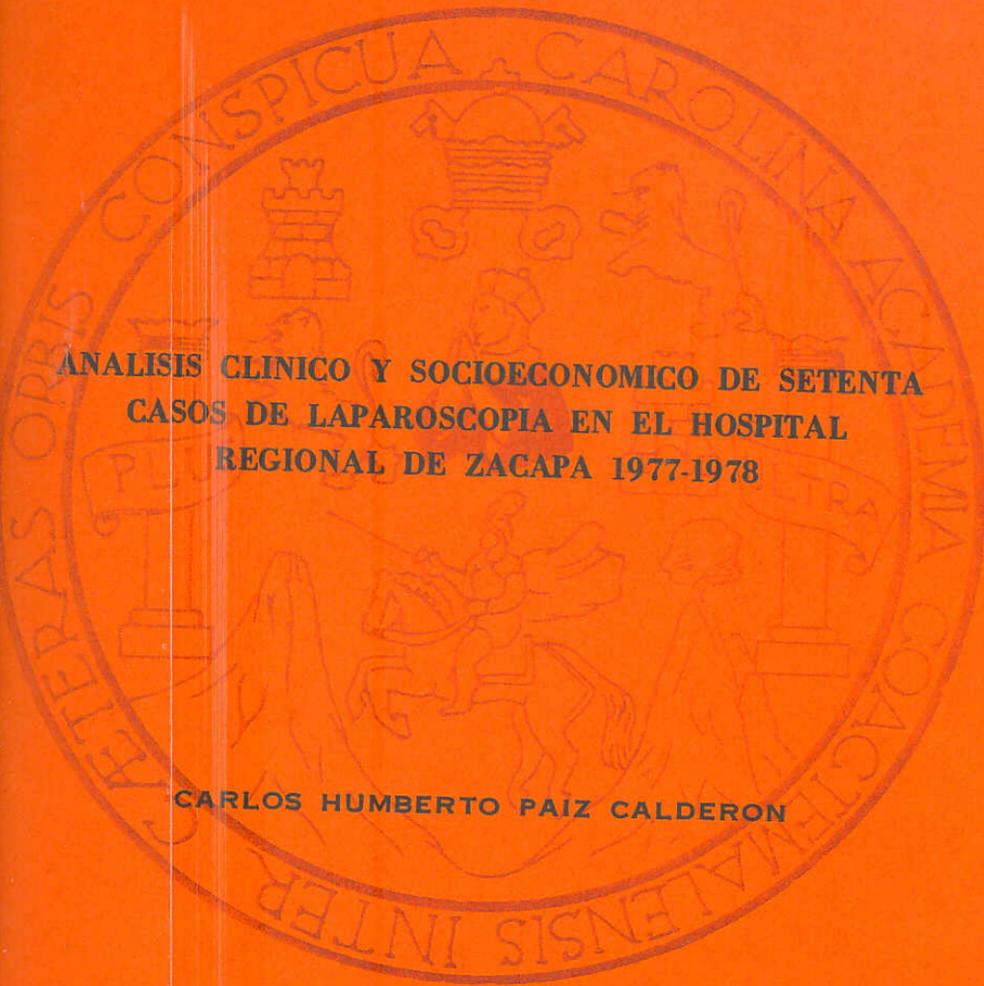


UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

The seal of the University of San Carlos of Guatemala is a large, circular emblem in the background. It features a central figure, likely a saint or historical figure, surrounded by various symbols including a crown, a shield, and a cross. The Latin motto "CONSPICUA CAROLINA AC TERTIA" is inscribed at the top, and "CAETERAS ORBIS CONSPICUA CAROLINA AC TERTIA" is written around the perimeter. The seal is rendered in a lighter shade of orange than the background.

**ANALISIS CLINICO Y SOCIOECONOMICO DE SETENTA
CASOS DE LAPAROSCOPIA EN EL HOSPITAL
REGIONAL DE ZACAPA 1977-1978**

CARLOS HUMBERTO PAIZ CALDERON

GUATEMALA, AGOSTO DE 1978

PLAN DE TESIS

- I. INTRODUCCION
- II. OBJETIVOS
- III. RECURSOS Y METODOLOGIA
- IV. CONCEPTOS BASICOS
 1. *Apuntes Históricos*
 2. *Descripción de la Técnica*
 3. *Indicaciones y Contraindicaciones*
- V. REVISION DE CASOS (*Análisis Estadístico*)
- VI. CONCLUSIONES
- VII. RECOMENDACIONES Y COMENTARIO
- VIII. BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION

Actualmente el programa de Esterilización Femenina se está llevando a cabo con cierto auge en el Hospital Regional de Zacapa; para ello se está empleando principalmente la vía abdominal por medio del método de la Laparoscopia. En general este trabajo pretende analizar una casuística representativa formada por setenta experiencias con dicho método, los problemas hasta ahora encontrados y desde luego el éxito del programa recién implantado en este hospital.

Sin embargo, se trata de hacer énfasis no solo en el aspecto técnico de el método, sino también en la implicación socio-económica del mismo, es decir, hasta donde la esterilización sea cual fuere el método, es el punto clave de la solución a las penurias de un hogar con numerosa prole.

Con sencillez se plantean durante el desarrollo del trabajo las interrogantes que asaltan al médico, que siendo parte importante de un programa de esterilización femenina se pregunta si suspende con seguridad clínica, la función reproductora de la paciente y si a la vez contribuye en parte a resolver el problema social de las grandes mayorías.

Con el entendimiento de que este tipo de trabajo no ha sido realizado antes en este hospital, me permito presentarlo como un incentivo para futuras investigaciones, desde luego más profundas y completas.

OBJETIVOS

1. GENERALES

- A. *Que el estudio de la presente casuística permita observar con claridad, la efectividad técnica del método de esterilización por Laparoscopia.*
- B. *Tratar de formar un criterio claro sobre el beneficio socio-económico que los programas de Planificación Familiar puedan aportar a la solución de la problemática de las grandes mayorías y concretamente en el departamento de Zacapa.*
- C. *Presentar los logros positivos o negativos, alcanzados con dicho método mediante el análisis de los datos obtenidos a partir de la papeleta clínica de cada paciente.*

2. ESPECIFICOS

- A. *Revisar los diferentes informes teóricos obtenidos, y, los de mayor actualidad sobre Laparoscopia como método de esterilización femenina.*
- B. *Conocer el manejo Pre y Postoperatorio de las pacientes sometidas a dicha técnica.*
- C. *Objetivizar el estímulo principal que inclinó a las pacientes, a buscar la esterilización definitiva mediante la técnica estudiada.*

RECURSOS Y METODO

RECURSOS

A. Humanos:

1. Consulta personal con el Dr. Hernández, asesor del método de Laparoscopia en este hospital.
2. Personal paramédico que labora en sala de operaciones y Departamento de Servicio Social.

