



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**EFICACIA DE LA HISTEROSCOPIA DE LA HISTEROSCOPIA  
COMO ESTUDIO DE PRIMERA ELECCION EN EL DIAGNOSTICO  
DE SANGRADO UTERINO ANORMAL**

PRESENTACION DE TESIS PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN  
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

PRESENTA: **YESSENIA RAMIREZ PONCE**

ASESOR: **MARIA CRISTINA JUAREZ CABRERA** MEDICO ADSCRITO AL SERVICIO  
DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL CENTRAL NORTE DE  
PETROLEOS MEXICANOS

MEXICO DF A 28 DE FEBRERO DE 2014.



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

# TESIS

**EFICACIA DE LA HISTEROSCOPIA DE LA  
HISTEROSCOPIA COMO ESTUDIO DE PRIMERA  
ELECCION EN EL DIAGNOSTICO DE SANGRADO  
UTERINO ANORMAL**

## INDICE

• Resumen.....	5
• Antecedentes .....	6
• Definición.....	9
• Planteamiento del problema ,Justificación e Hipótesis.....	13
• Objetivos.....	14
• Universo de trabajo.....	16
• Consideraciones éticas.....	17
• Resultados.....	18
• Conclusiones .....	22
• Discusión .....	23
• Referencias .....	24

## RESÚMEN

El sangrado uterino anormal es la segunda causa de consulta ginecológica el diagnóstico certero de su etiología para su tratamiento adecuado es indispensable en la práctica médica.

Se estima que alrededor de 10 millones de mujeres en México sufren de hemorragia uterina y anualmente solo 6 millones de estas buscan atención. La etiología de esta patología es múltiple sin embargo la presencia de alteraciones estructurales intracavitarias (pólipos, miomas, hiperplasia) representa un alto porcentaje.

El ultrasonido transvaginal ha sido el estudio de primera elección en el diagnóstico de la hemorragia uterina anormal, teniendo una sensibilidad y especificidad general del 89 y 56% respectivamente, sin embargo en lo que se refiere a patología intracavitaria esta decrece hasta el 26-57% de sensibilidad y especificidad de 33-69%

Otros exámenes tradicionalmente utilizados para el estudio del sangrado uterino anormal son la histerosonografía, la resonancia magnética, la biopsia endometrial y el legrado uterino instrumental.

En la actualidad la histeroscopia de consultorio está tomando auge en el diagnóstico y tratamiento de esta patología la intención de este estudio es comparar su utilidad como herramienta de primera intención, que tenga efectos en el costo así como en la prontitud del tratamiento.

## ANTECEDENTES

### HISTORIA

El interés de visualizar el interior humano se remonta a épocas antiguas en la excavaciones de Pompeya se encontraron espejuelos de más de 2000 años de antigüedad. Aunque es Hipócrates (460-375 a.C) el primero en describir un espejuelo rectal, es Abulcasis (936-1013) es el primero en introducir un tubo en la vagina, y estudiar el cuello uterino. El avance hacia la cavidad uterina se debe a Philpp Bozzini que en 1805 describió que con un tubo recto por el cual transmitía luz para observar el interior de las cavidades sin embargo es Désormeaux quien desarrolla el primer cistoscopio logrando examinar la uretra masculina y postula la probabilidad de realizar el mismo examen en la cavidad uterina.

Fue hasta 1869 que Pantaleoni, utilizó un tubo metálico de 12 mm de diámetro que introdujo en la cavidad uterina sobre la base de un sistema de espejos transmitió la luz de una vela, lo que permitió observar una estructura pólipos a en una paciente posmenopáusia con hemorragias y quemarla con nitrato de plata siendo la primera histeroscopia documentada de la historia. Es en 1925 que Rubin informó la utilización de dióxido de carbono como gas para la distensión del útero pero por motivos técnicos abandonó ese método muy pronto. Dos años más tarde, Mikuliez-Radecki y Freund crearon el primer histeroscopio de "flujo doble". Para 1928 Gauss publicó las primeras imágenes histeroscópicas.

Carl Schroeder llevó a cabo la primera medición de la presión uterina y pudo demostrar que el despliegue de la cavidad uterina comenzaba con una presión de 25 -30 mm/Hg. Si la presión intracavitaria se elevaba a más de 55 mm/Hg, la solución fluía libre a través de las trompas hacia la cavidad abdominal. La endoscopia uterina moderna se inició con Norment quien, en 1943 aplicó una vaina exterior para poder deslizar la óptica en su interior. Fourestier (1952) aplicó la transmisión de luz por cuarzo e introdujo la "luz fría". Marleschki introdujo definitivamente la histeroscopia de contacto en 1956, inventando un aparato de 4 mm, con una fuente de luz proximal y lentes de 10 y 20 aumentos, sin dilatar el canal cervical y con una insuflación mínima de CO<sub>2</sub>.

La Histeroscopia da un gran avance mundial en 1980 con la introducción de los equipos de 4ta generación diseñados por el francés J. Hamou y fabricados en Alemania por STORZ.

## ANTECEDENTES

El sangrado uterino anormal es un problema de salud pública sólo superado en prevalencia por la secreción vaginal anormal como motivo de consulta médica. Se estima que afecta a por lo menos 20 a 30% de las mujeres, ocasiona 20% de las consultas ginecológicas y 25 a 50% de las cirugías ginecológicas totales. El 100% de las ablaciones endometriales se realizan en pacientes con sangrado uterino anormal como síntoma, según diferentes estudios. Además, se describe que entre 9 y 30% de las mujeres en edad reproductiva tendrá irregularidades menstruales que ameritarán evaluación médica en algún momento de su vida.

