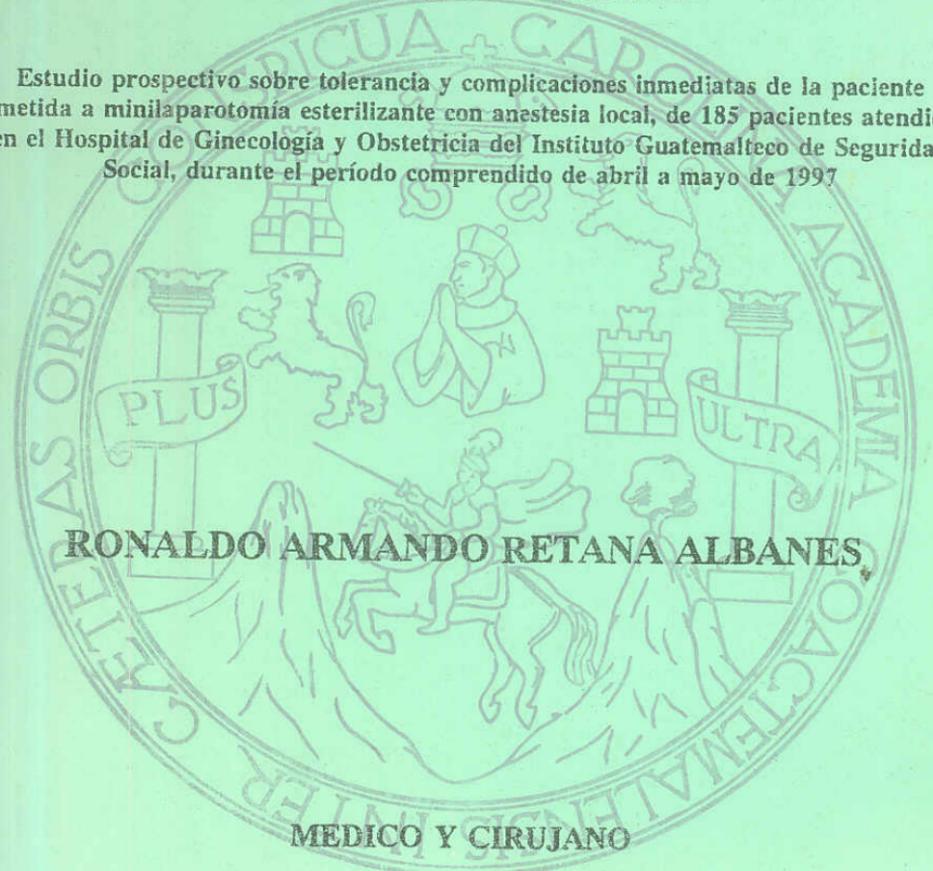


**TOLERANCIA Y COMPLICACIONES
INMEDIATAS DE LA PACIENTE SOMETIDA
A MINILAPAROTOMIA ESTERILIZANTE
CON ANESTESIA LOCAL**

Estudio prospectivo sobre tolerancia y complicaciones inmediatas de la paciente sometida a minilaparotomía esterilizante con anestesia local, de 185 pacientes atendidas en el Hospital de Ginecología y Obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, durante el periodo comprendido de abril a mayo de 1997

The seal of the University of San Carlos of Guatemala is a circular emblem. It features a central figure of a man in a crown and robes, possibly a saint or scholar, with his hands clasped in prayer. To his left is a lion rampant, and to his right is a castle. Below the central figure is a knight on horseback, holding a lance. The entire scene is framed by a circular border containing the Latin text "ACADEMIA SAN CAROLIS GUATEMALENSIS INTER CETERAS ORBIS". Two banners are visible: one on the left with the word "PLUS" and one on the right with the word "ULTRA".

RONALDO ARMANDO RETANA ALBANES

MEDICO Y CIRUJANO

INDICE GENERAL

I. INTRODUCCION	1
II. DEFINICION DEL PROBLEMA	2
III. JUSTIFICACION	3
IV. OBJETIVOS	4
V. REVISION BIBLIOGRAFICA	5
VI. METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION	11
VII. PRESENTACION DE RESULTADOS	16
VIII. ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS	21
IX. CONCLUSIONES	23
X. RECOMENDACIONES	24
XI. RESUMEN	25
XII. BIBLIOGRAFIA	26
XIII. ANEXOS	28

I. INTRODUCCION

La medicina moderna ha traído consigo significativos avances en el campo de la cirugía ginecológica, brindando alternativas terapéuticas de mayor beneficio para las pacientes; tal es el caso de la minilaparotomía esterilizante con anestesia local, la cual se estudió, en cuanto a su tolerancia y complicaciones inmediatas que presentan los pacientes en la Unidad de Salud Reproductiva del Hospital de Ginecología y Obstetricia del IGSS, diseñando para el efecto un estudio de tipo prospectivo, durante el periodo de abril a mayo de 1997, en el que se evaluaron a 185 pacientes que llenaron los criterios de inclusión propuestos en la metodología de estudio.

Las variables sometidas al estudio fueron la edad, número de partos con hijos vivos al momento de la minilaparotomía esterilizante, tolerancia transoperatoria y postoperatoria, complicaciones inmediatas transoperatorias, postoperatorias y de anestesia; así como la aceptación del procedimiento por parte de la paciente de acuerdo a la experiencia. La mayoría de pacientes son mujeres jóvenes en edad reproductiva, con número de hijos vivos deseados; las pacientes manifestaron tolerar ligero dolor durante y después del procedimiento, siendo alto el porcentaje (98%) con respecto a lo reportado en la literatura. (3)

Las complicaciones transoperatorias se debieron a procedimientos laboriosos a consecuencia de la obesidad presentada por algunas pacientes, no se reportaron casos de hemorragias, perforación, laceraciones a órganos vecinos. El dolor intenso fue la complicación inmediata post-operatorias más frecuente. Sólo el 2.2% de las pacientes utilizó anestesia general y el 98% toleraron el procedimiento y recomendaron la minilaparotomía esterilizante con anestesia local, demostrando así su confiabilidad a este método contraceptivo.

II. DEFINICION DEL PROBLEMA

La oclusión tubárica bilateral es un procedimiento quirúrgico voluntario de esterilidad femenina definitiva, que consiste en la oclusión de las trompas de falopio impidiendo el paso del óvulo a la cavidad uterina. Este procedimiento se puede realizar en pacientes postparto y en pacientes no obstétrica.. (3,8,9).

