

11209



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO 109

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
SECRETARIA DE SALUD
HOSPITAL GENERAL DE MEXICO O.D.

INDICACIONES DE HISTERECTOMIA ABDOMINAL
EN EL HOSPITAL GENERAL DE MEXICO
SERIE 1999-2000

SECRETARIA DE SALUD
HOSPITAL GENERAL DE MEXICO
ORGANISMO DESCENTRALIZADO



DIRECCION DE ENSEÑANZA

T E S I S

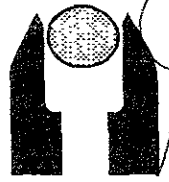
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

LA ESPECIALIDAD EN CIRUGIA GENERAL

P R E S E N T A :

DR. ULISES JOEL VALERO ONTIVEROS

TUTOR DE TESIS: DR. RAFAEL GUTIERREZ VEGA



HOSPITAL GENERAL DE MEXICO

2000

MEXICO, D. F.

OCTUBRE 2000



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.

***“INDICACIONES DE HISTERECTOMÍA ABDOMINAL EN EL
HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO SERIE 1999-2000”***

RESPONSABLES DEL ESTUDIO Y PARTICIPANTES:

TUTOR DE TESIS:

**DR. RAFAEL GUTIÉRREZ VEGA.
MÉDICO JEFE DE SERVICIO, UNIDAD 304 DE CIRUGÍA GENERAL.**

***PROFESOR TITULAR DEL CURSO UNIVERSITARIO DE CIRUGÍA
GENERAL.***

**DR. ENRIQUE FERNÁNDEZ HIDALGO.
CONSULTOR TÉCNICO, UNIDAD 305 CIRUGÍA GENERAL**

SERVICIOS COLABORADORES:

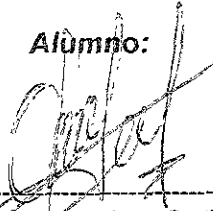
SERVICIO DE ARCHIVO CLINICO.

*Lic. Graciela Najera Colin
Jefe del Archivo Clínico
Hospital General de México O.D.*

Personal del archivo de los distintos turnos

SERVICIO DE INFORMACIÓN Y ESTADÍSTICA.

Alumno:



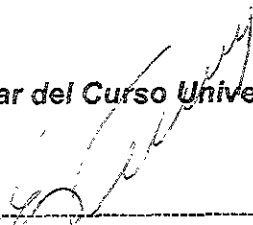
Dr. Ulises Joel Valero Ontiveros.
Residente de Cirugía General
Hospital General de México, O.D.

Tutor de Tesis:



Dr. Rafael Gutiérrez Vega.
Jefe del Servicio unidad 304 Cirugía General.

Profesor Titular del Curso Universitario:



Dr. Enrique Fernández Hidalgo
Consultor Técnico de Cirugía General unidad 305.
Hospital General de México, O.D.

INDICE

AGRADECIMIENTOS.....	6
RESUMEN	7
INTRODUCCIÓN	9
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	12
JUSTIFICACIÓN.....	13
OBJETIVOS	14
HIPÓTESIS.....	15
METODOLOGÍA.....	16
TIPO DE ESTUDIO	16
POBLACIÓN OBJETIVO.....	16
CRITERIOS.....	16
DEFINICIÓN DE VARIABLES	17
PROCEDIMIENTO	18
RESULTADOS	19
DISCUSION	31
CONCLUSIONES	34
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	35
ANEXO 1.....	37
ANEXO 2.....	39

AGRADECIMIENTOS

Quiero dar por finalizado este trabajo de Tesis, no sin antes dar gracias a Dios por haberme permitido llegar a este nivel sano. Sé que él haber entrado al Hospital General de México como residente de Cirugía General es muy difícil pero estoy firme en pensar que es la mejor institución y la mejor escuela a nivel público y privado para aprender cirugía; la cual pienso es arte y ciencia a través de la cual se proporciona una cura a un sinnúmero de padecimientos de los cuales me siento orgulloso de haber aprendido en dicha institución. Quiero agradecer al Doctor Rafael Gutiérrez Vega; a mi demógrafa Cristina Araya a mi novia María del Carmen Arze, y a mi familia por todo el apoyo brindado. Las facilidades otorgadas, el entusiasmo, la comprensión, la paciencia, la dedicación y el esmero con el que me impulsaron a realizar este trabajo, fueron fundamentales para dar por bien concluida esta investigación.; así también a todos los doctores que me ayudaron a mi formación como cirujano, con regaños y estímulos, a los cuales les debo un respeto y agradecimiento sin medida, espero que el presente trabajo deje una huella en los que la lean, y sepan que de los errores se aprende más que de los aciertos y sin duda estoy cierto que generación tras generación el hospital general se conservara como un pilar en la formación de cirujanos generales de muy buena calidad.

RESUMEN

La histerectomía es uno de los procedimientos quirúrgicos que más se realiza en los pabellones de cirugía general. Actualmente las técnicas diagnósticas más avanzadas permiten una elección más correcta del tratamiento quirúrgico solo cuando está indicado; así como una información apropiada en cuanto a la patología de los órganos reproductores y las manifestaciones clínicas de las enfermedades pelvianas; ahora la mortalidad por histerectomía en la mayoría de los centros médicos ha descendido y es de 1 a 2 pacientes por cada 1000, no obstante la morbilidad por dicho procedimiento continúa siendo un problema (infección, hemorragia, lesión del tracto urinario, tracto intestinal etc..) (1,2,3). No hay duda en cuanto que la histerectomía bien indicada puede restablecer la salud de una mujer e incluso salvar su vida; sin embargo la realización de una histerectomía innecesaria solo refleja una falta total de comprensión de la fisiopatología y de las alternativas terapéuticas médicas y procedimientos quirúrgicos más conservadores.

Desde 1953 existen estudios los cuales confirman que un alto porcentaje de histerectomías innecesarias. Gambone y cols.(4) describieron en 1989 y 1990 que existen más indicaciones para histerectomía que para cualquier otra operación mayor, por otra parte Ranney (5) señala que rara vez una paciente ginecológica que requiere una histerectomía tiene solo un diagnóstico. Por lo anterior se realizó un estudio retrospectivo, observacional y descriptivo para comprobar cual

fue la indicación más frecuente de histerectomía abdominal en el Hospital General de México, en un periodo comprendido de Enero de 1999 a Octubre del 2000 incluyendo 537 pacientes, que contaban con expediente con expediente localizable y completo, de pacientes sometidas a dicho procedimiento, en los distintos pabellones de Cirugía General; con este estudio se pretendió realizar una revisión detallada de las indicaciones clínicas de las pacientes que fueron sometidas a histerectomía total abdominal monitorizando si estuvieron precedidas de tratamiento conservador alternativo médico o quirúrgico; concluyendo con este estudio que la leiomiomatosis con metropatía hemorrágica continua siendo una de la principales indicaciones de esta cirugía y en la mayoría de los casos la cirugía no esta precedida de un tratamiento médico o quirúrgico conservador; por lo cual se sugiere se forme un comité de supervisión que unifique criterios y no se abuse de dicho procedimiento en pacientes con esta patología (leiomiomatosis con metropatía hemorrágica); en las cuales el tratamiento conservador reporta una tasa de éxito de un 75 a 90% de los casos (6,7,8).

