

11217

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL DE GINECO OBSTETRICIA No. 3
CENTRO MEDICO NACIONAL "LA RAZA"

**INCIDENCIA DE MORBILIDAD LAPAROSCOPICA EN
EL SERVICIO DE BIOLOGIA DE LA REPRODUCCION**

TESIS DE POSTGRADO

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA
EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:

DRA. ALMA GLORIA GATICA RAMIREZ

ASESOR: DR. ANDRES OCTAVIO ESTRADA PORTILLA

MEDICO GINECO OBSTETRA DEL HGO No. 3 "LA RAZA"

Facultad de Medicina
Sec. de Servs. Escolares
OCT 10 2000

MEXICO, D.F.

2000

2843



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.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

**HOSPITAL DE GINECO –OBSTETRICIA No. 3
CENTRO MEDICO NACIONAL “LA RAZA”**

**INCIDENCIA DE MORBILIDAD LAPAROSCOPICA
EN EL SERVICIO DE BIOLOGIA DE LA
REPRODUCCION**

**AUTOR: DRA. ALMA GLORIA GATICA RAMIREZ
RESIDENTE DE GINECO OBSTETRICIA
HGO No. 3 CENTRO MEDICO NACIONAL “LA RAZA”**

**ASESOR: DR. ANDRES OCTAVIO ESTRADA PORTILLA
MEDICO GINECO OBSTETRA
HGO No. 3 CENTRO MEDICO “LA RAZA”**

COLABORADORES:

**DR. JUAN CARLOS HINOJOSA CRUZ
MEDICO GINECO OBSTETRA JEFE DE SEVICIO
HGO No. 3 CMN “LA RAZA”**

**DR. MANUEL MATUTE GONZALES
MEDICO GINECO OBSTETRA
HGO No. 3 CMN “LA RAZA”**

INDICE

Antecedentes Científicos	1
Planteamiento del Problema	5
Objetivo	6
Programa de Trabajo	7
Identificación de Variables	8
Descripción del Estudio	9
Resultados	10
Conclusiones	11
Bibliografía	12
Anexo No 1	14
Tabla No 1	15
Tabla No 2	16

AGRADECIMIENTOS

A MIS PADRES:

J. Guadalupe y Consuelo (+)

A MIS HERMANOS:

Guadalupe, Antonio, Consuelo, José y Roberto

EN ESPECIAL:

Dr. Andrés Estrada P.

Dr. Manuel Matute Glz.



ANTECEDENTES CIENTIFICOS

La laparoscopia es un método exploratorio que permite visualizar la cavidad abdominal mediante la introducción de un aparato óptico y la creación de un neumoperitoneo :

Los primeros intentos de observar una cavidad humana en una persona viva se atribuyen a Phillip Bozzini, quien los realizó a principios del siglo pasado, en 1805 en Frankfurt. En 1853 Desomereaux en Francia empleo la iluminación con queroseno, reflejada mediante un espejo, denominando a este instrumento "endoscopia bucal", con una asa de platino cubierta de cristal y enfriada con agua. En 1878 Nitze creo su cistoscopio el cual además de la iluminación electrónica con platino incluyó lentes prismáticos lo que mejoro la visión y permitió lograr las primeras fotografías endoscópicas.

En 1910 Jacobeaus acuño el termino "Laparoscopia" y popularizo el empleo de este método; además insertó el trócar antes del oxígeno para insuflar la cavidad abdominal, lo cual realizaba antes de la inserción del trócar que introducía con punta piramidal.

Zollikofer en 1924 introdujo el uso de bióxido de carbono para realizar el neumoperitoneo, con la gran ventaja de que éste gas a diferencia del oxígeno no es explosivo y se absorbe a mayor velocidad que el aire.

En 1925 se publico en Alemania el primer caso de laparoscopia.

En 1927 Anderson llevo a cabo los primeros intentos de esterilización tubaria con el empleo de electrocauterio. En 1933 Ferves realizó las primeras cirugías laparoscópicas al seccionar bridas.

