

# EL BOLETÍN DE LA

Revista Oficial de la Asociación de Ginecología del Principado de Asturias



# AGIPA

VOLUMEN 2 Nº 2 JUNIO 2006

## SUMARIO

4	Carta del presidente
5	Información de la AGIPA
7	Punto de debate
9	Recuerdos de la Ginecología Asturiana
12	Reportaje
16	Puesta al día
29	Punto de encuentro ginecológico



SOCIEDAD ESPAÑOLA DE  
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA  
SEGO



AGIPA

# EL BOLETÍN DE LA

Revista Oficial de la Asociación de Ginecología del Principado de Asturias



# AGIPA



© 2006 Asociación de Ginecología del Principado de Asturias (AGIPA)

Coordinación, diseño, producción e impresión: Gesgráfica

Depósito legal: AS-3.302/06

Reservados todos los derechos. No se puede reproducir ninguna parte de esta publicación, ni almacenarla en cualquier sistema recuperable, ni transmitirla por ningún medio electrónico, mecánico, fotocopiado, en discos, ni por cualquier otra forma de transmisión de información, sin la previa autorización del titular del *copyright*.

## Junta directiva

### Presidente:

Pedro E. de la Fuente Ciruelas (Oviedo)

### Vicepresidente:

Santiago Pintado Vázquez (Avilés)

### Secretaria:

Ana Escudero Gomis (Oviedo)

### Tesorera:

M. Jesús Lázaro Álvarez (Oviedo)

### Vocales:

Carmen Díaz Díaz (Mieres)  
José Antonio Díaz Blanco (Jarrío)  
Rufino Méndez Arrojo (Avilés)  
Francisco Velasco Crespo (Langreo)

## SUMARIO

Carta del presidente 4

Información de la AGIPA 5

Punto de debate  
El aborto: otra vez 7

Recuerdos de la Ginecología Asturiana  
La Dra. Dña. Pilar Echevarría Labandera 9

Reportaje:  
El hospital de las Fuentes del Narcea 12

Puesta al día  
Evolución de la vía de abordaje de las histerectomías en el Principado de Asturias 16

Histerectomía subtotal:  
Indicaciones y técnica 24

Punto de encuentro ginecológico 29

### Querido socio/a:



Es una gran satisfacción para la Junta Directiva de la AGIPA, poder dirigirnos a ti desde estas líneas, puesto que uno de los retos que nos habíamos propuesto, era precisamente la publicación del Boletín de la AGIPA, ya que nos parece que la asociación debe disponer de un medio de expresión y de intercomunicación entre los socios y este Boletín en formato papel puede cumplir este

cometido, aunque también estamos estudiando la posibilidad de elaborar un Boletín en formato electrónico y crear una página Web de la AGIPA que iría más acorde con los tiempos actuales y permitiría una mayor eficacia para el cumplimiento de los objetivos de nuestra Asociación.

Está claro que para conseguir poner en marcha estos proyectos, debemos superar una serie de dificultades relacionadas con la financiación y con la dedicación extra que debemos realizar los miembros de la Junta Directiva y los socios colaboradores del Boletín.

También quiero hacer un llamamiento a todos vosotros para que colaboréis con la Asociación, ya que después de la publicación del primer número, apenas hemos recibido sugerencias, colaboraciones, o críticas por parte de los Asociados, y nos cuesta creer por ejemplo que entre los ginecólogos jubilados asturianos, no haya ninguno que tenga necesidad de comunicar algo a los más jóvenes aprovechando su experiencia, o que algunos jóvenes no tengan ninguna necesidad de comunicar sus problemas profesionales y laboral. Desde estas páginas, os animo a que participéis.

Por otra parte, estamos logrando nuestro objetivo de promover reuniones trimestrales que se han celebrado con gran éxito de asistencia y participación. En el último trimestre de 2005 se trató sobre "Aspectos Jurídicos en el ejercicio de la Obstetricia y Ginecología" a cargo de D. Javier Álvarez, abogado del colegio de Médicos de Asturias.

La reunión del primer trimestre de 2006 sobre "Necesidades nutricionales en la gestación: papel de DHA (Ácido graso Omega 3)" del Dr. Miguel Ángel Losada (Farmacéutico) fue patrocinado por Laboratorios Gynea y tuvo un gran éxito de asistencia y participación.

Otra de las funciones de la Asociación es la emisión de informes relacionados con nuestra especialidad y que son remitidos por el Colegio de Médicos.

Se emitió un informe sobre el Anteproyecto de Ley de Técnicas de Reproducción Asistida. Solicitado por el Presidente del Consejo General del Colegio de Médicos de España.

También otro informe pericial solicitándolo por el Insalud respecto a un caso de complicaciones de la Histeroscopia operatoria.

Otro tema que nos parece importante comentar, es que la Ley de Ordenación de Profesiones Sanitarias, ya en vigor desde este año 2006, propone que para el desarrollo de la profesión, sería necesaria la formación continuada mediante cursos de reciclaje. Es cierto, que esto, la mayoría de nosotros ya lo hacemos aunque sea de una forma poco reglamentada, porque no podríamos desarrollar nuestro trabajo a lo largo de los años sin ir incorporando los nuevos avances.

Pero esta Ley lo que pretende es que cada 3 años renovemos nuestra "habilitación" para el ejercicio de nuestra especialidad justificando nuestra participación en cursos y congresos acreditados, como se hace con la renovación "de permiso de conducir". La Ley aún no está desarrollada pero es seguro que llegará y nosotros necesitaremos "recertificarnos" cada 3 años para evitar la competencia a la que nos someterán otros colegas de la Comunidad Económica Europea. Es aquí donde la SEGO y la AGIPA en particular, pueden ejercer su acción facilitando la acreditación de sus socios.

Por último, quería informaros de la Convocatoria del Congreso Regional de la Asociación de Ginecología del Principado de Asturias, que nos propusimos que tuviera carácter bianual, evitando la coincidencia con el de la SEGO. El congreso tendrá lugar los días 5 y 6 de octubre y uno de los temas generales versará sobre "La evolución de las indicaciones y el índice de cesáreas en Asturias en la última década", presentándose un estudio multicéntrico autonómico sobre este asunto. También se está trabajando sobre otros dos temas generales, Ecografía y Endoscopia, que serán presentados en un avance del programa que os enviaremos.

Por favor, ¡Haced un hueco en vuestras agendas! 5 y 6 de Octubre de 2006. ■

*Nota: Al cierre de la edición nos hemos enterado del fallecimiento de nuestra compañera Conchita Rodríguez, cuyo carisma pudimos sentir muchos de nosotros. Descanse en paz.*

Un abrazo

**Dr. Pedro E. de la Fuente**  
Presidente de la AGIPA  
pedrocefiva@hotmail.com

## Informe de la secretaria



### Principales acuerdos tomados por la actual Junta Directiva

Desde la Asamblea General celebrada el 1 de junio de 2005, la Junta Directiva mantuvo cuatro reuniones y se tomaron, entre otros, los siguientes acuerdos:

- Se encuentra actualizado el listado de socios:
  - a) En la SEGO figuran 121 socios asturianos y nosotros tenemos confirmados 110.
  - b) Se enviará una carta a aquellos ginecólogos que figuran en la AGIPA y no en la SEGO a fin de invitarles a inscribirse en la SEGO y regularizar su situación.
  - c) Se enviará otra carta a los ginecólogos que no figuran en ninguna de las dos sociedades invitándoles a inscribirse en la SEGO.
  - d) Se contactará con la Secretaría de la SEGO para ver de qué forma se pueden facilitar los trámites para captar nuevos socios.
- Organización de actividades:
  - a) Se propone la próxima Reunión Científica para el 9 de Noviembre. Será sobre un tema jurídico y se convocará a la vez una Asamblea General de Socios.
  - b) El Congreso de la Sociedad podría ser el 6 de Octubre de 2006:
    - Constará de dos temas principales desarrollados en varias ponencias, por la mañana; y de comunicaciones y /o pósters y una ponencia final, por la tarde.
    - Habrá una inscripción que incluya: carpeta con la documentación, certificado de asistencia y/o de ponente, libro de resúmenes, comida de trabajo y cena.

- Se enviará una carta a los Jefes de Servicio animando a que faciliten la asistencia de todos los médicos que lo deseen.

### Acta de la Asamblea General de la Asociación de Ginecología del Principado de Asturias celebrada el día 1 de junio de 2005

Se celebra la Asamblea General al término de la reunión científica realizada el día 1 de junio de 2005, con la presencia de 60 socios.

Se desarrollan los siguientes puntos del orden del día:

1. Lectura del acta anterior por parte de la Secretaria (Dra. Escudero):
  - El Dr. Vázquez, del Hospital de Jove, solicita que sea corregida parte de su intervención recogida en el punto "Ruegos y Preguntas".
  - Así se hace y se aprueba y archiva el acta corregida de la Asamblea General del 5 de Noviembre de 2004.
2. Informe de la Sra. Tesorera (Dra. Lázaro), que comunica que la mayoría de los gastos han sido de imprenta y que actualmente tenemos un saldo a favor de 3.680 €.
3. Informe del Presidente (Dr. De la Fuente), que hace un balance del año. Entre otras acciones, destaca:
  - Realización de los trámites necesarios para adaptar los estatutos de la AGIPA a la normativa actual.
  - Asistencia y participación del Presidente a todas las reuniones de la Junta Plenaria de la SEGO. En una de esas reuniones se discutió el borrador de los nuevos estatutos.
  - Participación en la realización de informes médicos pedidos por el Colegio de Médicos.

- Redacción de una crítica al anteproyecto de Ley de Reproducción Asistida.
  - Organización de la sesión científica del "Parto pretérmino" del 5-11-04.
  - Propuesta de realización de un estudio multicéntrico.
  - Creación del Boletín Informativo de la AGIPA. Se presenta la 1ª página.
4. Ruegos y preguntas:
- Por parte del Sr. Presidente se felicita al Dr. Emilio Huelga, próximo a su jubilación, "por la huella dejada en la ginecología asturiana y por lo que todavía le queda por hacer". Se le comunica que se le ha propuesto para Socio de Honor de la SEGO.
  - Dr. Maroto (H. Jarrío): propone que la Consejería de Sanidad se defina en la periodicidad del cribado del cáncer de cérvix.
  - Dr. Arenas (H. Cabueñes): informa que la Consejería sacó un folleto llamado "Cáncer" y dice que el cribado del cáncer de cérvix está dentro de la cartera del SESPA y que corresponde a Atención Primaria.
  - Dr. Velasco (H. Valle del Nalón): nos dice que sobre este tema se va a hablar en el primer número del boletín de la AGIPA. La administración propone la rotación de los Médicos de Familia por los Servicios de Ginecología a fin de capacitarlos para hacer el cribado de cérvix. Hay un documento de la SEGO que dice que si la presión asistencial lo requiere, los Servicios de Ginecología pueden demorar las revisiones o no hacerlas. Hay que esperar al pronunciamiento definitivo de la SEGO.

Y sin más asuntos que tratar concluye la reunión de la Asamblea General de la Asociación de Ginecología del Principado de Asturias. ■

## Informe de la tesorera



Actualmente, el saldo positivo de la Asociación Ginecológica del Principado de Asturias es de: 2.850,91 €.

Saldo anterior (octubre 05)..... 3.160,37 €

Reunión científica 9 nov 05..... 227,93 €

Gastos de mensajería ..... 81,53 €

**Saldo actual (febrero 06)..... 2.850,91 €**

Comentando las escuetas cifras anteriores, hay que tener en cuenta que, por motivos desconocidos hasta el momento, la SEGO no ha transferido la partida anual correspondiente a ninguna asociación autonómica, es decir, que desde mayo de 2005 está

pendiente de ingresar en la cuenta de nuestra Asociación 893,00 €.

Los gastos anotados han sido exclusivamente de imprenta, cartas y programa de la reunión de noviembre 2005 y debemos agradecer la ayuda de algunas empresas farmacéuticas que colaboran de forma notable subvencionando este Boletín y las reuniones cíclicas.

Os recuerdo que hay unos impresos simplificados para inscribirse en la SEGO, que los residentes no pagan cuota y que estar afiliado supone varias ventajas, desde asesoría y asistencia jurídica hasta inscripciones reducidas a congresos. ■

María Jesús Lázaro Álvarez  
Oviedo, 10 de febrero de 2006.

## El aborto: otra vez

**Francisco Luis Velasco Crespo**

Servicio de Ginecología. Hospital «Valle del Nalón». Langreo



Han pasado más de 20 años desde la promulgación de la Ley orgánica de despenalización parcial del aborto. Quizá no proceda volver otra vez sobre aspectos éticos, suficientemente conocidos y debatidos, pero el aborto, eufemísticamente denominado interrupción

voluntaria del embarazo (IVE), sigue siendo un tema controvertido recurrente. ¿Por qué surge de nuevo?.

El año 2005 se despedía con la publicación por el Ministerio de Sanidad y Consumo de sus datos sobre abortos legales. Algunos ejemplos: en el año 2004 se practicaron 84.985 IVEs, con un incremento respecto al año previo del 6,5%. Un 25% tenían un IVE previo. Tres de cada cuatro gestaciones en menores de 19 años se interrumpen voluntariamente, con un incremento en este grupo de edad del 10% en el último año.

