



UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA  
FACULTAD DE MEDICINA  
COMISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO  
CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN CIRUGÍA PEDIÁTRICA  
HOSPITAL PEDIÁTRICO "DR. ELÍAS TORO"

ESTERILIZACIÓN QUIRÚRGICA LAPAROSCÓPICA EN ADOLESCENTES  
FEMENINAS CON CAPACIDADES LIMITADAS  
Trabajo Especial de Grado que se presenta para optar al título de Especialista en  
Cirugía Pediátrica

Neyluz Alejandra Pérez Bravo

Tutor: Guillermo Hernán Flores Ruiz

Caracas, mayo 2013

UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA  
VICERRECTORADO ACADÉMICO  
SISTEMA DE INFORMACIÓN CIENTÍFICA, HUMANÍSTICA Y TECNOLÓGICA (SICHT)

FECHA: 22 de mayo de 2013

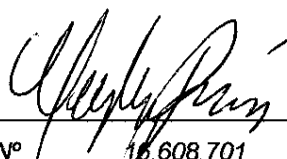
**AUTORIZACIÓN PARA LA DIFUSIÓN ELECTRONICA DE LOS TRABAJOS DE  
LICENCIATURA, TRABAJO ESPECIAL DE GRADO, TRABAJO DE GRADO Y TESIS  
DOCTORAL DE LA UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA.**

Yo, NEYLUZ ALEJANDRA PÉREZ BRAVO,  
autor del trabajo o tesis, ESTERILIZACIÓN QUIRÚRGICA LAPAROSCÓPICA EN  
ADOLESCENTES FEMENINAS CON CAPACIDADES LIMITADAS  
Presentado para optar: al título de Especialista en Cirugía Pediátrica

Autorizo a la Universidad Central de Venezuela, a difundir la versión electrónica de este trabajo, a través de los servicios de información que ofrece la Institución, sólo con fines de académicos y de investigación, de acuerdo a lo previsto en la Ley sobre Derecho de Autor, Artículo 18, 23 y 42 (Gaceta Oficial N° 4.638 Extraordinaria, 01-10-1993).

<input checked="" type="checkbox"/>	<i>Si autorizo</i>
<input type="checkbox"/>	<i>Autorizo después de 1 año</i>
<input type="checkbox"/>	<i>No autorizo</i>
<input type="checkbox"/>	<i>Autorizo difundir sólo algunas partes del trabajo</i>
<i>Indique:</i>	

Firma autor

  
C.I N° 16.608.701  
e-mail: nevale21@gmail.com

En Caracas, a los 22 días del mes de mayo de 2013

**Nota:** En caso de no autorizarse la Escuela o Comisión de Estudios de Postgrado, publicará: la referencia bibliográfica, tabla de contenido (índice) y un resumen descriptivo, palabras clave y se indicará que el autor decidió no autorizar el acceso al documento a texto completo.

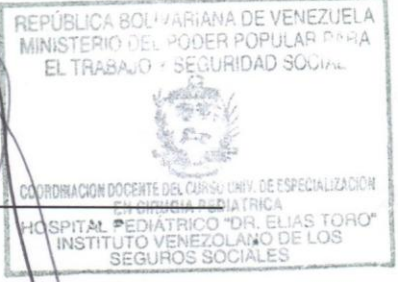
La cesión de derechos de difusión electrónica, no es cesión de los derechos de autor, porque este es intransferible.

Guillermo Flores  
Tutor

Manuel Casanova  
Director del Curso



Manuel Aular  
Coordinador del Curso



Jesús Vera  
Asesor

José Delgado  
Asesor Estadístico

## ÍNDICE DE CONTENIDO

	Página
RESUMEN	5
INTRODUCCIÓN	7
MÉTODOS	17
RESULTADOS	21
DISCUSIÓN	22
REFERENCIAS	27
ANEXOS	30

*Esterilización Quirúrgica Laparoscópica en Adolescentes Femeninas con Capacidades Limitadas*

Neyluz Alejandra Pérez Bravo, C.I.: 16.608.701. Sexo: Femenino, E-mail: [neyale21@gmail.com](mailto:neyale21@gmail.com). Telf.: 0416-6651383/0212-9526183. Dirección: Hospital Pediátrico Dr. Elías Toro. Especialización en Cirugía Pediátrica.  
Tutor: Guillermo Hernán Flores Ruiz, C.I.:5.414.466. Sexo: Masculino, E-mail: [quifloru@gmail.com](mailto:quifloru@gmail.com). Telf.: 0414-3232342/0212-2426280. Dirección: Hospital Pediátrico Dr. Elías Toro. Especialización en Cirugía Pediátrica.

## **RESUMEN**

**Objetivo:** Evaluar el procedimiento de esterilización quirúrgica laparoscópica en adolescentes femeninas con capacidades limitadas. **Métodos:** Se realizó un estudio clínico, experimental, prospectivo y longitudinal, donde se incluyó 10 pacientes adolescentes que acudieron a la consulta externa de cirugía pediátrica, en el IVSS Hospital Pediátrico Dr. Elías Toro, ubicado en Catia-Venezuela, durante el período octubre 2011 – octubre 2012. Se realizó esterilización quirúrgica laparoscópica y se recolectaron datos como edad, tipo de discapacidad, tipo de intervención, duración de la intervención, días de hospitalización, complicaciones y recuperación. El análisis estadístico consistió en análisis descriptivo, análisis gráfico y análisis de significación. **Resultados:** el 90% de las pacientes tienen retardo mental moderado, el 10% con retardo severo, 80% presentan otros tipos de discapacidad como: síndrome de Down, Crowzon, mental orgánico, epilepsia y PCI; el 100% fue vía laparoscópica con una duración de  $29 \pm 13$  minutos, con estadía intrahospitalaria de 1 día en el 90% de los casos, con una tasa de complicaciones muy poco relevante. **Discusión:** Se considera que la esterilización quirúrgica laparoscópica es un método de planificación familiar adecuado para pacientes con discapacidad psíquica tipo retardo mental moderado y severo, recordando que no es un procedimiento obligatorio sino una posibilidad.

**Palabras claves:** esterilización quirúrgica laparoscópica, adolescentes, capacidades limitadas.

**ABSTRACT**

**Objective:** To evaluate the laparoscopic surgical sterilization procedure in adolescent females with limited capabilities. **Methods:** We performed a clinical, experimental, prospective, longitudinal, which included 10 adolescent patients attending the outpatient pediatric surgery at Children's Hospital IVSS Dr. Elias Toro, located in Catia, Venezuela, during the period October 2011 - October 2012. Laparoscopic Surgical Sterilization was performed and collected data such as age, type of disability, type of surgery, duration of surgery, length of stay, complications and recovery. Statistical analysis consisted of descriptive analysis, graphical analysis and significance analysis. **Results:** 90% of patients have mild mental retardation, 10% with severe retardation, 80% have other disabilities such as Down syndrome, Crowzon, organic brain, epilepsy and PCI, 100% was a laparoscopic duration of  $29 \pm 13$  minutes, with hospital stay of 1 day in 90% of cases, with a complication rate very relevant. **Discussion:** It is considered that laparoscopic surgical sterilization is a family planning method suitable for patients with mental disabilities such moderate and severe mental retardation, recalling that there is a mandatory procedure but a possibility.

