

## CONTROL DE LA FECUNDIDAD POR EL METODO DE MINILAP.

Dres: CARLOS GILBERTO ROMAN RUIZ\*  
 RAFAEL CAPARO HIDALGO\*\*  
 CESAR ZUÑIGA ESPINOZA\*\*\*

\* Médico Asistente de Gineco-obstetricia del H.R.C.S. de Ica  
 Profesor Asociado de la UNICA.

\*\* Jefe de Servicio de Gineco-obstetricia del H.R.C.S. de Ica.  
 Profesor Principal de la UNICA.

\*\*\* Médico Asistente de Gineco-obstetricia del H.R.C.S. de Ica.  
 Profesor Auxiliar de la UNICA.

### INTRODUCCION

Nuestra intención es presentar un estudio de pacientes que fueron sometidas a "Ligadura de trompas" por el método de Minilap, a través de una evaluación clínica, observándose los beneficios y complicaciones que puedan presentarse con este método, y la utilización de la anestesia raquídea y neurolépticos, (2, 5, 6). Así mismo pretendemos difundir los logros en nuestras experiencias, por ser un método efectivo, simple y con un bajo riesgo quirúrgico, de igual manera comparar nuestros resultados con otras experiencias.

### 2. OBJETIVOS

- 2.1 Presentar un informe real sobre el manejo de pacientes sometidas a "Ligadura de trompas" por el método de Minilap, estudio que será una base para continuar con este método en nuestro Hospital, bajo un sistema de normas.
- 2.2 Contribuir a disminuir la incidencia de cesareas programadas con el único objeto de ligar trompas, mas no por razones obstétricas.
- 2.3 Contribuir a la disminución del Alto riesgo que significa las intervenciones quirúrgicas por otras técnicas, de igual forma favorecer un menor costo (economía) para la paciente.
- 2.4 Mediante este estudio conoceremos la incidencia de complicaciones relacionado con la técnica y el tipo de anestesia utilizada.

### 3. MATERIAL Y METODOS

Estudio de 30 pacientes sometidas a control de la Fecundidad (ligadura de trompas) por el método de Minilap, en el Hospital Regional Centro de Salud de Ica, bajo los siguientes parámetros:

#### 3.1 PARAMETROS ADMINISTRATIVOS

- 3.1.1 Solicitud en Sello 8vo. dirigida a la dirección del hospital, solicitando la ligadura de trompas exponiendo los motivos por la que se pide.
- 3.1.2 Estudio Socio-económico por intermedio de la Asistencia Social de nuestro Hospital.

- 3.1.3 Estudio del caso por el Depto. de Obstetricia-Ginecología bajo ciertas condiciones que se tienen presente como multiparidad, edad, operaciones previas, obesidad, estado de salud.
- 3.1.4 Historia clínica (hoja especial) que involucra datos personales, antec. ginecológicos y obst. examen físico, examen ginecológico, reporte operatorio, comp. intraop., comp. inmediatas, diagnóstico post. operatorio, controles en consultorio externo. Además adjuntamos una hoja de autorización y responsabilidades firmada por ambos esposos.
- 3.1.5 Exámenes de laboratorio: Hb, Hmto, VDRL, Ex. orina, T.C. y sangría, grupos S y Rh, PAP, y otros exámenes si el caso lo requiere.

#### 3.2. PARAMETROS ESPECIFICOS PARA LA MINILAP

- 3.2.1 Las programaciones se realizan los días miércoles.
- 3.2.2 Las pacientes deben presentar un recibo de pago a caja por S/. 3,000 soles (derechos por Minilap).
- 3.2.3 Relación de medicamentos que debe traer cada paciente.
- 3.2.4 Las pacientes deben ingresar al serv. Obt. Gin. en ayunas a las 7 a.m. del día de la programación o puede ser el día anterior.
- 3.2.5 Resultado y enema evacuante inmediatamente después de su ingreso.

#### 3.3 TECNICA OPERATORIA

Las pacientes ingresan a sala de operaciones con su administración de su Pre-anestésico en el serv. Obt. Gin.

