

11217
32
2ej



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

División de Estudios de Postgrado

'Hospital Gral. Dr. Fernando Quiroz Gutiérrez'

I. S. S. S. T. E.

SALPINGOCLASIA POSTPARTO MEDIANTE MINILAPAROTOMIA BAJO SEDACION Y ANESTESIA LOCAL

ESTUDIO REALIZADO EN 30 PACIENTES

DR. SIMON ALBERTO ESCALONA PICHARDO

COORDINADOR DE TESIS: DR. ANTONIO GARCIA LUNA

TITULAR DEL CURSO: DR. TITO AMADOR DURAN

JEFE ENSEÑANZA HOSPITAL: DR. SERGIO VALDEZ ROJAS



MEXICO, D. F.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1985



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 está 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.

I N D I C E

- 1.- INTRODUCCION
- 2.- ASPECTOS PSICOLOGICOS, SOCIALES Y BIOLÓGICOS
- 3.- JUSTIFICACIONES
- 4.- OBJETIVOS
- 5.- CLASIFICACION DE METODOS QUIRURGICOS
- 6.- MANEJO INTEGRAL PREOPERATORIO DE LA PACIENTE
- 7.- REQUERIMIENTOS FISICOS Y HUMANOS
- 8.- DESCRIPCION TECNICA QUIRURGICA
- 9.- INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES
- 10.- MANEJO POST OPERATORIO DE LA PACIENTE
- 11.- MATERIAL Y METODO
- 12.- RESULTADOS
- 13.- DISCUSION
- 14.- CONCLUSIONES
- 15.- BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION

La esterilización en nuestros tiempos es un método idóneo para el control de la fertilidad. Tiene su justa aplicación en las parejas que ya han completado su familia y queda aún un lapso considerable entre el nacimiento del último hijo y el final de la vida reproductiva en la mujer. Es la alternativa preferible a otros métodos de planificación familiar reversible, que, aunque son buenos y se perfeccionan día con día, por múltiples causas aún no son lo bastante buenos y seguros para garantizar el número deseado de hijos.

Dentro de las actividades de planificación familiar del sector salud en todo el País, el estudio y práctica de métodos que regulen la fertilidad humana, ocupa un lugar prioritario acorde con las necesidades del País en materia de salud y también de acuerdo a las nuevas orientaciones de la Ley General de Salud.

La necesidad amplia y urgente de procedimientos de esterilización simples, eficaces y económicos que puedan efectuarse en pacientes, en un mínimo de tiempo de hospitalización se han convertido en el reto cotidiano de médicos e investigadores, sea, participando en las técnicas de oclusión tubé debate bilateral conocidas hasta hoy o tratando de crear y desarrollar nuevos métodos.

La selección de la técnica para la OTB depende en mucho del adiestramiento y habilidad que el médico haya tenido; las técnicas endoscópicas por-

ejemplo, requieren de un mayor adiestramiento, -- mientras que los procedimientos transvaginales -- (por colpotomía posterior), se encuentran supeditados a situaciones quirúrgicas especiales. Agregaremos también que las técnicas laparoscópicas se pueden asociar con mayor frecuencia a un índice -- más alto de lesiones a estructuras adyacentes a -- los oviductos que la simple ligadura de los mismos y que, los procedimientos realizados a través del fondo de saco posterior están asociados a morbilidad mayor si se comparan con las técnicas de abordaje abdominal.

Factor importantísimo es la reversibilidad de la técnica para la selección y aceptación de la OTB, pues la experiencia ha demostrado que, la mayoría de mujeres que desea un método permanente -- elige la esterilización, pero otras en particular, sobre todo mujeres con número pequeño de hijos, -- aceptarían con gusto algún medio de esterilización reversible.

En este trabajo se describe la técnica quirúrgica que se llevó a cabo en todas nuestras pacientes tanto por ser de fácil ejecución como por el hecho de estar asociada a mínima morbilidad; no obstante se hace mención de las técnicas quirúrgicas con que se cuenta hasta el momento.

En algunos Países y sobre todo en el nuestro privan aún barreras de tipo cultural y religioso -- en las actitudes del profesionista médico como de las parejas respecto a la esterilización; empero --

el cirujano tiene el derecho de NO adoptar prácticas contra su conciencia, sin embargo, al mismo tiempo, tiene la obligación de asegurar que haya servicio para la pareja que si determinen su uso.

ASPECTOS PSICOLÓGICOS, SOCIALES Y BIOLÓGICOS

Quienes proporcionan la esterilización, tienen la ineludible responsabilidad de asegurar que la persona a ser operada, entienda en forma adecuada a su cultura, lo que significa el procedimiento a corto y largo plazo incluyendo, por remota que sea, la posibilidad de un embarazo no deseado.*

Algunos autores han diseñado estudios psicológicos del seguimiento de pacientes esterilizadas y aunque los programas adolecen de algunos defectos, en general la gran mayoría expresa su satisfacción por la operación.

