

**MINILAPAROTOMIA SIMPLIFICADA
C.O.F. (ECUADOR)
1989 - 1990**

Dr. Leopoldo Tinoco M¹; Dr. Patricio Vásquez M.²;
Dra. Sonia Carrillo S.³; Sr. Nelson Batallas T.⁴

Resumen

En este Trabajo se consideran las etapas de la Minilaparotomía Simplificada para demostrar la facilidad y sencillez de su ejecución.

Se estudiaron 307 pacientes que fueron sometidas a Minilaparotomía Simplificada como Anticoncepción quirúrgica voluntaria comprobándose que ésta técnica quirúrgica es sencilla, rápida y que una vez utilizada da óptimos resultados, no se presentaron complicaciones de importancia en ningún caso.

En atención a lo expuesto se recomienda la aplicación de ésta intervención para los casos similares, como método quirúrgico permanente en planificación familiar.

Introducción

La esterilización voluntaria femenina, es el método anticonceptivo electivo más realizado en el mundo, alrededor de 95'000.000 de mujeres dependen de él para controlar su fecundidad, (18). En el Ecuador el 13 o/o de las que planifican tienen preferencia por este método (1).

Han transcurrido más de 100 años desde que LUNGREN (1880) realizó el primer procedimiento de esterilización tubárica (9), y, medio siglo para que ésta intervención quirúrgica comúnmente discutida y

debatida, fuere utilizada para propósitos anticonceptivos (12).

Durante esta etapa se han descrito innumerables métodos quirúrgicos para la esterilización de las mujeres, incluyendo la ligadura simple (LUNGREN) (9), más aplastamiento (Madlener), (13), sección y cruzamiento (Savulesco) (10); sección y ocultamiento (IRVING), (6), más resección (POMEROY) (9), resección y ocultamiento (UCHIDA) (2), procedimientos laparoscópicos incluyendo cauterización, etc.

Nosotros en este trabajo consideramos las etapas del método para demos-

-
1. Gineco-Obstetra
 2. Anestesiólogo
 3. Gineco-Obstetra
 4. Ayudante de Cirugía

trar la facilidad y la sencillez en su ejecución. Estas etapas, como conocemos y que las describiremos más adelante son (18-21).

1. El acceso a las trompas de Falopio;
2. Identificación y sección de las trompas
3. Síntesis de la pared.

En el C.O.F., servicio reciente de esterilización femenina voluntaria, se viene realizando minilaparotomía simplificada, cada vez con mayor solvencia y seguridad empleando tiempos que van desde 3 hasta 12 minutos (promedio a 5 minutos), permitiendo el uso de anestesia así mismo de corta duración (anestesia general sin intubación) eliminando de esta forma el dolor y el reflejo de retiro, (campo operatorio móvil) (19); que con relativa frecuencia aquejan usuarias que se les administra anestesia local.

Material y Métodos

El presente estudio se lo realizó en el C.O.F., durante el período comprendido entre enero de 1989 a junio de 1990 en pacientes referidas a dicho centro con diagnóstico de multiparidad y por razones médicas (patológicas asociadas) para ser sometidas a minilaparotomía simplificada como método anticonceptivo electivo.

A todas las usuarias se les sometió a condiciones de seguridad exigidas en la Anticoncepción quirúrgica voluntaria, siguiendo estrictamente las normas de procedimientos (pre, inter y post quirúrgico) (19 - 21).

En este método se llevó a cabo los siguientes pasos:

1. Técnica quirúrgica de Intervalo.
 - 1.1. Incisión.
 - 1.1.1. Suprapúbica transversal de 2 cm (4, 6, 11, 13), que compromete piel y tejido celular subcutáneo.
 - 1.1.2. Se realiza un ojal de 1/2 cm (bisturí No. 11 ó 15) en las hojas de la apo-neurosis, que se la amplía lateralmen-

te con la punta de una pinza Kelly.