INTRODUCCIÓN

La Histerectomía es la operación mayor, más comúnmente realizada después de la cesárea (9). Si bien no se produjeron grandes avances significativos en la técnica de la histerectomía hasta el siglo XIX, cabe mencionar que la histerectomía vaginal precedió a la histerectomía abdominal en muchos siglos, existen referencias que datan, que la primera histerectomía se realizó en el siglo V antes de Cristo, en épocas de Hipócrates; Soranus de Efeso amputó un útero gangrenoso por vía vaginal en el siglo II después de Cristo; en Italia Jacopo Berengario de Capri realizó una histerectomía total abdominal en 1517, en 1560 Andrea de la Crode en España también realizó una histerectomía vaginal (10). Este tipo de procedimiento se realizó de manera infrecuente durante los siglos XVII y XVIII (11). En 1810 Wrisberg realizó 8 histerectomías vaginales y presentó un trabajo en la Viena Royal Academy of Medicine dando una recomendación y probablemente la primera indicación publicada en el ámbito médico de la histerectomía total para el cáncer de útero. A fines del siglo XIX la técnica de la histerectomía vaginal fue estudiada y desarrollada en forma sistemática por Czerny, Billroth, Mikulicz, Schoroeder, Kocher, Teuffel y Spencer Wells; En 1844 Washington I. Atlee de Lancaster en Pensilvania realizó la primera miomectomía por vía abdominal exitosa, pero no fue hasta 1853 que la primera histerectomía abdominal exitosa se llevó a cabo en Estados Unidos en Lowell Massachusetts por G Kinball, quien realizó dicha operación con un diagnóstico preoperatorio

de leiomiomatosis uterina; en esos tiempos la mortalidad quirúrgica de la histerectomía se reportaba con una frecuencia de 80% al 90%, posteriormente para 1889 la mortalidad descendió substancialmente correspondiendo esta a un porcentaje del 5.9%. En las primeras décadas del siglo XX la histerectomía se comenzó a utilizar con más frecuencia en el tratamiento de enfermedades y síntomas ginecológicos (12). Actualmente las técnicas diagnósticas avanzadas permiten una elección más correcta del tratamiento quirúrgico solo cuando esta indicado; así como una información apropiada en cuanto a la patología de los órganos reproductores y las manifestaciones clínicas de las enfermedades pelvianas. Ahora la mortalidad por histerectomía en la mayoría de los centros médicos es de 1 a 2 pacientes por cada 1000, no obstante la morbilidad por dicho procedimiento continua siendo un problema (infección, hemorragia, lesión del tracto urinario, tracto intestinal etc..). No hay duda en cuanto que la histerectomía bien indicada puede restablecer la salud de una mujer e incluso salvar su vida, sin embargo la realización de una histerectomía innecesaria solo refleja una falta total de comprensión de la fisiopatología y de las alternativas terapéuticas médicas y procedimientos quirúrgicos más conservadores.

Desde 1953 existen estudios, los cuales confirman un alto porcentaje de histerectomías innecesarias; Gambone y cols. (4,13) describieron en 1989 y 1990 que existen más indicaciones para histerectomía que para cualquier otra operación mayor; por otra parte Ranney (5) señala que rara vez una paciente ginecológica que requiere una histerectomía tiene solo un diagnóstico. En un informe del National

Center for Health Study, Pokras y Hufnagel (14,15) citan que las indicaciones para el año de 1985 de 18.5 millones de pacientes sometidas a una histerectomía, fueron: leiomiomatosis 26.8%. Prolapso 20.8%, endometriosis 14.7%, cáncer 10.7% e hiperplasia endometrial en un 6.2% el 20.7% restante incluyó trastornos de la menstruación sangrado anormal, enfermedades del endometrio o del peritoneo pélvico, enfermedades infecciosas, enfermedades del cervix, los ovarios, tubas uterinas, una catástrofe obstétrica y neoplasias benignas distintas a leiomiomas uterinos.

Es conocido que los leiomiomas uterinos son el motivo más común de histerectomía y son responsables del 30% de esta operación; dentro de las indicaciones para histerectomía de manera electiva se encuentran la hemorragia uterina anormal resistente a terapia médica y a legrado uterino, adenocarcinoma y sarcoma de útero, adenomiosis, descenso uterino con prolapso sintomático, leiomiomas uterinos con un tamaño del útero que condicione síntomas por compresión a órganos abdominales, la enfermedad inflamatoria pélvica complicada, endometriosis pelviana que no responde a tratamiento hormonal, neoplasia intraepitelial cervical, cáncer cervical invasor temprano, hiperplasia adenomatosa endometrial, neoplasias de ovarios y trompas de falopio, enfermedad trofoblástica, enfermedades malignas de órganos adyacentes, piómetra recurrente y dolor pelviano crónico (9).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Debido a que la histerectomía abdominal es un procedimiento mayor que se realiza con una alta incidencia en los pabellones de cirugía general del Hospital General de México; la cual esta relacionada con complicaciones tales como infección, hemorragia, lesión del tracto urinario, tracto intestinal etc.; resulta fundamental establecer una correcta indicación de la misma, por lo que es necesario conocer las indicaciones mas frecuentes de histerectomía abdominal en nuestra población y evaluar la correlación clínico patológica y consecuentemente la certeza diagnostica en dicho procedimiento.

JUSTIFICACIÓN

El presente estudio busco establecer cual es la indicación más frecuente que lleva a las pacientes una histerectomía electiva, pretendiendo con esto brindar una base estadística, así como la creación de criterios de excelencia para dicho procedimiento, disminuyendo con esto el índice de histerectomías innecesarias y reduciendo el índice de mortalidad y morbilidad por este procedimiento en patologías ginecológicas o síntomas relativamente menores los cuales pueden ser tratados con terapia médica o quirúrgica conservadora; brindando con esto una atención de calidad a las enfermas con dicho problema. y disminuyendo con esto los gastos para la institución y para las pacientes

OBJETIVOS

1. Establecer que indicación o indicaciones son las que prevalecen para la histerectomía abdominal en pacientes sometidas a este procedimiento en el Hospital General de México en los distintos pabellones de Cirugía General y si se encontró precedida por falla en el tratamiento médico ó quirúrgico conservador.
2. Determinar cuales son los métodos diagnósticos que más se emplean previos a la realización de una histerectomía abdominal.
3. Establecer cual es la cifra de hemoglobina que prevalece en pacientes sometidos a histerectomía abdominal en el Hospital General de México previo a su cirugía.

