

11217
63
M



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
HOSPITAL REGIONAL
"GENERAL IGNACIO ZARAGOZA"**

**OCLUSION TUBARIA BILATERAL POSTPARTO
POR MINILAPAROTOMIA
CON ANESTESIA LOCAL, SIN SEDACION PREVIA**

**TESIS DE POSTGRADO
PARA OBTENER EL TITULO 'DE:
ESPECIALIZACION EN GINECOLOGIA
Y OBSTETRICIA**

**P R E S E N T A :
DR. GABRIEL HERNANDEZ DE ANDA**

**ASESOR DE TESIS
DRA. MARIE ELIZABETH RAYMONDE
CAJUSTE BONTEMPS**



MEXICO, D.F. 28 DE FEBRERO DE 1996

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

**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.

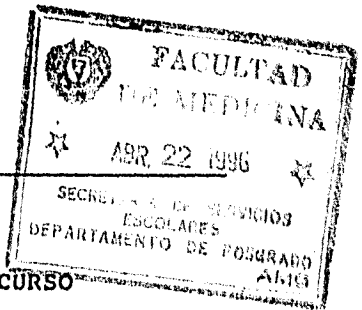
AL COMITE INTERINSTITUCIONAL
PARA LA FORMACION DE
RECURSOS PARA LA SALUD:

POR HABER CAMBIADO SUS NORMAS
EN CUANTO A LA EDAD DE INGRESO
A LAS RESIDENCIAS MEDICAS

AL INSTUTITO DE SEGURIDAD
Y SERVICIOS SOCIALES PARA
LOS TRABAJADORES DEL ESTADO:

POR DARME LA OPORTUNIDAD DE
REALIZAR MI RESIDENCIA EN EL
HOSPITAL REGIONAL
"GENERAL IGNACIO ZARAGOZA"

Van Pratt



DR. RICARDO E. VAN PRATT MARQUEZ
COORDINADOR DEL SERVICIO Y TITULAR DEL CURSO
DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

Carpio Solis

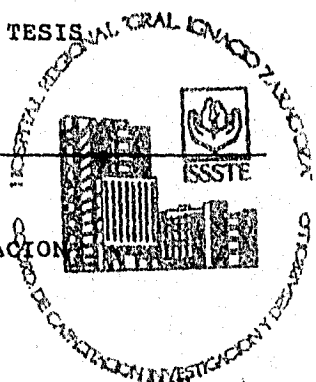
DR. RAMON CARPIO SOLIS
JEFE DE ENSEÑANZA Y PROFESOR ADJUNTO DEL CURSO
DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
COORDINADOR DE TESIS

Marie E. Raymonde Cajuste Bontemps

DRA. MARIE E. RAYMONDE CAJUSTE BONTEMPS
COORDINADOR DE SALUD REPRODUCTIVA DEL SERVICIO DE
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA. ASESOR DE TESIS

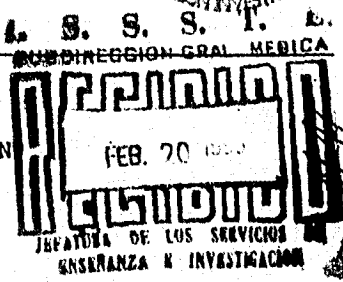
Benjamin Manzano Sosa

DR. BENJAMIN MANZANO SOSA
COORDINADOR DE CAPACITACION INVESTIGACION
Y DESARROLLO



Irma del Toro Garcia

DRA. IRMA DEL TORO GARCIA
JEFE DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION



I N D I C E

TEMA	PAGINA
INTRODUCCION _____	1
ANTECEDENTES HISTORICOS _____	3
JUSTIFICACION _____	8
HIPOTESIS _____	9
OBJETIVOS	
GENERALES _____	10
ESPECIFICOS _____	10
MATERIAL Y METODOS _____	12
RESULTADOS _____	14
TABLAS _____	16
FIGURAS _____	18
DISCUSION _____	21
CONCLUSIONES _____	23
BIBLIOGRAFIA _____	24

INTRODUCCION

Muchos de los problemas a los que se enfrenta la Salud Reproductiva, están directamente relacionados con los índices de crecimiento poblacional y con ésto, un profundo impacto social y ambiental.

De acuerdo con estimaciones de la Organización de las Naciones Unidas, la población mundial para fines de siglo será cerca de los 6.5 billones de habitantes, y para el año 2025, ésta será de 8.5 billones.