**Keywords:** laparoscopic surgical sterilization, adolescents, limited capabilities.

## **INTRODUCCIÓN**

La sexualidad humana es una compleja realidad que no ha de ser identificada con su significado procreador, el cual representa sólo una de sus distintas y complementarias dimensiones. Reducir la sexualidad a su función biológica equivale a asimilar el comportamiento humano con el comportamiento animal, instintivo y guiado por el principio de necesidad. Por el contrario, el ser humano se conduce sexualmente de modo libre y responsable. Por ello, la procreación, como aspecto sobresaliente de la sexualidad humana, no debe ser un ejercicio instintivo; apoyadas en la razón y en el querer, la maternidad y la paternidad han de ser ejercidas libre y responsablemente. Resulta evidente que la sexualidad no es un elemento marginal sino un principio constitutivo de la persona. En consecuencia, negar la sexualidad a las personas con capacidades limitadas es negar su condición de personas. La persona con capacidad limitada tiene que manifestar todas las dimensiones de su ser, entre ellas la sexualidad; y ha de hacerlo en plenitud, con las únicas limitaciones derivadas de sus carencias, una de las cuales puede ser la imposibilidad de asumir las consecuencias de la procreación: la maternidad o paternidad. <sup>(1)</sup>

### **Planteamiento y Delimitación del Problema**

La esterilización quirúrgica (EQ) es la eliminación de la fertilidad mediante el uso de algún tipo de cirugía, procedimiento invasivo o mínimamente invasivo del tracto reproductivo femenino (trompas de Falopio). En cualquiera de sus formas se considera un procedimiento irreversible que conduce a la infertilidad definitiva o esterilidad. <sup>(2)</sup> El mecanismo de acción de este procedimiento es a través del bloqueo de las trompas de Falopio que impide que los espermatozoides se unan con el óvulo, y por consiguiente se previene la fertilización. <sup>(3)</sup>

La enfermedad mental, congénita o adquirida, afecta de diferentes maneras el desarrollo de las personas y su integración a la sociedad. De especial relevancia son los efectos que ésta puede tener sobre la autonomía, aprendizaje, capacidad para establecer relaciones afectivas y sociales sanas, ejercer la sexualidad, la relación en pareja, la maternidad y el cuidado de los hijos con la

responsabilidad que ellas implican. Muchas adolescentes con retraso mental leve a moderado permanecen en sus casas y se educan en clases especiales dentro del sistema escolar convencional, otras con trastornos severos permanecen en instituciones y algunas de ellas son capacitadas en diversas habilidades para que puedan funcionar como integrantes productivos de la sociedad. Aspectos importantes para los padres y para quienes cuidan a estas adolescentes, lo constituyen la higiene y manejo de sus períodos menstruales, prevención de embarazo no deseado, infecciones de transmisión sexual y abuso sexual. Al llegar la pubertad, la familia se preocupa respecto a las posibles consecuencias de la sexualidad en general y de la procreación en particular atribuyéndole a la adolescente una falta de capacidad para tomar decisiones adecuadas en estos aspectos. La preocupación familiar incluye además al recién nacido, en términos de herencia de la discapacidad, así como quedar expuesto a una responsabilidad insuficiente de sus padres para hacerse cargo de él, o convertirse en una carga adicional para la familia. <sup>(4-7)</sup>

¿ La esterilización quirúrgica laparoscópica es el tratamiento indicado para la planificación familiar en las adolescentes femeninas con capacidades limitadas ?

Delimitación del estudio: pacientes adolescentes con capacidades limitadas que acudan a la consulta externa de cirugía pediátrica, en el Hospital Pediátrico Dr. Elías Toro, ubicado en Catia, perteneciente al IVSS-Venezuela, durante el período octubre 2011 – octubre 2012.

Admitir las relaciones afectivas y sexuales, que enriquecen y humanizan a la persona con capacidad limitada, e impedir la procreación irresponsable parece la opción más acertada. Entre los diversos métodos anticonceptivos (naturales, mecánicos, químicos, hormonales, quirúrgicos) se halla la esterilización. No se alude la esterilización coactiva, impuesta contra la voluntad del sujeto esterilizado, ni tampoco a esterilizaciones masivas o indiscriminadas, fruto de políticas sociales, demográficas o eugenésicas. Ambas modalidades resultan reprobables y atentan contra el haz de principios que fundamentan toda actuación respecto de las personas con capacidades limitadas en los ámbitos ético y jurídico: la dignidad, la libertad, la igualdad y la protección. En cambio, sí parece moral y

jurídicamente aceptable la esterilización de la persona con capacidad limitada por causa psíquica como modo personal de anticoncepción. <sup>(1, 8)</sup>

### **Justificación e Importancia**

La anticoncepción tubárica, procedimiento en principio irreversible, es sin embargo potencialmente factible de reversión; pero las posibilidades de un embarazo intrauterino posterior a la restitución son extremadamente variables, por cuanto está comprometida toda una gama de factores que participan en el éxito final de la intervención. Las intervenciones en las trompas para esterilización no están concebidas para ser reversibles. En general, los métodos esterilizantes más eficaces son asimismo los que tienen menor probabilidad de ser revertidos en caso que la mujer desee recuperar la fertilidad. Cuando es factible la recanalización, puede realizarse mediante técnicas convencionales o microquirúrgicas. Estas últimas brindan mejores resultados. Incluso cuando se logra la reconstrucción quirúrgica, ello no garantiza que pueda lograrse un embarazo de término. Debe notarse que todos los procedimientos de recanalización son técnicamente más complejos, más costosos y menos exitosos que las intervenciones de esterilización. <sup>(9, 10)</sup>

La EQ laparoscópica está indicada en pacientes especiales porque a pesar de tener los mismos derechos humanos que cualquier otra persona no se encuentran en capacidad para tomar la responsabilidad de ser madres.

### **Antecedentes**

La cirugía laparoscópica en Pediatría comienza en 1969 cuando Stephen Gans, un cirujano pediatra de Los Ángeles viaja a Tuttlingen, Alemania, sede de Storz endoscopy Company, para diseñar los instrumentos pediátricos. El Dr. Gans posteriormente publica en *Journal of Pediatric Surgery* en 1971, *Advances in endoscopy of infants and children* y en 1973 *Peritoneoscopy in infants and children*. Sin embargo, la mayoría de estos procedimientos eran únicamente diagnósticos o con limitada manipulación intracavitaria. Es hasta en 1980 cuando un ginecólogo alemán, Kurt Semm, realiza la primera apendicectomía y en 1985, también en Alemania, el cirujano general Erich Muhe realiza la primera colecistectomía; estos procedimientos se extrapolaron a Pediatría hasta 1991

cuando Holcomb y colaboradores realizaron las primeras colecistectomías y Lobe y colaboradores las primeras apendicectomías. Actualmente son múltiples los procedimientos quirúrgicos que se realizan con esta técnica, desde pieloplastías hasta corrección de atresia esofágica y cada mes aparecen más publicaciones de procedimientos cada vez más complejos, de tal manera que la cirugía laparoscópica ya está establecida en el tratamiento de varias patologías quirúrgicas pediátricas como un procedimiento seguro y eficaz. <sup>(11-13)</sup>