- 1.1.3. Separación digital cuidadosa de los músculos rectos a nivel de la línea alba.
- 1.1.4. Separación digital de la grasa preperitoneal e identificación del peritóneo traccionándolo.
- 1.1.5. Mantenimiento la tracción anterior, se realiza la apertura del peritóneo con la punta roma de la pinza Kelly que luego se la retira abierta; se aprovecha este paso para introducir el dedo índice de la mano izquierda hacia la cavidad abdominal.
- 1.2. Identificación y Obstrucción de las Trompas
 - 1.2.1. Localización del útero con el dedo índice de la mano izquierda. Si el útero está en retroverso es necesario llevarlo hacia delante mediante maniobra digital o con la ayuda de una pinza Babcock si se dificulta.
 - 1.2.2. Luego se desliza el dedo índice hasta encontrar el anexo derecho, al que se lo toma en su tercio medio, con el dedo índice flexionado en forma de gancho.
 - 1.2.3. Con la mano derecha se introduce la pinza Allis (o Babcock) por el borde extenso del dedo índice izquierdo flexionado, en el que se encuentra el anexo al que se lo pinza.
 - 1.2.4. Se retira el dedo índice izquierdo, luego el ayudante introduce los separadores de Farabeau deprimiendo la pared abdominal.
 - 1.2.5. El cirujano tracciona ligeramente el anexo, visualizando las estructuras del mismo (inclusive el ovario).
 - 1.2.6. A la trompa se la identifica por su vascularización y su coloración violácea, este momento se la toma con una pinza anatómica y se la desliza ayudado con una Allis hasta encontrar la fimbria.
 - 1.2.7. En el sitio menos vascularizado del

mesosalpinx se realiza la oclusión tubárica mediante la técnica de Pomeroy con catgut crómico 1, al que se lo separa.

1.2.8. Se verifica una correcta hemostasia, se corta el reparo y se retiran los separadores, en este momento se tiene cuidado de seguir con el dedo índice izquierdo, la trayectoria de la trompa para no perderse de la abertura peritoneal.

1.2.9. El mismo procedimiento se lo hace al lado izquierdo.

1.3. Síntesis

Se obvia el cierre del peritóneo parietal por ser una abertura mínima y debido a que se produce una obliteración mecánica del mismo peritóneo y de los tejidos vecinos (grasa preperitoneal).

1.3.1. Sutura de aponeurosis mediante un punto en X, con cargut crónico 1.

1.3.2. Sutura de piel mediante un punto de Donati en la mitad de la herida.

2. Técnica Quirúrgica Post Parto

En este método se siguen los pasos descritos anteriormente, exceptuando:

1. La incisión en este caso se la efectúa a nivel infra umbilical.

2. Por estar aumentado de tamaño el útero es necesario realizar maniobras externas del mismo, para ubicar las trompas de Falopio.

Análisis y Resultados

1. Número de casos

Total de casos realizados 307

El procedimiento de minilaparotomía en nuestro servicio se ha ido incrementando.

2. Procedencia

Urbana	218	71,00 o/o
Rural	89	29,00 o/o

En este cuadro hay que anotar un número apreciable de usuarias del área rural (89), ya que el acceso y promoción en esta área es muy difícil; no sólo en programas de planificación familiar sino en general en la prestación de salud (20).

3. Grupo de edad

Edad		
20 - 24	5	1.56 o/o
25 - 29	68	22.14 o/o
30 - 34	114	37.13 o/o
35 - 39	94	30.61 o/o
40	26	8.46 o/o

Este procedimiento quirúrgico fue realizado preferentemente en pacientes comprendidas entre los 30 y 39 años, resultados similares a los de la región (8).

4. Número de hijos vivos

No. de hijos	No. de madres	o/o
1	2	0.65 o/o
2	52	16.93 o/o
3	107	34.85 o/o
4	74	24.10 o/o
5	34	11.10 o/o
6	14	4.56 o/o
7	24	7.81 o/o

El mayor porcentaje de madres que fueron sometidas a SIMILAP comprenden entre 3 a 4 hijos; notamos un número de demanda baja para aquellas madres que tienen menos hijos.

5. Paridad

Primigesta	2	0.65 o/o
Multigestas	233	75.90 o/o
Gran multiparas	7	23.45 o/o

La mayor tasa de valores de paridad en el estudio fue para las pacientes multíparas, 75.9 o/o, seguida de las gran multi-

paras de 23.45 o/o.

6. Tiempo de Intervención

Post- parto	88	28.67 o/o
Intervalo	219	71.33 o/o

El porcentaje más alto lo constituyen las mujeres en tiempo de intervalo, con 71.33 o/o.

