

11217
7
Zej



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

HOSPITAL GENERAL "DR. MANUEL GEA GONZALEZ"

INSTILACION TRANSCERVICAL DE XILOCAINA
PARA LA OCLUSION TUBARIA BILATERAL DE
INTERVALO CON ANESTESIA LOCAL

T E S I S

PARA ESPECIALIZACION EN
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A :

DRA. LILIA GRACIELA ALVAREZ ROBLES

ASESOR DE TESIS:

DR. LEOPOLDO VAZQUEZ ESTRADA

JEFE DEL SERVICIO DE GINECOLOGIA

HOSPITAL GENERAL "DR. MANUEL GEA GONZALEZ"

MEXICO, D. F.

1998

TESIS CON

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



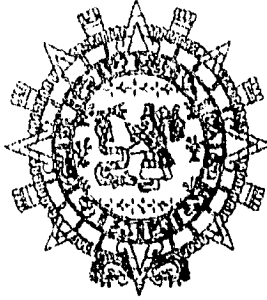
UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

TESIS CON FALLA DE ORIGEN



**TESIS PARA ESPECIALIZACION EN
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA**

TITULO

**INSTILACION TRANSCERVICAL DE XILOCAINA PARA LA
OCLUSION TUBARIA BILATERAL DE INTERVALO CON
ANESTESIA LOCAL**

PRESENTA:


DRA. LILIA GRACIELA ALVAREZ ROBLES


ASESOR DE TESIS

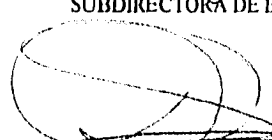
**DR. LEOPOLDO VAZQUEZ ESTRADA
JEFE DEL SERVICIO DE GINECOLOGIA
HOSPITAL GENERAL "DR. MANUEL GEA GONZALEZ"**

MEXICO 1996

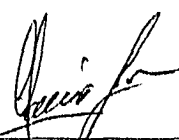
AUTORIZACIONES

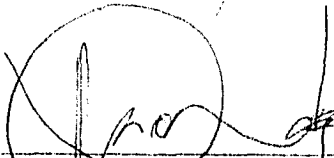

DR. CARLOS A. RIVERO LOPEZ
DIRECTOR DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION


DRA. MA. TERESA VELASCO JIMENEZ
SUBDIRECTORA DE ENSEÑANZA


DRA. DOLORES SAAVEDRA ONTIVEROS
SUBDIRECTORA DE INVESTIGACION

HOSPITAL GENERAL DR. MANUEL GEA GONZALEZ SUBDIRECCION DE INVESTIGACION


DR. ENRIQUE GARCIA LARA
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION
EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA


DR. LEOPOLDO VAZQUEZ ESTRADA
JEFE DEL SERVICIO DE GINECOLOGIA
Y ASESOR DE TESIS

AGRADECIMIENTOS

A DIOS

MI PADRE, MI AMIGO, MI COMPAÑERO EN MI CAMINAR POR
LA VIDA, A EL QUE NUNCA ME HA FALLADO

A MIS PADRES

LAS PERSONAS QUE MAS QUIERO Y A QUIENES LES DEBO
LO QUE SOY

A MIS HERMANOS

POR TODO SU CARIÑO, APOYO Y CONFIANZA

AL DR. LEOPOLDO VAZQUEZ

QUIEN CON SUS CONOCIMIENTOS, DEDICACION Y
AMISTAD HA SIDO EL MAESTRO Y AMIGO EJEMPLAR EN EL
CURSO DE MI ESPECIALIDAD

DR. ENRIQUE GARCIA LARA

POR SER ANTES QUE TODO UNA GRAN PERSONA Y
EXCELENTE JEFE DE CURSO

DR. IGNACIO MARTINEZ HERNANDEZ

POR SER EL GINECOBSTETRA QUE MAS ADMIRO POR SER
EJEMPLO A SEGUIR POR SU CALIDAD HUMANA Y
PROFESIONALISMO

“ HACER CON FACILIDAD
LO QUE ES DIFÍCIL A LOS DEMÁS:
ESTO ES EL TALENTO;
HACER LO QUE ES IMPOSIBLE
A LAS PERSONAS DE TALENTO:
ESTO ES EL GENIO”.

