

ESTERILIZACION FEMENINA AMBULATORIA POR MICROLAPAROTOMIA

Dr. Laureano Marín-Ardila*

Introducción

La esterilización femenina es un procedimiento quirúrgico muy antiguo y recientemente se ha practicado en forma ambulatoria por Laparoscopia, la cual ha facilitado enormemente su realización; no obstante, la principal dificultad está en la obtención del laparoscopio, cuyo costo es alto y su mantenimiento dispendioso, por la ausencia de dichos mecanismos en nuestro país.

Lo que considero de interés exponer en el siguiente informe son las facilidades, tanto económicas como materiales, con las cuales se realiza la Microlaparotomía para esterilización femenina con analgesia y anestesia local, y con carácter ambulatorio. Se trata de una técnica puesta al día en Tailandia y sobre la que ha publicado un interesante trabajo preliminar el Dr. Osathanondh (1).

No quiero entrar en comentarios sobre este tipo de anticoncepción, ya que parte de la base de que, ante circunstancias psicológicas, sociales y demográficas, se concluye que la anticoncepción es un medio de remediar males mayores cuando la concepción de un nuevo hijo es problema en cualquiera de los campos que se quiera contemplar. "La integridad corporal del individuo puede ser alterada si la intención es impedir la aparición de daños mayores".

Esterilización por microlaparotomía

En los últimos años ha surgido esta técnica que permite cortar y ligar las trompas a través de una incisión suprapúbica de tres a cuatro centímetros con anestesia local y una analgesia que le permite a la paciente desplazarse a su domicilio el mismo día de la intervención.

Material y Método

Se han practicado 250 Microlaparotomías a partir de Febrero de 1974 en mujeres que han solicitado espontáneamente la esterilización femenina y que han llenado las condiciones que el programa requiere, las cuales son:

1. Solicitud y autorización por escrito del cónyuge.
2. Tres hijos como mínimo preferiblemente de diferente sexo sin importar la edad.
3. Falla o intolerancia a otros métodos anticonceptivos.
4. Incompatibilidad médica con un nuevo embarazo.
5. Conocimiento amplio de la intervención y su irreversibilidad para nuevos embarazos.

* Director del Programa de Esterilización Femenina por Microlaparotomía de Profamilia.

Edades de los esposos

Las edades en los hombres primordialmente oscilaron entre los 30 y 40 años con un promedio de 38.46 como consta en el cuadro siguiente:

GRUPOS DE EDADES

Esposo		
26	20	—
21	25	3
26	30	29
31	35	69
36	40	63
41	45	50
46	50	21
51	55	6
56	60	2
61	65	2

Total 9.422 dividido por 245 = 38.46 Promedio

Las edades de las mujeres oscilaron entre 26 y 40 años con un promedio de 33.23 como consta en el cuadro siguiente:

Paciente		
16	20	—
21	25	19
26	30	69
31	35	83
36	40	60
41	45	16
46	50	—

Total 8.208 dividido por 247 = 33.23 Promedio

Estudios

El grado de estudio primordialmente está a nivel de primaria.

Primaria	174
Secundaria	55
Analfabetas	19
Universidad	2
TOTAL	250

El número de hijos vivos principalmente osciló entre 3 y 5 hijos con un

promedio de 2.70 del sexo masculino y 2.65 del sexo femenino para un promedio total de hijos de 5.35 por pareja como puede verse en el cuadro que a continuación se expone.

HIJOS VIVOS

De 2 hijos	12 señoras
" 3 "	48 "
" 4 "	56 "
" 5 "	46 "
" 6 "	30 "
" 7 "	23 "
" 8 "	17 "
" 9 "	7 "
" 10 "	7 "
" 11 "	1 "
" 12 "	1 "
" 13 "	— "
" 14 "	— "
" 15 "	1 "

TOTAL 250

H. hombres 656 dividido por 243 = 2.70
H. mujeres 630 dividido por 238 = 2.65

Edad hijo mayor y menor

El promedio de edad entre el hijo mayor y el hijo menor puede verse a continuación:

Hijo mayor 3.021 dividido por 250 = 12.08
Hijo menor 603 dividido por 250 = 2.41

Referidas por

Prácticamente la mitad de las pacientes fueron referidas por personas que en una u otra forma trabajan para Profamilia.