7. Patología Asociada

Aneurisma		Art.
Cerebral Media	1	0.32 o/o
Neoplasia Mamaria	1	0.32 o/o
Cardiopatía	1	0.32 o/o
Prolapso		Genital
Incompleto	3	0.97 o/o
Patología psiquiátrica	3	0.97 o/o

Por ser un método simple y de corto tiempo de intervención y de uso anestésico, se empleó en pacientes con riesgo

mayor como se ilustra en el cuadro (19-22).

8. Complicaciones

Equimosis de herida	1	0.32 o/o
Infección local	2	0.65 o/o
Laceración		de
Mesosalpinx	1	0.32 o/o
TOTAL	4	1.29 o/o

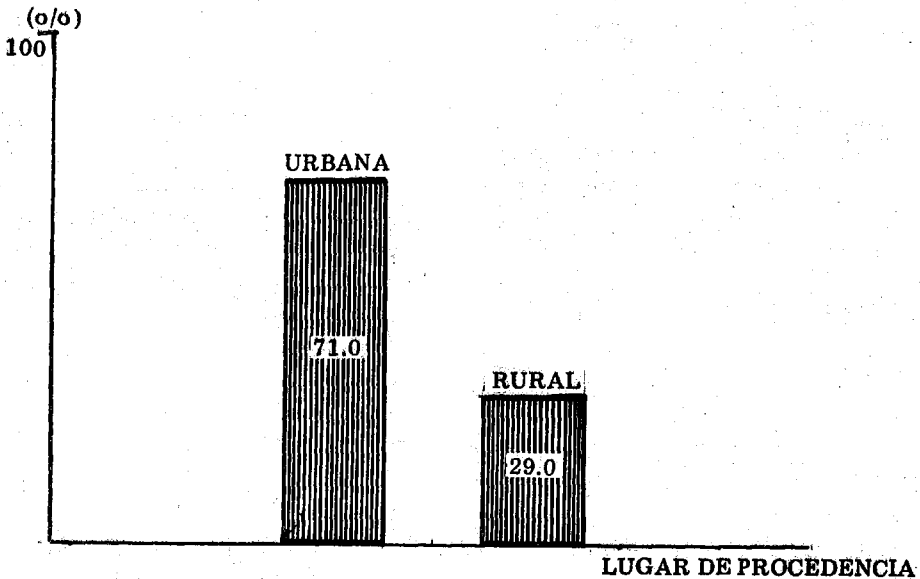
La infección local de la herida es la complicación que se evidenció en mayor porcentaje, 0.65 o/o, desde luego porcentaje bajo (14-21).

9. Tipo de anestesia

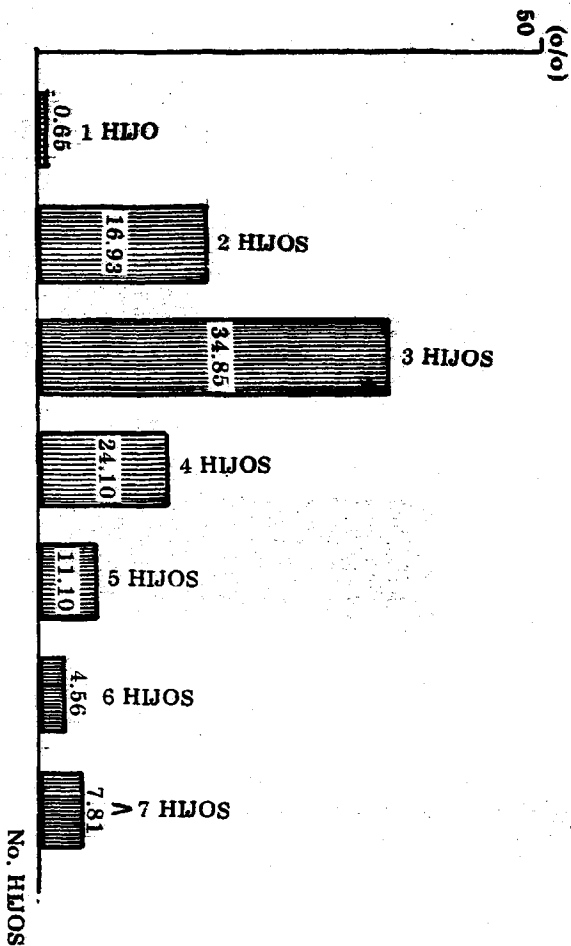
General sin intubación	303	98.69 o/o
General con intubación	1	0.32 o/o
Regional	3	0.99 o/o

El mayor porcentaje fue utilizado la anestesia general sin intubación; los demás casos se los realizó cuando existía una patología asociada.

