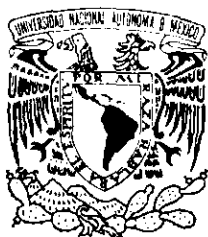


11217 37  
26j



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA  
UNIDAD DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
HOSPITAL GENERAL DE MEXICO O. D.  
SECRETARIA DE SALUBRIDAD Y ASISTENCIA

LA CIRUGIA GINECOLOGICA  
EN LA PACIENTE ADOLESCENTE

T E S I S

PARA OBTENER EL TITULO DE  
MEDICO ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

SECRETARIA DE SALUD  
HOSPITAL GENERAL DE MEXICO  
ORGANISMO DESCENTRALIZADO  
P R E S E N T A :  
DR. ENRIQUE LOPEZ LEYVA



DIRECCION DE ENSEÑANZA

HGM  
ORGANISMO  
DESCENTRALIZADO

MEXICO, D. F.

1999.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



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.

FACULTAD DE MEDICINA

HOSPITAL GENERAL DE MEXICO O.D.

**LA CIRUGIA GINECOLOGICA  
EN LA PACIENTE ADOLESCENTE**

**T E S I S**

PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN:

**GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA**

PRESENTA:

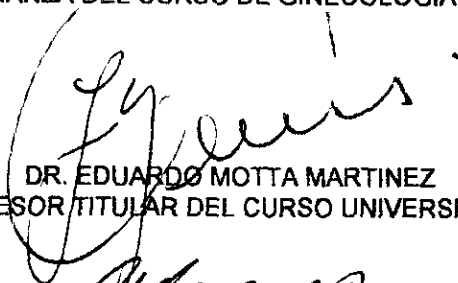
**DR. ENRIQUE LOPEZ LEYVA**

HOSPITAL GENERAL DE MEXICO  
ORGANISMO DESCENTRALIZADO  
UNIDAD DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

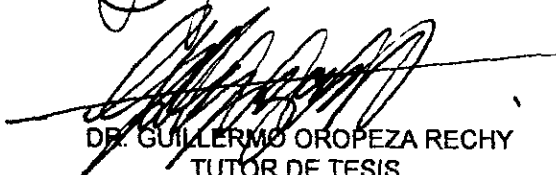


DR. GUILLERMO OROPEZA RECHY  
JEFE DEL SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

DR. ARMANDO VALLE GAY  
JEFE DE ENSEÑANZA DEL CURSO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA



DR. EDUARDO MOTTA MARTINEZ  
PROFESOR TITULAR DEL CURSO UNIVERSITARIO



DR. GUILLERMO OROPEZA RECHY  
TUTOR DE TESIS.

## **DEDICATORIA**

A *RUY* mi hijo, porque es mi felicidad y la persona que me motiva para continuar.

A *LETY* por su amor y por estar siempre junto a mi en todas las condiciones.

A *MI MADRE Y A MI HERMANA* por ser la base de lo que siempre me propuse ser.

## **AGRADECIMIENTOS**

AL DR. EDUARDO MOTTA por su confianza y apoyo durante mi estancia en la residencia.

AL DR. OROPEZA por su cooperación para poder realizar este trabajo.

A MIS MAESTROS por haber dedicado su tiempo en mi aprendizaje.

AL DR. ANTONIO CARRILLO por su confianza y la oportunidad de hacer residencia en esta unidad.

A CONNIE, por ser una amiga incomparable y el apoyo que siempre he tenido durante todo este tiempo.

A EMMA, EDUARDO y RAFAEL, quienes formamos un grupo increíble.

AL DR. SERAFIN ROMERO Y AL DR. FRANCISCO ARMADA, quienes invirtieron tiempo en mi persona.

A LAS PACIENTES que cooperaron en mi formación.

## INDICE

	Pág.
Antecedentes .....	2
Planteamiento del problema .....	7
Justificación .....	8
Objetivos .....	9
Variables .....	10
Material y Métodos .....	11
Resultados .....	12
Discusión .....	17
Análisis de resultados .....	21
Conclusiones .....	22
Bibliografía .....	23
Anexo .....	24

**HOSPITAL GENERAL DE MEXICO.**

**LA CIRUGIA GINECOLOGICA EN LA PACIENTE ADOLESCENTE.**

**RESPONSABLE DEL PROYECTO  
TUTOR DE TESIS**

**DR. ENRIQUE LOPEZ LEYVA  
DR. GUILLERMO OROPEZA RECHY**



## ANTECEDENTES

Un hito histórico en la cirugía ginecológica es marcado por Ephraim McDowell con su extirpación de un gran quíste de ovario.

El advenimiento de la anestesia y el uso de técnicas antisépticas en este tipo de cirugía paso a ser rutinario.

La reparación de fistulas vesico-vaginales y la extirpación de los ovarios representan los comienzos de la ginecología quirúrgica.

Algunos ginecólogos preconizan que las operaciones de tumores ováricos sentaron las bases para toda la cirugía abdominal. ( 1 ).

La ginecología pediátrica es un campo de la medicina que se ha desarrollado desde hace tiempo, pero no fue sino hasta hace dos décadas cuando ha venido a tomar particular importancias, ya que se ha advertido que la paciente adolescente también presenta problemas ginecológicos.

Aún cuando existen variaciones anatómicas y fisiopatológicas en la paciente pediátrica y/o adolescentes ; el ginecólogo deberá conocer a la perfección estos cambios para mejor abordaje , además de cuidar el futuro de procreación a largo plazo. ( 2 )

En la evaluación de la paciente que presenta abdomen agudo siempre debe incluir trastornos quirúrgicos ginecológicos . Dos consideraciones generales en la valoración quirúrgica de esos padecimientos son el método laparoscópico en contraposición con la laparotomía tradicional y teniendo fundamental importancia la preservación de la capacidad reproductora. ( 3 )

La laparoscopia ha tenido un impacto notable sobre el campo de la ginecología . La utilización de este recurso a permitido efectuar diagnósticos precisos, así como tratamientos quirúrgicos en distintas circunstancias. Aumentando su reconocimiento y seguridad comprobada en los últimos años. Lo que sería ideal que se generalizara en la pediatría.

El inicio de la laparoscopia como un medio seguro, sencillo y eficaz en la esterilización ,motivo la búsqueda de un método seguro y efectivo de esterilización lo que condujo a la electrocirugía bipolar, la termoregulación, el uso de anillos y clips.

En 1974 se refirió la ejecución de salpingectomía, miomectomía, ooforectomía , la cistectomía y la salpingostomía a través de la laparoscopia.



En la década de 1980 muchos desarrollos simultáneos condujeron a una mayor expansión de la laparoscopia quirúrgica y surgieron nuevas indicaciones . También se desarrollaron distintos abordajes laparoscópicos de la histerectomía y el control por vía laparoscópica de los eventos de histeroscopia en malformaciones congénitas (doble control) .

Con las técnicas laparoscópicas se ofrece una hospitalización más breve , menos dolor y morbilidad post-operatoria, y un tiempo menor de recuperación que la laparotomía.

Las indicaciones de laparoscopia en adolescentes son similares a las de la mujer adulta: embarazo ectópico, enfermedad inflamatoria pélvica, endometriosis, la torsión de anexos, quistes ováricos, diagnóstico de malformaciones congénitas y otras patologías intrapelvianas se pueden diagnosticar y tratar en forma oportuna con el uso del laparoscópio. ( 1 ,6)

Además la laparoscopia permite evaluar los factores tubarios y peritoneales en la paciente infértil, la gravedad de adherencias pelvianas o de la extensión de endometriosis lo que permite seleccionar el tratamiento apropiado.

En algunos casos las anomalías de los conductos de Muller o de Wolff pueden requerir la visualización directa para dilucidar mejor la anatomía.( 1 ) Ha demostrado su utilidad en casos de obstrucción vaginal siendo la alteración más común el himen hiperforado, el tabique vaginal y la duplicación de vagina y la carencia congénita de útero y vagina también llamado síndrome de Mayer-Rokitansky-kuster-Houser que afecta a 1 de cada 4,000 a 20,000 nacidas, que sólo es superada por la disgenesia gonádica como causa de amenorrea primaria. ( 8 )

La laparoscopia han tenido gran impacto sobre el método quirúrgico en ginecología. Hoy en día casi todos los cuadros de abdomen agudo puede resolverse por laparoscopia.

La laparoscopia se ha establecido como una modalidad diagnóstica y terapéutica en la cirugía ginecológica del adulto. Se asevera que es un procedimiento ginecológico particular para la ooforectomia en la población pediátrica. Técnicamente es fácil y tiene el beneficio de una visualización completa del abdomen incluyendo la pelvis, con el único inconveniente de no tener la palpación de órganos en forma directa a diferencia de la laparotomía. Tiene una rápida recuperación y resultados cosméticos excelentes. Nitke concluye que la laparoscopia es tan efectiva como la laparotomía tradicional. ( 4,5 ).



En el síndrome doloroso abdominal agudo y crónico la laparoscopia es una nueva modalidad diagnóstica en la intervención invasiva primaria. Aunque un alto porcentaje de cuadros de abdomen agudo no pueden ser operados por laparoscopia. En ciertas condiciones requieren de cirugía tradicional.

Entre las patologías más frecuentes que son reportadas en la literatura mundial con gran interés en la paciente adolescente y que son tributarias de cirugía lo es el síndrome doloroso abdominal en su entidad de abdomen agudo quirúrgico ginecológico que incluyen: embarazo ectópico 31% , enfermedad pélvica inflamatoria 30% , torsión de tumores ováricos 25% , hemorragias ovaricas 13% ,endometriosis (4%) y la torción de anexo sano 2%. (7,10).