**INSTILACION TRANSCERVICAL DE XILOCAINA PARA LA OCLUSION TUBARIA
BILATERAL DE INTERVALO CON ANESTESIA LOCAL.**

INVESTIGADORES :

INVESTIGADOR RESPONSABLE : DR. LEOPOLDO VÁSQUEZ ESTRADA.
(Jefe del Departamento de Ginecología,
Hospital General Manuel Gea González)

INVESTIGADOR PRINCIPAL : DRA. LILIA ALVAREZ ROBLES
(Residente de tercer año del Servicio Ginecología y
Obstetricia. H. General Manuel Gea González)

INVESTIGADORES ASOCIADOS : DR JOSE ALANIS FUENTES
(Médico adscrito al Servicio de Ginecología y
Obstetricia. H. General Manuel Gea González)

DR. ARTURO CRUZ CERON
(Médico adscrito al Servicio de Anestesiología
Hospital General Manuel Gea González.

DRA. ESTHER LÓPEZ
(Médico Residente de segundo año de Anestesiología
Hospital General Manuel Gea González)

SEDE : Departamento de Ginecología y Obstetricia
del Hospital General Manuel Gea González.

ANTECEDENTES :

Dentro del programa de Planificación Familiar en México, la esterilización femenina es uno de los métodos anticonceptivos más comúnmente empleados por las mujeres en edad reproductiva; siendo en ocasiones el método elegido por una de cada 3 mujeres mexicanas usuarias de métodos (1,2)

Siendo la oclusión tubaria bilateral (OTB) un método anticonceptivo permanente, puede definirse su eficacia anticonceptiva de hasta un 99%, bajo condiciones adecuadas de su realización. (1)

Este procedimiento esta indicado para mujeres en edad fértil, con vida sexual activa, nuligestas, nuliparas o multiparas que desean un método permanente de anticoncepcion en las siguientes condiciones:

- PARIDAD SATISFECHA
- RAZONES MEDICAS.
- RETARDO MENTAL

Siendo a la vez su principal contraindicación: ENFERMEDAD INFAMATORIA PELVICA ACTIVA.

Como en todo procedimiento quirúrgico deben tenerse en cuenta las siguientes precauciones para su realización:

- Embarazo o sospecha del mismo.
- Discrasias sanguíneas no controladas
- Anemia severa.
- Postparto cuando el neonato presente problemas de salud que comprometan su supervivencia.
- Falta de movilidad uterina (adherencias entre otras). (1,3,4)

Este procedimiento puede realizarse en el intervalo, postparto, postaborto, transcesárea.
La vía de acceso puede ser por minilaparotomía, laparoscopia, histeroscopia y colpotomía.

El procedimiento de OTB puede ser por:

- Salpingectomía y ligadura.
- Salpigotomía (fimbriectomía)
- Técnicas de Pomeroy, Uchida e Irving.
- Mecánicas: Por aplicación de anillos de Yoon o electrofijuración. (1)

Actualmente la técnica quirúrgica mas empleada en OTB es la Salpingoclasia tipo Pomeroy modificada por minilaparotomía siendo sus principales características: su sencillez, reproducibilidad, rapidez y el corto lapso de recuperación.

Brevemente nuestra técnica consiste en: una pequeña incisión no mayor de 3 cm de longitud en la línea media, en sentido transversal a 2 cm de la sínfisis del pubis, en la cual se disecciona por planos hasta llegar a cavidad abdominal y posteriormente localizar ambas salpinges, ayudados por un intovilizador uterino previamente colocado, pinzándose con Backoc, a nivel del segmento y ligándose con sutura absorbible del 0 ó 00, y posteriormente cortando el asa ligada.