METODOLOGÍA

TIPO DE ESTUDIO

El estudio es de carácter retrospectivo observacional y descriptivo.

POBLACIÓN OBJETIVO

En el presente estudio se seleccionaron pacientes sometidas a histerectomía abdominal en los pabellones de cirugía general en el periodo comprendido entre Enero de 1999 a Octubre del 2000, que reunieron los criterios de inclusión, señalados más adelante. Los datos fueron recabados a través de una hoja de recolección de datos (véase anexo 1).

Todos los pacientes fueron intervenidos quirúrgicamente en el Hospital General de México, por los distintos cirujanos de dichos pabellones.

CRITERIOS

a) De inclusión:

- Pacientes sometidas a histerectomía abdominal por parte de los distintos servicios de Cirugía General del Hospital General de México en el periodo de estudio determinado previamente
- Existencia física del expediente clínico

b) De exclusión:

- Pacientes quienes se encontraran fuera del periodo comprendido de estudio.

c) De eliminación

- Inexistencia física del expediente clínico.

DEFINICIÓN DE VARIABLES

A efecto de facilitar el análisis estadístico, se procedió a seleccionar las principales variables para la hoja de recolección de datos, que ayudaran a responder los objetivos planteados en este estudio. Éstas se enumeran seguidamente:

1. Sexo.
2. Edad.
3. Diagnóstico de ingreso.
4. Cuadro clínico.
5. Cifra de Hemoglobina.
6. Resultado de ultrasonido.
7. Cirugía realizada
8. Resultados histopatológicos
9. Resultados de papanicolau

PROCEDIMIENTO

Pacientes que se intervinieron quirúrgicamente de Histerectomía abdominal de forma habitual, en el periodo comprendido de estudio y que cumplían con los criterios establecidos; conviene señalar que el procesamiento de los datos se hizo en el programa estadístico *SPSS* y en el programa de cálculo y graficación *Excel*.

RESULTADOS

El presente estudio fue realizado en un periodo comprendido de Enero de 1999 a Octubre del 2000, identificando 537 expedientes de los cuales todos fueron seleccionados para el estudio por contar con la información completa y disponible, además de cumplir con los criterios de inclusión.

1 Características sociodemográficas.

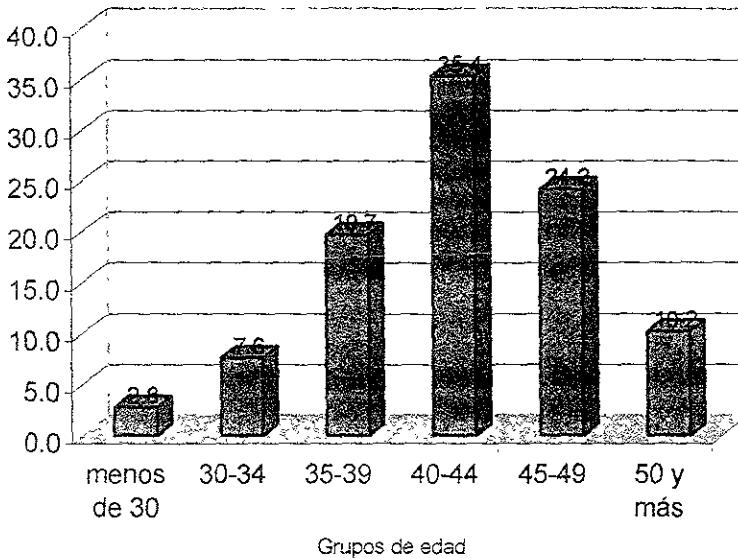
De los 537 pacientes estudiados la edad promedio fue de 42 años, con una rango mínimo de 18 años y una máximo de 75 años, y al agrupar a los pacientes por grupos de edad de 30-34, 35-39, 40-44, 45-49, 50 y más se observó que el mayor porcentaje de pacientes se ubicó entre el grupo de 40 a 44 años con 190 pacientes representando un 35.4% del total de pacientes. Lo cual se ilustra a continuación:

**Cuadro
Edad según grupos**

Grupo	Número	%
Menos de 30	15	2.8
30-34	41	7.6
35-39	106	19.7
40-44	190	35.4
45-49	130	24.2
50 y más	55	10.2
Total	537	100.0

Fuente: elaboración propia con base en expedientes clínicos.

Porcentaje de edad según grupos



2 Diagnóstico de ingreso.

Como se menciona previamente y según lo descrito por Raney en la literatura las pacientes que son sometidas a histerectomía cuentan con más de un diagnóstico por lo que realizar una sola grafica es difícil y la información se presentara en forma de tabla.

De los 537 casos revisados, el diagnóstico de ingreso que prevaleció fue la metropatía hemorrágica acompañada de leiomiomatosis con 229 casos representando 42.7% del total, la segunda causa fue falla en el tratamiento conservador acompañado de leiomiomatosis y metropatía hemorrágica con 59 casos representando 11% del total, en tercer lugar se encontró, la leiomiomatosis como

entidad aislada en 55 casos representando 10.3% del total, en cuarto lugar se encontró la metropatía hemorrágica como entidad clínica aislada con 43 casos representando el 8% del total, en quinto lugar se encontró la leiomiomatosis acompañada de metropatía hemorrágica y otro diagnóstico asociado con 27 casos representando un 5% del total, en sexto lugar se encontró Dismenorrea acompañada de leiomiomatosis y metropatía hemorrágica con 22 casos representando un 4.1% del total, en séptimo lugar se encontró otro diagnóstico en 21 casos representando el 3.9% del total; en octavo lugar se presentó la leiomiomatosis uterina y otro diagnóstico con 11 casos representando un 2.1% del total, en noveno lugar se presentó la metropatía hemorrágica y falla del tratamiento conservador en 10 casos representando un 1.9% del total, en décimo lugar se presentó la IVHP*, acompañada de leiomiomatosis y metropatía hemorrágica con 8 casos representando un 1.5% del total, en undécimo lugar se presentó la metropatía hemorrágica y otro diagnóstico con 6 casos representando un 1.1% del total, en duodécimo lugar se presentó la metropatía hemorrágica y dismenorrea con 5 casos representando un 0.9%; de los dos siguientes diagnósticos que se mencionan solo se presentaron 4 casos respectivamente correspondientes a 0.7% cada uno del total, de los cuales fueron Infección del virus del papiloma humano solo; falla en tratamiento conservador acompañada de metropatía hemorrágica leiomiomatosis y otro diagnóstico; de los siguientes tres diagnósticos que se mencionan, solo se presentaron en 3 casos correspondientes a un 0.6% cada uno del total, siendo estos leiomiomatosis e infección por

