



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

11217
2 ej.

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
HOSPITAL GRAL. "DR. MANUEL GEA GONZALEZ"

OCCLUSION TUBARIA BILATERAL POR
MINILAPAROTOMIA POST-PARTO CON
ANESTESIA LOCAL Y SEDACION

T E S I S

PARA OBTENER EL TITULO DE
E S P E C I A L I S T A E N
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A:

DRA. IRAIS MENDOZA ARELLANES

DR. LUIS ALBERTO VILLANUEVA EGAN
INVESTIGADOR RESPONSABLE
(ASESOR DE TESIS)

268757

MEXICO, D. F.

1998

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

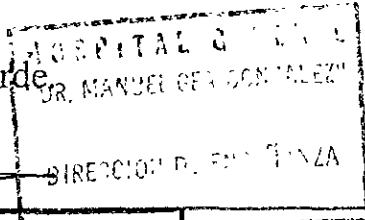
DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

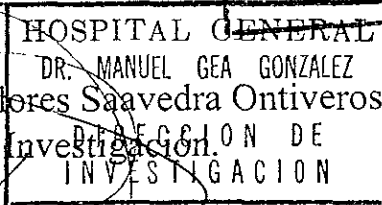
El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición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

AUTORIZACIONES

Dr. Héctor Villarreal Velarde
Director de Enseñanza.



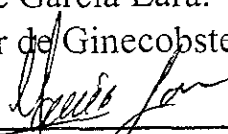
Dra. Ma. Dolores Saavedra Ontiveros
Directora de Investigación.



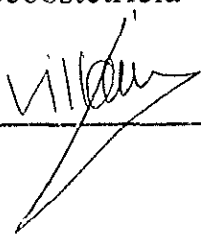
Dra. Ma. Teresa Velasco Jimenez
Subdirectora de Enseñanza.



Dr. Enrique García Lara.
Subdirector de Ginecología.



Dr. Luís Alberto Villanueva Egan
Médico Adscrito de Ginecología
(Asesor de tesis)



OCCLUSION TUBARIA BILATERAL POR MINILAPAROTOMIA POST-PARTO CON ANESTESIA LOCAL Y SEDACION.

INVESTIGADORES:

INVESTIGADOR RESPONSABLE:

1.- Dr. Luis Alberto Villanueva Egan.
Medico Adscrito al Servicio de Ginecología y Obstetricia
Hospital Gral. Dr. Manuel Gea González.

2.- INVESTIGADOR PRINCIPAL:

Dra. Iraís Mendoza Arellanes
Residente de IV año servicio de Ginecología y Obstetricia
Hospital Gral. Dr. Manuel Gea González.

3.-INVESTIGADORES ASOCIADOS:

* Dr. José Luís Arcos González
Medico Adscrito al Servicio de Ginecología y Obstetricia
Hospital Gral. Huitzucó Gro.
* Dr. Leopoldo Vázquez Estrada.
Jefe del Depto de Ginecología
Hospital Gral. Dr. Manuel Gea González.

SEDE

Departamento de Ginecología y Obstetricia
del Hospital Gral. Dr. Manuel Gea González.

AGRADECIMIENTOS.

A mis Padres Higinio (+) y Lilia;
a quienes siempre llevo en mi corazón,
gracias a su apoyo, amor y comprensión
he logrado una más de mis grandes metas.

A mis Hermanos Arnulfo, Fernando(+),
Vitelia, Javier, Juana, Cecilia e Higinio
como recuerdo del enorme cariño
que nos une.

Amis compañeros y Amigos
de la Residencia; gracias por compartir
amistad, experiencias y hacer , más
agradable mi vida.

Al Hospital Gral. De Huitzuco Gro.
Y en especial al Dr. José Luis Arcos
González. Por su apoyo incondicional
brindado en mi rotación de campo,
gracias a él fué posible realizar ésta
tesis.

Amis maestros y al Hospital Gral
Dr. “ Manuel Gea González “
por sentar las bases en mi formación
y darme las herramientas necesarias
para afrontar ésta profesión.

Al Dr. Marco A. Granados V.
Gracias por todo.

INDICE.

Antecedentes.....	5-7
Marco de Referencia.....	8-9
Planteamiento del problema.....	10
Justificación.....	10
Objetivos.....	11
Hipótesis.....	11
Material y métodos.....	12-15
Hoja de captura de datos.....	anexo 1
Análisis y presentación de	
Resultados.....	18-22
Discusión.....	23-24
Conclusiones.	25
Bibliografía.....	26-28

ANTECEDENTES:

Hipócrates 400 a.C. mencionó el procedimiento de obstrucción de las salpinges, sin embargo hasta 1834 que Von Blandell propone la resección total de las trompas de falopio como método anticonceptivo confiable para impedir el embarazo de una mujer con vida sexual activa.(2,3). La intervención se consideró como un procedimiento de cirugía mayor, aún al principio del presente siglo se requerían varios días de internamiento y semanas de recuperación, actualmente se requieren pocas horas de hospitalización y pronta reintegración a las actividades habituales.(3).

Desde que se practicó la primera salpingoclasia se han ideado una serie de métodos quirúrgicos de diversas variantes hasta llegar a la utilización de la laparoscopia (7). La salpingoclasia por minilaparotomía es un método quirúrgico de esterilización femenina de fácil realización y que actualmente tiene una gran difusión dentro de los métodos definitivos de planificación familiar.Siendo el método anticonceptivo elegido por una de cada tres mujeres mexicanas usuarias de métodos (4,6).Teniendo como eficacia anticonceptiva de hasta un 99% bajo condiciones adecuadas de su realización.

De 1970 a 1990 el número de mujeres esterilizadas aumentó de 20 a 110 millones ;y se ha calculado que para el año 2000 el número aumentará a mas de 4400 millones.

La oclusión tubaria bilateral es el corte u obstrucción de las salpinges que impide la fertilización del óvulo por el espermatozoide (1). Este procedimiento está indicado en

mujeres en edad fértil con vida sexual activa, nuligestas, nulíparas o múltiparas que deseen un método permanente de anticoncepción en las siguientes condiciones:

- = Paridad satisfecha
- = Razones médicas
- = Retardo mental

La principal contraindicación es la enfermedad inflamatoria pélvica activa.

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

- =Embarazo o sospecha del mismo
- =Discracias sanguíneas no controladas
- =Anemia severa
- =Postparto, cuando el neonato presente problemas de salud que comprometan su supervivencia.
- =Adherencias.

Este procedimiento puede realizarse en el intervalo entre un evento obstétrico y otro; postparto; postaborto; transcesárea y la vía de acceso puede ser por minilaparotomía, laparoscopia histeroscopia y colpotomía.

El procedimiento de OTB puede ser por salpingectomía y ligadura; fimbriectomía(kroener); técnicas de Pomeroy, Ushida e Irving; Mecánicas : por aplicación de anillos de Yoon o electrofulguración (1).

Actualmente la técnica quirúrgica mas empleada en OTB es la salpingoclasia tipo Pomeroy modificada realizada por

minilaparotomía, siendo sus principales características su sencillez, reproducibilidad y el corto tiempo de recuperación. Siendo la utilizada en el presente estudio:

1. Premedicación con 10 mg. de diazepam administrados vía oral y 10mg de nalbufina administrados vía subcutánea aplicados 20 minutos antes de la cirugía.

