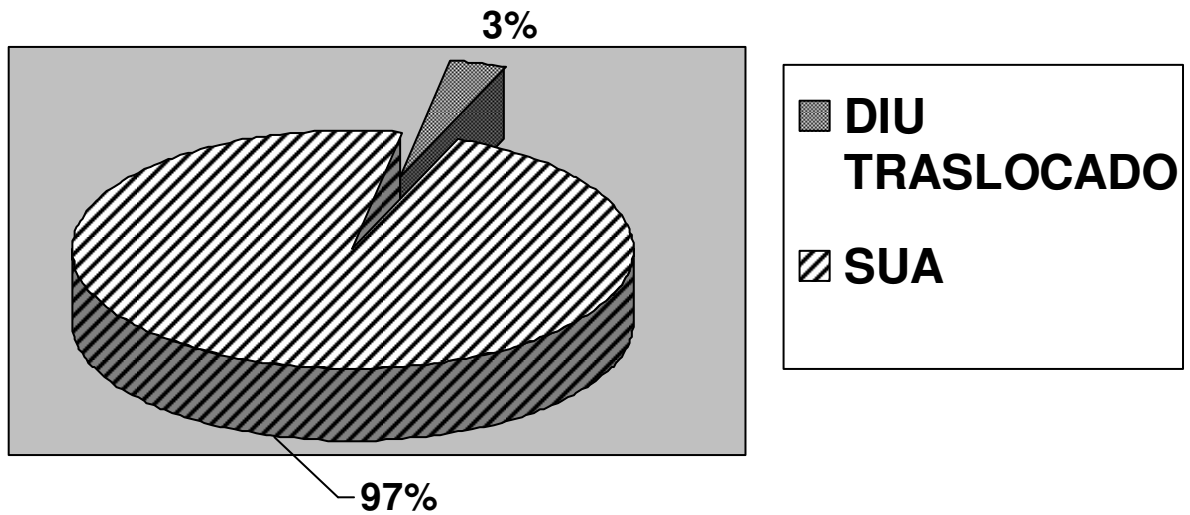
- ***las histeroscopias fallidas, fueron debido a estenosis cervical.**