*IVPH. Infección del virus del papiloma humano

el virus del papiloma humano; leiomiomatosis uterina y dismenorrea; Infección del virus del papiloma humano y otro diagnóstico; el resto de diagnósticos se presentaron en 2 casos respectivamente siendo estos metropatía hemorrágica y enfermedad pélvica inflamatoria; adenomiosis acompañada de leiomiomatosis y metropatía hemorrágica; IVHP acompañada de leiomiomatosis; metropatía hemorrágica y otro diagnóstico; Dismenorrea y otro diagnóstico; Falla del tratamiento conservador acompañado de metropatía hemorrágica y otro diagnóstico; cáncer in situ; .De los 12 pacientes restantes solo se presentó un caso correspondiendo cada uno a un 0.2% del total.

La infección del virus del papiloma solo y con otros diagnósticos diferentes se presentó en 15 pacientes, y la falla del tratamiento conservador sola y junto con otros diagnósticos se presentó en 80 casos representando el 14.8% del total de 537 pacientes, la leiomiomatosis sola o acompañada de otros diagnósticos se presentó en 430 pacientes representando el 80.07% del total de los 537 pacientes. Esta información se ilustra a continuación:

Cuadro
Diagnóstico de ingreso

	Número	%
Metropatía hemorrágica, leiomiomatosis	229	42.7
Falla de Tx cons, leiomiomatosis, Metropatía hemorrágica	59	11.0
Leiomiomatosis uterina	55	10.3
Metropatía hemorrágica	43	8.0
Leiomiomatosis, metropatía hemorrágica y otro	27	5.0
Dismenorrea, leiomiomatosis, Metropatía hemorrágica	22	4.1
Leiomiomatosis uterina, otro	11	2.1
Metropatía hemorrágica, falla del Tx conservador	10	1.9
IVPH, leiomiomatosis, metropatía hemorrágica	8	1.5
Metropatía hemorrágica, otro	6	1.1
Metropatía hemorrágica, dismenorrea	5	0.9
Infección por el VPH	4	0.7
Falla en Tx cons, metropatía hem, leiomiomatosis y otro diagnóstico*	4	0.7
Leiomiomatosis uterina, IVPH	3	0.6
Leiomiomatosis uterina, dismenorrea	3	0.6
IVPH y otro diagnóstico	3	0.6
Metropatía hemorrágica, enfermedad pélvica inflamatoria	2	0.4
Adenomiosis, leiomiomatosis, metropatía hemorrágica	2	0.4
IVPH, leiomiomatosis, metropatía hemorrágica y otro diagnóstico	2	0.4
Dismenorrea y otro	2	0.4
Falla en Tx cons, metropatía hemorrágica y otro diagnóstico	2	0.4
Cáncer in situ	2	0.4
Ca Cu, leiomiomatosis, metropatía hemorrágica	1	0.2
Endometriosis, leiomiomatosis, metropatía hemorrágica	1	0.2
Endometriosis, IVPH, metropatía hemorrágica	1	0.2
IVPH, Enfermedad pélvica inflamatoria	1	0.2
Ca de endometrio, leiomiomatosis, metropatía hemorrágica	1	0.2
Leiomiomatosis uterina, falla del Tx conservador	1	0.2
Falla de Tx cons, Ca Cu, metropatía hemorrágica	1	0.2
Falla de Tx cons, dismenorrea, metropatía hemorrágica	1	0.2
Falla de Tx cons, dismenorrea, leiomiomatosis, metropatía he	1	0.2
Falla de Tx cons, Adenomiosis, leiomioma, metropatía hem	1	0.2
IVPH, metropatía hemorrágica y otro diagnóstico	1	0.2
IVPH, leiomiomatosis uterina y otro diagnóstico	1	0.2
Otro diagnóstico	21	3.9
Total	537	100.0

Fuente: elaboración propia con base en expedientes clínicos.

IVHP infección del virus del papiloma humano

3 Cuadro Clínico.

Dentro de los síntomas que más se presentaron fue en primer lugar la metropatía hemorrágica con 224 pacientes representando un 41.7% del total; en segundo lugar fue el síndrome doloroso abdominal y la metropatía hemorrágica con 142 casos representando un 26.4% del total; en tercer lugar se presentó la dismenorrea con 43 casos representando 8.0% del total; en cuarto lugar se presentó el síndrome anémico y la metropatía hemorrágica con 28 casos representando un 5.2% del total; en quinto lugar se presentó otros síntomas con 25 casos, representando un 4.7% del total; en sexto lugar se presentó el síndrome de tumoración abdominal con metropatía hemorrágica en 14 casos representando 2.6% del total; en séptimo lugar se presentó el síndrome doloroso abdominal y el Síndrome de tumoración abdominal con 13 casos representando un 2.4% del total, en octavo lugar se presentó el Síndrome doloroso abdominal acompañado de Síndrome de tumoración abdominal y metropatía hemorrágica en 11 casos, representando un 2.0% del total; en noveno lugar se presentó el Síndrome de tumoración abdominal aislado con 8 casos representando un 1.5% del total; en décimo lugar se presentó el Síndrome anémico acompañado de Síndrome doloroso abdominal y metropatía hemorrágica; con 7 casos representando un 1.3% del total; en undécimo lugar estuvo la metropatía hemorrágica y otro con 7 casos representando un 1.3% del total; en duodécimo lugar estuvo el Síndrome anémico, acompañado de Síndrome doloroso abdominal y metropatía hemorrágica con 4 casos representando un 0.7% del total; en decimotercero lugar se presentó el Síndrome doloroso abdominal y otro diagnóstico, con 3 casos representando un 0.6% del total; así también se presentó todas las

anteriores el cual incluye a la metropatía hemorrágica, el Síndrome Doloroso abdominal, el Síndrome anémico, y el Síndrome de tumoración abdominal en 3 casos representando un 0.6% del total; en decimocuarto lugar se presento Síndrome de tumoración abdominal y otro con 2 casos representando un 0.4% del total; el resto de diagnósticos que se mencionan a continuación se presentaron con un solo caso representando cada uno un 0.2% respectivamente, Síndrome anémico con el Síndrome doloroso abdominal; el Síndrome anémico y Síndrome de tumoración abdominal; Síndrome anémico, Síndrome de tumoración abdominal, y Síndrome doloroso abdominal. Estos datos se ilustran continuación:

Cuadro

Cuadro Clínico (Síntomas)

	Número	%
Metropatía hemorrágica	224	41.7
Sx. doloroso abdominal, metropatía hemorrágica	142	26.4
Dismenorrea	43	8.0
Sx anémico, metropatía hemorrágica	28	5.2
Sx. Tumoración abdominal, metropatía hemorrágica	14	2.6
Sx Tumoración abdominal, Sx. doloroso abdominal	13	2.4
Sx. Tumoración abdominal, Sx doloroso abd, metropatía hemorr	11	2.0
Sx. Tumoración abdominal	8	1.5
Sx anémico, Sx doloroso abdominal, metropatía hemorrágica	7	1.3
Metropatía hemorrágica y otro síntoma	7	1.3
Sx. anémico, Sx doloroso abdominal, metropatía hemorrágica	4	0.7
Sx doloroso abdominal y otro síntoma	3	0.6
Todas las anteriores	3	0.6
Sx de tumoración abdominal y otro síntoma	2	0.4
Sx. anémico, Sx doloroso abdominal	1	0.2
Sx. anémico, Sx tumoración abdominal	1	0.2
Sx. Anémico, Sx de tumoración abdominal, Sx doloroso abdomi	1	0.2
Otro síntoma	25	4.7
Total	537	100.0

Fuente: elaboración propia con base en expedientes clínicos.

4 Cifra de hemoglobina

Para los resultados de hemoglobina la media fue de 12.5gr/dcl con un rango mínimo de 6gr/dcl y un rango máximo de 17gr/dcl.

5 Resultados de ultrasonido.

De los resultados de ultrasonido el primer lugar fue la miomatosis uterina con 391 casos con un promedio del total de 72.8%; le siguió en frecuencia el ausente en los casos en los que no se encontró dicho reporte con 58 casos representando un 10.8% del total; en tercer lugar se encontró la miomatosis uterina y otro diagnostico diferente con 43 pacientes representando un 8%; en cuarto lugar se encontró el útero normal con 10 pacientes representando un 1.9% del total; en quinto lugar se encontró hiperplasia endometrial y miomatosis uterina con 9 pacientes representando 1.7% del total; en sexto lugar se encontró adenomiosis y hiperplasia endometrial con 8 pacientes representando un 1.5% del total; en séptimo lugar se encontró útero normal y otro diagnostico con 4 pacientes representando un 0.7% del total; en octavo lugar se encontró adenomiosis con 3 casos representando un 0.6% del total; en noveno lugar se encontró hiperplasia endometrial con un solo caso representando 0.2% del total, así mismo adenomiosis acompañada de hiperplasia endometrial y miomatosis en un caso representando un 0.2% del total, así también hiperplasia endometrial acompañada de miomatosis uterina y otro diagnóstico en un caso representando un 0.2% del total. Esto se ilustra a continuación.

Cuadro Resultado del ultrasonido

	Numero	%
Miomatosis uterina	391	72.8
Miomatosis uterina y otro diagnóstico	43	8.0
Útero normal	10	1.9
Hiperplasia endometrial, miomatosis uterina	9	1.7
Adenomiosis, hiperplasia endometrial	8	1.5
Útero normal y otro diagnóstico (fuera del tracto ginecológico)	4	0.7
Adenomiosis	3	0.6
Hiperplasia endometrial	1	0.2
Adenomiosis, hiperplasia endometrial, Miomatosis uterina	1	0.2
Hiperplasia endometrial, miomatosis uterina y otro diagnóstico	1	0.2
Ausente	58	10.8
Otro diagnóstico	8	1.5
Total	537	100.0

Fuente: elaboración propia con base en expedientes clínicos.

6. Cirugía realizada

La cirugía más frecuentemente realizada fue la histerectomía total abdominal con 324 casos representando un 60% del total; en segundo lugar esta la histerectomía total abdominal y salpingooforectomía uni o bilateral, con 134 casos representando un 25% del total; en tercer lugar esta la histerectomía total abdominal con ooforectomía uni o bilateral con 39 casos representando un 7.3% del total; en cuarto lugar se presentó la histerectomía total abdominal y otra cirugía con 34 casos representando un 6.3% del total; en quinto lugar se presentó la histerectomía total abdominal y salpingectomía uni o bilateral con 4 casos representando un 0.7% del total; en sexto lugar se presentaron la Histerectomía total con salpingooforectomía uni o bilateral y otra cirugía; la histerectomía con ooforectomía uni o bilateral y otra cirugía. Con un

caso cada una de ellas representando un 0.2% respectivamente del total de pacientes. Esto se ilustra a continuación en el siguiente cuadro.

**Cuadro
Cirugía realizada**

	Número	%
Histerectomía total abdominal	324	60.3
Histerectomía total abdominal y salpingoforectomía uni o bilateral	134	25.0
Histerectomía total abdominal y ooforectomía uni o bilateral	39	7.3
Histerectomía total abdominal y otra cirugía	34	6.3
Histerectomía total abdominal y salpingectomía uni o bilateral	4	0.7
Histerectomía total abdominal y salpingooforectomía uni o bilateral y otra cirugía	1	0.2
Histerectomía total abdominal y ooforectomía uni o bilateral y otra cirugía	1	0.2
Total	537	100.0

Fuente: elaboración propia con base en expedientes clínicos.

7-Resultados histopatológicos.

De los resultados histopatológicos que prevalecieron en primer lugar en 507 casos no se encontró el reporte de histopatología, lo que representa el 94.4% del total, de los 30 pacientes restantes la leiomiomatosis se presentó en 11 casos representando un 2% del total; la adenomiosis en 4 casos representando un 0.7% del total; la leiomiomatosis y otros en 3 casos representando 0.6% del total; el cáncer de cuello uterino in situ acompañado del VPH en 2 casos representando un 0.4% del total; la adenomiosis y otro en 2 casos representando 0.2% del total; y de los que se mencionan a continuación solo se presentó un caso representando 0.2% del total respectivamente; Ca Cu y adenomiosis; Ca Cu y leiomiomatosis; infección por el VPH;

IVPH acompañado de leiomiomatosis y adenomiosis, Ca de endometrio acompañado de leiomiomatosis y otro. De los 30 casos en los que se encontró el resultado histopatológico este se correlacionó solo en 14 casos con el diagnóstico de ingreso teniendo una certeza clínico patológica del 46.6% del total de 30 pacientes. Estos datos se ilustran a continuación en el siguiente cuadro

**Cuadro
Resultados histopatológicos**

	Número	%
Ausente	507	94.4
Leiomiomatosis uterina	11	2.0
Adenomiosis	4	0.7
Leiomiomatosis y otro	3	0.6
Cáncer in situ y VPH	2	0.4
Adenomiosis y otro	2	0.4
IVPH y otro	2	0.4
Ca Cu, adenomiosis	1	0.2
Ca Cu, leiomiomatosis.	1	0.2
Infección por el VPH	1	0.2
IVPH, leiomiomatosis, adenomiosis	1	0.2
Ca de endometrio, leiomiomatosis y otro	1	0.2
Otro	1	0.2
Total	537	100.0

Fuente: elaboración propia con base en expedientes clínicos.