El cuadro que a continuación aparece nos da una idea de la fuente de las pacientes de este trabajo.

Profamilia	91
Instructora	42
Médico	18
Amiga	18
Esposo	16
I.C.S.S.	10
Radio	8
Cuñada	5

Paciente intervenida	5
Hermana	2
Hospital Militar	2
Centro Higiene	2
Javeriana	1
Enfermera	1
Prima	1
Colinas	1
Centro Piloto	1
Dama voluntaria	1
TOTAL	225

Causas de esterilización

El motivo primordial por el cual solicitaron la esterilización fue de tipo Económico siguiendo en su orden el deseo sin aclarar de no tener más hijos.

Económicos	198
Deseo de no tener más hijos	38
Salud	13
Intolerancia otros métodos	1
TOTAL	250

Métodos anticonceptivos utilizados con anterioridad a la intervención quirúrgica

Solo se tuvieron en cuenta los métodos utilizados inmediatamente antes de la intervención y nó así los utilizados por las parejas en épocas anteriores.

En general cuando no utilizaban métodos inmediatamente antes de la intervención se citaron con la menstruación o se aconsejó no tener relaciones sexuales durante el tiempo comprendido entre examen ginecológico previo y la intervención.

Dentro de los anticonceptivos más utilizados se registraron el Dispositivo y las Pastillas.

MÉTODOS UTILIZADOS

D.I.U.	69
Pastillas	43
Ovulos	15
Lactancia	8
Preservativos	8
Método del ritmo	4
Coito interrumpido	3
Inyección	2
Pastillas D.D.	2
Sin método inmediatamente antes de la intervención	96
TOTAL	250

Cirugías previas

El cuadro que a continuación aparece nos muestra la frecuencia de las cirugías efectuadas anteriormente a la ligadura siendo las más frecuentes la cesárea y la apendicectomía.

Cesárea	24
Apendicectomía	22
Hernia umbilical	10
Colecistectomía	8
Laparotomía	6
Hernia inguinal	6
Ectópicos	2
Hernia diafragmática	1

De 2 a 4 cesáreas = 6

Selección de pacientes

Se hizo de acuerdo con las condiciones expuestas anteriormente y además se confirmó su intervención con un examen ginecológico que permitiera deducir que no existía contraindicación médica para la intervención. Se consideró como contraindicación la presencia de tumores en cavidad peritoneal y órganos genitales que de una u otra forma hacían indispensable una operación más grande durante la cual se podría realizar la ligadura de trompas.

Analgesia y Anestesia

En 200 pacientes se utilizó como analgésico el Diazepam y la Meperidol.

na en una cantidad que osciló entre 5 y 10 miligramos para el primero y 50 y 100 miligramos para el segundo disueltos en 8 centímetros de agua destilada por vía intravenosa. Dicha analgesia fue suministrada por una auxiliar de enfermería con la supervisión del cirujano.

Para las cincuenta pacientes restantes creíamos necesaria la colaboración de un anestesiólogo por tratarse de pacientes con patología asociada y en los cuales se presumía adición de algún otro analgésico para facilitar la intervención. En dichas pacientes además de la Meperidina y el Diazepam se emplearon el Tiopental sódico y el Alfatesin como drogas complementarias de la analgesia, en el momento de proceder a la incisión del peritoneo o cuando se efectuaban las maniobras de exploración intraabdominal. Cuando se empleó el Tiopental sódico, en algunos casos fue necesario usar Cloruro de Succinilcolina como relajante para facilitar el procedimiento, en cambio con el Alfatesin siempre se obtuvo muy buena relajación muscular.