En Estados Unidos, según publicaciones del 2001, se reportan más de 10 millones de consultas por sangrado uterino anormal y se realizan, al menos, 500,000 histerectomías anuales con un costo superior a 2,000 millones de dólares; sin embargo, muchas de esas histerectomías pudieron evitarse con tratamientos menos radicales posteriores a un algoritmo diagnóstico adecuado que implique la histeroscopia más la biopsia endometrial como el patrón de referencia del diagnóstico para decisión terapéutica.

En México, con base en datos del INEGI y por proyecciones del CONAPO, se estimó que la población mexicana llegaría a 107.5 millones de habitantes para finales del año 2008 con un crecimiento poblacional de 0.82% respecto de 2007 de los que más de 54 millones son mujeres. El Sistema Automatizado de Egresos Hospitalarios de la Secretaría de Salud (SAEH) en el año 2006 reportó el registro de 24,636 histerectomías y para el año 2007 reportó 25,292 pacientes a quienes se efectuó ese procedimiento.

En cuanto a la prevalencia de sangrado uterino anormal se carece de estudios epidemiológicos extensos locales; con base en las prevalencias reportadas por otros países estamos frente a más de 10 millones de mujeres que potencialmente podrían ser afectadas por episodios de sangrado uterino anormal; sin embargo, no todas tendrán acceso a servicios de salud y si lo tienen éste quizá no podrá resolver su problema de salud de manera eficaz y oportuna.

Este, es un motivo más que válido y poderoso para que el médico ginecoobstetra esté familiarizado con la patología, adopte adecuados protocolos de diagnóstico y tratamiento; sobre todo, haga una concienzuda evaluación de costo-beneficio y costo-efectividad de sus intervenciones. Los costos que resultan del tratamiento de este síntoma no se limitan a los costos directos de las cuentas por las consultas, estudios diagnósticos, hospitalizaciones o cirugías sino a los costos indirectos representados por la pérdida de productividad laboral.<sup>4</sup> En Estados Unidos se estima una pérdida anual de 1,692 dólares por mujer relacionados con pérdida de productividad laboral secundaria a sangrado uterino anormal.

El sangrado uterino anormal también tiene repercusiones en la actividad diaria, afecta la calidad de vida de la mujer aunque se encuentre bien en todos los otros aspectos, causa ansiedad, lleva a anemia por déficit de hierro y a un estado de fatiga que afecta su desempeño en el entorno laboral, estudiantil o familiar. Pueden padecerlo las adolescentes, mujeres en edad reproductiva y también en la peri y postmenopausia.

El sangrado uterino anormal es un síntoma que puede ser secundario a una variedad de patologías subyacentes; por ello es útil conocer las patologías más frecuentes según la edad de la paciente y el espectro de patologías que pueden expresarse con este síntoma.

- Premenarquia: traumatismos, lesiones malignas y abuso sexual.
- Adolescencia: anovulación, embarazo y coagulopatías.
- Edad fértil: embarazo y la patología relacionada con éste, iatrogénica medicamentosa, enfermedades sistémicas, patología uterina, lesión traumática y sangrado disfuncional como diagnóstico de exclusión.
- Perimenopausia: patología uterina y sangrado uterino disfuncional.
- Postmenopausia: atrofia endometrial, hiperplasia endometrial, cáncer endometrial y patología uterina.

Por esto, el médico ginecoobstetra debe adoptar un adecuado protocolo de diagnóstico y tratamiento que, por supuesto, debe partir de una detallada historia clínica con un examen físico general, abdominal y pélvico porque la información obtenida se integrará y correlacionará con las pruebas diagnósticas.

En la actualidad, la histeroscopia de consultorio ha demostrado ser el método más exacto y confiable para el diagnóstico y detección de patología intrauterina, por eso se ha constituido en una herramienta de ayuda para tomar decisiones terapéuticas y quirúrgicas. Desde 1869, cuando Panteleoni realizó con éxito la primera histeroscopia quirúrgica de un pólipo endometrial que cauterizó con nitrato de plata, la histeroscopia ha evolucionado con la integración de nuevos conocimientos y tecnologías, como fuentes de luz fría, histeroscopios amigables con diámetros inferiores a 5 mm que hacen posible realizar el procedimiento histeroscópico en el consultorio sin mayores molestias para la paciente, desarrollo de instrumental como pinzas y tijeras histeroscópicas, dispositivos de energía bipolar y manejo adecuado de medios de distensión.

Además, la adopción de la técnica “no touch” para la histeroscopia de consultorio evita la colocación del espéculo; el pinzamiento cervical hace que sea tolerable el procedimiento y, además, brinda la oportunidad de evaluar el canal vaginal.

La histeroscopia debe ser parte del adiestramiento del médico ginecoobstetra y de sus habilidades y competencias para ser utilizada oportuna y apropiadamente. Imaginemos la repercusión positiva que esto podría tener en la economía mexicana y en el bienestar de nuestras mujeres y su entorno familiar. Este trabajo destaca la importancia que la histeroscopia de consultorio cumple en este cometido y porque su utilización se justifica con base en su exactitud y sensibilidad diagnóstica.

La histeroscopia de consultorio es un método diagnóstico- terapéutico que con la continua innovación y evolución de los equipos permite la visión directa de la cavidad uterina en tiempo real. El uso de esta herramienta tiene un alto beneficio en aspectos de costo efectividad y costobeneficio; su utilización asociada con biopsia endometrial se constituye en el patrón de referencia para la detección de patología en la cavidad uterina de pacientes que acuden por sangrado uterino anormal.