REPORTE BIOPSIA ENDOMETRIO

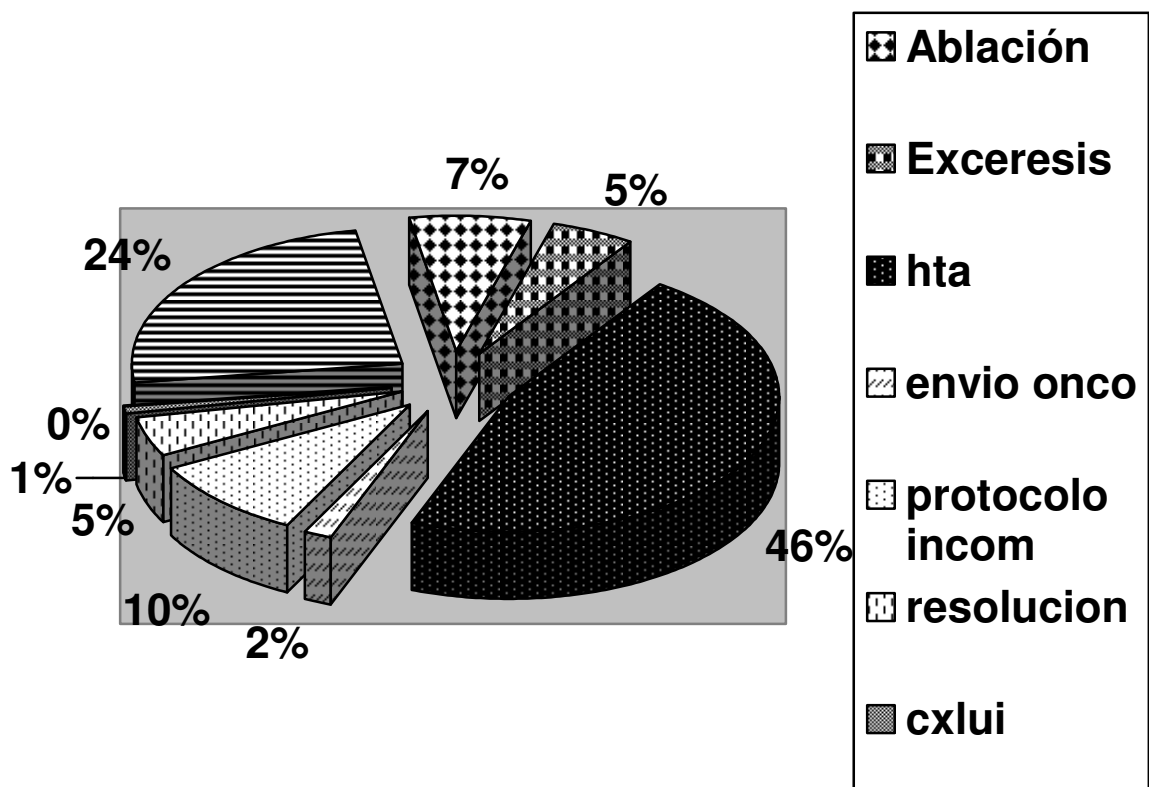
	FRECUENCIAS	PORCENTAJES
Adenocarcinoma	3	2.47%
Adenomiosis	1	0.82%
Atrofia	6	4.95%
Carcinoma epidermoide	1	0.82%
Endometrio descamativo	2	1.65%
Lesión intraepitelial alto grado	1	0.82%
Endocervicitis crónica	1	0.82%
endometritis	1	0.82%
Endometrio proliferativo	31	25.61%
Endometrio disincronico	2	1.65%
Endometrio proliferativo + miomas	1	0.82%
Endometrio proliferativo+polipo	1	0.82%
Endometrio secretor	16	13.22%
Endometrio secretor disincronico	8	6.61%
Hiperplasia compleja con atipias	4	3.30%
Hiperplasia simple con atipias	3	2.47%
Hiperplasia simple sin atipias	3	2.47%
Miomas	2	1.65%
No se realizo	22	18.18%
No concluyente	5	4.13%
Polipos	6	4.95%
Total	121	100%

TABLA 6. Reporte histopatológico de biopsia de endometrio, tomada durante la histeroscopia.

Grafica 2. Diagnostico principal de envió al servicio de ginecología

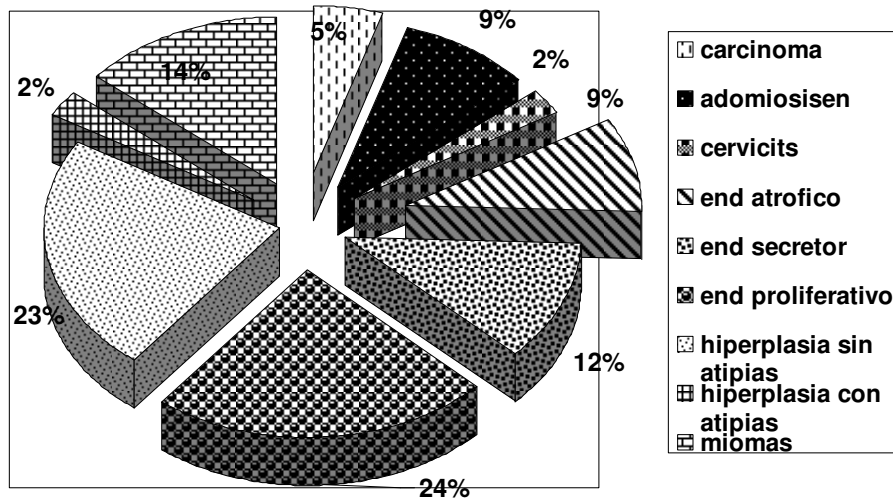


Grafica 3. Diagnostico principal de envió al servicio de ginecología



Grafica 4. Tratamiento final, posterior a protocolo de estudio (histeroscopia, con o sin hionsia)

Resultado histopatológico pieza quirúrgica



GRAFICA 4.