- 3.3.1 La técnica operatoria utilizada en las pacientes sometidas a ligadura de trompas es la Minilap.
- 3.3.2 El material utilizado se esteriliza en seco, comprendiendo dos equipos:
  - Abdominal:
  - 4 pinzas de campo Backhaus.
  - 2 pinzas de disección con uñas.

- 1 mango de bisturí No. 3
- 1 portaaguja.
- 1 tijera Mayo recta.
- 1 tijera Matzenbau curva.
- 2 pinzas Babcock.
- 2 separadores largos acanalados
- 2 separadores planos.

## Vaginal:

- 2 valvas vaginales.
- 1 Ramathibody.
- 1 sonda vesical con su mandril.
- 1 pinza Bozemar.

- 3.3.3 Aplicación de anestesia raquídea o neurolépticos V.E.
- 3.3.4 Asepsia de región abdominal, genitales externos y vagina.
- 3.3.5 Evacuación de vejiga con sonda metálica.
- 3.3.6 Aplicación de campos y pierneras.
- 3.3.7 Visualización de cuello uterino con valvas vaginales.
- 3.3.8 Toma de cuello por su labio ant. con pinza Bozemar.
- 3.3.9 Colocación de Ramathibody para elevar y rotar cuerpo uter.

3.3.10 Incisión transv. de 2 cm. a 3 cm. por encima del borde superior de la sínfisis púbica, o por debajo de cicatriz umbilical cuando se trata de paciente púerpera.

3.3.11. Planos profundos se cortan en dirección vertical.

3.3.12 Sección y ligadura de trompas a nivel de tercio medio con hilo en ambos extremos.

3.3.13 Cierre de planos en jareta.

3.3.14 Cierre de Tej. C. Subc. a puntos separados.

### 3.4 INDICACIONES POST OPERATORIAS

3.4.1 Permanencia en reposo (Serv. O.G.) por 20 a 24 hrs. para todos los pacientes.

3.4.2 Cumplido este tiempo de reposo se indica su Alta con indicaciones como analgésicos, anti-inflamatorios.

3.4.3 Controles en C. Externa a los 8 y 15 días y posteriormente cada 6 meses.

### 4. DISCUSION Y COMENTARIOS

Los resultados y comentarios de este grupo de pacientes sometidas a "Minilap" lo esquematizamos en 10 cuadros, los mismos que sirven como base para precisar nuestras conclusiones y recomendaciones.

CUADRO No. 1

**MINILAP EN RELACION A MULTIPARIDAD Y HALLAZGOS PRE-OPERATOR**  
Hospital Regional Base Ica 31/3/80 - 23/7/81

	MULTIPARAS		GRANDES-MULTIPARAS		TOTAL
	No.	o/o	No.	o/o	
Normales	5	16.7	2	6.6	7
Cistorectocele	4	13.4	8	26.7	12
Eritroplacia	-	-	1	3.3	1
Invol. Puerperal	2	6.6	8	26.7	10
<b>TOTAL</b>	<b>11</b>	<b>36.7</b>	<b>19</b>	<b>63.3</b>	<b>30</b>

Nos informa que los 30 pacientes sometidas a Minilap, 11 pacientes (36.7 o/o) son múltiparas y 19 (63.3 o/o) son grandes múltiparas. De todas las pacientes estudiadas, la patología encontrada con mayor frecuencia en el ex. ginecológico pre-operatorio es el cistorectocele con o sin incontinencia urinaria (12 pacientes 40 o/o); esta mayor incidencia de prolapso en mujeres múltiparas y grandes múltiparas inciden con los estudios de otros autores.