Se corrobora hemostasia y se procede a suturar la incisión por planos

Esta técnica requiere de un mínimo de instrumental, una sala de operaciones, cirujano, ayudante y circulante, y en caso de que las condiciones generales de la paciente o dificultades en la técnica lo ameriten se solicita la colaboración de un anestesiólogo en forma directa. (1,3)

En manos expertas la técnica puede llevarse a cabo en un tiempo no mayor de 30 min. al tratarse de cirugía ambulatoria; la paciente puede ser egresada en el posoperatorio inmediato en un lapso muy corto de recuperación.(3)

Debido a esto las técnicas anestésicas empleadas han ido depurándose hasta lograr efectuar esta intervención solo con anestesia local y sedación.

Al respecto en nuestra experiencia, empleamos en el medio hospitalario al realizar dicho procedimiento, la infiltración local de Xilocaina simple al 2% en dosis de 100 a 200 mg. en pared abdominal y la administración continua endovenosa de una combinación de 10 mg de Diacepam y 100 mg de Meperidina en 250cc de sol. salina a goteo de acuerdo a dosis respuesta.

Con este manejo anestésico las molestias transoperatorias se reducen al mínimo y la recuperación es muy rápida. Sin embargo hemos constatado que durante el acto quirúrgico, la localización y pinzamiento de las salpinges despierta dolor intenso en la mayoría de las pacientes pese a la técnica antes descrita. (2,3,4)

En consecuencia hemos considerado, que la instilación transcervical pre y transoperatoria de una solución de Xilocaina al 2% (manejando un vol de 5-10 ml según el caso, es decir peso de la paciente: 5mg por Kg de peso) con una cánula de Jarchoff, es una alternativa para disminuir el dolor transoperatorio y depurar la técnica quirúrgica.

La Norma Oficial Mexicana de los Servicios de Planificación Familiar, considera al método de OCLUSIÓN TUBARIA BILATERAL Eficaz y Seguro así como con indicaciones precisas para poder realizarse por medio de varias técnicas.

Estudios recientes realizados en instituciones de importancia como en el Instituto Nacional de la Nutrición Salvador Zubirán, han comprobado que la técnica de Pomeroy por minilaparotomía, es un procedimiento seguro que no produce alteraciones significativas en relación a la función ovárica, en estudios comprobados hasta 5 años posteriores.

Conociendo así la importancia de una técnica sencilla, rápida y eficaz; tratamos de depurarla produciendo el mínimo dolor durante la realización de la OTB, considerando que el uso de Xilocaina transcervical bloquea en determinadas regiones del tracto genital (entre ellas las Salpínges) al inhibir células nerviosas procedentes de ramas del plexo hipogástrico superior

El objetivo de nuestro estudio fue conocer la eficacia de la técnica de esterilización tubaria con anestesia transcervical en cuanto a apreciación del dolor, si sabemos que la Xilocaina es un medicamento de fácil absorción y distribución en cuanto a su aplicación local suprimiendo el dolor en el acto quirúrgico.

HIPÓTESIS : Si la instilación transcervical de Xilocaina se difunde por todo el cuerpo uterino hasta las salpínges y donde en el epitelio tubario existen terminaciones nerviosas que provoquen dolor, entonces la técnica con instalación transcervical de Xilocaina para la realización de oclusión tubaria bilateral provoca menos dolor.

DISEÑO : Fue un estudio prospectivo, comparativo, experimental, transversal y abierto.

MATERIAL Y METODOS.

UNIVERSO DE ESTUDIO : Mujeres Mexicanas que fueron captadas en el Servicio de Planificación Familiar del Hospital General Manuel Gea González, que fueron seleccionadas para el estudio y sometidas a OTB.

Tamaño de la Muestra : Se realizó dicho estudio con 30 pacientes, sometidas a esterilización tubaria (15 pacientes sometidas a OTB con anestesia local mas sedación y 15 pacientes sometidas a OTB por técnica de aplicación de Xilocaina transcervical) en nuestra institución.

CRITERIOS DE SELECCION

Criterios de Inclusión :

- 1.- Todas aquellas pacientes femeninas con paridad satisfecha, multigestas
- 2.- Todas aquellas pacientes nuligestas o nulíparas que deseen OTB por razones médicas; retardo mental o que decidan realizarse dicho procedimiento (consentimiento por escrito) en nuestra institución.