Como premedicación se suministraron 5 miligramos de Diazepam ocho horas antes de la intervención y otros 5 miligramos media hora antes de la intervención.

Se ordenó a la paciente aplicarse Enema el día anterior a la intervención, venir en ayunas cuando la operación iba a ser practicada en las horas de la mañana y tomar dos tazas de té con azúcar a las 6:00 a. m. cuando la intervención se iba a realizar en las primeras horas de la tarde.

Técnica quirúrgica

Se utilizó en general la Microlaparotomía suprapúbica longitudinal media o por incisión de Pfannenstiel de 3 o 4 centímetros en piel. Para esta

incisión se utilizaron 20 centímetros cúbicos de Xilocaína sin epinefrina localmente.

Uno de los factores que más contribuyó al éxito de la intervención fue la manipulación del útero a expensas de una pinza colocada en el interior del cuello uterino y fijada a éste con un tenáculo que permitía proyectar el útero en el sentido más conveniente para dejar los cuernos uterinos y por consiguiente las trompas en una posición fácilmente asequible a su reparo para sección y ligadura, la cual se efectuó en la mayoría de los casos en el tercio medio de la trompa y en segundo lugar resecaando la ampolla.

La utilización de separadores amplios facilitó mucho la intervención.

TECNICA QUIRURGICA

Pomeroy	161
Ampulectomía	84
Madenier	4
Salpingectomía.	1
TOTAL	250

Tiempo utilizado en la intervención

El promedio del tiempo quirúrgico fue de 19,82 minutos y la permanencia de la paciente en la clínica en el post-operatorio inmediato fue de 3.17 horas.

TIEMPO UTILIZADO EN EL ACTO QUIRURGICO

12 minutos	1
14 "	1
15 "	33
17 "	1
18 "	25
20 "	152
25 "	19
30 "	12
35 "	3
40 "	3

250

Total: 4.956 — 250 = 19.82
Tiempo permanencia en la Clínica
793 horas — 250 = 3.17

Accidentes y hallazgos quirúrgicos

Dos pacientes no pudieron ser intervenidas en el primer intento, una por presentar depresión respiratoria de la cual se sacó por los procedimientos manuales acostumbrados. Esta paciente en interrogatorio posterior comunicó haber requerido tratamiento siquiátrico en época anterior a la intervención. Dichas señoras fueron intervenidas al mes y medio con la colaboración del anesthesiólogo.

Dentro de los hallazgos quirúrgicos en dos pacientes se encontraron las trompas ligadas con seda y correspondieron a las señoras intervenidas por cesárea, pero a quienes el médico no les comunicó dicha ligadura.

A una paciente se le practicó Salpingectomía bilateral por Hidrosalpinx de pequeño tamaño.

A otra paciente se le extirpó un quiste de ovario de aproximadamente 5 centímetros de diámetro mayor.

En ocho pacientes se encontraron adherencias por intervenciones anteriores haciéndose en algunas un ojal en el Epiplón a través del cual se practicó la ligadura.

Seguimiento

El post-operatorio inmediato fue controlado por personal entrenado específicamente para este tipo de intervención, permaneciendo en la clínica por un tiempo promedio de 3.17 horas como consta en el cuadro anterior, no habiendo habido necesidad de hospitalizar sino una paciente que corresponde a la que presentó la depresión respiratoria y que solo se hizo como medida preventiva dándosele salida al día siguiente por recuperación total.

Se suministraron analgésicos corrientes para el dolor, en principio in-

yectados y en los días siguientes en forma oral excepto unos pocos casos en los que se requirió la vía intramuscular.

A algunas pacientes principalmente obesas se les suministraron antibióticos para tratar de evitar infecciones principalmente de pared. En ningún momento quiero darle valor preventivo al antibiótico en forma rutinaria, solo se utilizó teniendo en cuenta la categoría social y el ambiente en que se desenvuelve normalmente la paciente, lo cual hace presumir que hay más facilidades para la infección.