Para 1997 se espera una tasa de crecimiento del 3.1%; este continuo aumento de la población afecta en forma directa las posibilidades de un desarrollo socioeconómico, tendiente a satisfacer las necesidades básicas de una población como lo es la educación, vivienda y alimentación. (2)

La tasa de natalidad para 1997 según el calendario sociodemográfico de APROFAM es de 2.88%, y a nivel internacional una tasa mayor de 2% se considera alta. (2) Siendo nuestro país donde los sistemas de salud son deficientes, debido a la escasez de recursos económicos, el crecimiento demográfico desordenado, viene a constituirse en una limitante para que los recursos existentes logren coberturas adecuadas. Por lo tanto se hace necesario buscar alternativas que favorezcan el ahorro, disminuya riesgos, sean efectivas y de calidad. Es allí donde surge la modalidad de hacer la minilaparotomía esterilizante con anestesia local, el cual es uno de los procedimientos de mayor seguridad contraceptiva, rápido, de gran utilidad en los países como el nuestro donde el control demográfico resulta una prioridad y que ofrece una tasa de embarazo de 0.2 a 1 por cada 100 mujeres, lo cual comprueba su eficacia. No se han descrito complicaciones mayores, pero menos del 2 % corresponden ha desgarros del mesosalpinx, hematomas y/o abscesos en sitios de la incisión; además estudios han demostrado que el dolor durante el procedimiento es mínimo y que un 3 % de los pacientes han requerido de otro tipo de anestesia como epidural o general. (9. 17, 18).

La aplicación de este procedimiento se limita a los hospitales que pretenden por métodos sencillos y de bajo costo tener una amplia cobertura y proporcionar la mejor calidad de servicios. Con esta finalidad el Hospital de Ginecología y Obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social inició en enero de 1995, la oclusión tubárica bilateral con anestesia local, el cual paso a formar parte de los métodos de planificación familiar, con la particularidad de realizar la minilaparotomía esterilizante con anestesia local en pacientes post parto o intervalo; hasta el momento cada día más pacientes se someten a dicho procedimiento lo que ha conformado su confiabilidad y eficacia.

Por lo anterior es importante estudiar la tolerancia de la paciente y las complicaciones inmediatas de éste método contraceptivo.

III. JUSTIFICACION

La anticoncepción quirúrgica voluntaria para mujeres tiene dos dimensiones: en primer lugar la que se proyecta a nivel familiar e individual que encuentra su fundamento en el derecho humano, de decidir acerca del número de hijos que desee tener la pareja. La otra dimensión macroeconómica se refiere a la conveniencia que para un país o para el mundo en general tiene el modificar el crecimiento poblacional de acuerdo con las condiciones prevalentes de dicha sociedad. Dentro de este contexto justificativo de planificación familiar debe analizarse los modernos métodos contraceptivos como lo es la minilaparotomía esterilizante con anestesia local. (1,18)

Un aspecto muy importante de los beneficios de esta técnica, es que a través de estudios anteriores a presentado mayores ventajas, que a pesar de ser una cirugía sencilla hecha con anestesia local, tiene una eficacia elevada e inmediata y no hay efectos secundarios a largo plazo, además con la creación de esta técnica se ha comprobado que la probabilidad de complicaciones es mínima y reduce los costos, riesgo operatorio, anésteico y estancia hospitalaria.

Actualmente en el programa de salud reproductiva del Hospital de Ginecología y Obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social se realizan un promedio de cinco procedimientos al día; sin embargo al momento no se ha realizado ningún estudio en esta institución sobre este método de planificación familiar por lo que considero de importancia realizar el presente estudio ya que es importante determinar que tolerancia y complicaciones inmediatas tiene la paciente sometida al procedimiento con anestesia local para verificar la calidad del mismo.

IV. OBJETIVOS

GENERAL

- Determinar la tolerancia y las complicaciones inmediatas de la paciente sometida a minilaparotomía esterilizante con anestesia local, atendida en el Hospital de Ginecología y Obstetricia del IGSS.

ESPECIFICOS

- Identificar el grupo etáreo más frecuente que se somete al procedimiento.
- Identificar la paridad de la paciente que se someta al procedimiento.
- Identificar a los pacientes que requirieron otro tipo de anestesia.
- Identificar las complicaciones transoperatorias y postoperatorias quirúrgicas y de anestesia inmediatas más frecuentes.
- Determinar que porcentaje de pacientes sometidas a la minilaparotomía esterilizante recomienda el procedimiento de acuerdo a su experiencia.

V. REVISION BIBLIOGRAFICA

MINILAPAROTOMIA ESTERILIZANTE

La minilaparotomía es una versión modificada y simplificada de la laparotomía convencional. La minilaparotomía es una operación sencilla y práctica para la oclusión de las trompas de Falopio u oviductos. Utilizando una pequeña incisión de 2.5 a 3 cm. de longitud a nivel suprapúbico o infraumbilical según sea en pacientes de intervalo o puerperio inmediato respectivamente. Se localizan directamente dichas trompas movilizándolo el útero con un instrumento vaginal.

El mecanismo de acción de este procedimiento es que mediante la oclusión de las trompas impida el paso del óvulo a la cavidad uterina y pueda ser fecundado. La simplicidad es la característica fundamental de las instalaciones y del equipo necesario para realizar la minilaparotomía.

Esta operación aumenta la aceptación por parte de las mujeres y reduce las incomodidades postoperatorias. La mujer puede regresar a su casa en el mismo día lo que hace posible la esterilización en pacientes externas o no hospitalizadas. (1,3,7,8,18)

ANTECEDENTES HISTORICOS

En 1919 Madlener publicó una técnica que utilizaba material de sutura no absorbible para ocluir un asa tubárica, por desgracia, el número de fracasos llegó a 14 por mil mujeres, cifra inaceptable para los estándares actuales. En 1924 Irving describió una técnica de transección, en la cuál el muñon proximal es enterrado en la pared muscular del útero, y el distal entre los ligamentos redondos; sin embargo las complicaciones como hemorragia eran muy frecuentes. En 1929 Pomeroy aplicó la técnica de sutura simple de catgut para anudar el asa tubárica a nivel del tercio medio de la trompa, la cuál ofreció buenos resultados. Fue hasta en 1947 cuándo Anderson ejecutó por primera vez la oclusión tubárica por laparoscopia; seguidamente en 1962 Palmer y Steptoe publicaron la primera serie de esterilizaciones laparoscópicas sin fracaso alguno. Pero debido a la complejidad del adiestramiento más el gasto inherente indicaron las ventajas de la minilaparotomía como el método más fácil inócuo y efectivo. (13,18).

ANATOMIA Y FISILOGIA

Las trompas de Falopio constituyen el extremo proximal y no fusionado de los conducto de Muller que sirven de transporte del óvulo fecundado hacia la cavidad uterina. Su longitud es variable de 7 a 12 cm. Se divide clásicamente en tres porciones: istmo que es la parte de menor luz o porción interna; ampolla la parte más dilatada o porción media; y pabellón o fimbria, la más externa que tiene forma de embudo, presenta un orificio redondeado de 2 a 3 mm. de diámetro y terminan en una serie de franjas entre las que se destacan una mayor longitud denominada franja ovárica.