8 Resultados de papanicolau.

De los resultados de papanicolau que prevalecieron en primer lugar se encontraron 300 pacientes con diagnóstico negativo a cáncer correspondiente a un 55.9% del total; 107 pacientes con diagnóstico negativo con proceso inflamatorio correspondientes a un 19.9% del total; en 88 pacientes fue ausente al no contar con este dato en el

expediente correspondiente a un 16.4% del total; 18 pacientes presentaron en virus del papiloma humano correspondiente a 3.4% del total; 11 pacientes presentaron displasia grave nic III correspondiente a un 2% del total; 5 pacientes presentaron cáncer in situ correspondiente a 0.9% del total; 4 pacientes presentaron una displasia leve correspondiendo a 0.7% del total y de los que se enumeran a continuación solo se presentaron en un solo caso correspondientes 0.2% del total respectivamente; tricomonas; bacterias; hongos; infección por el VPH acompañado de displasia grave. Estos resultados se muestran a continuación en el siguiente cuadro

Cuadro
Resultados del papanicolau

	Numero	%
Negativo a cáncer	300	55.9
Negativo con proceso inflamatorio	107	19.9
Ausente	88	16.4
Imagen de VPH	18	3.4
Displasia grave (nic 3)	11	2.0
Cáncer in situ	5	0.9
Displasia leve (nic 1)	4	0.7
Tricomonas	1	0.2
Bacterias	1	0.2
Hongos	1	0.2
IVPH, displasia grave (nic 3)	1	0.2
Total	537	100.0

Fuente: elaboración propia con base en expedientes clínicos.

DISCUSION

Por medio del presente estudio se observó que la edad promedio a que las mujeres son sometidas a una histerectomía en los pabellones de cirugía general del Hospital General de México es a la edad de 42 años, se observó que la metropatía hemorrágica con leiomiomatosis es la principal indicación lo cual corresponde a lo escrito en la literatura mundial; la leiomiomatosis en la mayoría de los casos es confirmada por ultrasonido en un 391 pacientes correspondientes a un 72.8% del total, así también se observó que en el cuadro clínico el síntoma que prevalece es la metropatía hemorrágica y se observa que el síndrome que más se integra es el síndrome doloroso abdominal y el Sx anémico; la cirugía más comúnmente realizada fue la histerectomía total abdominal seguida de histerectomía total con salpingooforectomía uni o bilateral, se observó así mismo que en la mayoría de pacientes el resultado patológico no se encuentra en el expediente y de los que se encontró el mayor porcentaje correspondió a miomatosis uterina 11 pacientes de 30; en cuanto a la correlación de certeza clínico patológica esta se dio en 14 pacientes correspondiendo a un 46.6% del total de 30 pacientes, En cuanto a la falla del tratamiento conservador como indicación de histerectomía este solo se presentó en 80 casos representando el 14.8% del total de 537 pacientes; lo cual nos habla que este no se lleva a cabo en la mayoría de pacientes que son sometidas a histerectomía, la mayoría de las pacientes presenta un papanicolau negativo a proceso neoplásico 300 casos representando un 55.9% del total de 537 casos: así mismo se observó que la mayoría

de las pacientes no esta anémica al momento de su ingreso teniendo una media de hemoglobina de 12.5gr/dcl.

Dentro de la terapia conservadora se encuentra la miomectomia, la miomectomia histeroscópica, las cuales tienen un índice de éxito a en control del sangrado a corto plazo de 75 a 90% de los casos, así mismo el uso de analgésicos no esteroideos, GnRh, progestagenos con y sin estrógenos, danazol, los cuales requieren al menos mas de un mes para determinar su eficacia; otros de los procedimientos conservadores eficaces son el legrado uterino, la reseccion de endometrio usando laser o electrocauterio los cuales son efectivos en abolir el sangrado en un 70 a 90% de los casos con una recurrencia en el sangrado de un 15 al 25%. (6,7,8).En los casos de dolor crónico pélvico la causa debe ser investigada de fondo ya que en un 40 a 60% de los casos pude haber una historia de abuso sexual en la infancia, la terapia medica basándose en analgésicos no esteroideos y en algunos casos con anticonceptivos orales debe ser dada al menos por un periodo de 4 a 6 meses. En los casos de pacientes con hiperplasia endometrial atípica que desean conservar su útero en pacientes perimenopausicas la terapia con estrógenos con seguimiento estrecho es una alternativa. En los casos de neoplasia cervical intraepitelial clase I, II Y III las alternativas terapéuticas son vaporización con láser o escisión, cono biopsia, asa electro quirúrgica o crioterapia. En esta serie 1999-2000 no se encontró ningún paciente sometida a hysterectomía vaginal.

Derivado de lo anterior se darán una serie de indicaciones para la histerectomía no siendo estas las únicas y a reserva siempre de la decisión de la paciente en cuanto a su función reproductiva futura (6,16,17,18).

- 1.- Leiomiomatosis que no responde a tratamiento medico conservador o presenta datos de compresión a órganos vecinos.
- 2.-Prolapso genital sintomático mas allá del introito vaginal con presencia de irritación o ulceración de la mucosa.
3. -Endometriosis y Adenomiosis que no responde a tratamiento medico o este no es bien tolerado a largo plazo.
4. -Dolor pélvico crónico con falla en el tratamiento medico conservador por un periodo al menos de 4 a 6 meses una vez descartadas cualquier otra causa de dolor pélvico crónico.
5. -Enfermedad inflamatoria pélvica con piometra recurrente con estenosis cervical congenita o adquirida.
6. -Hiperplasia endometrial con atipia persistente en pacientes postmenopausicas.
7. -Carcinoma cervical invasivo temprano, adenocarcinoma de endometrio, sarcoma uterino, tumor uterino mesodermico mixto, cancer de ovario y tubario, carcinoma de colon, recto o vejiga, enfermedad gestacional trofoblastica persistente después de quimioterapia.