Durante varios días todos los medios de comunicación se hicieron amplio eco de estos hechos. Opinaron autoridades sanitarias, políticos, representantes de asociaciones, miembros de la judicatura.... Como cabría esperar, las reacciones oscilaron desde la frialdad hasta la pasión. Desde la enumeración de los datos eludiendo entrar en valoraciones hasta la aseveración de que estamos ante un verdadero holocausto, con todos los matices intermedios. Se desató una dura polémica, pero en pocos días todo se acabó tan bruscamente como empezó. La tormenta en un vaso de agua. Como dicen los periodistas de las películas norteamericanas, el papel en que se publica la gran exclusiva de hoy, la noticia que cambiará la Historia, servirá mañana para envolver el bocadillo de sardinas. La sociedad actual le concede poco tiempo a la reflexión.

Ahora que han pasado unas semanas y ha amainado el temporal mediático, ¿merece la pena tratarse en

este "Punto de debate"? Si consultamos publicaciones sobre anticoncepción veremos que unos autores consideran el aborto como un método anticonceptivo cualquiera mientras que otros lo excluyen explícitamente. Para quienes consideran que el aborto es un método más, equiparable a los de barrera o los hormonales, el incremento de los abortos no es un problema: es tan sólo la ejecución de un derecho y, en consecuencia, no hay nada que debatir. Para el resto, que de alguna manera consideran el aborto como sinónimo del fracaso de la anticoncepción, sí existe un problema e instan a buscar soluciones.

Esta última postura parece ser la mayoritaria. La opinión publicada es unánime: el incremento de los abortos provocados constituye un grave problema sanitario y social. Primer punto para el debate: ¿coincide la opinión pública con la publicada? ¿Qué porcentaje de la población opina lo mismo? ¿Existe realmente conciencia de estamos ante un problema?

¿Qué se puede hacer? Posturas diversas. Algunos están convencidos de que se debe derogar la ley del aborto y volver a penalizarlo. Para otros, parece que poco afines al poder, estos datos negativos son consecuencia de la política fracasada y obsoleta del Gobierno que debe reorientarse mediante el diálogo con expertos y agentes sociales (cito textualmente). Nada nuevo, pero al menos hay coincidencia en que algo ha de hacerse. ¿Cuál es la política más adecuada para prevenir los embarazos no deseados?

Si no conocemos con exactitud las causas que han llevado a esta situación difícilmente podremos ponerles remedio en el futuro. La Ministra de Sanidad anunció la puesta en marcha de un estudio para averiguar las razones que llevan a las mujeres a abortar. Esperemos resultados. Mientras tanto llegan, se postulan motivos sociales y económicos tales como la precariedad laboral y la dificultad para la adquisición de vivienda. ¿Son éstos supuestos legales

de despenalización? Dardo a la diana de la aplicación de la ley.

Otro argumento que se cita con frecuencia es la dificultad para el acceso a los Servicios de Orientación Familiar y la falta de adecuación cultural de los programas a la población a la que se dirigen. Aquí, implicados de una u otra forma, entramos nosotros en el terreno de juego. ¿Qué podemos aportar? Hace algunos años se puso en marcha una iniciativa conjunta entre Centros de Orientación Familiar y equipos de Atención Primaria para captar prioritariamente a quienes no utilizaran ningún método anticonceptivo o tuvieran más riesgo obstétrico, haciendo especial hincapié en las adolescentes. Se programaban charlas informativas en grupo, de acceso libre, así como información personalizada para resolver las dudas que pudieran quedar antes de la elección de un determinado método. Las jóvenes accedían directamente a la consulta para que nadie pudiera verlas en la sala de espera y "avisar" a sus familiares. Creo que va a ser difícil procurar más facilidades para acceder a una prestación sanitaria. Al final, este programa, como tantos otros, se fue diluyendo y no precisamente por falta de colaboración de los profesionales. Tuvimos la sensación de que estábamos convenciendo a quienes

ya estaban previamente convencidas y estábamos fracasando con el resto. ¿En qué se falló?

Programas para la mujer, la mujer como centro de todo lo que se ha hablado y opinado. Víctima o como verdugo, dependiendo de quien la juzgue. Siempre la mujer. Pero, descartada desde hace siglos la partenogénesis en el ser humano, algo tendrán que decir los varones ¿Acaso no tienen –tenemos– ninguna responsabilidad en los embarazos no deseados? Sorprendentemente, nadie dice nada. ¿Por qué este olvido? De manera casi inconsciente seguimos considerando la anticoncepción como una "función femenina", demostrando así que los prejuicios sexistas tienen raíces más profundas de lo que parece.

Quizá las medidas correctoras que se propongan no deberían circunscribirse sólo al ámbito sanitario y se requiera algo más que un cambio en la política del Gobierno de turno respecto a la Planificación Familiar. Estamos en el "Punto de Debate". Como profesionales, ¿qué tenemos que decir?

Por cierto, los datos se publicaron en la prensa el día de los Santos Inocentes.  
¿Casualidad?. ¿Sarcasmo....? ■

## La Dra. Pilar Echevarría Labandera: primera mujer especialista en obstetricia y ginecología de Asturias. En el centenario de su nacimiento

Santiago Pintado Vázquez

Vicepresidente de la AGIPA



Es nuestro deseo, desde estas páginas, dejar testimonio escrito de nuestro reconocimiento y admiración de la primera mujer especialista en Obstetricia y Ginecología de Asturias. Su valor y talento fue un desafío para los profesionales de la medicina de su época, al demostrar una gran capacidad

para transgredir las difíciles condiciones sociales de su tiempo, romper moldes y abrirse camino en una profesión y en una especialidad dominada enteramente por varones. Llegó a ser una figura descolante de nuestra especialidad a mediados del siglo pasado.

Fue la tercera mujer asturiana licenciada en Medicina y Cirugía tras la Dra. Carolina Alonso Nart que lo hizo en 1926 y la Dra. Matutina Álvarez (hermana del escritor Alejandro Casona) licenciada en 1927, ambas dedicadas a la Pediatría y Puericultura, mientras que la Dra. Dña. Pilar Echevarría, que se licenció en 1930, se entregó a la Obstetricia y Ginecología.

Nació, Dña. Pilar Echevarría Labandera en Oviedo el 9 de Febrero de 1905 en el domicilio familiar de la calle del Rosal, 62. Su padre D. Alfredo Echevarría Noya era vizcaíno de Portugalete e instalado en Oviedo como comerciante en la ferretería Las Dueñas y su madre Dña. Bassa Labandera Rodríguez, asturiana natural de Noreña. Fue la mayor de seis hermanas: Vicentina, la segunda, también estudió en la Facultad de Medicina de S. Carlos y se especializó en la Escuela de Odontología de Madrid; Carmen (profesora del Instituto femenino de Oviedo); María Luisa (maestra nacional); Eladia (maestra nacional) y Mercedes (maestra nacional), todas ellas fallecidas excepto Dña. Eladia de la que hemos obtenido gran

parte de la información y la documentación fotográfica.

Inicia sus estudios de primaria en un centro privado de notable prestigio para la enseñanza de niños conocido como El Colegio de Dña. Anita ubicado en el centro de la ciudad. En el año 1915, a los diez años, inicia estudios de bachillerato en el Instituto Nacional Femenino de Enseñanza Secundaria, el único de la ciudad, situado en Santo Domingo, en la parte baja de los actuales jardines del Campillín. Finalizados los estudios de bachiller se inclina por estudiar Medicina por lo que se traslada a Madrid en el año 1921, alojándose en la Residencia María de Maeztu. Inicia los estudios de Medicina en la Facultad de San Carlos con la promoción de 1921-29. De los 170 licenciados de su promoción sólo tres

eran mujeres, sus dos compañeras de promoción eran de Madrid y Orense. De sus años universitarios hablaba con entusiasmo de las clases del Dr. Marañón y las enseñanzas del Dr. Sebastián Recasens. Fue una buena estudiante con un notable expediente académico y, según sus compañeros de promoción, manifestó una temprana



La Dra. Pilar Echevarría en 1933

preferencia por la Obstetricia y la Ginecología. Obtiene el título de Licenciatura en Medicina y Cirugía en octubre de 1933. Finalizada la licenciatura permanece en Madrid durante más de un año integrada en el Hospital Clínico en la Cátedra del Dr. Recasens, realizando los estudios del doctorado, en donde conoció y confraternizó, por la

# RECUERDOS DE LA GINECOLOGÍA ASTURIANA

## EL BOLETÍN DE LA AGIPA

VOLUMEN 2 Nº 2 JUNIO 2006



*Celebrando el 25 Aniversario de su Promoción*

coincidencia del paisanaje, con el profesor titular asturiano Dr. Vital Aza que fuera posteriormente Presidente de la Asociación Ginecológica.

10

Regresa a Oviedo y en el año 1933 se incorpora con la categoría de ayudante de clínica en el Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital de la Beneficencia Provincial que estaba emplazado en Llamaquique, actual Plaza de España-Sta. Susana, limitando con el campo de S. Francisco. Sus inicios fueron supervisados por el Dr. Ernesto Macías de Torres con quien creció profesionalmente y compartió trabajo y amistad durante el resto de su vida. En el Colegio de Médicos consta como colegiada en 1936. Durante la guerra civil, probablemente por su condición femenina, fue encargada por las autoridades del Hospital Provincial, del reclutamiento, preparación y distribución del voluntariado femenino de enfermería, que tuvo una importancia trascendental a partir de la completa destrucción del Hospital Provincial en los bombardeos de febrero de 1937, ya que hubo que dotar de personal de enfermería a las iglesias, conventos, institutos, escuelas... que desempeñaron, primero en el asedio de Oviedo y luego por toda la provincia, el papel de clínicas y hospitalillos donde se atendían a los enfermos y a los heridos de la guerra.

Finalizada la contienda, en noviembre de 1937 el Hospital Provincial, destruido, se instala en el edificio del Orfanato Minero en las faldas del monte Naranco. Según documentos de la Diputación, la Dra. Dña. Pilar Echevarría se incorporó como médico titular adscrita al Servicio de Obstetricia y

Ginecología del Hospital del Orfanato Minero en 1938 y allí permaneció hasta que dejó de funcionar en 1962 al abrirse el Hospital General de Asturias. De los 32 Médicos titulares que figuraron en la plantilla de este Hospital hasta 1962, no figura ninguna otra mujer. En este Servicio de Ginecología coincidió con otros compañeros de la especialidad como el Dr. Núñez Rodríguez (Oviedo), el Dr. J.R. González Rodríguez (Avilés), el Dr. C. Tolívar López (Mieres), el Dr. E. Junceda Avello (Oviedo), el Dr. L. Eguiburu Castaño (Oviedo). Compartió quehaceres con muchas matronas Luisa Antón, Amelia Fdez., Rita Parajón. La plaza de Ginecología del Hospital del Orfanato llevaba vinculada la atención de la maternidad situada en el Hospicio Provincial (actual Hotel Reconquista) a donde la Dra. Echevarría acudía a diario para visitar a las gestantes ingresadas y atender los partos de la Maternidad del Hospicio.



*La Dra. Echevarría en 1954*

Sin dejar el trabajo del Hospital Provincial, en Enero de 1948 obtiene por oposición una plaza de Tocología en la Seguridad Social, iniciando su labor profesional en la Residencia Sanitaria Provisional nº 28, emplazada en la confluencia de la actual plaza de América con la calle Alfredo Martínez. La mayoría de la asistencia obstétrica y partos de esta Residencia Sanitaria fue de su responsabilidad. En su planta baja pasó consulta hasta que se abrió el

consultorio del Ambulatorio de la calle La Lila en 1947 a donde se trasladaron todas las consultas de la Seguridad Social. A partir de 1955 se encargó del Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Militar, que atendía a las familias de los militares y de los cuerpos de la policía y guardia civil y la obra social del 18 de Julio. En el año 1962 acumuló la

plaza de ginecología por la jubilación del Dr. Macías Torres que ocupó hasta 1965. Fue profesora de las primeras promociones de la Escuela de Matronas del Hospital General de Asturias. Ejerció la medicina privada instalando una consulta en la calle Santa Susana de Oviedo una vez finalizada la guerra civil. Pasados unos años trasladó su consulta a una clínica más amplia de la calle Asturias.

Según cuentan los que con ella trabajaron, era mujer de gran personalidad, de mucho carácter, religiosa y de fuertes convicciones morales. Muy seria y estricta en el trabajo, que inspiraba seguridad y tranquilidad. De su natural asturianía emanaban cualidades innatas de sencillez, campechanía y simpatía que la forzaban a estar siempre rodeada de amistades y compañeras de profesión. Un rasgo sobresaliente de su personalidad era el afecto y la lealtad que profesaba a sus amigos, a los que nunca abandonó en las desgracias. Mujer culta con gran sensibilidad por la música. Gran aficionada a los viajes que proyectaba a menudo para recorrer Europa en busca de distracción y colmar su devoción por la geografía, la historia y los idiomas. Aprovechaba sus escapadas

para visitar clínicas y hospitales, especialmente en Francia y Alemania, de los que retornaba ilusionada de novedades y proyectos. Era persona caritativa y generosa, que dedicaba horas a remediar la angustiosa situación de la gente pobre en sus primeras épocas de profesión. Su miopía le obligaba a llevar grandes y gruesas gafas que junto a su carácter le confería unas características inconfundibles. Cuenta una de sus amigas, Blanca Montalvo, que tenía por costumbre "**cruzar Oviedo con paso menudo y ligero desde Buenavista al Orfanato Minero pasando por la Maternidad para ir luego al Hospicio (hoy Hotel Reconquista) con sus gruesas gafas y su porte de sobria elegancia**".