2. Infiltración local de xilocaína simple al 2% en dosis de 100 a 200mg en región infraumbilical.

3. Incisión infraumbilical de aproximadamente 2 cms., disección por planos hasta llegar a cavidad abdominal, localización de ambas salpinges, pinzamiento de estas con pinzas de Backoc a nivel del segmento y ligándose con una sutura absorbible del cero o dos ceros, se corta el asa ligada, se corrobora hemostasia y se procede al cierre de pared por planos.

4. Tiempo quirúrgico aproximado de 30 minutos.

MARCO DE REFERENCIA:

De las esterilizaciones por laparoscopia la inmensa mayoría son realizadas bajo anestesia general, que era considerada como la mas segura y que producía mejores resultados quirúrgicos que la anestesia local, sin embargo, posteriormente se realizaron casos de oclusión tubaria utilizando anestesia local de manera segura y adecuada (6). Poindexter A.N y Cols. Realizaron un estudio utilizando anestesia local en esterilización tubaria, comparó resultados con ligaduras realizadas con anestesia general concluyendo que no hubo diferencias significativas en las complicaciones transoperatorias en las dos técnicas de anestesia. El tiempo de cirugía fué reportado un 33% menor en la técnica con anestesia local en comparación con la general. El costo de servicio hospitalario incluyendo admisión, laboratorio , cirugía y cuarto de recuperación fué de 60 a 85% menos en el procedimiento con anestesia local en comparación con anestesia general, en esta última el 4,4% de las pacientes requirieron uso de oxígeno. Entre las complicaciones más frecuentemente reportadas son: desgarros de salpinges (3,7%), desgarró de mesosalpinx (2%), enfisema (0.5%) y perforación (.7%). (5)

Aunque algunos estudios reportan alteraciones menstruales postsalpingoclasia (12), existen otros que reportan que no existen alteraciones menstruales antes y después de la salpingoglasia (10). El uso de anestesia local reduce el tiempo quirúrgico, el tiempo de exposición anestésica y previene las complicaciones por ésta última (6). El uso de

anestesia en forma prolongada, el riesgo cardiovascular y especialmente la oxigenación tisular va en proporción al tiempo de anestesia a las concentraciones de anestésico en la persona afectando principalmente la oxigenación tisular (12,14,15,16,17). Entre la sintomatología referida por las pacientes posterior a la intervención quirúrgica se han reportado: dolor, vómito, náuseas, mareos, cafolea (9,10,16,17).

En un estudio de 1000 casos de esterilización tubaria postparto por minilaparotomía con sedación y anestesia local en el 100% de los casos, utilizando diazepam y nalbufina como sedante y xilocaína simple como anestésico local, en todos los casos se realizó la técnica Pomeroy modificada encontrando en un .8% como única complicación transoperatoria el desgarro de mesosalpinx y como complicaciones postoperatorias a una semana después fué la formación de hematoma o absceso en el sitio de la incisión ocupando esta un .5% de los casos (25).

Otro estudio realizado en 1993 demostró que la esterilización laparoscópica bajo anestesia local el tiempo quirúrgico fué más corto, las molestias fueron escasas y el costo del equipo fué más bajo que con anestesia general, se produjo menor dolor y necesidad de analgésico postoperatorio.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

¿La oclusión tubaria bilateral utilizando anestesia local y sedación representa un procedimiento con mejor recuperación de la paciente, menor estancia intrahospitalaria menores complicaciones en comparación con el uso del bloqueo peridural?

JUSTIFICACION:

El presente estudio se realizó considerando la importancia de los programas de Planificación Familiar de nuestro país; y dentro de éstos la oclusión tubaria bilateral como método definitivo de esterilización, logrando así una reducción de las tasas de morbimortalidad maternoinfantil en madres añosas y multíparas.

El programa de Planificación Familiar es uno de los que se les ha dado mayor auge por el sector salud en el mundo entero,teniendo como objetivo principal reducir la tasa de crecimiento poblacional, por lo que se requiere el uso de métodos que se han prácticos,eficaces y de bajo costo que permitan su utilización en toda la población,proporcionando así, anticoncepción a un número mayor de mujeres en edad fértil y que conlleve a una disminución de los efectos colaterales en éstos procedimientos.Disminuyendo así la renuencia de las madres a utilizar algún método de planificación familiar.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

¿La oclusión tubaria bilateral utilizando anestesia local y sedación representa un procedimiento con mejor recuperación de la paciente, menor estancia intrahospitalaria menores complicaciones en comparación con el uso del bloqueo peridural?

JUSTIFICACION:

El presente estudio se realizó considerando la importancia de los programas de Planificación Familiar de nuestro país; y dentro de éstos la oclusión tubaria bilateral como método definitivo de esterilización, logrando así una reducción de las tasas de morbilidad materno-infantil en madres jóvenes y multíparas.

El programa de Planificación Familiar es uno de los que se le ha dado mayor auge por el sector salud en el mundo entero, teniendo como objetivo principal reducir la tasa de crecimiento poblacional, por lo que se requiere el uso de métodos que se han prácticos, eficaces y de bajo costo que permitan su utilización en toda la población, proporcionando así, anticoncepción a un número mayor de mujeres en edad fértil y que conlleve a una disminución de los efectos colaterales en éstos procedimientos. Disminuyendo así la renuencia de las madres a utilizar algún método de planificación familiar.

Así mismo, se consideró el uso de anestesia local y sedación para realización quirúrgica de oclusión tubaria bilateral, siendo en un gran porcentaje este método más aceptado por las pacientes que el bloque peridural y la anestesia general.

OBJETIVOS GENERALES:

1. Identificar las ventajas y desventajas del uso de anestesia local y sedación en comparación con el bloqueo peridural en la realización de oclusión tubaria bilateral.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

1. Conocer tiempo quirúrgico y anestésico en la técnica empleada.
2. Identificar complicaciones.
3. Conocer tiempo de estancia intrahospitalaria.

HIPOTESIS:

Si la realización de oclusión tubaria bilateral usando anestesia local y sedación, disminuye las complicaciones del bloqueo peridural, acorta el tiempo de recuperación, disminuye la estancia intrahospitalaria, entonces éste es el método ideal y de elección para estos casos.

Así mismo, se consideró el uso de anestesia local y sedación para realización quirúrgica de oclusión tubaria bilateral, siendo en un gran porcentaje este método más aceptado por las pacientes que el bloque peridural y la anestesia general.

OBJETIVOS GENERALES:

1. Identificar las ventajas y desventajas del uso de anestesia local y sedación en comparación con el bloqueo peridural en la realización de oclusión tubaria bilateral.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

1. Conocer tiempo quirúrgico y anestésico en la técnica empleada.
2. Identificar complicaciones.
3. Conocer tiempo de estancia intrahospitalaria.

HIPOTESIS:

Si la realización de oclusión tubaria bilateral usando anestesia local y sedación, disminuye las complicaciones del bloqueo peridural, acorta el tiempo de recuperación, disminuye la estancia intrahospitalaria, entonces éste es el método ideal y de elección para estos casos.

DISEÑO:

- * Prospectivo.
- * Transversal.
- * Comparativo.
- * Abierto.
- * Experimental.