8.- Hemorragia uterina postparto incontrolable, la ruptura uterina, embarazo intersticial, aborto con choque séptico que no responde al tratamiento medico y al legrado uterino

CONCLUSIONES

Por medio del presente estudio se confirmó lo reportado en la literatura mundial, que la leiomiomatosis con la metropatía hemorrágica continua siendo la principal indicacion de esta cirugía; para la cual el tratamiento conservador es una alternativa eficaz; en este estudio se observo que la mayoría de pacientes no recibieron un tratamiento conservador previo lo que nos podría estar hablando de falta de conocimiento de alternativas terapéuticas en cuanto a este problema, así también se observo que la mayoría de pacientes se encontraban próximas a la menopausia con una edad promedio de 42 años, se sabe que la historia natural de la leiomiomatosis no tratada es una estabilización o una regresión después de la menopausia, la mayoría de pacientes no presentaban un síndrome anémico al momento de su ingreso con una media de hemoglobina de 12gr/dcl con lo cual el tratamiento conservador pudo haber sido una alternativa; por lo cual se sugiere que se forme un comité de supervisión que unifique los criterios de acuerdo a la conveniencia de dicha operación en los pabellones de cirugía general y no se abuse de dicho procedimiento en pacientes en las cuales se les puede ofrecer una alternativa conservadora quirúrgica u medica para su problema.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. - Wingo PA, Huzo CM, Rubin GL, et al. The Mortality Risk associate with Hysterectomy. Am J Obstet Gynecol 1985; 152:803-8
2. - Korenbrot C, Flood AB, Higgins M, et al. Case study #15. Elective Histerectomy. Cost, Risk and benefits. Washington, DC: US. Government printing office, 1981; Case study of medical technologies.
3. - Harris W.: Early complications as of abdominal and vaginal hysterectomy Obstet Gynecol Survey 1995; 50:795-9.
4. - Gambone J, Reiter R, Lench J, Moore J.: The impact of a quality assurance process un the frequency and confirmation rate of hysterectomy Am. J Obstet Gynecol 1990; 163:545-8.
5. - Ranney B. Multiple Diagnosis and procedures During Hysterectomy. Int J Gynecol Obstet 1990; 33: 325-30
6. - Carlson K, Nicholsn D, Schiff I. Indications for Hysterectomy. New England J. Med 1993; 528:856-8
- 7.-Loffer FD Removal of large symptomatic intrauterine growths by the hysteroscopic resectoscope Obstet Gynecol 1990; 76: 836-40.
- 8.-Malone LJ Myomectomy recurrence after removal of solitary and multiple myomas Obtet Gynecol 1969; 34 200-3.
- 9.- Té Linde RW. Hysterectomy. present-day indications. J Mitch State Med 1949; 48:829-33.
10. - Copenhaver EH, Vaginal Hysterectomy, past, present and future. Surg Clin North Am 1980; 60: 437-440.
- 11 - Leonardo R A : History of Gynecology New York: Froben Press, 1944
- 12 - Mathieu A: History of Hysterectomy. West J Surge Obstet Gynecol 1934, 42:2-12.
- 13 - Reitter R, Wagner P, Gambone J.. Routine Hysterectomy for large asintomatic uterine leiomyoma: a reappraisal. Obstet Gynecol 1992, 79:481-88.
- 14 -Pokras R, Hutnagel VG: Hysterectomy in the United States, 1965-84. AJPH 1988, 78.852-9.

15. - Pokras R, Hutnagel VG: National Center for Health Statistics, 1965-84. Washington, DC: US. Government printing office, December 1987; DHHS publications no. (PHS) 87-1753 (Vital and Health Statistics, series 13, no 92)
16. - Dorsey J, Steimberg E, Holtz P . Clinical Indication for Hysterectomy route: Patient characteristics or Physical preference? Am J. Obstet Gynecol 1995; 173:1452-5.
17. - Kovac S.: Guidelines to determine the route of hysterectomy. Obstet Gynecol 1995; 85:18-21.
18. - Amirkia H, Evans TN Ten-Year Review of Hysterectomies: Trends Indications and risks. Am J Obstet Gynecol 1979; 134:431-9

INDICACIONES DE LA HISTERECTOMÍA ABDOMINAL EN EL HOSPITAL
GENERAL DE MÉXICO, SERIE 1999 – 2000)

Numero de paciente:
Nombre: _____
Expediente: _____
Edad _____
Dx Ingreso _____
Cuadro Clínico(Síntomas): _____
Hemoglobina: _____
Resultado de ultrasonido: _____
Cirugía realizada: _____
ResultadosHistopatologicos: _____
Resultados de papanicolau _____

Cuadro
Edad según grupos

Grupo	Número	%
Menos de 30	15	2.8
30-34	41	7.6
35-39	106	19.7
40-44	190	35.4
45-49	130	24.2
50 y más	55	10.2
Total	537	100.0

Fuente: elaboración propia con base en expedientes Clínicos.

Cuadro Diagnóstico de ingreso

	Número	%
Metropatía hemorrágica, leiomiomatosis	229	42.7
Falla de Tx cons, leiomiomatosis, Metropatía hemorrágica	59	11.0
Leiomiomatosis uterina	55	10.3
Metropatía hemorrágica	43	8.0
Leiomiomatosis, metropatía hemorrágica y otro diagnóstico	27	5.0
Dismenorrea, leiomiomatosis, Metropatía hemorrágica	22	4.1
Leiomiomatosis uterina, otro	11	2.1
Metropatía hemorrágica, falla del Tx conservador	10	1.9
IVPH, leiomiomatosis, metropatía hemorrágica	8	1.5
Metropatía hemorrágica, otro diagnóstico	6	1.1
Metropatía hemorrágica, dismenorrea	5	0.9
Infección por el VPH	4	0.7
Falla en Tx cons, metropatía hem, leiomiomatosis y otro diagnóstico	4	0.7
Leiomiomatosis uterina, IVPH	3	0.6
Leiomiomatosis uterina, dismenorrea	3	0.6
IVPH y otro diagnóstico	3	0.6
Metropatía hemorrágica, enfermedad pélvica inflamatoria	2	0.4
Adeniosis, leiomiomatosis, metropatía hemorrágica	2	0.4
IVPH, leiomiomatosis, metropatía hemorrágica y otro diagnóstico	2	0.4
Dismenorrea y otro diagnóstico	2	0.4
Falla en Tx cons, metropatía hemorrágica y otro diagnóstico	2	0.4
Cáncer in situ	2	0.4
Ca Cu, leiomiomatosis, metropatía hemorrágica	1	0.2
Endometriosis, leiomiomatosis, metropatía hemorrágica	1	0.2
Endometriosis, IVPH, metropatía hemorrágica	1	0.2
IVPH, Enfermedad pélvica inflamatoria	1	0.2
Ca de endometrio, leiomiomatosis, metropatía hemorrágica	1	0.2
Leiomiomatosis uterina, falla del Tx conservador	1	0.2
Falla de Tx cons, Ca Cu, metropatía hemorrágica	1	0.2
Falla de Tx cons, dismenorrea, metropatía hemorrágica	1	0.2
Falla de Tx cons, dismenorrea, leiomiomatosis, metropatía hemorra	1	0.2
Falla de Tx cons, Adeniosis, leiomioma, metropatía hemorrágica	1	0.2
IVPH, metropatía hemorrágica y otro diagnóstico	1	0.2
IVPH, leiomiomatosis uterina y otro diagnóstico	1	0.2
Otro diagnóstico	21	3.9
Total	537	100.0