Falleció el 13 de febrero de 1979. Soltera y sin obligaciones familiares, dedicó su vida con abnegación y esforzada voluntad a su trabajo. Persona muy conocida y querida en la ciudad de Oviedo, que aún recuerda su semblante. Su mejor legado son las numerosas generaciones de ovetenses que hemos venido a este mundo bajo su tutela, entre los que me encuentro. ■

## El hospital de las Fuentes del Narcea Hospital Carmen y Severo Ochoa. Un Hospital en las entrañas de Asturias

**José María Azcárate**

Periodista y vecino de Cangas del Narcea

A punto de cumplir los 20 años de existencia, el Hospital "Carmen y Severo Ochoa" de Cangas del Narcea se ha convertido en todo un referente social de la comarca suroccidental asturiana.

Atrás queda aquel 27 de junio de 1986 en que el profesor Don Severo Ochoa junto a su esposa inauguraron estas instalaciones. Les acompañaba, entre otras autoridades, Don Ernest Llunch ministro de sanidad, uno de los mayores impulsores del sistema de atención médica universal. Aseguraba el premio nobel asturiano, que con el Hospital del Narcea se ponía fin a una sangrante situación, en una comarca alejada y de complicadas condiciones orográficas con más de 50.000 habitantes. Aquella fue sin duda una de las jornadas más importantes en la historia reciente de la zona.

El suroccidente asturiano rompía así, el aislamiento y la carencia de servicios sanitarios que se ponían de manifiesto cada vez que se precisaba cualquier intervención quirúrgica o se producía un accidente. Para ello, fue necesario que la población se movilizara reivindicando un hospital para acabar con aquellos viajes interminables a Oviedo, que en ocasiones se veían interrumpidos a mitad de camino, por el parto unas veces y por el fallecimiento del enfermo en otras. Con la puesta en marcha del Hospital "Carmen y Severo Ochoa", la atención sanitaria de la zona da un paso espectacular, y de una pequeña y mal equipada Casa de Socorro situada en el barrio de La Veiga, se pasa a un Hospital dotado con los medios necesarios para prestar una adecuada atención médico-quirúrgica.

A pesar del descenso de la población provocado por el declive del sector minero y ganadero, y que la



población del Área Sanitaria II (Cangas del Narcea, Tineo, Ibias, Allande y Degaña) ronde en la actualidad los 35.000 habitantes, los usuarios de este hospital, sin entrar en cuestiones de rentabilidad económica, consideramos imprescindible continuar con este servicio público.

El Hospital "Carmen y Severo Ochoa" es algo más que un centro sanitario, es la principal fuente de empleo y el mejor referente para fijar la población en Cangas del Narcea. Cuenta con unos 300 trabajadores estatutarios y otros 50 puestos de trabajo contratados como personal de mantenimiento, seguridad y limpieza.

El compromiso y aceptación de los habitantes de la comarca del Narcea con su hospital es evidente, y a pesar de la problemática que plantea un centro de estas características, su mantenimiento y crecimiento, ha dejado de ser una cuestión política pasando a ser una cuestión de justicia para los habitantes de esta zona. ■

## Ángeles García García

Directora-Gerente del Hospital "Carmen y Severo Ochoa" de Cangas del Narcea

**Lleva al frente del área sanitaria II desde hace más de tres años. Médico de familia en Pola de Allande lleva en el área desde el año 1980 y ahora está dedicada por completo a la gestión del comarcal del Narcea.**

**-Existe una preocupación en la comarca por la posible supresión de algunas de las especialidades en el área sanitaria. ¿Tiene algo de verdad esta alarma?**

-Al contrario. No existe ni la más mínima intención de supresión de especialidades. Más bien al contrario. Se mantienen las existentes en el momento de la puesta en marcha del hospital y en los últimos años se fueron incrementando servicios. Sin ir más lejos, desde el 2002 contamos con un servicio de riesgos laborales.

**-Es un mal generalizado que en ocasiones los usuarios se quejen de las listas de espera. ¿En la comarca del Narcea estamos por debajo o por encima de la media?**

-La demora media quirúrgica en Ginecología ronda los cincuenta días.

**-Una de las demandas sociales es la construcción de un Centro de Salud fuera de las propias instalaciones hospitalarias. ¿Con su construcción en la villa mejorará el servicio?**

-Somos un centro singular donde la atención primaria y especializada comparten instalaciones. Esto tiene sus ventajas: un apoyo especializado a los médicos de primaria, facilidad de estudios de laboratorio y rayos, acceso inmediato a las pruebas diagnósticas, en definitiva una mayor calidad de la sanidad en toda la comarca. Ahora bien, cuando se construya el nuevo Centro de Salud de Cangas del Narcea se liberarán espacios en el hospital y se facilitará el acceso al Centro de Salud a los usuarios cangueses por su mayor proximidad.

**-A veces por estar alejados del centro de Asturias se dice que este tipo de hospitales carecen de los mejores profesionales y existe demasiada movilidad ¿Cómo valoraría el nivel profesional del Carmen y Severo Ochoa?**

-Este área sanitaria se caracteriza por la estrecha relación que existe entre los profesionales sanitarios.



Ángeles García García  
Directora-Gerente del Hospital "Carmen y Severo Ochoa" de Cangas del Narcea

Somos pocos, nos conocemos, y esto facilita mucho más que en un área mayor la coordinación y la comunicación profesional que en definitiva redundan en la calidad sanitaria. Además, contamos con unos profesionales con una alta y permanente cualificación y, a la vez, muy comprometidos con la mejora de la calidad sanitaria en toda la comarca.

**-¿Una calidad que debe ir pareja con los últimos adelantos tecnológicos?**

-Así es. En 1993 el Hospital del Narcea fue uno de los pioneros en la implantación de la cirugía laparoscópica y se hizo la primera histerectomía por laparoscopia. En la actualidad este tipo de cirugía supone casi un 80% de la cirugía abdominal que se practica en el Servicio. En estrecha colaboración con la Administración sanitaria los ayuntamientos que integran el área sanitaria (Cangas del Narcea, Tineo, Ibias, Allande y Degaña) se contó en su día con una sala escáner cuando otros hospitales de mayor tamaño carecían de ella. Éstos son sólo algunos ejemplos del compromiso social que existe en toda la comarca con el centro hospitalario lo que lleva pareja una confortabilidad envidiable con un alto nivel

### entrevista

tecnológico. En el último año se han hecho reformas para que las habitaciones del área materno-infantil sean individuales.

#### **-¿Con qué plantilla cuenta el centro sanitario?**

-Entre personal sanitario y administrativo el hospital tiene una plantilla que ronda las 300 personas. A esto tenemos que sumar las contrataciones de los servicios de limpieza, mantenimiento y hostelería que da empleo a otras 50 personas.

#### **-¿Y cómo valora el servicio de ginecología?**

-Nuestro servicio de ginecología da respuesta a todas las necesidades de la población. Es un servicio perfectamente organizado con un desarrollo de consultas de alta resolución lo que facilita a las usuarias una atención muy personal y cómoda con el propósito de evitarles largos desplazamientos y un mayor número de consultas. Encuestas realizadas por entes externos nos sitúan como un hospital muy bien

valorado por los usuarios y contamos además con reconocimientos como "Hospital Amigo de los Niños" por la promoción de la lactancia materna y la excelente comunicación entre profesionales y usuarios en toda el área materno infantil.

#### **-¿Con qué dotación cuenta?**

-Está perfectamente dotado con una planta de hospitalización materno infantil. Ahora contamos con cuatro ginecólogos, cuatro matronas, cinco enfermeras, cinco auxiliares y una supervisora de planta. En el momento del parto están presentes un ginecólogo, una matrona y un pediatra.

#### **-El descenso demográfico de la comarca tendrá su repercusión en el número de nacimientos.**

#### **¿Cuántos niños nacen anualmente en el hospital?**

-Efectivamente. Al descender la población disminuyen los nacimientos. Tanto en 2004 como en 2005 el número de nacimientos ronda los 160. ■

### entrevista

**José Argüelles Fernández**

Jefe del Servicio de Ginecología. Hospital "Carmen y Severo Ochoa". Cangas del Narcea

***El doctor José Argüelles está al frente del equipo de ginecología del hospital del Narcea. Su equipo está formado por cuatro profesionales que dan atención médica a toda la amplia comarca Suroccidental asturiana. En la entrevista estuvieron también presentes las doctoras Cristina González y Paloma Sánchez.***

#### **-¿Quiénes forman el equipo de ginecología del hospital del Narcea?**

-En la actualidad está formado por los doctores Cristina González Martínez, Paloma Sánchez Martínez (las dos presentes en la entrevista), Luis Alberto Cambor Alonso y yo mismo. Además de los ginecólogos lo integran el servicio de matronas y el equipo de enfermería.

#### **-¿Está bien cubierto o se necesitarían más profesionales?**

- En cuanto a la atención asistencial ordinaria se cubre perfectamente. Sin embargo, al ser un reducido número de ginecólogos y tener que cubrir todas las guardias, nos lleva a realizar un excesivo número de horas semanales. Por ello, consideramos –asienten

sus compañeros– que se necesitaría un ginecólogo ocasional para reforzar las guardias.

#### **-¿Qué servicios ofrece ginecología en esta área sanitaria?**

-Estamos realizando toda la cartera de servicios de la especialidad, salvo las técnicas de reproducción asistida y partos de menos de 32-33 semanas de gestación. En estos casos las pacientes son enviadas al centro de referencia.

#### **-¿Cuál sería la mayor reivindicación del servicio en estos momentos?**

-Somos el único hospital de Asturias que no cuenta con la anestesia epidural, una demanda que todos los profesionales hemos hecho tanto oralmente como por

escrito. Somos conocedores de la voluntad del Sespa en cubrir una nueva plaza de anestesista, pero hasta la fecha no se ha encontrado la solución lo que representa un gran hándicap para el normal desarrollo en el aspecto asistencial. Ya conocemos casos de pacientes de la comarca que se desplazan a otras áreas sanitarias para ser asistidas en el parto con la epidural y de seguir en esta situación cada vez podrá ser mayor el número de personas que opten por esta solución. Aquí no nos podemos quedar atrás a la hora de ofrecer a las mujeres de la comarca el parto sin dolor.

**-¿Están contentos en el hospital del Narcea?**

-(Vuelven a coincidir los tres). Muy contentos y satisfechos con la labor que diariamente llevamos a cabo. Prueba de ello es que tres de nosotros podríamos estar en otro centro sanitario y hemos elegido y apostado por éste del Narcea.

**-¿Además de la atención hospitalaria qué otras campañas llevan a cabo en el área sanitaria?**

-En coordinación con la atención primaria llevamos a cabo un plan de atención integral a la mujer que lleva funcionando con muy buenos resultados, tanto el plan de diagnóstico precoz de cáncer ginecológico, como la planificación familiar y la atención al embarazo normal.

**-¿Qué ventajas destacaríais de un hospital comarcal de estas características?**

-En primer lugar que cualquier profesional se siente más independiente y en su labor asistencial sólo priman los intereses médicos. Por otro lado contamos con mayor agilidad funcional, tanto asistencial como administrativa, desarrollándose las actuaciones médicas con mayor facilidad y rapidez. También la estrecha relación entre el paciente y los profesionales lo que permite un mejor conocimiento del entorno personal de los usuarios.

**-¿Alguna desventaja?**

-El reducido número de ginecólogos que nos obliga a realizar muchas guardias, y también en ocasiones la soledad en las mismas a la hora de tomar decisiones importantes.

**-¿Se puede desarrollar perfectamente la labor profesional en el hospital del Narcea?**

-Sin ninguna duda. Aquí se ejerce dignamente la labor sanitaria y contamos con los últimos adelantos tecnológicos. Tanto los profesionales como los usuarios



contamos con un servicio de asistencia actualizada con medios de la última tecnología validada.

**-¿Son largas las listas de espera quirúrgica en ginecología?**

-En cirugía oncológica no más de quince días, y el plazo medio para cualquier cirugía ronda los cuarenta días.

**-¿Cuántas pacientes atienden al año?**

-Al año se realizan unas 5.000 consultas. Unas 3.000 de ginecología y el resto de obstetricia, siendo la mayoría de alta resolución. En cuanto a ecografías se realizan unas 2.500 al año. El número de partos oscila entre los 160-170 anuales. Se llegaron a realizar unos 400, pero el envejecimiento de la población y la planificación familiar han reducido considerablemente la tasa de natalidad hasta situarla en la media del resto de Asturias. El número de intervenciones ronda las 220, predominando la cirugía endoscópica y llegando casi al 50% de cirugía ambulatoria.

**-¿Cuáles son las últimas tecnologías incorporadas por el servicio de ginecología?**

- Desde hace unos tres años venimos realizando la inserción de Dispositivos intratubáricos (Essure) por Histeroscopia, consolidándose ya como el método más usual de contracepción definitiva, al no precisar anestesia general. Más recientemente el Sellador Vascular bipolar (Ligasure) en cirugía endoscópica, lo cual nos permite una cirugía más exangüe, con un mejor postoperatorio y un alta hospitalaria más precoz. ■

## Evolución de la vía de abordaje de las histerectomías en el Principado de Asturias

Dra. Ana Escudero Gomis



### Introducción

La histerectomía es un procedimiento de cirugía mayor indicada en procesos ginecológicos tanto benignos como malignos<sup>1</sup>. Las vías tradicionales de abordaje han sido la abdominal y la vaginal y la elección de cada una de ellas está influenciada por la edad y paridad de la paciente, el tamaño uterino, el grado de prolapso genital, la existencia de patología anexial y la benignidad o malignidad del proceso. A pesar de que cada una de estas vías tiene unas indicaciones específicas y otras dependen simplemente de las preferencias y habilidades del cirujano, la mayoría de los autores coinciden al enumerar las ventajas que conlleva la reducción de la vía abdominal en beneficio de la vaginal, puesto que consideran a esta última menos agresiva<sup>2</sup>. Durante la última década, se ha incorporado la vía laparoscópica<sup>3,4</sup>, lo que ha contribuido a incrementar las habilidades de muchos ginecólogos en la vía vaginal, pero esto implica un aprendizaje para evitar complicaciones intra o postoperatorias<sup>5</sup>. Por otra parte, la histerectomía vaginal (HV) resulta más barata que la histerectomía vaginal asistida por laparoscopia (HVAL) en términos de coste-beneficio<sup>6</sup>, aunque los costes se igualan cuando en la realización de la HVAL se utiliza material reutilizable. Las principales ventajas de las vías laparoscópica y/o vaginal con respecto a la HA son: reducción de la estancia hospitalaria, menor necesidad de analgesia postoperatoria, rápida incorporación a la vida social y laboral y menor cicatriz con mejor resultado estético. Al mismo tiempo, se van ampliando las indicaciones de la HVAL y de la histerectomía vaginal, de modo que, actualmente también se incluye la patología anexial concomitante<sup>7</sup> o determinados casos de cánceres uterinos<sup>8,9,10</sup> o de ovario.