## **DEFINICIÓN**

La histeroscopia es la inspección endoscópica de la cavidad uterina y canal cervical mediante instrumentos ópticos especialmente diseñados. Se asocia con altos valores de sensibilidad y especificidad en el diagnóstico y con altas probabilidades de éxito en el tratamiento de diversas patológicas endometriales e intrauterinas. Se llama diagnostica cuando se utiliza instrumental de calibre delgado que solo permite el paso del lente para visualizar la cavidad endometrial y operatoria mediante el uso de una camisa de mayor calibre para introducir instrumentos para llevar a cabo procedimientos quirúrgicos. Es de "Consultorio" cuando se realiza de forma ambulatoria, pudiendo llevar a cabo procedimientos sin anestesia.

## **INDICACIONES**

La histeroscopia es el único método diagnóstico que nos permite visualizar de forma directa el interior de la cavidad uterina y del canal cervical. Cualquier patología o alteración que afecte de manera directa ó indirecta estas estructuras será una indicación para esta técnica diagnóstica.

Actualmente las indicaciones para histeroscopia incluyen las siguientes:

1. Sangrado uterino anormal premenopáusico y postmenopáusico.
2. Diagnóstico de miomas submucosos y pólipos endometriales.
3. Localización y extracción de dispositivos intrauterinos mal colocados ó con hilos no visibles al examen ginecológico.
4. Evaluación de pacientes infértiles con histerosalpingografía anormal.
5. Diagnóstico de adherencias intrauterinas.
6. Diagnóstico de útero septado.
7. Canulación tubárica en caso de obstrucción cornual de las trompas de Falopio.
8. Exploración del canal endocervical y de la cavidad uterina en pacientes con pérdidas repetidas del embarazo.

En un estudio de Towbin y colaboradores,<sup>6</sup> comparando la histeroscopia con la ultrasonografía transvaginal en pacientes con sangrado uterino anormal, ellos concluyeron que la histeroscopia tiene una sensibilidad de 79% y una especificidad de 93% en diagnosticar trastornos patológicos intracavitarios, mientras que la ultrasonografía transvaginal era sólo 54% sensible y 90% específica.

Es reconocida por muchos autores la gran utilidad de la histeroscopia en el diagnóstico de pólipos endometriales y, ahora con el advenimiento de un canal operatorio en el histeroscopia, su extracción muchas veces se realiza en el consultorio sin mayores dificultades.

## **CONTRAINDICACIONES**

En realidad las contraindicaciones son pocas. Estas incluyen:

1. Embarazo.
2. Infección cervical ó uterina reciente ó existente.
3. Sangrado uterino profuso.
4. Malignidad cervical conocida.

## **CARACTERÍSTICAS DEL EQUIPAMIENTO Y MEDIOS DE DISTENSION**

Para la realización de la histeroscopia de consultorio es necesario contar con equipamiento especializado y con personal adiestrado en el manejo de los equipos y la técnica de realización del mismo. Así como el área física con adaptación adecuada en donde deberá contar con mesa de exploración ginecológica, toma de oxígeno, torre de histeroscopia con equipo de video (monitor), generador de fuente de luz, insuflador o bomba de irrigación de flujo continuo. En disposición tal que permita la adecuada visualización del cirujano.

**-HISTEROSCOPIO Y FUENTE DE LUZ:** Se requiere el contar con lente histeroscópico flexible o rígido, con diámetros de 3 a 5 milímetros, y angulación del lente de 12-30°. (5), la fuente de luz debe ser compatible con el histeroscopia para obtener la visualización correcta

**-MEDIOS DE DISTENSION:** Dado el avance de la electrocirugía, así como la disminución en las complicaciones es preferible utilizar soluciones cristaloides isotónicas como medio de distensión (solución Ringer lactato o fisiológica) la cuales deberán ser administradas de preferencia por bomba de irrigación para controlar el flujo y la presión administrados, de acuerdo a las guías de la AAGL con un déficit máximo de 2500 mililitros.

**-INSTRUMENTAL:** para el adecuado diagnóstico y manejo de la paciente sometida a histeroscopia es necesario contar con instrumental especializado como pinzas para toma de biopsia , tijera e instrumentos bipolares para corte por energía (Versapoint).

## **MATERIAL Y EQUIPO**

Histeroscopio flexible marca Olympus de 3 mm.

Histeroscopio rígido marca Olympus de 5 mm.

Fuente de luz de halógeno

Endocámara

Solución fisiológica

Bomba de irrigación marca Olympus

Analgésico no esteroideo dos horas previas a procedimiento

Consentimiento informado para realización de procedimiento

Mesa de exploración ginecológica

## **TÉCNICA:**

-Revisión y preparación de equipo

-Revisión ginecológica previa(en consulta) que descarté patología ginecológica mayor y valore condiciones cervicales.

-Premedicación con ibuprofeno 800 miligramos 30 minutos antes del procedimiento

-En su caso aplicación de misoprostol 200 microgramos intravaginal la noche previa al estudio.

-En la sala de histeroscopia colocar a la paciente en posición ginecológica

-Por medio de vaginoscopia se introduce histeroscopio rígido o flexible, se localiza orificio cervical externo, se inicia dilatación a través de hidrodistensión, se realiza exploración de canal endocervical, de ser requerido toma de biopsia de la zona, se llega hasta la cavidad uterina, se mantiene distensión de la misma con presión promedio de 100 mm/Hg, se realiza exploración anatómica, toma de biopsia, o terapéutica de ser posible, extracción de histeroscopio, se da por terminado procedimiento.

-Duración promedio de procedimiento 8-15 minutos.

## COMPLICACIONES

Las complicaciones en histeroscopia son eventos relativamente raros y afortunadamente evitables. Ocurren más frecuentemente con la histeroscopia operatoria y son menos frecuentes con histeroscopios flexibles. A continuación se expone algunas de las complicaciones halladas en histeroscopia diagnóstica:

1. Reflejo vagal (hipotensión, bradicardia, arritmias) debido a una dilatación forzada del cérvix.
2. Lesiones traumáticas: laceraciones cervicales, perforación, rotura tubárica.
3. Infección pélvica, por arrastre de gérmenes al interior de la cavidad.