MATERIAL Y METODOS:

A) Universo de Estudio: Población femenina que acudió al servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Gral. de Huitzucó, Gro., para la atención de parto y que posterior a éste solicitaron: realización de oclusión tubaria bilateral como método de planificación familiar, durante los meses de julio a octubre de 1998. Y que sean captadas por los investigadores cumpliendo los criterios de inclusión y exclusión establecidos.

B) Tamaño de la muestra: Se realizó dicho estudio con 50 pacientes sometidas a esterilización tubaria divididas en dos grupos: Grupo I :25 pacientes sometidas a OTB con anestesia local más sedación y; grupo II constituido por 25 pacientes sometidas a OTB por Bloqueo peridural (BPD). El tamaño de muestra se realizó considerando una diferencia esperada entre medias del 33%, con un valor de β de 0.90 y un nivel de significancia (α) de 0.05.

DISEÑO:

- * Prospectivo.
- * Transversal.
- * Comparativo.
- * Abierto.
- * Experimental.

MATERIAL Y METODOS:

A) Universo de Estudio: Población femenina que acudió al servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Gral. de Huitzuc, Gro., para la atención de parto y que posterior a éste solicitaron realización de oclusión tubaria bilateral como método de planificación familiar, durante los meses de julio a octubre de 1998. Y que sean captadas por los investigadores cumpliendo los criterios de inclusión y exclusión establecidos.

B) Tamaño de la muestra: Se realizó dicho estudio con 50 pacientes sometidas a esterilización tubaria divididas en dos grupos: Grupo I :25 pacientes sometidas a OTB con anestesia local más sedación y; grupo II constituido por 25 pacientes sometidas a OTB por Bloqueo peridural (BPD). El tamaño de muestra se realizó considerando una diferencia esperada entre medias del 33%, con un valor de β de 0.90 y un nivel de significancia (α) de 0.05.

CRITERIOS DE SELECCIÓN

I) INCLUSION:

1.- Población femenina de cualquier edad que solicite la obstrucción tubaria bilateral como método definitivo de planificación familiar.

II) EXCLUSION:

- 1.- Pacientes que no acepten firmar consentimiento por escrito.
- 2.- Pacientes que no deseen participar en el estudio por cualquier motivo.
- 3.- Fiebre, infección periumbilical, alergia a cualquier fármaco a utilizar.

III) ELIMINACION:

1.- Pacientes que durante el transoperatorio presentaron dolor importante y que se les tuvo que administrar anestesia endovenosa. En este caso , se consideraron como fallas del procedimiento, fueron eliminados previa consignación en la hoja de captura de datos.

VARIABLES:

I) DEPENDIENTES

1. Experiencia del cirujano.
2. Habilidad en técnica anestésica
3. Tiempo quirùrgico.
4. Tolerancia al dolor.
5. Tiempo de estancia intrahospitalaria.
6. Complicaciones.

II) INDEPENDIENTES:

1. Edad
2. Paridad
3. Estado socioeconómico

CAPTACION DE LA INFORMACION:

La información se captará mediante un cuestionario elaborado y aplicado por Dra. Iraís Mendoza Arellanes y Dr. Luis Arcos González

PARAMETROS DE MEDICION:

1. Se empleará la escala de EVA (Escala visual análoga). Valorando su puntuación del 0 al 10, calificando a 0 como sin dolor o ausencia de dolor y 10 como dolor máximo.
2. Se empleará la escala de EVERA (Escala verbal análoga) calificándose como: nada, leve, moderado, severo o intenso..
3. Apreciación directa del cirujano durante el procedimiento quirúrgico.
4. Tiempo de estancia (días, horas).
5. Complicaciones.
6. Tiempo quirúrgico.

HOJA DE CAPTURA DE DATOS: *Ver anexo.*

VALIDACION DE DATOS:

Para el análisis estadístico de los datos se emplearon pruebas de estadística descriptiva (media, mediana y desviación tipo). Para la comparación de cada una de las variables independientes entre los grupos se empleó la prueba U de Mann Whitney por tratarse de una distribución que no es normal, en cuyo caso se emplean pruebas de estadística no

paramétrica. Se fijará un nivel de p de 0.05 para aceptar o rechazar la hipótesis de nulidad .

PRESENTACION DE RESULTADOS:

- 1.- Tablas.
- 2.- Gráficas.

CONSIDERACIONES ETICAS:

Todos los procedimientos estarán de acuerdo con lo estipulado en el reglamento de la ley gral. de salud en materia de investigación para la salud. Artículo 17 fracción 2, con riesgo mínimo.

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por medio de la presente carta le estoy informando e invitando a la vez a participar en el protocolo de estudio titulado Oclusión tubaria bilateral con anestesia local y sedación vs. Bloqueo peridural, realizándose en el hospital gral. de Huitzuco, Gro.

Dicho estudio consiste en realizarme oclusión tubaria bilateral ,con aplicación de anestesia local a nivel de cicatriz umbilical ,con previa ingesta de diazepam y

aplicación subcutánea de nalbufina, presentando leve dolor y ardor en el sitio de aplicación.

Los riesgos que se me pueden ocasionar al realizarse el acto quirúrgico son desgarró de salpinges, infección en sitio de incisión, los cuales se presentan también con la técnica habitual (bloqueo peridural), en caso de presentar dolor extremo al momento de la cirugía seré candidata a la aplicación de anestesia gral. endovenosa.

Mi participación en el estudio es voluntaria, puedo rehusarme a participar en este en el momento que los desee, sin penalización o pérdida de la atención médica en el hospital.

Estoy ampliamente informada y acepto voluntariamente.

Nombre y Firma del Paciente

Nombre y Firma del Investigador

Nombre y Firma del Testigo

Fecha _____

RESULTADOS:

- Se estudiaron 50 pacientes (100%) en los meses de julio a octubre de 1998, que acudieron al servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Gral. De Huitzuco Gro., para la atención de parto y que posteriormente a éste solicitaron oclusión tubaria bilateral como método de planificación familiar.
- Se dividieron en dos grupos: el Grupo 1 pacientes a las cuales se les realizó oclusión tubaria bilateral con anestesia local y sedación y Grupo 2 pacientes a las cuales se les realizó oclusión tubaria bilateral con bloqueo peridural.

Se obtuvieron los siguientes resultados:

EDAD: En relación a la edad entre grupos no se observó ninguna diferencia. Las pacientes del grupo 1 tuvieron un promedio de edad de 31 años, con un rango de 23-41 años (desviación estándar de 5.5 y mediana de 31 años). Las pacientes del grupo 2 tuvieron un promedio de edad de 31 años, con un rango de 20-40 años (desviación estándar de 5.1 y mediana de 31 años).

PARIDAD: Para el grupo 1 se obtuvo que la paridad fue de 4 gestaciones, mientras que para el grupo 2 fue de 5 gestaciones. Obteniéndose un valor de $P=0.930$. Lo que significa la ausencia de diferencias en este rubro.

TIEMPO DE ESTANCIA INTRAHOSPITALARIA: En éste apartado, el grupo que recibió anestesia local presentó una menor estancia intrahospitalaria, como parámetro indirecto

de recuperaci3n, en relaci3n al grupo que recibid3 anestesia mediante BPD. Para el grupo 1 se obtuvo una mediana de 8hrs, mientras que para el grupo 2 la mediana fue de 24hrs obteniendose una $P = < 0.001$ estadisticamente significativa.