Por todos los datos expuestos, se ha realizado un trabajo con el objetivo de estudiar la evolución de la

vía de abordaje de las histerectomías en nuestra Comunidad Autónoma durante una década, tomando como punto de partida 1993, año en el que se realizaron las primeras HVAL.

### Material y métodos

A propuesta de la Asociación de Ginecología del Principado de Asturias, se realizó un estudio multicéntrico retrospectivo sobre un total de 2.660 histerectomías realizadas en nuestra Comunidad Autónoma en los años 1993 (n = 1445) y 2003 (n = 1215). Se incluyeron las histerectomías aportadas por todos los hospitales públicos de Asturias, salvo los datos procedentes del Hospital Grande Covián (Arriondas) puesto que en el año 1993 aún no estaba en funcionamiento.

Las variables analizadas fueron: vía de abordaje, estancia postoperatoria, edad, indicación de la histerectomía, tamaño uterino, presencia de laparotomía previa, reintervenciones, reconversión a laparotomía y estudio anatomopatológico.

Todos los datos fueron metidos en la base de datos Excel 2000 y procesados con el paquete informático SPSS +12.0 para lo cual se contó con la colaboración de la Unidad de Bioestadística del HUCA. Se realizó un estudio descriptivo de todas las variables por año de intervención (1993 y 2003) y se compararon ambos grupos. Cuando se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas en la comparación, esas variables se discriminaron por vía de abordaje. En el año 2003, todos los datos se discriminaron por vía de abordaje y se compararon los grupos. Los resultados de las variables cuantitativas se expresan en media  $\pm$  desviación estándar (DS) y los de las cualitativas en porcentajes. Se utilizó el test de ANOVA para la comparación de medias y el  $\chi^2$  para comparar las variables cualitativas, aplicando el test exacto de Fisher cuando fue preciso. Se consideraron significativos los valores de  $p < 0,05$ .

## Resultados por Hospitales

### HOSPITAL COMARCAL DE JARRIO (ÁREA SANITARIA I)

**Autor:** José Antonio Díaz Blanco.

Se revisaron un total de 111 histerectomías, realizadas en nuestro centro, en los años 1993 (n = 62) y 2003 (n = 49)

La edad media de las pacientes fue de 54,18 años en 1993, y de 54,6 en el 2003. Por vía de abordaje la edad media fue de 66,43 años para la vía abdominal, 61,73 años en la vaginal y 50,75 años en la HVLA. En cuanto a las indicaciones, se aprecian diferencias estadísticamente significativas ( $p < 0,05$ ) con los miomas: 58,1 % (n = 36) en 1993 y el 38,8 % (n = 19) en el 2003; y con la patología maligna que fue el 1,6 % (n = 1) en 1993 y el 16,4 % (n = 8) en el 2003. No se aprecian diferencias en las indicaciones por prolapso y patología benigna de útero y ovarios. Existe una muy buena correlación entre la indicación quirúrgica y la anatomía patológica, no habiendo apenas diferencias.

La vía de abordaje en 1993 fue: el 72,6 % (n = 45) por vía abdominal, el 27,4 % (n = 17) por vía vaginal, no haciéndose este año, ninguna por HVLA. En el año 2003, el 61,2 % (n = 30) fue por vía abdominal, el 30,6 % (n = 15) por vía vaginal y el 8,2 % (n = 4) por HVLA. No se registró ninguna reintervención, y tuvimos una reconversión de la vía laparoscópica.

La estancia media postoperatoria disminuyó de 7,7 días en 1993 a 4,47 días en el 2003 ( $p < 0,05$ ) Por vía de abordaje la estancia media fue en el 2003: 5 días para la HA, 3,7 días para la HV y 3,25 días para la HVLA. Toda la patología oncológica (útero-ovarios) es abordada por vía abdominal, al igual que los úteros miomatosos por encima de 12 cm.

Nuestro servicio ha comenzado con la HVLA en el año 2003, lo que justifica la discreta tendencia al cambio en la vía de abordaje en los dos años comparados. Dado que nuestra actitud quirúrgica, con los úteros miomatosos, es conservadora y sólo realizamos la histerectomía cuando ocasionan sintomatología, éstos suelen tener un tamaño considerable, lo que hoy por hoy, nos resultaría muy dificultoso un acceso quirúrgico mediante HVLA. Nuestra estrategia actual, va orientada a modificar la vía de abordaje con el resto de patología benigna relacionada con útero y ovario, y que precisara de una histerectomía, intentando siempre que sea posible un abordaje laparoscópico.

### HOSPITAL CARMEN Y SEVERO OCHOA, CANGAS DEL NARCEA (ÁREA SANITARIA II)

**Autores:** Luis Alberto Camblor Alonso, José Argüelles Fernández, Cristina González Martínez, Paloma Sánchez Martínez.

El análisis de las histerectomías realizadas en el Hospital Carmen y Severo Ochoa en los años 1993 (n = 45) y en el año 2003 (n = 53), que corresponden al 3,1% y al 4,3% respectivamente de todas las analizadas en Asturias, y una vez recogidas las variables a estudio, arroja los siguientes resultados relevantes:

En **1993** un **84,4%** de las histerectomías se realizó por vía abdominal y un 15,6% por vía vaginal. Los datos recogidos en el año **2003**, sólo el **28,3%** de las histerectomías fue vía abdominal, un 39,6% vaginal y un 32,1% vía laparoscópica, obteniéndose cifras en estos últimos 10 años por vía laparoscópica, entre el 23% en 1994 y el 32% en 2003, lo que a su vez supuso una reducción de la estancia hospitalaria por histerectomía de **7,7** días en **1993** a una media de **4,5** días en **2003**.

Respecto a la indicación quirúrgica, prácticamente el 100% de las histerectomías vaginales son por patología de prolapso genital. El **útero miomatoso**, se aborda por laparotomía en el 61,5% de los casos y en el 38,5% por laparoscopia, siendo el tamaño uterino el factor principal para la elección de la vía de abordaje. La histerectomía por **hiperplasia endometrial**, el 66,6% de los casos fue por vía laparoscópica y en el 33,3% por laparotomía. Otro dato importante es la indicación por vía laparoscópica de la patología maligna de útero. En 2003 el 50% del **adenocarcinoma de endometrio** se realizó por vía laparoscópica (4 casos) que representa un 23% de las histerectomías realizadas en ese año.

### HOSPITAL SAN AGUSTÍN DE AVILÉS (ÁREA SANITARIA III)

**Autores:** Santiago Pintado Vázquez, Rufino Méndez Arrojo.

**Resultados:** El estudio incluye un total de 388 histerectomías efectuadas en los años 1993 (n=173) y 2003 (n=215). Se observa por tanto un incremento global en el número de histerectomías entre esos años. En lo que se refiere a la vía de abordaje se constata

una reducción del número de histerectomías abdominales que en el año 1993 suponían el 85,5% del total y en el año 2003 alcanzaban el 74%. Como contrapunto se observó un incremento en el porcentaje de HVAL del 0% al 2,3% y de las histerectomías vaginales del 14,5% al 23,7% entre ambos años respectivamente. La estancia media de las pacientes se redujo en 1,1 días, pasando de 7,8 a 6,7 días respectivamente. La indicación más frecuente fue la de útero miomatoso. La edad media de las pacientes pasó de 50,23 años en el 93 a 52,11 años en el 2003.

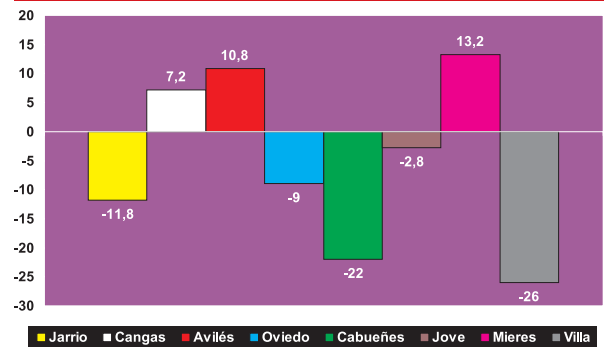
**Conclusiones:** El porcentaje de histerectomías abdominales se ha reducido en un 11% en el Hospital San Agustín entre los años 93 y 2003, a expensas de un incremento en el porcentaje de histerectomías vaginales y laparoscópicas. Este cambio de tendencia ha provocado una reducción en la estancia media de las pacientes y una mejora en la calidad postoperatoria de las mismas. El útero miomatoso continúa siendo la indicación más frecuente y se constata un incremento en la edad media de las pacientes.

### HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS, OVIEDO (ÁREA SANITARIA IV)

**Autores:** Elena Rodríguez-Vega, Ana Escudero, Nuria Fernández Gutiérrez, Patricia Fernández Pérez, David Valdés Lafuente.

**Resultados:** Distribución por años: año 1993 n = 454, año 2003 n = 379. Del total de las histerectomías realizadas (n = 833) el 55% se hicieron en el año 1993 y el 45% en el 2003. La edad media de las pacientes fue de 52,31 ± 11,67 años en el año 1993 y de 54,57 ± 12,51 años en el 2003 (p = 0,007). La edad según la vía de abordaje en 2003 fue de 51,2 años en las abdominales, 45,1 años en las HVALs y 67,7 en las vaginales (p < 0,001). No hubo diferencias significativas en los antecedentes de laparotomía en las pacientes (26,2% en las del año 1993 y 29,6% en las del 2003). La vía de abordaje en el año 1993 fue el 20,5% vaginal, 0,4% HVAL y 79,1% abdominal; en el 2003 22,4% vaginal, 5,8% HVAL y 71,8% abdominal (p < 0,001). No hubo diferencias en la comparación global de la indicación de la intervención en los años estudiados. Sin embargo, sí hubo diferencias al comparar indicación con la vía de abordaje, más miomas por HVAL -14%- en el 2003 frente al 2,1% por vía vaginal en 1993 (p<0,001). Hubo más reintervenciones en 2003 (p<0,001). La comparación de la anatomía patológica

**Figura 1. Tendencia de las histerectomías por Hospitales.**



**Tabla 1. Tendencia de la vía de abordaje por Hospitales.**

Hospital	Abdominal	Vaginal	HVAL (2003)
Jario	- 11,4%	+3,2%	8,2% (n=4)
Cangas	- 55,3%	+24,8%	30,5% (n=17)
Avilés	- 11,5%	+9,2%	2,3% (n=5)
Oviedo	- 7,3%	+1,9%	5,4% (n=22)
Cabueñes	- 34,5%	+12,9%	21,6% (n=54)
Jove	- 16%	+11,6%	4,4% (n=3)
Mieres	- 38,1%	+13,8%	24,3% (n=25)
Villa	+10,7%	- 12,7%	2% (n=2)
Autonomía	- 16,1%	+ 5,5%	+ 10,6%

por años fue casi significativa p = 0,047 debido a la disminución de los miomas, pero no hubo diferencias al compararla con vía de abordaje y año. La estancia media global fue en 1993 de 8,37 ± 2,63 días y en 2003 de 7,33 ± 4,29 (p<0,001), pero no tuvimos diferencias significativas al compararla según vía de abordaje, ni con la anatomía patológica. El tamaño uterino tampoco varió con los años.

**Conclusiones:** La tendencia de las histerectomías realizadas en el HUCA, después de una década es la siguiente: disminuye su número (aunque en este dato puede existir un sesgo, ya que en el año 2003, y por causas ajenas al Servicio, se registró una disminución del rendimiento quirúrgico) y aumenta la edad de las

pacientes. Con respecto a la vía de abordaje, tanto la vía vaginal como la HVAL aumentan. La indicación mioma disminuye, sin embargo, se extirpan más miomas por HVAL. La estancia hospitalaria media disminuye.

### HOSPITAL DE CABUEÑES, GIJÓN (ÁREA SANITARIA V)

**Autores:** Isabel Álvarez Miranda, Covadonga Fernández Castro, Beatriz Duplá Parugues.

Queremos comentar los datos más relevantes del Servicio de Ginecología del Hospital de Cabueñes, obtenidos en el estudio sobre histerectomías realizado en nuestra Comunidad Autónoma.

En primer lugar, el significativo descenso del número de histerectomías desde 1993 (n = 387) al 2003 (n = 247). Esta reducción de un 36%, no se ha asociado a un descenso de la población, sino al aumento de la cirugía conservadora como histeroscopias, quistectomías o anexectomías laparoscópicas.