#### Embarazo ectópico roto.

Los Centros para el control de enfermedades informaron que el número de embarazos ectópicos se cuadruplico de 17,800 en 1970 a 88,000 en 1989. Este es un incremento de la tasa de 4.5 X 1,000 a 16.8 x 1 000. En tanto el número de embarazos ectópicos a aumentado, la mortalidad por este trastorno ha mostrado declinación uniforme, lo que supone que la mortalidad disminuida depende de los efectos de la detección e intervención tempranas. A pesar de esta mejoría en Estados Unidos cada año mueren 34 mujeres por las complicaciones de embarazo ectópico. Con el advenimiento de intervención quirúrgica conservadora, en hincapié del diagnóstico temprano y la percepción aumentada de este padecimiento puede ser un factor importante en la reducción de la morbilidad y mortalidad por embarazo ectópico. (3)

#### Quistes Ováricos Hemorrágicos.

Los quistes foliculares y del cuerpo amarillo del ovario son quistes funcionales y crecimientos benignos del ovario. Un quiste folicular surge a partir de un folículo normal que no logra ovulación o no pasa por el proceso atresico normal. Los quistes de cuerpo amarillo son menos frecuentes que los foliculares pero se relacionan más con síntomas clínicos. Los quistes funcionales del ovario no deben causar dolor a menos que el quiste se acompañe de ruptura, torsión o hemorragia. Los quistes del cuerpo amarillo surgen a partir del cuerpo amarillo maduro. Alcancen con mayor frecuencia un tamaño mayor que el quiste folicular. (3)

#### Torsión de Tumores Ováricos

Muchas de las enfermedades anatomopatológicas del ovario o de la trompa de falopio, o de ambos, causan un agrandamiento normal de los anexos, acompañado de aumento del riesgo de torsión de estos últimos sobre su eje del ligamento infundíbulo pélvico. La torsión de anexos es una urgencia quirúrgica



ginecológica aguda porque si es prolongada puede producir infarto de la trompa y el ovario afectados. Sin tratamiento, puede sobrevenir peritonitis y muerte. La torsión casi siempre va precedida de agrandamiento o neoplasia de los anexos, pero también puede observarse en pacientes con anexos normales o que tienen otra causa como absceso tuboovárico e hidrosalpingx. La torsión por lo general es de alrededor de 10 a 12 cm, suele ser sólida y el gran peso y el crecimiento lento de este crea un pedículo largo que propicia la torsión. La torsión predomina en mujeres en edad de reproducción, aunque puede aparecer en cualquier edad incluso en recién nacidas, parece ser muy rara después de la menopausia. Por lo general es unilateral con preponderancia leve en el lado derecho.(3)

#### Torsión de anexos sanos.

La torsión de un ovario anormal que contenga una masa o tumor en la paciente pediátrica es un fenómeno conocido. Sin embargo la torsión de un ovario normal ocurre más frecuentemente . Bower refiere en una serie de 88 ooforectomias 1 de 4 el resultado de la torsión de anexo sano. La aparición de esta patología se presenta en la pubertad temprana. En un reporte 63% de las torsiones ocurrió en el grupo de edad de 7 a 10 años . (9)

#### Enfermedad pélvica inflamatoria .

La enfermedad pélvica inflamatoria es también una entidad que no debe perderse de vista en la paciente joven y en nuestro caso la adolescente . En 1990, ha alcanzado proporciones epidémicas. La salpingitis y la enfermedad inflamatoria pélvica aguda explican más 350 000 hospitalizaciones y 150 000 procedimientos quirúrgicos por año. Se calcula que los costos anuales relacionados con la enfermedad alcanzarán 10 000 millones de dólares hacia el año 2000 . Además, algunos autores informan que cerca del 33% de las pacientes hospitalizadas por enfermedad inflamatoria pélvica presenta cierto grado de absceso pélvico . El absceso tuboovárico es la manifestación más grave de la salpingitis por que la ruptura intraabdominal del mismo en potencia pone en peligro la vida, con mortalidad de hasta 8.6 % .

El absceso tuboovárico es por lo general es polimicrobiano en tanto las infecciones pélvicas generales pueden ser monocrobianas. Los abscesos tuboováricos regularmente son una mezcla de microorganismos anaerobios , anaerobios facultativos y aerobios; los aislados más puros por lo general son anaerobios . Los aislados más frecuentes a partir de absceso tuboovárico incluyen diversas Enterobacteriaceae, como Escherichia Coli 37% , Bacteroides Fragilis 22%, otras especies de Bacteroides 26 % , Peptostreptococcus 18% y Peptococcus 11 %.

Las indicaciones para intervención quirúrgica en el tratamiento de



absceso tuboovárico son:

1. *Diagnósticos cuestionables cuando puede haber otra urgencia quirúrgica ( por ejemplo apendicitis ).*
2. Ruptura de absceso.
3. Fracaso del tratamiento médico.

Las dos primeras son para intervenciones de atención quirúrgica inmediata. Hay acuerdo general en que la ruptura aguda de un absceso tuboovárico exige una operación inmediata, pero hay controversia respecto a la magnitud de la intervención quirúrgica necesaria para lograr la curación. El método radical de histerectomía y salpingoforectomía bilateral se usaba mucho debido a la carencia de antibióticos. No obstante la mayoría de quienes presentan un absceso tuboovárico está en el máximo de sus años de la reproducción y la fertilidad es un aspecto importante. El tratamiento conservador de un absceso tuboovárico no roto consta de antibiótico terapia y posible drenaje mediante colpotomía posterior, drenaje percutáneo o drenaje mediante laparoscopia. (3)



## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El interés en el estudio de la paciente adolescente se ha incrementado a nivel mundial, y así mismo también en nuestro país, debido al aumento en este grupo de edad y con esto se ha elevado la atención ginecológica de esta población. Por tal motivo es importante conocer las entidades que al final derivan en el tipo de cirugía ginecológica que se le realizó a la mujer adolescente.



## JUSTIFICACION

La cirugía ginecológica en la paciente adolescente se ha visto incrementada en nuestro hospital por lo que deseamos conocer, la incidencia de la cirugía, la etiología, y el tipo de cirugía que se le practica a este grupo etario. Es preciso anotar que una entidad nosológica que simula a una gran parte de patología orgánica en la paciente adolescente lo es el embarazo ectópico por lo que será tomada en cuenta, dada las repercusiones propias que conlleva. De igual forma indagaremos de los métodos de esterilización utilizados en las adolescentes .

## OBJETIVOS.

### Objetivo General:

Conocer la incidencia de la cirugía ginecológica en la paciente adolescente.  
Identificar la etiología más frecuente de la cirugía ginecológica en adolescentes.

Conocer el tipo de cirugía que se práctica en la adolescente.

### Objetivo Secundario:

Conocer el síntoma o signo más frecuente por el que acude a consulta la paciente adolescente.

Identificar las complicaciones que ocurren en la cirugía ginecológica de la paciente adolescente.



## VARIABLES

### Variables dependientes:

Tipo de cirugía  
Causa o etiología  
Hallazgos operatorios  
Hemorragía  
Tiempo quirúrgico  
Complicaciones

### Variables independientes:

Edad  
Religión  
Estado civil  
Escolaridad  
Vida sexual  
Síntomas



## MATERIAL Y METODOS.

Por medio de un estudio retrospectivo, analítico y descriptivo fue obtenida información del archivo del servicio de ginecología a través de una revisión de 2079 expedientes clínicos de procedimientos ginecológicos, seleccionándose a 78 pacientes adolescentes comprendidas en el grupo etario de 10 a 19 años de edad intervenidas quirúrgicamente en el servicio de Ginecoobstetricia del Hospital General de México en un periodo de 6 años del 1ro de Enero de 1993 al 31 de Enero de 1999. La recolección de datos se llevo a cabo en una libreta con divisiones para cada una de las siguientes variables: año, edad, ocupación, religión, estado civil, escolaridad, inicio de vida sexual, signos y síntomas, tipo de procedimiento (urgencia o programado), diagnóstico preoperatorio y post operatorio, cirugía programada y realizada, hallazgos, diagnóstico histológico, anestesia utilizada, sangrado, tiempo quirúrgico, estancia hospitalaria, complicaciones, paridad y cirujano prosector. Estos datos se codificarón para ser analizados mediante, medidas de tendencia central: media, mediana, promedio, distribución y porcentaje. Los resultados se ilustrarán por medio de tablas y gráficas.



## RESULTADOS.

Se realizó un estudio retrospectivo, analítico y descriptivo, seleccionándose a 78 pacientes adolescentes intervenidas ginecológicamente de un total de 2079 procedimientos por causas ginecológicas en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital General de México en un periodo de 6 años comprendido del 1ro de Enero de 1993 al 31 de Enero de 1999.

El número de cirugías por año fue: 1993 ( 0 casos), 1994 (10 casos) ,1995 (12 casos), 1996 (11 casos), 1997 (26 casos) y 1998 (19 casos). Tabla 1. Gráfica 1.

A continuación detallamos los resultados obtenidos.

La edad promedio de las pacientes adolescentes fue de 18 +/-2 Desviaciones Estandar (DS).El grupo que prevalece es el de adolescencia tardia, de 19 años 40 pacientes y con 16 pacientes el grupo de 18 años.Tabla 1 A, Gráfica 1 A.

La ocupacion de las pacientes adolescentes se distribuye de la siguiente forma: ama de casa: 43 (55%), estudiante: 26 (34%), doméstica: 5 (6%) y otras actividades ( secretaria, costurera, lavandera y mesera ) 4 (5%) .Tabla 2. Gráfica 2.

La religión a la que pertenecen en su mayoría es: Católica 75 (96%) y en 3 (4%) dicen no pertenecer a ninguna. Tabla 3.Gráfica 3.

El estado civil de las adolescentes estudiadas se distribuye de la forma siguiente: soltera 42 (54%), casada 23 (30%) y unión libre 13(16%).Tabla4. Gráfica4.

La escolaridad registrada para las adolescentes es la siguiente: secundaria 39(50%), primaria 18 (23%), preparatoria 13 (17%), sin estudios4 (5%), especial 3 (4%) y otra (educadora) 1 (1%). Tabla 5. Gráfica 5.

La edad de inicio sexual fue: 16+/-2 Desviación Estándar (DS). Con vida genital activa 49 (63%) y sin haber iniciado actividad 29 (37%). Tabla 6.Gráfica 6.

De todos los casos registrados la cirugía programada fue mayor a la cirugía de urgencia con una relación 2 a 1,53 y 25 casos respectivamente.

De la cirugía electiva por patología pélvica se realizaron 49 (92%) procedimientos;15 (30%) fueron procedimientos laparoscópicos estos a su vez fueron divididos de la siguiente forma: diagnósticos 8 (53%), quirúrgicos 2 (13%)



y diagnóstico quirúrgicos 5 (33%). En 8 casos (53%) correspondieron a alteraciones gonadales, 2 casos (13%) a endometriosis, 3 casos (20%) a miomatosis uterina y 2 (13%) a tumoraciones de ovario. Los hallazgos son siguientes: conglomerado pélvico 3, agenesia gonadal 2, riñón ectópico 1, hipoplasia uterina 2; tumoración de ovario 2, 3 casos de endometriosis y 1 miomatosis. Tabla 7. Gráfica 7.

De la cirugía electiva pélvica en procedimientos tradicionales se realizaron 5 laparotomías exploradoras por diagnóstico de tumoraciones ováricas con la confirmación de la misma cantidad de hallazgos, 2 casos sometidos a drenaje de hematometra, 2 casos a resección de tabiques vaginales y además se realizó un caso de neovagina.

