

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE HONDURAS
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

ESTERILIZACION FEMENINA POR MINILAPAROTOMIA
HOSPITAL "TELA INTEGRADO 1979-1982"

TESIS

PRESENTADA POR EL BACHILLER

Odessa del Carmen Henríquez Rivas

PREVIA OPCION AL TITULO DE

DOCTOR EN MEDICINA Y CIRUGIA

613.942

H51
C.2

Tegucigalpa, D. C.

1983

Honduras, C. A.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE HONDURAS
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESTERILIZACIÓN FEMENINA POR MINILAPAROTOMIA
HOSPITAL "TELA INTEGRADO 1979-1982"

TESIS

PRESENTADA POR EL BACHILLER

Odessa del Carmen Henríquez Rivas

PREVIA OPCIÓN AL TÍTULO DE

DOCTOR EN MEDICINA Y CIRUGÍA

Tegucigalpa, D. C

1983

Honduras, C. A,

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE HONDURAS

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESTERILIZACIÓN FEMENINA POR MINILAPAROTOMIA

HOSPITAL "TELA INTEGRADO 1979-1982"

T E S I S

PRESENTADA POR EL BACHILLER

ODESSA DEL CARMEN HENRIQUÉZ RIVAS

PREVIA OPCIÓN AL TÍTULO DE

DOCTOR EN MEDICINA Y CIRUGÍA

TEGUCIGALPA, D. C.

1983

HONDURAS, C, A.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE HONDURAS

RECTOR: ABOGADO OSWALDO RAMOS SOTO.
SECRETARIO GENERAL: LICENCIADO ÁNGEL ANTONIO MEJIA, ERAZO

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

DECANO: DR. RAUL FELIPE CALIX,
VICE-DECANO: DR. VICTOR MANUEL RAMOS
SECRETARIA: LIC, EVA LUZ DE ALVARADO.
PRO-SECRETARIO: LIC, RAMDN ARTURO DONAIRE.
VOCAL I: DR, CARLOS RAMON GARCÍA V.
VOCAL II: DR- GUILLERMO GARCÍA CASTELLANOS.
VOCAL: BR. JULIO A. OOLINDRES HERNÁNDEZ
VOCAL: BR, ALICIA MEJIA MEDINA
VOCAL: BR, LEMPIRA ERNESTO ALMENDAREZ.
VOCAL; BR, ÓNIX MARGARITA ARITA MELTZER.

TRIBUNAL EXAMINADOR

DR. MAREL DE JESÚS CASTELLANOS

DR. RUBÉN LÓPEZ CANALES.

DR. TITO LIVIO FUNEZ.

SUSTENTANTE; BR. ODESSA DEL CARMEN HENRIQUEZ RIVAS

PADRINOS

ING. ROBERTO VALENZUELA R.

INS. ARTURO R. EARAHDNA S.

SUSTENTANTE: ODESSA DEL CARMEN HENRIQUEZ RIVAS

ASESORES: DR. YANUARIO GARCÍA

DH. EDGARDO RODRÍGUEZ

D E D I C A T O R I A

A MIS PADRES : BENJAMÍN HENRIQUEZ G. (Q.D.D.G.)Y
LESBIA RIVAS B.

A MI ESPOSO : ING.ARTURO RAMÓN BARAHONA SUAZO

A MIS HERMANOS : BENJAMÍN, ILEANA E IVAN

A MIS SUEGROS : ARTURO BARAHONA N. Y JULIETA SUAZO
DE BARAHONA

A G R A D E C I M I E N T O

Quiero agradecer a todas las personas, familiares o amigos, que ayudaron a la elaboración de éste trabajo, permitiéndome así culminar una de mis grandes metas.

A mi esposo Ing. Arturo Ramón Barahona Suazo por su comprensión y ayuda.

A todo el personal médico y paramédico del Hospital "Tela" Integrado en especial a mis compañeros en el año de Servicio Social, personal de Enfermería y Estadística así como a la promotora de ASHONPLAFA.

A mis Asesores Dr. Yanuario García y Dr. Edgardo Rodríguez sin cuya ayuda no hubiera sido posible concluir éste trabajo.

	<u>Página No.</u>
I. INTRODUCCION	1
II. PROBLEMA E HIPÓTESIS	3
III. OBJETIVOS	5
a) Generales	
b) Específicos	
IV. ANATOMÍA Y FISIOLOGÍA DE LAS TRDMPAS DE FALOPIO	7
V. TÉCNICAS DE ESTERILIZACIÓN FEMENINA	11
A. Técnicas quirúrgicas de abordaje a, los con- ductos uterinos.	
1, Técnicas Vía abdominal	11
a) Minilaparatomía	
b) Laparatomía	
c) Laparoscopia	
2. Técnicas vía vaginal	16
a) Culdoscopia	
b) Colpotomía.	
3. Técnicas vía cervical.	20
a) Histeroscopia.	
b) Sustancias químicas.	
4, Métodos inmunológicos	
B. Historia y Exámenes Pre-operatorios,	21
C. Descripción de diferentes métodos de oclusión tubárica-vía abdominal,	23
1, Ligadura simple	

2. Técnica de Madlener.	
3. Técnica de Irving.	
4. Técnica de Wood	
5. Salpingectamía	
6. Fimbriectemía	
7. Técnica de Pomeroy	
8. Resección cornual	
9. Técnica de Uchida	
10. Técnica de Aldrigde	
11. Fulguración	
12. Grapas	
13. Anillos	
14. Compuestos químicos,	
D- Esterilización tubárica por minilaparotonía en el puerpe- rio inmediato.	35
E. Esterilización tubárica por minilaparotomía en pacientes no obstetrficos.	40
-VI. EQUIPO BÁSICO DE INSTRUMENTOS PARA MINILAPAROTOMIA.	45
VII. MEDICACIÓN PREOPERATORIA Y ANESTESIA UTILIZADA EN MINHA- PAROTOMIA.	49
VIII. INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES MEDICAS, PARA IA ESTERI- LIZACIÓN FEMENINA.	55
A. Indicaciones	
1. Obstétricas	
2. Por patología	

	B, contraindicaciones	
	1, Absolutas	
	2. Relativas.	
IX	COMPLICACIONES DE LA ESTERILIZACIÓN FEMENINA POR MTNI-LAPAROTOMÍA.	57
X	RECUPERACIÓN QUIRÚRGICA DE LA FECUNDIDAD DESPUÉS DE LA ESTERILIZACIÓN.	61
XI	DEFINICIÓN DE VARIABLES SEGÚN ALGUNAS CARACTERÍSTICAS BIOLÓGICAS, SOCIALES Y CULTURALES DE LOS PACIENTES	64
	A- Edad	
	B- Historia Obstétrica	
	C- Estado marital	
	D- Grado de escolaridad	
	E- Uso previo de anticonceptivos	
	F- Ocupación	
	G- Indicación Médica u Obstétrica	
XII	MÉTODOS, MATERIALES Y PROCEDIMIENTOS	66
	A- Descripción del área de estudio	
	B- Población y muestra	
	C- Método de recolección de datos	
	D- Procedimiento y plan de análisis	
XIII	RESULTADOS	72
	A- Descripción de algunas características biológicas socioculturales y económicas de las pacientes.	
	B- Evaluación post-esterilización	
XXV	DISCUSIÓN	97

XV	CONCLUSIONES	100
XVI	REFERENCIA Y BIBLIOGRAFIA	101
XVII	ANEXOS	106

I N T R O D U C C I Ó N

Durante la segunda mitad de éste siglo, y con tasas de crecimiento poblacional cada vez mayores especialmente en los países en vías de desarrollo, que no tienen correspondencia con los medios y materiales de producción y la distribución francamente desigual de la riqueza; muchos países han adoptado o permitido la aplicación de métodos de anticoncepción, para disminuir en lo posible la explosión demográfica.

