



11217
127

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

HOSPITAL CENTRAL NORTE

HOSPITAL CENTRAL SUR DE ALTA
ESPECIALIDAD

SUBDIRECCION CORPORATIVA DE SERVICIOS
MEDICOS

GERENCIA DE SERVICIOS MEDICOS

SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

BENEFICIOS DEL MANEJO DE MASAS ANEXIALES
BENIGNAS UTERINAS POR LAPAROSCOPIA,
EXPERIENCIA EN SERVICIO DE GINECOLOGIA
OBSTETRICIA DEL HOSPITAL CENTRAL SUR DE ALTA
ESPECIALIDAD DEL 1 DE ENERO DEL 2000 AL 30
JUNIO DEL 2003.

TESIS DE POSGRADO
PARA OBTENER EL TITULO DE
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
P R E S E N T A

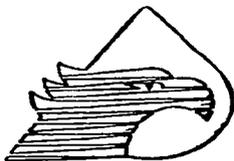
DR. JIMMY WILBETH PINO WILCHIS

ASESOR: DR. J. ANDRES HERNANDEZ DENIS

MEXICO. D. F.

2003

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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



PEMEX

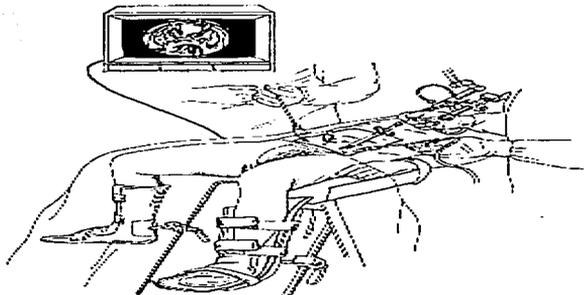
MÉDICOS

SUBDIRECCIÓN CORPORATIVA DE SERVICIOS

GERENCIA DE SERVICIOS MÉDICOS

HOSPITAL CENTRAL SUR DE ALTA ESPECIALIDAD

SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA



**BENEFICIOS DEL MANEJO DE MASAS ANEXIALES BENIGNAS UTERINAS
POR LAPAROSCOPIA. EXPERIENCIA EN SERVICIO DE GINECOLOGIA
OBSTETRICIA DEL HOSPITAL CENTRAL SUR DE ALTA ESPECIALIDAD DEL 1
DE ENERO DEL 2000 AL 30 JUNIO DEL 2003.**

**TESIS CON
PAJILLA DE LIBRE**

FIRMAS DE AUTORIZACIÓN

DR. CARLOS PÉREZ GALLARDO YAÑEZ

DIRECTOR DE HOSPITAL CENTRAL NORTE

ROBERTO M. LONBAIZ GOMEZ

JEFE DE SERVICIO DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN

DR. JORGE ZEPEDA ZARAGOZA

PROFESOR TITULAR

JEFE DE SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

HOSPITAL CENTRAL NORTE

DR JOSE ANDRES HERNÁNDEZ DENIS

JEFE DE SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

HOSPITAL CENTRAL SUR DE ALTA ESPECIALIDAD

IZACION
OS GRADO
EDAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

AGRADECIMIENTOS

A MIS PADRES

SRA. ROSALINDA WILCHIS ORTIZ

SR. RAFAEL ANGEL PINO MENOA

GRACIAS QUERIDOS PADRES POR TODO SU AMOR Y CARIÑO.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

AGRADECIMIENTOS

A MI HIJO

EDUARDO WILBETH

EXTENSIÓN DE MI VIDA.

MOTIVO DE SUPERACIÓN

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

AGRADECIMIENTOS

MAESTRO Y AMIGO

DR. J. ANDRÉS HERNÁNDEZ DENIS

**GRACIAS POR SU ENSEÑANZA, APOYO Y CONSEJOS A LO LARGO
DE ESTOS CUATRO AÑOS.**

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

AGRADECIMIENTOS

ADSCRITOS

DRA ANA LUCIA MARTINEZ CERMEÑO

DRA ALEJANDRA HERRERA ORTIZ

DR ARMANDO E. ORTIZ BRAVO

DR VICTOR MARIN CANTU

DR LEANDRO LOYA MONIET

DR GILBERTO IBARRA MORA

DR RAUL RAMIREZ

POR TODAS SUS ENSEÑANZAS.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

INDICE

HISTORIA	5
ANATOMIA	10
EPIDEMIOLOGIA	12
DIAGNOSTICO	13
DIAGNOSTICO DIFERENCIAL	14
ACCESO QUIRÚRGICO	15
ECOGRAFIA EN LESIONES ANEXIALES	17
VENTAJAS DE LA LAPAROSCOPIA	19
OBJETIVOS	20
HIPÓTESIS	21
METODOLOGÍA	22
TAMAÑO DE LA MUESTRA	23
DESCRIPCIÓN DE LAS VARIABLES	24
RECURSOS EMPLEADOS	26
ANÁLISIS ESTADÍSTICO	28
PROCEDIMIENTO	29
RESULTADOS	31
ANÁLISIS	46
DISCUSION	52
CONCLUSIONES	54
BIBLIOGRAFÍA	48

TESIS CON
FALLA DE CALIDAD

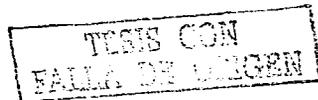
ANTECEDENTES

HISTORIA

Cirugía es una palabra compuesta por dos términos de origen griego cheir → mano y ergon → obra. El significado etimológico es obrar con las manos. La práctica de la cirugía es tan antigua como la existencia del hombre. La Cirugía apareció antes que el cirujano. Los cirujanos aparecen en Babilonia hacia el año 2000 a. de C .La medicina durante muchos siglos, 2-3 millones de años desde que el hombre existe, ha sido más magia y mitología que ciencia.

La endoscopia moderna se inició en el año de 1805, cuando Bozzini en Frankfurt, Alemania utilizó por primera vez un espejo de refracción, una vela y un catéter ureteral de doble lumen para visualizar la vejiga urinaria por litiasis y neoplasia. Stein, de Frankfurt, Alemania, desarrollo un instrumento denominado fotoendoscopio, consistente en un espejo, fuente de luz y cánula ureteral.

En 1865, Desormeaux adaptó una rejilla de chimenea, una lámpara de kerosene y un espejo para visualizar la vejiga urinaria, el cérvix uterino y el útero. La primer fuente de luz interna fue descubierta por el odontólogo Bruck en 1867 al examinar la boca utilizando calor eléctrico a través de un cable de platino como fuente de luz. Este acontecimiento mejoró dramáticamente la luz, pero elevó el riesgo de quemaduras en los tejidos examinados por lo que el mismo Bruck ideó una camisa de agua para enfriar el cable de platino. Fue hasta después del descubrimiento de la luz incandescente por Edison en 1880, cuando el endoscopio se tornó práctico. En



1883, Deroche inventó el cistoscopio incandescente. En 1897, Nitze, en Berlín, desarrolló un cistoscopio operatorio que contenía un sistema de lentes prismáticos y un canal a través del cual se podía insertar una sonda ureteral. Con la llegada del siglo XX, fueron bien establecidos la cistoscopia y otros estudios de cavidades abiertas como esofagoscopia, proctoscopia y laringoscopia. Von Ott desarrolló la primera laparoscopia sin tomar en cuenta las nuevas técnicas endoscópicas. Kelling las tomó en cuenta e insertó un cistoscopio en la cavidad abdominal de un perro para visualizar los órganos abdominales.

Jacobeus, en 1909, realizó la primer laparoscopia y toracoscopia en humanos. En 1918 fue reconocida la importancia del neumoperitoneo lo que le permitió a Goetze introducir su aguja de inflación. La primera adherensiolisis abdominal laparoscópica fue realizada por Fervers en 1933, y en 1936, Boesch, médico sueco realizó la primera esterilización tubárica.

Durante la segunda guerra mundial se desarrolló un avance importante en cuestión de presión intraabdominal, óptica y fuente de luz. En 1944, Palmer reconoció que la presión intraabdominal no debería exceder de 25 mmHg. En 1952, Fourestier introdujo una fuente de luz de fibra de vidrio de luz fría, que producía luz intensa a bajas temperaturas. En 1953, Hopkins, británico, introdujo un sistema de lentes en barra, el cual proporcionó imágenes de mayor claridad, brillo y color. Los verdaderos avances en la instrumentación y técnicas de cirugía laparoscópica fueron hechos por el profesor Kurt Semm a mediados de 1960, al desarrollar un insuflador automático

TESIS CON
FALLA DE CUBIEN

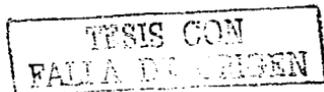
con monitor depresión y sistema de irrigación, el aplicador Endoloop, tijeras de gancho, disector de tejidos y el entrenador pélvico, con lo que se ayudó para desarrollar técnicas de Salpingoclasia, salpingostomía, biopsias, disección de tumores, apendicetomías, etc.

Durante toda esta época y hasta los años 80-90, la visualización laparoscópica estaba restringida exclusivamente para el cirujano lo que hacía más complicados los procedimientos. Como resultado de esto se elaboraron lentes de enseñanza con una serie de lentes y espejos para permitir al ayudante ver lo que el cirujano hacía. Esto resultó ser aún voluminoso y poco efectivo. El mayor avance fue el invento de la videocámara computarizada en 1986, que permitió a los ayudantes y a los asistentes observar las cirugías y ayudar más eficientemente.