En 1939 Te Linde comenzó el desarrollo de la culdoscopia, colocando la paciente en posición genu-pectoral; la ventaja consistió en que el neumoperitoneo se lograba en forma espontanea sin embargo existía la dificultad de la obstrucción que ocasionaban las asas intestinales.

Cohen demostró en 1970, que la laparoscopia ginecológica se había convertido en un método de utilidad con el uso de la luz fria y el monitor de



INCIDENCIA DE MORBILIDAD LAPAROSCOPICA EN EL SERVICIO DE BIOLOGIA DE LA REPRODUCCION

neumoperitoneo, ideado por Semm en 1964. Esto inició una amplia difusión de la laparoscopia en los Estados Unidos, dando lugar a la creación de la "American Association of Gynecologic Laparoscopic" (A.A.G.L.).

En 1972, bajo la presidencia de Jordan Phillips la A.A.G.L. rápidamente agrupó a más de 4,000 miembros, número que continúa incrementándose día a día.²

La cirugía laparoscópica ofrece múltiples ventajas sobre los procedimientos quirúrgicos habituales, como disminución de la estancia hospitalaria, menor morbilidad y bajo costo hospitalario.

Es de primordial importancia que todo el grupo quirúrgico comprenda la fisiopatología de la insuflación de la cavidad peritoneal con bióxido de carbono así como el tratamiento inmediato de las complicaciones.

El evidente avance de la cirugía endoscópica ha marcado una notable diferencia entre la medicina tradicional y la moderna, con predominio de una tecnología de mínima invasión en todas sus áreas. La laparoscopia en ginecología es un buen ejemplo de que está sucediendo en los finales del siglo XX.³

Es indudable que la cirugía laparoscópica ha evolucionado a pasos agigantados, desde la laparoscopia diagnóstica hasta la operativa, con el advenimiento de la cámara de vídeo integrada al telescopio y el mejoramiento tecnológico en la actualidad. En México, y en el resto del mundo en los últimos diez años, ha tenido una amplia aceptación y difusión. Casi el 80% de toda la cirugía ginecológica puede realizarse actualmente usando el laparoscopio, pero esto demanda equipo moderno y personal capacitado.

Como todo procedimiento quirúrgico lleva riesgos y complicaciones como la infección, hemorragia y las secundarias a la anestesia que son comunes a todas las intervenciones quirúrgicas; además otras como las quemaduras eléctricas o por láser, las heridas penetrantes a vísceras o vasos; y los problemas del neumoperitoneo son peculiares en este procedimiento endoscópico. Lo grave no es tener una complicación, sino ignorarla o pasarla inadvertida y no tratarla oportunamente.³



INCIDENCIA DE MORBILIDAD LAPAROSCOPICA EN EL SERVICIO DE BIOLOGIA DE LA REPRODUCCION

La Asociación Americana de Laparoscopia Ginecológica en 1988, reportó 36,928 laparoscopías operatorias, de los cuales el 1.5% tuvieron complicaciones y la mortalidad fue de 0.005%.⁴

Penfield, en una revisión de 10,840 casos de laparoscopías, se reportaron 6 lesiones intestinales, de los cuales 4 fueron reconocidas inmediatamente y reparadas.⁵

La incidencia de hernias incisionales después de laparoscopia diagnóstica o esterilización laparoscópica fue de 1 en 5000 y 1 en 10 000 casos. así como en una revisión reciente, se reporta una frecuencia de 1% de hernias por trócar de los cuales 27% son umbilicales y el 73% son extraumbilicales.⁶

En un centro de estudio realizado en París, se efectuaron 743 laparoscopías ginecológicas de enero de 1992 a diciembre de 1996 ocurriendo complicaciones en 22 casos: 1 por lesión de la arteria iliaca primitiva izquierda con la aguja de Veress, 10 por la inserción de los trócares, requiriendo 3 laparatomías por lesión intestinal o vesical. Complicaciones intraoperatorias: 8, de los cuales 7 por sangrado severo y 1 por lesión ureteral ameritando laparatomía en 6 casos. En el estado post-operatorio, ocurrieron 3 complicaciones: 1 por peritonitis granulomatosa, otra por hernia incisional y la otra por arritmia cardíaca.