*Algunas pacientes presentaron más de 2 diagnósticos.

XI.-DISCUSION

En esta muestra los resultados obtenidos demostraron que las pacientes que se atienden en el servicio de ginecología de la unidad de alta especialidad del centro Médico la Raza, son en su mayor proporción pacientes con una o más comorbilidad asociadas, situación que contribuye en ocasiones a la presencia de la patología en estudio.

En esta muestra, únicamente se presentaron 6.6% de complicaciones, (todas por estenosis cervical) motivo por el cual no se pudo realizar la histeroscopia. Lo que se correlaciona con lo descrito en la literatura, que sustentan a la histeroscopia como un procedimiento seguro.

En ocasiones solo la toma de biopsia diagnosticara por histología una hiperplasia endometrial, hecho que se demuestra en nuestra muestra, donde solo existió una diferencia del 3% entre los diagnósticos hechos por histeroscopia por el observador y el reporte de la biopsia de endometrio.

Gracias a que la histeroscopia es un procedimiento de abordaje fácil en las pacientes con hemorragia uterina anormal, en nuestra muestra se detectó oportunamente a pacientes con diagnóstico de cáncer endometrial.

La ablación endometrial no es el tratamiento de elección, para las pacientes que tienen hemorragia uterina anormal por hiperplasia endometrial sin atipias, pero se ha utilizado en pacientes que rehúsan a la histerectomía, o que tienen numerosos factores de riesgo para el procedimiento quirúrgico, hecho que se demostró en nuestro estudio dada la alta comorbilidad de las pacientes que se manejan en el servicio de ginecología.

Diversos estudios concuerdan con el hecho, que la histeroscopia muestra grandes beneficios y ventajas como el ser un procedimiento que no requiere hospitalización, provee resultados rápidos, causa mínima molestia, permite una adecuada visualización para la toma de biopsias, permite la identificación de lesiones endometriales benignas, no requiere anestesia ni analgesia, situaciones que se corroboran en el estudio ya que posterior al procedimiento las pacientes se egresan de forma ambulatoria, con analgésico y antibiótico.

XII.-CONCLUSIONES.

- La histeroscopia es un método diagnóstico útil, no solo para la visualización del conducto del cuello uterino y su cavidad, sino para el tratamiento de diversas patologías, llegando a conocerlo como el procedimiento de “ver y tratar.
- La histeroscopia es un procedimiento relativamente seguro con un índice de complicaciones bajos.
- La histeroscopia tiene un importante lugar en el tratamiento de los trastornos menstruales, es el procedimiento más efectivo en el diagnóstico de patología estructural como pólipos, miomas
- Es un método que permite un tratamiento conservador en el manejo de la paciente con hemorragia uterina anormal.
- La histeroscopia es un procedimiento que se correlaciona fuertemente con el resulta histopatológico.
- El hecho de que sea un procedimiento de consultorio hace bajar los costos en la atención de las pacientes con patología relacionada con hemorragia uterina anormal.
- Actualmente es un procedimiento diagnóstico, pero que se perfila cada vez más como un procedimiento operatorio.
- La histeroscopia es un método accesible y complementado con el estudio histopatológico, define adecuadamente el tratamiento de las pacientes con hemorragia uterina anormal.