B. Materiales:

1. Registros Clínicos del Hospital Regional de Zacapa.
2. Informes médicos sobre esterilización de el Centro Médico de la Universidad Jorge Washington (Population Reports).

METODO

Inductivo Deductivo.

Metodología: Análisis de la técnica laparoscópica que se ejecuta como medio de esterilización femenina.

APUNTES HISTORICOS:

La esterilización femenina es uno de los métodos más antiguos usados para el control de la fertilidad. Habiendo sido mencionado por Hipócrates, "La Operación" o "Hacerse Ligar las Trompas", no fué completamente descrita sino hasta 1834 por Von Blundell y puede considerarse como el primer método femenino de completa confianza para prevenir el embarazo, con coito normal.

Esencialmente, la esterilización femenina con este método, conlleva cortar u obstruir las Trompas de Falopio, en tal forma que el óvulo producido cada mes no sea alcanzado y fertilizado por un espermatozoide en movimiento ascendente. En el siglo XIX y a principios del siglo XX, se considera como una operación de Cirugía Mayor, ya se corrían todos los riesgos de la cirugía abdominal y requería varios días de hospitalización y semanas de convalecencia.

La esterilización por Laparoscopia, es la combinación de dos procedimientos: Laparoscopia (Examen endoscópico de la cavidad Abdominal o Peritoneal) y esterilización tubárica, ambos ideados con diferentes propósitos pero actualmente utilizados en esterilización femenina permitida en consulta externa.

Kelling informó primero la utilización de un instrumento óptico para efectuar examen Celioscópico en perros, en 1901. Jacobsen en 1910 en describir lo que llamó Laparoscopia en seres humanos, utilizando un cistoscopio. Nordentoeft fué el primero en observar y fotografiar el tracto genital femenino por este medio, alrededor de 1912.

Habiendo sido inicialmente una técnica diagnóstica, la

Laparoscopia fué propuesta como un método de esterilización tubárica por A.T. Anderson en el año 1937 y descrita por Powers y Barnes en la Universidad de Michigan en 1941. Palmer informó sobre 250 casos en 1947 en París, recomendando una cánula intrauterina hueca para un mejor manejo y visualización. Pese a informes clínicos espaciados, el mayor uso de la esterilización por Laparoscopia se vió impedido por la falta de una demanda global de esterilización debida a su estado legal discutible y a su todavía imperfecto equipo.

A principios de los años sesenta el desarrollo de fuentes de luz fibrópticas "Frias" y de un equipo auxiliar más sofisticado abrió nuevos horizontes para la Laparoscopia.

DESCRIPCION DE LA TECNICA

Preparación Preoperatoria

La preparación preoperatoria de la paciente en el Hospital Regional de Zacapa principia desde un día antes de la fecha señalada para el efecto.

Se efectúa un examen físico general, haciendo énfasis en la anamnesis y estimación ginecológica. Se lee a cada paciente un instructivo que contiene indicaciones generales sobre cuidados higiénicos, alimentación, actividad etc. Las cuales le guían y le permiten enterarse de la sencillez del método.

La premedicación anestésica, previa ducha vaginal y enema, se realiza con atropina (anticolinérgico) 0.5 mgs. y Meperidina (narcótico) 100 mgs., ambos por vía intramuscular.

Veamos un récord operatorio típico:

A Paciente en posición de Litotomía Dorsal y Trendelenburg de 15 a 20 grados.

B Colocación en uno de los muslos de un electrodo indiferente, el cual actúa como una placa aislante y permite proteger a la paciente en caso de producirse un cortocircuito.

C Antisepsia local en los genitales externos y cavidad vaginal, luego, colocación de una valva vaginal para visualizar el cérvix, el cual se toma del labio superior con un tenáculo; se introduce entonces la cánula de Dubin que se adhiere al tenáculo, ambos instrumentos sirven de auxiliar al cirujano para mover el útero y facilitar la toma correcta de las trompas de falopio.

D Antisepsia (a base de Merthiolate) y colocación de campo abdominal.

E Anestesia local, con aproximadamente 10 cc. de xylocaina al 10/o sin epinefrina, subcutánea, siguiendo el borde inferior del ombligo.

F Incisión con bisturí de 1 cm. que interesa piel únicamente.

G Introducción de la aguja de Touhi que atravieza el peritoneo.

H Se conecta la manguera de gas para crear el Pneumoperitoneo a una velocidad de 1 litro por minuto. En casi todos los casos bastaron 2 a 2.5 litros de CO₂ para realizarlo. Al percutir el abdomen, una vez creado el pneumoperitoneo, se nota timpánico y la pared abdominal distendida en forma regular.

I Introducción del Laparoscopio hacia la cavidad

pélvica, buscando las trompas de falopio, se toma una de ellas, en general la derecha primero y se levanta de su parte media (istmo), lo que permite la introducción de la banda de Silástico, el mismo procedimiento se usa para la trompa contralateral.

Puede suceder en este momento que se dificulte el reconocer las trompas de falopio, por lo que al realizar el procedimiento, digamos en el lado derecho: Parte del útero, Ligamento Redondo que se dirige transversalmente hacia la pared pélvica lateral, la trompa que sale del cuerno uterino y se dirige hacia abajo y hacia atrás, parte del ligamento ancho, y, por último, el ligamento útero-ovárico, que saliendo del útero se dirige también hacia la pared pélvica y termina en el ovario.

Durante la introducción del Trócar y la Camisa, puede suceder que haya salida del gas, por lo que deberá tenerse la llave de ésta cerrada al momento de retirar el Trócar.

J Terminada la esterilización, se retira el Laparoscopio, se coloca la mesa en posición normal y se abre la válvula de la camisa para dejar escapar el gas sobrante.

K Colocación de dos puntos de algodón 0-0-0 (Macmillan) y luego un apósito de gasa simple.

PERIODO POSTOPERATORIO

Durante el período postoperatorio que generalmente es corto, más o menos 10 horas en promedio se le indican a la paciente una serie de recomendaciones relacionadas con higiene, dolor, alimentación, actividad, etc., y se les prescribe un

analgésico derivado del grupo pirazolónico en caso se presentara dolor.