Por patología mamaria se realizaron 4 (8%) casos de exeresis de fibroadenoma, confirmandose a los hallazgos y por resultado histológico.

Además se realizaron 24 (45%) procedimientos de salpingoclasia en pacientes sin patología anexa, 3 casos se realizaron por vía laparoscópica en pacientes con diagnósticos de Síndrome de Down, Síndrome de Laurence Moon Bield y un caso de retraso mental autorizado por los familiares. Las 21 restantes fueron sometidas por paridad satisfecha a través de minilaparotomía a oclusión tubaria tipo Pomeroy modificada; en 2 casos se aplicaron anillos de silastic y uno por electrofulguración a través de endoscopia. Tabla 8,8A. Gráfica 8,8A.

De los 25 eventos de urgencia, 24(96%) fueron sometidos a laparotomía exploradora por embarazo ectópico 13 (52%), quiste torsido de ovario 8(32%) ,enfermedad inflamatoria pélvica 1(4%) y quiste de mesenterio 1(4%). El restante 4% fue resultado de un drenaje de hematometra. Los hallazgos son 9 casos de embarazo ectópico roto, 3 casos de embarazo ectópico no roto, 2 casos de enfermedad inflamatoria pélvica, 8 casos de quiste torsido, folículo hemorrágico 1 y quiste de mesenterio 1. Para un total de 8 casos de salpingooforfectomía, 12 de salpingectomías ,2 laparotomías y 1 caso de histerectomía. Tabla 9. Gráfica 9.

Los signos y síntomas referidos principalmente fueron: dolor 37 (70%), amenorrea 8 (15%), tumoración pélvica 4 (7.5%) y otros (trastornos menstruales 3 y dismenorrea 1) 4 (7.5%). Tabla 10 gráfica 10

Los diagnósticos que se emitieron en el preoperatorio fueron los siguientes: exclusivamente de patología pélvica embarazo ectópico 14 (18%), quiste torcido 9 (12%), enfermedad pélvica inflamatoria 1 (1.3%), estas patologías correspondieron a eventos agudos. Tabla 11, Gráfica 11.

De los procedimientos programados fueron 11. 8(10%) casos de tumores ováricos, 2 (2.6%) por miomatosis y 1(1.3%) caso de endometriosis. 6 casos

correspondieron a salpingooforectomía, 5 casos fueron por vía endoscópica 3 casos correspondieron a procedimientos diagnósticos y 2 para exsición por laparoscopia. Tabla 12, Gráfica 12.

De procedimientos por alteraciones congénitas: Síndrome de Rokitansky 5 (6%), tabique vaginal 4(5%), hipoplasia uterina 2 (2.6%), himen himperforado 2 (2.6%), hematometra 1 (1.3%) y útero bidelfo 1(1.3%) .De estos, 6 fuerón por vía tradicional y 9 vía laparoscópica. Tabla 13. Gráfica 13.

En el diagnóstico postoperatorio los eventos agudos se confirmaron como los de mayor incidencia: embarazo ectópico 12 (15.4%), quiste torsido de ovario 8 (10%), enfermedad inflamatoria pélvica 2 (2.6%) y folículo hemorrágico 1 (1.3%). Tabla 14. Gráfica 14.

El diagnóstico final para alteraciones congénitas fue: Síndrome de Rokitansky 3 (4%), tabique vaginal 3(4%), hematometra 3 (4%), hipoplasia uterina 2 (2.6%), útero bidelfo 1 (1.3%), himen imperforado 1 (1.3%) e hipoplasia vaginal 1 (1.3%). Tabla 15. Gráfica 15.

Un caso independiente a patología ginecológica fue el quiste de mesenterio como diagnóstico postoperatorio, programado en forma inicial por quiste torsido de ovario.

A continuación se menciona el tipo de cirugía programada. Por eventos tradicionales (laparotomía exploradora) 33 (42%), eventos laparoscópicos 13 (17%) y otros procedimientos programados fueron para drenaje de hematometra en 2 casos, realización de neovagina e himenotomía. Tabla 16. Gráfica 16.

De los procedimientos realizados se derivan los siguientes tipos: cirugía tradicional ablativa 30 casos de los cuales 13 (16.5%) correspondieron a salpingooforectomías, 13 (16.5%) a salpingectomías, 3 (4%) a laparotomía exploradora y 1 (1,3%) caso de histerectomía total abdominal. Tabla 17. Gráfica 17.

De la cirugía laparoscópica fueron en total 15 casos, de los cuales 8 casos son diagnósticas, quirúrgicas 2 y diagnóstica quirúrgicas 5 casos. Tabla 17 A. Gráfica 17 A

Otras cirugías pélvicas fueron Chaiier parcial, realización de neovágina, himenotomía y dos casos de drenaje de hematometra

Se realizaron además 21 salpingoclasias tipo Pomeroy modificada a pacientes con paridad satisfecha, a las otras 3 pacientes con Síndrome de Down, Retraso mental y Síndrome de Laurence Moon Bield se les realizó oclusión tubaria con anillos de silastic en 2 casos y en una se utilizó



electrofulguración. Tabla 18 Gráfica 18.

Los procedimientos mamarios fueron 4 casos de excrecencia de fibroadenoma.

De los hallazgos obtenidos en procedimientos tradicionales esto es por laparotomía fueron: tumoración pélvica 17 casos(21.5%), embarazo ectópico roto, 9 casos (12%), embarazo ectópico no roto, 3 casos (4%), enfermedad inflamatoria pélvica, 2 casos (2.6%), folículo hemorrágico, 1 (1.3%) y quiste de mesenterio, 1 (1.3%) .Tabla 19 Gráfica 19.

En procedimientos por vía vaginal hubo como hallazgos: 4 (5%) casos de tabique vaginal y 2 (2.6%) casos de himen imperforado.

Por lo que respecta a los hallazgos por vía laparoscópica se encontro 3 (4%) casos de endometriosis, 3 (4%) conglomerado pélvico, 1 (1.3%) agenesia gonadal, 1 (1.3%) riñón ectópico y 1 (1.3%) caso de miomatosis. Tabla 20. Gráfica 20.

El resultado histológico confirmado para las tumoraciones de ovario fue de 9 casos de cistadenoma y 4 casos de teratoma. Tabla 21. Gráfica 21.

La anestesia utilizada para los procedimientos fue: bloqueo peridural 49 (64%), general endovenosa 11 (14.5%), general balanceada 6 (7%), anestesia mixta 5 (6%), local 4 (5%), general inhalatoria 2 (2.5%) y otra 1 (1.3%) Tabla 22, Gráfica 22.

El sangrado promedio para las cirugías de urgencia exclusivamente laparotomía exploradora fue de 435cc y el sangrado por laparoscopia promedio fue de 78cc. Para las salpingoclasias fue de 17cc. Tabla 23. Gráfica 23.

El tiempo promedio para laparotomía fue de 72 minutos y en laparoscopia de 67 minutos. Tabla 24. Gráfica 24.

En 75 casos (96%) no hubo complicaciones y se complicaron 3 (4%), (paro cardiorespiratorio, absceso residual y desgarro de pediculo ).Tabla 25, Gráfica 25.

Se hospitalizaron 53 (70%), no requirieron hospitalización 25 (30%) Tabla 26 Gráfica 26.

El tiempo de estancia hospitalaria para procedimientos tradicionales específicamente laparotomía exploradora fue 2 días y para procedimientos endoscópicos fue de horas.

Se realizarón 45 procedimientos (57.6%) por médicos residentes y 33 (42.4%) por el médico de base.

La paridad promedio fue de 2 hijos +/- 1 desviación estándar.



## DISCUSIÓN.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), hace referencia a la adolescencia como la edad comprendida entre los 10 y 19 años.

La línea de desarrollo divide a la adolescencia en tres periodos: temprana 10-13, intermedia 14-16 y tardía 17-19. Sin embargo la variación individual es enorme.

*Las afecciones ginecológicas no son exclusivas de la mujer adulta y por lo tanto en las adolescentes son causantes de un gran impacto.*

La incidencia de la cirugía ginecológica en este estudio es del 0.037 que corresponde a 3.75 procedimientos en adolescentes por cada 100 cirugías realizadas en el servicio de Ginecología.

Los tumores de ovario en la paciente adolescente son los mas frecuentes y de los tumores pelvianos representa la principal causa seguido de tumores paraovaricos. Sharp menciona que como entidad aguda representa un 25%. En el estudio histológico los teratomas son los más frecuentes y en segundo lugar los derivados del epitelio, cistadenomas. Es importante mencionar que de los tumores ovaricos derivados de células germinales en su mayoría corresponden a formas benignas aunque en ocasiones se observan formas malignas. Este no es nuestro caso ya que de los reportes histológicos las formas fueron benignas para los teratomas.

Con respecto al presente estudio hallamos similitud a lo reportado en la literatura y a los resultados obtenidos, siendo la principal patología los tumores ovaricos y en el hallazgo histológico predomina el cistadenoma en comparación al teratoma. Tanto en procedimientos programados o de urgencia, esto es como entidad nosológica en tumor de ovario o quiste torsido.

La torsión de ovario por una masa ovárica es una complicación frecuente de un hasta 25% en cuadros de abdomen agudo según Benzecry, y es necesaria una intervención de urgencia para resolverla, en este estudio diferimos de lo que menciona este autor, ya que en el 50% de los tumores de ovario presento esta entidad clínica, sometiendo a la adolescente a procedimiento de urgencia por esta eventualidad y el restante 50% fue electivo. De los 16 procedimientos por esta entidad ,14 fueron por procedimiento tradicional y 2 por via laparoscópica. 10 fueron salpingooforectomías y 4 oforectomías, además de 2 casos de exsición por laparoscopia. Sin duda estos resultados apoyan el hecho de que en eventos agudos por cirugía tradicional de urgencia se es marcadamente radical y que con métodos menos invasivos es uno más conservador. Sin embargo Tarraza menciona que en ciertos casos de



abdomen agudo no pueden resolverse por laparoscopia y hay que utilizar el método tradicional por laparotomía

Otra causa importante de porque la paciente adolescente es sometida a cirugía es el embarazo ectópico y representa una de las principales etiologías como causa de abdomen agudo ginecológico. Esto ha venido de manifiesto por la iniciación temprana de vida sexual en la adolescente aunada a condiciones de enfermedad inflamatoria pélvica.