Se ha enfatizado mucho sobre la naturaleza especial de la esterilización ya que en la práctica, comparte las mismas características de cualquier otro procedimiento quirúrgico, de ahí que tienda a culpar de los síntomas subsiguientes (ejem. cambios premenopáusicos, de menstruación o disminución de la libido con la edad), a una operación de esterilización.

No se ha demostrado totalmente en la práctica o teoría efectos colaterales biológicos adversos de importancia ya sea a corto o largo plazo; una vez que la mujer se ha recuperado, podemos decir con bastante seguridad que la operación carece por completo de efectos colaterales, con excepción clara esta, de que posiblemente se arrepienta o lamentamente debido a algún acontecimiento imprevisto en su vida.

JUSTIFICACIONES

Las consecuencias socioeconómicas y ambientales de la densidad poblacional observada durante los últimos años, han inducido un cambio en las indicaciones para la esterilización destacándose en forma prominente de un País como el nuestro en constante sub-desarrollo, el punto de vista demográfico y consecuentemente económico. Entre otras causas no podemos soslayar que los programas de planificación familiar no quirúrgicos actuales que se ofrecen a los solicitantes adolecen de efectividad verdadera ya que el índice de deserción de los programas es alto, tal vez, por fallas en el renglón educativo-motivador a nivel de cada clínica.

Lo anterior ha originado la inclusión prioritaria de la salpigoclasia a diversos programas de planificación familiar, en los que diferentes autores a nivel mundial reportan una gran aceptación y una magnífica eficacia del procedimiento, pues, resulta altamente efectivo para evitar un embarazo no deseado, combaten en definitiva la deserción de programas de planificación, previenen el aborto provocado y reduce las tasas de morbilidad materna derivadas tanto del embarazo como del aborto.

Es por ello que la esterilización como método definitivo para el control de la fertilidad se ha tornado en práctica rutinaria establecida en todos los Hospitales del Mundo.

El I.S.S.S.T.E., conciente de su responsabilidad organiza y desarrolla programas encaminados-

a lograr el bienestar de su población derechohabiente, requiriendo para ello del esfuerzo y apoyo institucional conjunto con el cual se logra realmente mejorar el estado de salud mediante prácticas de medicina preventiva.

Las actividades de planificación familiar son fundamentales para el logro de los ya mencionados fines, pues controlan uno de los factores más importantes de desequilibrio del bienestar familiar, como es el crecimiento acelerado y anárquico de la población.

El comportamiento que la mujer en edad fértil tiene, ante los eventos gestacionales, que van, desde la ilusión por generar descendencia sana, hasta la frustración por que ésta descendencia no ocurra, es la justificación más significativa, ya que se pretende contribuir a establecer condiciones familiares e individuales ideales evitando que la gestación ocurra en condiciones biológicas, psicológicas y sociales adversas que impidan o dificulten el desarrollo e integración familiar.

OBJETIVOS

Existen distintas etapas para practicar la - oclusión tubárica, pero el postparto inmediato está considerado como el momento más adecuado, puesto que, ofrece características benéficas como son: buena exposición de elementos anatómicos, aprovechamiento del método anestésico utilizado para la atención del parto, estancia hospitalaria corta, - requiere de mínimos recursos humanos -económicos y los más importante, que el método realizado es seguro y relativamente de fácil ejecución.

Con este objetivo presentamos el siguiente - trabajo llevado a cabo en el HOSPITAL "DR. FERNANDO QUIROZ GUTIERREZ" del I.S.S.S.T.E., realizado - con técnica quirúrgica sencilla, practicable con - escaso material con un mínimo de tiempo y de recursos humanos, pero sobre todo con muy escasa morbilidad y NULA mortalidad para la paciente. Como - vemos esto permite cumplir efectivamente las metas trazadas en los programas de planificación familiar además de que reduce la estancia hospitalaria y consecuentemente el COSTO día-cama que es factor económico muy importante.

OBJETIVOS GENERALES

Aprovechamiento al máximo de los recursos - con que cuenta el Hospital a fin de proporcionar a sus derechohabientes, la información y servicios - eficientes que coadyuvan a constituir familias que alcancen su desarrollo integral acordes a nuestra realidad social cultural y económica.

OBJETIVOS PARTICULARES

A.- Promover la demanda de métodos quirúrgicos, informar a la población derechohabiente e institucional sobre la importancia de la Planificación Familiar y paternidad responsable.

B.- Motivar al 100% de mujeres en edad fértil asistentes al Hospital y que externen su deseo de no más embarazos.

C.- Adiestramiento de personal médico en vías de especialización a desarrollar actividades postparto y postaborto en todos los demás Hospitales del sistema I.S.S.S.T.E.

D.- Promover las investigaciones biomédicas y sociales en planificación familiar.

E.- Disminuir la incidencia de embarazo no deseado y aborto provocado. Disminuir los índices de morbimortalidad materno-fetal.

F.- Mejorando las condiciones preventivas, mediante el apoyo a programas de detección oportuna de CaCu y mamario.

G.- Reducir la erogación presupuestal del Hospital mediante el abatimiento de los costos derivados de la atención materno-infantil.

UNIVERSO DE TRABAJO

Pacientes derechohabientes y no derechoha-

bientes que a su juicio tengan el número de descendientes deseado, que, además transcurran en edad fértil y soliciten el servicio de Planificación familiar.