Ninguna de las pacientes comprendidas dentro de la casuística estudiada presentó complicaciones pos operatorias.

Veamos las órdenes referidas al personal paramédico después de efectuada la técnica:

1. Llevar a Cirugía de Mujeres
2. Reposo relativo en cama. (Se procura la deambulación precoz)
3. N.P.O. durante 6 horas luego dieta libre
4. Signos Vitales cada 15 minutos por 2 horas, luego cada 30 minutos por 4 horas.
5. Vigilar que orine
6. Dextrosa en agua al 5o/o 1,000 cc. IV por 6 horas.
7. Baralgina 1 ampolla i.m. P.R.N. por dolor
8. Reportar cualquier cambio.

Las pacientes son dadas de alta por la tarde (el procedimiento se efectúa durante la mañana) y se le cita para dentro de 7 días para retirar los puntos de sutura abdominales y escuchar cualquier queja de orden médico.

INDICACIONES

Dentro del aspecto ético moral que priva en todo médico conciente, encontramos aquel relacionado con el proceder clínico para resolver el problema de salud que aqueja a determinado paciente. Analizamos entonces las diferentes entidades clínico-patológicas que indican la esterilización femenina por cualquier método. Las principales son:

1. **Indicaciones Obstétricas:**

- Cesáreas Previas
- Gran Multiparidad
- Enfermedad Hemolítica
- Toxemia a Repetición
- Trastornos Genéticos
- Patología Obstétrica Iterativa

2. **Indicaciones Generales:**

Estas se mencionan con el entendido de que algunas de ellas, bajo estricto control médico, pueden seguir un curso normal durante el embarazo y el parto, tal es el caso de la insuficiencia cardíaca asociada a Cardiopatía congénita, en donde el uso de Digital y Diuréticos es básico así como también considerar el uso profiláctico del Fórceps.

- Nefropatías
- Cardiopatías
- Hipertensión Arterial
- Diabetes
- Trastornos Psiquiátricos
- Leucosis Crónica
- Carcinoma del seno

LA INDICACION SOCIODEMOGRAFICA

"Dado que todos los contraceptivos empleados en la actualidad no son absolutamente confiables ni tolerados de manera óptima, son cada vez más numerosas las mujeres que solicitan consejos acerca de un método que subsane los defectos de aquellos. El método de esterilización tubárica se ha convertido en un procedimiento simple, seguro y económico, lo cual lo ha colocado en el terreno de la fácil opción".

Transcribí literalmente las palabras del Dr. Rueda González de su libro "Manual de Esterilización Femenina", que enuncian el auge actual de la esterilización tubárica, por ser altamente eficaz en especial el que se utiliza por medio del Laparoscopio. No explica con claridad la indicación demográfico-social usada como base para la esterilización femenina en países subdesarrollados como el nuestro.

CONTRAINDICACIONES:

La esterilización laparoscópica no es en general recomendable para mujeres con:

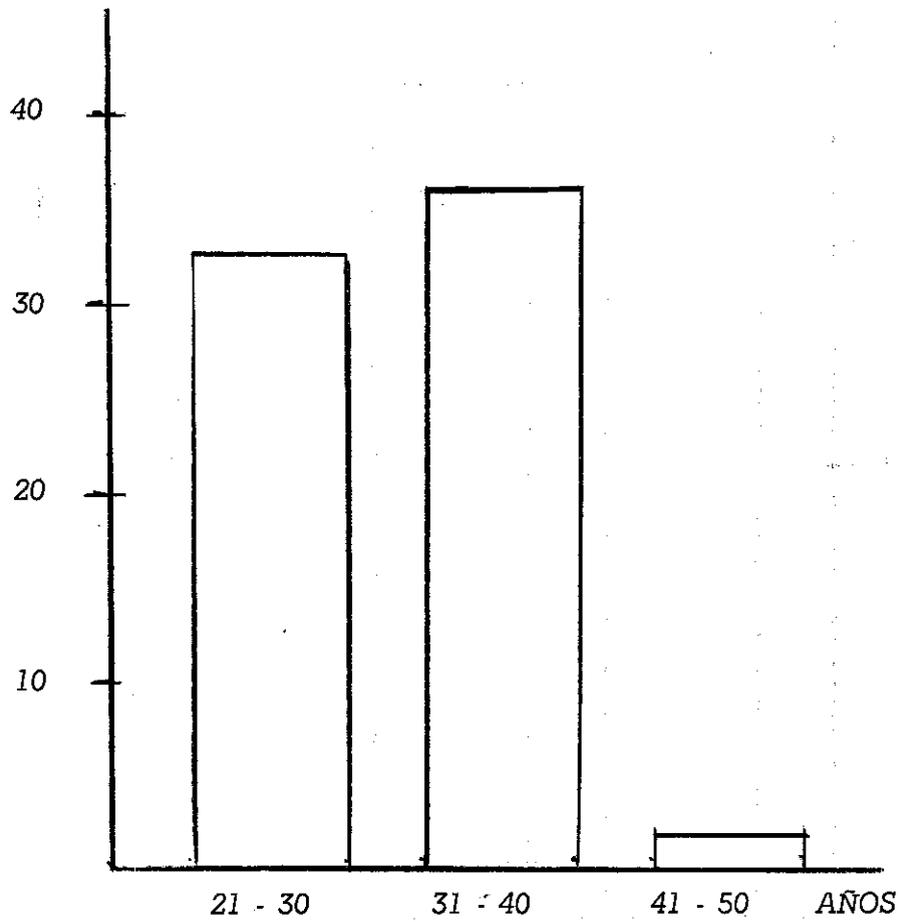
- Trastornos cardiacos o pulmonares graves
- Hernia
- Cirugía abdominal previa
- Cicatrices abdominales extensas
- Adherencias abdominales
- Obesidad exagerada
- Inflamación pélvica aguda o crónica.

