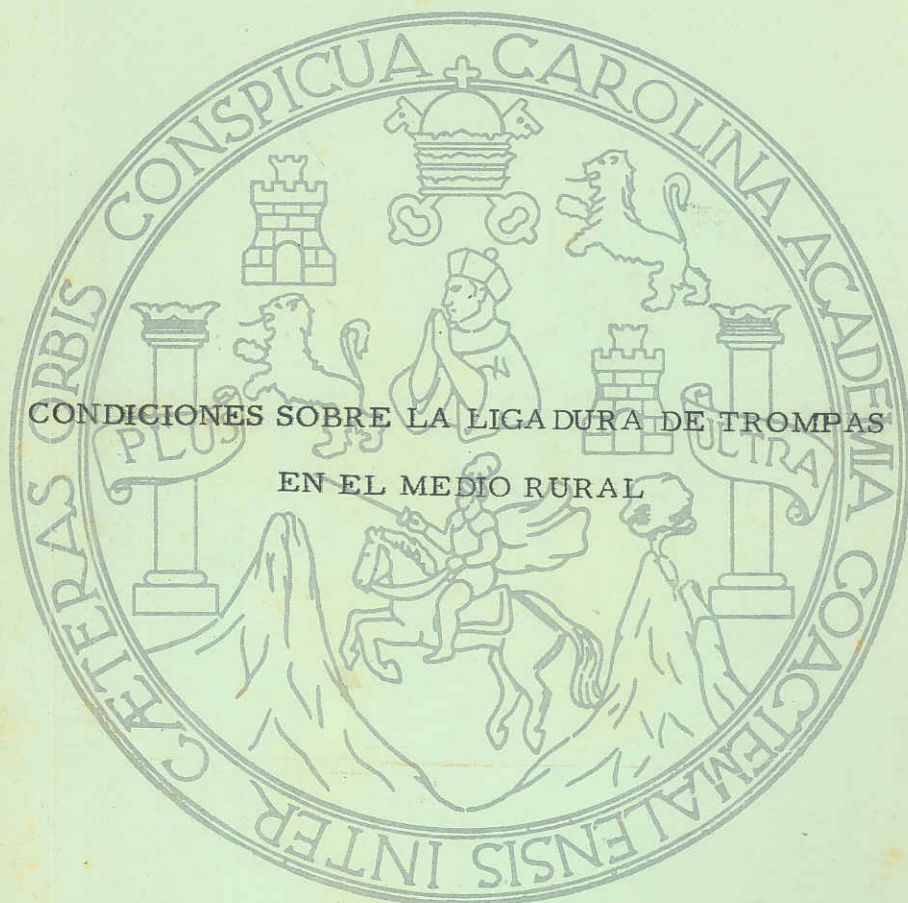


24

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS



HUGO SILVA PANIAGUA

GUATEMALA MARZO DE 1974

PLAN DE TESIS:

INTRODUCCION, ANTECEDENTES Y OBJETIVOS.

MATERIAL Y METODOS.

RESULTADOS Y DISCUSION.

PROCEDIMIENTOS MAS FRECUENTES DE LIGADURA
DE LAS TROMPAS.

CONCLUSIONES.

BIBLIOGRAFIA.

INTRODUCCION, ANTECEDENTES Y OBJETIVOS

Es de sobra conocido por todos, que las condiciones en que vive la población rural, sobre todo en áreas poco comunicadas o de difícil acceso, contribuyen a que prevalezca cierto grado de ignorancia en cuestiones relacionadas con sexo y reproducción.

Esto, aunado al tabú que siempre ha constituido el tema, por motivos familiares, religiosos o de otra índole, hace que el problema del control de la familia, mejor dicho, la limitación en el número excesivo de hijos que, hasta cierto punto puede considerarse como un fenómeno natural en las familias rurales, sea escaso, sin que al momento se consiga llegar a obtener un impacto de tipo social o a lograr una meta determinada.

ANTECEDENTES

Exponemos algunas consideraciones por las cuales creemos que los actuales programas de Planificación Familiar no han logrado llenar sus objetivos.

1. - Falta casi absoluta de difusión en el medio rural. Solamente en núcleos urbanos y más que todo, en la ciudad capital, existen programas bien organizados, con adecuada promoción, ejecución y seguimiento.

2. - Analfabetismo que sobrepasa el 70%. Esto hace que a la mayoría de las mujeres en edad fértil, en el me

dio rural, se les dificulte comprender el uso de anticonceptivos, mayormente con los de tipo oral.