CLASIFICACION DE METODOS QUIRURGICOS DE OTB DE ACUERDO AL MOMENTO DE REALIZAR LA OPERACION Y VIA DE ABORDAJE.

- 1.- OTB en el intervalo intergenésico mediante laparotomía.
- 2.- OTB en el intervalo intergenésico mediante minilaparotomía.
- 3.- OTB en el período intergenésico por método -- laparoscópico.
- 4.- OTB post aborto no séptico mediante minilaparotomía.
- 5.- OTB de intervalo mediante colpotomía posterior o como complemento de otras operaciones ginecológicas por vía vaginal.

CLASIFICACION DE MINILAPAROTOMIA

Aunque el uso de este término se generaliza a toda técnica de oclusión tubaria por vía abdominal, su significado únicamente sirve para connotar las características de la incisión abdominal.

El deseo de simplificar al máximo las técnicas de OTB, ha suscitado que se prefiera una pequeña incisión en la pared abdominal a través de la cual se puedan realizar técnicas variadas de oclusión tubaria; pueden efectuarse en postparto, post aborto o en el intervalo intergenésico durante la fase proliferativa del ciclo menstrual.

- 6.- OTB postparto mediante laparoscopia.
 - 7.- OTB postparto mediante minilaparotomía con incisión transversa infraumbilical.
 - 8.- OTB postparto mediante minilaparotomía con incisión media longitudinal bajo sedación y anestesia local. *
- * Con excepción de éstas técnicas las demás requieren de BPD y/o anestésia general.

MANEJO PREOPERATORIO DE LA PACIENTE

Es básica la elaboración de Historia Clínica completa incluyendo el examen físico completo antes del procedimiento; así mismo se toman muestras de sangre para determinaciones de Hb, Ht, grupo sanguíneo, Rh y Urianalisis. Estos exámenes de laboratorio las más de las veces son suficientes para nuestros propósitos; en piso se dejan indicaciones a enfermería con el fin de que preparen a la paciente con miras a la intervención.

 CLASIFICACION DE ACUERDO A LA TECNICA PROPIA DE LA OTB.

ANILLOS DE SILASTIC
 FIMBRECTOMIA DE KROENER
 IRVING
 MENLENER
 POMEROY
 UCHIDA
 WOOD

REQUERIMIENTOS FISICOS Y HUMANOS.

Es conveniente para la realización del procedimiento contar con una sala de operaciones, una mesa quirúrgica y una lampara, (en nuestro estudio todas las operaciones se ejecutaron en la sala de expulsión); el instrumental quirúrgico se redujo al mínimo necesario y se implementó en un solo bulto especial con el fin de aprovechar al máximo los recursos, describiéndose más adelante el material requerido.

El cirujano requiere solamente de un ayudante -instrumentista, labor que fue realizada por un Médico residente de grado y por otro lado se requiere la participación de un circulante comisión desempeñada por la enfermera de labor en turno, quien realizó también la identificación y transporte del paciente dentro del servicio.

MATERIAL E INSTRUMENTAL REQUERIDO

- 1 Charola de Mayo
- 1 Mango de bisturí con Hoja No. 15
- 2 Pinzas de Kelly curvas
- 1 Pinza de Anillos
- 1 Pinza de Allis o de Babcock
- 1 Tijera de Metzenbaum
- 1 Tijera Mayo recta
- 2 Separadores de Farabeuff
- 1 Porta agujas
- 1 Pinza de disección sin dientes
- 1 Jeringa desechable de 10 o 20 c.

Cuadro 1—Comparación de Métodos de Oclusión Tubaria Usados Actualmente en Seres Humanos*