La literatura menciona que el riesgo general es de alrededor de 1 por cada 200 embarazos y en ciertos grupo el riesgo de embarazo ectopico se ve incrementado por algunos padecimientos o circunstancias.

En la paciente adolescente se deberá realizar cirugía conservadora dado el deseo de fertilidad futura, si la paciente se mantiene estable hemodinamicamente se puede utilizar el método laparoscópico.

Sin embargo la salpingetomía es el procedimiento estandar en presencia de inestabilidad hemodinámica de acuerdo con lo referido por Tarraza.

En nuestro caso la cirugía radical (ablative) predomino en todos los eventos para la adolescente, ya que de la entidad propia del embarazo ectópico se realizaron 9 salpingooforectomías(roto) y 3 salpingectomías(no roto). Analizandolo de esta forma cuando se utilizó la vía endoscópica en 2 casos de nuestro estudio fueron eventos más conservadores.

El riesgo de embarazo para las adolescentes jóvenes es significativo.

La tasa de embarazos en Estados Unidos en mujeres de 15 a 19 años era de 109 por 1000 en 1988, la mas alta en países desarrollados. El número de nacimientos en adolescentes ha aumentado desde 1985. Además otro motivo de preocupación surge del hecho de que mas de dos terceras partes de las adolescentes que dieron a luz en 1989 era madres solteras. Entre 1970 y 1989, dieron a luz cada año entre 10,200 y 11,800 adolescentes menores de 15 años de edad.

Lo que a continuación se menciona se trata de una condición de gran importancia en la adolescente ya que sin llegar a ser una entidad nosológica cobra gran importancia dado que somete a la paciente a cirugía.

No es posible afirmar categoricamente que la paciente joven tiene paridad satisfecha y por lo tanto que desea un método anticonceptivo definitivo, pero la realidad en nuestros resultados demuestra que una tercera parte de cirugías son salpingoclasias (24 casos). Ahora bien no hay en la literatura informes sobre esterilización en adolescentes y en esta casuística el grupo de

adolescencia tardía fue al que mayor número de veces se sometió a esterilización.

La preocupación de este hecho resulta de un mayor número de complicaciones en este grupo por eventos obstétricos.

La madre adolescente tiene menos posibilidades de casarse o de acceder a la enseñanza superior, y tienen mas probabilidades de no tener trabajo y de tener mas hijos que las mujeres que posponen tener hijos despues de los 20 años de edad.

En resumidas cuentas la educación sexual y el acceso a los métodos anticonceptivos a las adolescentes en forma temprana y oportuna evitara una secuencia de malas elecciones no razonadas.

Un evento contrario a lo referido con anterioridad lo presentará aquella chica que este manifestando como sintoma principal amenorrea primaria muy frecuentemente encontrada en las adolescentes resultado de alteraciones embriológicas genitales.

Con fines obstétricos futuros este grupo acude a buscar explicación esperando resultados prometedores una vez que se haya sometido a un procedimiento ginecológico desde alteraciones mínimas o mayores representan importantes trastornos anatómicos, fisiológicos y psicológicos para la paciente y su familia.

El resultado y éxito para estas adolescentes sin duda dependera del diagnóstico y la resolución quirúrgica final. Esta elección deberá basarse en la experiencia clínica del cirujano a través de la cirugía laparoscópica o tradicional segun la habilidad del cirujano como la disponibilidad del equipo y condiciones de la paciente.

En manos de un cirujano laparoscopista experimentado, un equipo idóneo y si es posible en clínica se atiende mejor a la enferma con morbilidad, tiempo de recuperación y costos reducidos en forma similar o mejor que con cirugía tradicional.

Los resultados del estudio demuestran que en 20% de las atenciones por procedimientos a la adolescente se debe a la cirugía de vanguardia, esto es por métodos laparoscópicos y el restante 80% a cirugía tradicional, el 44% de estos procedimientos es totalmente cirugía radical con pérdida de uno o dos órganos durante el evento. Esto habla de cirugía poco conservadora, analizandolo retrospectivamente ensombrece el futuro de procreación, de esta forma en el futuro se tendra que avisorar una cirugía más conservadora, a través de

métodos laparoscópicos para resolver urgencias en cirugía ginecológica de adolescentes.

La precipitación en eventos agudos lleva a cirugía poco conservadora, que deriva en altos índices de cirugía radical.

En este estudio una tercera parte de todos los eventos quirúrgicos fueron de urgencia, que involucra personal en formación y material limitado con el consecuente resultado al final de la cirugía. además es preciso hacer notar que no es posible un equipo idoneo de laparoscopia, que sin duda cambiaría tanta radicalidad quirúrgica. Se refirió anteriormente de 25 urgencias, 12 fueron salpingooforectomías, 8 salpingectomías y 1 caso de histerectomía que posiblemente hubiesen tenido otro desarrollo por la vía laparoscópica.

En cuanto a la sintomatología y signos referida por las adolescentes en este estudio no difiere de lo mencionado en la literatura, ya que en eventos agudos el principal síntoma es el dolor. Las tumoraciones pélvicas y la amenorrea son las mencionadas en procedimientos electivos.

Por lo que respecta a las complicaciones por eventos quirúrgicos realizados son mínimas por fortuna, pero no excluye a este grupo. En números redondos las complicaciones se limitaron a 4 casos con una mortalidad del 0%, sin complicaciones subsecuentes. En una sola ocasión una paciente requirió de apoyo por un servicio de Terapia intensiva secundario a paro cardiopulmonar durante el transoperatorio. Un caso de una cirugía exploradora que se convirtió a radical con complicaciones postquirúrgicas específicamente con absceso residual. De los restantes eventos no hubo necesidad de prolongar la estancia hospitalaria habitual.

Una gran cantidad de casos solicitan salpingoclasia, la edad promedio fue de 18 años de edad con una paridad promedio de dos hijos, es preciso mencionar que tres procedimientos fueron realizados a pacientes con retraso psicomotriz autorizado por sus familiares sin gestaciones previas. Sin que esto lo mencione la literatura puede ser una opción en este tipo de condiciones.

Los procedimientos ginecológicos quirúrgicos de la paciente adolescente no son privativos de este grupo, implican una responsabilidad para su vida futura, el pronóstico cambia a favor de ella con el advenimiento de métodos menos radicales siempre y cuando se tenga a la mano el material adecuado humano y abasto suficiente.

## ANALISIS DE RESULTADOS.

El análisis de los resultados se llevo a cabo con medidas de tendencia central específicamente media, promedio, distribución y porcentaje. Y se ilustrarán en tablas y gráficas para cada una de las variables.

## CONCLUSIONES.

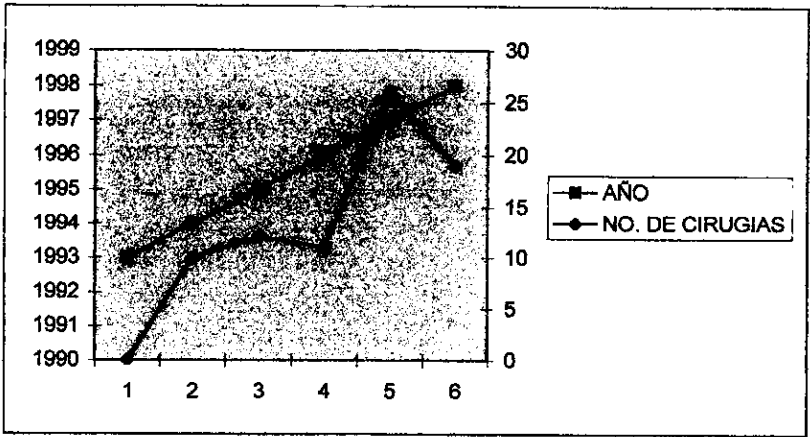
1. La incidencia de cirugía en la paciente adolescente es de 0.037, lo cual equivale a 3.75 procedimientos de adolescentes por 100 cirugías.
2. Las urgencias ginecológicas son las principales etiologías para someter a procedimientos quirúrgicos a la adolescente siendo estas el embarazo ectópico y el quiste torcido de ovario. En cirugía programada las tumoraciones ovaricas
3. La cirugía radical predomina sobre la conservadora.
4. La cirugía tradicional esta por encima de los eventos laparoscópicos. Sin embargo por laparoscopia se es menos radical.
5. El dolor es el síntoma cardinal de los eventos agudos, y la amenorrea por alteraciones mullerianas en cirugía programada. La tumoración ovarica como signo también en cirugía programada.

## BIBLIOGRAFIA

1. Brieger Gert H. Breve historia de la ginecología quirúrgica. Te Linde Ginecología Quirúrgica 8va Edición. Edit. Panamericana .
2. Brawer A N. Laparoscopia diagnóstica y terapéutica .Te Linde Ginecología Quirúrgica 8va Edición. Edit. Panamericana.
3. Tarraza H.M. Causas ginecológicas de abdomen agudo y el abdomen agudo durante el embarazo. Clínicas Quirúrgicas de Norteamérica 1997; 1329-1350 .
4. Davidoff AM .Laparoscopic Oophorectomy in Children. J-Laparoendosc-Surg1996; Mar 6 suppl 1:5115-9.
5. Nitke S . The Manegement of dermoid cysts - a comparative study of laparoscopy and laparotomy . Isr- J - Med-Sci 1996 ;Dec 32 (12): 1177-9.
6. Krouchuk DP . Sexually transmitted diseases in adolescents : what's new ? South-Med-J 1998; Feb 91 (2): 124-31.
7. .Howard T. Sharp . Laparoscopia en Niños. Ginecología Pediatrica Clínicas Obstétricas y Ginecológicas 1997; Mar: 197-204.
8. Meyers RL Anomalias congénitas de la vagina y su reconstrucción. Ginecología Pediatrica. Clínicas Obstétricas y Ginecológicas. 1997; Mar: 157-168 .
9. Benzecry L.F. Abdomen agudo ginecológico. Ed-Medica Panamericana.
10. Davis A.J. Subsequents Asynchronous Torsion of Normal adnexa in chilhood .Journal of Pediatric Surg 1990;25 (11) 687-689.
11. Shaler E, Romano S. Laparoscopic Detorsion of Adnexa in Chilhood: A Case Report. Journal of Pediatric Surg. 1991; 26(10): 1193-1194.

AÑO	NO. DE CIRUGIAS
1993	0
1994	10
1995	12
1996	11
1997	26
1998	19

TABLA # 1 CIRUGIAS POR AÑO.