Mereover dice que la mitad de las complicaciones ocurren durante la instalación del procedimiento laparoscópico.⁷

En otro estudio realizado en París en 17 pacientes, de los cuales 11 fueron secundarias a la inserción de trócar umbilical y 2 al crear neumoperitoneo, de los cuales 6 casos tuvieron lesiones vasculares mayores secundarias a la inserción de trócar umbilical. Dos paciente murieron y otros dos presentaron complicaciones serias: flebitis e isquemia aguda requiriendo operación. La prevención de éstos accidentes está en la experiencia del cirujano y lo escrupuloso respecto a las reglas de seguridad.⁸

Un estudio realizado en Japón reporta un caso de hidrotorax ocurrido después de una larga laparoscopia ginecológica. Al terminar la cirugía se le realizó rayos "X" de tórax, mostrando hidrotorax en cavidad derecha, se le practicó toracocentesis drenando 770 ml. de solución salina, la cual había sido irrigada en cavidad abdominal.⁹



INCIDENCIA DE MORBILIDAD LAPAROSCOPICA EN EL SERVICIO DE BIOLOGIA DE LA REPRODUCCION

En estudio realizado en San Antonio Texas, 953 laparoscopías operatorias mayores llevadas a cabo de enero de 1990 a diciembre de 1994; resultado 15 complicaciones urinarias serias durante y después de laparoscopías operatorias; de las cuales 4 lesiones ureteral, 8 perforaciones vesicales y 3 por fistulas vesicales.¹⁰

En un estudio realizado en Estados Unidos de 2324 laparoscopías, la frecuencia de complicaciones fue de 0.22%, la mayoría fue por la inserción de la aguja de Veress y del trócar.¹¹

INCIDENCIA DE MORBILIDAD LAPAROSCÓPICA EN EL SERVICIO DE BIOLOGIA DE LA
REPRODUCCION



PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Investigar la incidencia de morbilidad laparoscópica en el servicio de Biología de la Reproducción de las pacientes que ingresaron para protocolo de estudio en el HGO 3 CMN “la Raza”.

INCIDENCIA DE MORBILIDAD LAPAROSCOPICA EN EL SERVICIO DE BIOLOGIA DE LA
REPRODUCCION



OBJETIVO

Determinar la incidencia de morbilidad en los procedimientos laparoscópicos realizados en el servicio de Biología de la Reproducción del HGO 3 CMN "La Raza".



PROGRAMA DE TRABAJO

SUJETOS, MATERIAL Y METODOS

SEDE: El presente estudio se llevará a cabo en pacientes del servicio de Biología de la Reproducción del HGO 3 CMN “La Raza” IMSS.

DISEÑO

Se realizó un estudio prospectivo descriptivo.

GRUPO DE ESTUDIO

Características de la Población en Estudio:

1.- Criterios de Inclusión

Se revisaron expedientes de las pacientes que fueron sometidas a estudio endoscópico, para captura de datos en relación a la morbilidad pre trans y post operatoria

2.- Criterios de Exclusión

Los pacientes que se sometieron al procedimiento y que no se encontró la información requerida en el expediente.

Tamaño de Muestra

Fué en relación al número de procedimientos laparoscópicos realizados en un lapso de 7 meses.



IDENTIFICACION DE VARIABLES

Variable Independiente:

Laparoscopia.- Es un método exploratorio, que permite visualizar la cavidad abdominal mediante la introducción de un aparato óptico y la creación de un neumoperitoneo.

Variable Dependiente:

Morbilidad.- Determinar de las complicaciones presentadas durante el pre, trans y postoperatorio del procedimiento endoscópico.

Definición operativa de la variables

Morbilidad.- Se llama morbilidad a la presencia de complicaciones durante el pre, trans y postoperatorio del procedimiento laparoscópico. Es una variable dicotómica (sí o no) y se medirá en escala nominal.