Están compuestas por tres capas, una externa o serosa peritoneal; media o muscular que consta con una capa interna circular y una externa longitudinal. La mucosa o endosalpinx compuesta por un epitelio ciliado que desempeña un papel importante en el transporte del óvulo. La irrigación de las trompas proviene del arco vascular formado por la anastomosis de las arterias ováricas y uterinas. La innervación de las trompas viene del plexo útero vaginal. (12,14)

PROCEDIMIENTO QUIRURGICO

GENERALIDADES

Para esta operación se requiere un equipo y material de cirugía corriente y un equipo vaginal tal como una cánula de Rubin, una valva o espéculo vaginal, un tenáculo de cuello uterino, un elevador o manipulador uterino, y para la vía abdominal se requieren dos separadores de Farabeuf o de Richardson, una pinza Babcock o Allix, pinza de Rochester recta, pinza Kelly o mosquito.

Es suficiente con que la sala de operación sea una habitación simple adecuada para llevar a cabo operaciones de cirugía menor.

Este método puede efectuarse bajo anestesia local siendo una combinación efectiva de 50 a 100 mgs. de Meridina (Demerol) con 5 a 10 mgs. de diazepam (Valium) ambos disueltos en 10cc de agua destilada, administrados muy lentamente por vía intravenosa con jeringa. Luego el cirujano una vez que haya seleccionado la ubicación exacta de la incisión se inyecta un anestésico como lidocaína (xilocaína) al 1% sin epinefrina. Para esta infiltración se requerirán entre 20 a 40 ml. (6,7)

INDICACIONES MEDICAS

Se pueden señalar como requisitos obvios o mínimos para llevar a cabo la esterilización femenina las siguientes:

- Que existan circunstancias que a juicio médico aconsejen.
- Que la mujer en principio, haya logrado el número y las características de hijos por sexo que ella y su cónyuge consideren ideales o aceptables.
- Que la pareja acepte el procedimiento luego de conocer las implicaciones de la esterilización.

Entre las indicaciones médicas podemos dividir las en:

- Obstétricas: Que comprenden aquellas situaciones en que el embarazo se comporta como el agente etiológico directo del daño para la mujer o para su hijo entre ellas cesáreas previas, gran multiparidad, enfermedad hemolítica, toxemia o repetición, trastornos genéticos, patología obstétrica iterativa.

Generales: Trastornos propios de la mujer como cardiopatías, nefropatías, hipertensión arterial, diabetes, trastornos psiquiátricos, leucosis crónica carcinoma del seno. (18)

CONTRAINDICACIONES

Como en cualquier procedimiento de tipo quirúrgico las contraindicaciones se dividen en absolutas y relativas.

Absolutas: Tumor pélvico de tamaño mediano y grande uterino u ovario; embarazo en evolución; enfermedad pélvica y cualquier otro proceso infeccioso agudo de la cavidad pélvica; dermatitis severa de la pared abdominal.

Relativas: Obesidad extrema con exagerado pániculo adiposo en la pared abdominal; sospecha de adherencias pélvicas por infecciones o cirugías previas; endometriosis; cardiopatías descompensadas; enfermedades pulmonares avanzadas. (7,13)

TECNICA QUIRURGICA EN MINILAPAROTOMIA DE INTERVALO.

La paciente colocada sobre la mesa en una posición semiginocólica relajada, las piernas deben quedar lo suficientemente separadas como para permitir la manipulación vaginal requerida; previa antisepsia se expone el cuello uterino utilizando un espéculo vaginal y el labio anterior asido con un tenáculo, a continuación se inserta cuidadosamente el elevador uterino (cánula de Rubin) se vuelve el útero a su posición anterior, en caso se encuentre en retroversión o retroflexión manipulando el elevador uterino. Una vez en posición el elevador uterino y el tenáculo quedan unidos y funcionando como un sólo "mango" para manipular el mismo; seguidamente se realiza antisepsia del abdomen con alcohol yodado al 30%.

La paciente se cubre con campos estériles de manera que el cirujano pueda manipular los instrumentos vaginales sin contaminarse; debe quedar expuesto un campo quirúrgico suprapúbico de aproximadamente 8 por 10 cm.

Manipulando el elevador uterino, se lleva este contra la pared abdominal, la cima del abultamiento es la ubicación correcta para la incisión; este punto queda aproximadamente 2.5 cm por encima del margen superior de la sínfisis pubiana directamente en la línea media. La ubicación correcta de la incisión abdominal es esencial para evitar lesionar la vejiga o los intestinos. Una vez que se ha seleccionado la ubicación exacta de la incisión, se inyecta el anestésico local en la piel y tejido subcutáneo entre 5 y 10cc.

Se practica una incisión transversal de 2.5 a 3 cm dependiendo del grosor de la grasa subcutánea por encima del borde superior del pubis. Se localiza la fascia del músculo recto se abre transversalmente en una longitud aproximada 3.5 cm después de inyectar 2 cc de anestésico, se disecciona el rafe medio separándolo de la fascia del músculo recto utilizando tijeras de disección. Los músculos piramidales son luego separados en su línea media

mediante divulsión, luego el útero es llevado hacia adelante contra el área de la incisión manipulando el elevador, esto hace evidencia el peritoneo parietal. Cuando el peritoneo queda expuesto se inyecta entre 0.5 y 1 cc de anestésico para luego ser anido con pinzas Kelly o mosquito y traccionando hacia arriba abierto cuidadosamente con tijeras de disección. Es necesario practicar una cuidadosa disección a través del peritoneo para evitar lesiones de la vejiga o el intestino. Manipulando el elevador uterino, se eleva el fondo del útero hacia la incisión peritoneal y luego se desplaza lateralmente para dejar expuesta una de las trompas de Falopio; una vez expuesta se le extrae con pinza Allix o Babcock hasta identificar plenamente toda la trompa.

Se hace un codo en la porción media de la trompa con pinzas Babcock, se inyecta 0.2 cc de anestésico en el mesosalpinx a nivel por debajo de la pinza colocada, teniendo sumo cuidado de no puncionar algún vaso. Se realiza ligadura con catgut simple 0, a continuación se extirpa el asa vascular de la trompa, dejando un margen de por lo menos de 5 cm entre la ligadura y el extremo extirpado, método conocido como Pomeroy modificado. Luego de una inspección cuidadosa para cerciorarse de la hemostasia, se cortan los cabos de la ligadura y se deja que la trompa caiga al abdomen.