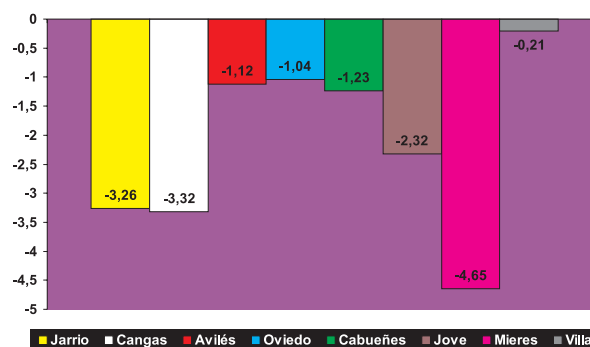
El otro punto interesante, el cual también se relaciona con la introducción de la cirugía endoscópica, es la modificación de la vía de abordaje quirúrgica; de un 81% de histerectomías abdominales en 1993 a un 46% en 2003, sobre todo debido a la realización de un 21,86% de HVAL.

En cuanto a la indicación de tratamiento quirúrgico, desciende el número de cirugías en patología benigna (tanto de útero, como de anexos), menos en el caso de prolapso genital, pero sobre todo el descenso se acusa en úteros miomatosos de pequeño tamaño (en un 50%).

Por otro lado, el número de reintervenciones se ha mantenido constante (n =10), a pesar de la introducción de nuevas técnicas, como la laparoscopia o la nueva cirugía del suelo pélvico, que requieren un periodo de aprendizaje.

El último punto a considerar, es el pequeño descenso en la estancia media (de 8,28 a 7,05 días) que no se corresponde al descrito en la literatura para estas nuevas técnicas quirúrgicas ni al espíritu de alta precoz que pretendemos conseguir. Quizás ello, se deba al desconocimiento de la evolución postoperatoria, en una cirugía a la que nos cuesta acostumbrarnos, y la introducción de cirugías reconstructivas pélvicas (Richter, Imon, TOT y TVT...) cuyo postoperatorio no se puede comparar al de la histerectomía vaginal simple.

**Figura 2. Tendencia de la estancia media por Hospitales.**



**Tabla 2. Tendencia de la estancia media por vía de abordaje, por Hospitales.**

Hospital	útero maligna	anexial maligna	patología cervical
Jario	+2,5%	+11,1%	+2%
Cangas	+15,4%	0%	+3,6%
Avilés	-0,9%	+0,2%	-1,9%
Oviedo	+1,1%	+2,4%	-1,3%
Cabueñes	+4,4%	+1,7%	-1,1%
Jove	+8,9%	-2,7%	-2,7%
Mieres	-1,2%	+3,9%	+3,6%
Villa	-1,1%	+3,8%	-2%
Autonomía	+1,9%	+2%	-0,5%

### HOSPITAL DE JOVE, GIJÓN

**Autores:** Julio Vázquez Rojo, Sonia Tejuca Somoano, Cristina Morales Martínez, M. Luz Lamelas, Andrés Ribas Fernández.

**Resultados:** Analizamos un total de 128 histerectomías abdominales por patología benigna, 68 realizadas en 1993 y 60 en 2003. La edad media de las pacientes fue de  $52 \pm 11,4$  años y la estancia media fue de  $7 \pm 3$  días. Se realizaron 88 por vía abdominal (68,8%), 37 vía vaginal (28,9%) y 3 vía vaginal asistida por laparoscopia (2,3%) (HVAL). Del año 1993 al 2003 hubo una disminución significativa de la vía abdominal (78% vs

58,3%) con aumento de la vía vaginal (22% vs 36,7%) y la aparición de la HVAL (0% vs 5%) ( $p=0,023$ )  
 La edad media se incrementó significativamente en ese periodo (48,7 vs 56 años) ( $p<0,001$ ) a expensas de la patología aneural benigna (41 vs 62;  $p=0,001$ ) y de útero miomatoso (43 vs 46;  $p=0,01$ ). La estancia media disminuyó de 8,1 días a 5,8 ( $p<0,001$ ) a expensas de la cirugía de prolapso genital ( $p<0,001$ ) y de útero miomatoso ( $p=0,001$ ).

Las hysterectomías por útero miomatoso se redujeron significativamente del año 1993 al 2003: 32 (47%) vs 18 (30%) ( $p=0,04$ ).

Finalmente, no hubo diferencias en el porcentaje de pacientes con laparotomías previas (20% vs 18%;  $p=0,7$ ), ni en el nº de reintervenciones (2 casos en el año 1993 y 1 en 2003;  $p=0,6$ ). De las 3 HVAL, ninguna precisó reconversión a laparotomía.

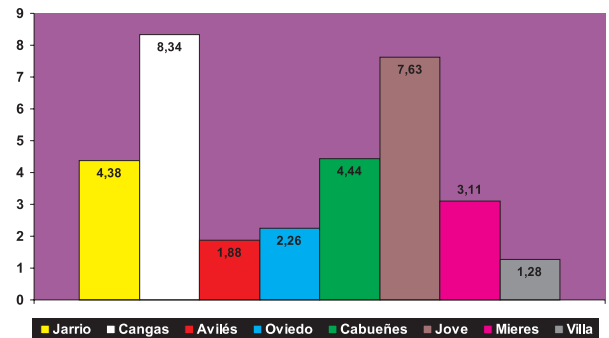
**Conclusiones:** La vía de abordaje de hysterectomías por patología benigna se ha modificado en los últimos años en el Hospital de Jove con un aumento de las indicaciones por prolapso genital y una disminución de las que precisan vía abdominal, a expensas de la disminución de cirugía por útero miomatoso. Se ha iniciado tímidamente la realización de HVAL y precisaríamos su potenciación. La edad media de nuestras pacientes sometidas a hysterectomía se ha incrementado y, también significativamente, ha disminuido su estancia media.

### HOSPITAL ÁLVAREZ BUYLLA, MIERES (ÁREA SANITARIA VII)

**Autores:** Carmen Díaz Díaz, Ignacio García Fraile, M<sup>a</sup> José Díaz García, Carmen Puertas Peña, Ángel Sánchez del Río.

**Resultados:** Nuestro Servicio ha colaborado presentando un total de 181 casos que corresponden a las hysterectomías efectuadas en 1993 ( $n=78$ ) y 2003 ( $n=103$ ). En nuestro Servicio la HVAL se introdujo en el año 1994 y desde entonces fueron disminuyendo las hysterectomías abdominales que en 1993 correspondían a 76,9% habiendo pasado al 38,8% en el año 2003 ( $p<0,0001$ ). La estancia media descendió de  $10,33 \pm 4,43$  en 1993, a  $5,68 \pm 4,46$  durante 2003. Merece la pena destacar la estancia media de la HVAL que fue de  $1,36 \pm 0,860$ , técnica utilizada en el 24,3 % de todas las hysterectomías practicadas durante 2003. Si consideramos la indicación, el útero miomatoso fue la patología más frecuente seguida de los prolapso.

**Figura 3. Tendencia de la edad media por Hospitales.**



**Tabla 3. Tendencia de las indicaciones de hysterectomía por Hospitales (I).**

Hospital	Vía vaginal (HV+HVAL)	de las que HVAL
Jario	10%	100% (n=1)
Cangas	63,6%	100% (n=7)
Avilés		0%
Oviedo	0%	0%
Cabueñes	33,6%	100% (n=16)
Jove	- 16,7%	0%
Mieres	47,1%	75% (n=6)
Villa	- 12%	0%
Autonomía	+ 15,7%	

**Conclusiones:** Se constata una tendencia a la disminución de la hysterectomía abdominal en beneficio de la vaginal y/o HVAL. Esto lleva consigo una disminución del tiempo de hospitalización, y sobre todo, una mejoría en la calidad proporcionada a la paciente. No hemos tenido reintervenciones ni reconversiones en la hysterectomía vaginal asistida por laparoscopia. Mejor relación del coste-beneficio en nuestro medio no sólo por disminuir la estancia hospitalaria sino por utilizar material quirúrgico reconversible. El desarrollo técnico, nos permite abordar con técnicas de mínima invasión, úteros grandes así como patología maligna del cuerpo uterino.

## HOSPITAL VALLE DEL NALÓN, RIAÑO (ÁREA SANITARIA VIII)

**Autores:** Francisco Luis Velasco Crespo, Emilio Huelga Fuego.

**Resultados:** Se han estudiado un total de 276 hysterectomías (174 en 1993 y 103 en 2003). Edad media: 56,1 / 54,73. Laparotomía previa 29,9% / 30,4%. Tamaño uterino < 12 cm 81,6% / 76,5%. Indicaciones por patología benigna (86,9%): Prolapso: 32,8% / 26,5%. Mioma 27% / 40%. Pat. anexial: 15,5% / 13,7%. Pat. corporal: 8,6% / 2,9%. Pat. cervical: 4,2% / 2,1%. Indicaciones por patología maligna (13,1%): Corporal 10,91% / 9,8%. Anexial: 1,14% / 4,9%. Vía de abordaje abdominal 51,1% (1993); 61,8% (2003). Vaginal 48,9% / 36,2%. HVAL: 0 / 2%. Tamaño uterino < 12 cm por vía vaginal: 58,5% / 47,4%. Tamaño uterino > 12 cm por vía vaginal: 6,2% / 8,3%. Reintervenciones: 0,7% / 0. Estancia media: 6,22 / 6,01 días. La totalidad de los prolapsos se han intervenido por vía vaginal y la patología maligna por vía abdominal.

**Conclusiones:** Se observa una incidencia menor de prolapsos y patología corporal benigna, y mayor de patología maligna. La indicación actual más frecuente pasa a ser el mioma en vez del prolapso. Se constata un descenso significativo en el número de hysterectomías (41,73%), lo que atribuimos –además de factores demográficos– al creciente uso de técnicas histeroscópicas y tratamientos médicos. La HVAL tiene aún una baja implantación. Se mantiene una elevada indicación de la vía vaginal, que consideramos preferente para la resolución de la patología benigna. No existe cambio en la estancia media, comparativamente muy baja en 1993. La hysterectomía puede considerarse una técnica segura independientemente de la vía elegida.

## Resultados Autonómicos y Comparación por Hospitales

**Autores:** Ana Escudero Gomis, Elena Rodríguez Vega.

**Objetivo:** Analizar la evolución de la vía de abordaje de las hysterectomías en el Principado de Asturias a lo largo de una década y analizar si existen diferencias entre Hospitales.

**Tabla 4. Tendencia de las indicaciones de hysterectomía por Hospitales (II).**

Hospital	Abdominal	Vaginal	HVAL (2003)
Jarrio	-2,91	-3,51	3,25 (n=4)
Cangas	-1,47	-3,29	3,88 (n=17)
Avilés	-0,87	+0,80	5 (n=5)
Oviedo	-0,02	-2,52	3,95 (n=22)
Cabueñes	-0,05	-0,58	3,76 (n=54)
Jove	-1,58	-3,73	5 (n=3)
Mieres	-3,09	-4,18	1,36 (n=25)
Villa	-0,07	-0,42	5,5 (n=2)
Autonomía	- 1,38 días	- 1,9 días	media: 3,96 (-2,04 días)

**Tabla 5. Tendencia de la extracción de miomas por vía vaginal, por Hospitales.**

Hospital	Vía vaginal (HV+HVAL)	de las que HVAL
Jarrio	6,7%	100% (n=1)
Cangas	42,5%	83,3% (n=5)
Avilés		0%
Oviedo	8,3%	100% (n=15)
Cabueñes	19,6%	94,7% (n=12)
Jove	0%	0%
Mieres	50%	83,3% (n=15)
Villa	- 4,1%	11,1% (n=1)
Autonomía	+ 15,4%	

**Resultados:** Tanto las diferencias autonómicas a lo largo de la década como los resultados de los distintos Hospitales se pueden ver en las tablas y figuras.

En la década estudiada, las hysterectomías descendieron en el Principado en un 8,6%, de 1.445 en 1993 a 1.215 en 2003 (p=0,000) El detalle por Hospitales se aprecia en la Fig. 1.

La hysterectomía abdominal (HA) disminuyó un 16,1% (del 76,6% al 60,5%) y se incrementaron las hysterectomías vaginales (HV) en un 5,5% (del 23,1% al 28,6%) y las hysterectomías vaginales asistidas por

laparoscopia (HVAL) en un 10,6% (del 0,3% al 10,9%) ( $p=0,000$ ) Los datos por Hospitales constan en la Tabla 1.

La **estancia media postoperatoria** en Autonomía disminuyó 1,48 días (de  $8,08\pm 3,71$  a  $6,60\pm 4,01$  días) ( $p=0,000$ ). Por vía de abordaje, la estancia media disminuyó 1,38 días en la HA (de  $8,26\pm 3,78$  a  $6,88\pm$ ), 1,9 días en la HV (de  $7,50\pm 3,43$  a  $3,96\pm$ ) y 2,04 días en la HVAL ( $6,0\pm 2,58$  a  $5,60\pm$ ) ( $p=0,002$ ). Los resultados por Hospitales se aprecian en la Fig. 2 y Tabla 2.

La **edad media** en Asturias se incrementó en 2,62 años (de  $52,09\pm 11,78$  a  $54,71\pm 12,27$ ) ( $p=0,000$ ), incremento que se constató en todas las vías de abordaje: 2,3 años para la HA (de  $48,87\pm 9,44$  a  $51,10\pm 19,46$ ), 1,07 años para la HV (de  $64,21\pm 10,69$  a  $65,28\pm 10,8$ ) y 7,23 años para la HVAL (de  $42,75\pm 7,63$  a  $49,98\pm 10,28$ ) ( $p=0,000$ ). El detalle por Hospitales se aprecia en la Fig. 3.