La principal ventaja de estas técnicas quirúrgicas es derivada de la menor agresión que sufre el niño y que permiten una mejor y más pronta recuperación. Además con frecuencia aportan un mejor campo quirúrgico y una visión más completa del área operatoria, que permite una exploración adicional de la cavidad abdominal que nunca se podrá lograr por una incisión clásica. <sup>(14)</sup> La laparoscopia se conocen como 'cirugía mínimamente invasiva', que provoca un grado de dolor menor, evita grandes cicatrices, tiene una tasa mas baja de infecciones, menor estadía intrahospitalaria y menos adherencias postoperatorias. <sup>(15)</sup> En general no aportan riesgo añadido sobre las técnicas convencionales sino las derivadas de la necesidad de introducir una cantidad variable de gas a presión en la cavidad abordada. <sup>(13, 14, 16)</sup>

1994, Sánchez de la Cruz y colaboradores publican en la revista de obstetricia y ginecología un artículo sobre Anticoncepción definitiva en adolescentes con retardo mental, donde se realizó esterilización quirúrgica convencional en 20 adolescentes con retardo mental, con edades comprendidas entre 12 y 19 años, en un período de 8 años, con seguimiento postoperatorio de 1 a 6 años, obteniendo resultados favorables que estimulan a recomendar el empleo de este tratamiento a mujeres con iguales condiciones. <sup>(17)</sup>

### **Marco Teórico**

La EQ se viene practicando desde el siglo pasado, cuando Blundell, en 1823, en Londres, propone la salpingectomía durante la cesárea para evitar la necesidad de una nueva cesárea; sin embargo, no fue sino hasta 1881, cuando Samuel Lungren publica su experiencia. Madlener, en 1910, en Alemania, propone su técnica, pero debido a la alta tasa de fracasos es sustituida por la

técnica que realizaba Ralf Pomeroy, que fue dada a conocer por los asociados de éste en 1929, a los 4 años de su muerte. Frederick Irving, en 1924, describe la técnica que lleva su nombre y Ushida, en 1946, describe una nueva técnica. La vía vaginal fue descrita por primera vez por Dührssen, en 1895, en Alemania. El uso de sistemas ópticos especiales es más reciente y, aunque la técnica abdominal conocida como “Laparoscopia” fue descrita por Jacobaeus en 1910, no fue sino hasta 1937, cuando Anderson la propuso como método de EQ. <sup>(18)</sup>

### Anatomía de las Trompas Uterinas

Las trompas uterinas son dos conductos que se extienden a lo largo del borde superior de los ligamentos anchos del útero, desde los cuernos hasta la superficie del ovario; su longitud es de 10 a 14cms, se divide en cuatro partes o segmentos de medial a lateral: porción uterina, istmo, ampolla e infundíbulo. <sup>(19, 20)</sup>

La superficie interna de la trompa uterina es de color rosado, esta recorrida en toda su longitud por pliegues mucosos alargados paralelamente a la dirección del conducto. Estructuralmente está compuesta por cuatro capas superpuestas de superficie a profundidad de la siguiente manera: una capa serosa peritoneal; una capa subserosa conjuntiva, en la cual discurren las principales ramificaciones vasculares y nerviosas; una capa muscular, que comprende una capa externa de fibras longitudinales y otra interna de fibras circulares, y; una capa mucosa, que forma los pliegues que recubren la superficie interna de la trompa uterina. <sup>(19, 20)</sup>

Las arterias de la trompa uterina proceden del arco arterial formado por el mesosalpinx por la rama tubárica lateral, rama de la arteria ovárica y por la rama tubárica, rama de la arteria uterina, anastomosadas entre sí. Las venas son numerosas y siguen un trayecto semejante al de las arterias, vertiendo en las venas ováricas y uterinas. Los vasos linfáticos se unen a los colectores linfáticos del ovario, ascendiendo con ellos a lo largo de los vasos ováricos y desembocando en su mayor parte en los nódulos linfáticos aórticos laterales. Los nervios acompañan a los vasos, proceden del plexo intermesentérico por medio del plexo ovárico y del plexo hipogástrico inferior por medio del plexo uterovaginal. <sup>(19, 20)</sup>

Actualmente, la EQ es el método anticonceptivo más usado en el mundo y cada día más aceptado por mujeres jóvenes (Church and Geller, 1990). Sin lugar a dudas el desarrollo de los procedimientos por vía endoscópica, ha hecho que se haya popularizado el método con mucha rapidez. <sup>(18, 21, 22)</sup>

Entre las ventajas que ofrece la EQ sobre los otros métodos anticonceptivos están las que se enumeran a continuación:

1. Es una intervención quirúrgica segura, con una baja incidencia de complicaciones fatales. Además, el riesgo es una sola vez cuando la paciente se opera y no es constante como ocurre con la pastilla, el dispositivo intrauterino, etc.
2. Es el método ideal para aquellas parejas que no desean más hijos, en razón de que es uno de los métodos más efectivos.
3. Es un procedimiento que se realiza una sola vez, por tanto, no requiere de una motivación sostenida, de controles médicos periódicos, ni de gastos en la adquisición de productos anticonceptivos, aunque requiere de una erogación importante o considerable para el momento de practicar el procedimiento.
4. La efectividad de su costo es máxima, porque es amortizado por el resto de los años de vida fértil. Por otra parte, con el resurgimiento de la cirugía laparoscópica y los procedimientos ambulatorios, se puede aumentar su seguridad y disminuir el costo para hacerlo más accesible a la población de bajos recursos.
5. Se puede realizar en el puerperio inmediato o al momento de la resolución del embarazo sin incrementar, en forma significativa, la morbilidad ni los costos.
6. Entre otras ventajas se encuentra el no tener efectos colaterales importantes, no hay nada que comprar, ni recordar para tomar, no interfiere con la espontaneidad del deseo sexual, no afecta la lactancia materna y ayuda a proteger contra el cáncer de ovario. <sup>(18, 23)</sup>

Entre las desventajas de la EQ están las que se enumeran a continuación:

1. Es un procedimiento que se debe considerar irreversible y aunque se han desarrollado mejores técnicas para recanalizar las trompas, estas operaciones son muy laboriosas, costosas y no aseguran un nuevo embarazo. La alternativa de las técnicas de reproducción asistida es aun más costosa y con una incidencia menor de éxitos.

2. Por ser un método quirúrgico necesita de una infraestructura hospitalaria especializada, es costoso y, aunque su relación costo/beneficio es excelente, muchas mujeres no disponen del dinero para realizarlo; además, no está exento de las complicaciones de cualquier intervención.
3. Aunque la tasa de fracasos es muy baja, no es una técnica 100% efectiva como la mayoría de las pacientes piensan.
4. No protege contra las infecciones de transmisión sexual, como lo hacen algunos métodos anticonceptivos. <sup>(18, 21, 22)</sup>

Las recomendaciones para la esterilización quirúrgica según la cuarta edición de los criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos según la OMS se definen según las cuatro categorías siguientes:

A (Aceptar) = No hay razones médicas para negar la esterilización a una persona en condiciones para realizar el procedimiento.