DOLOR:

En relaci3n a la Escala de EVA durante el transoperatorio, el grupo 1 present3 un puntaje significativamente mayor que el grupo 2. Para el grupo 1 se obtuvo una mediana de 2.0, mientras que para el grupo 2 la mediana fue de 1.0 obteniendose una $P = 0.001$ estadisticamente significativa.

Escala de EVA durante el postoperatorio, para el grupo 1 la mediana fue de 2.0 mientras que para el grupo 2 la mediana fue de 2.0, sin embargo la distribuci3n de los valores entre ambos grupos fue diferente. El 75% de las pacientes del grupo 2 (BPD) se ubic3 en 3 mientras que el grupo 1 el 75% obtuvo un puntaje de 2. Al aplicar el an3lisis estadistico se obtuvo un valor de $P = < 0.001$ estadisticamente significativa.

Mientras que al aplicar la Escala de EVERA durante el transoperatorio para el grupo 1 se obtuvo una mediana de 1.0, para el grupo 2 la mediana fue de 0.0 una $P = 0.030$ estadisticamente significativa.

Al aplicar la misma escala durante el postoperatorio no se encontraron diferencias significativas para el grupo 1 la mediana fue de 0.0, para el grupo 2 la mediana fue de 1.0 con una $P = 0.553$.

COMPLICACIONES:

En el grupo 1 solamente en una paciente se tuvo que administrar dosis hipnótica de ketamina, por el motivo que se tuvo que prolongar la insición para realizar exéresis de quiste de ovario derecho con evolución satisfactoria. Mientras que para el grupo 2 en dos pacientes hubo punción de la duramadre manejándose conservadoramente en una y en la otra se realizó parche hemático ambas evolucionaron satisfactoriamente, en una tercera paciente se presentó como sintomatología importante náuseas y vómito.

Se eliminaron del estudio dos pacientes del grupo I por presentar dolor importante durante el transoperatorio habiendo que administrar anestesia general endovenosa.

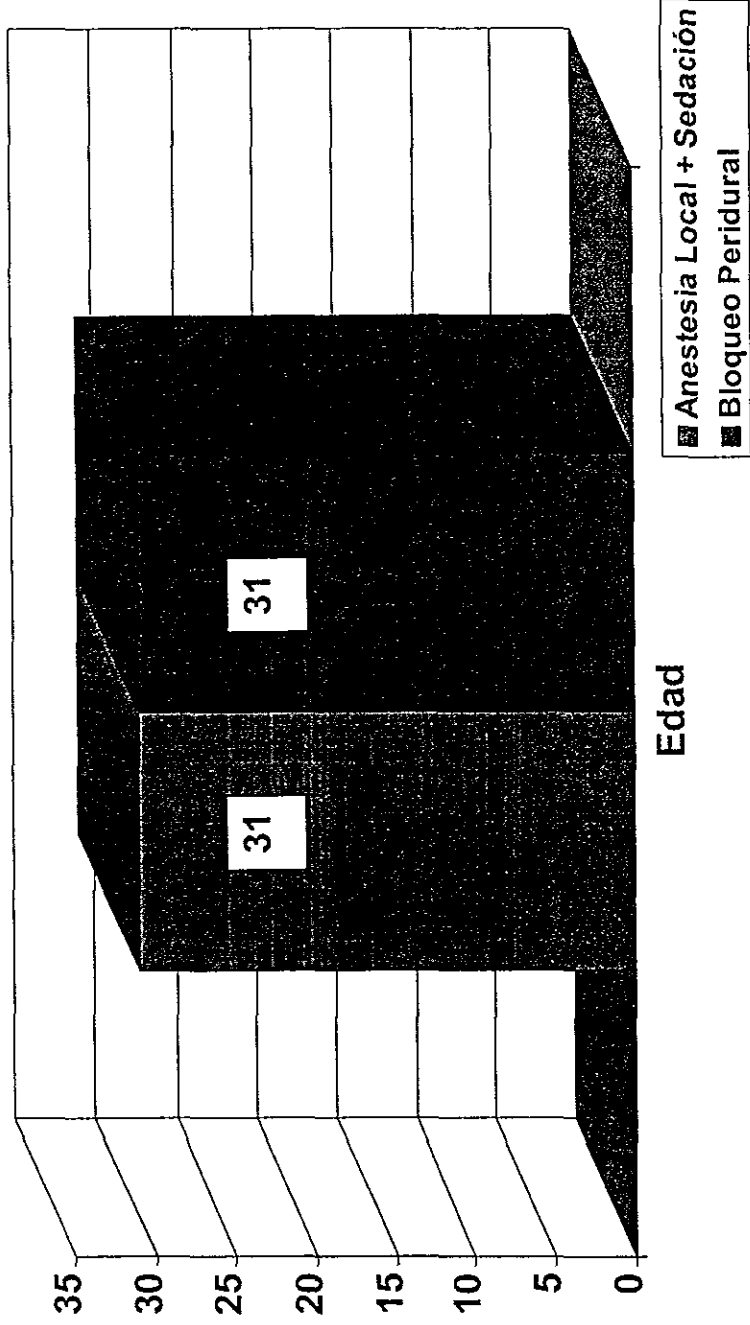
VARIABLE	GRUPO 1	GRUPO 2	Mann-Whitney
EDAD	31	31	NS
PARIDAD	4	5	NS
HRS. ESTANCIA	8	24	P= < 0.001
COMPLICACIONES	1	3	P= < 0.001

Tabla 1. Edad y paridad entre ambos grupos sin diferencias. Al comparar las horas de estancia y complicaciones, estas fueron superiores en el grupo 2 (BPD).

Variable	GRUPO 1	GRUPO 2	Mann-Whitney
EVERA Transoperatorio	1.0	0.0	P= 0.030
EVERA Post- operatorio	0.0	1.0	NS
EVA Transoperatorio	2.0	1.0	P= < 0.001
EVA Post- operatorio	2.0	2.0	P= < 0.001

Tabla 2. Comparación de las escalas de EVERA y EVA entre ambos grupos. La escala de EVERA en el transoperatorio fue superior en el grupo 1 y de manera inversa en el post-operatorio.