Las **indicaciones** autonómicas de las histerectomías no han variado con los años ( $p=NS$ ) y se detallan por Hospitales en las Tablas 3 y 4. No obstante, estudiamos el incremento en la extracción por vía vaginal de los miomas (Tabla 5), de la patología benigna (Tabla 6) y de la patología maligna (Tabla 7). Y el porcentaje de ellas en las que se realizó HVAL.

El porcentaje de **úteros mayores de 12 cm** tampoco se incrementó en Asturias en la década estudiada ( $p=NS$ ). Pero estudiamos el incremento de la extracción de úteros mayores de 12 cm por vía vaginal y el porcentaje de ellas extraídas con HVAL (Tabla 8).

No hubo diferencias estadísticamente significativas en el número de intervenciones con **laparotomía previa** en Asturias. No obstante, estudiamos el porcentaje de HV y de HVAL con esta cirugía previa (Tabla 9).

No hubo diferencias significativas en Asturias en el número de **reintervenciones**.

No analizamos la **reconversión de laparoscopias a laparotomías** por la escasez de casos registrados en la Autonomía. Tampoco el **resultado anatómico-patológico**, ya que se correlacionó muy bien con la indicación de la histerectomía.

**Conclusiones:** En los últimos 10 años se constata una tendencia al cambio en la vía de abordaje de las

**Tabla 6. Tendencia de la extracción de la patología benigna por vía vaginal, por Hospitales.**

Hospital	Vía vaginal (HV+HVAL)	de las que HVAL
Larriño	0%	0%
Cangas	36,7%	66,7% (n=2)
Avilés		0%
Oviedo	4%	14,3% (n=1)
Cabueñes	11,1%	77,8% (n=7)
Jove	7,1%	0%
Mieres	38,1%	62,5% (n=5)
Villa	2%	0%
Autonomía	+ 12,4%	

**Tabla 7. Tendencia de la extracción de la patología maligna por vía vaginal, por Hospitales.**

Hospital	mioma	prolapso	anexial benigna	útero benigna
Larriño	- 29,1%	+3,2%	+1,7%	+8,6%
Cangas	- 35%	+23,2%	- 0,9%	- 6,3%
Avilés	+18,2%	+8,8%	- 5,2%	- 11,1%
Oviedo	- 8,9%	+1,9%	+3,7%	+1%
Cabueñes	- 10,8%	+10,2%	- 3,1%	- 1,7%
Jove	- 17,9%	+10,1%	+3,6%	- 3,5%
Mieres	- 6%	+6%	+2,3%	- 4,7%
Villa	+13,8%	- 6,8%	- 1,8%	- 6,6%
Autonomía	- 5,6%	+ 5,1%	+ 0,3%	- 2,6%

histerectomías en el sentido de que han disminuido las histerectomías abdominales en beneficio de las vaginales y/o HVAL.

Dado que, tanto en las HV como en las HVAL, existe un número muy escaso de reintervenciones, el cambio de tendencia puede considerarse como un procedimiento seguro para la paciente.

Al disminuir la estancia hospitalaria, sobre todo en las HVAL y en las HV, se obtiene una mejor relación coste-beneficio con el cambio en la vía de abordaje.

Pero esta tendencia no es uniforme en todos los Hospitales.

**Tabla 8. Tendencia de la extracción de los úteros mayores de 12 cm por vía vaginal, por Hospitales.**

Hospital	Vía vaginal (HV+HVAL)	de las que HVAL
Jarrio	22,2%	100% (n=2)
Cangas	57,6%	83,3% (n=5)
Avilés		50% (n=2)
Oviedo	8%	100% (n=7)
Cabueñes	73,6%	76% (n=19)
Jove	20%	75% (n=4)
Mieres	35%	57,1% (n=4)
Villa	-1,2%	50% (n=2)
<b>Autonomía</b>	<b>+ 25,5%</b>	

**Tabla 9. Porcentaje de extracciones uterinas por vía vaginal con laparotomía previa, en el año 2003.**

Hospital	Histerec. vaginal	HVAL
Jarrio	6,7% (n=1)	25% (n=1)
Cangas	19% (n=4)	35,3% (n=6)
Avilés	19,6% (n=10)	0% (n=0)
Oviedo	28,2% (n=24)	18,2% (n=4)
Cabueñes	22,8% (n=18)	33,3% (n=18)
Jove	18,2% (n=4)	66,7% (n=2)
Mieres	34,2% (n=13)	56,6% (n=14)
Villa	16,2% (n=6)	100% (n=2)
<b>Autonomía</b>	<b>+ 20,6%</b>	

Y como a lo largo de estos 10 años no han variado en la Comunidad Autónoma las indicaciones de la intervención, el tamaño uterino, el diagnóstico anatomopatológico ni la existencia de cicatrices previas, las variaciones en la tendencia de la vía de abordaje dependen exclusivamente del Servicio de Ginecología de cada Hospital.

Por tanto, y al objeto de evitar las diferencias intercentros e interprofesionales, igualar la estancia media e igualar el porcentaje de utilización de la vía

vaginal, se deberán potenciar y generalizar programas de formación que equiparen la capacitación profesional de todos los ginecólogos asturianos y, en consecuencia, la oferta de salud de todos los Hospitales.

## Bibliografía

- Carlson KJ, Nichols DH, Schiff I. Indications for hysterectomy. *N Engl J Med* 1993; 328: 856-860.
- Sheth SS. The scope of vaginal hysterectomy. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2004; 115: 224-230.
- Reich H, De Caprio J, Mc Glynn F. Laparoscopic hysterectomy. *J Gynecol Surg* 1989; 5: 213-216.
- Lowell L, Kessler AA. Laparoscopically assisted vaginal hysterectomy. A suitable substitute for abdominal hysterectomy?. *J Reprod Med* 2000; 45: 738-742.
- Altgassen C, Michels W, Schneider A. Learning laparoscopic-assisted hysterectomy. *Obstet Gynecol* 2004; 104: 308-313.
- Garry R, Fountain J, Brown J, Manca A, Mason S, Sculpher M, Napp V, Bridgman S, Gray J, Lilford R. EVALUATE hysterectomy trial: a multicentre randomised trial comparing abdominal, vaginal and laparoscopic methods of hysterectomy. *Health Technol Assess* 2004; 8: 1-154.
- Paparella P, Sizzi O, Rossetti A, De Benedittis F, Paparella R. Vaginal hysterectomy in generally considered contraindications to vaginal surgery. *Arch Gynecol Obstet* 2004; 270: 104-109.
- Hertel H, Kohler C, Michels W, Possover M, Tozzi R, Schneider A. Laparoscopic-assisted radical vaginal hysterectomy (LARVH): prospective evaluation of 200 patients with cervical cancer. *Gynecol Oncol* 2003; 90: 505-511.
- Holub Z. The role of laparoscopy in the surgical treatment of endometrial cancer. *Clin Exp Obstet Gynecol* 2003; 30: 7-12.
- Kuoppala T, Tomas E, Heinonen PK. Clinical outcome and complications of laparoscopic surgery. *Arch Gynecol Obstet* 2004; 270: 25-30. ■

## Histerectomía subtotal: indicaciones y técnica

Prof. Dr. S. Villaverde Fernández

Hospital Universitario Central de Asturias (Servicio de Obstetricia y Ginecología)



### INTRODUCCIÓN

En 1825 Langenbeck intentó por primera vez extirpar el útero a través de una incisión abdominal. La operación fue realizada por un cáncer cervical avanzado, duró siete minutos y la paciente falleció horas después. Charles Clay efectuó

una histerectomía abdominal en Manchester en Agosto de 1843 y en Noviembre del mismo año A.M. Heath, también de Manchester, efectuó otra histerectomía abdominal, ambas pacientes fallecieron por hemorragia postoperatoria. Heath fue el primero en ligar ambas arterias uterinas.

La primera histerectomía abdominal planificada para extirpar miomas uterinos fue realizada en 1846 por John Bellinger de Charleston y la paciente falleció a los cinco días de la operación. Se atribuye a Walter Burham de Lowell, Massachussets, la primera histerectomía abdominal exitosa en 1853. Estos procedimientos iniciales eran siempre histerectomías subtotales, pero Richardson en 1929<sup>1</sup> introduce la histerectomía total abdominal para prevenir el posterior desarrollo de cáncer de cérvix. Hay que hacer constar, que en ese momento el Screening citológico no existía y la incidencia de cáncer de cérvix era del 0,4%. Por otra parte, en una era preantibiótica el intento de extirpar el cérvix añadía el riesgo de una posible peritonitis a menudo fatal, puesto que un cérvix respetado era sinónimo de barrera contra la contaminación de microorganismos vaginales. Además, los ginecólogos estaban atraídos tan sólo por la idea de tratar los procesos que afectaban al cuerpo uterino. El descubrimiento de los antibióticos en la década de los 50, la mayor disponibilidad de transfusiones y la preocupación constante en el muñón cervical restante como foco potencial de cáncer de cérvix supuso un impresionante despegue de la técnica de la histerectomía total como la había descrito Richardson. El advenimiento, en los años 40 de los trabajos de Papanicolaou y de la colposcopia supuso que se

dispusiera de unos instrumentos de Screening masivo de mujeres para el diagnóstico de carcinoma de cérvix con lo que este proceso inicia un progresivo descenso en su mortalidad. En nuestros días, las opciones para el tratamiento de las lesiones preinvasivas de cuello como crioterapia, exesión con asa electrocirugía, etc. Permiten considerar que la H.T. no es el único medio disponible para prevenir el cáncer de cérvix.

En 1991 Kirk Semm<sup>2</sup> comunica la primera histerectomía laparoscopia supracervical (CASH) con morcelación del útero y extracción a través de la incisión laparoscópica. No fue unánimemente aplaudido, pero suscitó el debate histerotomía supracervical versus total.

### TÉCNICAS Y VARIANTES DE LA HISTERECTOMÍA SUPRACERVICAL

En la década de los años 80 del siglo pasado, se introducen una serie de variaciones de la técnica de la histerectomía supracervical descrita hace más de 160 años. Cada técnica postula ventajas sobre las demás:

- **CISH** (Cervical Intrafascial Semm Hysterectomy)
- **CASH** (Classic Abdominal Semm Hysterectomy)
- **LASH** (Laparoscopic Supracervical Hysterectomy)
- **SPLASH** (Single Anncture Laparoscopic Supracervical Hysterectomy)
- **LSH** (Laparoscopie Subtotal/Supracervical Hysterectomy)
- **PIH** (Pelviscopie Intrafascial Hysterectomy)
- **TVSUA** (Transvaginal Supracervical Uterus Amputacion).

### CONSIDERACIONES CLÍNICAS A FAVOR Y EN CONTRA DE LA TÉCNICA SUPRACERVICAL

Algunas de las razones que esgrimen los autores a favor de la histerotomía supracervical son obvias. Otras se basan en las múltiples series publicadas, otras son anecdóticas o basadas en experiencias propias.

## EL CÉRVIX COMO ESTRUCTURA SANA

Si bien es cierto que el útero es un órgano único desde el punto de vista anatómico, no lo es menos que funcionalmente el cérvix y el cuerpo son dos estructuras totalmente distintas. Funcionalmente y desde un punto de vista patológico presentan cometidos y enfermedades diferenciadas. ¿Por qué extirpar un cérvix normal simplemente por estar adherido al útero?

La mayoría de pacientes que se someten a una histerectomía tienen un cérvix sano y como tal debería ser tratado.

## CÁNCER DE CÉRVIX

El cérvix se ha extirpado históricamente como medio eficaz en la prevención del carcinoma, en una época en la que había una ausencia de métodos eficaces en el despistaje de este proceso.

Cuther en 1949 comunicó que la incidencia de carcinoma en el muñón cervical era del 0,4% y si el canal endocervical era destruido por electrocoagulación en el momento de la cirugía descendía al 0,1%<sup>3</sup>. Según Dunn la prevalencia del cáncer de cérvix en el muñón era del 0,95%, la misma que, si se trata del cáncer en el útero intacto<sup>4</sup>. Actualmente, la incidencia de carcinoma en el muñón cervical es de 0,11% y la incidencia del cáncer de vagina posthisterectomía es más alta (0,17%). Nadie, sin embargo, sugiere la extirpación de la vagina durante la histerectomía para evitar este riesgo.

Muchos estarían a favor de la histerectomía total para reducir o eliminar costes de un programa de Screening citológico, pero no hay datos que puedan sustentar esta afirmación. Después de todo, la citología es sólo parte de ese encuentro anual con su ginecólogo recomendado a la mujer para la detección temprana entre otros procesos del carcinoma de mama o de ovario.

## ¿MENOR RIESGO QUIRÚRGICO?

La estrategia quirúrgica fundamental consiste en aislar del cuerpo uterino para ser amputado a nivel del mismo. Después de ligar los vasos uterinos el cuerpo uterino se separa del cérvix. La extirpación del cérvix conlleva el control de la arteria uterina y de sus ramas, invasión de microorganismos vaginales y al incremento potencial de

infección intraperitoneal que se extiende por el cérvix y tercio superior de la vagina. Esto no ocurre en la histerectomía supracervical por lo que este riesgo es mucho menor.

Una histerectomía total, requiere la disección de la vejiga y de sus inserciones en el cérvix y segmento inferior uterino. Esto no ocurre en la histerectomía supracervical, al menos, en un grado tan extenso, por lo que el riesgo de lesión intraoperatoria vesical es menor. Por otra parte, la extirpación del cérvix requiere incisiones próximas al recto y parte superior de la vagina, esto supone siempre la posibilidad de lesión en esta zona que se obviaría con la histerectomía supracervical. También la morbilidad de la histerectomía supracervical, es menor que la histerectomía vaginal asistida<sup>5</sup>. Las lesiones del tracto urinario en Reino Unido y USA son las causas más frecuentes de demandas judiciales posthisterectomía (Brown 1985)<sup>6</sup> y en un estudio sueco de Nathorst-Boos y colab. (1992)<sup>7</sup>, la incidencia de lesiones urológicas fue del 1% estando vinculados sólo con la histerectomía total y ninguna con la subtotal.