En 1970, cuando la población mundial alcanzó los 4 billones, científicos, agencias sociales y gobiernos empezaron a ver la población mundial con aguda preocupación y la planificación familiar se convirtió en un foco de investigación y de programas sociales. (21)

Aún con el progreso del que hemos sido testigos en las últimas décadas, en términos de acceso y de significado del control de la fertilidad, no han sido los resultados esperados. En términos de números, en regiones en desarrollo en el mundo, entre el 43 y el 70% de las mujeres casadas que no quieren más hijos, no están usando ningún método contraceptivo: y ésto significa alrededor de 120 millones de mujeres. (19)

México ha logrado reducir su tasa de crecimiento poblacional de 3.4 a 2.5% anual en los últimos 23 años, debido a los cambios de conducta reproductiva de sus mujeres, quienes participando cada vez en forma más acti-

va en el desarrollo del país, se han visto obligadas a reducir el número de sus embarazos, para poder participar en este proceso de desarrollo sin la limitante del gran número de hijos, y la del deterioro de la salud -- que ésta determina.

La esterilización quirúrgica voluntaria, los dispositivos intrauterinos y los anticonceptivos orales, son los métodos más ampliamente usados, llegando a ser un 70% del uso anticonceptivo a nivel mundial.

La proporción de las parejas usando estos métodos en los países en desarrollo, son casi dos veces más que la proporción correspondiente en los países desarrollados (81% y 43% respectivamente). (23)

La actual demanda de las parejas con deseos de terminar con su vida reproductiva, bien sea por razones sociales, demográficas o económicas, aunado a las condiciones prevalecientes de irregularidad en la disponibilidad tecnológica necesaria para satisfacer ésta demanda, impulsa a la búsqueda y el desarrollo de los métodos definitivos simplificados para el control de la fertilidad-femenina.

ANTECEDENTES HISTORICOS

Desde que se describieron los primeros procedimientos para evitar el embarazo, hasta nuestros días, ha habido sorprendentes avances en la anticoncepción. Sin embargo, tuvieron que pasar muchos siglos para lograr los avances más importantes.

En efecto, tuvieron que pasar 3,500 años entre los primeros métodos anticonceptivos descritos por los egipcios y el diseño del primer protector peneano descrito por Falopio en 1564.

En 1834, Von Blundell proponía la salpingectomía como un método permanente confiable para el control definitivo de la fertilidad en la mujer. A Lunôren se le atribuye la realización del primer procedimiento de esterilización tubaria, en 1880, después de una operación cesárea. A partir de este momento, dentro de la historia de la esterilización, más de 100 procedimientos quirúrgicos distintos han sido implementados en las trompas de Falopio con fines esterilizantes. (2)

La mayoría de los métodos quirúrgicos de esterilización, tienen como objetivo la inutilización de las trompas de Falopio. Además de la salpingectomía bilateral, se han publicado varios métodos modificados de la ligadura y resección tubaria parcial.

Esta se puede efectuar bajo anestesia local, regio--

nal o general, y puede ser llevada a cabo en el período postparto inmediato, en el momento de la operación cesárea, en el período post aborto inmediato, o en un tiempo no relacionado con el embarazo (intervalo). Hay ventajas evidentes, económicas y prácticas, para realizarla intervención cuando la paciente ya se encuentra hospitalizada.

Los procedimientos de esterilización quirúrgica, parten del principio de alcanzar un resultado seguro, con una operación lo más pequeña posible. (10). Se dispone de diversas técnicas operatorias, como son: la ligadura tubárica laparoscópica, por minilaparotomía, por culdotomía, por culdoscopia, y la histerectomía. Actualmente es realizada mediante dos procedimientos quirúrgicos -- principales: Laparoscopia y minilaparotomía. (20,13)

El método laparoscópico, tiene las ventajas de una estancia breve en el hospital, un período breve de convalecencia y relativamente poco dolor. Las desventajas incluyen accidentes operatorios ocasionales, como lesión visceral por quemadura o durante la inserción del trócar, la necesidad de un equipo sofisticado y un médico capacitado para utilizarlo.

La minilaparotomía tiene las ventajas de una buena visibilidad del campo operatorio,, capacidad para efectuar adecuadamente la ligadura y resección del segmento tubario, la posibilidad de inspección de las estructu--

ras pélvicas, y corregir los estados anormales, así como una estancia breve en el hospital. Las desventajas son : un período de recuperación más prolongado y mayor dolor causado por la manipulación más intensa de la pared abdominal. (1)

La variante técnica más utilizada, es la descrita por Pomeroy, que consiste en la ligadura y resección de un segmento tubario en forma de asa, quedando retraídos -- los muñones tubáricos en el curso de la cicatrización. (10).