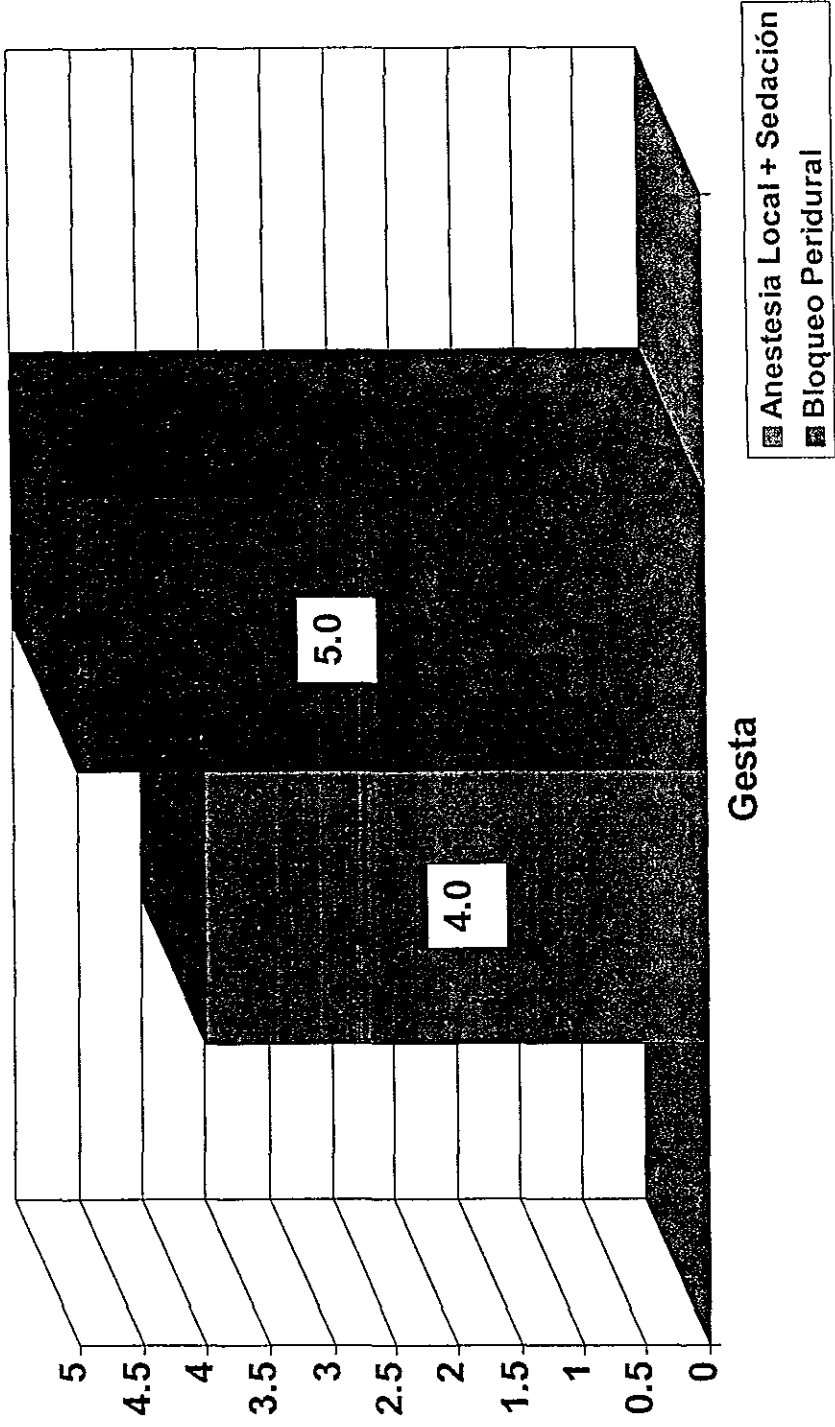
Promedio por Edad



P = 0.794 (NS)

* Fuente Entrevista

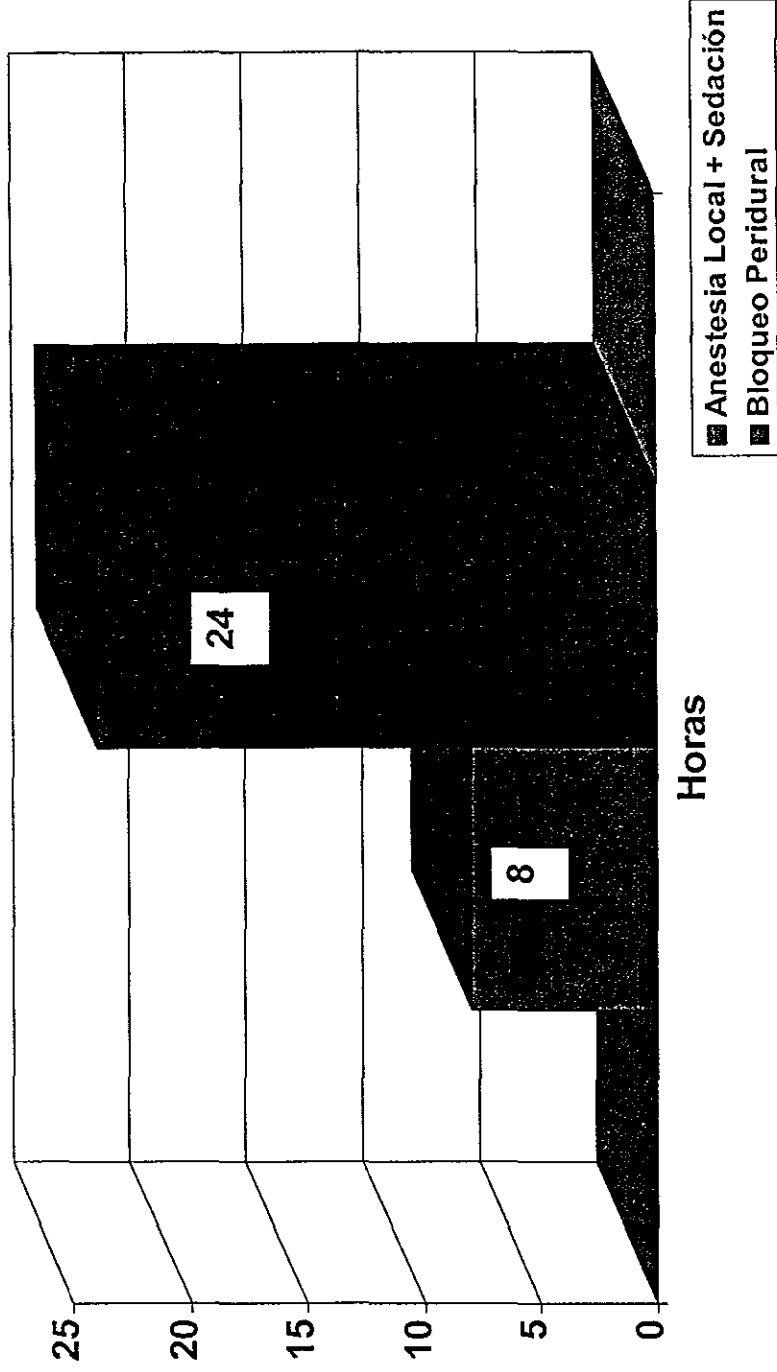
Promedio por Paridad



P = 0.930 (NS)