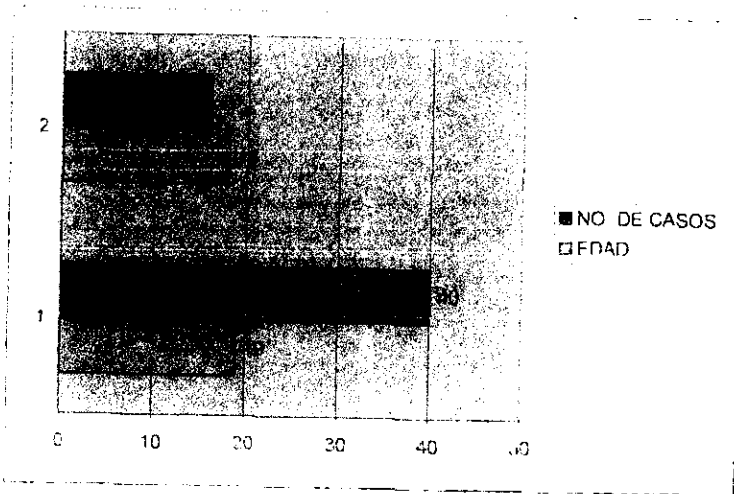


GRAFICA #1 CIRUGIAS POR AÑO.



EDAD	NO. DE CASOS
19	40
18	16

TALBA#1A GRUPO DE ADOLESCENCIA TARDIA.



GRAFICA#1A GRUPO DE ADOLESCENCIA TARDIA

VARIABLE	NO. DE CASOS	%
HOGAR	43	55
ESTUDIANTE	26	34
DOMESTICA	5	6
OTRA	4	5

TABLA #2 OCUPACION

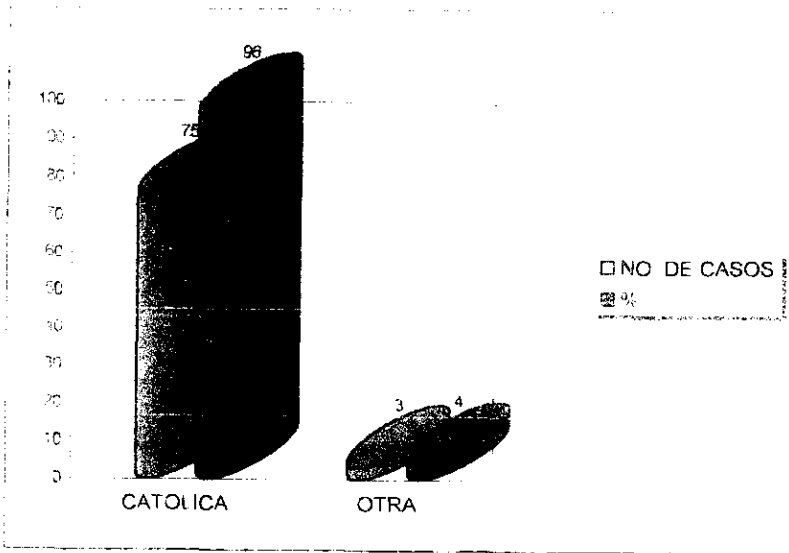


LFCGAP  
 BEST OF BEST  
 DOWNWIND  
 OTHER

100% 100%

VARIABLE	NO DE	VALOR	%
CATOLICA	10	100	100
OTRA	0	0	0

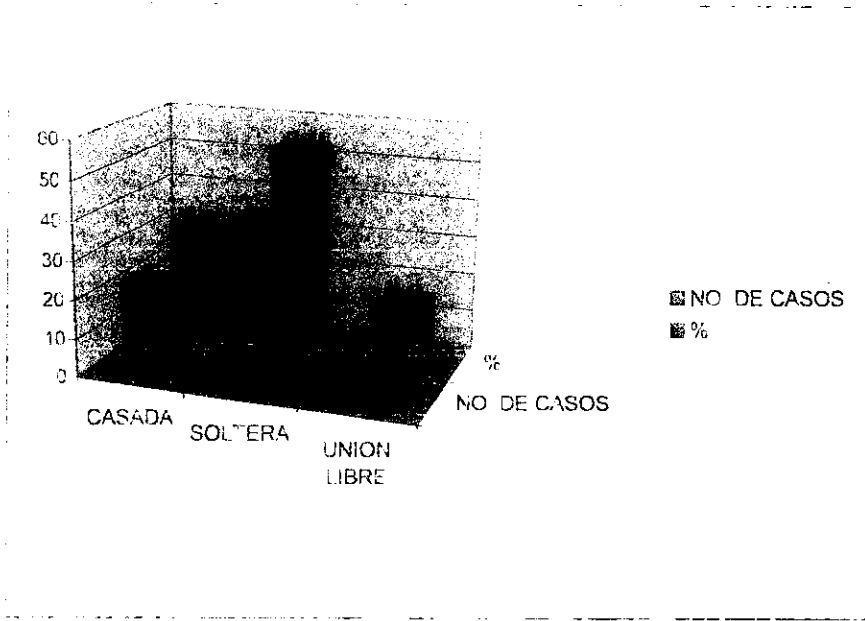
100



GRAFICA #3 RELIGION

VARIABLE	NO. DE CASOS	%
CASADA	23	30
SOLTERA	42	54
UNION LIBRE	13	16

TABLA #1 ESTADO CIVIL

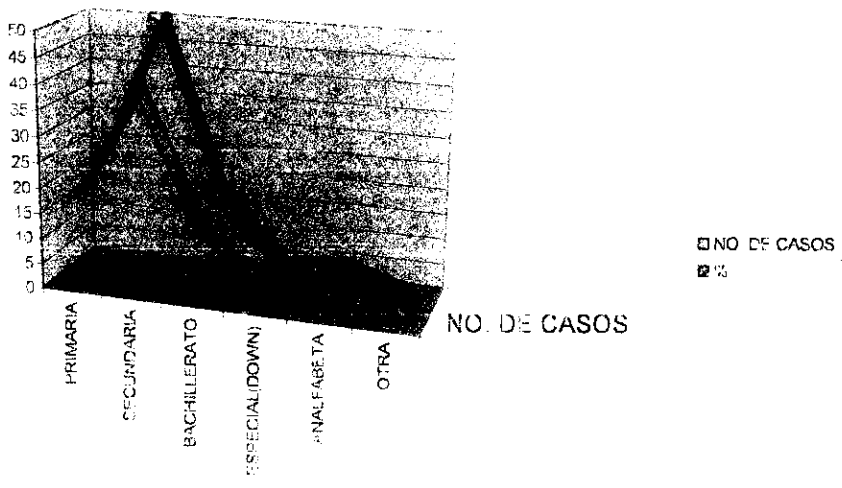


GRAFICA #4 ESTADO CIVIL



VARIABLE	NO. DE CASOS	%
PRIMARIA	18	23
SECUNDARIA	39	50
BACHILLERATO	13	17
ESPECIAL(DOWN)	3	4
ANALFABETA	4	5
OTRA	1	1

TABLA #5 ESCOLARIDAD



GRAFICA#5 ESCOLARIDAD

VARIABLE	NO. DE CASOS	%
CON INICIO	49	63
SIN INICIO	29	37

TABLA #6 IVSA EN AÑOS

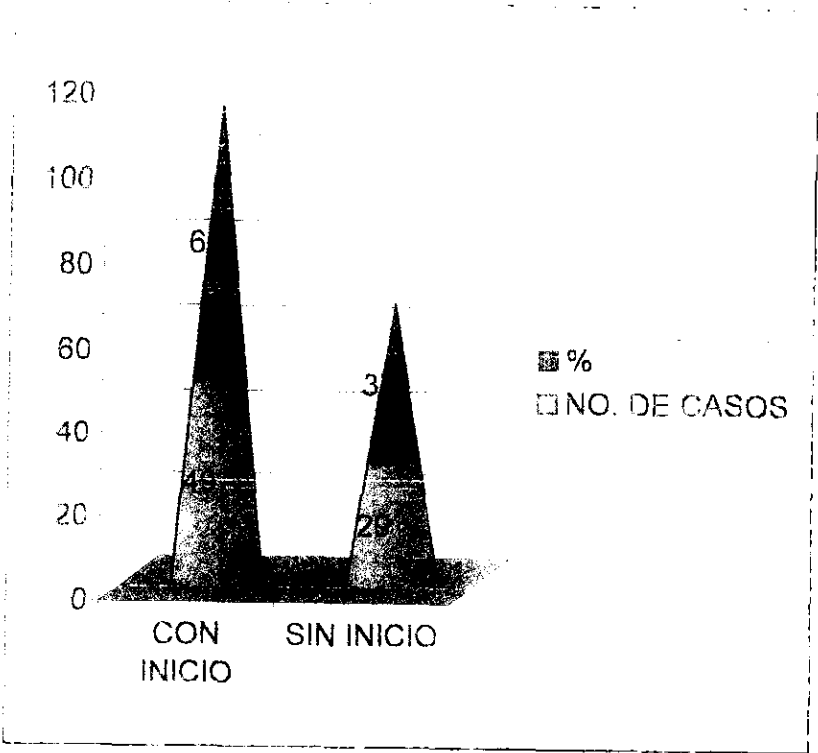
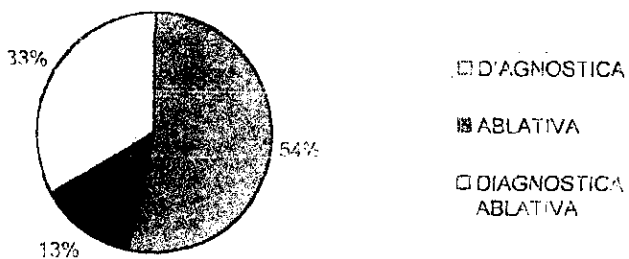


GRAFICO #6 VIDA SEXUAL

VARIABLE	NO. DE CASOS	%
DIAGNOSTICA	8	53
ABLATIVA	2	13
DIAGNOSTICA ABLATIVA	5	33

TABLA#7 CIRUGIA LAPAROSCOPICA PROGRAMADA.

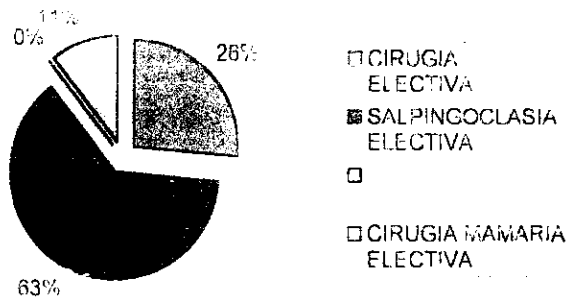


GRAFICO#7CIRUGIA LAPAROSCOPICA.