Así fue como en 1987, Mouret en Lyons realizó la primer colecistectomía laparoscópica seguido de Dubois en Paris, McKernan y Saye en Georgia, Reddick y Olsen en Tennessee, Cuschieri y Nathanson en Escocia y Perrisat en Burdeos.

Las fronteras de estos procedimientos parecen estar limitadas sólo por la imaginación de los actuales y futuros médicos que dominen este campo.

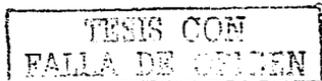
Algunos investigadores han llevado a cabo y refinado técnicas de apendicectomías, linfadenectomías, histerectomías, nefrectomías, hemioplastías, esplenectomías, vagotomías, cirugía de intestino delgado y grueso, estómago, esófago, etc.



Los cambios para el futuro incluyen el continuo desarrollo de instrumentos endoscópicos y técnicas cada vez más versátiles.

La laparoscopia se ha practicado en los seres humanos desde el inicio del siglo XX ⁽¹⁾ y en nuestro país la endoscopia ginecológica se inició en el Hospital de Jesús Alemán Pérez (ahora Hospital de la Mujer) y en el Hospital General de la SSA a finales de 1949. En la década de los setentas se formó en el Hospital de Ginecoobstetricia del Centro Médico La Raza del IMSS la clínica de endoscopia ginecológica para efectuar estudios diagnósticos de pelvis copia transvaginal, laparoscopia y colposcopia ⁽²⁾. Sin embargo, el mayor impacto de esta técnica en ginecología no ocurrió hasta finales del decenio de 1960, cuando se multiplicaron sus aplicaciones, en particular con propósitos terapéuticos:

La información que en la actualidad muestra la literatura mundial, acerca del manejo de las masas anexiales benignas por vía laparoscópica, al compararla con la laparotomía, resalta las bondades de la laparoscopia en importantes aspectos como son el costo, la estancia hospitalaria y el tiempo de convalecencia, como lo explica un artículo publicado En España en donde Se realizó un estudio descriptivo, bidireccional, serie de casos con 120 pacientes que fueron llevadas a laparoscopia operatoria, por sospecha diagnóstica de masa anexial benigna, en la Unidad de Endoscopia Ginecológica del Hospital Infantil Universitario, durante el período comprendido entre noviembre de 1995 y marzo de 1999. Se analizaron tanto variables clínicas como paraclínicas. En este estudio, la adecuada evaluación prequirúrgica e intraoperatoria de las masas anexiales, permitió en todos los casos llevar estas a cirugía con una alta presunción de benignidad, resultado que se corroboró en la patología definitiva Concluyendo que La laparoscopia es una vía



segura para abordar las masas anexiales sugestivas de benignidad y se puede considerar como una alternativa respecto a la laparotomía.

Frecuencia de complicaciones, costos y estancia hospitalaria por paciente del hospital infantil universitario español de 1995 a 1999.

	COSTOS PROMEDIO	DESVIACION ESTANDAR	DIAS ESTANCIA	DESVIACION ESTANDAR	COMPLICACIONES	
PARIDAD N	486.954.77	345.684.48	2.10	0.93	0	0.00%
M	479.684.93	272.228.08	1.6	0.96	0	0.00%
CX CONSERVADORA	447.141.89	252.946.92	2	0.80	0	0.00%
CX NO CONSERVADORA	603.150.00	419.746.73	1.55	1.10	0	0.00%
PREM	0.00	0	0	0	0	0.00%
E.F.	458.736.31	276.875.36	1.83	0.86	0	0.00%
POST	749.644.38	467.813.68	1.76	1.50	0	0.00%
PROMEDIO POR PACIENTE	482.109.28	303.459.22	1.8	0.96	0	0.00%

En Kiel Alemania se publico la experiencia en el manejo laparoscópico de 641 tumores anexiales. Entre Enero de 1997 y Diciembre de 1998, 493 (76.9%) tumores de ovario fueron tratados por laparoscopia y 138 (21.5%) por laparotomía. El criterio de laparotomía fue alta sospecha de malignidad y tumores mayores de 10 cms que presentan grandes dificultades para el manejo laparoscópico. Por laparoscopia los tumores midieron 4.5 cms (1.1 a 11 cms) y por laparotomía 8.2 cms (3 a 20 cms) Los tiempos operatorios medios fueron de 75.7 minutos en laparoscopia y 126 minutos en laparotomía. Las pérdidas hemáticas promedio 193 ml en laparoscopia y 431 ml en laparotomía. 12 laparoscopias fueron convertidas a laparotomía ,6 por severas adherencias, sangrado y tumor demasiado grande y 6 por sospecha intraoperatoria de malignidad. Resultaron ser carcinomas de ovarios en el diagnóstico histológico tardío postoperatorio 4 pacientes (66.7%) 2 tumores borderline (33.3%). Los estudios histológicos revelaron clara predominancia de tumores funcionales quísticos, endometriomas y dermoides en el grupo tratado por laparoscopia y grandes endometriomas, quistes serosos y carcinomas de ovario en el grupo tratado por laparotomía. Sus Conclusiones fueron: Con cuidadoso screening preoperatorio, el

TRIS CON
WALLA DE CAREN

porcentaje de laparoscopías para el tratamiento de los tumores benignos de ovario quísticos, puede incrementarse.

ANATOMIA

Para poder hacer una descripción de los tumores anexiales es importante saber que anatómicamente los anexos uterinos están situados en la cavidad pélvica y están constituidos por las siguientes estructuras:

Anexos
Trompas de Falopio.
Ligamentos redondos.
Ovarios
Restos embrionarios de los conductos de Wolf y de Müller.

LIGAMENTO ANCHO

Es una reflexión del peritoneo en forma de tienda que posee un contorno cuadrilátero irregular. Contiene entre sus capas la trompa de Falopio, el ovario el ligamento redondo, los vasos sanguíneos uterinos, vasos ováricos, nervios, linfáticos,

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

tejido fibromuscular, grasa areolar, una porción del uréter cuando pasa a un lado del ligamento uterosacro sobre los ángulos laterales de la vagina y la base de la vejiga.

OVARIO

Órgano par, de origen mesodérmico, situado en la pelvis menor, por detrás y a ambos lados del útero. Forma parte del pliegue posterior del ligamento ancho.

Tiene forma ovoide:

- Diámetro longitudinal: 3 – 5 cm.
- Diámetro transversal: 2 – 3 cm.
- Espesor: 1 – 2 cm.

En la niña es alargado, pequeño y liso.

En la pubertad alcanza su desarrollo máximo y hay brusco crecimiento de los folículos.

En la mujer después de los 25 años comienza a disminuir su volumen hasta la menopausia.

TROMPA DE FALOPIO

Órgano par que se extiende desde el ovario hasta el útero, tiene forma de tuba ó trompeta. Comunica con la cavidad uterina y el peritoneo libre. Forma parte del pliegue intermedio del ligamento ancho. Tiene cuatro partes:

- Intramural: transcurre en el espesor del útero.
- Ístmica: comienza a la salida del útero y es la parte más delgada.
- Ampular: es la porción más amplia y dilatada.
- Fimbria: formada por las lengüetas y extremidades libres de la trompa.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

La trompa tiene un revestimiento mucoso que se denomina Endosalping constituido por un epitelio cilíndrico ciliado. La misma tiene las funciones de nutrición y transporte del óvulo.

EPIDEMIOLOGIA

Los tumores anexiales representan una patología ginecológica frecuente, de los cuales casi todos los tumores anexiales son benignos y se encuentran lesiones malignas sólo en el 7 a 13% de las pacientes premenopáusicas y 8 a 45% de las postmenopáusicas.

La masa anexial más afectada es la del tejido ovárico debido a la propensión del ovario a la neoplasia. La etiología ovárica varía considerablemente con la edad. En pacientes premenárquicas, gran parte de las neoplasias se originan en las células germinales y exigen una exploración quirúrgica inmediata. Los tumores del estroma, de células germinales y epiteliales predominan en mujeres posmenopáusicas y deben ser considerados malignos hasta que se demuestre lo contrario. Durante el período fértil, la detección de anomalías pelvianas es más frecuente por la mayor concurrencia a exámenes periódicos. A pesar que los tumores son más frecuentes dentro de este grupo etario, la mayoría son histológicamente benignos. En la trompa de Falopio se producen menos neoplasias, aunque esta estructura puede estar implicada con frecuencia en un proceso inflamatorio que se manifiesta en forma de masa.

TESIS CON
FALLA DE CENSO

DIAGNOSTICO

El diagnóstico de una tumoración anexial está relacionado a la urgente necesidad de identificar de manera temprana procesos potencialmente malignos, basados en el concepto fundamental que el tratamiento temprano del cáncer está relacionado con una disminución de la morbilidad y mortalidad.

En ocasiones, en la exploración pélvica se encuentran lesiones extragenitales que muchas veces son grandes y quísticas. Estas incluyen quistes epiloicos, lesiones retroperitoneales y tumores del tracto gastrointestinal (ciego, apéndice, sigmoides e incluso intestino delgado, todas las cuales pueden localizarse en el hueco pélvico). Si se sospecha un origen gastrointestinal de la masa anexial, los estudios radiográficos (tránsito intestinal, colon por enema, etc.) suelen facilitar el diagnóstico definitivo.

El diagnóstico diferencial es complejo debido a que anatómicamente los anexos están formados por las trompas de Falopio, el ligamento redondo, los ovarios y las estructuras en el interior del ligamento redondo que se formaron a partir de los restos embrionarios.

En las pacientes en edad fértil el diagnóstico diferencial es variado; pueden presentarse tumores, tanto benignos como malignos, de múltiples órganos. En ocasiones, en la exploración pélvica se encuentran lesiones extragenitales que muchas veces son muy grandes y quísticas, como podemos ver en cuadro de diagnóstico diferencial de los tumores de los anexos.