* Fuente Entrevista

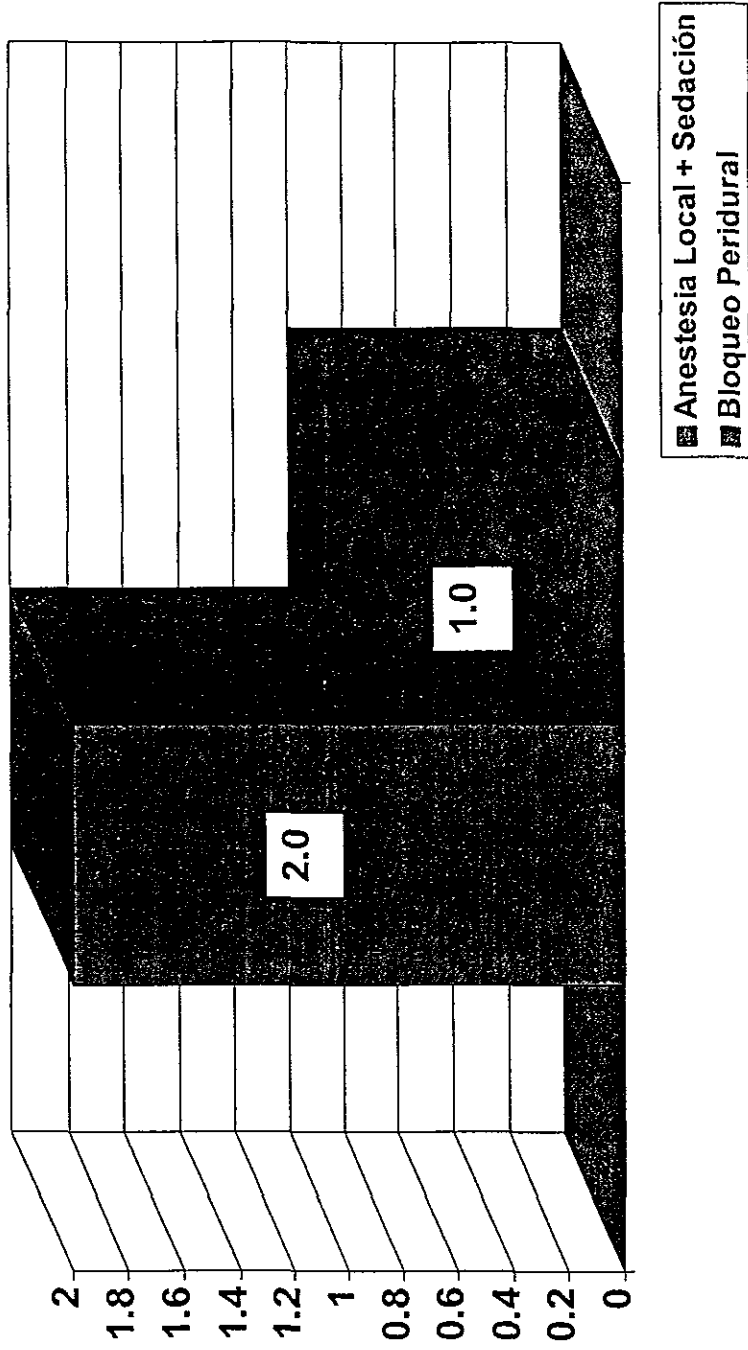
Promedio por Horas Estancia



$P = < 0.001$

* Fuente Entrevista

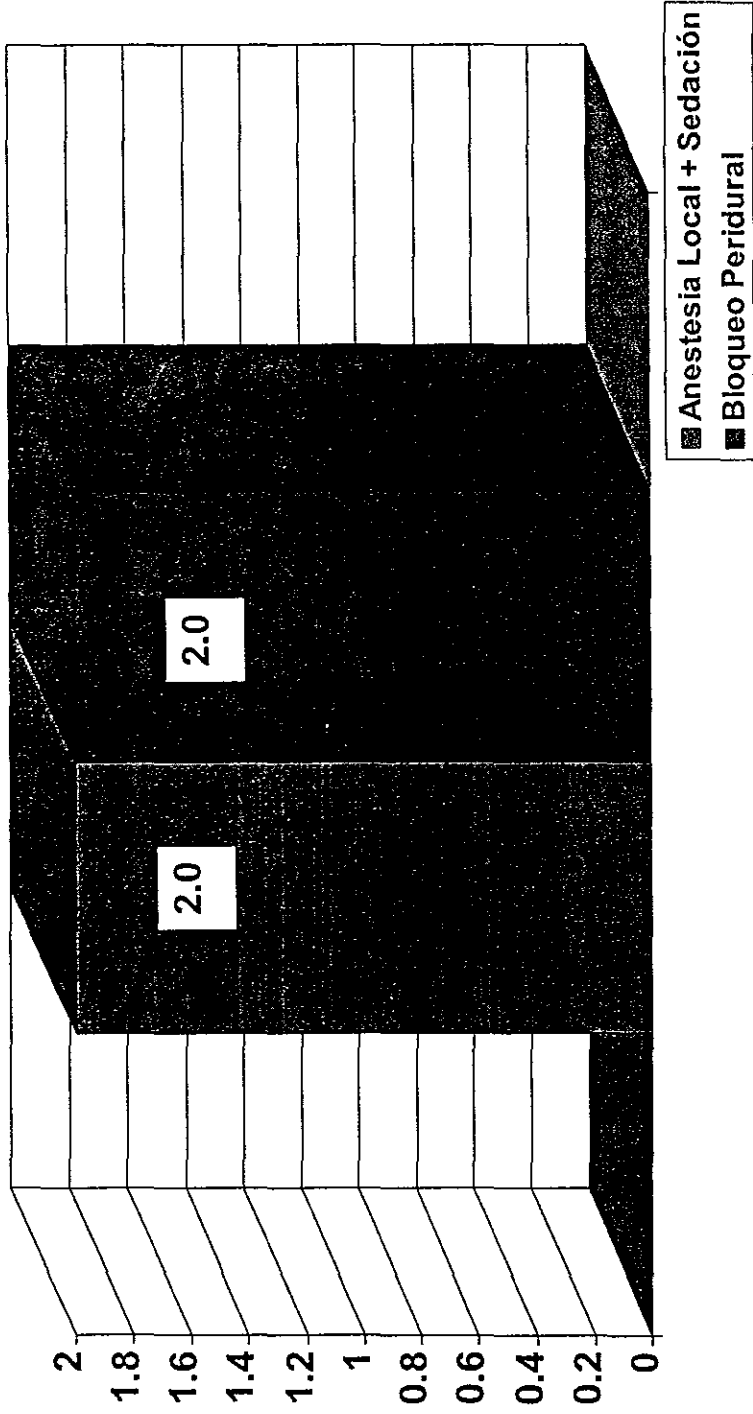
Escala EVA Trans-operatorio



P = 0.001

* Fuente Entrevista

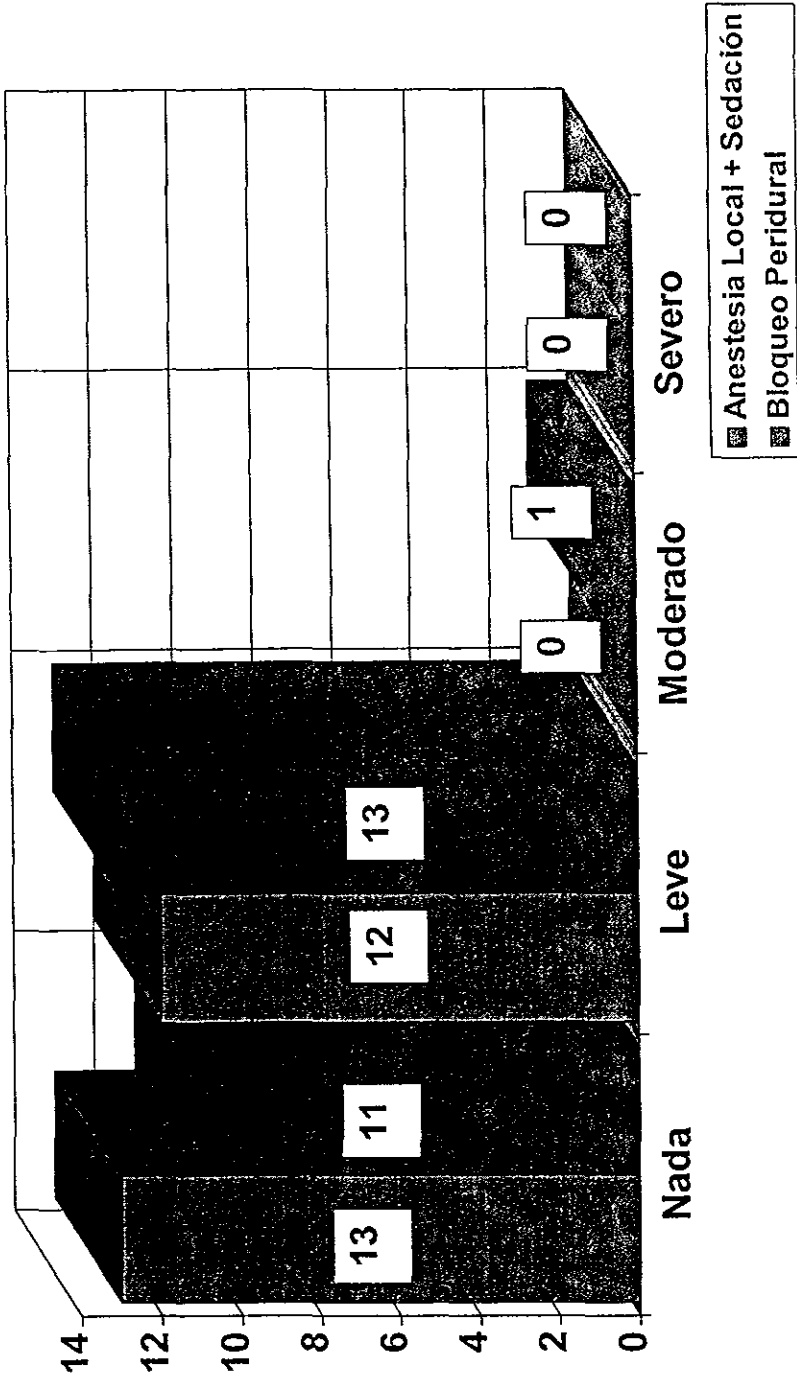
Escala EVA Post-operatorio



P = < 0.001

* Fuente Entrevista

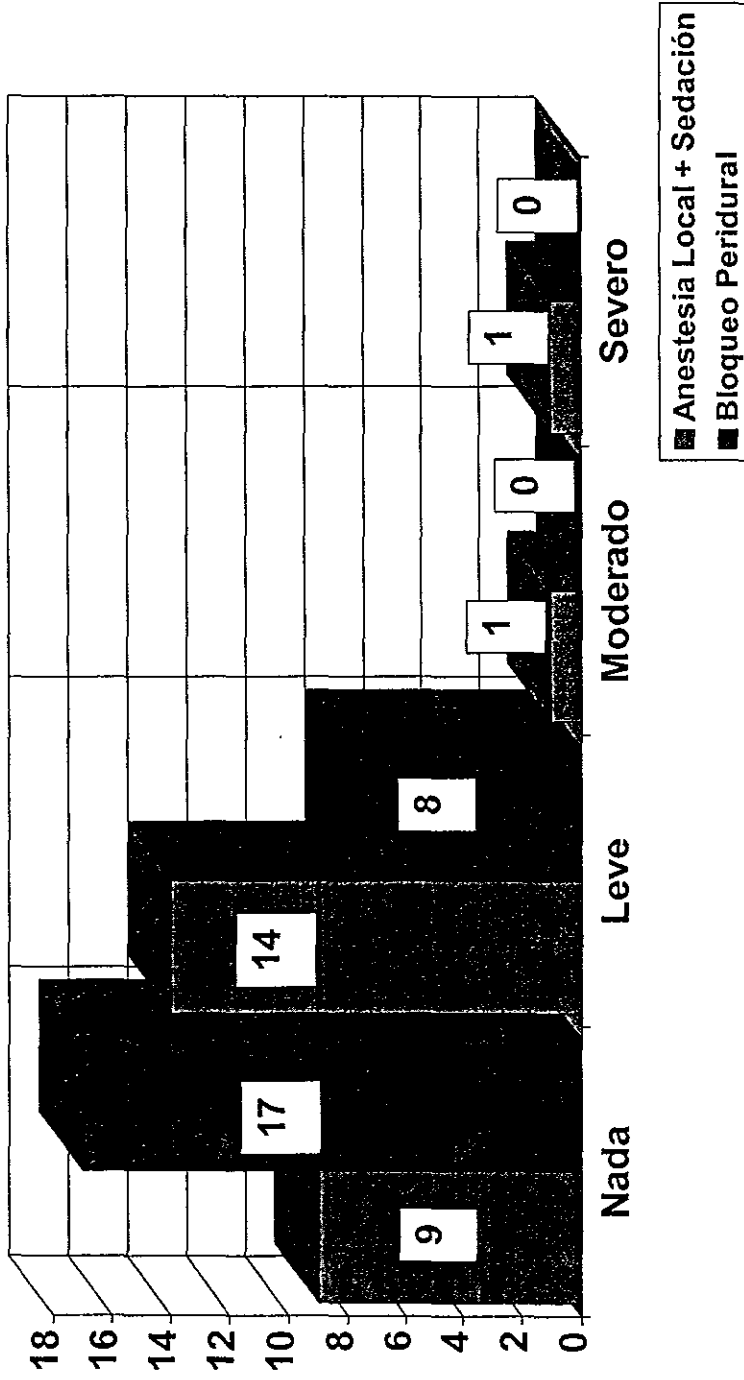
Escala EVERA Trans-operatorio



P = 0.553 (NS)

* Fuente Entrevista

Escala EVERA Post-operatorio



P = 0.030

* Fuente Entrevista

DISCUSION:

Los programas mundiales de planificación familiar para su ejecución están expuestos a un gran número de variables de orden cultural que intervienen en las prácticas reproductivas y en actitudes hacia la anticoncepción en diferentes poblaciones. De lo anterior surge la necesidad de realizar estudios regionales y de diseñar estrategias anticonceptivas, de fácil implementación y con mínimos efectos adversos, con el objeto de que sean atractivos para la población usuaria.

El perfil sociocultural de la mayoría de la población que habita en medio rural en nuestro país se encuentra matizado por varias características: en la mayoría de los casos se trata de pacientes provenientes de un medio socioeconómico bajo, sin acceso o muy limitado a la educación y a un servicio médico-asistencial con calidad; como consecuencia no tienen control prenatal o lo tienen de manera muy deficiente, nula práctica anticonceptiva y son en la mayoría de las veces multiparas aún a edad tempranas. Ante la necesidad de limitar su descendencia, solicitan un método definitivo de planificación familiar cuando asisten al hospital para la atención de su parto. La oclusión tubaria bilateral por minilaparotomía en el postparto constituye uno de los métodos más valiosos por su gran demanda, rapidez en su realización, inocuidad y breve estancia hospitalaria, la morbilidad directa observada en éste estudio fue baja y se compara con la reportada en la literatura (9). Como lo

señalan otros autores la mayoría de la pacientes se sitúan en la tercera década de la vida igualmente con 3 ó 4 hijos cuando consideraron haber cumplido su descendencia y solicitar la realización de oclusión tubaria bilateral (25).

En el momento actual la oclusión tubaria bilateral en la población mexicana tiene una gran demanda y aceptación, en éste sentido consideramos que la técnica descrita en éste estudio es una opción que debe tomarse en cuenta sobre todo cuando existen contraindicaciones para su realización por otros métodos (anestesia general o regional) , ó simplemente la paciente no acepta el bloqueo peridural o la anestesia general.