LUGAR DE PROCEDENCIA

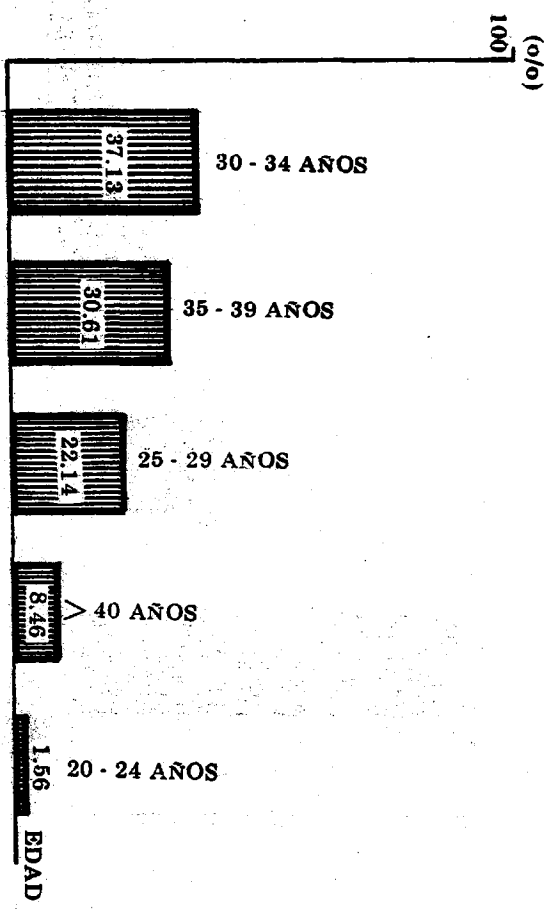


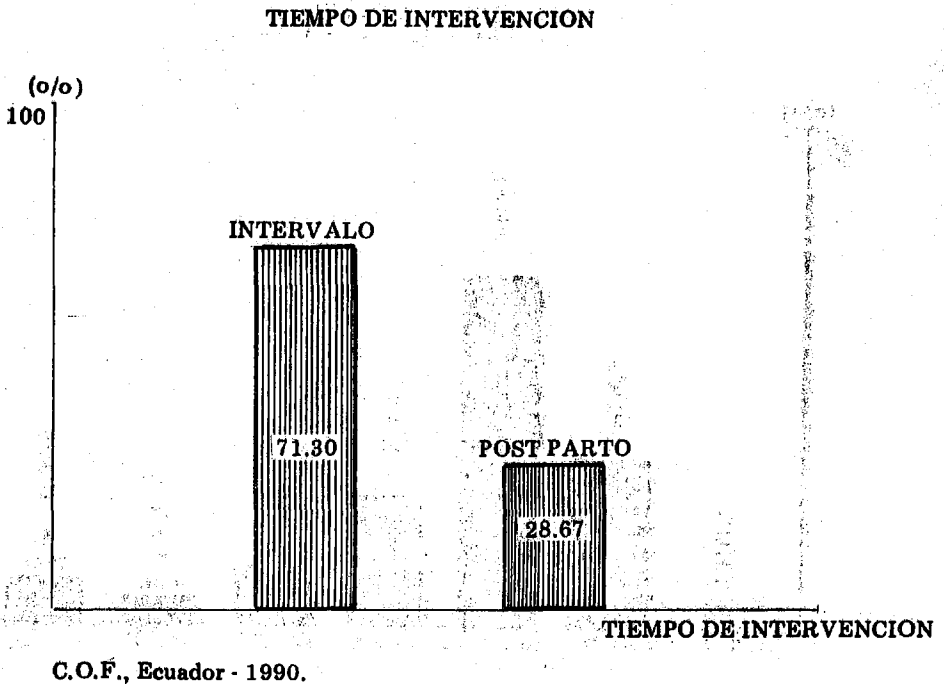
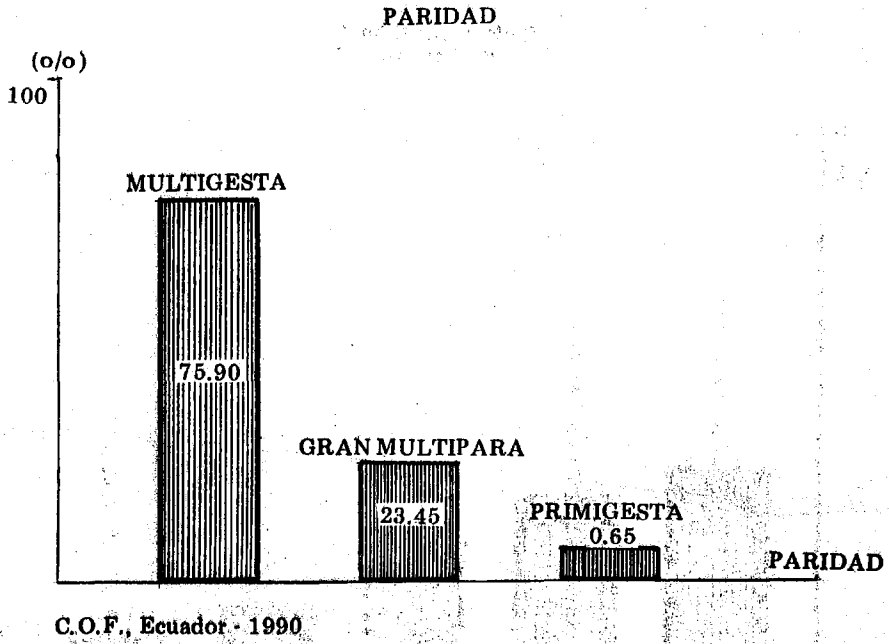
NUMERO DE HIJOS VIVOS