C (Cuidado) = El procedimiento normalmente se realiza como rutina, pero con preparación y precauciones adicionales.

R (Retrasar) = El procedimiento debe retrasarse hasta que la condición física del los pacientes sean evaluada y/o corregida. Deben proveerse métodos temporales alternativos de anticoncepción.

E (Especial) = El procedimiento debe llevarse a cabo en lugares que cuenten con cirujanos/as y personal experimentados, y el equipo necesario para proveer anestesia general y demás apoyo médico de respaldo. Estas condiciones requieren además la capacidad de decidir sobre el procedimiento más apropiado y el régimen de anestesia. Se deben ofrecer métodos temporales alternos de anticoncepción, si es necesario referir al paciente o si hay cualquier otro retraso.

(24)

Los criterios médicos de elegibilidad tratan el uso de anticonceptivos en personas con trastornos médicos específicos. Además, la provisión de anticonceptivos a las personas con necesidades especiales requiere una mayor consideración. Los individuos con una discapacidad psíquica representan ese grupo. Las decisiones sobre una anticoncepción apropiada deben tener en cuenta la naturaleza de la discapacidad, los deseos expresos de la persona y la naturaleza del método. Las decisiones se deben basar en una elección informada.

De manera similar, deben tomarse consideraciones especiales para las personas con discapacidad mental o con enfermedades psiquiátricas graves. Cuando la naturaleza de la condición no permite una elección informada, los anticonceptivos se deben proporcionar sólo después de una discusión exhaustiva con todas las partes, incluidos los tutores o personas a cargo. Los derechos reproductivos del individuo se deben considerar en cualquiera de estas decisiones. <sup>(24)</sup>

Se podría resumir diciendo que siempre que sea posible y el equipo quirúrgico esté adiestrado, deben cuando menos, ser consideradas como alternativa quirúrgica. <sup>(14)</sup>

Es importante explicar a los padres las ventajas, riesgos y complicaciones de las técnicas laparoscópicas y convencionales para decidir conjuntamente el procedimiento más adecuado para el niño. <sup>(14)</sup>

Complicaciones de la esterilización laparoscópica; rara vez ocurren complicaciones en la esterilización laparoscópica. Las graves como las infecciones, las lesiones del intestino, sangrado, quemaduras o complicaciones de la anestesia, ocurren en aproximadamente 1 de cada 1.000 mujeres que se operan. <sup>(13, 25)</sup>

Las tasas de complicaciones son bajas y esto se debe principalmente al dominio de la técnica, la experiencia acumulada por el equipo médico y a la metodología empleada en la cirugía. Las cirugías, en general, son bien regladas y durante su realización no hay que saltarse etapas, de esta forma se minimizan los riesgos de complicaciones. <sup>(9, 15)</sup>

La complicación que ocurre más frecuentemente en cualquier operación es la hemorragia interna. A veces el sangrado puede controlarse mediante laparoscopia; sino se puede requerir cirugía abierta para controlar el sangrado. <sup>(9)</sup>

El intestino o la vejiga pueden lesionarse durante la operación. En la mayoría de los casos, estas lesiones se detectan en seguida y pueden repararse. La mayoría de tales lesiones sanan sin problema. En ocasiones una lesión a la

vejiga o al intestino puede no verse en el momento del procedimiento, pero aparece después. La reparación requiere otra cirugía. <sup>(9)</sup>

Aunque raro, las quemaduras de piel o intestino pueden requerir cirugía mayor. El embarazo ectópico ocurre más a menudo en mujeres que han sido esterilizadas. Puede romper la trompa y provocar hemorragia abdominal que puede requerir cirugía de urgencia. <sup>(25)</sup>

## **Objetivo General**

Evaluar el procedimiento de esterilización quirúrgica laparoscópica en adolescentes femeninas con capacidades limitadas, en el Hospital Pediátrico Dr. Elías Toro, en el periodo comprendido octubre 2011 - octubre 2012

## **Objetivos Específicos**

1.- Determinar el tipo de capacidades limitadas de las adolescentes femeninas a realizarse la esterilización quirúrgica laparoscópica.

2.- Calcular tiempo quirúrgico del procedimiento.

3.- Evaluar el período postoperatorio de las adolescentes femeninas con esterilización quirúrgica.

4.- Evaluar las complicaciones postoperatorias de las adolescentes femeninas con esterilización quirúrgica.

5.-Determinar el período de estancia intrahospitalaria de las adolescentes femeninas con esterilización quirúrgica.

## **Hipótesis**

Si la esterilización quirúrgica laparoscópica es una técnica utilizada en la planificación familiar de la población femenina fértil en general, ésta podría ser utilizada como método anticonceptivo efectivo en pacientes femeninas con capacidades limitadas.

## **Aspectos Éticos**

Estos pacientes adolescentes por sus capacidades limitadas no pueden ejercer el principio ético de Autonomía, por lo cual éste será ejercido por sus representantes. Con este método se les proporciona un beneficio al grupo familiar para evitar embarazos no deseados.

Como todo procedimiento quirúrgico, este conlleva riesgos de complicaciones los cuales son explicados detalladamente a los padres presentándoseles un consentimiento informado para su aprobación.

## **MÉTODOS.**

### **Tipo de Estudio**

Se realizó un estudio clínico, experimental, prospectivo y longitudinal, donde se incluyó pacientes adolescentes femeninas, que acudieron a la consulta externa de cirugía pediátrica, en el Hospital Pediátrico Dr. Elías Toro, ubicado en Catia, perteneciente al IVSS-Venezuela, durante el período octubre 2011 – octubre 2012.

### **Población y Muestra**

El universo de este estudio está representado por todas las adolescentes femeninas que acudieron a la consulta externa de Cirugía Pediátrica.

La muestra fue no probabilística intencional, que está conformada por las adolescentes femeninas con capacidades limitadas, en el Hospital Pediátrico Dr. Elías Toro, ubicado en Catia, perteneciente al IVSS-Venezuela, durante el período octubre 2011 – octubre 2012, referidas por ginecología infantojuvenil, psiquiatría, psicología e instituciones especiales que cumplieron los criterios de inclusión:

#### **Criterio de Inclusión**

- Adolescente femenina que no haya tenido cirugía abdominal previa
- Pacientes especiales con valoración psicológica ó psiquiátrica actualizada que den fe de la condición mental de la paciente
- Informe de trabajo social y LOPNNA
- Consentimiento informado.

#### **Criterios de Exclusión**

- Adolescentes con cirugías abdominales previas
- Cirugías vaginales de cualquier índole
- Infecciones vaginales
- Malformaciones ano-rectales
- Condición mental limítrofe que con educación adecuada pueda tener una actividad reproductiva adecuada

- Enfermedad pélvica inflamatoria actual o reciente
- Toda condición metabólica que aumente el riesgo quirúrgico.

