

LA MINILAPARATOMIA EN PLANIFICACION FAMILIAR. ESTUDIO EN PROVINCIAS DEL PAIS.

Dr. Guido Samamé Boggio (*)

RESUMEN

Se reporta 304 casos sometidos a la técnica de la minilaparotomía que fueron realizados en veinte ciudades diferentes del país, para efectuar la oclusión tubaria y lograr la esterilización femenina definitiva para controlar su fertilidad, intervenciones quirúrgicas electivas en su mayoría y en un menor número en el post parto inmediato.

Previamente, todas las pacientes y su pareja llenaron una solicitud, la cual fue evaluada por un Comité del Departamento de Gineco-obstetricia, que consideró la multiparidad, la edad, la coexistencia con enfermedades intercurrentes, la condición socio-económica, etc.

En la púerperas, la intervención fue efectuada dentro de las 24 a 48 horas del parto; en las no puerperas se realizó después de la regla.

La incisión por encima del pubis fue de 3 a 4 cms., algo más extensa que lo habitual, para la comodidad de la demostración de esta técnica de bloqueo tubario.

En el 74% de los casos, la edad fluctuó entre los 30 a 39 años, casadas la gran mayoría.

El promedio de partos fue 6 por mujer y 6.7 de gestaciones.

El tipo de anestesia más usado fue la general; la raquídea y la epidural en un número menor de casos.

SUMMARY

Three hundred and four minilaparotomies were performed in twenty Peruvian cities to obtain tubal occlusion and sterilization. Previously, the couple filled a request that was evaluated by a special committee from the Ob-Gyn Department that considered multiparity, age, intercurrent diseases, socioeconomic status, etc.

Surgical intervention was done following the woman's menstrual period and, post-partum, 24 to 48 hours after delivery.

Incision above the pubis measure 3 to 4 cm, somewhat more extense than usual to demonstrate the technique.

In 74% of cases, age was between 30 to 39 years old, most of the women were married. Mean number of deliveries was six, with 6.7 pregnancies.

Anesthesia was mainly general; spinal and epidural were not used as frequently.

INTRODUCCION:

La ligadura y sección de las trompas de Falopio, también llamado bloqueo tubario es una operación que se ha practicado y se practica con regular frecuencia, de la cual se hablaba poco, al menos de manera oficial.

Debemos admitir que nosotros lo hemos hecho sin remordimiento alguno por más treinta años, ajustándonos a las indicaciones que consideramos éticas desde el punto de vista médico.

Con esto queremos decir que si nosotros actuamos inspirados en el limpio deseo de preservar la salud o la vida de nuestro paciente, estaremos procediendo correctamente.

Como médicos no podemos ser indiferentes a los problemas eugenésicos y socio-económicos que alrededor nuestro nos inquietan.

Hace poco tiempo escuchamos esta frase atribuida a San Pablo: "Donde está el espíritu del Señor, allí se encuentra la libertad". Para mayor abundamiento, alguna vez leíamos un fragmento de la Encíclica "Casti Connubi" de Pio XI, referida por el sacerdote católico Padre Navarro(1).

"Los mismos hombres privados no tienen otro dominio sobre los miembros de su cuerpo que el que pertenece a sus fines naturales y no pueden, consiguientemente, destruirlos, mutilarlos, o por cualquier otro medio, inutilizarlos para dichas naturales funciones, a no ser . . . CUANDO NO SE PUEDA PROVEER DE OTRA MANERA AL BIEN DE TODO EL CUERPO".

Uno de estos problemas socio-económicos de los últimos tiempos, aunque vigente desde hace muchos años es, sin duda, la "Planificación Familiar o Paternidad Responsable", siendo este último concepto popularizado por el Papa Pablo VI.

Pero detengámonos un momento y reflexionemos sobre el término "Paternidad Responsable". Consideremos que, en grandes sectores de nuestra sociedad, no existe el verdadero sentido de la Paternidad en su esencia misma.

El adolescente, aquel que se ufana de sus aventuras sexuales, parece incapaz de pensar siquiera en la posibilidad de que una de ellas lo haga un padre potencial. Cuando se produce el hecho, no sabe qué hacer y cree, en la mayoría de los casos, resolver la dificultad en que se ve envuelto induciendo a su com-

(*) Hospital A. Loayza - Lima - Perú.

pañera al aborto o, sencillamente, abandonándola; o, cuando las circunstancias sociales o familiares no se le permiten, termina forzado a casarse. Creo que no es necesario examinar lo que ello significa para la familia y, sobre todo para el hijo en gestación.