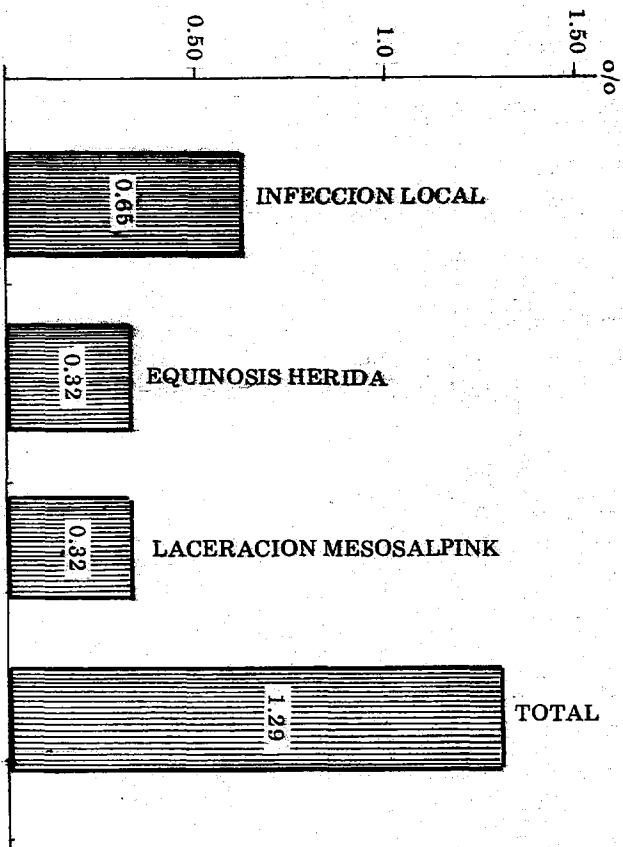
C.O.F., Ecuador - 1990

GRUPOS DE EDAD



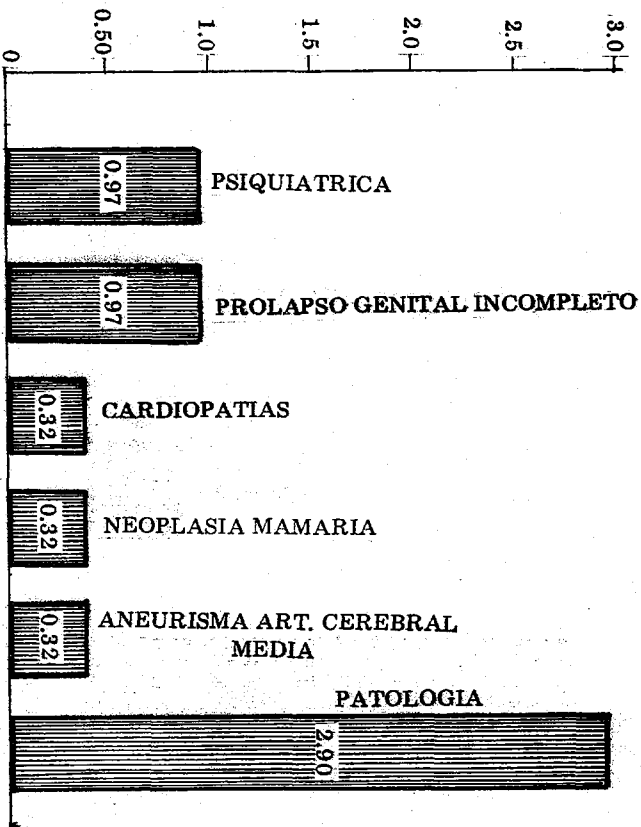


COMPLICACIONES

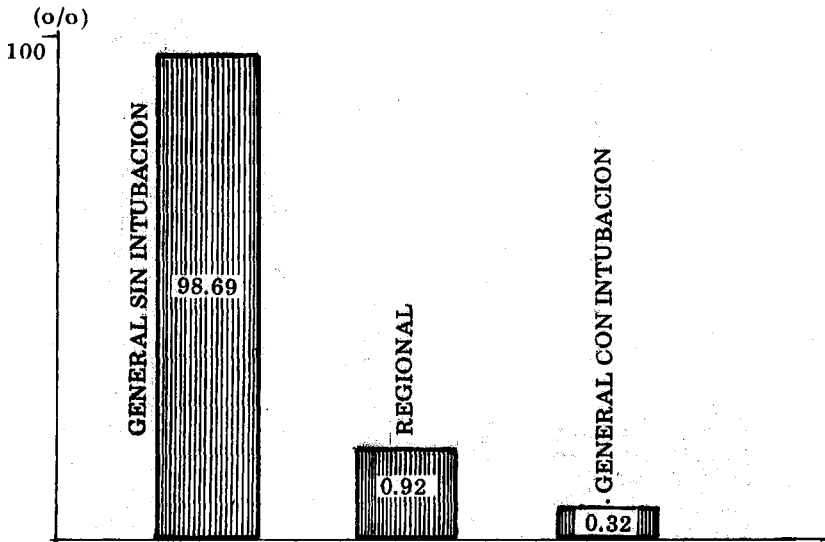


C.O.F., Ecuador - 1990

PATOLOGIA ASOCIADA



TIPO DE ANESTESIA



C.O.F., Ecuador - 1990

Discusión

Aunque el objetivo principal de este trabajo es demostrar las bondades de la técnica quirúrgica, no hay que soslayar el tipo de anestesia que se utiliza (0 o/o de complicaciones), habida cuenta que su uso en países de desarrollo es cuestionada (19).

En nuestro servicio consideramos que dicho cuestionamiento pierde validez, cuando para el procedimiento se dispone de normas adecuadas, equipo necesario y personal especializado (19).

En la revisión bibliográfica utilizada para el trabajo no encontramos un solo programa de esterilización voluntaria femenina en los países llamados desarrollados en los que se use anestesia local (3-15).

Por ser el programa de esterilización novel en el C.O.F., esperamos encontrar aún ciertas fallas aceptadas en estos casos, que por supuesto serán analizadas y superadas como son las infecciones de heridas (0.65o/o) y fracasos de la técnica (0 o/o), etc, (10, 16, 18).

Conclusiones

1. La SIMILAP (Simplificación de la minilaparotomía) como se llama en el servicio, es una técnica fácil, sencilla y rápida, que una vez optimizada da mejor calidad y cobertura a las usuarias.
2. Se puede utilizar una anestesia corta que permite dar un confort a la paciente.
3. La sala de operaciones puede estar disponible de una cirugía a otra entre 8 a 15 minutos, lo que permite mayor flujo de pacientes y aprovechamientos de los recursos.
4. Herida quirúrgica mínima lo que disminuye el riesgo de infección.
5. Utilización de equipo mínimo de cirugía en lo que se refiere a instrumento y material (catgut 1).
6. El tiempo de recuperación de la paciente es rápido, tanto en la sala de operaciones (5 a 8 minutos) como al salir del servicio (3 a 4 horas).