Estudios comparativos entre el método laparoscópico y por minilaparotomía, sugieren que ésta última es un buen recurso alternativo en caso de no contar con las disposiciones tecnológicas que exige la laparoscopia (13)

La mortalidad de la esterilización quirúrgica femenina se calcula en un 4.7/ 100,000 mujeres sometidas al procedimiento. (11), siendo las causas principales de estas muertes, complicaciones relacionadas a la anestesia general. (11) (17)

La incorporación de la anestesia local al ~~procedimiento~~ laparoscópico con fines de esterilización femenina es descrita por Fishburne en 1974. (7)

Estudios subsecuentes con la misma metodología, hacen hincapié en la reducción de los costos, ausencia de complicaciones mayores y la rápida recuperación del paciente. (12,15,17, 18)

Bordhal en 1993 efectúa un estudio comparativo randomizado del método laparoscópico, efectuado bien sea bajo anestesia local o general, donde se confirma la seguridad, reducción de costos, rápida recuperación postquirúrgica, así como la gran aceptación tanto de las pacientes, como del cirujano, cuando se utiliza la anestesia local. (2)

Nisanian y Jack, en reportes mas recientes, efectúan el procedimiento de esterilización femenina, por minilaparotomía bajo sedación previa y anestesia local y mencionan su seguridad, bajo costo, alta aceptación poblacional y un menor tiempo de recuperación. Así mismo, mencionan que el procedimiento ofrece una ventaja singular en países en vías de desarrollo, donde las facilidades tecnológicas no siempre estan disponibles. (9)(6)

Afirmando lo anterior, Dwyer de Kenia, informa del incremento del número de aceptantes del método definitivo de control de la fertilidad, causado primordialmente por la accesibilidad del procedimiento, llevado a cabo por minilaparotomía bajo anestesia local. (6)

La Organización Mundial de la Salud, realizó un estudio prospectivo, multicéntrico, multinacional, sobre la esterilización femenina postparto por minilaparotomía, bajo cualquier método anestésico con una frecuencia de complicaciones mayores del 0.3%, sin ningún caso de muerte materna. En dicho estudio, se efectuaron un to--

tal de 1,206 procedimientos con anestesia local, no refirieron complicaciones mayores o muertes maternas en relación al mismo. (24)

Chi y colaboradores, realizaron una revisión acerca de la experiencia internacional y en los Estados Unidos de América, acerca de la esterilización femenina llevada a cabo durante la hospitalización postparto, y concluyen que es un procedimiento conveniente, de bajo costo, y si es llevado a cabo bajo sedación previa y anestesia local, es seguro. (10)

En la literatura revisada, se reportan más de 17,979 procedimientos laparoscópicos o por minilaparotomía bajo sedación previa y anestesia local, con fines de esterilización quirúrgica femenina, con alta seguridad, sin complicaciones mayores o muertes maternas, bajo costo y buena aceptación tanto por las pacientes como por el cirujano.

En México, el DR, Rodolfo Campos G., dentro del Instituto Mexicano del Seguro Social, en el período comprendido entre diciembre de 1990 y noviembre de 1994, reporta 5,000 casos de oclusión tubaria bilateral postparto por minilaparotomía, con anestesia local y sedación, sin haber encontrado ninguna complicación por el método anestésico en sí. (3,4)

JUSTIFICACION

Ya que los fármacos comunmente utilizados para la - sedación previa en la salpingoclasia postparto por mini laparotomía son generalmente del grupo de las bezodiazepinas y aunque se han sintetizado más de 2,000 tipos de estos fármacos, el cuadro básico del Sector Salud cuenta con el diazepam. Este último se ha utilizado como se dante durante este procedimiento; y que cuenta con las siguientes características farmacológicas con efectos - indeseables:

- * Tiene una vida media de 20 a 90 horas cuando se ad ministra vía oral.
- * Los efectos residuales son más prominentes con una sola dosis que los obtenidos con otro tipo de benzodizepinas.
- * Se secreta a través de la leche materna.

Consideramos que evitando la administración del fármaco, se eliminan los efectos indeseables mencionados, - sin alterar el resultado del procedimiento quirúrgico.

HIPOTESIS

En base a los antecedentes proporcionados por la literatura, la salpingoclasia postparto por minilaparotomía con anestesia local con sedación previa, es un método de esterilización seguro y altamente confiable, reduce el costo de realización y el tiempo de estancia -- hospitalaria de la paciente.