Complicaciones derivadas de los medios de distensión:

1. Embolismo pulmonar y edema agudo de pulmón, por intravasación ó paso del medio de distensión a la circulación general.

Actualmente, estas complicaciones son cada vez menos frecuentes, debido a los grandes avances tecnológicos que nos permiten las cámaras de video digitales y el uso de aparatos electrónicos que controlan precisamente los volúmenes de flujo perfundidos del medio de distensión, así como la presión intrauterina. Por otra parte, los histeroscopios diagnósticos son de un calibre tan pequeño que en la mayoría de los casos no se necesita dilatación cervical ni manipular tanto el cerviz. Con entrenamiento adecuado, experiencia, tecnología apropiada y una buena selección de las pacientes, las complicaciones en histeroscopia diagnóstica no tienen por qué ocurrir.

## **II.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

¿Tendrá eficacia el uso de la Histeroscopia como estudio de primera elección en el diagnóstico de pacientes con sangrado uterino anormal en paciente derechohabientes de los servicio Médicos de Petróleos Mexicanos?

## **III.- JUSTIFICACIÓN:**

- Académica:

Obtener el título en la Especialidad de Ginecología y Obstetricia.

- Científica:

Siendo el sangrado uterino anormal una de las causas más frecuentes de consulta Ginecológica es importante encontrar un estudio con más sensibilidad y especificidad que los estudios realizados normalmente, pero que al mismo tiempo seria diagnostico y terapéutico como lo es la Histeroscopia de consultorio como es el caso de resección de pólipos o bien con toma de biopsia dirigida para descartar patología endometrial, ambas causas dentro de las más frecuentes causantes de sangrado uterino anormal.

- Económica

De demostrarse la eficacia de la histeroscopia como estudio de primera elección en pacientes con sangrado uterino anormal, se ahorraría a la paciente tiempo de espera en el diagnostico, en algunos casos se ofrecería no solo diagnostico sino al mismo tiempo tratamiento, todo esto conllevaría a disminución de costos evitando realización de ultrasonido, histerosonografias, biopsias, legrados.

## **IV.- HIPÓTESIS:**

La histeroscopia es el estudio de primera elección en las pacientes con sangrado uterino anormal, por su eficacia, ya que es altamente sensible y específica para el diagnostico de las causas más frecuentes de este. Siendo en algunas de estas no solo diagnostica sino también terapéutica.

## **V.- OBJETIVOS:**

### *GENERALES:*

- Demostrar la eficacia de la histeroscopia en el diagnóstico de sangrado uterino anormal, así como el mayor beneficio que tendría la realización de esta, por ser no solo diagnóstica sino terapéutica.

### *ESPECÍFICOS:*

- Demostrar que la histeroscopia en el estudio de primera elección en todas las paciente con sangrado uterino anormal por grupos de edad
- Identificar si a paciente con sangrado uterino anormal acude por primero vez o fue atendida previamente por misma causa.
- Analizar que la histeroscopia con biopsia dirigida tiene mayor sensibilidad y especificidad en el diagnóstico de hiperplasia endometrial en pacientes con factores de riesgo para patología endometrial.
- Observar la utilidad terapéutica de la histeroscopia en paciente con sangrado uterino anormal ya sea las que lo presentan por primera vez o segunda vez.
- Analizar que la histeroscopia es un estudio que de realizarse siempre como primera elección en todas las paciente que presentan sangrado uterino anormal ahorra tiempo y costos a la paciente y empresa.

## VI.-MÉTODOS:

### Variables utilizadas

VARIABLE	DEFINICIÓN TEÓRICA	DEFINICIÓN OPERACIONAL	NIVEL DE MEDICIÓN	INDICADORES
<b>Grupo de edad</b>	Tiempo que una persona ha vivido desde que nació.	Años de vida que presenta el paciente.	Cuantitativo  Discreta	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 25-34 años</li> <li>2. 34-44 años</li> <li>3. 45-54 años</li> <li>4. 55-65 años</li> </ol>
<b>Diagnóstico de SUA</b>	Alteración del patrón menstrual de más de 6 meses de evolución.	Tiempo de alteraciones del patrón menstrual	Cualitativo	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 1 1° vez que presenta el SUA.</li> <li>2. 1 2° o más que presenta el sangrado</li> </ol>
<b>Hallazgos</b>	Observaciones macroscópicas bajo visión Histeroscópica.	Alteraciones intracavitarias que presentan las paciente causantes se SUA.	Cualitativo	<ol style="list-style-type: none"> <li>A. .Pólipos</li> <li>B. Hiperplasia Endometrial</li> <li>C. Miomas submucosos</li> <li>D. Atrofia endometrial</li> <li>E. Otras</li> <li>F. Norma</li> <li>G. Fallida</li> </ol>
<b>Tiempo de recuperación</b>	Tiempo que la paciente es regresa a sus actividades cotidianas.	Tiempo que la paciente es dada de alta del servicio.	Cuantitativo	<ol style="list-style-type: none"> <li>a. Inmediato</li> <li>b. 7 días</li> <li>c. 30 días</li> </ol>
<b>Diagnóstica y Terapéutico</b>	Sólo visualización de la cavidad endometrial.  Lleva a cabo procedimientos quirúrgicos.	Paciente en donde solo se observo la cavidad endometrial.  Pacientes en las que se realizo algún	Cualitativo	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 1.1 Diagnóstica</li> <li>2. 1.2 Terapéutica</li> </ol>

		procedimeinto quirúrgico.		
<b>Ultrasonido Normal</b> <b>Ultrasonido alterado</b>	Sin alteraciones Con alteraciones	Paciente con ultrasonido reportado como normal pero con SUA.  Paciente con ultrasonido reportado como anormal mas SUA.	Cualitativo	I. Ultrasonido Normal  II. Ultrasonido Anormal

### UNIVERSO DE TRABAJO

- Pacientes derechohabientes de los Servicios Médicos de Petróleos Mexicanos que presentan SUA en Hospital Central Norte y Hospital Central Sur de Alta Especialidad.

### CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Pacientes derechohabientes de los Servicios Médicos de Petróleos Mexicanos que presentan SUA por primera vez o recidivante.
- Pacientes derechohabientes de los Servicios Médicos de Petróleos Mexicanos que presentan SUA de entre 25 y 65 años de edad.
- Pacientes derechohabientes de los Servicios Médicos de Petróleos Mexicanos que presentan sangrado posmenopáusico.
- Pacientes derechohabientes de los Servicios Médicos de Petróleos Mexicanos que presentan SUA y alteraciones ultrasonograficas.

### CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Pacientes derechohabientes de los Servicios Médicos de Petróleos Mexicanos que presentan SUA con condiciones cervicales no aptas para estudio ambulatorio.
- Pacientes derechohabientes de los Servicios Médicos de Petróleos Mexicanos que presentan SUA que no toleraron el procedimiento sin anestesia.

## **DISEÑO CUASI EXPERIMENTAL:**

Investigación clínica

## **INDICAR EL TIPO DE ESTUDIO**

Es un estudio cuasi experimental, prospectivo, transversal y descriptivo

## **METODOLOGIA DE MEDICION**

- Medias, medianas y Razones.

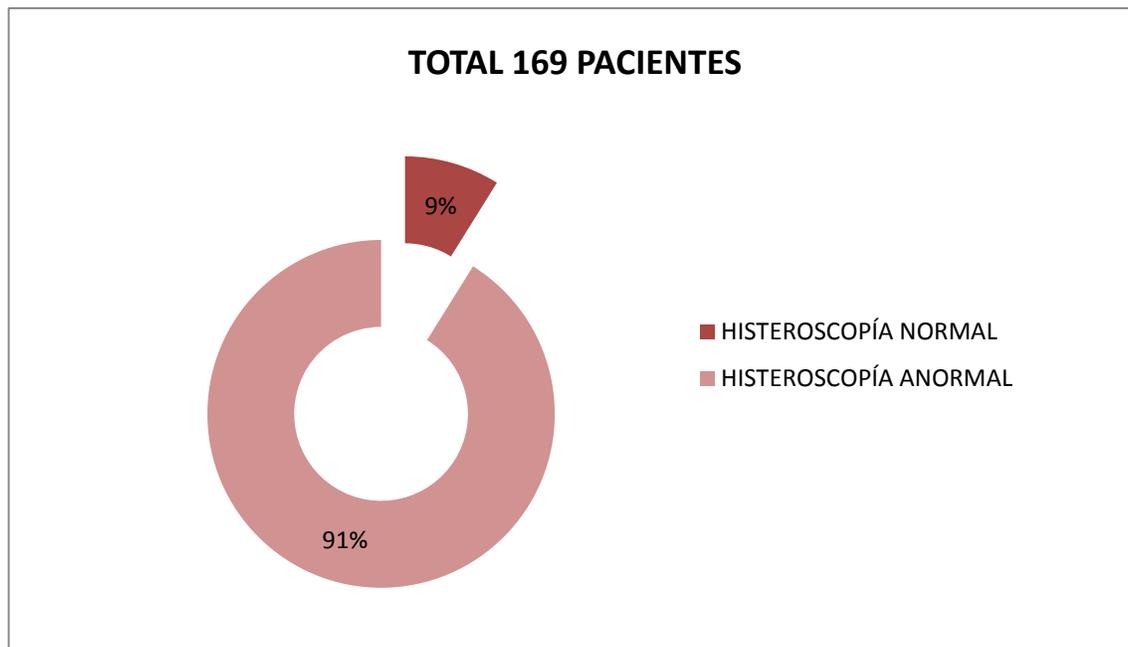
## **CONSIDERACIONES ÉTICAS**

- Todas las pacientes en quienes fue realizada la Histeroscopia firmaron un consentimiento informado en donde se explicaron los beneficios y posibles complicaciones del procedimiento.
- En paciente en las que las condiciones cervicales no eran propicias para realización de la histeroscopia, esta no fue realizada.
- No se realizó ningún procedimiento en aquellas paciente con sospecha de infección pélvica activa.