Después de esta disgresión, continuemos con el término "Control de la Natalidad", que entraña una acción coercitiva para evitar los nacimientos, expresión que se usa en aquellos países en donde el Estado impone una Política de Población, como sucede en la India, Pakistán, China y otros países asiáticos.

La anticoncepción y la esterilización son los métodos básicos para el control de la fecundidad.

Podemos decir que la anticoncepción y la esterilización son anteriores a la gestación, mientras que el aborto inducido es consecutivo a ésta.

La trompa es seguramente el órgano que más se presta a la práctica de la esterilización y que puede ser abordada tanto por vía vaginal como abdominal, pero la situación es diferente según se trate de esterilización electiva, o sea aquella que se realiza a los pocos días de la menstruación, o de la que se realiza como procedimiento de una operación ginecológica; en estos casos, generalmente, se dispone de un campo operatorio amplio que proporciona gran comodidad y visibilidad al acceso de la cavidad pelviana.

En el momento actual y en virtud de la apreciable frecuencia con que se efectúa la esterilización, y para así mismo reducir los costos hospitalarios, se ha generalizado el uso de diversos procedimientos para tener acceso a la cavidad pelviana a través de pequeñas aberturas que, además de proporcionar facilidad para la técnica operatoria, producen resultados estéticos excelentes.

Estos procedimientos fueron descritos por primera vez en 1961 por Ochida, en el Japón, que con una pequeña incisión suprapúbica logra entrar a la cavidad pelviana y practica el bloqueo tubario.

En 1972, W.G. Sauder y R.A. Mursiak, de Nuevo México, exponen su entrada a la cavidad pélvica con el objeto de practicar la ligadura tubaria ayudándose con un elevador uterino o cánula que permite aproximar el útero a la pared abdominal. Casi al mismo tiempo, en Hannover, Estados Unidos, John Hyle practica el mismo procedimiento con anestesia general, con menor número de días de hospitalización y, a veces en forma ambulatoria.

En 1973, en Tailandia, Vitoo, trabajando en el Hospital de Ramathibodi, con anestesia local y con un reducido instrumental efectúa esta técnica.

También, Pramote, en Bangkok, inserta un proctoscopio, con el objeto de eliminar el ayudante, y a través de la pequeña incisión efectúa la Ligadura tubaria tipo Pomeroy.

Este último modo de obrar se volvió popular en todos los hospitales y puestos de salud de Tailandia, Filipinas y otros países asiáticos.

Los profesores del Departamento de Obstetricia y Ginecología de la Universidad Peruana "Cayetano Heredia", que tuvimos la oportunidad de viajar a veinte

diferentes provincias del territorio nacional con el objeto de divulgar y demostrar la técnica de la minilaparotomía, hemos acumulado una valiosa experiencia que es materia del presente estudio.

Esta experiencia nos permite afirmar que esta técnica es posible de llevar a cabo en casi todos los ambientes asistenciales, aún de recursos limitados, pues, en algunos casos, ante la falta de fluido eléctrico, hemos comenzado o terminado estas intervenciones quirúrgicas con ayuda de linternas eléctricas y también administrando nosotros mismos la simple anestesia requerida, bien sea por vía endovenosa o por vía raquídea.

Como vemos en este trabajo que presentamos, hemos hecho el estudio de la aplicación de la minilaparotomía en veinte diferentes provincias adiestrando a un total de ciento ochentinueve médicos cirujanos, en su mayoría gineco-obstetras.

El número de hospitales que enviaron a sus médicos, siendo cercanos a las ciudades de provincias en donde efectuamos esta práctica, llegó al número de cincuenta y cuatro.

MATERIAL:

El material para la realización del presente trabajo comprendió 700 casos sometidos a la minilaparotomía electiva y post-parto inmediato, de los cuales 396 casos han sido efectuados en el Hospital "Arzobispo Loayza" y 304 casos en los siguientes Hospitales Generales o Regionales: Huánuco, Cuzco, Ica, Tacna, Cayetano Heredia de Piura, Iquitos, San José de Chinch, "Las Mercedes", de Chiclayo, Base de Ilo, Cajamarca, Huaraz, "Eleazar Guzmán Barrón" de Chimbo, Centro de Salud de Pucallpa, Base de Tarapoto, Huancayo, Moyobamba, "Manuel Núñez Butrón" de Puno, Centro de Salud de Tumbes, Moquegua y del I.P.S.S. de Huacho.