**CARACTERISTICAS PERSONALES DE LAS PACIENTES
ESTERILIZADAS POR LAPAROSCOPIA**

GRAFICA 1

DISTRIBUCION ETARIA

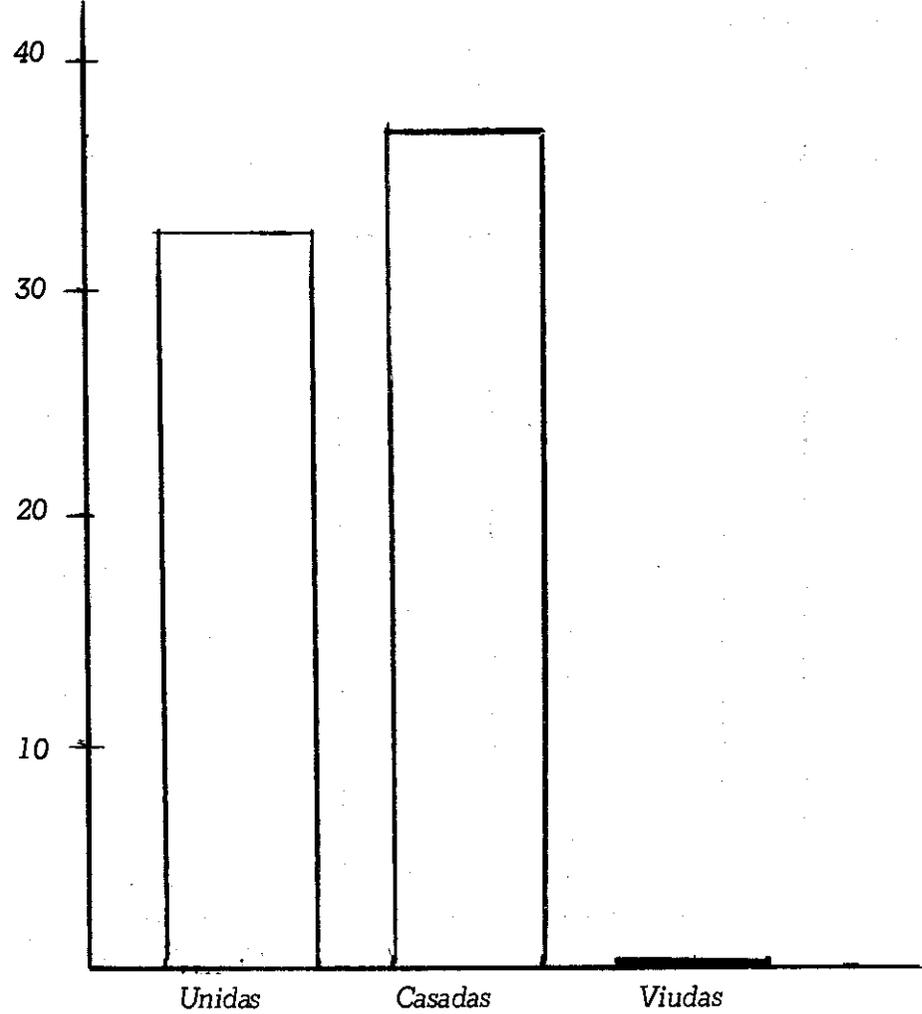
No. DE CASOS



GRAFICA No. 2

ESTADO CIVIL

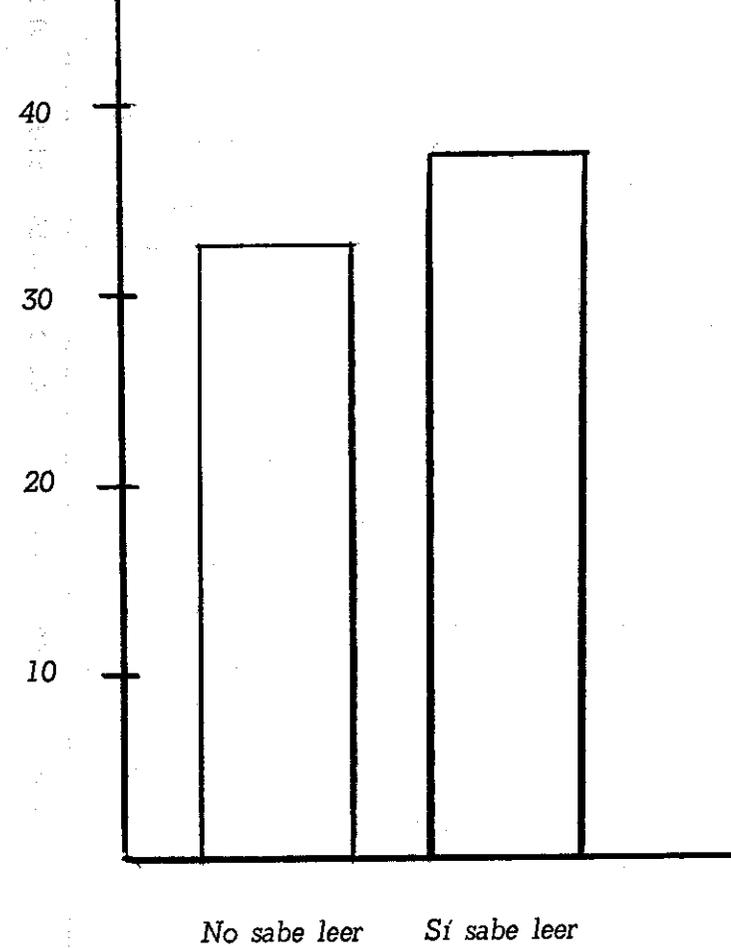
No. DE CASOS



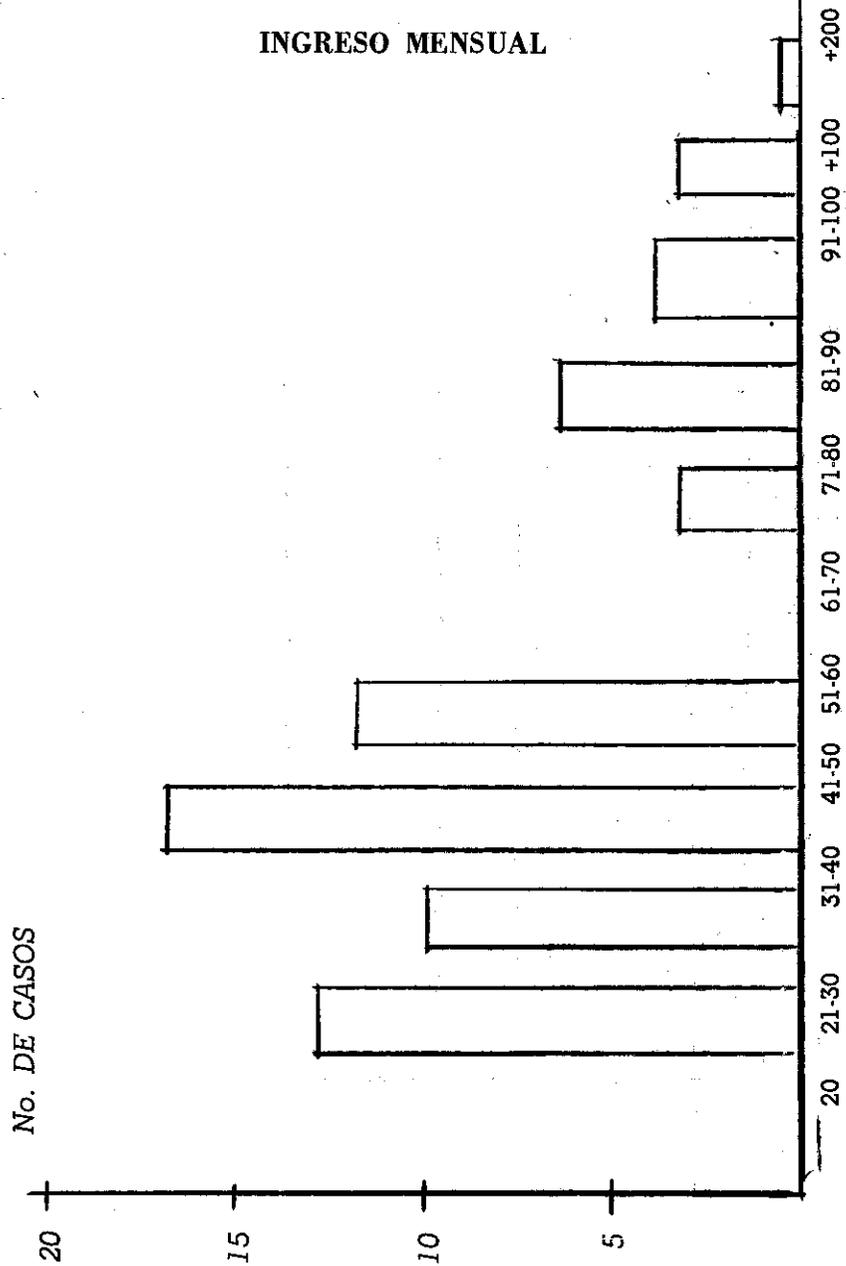
GRAFICA No. 3

GRADO DE ESCOLARIDAD

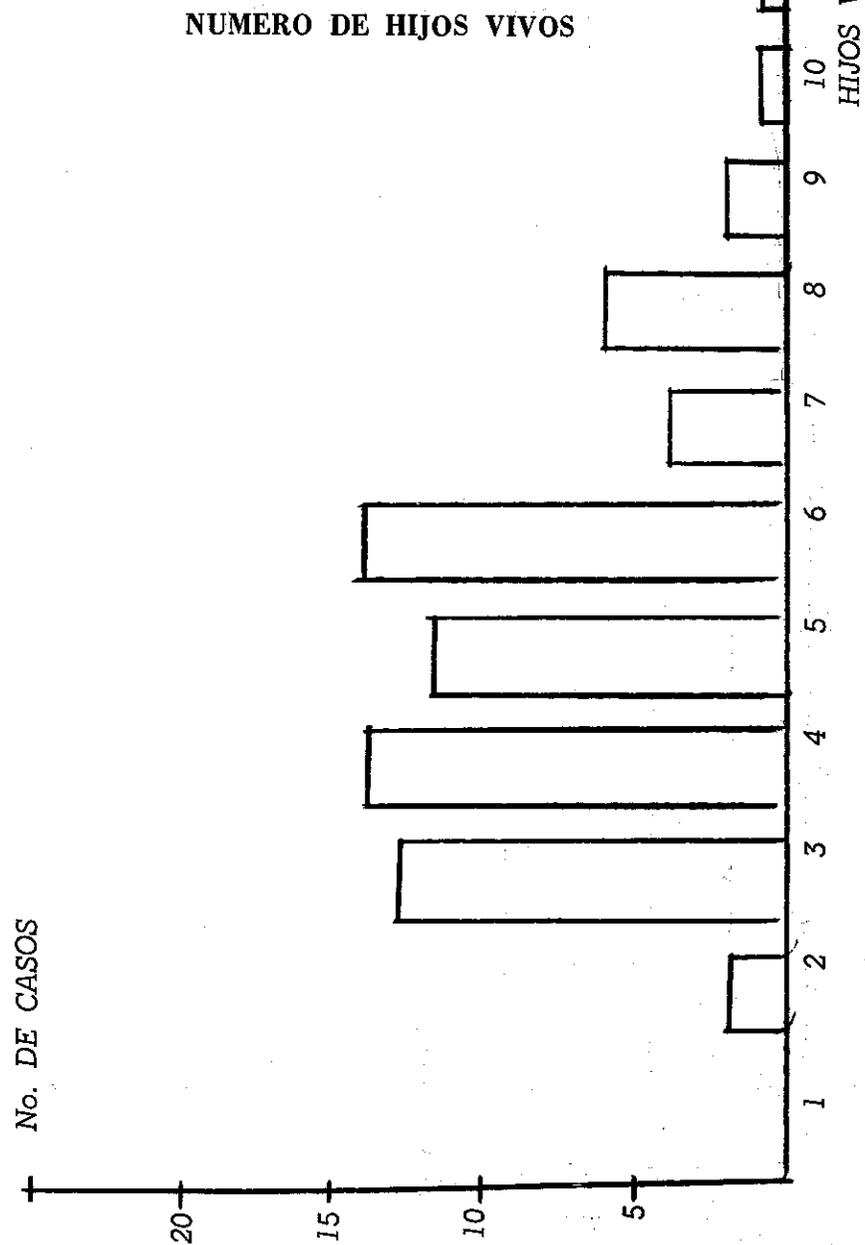
No. DE CASOS



GRAFICA No. 4



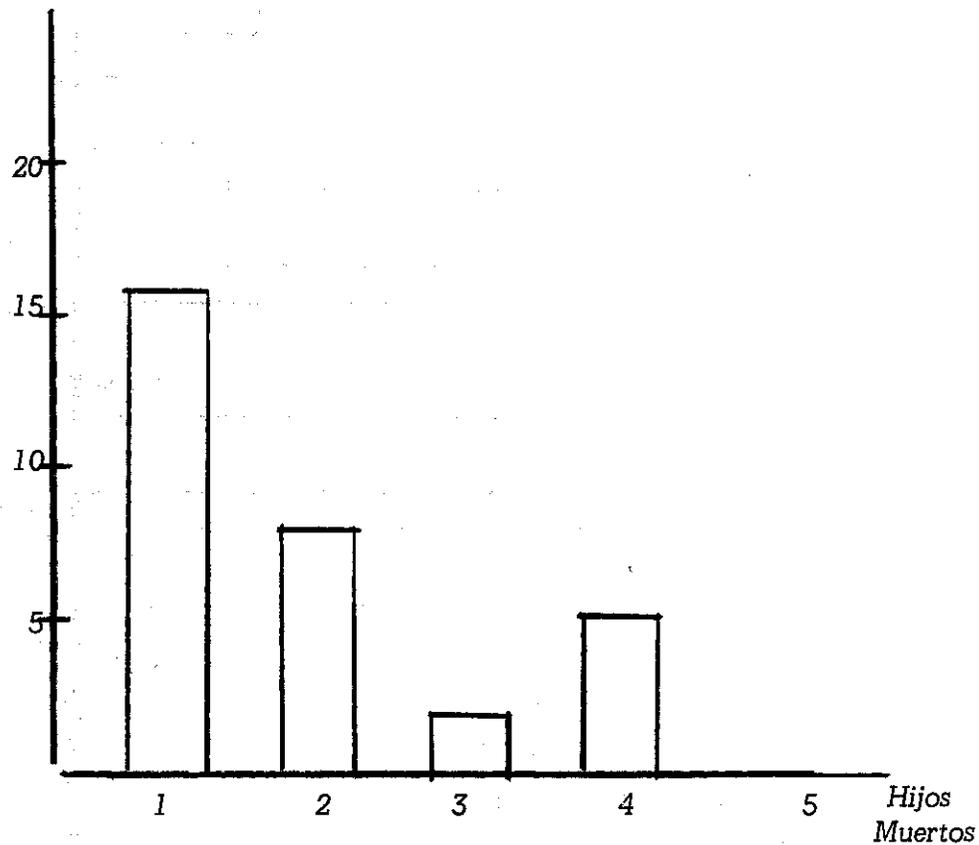
GRAFICA No. 5



GRAFICA No. 6

NUMERO DE HIJOS MUERTOS

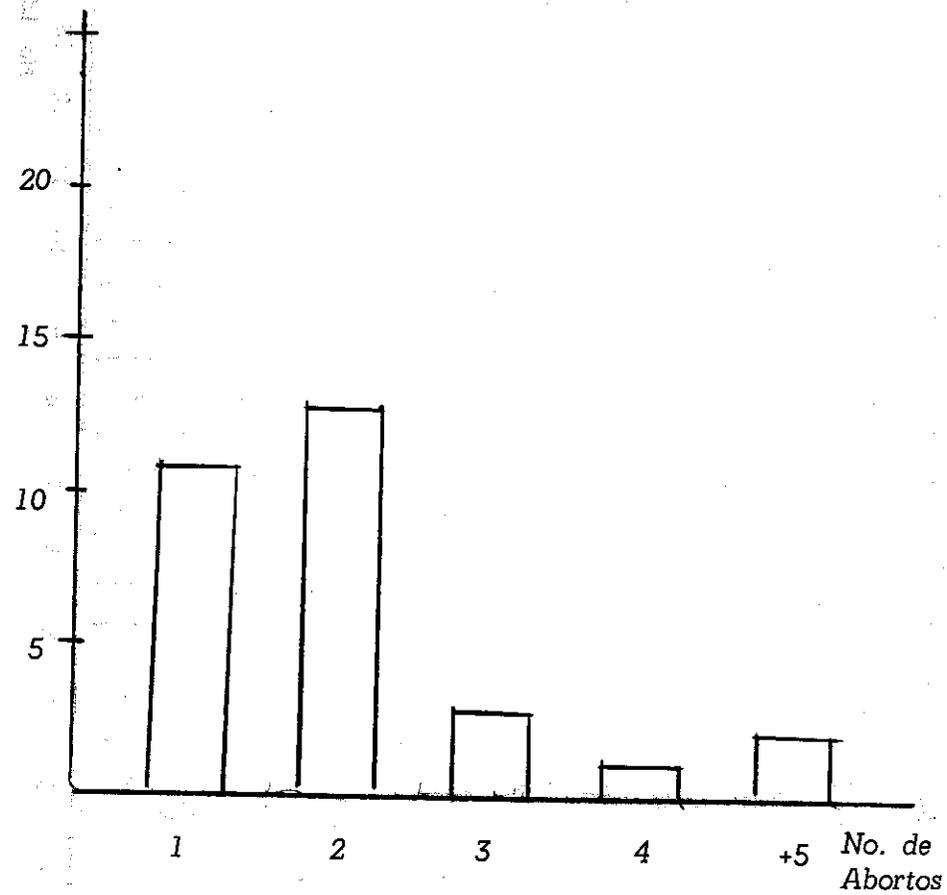
No. DE CASOS



GRAFICA No. 7

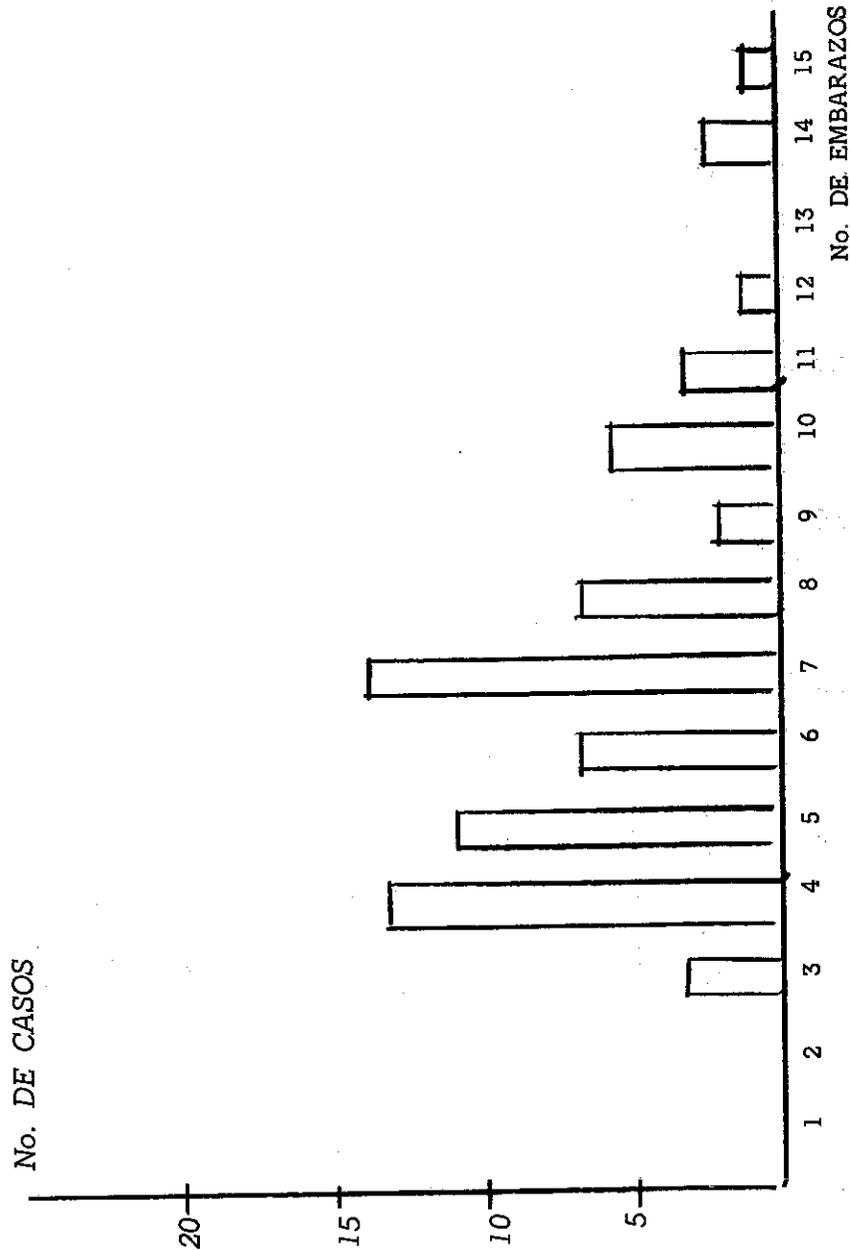
NUMERO DE ABORTOS

No. DE CASOS



GRAFICA No. 8

NUMERO TOTAL DE EMBARAZOS



GRUPO ETARIO

CUADRO No. 1

EDAD	No. CASOS	o/o
21-30 años	33	47.14
31-40 años	36	51.42
41-50 años	1	1.42
TOTAL	70 Casos	100 o/o

Observamos la distribución etaria promedio de las pacientes en las que el mayor porcentaje corresponde a las comprendidas dentro de 31 y 40 años. Se toma como el 100o/o los 70 casos estudiados. El promedio de las distintas edades fue de 31 años.