La anticoncepción es uno de los muchos determinantes biológicos y culturales de la fecundidad.

La tasa global de fecundidad en Honduras es de 7.4 hijos por mujer (15). El nivel de la fecundidad es afectado por variables tales como el área de residencia, grado de escolaridad, participación económica, estado civil ingreso familiar, etc., así tenemos información de que en Honduras en el área rural la tasa global de fecundidad es de 8.7 y en el área urbana de 5.5(15). Por otra parte existe una relación inversa entre el nivel de instrucción y el número de hijos por mujer, así como 7 ó más años de instrucción, la tasa de fecundidad es de 3.8.

En muchas sociedades, los hijos son considerados una seguridad para los padres cuando éstos llegan a la tercera edad, pero por otro lado está la alta tasa de mortalidad que induce el deseo de más hijos.

La esterilización como un método de limitar el número de hijos es una cuestión de decisión personal que debería tomarse con un pleno conocimiento de

Los métodos de anticoncepción alternativos y de los riesgos y beneficios para la salud y el bienestar que aporta.

la minilaparotomía es el procedimiento más futurista por requerir menos entrenamiento y un instrumental corriente.

Su eficacia se define en términos de capacidad, para evitar los embarazos inesperados y se expresa en términos de una tasa de fallos por cien años mujer de estar expuesta al riesgo de concebir.

El presente estudio hace una evaluación de la esterilización quirúrgica femenina con técnica de Pomeroy y mediante minilaparotomía, realizada en el Hospital Tela Integrado, durante un período de 3 años y que incluye a un total de 416 pacientes.

Se describen algunas características biológicas, socio-culturales y económicas de los pacientes, así como el tipo y frecuencia de complicaciones que se presentaron, información que será obtenida de los expedientes clínicos de los pacientes. Se hará también una entrevista la cual se pretende conocer su opinión sobre los beneficios que ha tenido en su salud física y relación conyugal.

CAPITULO II

PROBLEMA E HIPÓTESIS

El presente trabajo es un estudio descriptivo, en el que se establecen una serie de relaciones entre variables consideradas .como ser algunas características biológicas, socioculturales y económicas de las pacientes y el procedimiento de esterilización; quedando de ésta manera una base a partir de éstas relaciones de las cuales podrían plantearse hipótesis a comprobar en estudios experimentales posteriores.

La esterilización es uno de los muchos determinantes biológicos de la fecundidad, cerno lo son también: patrón nupcial, frecuencias del coito, duración de la lactancia, etc.- En el presente estudio se evaluará el programa de esterilización femenina mediante minilaparotomía con técnica de Paneroy practicado durante un período de tres años en el Hospital "TELA" Integrado.

En la mayoría de los estudios revisados, la mujer promedio está en los primeros años de la década de los 30.- Un análisis de distribución materna por edades de nacimientos ocurridos en 1975 en 33 países en desarrollo, mostró en promedio que las mujeres de 30 y más años dan el 30% de todos los nacimientos, y las de 35 años y más el 14% de los nacimientos(12).

En las mismas revisiones se encontró que la mayoría de las pacientes reconocen que ya han excedido el numero deseado de hijos, así cerno una unión marital larga y estable con un promedio de 13 ,2 años; asimismo

casi todas son amas de casa y provienen de todos los niveles de educación.

Se pretende también conocer a través de una encuesta post-operatoria los efectos que la esterilización ha tenido en los pacientes en relación a su salud física y relación conyugal.- Han sido muchas las encuestas que han analizado estos aspectos (3) y por lo general han encontrado que están satisfechos con los resultados, y un porcentaje elevado de mujeres declararon que su placer sexual había aumentado o era el mismo.

Muchas de las que expresaron insatisfacción habían tenido problemas con su cónyuge o muerte de un hijo.

En un estudio de 10,000 pacientes esterilizadas en Bombay, India, se encontró que 15 de las mujeres tenían interés en la reversibilidad.

CAPITULO III

OBJETIVOS

A.- GENERALES

- 1) Describir algunas características biológicas, socioculturales y económicas de los pacientes que han sido sometidos a esterilización femenina voluntaria.
- 2) Medir la tasa de morbilidad y el tipo de complicaciones que se presentaron en los pacientes a los cuales se les practicó este tipo de procedimiento.
- 3) Identificar la opinión de los pacientes acerca de los beneficios y la repercusión que ha tenido la esterilización en su salud física y relación conyugal, varios meses o años después de haberse practicado el procedimiento.-

B.- ESPECÍFICOS

- 1) Identificar algunos factores de la mujer que determinaron la decisión de elegir el método de esterilización.
- 2) Confirmar el conocimiento de irreversibilidad del método previo al acto quirúrgico.
- 3) Identificar otros métodos anticonceptivos reversibles usados antes de la toma de decisión por el procedimiento de esterilización y el motivo de su sustitución.
- 4) Establecer las incidencias de esterilizaciones en relación a los partos hospitalarios y las practicadas durante operación cesárea.
- 5) Identificar las indicaciones médicas y obstétricas que motivaron la esterilización.

- 6) Establecer la incidencia y clasificación de complicaciones que se presentaron en el post-parto inmediato y pacientes no puérperas.
- 7) Medir la eficacia del procedimiento en la población en estudio.
- 8) Identificar cambios post-esterilización en la vida sexual de los pacientes.
- 9) Establecer el deseo de revertir el procedimiento en las pacientes esterilizadas que se les plantea la posibilidad de recuperación de la fecundidad.

CAPITULO IV

ANATOMÍA Y FISIOLOGÍA DE LAS TROMPAS DE FALOPIO

La trompa de Falopio, proporciona un camino para el óvulo desde el ovario, hasta el útero. Durante las 80 horas que generalmente tarda el óvulo en trasladarse desde el ovario al útero, la trompa suministra un medio nutritivo, adecuado para sostener el óvulo y al espermatozoide, facilitar su unión y mantener el desarrollo individual del cigoto resultante.

Las cilias que revisten el lumen, las contracciones tubáricas, la contricción y el moco, todas actúan para regular el paso del óvulo que se arrastra hacia el útero y del espermatozoide que se mueve en dirección contraria.

Tiene una longitud promedio de 11 cm. (entre 6 y 15 cm) La trompa se contrae y se alarga durante el ciclo menstrual y durante el post-parto inmediato, es más larga que en otros momentos. El extremo que se abre dentro del útero es el proximal y el que dá a la cavidad pélvica es el distal.

la trompa está incluida en una porción del ligamento ancho que se conoce como mesosalpinx, y debido a que es más larga que la porción de éste en la que se encuentra ubicada, tiende a ser un poco enrollada.