Suponemos que el éxito de la cirugía no se verá modificado, si se suprime la sedación previa (diazepam) durante el procedimiento y solo se aplica un analgésico potente (nalbufina) durante el transoperatorio, previa aplicación del anestésico local.

OBJETIVOS

GENERALES:

- * Demostrar la seguridad, economía y estancia hospitalaria corta, cuando la paciente con deseo expreso de un método anticonceptivo permanente, son sometidas a un procedimiento quirúrgico modificado de esterilización, denominado salpingoclasia postparto por minilaparotomía con anestesia local sin sedación previa.

ESPECIFICOS:

- * Demostrar que la salpingoclasia postparto por minilaparotomía con anestesia local sin sedación previa, - no presenta mayores complicaciones para la realización del procedimiento.
- * Conocer el período de tiempo transcurrido entre la atención del parto y la realización del procedimiento
- * Investigar los rangos de edad, número de gestaciones y paridad del grupo estudiado.
- * Reportar el tipo de técnica de oclusión tubaria realizado.
- * Determinar el porcentaje de fallas del procedimiento efectuado.
- * Encontrar la frecuencia de complicaciones transoperatorias y postoperatorias de la oclusión tubaria bilateral postparto por minilaparotomía con anestesia lo

cal sin sedación previa.

MATERIAL Y METODOS

En el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional "General Ignacio Zaragoza" del ISSSTE, - en el período comprendido entre Febrero y Julio de 1995, se captaron a todas aquellas pacientes que cursaban su puerperio inmediato postparto, en la Unidad de Tocoirugía y en el área de hospitalización, que refirieron deseo expreso de control definitivo de la fertilidad; y - consentimiento informado y escrito para la aplicación - de la técnica de salpingoclasia por minilaparotomía con anestesia local.

Los procedimientos de esterilización femenina se --- efectuaron en la sala de quirófano o en la sala de ex-- pulsión de la unidad de tococirugía.

A opción del cirujano, se utilizó la técnica de Pomeroy o Kroener.

Descripción de la técnica.- Se coloca a la paciente en decúbito dorsal, con posición de Traendelenburg con una inclinación de 15 a 30°. Se localiza la altura del fondo uterino, se realiza antisepsia y sondeo vesical y colocación de campos estériles. Se infiltra localmente la región periumbilical por planos, con lidocaína simple al 2%, a razón de 4 mg por Kg de peso con un promedio de 200 a 300 mgs por dosis.

Se realiza incisión transversa infraumbilical de 2 a

4 centímetros, se disecciona por planos hasta llegar a cavidad abdominal y en este momento se administran 5 mg de Nalbufina diluída en forma intravenosa esperando un promedio de 3 minutos para iniciar las maniobras de localización de las salpinges. Una vez localizada, se exterioriza la misma y se realiza aspersion de la superficie tubaria con 10 a 20 mgs de lidocaína simple al 10% con atomizador, que proporciona 10 mgs por dosis de aspersion, ésto con el fin de disminuir la molestia que ocasiona esta manipulación. Se procede a efectuar la técnica de oclusión tubaria, con el método de Pomeroy o Kroner. Terminando la oclusión tubaria se procede al cierre de pared por planos.

En forma opcional, se pueden utilizar otros 5 mgs de Nalbufina durante el procedimiento.

El grupo quirúrgico consta de un cirujano, su ayudante, y una enfermera general que circula y efectúa la monitorización de la paciente, tomando sus constantes vitales antes, durante y después de la cirugía.

RESULTADOS

Durante el período comprendido entre febrero y julio de 1995 se pudieron realizar 100 salpingoclasias postparto por minilaparotomía, con anestesia local sin sedación previa, de las cuales 38% eran trabajadoras y el 62% esposas de trabajadores. (Tabla I)

En relación con la edad de las pacientes, encontramos que entre los 20 y los 29 años de edad correspondió al 38% del total de las pacientes en el grupo estudiado. El 61% de las pacientes se encontraban entre los 30 y 39 años. Y solo se realizó un procedimiento en una paciente mayor de 40 años. La edad mínima fue de 20 años y la mayor correspondió a 43 años. (Tabla II)

Con respecto al número de gestaciones, el 12% de las pacientes, tenían como antecedente 2 gestaciones, el 82% tenían entre 3 y 5 gestaciones y solo el 6%, entre 6 y 8 gestaciones. (Tabla III)