TESIS CON
FALLA DE CUBRIR

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LOS TUMORES DE LOS ANEXOS

Órgano	Lesión quística	Lesión sólida
Ovario	Quiste funcional	Neoplasia primaria benigna
	Quiste neoplásico benigno	Neoplasia primaria maligna
	Quiste neoplásico maligno	Metástasis al ovario
	Endometriosis	
Trompa de Falopio	Absceso tuboovárico	Absceso tuboovárico
Falopio	Hidrosálpinx	Embarazo ectópico
	Quiste paraoóforo	Neoplasia primaria
Útero	Embarazo intrauterino	Mioma pediculado
	Embarazo en útero bicorne	Mioma intraligamentoso
	Útero bicorne	
Intestino	Sigmoides o ciego distendido por gas o heces	Diverticulitis
		Ileítis
		Plastrón apendicular
Misceláneas	Vejiga distendida	Tumor sólido retroperitoneal
	Quiste urácal	Absceso o hematoma de la pared abdominal
	Absceso o hematoma de la pared abdominal	Linfoma pélvico
	Quistes retroperitoneales	Riñón pélvico

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

EL ACCESO QUIRÚRGICO POR LAPAROSCOPIA

El tratamiento de los tumores de los anexos constituye una materia muy amplia, pero hasta hace 25 años era muy simple. En la premenopáusica, cuando un tumor anexial era mayor de 5 cm. de diámetro y persistía durante uno ó dos ciclos menstruales ó causaba dolor, se recomendaba una laparotomía. En la posmenopáusica, debido al riesgo de cáncer, se indicaba la laparotomía siempre que el ovario era apenas palpable en la exploración pélvica. Hoy contamos con la laparoscopia que permite un diagnóstico y tratamiento más precisos.

Es de importancia mencionar que la laparoscopia en la década del '70, se comenzó a desarrollar la laparoscopia como elemento de evaluación diagnóstica para las patologías de origen ginecológico. Esto cambió la historia de la ginecología moderna, y permitió evaluar en forma mínimamente invasiva patologías que antes sólo eran reconocidas por medio de la cirugía convencional (laparotomía).

Con el tiempo, la ingeniería médica dio origen a un nuevo y cada vez más complejo instrumental, lo cual permitió que la laparoscopia pudiera ser además un método terapéutico (no sólo para diagnóstico, sino para dar el tratamiento adecuado para diversas patologías). En los comienzos, sólo se resolvían por este medio patologías menores (punción de quistes, liberación de adherencias, etc.).

En los últimos tiempos, el agregado de cámaras de video permitió a este medio ser la vía quirúrgica más usada, no sólo por los ginecólogos, que fueron quienes dieron

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

comienzo a ella, sino también por los cirujanos generales, que la incorporaron paulatinamente. Ya nadie duda de las ventajas de este medio diagnóstico y terapéutico. No se concibe a un centro médico como actualizado, si no ha incorporado a su equipamiento quirúrgico la video laparoscopia.

En el H.C.S.A.E. las primeras laparoscopias se efectuaron en 1985, básicamente con fines diagnósticos. Desgraciadamente, el uso de aire ambiente como medio de distensión, la carencia de cámaras y monitores así como el abordaje a la cavidad abdominal con trocares reutilizables metálicos facilitó la presencia de complicaciones y finalmente se suspendió temporalmente. Poco después se reinició la cirugía laparoscópica con el uso aun de trocares metálicos pero usando ya el CO2 como medio de distensión. La laparoscopia operatoria se inicia en el año de 1994, con el advenimiento de trocares desechables y con mecanismos de seguridad así como la adquisición de cámaras, monitores e instrumental específico para estos procedimientos. Del mismo modo se realizaron cambios en la técnica quirúrgica y una mejor selección de pacientes. En el 2002 se empiezan a realizar procedimientos laparoscópicos mayores con equipo de vanguardia y en un quirófano designado para esta técnica quirúrgica (2).

Los principales aspectos a tomar en cuenta al considerar la laparoscopia quirúrgica como una alternativa razonable en la valoración de pacientes con tumores anexiales uterinos son el estudio cuidadoso preoperatorio como es la realización de ultrasonografía en particular usando la vía vaginal para descartar tumoración maligna

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ECOGRAFÍA EN LESIONES ANEXIALES

Característica	Benigno	Maligno
Superficie externa	Lisa, cápsula delgada en lesiones quísticas	Irregular o nodular. Cápsula gruesa en lesiones quística
Superficie interna	Lisa. Tabiques ausentes o finos	Irregular. Increscencias hacia la cavidad
Consistencia	Generalmente quístico	Sólido-quístico o sólido
Ascitis	Ausente. Puede estar presente en algunos tumores benignos del estroma	Presente
Lateralidad	Generalmente unilateral	La bilateralidad sugiere malignidad

Se solicitan como parte del estudio preoperatorio marcadores tumorales descartando neoplasia maligna.

Los marcadores tumorales de acuerdo a la edad y por su estirpe histológica se enunciaran a continuación:

- a) Menores de 18 años por su frecuencia los tumores germinales son los más frecuentes. Los tumores de células germinales representan el segundo grupo más común de cáncer de los ovarios. Generalmente, los pacientes con estos tumores tienen niveles elevados de HCG (gonadotropina corionica humana) y/o de AFP (Alfafetoproteína), que son útiles en el diagnóstico y seguimiento. Por la frecuencia de tumoraciones epiteliales se solicitara CA 125 específico para estos tumores. (15)(16).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- b) De los 18 años a 45 años se solicitara CA 125. El CA125 es un marcador tumoral que tiene una sensibilidad muy alta para el adenocarcinoma de ovario seroso (superior al 80%) tumoración más frecuente en mujeres de edad fértil.
- c) Mujeres mayores de 45 años Las tumoraciones dependientes del estroma son las más frecuentes. Se solicitara LDH (deshidrogenasa láctica), CA 125 La determinación del CA 125 ha demostrado ser útil en la valoración de las masas ováricas en la mujer posmenopáusicas. En la postmenopausia, la determinación sérica de CA 125 en asociación a la valoración ecográfica de la masa anexial, posee una sensibilidad diagnóstica para el carcinoma de ovario del 97% con una especificidad del 78%, que es el más específico por la frecuencia a estas edades de tumoraciones dependientes del estroma.

TESIS CON
FALTA DE ORIGEN

VENTAJAS DE LA LAPAROSCOPIA

Disminución apreciable del tiempo de estancia intrahospitalaria

Disminución de la exposición a infecciones, por no abrir la cavidad abdominal.

Disminución del tiempo de reinserción laboral.

Franca disminución del dolor postoperatorio.

De mayor aceptación cosmética, debido a las pequeñas incisiones requeridas.

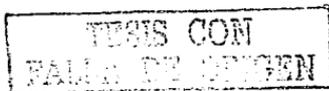
Psicológicamente es mejor aceptada.

INDICACIONES LAPAROSCOPIA PARA EL MANEJO DE MASAS ANEXIALES

Las indicaciones para cirugía laparoscópica en nuestro Servicio son las siguientes:

- 1.- Tumoración sin datos de malignidad por reporte de ultrasonografía (sin papilas internas, cápsula de < de 5mm de grosor, unilateral)
- 2.- Tumoración anexial mayor de 5cm de diámetro.
- 3.- Tumoración menor de 20 cm. ó por debajo de la cicatriz umbilical.
- 4.- Marcadores específicos tumorales negativos.

Tumoraciones anexiales altamente sospechosos de malignidad se evalúan por laparotomía, en forma conjunta con servicio de oncología. Así mismo se intervienen por cirugía abierta tumoraciones a nivel ó por arriba de la cicatriz umbilical.



OBJETIVOS

GENERAL:

Analizar diferencias en la evolución clínica de las pacientes sometidas a resección de tumoraciones anexiales por laparoscopia comparada con la resección por laparotomía.

ESPECIFICOS

Comparar el tiempo quirúrgico de ambas técnicas.

Describir las complicaciones inmediatas y mediatas del procedimiento, considerando como inmediatas aquellas que se producen en las primeras 24 horas y las mediatas aquellas que se presentan en los primeros ocho días de haberse realizado el procedimiento.

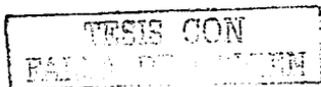
Describir tipo de anestesia utilizada ya sea anestesia general, bloqueo o anestesia mixta en caso de cirugía por laparotomía.

Comparar los días de hospitalización de las pacientes.

Observar las edades en las que mayormente se realizan cada uno de estos procedimientos.

Evaluar los diagnósticos y las indicaciones para ambos procedimientos.

Comparar costos de las técnicas, realizando un estudio costo - beneficio.



HIPÓTESIS

Si realizamos abordajes por laparoscopia a las pacientes con diagnóstico de tumoración anexial uterina para resección de estas neoplasias, entonces su tiempo quirúrgico será menor, las complicaciones transoperatorias y postoperatorias son menores, la evolución y recuperación será más corta que las pacientes sometidas a laparotomía con el mismo diagnóstico.

TESIS CON
FALLA DE CUBRIR

METODOLOGÍA

DISEÑO DE LA INVESTIGACION.

Retrospectivo.

Transversal.

Descriptivo.

Comparativo.

UNIVERSO

Se incluirán a todas las pacientes ingresadas al servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Central Sur de Alta Especialidad con diagnostico de tumoración anexial uterina intervenida por laparotomía ó por laparoscopia, del 1 enero del 2000 al 30 junio del 2003.