Manipulando el elevador uterino en el sentido opuesto, se trae la otra trompa al campo operatorio y se repite el procedimiento. El cierre se hace con sutura vicryl 0, para la incisión peritoneal se hace en bolsa de tabaco. La fascia de la vaina de los rectos con puntos separados del mismo hilo vicryl 0 y se afronta grasa subcutánea con el mismo hilo uno o dos puntos, la piel con dos puntos simples de hilo de seda, finalmente se coloca un pequeño vendaje seco sobre la herida y se retiran los instrumentos vaginales. (7,16,18)

TECNICA QUIRURGICA DE MINILAPAROTOMIA POSTPARTO

Previo antisepsia, colocación de campos estériles y bajo efectos de anestesia local anteriormente descrita en la minilaparotomía a intervalo, se procede por medio de la palpación se localiza la altura del fondo uterino, se coloca anestesia local xilocaina 1% donde se le practica la incisión un centímetro debajo del ombligo transversal 2 a 3 cm. Si el fondo uterino se encuentra varios centímetros por debajo del ombligo la incisión se practica más abajo en sentido longitudinal. Incididos la piel y el tejido celular subcutáneo se descubre la aponeurosis subumbilical y se desprende el tejido graso con torundas de gasa en extensión de un centímetro sobre cada borde de la incisión.

Se toma la aponeurosis con dos pinzas Allix se ejerce tracción hacia arriba para hacer una pequeña incisión con bisturí, luego se prolonga con tijeras romas para una longitud de 3 cms. visualizando el peritoneo se toma con 2 pinzas Kelly y se incide con bisturí y se toman los bordes con otras 2 más del mismo tipo. Se colocan separadores hacia los lados para observar el fondo uterino. Se coloca la mesa operatoria en trendelenburg. Dado que el útero en el puerperio inmediato es fácil movilizable el ayudante desplaza lateralmente el órgano sobre el lado derecho, maniobra que hace aparecer en el campo operatorio el cuerno uterino derecho donde se identifica la trompa. Enseguida se toma con una pinza Babcock o Allix y se practica la técnica de Pomeroy consistente: a) colocar una pinza Kelly en la base del asa tubárica que se va a extirpar. b) hacer la ligadura con tranfixión con catgut simple 0

inmediatamente debajo de la pinza de Kelly, c) extirpar el asa tubárica seccionándola sobre la pinza, que luego se retira.

Después de confirmar que no hay ningún punto sangrante se cortan ligaduras y se retira la pinza de Babcock para repetir el procedimiento en la trompa izquierda.

Seguidamente se cierra por planos de igual manera que la minilaparotomía a intervalo.

COMPLICACIONES

En general las complicaciones graves son raras y la tasa de mortalidad por minilaparotomía es baja si se hace sin tardanza un diagnóstico exacto y se efectúa un tratamiento apropiado. Entre las complicaciones tenemos hemorragia de la pared abdominal anterior, órganos de la pelvis y cualquier otro vaso que requiere cirugía mayor u hospitalización; perforación del útero, perforación o laceración de intestinos o vejiga, infección de la pared anterior del abdomen u órganos de la pelvis, dehiscencia de la herida, técnica de oclusión aplicada a una estructura distinta de la que se debía ocluir y que requiere intervención quirúrgica, embarazo intrauterino y extrauterino, tétanos, paro cardiorespiratorio, muerte. (9,15,18)

MEDICION DEL DOLOR

Una de las molestias o malestar de cualquier procedimiento quirúrgico es el dolor. Sin embargo el dolor es un síntoma clínico indispensable aunque subjetivo ha permanecido sólo como un índice aproximado de la severidad de ciertos tipos de patología.

Hoy en día existen diferentes pruebas para valorar el dolor aceptados científicamente como por ejemplo la línea de los 10 cms. Esta es literalmente, una línea de 10 cms. de longitud que un extremo marca ausencia de dolor y el otro el dolor más intenso experimentado en el transcurso del tiempo. (16)

En 1994 en el Instituto Mexicano del Seguro Social, se estudiaron 201 casos en el cuál se reportó que el 89.9% fueron dados de alta a las 24 horas posterior al evento operatorio; en el 74.3% no fue reportado dolor por parte del paciente y menos del 1% presentaron complicaciones tardías como infección y dehiscencia de herida. (3,17)

LINEA DE LOS DIEZ CENTIMETROS

transoperatorio o	-----			
postoperatorio	ninguno	ligero	intenso	

EFICACIA

La oclusión de las trompas es uno de los métodos de anticoncepción más efectivos.

En cualesquiera de las técnicas hasta ahora empleadas en la esterilización femenina se pueden considerar dos tipos distintos de fracasos, el primero es la falla del procedimiento per-se como recanalización de fistulas a pesar de estar las trompas seccionadas y separados todos sus muñones de manera que no podemos hablar de una eficacia del 100%.

Además de la falla del procedimiento se presentan otros fracasos generalmente del cirujano uno de estos quizá el más común es cuando la paciente no ha sido protegida efectivamente antes de la cirugía y en el momento de ésta ya ha ocurrido la fertilización del óvulo, éste es el llamado embarazo luteal o fase luteínica. Por esta razón se recomienda en toda paciente antes de ser sometida a una intervención quirúrgica sea examinada por el cirujano durante la menstruación. Las tasas de falla registradas para la oclusión de trompas oscilan entre una y diez fallas por cada 1000 procedimientos. (1,7)

MORTALIDAD

En la tesis de graduación de González en 1984 reportó que la tasa de mortalidad entre los 42 días post-operatorio es de 6.8 en 100,000 casos, estudio realizado en la comunidad de Karawa, Zaire. Sin embargo en presentes investigaciones no se ha reportado casos de mortalidad. (3,6,17)

VENTAJAS

Los beneficios de la minilaparotomía esterilizante con anestesia local, es que brinda una eficacia elevada con una tasa de embarazo del 0.2 a 1 por cada 100 mujeres en el primer año, tiene eficacia inmediata, es permanente, es una cirugía sencilla, no hay que incurrir en ningún costo ulterior ni tener preocupación alguna sobre anticoncepción. No tiene efectos secundarios a largo plazo y no interfiere con función sexual.

VI. METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION

A. SELECCION DEL TEMA DE INVESTIGACION

Se seleccionó el tema de "Tolerancia y complicaciones inmediatas de la paciente sometida a minilaparotomía esterilizante con anestesia local" con la finalidad de realizar un estudio sobre uno de los métodos de planificación familiar más efectivos y de bajo costo en el campo de la ginecología y que constituye opción de mayor beneficio para la paciente.