En cuanto a la distribución por paridad, pacientes con 3 y 4 hijos vivos fueron el mayor número de solicitantes, correspondiendo al 70% del grupo en estudio, el 16% tenían dos hijos vivos y el 14% tenían entre 5 y 8 hijos vivos en el momento de la salpingoclasia. (Tabla IV)

El tipo de procedimiento más utilizado fue la técnica de Pomeroy 73% y Kroener 27%. (Tabla V)

El intervalo en horas entre el parto y la realización del procedimiento, fué entre 2 y 50 horas. El 50% de las pacientes se operaron dentro de las primeras 8 horas posteriores al parto. El 39%, entre las 8 y las 24 horas y solo el 11% fueron intervenidas en un período mayor de 24 horas. (Tabla VI)

Los procedimientos se realizaron con éxito en el 97% de los casos. Se consideró como procedimiento fallido a aquellas pacientes que requirieron la aplicación de algún fármaco anestésico adicional, siendo 3 pacientes -- en las que fue necesaria la intervención del servicio de anestesiología quién utilizó fentanilo como anestésico intravenoso. (Tabla VII)

Todas las pacientes fueron egresadas antes de las 24 horas posteriores a la cirugía.

No hubo complicaciones transoperatorias. No se reportaron complicaciones postoperatorias.

OCLUSION TUBARIA BILATERAL POSTPARTO
 POR MINILAPAROTOMIA
 CON ANESTESIA LOCAL, SIN SEDACION PREVIA
 HOSPITAL REGIONAL "GENERAL IGNACIO ZARAGOZA" ISSSTE
 DE FEBRERO A JULIO DE 1995

TIPO DE DERECHOHABIENTE

<i>TIPO DE DERECHOHABIENTE</i>	<i>PORCENTAJE</i>
TRABAJADOR	38.0
DEPENDIENTE	62.0
TOTAL	100.0

FUENTE: ARCHIVO DEL HOSPITAL REGIONAL "GENERAL IGNACIO ZARAGOZA" ISSSTE

TABLA II

OCLUSION TUBARIA BILATERAL POSTPARTO
 POR MINILAPARTOMIA
 CON ANESTESIA LOCAL, SIN SEDACION PREVIA
 HOSPITAL REGIONAL "GENERAL IGNACIO ZARAGOZA" ISSSTE
 DE FEBRERO A JULIO DE 1995

DISTRIBUCION POR EDADES

<i>EDAD</i>	<i>PORCENTAJE</i>
20 a 24	7.0
25 a 29	31.0
30 a 34	45.0
35 a 39	16.0
40 a 44	1.0
TOTAL	100.0

FUENTE: ARCHIVO DEL HOSPITAL REGIONAL "GENERAL IGNACIO ZARAGOZA" ISSSTE

OCCLUSION TUBARIA, BILATERAL, POSTPARTO
 POR MINILAPARTOMIA
 CON ANESTESIA LOCAL, SIN SEDACION PREVIA
 HOSPITAL REGIONAL "GENERAL IGNACIO ZARAGOZA" ISSSTE
 DE FEBRERO A JULIO DE 1995

NUMERO DE GESTACIONES

<i>NO. DE GESTACIONES</i>	<i>PORCENTAJE</i>
0 a 2	12.0
3 a 5	82.0
6 a 8	6.0
TOTAL	100.0

FUENTE: ARCHIVO DEL HOSPITAL REGIONAL "GENERAL IGNACIO ZARAGOZA" ISSSTE

TABLA IV

OCCLUSION TUBARIA, BILATERAL, POSTPARTO
 POR MINILAPARTOMIA
 CON ANESTESIA LOCAL, SIN SEDACION PREVIA
 HOSPITAL REGIONAL "GENERAL IGNACIO ZARAGOZA" ISSSTE
 DE FEBRERO A JULIO DE 1995