Finalmente, el aspecto más tedioso y arduo de una histerectomía vaginal (tanto con o sin asistencia laparoscópica) conlleva la amputación transvaginal del cérvix y de los ligamentos uterosacros y cardinales que se evitaría con la histerectomía supracervical. Teóricamente estas consideraciones deberían conducir a un tiempo quirúrgico más corto que redundaría en un coste-eficacia mayor y una estancia hospitalaria más breve.

La Histerectomía Total según Thakar y col.<sup>8</sup> estaba asociada a una mayor duración de la cirugía, mayor sangrado, mayor estancia hospitalaria que la histerectomía supracervical, la fiebre y uso de antibióticos eran más frecuentes después de la histerectomía total. Algunas complicaciones menores como retención urinaria y hematoma de cúpula vaginal, sólo ocurrieron en el grupo de las histerectomías totales.

Sin embargo, el estudio TOSH (2003) (Total or Supracervical Hysterectomy) que se centra en el estudio de las complicaciones quirúrgicas y en los resultados clínicos, incluyendo morbilidad, infecciones, complicaciones hemorrágicas y lesiones del tracto urinario, no encuentra diferencias estadísticamente significativas entre la frecuencia de complicaciones entre la HT y la HSC y si un mayor número de readmisiones en el grupo de HSG Lee A. Learnan et al (2203)<sup>9</sup>.

### FUNCIÓN SEXUAL

En el mundo de la función sexual evaluar la literatura, experiencia y relación existente entre la histerectomía y la función sexual, es cuanto menos complicado. Es muy difícil encontrar estudios de buen diseño con una línea de base aceptable y grupos control adecuados. Algunos estudios, incluyen grupos de mujeres en las que asocian menopausia quirúrgica con plastias vaginales y con histerectomía tanto abdominales como vaginales en los que claramente hay un impacto sexual importante.

Master San Jonson<sup>10</sup> en sus estudios iniciales sobre la respuesta sexual femenina, sugieren que en algunas mujeres, al menos, el útero juega un papel en la fisiología del orgasmo vaginal. Por este motivo, muchos autores piensan que una histerectomía supracervical reduciría este impacto negativo.

En 1983 Kilkku<sup>11</sup> publica el estudio retrospectivo de las pacientes en su vida sexual después de la histerectomía total y supracervical. Sus conclusiones abundan en el sentido de que la frecuencia del orgasmo después de la histerectomía supracervical era mayor que después de la histerectomía total. También mantiene que tanto la histerectomía total como la supracervical, a menudo, alivia la dispareunia aunque esta última lo hace en mayor grado. Estos estudios tienen un gran interés, pero la ausencia de un diseño randomizado de alguna manera condiciona los resultados.

Dennerstein y cola.<sup>12</sup> en sus estudios concluyen que el deterioro de la función sexual después de una histerectomía con ooforectomía estaba vinculada a factores sicogenéticos existentes preoperatoriamente especialmente al hecho de creer que la intervención tendría efectos adversos. Zussman y cola.<sup>13</sup> manifiestan que el orgasmo vaginal sufre un posible deterioro tras la histerectomía vaginal. Helstrom<sup>14</sup> en otro estudio cohorte en 104 pacientes, comunica el impacto favorable de la intervención en variables como frecuencia del coito, y orgasmo. Sin embargo, especial cuidado debe observarse al interpretar estos trabajos por cuanto no tiene grupo control. Morin y colab.<sup>15</sup> no encuentran cambios significativos en la función sexual de estas pacientes a los tres meses postoperatorio comparando su actitud con la del periodo preoperatorio. Lalonde y Daniell<sup>16</sup> comunicaron que las pacientes con histerectomía supracervical retornaban a la actitud sexual más rápidamente (3,5 semanas) que aquellas tratadas con histerectomía total (5,9 semanas). Virtanen y colab.<sup>17</sup>

afirman que la actividad sexual después de una histerectomía total no es tan mala como habían comunicado con anterioridad. En el año 2002 Thakar y col.<sup>18</sup> llevaron a cabo un trabajo randomizado de 279 mujeres que habían sido sometidas a Histerectomía Total o Histerectomía Supracervical, no encontrando diferencias entre las dos técnicas para los diferentes parámetros sexuales.

### ¿MENOR RIESGO DE PROLAPSO DE LA BÓVEDA VAGINAL?

Es evidente que la extirpación del cérvix daña y destruye las estructuras que dan soporte al tercio superior de la vagina, especialmente los ligamentos uterosacros y cardinales. Esto puede conducir a un mayor riesgo de prolapso de bóveda vaginal que se evitaría con una histerectomía supracervical. Sin embargo, está claro que prolapsos también ocurren en el curso de una histerectomía supracervical y Virtanen y colab.<sup>17</sup> observan en un estudio retrospectivo de 711 pacientes operadas de prolapso que el número de relaciones pélvicas era superior en pacientes con histerectomía subtotales que totales, 87 de estas pacientes (12,2%) tenían moderado a severo relajación pélvico de las que 46 (6,2%) eran después de histerectomía subtotal y 16 (2,2) después de total.

### FUNCIÓN VESICAL

La vejiga, se encuentra inervada tanto por el sistema simpático como por el parasimpático, alcanzando sus paredes a través del plexo pélvico una vez pasado el ligamento cardinal y el plexo de Frankenhanser. Por tanto, esta intervención puede dañarse como consecuencia de la disección paracervical asociada a la histerectomía. Es más, Prior A. y Stanley<sup>19</sup>, observan cambios en la integridad de los nervios sensoriales que inervan la vejiga e intestino posthisterectomía.

De todos modos, el impacto que la histerectomía (no radical) ocasiona en la función vesical e intestinal no está absolutamente clarificado. Algunos autores encuentran una reducción en la incidencia de síntomas urinarios en el caso de la histerectomía supracervical (Killu y colab.)<sup>20</sup> achacándolo a la menor disección que entraña la histerectomía supracervical y también comunicó una menor incidencia de incontinencia urinaria en estas pacientes un año después de la cirugía. Estos trabajos no han sido confirmados posteriormente.

Comparaciones más objetivas, con estudios y parámetros urodinámicos, no han demostrado beneficios de la histerectomía subtotal sobre la total, Kjuansun y colab<sup>21</sup>. Otros estudios de Parys<sup>22</sup> observan un notable incremento en disfunción subjetiva y objetiva vesicouretral posthisterectomía, más intensa en la total que en la supracervical.

## RECUPERACIÓN MÁS RÁPIDA

Los más entusiastas, mantienen que la histerectomía supracervical se vincula a una más rápida recuperación que la histerectomía total. Las razones, ciertamente no están muy claras. Lyons en 50 pacientes sometidas a histerectomía supracervical tuvieron el alta a las 24h de la cirugía y se incorporaron a tareas habituales 19 días después. Schawrtz<sup>23</sup> comunicó que 20 de sus pacientes retomaron sus labores habituales en una media de 5 a 6 días postcirugía. De esta misma opinión participan Reñe y col.<sup>24</sup> En el sentido de una más rápida recuperación.

## COMPLICACIONES MENOS IMPORTANTES

Incluye infección que ocurre en un 5 a 11% de pacientes, incluso con profilaxis antibiótica (Mitherdorf y cola, 93)<sup>25</sup>. La infección de herida es menos frecuente después de subtotal (1,4%) que total (3,0%) y los hematomas son menos frecuentes (0,7% comparada con el 7,4%). Granulomas de bóveda no complican la histerectomía subtotal pero hay autores que comunican una incidencia de hasta un 21% de pacientes con histerectomía total incluso si se utilizan suturas con material poligaláctico<sup>26</sup>.

## CONCLUSIONES

Creemos, que en este momento, ofertar como parte de nuestro arsenal terapéutico la histerectomía supracervical es una alternativa válida en una era en la que el ginecólogo puede estudiar y tratar localmente distintos procesos cervicales. La citología, colposcopia, biopsia dirigida, conización, asa electroquirúrgico, etc. son ejemplos evidentes de lo mencionado. La llegada de la histerectomía total fue un intento para prevenir y evitar la mortalidad por el cáncer de cérvix. Sin embargo, la histerectomía total, no fue la responsable del cambio significativo de la mortalidad por cáncer de cérvix, sino el uso rutinario de la citología vaginal a partir de los años cincuenta.

Encontramos mayor controversia en otros aspectos como función sexual, riesgo de prolapso postcirugía, función vesical, etc. Es evidente la falta de trabajos prospectivos con buen diseño que muestren la ventaja de una técnica sobre la otra. Hasta que llegue ese momento creo que es razonable para el ginecólogo, el ofertar la histerectomía supracervical en una paciente con sangrado disfuncional y citología reiteradamente negativa en la que tengamos la seguridad de que atenderá las revisiones médicas anuales pertinentes y que tras una conversación con el ginecólogo entienda las ventajas versus desventajas de una técnica sobre la otra. Creemos que de esta discusión saldrá una mayor confianza de la mujer en el proceder. Las candidatas a la histerectomía supracervical, deben tener aldosis papanicolau reciente negativa, deben de ser buenas cumplidoras y atender éstos en los intervalos recomendados.

Algunas evidencias apuntan el hecho de que no deben tampoco presentar dolor pélvico o endometriosis.

Los datos más recientes sobre histerectomía supracervical, no confirman el que mejore la actividad sexual y el soporte pélvico ni que se incremente el riesgo de cáncer de cérvix siempre que la selección de la candidata sea la adecuada, pero sí que el proceder resulta en una menor estancia hospitalaria y un más rápido retorno a las actividades laborales y vida sexual. Las pacientes deben estar informadas de que un persistente sangrado o flujo puede persistir como potencial complicación del proceder quirúrgico. Al mismo tiempo, aunque puede ser tratado a posteriori de modo ambulatorio, deben ser conocedoras de que el riesgo de displasia cervical existe. Algunos, no muchos casos, pueden precisar traquelectomía posterior.

Por consiguiente, creemos que la histerectomía supracervical es un técnica prometedora y mínimamente invasiva que tiene ventajas potenciales en la reducción de la morbilidad quirúrgica, todo ello aun reconociendo que se ha introducido en el arsenal terapéutico del ginecólogo antes de tener una buena evidencia científica sobre la misma.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Richardson EH: A simplified technique for abdominal panhysterectomy. *Sur. Gynaecol. Obst.* 1929; 48: 248-251
2. Semm K. : Hysterectomy via laparotomy opelviscopy. A new CASH method without colpotomy. *Gelourtshilfe Franenheilkd* 1991; 51: 996-1003

3. Kilku P., Gronroos M.: Preoperative electrocoagulation of the endocervical mucosa and later carcinoma of the cervical stump. *Acta Gynaec. Scand* 1982; 61: 265-268
4. Dum M.R.: Prevalence of carcinoma arising in cervical Stumps. *Am. J. Obst Gynecol.* 1961; 82-83
5. Lyons TL.: Laparoscopic supracervical Hysterectomy. A comparison of morbidity and mortality results with laparoscopically assisted vaginal hysterectomy. *J.Reprod. Med* 1993; 38: 763-767
6. Brown A. D. G. (1985): Accidents in gynaecological surgery-medicolegal. In *litigations and obstetrics and Gynaecologists* (G.V.P Chamberlain C.J Orr&F. Sharp, eds). Royal College of Obstetricians and Gynaecologist. London, pp 81-86
7. Nathorst-Boos J., Fuchs T., Von Schoultz B. (1992): Consumer's attitude to hysterectomy: The experience of 678 women. *Acta Obst. Gynecol. Scand* 71, 230-234
8. Thakar, Rane; Ayers, Susan; Clarkson, Peter Stanton, Stuart; Mayonda, Isaac. *The New England J. of Medicine*, 2002, Vol 347<sup>17</sup> 24 Oct.
9. Lee A. Learman et al. A Randomized Comparison of total or supracervical Hysterectomy: Surgical Complications and Clinical outcomes. *Obstet Gynecol*
10. Master WH, Johnson V.: *Human sexual response*. Boston (MA) Little Brown, 1996; 117: 238
11. Kilku P, Gronroos M., Hironen T., Raurano L.: Supravaginal uterine amputation vs. Hysterectomy L, *Acta Obst. Gynecol. Scandi* 1983; 62:147-152
12. Dennerstein L., Word C, Burrows Gd: Sexual response after hysterectomy-oophorectomy. *Obst Gynec.* 1977; 49: 92-6
13. Zussman L. Zussman S, Sunley R, Bjornsons E: Sexual response after hysterectomy-oophorectomy: Recent studies and reconsideration of psychogenesis. *Am. J. Obst Gynecol.* 1981;140: 725-9
14. Helstrom L: Sexuality after Hysterectomy: A model based on quantitative and qualitative analysis of 104 women before and after subtotal hysterectomy. *J. Psychosom. Obst. Gynecol.* 1994; 15: 219-29
15. Morin C., Reñe AMJ, Pérez-Villa I., Rodríguez J.: *J. Am Assoc Gynecol. Laparosc.* 1994 Aug, 1 (4, part 2): 524
16. Lalonde CJ, Daniell JF: Early outcomes of laparoscopic assisted vaginal hysterectomy versus laparoscopic supracervical hysterectomy, 1996; 3. 251-256
17. Virtanen, H.S J. I, Makinen&kiiholara, P.J.A: Conserving the cervix at hysterectomy. *Brit Journal Obst. Gynaec.* 1995: 7; 587 letter
18. Thakar R, Ayers S. Clarkson P., Stanfor S., Mangonda I. Outcomes after total versus subtotal abdominal Hysterectomy. *N England J. Med* 2002;3 47; 1318-25
19. Prior A., Stanley K, Smith ARB, Read NW: Effect of hysterectomy on anorectal and urethrovesical physiology. *But* 1992; 33: 264-7
20. Kilku P, Hirwonon T., Gronroos M.: Supracervical uterine amputation VS abdominal Hysterectomy: The effects on urinary sympfus with special reference to pollakisuria, nocturia and dysuria. *Maturitas*,1981; 3: 197-204
21. Kujansum E, Teisala K, Punnonen R: Uretthral clousure function after total and subtotal hysterectomy measured by urethrocytometry. *Gynecol. Obstet. Invest.*1989: 27: 105-6
22. Parys BT, Haylen BT, Hulton JL, Parsons KI.: Bladder disfuncion after simple hysterectomy: Urodynamic and neurological evaluation. *Eur. Urd.*1990;17 129-133
23. Shwartz RO: Laparoscopic hysterectomy. Supracervical US. Assisted vaginal. *J. Reprod. Med.* 1994: 39: 625-630
24. Reñe AMJ, Morin C., Rodríguez J., Pérez-Villa L.: Supracervical laparoscopic hysterectomy (SCLH) VS. Total laparoscopic hysterectomy (LH): A comparative post-operative study. *J.Am Assoc. Ginecol. Laparosc.* 1994 Aug 1 (4, part.2): 530
25. Mittendorf R, Aronson MP., Berry RE. et al (1993). Avoiding serious infections associated with abdominal hysterectomy: A meta-analysis of antibiotic prophylaxis. *Am. J. Obstet Gynecol* 169. 11-1124
26. Manyonda IT, Welch CR, Mc Whinney NA, and Ross L.D (1990). The influence of suture material on vaginal vault granulations following abdominal hysterectomy. *Br J. Obstetrics gynaecol.* 97, 608-612 ■