## **Procedimiento**

### **Técnica Laparoscópica para Esterilización Quirúrgica**

La paciente debe estar en ayuno y haber ingerido un laxante el día anterior para tener los intestinos vacíos y así poder permitir una mejor visualización de la pelvis. La paciente es preparada con sondaje vesical previa antisepsia y posición decúbito dorsal. Se colocan campos estériles abiertos. Se realiza abordaje transumbilical o infraumbilical a través de técnica abierta para colocar trócar de 10 mm, inducción del neumoperitoneo, en condiciones ideales, la insuflación se hace con un insuflador automático que provee un flujo de 3 a 4 L/min, el neumoperitoneo ideal se logra con 3 ó 4 litros en cavidad; luego se introduce el sistema óptico. <sup>(18)</sup>

Una vez en la cavidad, se procede a realizar una panendoscopia, visualizando las diferentes estructuras abdominales, se colocan bajo visión directa 2 trócar de 5 mm en fosa ilíaca bilateral, luego se coloca a la paciente en posición de Trendelenburg para que las asas intestinales dejen la pelvis libre. Se procede a identificar las diferentes estructuras del aparato genital femenino, con la finalidad de diferenciar el ligamento redondo de la trompa y del ligamento úteroovárico. Esta identificación es importante porque una de las causas de falla del método es la realización del procedimiento en una estructura anatómica equivocada. Además, permite apreciar el estado de la trompa y escoger el lugar con menor vascularización. Se realiza electrocoagulación: El principio de esterilización con esta técnica se basa en la capacidad que tienen los electrones generados por una unidad electroquirúrgica de ser concentrados en un lugar, aumentando drásticamente el calor en el tejido con lo cual se diseca hasta llegar a un máximo de resistencia en el que no hay más flujo de corriente. Resección de 1/3 medio de ambas trompas. <sup>(18)</sup>

## **Tratamiento Estadístico Adecuado**

- Análisis descriptivo:
  - Distribución de frecuencias absolutas y porcentuales
  - Tablas de contingencia de doble entrada
- Análisis gráfico:
  - Diagramas de sectores
  - Gráficos de dispersión
  - Histogramas de frecuencias
  - Gráficos de barra
  - Polígonos de frecuencia
- Análisis de significación
  - Diferencia de medias
  - Diferencia de proporciones

Todos los contrastes de hipótesis se realizaron con un  $\alpha = 0,05$  es decir una confianza del 95%. Los contrastes serán significativos cuando  $p < 0,05$ .

## **Recursos Humanos y Materiales**

### **Equipo**

- Cámara de video
- Monitor de video
- Fuente de luz xenón
- Insuflador de gas (CO<sub>2</sub>).

### **Instrumental**

- Óptica de 10 mm
- Trócar (5-10 mm)
- Pinzas de Laparoscopia
- Hemo-lock (5-10 mm)
- Electrocauterio
- Mango de Bisturí
- Pinzas de Halsted
- Pinzas de Adson
- Tijera de Metzenbaum

- Tijera de Mayo
- Portaagujas.

### **Material**

- Suturas poliglactina 910 0, poliglactina 910 de bajo peso molecular 0000, nylon 0000, polipropileno 0000, Poliglecaptoprona 25 000
- Yodo polivinilpirrolidona ó Bromuro de lauril dimetil bencil amonio al 10%
- Adhesivo ó Tegaderm.

### **Presupuesto de Gasto y Financiamiento**

El presupuesto de gasto es muy variable en vista de que se realizó un financiamiento mixto a cargo del autor del proyecto y recursos materiales aportados por el hospital sede de estudio.

### **Cronograma de Actividades**

<b>Recolección de Datos y Revisión de Bibliografía</b>	<b>Procedimiento Quirúrgico</b>	<b>Análisis Estadístico</b>
Enero 2011-Agosto 2011	Octubre 2011-Octubre 2012	Octubre 2012- Noviembre 2012

## RESULTADOS

Obtenidas las evaluaciones por el equipo multidisciplinario (pediatría, genética, psicología, psiquiatría, ginecología infanto-juvenil, endocrinología, neurología, entre otros), el informe de trabajo social, el consentimiento informado y los exámenes preoperatorios específicos, se procedió a realizar la esterilización quirúrgica laparoscópica en 10 adolescentes femeninas con capacidades limitadas, con edades comprendidas entre 12 y 17 años, con una edad promedio de 15 años, que acudieron a la consulta de Cirugía Pediátrica en el Hospital Pediátrico Dr. Elías Toro, en el periodo comprendido octubre 2011 - octubre 2012.

El grupo de adolescentes con Retardo mental moderado + Síndrome de Down constituyó la mayor proporción de procedimientos practicados (40%), seguido por, 20% Retardo mental moderado, el 10% Retardo mental moderado + Epilepsia sintomática, 10% Retardo mental moderado + Síndrome mental orgánico y 10% Retardo mental severo +Parálisis cerebral infantil (cuadro 1); de acuerdo a la discapacidad psíquica el 90% presentó Retardo mental moderado y el 10% retardo mental severo y (cuadro 2), de éstos, en 80% se identificó discapacidades asociadas (cuadro 3).

El 100% de los procedimientos realizados fue a través de abordaje laparoscópico (cuadro 4) con un tiempo de  $29 \pm 13$  minutos en general (cuadro 5), con estadía intrahospitalaria de 1 día en el 90% y 2 días el 10% (cuadro 6); sólo el 10% presentó complicaciones transoperatorias (tumor de ovario izquierdo) (cuadro7). La evolución durante el tiempo postoperatorio y la recuperación fueron satisfactorias en un 100% (cuadro 8 y 9).

## DISCUSIÓN

La esterilización quirúrgica laparoscópica es una opción en pacientes especiales. La persona con capacidad limitada tiene que manifestar todas las dimensiones de su ser como la sexualidad; y ha de hacerlo en plenitud, con las únicas limitaciones derivadas de sus carencias, una de las cuales puede ser la imposibilidad de asumir la maternidad.

En este estudio, se tomó en cuenta el tipo de discapacidad que presentan estas adolescentes sobre todo desde el punto de vista psíquico, en vista que basados en la clasificación se decide el tipo de método anticonceptivo ideal para cada paciente; además que se debe mantener una educación sexual continua para evitar otras patologías como infecciones de transmisión sexual.

El procedimiento utilizado durante la investigación fue vía laparoscopia en su totalidad, en vista de las ventajas que presentan estas técnicas quirúrgicas como lo es menor agresión que sufre la adolescente, que permiten una mejor y más pronta recuperación; mejor campo quirúrgico y visión más completa del área operatoria, que permite una exploración adicional de la cavidad abdominal que nunca se podrá lograr por una incisión clásica. Este procedimiento se realizó en un tiempo relativamente corto con respecto al procedimiento convencional con una estadía intrahospitalaria mínima inclusive pudiéndose comparar con una intervención de tipo ambulatoria.