METODO:

Para estandarizar los resultados, se confeccionó una historia clínica ad hoc, donde se recogió los datos más importantes, entre los que tenemos: Lugar donde se realiza la intervención, Edad, Estado Civil, Número de gestaciones, Número de partos, Número de abortos, Número de hijos vivos, Número de hijos muertos, Morbimortalidad, Enfermedades concomitantes, Tipo de operación: Electiva, Post-parto, y Tipo de anestesia: General, Raquídea, Epidural, Local.

Normas Generales para la esterilización

Para solicitar una esterilización quirúrgica, o sea, de bloqueo tubario bilateral, se deberá seguir los siguientes pasos:

Solicitud dirigida al Director del Centro Asistencial, en que, aparte de los datos de filiación, se pide oclusión tubaria por ser múltipara de alto riesgo en razón de la evaluación practicada, acompañando el certificado médico; además, declarará haber sido informa-

da de los diferentes medios anticonceptivos disponibles, entendiéndose claramente que este tratamiento le evitará nuevos embarazos, por ser definitivo.

Debemos tener presente que algunas pacientes no podrán ser sometidas a esta técnica quirúrgica por las razones siguientes:

—Obesidad excesiva.

—Infecciones agudas o subagudas, miomas uterinos, enfermedad inflamatoria pélvica crónica, retroflexión uterina fija.

Son candidatas adecuadas aquéllas que no desean tener más hijos por significarles un alto riesgo una nueva gestación, sean grandes múltiparas o aquéllas que presentan enfermedades tales como: tuberculosis pulmonar avanzada, enfermedades renales crónicas, enfermedades tiroideas, cesáreas repetidas, eritroblastosis fetal por factor Rh., enfermedades neurológicas, psiquiátricas, afecciones genéticas, etc.

Para efectuar esta operación, se debe hospitalizar a la paciente el día anterior; en caso de gestantes que van a dar a luz y que la intervención se hará entre las 24 a 48 horas siguientes del parto eutósico, se tendrá el debido cuidado que la paciente haya realizado oportunamente la tramitación necesaria y que ésta haya sido aprobada.

Preparación:

—Ayuno de 12 horas antes de la intervención.

—Pre-operatorio medicamentoso habitual.

—Suministro de anestesia.

—Colocación de la paciente en posición ginecológica.

—En el post-parto inmediato, la paciente se acomoda en decúbito dorsal.

—Aseo del abdomen y cavidad vaginal.

—Cateterismo vesical.

—Colocación del espéculo vaginal para visualizar el cuello uterino, pinzamiento del cuello uterino (pinza tirabala) previa histerometría.

Insertar el elevador de Ramathibodi; a falta de éste, la cánula de Rubin. Asegurar por medio de una gasa chica, sujetándose la pinza tirabala y el elevador uterino.

Movilización del elevador para levantar el útero hacia la piel y poderla ubicar para efectuar insición suprapúbica, que será transversal de 2.5 cms. a 3 cms. (a veces hacíamos algo más grande la insición para una mejor demostración de esta técnica) a nivel pliegue abdomino-pubiano.

En la minilaparotomía post parto inmediato, la insición es semilunar transversa infraumbilical de concavidad superior de 4 cms., seccionando la piel y tejido celular subcutáneo. La apertura de la aponeurosis es perpendicular siguiendo el rafe aponeurótico de 4 a 6 cms. La apertura del peritoneo parietal se efectúa en el mismo sentido de 6 a 7 cms.

En la minilaparotomía electiva, después de la insición y separación del tejido sub-cutáneo, se secciona la fascia del músculo recto en una extensión de 3.5 cms., se disecciona el rafe medio, se separa los músculos

rectos de la fascia, igualmente se disecciona los músculos piramidales.

Manipulando el elevador uterino, se levanta el útero poniéndolo en evidencia a través del peritoneo y se abre éste, levantándolo con pinzas de Allis, teniendo cuidado de no lesionar la vejiga o intestino.

Previamente a esta maniobra colocamos la mesa ginecológica en una posición moderada de Trendelenburg.

Abierto el peritoneo en una extensión de 3 a 4 cms., inmediatamente hacemos en éste una bolsa de tabaco con catgut crónico cero.

Expuesto el campo operatorio, colocamos los separadores de Richardson e identificamos el útero y localizamos las trompas mediante movimientos del elevador uterino; sucede, muchas veces, que tomamos los ligamentos redondos. Pues bien, éstos nos sirven de referencia y rápidamente localizamos las trompas y la cogemos con una pinza de Babcock y, para una mayor seguridad, la recorremos hasta llegar a las fimbrias del pabellón.