TESIS CON
FALLA DE CUBRIR

TAMAÑO DE LA MUESTRA

Se incluyeron en el estudio las mujeres que cubrieron los siguientes criterios:

CRITERIOS DE INCLUSIÓN.

Pacientes sometidas a tratamiento de tumoración anexial uterina benigna por laparoscopia ó por laparotomía.

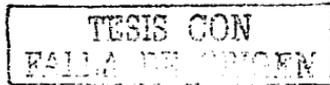
Atendidas del 1 de Enero del 2000 al 30 de Junio del 2003 en H.C.S.A.E.

Pacientes de procedencia local y foránea

Pacientes que firmen el consentimiento informado aceptando el procedimiento por vía laparoscópica.

CRITERIOS DE EXCLUSION

- 1.- Pacientes a la que se le realiza otro procedimiento agregado como histerectomía, plastía de Burch, colpoperineoplastia ó plastia abdominal.
- 2.- Laparoscopia operatoria ó laparotomía realizadas fuera del servicio de ginecología y obstetricia del H.C.S.A.E.
- 3.- Procedimientos realizados en pacientes con patología maligna de sus anexos.
- 4.- Embarazo ectópico.
- 5.- Contraindicaciones que por intervención laparoscópica pueden presentar complicaciones.
 - a) Pacientes con enfermedades pulmonares severas
 - b) Patologías cardiovasculares
 - b) Pacientes con enfermedad gastrointestinales obstructivas
 - c) Hernias diafragmáticas ó de pared abdominal de gran tamaño.



DESCRIPCIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLES DEMOGRÁFICAS

INDEPENDIENTES

EDAD. Años cumplidos, este dato se obtuvo de acuerdo a la fecha de nacimiento por interrogatorio. Variable cuantitativa medida en años.

GESTA. Número de embarazos totales hasta la fecha del estudio. Variable cuantitativa.

DIAGNÓSTICO. Es una variable nominal

El diagnóstico preoperatorio deberán ser patologías benignas de los anexos uterinos.

DEPENDIENTES

DERECHOHABIENCIA. Se establecerá si es trabajador de PEMEX, o bien otros tipos de derechohabiente (esposa, madre, hija). Variable cuantitativa.

TIPO DE CIRUGÍA. Es una variable nominal.

Las dos técnicas incluidas serán resección de masa anexial por laparoscopia y resección de masa anexial por laparotomía.

TIEMPO QUIRÚRGICO. Es una variable cuantitativa medida en minutos.

Se comparará el tiempo quirúrgico de ambos procedimientos.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

SANGRADO. Es una variable cuantitativa medida en mililitros.

COMPLICACIONES TRANSOPERATORIAS. Es una variable nominal.

Las complicaciones transoperatorias pueden ser hemorragia, perforación de vísceras como vejiga o vísceras, conversión de laparoscopia a laparotomía. Enfisema de pared por aguja de Veress ó por trocares

TIPO DE ANESTESIA APLICADA. Es una variable nominal.

Se describirá la anestesia utilizada en ambos procedimientos la cual puede ser general, bloqueo o mixta.

DÍAS DE ESTANCIA. Es una variable cuantitativa medida en días.

COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS. Es una variable nominal.

Se describirán las complicaciones postoperatorias inmediatas o mediatas de los procedimientos y estas pueden ser: hemorragias, hematomas, absceso ó infección.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

RECURSOS EMPLEADOS

RECURSOS HUMANOS

- 1.- Residente de Gineco-obstetricia de IV año, responsable del estudio.
- 2.- Jefe de servicio de Ginecología y obstetricia, supervisor y asesor de trabajo.
- 3.- Medico de apoyo en área estadística.
- 4.- Personal del Departamento de archivo clínico que permitió acceso a los expedientes.
- 5.- Médicos adscritos del servicio de ginecología que participaron en los procedimientos quirúrgicos.
- 6.- Diplomados de laparoscopia.
- 7.- Enfermeras quirúrgicas.
- 8.- Compañeros residentes que intervinieron en los procedimientos.
- 9.- Anestesiólogos y residentes de anestesiología que participaron en procedimientos.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

RECURSOS MATERIALES Y EQUIPO

Para el procedimiento de laparotomía:
quirúrgico para

charola de equipo

Laparotomía.

Suturas

Para el procedimiento por laparoscopia

Endoalpa

Trocars de 5 mm.

Lente de 5 mm de o°.

Graspers

Baja nudos

Porta agujas

laparoscopico

Agujas de aspiración.

Suturas

RECURSOS FISICOS

Se realizaron los procedimientos en áreas específicas de los quirófanos centrales para los procedimientos laparoscópicos y para los procedimientos realizados por laparotomía se realizaron en quirófanos de teco quirúrgicas.

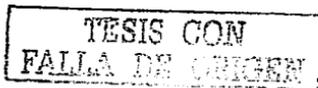
OBTENCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Expedientes clínicos en área de archivo.

Registros de quirófano.

Registros de Incapacidades Médicas.

Tabulador de Sueldos y Salarios.



ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se empleó una base de datos creada en el programa de base, para posteriormente realizar el proceso estadístico en el programa Epiinfo, realizando medidas de tendencia central, medias de dispersión ó de variación.

El objetivo de estudio fue realizar la comparación de los resultados entre dos procedimientos quirúrgicos en el tratamiento de tumores anexiales, se realizó prueba de Chi cuadrada para saber si la eficacia de cada prueba era igual ó diferente para cada grupo.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

. PROCEDIMIENTO

Serán incluidas en este estudio todas las pacientes del servicio de Gineco-Obstetricia del HCSAE de PEMEX con diagnóstico de masa anexial, en el periodo comprendido del 1 de enero del 2000 al 31 de junio del 2003, sometidas a laparoscopia operatoria ó laparotomía.

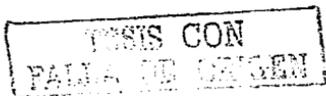
A todas las pacientes se les efectuará historia clínica completa y exploración física, ultrasonido pélvico (preferentemente con transductor endovaginal) así como exámenes preoperatorios y marcadores tumorales (Ca 125, sub-beta de GCh y alfa-feto proteína) descartando patología neoplásica maligna. Las pacientes con diagnostico de tumoración anexial maligna será remitida al servicio de Oncología.

Se descarto los procedimientos por laparoscopia a las pacientes con los siguientes antecedentes:

- a) Pacientes con enfermedades pulmonares severas
- b) Patologías cardiovasculares
- b) Pacientes con enfermedad gastrointestinales obstructivas
- e) Hernias diafragmáticas ó de pared abdominal de gran tamaño.

Las pacientes que serán sometidas a cirugía Laparoscópica ó por laparotomía se les efectuará un consentimiento informado donde se anotarán el procedimiento a efectuar así como los riesgos que éste presenta para la paciente.

La laparoscopia será efectuado de acuerdo a las normas internacionales generalmente aceptadas al respecto: anestesia general, equipo Endoalpha, neumoperitoneo mediante insuflación de CO2,hasta 15 mmHg. Uso de trocares



desechables de 5 mm, lente de cero grados de 5 mm, 2 puertos accesorios de 5 mm, un movilizador uterino en pacientes con antecedente de vida sexual, graspers, agujas de aspiración Laparoscópica, energía bipolar a 35 watts.

TESIS CON
FAULA DE LENGUA

RESULTADOS

En el período comprendido del 1 de enero del 2000 al 30 de junio del 2003 se realizaron 74 procedimientos para el manejo de tumoraciones anexiales, en el servicio de ginecología y obstetricia del hospital central sur de alta especialidad.

En el presente estudio se incluyeron 53 pacientes, que fueron las que reunieron con los criterios preestablecidos en la metodología.

La edad para las pacientes intervenidas:

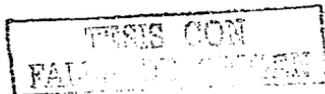
Observamos una media de 34.59 años, con una desviación estándar de 11.7378.

El promedio fluctuó entre 14 años de edad y 62 años, Moda 36, Mediana 36.

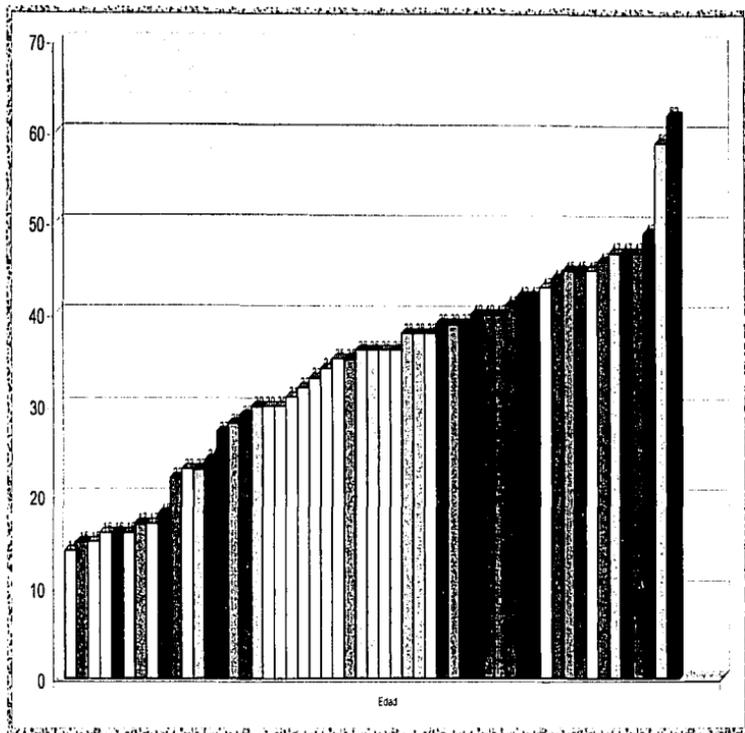
El tiempo quirúrgico para los procedimientos por laparoscopia:

La media fue de 90.0, con una desviación estándar de 30.96.