Referencias Bibliográficas

1. Corral Hugo: Métodos Quirúrgicos de Esterilización Femenina: *Memorias del Primer Congreso Sudamericano de la Sociedad para estudio y progreso de la anticoncepción*. Sac-Quito, 1986.
2. Cisneros, Guillermo: Salpingectomía, tipo Uchida. Séptimo Congreso Ecuatoriano de Ginecología y Obstetricia. *Editorial Indugraf*, Quito, 1983.
3. Fishburne, John: La anestesia para la Esterilización Femenina en pacientes ambulatorias. *Publicado por la Asociación para la Esterilización Voluntaria*, New York, 1983.
4. Howkins, John: *Cirugía Ginecológica de Bonney*, Primer Edición, Editorial Kims, Barcelona, 1980.
5. Hatcher, Robert: *Tecnología de la Contracepción*. Segunda Edición. Editorial Inrvington, New York 1982.
6. Kaser, Otto: Atlas de Operaciones Ginecológicas. Segunda Edición. *Editorial Toray S.A. Barcelona*, 1967.
7. Lepargneur, Hubert:
6. Kaser, Otto: Atlas de Operaciones Ginecológicas. Segunda Edición. *Editorial*
6. Kaser, Otto: *Atlas de Operaciones Ginecológicas*. Segunda Edición. *Editorial Toray S.A. Barcelona*, 1967.
7. Lepargneur, Hubert: *Moral en Medicina*, Tercera Edición, Editorial Controvertidas, Río de Janeiro, 1977.
8. Madrigal, Johnny: Esterilización Femenina en Costa Rica, Perspectivas Internacionales en Planificación Familiar. *Publicación Anual*, New York, 1989.
- 9.
9. Mattingly, Richard: *Ginecología Operatoria*. Edición Quinta *Editorial el Ateneo*, Barcelona, 1980.
10. Márquez, Leonardo: Oclusión Tubárica con Técnica Savulescus, *Jornadas Conmemorativas*. SEGO, Quito, 1986.
11. Madden, John: *Atlas de Técnicas en Cirugía*. Segunda Edición. *Editorial Interamericana*. México, 1964.
12. Newton, J.K.: Esterilización. Temas Actuales. *Obstetricia y Ginecología*. Vol. 3, *Editorial Interamericana*, Madrid, 1984.
13. Parsons, Ulfelder: *Atlas de operaciones pelvianas*. *Editorial JIMS*, Barcelona, 1970.
14. Porter, Cedric: Prevención de las Infecciones en la Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria. *Association for Voluntary Surgical Contraceptions* Vol. 6; Número 1. *Editorial AVSC*, New York, 1987.
15. Samaniego, Edgar: *Fundamentos de Farmacología Médica*. Segunda Edición. *Editorial Univ. Central del Ecuador*, Quito, 1981.
16. Torres, J: Minilaparotomía en el Hospital "Enrique Sotomayor". *Congreso IX de Ginecología y Obstetricia del Ecuador*, *Editorial Sogo*, Machalá, 1987.
17. Velasco, Vitelio: Selección del Método Anticonceptivo. *Memorias del curso sobre avances en Reproducción Humana y Anticoncepción*. *Editorial San Pablo*, Quito, 1982.
18. Revista, Population Reports: *Esterilización Femenina*, Serie C. Número 9, New York, 1986.
19. Informe del Comité de Expertos: *Condiciones de Seguridad de la Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria*, New York, 1986.
20. Informe Resumido: *Encuesta Demográfica y de la Salud Familiar*. *Editorial DHS*, Quito, 1987.
21. Boletín: Normas de Seguridad Aplicables por los Centros de Profamilia en el país para la práctica de Procedimientos Quirúrgicos, *Profamilia AVS, Bogotá*, 1985.
22. *Federac*
22. *Federación Internacional de Planificación de la Familia: Esterilización Femenina*. *Editorial IPPF: Publicaciones Médicas*, Londres, 1982.