Levantamos la trompa a nivel del istmo y efectuamos la oclusión según la clásica técnica de Pomeroy, resecamos parte de la trompa y usamos doble ligadura con hilo de algodón delgado y catgut crónico cero.

Afrontamos los muñones, cuidando que los extremos queden separados por el mesosalpinx. Repasamos la hemostasia, colocamos la trompa en su sitio y procedemos de igual forma con la otra trompa.

Como previamente habíamos tomado el peritoneo haciendo una jareta, cerramos ésta y pasamos a suturar la fascia con 4 puntos separados de sutura con catgut crónico cero.

Suturamos la piel con hilo delgado y colocamos un pequeño vendaje. Retiramos los instrumentos vaginales y pasamos a la paciente para ser llevada a su cama.

Recuperación y control:

La paciente descansa en su cama de hospitalización y pasados los efectos de la anestesia en 3 a 4 horas; en caso de anestesia general permanecerá una noche hospitalizada. Se usa el alta precoz cuando la anestesia ha sido local epidural, dándosele la terapia analgésica oral o parenteral; a veces, se dará a tomar una sulfá de acción retardada para prevenir cualquier infección. Los puntos de piel serán retirados a la semana.

La paciente podrá reanudar sus tareas habituales a los 3 ó 4 días, excluyendo las relaciones sexuales. Efectuamos un control, con examen ginecológico, a las 6 semanas.

Entrenamiento a médicos:

Se adiestró en técnica de la minilaparotomía electiva y post-parto inmediato 189 médicos Gineco-obstetras y cirujanos generales, de las veinte provincias del Perú.

Los hospitales donde se efectuó la demostración y los hospitales aledaños, sumaron la cifra de 54 (ver mapa).

TABLA N° 2

LA MINILAPAROTOMIA EN VEINTE PROVINCIAS

N°	GESTACIONES		PARTOS	
	Casos	%	Casos	%
2	2	0.65	5	1.64
3	7	2.30	10	3.28
4	29	9.53	39	12.82
5	55	10.09	80	26.32
6	63	20.78	67	26.05
7	40	13.15	36	11.84
8	52	17.10	42	13.82
9	27	8.80	12	3.94
10	13	9.27	8	2.65
11	5	1.64	3	0.98
12	6	1.97	2	0.65
13	5	1.64		
TOTAL	304	100.00	304	100.00

PROYECTO PERU 06

UNIVERSIDAD CAYETANO HEREDIA
PROGRAMA DE "FERTILIDAD HUMANA"
CURSOS DE "MINILAPAROTOMIA"
1979 - 1985

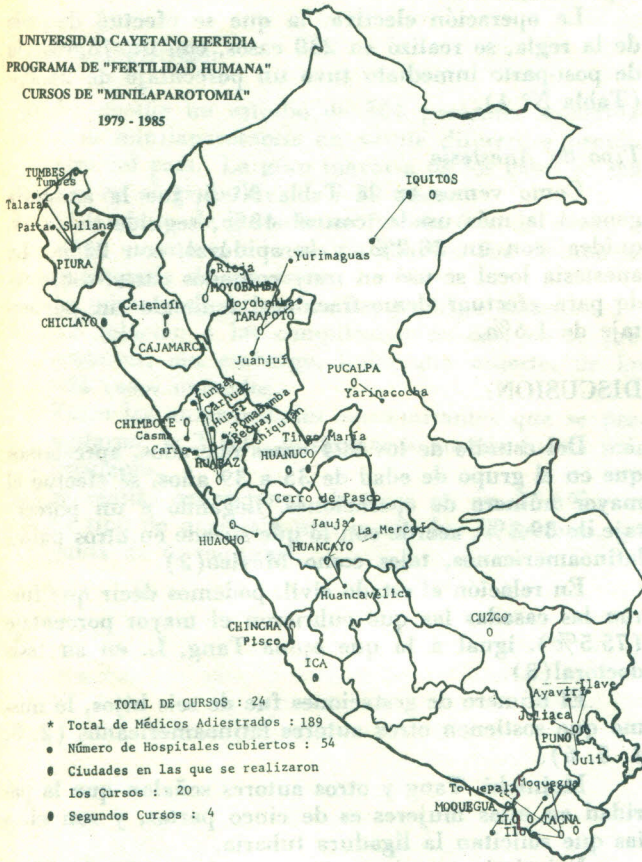


TABLA N° 1

LA MINILAPAROTOMIA EN VEINTE PROVINCIAS

EDAD

Años	Casos	Porcentaje
20 a 24	4	1.31
25 a 29	52	17.10
30 a 34	104	34.21
35 a 39	121	39.82
40 a 44	23	7.56
TOTAL	304	100.00