3. - Anticonceptivos orales, por su contenido hormonal, no son recomendables en señoras de cierta edad, que, en el medio rural y con gran número de hijos padecen en su mayoría de várices de los miembros inferiores. (3, 7)

4. - Anticonceptivos de tipo intrauterino o inyectables, causan algunas molestias, dolores y hemorragias, sobre todo al comenzar su uso.

5. - Así mismo, anticonceptivos de otro tipo, condones, jaleas, tabletas vaginales, etc., no están generalmente al alcance de todos en el medio rural o bien su uso es mal comprendido o poco aceptado.

OBJETIVOS

Por las razones enumeradas, preconizamos como método anticonceptivo y con indicaciones precisas en el medio rural, la ligadura de trompas que es segura y definitiva.

MATERIAL Y METODOS

Se realizó una investigación en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional de Jutiapa. Se encuestaron 200 señoras que se encontraban internadas por diversas causas: Trabajo de Parto, Post Parto y Abortos. Todas ellas no presentaban ninguna patología gineco-obstétrica o de otra naturaleza.

Se utilizó un cuestionario con 24 numerales, cuyo modelo aparece en el cuadro # 1.

CUADRO # 1.

1. - Nombre _____
2. - Edad _____
3. - Estado Civil _____
4. - Religión _____
5. - Edad de iniciación de vida marital o sexual _____
6. - Número de embarazos _____
7. - Número de partos _____
8. - Fechas o años _____

9. - Número de hijos vivos _____ Muertos _____
10. - Causas _____
11. - Como fueron sus embarazos anteriores? _____
12. - Número de abortos ... _____
13. - Causas _____
14. - Ingreso Mensual por núcleo familiar _____
15. - Desea tener más hijos? _____
16. - Porque? _____
17. - En que forma? (Método anticonceptivo) _____
18. - Tiene Várices? _____
19. - Ha hecho uso de algún método anticonceptivo? _____
20. - Cual? _____
21. - Que tiempo? _____
22. - Ha sido suspendido? _____
23. - Porque? _____
24. - Estado General _____

RESULTADOS Y DISCUSION

Los resultados de la encuesta efectuada, se presentan a continuación, habiendo sido tabulados debidamente para facilitar su estudio.

TABLA # 1

Edad de las señoras encuestadas:

Grupos de edad	No. de señoras	%
Menores de 20 años	29	14, 5
20 a 29 años	95	47, 5
30 a 39 años	59	29, 5
40 a 49 años	17	8, 5

Como se observa en la tabla casi la mitad de las señoras encuestadas se encuentra dentro del grupo de 20 a 29 años, que es, clasicamente, el más fuerte dentro de la edad fértil de la mujer. Es de advertir, sin embargo, que la investigación se hizo tomando a las señoras completamente al azar, sin ninguna selección, haciéndose esta aclaración para evitar que se piense en algún tipo de deartificio.

TABLA # 2.

Estado Civil,

Estado Civil	No. de señoras	%
Casadas	120	60
Unidas	80	40

Un buen porcentaje de las señoras encuestadas manifestaron ser casadas y el resto solamente unidas, aunque esta última condición no impide que la mayoría de hogares sean estables y duraderos, como es costumbre generalmente en el oriente de la República.

TABLA # 3.

Religión.

Religión	No. de señoras	%
Católica	165	82, 5
Evangélica	29	14, 5
Sin religión	6	3, 0

La mayoría de señoras pertenece a la religión católica. Sin embargo, no hubo ningún problema al realizar la encuesta y al hablar de métodos anticonceptivos.

TABLA # 4.

Iniciación de la vida Marital.

Comienzo de relaciones sexuales	Total	%
Antes de los 20 años	170	85.0
De 20 a 29 años	29	14.5
De 30 años en adelante	1	0.5

Como puede observarse, la gran mayoría de mujeres inició su vida sexual activa, antes de cumplir 20 años, es decir que esto da margen para que a temprana edad, comiencen a tener hijos y en un plazo relativamente corto, de 10 a 15 años, se encuentren ya con una descendencia numerosa, no controlada.

TABLA # 5.

Edad y número de Embarazos.