XII.- BIBLIOGRAFIA

- 1.- Massimialo Pellicano MD. Carbon dioxide vs Norman saline as a uterine distensions medium for diagnostic vaginoscopic hysteroscopy in infertile patients: a prospective randomized multicenter study. *Fertility and sterility* 2003; 79:418-421.
- 2.- Revel Ariel et al. Investigation of infertility couple: hysteroscopy with endometrial biopsy is the gold standard investigation for abnormal uterine bleeding. *Human reproduction oxford university* 2002; 8: 1947-1949.
- 3.- Bradley, Linda D. Complications in hysteroscopy prevention treatment and legal risk. *Obstetric and Gynecologic* 2002; 14: 409-415.
- 4.-Alexander C de Wit. Diagnostic hysteroscopy: a valuable diagnostic tool in the diagnosis of structural intra-cavitary pathology and endometrial hyperplasia or carcinoma? Six years of experience with non- clinical diagnostic hysteroscopy. *European Journal of obstetrics And Gynecology* 2003; 110 :79-82.
5. Stefano Bettocchi. What does diagnostic hysteroscopy mean today? The role of the new techniques. *Obstetric and Gynecology* 2003; 15:303-308.
- 6.- Rayamond MD. History of Hysteroscopic Endometrial Ablation. *Obstetric and Gynecology* 1997; 4: 914-927.
- 7.- Keith Isaacson. Office hysteroscopic, a valuable but under utilized technique. *Minimally Invasive Gynecological Surgery* 2002; 14: 381-385.
- 8.- Petra Biewenga. Does diagnostic hysteroscopy in patients with stage I endometrial carcinoma cause positive peritoneal washings?. *Gynecology Oncology* 2004; 93:194-198
- 9.- Valle Rafael. Office Hysteroscopy. *Clinicals Obstetric and Gynecology* 1999; 42: 276-289.
- 10.- Lena C Van Doorn, et al. Accuracy of transvaginal Ultrasonography in diabetic or Obese Women with Postmenopausal Bleeding. *Obstetric and Gynecology* 2004; 104:571-578.
- 11.-Franklin D Loffer et al. Hysteroscopic myomectomy in postmenopausal women. *The Journal of Minimally Invasive Gynecology* 2005; 12: 323-325.
- 12.- Oronzo Ceci et al. Comparison of hysteroscopic and hysterectomy findings for assessing the diagnostic accuracy of office hysteroscopy. *Fertility and Sterility* 2002; 78: 628-631.

- 13.- Stefano Bettocchi et al. The Role of Office Hysteroscopy in menopause. The Journal of the American Association of Gynecologic Laparoscopists 2004; 11: 103-106.
- 14.- Stephano Bettocchi, MD et al. Avances en las Técnicas de Laparoscopia e Histeroscopia. Clínicas de Ginecología y Obstetricia, Temas Actuales 2004, 605-645.
- 15.- Ettore Cicinelli, MD. Diagnostic minihysteroscopy whit vaginoscopic approach: Rationale and advantages. The Journal of Minimally Invasive Gynecology. 2005;12, 369-400.
- 16.- Philip G Brooks, MD. In the management of abdmormal uterine bleeding, is office hysteroscopy preferible to sonography? The case for hysteroscopy. The Journal of Minimally Invasive Gynecology. 2007: 14, 12-14.
- 17.- Frank Willem, MD. Diagnostic hysteroscopy and saline infusion sonography; Prediction of intrauterine polyps and myomas. The Journal of Minimally Invasive Gynecology. 2006: 13, 320-324.
- 18.- Giancarlo Garuti, MD. Accuracy of hysteroscopic diagnosis of endometrial hyperplasia: A retrospective study of 323 patients. The Journal of Minimally Invasive Gynecology. 2005; 12, 247-253.

XIII.- ANEXOS

HOJA DE RECOLECCION DE DATOS
PROTOCOLO HISTEROSCOPIA

NO AFILIACION.- _____

EDAD.- _____

AGO.- M. _____ / CICLOS _____ / FUR _____
/ G P C A / MPF _____ / IVS _____

COMORBILDAD.- _____

DX MOTIVO DE LA HISTEROSCOPIA.- _____

DX HISTEROSCOPICO.- _____

DX DE BIOPSIA DE ENDOMETRIO.- _____

RESULTADO DEL REPORTE.- _____

HISTOPATOLOGICO DE LA PIEZA QX.- _____

OBSERVACIONES.- _____