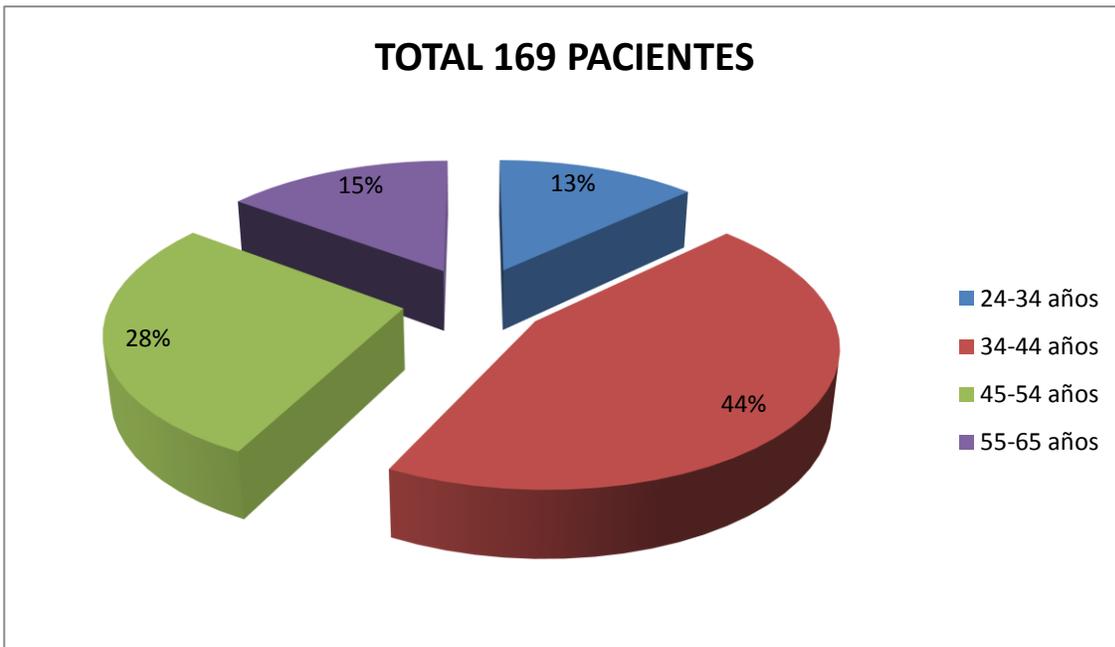
## RESULTADOS

Durante el periodo comprendido de Noviembre de 2012 a Agosto de 2013. Se sometieron al procedimiento un total de 169 pacientes con diagnóstico de sangrado uterino anormal en el hospital Central Sur de alta especialidad y Hospital Central Norte de Petróleos Mexicanos obteniendo los siguientes resultados:

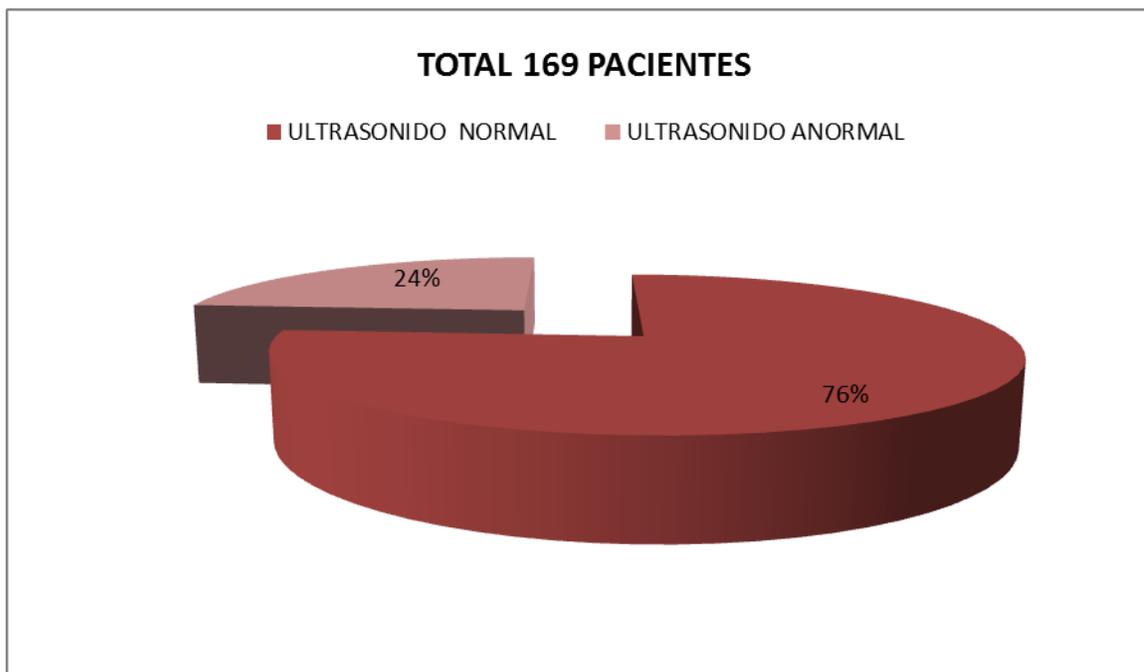
- El 8.8 % (15 paciente) de estudios realizados se encontraron normales.
- 91.2 % ( 154 pacientes) de las histeroscopia realizadas tuvieron alteraciones



La edad comprendida fue entre los 34 y los 65 años, con una media de 48 años, se encontró alteraciones en el 91.2 % de los casos de acuerdo a la clasificación de hemorragia uterina anormal de la FIGO PALM COEIN.



El 76 % de nuestras paciente con Sangrado uterino anormal secundario a patología intracavitaria contaban con reporte de Ultrasonido normal.