**CUADRO No. 2**  
**MINILAP EN RELACION A EDAD Y FRACASOS (NUEVOS EMBARAZOS)**  
 Hospital Regional Base Ica 31/3/80 – 23/7/81

EDAD	CASOS	o/o	FRACASOS (Nuevos Emb.)
Menor de 30	5	16.7	0
30 – 34	19	63.3	0
35 – 39	6	20.0	0
<b>TOTAL</b>	<b>30</b>	<b>100.0</b>	<b>0</b>

En este cuadro observamos que las mujeres que mas solicitaron "Ligadura de trompas" fluctua entre los 30 y 34 años, con 19 casos (63.3 o/o), y en segundo lugar las pacientes de 35 á 39 años. Indudablemente son pacientes relacionados con mayor paridad y estudio socioeconómico bajo.

**CUADRO No. 3**  
**COMPLICACIONES INTRAOPERATORIAS O INMEDIATAS AL MINILAP**  
 Hospital Regional Base Ica 31/3/80 – 23/7/81

ETAPA	NO COMPLICADAS		COMPLICADAS	
	CASOS	o/o	CASOS	o/o
PUERPERIO MEDIATO	10	33.4	—	
TARDIO	6	20.0	—	
POST-ABORTO	2	6.6	—	
1ra. FASE DEL CICLO	10	33.4	2	6.6
<b>TOTAL</b>	<b>28</b>	<b>93.4</b>	<b>2</b>	<b>6.6</b>

Este cuadro nos demuestra que, la técnica de Minilap en la Regulación de la fecundidad es buena, ya que la incidencia de complicaciones es mínima, así tenemos que de 30 pacientes sometidas a minilap, sólo dos complicaciones leves obtuvimos, la primera una laceración de vejiga, y la segunda, un hematoma de pared abdominal.

CUADRO No. 4

TIEMPOS VARIADOS SEGUN LA ETAPA EN QUE SE REALIZA EL MINILAP  
Hospital Regional Base Ica 31/3/82 - 23/7/81

TIEMPO	PUERPERIO		POST. ABORTO	1ra. FASE CICLO
	MEDIATO	TARDIO		
15'	5	2	—	—
17'	1	—	—	—
18'	2	—	—	—
20'	2	4	—	—
22'	—	—	—	4
23'	—	—	1	—
24'	—	—	—	1
25'	—	—	1	1
30'	—	—	—	5
60'	—	—	—	1
TOTAL	10 33.4	6 20.0	2 6.6	12 40.0 100 o/o

Hemos observado que una de las etapas más favorables para la realización de la ligadura de trompas es la etapa puerperal, porque nos permite una mejor exposición de genitales pelvianos, por lo tanto el tiempo de duración de la minilap es menor. Nuestro cuadro nos demuestra que el 53.4 o/o de nuestras pacientes (33.4 o/o en puerperio inmediato y 20 o/o en puerperio mediato y tardío), sólo se utiliza de 15 a 20 minutos para c/u.

CUADRO No. 5

TIEMPO EMPLEADO EN RELACION AL TIPO DE ANESTESIA EN MINILAP  
Hospital Regional Base Ica 31/3/80 - 23/7/81

Tº	DEMEROL + DIAZEPAN	NEUROLEPTICOS	RAQUIDEA
15'	1 3.3 o/o	1 3.3 o/o	5 16.7 o/o
17'	— —	— —	1 3.3 o/o
18'	— —	1 3.3 o/o	1 3.3 o/o
20'	3 10.1 o/o	1 3.3 o/o	2 6.6 o/o
22'	— —	3 10.3 o/o	1 3.3 o/o
23'	— —	1 3.3 o/o	— —
24'	— —	1 3.3 o/o	— —
25'	— —	1 3.3 o/o	1 3.3 o/o
30'	1 3.3 o/o	1 3.3 o/o	3 10.1 o/o
60'	— —	1 3.3 o/o	— —
TOTAL	5 16.7 o/o	11 36.7 o/o	14 46.6 o/o

También hemos observado la utilización de un menor tiempo, cuando a los pacientes se les aplica anestesia raquídea, por estas razones la estamos indicando en forma rutinaria. En nuestro trabajo hemos aplicado anestesia raquídea a 14 paciente (46.6 o/o).