Las complicaciones que se pueden presentar son: infecciones, lesiones de pared abdominal, dolor postoperatorio, lesiones por instrumentos electroquirúrgicos, lesiones vasculares, lesiones del tracto urinario, enfisema, complicaciones anestésicas, alteraciones hemodinámicas.

Laparoscopia.- Es la visualización de la cavidad abdominal mediante un aparato óptico. Se realiza la introducción de la aguja de Veress a través de una incisión infraumbilical para crear un neumoperitoneo. La introducción de un telescopio para visualizar los órganos internos. Es una variable cualitativa.

La Edad.- Se registrara en años. Es una variable cuantitativa continua y la escala es de razón.



**ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA**

DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO

Las pacientes sometidas a la laparoscopia fueron estudiadas por la investigadora asociada y se registraron los datos en el anexo No. 1.

Se calculó la incidencia dividiendo el número de complicaciones entre el total de los procedimientos realizados. Se calculó la incidencia de conversión de la laparoscopia en laparotomía.



RESULTADOS

Se realizaron 217 laparoscopías, de las cuales 10 presentaron complicaciones y dan una incidencia de 0.04%.

La edad de la paciente promedio fue 31.1 años

El diagnóstico preoperatorio más frecuente fue Esterilidad Secundaria 60%.

El diagnóstico pre y postoperatorio coincidió en un 80% (tabla 1). El 50% de las complicaciones fueron por lesión vascular en la pared abdominal, el 30% fueron detectadas en el transoperatorio y el 20% presentaron hematoma de músculo recto. Uno de ellos fue diagnosticado durante el retiro de puntos. El otro caso es una paciente con anomalía mülleriana, programada para metropastía y durante el abordaje se detectó la presencia de un hematoma organizado en músculo recto.

Un 20% de las complicaciones fueron lesión en el útero, una de éstas requirió laparotomía para hemostasia. En otro de los casos fue complicación anestésica con choque anafiláctico.

Una paciente se presentó al 5to día del postoperatorio al servicio de urgencias, se hospitalizó con diagnóstico de abdomen agudo. Se le realizó laparotomía exploradora, con hallazgos de pelviperitonitis secundaria por punción del colon transverso ameritando colostomía. Posteriormente ha tenido evolución satisfactoria. Esto fue la complicación más grave (tabla 2).



CONCLUSIONES

La laparoscopia es un procedimiento seguro. La conversión de laparoscopia a laparotomia en el servicio es baja; siendo la incidencia de complicaciones menor de 0.1% cifra que coincide con lo reportado a nivel internacional.

La similitud en el diagnóstico pre y postoperatorio es elevada y esto nos permite programar a la laparoscopia con antelación.

El Dr. Molina en Oaxaca reportó 3000 procedimientos laparoscópicos y reportan como principal complicación el neumoperitoneo, seguido de desgarro de salpínges y posteriormente lesión uterina y hemorragia de pared abdominal. En nuestro estudio coincidimos en el sangrado de pared abdominal y en la perforación uterina.

La diferencia del neumoperitoneo, estriba en que nosotros no la tomamos como una complicación.

En lo que no compaginamos es en el desgarro de salpínges que no se presenta en nuestro estudio.

En ninguna de las dos series hubo mortalidad; sin embargo nosotros tuvimos una paciente en peligro de muerte.

La conversión de laparoscopia en laparotomia en ambas series fue menor de 0.01%.

Esta revisión servirá como un estudio preliminar para un proyecto a largo plazo dentro del servicio de biología de la reproducción.



REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Gonzáles Merlo. Ginecología 7ª ed. México: Salvat, 1997. p.p. 95-101
2. Valero, A. Y Gayon, E. Manual de endoscopia ginecológica. p.p. 1-3
3. Nava y Sánchez, Roberto y Molina Sosa, Arturo. Endoscopia quirúrgica ginecológica. México, 1995. 343 p.
4. Stuart J., Marshall, L. The physiologi of laparoscopy. En: The Journal of urology 1994; 152:294-302.
5. Penfield, A. How to present complications of open laparoscopy. En: Journal Reprod Med 1985; 30:660-3.
6. Rabinerson, D., Auresh, O. Insicional hernias after laparoscopy. En: Obstetric and Gynecol survey 1997; 52 (11):701-703.
7. Cordik, M Risk, E. Morbidity laparoscopic gynecological. En: Surgery 1999; 13 (1):57-61.
8. Chapron, C., Pierre, F. Major vascular injuries during gynecology laparoscopy. En: Journal American College Surgery 1997; 185 (5): 461-5.
9. Fukushima, A, Okutani, R. Enexpected hydrotorax occurring after a long gynecological laparoscopy. Musai 1997; 46 (3):413-5.
10. Saidi, M., Sadler, R. Diagnosis and managenent of serios urinary complications after laparoscopy Obstet Gynecol 1996; 87 (2):272-6
11. Bateman, B. Kolp, L. Complications of laparoscopy-operative and diagnostic Fertil. Steril. 1996; 66 (1):30-5.
12. Howard, F. Sweeney, T. Omental herniation after operative laparoscopy. En: J. Reprod Med 1994; 39:415-416.



13. Heidi, S., Stephen, B. Conservative management of incidental cystomy al laparoscopy. En: *Reprod. Med* 1995; 40:809-812.
14. Renault, B., Elhage, A. Bowel Complications in gynecologic laparoscopic surgery. En: *J. Gynecol. Obstet Biol. Reprod (Paris)* 1996 25 (4):360-4



HGO 3 CMN "LA RAZA"

DETECCION DE MORBILIDAD EN LAPAROSCOPIA
(Anexo N0. 1)

Nombre:-----

No. Afiliación:----- Edad:-----

Teléfono:----- Fecha de Laparoscopia:-----

Diagnóstico preoperatorio:-----

Diagnóstico postoperatorio:-----

Complicaciones:

Preoperatorias:-----

Transoperatorias:-----

Postoperatorias:

a) Inmediatas:-----

b) Tardías:-----

Observaciones y seguimiento:

Nombre del Médico:-----

Fecha:-----



TABLA 1

CASOS

DIAGNOSTICO PREOPERATORIO	DIAGNOSTICO POSTOPERATORIO
1. Esterilidad Secundaria	Sx. Fitz Hugitz
2 Esterilidad Secundaria. OTB Distal	Probable Adenomiosis Uterina
3 Esterilidad Secundaria. Hidrosalpinx Derecho	Hidrosalpinx derecho. EPIC moderada. Miomatosis Uterina
4 Esterilidad Secundaria. Quiste Ovario Izquierdo	Esterilidad Secundaria. Quistes ovario izquierdo. Endometriosis Severa.
5. Esterilidad Secundaria. Miomectomia. Probable proceso adherencial.	Proceso Adherencial mínimo. Endometriosis mínima. EPIC
6. Esterilidad Secundaria. OTB Intramural	Esterilidad Secundaria, OTB Intramural.
7. Dismenorrea Incapacitante, Probable Endometriosis	Probable endometriosis.
8. Esterilidad Primaria, Malformación Mulleriana, Endometriosis Mínima.	Esterilidad primaria. Malformacion Mulleriana.
9. Dispositivo Intrauterino Dislocado	Dispositivo Intrauterino Dislocado.
10 Amenorrea Primaria, Sx. Rokitansky	Amenorrea Primaria. Sx. Rokitansky.



TABLA 2

COMPLICACIONES

Preoperatorias	Choque anafiláctico 1*
	Punción accidental de vaso pared abdominal 3*
Transoperatorias	Perforación uterina 2*
Postoperatorias	Hematoma en pared abdominal 2*
	Dehiscencia de herida quirúrgica en sitio de punción 1*
	Abdomen agudo (colostomía) 1*

* No. de Complicaciones