- 3.- Aquellas pacientes que no cuenten con ninguna inconveniente de tipo quirúrgico. Antecedentes de enfermedades graves o contraindicaciones de tipo anestésico para la realización de la misma (ejem: pacientes con cardiopatías graves, con antecedentes de hipersensibilidad a medicamentos anestésicos etc.)

Criterios de Exclusión :

- 1.- Pacientes con antecedentes de enfermedad inflamatoria pélvica aguda o crónica al momento de su detección
- 2.- Cervicovaginitis aguda o crónica
- 3.- Pacientes que cuenten con antecedentes de importancia referidos en el punto número 3 de los Criterios de Inclusión
- 4.- Pacientes con antecedentes de algún problema anatómico de tipo obstructivo a nivel cervical o uterino que impidan la adecuada difusión del anestésico para la realización de la técnica ya descrita
- 5.- Pacientes con exceso de peso mayor al 20% o pániculo adiposo mayor de 5cm

Criterios de Eliminación :

- 1.- Pacientes que en el momento de la exploración muestran datos de EPI, cervicovaginitis u otra infección aguda.
- 2.- Pacientes con Exudado Vaginal positivo ó Papanicolaou sugestivo de infección y sin tratamiento.
- 3.- No conclusión de procedimiento por dificultad técnica o deseo de la paciente.
- 4.- Cirugía pélvica previa.

Variables Dependientes :

- 1.- Experiencia del cirujano
- 2.- Habilidad en la técnica anestésica

Variables Independientes :

- 1 - Edad.
- 2 - Paridad
- 3 - Estado socioeconómico
- 4 - Escolaridad

PROCEDIMIENTO DE CAPTACIÓN DE LA INFORMACIÓN :

Mediante la realización de la técnica antes descrita, los propios investigadores en colaboración con los médicos anestesiólogos, valoramos la presencia y severidad del dolor en el momento de la ligadura de trompas, en la realización del procedimiento en general y en el postoperatorio.

PARÁMETROS DE MEDICIÓN :

- 1.- Se empleo la escala de EVA (Apreciación subjetiva del dolor por el cirujano y el anestesiólogo, calificándose como leve moderado ó severo.
- 2.- Se empleo la escala de EVERA (Apreciación objetiva del dolor valorando su puntuación del 0 al 10; calificando a 0 como ausencia de dolor y a 10 como máximo de dolor presentado.
- 3.- apreciación directa del cirujano durante el procedimiento quirúrgico valorando si hubo, o no, dificultad en la realización del procedimiento.

VALIDACIÓN DE DATOS :

- Se fijo un nivel de P de 0.05 para aceptar o rechazar la hipótesis de nulidad.
- Se utilizó la prueba estadística U de Mann-Witney y Chi-Cuadrada.

RESULTADOS :

Edad: Las pacientes del grupo experimental tuvieron un rango de edad de 22-36 años con un promedio de 30.07 y una desviación estándar de 4.83, y mediana de 32.

Para el grupo control las pacientes tuvieron un rango de edad de 21-36 años con un promedio de 28.4 años y mediana de 28
 $S = 5.23$

Como era de esperarse la edad no tuvo repercusión en los resultados.

DOLOR: ESCALA DE EVA A LOS 5 MINUTOS

	ESTUDIO	CONTROL
NO	12	5
SI	3	10

Al comparar el parámetro de EVA: se obtuvo un valor de Chi-cuadrada de 9.143 con 2 grados de libertad y $P=0.01$. Por lo que se obtienen resultados con diferencias significativas en relación al dolor valorado a los 5 minutos, encontrando mejores resultados en el grupo de estudio.

ESCALA DE EVERA A LOS 30 MINUTOS

	ESTUDIO	CONTROL
NO	13	2
SI	2	13

Prueba U de Mann-Witney para suma de rangos como ordinales al comparar el parámetro de EVERA (dolor a los 30 minutos).

Al comparar los casos que tuvieron o no dolor transoperatorio se obtuvo una Chi-cuadrada de : 4.887 con un grado de libertad, $P= 0.027$.