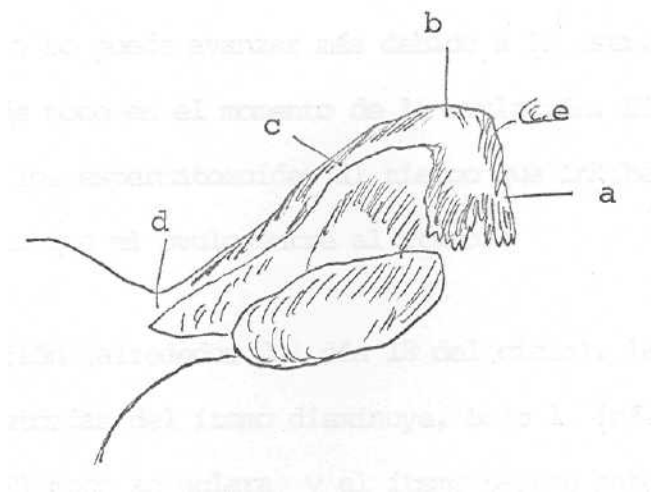
Se compone de tres capas: Serosa, Muscular y Mucosa. La capa externa o serosa, es peritoneal. La media o muscular se compone de una capa longitudinal externa y otra circular interna de fibras musculares no estriadas, las cuales se continúan con las del útero. La mucosa presenta unos pliegues longitudinales que en la ampolla son más extensos que el istmo y está tapizado por epitelio cilíndrico ciliado.

las arterias que la irrigan son ramas de la arteria uterina y ovárica, especialmente la A. de Sampson, rama de la uterina.

las venas drenan el plexo uterino, y los linfáticos lo hacen en los vasos uterinos y ováricos.

Los nervios proceden del plexo pélvico de los nervios sacros simpáticos y parasimpáticos.

En la trompa existen cuatro porciones (figura N°1). En el extremo distal, el infundíbulo (a), de aproximadamente 2 cms. de largo, que es la porción que tiene forma de trompeta que finaliza en la fimbria, la cual se abre en la cavidad abdominal cerca del ovario.- Se une a la ampolla (b) un segmento de 5 a 8 cm. de longitud. Se continua está el itsmo (c) de cerca de 2 a 3 cm. de largo y luego la porción intromural (d) ó intersticial, la cual es el segmento de la trompa, incluido en la pared del útero y mide cerca de 1 a 3.5 era.



En el momento de la ovulación, la fimbria y los numerosos cilios que posee el infundíbulo, aumentan la frecuencia de su actividad, atrayendo así al óvulo hacia la trompa de Falopio; además, durante la ovulación, las células secretorias, que se han vuelto más altas durante la primera fase del ciclo menstrual, se rompen y liberan líquidos dentro de la trompa que contiene nutrientes necesarios, para sostener el óvulo y al espermatozoide.

El lumen de la ampolla varía en diámetro, desde 2 cm en el extremo distal a 2 a 3 cms. o menos en el proximal donde se une al istmo; las vibraciones de sus cilios (que abarcan la mitad de las células epiteliales de la ampolla) junto con el flujo de líquidos y las contracciones musculares son responsables del transporte del óvulo en la ampolla.

El óvulo pasa cerca de 72 horas en la ampolla antes de entrar al istmo. Durante éste tiempo, el endometrio se desarrolla para facilitar la implantación de un óvulo fertilizado.

En el istmo, el óvulo no puede avanzar más debido a la estrechez del lumen que se llena de moco en el momento de la ovulación. El moco facilita el movimiento de los espermatozoides al tiempo que inhibe la vibración de los cilios y evita que el óvulo entre al istmo.

Después de la ovulación (alrededor del día 18 del ciclo), la actividad de las células secretorias del istmo disminuye/ bajo la influencia de las hormonas ováricas. El moco se aclara y el istmo parece haberse dilatado, lo que facilita el paso del óvulo fecundado a través del istmo

que es estrecho unas 400 u en su sección inedia)

La porción intrainuscular con estructura y diámetro del lumen similar en su curso incluye por lo menos una vuelta en ángulo recto o varios espirales.

A pesar de que todas las funciones son importantes, las investigaciones sugieren que son tres, las condiciones básica para asegurar la posibilidad de embarazo: f 6)

- Trompa suficiente para llegar desde el ovario al útero.
- Función tubarica suficiente para demorar el óvulo, hasta que el endometrio esté listo- para la implantación.
- Suficiente mucosa en la trompa, para producir líquidos que faciliten y regulen el movimiento del óvulo y del espermatozoide.

CAPITULO V

TÉCNICAS DE ESTERILIZACIÓN FEMENINA

El objetivo en la investigación en las técnicas de esterilización femenina es el desarrollar un procedimiento que sea tan simple -que pueda ser ejecutado por cualquier medico o personal paramédico, tan seguro que pueda practicarse en un consultorio, tan indoloro -que no se requiera anestesia general, tan eficaz que elimine embarazos posteriores con absoluta seguridad y que no sea sólo una probabilidad estadística , y tan confiable en cuánto a su reversibilidad que la mujer se considere en un estado de "fertilidad suspendida " y no en un estado de esterilidad irreversible. Un método así, no ha sido encontrado " (4)

Se describen a continuación diferentes técnicos quirúrgicos de abordaje a los conductos uterinos, así como varios métodos de oclusión tubárica haciendo mayor énfasis en la técnica de minilaparotomía con ligadura y resección tipo Pomeroy, que es la que fue utilizada en los pacientes incluidos en este estudio.

A.- TÉCNICAS QUIRÚRGICAS DE ABORDAJE A LOS CONDUCTOS UTERINOS.

1.- Técnicas Vía Abdominal

a.- Mini laparotomía. - Es uno de los métodos mas populares, pues se requiere un equipo sencillo personal poco especializado y se realiza con visualización directa; usualmente se hace bajo anestesia local combinada con analgesia basal. La técnica se describirá en detalle más adelante en el Capítulo correspondiente a esterilización por mini laparotomía en pacientes-puérperas y en las no obstétricas.

b.- LAPAROTOMÍA.

Usualmente se realiza bajo anestesia general y generalmente en mujeres obesas que requieren una incisión más grande para descubrir los órganos pélvicos.

La incisión puede hacerse en la línea media (mediana) y vertical transversal baja (incisión de P-fannenstiel). Se usa la incisión supraumbilical mediana para la esterilización inmediatamente en el post-parto; mientras que la mediana baja y la de P-fannenstiel se usa para la esterilización en el intervalo.

Una vez localizados las trompas se procede a la oclusión tubárica, según el método elegido.

Este tipo de técnica ya casi no se utiliza, pues ha sido reemplazada por la minilaparotomía que es menos costosa, tiene menos riesgo y complicaciones post-operatorias y con resultados cosméticos más aceptables.

C.- LAPAROSCOPIA.

Es por definición, un examen endoscópico del interior de la cavidad peritoneal, por medio de un laparoscopio introducido a través de la pared abdominal anterior.

Además de la esterilización se ha utilizado en el diagnóstico de infertilidad, sospecha de masas anexiales, dolor pélvico crónico, diagnóstico y biopsia de carcinomas pélvicos y abdominales, enfermedades hepáticas y otros.

Se consideran contraindicaciones absolutas para realizar el procedimiento las siguientes.(17)

- 1.- Trastornos cardíacos o pulmonares severos.
- 2.- Enfermedad pélvico-inflamatoria aguda o subaguda.
- 3.- Obesidad grado III
- 4.- Cicatrices abdominales extensas y múltiples.
- 5.- Hernias.

Y como contraindicaciones relativas:

- 1.- Cirugía abdominal previa

Previo al procedimiento se hace una historia clínica y un examen físico a las pacientes, así como los Exámenes de Laboratorio considerados necesarios.

Se indica una dieta líquida la víspera y un enema evacuante la noche anterior.- la medicación pre-anésteica consiste generalmente en un narcótico (por ejemplo Meperidina) y / o un anticolinérgico (por ejemplo atropina).

Por el electrocauterio se prefiere un agente anestésico no explosivo y luego succinilcolxna, para relajar los músculos abdominales y facilitar la intubación.

Puede utilizarse técnica de doble punción o de una sola punción (más aconsejada en caso de esterilización) según el tipo de laparoscopio que se utilice.