Grupos etáreos	Número de Embarazos.							
	1	2	3	4	5	6	7	8 y más
Menores de 20 años	21	4	2	2	-	-	-	-
%	10.5	2.0	1.0	1.0	-	-	-	-
De 20 a 29 años	13	19	24	16	15	7	7	7
%	6.5	9.5	12.0	8.0	7.5	3.5	3.5	3.5
De 30 a 39 años	2	-	1	1	10	7	7	24
%	1.0	-	0.5	0.5	5.0	3.5	3.5	12.0
De 40 años y más	-	-	-	1	-	-	-	13
%	-	-	-	0.5	-	-	-	6.5

El estudio de la tabla No. 5, nos permite comprobar los siguientes hechos:

- 1.- Se confirma lo expuesto en la tabla anterior, es decir, que gran parte de las señoras encuestadas, antes de los 20 años ya habían estado embarazadas, inclusive 2 de ellas ya lo habían estado por 4 veces.
- 2.- En el grupo de 20 a 29 años, la fecundidad fué mayor (108 embarazos en total), observándose que buen número de señoras, habían tenido varios embarazos, 7, 8 y más, antes de cumplir 30 años.
- 3.- Finalmente, a partir de los 40 años, aún antes de terminar la edad fértil, se encontraron señoras que habían tenido 8 y más embarazos, lo cual nos confirma una fertilidad excesiva y a edades en las cuales, la mujer es aún relativamente joven.

TABLA # 6.

Edad y Número de Partos.

Grupos Etáreos	Número de Partos.							
	1	2	3	4	5	6	7	8 y más
Menores de 20 años	18	4	1	-	-	-	-	-
%	9.0	2.0	0.5	-	-	-	-	-
De 20 a 29 años	9	17	27	14	9	5	3	2
%	4.5	8.5	13.5	7.0	4.5	2.5	1.5	1.0
De 30 a 39 años	1	-	4	3	11	3	6	21
%	0.5	-	2.0	1.5	5.5	1.5	3.0	10.5
De 40 años y más	-	-	-	1	-	-	1	14
%	-	-	-	0.5	-	-	0.5	7.0

Esta tabla presenta características muy similares a la anterior. Sin embargo es de advertir que, al efectuar la encuesta, 29 de las señoras (14,5%) se encontraban en trabajo de parto, esperando el momento de tener su hijo. De ahí que el número de partos difiera del número de embarazos, notándose, no obstante, que guardan prácticamente la misma Proporción.

Las deducciones que pueden establecerse al estudiar la tabla, son también, por completo, similares a la de la tabla Nc. 5.

TABLA # 7.

Intervalo de Paridad.

Partos efectuados	Total	%
Cada año,	29	14.5
Cada 2 años,	100	50.0
Cada 3 años,	24	12.0
Cada 4 años,	6	3.0
Cada 5 años o más	4	2.0

Se encontró también un número de 37 primigestas sin parto efectuado (18,5%).

La tabla nos indica que un total de 129 señoras (64,5%), es decir, prácticamente dos terceras partes del total, tuvieron sus hijos con intervalos pequeños, de uno

dos años, de diferencia entre si, lo cual evidencia falta de planificación familiar, por una parte, y por la otra, si consideramos además la elevada paridad, un período de reposo del organismo materno muy reducido. Esto trae aparejada una serie de consideraciones de tipo social y económico, que inciden negativamente en el núcleo familiar, sobre todo al favorecer el apareamiento de palogía diversa, desnutrición, etc.

TABLA # 8.

Número de Hijos.

Condición actual	Total	%
Vivos	738	81.6
Muertos	166	18.4

TABLA # 9.

Mortalidad entre los hijos de las señoras encuestadas.

Causas de muerte	Total	%
Enterocolitis y D. HE	41	24.7
Mal definidos	28	16.9
Causa ignorada	24	14.4
Mortinatos	22	13.2
S. P. I.	17	10.2
Neumonía y Bronconeumonía	9	5.4
Prematurez	4	2.4
Tétanos	4	2.4
Tos ferina	3	1.8
Sarampión	3	1.8
Tifoidea	2	1.2
Anomalías Congénitas	2	1.2
Asfixia	2	1.2
Erisipela	2	1.2
Difteria	1	0.6
Meningitis	1	0.6
Varicela	1	0.6

El estudio de las tablas anteriores, pone de manifiesto hecho de sobra conocidos, pero que sin embargo no han variado desde muchos años atrás.

Estos hechos son:

1. - Alta mortalidad, más acusada en los primeros años de la vida.
2. - Causas de muerte similares a las encontradas para cualquiera otra región del país.
3. - Deficiencia en el registro de mortalidad.
4. - Deficiencia o insuficiencia en la atención materno infantil.