CUADRO No. 6

**HALLAZGOS INTRAOPERATORIOS CON LA MINILAP**  
Hospital Regional Base Ica 31/3/80 - 23/7/81

HALLAZGOS	CASOS	o/o
Genit. congestivos Utero en involución (puerperio)	12	40.0
Adherencias	1	3.3
Pequeños quistes 3 mm.	2	6.7
Sin hallazgos patológicos	15	50.0
<b>TOTAL</b>	<b>20</b>	<b>100.0</b>

Los hallazgos patológicos intraoperatorios fueron mínimos, sólo encontrando congestión de órganos pélvicos en caso de pacientes puerperas, y pequeños quistes de 3 mm. en 2 pacientes.

CUADRO No. 7

**LOCALIZACION DE LA INCISION EN LA MINILAP**  
Hospital Regional Base Ica 31/3/80 - 23/7/81

LOCALIZACION	CASOS	o/o
3 cm. por encima S. Pública	25	83.3
Por debajo de cicatriz umb.	5	16.7
<b>TOTAL</b>	<b>30</b>	<b>100.0 o/o</b>

Rutinariamente la incisión utilizada es a 3 cm. por encima del borde superior de la sínfisis púbica, y en algunos casos de puerperio inmediato cuando el útero está a la altura del ombligo, la incisión la realizamos por debajo de la cicatriz umbilical, así lo demostramos en nuestro cuadro.

CUADRO No. 8

**REG. FECUNDIDAD (MINILAP) EN RELACION EST. CIVIL**  
Hospital Regional Base Ica 31/3/80 - 23/7/81

ESTADO CIVIL	CASOS	o/o
Convivientes	6	20
Casadas	24	80
<b>TOTAL</b>	<b>30</b>	<b>100 o/o</b>

Según este cuadro nos demuestra que las pacientes que más solicitaron ligadura de trompas eran las casadas (24 casos = 80 o/o). Esta incidencia puede estar en relación a pacientes que tienen mayor oportunidad de dialogar y decidir libremente con el conyugue, la regulación de la fecundidad por el método que más consideren beneficioso.

CUADRO No. 9

LIG. TROMPAS (MINILAP) EN RELACION GRADO DE INSTRUC.  
Hospital Regional Base Ica 31/3/80 - 23/7/81

GRADO DE INSTRUCCION	AÑO DE ESTUDIOS		TOTAL	o/o
	Complt.	Incompt.		
Primaria	16	6	22	73.3
Secundaria	5	3	8	26.7
TOTAL	21	9	30	100.0 o/o

En referencia al grado de instrucción, predominaron las pacientes con instrucción primaria incompleta. Estas cifras coinciden con la gran multiparidad y con otros estudios (Shwar), que refieren a menor instrucción mayor multiparidad.

CUADRO No. 10

MINILAP EN RELACION AL ESTUDIO SOCIO-ECONOMICO  
Hospital Regional Base Ica 31/3/80 - 23/7/81

ESTUDIO SOCIO-ECONOMICO	CASOS	o/o
BUENO	—	—
REGULAR	6	20
MALO	24	80
TOTAL	30	100 o/o

Para el estudio socioeconómico hemos tenido la colaboración de la asistencia social de nuestro hospital, donde se consideran aspectos de vivienda, ingresos económicos, ocupación, número de hijos, servicios higiénico, etc.

En nuestro estudio los aspectos socioeconómicos están muy ligados al grado de instrucción y multiparidad, observando así en este cuadro mayor cantidad de pacientes con un estudio socioeconómico malo (24 pacientes = 80 o/o).