VARIABLE	NO. DE CASOS	%
CIRUGIA ELECTIVA	10	18.7
SALPINGOCLASIA ELECTIVA	24	45

CIRUGIA MAMARIA ELECTIVA	4	7.5
--------------------------	---	-----

TABLA#5 CIRUGIA ELECTIVA TRADICIONAL



GRAFICA #8 CIRUGIA PROGRAMADA REALIZADA.



SALPINGOCLASIA	NO. DE CASOS.
POMEROY MODIFICADA	21
ANILLO DE YOON	2
ELECTRO FULGURACIÓN	1

TABLA#8A TIPO DE OCLUSION TUBARIA

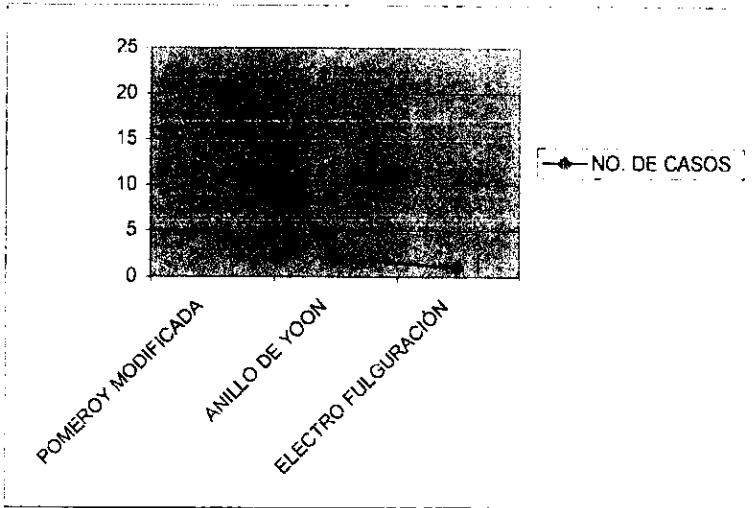


TABLA #8A TIPO DE OCLUSION TUBARIA

DIAGNOSTICO	NO. DE CASOS	%
EMBARAZO ECTÓPICO	13	52
QUISTE TORCIDO	7	28
ENFERMEDAD INFLAMATORIA PÉLVICA	1	4

TABLA#9 LAPAROTOMIA EXPLORADORA POR EVENTOS AGUDOS.

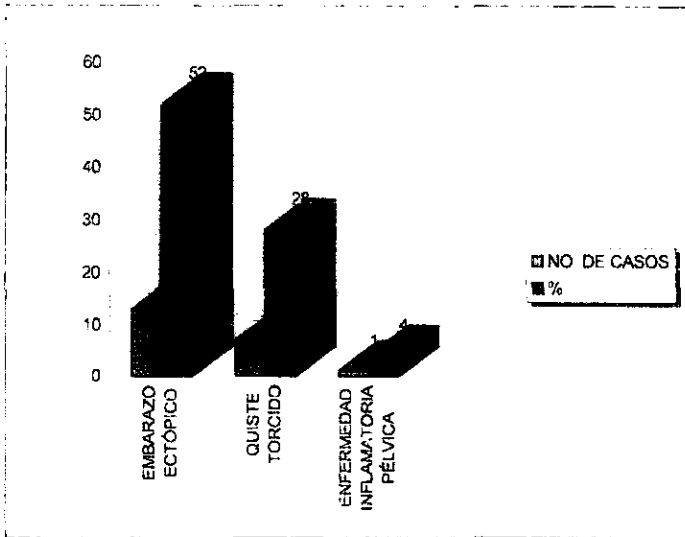
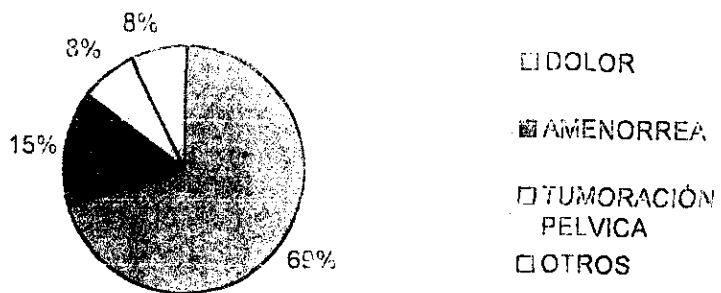


GRAFICO #9 LAPAROTOMIA POR EVENTOS AGUDOS.

SIGNOS Y SINTOMAS	NO. DE CASOS	%
DOLOR	37	70
AMENORREA	8	15
TUMORACIÓN PELVICA	4	7.5
OTROS	4	7.5

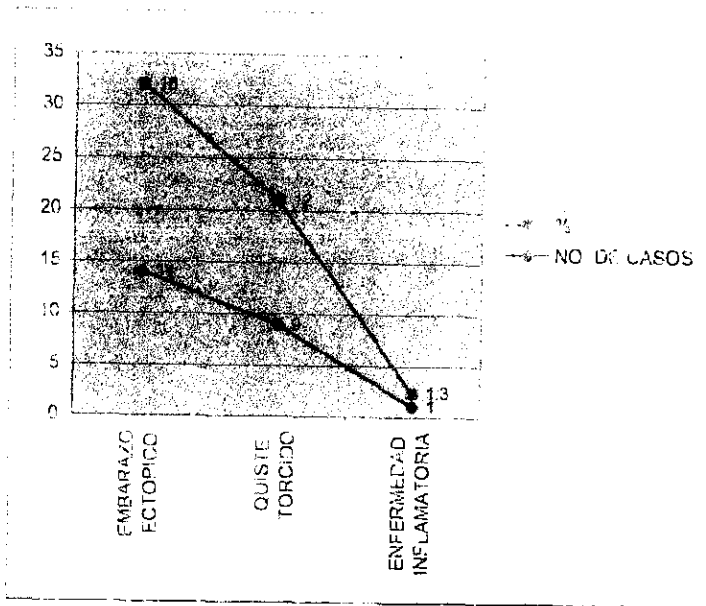
TABLA# 10 SIGNOS Y SINTOMAS.



GRAFICA #10 SIGNOS Y SINTOMAS

DIAGNOSTICO	NO. DE CASOS	%
EMBARAZO ECTOPICO	14	18
QUISTE TORCIDO	9	12
ENFERMEDAD INFLAMATORIA	1	1.3

TABLA#11 DIAGNOSTICOS PREOPERATORIOS POR EVENTOS AGUDOS

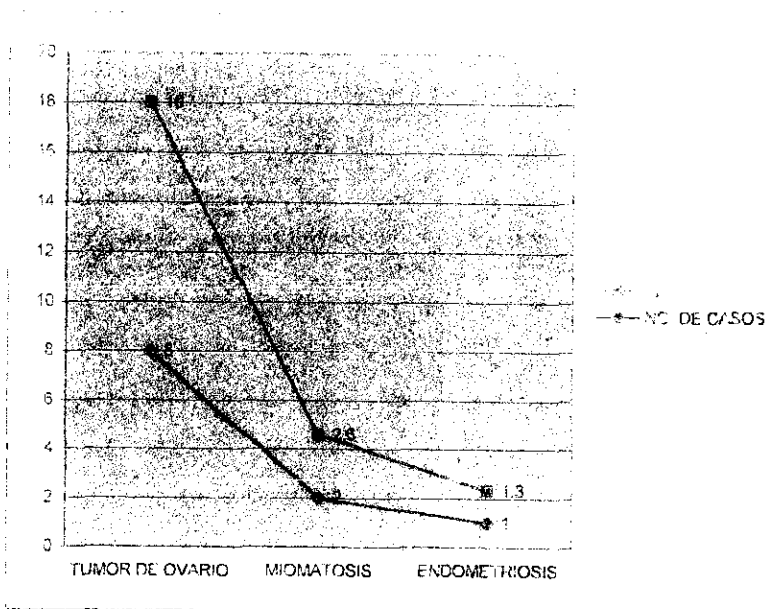


GRAFICO#11 DIAGNOSTICOS PREOPERATORIOS URGENCIAS.



DIAGNOSTICO	NO. DE CASOS	%
TUMOR DE OVARIO	8	10
MIOMATOSIS	2	2.6
ENDOMETRIOSIS	1	1.3

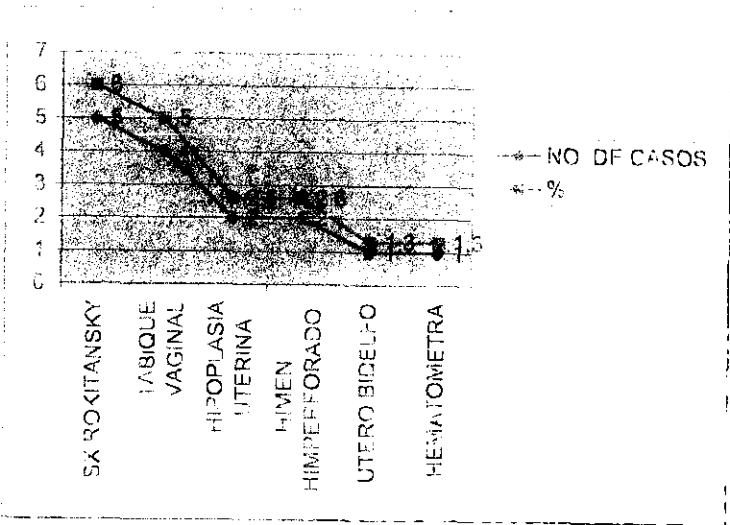
TABLA#12 DIAGNOSTICOS PROPERATORIOS. ELECTIVO



GRAFICA#12 DIAGNOSTICOS PREOPERATORIOS. ELECTIVA

DIAGNOSTICO	NO. DE CASOS	%
SX ROKITANSKY	5	6
TABIQUE VAGINAL	4	5
HIPOPLASIA UTERINA	2	2.6
HIMEN HIMPERFORADO.	2	2.6
UTERO BIDEFLO	1	1.3
HEMATOMETRA	1	1.3