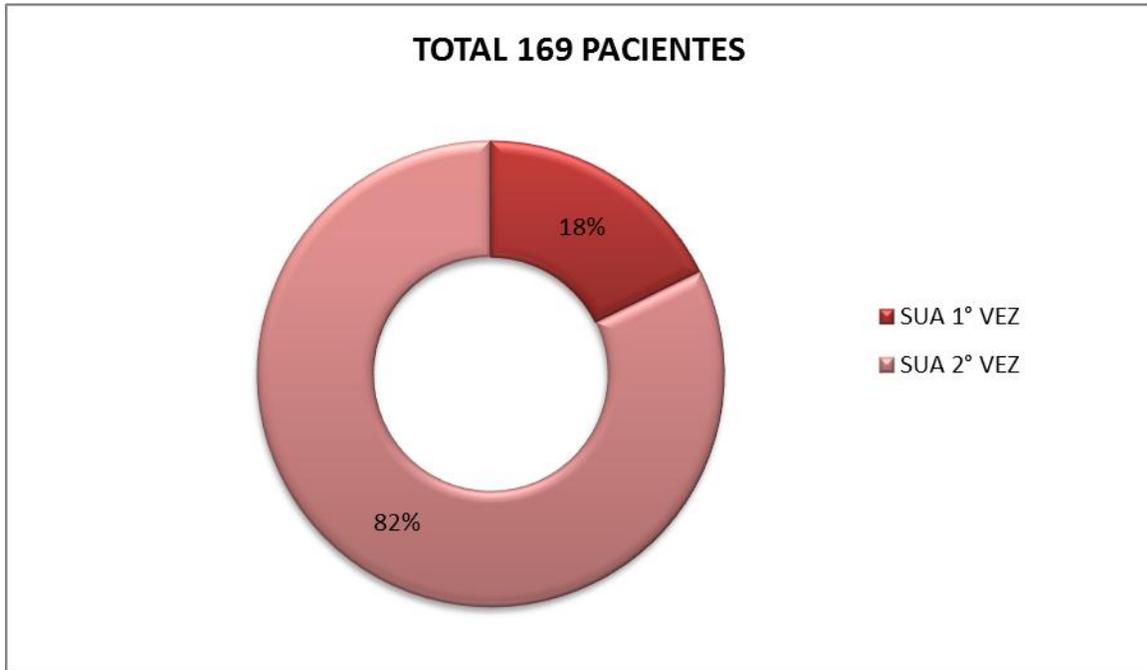
El tiempo de recuperación y alta de la paciente de nuestro servicio promedio fue inmediato en 65 de nuestras paciente, de 7 días para 48 pacientes y de un máximo de 30 días en 56 pacientes.



La Histeroscopia fue diagnóstica en un 60.3% correspondiente a 102 pacientes y diagnóstica -- terapéutica en 39.6% correspondiente a 67 paciente.

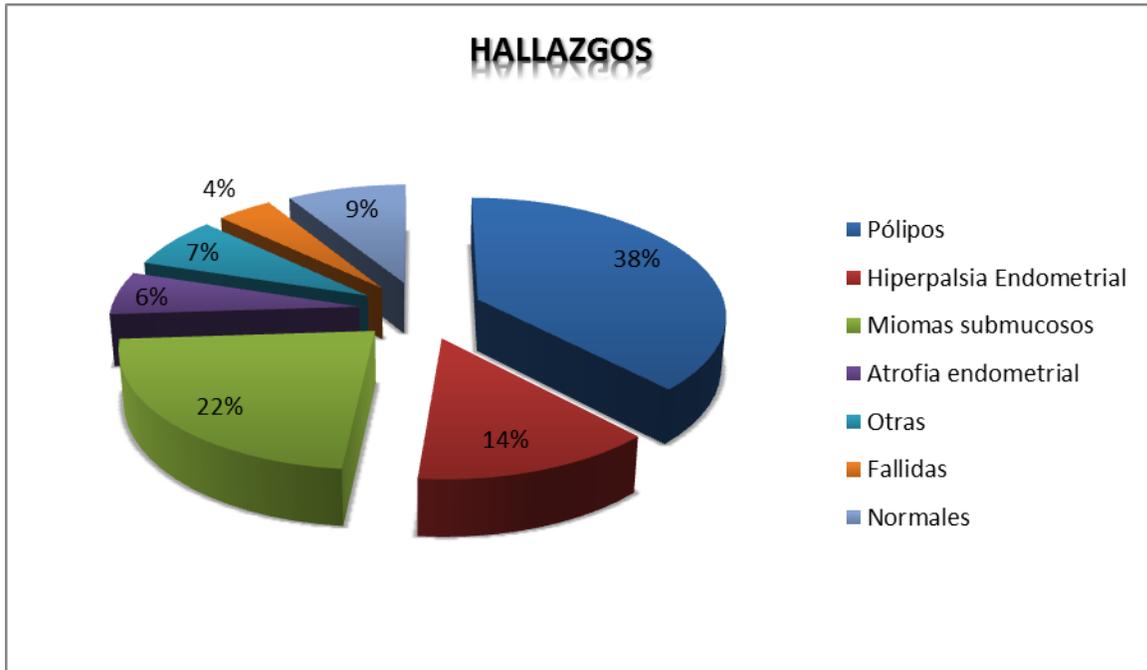


El 82.2% de las pacientes presentaba sangrado uterino anormal por segunda o más ocasiones y con tratamientos previos sin respuesta optima a este o bien sin un diagnóstico preciso.



Las alteraciones encontradas fueron:

1. Pólipos endometriales 37.8 % correspondiente a 64 pacientes
2. Hiperplasia endometrial sin y con atipias 13.6 % correspondiente a 23 paciente
3. Miomas submucosos 22.4 % correspondiente a 38 pacientes
4. Atrofia endometrial 5.9 % correspondiente a 10 paciente
5. Otras alteraciones 7.1 % correspondiente a 12 pacientes
6. Normales 8.8 % correspondiente a 15 pacientes
7. Fallidas 4.1 % correspondiente a 7 paciente



No se presentaron complicaciones mayores durante el estudio, de las complicaciones menores solo se presentó dolor tolerable en 35 pacientes correspondiente al 20.7 %.

#### CONCLUSIONES

- La Histeroscopia de consultorio es una herramienta útil, sensible, eficaz, bien tolerada, con mínima morbilidad que puede ser considerada como **primera elección** en el manejo y estudio de la hemorragia uterina anormal.
- La Histeroscopia comparada con el ultrasonido tiene mayor sensibilidad y especificidad para diagnóstico de patologías causantes de sangrado uterino anormal **intracavitarias**.
- La Histeroscopia no solo es diagnostica sino también terapéutica, ahorrando a la paciente estudios complementarios o incluso intervención quirúrgica.
- Ninguna de las Biopsias tomadas se reportaron fallidas o insuficientes debido a que la histeroscopia ofrece la ventaja de toma de biopsia dirigida bajo visión directa.