Se realizó un seguimiento postoperatorio de mínimo 2 meses evidenciando una recuperación satisfactoria, sin ninguna alteración de la menstruación ni síntomas del síndrome postligadura tubárica, creemos al igual que Sánchez de la Cruz y colaboradores,<sup>(17)</sup> que no existen cambios hormonales ni funcionales posterior a la esterilización quirúrgica laparoscópica.

No se presentó ninguna dificultad en el procedimiento, a pesar que se evidenció un hallazgo casual (tumor quístico de ovario izquierdo) en una adolescente en el periodo transoperatorio se pudo resolver de manera laparoscópica, sin accidentes ni complicaciones.

Se debe tener presente que el embarazo en adolescentes es un problema actual de la salud pública y, por lo tanto, las adolescentes con capacidades limitadas representan un grupo con elevada susceptibilidad debido a los embarazos no deseados por abuso sexual.

En resumen podemos acordar que la esterilización quirúrgica laparoscópica en adolescentes femeninas con capacidades limitadas es un método anticonceptivo para la planificación familiar sobre todo para las pacientes con discapacidad psíquica tipo retardo mental moderado y severo, realizándose previa evaluación por equipo multidisciplinario y en acuerdo con representantes a través de vía laparoscópica en un tiempo corto, con una estadía intrahospitalaria mínima y con una tasa de complicaciones en nuestra investigación no relevante.

## Conclusiones

Al culminar este trabajo de investigación se puede concluir primero y principal que todo adolescente con capacidades limitadas debe mantener un control estricto por un equipo multidisciplinario (pediatría, genética, psicología, psiquiatría, ginecología infanto-juvenil, endocrinología, neurología, entre otros).

Admitir las relaciones afectivas y sexuales, que enriquecen y humanizan a la persona con capacidad limitada, e impedir la procreación irresponsable parece la opción más acertada.

Se debe clasificar el tipo de discapacidad psíquica para decidir el tipo de orientación y método anticonceptivo más adecuado.

La esterilización de las personas con discapacidad psíquica no representa una obligación sino una posibilidad.

Para optar por realizar esterilización quirúrgica estas pacientes deben pertenecer a las categorías de retardo mental moderado y severo.

La esterilización quirúrgica laparoscópica es el tratamiento indicado para la planificación familiar en las adolescentes femeninas con capacidades limitadas

La esterilización quirúrgica laparoscópica es la vía más adecuada para estas adolescentes porque se realiza en un tiempo corto, con una estadía intrahospitalaria mínima y una recuperación casi inmediata.

Se puede realizar con este procedimiento una panendoscopia evidenciando otros hallazgos.

El procedimiento reportó una tasa de complicaciones no relevante para la investigación.

## **Recomendaciones**

Al finalizar esta investigación se considera que la esterilización quirúrgica laparoscópica es un método de planificación familiar adecuado para pacientes con discapacidad psíquica tipo retardo mental moderado y severo

Las adolescentes con capacidades limitadas deben permanecer en control periódico por equipo multidisciplinario

Mejorar la educación sexual en adolescentes con capacidades limitadas, en vista de que este procedimiento no protege contra la infecciones de transmisión sexual.

En pacientes con discapacidad psíquica tipo retardo mental leve se debe optar por educación sexual y otros métodos anticonceptivos hasta cumplir la mayoría de edad y tendrán la potestad de decidir sobre la realización de Esterilización.

El personal que realice la Esterilización Quirúrgica debe conocer la técnica y tener la experiencia para realizar dicho procedimiento.

El procedimiento debe llevarse a cabo en el lugar adecuado con una infraestructura hospitalaria especializada

## **AGRADECIMIENTOS**

Agradezco a mi tutor Dr. Guillermo Flores y a mis asesores Dr. Jesús Vera y Dr. Tung Hung por su apoyo al brindarme la asistencia técnica para realizar este Trabajo de Grado

Agradezco a la institución IVSS Hospital Pediátrico “Dr. Elías Toro” por su apoyo material y financiero.

Agradezco al personal de todos los servicios del Hospital Pediátrico “Dr. Elías Toro” en especial al servicio de Cirugía, Genética, Psiquiatría, Psicología y Ginecología Infanto-juvenil por su incondicional apoyo para la realización de esta investigación.

## REFERENCIAS

- 1.- Seoane RJ, editor. Aspectos éticos y jurídicos de la esterilización de personas con discapacidad psíquica [Internet]. Madrid: Fundación Paideia; 2000 [citado 04 de abril 2010]. Disponible en: [http://www.feaps.org/biblioteca/sexualidad\\_ydi/25\\_aspectoseticos.pdf](http://www.feaps.org/biblioteca/sexualidad_ydi/25_aspectoseticos.pdf).
- 2.- Ginecoweb [Internet]. Venezuela: Anticoncepción; c2005-2011 [actualizado 2011; citado 05 abril 2010]. Disponible en: <http://www.ginecoweb.com/Oeq.html>.
- 3.- Fhi.org [Internet]. Chicago: Fhi.org; c2011 [actualizado 2013; citado mayo 2012]. Salud reproductiva-Esterilización Femenina. Disponible en: [http://www.fhi.org/sp/rh/faqs/female\\_steril\\_faq.htm](http://www.fhi.org/sp/rh/faqs/female_steril_faq.htm).
- 4.- Varas J. Adolescente con discapacidad psíquica: Salud sexual y reproductiva. Rev Obstet y Ginecol Hosp Santiago Oriente Dr. Luis Tisné Brousse [Internet]. 2010 [citado 04 abril 2010]; 5(2): [alrededor de 6 p]. Disponible en: [http://www.revistaobggin.cl/files/pdf/v05\\_n2\\_100.pdf](http://www.revistaobggin.cl/files/pdf/v05_n2_100.pdf).
- 5.- Navarro Y. Aspectos éticos y jurídicos de la sexualidad de la personas con discapacidad intelectual. Rev Psicología Científica [Internet]. 28 enero 2010 [citado 20 abril 2010]; 12(2): [alrededor de 7p]. Disponible en: [http://www.psicologiacientifica.com/bv/\\_psicologia-429-1-aspectos-eticos-y-juridicos-de-la-sexualidad-de-la-personas-con-discapacidad-intelectual.html](http://www.psicologiacientifica.com/bv/_psicologia-429-1-aspectos-eticos-y-juridicos-de-la-sexualidad-de-la-personas-con-discapacidad-intelectual.html).
- 6.- David GE. Psiquiatría Clínica. 1era ed. Madrid: McGraw-Hill; 2000.
- 7.- Gómez RC, Hernández BY, Rojas UA, Santacruz OH, Uribe RM. Psiquiatría Clínica. 3era ed. Bogotá: Editorial Médica Panamericana; 2008.
- 8.- Down21.org [Internet]. España: Fundación Iberoamericana Down 21, Medios de control de natalidad; c2013 [actualizado 2013; citado febrero 2012]. Disponible en: [http://www.down21.org/educ\\_psc/sexualidad/anticoncepcion.htm](http://www.down21.org/educ_psc/sexualidad/anticoncepcion.htm).
- 9.- Keckstein J, Hucke J. Cirugía Laparoscópica en Ginecología. 1era ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2003.
- 10.- SusMedicos.com [Internet]. Colombia: SusMedicos.com; c2001-2012 [actualizado 2012; citado febrero 2012]. Esterilización Tubárica por Laparoscopia; [alrededor 1 pantalla]. Disponible en: [http://www.susmedicos.com/ant\\_esterilizacion\\_laparoscopia.htm](http://www.susmedicos.com/ant_esterilizacion_laparoscopia.htm).
- 11.- Lizardo BJ, Mendoza JC, Blanco G. Cirugía Laparoscópica: Descripción de los primeros pacientes pediátricos. Rev Med Hond [Internet]. 2002 [citado agosto 2010]; 70(2): [alrededor 5 p]. Disponible en: <http://www.bvs.hn/RMH/pdf/2002/pdf/vol70-3-2002-2.pdf>.