DISTRIBUCION POR PARIDAD

<i>NO. DE HNDS VIVOS</i>	<i>NO. DE PACIENTES</i>
1	0
2	16
3	33
4	31
5 a 7	13
8 a 10	1
TOTAL	100

FUENTE: ARCHIVO DEL HOSPITAL REGIONAL "GENERAL IGNACIO ZARAGOZA" ISSSTE

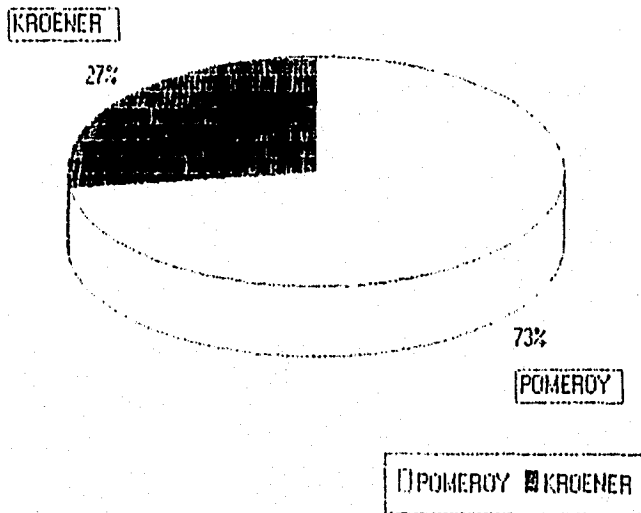
OCLUSION TUBARIA BILATERAL POSTPARTO
 POR MINILAPARTOMIA
 CON ANESTESIA LOCAL, SIN SEDACION PREVIA
 HOSPITAL REGIONAL "GENERAL IGNACIO ZARAGOZA" ISSSTE
 DE FEBRERO A JULIO DE 1995

TECNICA QUIRURGICA UTILIZADA

TIPO DE TECNICA	PORCENTAJE
POMEROY	73.0
KROENER	27.0
TOTAL	100.0

FUENTE: ARCHIVO DEL HOSPITAL REGIONAL "GENERAL IGNACIO ZARAGOZA" ISSSTE

TECNICA QUIRURGICA UTILIZADA
 FIGURA 1



FUENTE: ARCHIVO DEL HOSPITAL REGIONAL "GENERAL IGNACIO ZARAGOZA" ISSSTE

OCLUSION TUBARIA BILATERAL POSTPARTO
POR MINILAPARTOMIA
CON ANESTESIA LOCAL, SIN SEDACION PREVIA

HOSPITAL REGIONAL "GENERAL IGNACIO ZARAGOZA" ISSSTE
DE FEBRERO A JUNIO DE 1995

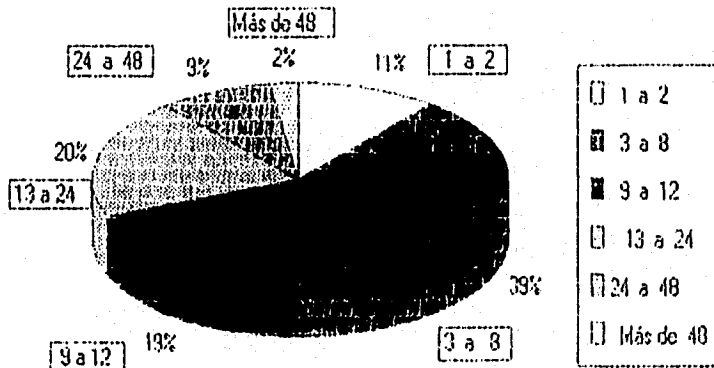
INTERVALO ENTRE EL PARTO Y LA OTB

INTERVALO EN HORAS	PORCENTAJE
1 a 2	11.0
3 a 8	39.0
9 a 12	19.0
13 a 24	20.0
24 a 48	9.0
Mas de 48	2.0
TOTAL	100.0

FUENTE: ARCHIVO DEL HOSPITAL REGIONAL "GENERAL IGNACIO ZARAGOZA" ISSSTE

INTERVALO ENTRE EL PARTO Y LA OTB

FIGURA 2



FUENTE: ARCHIVO DEL HOSPITAL REGIONAL "GENERAL IGNACIO ZARAGOZA" ISSSTE

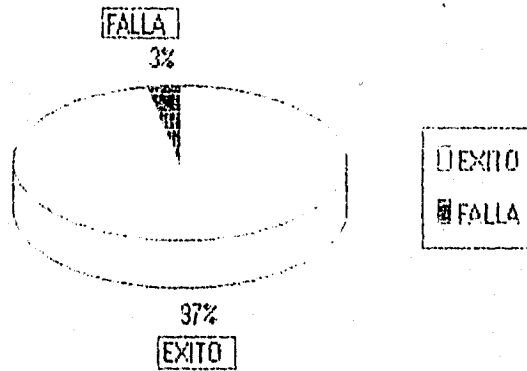
OCCLUSION TUBARIA BILATERAL POSTPARTO
 POR MINILAPARTOMIA
 CON ANESTESIA LOCAL, SIN SEDACION PREVIA
 HOSPITAL REGIONAL "GENERAL IGNACIO ZARAGOZA" ISSSTE
 DE FEBRERO A JULIO DE 1995