## DISCUSION

En la actualidad, la histeroscopia es parte del procedimiento diagnóstico terapéutico de nuestras pacientes derechohabientes de los Servicios Médicos de salud de Petróleos Mexicanos.

El Sangrado uterino anormal constituye un porcentaje muy representativo de consulta en nuestros hospitales por lo cual adoptar la realización de primera elección de la histeroscopia ha ahorrado a la institución la utilización de recursos adicionales como ultrasonidos, legrado uterinos instrumentados, biopsias con cánula de novak, medicamentos, así mismo la paciente se ha beneficiado con optimización de tiempo en el diagnóstico de la patología causante del sangrado uterino anormal.

Existen diversas revisiones en donde se describe la utilización de histeroscopia diagnostica pero ningún a la propone la realización de esta como PRIMERA ELECCIÓN en todas las paciente son sangrado uterino anormal. De acuerdo al sistema de Clasificación PALM-COEIN de la FIGO como causas de sangrado uterino anormal, la mayoría de estas son patologías intracavitarias no detectadas por ultrasonido, estudio que se les solicita a todas nuestras pacientes en estudio de sangrado uterino anormal.

Además la Histeroscopia permite la eliminación de falsos negativos que ocurren cuando se recurre a la biopsia ciega como en el caso del uso de cánula de Novak.

## REFERENCIAS

- The FIGO systems for nomenclature and classification of causes of abnormal uterine bleeding in the reproductive years: who needs them. American Journal of Obstetrics and Gynecology. October 2012.
- Novak ER, Woodruff JD: Gynecologic and Obstetric Pathology, edition 10, Philadelphia, 2008, WB Saunders.
- Cirugía Endoscópica en Ginecología, Laparoscopia e Histeroscopia. Año 2011. Editorial Panamericana.
- Abnormal uterine bleeding and underlying hemostatic disorders: report of a consensus process, Malcolm G. Munro and Andrea S. Lukes. American Journal , Año 2011.
- Dilley A, Drews C, Lally C, Austin H, Barnhart E, Evatt B. A survey of gynecologists concerning menorrhagia: perceptions of bleeding disorders as a possible cause. J Womens Health Gender-Based Med , 2002.
- Alternatives to Hysterectomy in the Management of Leiomyomas, *Replaces Practice Bulletin* Clinical management guidelines for obstetrician–gynecologists Number 96, august 2008.
- Management of excessive menstrual bleeding in women with hemostatic disorders. Fertil Steril 2005; 84:1352–9. ©2005 by American Society for Reproductive Medicine.
- Bradley L. Abnormal uterine bleeding: a quick guide to evaluation and treatment. Protocol of Cleveland Clinic Foundation. 2. Alanís FJ, Zacarías CR, Aragón HJP. Sangrado uterino anormal (y el endocrinólogo). Rev Endocrinol Nutr 2005;13(1).
- Janet R, Alberts Hull S, Wesley R. Abnormal uterine bleeding [www.aafp.org/afp](http://www.aafp.org/afp) 2004
- Hvan Dongen, CD de Kroon, CE Jacobi, JB Trimbos, FW Jansen. Diagnostic hysteroscopy in abnormal uterine bleeding and systematic review and meta-analysis Best practice & Research clinical Obstetrics and Gynaecology on line at [www.sciencedirect.com](http://www.sciencedirect.com)
- Fender GR, Prentice A, Gorst T, et al. Randomised controlled trial of educational package of management of menorrhagia in primary care. BMJ 1999;318:1246-1250.
- Nadia C, Samuel T, Justin Clark. Future research into abnormal uterine bleeding. Best practice & Research clinical Obstetrics and Gynaecology 2007;21(6):1023-1040.

- Clark TJ, Bakour S, Gupta JK, et al. Evaluation of outpatient hysteroscopy and ultrasonography in the diagnosis of endometrial disease. *Obstet Gynecol* 2002;99: 1001-1007.
- Cote I, Jacobs P, Cumming D. Work lost associated with increased menstrual loss in the United States. *Obstet Gynecol* 2002;100:683-687.
- Pantaleoni DC. On endoscopic examination of the cavity of womb. *Medical Press Circular* 1869;8:26-27.
- Dukanovic S, Canic T. The value of hysteroscopy in perimenopausal women. *Acta Med Croatica* 2007;61(2):185- 190.
- Hill NC, Oppenheimer LW, Morton KE. The aetiology of vaginal bleeding in children. A 20 years review. *J Obstet Gynaecol* 1989;96:467-470.
- Shwayder JM. Pathophysiology of abnormal uterine bleeding. *Obstet and Gynaecol Clin North Am* 2000;27:219-234.
- Bettocchi S, Selvaggi L, Porreca M, Loverro G. The vaginoscopic techniques new approach to hysteroscopy. *J Am Assoc Gynecol Laparosc* 1995;2(Suppl):76.
- Bettocchi S, Selvaggi L. A vaginoscopic approach to reduce the pain of office hysteroscopy. *J Am Assoc Gynecol Laparosc* 1997;4:255-258.
- Saad GA, Salazar Lopez-Ortiz C, Lejtik-Alva AC, Quintero- Bernal PP, Dorantes J. Utilidad de la histeroscopia de consultorio. *Ginecol Obstet Méx* 2006;74(2):104-109.
- Angioni S, Loddo A, Milano F, Piras B, Minerba L, Melis GB. Detection of benign intracavitary lesions in postmenopausal women with abnormal uterine bleeding: a prospective comparative study on outpatient hysteroscopy and blind biopsy. *J Minim Invasive Gynecol* 2008;15(1):87-91.