B. SELECCION DE ASESOR Y REVISOR DE LA INVESTIGACION

Se solicitó la colaboración como asesor de tesis al Dr. Mario Lobos Orellana, Especialista II del Hospital de Ginecología y Obstetricia del IGSS y jefe actualmente de la unidad de planificación familiar, por su amplia experiencia en este campo. Como revisor de la investigación se solicitó la colaboración del Dr. Rodolfo Muller Galindo, jefe de servicio del Hospital de Ginecología y Obstetricia del IGSS y docente de fase IV de la Facultad de Ciencias Médicas de la USAC.-

C. TRAMITES PARA LA APROBACION DEL PROYECTO

Actualmente se cuenta con la aprobación del Dr. Carlos Alberto Vettorazzi Vasquez, jefe del departamento y educación médica del Hospital de Ginecología y Obstetricia del IGSS, y del Comité Docente Departamental para realizar la investigación. Luego de ser aprobado el presente proyecto por las autoridades del CICS de la USAC se presentó a la sección de docencia del hospital antes mencionado de donde fue enviado a las oficinas centrales del IGSS donde se dió la aprobación final por la institución.

D. TIPO DE ESTUDIO

Se realizó un estudio prospectivo, descriptivo, no experimental.

E. SUJETO DE ESTUDIO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA

El sujeto de estudio, lo constituyen todas aquellas pacientes que se sometieron a la minilaparotomía esterilizante con anestesia local en el Hospital de Ginecología y Obstetricia del IGSS durante los meses de abril a mayo del año de 1997.

Se seleccionó la muestra por medio de la siguiente fórmula:

$$M = \frac{(z^2)(P)(q)}{(d^2)}$$

Donde:

M = tamaño de la muestra
Z = intervalo de confianza
P = proporción o frecuencia del fenómeno
q = 1 - P (complemento de la proporción)
d = nivel de precisión

En el presente estudio se tomó la proporción o frecuencia del fenómeno un valor de 0,14 que es el porcentaje de esterilización femenina a nivel nacional según la encuesta nacional de Salud Materno Infantil. (5)

El intervalo de confianza al 95% y la precisión o estimación de error del 0.05.

Sustituyendo:

$$M = \frac{(1.96^2)(0.14)(0.86)}{(0.05^2)}$$

$$M = 185$$

F. CRITERIOS DE INCLUSION

Se incluyó en el estudio a toda paciente que se sometió a la minilaparotomía esterilizante, con procedimiento infraumbilicales y suprapúbicos con anestesia local.

G. CRITERIOS DE EXCLUSION

Toda paciente que no cumplió con los criterios de inclusión.

H. PLAN PARA LA RECOLECCION DE INFORMACION

La información fue recolectada de la totalidad de pacientes que fueron sometidas a minilaparotomía esterilizante durante su estancia en el Hospital de Ginecología y Obstetricia del IGSS consignando los datos obtenidos en el instrumento para la recolección de información.

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA MEDICION	UNIDAD DE MEDIDA
EDAD	tiempo transcurrido desde el nacimiento.	fecha de nacimiento.	nominal	años
ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS	factores médicos y quirúrgicos que se han presentado	gestaciones, partos hijos vivos, cesáreas abortos.	nominal	
TOLERANCIA	propiedad del organismo de resistir el dolor	escala de los diez centímetros.	nominal	ninguno, ligero intenso.
COMPLICACIONES	factores que agravan la salud del paciente	si se presentan o no	nominal	
ANESTESIA	abolición total o parcial de la sensibilidad del cuerpo.	general, epidural, u otro	nominal	
RECOMENDACION	hablar en favor del procedimiento	si lo recomienda o no	nominal	

J. RECURSOS

Humanos: Médico Asesor
Médico Revisor
Medico Investigador

Físicos: IGSS

Biblioteca USAC
Biblioteca APROFAM
Biblioteca INCAP

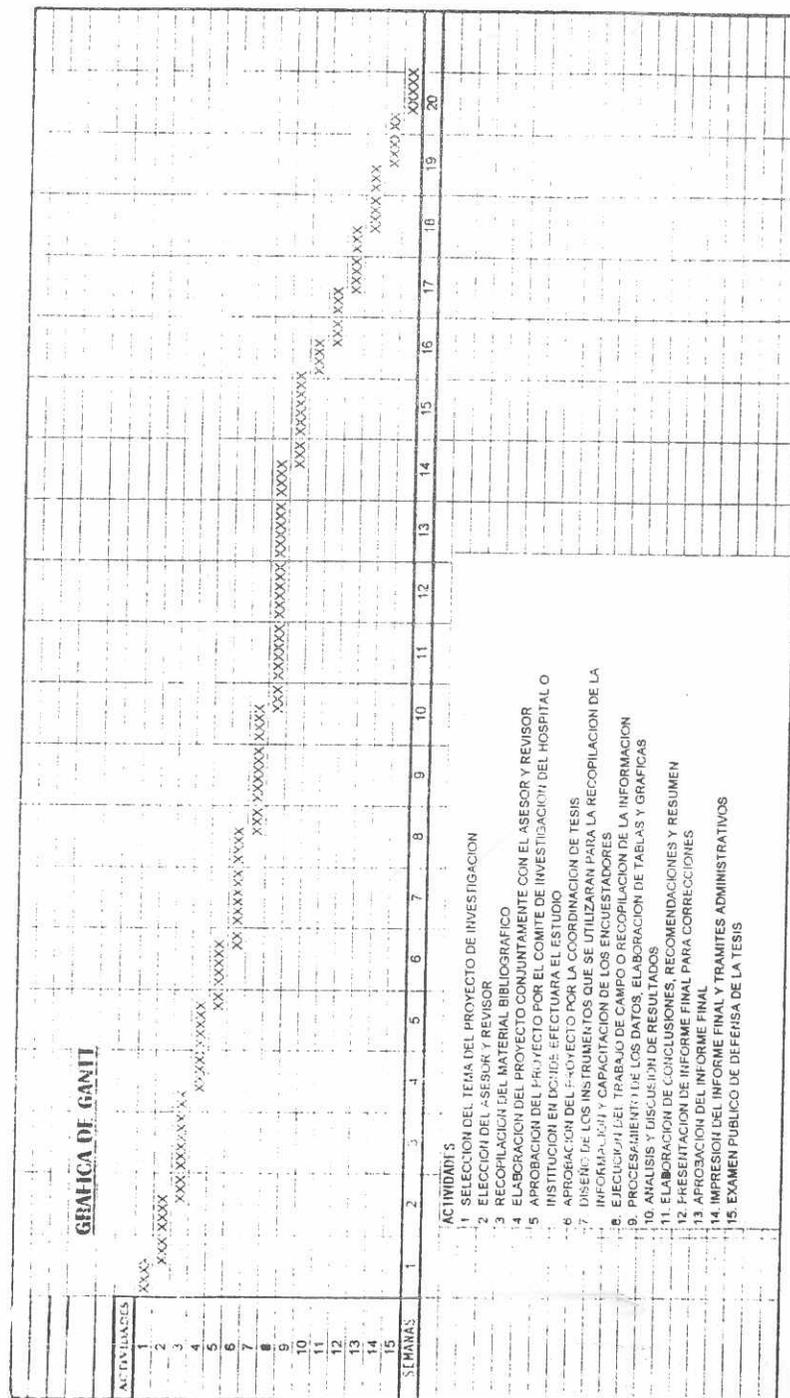
Materiales: computadora

H. EJECUCION DE LA INVESTIGACION

El presente trabajo se realizó en el Hospital de Ginecología y Obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, en el periodo comprendido de abril a mayo de 1997. Se estudiaron 185 pacientes, siendo éste el tamaño de la muestra y utilizando los criterios de inclusión y exclusión expuestos con detalle anteriormente. Se entrevistó a las pacientes en el periodo postoperatorio a la minilaparotomía esterilizante con anestesia local, para recopilar la información contenida en la boleta de recolección de datos.