Equipo necesario: Esencialmente consta de una parte vaginal y otra abdominal. El equipo vaginal consta de: una valva vaginal, un tenáculo

y una cánula de Rubim.

En el equipo abdominal consta básicamente de un laparoscopio que contiene un sistema óptico y además un conducto a través del cuál el instrumento para la oclusión tubárica penetra la cavidad peritoneal y por lo tanto no requiere una segunda incisión abdominal; una fuente que suministre gas carbónico (CO₂), óxido nitroso (N₂O)

o aire para crear el neumoperitoneo; una fuente de luz con su cable transmisor, un electrocauterio y aguja de Tuhy ó Verres.

LA OPERACIÓN: Una vez colocada la paciente en la mesa operatoria en posición de litotomía e inclinada en Trendelenburg, se procede a evacuar la vejiga.

Se forma el neumoperitoneo (con el objeto de hacer que los intestinos caigan atrás de la pared abdominal anterior) insertando una aguja (de Verres) en la cavidad peritoneal justo debajo del ombligo y se conecta a un insuflador peritoneal.

Se llena el abdomen con 2-1/2 a 3-1/2 litros de gas a utilizar, controlando constantemente la presión intra-abdominal que no deberá exceder de 20 mm. Hg.

Se hace una incisión supra umbilical de 1 a 1-1/2 cm. para la introducción del trocar laparoscópico y la cánula en la cavidad peritoneal. Puede ser necesaria una segunda punción en la mediana entre sínfisis de pubis y ombligo para introducir el aplicador apropiado o el electrocoagulador.

Una vez visualizada la trompa se procede a la oclusión según la técnica elegida. Terminada la esterilización se retira el laparoscopio, se coloca la mesa en posición normal, se abre la válvula de la camisa ejerciendo presión sobre la pared para extraer el gas.

La morbilidad y los efectos secundarios se observan aproximadamente en el 5% de los casos (24) y son generalmente de corta duración, las complicaciones mayores más frecuentes son el enfisema, los problemas cardíacos y respiratorios, la perforación de órganos, quemaduras y hemorragias.

El número de fallas es de 0.1 a 2 por cada 100 operaciones (24). Las principales razones de fracaso, son la existencia de un embarazo no diagnosticado previo a la esterilización o la confusión de un ligamento redondo con la trompa.

Ha sido muy discutido su uso en pacientes post-parto pues algunos médicos sostienen que el útero está distendido y frágil y por mayor riesgo de infección. En estos casos se aconseja que al hacer el neumoperitoneo la aguja se introduzca casi perpendicularmente a la pared abdominal para evitar lesionar el útero y puede necesitarse mayor volumen de gas por mayor elasticidad de la pared.

POST-OPERATORIO:

Se hará control de signos vitales, indicando una dieta regular y de ambulación precoz. Los pacientes ambulatorios permanecen de 4-8 horas y en el Hospital, y los hospitalizados de 12-48 horas.

2.- TÉCNICAS VIA VAGINAL:

a.- CULDOSCOPIA:

Este método comprende la visualización de los órganos pélvicos insertando un culdoscopio por el fondo de saco posterior de la vagina y al mismo tiempo el empleo de un segundo instrumento para sacar los oviductos a través de la incisión en visión directa y efectuar la técnica de ligadura seleccionada.

la culdoscopia requiere preparación preoperatoria más minuciosa pues la vagina debe estar lo mas limpia posible.

Algunos médicos utilizan duchas vaginales cuatro o siete días antes del procedimiento (26) y otros sólo el día anterior.

Se indica enema evacuante la víspera.

Se consideran contraindicaciones:

- 1.- Enfermedad inflamatoria pélvica aguda o subaguda.
- 2.- Post-parto inmediato,
- 3.- Fondo de saco de Douglas ocupado.
- 4.- Obesidad grado III .
- 5.- Tumores uterinos o anexiales grandes.

6.- Enfermedad pulmonar o cardiaca que contraindique la posición genupectoral.

Se utiliza anestesia local con sedación fuerte con meperidina y diazepam.

Se coloca a la paciente en posición genupectoral con los muslos perpendiculares a la mesa y las rodillas separadas.

los conductos uterinos pueden ser ligados, cauterizados u ocluidos con clips o anillos.

La recuperación post-operatoria es rápida y generalmente puede darse el alta a los pacientes dos o cuatro horas después de la operación. Se aconseja evitar contacto sexual durante cuatro semanas para permitir que la herida vaginal cicatrice.

La culdoscopia es de preferencia un procedimiento de intervalo (26) por lo menos cinco semanas después del parto o de dos a cuatro semanas después del aborto.

Entre las complicaciones que puedan ocurrir se incluyen (26) perforación rectal, sangrado, apnea o irregularidad respiratoria , separación de las dos capas del saco de Douglas (vaginal y peritoneo) o punción incompleta del saco de Douglas.

la tasa promedio de fallas oscila del 0 al 2 por ciento (17) dependiendo de la técnica usada, material de sutura, etc.

-b. -COLPOTOMIA:

Consiste en hacer una pequeña incisión en el fondo de saco anterior o posterior de la vagina abordando la cavidad pélvica, localizando las trompas y practicando sobre ellas la oclusión. Se practica lejos del puerperio (3 meses) y del post-aborto (2 meses) en la primera mitad del ciclo.

La colpotomía anterior casi no se utiliza por ser más difícil y ofrecer el peligro de lesión vesical.

se consideran contraindicaciones (17).

1.- Útero fijo en anteversoflexión forzada.

2.- enfermedad pélvica inflamatoria aguda o subaguda.

3.- Tumores anexiales o uterinos.

4.- Vagina estrecha y profunda, por constitución o cirugía vaginal previa. 5.-

Embarazo. 6.- Cervico vaginitis

agudas.

Se coloca a la paciente en posición de litotomía y con inclinación Trendelenburg.

una vez practicada la limpieza, se coloca la valva vaginal y se aplica el ténaculo en el labio posterior del cervix; se toma la pared vaginal posterior en el fondo de saco mediante dos pinzas de Allix y se incide con bisturí la mucosa vaginal, disecando suavemente has-

ta encontrar el peritoneo, el cuál tomado con una pinza de Rochester se corta. Traccionando con el tenáculo hasta visualizar la pared posterior del útero en donde se colocan puntos de tracción para localizar y exteriorizar las trompas, precediéndose después a la oclusión.

Se cortan las puntas de tracción y se cierra peritoneo y pared vaginal. Se coloca mecha vaginal con mercurio cromo que se retira a las 24 horas.

En el post-operatorio se dan analgésicos y en muchos casos antibióticos del tipo ampicilina por tratarse de una cavidad contaminada. Se recomienda por algún tiempo el reposo en decubito ventral. Se indica abstinencia sexual durante seis semanas'.

El tiempo de hospitalización es de dos a tres días. Entre las complicaciones podemos anotar lesiones (heridas) sobre asas delgadas, pared uterina o del recto; y en las tardías infecciones de la herida vaginal conformación de absceso, infección pélvica, hematerna en el mesosalpinx y la hemorragia post-operatoria.

En los últimos años se ha utilizado el "Culdoespeculo" que consta en la prolongación de las valvas con el fin de que sea factible su introducción en la cavidad pélvica a través de la colpotomía.