## 5. CONCLUSIONES

- 5.1. La tasa de embarazos post-ligadura de trompas por Minilap es cero (0 o/o). Cifras que coinciden con la mayoría de estudios revisados.
- 5.2. La regulación de la fecundidad por el método de minilap, es un acto operatorio con baja incidencia de complicaciones intraoperatorias. Así lo demuestra nuestro cuadro No. 3 en el que sólo refiere una laceración de vejiga y un hematoma de pared abdominal, de un total de 30 pacientes sometidos a ligadura de trompas. Estos hallazgos también coinciden con otros trabajo revisados (Ref. 2).
- 5.3. El riesgo operatorio para el Minilap es mínimo comparado con otros métodos operatorios, así como las cesáreas, ligadura de trompas por vía vaginal. Las razones son por la nueva técnica utilizada con material especial para este tipo de operaciones.
- 5.4. Consideramos que la anestesia raquídea nos permite una mejor relajación de la paciente, y lograr un acto operatorio en menor tiempo, según lo demuestra nuestros hallazgos en el cuadro No. 5, en que los menores tiempos se realizaron en pacientes con anestesia raquídea (de 14 pacientes, 9 se realizaron entre los tiempos de 15 á 20 mint.).
- 5.5. En referencia al tipo de incisión para la Minilap es la transversal de 2 cm. a los 3 cm. por encima de cicatriz umbilical para aquellas que están en puerperio inmediato.
- 5.6. Concluimos en que, las pacientes que mas solicitaron ligadura de trompas, fueron las grandes multiparas y de un nivel socio-económico malo, de igual manera con un grado de instrucción primario (22 pacientes = 73.3 o/o) relacionados a su gran multiparidad.

## 6. RECOMENDACIONES

- 6.1 Toda paciente que solicita ligadura de trompas, debe ser por mutuo acuerdo con el conyugue. Ambos firmaran una solicitud dirigida a la dirección del Hospital, para justificar su decisión y razones de la misma. El Hospital debe estudiar el caso por medio de su Depto. de asuntos sociales, y el Depto. de Obst. y Ginec. para la edificación de la H.C., Ex. de Lab. y Ginecológico, considerando parámetros como edad, paridad, etc. para la aceptación de la misma.
- 6.2 No se debe practicar ligadura de trompas por el método de Minilap en pacientes jóvenes, y en pacientes que tengan pocos hijos, se harán excepciones con pacientes psiquiátricos o pacientes con antecedentes de severo alto riesgo (embarazos). decisión que será tomada en reunión del Depto. de Obt. y Ginec.
- 6.3 Es preferible no programar pacientes para ligadura de Trompas por Minilap, cuando se trata de pacientes obesas, cuando su estado de salud no es bueno por algunas enfermedades que estén sufriendo, cuando han sido sometidas a intervenciones previas.
- 6.4 Las programaciones de ligadura de trompas por Minilap en la etapa de puerperio inmediato están bien indicados, por su mejor exposición de órganos pelvianos, y por el menor tiempo de duración en el acto operatorio, por lo tanto lo recomendamos en esta etapa.

- 6.5 Para evitar malas interpretaciones de la técnica, las programaciones para Minilap deben ser a los 6 ó 8 días a partir del primer día de la regla.
- 6.6 Impartir con mayor frecuencia sobre todo en los núcleos de población mas necesitada (comunidades), una mejor orientación y conocimiento sobre educación familiar, sexual, etc.

## BIBLIOGRAFIA

1. GINECOLOGIA OPERATORIA POR RICHARD W. TE LINDE. AÑO 1971. Pag. 390 - 399.
2. GUILLERMO BENAVIDES Y COL. BLOQUE TUBARIO POR VIA VAGINAL ABSTRACTOS V CONGRESO PERUANO DE OBSTETRICIA Y GINEC. 1974.
3. ISABEL CARRASCO DE GOMEZ ED. SEXUAL PARA LA VIDA FAMIL. Pag. 137 1978.
4. JOHN HOWKINS TRATADO DE GINECOLOGIA OPERATORIA 1970, Pag. 479 - 483.
5. GREEN ARMYTAGE V.B. 1956. OPERATIVE SURGERY, VOL 6, PART XIII, p. 107, ed. Rob. C. y Smith R. London: BUTTER WORTH.
6. AMERICAN JOURNAL OF OBSTETRIC AND GINECOLOGY - TUBAL STERILIZATION: A REPORT OF AN UNUSUAL COMPLICATION Vol. 127 No. 8 April 15 1977 p. 888.