TABLA # 10.

Embarazos Anteriores.

Curso	Total	%
Normal	116	58.0
Anormal	84	42.0

Un porcentaje elevado de embarazos, tuvieron en algún momento características de anormalidad. De ahí se confirma la necesidad de establecer el control prenatal periódico y adecuado.

TABLA # 11.

Número de Abortos

Grupos Etáreos	1	5	3	4	5 y más.
Menores de 20 años	3	1	2	0	0
%	1.5	0.5	1.0	0.0	0.0
De 20 a 29 años	17	5	4	0	1
%	8.5	2.5	2.0	0.0	0.5
De 30 a 39 años	18	5	3	0	1
%	9.0	2.5	1.5	0.0	0.5
De 40 años y más	3	2	1	1	1
%	1.5	1.0	0.5	0.5	0.5

Los abortos también fueron más frecuentes en las edades de mayor fecundidad en la mujer.

Es de hacer notar, que en la investigación efectuada, absolutamente todas las señoras que tuvieron abortos, declararon que estos habían sido espontáneos.

Además, en señoras de menos de 15 años, no se presentó ningún caso de aborto.

TABLA # 12.

Ingreso por Núcleo Familiar.

Ingreso Mensual	Total	%
Cesantes	29	14,5
De 0 a 10 Quetzales mensuales	12	6,0
De 11 a 20 " "	31	15,5
De 21 a 30 " "	42	21,0
De 31 a 40 " "	40	20,0
De 41 a 50 " "	13	6,5
De 51 a 100 " "	25	12,5
De 101 a 200 " "	8	4,0

Dentro de la encuesta de tipo sociológico realizada, consideró muy importante investigar el ingreso mensual por núcleo familiar. Los datos así obtenidos revelan que 69% de las señoras encuestadas, pertenecían a familias cuyo ingreso mensual era menos de Q. 50.00. - En el mismo, un 14.5% de las señoras, formaban parte de familias cesantes, sin ningún ingreso. Esto nos da un total de 83.5% de familias que viven en condiciones económicas precarias, muchas veces únicamente con lo indispensable para sobrevivir o prácticamente al borde de la miseria.

TABLA # 13.

Desean Tener más hijos.

Respuesta	Señoras encuestadas	%
Si	83	41.5
No	117	58.5

Una mayoría relativa de señoras manifestaron su de seo de ya no tener más hijos y un 82.3% de ellas expusie ron como razón principal, el que "cuesta mucho mante- nerlos". Otras razones para no desear tener más hijos, fueron:

Mucho sufrimiento con el embarazo y el parto (11.1%), - "no conseguir que se logren" (5.9%) y, finalmente, aban- dono por el esposo (1.7%).

En cambio, las señoras que estuvieron de acuerdo con tener más hijos, argumentaron como razones princi pales, que solo un hijo tenían (38.5%), que les gustaban los niños (24.0%), no querían evitarlos (21.6%), que no tenían hijos (6.0%), resignación "si Dios se los da" - (6.0%) y, por último creer que así se evitan enfermedades.

TABLA # 14.

Método anticonceptivo de elección.

Método	Total	%
ligadura de Trompas	51	43,5
anovulatorios parenterales	26	22,2
Métodos diversos	20	17,0
anovulatorios Orales	12	10,2
no decidirse	6	5,1
D. I. U.	2	1,7

A las 117 señoras que respondieron que ya no querían tener más hijos, se les expuso ampliamente el objetivo seguido con el uso de anticonceptivos, los principales métodos empleados, sus ventajas y desventajas y los resultados obtenidos.

Casi la mitad de ellas (43,5%), se inclinaron por un método seguro y definitivo y, de elección, preferían la ligadura de las Trompas de Falopio, considerando que, bien requería intervención quirúrgica, era un método seguro y que, aparte de la hospitalización obligada, no provocaría ninguna molestia como con el uso de preparados hormonales, los D. I. U. u otros con acción química o mecánica.

Un 22,2% prefería anovulatorios parenterales y un 10,2% anovulatorios de tipo oral. Tan solo un 1,7% prefirió D. I. U.

Los resultados de la encuesta revelaron que del total de señoras solamente 39, (19.5%) habían usado algún método anticonceptivo. De ellas 4 usaron métodos combinados, Las 161 restantes (80.5%) nunca habían usado ningún método anticonceptivo.