Método	Parte del Oviducto	Vías de Abordaje Posibles	Potencial de Reversibilidad	Eficiencia con Equipos Estándar	Grado de Habilidad Requerida	Costo	Rango de la Tasa de Fallo	Incidence de Mortalidad	Posibilidad como Procedimiento en Pacientes Autóctonos
LIGADURA									
Pomeroy	istmo	miniaparotomía ^a	bueno	si	promedio	bajo	0-0.4 (más alto cuando se efectúa mediante culdoscopia)	baja	si
		laparotomía		si	promedio	alto ^b		baja	no
		colpotomía		si	más que promedio	alto ^c		moderada ^b	no
Fimbriectomía	fimbria (distal)	culdoscopia	bueno	si	promedio	bajo	nula (más elevada cuando se efectúa post-parto)	baja	si
		laparotomía		si	promedio	alto ^b		baja	no
		colpotomía		si	más que promedio	alto ^c		moderada ^b	no
Uchida	ampolla	culdoscopia	bueno	si	promedio	bajo	nula	baja	si
		laparotomía		si	más que promedio	alto ^b		baja	no
Moffner	istmo	miniaparotomía	moderado	si	promedio	bajo	0.3-2 (más alta—30—cuando se hace vía colpotomía)	baja	si
		laparotomía		si	promedio	alto ^b		baja	no
		colpotomía		si	más que promedio	alto ^c		moderada ^b	no
Wood	ampolla	laparotomía	muy bueno	no	más que promedio	alto ^b	nula	baja	no
Irving	ampolla	miniaparotomía	bueno	si	promedio	bajo	nula	baja	si
		laparotomía		si	promedio	alto ^b	nula	baja	no
Resección del cuerpo	cuerpo (proximal)	laparotomía	pobre	si	promedio	alto ^b	2.8-3.2	moderada	no
Bopengastens	lateral	miniaparotomía	pobre	si	promedio	bajo	0-1.8	moderada	si
		laparotomía	pobre	si	promedio	alto ^b		moderada	no
Ligadura simple	istmo	miniaparotomía	muy bueno	si	promedio	bajo	20	baja	si
		laparotomía		si	promedio	alto ^b		baja	no
		colpotomía		si	más que promedio	alto ^c		moderada ^b	no
FIGURACIÓN									
Coagulación sola	istmo	laparoscopia	moderado	no	alta	alto	1-2	moderada	si
			Coagulación y división		no	alta		alto	si
			Coagulación y ectopexia		no	alta		alto	si
Coagulación y ectopexia	intersticial (unión ovarotubaria)	histeroscopia	pobre	no	alta	alto ^c	0-0.8	alta	si
			pobre	no	más que promedio	alto ^c	10-25	moderada	si
	istmo	culdoscopia	pobre	no	alta	alto ^c	30-60	baja	si
GRASA									
Con resorte	istmo	laparoscopia (otras vías posibles)	muy bueno	no	alta	alto ^c	0.2-0.8	baja	si
Grosos de lanolina	istmo	miniaparotomía	muy bueno	no	promedio	bajo	0-18	baja	si
		laparotomía		no	promedio	alto ^b		no	
		colpotomía		no	más que promedio	alto ^c		no	
		culdoscopia		no	alta	alto ^c		si	
		laparoscopia		no	alta	alto ^c		si	
ANILLOS									
Anillo Falope	istmo	laparoscopia (otras vías posibles)	sin probar	no	alta	alto ^c	nula	baja	si

- 2 Batas
- 2 Pares de guantes
- 4 Campos pequeños
- 1 Cátgut crómico 0
- 1 Cátgut simple es sin aguja montado en gasa
- 1 Dermalon 000 o Seda libre 0.
- Gasas estériles.
- Solución antiséptica
- Lidocaina al 1% ó 2% simple.

TECNICA QUIRURGICA MINILAPAROTOMIA POSTPARTO

- 1.- Ayuno, necesariamente de 8 hrs. como para cualquier otra intervención?
 - 2.- Canalización de vena.
 - 3.- Vaciamiento vesical dejando la sonda a permanencia conectada a un guante hasta la terminación del procedimiento quirúrgico.
 - 4.- Corroboración del fondo uterino mediante palpación.
 - 5.- ANESTESIA LOCAL. Se usa lidocaina al 1% simple infiltrada a lo largo de la piel (infiltración subcutánea) en el sitio elegido para la incisión.
- SEDACION. 15 a 30 minutos antes del inicio de la operación la paciente recibe 0.5 mg de atropina; posteriormente se verifica la permeabilidad de la venoclisis y antes de iniciar la incisión se pasan lentamente por vía IV 10 mg. de Diacepam diluidos en 10 cc. de sol. glucosa

da al 5%; la velocidad y dosis del medicamento van de acuerdo a la respuesta de la paciente; sin embargo en la totalidad de las pacientes se uso la dosis de 10 mg.

- 6.- Asepsia y antisepsia de la región abdominal en la forma habitual.
- 7.- Delimitación del campo operatorio
- 8.- Posición de Traendelenburg de 15 grados.
- 9.- INCISION. La incisión quirúrgica es parte medular de la técnica quirúrgica por lo que en todas las pacientes se realizo incisión media-longitudinal de aproximadamente 3 cm. en promedio y situada a 4-5 cm. abajo del fondo uterino, con lo que se logra la visualización inmediata y fácil abordaje de los oviductos.
- 10.- Una vez abordada la cavidad abdominal, el Cirujano palpa el origen uterino del ligamento redondo del lapso correspondiente efectuando una ligera tensión de este, se desliza una pinza detras del mismo; sin la estructura tomada no ofrece resistencia a la tracción ligera casi con seguridad se trata de la trompa, en caso contrario, sin sacar la pinza se verifica la toma y se lleva el elemento anatómico hacia la herida operatoria.
- 11.- Se comprueba la toma de la trompa visualizando las fimbrias, ovarios y vasos del mesosalpinx.
- 12.- Hecho lo anterior se efectúa la operación ya sea por la técnica de Pomeroy o de la Fimbrectomía que a continuación se describen.

13.- Terminada la ligadura se cierra por planos y se sella herida quirúrgica.

14.- Se retira sonda vesical.

TECNICA DE POMEROY

Consiste en fijar la trompa en su tercio medio ya sea con una pinza de allis de babcock traccionandola suavemente, a continuación se hace una asa de 1 a 2 cm. que se liga en su base por transfixión con cántgút cromico 0 y se corta la porción de trompa remanente. Una vez reabsorbido el cántgút permite la separación de los cabos tubarios.