Hasta el momento no se ha registrado embarazo alguno pero no puedo extenderme mucho en este capítulo relacionado a seguimiento ya que el programa no dá tiempo para ello. Las pacientes son citadas a los siete días para retirar puntos y a los seis meses, excepto cuando hay sintomatología relacionada con la intervención. Posteriormente serán controladas una vez al año.

Sumario

La esterilización femenina por microlaparotomía electiva, por oposición a la microlaparotomía post-parto, se basa fundamentalmente en colocar a la matriz por métodos artificiales, en situación parecida a la que ocupa naturalmente en las primeras horas siguientes al parto.

Para ello basta cualquier instrumento que permita por manipulación vaginal y mediante presión sobre el cérvix, llevar el útero hacia arriba y adelante hasta ponerlo al alcance inmediato del cirujano.

Esta técnica cuya existencia se nos reveló en Bangkok hace ocho meses tiene considerables ventajas dentro del contexto de un país subdesarrollado.

1. Es aplicable en cualquier pequeña instalación hospitalaria que disponga de una mesa ginecológica y una lámpara scialítica.

2. No necesita, a diferencia de la laparoscopia, instrumental complicado y costoso, cuyo mantenimiento y eventual reparación implica interrupción indefinida del servicio.

3. Cualquier cirujano general, ginecólogo o urólogo, sin entrenamiento especial, puede llevarla a cabo.

4. Se mantiene el carácter estrictamente ambulatorio, factor crucial en lugares donde el costo es determinante.

5. Permite resolver en algunos casos, patología incidental asociada (quistes pequeños, embarazos tubarios incipientes, etc.).

6. Es, por lo general, factible en presencia de laparotomías infraumbilicales previas, a diferencia de la laparoscopia.

7. Aunque el post-operatorio inmediato puede ser un poco más doloroso que el que sigue a una laparoscopia, por el tamaño mismo de la incisión, en cambio los riesgos de hemorragia grave son menores y permitirían un tratamiento inmediato más eficaz que el que resulta posible con la técnica endoscópica.

Este trabajo se realizó en colaboración con los doctores Germán Muñoz y Carlos Sarria, anestesiólogo y ginecólogo del Departamento Quirúrgico de Profamilia y la señorita Cecilia Cadavid, Coordinadora del programa.

BIBLIOGRAFIA

- 1 CHATURACHINDA, K.: Laparoscopy: A Technique For A Tropical Setting. *Am. J. Obst. Gynec.* 112: 941-943, 1972.
- 2 CHATURACHINDA, K.: Laparoscopic Sterilization: An Out-Patient Procedure. *Am. J. Obst. Gynec.* 115: 487-490, 1973.
- 3 OSATHANANDH, V.: Suprapubic Mini-Laparotomy. *I. nédita.*
- 4 RATTAKUL, P.: Proctoscopic Tubal Sterilization. *Contraception.* 8: 415-428, 1973.
- 5 SAUNDERS, W. G. and MUNSICK, R. A.: Nonpuerperal Female Sterilization, Simplified, Inexpensive Technique For Partial Salpingectomy. *Obstet. Gynec.* 40: 443-446, 1972.
- 6 STEVENSON, T. C.: Abdominal Sterilization Using the Proctoscope. *J. Obstet. Gynec. Brit. Comm.* 78: 273-276, 1971.
- 7 UCHIDA, H.: Female Sterilization: Postpartum Programe Acceptability, Technology and Complication. A paper presented in the Seminar on Voluntary Sterilization and Post-Contraceptive Regulation, Bangkok, January 30 February 2, 1974.
- 8 VITON OSATHANONNDH, M. D., Ph. D., Chief, Population Family Planning Unit Department of Obstetrics and Gynecology Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital Mahidol University, Bangkok, Thailand.