- 12.- Zucker K. Cirugía Laparoscópica. En: Zucker K, editor. Laparoscopia diagnóstica y terapéutica en el paciente pediátrico. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2003. p. 743-748.
- 13.- Bax K, Georgeson KE, Rotehenberg SS, Valla JS, Yeung CK. Cirugía Endoscópica en Infantes y Niños. En: Bax K, editor. ¿Por qué la Cirugía Endoscópica?. Berlin: Amolca; 2011. p. 1-6.
- 14.- Saludinfantil.com [Internet]. España: Saludinfantil.com; c2001-2012 [actualizado 2012; citado enero 2012]. Cirugía Laparoscópica en Niños; [alrededor de 2 pantallas]. Disponible en: <http://www.saludinfantil.com/laparoscopia.htm>.
- 15.- Ciuffardi CI, Laparoscopia Quirúrgica Ginecológica [Internet]. Francia: IMC centro de reproductibilidad y medicina reproductiva; 2010 [citado en marzo 2012]. Disponible en: [http://laparoscopiaginecologica.cl/?page\\_id=16](http://laparoscopiaginecologica.cl/?page_id=16).
- 16.- Zinner M, y Stanley A. Maingot Operaciones Abdominales. En: Haralson VA, Hunter JG, editores. Fundamentos de la intervención quirúrgica laparoscópica. D. F. México: McGraw-Hill; 2007. p. 1099-1112.
- 17.- Sánchez B, Perera A, Nieto A, de Córdoba A, Soto J. Anticoncepción definitiva en adolescentes con retardo mental. Rev Obstet Ginecol Venez. 1994; 54(2): 89-91.
- 18.- Fertilab.net [Internet]. Venezuela: Unidad de reproducción humana en Venezuela; c2005 [actualizado en 2013; citado septiembre 2010]. Esterilización Quirúrgica Femenina; [alrededor de 2 pantallas]. Disponible en: [http://www.fertilab.net/ma/me\\_11.pdf](http://www.fertilab.net/ma/me_11.pdf).
- 19.- Rouvière H, Delmas A. Anatomía Humana. En: Rouvière H, Delmas A, editores. Órganos genitales femeninos. Barcelona: Masson; 2005. p. 634-638.
- 20.- Latarjet M, Ruiz A. Anatomía Humana. En: Latarjet M, Ruiz A, editores. Sistema genital femenino. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 2004. p. 1736-1739.
- 21.- Berek JS. Ginecología de Novak. 14ta ed. Madrid: McGraw-Hill; 2008.
- 22.- González MJ, González BJ, González BE. Ginecología. 8va ed. Madrid: Masson; 2003.
- 23.- Hatcher RA, Rinehart W, Blackburn R, Geller JS, Shelton JD. Lo esencial de la tecnología Anticonceptiva. 1era ed. EE.UU.: Editorial Programa de información en Población. Centro para Programas de Comunicación. Facultad de Salud Pública. Universidad Johns Hopkins; 1999.
- 24.- Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos [Internet]. Actualización 2008, según la OMS [actualizado 2009; citado septiembre

2010] Disponible en:  
[http://whqlibdoc.who.int/hq/2009/WHO\\_RHR\\_08.19\\_spa.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2009/WHO_RHR_08.19_spa.pdf).

- 25.- Acog.org [Internet]. Washington: Congreso Americano de Obstetricia y Ginecología; c2005 [actualizado 2012; citado enero 2012]. Esterilización por Laparoscopia. Disponible en:  
[http://www.acog.org/publications/patient\\_education/sp035.cfm](http://www.acog.org/publications/patient_education/sp035.cfm).

## ANEXOS

### Operacionalización de Variables

#### Dependientes

Dimensión	Indicadores	Escala
Patología Especial	Discapacidad Psicológica	Leve Moderada Severa
	Discapacidad Psiquiátrica	Trastornos Psicóticos Trastornos de Conducta Trastornos de Personalidad
	Alteración Genética	Alteraciones Cromosómicas
Tiempo Quirúrgico	Duración	< 30 minutos 30-60 minutos >60 minutos
Recuperación	Período Postoperatorio	No complicado Complicaciones: Inmediatas Mediatas Tardías

#### Independientes

Dimensión	Indicadores	Escala
Técnica Quirúrgica	Abordaje	Convencional (Abierto) Laparoscópico

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

Usted tiene derecho a conocer el procedimiento al que va a ser sometida su hija y las complicaciones más frecuentes que pueden ocurrir. Este documento intenta explicarle dichas cuestiones; léalo atentamente y consulte con su médico todas las dudas que se le planteen. Le recordamos que por imperativo legal tendrá que firmar, usted o su representante legal el consentimiento informado para que podamos realizar el procedimiento descrito.

Nombre de la paciente: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del médico que le informa: \_\_\_\_\_

### Procedimiento

1. La intervención de esterilización quirúrgica consiste básicamente **en la interrupción de la continuidad de las trompas de Falopio**, con el objeto de impedir el embarazo. Esta técnica se considera, en principio como irreversible.
2. Para la realización de la técnica existen varias vías de abordaje quirúrgico: Microlaparotomía, Laparoscópica, Histeroscópica, Vaginal. El procedimiento a realizar en esta oportunidad es por vía laparoscópica (mínimamente invasivo).
3. Aún siendo el método de esterilización quirúrgica el más efectivo de los métodos de planificación familiar, su efectividad no es del 100 %. Existe un porcentaje de fallos en los que se produce una gestación. **Este porcentaje de fallos es del 0,4-0,6 %.**
4. **Anestesia:** Esta técnica requiere anestesia general, previamente será valorada por el Servicio de Anestesia.
5. **Transfusiones:** No se puede descartar que en el transcurso de la intervención programada surja la necesidad de una transfusión sanguínea que, en todo caso, se realizaría con las garantías debidas y por el personal facultativo cualificado para ello.

### Riesgos típicos:

Toda intervención quirúrgica, tanto por la propia técnica quirúrgica como por la situación vital de cada paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad...) lleva implícita una serie de posibles complicaciones comunes y potencialmente serias que podrán requerir tratamientos complementarios, tanto médicos como quirúrgicos, así como un mínimo porcentaje de mortalidad.

Asimismo pueden aparecer complicaciones específicas de esta intervención:

Intraoperatorias: hemorragias, lesiones de órganos vecinos.