TABLA # 15.

Método anticonceptivo usado.

Método	Total	%
Anovulatorios Orales	18	41.9
Anovulatorios Parenterales	11	25.5
D. I. U.	8	18.7
Otros	6	13.9

Como se dijo anteriormente, algunas señoras habían usado métodos combinados, de ahí el total aumentado a 3, cuando en realidad eran solamente 39 las señoras que habían usado algún método anticonceptivo. Esto básicamente no cambia los resultados obtenidos que denotan marcada preferencia por el uso de anovulatorios hormonales y, entre ellos, los de uso oral.

Pero del gran total de señoras encuestadas, un 41,0% representaba várices, en ocasiones muy marcadas, hecho que limita considerablemente el uso de anticonceptivos de tipo hormonal.

TABLA # 16.

Tiempo de uso de los anticonceptivos.

Tiempo	Total de señoras	%
De 1 a 3 meses	4	9.3
De 4 a 6 meses	9	20.9
De 7 a 12 meses	6	13.9
De 1 a 2 años	20	46.6
Más de 2 años	4	9.3

Practicamente casi la mitad de las señoras, habían hecho uso de anticonceptivos por tiempo limitado y menor de un año, lo que nos indica uso irregular, insuficiente y como consecuencia, ineficaz.

Otro hecho concreto y que incide determinantemente en el poco éxito de los programas de Planificación Familiar, es la suspensión de los tratamientos. Tal el caso de las señoras encuestadas, en que todas, a la fecha, habían suspendido por completo todo tipo de tratamiento anticonceptivo.

TABLA # 17.

Motivo de suspensión de tratamientos anticonceptivos.

Causas	Total	%
Embarazo (a pesar del tratamiento)	9	23.1
Le producían "nerviosismo"	8	20.5
Hemorragia	6	15.3
Dolor	5	12.8
No presentar menstruación	3	7.6
No encontró pastillas	2	5.1
Separación del esposo	1	2.6
Desear otro hijo	1	2.6
Alteración de las várices	1	2.6
Lo caro del tratamiento	1	2.6
Inasistencia a planificación	1	2.6
Cambio de tratamiento	1	2.6

Como puede observarse, la suspensión del tratamiento, al menos en unas dos terceras partes de los casos, pudo haberse evitado con un buen seguimiento de la paciente, controles oportunos, tratamientos complementarios y promoción adecuada. Es decir, que los actuales programas de planificación familiar en el medio rural, son inadecuados, ineficaces y requieren una revisión pe

riódica y un incremento decidido.

TABLA # 18.

Condiciones orgánicas de las señoras encuestadas.

Estado General	Total	%
Bueno	96	48, 0
Regular	94	47. 0
Malo	10	5. 0

La investigación del estado general de las señoras, se realizó con miras a su posible intervención quirúrgica (Ligadura) y el resultado permitió comprobar que la mitad de ellas presentaban buen estado general, adecuado para efectuar la operación. De la otra mitad, en un buen número y con una correcta preparación preoperatoria, hu biera sido posible efectuar la ligadura. Esto demuestra su factibilidad en el medio hospitalario, como un método anticonceptivo aplicable a la mayoría de señoras en posparto inmediato, siempre y cuando reunan los requisitos estipulados para este tipo de cirugía.

Ese es el tiempo psicológicamente propicio para - que acepten el tratamiento, dado que se ha observado que, cuando por alguna causa se pospone la intervención, las pacientes ya no se presentan, aduciendo diversas razones, siendo difícil convencerlas de la conveniencia de este tratamiento.

Igual validez tienen estas consideraciones para lograr la extensión de esta forma de tratamiento hacia el medio rural.

Procedimientos más frecuentes de ligadura de las Trompas

La ligadura de trompas es una intervención quirúrgica, que se puede efectuar por vía abdominal o transvaginal, y va desde la simple torsión de las trompas, hasta la resección completa de las mismas, siendo esta variante la más segura (2, 4, 6). Sin embargo, la más usada es la técnica de Pomeroy, la cual es la que se usa en el Hospital de Jutiapa, con una pequeña variante que consiste en utilizar el peritoneo de la misma trompa, para peritonizar y sellar la misma definitivamente.