El tiempo quirúrgico reportado con menor tiempo operatorio para este procedimiento fue de 50 minutos, con un tiempo máximo de 160 minutos.



Frecuencia por Edades



TRISIS CON
FALLA DE ORIGEN

Pacientes intervenidas por Laparoscopia en el manejo de anexos uterinos.

N°	Paciente (Iniciales)	Edad	Diagnóstico Posquirúrgico	Tiempo Qx
TLTA1				
TLTA2	ENBE	24	TERATOMA QUÍSTICO MADURO	50
TLTA3	SRR	22	TERATOMA QUÍSTICO MADURO	70
TLTA4	LIGF	40	CISTADENOMA MUCINOSO	45
TLTA5	TEL	30	MIOMATOSIS	80
TLTA6	NSV	36	QUISTE FUNCIONAL	60
TLTA7	LMHG	44	QUISTE PARATUBARIO	58
TLTA8	MPRJ	39	MIOMATOSIS	70
TLTA9	YMQ	39	CISTADENOMA SEROSO	45
TLTA10	CVM	45	CISTADENOMA SEROSO	60
TLTA11	RLMG	59	CISTADENOMA SEROSO	45
TLTA12	MSJ	28	ENDOMETRIOMA	30
TLTA13	BMM	35	CISTADENOMA SEROSO	45
TLTA14	DRA	41	QUISTE PARATUBARIO	55
TLTA15	DLTZC	40	CISTADENOMA SEROSO	85
TLTA16	KGT	23	QUISTE FUNCIONAL	45
TLTA17	AMFV	47	CISTADENOMA SEROSO	45
TLTA18	AMFVC	47	ENDOMETRIOMA	35
TLTA19	MGM	47	QUISTE PARATUBARIO	40
TLTA20	JAM	38	CISTADENOMA SEROSO	35
TLTA21	KSR	16	CISTADENOMA SEROSO	55
TLTA22	EMM	17	CISTADENOMA SEROSO	30
TLTA23	NVM	30	ENDOMETRIOMA	35
TLTA24	MAM	38	QUISTE FUNCIONAL	50
TLTA25	VBL	35	CISTADENOMA SEROSO	45
TLTA26	NCOR	42	CISTADENOMA SEROSO	58
TLTA27	CPLR	33	CISTADENOMA SEROSO	58
TLTA28	SHV	62	CISTADENOMA SEROSO	50
TLTA29	PDJA	36	CISTADENOMA SEROSO	38
TLTA30	TJRH	23	QUISTE FUNCIONAL	35

TLTA = Tratamiento laparoscópico de tumoración anexial

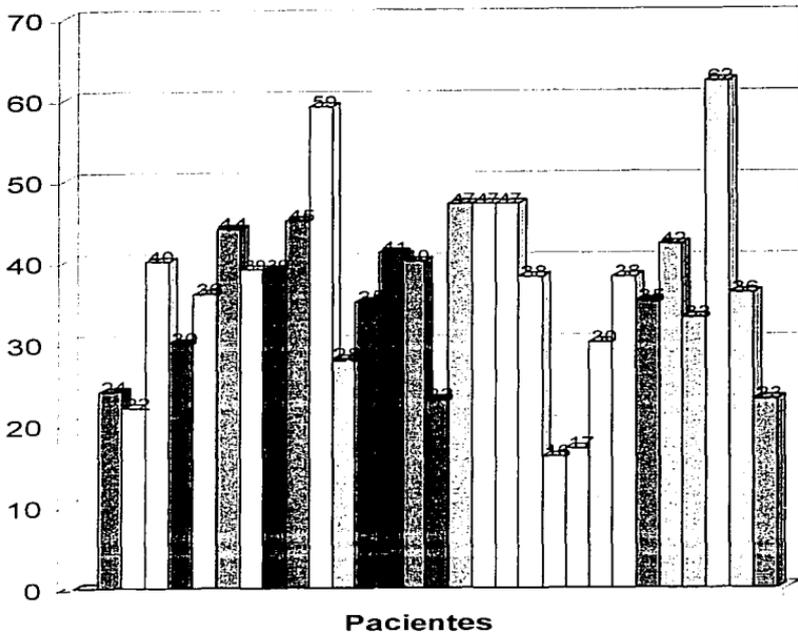


Pacientes Intervenidas con cirugía Laparoscópica

	Anestesia	Sangrado	Días Estancia	Días Recuper	Complicaciones
TLTA1	GENERAL	210	3	14	0
TLTA2	GENERAL	150	2	21	0
TLTA3	GENERAL	215	2	14	0
TLTA4	GENERAL	180	2	14	0
TLTA5	GENERAL	150	3	14	1
TLTA6	GENERAL	145	2	21	0
TLTA7	GENERAL	190	2	14	0
TLTA8	GENERAL	240	2	14	0
TLTA9	GENERAL	220	3	14	1
TLTA10	GENERAL	185	2	21	0
TLTA11	GENERAL	160	2	21	0
TLTA12	GENERAL	200	2	14	0
TLTA13	GENERAL	275	3	14	0
TLTA14	GENERAL	180	2	14	0
TLTA15	GENERAL	235	2	14	0
TLTA16	GENERAL	240	2	21	0
TLTA17	GENERAL	180	3	14	1
TLTA18	GENERAL	350	2	21	1
TLTA19	GENERAL	220	2	14	0
TLTA20	GENERAL	210	2	21	0
TLTA21	GENERAL	180	3	14	0
TLTA22	GENERAL	150	2	14	0
TLTA23	GENERAL	200	2	21	0
TLTA24	GENERAL	160	2	14	0
TLTA25	GENERAL	160	3	14	0
TLTA26	GENERAL	180	2	21	0
TLTA27	GENERAL	145	2	14	0
TLTA28	GENERAL	160	3	14	0
TLTA29	GENERAL	180	2	14	0

TLTA = Tratamiento laparoscópico de tumoración anexial

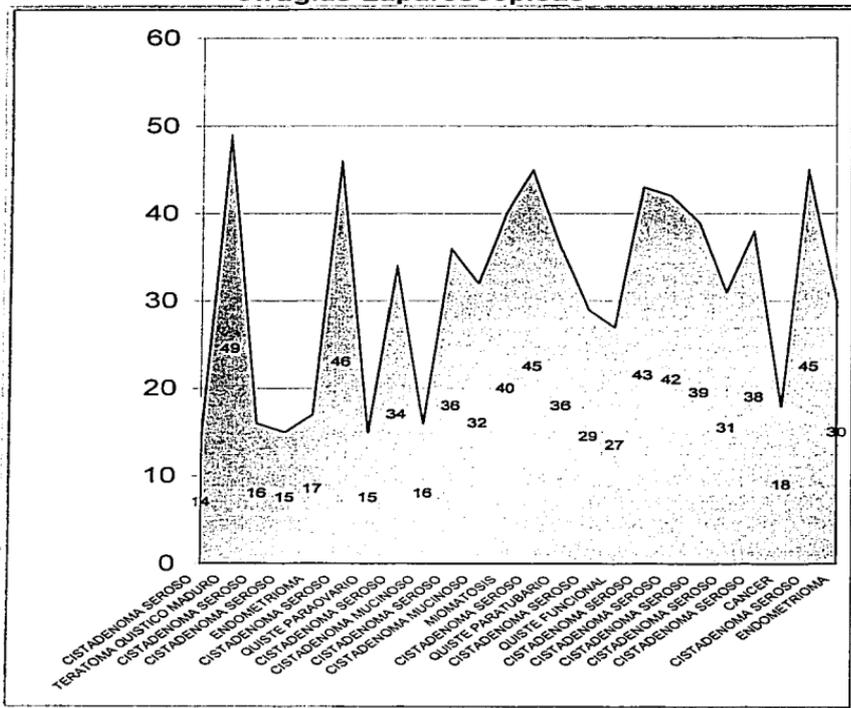
Frecuencia de edad de las pacientes intervenidas por Laparoscopia



**FALTA
PAGINA**

36

Relación Edad – Diagnóstico de las Cirugías Laparoscópicas



TRABAJOS CON
FALSA IDENTIFICACION

**FALTA
PAGINA**

38

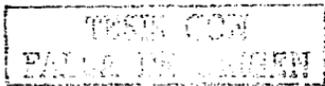
Días Estancia por paciente y costo

N°	Días Hospitalización	Costo Hospitalización
TLTA1	3	\$ 15,600.00
TLTA2	2	\$ 13,000.00
TLTA3	2	\$ 13,000.00
TLTA4	2	\$ 13,000.00
TLTA5	3	\$ 15,600.00
TLTA6	2	\$ 13,000.00
TLTA7	2	\$ 13,000.00
TLTA8	2	\$ 13,000.00
TLTA9	3	\$ 15,600.00
TLTA10	2	\$ 13,000.00
TLTA11	2	\$ 13,000.00
TLTA12	2	\$ 13,000.00
TLTA13	3	\$ 15,600.00
TLTA14	2	\$ 13,000.00
TLTA15	2	\$ 13,000.00
TLTA16	2	\$ 13,000.00
TLTA17	3	\$ 15,600.00
TLTA18	2	\$ 13,000.00
TLTA19	2	\$ 13,000.00
TLTA20	2	\$ 13,000.00
TLTA21	3	\$ 15,600.00
TLTA22	2	\$ 13,000.00
TLTA23	2	\$ 13,000.00
TLTA24	2	\$ 13,000.00
TLTA25	3	\$ 15,600.00
TLTA26	2	\$ 15,600.00
TLTA27	2	\$ 13,000.00
TLTA28	3	\$ 15,600.00
TLTA29	2	\$ 13,000.00