Si bien, es conveniente realizar un mayor número de estudios comparativos entre la minilaparotomía bajo anestesia local y bajo otras formas de anestesia. En nuestro estudio, la OTB por minilaparotomía bajo anestesia local representò no solo una alternativa , sino que fué superior en términos de recuperación y de tiempo de estancia intrahospitalaria que el de aquellas que fueron realizadas bajo BPD.

CONCLUSIONES:

- 1) La oclusión tubaria bilateral por minilaparotomía postparto con anestesia local y sedación es un método fácil de realizar, rápido y eficaz con limitaciones mínimas, sin complicaciones anestésicas, sin morbilidad trans y postoperatorias, que no amerita mayor tiempo de estancia hospitalaria, que la recuperación de la paciente es rápida y que optimiza recursos materiales y financieros.

- 2) La realización de la oclusión tubaria bilateral por minilaparotomía postparto con anestesia local y sedación debe ser difundida entre las Instituciones de Salud con gran demanda como lo es la nuestra, en las que una vez que las pacientes se deciden por un método de planificación permanente desertan de él al no haber ni tiempo quirúrgico ni anestésico para su realización.

- 3) Por lo tanto menor estancia intrahospitalaria, menor riesgo quirúrgico-anestésico, menor sintomatología postoperatoria hacen de la anestesia local en la obstrucción tubaria bilateral una excelente opción para una mayor y mejor atención de pacientes en los hospitales en los que la demanda aumenta día a día.

BIBLIOGRAFIA:

- 1.- Normal oficial mexicana de los servicios de planificación familiar. Edición del año 1993.
- 2.- Lee Syhagen DF.: Laparoscopia sterilization in freestanding clinic. A report of 1092 cases contraceptions, Vol. 30;6: 1984, pags. 545-53.
- 3.- De La Garza QC.: Salpingoclasia por minilaparotomia postparto. Ginecología y Obstetricia de México. Vol. 58;Nov. 1990: pp. 315-19.
- 4.- Soberon AJ: Salpingoclasia por minilaparotomia. Actualidades en Ginecología y Obstetricia. Vol.3,1978. pp 229-33.
- 5.- García BC. Morbilidad temprana de la salpingoclasia postparto inmediata. Ginecología y Obstetricia de México. Vol. 41.1977. pp 417.
- 6.- Poindexter AN. Laparoscopia tubal sterilization under local anesthesia. Obstetrics and Gynecology. Vol 75(1) January 1990. pp 5-8.
- 7.- García LA .Morbilidad de la obstrucción tubaria bilateral vía laparoscópica. Ginecología y obstetricia de México. Vol. 59. Agosto de 1991. Pp 257-60.

- 8.- Michael. SS. Laparoscopic tubal sterilization under local anesthetic in women with cyanotic heart disease. *Obstetric and Gynecology*. Vol. 78(3). Sept. 1991, pp.437-39.
- 9.- Andrade ZJ. Esterilización postparto en un programa de adiestramiento médico. *Ginecología y Obstetricia de México*. Vol. 54. Junio de 1986. pp 148-51.
- 10.- Marvin CR. Post tubal sterilization syndrome aminsoner. *Obstetric and Gynecology*. Vol. 61(2). February 1983. pp 153-58.
- 11.- Louis GG. Tubal sterilization and risk of subsequeute hospital admition for menstrual disorders. *Obstetrics and Gynecology*. 1992. pp1698-1706.
- 12.- Frank DM. Complicatrions of internal laparoscopic tubal sterilization. *Obst. and. Ginecol.* Vol. 61(2) february 1983. pp 153-58.
- 13.- Marvin SA. Laparoscopic tubal sterilization under local anesthetic. *Obst. and. Ginecol.* Vol. 73 (6). june 1990 pp. 1060-62.
- 14.- Dahal JB. Effects of lidocaine aerosol on postoperative pain and wound tenderenss following minor ginecological laparotomic. *Anesthesiology* vol.77.
- 15.- Narchi P. Anesthesia usin mesosalpinx infiltration combine with intraperitoneal lidocaide for young ring laparoscopic. *Anesthesiology*. Vol. 36. 1992. pp 1122-44.
- 16.- Honet JE. Espinal anesthetic for postpartum tubal ligation meperidine vs. Lidocaine. *Anesthesiology*. Vol. 75(3). 1991.
- 17.- Putenese N. Plasma lidocaine concentration asociates with extradural analgesia in patients with and without

- multiple organ failure. *Anesthesiology*. Vol. 69. 1992. pp 513-16.
- 18.- Spilenean. Pharmacocinetic and pharmacodinamic of local analgesic for laparotomi tubal ligations. *Anesthesiology*. Vol. 146(7). 1993. Pp 821-824.
- 19.- Bennet MS. Laparoscopic tubal sterilization under local analgesia and anesthetic. *Obst. and Ginecol.* Vol. 76(6). 1990. pp 1060-61.
- 20.- Amstey MS Laparoscopic tubal sterilization under local anesthetic. *Obst. and. Goinecol.* Vol. 75(6). 1990. Pp 1600.
- 21.- Henry M. Laparoscopic under epidural anesthetic thecniques indications in resulted in 220 cases. *Am. J. Obst. and. Ginecol.* Vol. 20 (3). 1990. Pp. 355-60-.
- 22.- Alexander CO. Bupivacaine infiltration of the mesosalpinx ambulatory surgical laparoscopic tubal sterilization. *Anesthesiology*. Vol. 34(4). 1987. Pp 362-365.
- 23.- Diaz V. Local anesthetic and minilaparotomy and safe procedure for tubal oclutions in women with severe healt problems. *Contraceptions.* Vol. 36 (2) Agust. 1987. Pp 211-15.
- 24.- Aral K . Zorlu. Tubal sterilization by laparoscopy and minilaparotomy. *Contraceptions.* Vol 9 (4). Dec. 1993. Pp 313-18.
- 25.- Campos-González. Bilateral tubal occlusion by postpartum mini-laparotomy under local anesthesia and sedation. *Obst. and. Ginceol.* Vol. 61. Oct. 1993. pp 295-298.

- 26.- Bordahl-PE. Laparoscopic sterilization under local or general anesthetic. Obst. and. Ginecol.Vol. 81 (1).January. 1993. Pp. 137-41.
- 27.- Uriah Guevara López. Dolor: Bases para el diagnóstico y tratamiento .Partes 1 y 2. Anestesia de México. Vol. 7 (1,3).1995.

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

ANEXO 1
HOJA DE CAPTURA DE DATOS

Nombre: _____ Edad: _____
Gestas: _____ Paras: _____ Abortos: _____ cesáreas: _____
Método de planificación familiar previo: _____
Motivo de OTB: _____
Hora del parto: _____ Hora de la OTB : _____
Tiempo Quirúrgico: _____ Tiempo anestésico: _____
Tipo de anestesia: _____ complicaciones
anestésicas: _____

EVA transoperatorio: _____
EVA postoperatorio: _____
EVERA transoperatorio: _____
EVERA postoperatorio : _____

Analgésicos empleados en el postoperatorio: _____
Sintomatología postoperatoria: _____

Observaciones: _____

Fecha: _____