Posteriormente se procedió a tabular la información mediante frecuencias y porcentajes, con lo cual se realizarán las conclusiones y recomendaciones del estudio

Hoja 1



CUADRO No. 1

EDAD DE LA PACIENTE SOMETIDA A LA MINILAPAROTOMIA ESTERILIZANTE CON ANESTESIA LOCAL, EN LA UNIDAD DE SALUD REPRODUCTIVA DEL HOSPITAL DE GINECOOBSTETRICIA DEL IGSS, DURANTE EL PERIODO DE ABRIL A MAYO DE 1997

EDAD EN AÑOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
21-25	22	12.0
26-30	75	40.5
31-35	60	32.4
36-40	23	12.4
41-45	5	2.7
TOTAL	185	100.00

FUENTE: Boleta de recolección de datos

CUADRO No. 2

NUMERO DE PARTOS CON HIJOS VIVOS DE LAS PACIENTES SOMETIDAS A MINILAPAROTOMIA ESTERILIZANTE CON ANESTESIA LOCAL, EN LA UNIDAD DE SALUD REPRODUCTIVA DEL HOSPITAL DE GINECOOBSTETRICIA DEL IGSS, DURANTE EL PERIODO DE ABRIL A MAYO DE 1997.

NUMERO DE PARTOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1 - 2	22	11.9
3 - 4	125	67.6
5 - 6	31	16.7
7 o más	7	3.8
TOTAL	185	100.00

FUENTE: Boletas de recolección de datos

CUADRO No. 3

INTENSIDAD DE DOLOR EXPERIMENTADO POR LA PACIENTE SOMETIDA A MINILAPAROTOMIA ESTERILIZANTE CON ANESTESIA LOCAL DURANTE EL PERIODO TRANSOPERATORIO, EN LA UNIDAD DE SALUD REPRODUCTIVA DEL HOSPITAL DE GINECOOBSTETRICIA DEL IGSS, DURANTE EL PERIODO DE ABRIL A MAYO DE 1997

TIPO DE DOLOR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NINGUNO	45	24.4
LIGERO	122	65.9
INTENSO	18	9.7
TOTAL	185	100.00

FUENTE: Boleta de recolección de datos.

CUADRO No. 4

INTENSIDAD DE DOLOR EXPERIMENTADO POR LA PACIENTE SOMETIDA A MINILAPAROTOMIA ESTERILIZANTE CON ANESTESIA LOCAL EN EL PERIODO POSTOPERATORIO, EN LA UNIDAD DE SALUD REPRODUCTIVA DEL HOSPITAL DE GINECOOBSTETRICIA DEL IGSS, DURANTE EL PERIODO DE ABRIL A MAYO DE 1997.

TIPO DE DOLOR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NINGUNO	78	42.2
LIGERO	103	55.7
INTENSO	4	2.2
TOTAL	185	100.00

FUENTE: Boleta de recolección de datos.

CUADRO No. 5

TOLERANCIA Y TIPO DE ANESTESIA UTILIZADA EN LA PACIENTE SOMETIDA A MINILAPAROTOMIA ESTERILIZANTE, EN LA UNIDAD DE SALUD REPRODUCTIVA DEL HOSPITAL DE GINECOOBSTETRICIA DEL IGSS, DURANTE EL PERIODO DE ABRIL A MAYO DE 1997

TIPO DE ANESTESIA	TOLERANCIA		FREC.	PORCENT.
	SI	NO		
LOCAL	181	0	181	97.8
GENERAL	0	4	4	2.2
TOTAL	181	4	185	100.00

FUENTE: Boleta de recolección de datos

CUADRO No. 6

COMPLICACIONES TRANSOPERATORIAS QUE SE PRESENTAN EN LA MINILAPARATOMIA ESTERILIZANTE CON ANESTESIA LOCAL, EN LA UNIDAD DE SALUD REPRODUCTIVA DEL HOSPITAL DE GINECOOBSTETRICIA DEL IGSS, DURANTE EL PERIODO DE ABRIL A MAYO DE 1997.

COMPLICACION	F	%
PROCEDIMIENTO LABORIOSO	9	4.9
HEMORRAGIA	0	0.0
PERFORACION O LACERACION	0	0.0
NINGUNO	176	94.1
TOTAL	185	100.00

FUENTE: Boleta de recolección de datos.

CUADRO No. 7

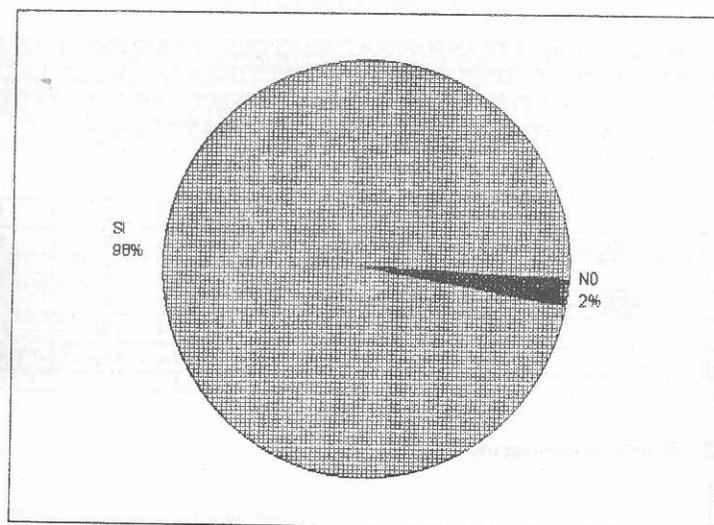
COMPLICACIONES POST-OPERATORIAS INMEDIATAS QUE SE PRESENTARON EN LA MINILAPAROTOMIA ESTERILIZANTE CON ANESTESIA LOCAL, EN LA UNIDAD DE SALUD REPRODUCTIVA DEL HOSPITAL DE GINECOOBSTETRICIA DEL IGSS DURANTE EL PERIODO DE ABRIL A MAYO DE 1997.