= TLTA = Tratamiento laparoscópico de tumoración anexal

Costos por Paquete en Petróleos Mexicanos

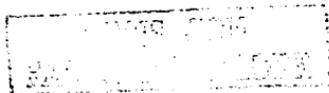
Procedimiento	Costo
Tratamiento laparoscópico de tumoración anexal	\$ 15,600.00 Incluye 3 días de hospitalización
Día Extra de Hospitalización	\$ 2,600.00



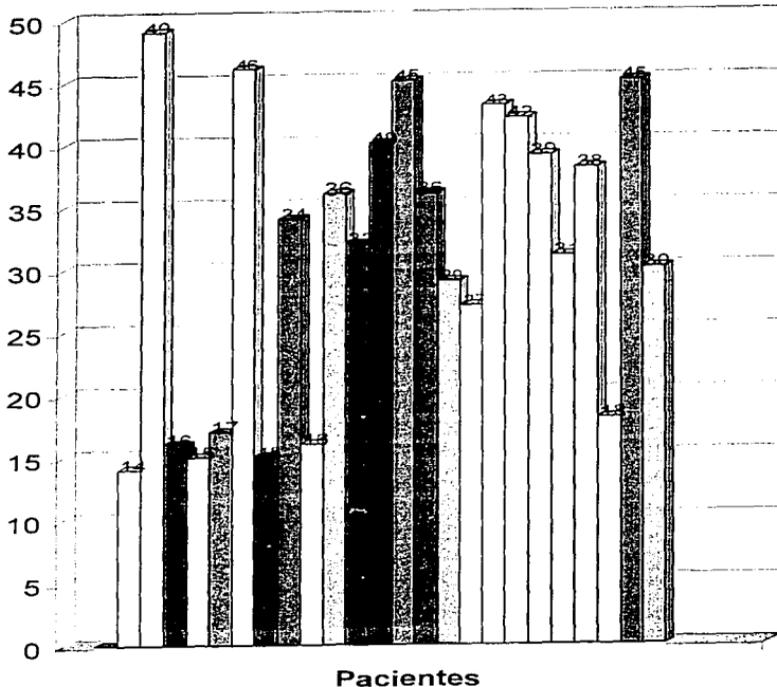
Pacientes Intervenidas con Laparotomía

N°	Paciente	Edad	Diagnóstico	Tiempo Qx
MXL1	GSV	14	CISTADENOMA SEROSO	205
MXL2	MGB	49	TERATOMA QUISTICO MADURO	210
MXL3	SRR	16	CISTADENOMA SEROSO	150
MXL4	AGG	15	CISTADENOMA SEROSO	140
MXL5	EGE	17	ENDOMETRIOMA	190
MXL6	MGL	46	CISTADENOMA SEROSO	195
MXL7	AVH	15	QUISTE PARAOVARIO	195
MXL8	MDLT	34	CISTADENOMA SEROSO	130
MXL9	ES	16	CISTADENOMA MUCINOSO	160
MXL10	ALA	36	CISTADENOMA SEROSO	170
MXL11	MRG	32	CISTADENOMA MUCINOSO	150
MXL12	MCG	40	MIOMATOSIS	160
MXL13	MCDA	45	CISTADENOMA SEROSO	170
MXL14	MRJ	36	QUISTE PARATUBARIO	180
MXL15	LGF	29	CISTADENOMA SEROSO	150
MXL16	ADR	27	QUISTE FUNCIONAL	180
MXL17	GBR	43	CISTADENOMA SEROSO	175
MXL18	EMC	42	CISTADENOMA SEROSO	150
MXL19	MSB	39	CISTADENOMA SEROSO	140
MXL20	TEL	31	CISTADENOMA SEROSO	150
MXL21	GBC	38	CISTADENOMA SEROSO	150
MXL22	VAAE	18	CANCER	140
MXL23	BZG	45	CISTADENOMA SEROSO	170
MXL24	NVM	30	ENDOMETRIOMA	195

MXL = Manejo por Laparotomía

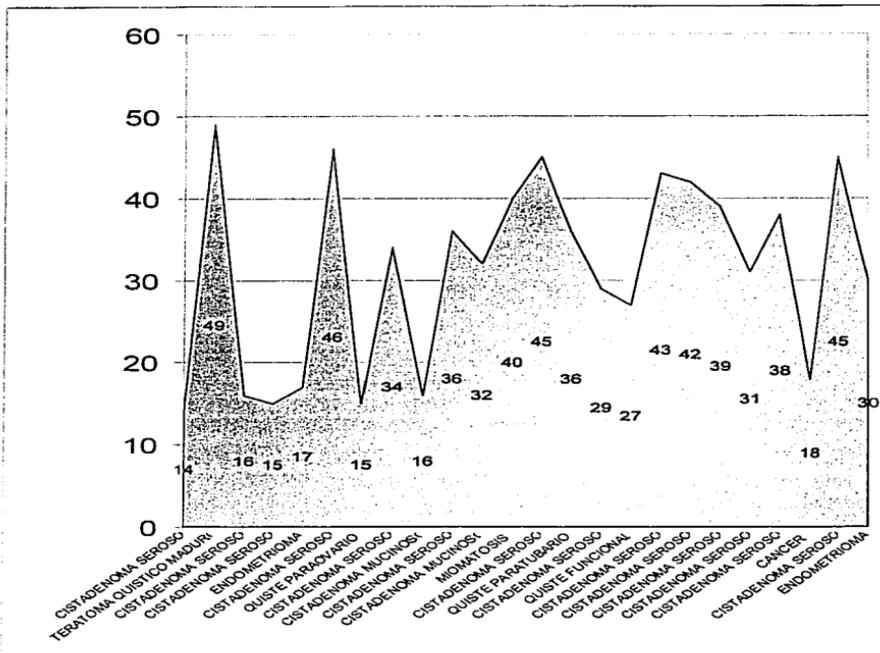


Frecuencia de edad de las pacientes intervenidas por Laparotomía



UNIVERSIDAD
FACULTAD DE CIENCIAS

Relación Edad – Diagnóstico de las Cirugías por Laparotomía

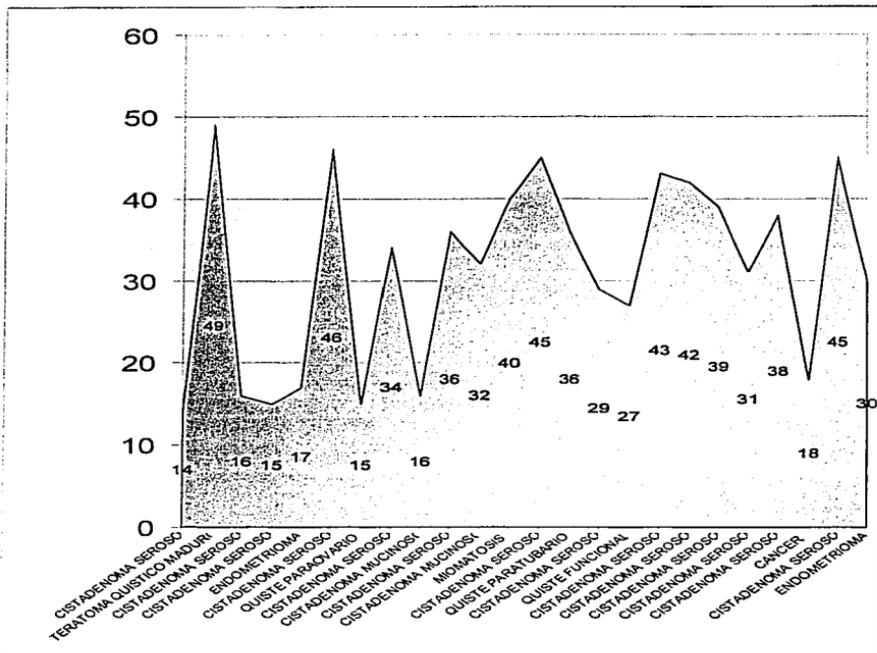


SIS COA
PALMIRA OZCORA

**FALTA
PAGINA**

42

Relación Edad – Diagnóstico de las Cirugías por Laparotomía



ANÁLISIS CON
FALSA FUENTE

Días Estancia por paciente y costo

N°	Días Hospitalización	Costo Hospitalización
MXL1	5	\$ 20,800.00
MXL2	4	\$ 18,200.00
MXL3	5	\$ 20,800.00
MXL4	4	\$ 18,200.00
MXL5	4	\$ 18,200.00
MXL6	5	\$ 20,800.00
MXL7	3	\$ 15,600.00
MXL8	5	\$ 20,800.00
MXL9	3	\$ 15,600.00
MXL10	4	\$ 18,200.00
MXL11	4	\$ 18,200.00
MXL12	3	\$ 15,600.00
MXL13	4	\$ 18,200.00
MXL14	3	\$ 15,600.00
MXL15	4	\$ 18,200.00
MXL16	5	\$ 20,800.00
MXL17	4	\$ 18,200.00
MXL18	3	\$ 15,600.00
MXL19	4	\$ 18,200.00
MXL20	3	\$ 15,600.00
MXL21	5	\$ 20,800.00
MXL22	4	\$ 18,200.00
MXL23	5	\$ 20,800.00
MXL24	5	\$ 20,800.00

MXL = Manejo por Laparotomía



Comparativo de Variables Sangrado, Días Estancia, Días
Recuperación y Complicaciones

Tipo	Media Sangrado	Media Días Estancia	Media Días Recuperación.	Complicaciones
TLTA = Tratamiento laparoscópico de tumoración anexial	206.75	2.25	16.45	0.2
MXL = Manejo por Laparotomía	442.5	3.95	38.5	0.1

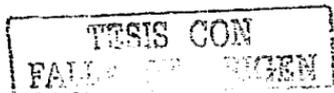
Comparativo de Costos Totales por Hospitalización y por
Incapacidades

Tipo	Costo Total por Hospitalización	Costo Total por Incapacidad	Media
Histerectomía Total Laparoscópica	\$ 273,000	\$ 70,300	\$ 17,165
Histerectomía Total Abdominal	\$ 361,400	\$ 163,220	\$ 26,231

Diferencia entre Cirugía Endoscópica y Cirugía Tradicional = \$ 9,066 (34.56%)

Costos Totales

En ésta tabla podemos observar los beneficios Institucionales en relación a la diferencia de costos. En cuanto a los costos totales por Hospitalización existe una diferencia de \$ 88,400 (24.46%). Los costos totales por Incapacidad reflejan una diferencia de \$ 92,220 (56.92%). Esto es atractivo para la contención del gasto, ya que por cada paciente dejamos de gastar más del 50% por pago de incapacidades.