TECNICA DE LA FIMBRECTOMIA

Localizada la trompa, se expone su extremo distal y se sujeta con una pinza de Rochester o Kelly en posición oblicua sobre dicho extremo incluyendo la fimbria, se corta y se extirpa. La ligadura de la estructura restante se efectúa con seda del 0. (Doble ligadura).

MANEJO POST OPERATORIO*

RECUPERACION

En la etapa de recuperación se debe brindar al paciente descanso confortable, para este propósito sólo se requirió de una cama común y corriente o en su defecto de una camilla situada en la misma sala de expulsión o labor; esto además de que evita la saturación de las salas de recuperación ofrece un control postoperatorio más directo-

de la paciente por el Cirujano.

El control del dolor y vomito postoperatorio no ofrecen grandes problemas ya que son fácilmente controlados mediante la administración de analgésicos y antieméticos convencionales.

Se recomienda movilización precoz y progresiva hasta llegar a la acostumbrado por cada paciente; la única restricción es la actividad física - exagerada.

VALORACION POST-QUIRURGICA.

Es recomendable revisar a la paciente entre los 5 y 8 días siguientes al procedimiento o si sus condiciones lo ameritan dar cita abierta; como complemento ideal se debe hacer la revisión a los 6 meses y posteriormente cada año.

SELECCION DE CASOS

La oclusión tubaria bilateral es un procedimiento de anticoncepción permanente e irreversible que forma parte del arsenal médico en planificación familiar, por lo tanto, como otros tantos métodos - no existe aún el criterio definido aplicable en todos los casos; de ahí que deba evaluarse a cada pareja en forma individual.

Por lo anterior, las parejas que solicitaron y aceptaron el método quirúrgico anticonceptivo -- permanente, recibieron información clara y detallada de las opciones y alternativas según el caso; -

información que fue proporcionada en especial por el personal médico, contribuyendo también a ella - personal de enfermería y trabajo social. Se hizo particular énfasis en la naturaleza irreversible de la operación.

La opción libre de la pareja es base del éxito por lo que es imprescindible obtener un documento firmado haciendo constar la decisión libremente escogida de la pareja, para esto se cuenta con formas especiales de control y estadística.

CONTRAINDICACIONES

INFECCION PELVICA AGUDA

Pacientes en las que se sospecha o confirma endometritis recibirán tratamiento específico posponiendo por el tiempo requerido el acto quirúrgico y/o brindando otro tipo de método.

PATOLOGIA PELVICA

Pacientes con fibromas mayores de 10 cm. o masas anexiales palpables mayores de 5 cm. Deberán recibir tratamiento de acuerdo al caso.

CIRUGIA ABDOMINAL PREVIA

Por si mismo se contraindica el acto quirúrgico en obvio del probable fracaso o complicación del procedimiento.

OBESIDAD MASIVA

Queda sobreentendido la alta dificultad téc-

nica para llevar a efecto el procedimiento.

MATERIAL Y METODO

Se estudiaron 30 pacientes no seleccionadas - atendidas en la Unidad de Gineco-Obstetricia del - HOSPITAL GENERAL "DR. FERNANDO QUIROZ GUTIERREZ" - del ISSSTE, en el periodo comprendido del 1 de Junio al 30 de Noviembre de 1984; la cobertura fue - de 18% en razón de las salpingoclasias realizadas - en el servicio. Cuadro I.

De acuerdo al objetivo de este estudio, se - hace un analisis de los siguientes parámetros: -- Edad, peso, talla, gestas, paridad, abortos, edad - embarazo, número de hijos vivos., horas de puerpe - rio, indicación de la salpingoclasia, técnica qui - rúrgica empleada, tipo incisión, cirugía asociada - a la salpingoclasia, método anestésico, tipo de - cirujano que incluye al especialista y al residen - te, hallazgos transoperatorios, accidentes quirúr - gicos, estancia hospitalaria y morbimortalidad.

PARTOS	591
CESAREAS	254
SALPINGOCLASIA POR MINILAPAROTOMIA POST- PARTO	157
SALPINGOCLASIAS TRANSCESAREA	37
SALPINGOCLASIAS POST ABORTO	4
SALPINGOCLASIAS DE INTERVALO	28
SALPINGOCLASIAS POR COLPOTOMIA	4

RESULTADOS

La edad de las pacientes incluidas en el estudio fluctuó entre los 20 y 45 años con un porcentaje mayor entre 31 y 35 años, siendo la edad mas-baja de 24 años y la máxima de 41 años como podemos ver en el cuadro II.

EDAD		
EDAD	CASOS	POR CIENTO
21-25	1	3.33
26-30	6	19.99
31-35	17	56.61
36-40	5	16.66
41-45	1	3.33
TOTAL	30	100.00

CUADRO II

El peso y la talla se correlacionan en la siguiente tabla evidenciandose un sobrepeso en relación a la talla en la mayoría de las pacientes; sin embargo esto no fue factor negativo preponderante que influyera en el curso de la intervención.