Postoperatorias:

Leves y más frecuentes (seromas, hemorragias, cistitis, irritación frénica, anemia...)

Graves y excepcionales (eventración, apnea, trombosis, hematomas, pelviperitonitis, hemorragia...)

### Riesgos personalizados:

Por mi situación actual, el médico me ha explicado que pueden aumentar o aparecer riesgos o complicaciones imprevistos. Si en el momento del acto quirúrgico surgiera algún imprevisto el equipo médico podrá variar la técnica quirúrgica programada a necesitar una laparotomía

Yo, Sr(a).\_\_\_\_\_

C.I.: \_\_\_\_\_, representante legal de \_\_\_\_\_ declaro que he sido informado(a) por el médico de

los riesgos del procedimiento, que me han explicado las posibles alternativas y que sé que, en cualquier momento, puedo revocar este consentimiento. Estoy **satisfecho(a)** con la información recibida, he podido formular toda clase de preguntas que he creído conveniente y me han aclarado todas las dudas planteadas. En consecuencia doy mi Consentimiento para la realización de la Esterilización Quirúrgica a mi representada.

\_\_\_\_\_  
Guillermo Flores  
Cirujano General. Cirujano Pediatra  
C.I.: M.P.P.S.

\_\_\_\_\_  
Representante Legal  
Nombre:  
C.I.:

## REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Sr(a). \_\_\_\_\_ C.I.: \_\_\_\_\_,  
con fecha \_\_\_\_\_ revoco el consentimiento prestado y no deseo  
proseguir con la realización de la esterilización quirúrgica a mi representada  
procedimiento que doy con esta fecha por finalizado.

\_\_\_\_\_  
Guillermo Flores  
Cirujano General. Cirujano Pediatra  
C.I.: M.P.P.S.

\_\_\_\_\_  
Representante Legal  
Nombre:  
C.I.:

## FORMULARIO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ N° Historia: \_\_\_\_\_

Discapacidad: \_\_\_\_\_

Tipo de Intervención: \_\_\_\_\_

Duración de la Intervención: \_\_\_\_\_

Días de Hospitalización: \_\_\_\_\_

### Complicaciones

Transoperatorias: \_\_\_\_\_ Postoperatorias: \_\_\_\_\_

PO Inmediato: \_\_\_\_\_

PO Mediato: \_\_\_\_\_

PO Tardío: \_\_\_\_\_

Recuperación \_\_\_\_\_

Observaciones: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Guillermo Flores

\_\_\_\_\_  
Neyluz Pérez

CUADRO 1  
 Distribución de pacientes según tipo de discapacidad  
 Hospital Pediátrico Dr. Elías Toro  
 2012

Discapacidad	Casos	Porcentajes
<b>RM* Moderado- S†. de Down</b>	4	40%
<b>RM* Moderado</b>	2	20%
<b>RM* Severo- PCl‡</b>	1	10%
<b>RM* Moderado- S†. Mental Orgánico</b>	1	10%
<b>RM* Moderado- Epilepsia</b>	1	10%
<b>Sintomática</b>		
<b>RM* Moderado- S†. de Crowzon</b>	1	10%
<b>Total General</b>	<b>10</b>	<b>100%</b>

Fuente: Base de Datos. \*Retardo mental. †Síndrome. ‡Parálisis cerebral infantil

**CUADRO 2**  
**Distribución de pacientes según discapacidad psíquica**  
**Hospital Pediátrico Dr. Elías Toro**  
**2012**

<b>Discapacidad</b>	<b>Casos</b>	<b>Porcentajes</b>
<b>RM* Moderado</b>	9	90%
<b>RM* Severo</b>	1	10%
<b>Total General</b>	<b>10</b>	<b>100%</b>

Fuente: Base de Datos. \*Retardo mental.

### CUADRO 3

Distribución de pacientes según discapacidades asociadas  
Hospital Pediátrico Dr. Elías Toro  
2012

<b>Discapacidad</b>	<b>Descripción</b>	<b>Casos</b>	<b>Porcentajes</b>
<b>Con Discapacidad</b>	S*. Crowzon	8	80%
	Epilepsia		
	PCI†		
	S*. Mental		
<b>Sin Discapacidad Asociada</b>	Orgánico	2	20%
	S*. de Down		
<b>Total General</b>		<b>10</b>	<b>100%</b>

Fuente: Base de Datos. \*Síndrome. † Parálisis cerebral infantil.

**CUADRO 4**  
**Distribución de pacientes según tipo de intervención**  
**Hospital Pediátrico Dr. Elías Toro**  
**2012**

<b>Discapacidad</b>	<b>Casos</b>	<b>Porcentajes</b>
<b>Esterilización Qx* Laparoscópica</b>	9	90%
<b>Esterilización Qx* Laparoscópica + Ooforectomía</b>	1	10%
<b>Total General</b>	<b>10</b>	<b>100%</b>

Fuente: Base de Datos. \*Quirúrgica.

**CUADRO 5**  
 Comparación de tiempo según tipo de intervención  
 Hospital Pediátrico Dr. Elías Toro  
 2012

<b>Discapacidad</b>				
	<b>Media</b>	<b>DE</b>	<b>Min</b>	<b>Max</b>
<b>Esterilización Qx* Laparoscópica</b>	26	7	18	31
<b>Esterilización Qx* Laparoscópica + Ooforectomía</b>	60	0	60	60
<b>Total General</b>	<b>29</b>	<b>13</b>	<b>14</b>	<b>42</b>

Fuente: Base de Datos. \*Quirúrgica.

## CUADRO 6

Distribución de pacientes según días de hospitalización  
Hospital Pediátrico Dr. Elías Toro  
2012

<b>Días</b>	<b>Casos</b>	<b>Porcentajes</b>
<b>1 Día</b>	9	90%
<b>2 Días</b>	1	10%
<b>Total General</b>	<b>10</b>	<b>100%</b>

Fuente: Base de Datos

## CUADRO 7

Distribución de pacientes según complicaciones transoperatorias  
Hospital Pediátrico Dr. Elías Toro  
2012

<b>Complicaciones</b>	<b>Casos</b>	<b>Porcentajes</b>
<b>No</b>	9	90%
<b>Si</b>	1	10%
<b>Total General</b>	<b>10</b>	<b>100%</b>

Fuente: Base de Datos

## CUADRO 8

Distribución de pacientes según seguimiento de complicaciones  
Hospital Pediátrico Dr. Elías Toro  
2012

<b>Complicaciones</b>	<b>Po* Inmediato</b>	<b>Po* Mediato</b>	<b>Po* Tardío</b>
<b>Ninguna</b>	100%	100%	100%
<b>Total General</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

Fuente: Base de Datos. \*Postoperatorio.

**CUADRO 9**  
Distribución de pacientes según recuperación  
Hospital Pediátrico Dr. Elías Toro  
2012

<b>Recuperación</b>	<b>Casos</b>	<b>Porcentajes</b>
<b>Satisfactoria</b>	10	100%
<b>Total General</b>	<b>10</b>	<b>100%</b>

Fuente: Base de Datos