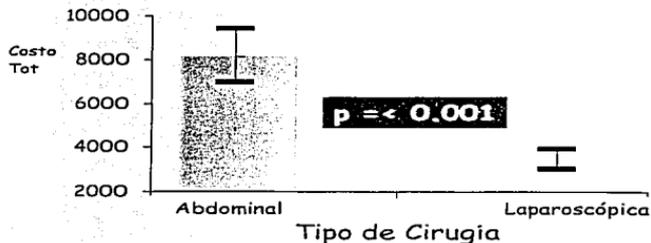


Análisis Comparativo entre Tratamiento por laparoscopia y Tratamiento por

Laparotomía

Costos Totales por Incapacidad

Costo Total por Incapacidad



Costos

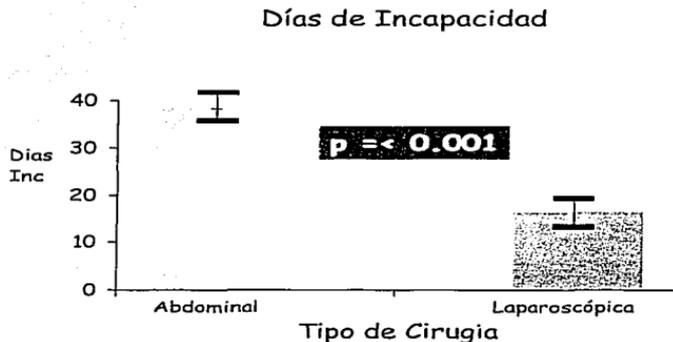
La media del costo por incapacidad en la Cirugía Laparoscópica es \$ 3,514.00 comparada con \$ 8,169.00 en Cirugía abierta (43 % menor)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Gráfica 2.- Análisis Comparativo entre Tratamiento Laparoscópico y cirugía

abierta

Días de Incapacidad

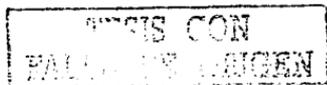


Recuperabilidad

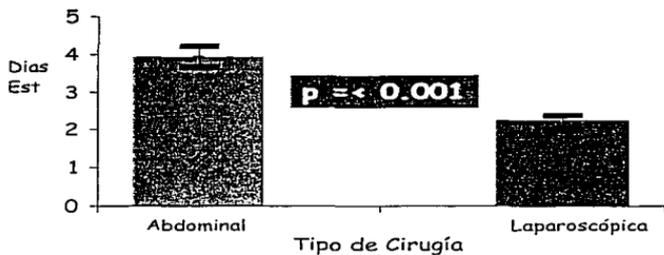
La media de recuperación a actividades normales: laparoscópica 16.4 días vs. 38.5 días en cirugía abierta (42.59%)

Análisis Comparativo entre Laparoscopia vs. laparotomía

Días Estancia



Días Estancia



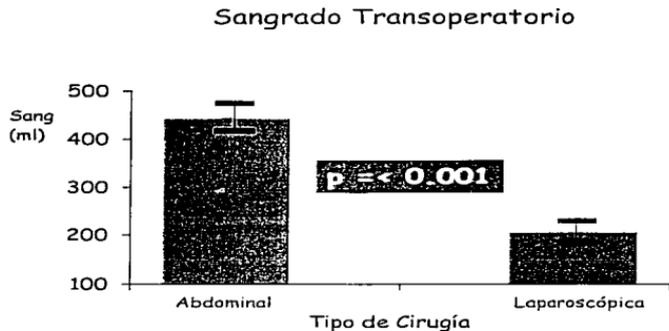
Días Estancia

Los días estancia hospitalarios en cirugía laparoscópica de 2.25 días vs. 3.95 días en cirugía abierta

TESIS CON
FALLA EN REGISTRO

Gráfica 4.- Análisis Comparativo entre Manejo por Laparoscopia y Tratamiento por Laparotomía en el manejo de tumores anexiales.

Sangrado Transoperatorio



Sangrado Transoperatorio

El sangrado postoperatorio por vía laparoscópica fue de 206 ml y en vía abierta de 442 ml

ANÁLISIS CON
TALLER DE MANEJO

Análisis Comparativo entre laparoscopia y laparotomía en el

Tiempo Quirúrgico

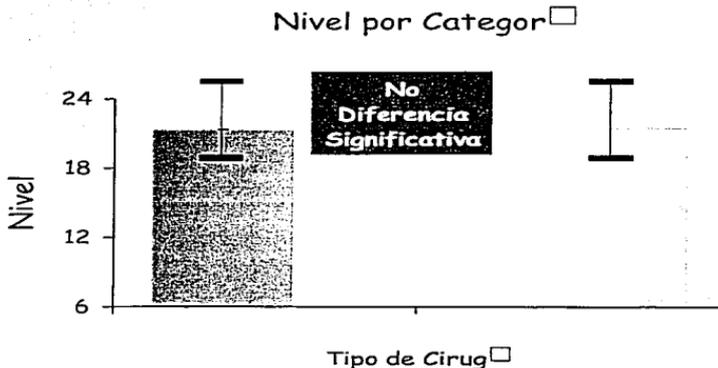
Tiempo Quirúrgico

Por vía laparoscópica fue de 151 minutos y por vía abierta de 167 minutos

Análisis Comparativo entre manejo laparoscópico y manejo por laparotomía en tratamiento de anexos uterinos.

Categoría por Nivel de las Pacientes Trabajadoras

No se detectaron diferencias estadísticamente significativas en las pacientes



trabajadoras que se intervinieron por ambas vías.

ANÁLISIS CON
FALLA DE ORIGEN

**Análisis Comparativo entre Cirugía Laparoscópica y Cirugía abierta en el
manejo de tumoraciones anexiales uterinas**

VARIABLES ESTUDIADAS

Variable	Laparotómica (n=24)	Laparoscópica (n=29)	Valor Estadístico
<i>Complicaciones (%)</i>	20% 4/24	10% 2/29	No Dif Sig
<i>Tiempo Qx (Min)</i>	167 +- 23.1	151 +- 27.2	NoDif. Sig.
<i>Sangrado (MI)</i>	442 +- 59.6	206 +- 48.1	p < 0.001
<i>Días Estancia</i>	3.95 +- 0.75	2.25 +- 0.44	p < 0.001
<i>Días Incapac.</i>	38.25 +- 3.35	16.45 +- 3.42	p < 0.001
<i>Costo Tot. Inc.</i>	8161 +- 2547	3515 +- 1145	p < 0.001

TESIS CON
FALLA EN EL ORIGEN

DISCUSION

En el presente trabajo se demuestra mediante la comparación de las diferentes variables que existen diferencias importantes en cuanto a la cirugía abierta y la cirugía laparoscópica, con valores de $p < 0.001$ tenemos a:

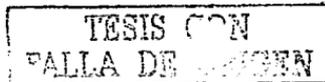
- > Días de Incapacidad
- > Costo Total por Incapacidad
- > Días estancia
- > Sangrado Transoperatorio

> Días de Incapacidad

La diferencia entre ambas fué de 21.8 días, lo que representa un 42.59 % comparada con la cirugía abierta. Es ésta una ventaja muy importante en cuanto a la cirugía laparoscópica, ya que de aquí se verifica la reducción tan importante en cuanto a costos indirectos y por lo tanto a costo total entre ambos procedimientos, con lo anterior se comprueba nuestra Hipótesis.

> Costo Total por Incapacidad

Se registró una importante diferencia de \$ 4,646.00 a pesar de que la variable de Nivel por categoría no tuvo una diferencia estadísticamente significativa (21.35 +- 8.10 vs. 21.45 +- 7.73). Por lo anterior podemos deducir que independientemente del nivel de categoría de las pacientes si fué significativa la diferencia, por lo que los costos indirectos en la cirugía laparoscópica se reducen en forma ostensible hasta un 43 % en comparación con la cirugía tradicional.



>Días estancia

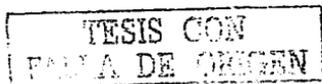
Se registró una diferencia de 1.7 días entre ambas, que se considera una cualidad de los procedimientos endoscópicos, ya que no sólo representa el 56 % entre los dos tipos de cirugía, sino que implica beneficios adicionales como son disminución de costos directos, menor posibilidad de infecciones intrahospitalarias y mayor disponibilidad de camas.