3.-TÉCNICAS VIA CERVICAL:

a.- HISTEROSCOPIA:

Consiste en la introducción de un aparato óptico a través del cervix para distender la cavidad uterina con soluciones de alta viscosidad o usando gas carbónico que es más rápido y sencillo; y visualizar los ostión de las trompas para ocluir las. Tipo de Oclusión:

1.- CON ELECTRO COAGULACIÓN de alta frecuencia, siendo la más efectiva (86%); debe practicarse en el comienzo de la fase proliferativa temprana, ya que en ese momento la tendencia a las hemorragias y a la producción de moco es mínima y los orificios de entrada de las trompas se localizan fácilmente.

Se introduce la electro-cánula a través del respectivo canal del histeroscopio y se aplica una intensidad de corriente de 30 vatios, durante cuatro a siete segundos o el de alta frecuencia en el que sólo se utilizan 3 vatios. Se destruye bastante tejido epitelial y músculos como para producir oclusión cicatrizal.

2.- Aplicaciones de tapones a través de los ostium de las trompas-

- 3.- Instalación de sustancias químicas como quimerina por medio de un catéter introducido en las trampas que causará necrosis y adherencia con oclusión; o sustancia adhesivas como el cianocrilato.
- 4.- Criocirugía la cuál no se usa por tasa alta de fallas (66% } y alto costo.
- b.- Sustancias Químicas: Serán descritas más adelante al hablar de métodos oclusivos.

4.- MÉTODOS INMUNOLOGICOS:

Por el momento se encuentra en etapa teórica y / o experimental. Hay trabajos de Hulka (17) que han tratado de inducir en las secreciones cervicales la formación de anticuerpo antiespermatozoides.

Otros trabajan en la inmunización contra hormonas directamente relacionadas con el embarazo, como la gonadotropina. Sin embargo como se mencionó anteriormente, se encuentra en período de experimentación.

B.- HISTORIA Y EXAMENES PRE-OPERATORIOS

Deberá tomarse una historia clínica completa y un examen físico. En la historia se consignarán además de los datos generales, antecedentes patológicos que podrían influir en la elección del método así como a tomar ciertas precauciones pre-

operatorias; entre dichas patologías tenemos: Hipertensión, Cardiopatías, Diabetes, Problemas respiratorios, Cirugías anteriores y otras.

Deberá investigarse a fondo la historia gineco-obstétrica: paridad, número de hijos vivos, números de hijos muertos, así como la norma menstrual, especialmente antecedentes de dismenorrea, cantidad de sangrado, sangrado intermenstrual y uso de anticonceptivos previos, especialmente por el hecho de que después de la ligadura tubárica algunas mujeres experimentan cambios en su norma menstrual, pero ello podría estar relacionado con la edad más avanzada o podría ser la norma usual de la mujer que ha dejado de usar anticonceptivos orales después de la operación.

Se hará un examen físico completo, y en el examen pélvico se tendrá sumo cuidado en descubrir cualquier anomalía de los órganos genitales .

En las pruebas de laboratorio, deberá incluirse un frotis cervical, una prueba de embarazo (cuando este se sospeche) y un hemograma completo, y si se consideraran indicados un análisis de orina, RX de tórax, pruebas de coagulación y una glicemia.

C.-DESCRIPCIÓN DE DIFERENTES, MÉTODOS DE_ OCLUSIÓN

TUBARICA VIA ABDOMINAL

Las técnicas de oclusión tubárica pueden clasificarse dentro de las siguientes categorías de acuerdo a la extensión de la acción en las trampas de falopio.

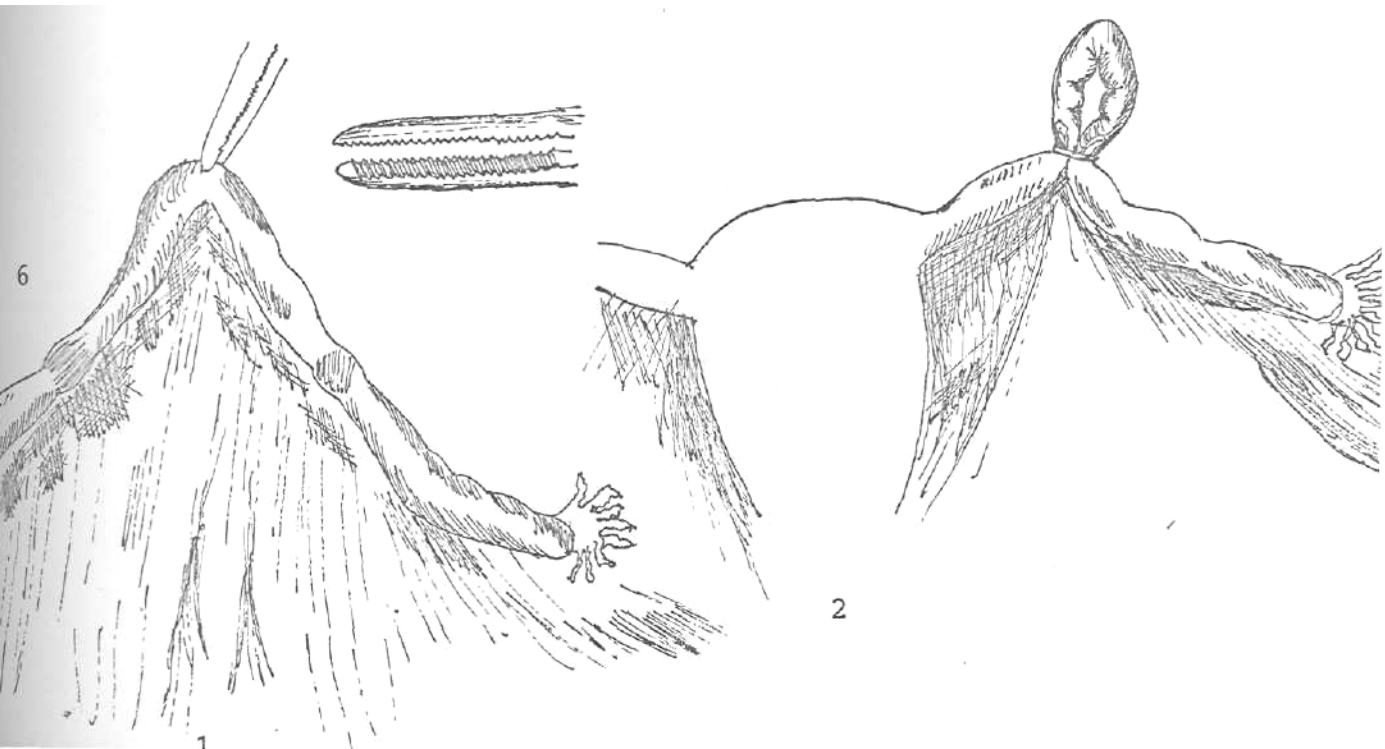
TÉCNICAS

- 1.- Ligadura simple
- 2.- Ligadura y aplastamiento: Técnica de Madlener
- 3.- Ligadura, corte y ocultamiento: a. Técnica de Irving.
b. Técnica de Wood.
- 4.- Ligadura y Resección : a. Salpingectomía
b. Firmbricctemía
c. Técnica de Poneroy
- 5.- Ligadura, resección y Ocultamiento : a. Resección cornual
b. Técnica de Uchida
- 6.- Métodos de Aldridge.
- 7.- Fulguración
- 8.- Grapas
- 9.- Anillos
- 10.- Compuestos químicos

1. LIGADURA SIMPLE: Ya no se usa debido al alto índice de fallas. Se ha utilizado doble ligadura en cada oviducto para prevenir las fallas pero se ha demostrado formación de hidrosalpinx entre las dos ligaduras. En estudios más recientes se usa lino no absorbible para ligar los oviductos en la unión del tercio lateral y el tercio medio de los conductos.