TALLA	CASOS	%	PESO	CASOS	%
1.40-1.50	3	10	40-50 Kg.	0	0
1.51-1.60	24	80	51-60 "	18	60
1.61-1.70	3	10	61-70 "	10	33
mas 1.70	0	0	mas70 "	2	7
TOTAL	30	100		30	100

CUADRO III

El número de gestas en total de las 30 pacientes fue de 169 lo que nos da un promedio de embarazos de 5.6; el porcentaje más alto de embarazo lo ocupa el grupo comprendido de más de GVII y el mínimo de GI. Respecto a la paridad, la mínima fue de 1 (paciente de 41 años), la máxima de 8. Es evidente el mayor porcentaje de multiparidad. Cuadro IV y V.

GESTAS	EMBARAZOS		PARTOS	PARIDAD	
	CASOS	%		CASOS	%
1-2	1	3.33	1	1	3.33
3	3	9.99	2	1	3.33
4	8	26.66	3	6	19.98
5	6	19.99	4	10	33.33
6	3	9.99	5	4	13.33
+ 7	9	29.97	6	3	9.99
			+7	5	16.65
TOTAL	30	100.00		30	100.00

CUADRO IV

CUADRO V

El porcentaje de abortos se enuncia en el siguiente cuadro 30% de las pacientes presentaron un mínimo de 1 aborto y 10 % de 3 abortos, se ignora su fueron espontáneos o provocados.

Referente a la edad del embarazo el 100% -- osciló dentro del periodo de término. Cuadro VI y VII.

ABORTOS	ABORTOS		SEMANAS	EDAD EMBARAZO	
	CASOS	%		CASOS	%
0	16	53.28	36	0	0
1	9	29.97	37	3	9.99
2	2	6.66	38	5	16.65
3	3	9.99	39	10	33.33

TOTAL	30	100.00	40	7	23.31
			41	4	13.32
			42	2	6.66
			TOTAL	30	100.00

CUADRO VI

CUADRO VII

Relativo al número de hijos vivos el promedio fue de 4.3, paralelamente el grupo que más porcentaje obtuvo fue de 4 hijos en el 30% de la muestra; el mínimo de hijos vivos de 1 y el máximo de 9. Cuadro VIII.

HIJOS VIVOS	CASOS	POR CIENTO
1	1	3.33
2	2	6.66
3	6	19.98
4	9	29.97
5	5	16.65
6	4	13.32
7	3	9.99
	TOTAL 30	100.00

CUADRO VIII

Las indicaciones de la operación fue en el 100% de las pacientes por Fertilidad satisfecha.

Relativo al momento de la operación, se divide en tres etapas del puerperio a saber: Cuadro IX.

PUERPERIO	CASOS	POR CIENTO
Inmediato 0-3 hs	5	16.65
Mediato Temprano 4-12 "	5	16.65

Tardío	12-24 hs.	13	43.29
Tardío	más 24 "	<u>7</u>	<u>23.31</u>
	TOTAL	30	100.00

No obstante que en la literatura otros autores hacen incapié en el incremento de morbilidad de pacientes intervenidas después de las 48 hs. de su parto o aborto; en nuestro Hospital se realizaron las intervenciones dado que en ocasiones no es posible intervenir en el puerperio inmediato. Ni la dificultad técnica ni la estancia hospitalaria se prolongaron pese a ello. El promedio de estancia fue de 3.6 días.

Las técnicas quirúrgicas empleadas se anotan en el cuadro X. La variación en la técnica de Pomeroy a fimbrectomía se debió incremento de la dificultad operatoria y hallazgos quirúrgicos anormales.

TECNICA		
TECNICA	CASOS	POR CIENTO
POMEROY		
CON CATGUT Y SECCION	25	84
FIMBRECTOMIA CON SEDA	5	16
	<u>TOTAL 30</u>	<u>100</u>

En todas nuestras pacientes usamos incisión-media longitudinal, que si se compara con otras, únicamente tiene desventaja desde el punto de vista estético pero en cambio ofrece un campo operatorio adecuado que permite la ejecución sencilla de la técnica. Como promedio la incisión fue de 3 - cm.

Se hace también mención de cirugía asociada-
llevada a cabo durante la salpingoclasia. Vease -
Cuadro XI

CIRUGIA ASOCIADA

RESECCION QUISTE ANEXIAL	1
RESECCION QUISTE OVARICO	1
LIBERACION DE ADEHERENCIAS	1

CUADRO XI

El cirujano que ejecutó la operación fue el Médico Especialista en el 23 % y el Médico Residente en el 77% restante; el promedio de tiempo quirúrgico fue de 15 Minutos.

METODO ANESTESICO

METODO	CASOS	POR CIENTO
SEDACION	30	100
LOCAL	30	100
ANESTESIA GENERAL IV	5	16.65

CUADRO XII

Hacemos notar que la utilización de anestesia general como complemento fue en los casos de cirugía asociada y en 2 fallas de sedación. Cuadro XII.