ESTADO CIVIL

CUADRO No. 2

	No. CASOS	o/o
UNIDAS	38	54.28
CASADAS	32	45.71
VIUDAS	0	0
TOTAL	70	100 o/o

GRADO DE ESCOLARIDAD

CUADRO No. 3

	No. CASOS	o/o
NO SABE LEER	33	47.14
SI SABE LEER	37	52.85
TOTAL	70	100 o/o

El "Grado de Escolaridad" de las pacientes, solamente está investigado en el aspecto de si son o no analfabetas, que es lo que se inquiriere al momento de efectuar la entrevista con la trabajadora social; de tal manera que las que saben leer acusan otros grados de analfabetismo y las que no, están en peores condiciones educativas.

INGRESO MENSUAL

CUADRO No. 4

INGRESO MENSUAL	No. CASOS
Q. 21-30	13
31-40	10
41-50	17
51-60	12
61-70	0
71-80	3
81-90	7
91-100	4
100	3
200	1
TOTAL	70

Devaluado el quetzal en un buen porcentaje de su valor adquisitivo podemos inferir, haciendo la relación de ingreso mensual de cada familia, que las condiciones de vida de estos hogares son verdaderamente paupérrimas. El promedio de ingreso mensual fué de Q.55.14 mes.

DATOS MEDICOS

NUMERO DE HIJOS VIVOS

CUADRO No. 5

No. HIJOS VIVOS	No. CASOS
1	0
2	2
3	13
4	14
5	12
6	14
7	4
8	6
9	2
10	1
11	1
12	0
TOTAL	69

Encontré una paciente con aborto habitual (6 Ab.) la cual fué sometida a Laparoscopia por razones médicas y no aparece en este cuadro. El promedio de hijos vivos fué de 5 hijos en todos los casos estudiados. Ningún caso tuvo solamente 1 hijo vivo, pues se obseran incluso grandes multíparas.

NUMERO DE HIJOS MUERTOS

CUADRO No. 6

No. HIJOS MUERTOS	No. CASOS
1	16
2	7
3	2
4	5
5	0
0	40
TOTAL	70

40 señoras no tuvieron antecedente de mortinato o fallecimiento de alguno de sus hijos en cualquier etapa del desarrollo de los mismos. Sin embargo las 30 restantes refirieron desde 1 hasta 4 hijos fallecidos por diversas enfermedades.

NUMERO DE ABORTOS

CUADRO No. 7

No. ABORTOS	No. CASOS
1	11
2	13
3	3
4	1
5	1
6	1
0	40
TOTAL	70

Cuarenta casos no refirieron problema de aborto, sin embargo es evidente que dentro de las treinta restantes si se presentó el Ab. en diferente número, incluyendo el aborto habitual.

NUMERO TOTAL DE EMBARAZOS

CUADRO No. 8

No. EMBARAZOS	No. CASOS
1	0
2	0
3	3
4	13
5	11
6	7
7	14
8	7
9	2
10	6
11	3
12	1
13	0
14	2
15	1
TOTAL	70

Podemos observar un alto índice de embarazos, obviamente no se refiere este dato a igual número de partos, pues se ha tomado en cuenta aborto, gestación normal y número de partos. En algunos casos se dió el hecho de que al momento de la entrevista con la trabajadora social, las pacientes se encontraban en período de embarazo.

**METODOS ANTICONCEPTIVOS USADOS
POR LAS PACIENTES**

CUADRO No. 9

METODOS ANTICONCEPTIVOS	TOTALES
ORAL	43
D.I.U	2
INYECTABLE	1
CONDON	0
OTROS	3
NINGUNO	26
TOTAL	75

Se podría decir que en este cuadro existe equivocación en cuanto al total de casos estudiados, pero al efectuar el análisis encontré a varias pacientes (5 en total) que usaban más de un método anticonceptivo.