2. LIGADURA. Y APLASTAMIENTO; En la que se incluye la técnica de Madlener que consiste en aplastar con una pinza fuerte la base de un asa tubárica y después de retirar la pinza, practicar doble ligadura en el lugar del aplastamiento.

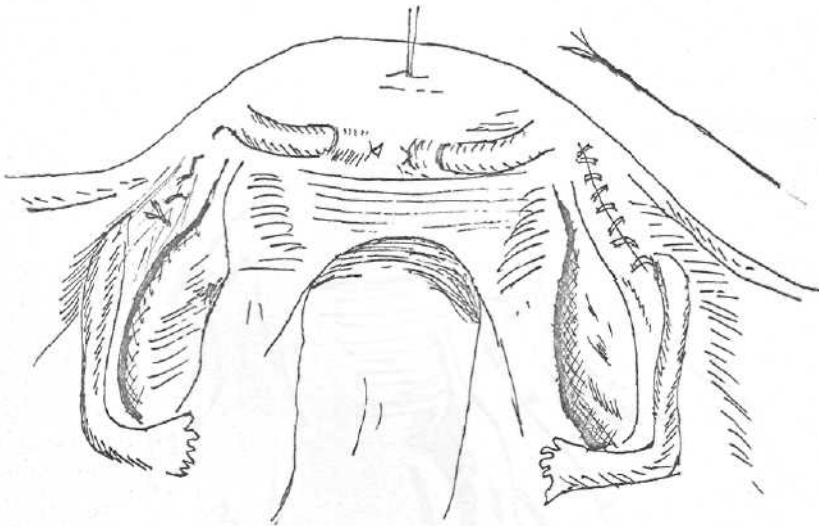
En ésta técnica se omite la resección del segmento tubárico suprayacente a las ligaduras.



Las fallas resultantes probablemente se deben a la recanalización y a la regeneración de tejido en la posición aplastada del oviducto.

3. LIGADURA, CORTE Y OCULTAMIENTO: Incluyen la técnica de Irving y la de wood, son procedimientos más extensos y por lo tanto con mayor -tasa de morbilidad, especialmente hemorragias.

a. TÉCNICA. DE IRVING; Cada conducto es seccionado y el extremo proximal se sepulta en la pared uterina en la cara posterior del útero por debajo del peritoneo por una pequeña porción; el extremo - distal se introduce en el mesosalpinx. No aconsejado en el post-parto, pues dadas las condiciones de hiperemia e hipervascularización propias del embarazo, el riesgo de complicaciones hemorrágicas será mayor.



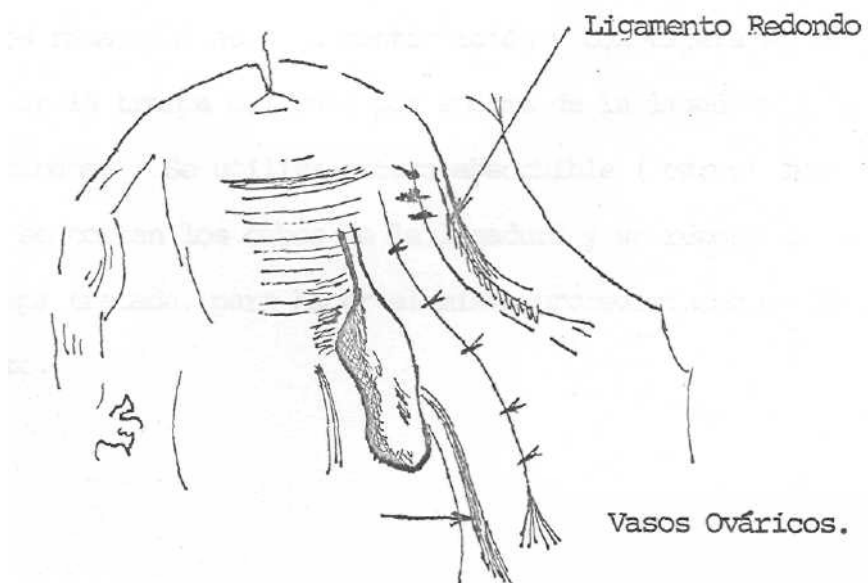
TECNICA DE IRVING

b) TÉCNICA-DE TOOD: Es una técnica microquirúrgica; incluye la división de la porción ampollar del conducto, ligadura con sutura absorbible de los extraños distales cortados y ocultamiento de muñón medial o proximal en una cavidad hecha en el mesosalpinx.

4. LIGADURA Y RESECCIÓN, Dentro de éstas se incluye la salpingectomía, Pomeroy y fimbriectomía.

a) SALPINGECTOMIA: Consiste en la remoción del oviducto distal con una sutura no absorbible colocada cerca del útero.

Es poco usado por ser muy extenso y asociado con morbilidad más alta (específicamente sangrado)



- b.- FIMBRIECTOMIA: Incluye la colocación de una doble ligadura de seda cerca al tercio distal de oviducto y extirpación del extremo fimbrial. Es una operación con alta tasa de hidrosalpinx.

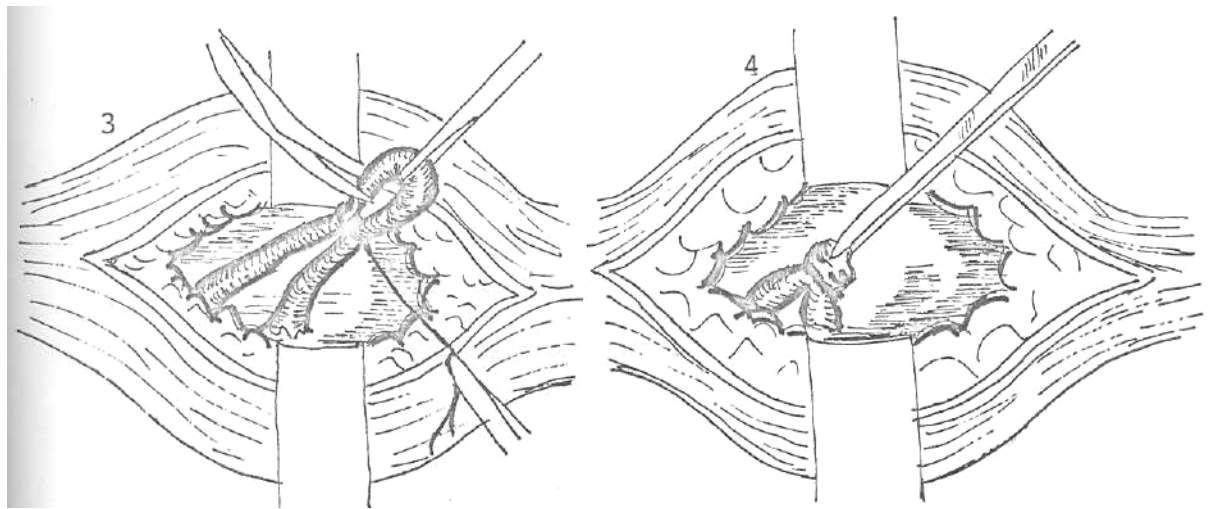
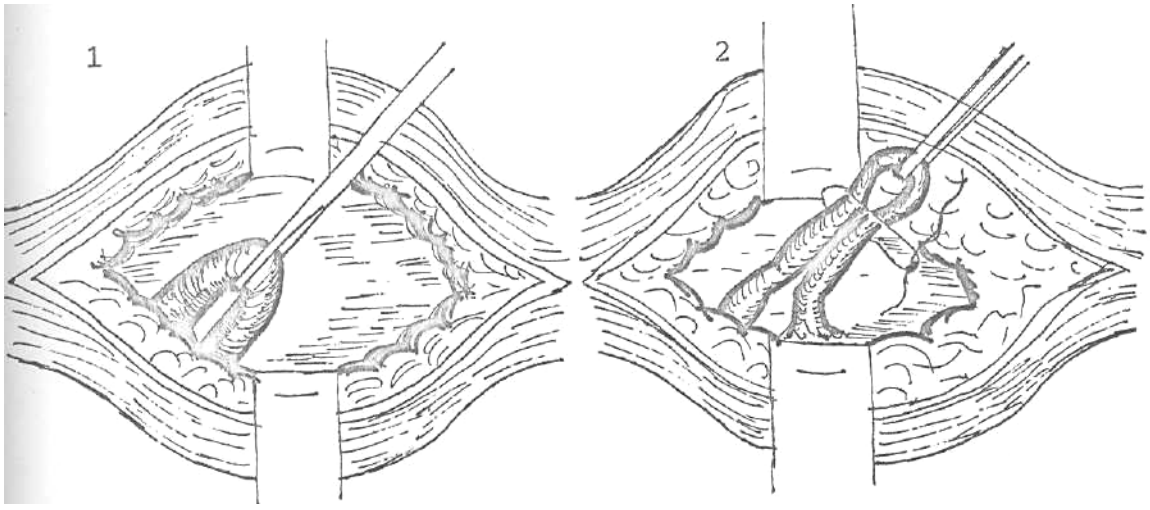
C.- TÉCNICA DE POMEROY:

Es la técnica de ligadura tubárica, para esterilización más sencilla y la efectuada más frecuentemente.

Pomeroy desarrolló ésta técnica a principios del siglo XX pero su método fue publicado por primera vez en 1930, por sus colegas BISHOP Y NEIMS (4)

El método clásico de ligadura consiste en lo siguiente: Después de abordar la cavidad abdominal por cualquiera de las técnicas conocidas, se identifica en toda su longitud una de las trompas, la que tomada con una pinza de Allis ó de Badcock es traída al campo operatorio. Con la suave tracción ejercitada con las pinzas se forma una asa a nivel de la porción media de la trompa, y a uno y medio centímetro por debajo de la pinza se hace una firme ligadura que oblitera las dos ramas del asa; a continuación y con tijera se secciona la porción de la trompa colocada por encima de la ligadura inicialmente practicada. Se utiliza sutura absorbible (cargut crónico) Finalmente se cortan los cabos de la ligadura y se repone en la cavidad la trompa tratada, para hacer el mismo procedimiento en la del lado opuesto.

POMERDY CLASICA.

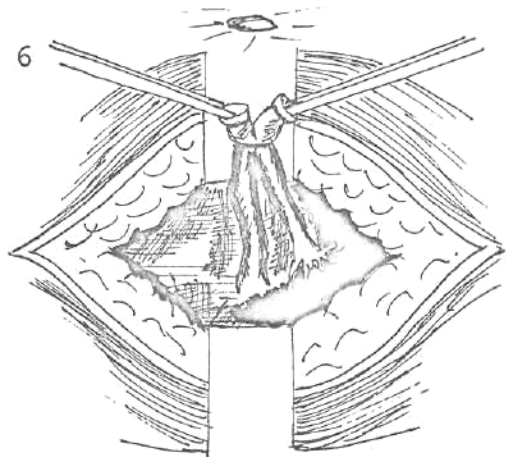
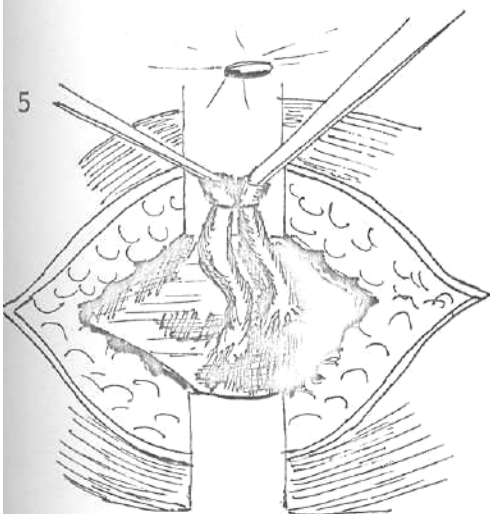
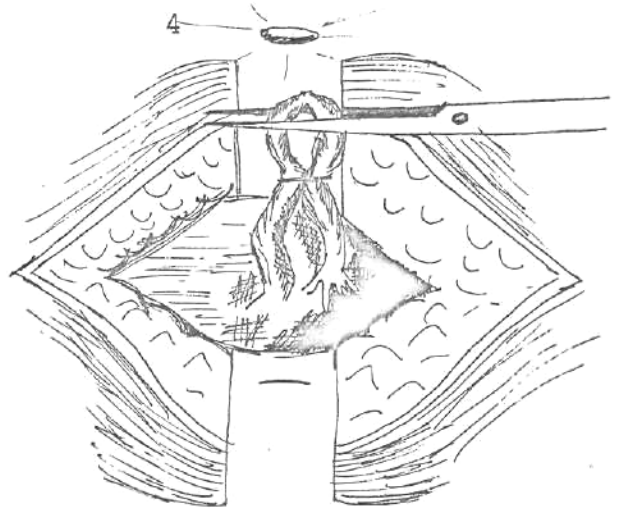
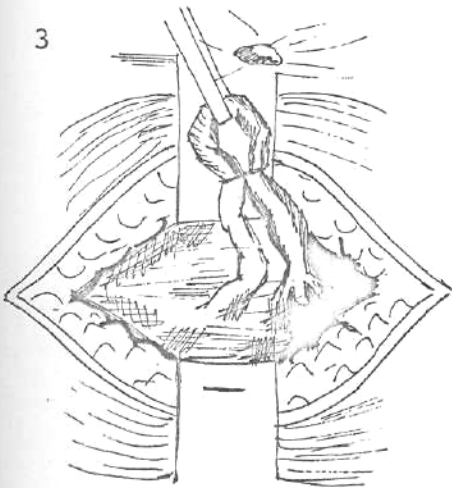
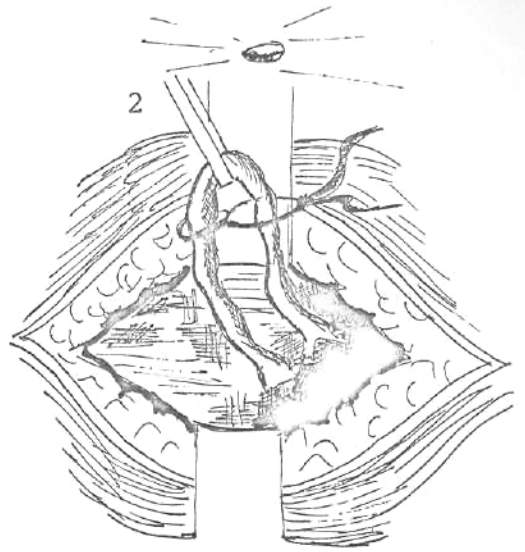
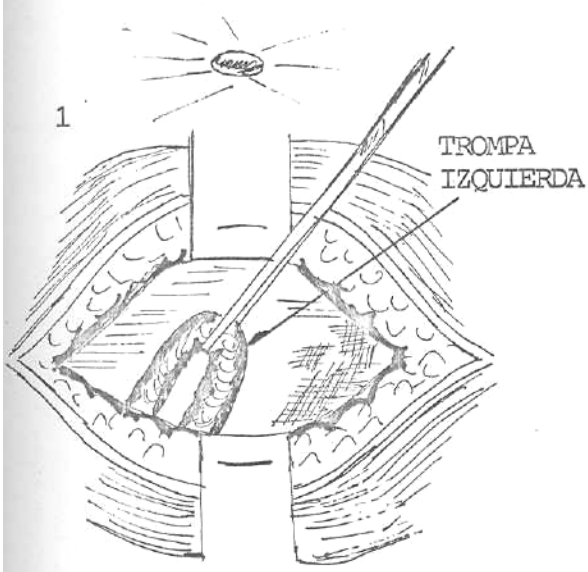


La más utilizada actualmente en la técnica de Pomeroy modificada con algunos cambios consistentes en: (17).