ACCIDENTES QUIRURGICOS

	CASOS	POR CIENTO
Hemorragia	3	3.33
a) Muñón tubario	1	3.33
b) Várice	1	3.33
c) Mesosalpinx	1	3.33
Total	3	9.99

CUADRO XIII

ACCIDENTES ANESTESICOS

	CASOS	POR CIENTO
HIPOTENSION	1	3.33
FALLA SEDACION	3	9.99
NINGUNO	26	85.58

CUADRO XIV

MORBILIDAD TARDIA

	CASOS	POR CIENTO
DEHISCENCIA SUTURA	1	3.33
INFECCION HERIDA	2	6.66
NINGUNA	27	89.91

CUADRO XV

El método anestésico predominante fue el de sedación mas anestesia local complementandose en 5 casos con Ketamina IV a dosis de 50 mg. Cuadro XII

Los accidentes transoperatorios y anestésicos se enuncian en el cuadro XIII y XIV respectivamente; la morbilidad inmediata fue de 0. La morbilidad tardía global fue de 9.99 comparable con otros autores. Cuadro XV.

SE DESTACA QUE LA MORTALIDAD FUE NULA.

COMENTARIO

El creciente interés en el control de la fertilidad por métodos quirúrgicos que van, desde diversos tipos de salpingoclasia hasta la Histerctomía misma, ha traído consigo el evidente aumento de interés y solicitudes por parte de pacientes en etapa puerperal, demanda que en ocasiones rebasa las posibilidades físicas de nuestros servicios quirúrgicos.

La oclusión Tubárica realizada en el postparto inmediato, influye especialmente en el aspecto psicológico, se aduce que, es un momento en que la paciente es propicia de convencimiento debido a la presión y angustia que genera el parto y puede -- aceptar fácilmente una operación de la que más tarde pudiera arrepentirse; sin embargo, en nuestro estudio no fue así, pues, la mayoría de pacientes expresaron satisfacción ya que la decisión fue madurada en conjunto con su esposo una vez recibida toda la información pertinente.

Por otra parte la salpingoclasia postparto - mediante minilaparotomía bajo sedación y anestesia local, es una técnica que se puede considerar práctica en apoyo al programa de planificación familiar, tiene la ventaja de no requerir en su gran mayoría de otro tipo de anestesia, evita la prolongada estancia hospitalaria, se mejora el aprovechamiento físico-humano y de erogaciones económicas; pudiéndose ampliar este servicio incluso al área rural.

La efectividad del método en comparación con otras técnicas sólo podrá ser evaluado en el futu-

ro mediante el control adecuado de las pacientes.

En relación a la edad en que fue practicada la OTB de nuestras pacientes (Cuadro II), llama la atención que el grupo de 31-35 años fue la que obtuvo el mayor porcentaje, siguiéndole en orden de frecuencia las de 26-30 y 36-40 años. Se puede colegir que aunque se realizaron en plena vida reproductiva, la tendencia es hacia edades altas. Tocante a gestas-paridad se encuentra una frecuencia de más de 4 embarazos y partos Cuadro III, con un promedio de hijos vivos de 4.3, lo que indica que, desde el punto de vista demográfico el procedimiento quirúrgico NO tiene repercusión.

Las indicaciones para efectuar la salpingoclasia fue el 100% por fertilidad satisfecha la que indudablemente esta ligada en forma preponderante al factor económico tan deteriorado en nuestro País.

Todas las operaciones se realizaron en diferentes momentos de la etapa puerperal, no existiendo grandes diferencias en cuanto a grado de ejecución ni evidenciándose morbilidad significativa. - Cuadro IX.

La técnica quirúrgica predominante fue la salpingoclasia tipo Pomeroy (Cuadro X), constituyendo el 84%; la razón, su alto índice de seguridad, sencillez de ejecución y un promisorio índice de reversibilidad. No es por demás mencionar que, es necesario el reconocimiento fiel de el oviducto antes de proceder a la oclusión tubárica, pues, en no pocos casos, el fracaso está dado por haber ligado estructuras equivocadas (ligamento redondo).

La incisión longitudinal Vs otras incisiones tiene como único inconveniente el punto de vista - estético, a cambio, esta desventaja se compensa - por el magnífico campo operatorio que ofrece y por las posibilidades de ampliarla en caso necesario; - la incisión promedio fue de 3 cm., ampliándose como ya se comento, fue ampliada cuando se tuvo que realizar cirugía asociada. Cuadro XI.

El bajo grado de ejecución, habla por si mismo, pues en el 77% la operación fue realizada por el Médico Residente y el 23% restante por el Cirujano Especialista.

La variación del METODO ANESTESICO fue necesaria solo en los casos de hallazgos quirúrgicos - que ameritaron cirugía asociada y en una paciente con obesidad importante. Cuadro XI y XII.

Las complicaciones anestésicas presentadas, - fueron de relativa importancia y fácil resolución - sobre la misma marcha y sin repercusión digna de - mencionar para el paciente. C XIV.

Como atenuante a las complicaciones quirúrgicas debemos recordar que la gran mayoría de operaciones fue ejecutada por personal médico en entrenamiento, explicandose las lesiones debido al manejo brusco ocasional de los tejidos. Se deduce por tanto que a mayor entrenamiento y habilidad menor índice de complicaciones Cuadro XIII.