Fuente: elaboración propia con base en expedientes clínicos.

*IVHP Infección del virus del papiloma humano

**Cuadro
Cuadro Clínico. (Síntomas)**

	Número	%
Metropatía hemorrágica	224	41.7
Sx. doloroso abdominal, metropatía hemorrágica	142	26.4
Dismenorrea	43	8.0
Sx anémico, metropatía hemorrágica	28	5.2
Sx. Tumoración abdominal, metropatía hemorrágica	14	2.6
Sx Tumoración abdominal, Sx. doloroso abdominal	13	2.4
Sx. Tumoración abdominal, Sx doloroso abd, metropatía hemorr	11	2.0
Sx. Tumoración abdominal	8	1.5
Sx anémico, Sx doloroso abdominal, metropatía hemorrágica	7	1.3
Metropatía hemorrágica y otro diagnóstico	7	1.3
Sx. anémico, Sx doloroso abdominal, metropatía hemorrágica	4	0.7
Sx doloroso abdominal y otro diagnóstico	3	0.6
Todas las anteriores	3	0.6
Sx de tumoración abdominal y otro diagnóstico	2	0.4
Sx. anémico, Sx doloroso abdominal	1	0.2
Sx. anémico, Sx tumoración abdominal	1	0.2
Sx. Anémico, Sx de tumoración abdominal, Sx doloroso abdomi	1	0.2
Otro diagnóstico	25	4.7
Total	537	100.0

Fuente: elaboración propia con base en expedientes clínicos.

Cuadro Resultados histopatológicos

	Número	%
Ausente	507	94.4
Leiomiomatosis uterina	11	2.0
Adenomiosis	4	0.7
Leiomiomatosis y otro diagnóstico	3	0.6
Cáncer in situ y VPH	2	0.4
Adenomiosis y otro diagnóstico	2	0.4
IVPH y otro diagnóstico	2	0.4
Ca Cu, adenomiosis	1	0.2
Ca Cu, leiomiomatosis.	1	0.2
Infección por el VPH	1	0.2
IVPH, leiomiomatosis, adenomiosis	1	0.2
Ca de endometrio, leiomiomatosis y otro diagnóstico	1	0.2
Otro diagnóstico	1	0.2
Total	537	100.0

Fuente: elaboración propia con base en expedientes clínicos.

Cuadro Resultados del papanicolau

	Número	%
Negativo a cáncer	300	55.9
Negativo con proceso inflamatorio	107	19.9
No especificado	88	16.4
Imagen de VPH	18	3.4
Displasia grave (nic 3)	11	2.0
Cáncer in situ	5	0.9
Displasia leve (nic 1)	4	0.7
Tricomonas	1	0.2
Bacterias	1	0.2
Hongos	1	0.2
IVPH, displasia grave (nic 3)	1	0.2
Total	537	100.0

Fuente: elaboración propia con base en expedientes clínicos.

Cuadro Resultado del ultrasonido

	Número	%
Miomatosis uterina	391	72.8
Miomatosis uterina y otro diagnóstico	43	8.0
Útero normal	10	1.9
Hiperplasia endometrial, miomatosis uterina	9	1.7
Adenomiosis, hiperplasia endometrial	8	1.5
Útero normal y otro diagnóstico	4	0.7
Adenomiosis	3	0.6
Hiperplasia endometrial	1	0.2
Adenomiosis, hiperplasia endometrial, Miomatosis uterina	1	0.2
Hiperplasia endometrial, miomatosis uterina y otro diagnóstico	1	0.2
Ausente	58	10.8
Otro diagnóstico	8	1.5
Total	537	100.0

Fuente: elaboración propia con base en expedientes clínicos.

Cuadro Cirugía realizada

	Número	%
Histerectomía total abdominal	324	60.3
Histerectomía total abdominal y salpingoforectomía uni o bilateral	134	25.0
Histerectomía total abdominal y ooforectomía uni o bilateral	39	7.3
Histerectomía total abdominal y otra cirugía	34	6.3
Histerectomía total abdominal y salpingectomía uni o bilateral	4	0.7
Histerectomía total y salpingooforectomía uni o bi y otra cirugía	1	0.2
Histerectomía y ooforectomía uni o bi y otra cirugía	1	0.2
Total	537	100.0

Fuente: elaboración propia con base en expedientes clínicos.

Cuadro
Cuadro Clínico. (Síntomas)

	Número	%
Metropatía hemorrágica	224	41.7
Sx. doloroso abdominal, metropatía hemorrágica	142	26.4
Dismenorrea	43	8.0
Sx anémico, metropatía hemorrágica	28	5.2
Sx. Tumoración abdominal, metropatía hemorrágica	14	2.6
Sx Tumoración abdominal, Sx. doloroso abdominal	13	2.4
Sx. Tumoración abdominal, Sx doloroso abd, metropatía hemorr	11	2.0
Sx. Tumoración abdominal	8	1.5
Sx anémico, Sx doloroso abdominal, metropatía hemorrágica	7	1.3
Metropatía hemorrágica y otro diagnóstico	7	1.3
Sx. anémico, Sx doloroso abdominal, metropatía hemorrágica	4	0.7
Sx doloroso abdominal y otro diagnóstico	3	0.6
Todas las anteriores	3	0.6
Sx de tumoración abdominal y otro diagnóstico	2	0.4
Sx. anémico, Sx doloroso abdominal	1	0.2
Sx. anémico, Sx tumoración abdominal	1	0.2
Sx. Anémico, Sx de tumoración abdominal, Sx doloroso abdomi	1	0.2
Otro diagnóstico	25	4.7
Total	537	100.0

Fuente: elaboración propia con base en expedientes clínicos.