TABLA N° 3

LA MINILAPAROTOMIA EN VEINTE PROVINCIAS

MORBIMORTALIDAD

Enfermedad	Casos	Porcentaje
Hemorragia intraoperatoria	4	1.31
Infección urinaria	2	0.65
Infección herida operatoria	1	0.32
Muerte	1	0.32
Sin complicaciones	296	97.36
TOTAL	304	100.00

TABLA N° 4

LA MINILAPAROTOMIA EN VEINTE PROVINCIAS

TIPO DE OPERACION

Operación	Casos	Porcentaje
Electiva	230	75.66
Post Parto	74	24.34
TOTAL	304	100.00

TABLA N° 5

LA MINILAPAROTOMIA EN VEINTE PROVINCIAS

TIPO DE ANESTESIA

Clase	Casos	Porcentaje
General	146	48.05
Raquídea	86	28.28
Epidural	67	22.03
Local	5	1.64
TOTAL	304	100.00

RESULTADOS EN PROVINCIAS:

Edad

La paciente más joven fue de 20 años y la de mayor edad fue de 44 años. El mayor número de usuarias se encontró en el grupo de 35 a 39 años que hace el 39.8% (Ver Tabla N° 1).

Estado Civil

En cuanto al estado civil tenemos que el mayor porcentaje lo encontramos en el grupo de las casadas (242 casos), con 79.6%, luego las 58 convivientes (19.1%), y un mínimo número de solteras (4), 1.3%.

Gestaciones

En relación al número de gestaciones se encontró que la mayoría tenía 6 embarazos, con un porcentaje de 20.7%, y el menor número se registró con dos gestaciones, con un porcentaje de 0.6. Debemos poner de manifiesto que cinco madres tuvieron 13 embarazos. (Ver Tabla N° 2).

Partos

En la misma Tabla observamos que el mayor número de partos fue de cinco por mujer con un promedio de 26.3%, y la menor frecuencia fue de doce partos con un porcentaje de 0.6.

Abortos

El mayor número de pacientes no tuvo abortos (159 — 52.3%), 81 presentó un aborto, con un porcentaje de 26.5. Hubo un caso con cinco abortos.

Número de hijos vivos

El mayor número correspondió a cinco hijos con un porcentaje de 28.3%. Tres madres tuvieron 12 y 10 hijos vivos, respectivamente.

Número de hijos muertos

La mayoría (233 mujeres, 76.7%) no tuvo hijos muertos, y 42 un hijo muerto, con un porcentaje de 13.8.

Morbimortalidad

En la Tabla N° 3 se aprecia que la complicación más frecuente fue en el acto operatorio, al momento de perforar el mesosalpinx, con un porcentaje de 1.3.

La complicación más seria fue un caso de muerte por paro cardíaco.

Enfermedades concomitantes

Cinco pacientes tuvieron tuberculosis avanzada, con un porcentaje de 1.6%, seguida de 3 casos de diabetes y un caso de insuficiencia renal.

Tipo de operación

La operación electiva, la que se efectuó después de la regla, se realizó en 230 casos, con un 75.6%; la de post-parto inmediato tuvo un porcentaje de 24.3% (Tabla N° 4).

Tipo de Anestesia

Como vemos en la Tabla N° 5, fue la anestesia general la más usada, con el 48%, seguida de la raquídea, con un 28.2%, y la epidural, con 22%. La anestesia local se usó en muy contados casos, sobre todo para efectuar demostraciones, teniendo un porcentaje de 1.6%.

DISCUSION:

Del estudio de los 304 casos operados, apreciamos que en el grupo de edad de 35 a 39 años, se efectuó el mayor número de operaciones, llegando a un porcentaje de 39.8%, acorde con lo que sucede en otros países latinoamericanos, tales como México(2).

En relación al estado civil, podemos decir que fueron las casadas las que cubrieron el mayor porcentaje (75.5%), igual a lo que opina Tang, L. en su tesis doctoral(3).

El número de gestaciones fue de seis hijos, lo mismo que sostienen otros autores latinoamericanos (2, 3, 4, 5, 6).

Mainichi, Tang y otros autores señalan que la paridad en estas mujeres es de cinco partos, y son ellas las que solicitan la ligadura tubaria.