>Sangrado Transoperatorio

La diferencia es mayor al 50% en cirugía abierta, lo que exalta un factor que contribuya a la rápida Recuperabilidad de las pacientes al tener sangrados mínimos en forma transoperatoria, no requerir hemotransfusiones y por ésto último no aumentar el riesgo de infecciones transmitidas por sangre y sus derivados.

Costo Total

En el presente estudio, en el que se comparan 20 pacientes intervenidas por la vía tradicional y la vía laparoscópica existió una diferencia de 34.56 % menos, en cuanto al costo total (costos directos e indirectos) de los dos procedimientos. Esto comprueba nuestra hipótesis, resaltando que en el presente estudio no se incrementaron las complicaciones en el grupo de pacientes de cirugía endoscópica. El presente estudio se realizó en base a los costos estimados en Petróleos Mexicanos en forma de paquete por tipo de cirugía, así como la cuantificación diaria en hospitalización la cuál incluye día / cama, honorarios del equipo médico, medicamentos y estudios de laboratorio y gabinete. En otro tipo



de Instituciones Hospitalaria en las que se evalúan por separado los costos directos e indirectos, la diferencia probablemente es mayor.

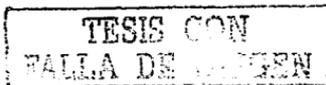
Seguramente, con equipos de cirugía endoscópica más sofisticados y con mayor experiencia del equipo quirúrgica las diferencias serán mayores y sobre todo ubicándonos en cuánto a las indicaciones de la cirugía endoscópica.

Existe un firme compromiso en la investigación y difusión de ésta y otras técnicas de cirugía laparoscópica por mi parte, hacia el equipo de salud que me rodea siempre buscando alcanzar el máximo beneficio al paciente.

CONCLUSIONES

La cirugía laparoscópica ha tenido una entrada explosiva en la medicina mundial, por lo que han generado situaciones imprevistas que poco a poco han encontrado su lugar y equilibrio. La oferta actual de equipos e instrumental de videocirugía es grande, de tal manera que los costos han disminuido, y tanto el cirujano como los hospitales disponen de facilidades para conseguirlos. Prácticamente en todos los casos se ha completado la amortización del costo de los equipos adquiridos inicialmente.

El personal de salud en quirófano incluyendo al cirujano está más familiarizado con los procedimientos manejando la curva de aprendizaje. Sus conocimientos pueden ser aplicados en prácticamente todos los procedimientos endoscópicos, incluso los de introducción reciente. El tiempo de quirófano se acorta, y equipo e instrumental reciben un cuidado adecuado aumentando su vida útil. La selección de los trocares y el instrumental utilizado se han optimizado.



El cirujano puede optar actualmente por el uso de aparatos de electrocirugía, engrapadoras o material de sutura tradicional. El manejo postoperatorio de las pacientes intervenidas por laparoscopia es mucho más simple y se ha estandarizado, de modo que requiere menos medicamentos y tiempo de personal para su atención. Se han empleado técnicas anestésicas de vanguardia que permiten la aplicación de programas quirúrgicos como el ingreso el mismo día de la cirugía, cirugía ambulatoria y en su caso egreso hospitalario menor que por vía laparotómica.

El tratamiento quirúrgico por laparoscopia constituye actualmente una variedad de procedimientos diseñados para disminuir la morbilidad y los costos usuales que se vinculan con métodos de laparotomía.

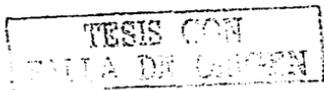
En el presente trabajo no se encontró diferencia significativa desde el punto de vista estadístico.

Las complicaciones de igual manera no encontramos diferencia significativa para valorar.

La anestesia realizada para ambos procedimientos utilizada para los procedimientos laparoscópicos indudablemente fué la anestesia general y para los procedimientos por laparotomía solo fue requerida la anestesia general en un 23% y la mixta en el restante 87%.

En el reporte de de días estancia se reporto una diferencia significativa de 1.7 días. Concluyendo que podemos dar el beneficio de corta recuperación a nuestros pacientes y la ganancia de menor tiempo de estancia a la institución.

La edad de las pacientes intervenidas por laparoscopia y por laparotomía no represento diferencia significativa a mencionar.



Es evidente que pueden realizarse procedimientos laparoscópicos para el tratamiento de los anexos uterinos con seguridad y que los costos totales de la atención puedan disminuirse por su ejecución adecuada. El procedimiento requiere un grado avanzado de destreza técnica y juicio por parte del cirujano, así como de un equipo e instrumental completo.

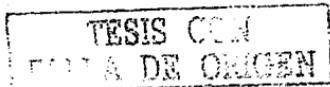
Los cirujanos que realizan el procedimiento sin un grado adecuado de entrenamiento o destreza con toda seguridad tendrán evoluciones clínicas y costos de atención no óptimos. Quienes usan una cantidad innecesaria de equipo y material desechables y caros encontrarán que el costo del procedimiento aumenta de manera correspondiente.

El manejo laparoscópico realizado por cirujanos capacitados en las pacientes indicadas y con los recursos y el equipo adecuados puede prometer la disminución del costo global y la morbilidad.

Muchas mujeres experimentarán disminución del dolor y el traumatismo estético y retornarán con más rapidez a un lugar productivo en la fuerza de trabajo.

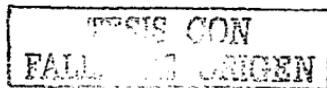
Existen ejemplos en los que la cirugía laparoscópica ha aumentado el costo y la morbilidad vinculados con los siguientes factores:

- 1) cirujanos con entrenamiento y capacidad inadecuados para realizar histerectomía vaginal.
- 2) cirujanos inadecuadamente entrenados o dentro de la curva de aprendizaje de la histerectomía laparoscópica
- 3) uso inadecuado de equipo y materiales costosos.



Se requieren estudios prospectivos para conocer el comportamiento y la trascendencia de los factores que se relacionan con las complicaciones y costos.

Existe una gran motivación para el equipo de salud en continuar aplicando y capacitándose en los procedimientos laparoscópicos que brindan a los pacientes menor agresión a su integridad física y mental, internamiento hospitalario acortado, postoperatorios con menor intensidad de dolor, resultados estéticos en cuanto a las vías de abordaje, Recuperabilidad en menor tiempo reintegrándose al seno familiar y en su caso al área laboral abatiendo el costo de oportunidad que esto implica, y en caso de las Instituciones de salud mayor disponibilidad de días-cama para atender con oportunidad sus necesidades y ahorro en el presupuesto asignado en lo que a pago por incapacidades se refiere.



TESIS COM
FALTA DE PAGINAS

BIBLIOGRAFIA

1.- Cueto J. Weber A. *Cirugía laparoscópica*.1999.28 (2) 126-128

1. Hernández A. *Manual de cirugía endoscópica en ginecología*.2000 1-28
2. - Linde T. *ginecología quirúrgica* 2000. 8.906-920.
3. - Granberg S. Wikland M. *Clinical obstetrics and gynecology*.2000.vol. 36 num 2 361-373
4. Disaia C. *Oncology gynecological clinic*. 2000 255-281
5. Canis M, *Laparoscopic Management of Adnexal masses suspicious at Ultrasound* JL. 97 Vol 89 Num 5 May 125-132
6. Treviño R, Martínez A *Tratamiento de tumores anexiales por laparoscopia Ginecología y Obstetricia*. 97 Vol. 65, 45-51
7. Treviño R, Martínez A *Clasificación de laparoscopia Operatoria Ginecología y Obstetricia*. 96 Vol 64,52-59.
8. - Marvin C. *Controversies in the Management of Adnexal Masses. Clinical Obstetrics and Gynecology*. 97Vol 36, Num 2.131-144
9. Herrmann U *Sonographics patterns of ovarian Tumors. Clinical Obstetrics and Gynecology* 93Vol. 36 Num 2 .422-436.
10. Steven R. *Conservative Management of Small Postmenopausal Cystic Masses. Clinical Obstetrics and Gynecology*. 98 Vol 36 Num. 2. 346-360
11. Howard F. *Surgical Management of Benign Cyst Teratoma Laparoscopy Vs Laparotomy. Journal of Reproductive Medicine*. Jul 95 Vol 40 Num 7, .301-312
12. Ajossa S *Treatment of Nonendometriotic Benign Adnexal Cysts: A Randomized Comparison of Laparoscopy and Laparotomy*.*Mais. Obstetrics*. 95. vol. 86 num. 5 114-122
13. - Jaroslav F. Parkey. W. *Management of Ovarian Masses*. AAGL, 2000. 599-602
14. Peter E. Masas *Ováricas: marcadores serológicos*. Yale University School.

15. .- Sainz R. *Pronostic Importance of Intraoperative Rupture of Malignant Ovarian Epithelial Neoplasm Obstetrics and Gynecology.* 94 Vol. 84, Num. 1. 128-143
- 16.
17. Johns DA, Diamond MP.
Laparoscopically assisted vaginal hysterectomy
J Reprodu Med. 1994;39:424-428
18. Mitchell M. *Extirpación laparoscópica de masas anexiales: precauciones.* State University of New York Health Science Center at Brooklyn, NY. 2000 Vol 2. 203-220
19. .- Prompeler H. *Diagnostic Formula for the differentiation of Adnexal Tumor by Transvaginal Sonography.* Obstetrics and Gynecology. 97vol. 89 num 3,428-33

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ESTA TESIS NO FORMA PARTE
DE LA BIBLIOTECA