COMPLICACION	F	%
DOLOR INTENSO	4	2.2
HEMATOMA	0	0.0
EDEMA	0	0.0
HEMORRAGIA	0	0.0
NINGUNA	181	97.8
TOTAL	185	100.00

FUENTE: Boleta de recolección de datos

GRAFICA No. 1

RECOMENDACION DE LA MINILAPAROTOMIA ESTERILIZANTE CON ANESTESIA LOCAL A OTRAS PACIENTES, COMO METODO DE PALNIFICACION FAMILIAR, POR 185 PACIENTES SOMETIDAS A ESTE PROCEDIMIENTO EN LA UNIDAD DE SALUD REPRODUCTIVA DEL HOSPITAL DE GINECOOBSTETRICIA DEL IGSS, DURANTE EL PERIODO DE ABRIL A MAYO DE 1997.



FUENTE: Boleta de recolección de datos

VIII. ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

CUADRO No. 1

El promedio de edad de las pacientes sometidas a minilaparotomía esterilizante con anestesia local fue de 28 años al momento de la cirugía, en comparación a lo revisado en la literatura donde se reporta una edad promedio de 30 años, lo cual evidencia que la población guatemalteca satisface su número de hijos deseados a una edad más temprana, siendo la mayoría de pacientes (52.5%), esterilizada antes de los 30 años de edad.

CUADRO No. 2

La mayoría de pacientes sometidas a la minilaparotomía esterilizante ha tenido entre tres a cuatro hijos y la frecuencia de esta paridad se encuentra en iguales porcentajes promediando el 67.6% de las pacientes estudiadas. Este resultado concuerda con el promedio de integrantes por familia en el país según el calendario de APROFAM para 1997, siendo de 5 integrantes: ambos padres y tres hijos (2).

CUADRO No. 3

La minilaparotomía esterilizante con anestesia local fue tolerada transoperatoriamente en más del 90% de los casos, en los cuáles las pacientes manifestaron ligero o ningún dolor, esto reduce sustancialmente el riesgo quirúrgico operatorio y además los niveles de angustia y ansiedad que con lleva todo acto quirúrgico. Es de hacer notar que el 24.3% no experimentaron dolor durante el procedimiento, sin embargo en estudios realizados en el IMSS en 1993 se reportó un 75% de casos que no manifestaron ningún tipo de dolor, lo cual pone de manifiesto que la técnica anestesiológica de sedación debe ser objeto de estudio, buscando alternativas medicamentosas, como el uso de fentanil, propofol o bloqueo epidural para reforzar la anestesia local. (3)

CUADRO No. 4

Durante el periodo postoperatorio, el 97.8% de las pacientes manifestaron ligero o ningún dolor, y solamente un 2.2% de las pacientes experimentaron dolor intenso. Estos resultados ponen de manifiesto que es un procedimiento tolerable en la fase de recuperación, lo que es beneficioso para la paciente, sino también para la familia y la institución ya que la estancia hospitalaria es mínima. Es importante mencionar que un alto porcentaje de pacientes no experimentaron dolor, por lo que su recuperación será más rápida y podrán desempeñar sus labores con normalidad, a la vez que, las que experimentaron dolor ligero, con la utilización de analgésico y antiinflamatorio por corto tiempo también se integrarán en un periodo corto a su labor cotidiana.

CUADRO No. 5

De 185 pacientes en estudio, en 181 de los procedimientos se utilizó anestesia local mas sedación y de ellos todos toleraron el procedimiento sin ningún problema. El restante 2.2% está constituido por pacientes que no toleraron el procedimiento y fue necesario utilizar anestesia general para su realización, lo cual es un porcentaje mínimo y esperado, ya que en la literatura revisada se reporta hasta en un 3% la utilización de otro tipo de anestesia. (1, 3, 14). Entre las pacientes que no toleraron el procedimiento se observó obesidad lo cual es un factor que conlleva una complicación agregada para la realización de éste método contraceptivo, y es contraindicación relativa del procedimiento.

CUADRO No. 6

En las complicaciones transoperatorias que se presentaron al realizar la minilaparatomía esterilizante con anestesia local, sobresale el procedimiento laborioso (4.9%), los mismos fueron secundarios a obesidad de la paciente; Se debe de tomar en cuenta la destreza y la técnica quirúrgica con que se practique. Sin embargo el 94.1% no presentaron ninguna complicación como hemorragia, perforación o laceración de órganos vecinos, lo que demuestra que la minilaparatomía esterilizante con anestesia local representa bajo grado de dificultad, minimizando así los riesgos para la paciente.

CUADRO No. 7

El dolor es la principal molestia inmediata referida por la paciente siendo intenso el 2.2% de los casos en estudio durante el periodo postoperatorio. De lo anterior se deduce que la minilaparatomía esterilizante con anestesia local, es un procedimiento relativamente inócua y es de hacer notar que en el presente estudio no se reportó otro tipo de complicación como hemorragia, hematoma y edema que representan en la literatura revisada hasta un 5% de los casos.

GRAFICA No. 1

El 98% de las pacientes sometidas a la minilaparatomía esterilizante con anestesia local, recomienda, en base a su propia experiencia, la utilización de este procedimiento contraceptivo, ya que a la vez de ser un método seguro, tolerable, sencillo, eficaz y de rápida recuperación, es un método confiable de planificación familiar. Sin embargo el apoyo psicológico en el periodo preoperatorio y postoperatorio es importante que la paciente este conciente de las ventajas que este método contraceptivo conlleva en cuanto a salud reproductiva se refiere.

IX. CONCLUSIONES

1. Un alto porcentaje de las pacientes que se sometieron a la minilaparatomía esterilizante con anestesia local son mujeres jóvenes en edad reproductiva.
2. La multiparidad fue la indicación más frecuente en las pacientes que se sometieron al procedimiento.
3. La mayoría de las pacientes toleró el procedimiento durante el periodo transoperatorio y postoperatorio manifestando la mayor parte de ellas ligero o ningún dolor, en un alto porcentaje.
4. La complicación transoperatoria más frecuente fue procedimiento laborioso, por lo que la obesidad es una contraindicación relativa para la realización de la minilaparatomía esterilizante con anestesia local.
5. El dolor intenso experimentado por la paciente durante el periodo postoperatorio fue la complicación inmediata mas relevante en un mínimo porcentaje.
6. Si el procedimiento no es tolerado por la paciente debido al dolor intenso experimentado durante su realización, la anestesia general esta indicada.
7. No se reportó ninguna complicación de anestesia.
8. De acuerdo a los datos obtenidos la minilaparatomía esterilizante con anestesia local, es un procedimiento de bajo riesgo quirúrgico operatorio, relativamente inócua, tolerable, sencillo y por lo tanto recomendable.