Coordinadores:  
Rufino Méndez y José Antonio Díaz Blanco

## Eventos

### CONGRESO AGIPA

5 DE OCTUBRE 2006

17,30 h.

ENTREGA DE  
DOCUMENTACIÓN

18,00 h.

SIMPOSIUM SATÉLITE

19,00 h.

COMUNICACIONES LIBRES

### CONGRESO AGIPA

6 DE OCTUBRE 2006

9-9,10 h.

PRESENTACIÓN:  
Dr. De la Fuente

9,10-9,40 h.

COMUNICACIONES LIBRES  
COORDINADOR: DR VELASCO

#### MESA 1: ECOGRAFÍA

COORDINADOR:  
DR. DE LA FUENTE

9,40-10 h.

DOPPLER EN OBSTETRICIA  
DR. ARENAS. GIJÓN

10-10,20 h.

ECOGRAFÍA DEL 2º TRIMESTRE  
DR. LASTRA. OVIEDO.

10,20-10,40 h.

PAPEL DE LA ECOGRAFÍA  
3D-4 D en OBSTETRICIA  
DR. L.T. MERCÉ. MADRID.

10,40-11 h.

DEBATE  
MODERADOR: DR SOLÍS.  
GIJÓN.

11-11,30 h.

DESCANSO-CAFÉ

11,30-12 h.

COMUNICACIONES LIBRES  
COORDINADOR: DR. MÉNDEZ

#### MESA 2: ENDOSCOPIA

COORDINADORA:  
DRA. LÁZARO

12-12,20 h.

EMBOLIZACIÓN DE MIOMAS.  
DR. COSSÍO. OVIEDO.

12,20-12,40 h.

PAPEL DE LA LAPAROSCOPIA  
EN ONCOLOGÍA  
DR. SÁNCHEZ DEL RÍO.  
MIERES.

12,40-13 h.

ORGANIZACIÓN DE UNA  
UNIDAD DE HISTEROSCOPIA  
AMBULATORIA.  
DRA. CABEZA. LANGREO.

13-13,30 h.

DEBATE  
MODERADOR:  
DR. VILLAVERDE. OVIEDO.

#### MESA 3: EVOLUCIÓN DE LAS INDICACIONES DE CESÁREA EN LA ÚLTIMA DÉCADA

COORDINADORA: DRA. DÍAZ

16-16,10 h.

ÁREA SANITARIA 1

16,10-16,20 h.

ÁREA SANITARIA 2

16,20-16,30 h.

ÁREA SANITARIA 3

16,30-16,40 h.

ÁREA SANITARIA 4

16,40-16,50 h.

ÁREA SANITARIA 5

16,50-17 h.

ÁREA SANITARIA 6

17-17,10 h.

ÁREA SANITARIA 7

17,10-17,20 h.

ÁREA SANITARIA 8

17,30-18 h.

ESTUDIO COMPARATIVO DE  
LAS INDICACIONES DE  
CESÁREA EN ASTURIAS  
DRA. ESCUDERO. OVIEDO.

18-18,30 h.

DESCANSO-CAFÉ

18,30-19 h.

Conferencia :  
"ESTRATEGIAS PARA REDUCIR  
LA TASA DE CESÁREAS"  
DR. J.A. HERNÁNDEZ.  
LAS PALMAS.

19-19,45 h.

DEBATE  
MODERADOR: DR. VARELA.  
OVIEDO.

19,45-20 h.

CLAUSURA

### El rincón del Residente

En esta sección, entre otros objetivos, nos propusimos el rendir un pequeño y cariñoso homenaje a todos aquellos compañeros/as, que habiéndose formado como ginecólogos en Asturias, actualmente ejercen su profesión fuera de nuestra autonomía. Intentaremos, en cada número, el que algunos de ellos nos hagan una breve y simpática biografía de lo que fue su formación como residente en Asturias y su posterior andadura profesional y personal. Hoy publicamos la lista de todos los ginecólogos/as formados en los hospitales asturianos. Esto ha sido posible gracias a la colaboración de: la Dra. Fernández Arrizabalaga (Natacha) del Hospital Central, que tiene recopilado en sus archivos, con motivo de diferentes eventos, el nombre de todos los residentes formados en la maternidad de Oviedo desde el año 1973; la Dra. Beatriz Duplá del Hospital de Cabueñes, quién se encargó de recoger el nombre de los residentes formados en este hospital; y el Dr. Touris (Hospital General de Asturias).

#### HOSPITAL CENTRAL DE ASTURIAS

Carcedo.  
1973 Lequerica, M<sup>a</sup> Ángeles  
Cabeza, Fortes, C. Rodríguez,  
Cimadevilla.  
1974 Aurelio Canales, Pilar  
Figueroa, Avelino B. De  
Quirós, J. C. Lastra.  
1975 Conchita Rodríguez, Chema  
Rodríguez, F. Varela, Pedro  
de la Fuente.  
1976 Cruz Fidalgo, C. Pérez Novo,  
C. Cechini (+).  
1977 Paloma Velásquez, Ramíl,  
Ortiz, E. Álvarez, Castro.  
1978 Julio Calabia, J.L. Doval, J.A.  
Escanilla, J.V. Pérez Godos, N.  
Fernández Arrizabalaga.  
1979 Elena R. Vega, Ana Escudero,  
S. Pintado, Masharov.  
1980 Alfredo Urrutia, Teresa  
Blanco.  
1981 Paloma Guirado, Rafa Canal,  
Julián Martínez.  
1982 Juanjo Hernández, Isabel  
Carrascosa, María  
Marmiesse.  
1983 Carmen Bango, Carmen  
Díaz, Isabel Álvarez.  
1985 Lorenzo Mier.  
1987 Loli Sánchez.  
1988 Belén Aldecoa, Jose Adánez.  
1989 Irene Diez, Carmen Blanco, L.  
Vior, J. Vázquez, Nacho  
Fraile.  
1990 Aurora Lemos, J.A. Díaz  
Blanco, Miguel Aragón,  
Milagros Rubio, M<sup>a</sup> José Díaz.

1991 J. M<sup>a</sup> Marqueta, Cristina  
González, Perla Hernández,  
Mercedes Velasco, Paloma  
Sánchez.  
1992 Yolanda Alonso, Irene García,  
Cati Plaza, Vicente Oille,  
Miguel Ruano.  
1993 Beatriz Álvarez, Eugenia  
Muñiz, Ana Maestre, Beatriz  
Iglesias, Blanca Ramos.  
1994 Luis M. Yáñez, Javier García,  
Polivio Cuichan, Marilís  
Monje, Ana Nachón.  
1995 Rufino Méndez, Belén  
Manzano, Sonia Tejuca.  
1996 Ana Martínez, Sara Larsson,  
M<sup>a</sup> José Rodríguez, Marina  
Barrios, Olga Suárez.  
1997 Paco Moreno, Ana Martín,  
Mónica Gaité, Carmen  
Puertas, Teresa S. Noval.  
1998 Noemí G. Riera, Ana Busto,  
Beatriz Gómez, Patricia  
Vázquez, Alberto R. Melcón.  
1999 Lico Cazorla, Carlota  
Salmones, Beatriz Lorenzana,  
Mónica Redondo, Belén L.  
Viñas.  
2000 Laura Lucio, Pía Caamaño,  
Óscar Vaquerizo.  
2001 Carmen Gutiérrez, Soledad  
Fidalgo, María Vázquez.  
2002 Adela Martín, Noelia  
Fernández Aller, Yolanda  
Ruano.  
2003 Jaime Deza, Rebeca Álvarez,  
Beatriz Alonso.  
2004 Patricia Fernández Pérez,  
Nuria Fernández Gutiérrez,  
David Valdés.

2005 Patricia Cevallos Varela, Ana  
Bayón González, María  
Sánchez López.

#### HOSPITAL DE CABUEÑES

1980 Alejandro Cil García (+).  
1990 J. M. Fernández Iñarrea,  
Raquel Montes Sánchez.  
1991 Ana Covadonga Suárez  
Arias, Elena Couso Pérez.  
1992 Alejandro González, Isabel  
Martínez.  
1993 Beatriz Rodríguez-Vijande  
Alonso, Berta Montero  
Alonso.  
1994 Elena Diez González, Beatriz  
Duplá Paragués,  
1995 Nieves Salas Villaverde.  
1996 José Tadeo Hidalgo López.  
1997 Montserrat Noriega García.  
1998 Rosa Núñez Gión.  
1999 Jorge García Luelmo, Elena  
Prada Queipo.  
2000 Concesa Rodríguez Mon,  
Eva Oviedo Pérez.  
2001 Verónica Riestra García,  
Isabel Álvarez Miranda.  
2002 Sara Pérez Gil, Carmen  
Sánchez Blanco.  
2003 Covadonga Fernández  
Castro, Marta Castillo  
Núñez.  
2004 Eva Gloria Menéndez  
Rodríguez, Noelia Pérez  
Martínez.  
2005 Beatriz Prada Nespral, Lucía  
Castaño Monto.

### In Memoriam

El 19 de marzo hizo un año, que nuestro compañero Fernando Cabrera nos dejó...

Nacido en Galicia, desarrolló su actividad profesional en la cuenca del Caudal, compaginando su labor asistencial en el Hospital Álvarez-Buylla con su despacho privado.

También en estas tierras, dejó dos hijos que siempre supieron acomodarse a tiempos difíciles y de los que tan orgulloso se sentía.

Los compañeros del Servicio y del resto de la especialidad, le recordamos y sentimos su pérdida.

DESCANSE EN PAZ. ■

### In Memoriam

En recuerdo de la Dra. Conchita Rodríguez Álvarez

Acabo de perder a una gran amiga. Se nos ha ido una compañera entrañable.

Licenciada en la Facultad de Medicina de Valladolid, era una gran profesional, magnífica ginecóloga y excelente cirujana.

Todos los años, para despedir a los médicos residentes que acaban la especialidad, solemos darles una cena de despedida. Hace algún tiempo, una residente, tuvo la excelente idea en su discurso de despedida, de intentar captar de cada uno de los médicos del Staff, la cualidad que ella creía que teníamos más sobresaliente, para llevarla como bagaje en su profesión. De la Dra. Rodríguez dijo: "de Conchita, me gustaría llevarme su decisión, la resolución para afrontar cualquier diagnóstico, en definitiva, su eficacia". Creo que esta residente acertó de pleno; Conchita era muy eficaz y extraordinariamente resolutiva.

Con una sonrisa perenne que iluminaba su cara, siempre estaba atenta y solícita con sus pacientes. Era bondadosa, afable y generosa, nunca habló mal de nadie; cuando criticaban a alguien en su presencia, siempre la defendía buscándole alguna cualidad o atenuante; y esto en este país no es una virtud, sino un milagro.

Dedicó en los últimos años de su vida, todo su esfuerzo y sacrificio, ayudando a sus padres enfermos.

Quisiera destacar entre sus innumerables virtudes, la importancia que ella daba a la amistad. Con su muerte, todos sus amigos quedamos huérfanos de una amistad que nos era imprescindible.

Sufrió su enfermedad con una dignidad y una entereza admirable; hasta en los momentos más difíciles esbozaba una sonrisa y se preocupaba por cada uno de nosotros.

Tenía unas enormes ansias de vivir y peleó hasta el último instante con todas sus fuerzas.

En su nombre, quiero agradecer a todos los profesionales de la medicina su ayuda y comprensión, en especial al Dr. Buesa y a todo el personal de enfermería del Servicio de Oncología, que destilaban humanidad por los cuatro costados.

Conchita, siempre recordaremos tu sonrisa y tu bondad. ■



Felipe Varela



SOCIETATIS SOCIETAS DE  
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA  
SEGO