Veintiseis por ciento tuvo un aborto. Según Monreal T.(9), el mayor número de muertes maternas resulta de las complicaciones que ocasiona el aborto ilegal. El mayor número de hijos vivos fue cinco, en un porcentaje de 28.3%.

El cambio de actitudes respecto al tamaño de la familia es cada vez mayor en los hijos de los migrantes provincianos, según lo hace notar Sobrevilla L.(7), lo que trae por consecuencia que exista una necesidad de los servicios de Planificación Familiar.

En cuanto al número de hijos muertos, es un porcentaje alto, llegando al 13.3%, en parte debido a las condiciones sanitarias en que viven, deficiencias en los servicios de agua y desagüe, eliminación de basuras, etc.

Como podemos apreciar en la Tabla N° 3, la morbimortalidad no llega al 4%. Sin embargo, se produjo un accidente fatal, estando la paciente con anestesia general. En relación a las enfermedades concomitantes que tuvieron las pacientes operadas, el 98% no presentaron enfermedad; el resto mostró T.B.C. pulmonar avanzada, diabetes, enfermedades cardíacas.

En cuanto al tipo de operación, tenemos que la minilaparotomía electiva se presentó en el 75.6% (10).

Como podemos apreciar en la Tabla N° 5, la anestesia más usada fue la general, seguida de la raquídea, aplicada en la mayoría de los casos, por el cirujano (11).

CONCLUSIONES:

- 1.—Se efectuó un estudio de 304 pacientes sometidas a la minilaparotomía en veinte diferentes provincias del país. La gran mayoría de los casos se realizó en el grupo de 35 a 39 años.
- 2.—El número de gestaciones fue de 6 y de partos 5 y, en cuanto al número de abortos, fue de uno en la mayoría de los casos.
- 3.—El número de hijos fue 5 y de hijos muertos, 1.
- 4.—En relación a las complicaciones, casi no se presentaron; sin embargo, hubo una muerte, de los 304 casos operados.
- 5.—Entre las enfermedades concomitantes que se presentaron, la T.B.C. pulmonar avanzada fue la más frecuente.
- 6.—Se realizó operaciones electivas en un 75.6%.
- 7.—El tipo de anestesia más usado fue la general, seguida de la raquídea.

REFERENCIAS:

1. NAVARRO, Santiago, C.M.F. Problemas médico morales. Pág. 101. Editorial Cocolsa, Madrid, 1963.
2. LARA SAMANO, Eduardo. La gran multipara. Pág. 389. Revista de Ginecología y Obstetricia de México. Volumen 33, N° 198, Año XXVIII, abril de 1973.
3. TANG, B., L. Evaluación de la técnica laparoscópica para el bloqueo tubario en la Maternidad de Lima. Tesis doctoral, 1987.
4. KARCHMER S., ROUTI., WOLFOVICH, M. y otros. El problema obstétrico de la gran multipara. Mem. de la 1ra. Jornada Bial del Hospital de Ginecología y Obstetricia. N° 1 del .M.S.S., Tomo II, Pág. 534-544, México, 1964.
5. MAINICHI. Newspapers. Population Problems Research Council. Summary of the thirteenth national survey of Family Planning. Tokyo, Japan. Mainichi Newspapers, 1975 (series N° 25) Pág. 34.
6. ANONYMOUS, Marcos. Approves funds for sterilization. New York Times. November 30, 1976. Pág. 5, columna 1.
7. SOBREVILLA, L.; ALCANTARA, E.; GARTNER, E. Nacer y morir en la pobreza. Pág. 45. Universidad Peruana Cayetano Heredia. I.E.P.O. Instituto de Estudios de Población.
8. SOCIEDAD PERUANA DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA. Salud Materna y riesgo reproductivo. Aborto y esterilización. Seminario Taller. 20 - 25 Enero de 1983.
9. MONREAL, T. Factores determinantes del aborto inducido en Chile. Pág. 126-135. Tendencias actuales en la regulación de la fertilidad. Editado por Hugh R. Holtrop, M. D. Ronal S. Waife, Werner Bustamante, M.D. y Alberto Rizo, M.D.
10. Te. LINDE, RICHARD W. Ginecología Operatoria. Cuarta Edición en español. Pág. 396-398, 1971.
11. MUÑOZ, W.G. Anestesia. Consideraciones generales. Anestesia regional. Anestesia general. Pág. 287-314. Manual de esterilización femenina. Ricardo Rueda Gonzales. editor.