DISTRIBUCION DE EXITO Y FALLA DEL METODO

	<i>PORCENTAJE</i>
EXITO	97.0
FALLA	3.0
TOTAL	100.0

FUENTE ARCHIVO DEL HOSPITAL REGIONAL "GENERAL IGNACIO ZARAGOZA" ISSSTE

DISTRIBUCION DE EXITO Y FALLA DEL METODO
 FIGURA 3



FUENTE ARCHIVO DEL HOSPITAL REGIONAL "GENERAL IGNACIO ZARAGOZA" ISSSTE

DISCUSION

Los datos obtenidos en nuestro estudio, son similares a los reportados por otros autores. (3,4)

Podemos observar que, es importante el número de pacientes trabajadoras que solicitan el método definitivo de control de la fertilidad, llegando a ser éste cerca del 40% de las solicitantes, lo que nos indica que la participación de la mujer como fuerza de trabajo condiciona la necesidad de disminuir el número de hijos.

La mayoría de las pacientes solicitantes se encontraban en la cuarta década de la vida. Siguiendo en importancia numérica las de la tercera década; y observamos que solo una paciente se encontraba en la quinta década.

Más del 80% de las pacientes solicitantes del método definitivo de control de la fertilidad, tenían entre 3 y 5 gestaciones en el momento que se realizó la cirugía.

El número de hijos vivos entre las pacientes de nuestro estudio fué de 3 a 4 en el 70% de ellas, al solicitar la salpingoclasia; y solamente el 16% de las pacientes, solicitaron el procedimiento con dos hijos vivos.

Con los datos obtenidos en éste estudio, y los reportados por otros autores, encontramos una tendencia a que las mujeres soliciten la salpingoclasia a una edad más temprana, esto durante la tercera década de la vida. No obstante, las pacientes siguen teniendo de 3 a 4 hijos vivos, cuando solicitan el procedimiento.

La técnica de Pomeroy fué la preferida entre los cirujanos -

que participaron en el estudio.

El tiempo quirúrgico promedio de realización del procedimiento fué entre 25 y 35 minutos.

El tiempo transcurrido entre el parto y la realización del procedimiento en el 70% de las pacientes fué menor de 12 horas, quedando muy por debajo de lo reportado por el IMSS, en donde aproximadamente el 95% de las pacientes son intervenidas dentro del mismo período de tiempo. (3,4)

El porcentaje de fallas en nuestro estudio fué del 3%, muy similares a los reportados en otras series.(3). Es conveniente mencionar que el número de fallas se presentó al inicio de nuestro estudio, probablemente debido a una mala técnica quirúrgica por inexperiencia del operador, así como la posibilidad de que las pacientes hayan tenido un umbral muy bajo al dolor.

El tiempo de alta hospitalaria fué de 12 a 24 horas en el 100% de las pacientes postoperadas.

No se reportaron complicaciones postoperatorias en el grupo estudiado.

CONCLUSIONES

Los programas de planificación familiar que prevalecen actualmente en nuestro país, no han obtenido los resultados esperados a pesar de ser un programa de prioridad nacional y de contar con los recursos de impulso a la educación y la comunicación, tomando como estrategia transmitir conocimientos sobre anticoncepción a la población.

De tal forma que, el descontrol en el crecimiento poblacional influye de manera importante sobre el nivel de vida de las familias mexicanas, disminuyendo las posibilidades de mejorar dicho nivel en forma proporcional con el número de hijos.

La situación actual de nuestro país está muy por debajo de las necesidades de crecimiento económico, en relación con la tasa de crecimiento poblacional; por lo que consideramos que la implementación, promoción y consejería en el primer nivel de atención médica sobre este tipo de métodos definitivos de control de la fertilidad; que resulta ser de alta seguridad, bajo costo y rápida recuperación y que forma ya parte de la Norma Oficial Mexicana de Planificación Familiar; deberá ser impulsada con mayor ímpetu para llegar a la meta deseada del 1% de crecimiento poblacional anual.

El objetivo y análisis de éste estudio nos demuestra -

que la salpingoclasia bilateral postparto por minilaparotomía, con anestesia local y sin sedación previa, resulta ser un procedimiento viable, fácil de realizar, rápido, sencillo, eficaz, sin limitaciones y sin morbilidad transoperatoria. Demostrada por los estudios con sedación previa y sin ella.

No obstante, el hecho de eliminar la benzodiazepina, como en éste caso el diazepam (por sus efectos colaterales indeseables), no indica que no puedan utilizarse otro tipo de sedantes que tengan una vida media más corta y con menos efectos colaterales.