Por lo que se concluye también que los parametros de medición para el grupo de estudio tuvieron finalmente mejores resultados en relación al grupo control

ANALGESIA POSTOPERATORIA ADICIONAL

	ESTUDIO	CONTROL
NO	3	10
SI	12	5

Como resultados finales en la valoración del dolor postoperatorio que requirió analgesia adicional obtuvimos una Chi-cuadrada = 4.887, $P < 0.05$.

TIEMPO QUIRURGICO :

Al comparar los tiempos quirúrgicos se realizó una prueba de Homogeneidad de Varianza obteniéndose una Chi-cuadrada = 3.48, $P < 0.05$, por lo que se uso una de U de Mann-Witney = Z sub T= 3.72, $P < 0.001$.

DISCUSION

EN EL MOMENTO ACTUAL LA ESTERILIZACION TUBARIA BILATERAL EN LA POBLACION MEXICANA TIENE UNA GRAN DEMANDA Y ACEPTACION POR LO QUE ES DESEABLE PERFECCIONAR LA TECNICA QUIRURGICA QUE PERMITA SU REPRODUCIBILIDAD CON GASTOS MINIMOS SIN PREJUICIO PARA LA PACIENTE

EN ESTE SENTIDO, HEMOS PODIDO OBSERVAR QUE LA INSTILACION TRANSCERVICAL DE XILOCAINA DISMINUYE EL DOLOR TRANS Y POSTOPERATORIO, LO QUE REPERCUTE EN EFECTUAR LA SALPINGOCLASIA EN UN MENOR TIEMPO QUIRURGICO Y CON MENOR DOLOR PARA LA PACIENTE

EN NUESTRO CONOCIMIENTO ESTA TECNICA QUE DESCRIBIMOS ES NUEVA Y NOS PARECE QUE OFRECE VENTAJAS CUANDO LA COMPARAMOS CON LA TECNICA TRADICIONAL.

SERIA ADECUADO AUMENTAR EL NUMERO DE SUJETOS EN UNA AMPLIACION DEL PRESENTE ESTUDIO E INVITAR A OTROS CENTROS MEDICOS A EMPLEAR LA TECNICA.

CONCLUSIONES

La utilización de Xilocaína Transcervical al 2% (volúmenes de 5 a 10 ml) en pacientes sometidas a OTB de intervalo con anestesia local (xilocaína simple al 2% en dosis de 100 a 200 mg. en pared), y sedación (administración continua endovenosa de 10 mg de diazepam y 100 mg de meperidina en 250 cc de solución salina a goteo dosis respuesta) redujo significativamente el dolor transoperatorio y postoperatorio; por lo sencillo en su aplicación, lo sugerimos como alternativa analgésica en pacientes sometidas a OTB de intervalo.

DRA. LILIA ALVAREZ ROBLES
MEDICO RESIDENTE DE TERCER AÑO
GINECOBSTERICIA
HOSPITAL GENERAL DR. MANUEL GEA GONZALEZ

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

REFERENCIAS

1. NORMA OFICIAL MEXICANA DE LOS SERVICIOS DE PLANIFICACION FAMILIAR. Edición del año 1993.
2. ASSESMENT OF LUTEAL FUNCTION AFTER SURGICAL TUBAL STERILIZATION. (J. Garza Flores, L. Vázquez Estrada, A. Reyes Valero, Department of Reproductive Biology INNSZ. México City *Advances in contraception* 7(1991) 371-377.
3. LOCAL ANESTHESIA AND MINILAPARATOMY A SAFE PROCEDURE FOR TUBAL OCLUSION IN WOMEN WITH SEVERE HEALTH PROBLEMS. *Contracepcion*, 36, 211-215. Díaz, Sánchez. V. Bonilla, C. Reyes
4. MINILAPARATOMY TUBAL STERILIZATION. A COMPARATION BETWEEN NORMAL AND HIGH RISK PATIENTS. *Obstet and Gynecol.* 59, 199-201.
5. DOLOR: BASES PARA EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO. PARTES I Y II. Revista: *Anestesia en México*. Dr. Uriah Guevara López. Vol. 7, No. 1 y 3, 1995.