La morbilidad post operatoria fue exclusivamente tardía siendo del 9% con localización en la herida quirúrgica. Ver Cuadro XV.

Terminaremos destacando que la mortalidad - fue de CERO.

RESUMEN

Se practicaron 30 oclusiones tubáricas en etapa puerperal en la Unidad de Ginecoobstetricia del HOSPITAL GRAL. "DR. FERNANDO QUIROZ GUTIÉRREZ", usando como método anestésico la sedación e infiltración local.

La cobertura quirúrgica en relación a las salpingoclasias realizadas en el servicio fue de 18%, el nivel socioeconómico predominante fue bajo y la edad promedio de 35 años.

Se da la frecuencia en relación a los embarazos, partos e hijos vivos con que se hizo la oclusión tubárica y se analizan los resultados.

Describimos los factores en pro y en contra que tiene el realizar la oclusión tubárica en etapa puerperal, evidenciándose ventajas sobre otras técnicas convencionales. La técnica más utilizada fue la Pomeroy, siendo el personal Médico en entrenamiento quien realizó el porcentaje más alto, lo que permite concluir, que es un método fácil con un mínimo de complicaciones quirúrgicas, baja morbilidad y NULA mortalidad.

El tiempo promedio fue de 15 minutos y la estancia hospitalaria fue de 3.6 días.

El efectuar la minilaparotomía bajo anestesia local y sedación en el puerperio, es un método sencillo y simple que ahorra recursos; con una buena selección de las pacientes, excluyendo las pacientes con cirugía abdominal previa y a las obesas y siempre y cuando se cuente con recursos suficientes de apoyo lo que redundará en óptimos índices de éxito.

- 1.- Aguero, O.: Puerperal Tubal Ligation. Advances in Voluntary Sterilization. Proceedings of the Second International Conference, pág. 30.
- 2.- Alvarado, D.A.; Kably, A.A.; Gallardo, D.L. y Gutiérrez, J.R. Salpingoclasia Postparto por minilaparotomía. Análisis de 2,764 casos. Ginec. Obstet. Méx. 46:191, 1979.
- 3.- Alvarado, D.A. y García Luna, A.: Futuro de las técnicas quirúrgicas para la regulación de la fertilidad de la mujer. En: Memorias del curso Indicaciones y contraindicaciones de los Métodos Anticonceptivos, Asociación Mexicana de Ginecología y Obstetricia, México, 1980. - Pág. 319.
- 4.- Alvarado, D.A.; García Luna, A.; Solís Pérez, R.: Salpingoclasia por minilaparotomía postaborto espontáneo, Asociación Mexicana de Ginecología y obstetricia, México, Vol. IV No. 8 - Octubre de 1982. Pág. 13-18.
- 5.- Akhter, S.M.: Abdominal Tubal ligation versus vaginal tubal ligation. Am. J. Obstet. Gynecol. 115:491, 1973.
- 6.- De la Cruz, C.A. y Muñoz, F.G.: Control permanente de la fertilidad femenina por métodos quirúrgicos. Ginec. Obstet. Méx. 45:319, 1979.
- 7.- Kroener, W.: Surgycal Sterilization by Fimbriectomy, Am. J. Obstet. Gynecol. 104:247, 1969.
- 8.- Kleinman, R.L.: Manual de Planificación Familiar el Comité Médico Central de la IPPF 1974.
- 9.- Leland, G.W.; Charles, A.B. y Robert, I.: Laparoscopic tubal Sterilization coincident with therapeutic Abortion by suction curettage. Obstet. Gynecol. 41:677, 1977.

- 10.- Ortiz, M. y Olivas, M.: técnica de la minilapa rotomía para salpingoclasia no puerperal. Ginec. Obstet. Méx. 41:246, 1977.
- 11.- Penfield, A.J.: Minilaparotomy for Female Sterilization. Obstet. Gynecol. 54:184, 1979.
- 12.- Purandare, B.N.: Pos-partum and post-abortion Sterilization. Int. J. Gynecol. Obstet. 14: - 65, 1976.
- 13.- Quiñones, G.R.; Alvarado, D.A. y Ley, CH. E.- Ligadura Tubaria con el anillo de Yoon, Ginec. Obstet. Méx. 40:127, 1976.
- 14.- Sacks, S. y la Croix, G.: Gynecologic Sequelae of post-partum tubal ligation. Obstet. Gynecol. 19:22, 1962.
- 15.- Uchida, H.: Uchida Tubal Sterilization. Am. - J. Obstet. Gynecol. 121:153, 1975.
- 16.- Uribe Ramírez, L.C.; Camarena, R.; Hernández, F. y Díaz García, M.: Coagulación Bipolar, - Técnica de esterilización femenina por laparoscopia. Ginec. Obstet. Méx. 43:243, 1978.
- 17.- Velazco, A.R.; Mondragón, C.H.; Vázquez, R.V. y Marcushamer, M.B.: Estudio Bacteriológico - de las trompas en la salpingoclasia postparto. Ginec. Obstet. Méx. 44:473, 1978.