En los últimos años se ha desarrollado ampliamente la técnica de la esterilización tubárica por laparoscopia, consistente en la electrocoagulación bilateral de porciones de trompa de Falopio, ejecutadas con instrumental especial, introducido en la cavidad abdominal a través del Laparoscopio, previo neumoperitoneo. Otra variante de la misma técnica, consiste en la aplicación de pequeños Clips en ambas trompas, con lo cual se obtiene su oclusión (1, 5).

Estos procedimientos son relativamente sencillos, no requieren mucho tiempo de hospitalización, el instrumental es específico y el costo de la operación bajo.

CONCLUSIONES.

1. - En el área rural, en una mayoría de mujeres en edad fértil y relativamente jóvenes, se observa multiparidad que, en ocasiones puede ser considerada excesiva.
2. - Los métodos anticonceptivos tienen muy escasa difusión y aplicación en el medio rural y no siempre están al alcance de todas las mujeres.
3. - La falta de educación sexual, las deficientes condiciones socioeconómicas, la ignorancia y determinados prejuicios, que imperan en el medio rural, hacen que muchos tratamientos anticonceptivos sean mal llevados, con el consiguiente fracaso y por ende, constituyen una barrera en la aplicación de los programas de Planificación Familiar.
4. - La ligadura de las Trompas de Falopio constituye un método eficaz, permanente y seguro de control de la natalidad. Naturalmente que deberá tener de momento, ciertas limitaciones, condicionadas por multiparidad, edad, nivel socioeconómico, grado de instrucción etc.
5. - La ligadura de las Trompas de Falopio, con sus diversas técnicas, así como las variantes de la esterilización tubárica por laparoscopia, son métodos quirúrgicos muy factibles de ser aplicadas, en el medio hospitalario, en señoras de postparto inmediato, tiempo que, física, psicológicamente y técnicamente, están en condiciones ideales para la operación.

6. - Aparentemente, por tratarse de métodos quirúrgicos, este tipo de operaciones puede resultar caro a primera vista. Pero comparándolo con otros métodos de planificación familiar, sobre todo a base de hormonas, su costo es más bajo, tomando en consideración, como ya se mencionó, que la mayoría de señoras en quienes se puede aplicar, tienen aún un período de fertilidad variable de 10 a 15 años, por otra parte carece por completo de los inconvenientes y de la falta de seguridad absoluta del resto de métodos anticonceptivos.
7. - Estudios comparativos, han demostrado la seguridad casi absoluta de este método (0.7% de fracasos para la ligadura de trompas tradicional y 0.2% para la esterilización tubárica por laparoscopia). Por consiguiente, repetimos, es un método muy seguro, permanente y relativamente de bajo costo, de control de la natalidad y que debe tratarse de darle la mayor difusión posible dentro de los programas nacionales de planificación familiar.

BIBLIOGRAFIA.

1. - Cali, Robert W. Operaciones para esterilización de la mujer. Clin. Qurúrg. de Norte Améri-
rica, 53 (2): 487-502. 1973.
2. - Cónill, Víctor. Tratado de ginecología y de técnica terapéutica ginecológica. 4a. ed. Barcelona, Labor, 1960. 737 p.
3. - Haller, Jürgen. Ovulistasis hormonal. Versión española de Agustín de la calle. Madrid, -
Alhambra, 1966. 218 p.
4. - Kleinman, R. L. Manual médico anticoncepción.-
Trad. por Gerardo Cornejo. México, Pax-Mé-
xico, 1967. 159 p.
5. - Laparoscopic sterilization, a new technique. -
Sterilization (1), series C, topics 2,9,11. ,
Jan. 1973. pp. 1,16.
6. - Moragues Bernat, Jaime. Clínica obstétrica. 8a.
ed. Buenos Aires, El Ateneo, 1960. 715 p.
7. - Rudel, Harry W. "El uso de progestágenos en el
control de la ovulación humana". En: Induc-
ción e inhibición de la ovulación. Actas del
segundo simposio. V reunión de la sociedad
mexicana de nutrición y endocrinología. (ce-
lebrada en) Ixtapan de la Sal, México, 3-5

diciembre 1964, México, Excerpta Medica
Foundation, 1966 pp. 97-105 (Internatio-
nal Congress Series No. 104).

Vo. Bo. Estela Singer G.

BR. HUGO SILVA PANIAGUA

Dr. Rodolfo Llerena Véliz
Asesor

Dr. Reinaldo Córdón Acevedo
Revisor

Dr. Julio de León M.
Director de Fase III

Dr. Francisco Sáenz Bran
Secretario General

Vo. Bo.

Dr. Carlos Armando Soto
Decano