CONCLUSIONES

1. El método de esterilización por Laparoscopia es seguro, rápido y de manejo relativamente fácil.
2. El manejo pre y posoperatorio, hasta el momento de esta investigación, ha sido adecuado.
3. El motivo principal que llevó a las pacientes a buscar la esterilización definitiva fué económico, otro motivo aducido fué la multiparidad.
4. La edad de la mayoría de pacientes (31-40 años) es una edad crítica desde el punto de vista genético (mayor incidencia de mongolismo) lo cual es un factor que puede justificar el uso de medios anticonceptivos o de esterilización definitiva; es decir, tomando también en cuenta otros aspectos negativos que puedan incidir en determinado momento en la paciente.
5. Solamente se encontró un caso de indicación médica de esterilización definitiva por el método de Laparoscopia. Este estuvo relacionado con aborto habitual en una paciente de 29 años.
6. Las pacientes obtienen adecuada comprensión de la técnica de Laparoscopia antes y después de efectuada.
7. Dentro del total de casos estudiados, no se presentó ninguna complicación posoperatoria inmediata.

COMENTARIO Y RECOMENDACIONES

Se pregona en nuestros días la "necesidad" que tienen las mayorías, los desposeídos, de limitar el número de hijos, tomando como base la "lógica" relación: Prole numerosa es igual a condiciones infrahumanas de existencia, esto es, falta de vivienda, vestuario, alimentación deficiente, falta de escuelas, distracción sana y otros espectros que se ciernen sobre aquellos que no planificando la familia, sufren ahora las consecuencias esperadas.

En este aspecto se torna interesante mencionar la teoría de Malthus, surgida como una especie de fantasma, durante el siglo XVIII, dado el momento económico social que se vivía durante el mismo. En esencia Malthus trataba de demostrar que la población crecía de manera desmedida no así los bienes de consumo.

El carácter dogmático de dicha teoría, llevó a Malthus a inferir una relación "eterna" de la misma; basándose únicamente en que los bienes de consumo crecen en progresión aritmética y la población lo hace en progresión geométrica.

Surgen en nuestros días nuevas prédicas basadas en el Malthusianismo, las cuales presentan la esterilización en general como la solución básica a los sufrimientos de las capas pobres, sobre las cuales se actúa con empeñamiento para "solucionar", sobre la base del control demográfico y sus "consecuencias", los problemas fuertes que les aquejan, en lugar, claro está, de analizar el empobrecimiento económico de estas mayorías con mayor claridad y observar como el Estado no propicia el desarraigo de dicha problemática elevando el nivel educativo de los afectados, creando fuentes de trabajo con remuneración salarial adecuada, solucionando el problema de la vivienda, etc.

"Pero no es posible rechazar la planificación familiar, no

se quiere que cada pareja tenga un hijo por año", sino sencillamente que dentro del núcleo familiar se analice de forma responsable el problema de planificar la familia desde un punto de vista conciente, que no se imponga como medida de salvación, para los problemas que tienen origen económico, el limitacionismo familiar; sino que exista responsabilidad directa del Estado señalando el camino que deben seguir las mayorías guatemaltecas en la solución de los problemas que el subdesarrollo propicia, presentando la planificación de la familia como una actividad verdaderamente optativa para cada pareja y no como la panacea a sus problemas más arraigados y depauperizantes.

A N E X O

INDICACIONES PRE-OPERATORIAS (SEÑORAS)

Estimada señora:

Se le practicará una operación sencilla, indolora y además segura para evitar embarazos indeseados. Le daremos a continuación unas indicaciones para que los resultados sean mejores.

1. Una noche antes de la operación solo debe cenar algo ligero (té, café y pan).
2. Antes de acostarse pongase un enema (lavativa, también un lavado vaginal). Al día siguiente por la mañana otro lavado vaginal.
3. Bañarse y ponerse ropa limpia.
4. Presentarse a las 7 horas en punto o antes, completamente en ayunas.
5. Traiga las uñas sin pintar, no venga maquillada.
6. No puede regresarse sola, que la venga a traer a las 15:00 Hrs. un familiar.
7. Para la hora del almuerzo traer caldo o atole sin leche.
8. Esperamos que atienda estas recomendaciones para que el día de su operación esté completamente lista.

INDICACIONES POST OPERATORIAS (SEÑORAS)

Estimada señora:

Le hemos practicado una pequeña operación con el fin de evitarle embarazos indeseados. Es una operación muy segura y sencilla, le pedimos cumpla unas recomendaciones para que los resultados sean mejores:

1. Bañarse diariamente desde el día siguiente de la operación, cuidando de lavarse bien la región operada con agua y jabón, secándose con mucho cuidado para no lastimarse.
2. Cubra la región operada con una curita, durante los primeros 3 días.
3. No se aplique ninguna solución en la región operada.
4. Si tiene dolor puede tomar: aspirina, cibalgina, Neo Melubrina, etc.
5. Si sangra mucho o aparece otro síntoma que no se le haya explicado, venga a consultar con el médico a este hospital.
6. Puede realizar actividades del hogar, pero procure no hacer esfuerzos bruscos durante 8 días.
7. Durante 8 días se le recomienda no tener relaciones sexuales.
8. Puede comer de todo, no haga ninguna dieta.
9. Durante 8 días no debe hacerse duchas vaginales.

Señora:

Le recomendamos sea puntual en sus citas para controlarse con el médico. Cualquier duda que usted tenga no la consulte con sus amigas o vecinas, obtenga la información y orientación en este hospital con el médico, enfermera o trabajadora social.

BIBLIOGRAFIA

1. *Population Reports. Esterilización (Número Uno, Enero 1973. Serie C) PP. C-3 - C-4.*
2. *Population Reports. Informes Médicos (Número 2, Marzo 1973, Serie C) PP. C-22 - C-24.*
3. *Ricardo Rueda Martínez. Manual de Esterilización Femenina (Primera Edición. Bogotá, Colombia, 1977) PP. 27-45, pp. 181.*
4. *Alfredo Bauer. La Mujer en el Socialismo (1a. Edición, Ediciones Silaba, Buenos Aires, Argentina, 1974) pp. 100-118.*
5. *Williams. Obstetricia (14a. Edición. Salvat Editores, Mallorca Barcelona, España. 1973) pp. 27-49.*

Carlos Humberto Paiz Calderon

Br. CARLOS HUMBERTO PAIZ CALDERON

Rene Hernandez
Asesor DR. RENE HERNANDEZ

Luis Galich
Revisor DR. LUIS GALICH

Julio de Leon M.
Director de Fase III
JULIO DE LEON M.

Raul A. Castillo B.
Secretaria General
DR. A. RAUL A. CASTILLO B.

Vo. Bo.

Rolando Castillo Montalvo
Decano
DR. ROLANDO CASTILLO MONTALVO