X. RECOMENDACIONES

1. Promocionar, divulgar y orientar éste método contraceptivo en pacientes que llenen los requisitos por medio de consejería, fomentando así la salud reproductiva.
2. Evitar la manipulación excesiva de los órganos intrapélvicos, en especial el oviducto, durante el desarrollo de la técnica quirúrgica, para hacer aún más tolerable el procedimiento.
3. Buscar alternativas medicamentosas que ayuden a una mejor sedación de la paciente para obtener una mejor tolerancia al procedimiento, y reducir los niveles de angustia y ansiedad que conlleva todo acto operatorio.
4. Se recomienda a la institución llevar control estadístico sobre los diferentes aspectos de la minilaparatomía esterilizante con anestesia local en cuanto a complicaciones inmediatas y tardías se refiere.
5. Proporcionar mayor apoyo psicológico e ilustración técnica a la paciente sometida a este procedimiento en el pre y postoperatorio, concientizándola de las ventajas de este método contraceptivo.
6. Capacitar a promotores de salud para promocionar dicha técnica, instalando clínicas de Salud Reproductiva en las diferentes unidades rurales con que cuenta la institución a nivel nacional, para obtener mayor cobertura y acceso por parte de la población que así lo desee.

XI. RESUMEN

Se realizó un estudio tipo prospectivo sobre la tolerancia y complicaciones inmediatas de 185 pacientes sometidas a la minilaparotomía esterilizante con anestesia local, de la Unidad de Salud Reproductiva de Gineco-Obstetricia del IGSS durante el período comprendido de abril a mayo de 1997.

En este estudio se encontró que las pacientes que se someten a este procedimiento son mujeres jóvenes comprendidas entre 26 a 30 años de edad (40.5%) con un promedio de 3 a 4 hijos (67.6%) al momento de la realización del mismo.

De las pacientes en estudio el 65.9 % manifestaron ligero dolor durante el período transoperatorio, igualmente el 55.7 % manifestaron ligero dolor en el período postoperatorio. Solamente el 2.2 % de las pacientes fue necesario utilizar anestesia general ya que no toleraron el procedimiento. La complicación transoperatoria más frecuente fue procedimiento laborioso en 4.9 % de las pacientes de las cuales la obesidad fue una complicación agregada. En el período postoperatorio el 57.9 % el dolor sobresalió como complicación inmediata, no se reportaron complicaciones mayores. El 98.4 % de las pacientes recomiendan este método contraceptivo por ser seguro, sencillo y tolerable.

XII. BIBLIOGRAFIA

1. ANTICONCEPCION QUIRURGICA SEGURA Y VOLUNTARIA. Federación Mundial de Agencias de Salud para la promoción de la Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria. 1989. Pp. 5 - 26
2. ASOCIACION PROBIENESTAR DE LA FAMILIA. Calendario Demográfico Relaciones Públicas, APROFAM, Guatemala 1996.
3. Campos González; López González; Mercado Montoya. "GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA DE MEXICO". Oclusión Tubárica Bilateral por minilaparatomía post parto con anestesia local. 1993 México Pp. 285-287.
4. Chi Ic; Gates D.; Thapa S. OBSTETRICAL AND GINECOLOGICAL SURVEY. "Performing tubal sterilizations during womens post partum hospitalization" 1992. Pp. 71 - 90.
5. ENCUESTA NACIONAL DE LA SALUD MATERNO INFANTIL. 1995, Guatemala, Guatemala. Pp. 13
6. FAMILY HEALTH INTERNATIONAL. "Surveillance of female sterilization in Karawa, Zaire. Junio 1984.
7. Friedberg, Kaser, Ober; Thompson; Zander. "GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA", Tomo II, Salvat editores, Barcelona, España 1973.
8. Galew, Marra. "EL HOMBRE NUEVO ENFOQUE DE LOS PROGRAMAS DE PLANIFICACION FAMILIAR". Population Reports, The John Hopkins University Baltimore, USA 1990. Pp 228 - 235
9. Guyton, A. "FISIOLOGIA HUMANA". 7ma de. 1989. Editorial Mc. Graw Hill. Mexico. Pp. 959 - 960
10. Jefferson, Panfield. "FEMALE STERILIZATION BY MINILAPRATOMY OR OPEN LAPAROSCOPY". Urban 1994 NY US-.
11. Jones; Wentz; Bukett. "TRATADO DE GINECOLOGIA DE NOVAK". 11av. de. Mc Graw Hill, Mexico 1991. Pp. 51 - 52.
12. MANUAL DE ANTICONCEPCION QUIRURGICA VOLUNTARIA. Centro Médico de Orientación y Planificación Familiar, Quito, Ecuador. 1990 Pp 5 - 17
13. Quiñonez, Edelma. "FEMALE STERILIZATION USING THE TUBAL RING". USA 1976.
14. Rosales Estrada, Romero Mujica; Sánchez García. GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA DE MEXICO. "Oclusión tubárica bilateral por minilaparatomía anestesia local". 1994. Toluca, Mexico. Pp. 285 - 287.
15. Rueda, Ricardo. "MANUAL DE ESTERILIZACION HUMANA". 1980. Editorial Dintel. Bogotá, Colombia. Pp 15 - 101
16. Sangare M. Traore B. "MEDECINE P" AFRIQUE HUMANA NOIRE". 1993, Tubal aterilization by minilaparatomy. Pp 49 - 52
17. Simatupang, Harwidi E. "INTERVAL OF MINILPARATOMY STERILIZATION" Indonesia 1979.
18. Swing Lubell. "VOLUNTARY STERILIZATION". The Association for voluntary sterilization. 1989. NY USA.
19. Westoff CF. "DOMINICAN REPUBLIC EXPERIMENTAL STUDY AND EVOLUTION OF FERTILITY AND CHILD HEALTH INFORMATION" Princenton New Jersey 1990. Pp. 117.
20. Winston R, Boeck W., Brosens Y. "TUBAL LESIONS SUBSEQUENT TO FERTILITY AFTER ATTEMPTS AT REVERSAL" Am J. Obst. Gynecol , 1980 Pp. 138 - 86.

INSTRUMENTO PARA RECOLECCION
DE INFORMACION

Nombre _____

No. de Afiliación _____

1. Edad _____

2. Antecedentes Ginecoobstétricos

Gestaciones _____ Partos _____ Abortos _____ Cesáreas _____

Infecciones _____ Cirugías pélvicas _____ Otros _____

3. Tolerancia de la paciente al dolor durante y después del procedimiento:

Transoperatorio:

Ninguno _____ Ligero _____ Intenso _____

Post-operatorio:

Ninguno _____ Ligero _____ Intenso _____

4. Otro tipo tipo de anestesia que se utilizó diferente a la local durante el procedimiento:

General _____ Epidural _____ Otros _____

5. Complicaciones quirúrgicas y de anestesia:

Transoperatorias _____ Post-operatorias _____ Anestesia _____

Especifique _____

6. Recomienda usted el procedimiento ?

Si _____ No _____

Porque: _____