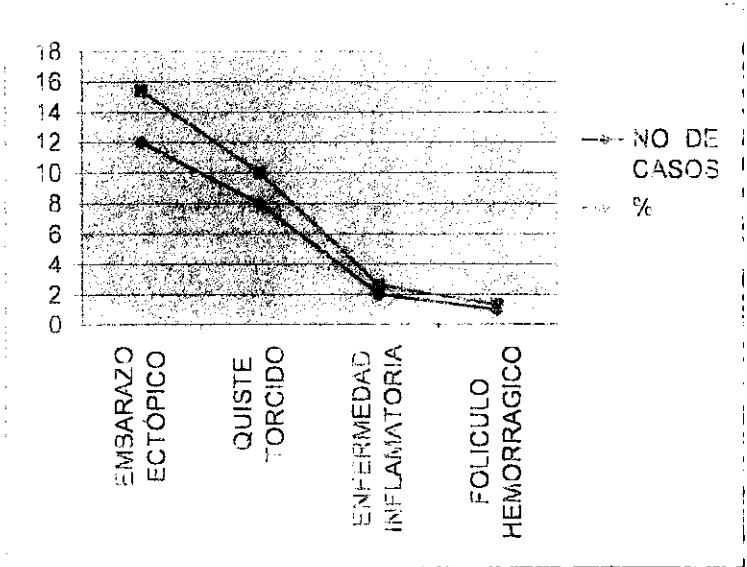
TABLA# 13 ALTERACIONES CONGENITAS DIAGNOSTICO PREOPERATORIO



GRAFICA#13 ALTERACIONES CONGENITAS. DIAGNOSTICO PREOPERATORIO

DIAGNOSTICO	NO. DE CASOS	%
EMBARAZO ECTÓPICO	12	15.4
QUISTE TORCIDO	8	10
ENFERMEDAD INFLAMATORIA	2	2.6
FOLICULO HEMORRAGICO	1	1.3

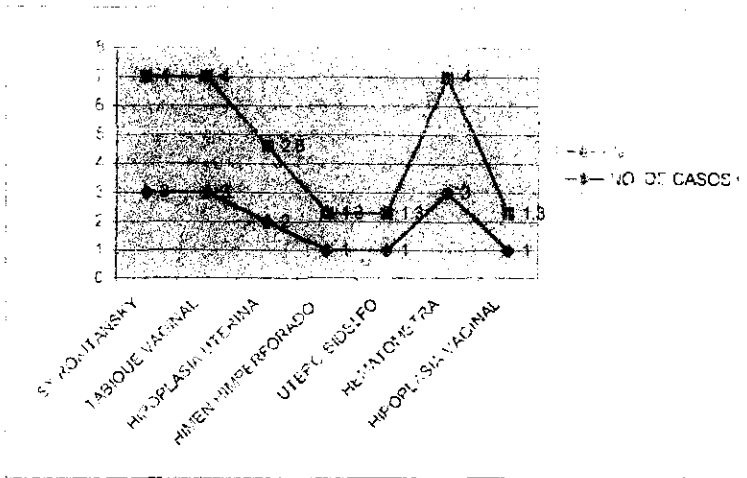
TABLA#14 DIAGNOSTICO POST-OPERATORIO POR EVENTO AGUDO



GRAFICA#14 DIAGNOSTICO POST- OPERATORIO URGENCIAS

DIAGNOSTICO	NO. DE CASOS	%
SX ROKITANSKY	3	4
TABIQUE VAGINAL	3	4
HIPOPLASIA UTERINA	2	2.6
HIMEN HIMPERFORADO.	1	1.3
UTERO BIDEFLO	1	1.3
HEMATOMETRA	3	4
HIPOPLASIA VAGINAL	1	1.3

TABLA# 15 ALTERACIONES CONGENITAS. DIAGNOSTICO POST-OPERATORIO

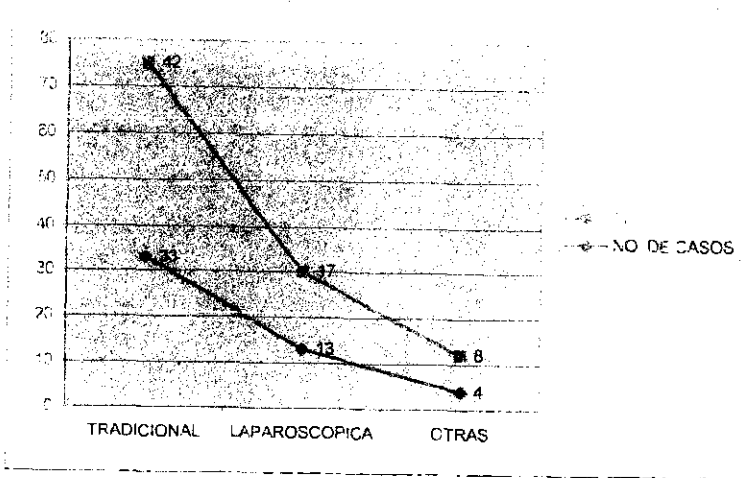


GRAFICA#15 ALTERACIONES CONGENITAS DIAGNOSTICO POST-OPERATORIO



CIRUGIA	NO. DE CASOS	%
TRADICIONAL	35	42
LAPAROSCOPICA	13	17
OTRAS	4	8

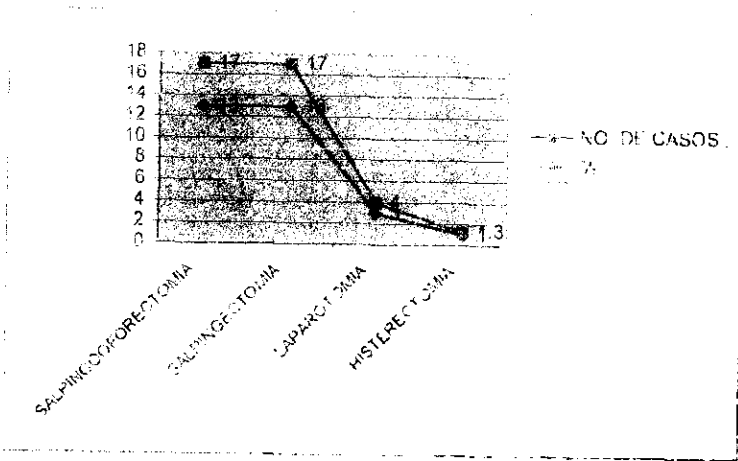
TABLA#16 TIPO DE CIRUGÍA PROGRAMADA



GRAFICA#16 TIPO DE CIRUGIA PROGRAMADA.

CIRUGIA TRADICIONAL.	NO. DE CASOS	%
SALPINGOOFORRECTOMIA	13	17
SALPINGECTOMIA	13	17
LAPAROTOMIA	3	4
HISTERECTOMIA	1	1.3

TABLA#17 CIRUGIA TRADICIONAL REALIZADA

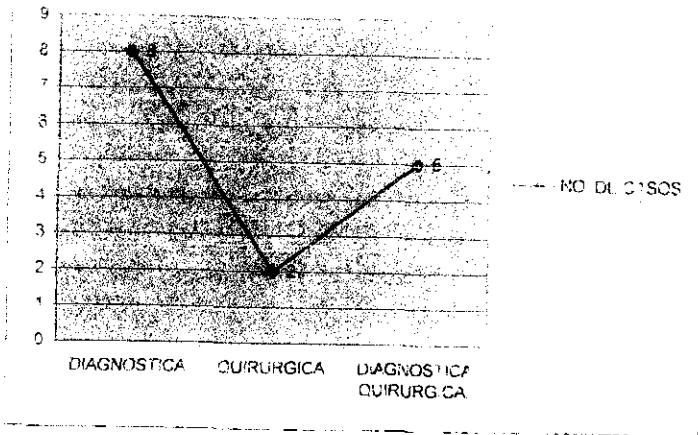


GRAFICA#17 CIRUGIA TRADICIONAL REALIZADA.

CIRUGIA	NO. DE CASOS
DIAGNOSTICA	8
QUIRURGICA	2
DIAGNOSTICA QUIRURGICA.	5

TABLA#18 CIRUGIA LAPAROSCOPICA

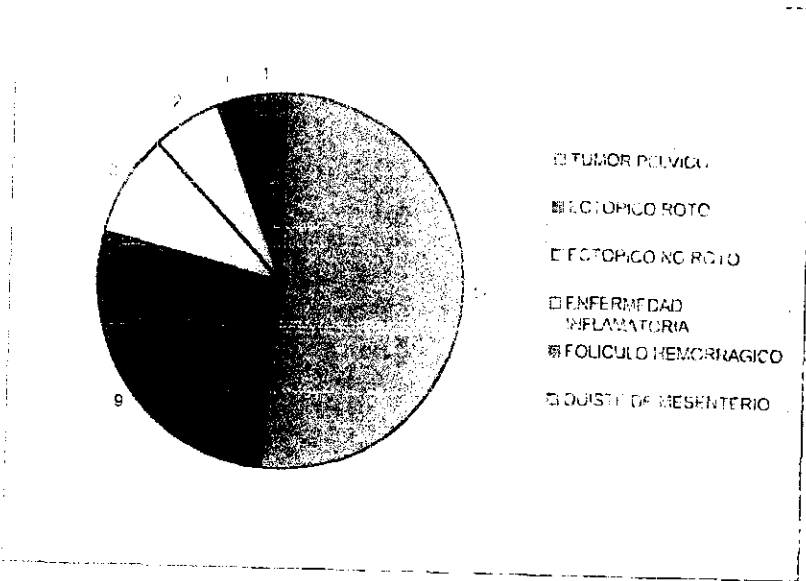
**ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA**



GRAFICA#18 CIRUGIA LAPAROSCOPICA REALIZADA

HALLAZGOS	NO. DE CASOS	%
TUMOR PELVICO	17	21.5
ECTÓPICO ROTO	9	12
ECTÓPICO NO ROTO	3	4
ENFERMEDAD INFLAMATORIA	2	2.6
FOLICULO HEMORRAGICO	1	1.3
QUISTE DE MESENTERIO	1	1.3

TABLA#19 HALLAZGOS EN PROCEDIMIENTOS TRADICIONALES

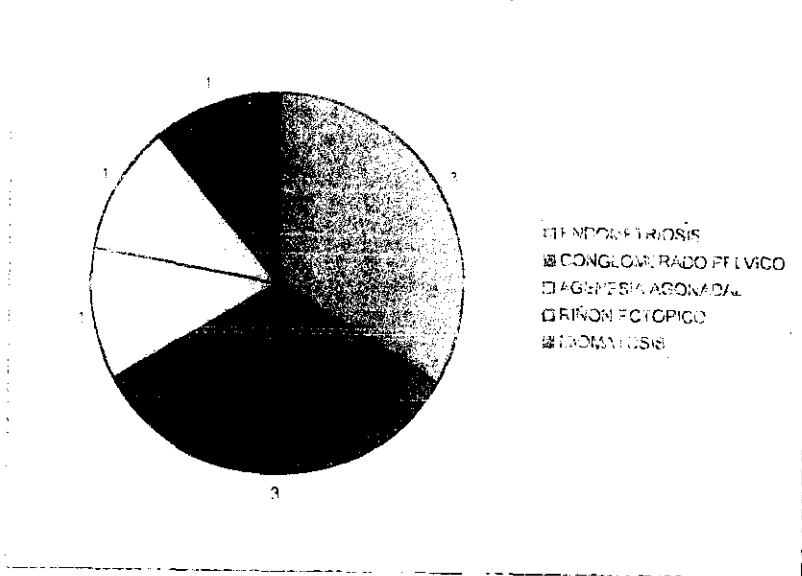


GRAFICO#19 HALLAZGOS EN CIRUGIA TRADICIONAL



HALLAZGOS	NO. DE CASOS	%
ENDOMETRIOSIS	3	4
CONGLOMERADO PELVICO	3	4
AGENESIA GONADAL	1	1.3
RIÑON ECTÓPICO	1	1.3
MIOMATOSIS	1	1.3