Por todo lo anterior, podemos concluir que la realización de este estudio, se justifica en el hecho de implementar normas en los servicios de tococirugía, con el fin de que se presten las debidas facilidades para realizar éste tipo de procedimientos en el lapso más corto posible posterior al parto. De ésta manera la paciente se ve beneficiada en cuanto a la disminución del tiempo de recuperación y estancia hospitalaria y así mismo, la unidad de atención médica al programa de Planificación familiar podrá ofrecer una mayor cobertura en la captación de usuarias nuevas para dicho método mediante la optimización de sus recursos materiales y humanos. Por consiguiente, la Institución verá reflejado el abatimiento del costo operativo de atención a los pacientes.

B I B L I O G R A F I A

1. Benson RC: Diagnóstico y tratamiento ginecobstétricos. 7a, -- ed., México., D.F., Editorial el Manual Moderno, 1979; 975-81
2. Bordhal PE: Laparoscopic sterilization under local or general anesthesia? A randomized study. *Obstet. & Gynecol.* 1993; 81(1) Jan, 137-41
3. Campos GR: Oclusión tubaria bilateral por minilaparotomía - postparto con sedación y anestesia local. *Ginec.Obs.Mex.*, - 1993; 61: 295-8
4. Campos GR: Oclusión tubaria bilateral por minilaparotomía - postparto con sedación y anestesia local. *Arch. del Hospital-Troncoso del IMSS. México*, 1995
5. Chi I: Performing tubal sterilization during women's postpartum hospitalization: a review of the Unites States and international experiencies. *Obstet. & Gynecol. Surv.*, 1992; 47 (2) 71-9
6. Dwyer JC: Is permanent contraception acceptable in sub-Saharan Africa?. *Stud. Fam. Plann.*, 1990; 21 (6); 322-6
- 7.- Fishburne JI: Laparoscopic tubal sterilization under local - anesthesia. *Fertil. Steril.* 1974: 25 (9); 762-6
8. Goodman y Gilman: Las bases farmacológicas de la terapéutica. 6a, ed., Argentina. Buenos Aires., Editorial Panamericana, 1981: 352-5
9. Jack KE: Female voluntary surgical contraception via minilaparotomy under local anesthesia. *Int. J.Gynecol. Obstet.* 1992:- 39; 111-6
10. Käser O: Ginecología y Obstetricia. 1a, ed., España., Barcelona., Editorial Salvat, 1974: Vol.3; 1018-25
11. Khairullah Z: Declining mortality in international sterilization services. *Int. J.Gynaecol. Obstet.* 1992: 39(1); 41-50
12. Khandwala SD: Development of a simplified laparoscopic sterilization technique. *J. Reprod. Med.* 1984: 29(8); 586-8

13. Letchworth AT: Laparoscopy or minilaparotomy for sterilization of women. *Obstet. & Gynecol.* 1980: 56(1); 119-21
14. Nisanian A: Outpatient minilaparotomy sterilization with local anesthesia. *J. Reprod. Med.* 1990: 35(4); 380-3
15. Penfield AJ: Laparoscopic sterilization under local anesthesia. *Obstet. & Gynecol.* 1976: 49(6); 725-7
16. Peterson HB: Deaths attributable to tubal sterilization in the United States, 1977 to 1981. *AM. J. Obstet. Gynecol.* 1983: 146(2); 131-6
17. Peterson HH: Local versus general anesthesia for laparoscopic sterilization; a randomized study. *Obstet. & Gynecol.* 1987: 70 (6); 903-8
18. Poindexter AN: Laparoscopic tubal sterilization under local anesthesia. *Ob. & Gynecol.* 1990: 75 (1); 5-8
19. Robey B: The reproductive revolution: New survey findings. -- *Population Reports. Series M. No. 11, Johns Hopkins University. Baltimore, 1992*
20. Rozier JR: Immediate postpartum tubal ligation, an intraumbilical approach. *AM. J. Obstet. Gynecol.* 1973: 117 (2) 226-30
21. Sadik N: Article on the World Population Day International - Islamic Center for Population Studies and Research. Al-Azhar University, Cairo. Egypt. *Population Sciences.* 1990: 9:1-3
22. Te Linde: *Ginecología Quirúrgica. 7a, ed., Argentina., Buenos Aires., Editorial Panamericana. 1993: 322*
23. *The State of World Population. UNFPA. New York. 1991*
24. World Health Organization: Mini-incision for postpartum sterilization of woman: A multicenter, multinational prospective study. *Contraception.* 1982: 26 (5); 495- 503