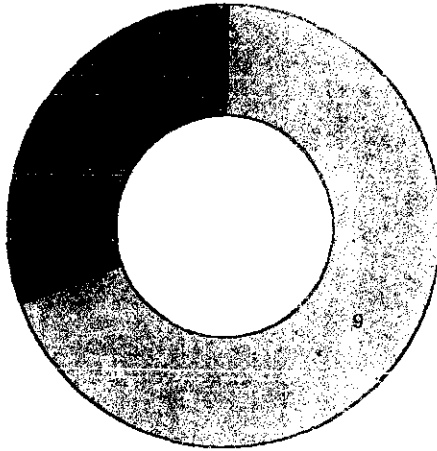
TABLA#20 HALLAZGOS EN APAROSCOPIA



GRAFICA#20 HALLAZGOS POR LAPAROSCOPIA

DIAGNOSTICO HISTOLOGICO	NO. DE CASOS
CISTADENOMA	9
TERATOMA	4

TABLA#21 RESULTADO HISTOLOGICO DE TUMORES OVARICOS

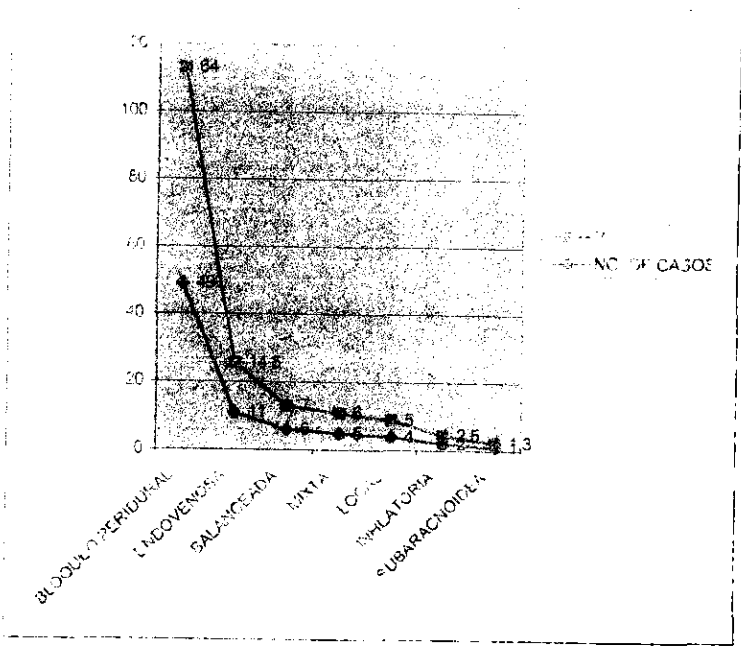


■ CISTADENOMA  
▨ TERATOMA

GRAFICA#21 RESULTADO HISTOLOGICO DE TUMORES OVARICOS

ANESTESIA	NO. DE CASOS	%
BLOQUEO PERIDURAL	49	64
ENDOVENOSA	11	14.5
BALANCEADA	6	7
MIXTA	5	6
LOCAL	4	5
INHALATORIA	2	2.5
SUBARACNOIDEA	1	1.3

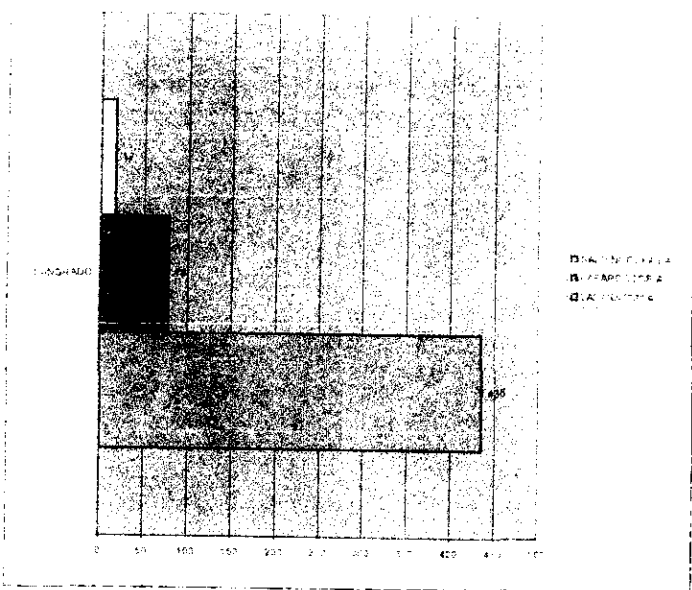
TABLA#22 TIPO DE ANESTESIA



GRAFICA#22 ANESTESIA

CIRUGIA	SANGRADO
LAPAROTOMIA	435
LAPAROSCOPIA	78
SALPINGOCLASIA	17

TABLA#23 HEMORRAGIA PROMEDIO POR CIRUGIA.

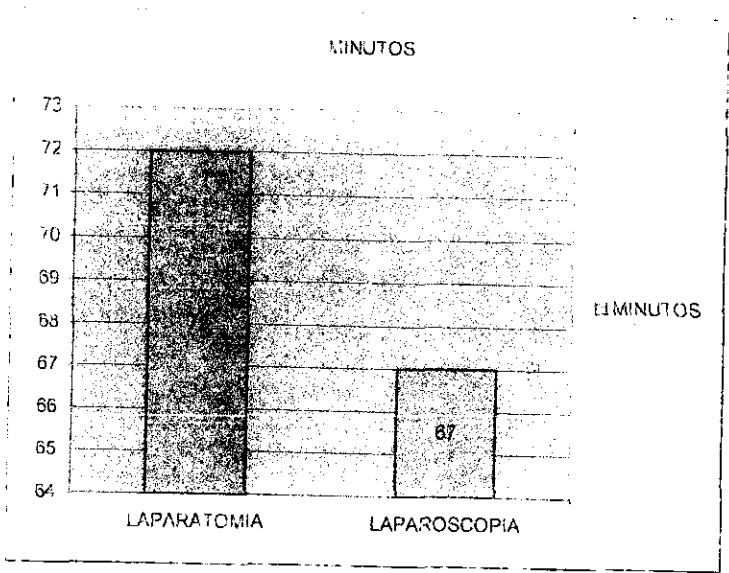


GRAFICA#23 SANGRADO PROMEDIO



CIRUGIA	MINUTOS.
LAPARATOMIA	72
LAPAROSCOPIA	67

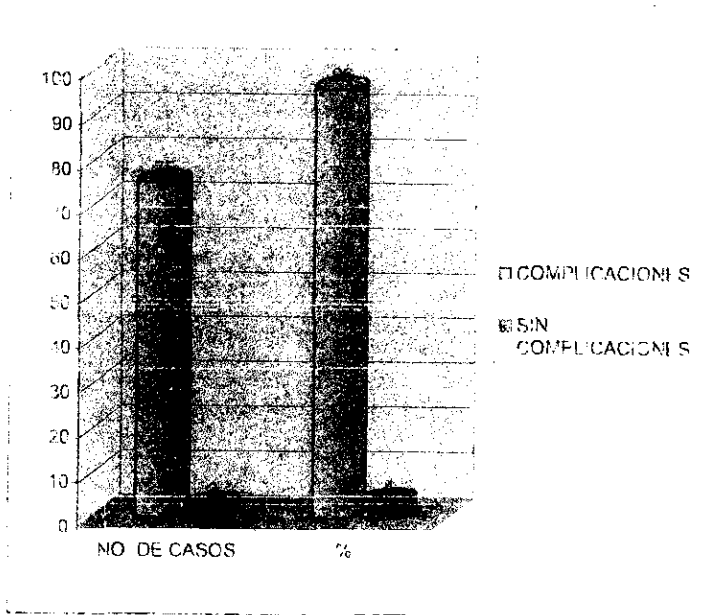
TABLA#24 TIEMPO PROMEDIO POR CIRUGIA



GRAFICA#24 TIEMPO PROMEDIO

	NO. DE CASOS	%
COMPLICACIONES	75	96
SIN COMPLICACIONES	3	4

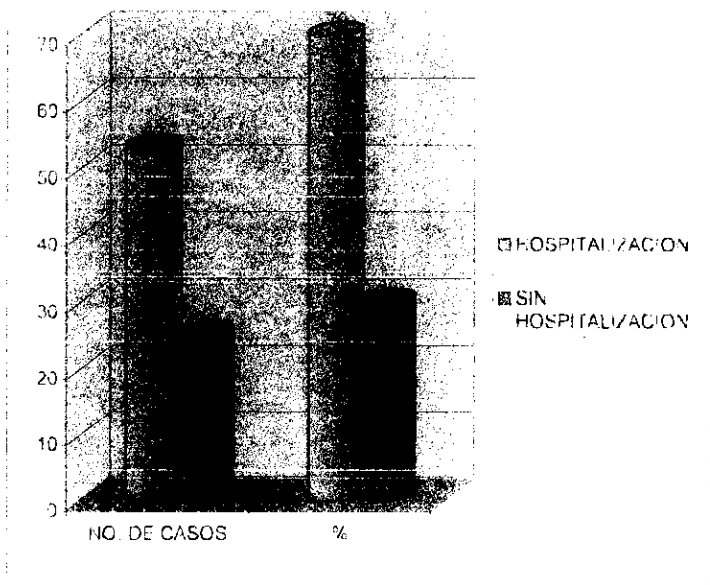
TABLA#25 DESARROLLO DE CIRUGIAS



GRAFICA#25 DESARROLLO DE C.RUGIA

	NO. DE CASOS	%
HOSPITALIZACION	53	70
SIN HOSPITALIZACION	25	30

TABLA#26 HOSPITALIZACION



GRAFICA#26 HOSPITALIZACION