- 1.- Colocar una pinza de Kelly en la base del asa tubárica que se va a extirpar.
- 2.- Hacer la ligadura con transficción con catgut N°0, inmediatamente por debajo de la pinza de Kelly.
- 3.- Extirpar el asa tubárica seccionándola sobre la pinza que luego se retira tomando en seguida uno de los dos muñones de la trompa y se ligan individualmente, después de comprobar que no hay puntos sangrantes, se retiran las pinzas y se procede a ligar la trompa del lado opuesto.

Las razones de estas modificaciones son las siguientes:

- 1.- El pinzamiento de la base del asa tubárica y la primera ligadura por transficción nos dan seguridad contra hemorragias y presunta recanalización, debidas a deslizamientos de los muñones por retracción de ellos en la involución puerperal.
- 2.- Hay mayor seguridad con la ligadura individual de los muñones tubaricos.



5.- LIGADURA, RESECCIÓN Y OCULTAMIENTO:

Comprende la resección cornual y la técnica de Uchida.

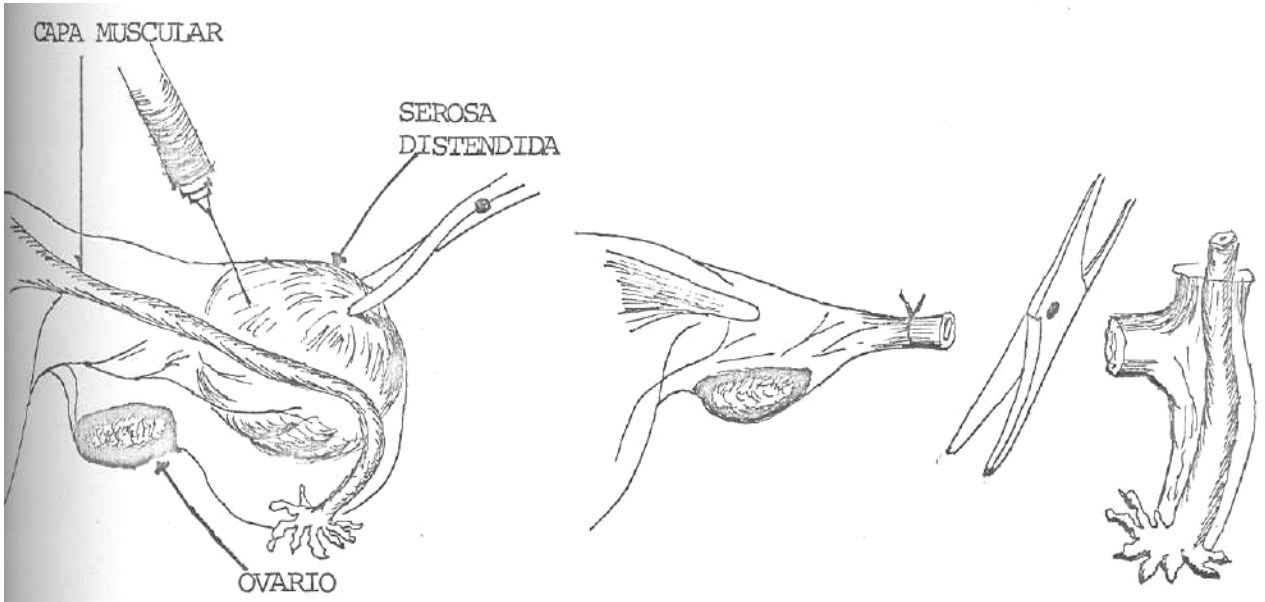
a.- RESECCION CORNUAL: Es un procedimiento extenso que requiere laparotomía. Consiste en colocar una ligadura absorbible, cerca de la unión uterotubaria, seccionar el conducto cercado a la ligadura y luego remover 1 cm. del oviducto.

Después de extirpar una porción del miometrio circundante para así prevenir endometriosis y embarazo ectópico el extremo cercano al segmento distal del oviducto se oculta en el ligamento ancho.

b.- TÉCNICA DE UCHIDA: Requiere sacar el oviducto a través de una pequeña incisión suprapúbica de 1 cm. ó menos y colocarlo sobre el abdomen. Se inyecta una solución de epinefrina en solución salina (1:1000) debajo de la serosa de la ampolla del oviducto , la cual produce espasmo vascular local y distiende el mesosalpingx separando así la superficie serosa de la porción muscular del oviducto.

La serosa se secciona y se levanta , se corta un segmento de 5 cm. del oviducto proximal, el muñón corto se liga con sutura no absorbible y se remueve un segmento del oviducto . los muñones ligados se ocultan en la serosa. El borde de la incisión serosa se junta alrededor del extremo distal del oviducto y

Se liga en forma de que el oviducto queda proyectado hacia la cavidad abdominal.



VI. MÉTODO DE ALDRIDGE. Los conductos no se seccionan, pero los extremos fimbriales se sepultan en el ligamento ancho.

Hay una tasa de fracaso importante debido a que el borde peritoneal de la incisión en el ligamento ancho podría no cicatrizar y la fimbria volvería a su posición.



- 7.- FULGURACIÓN: Generalmente se usa junto con el Laparoscopio; y consiste en aplicar corriente eléctrica hasta quemar el ducto, coagulando unos 3 6 4 cm. en cada uno.

la corriente eléctrica puede ser unipolar ó bipolar; la primera entra en el cuerpo por los fórceps y sale a través de la placa del electrodo de plomo que se coloca humedecido contra el muslo de la paciente (ya no se recomienda su uso). La bipolar entra y sale del cuerpo por los dos extremos del fórceps para cauterio.

La elección de corriente depende de si el cirujano intenta dividir el oviducto o no. La corriente de coagulación origina deshidratación celular y cauteriza sin división, mientras que el calor intenso de la corriente de corte hace que la trompa se divida.

Tiene como desventaja el riesgo de quemaduras y lesiones de perforaciones a estructuras adyacentes, y quiere equipo costoso y delicado.

8. GRAPAS: Usualmente se aplican con laparoscopio, pero la mayoría puede aplicarse durante minilaparotomía; no son usadas tan frecuentemente como la ligadura o fulguración por prevalencia de fallas incluyendo embarazos ectópicos ya que porque las grapas se aflojan después de su aplicación, reanudando la permeabilidad tubárica o porque se salían del oviducto.

Las hay en diferentes tipos: grapas de tantalio(metal que no reacciona con los tejidos), grapas con resorte, grapas plásticas.

.9'.- ANILLOS : Pueden usarse con laparoscopia, minilaparotomía, colpotomía o culdoscopia. Se toma un segmento de la parte ístmica del conducto y se le coloca una pequeña banda xilástica para cerrarlo, haciéndolo así avascular. Las adherencias o la hipertrofia del conducto dificultan su uso; y junto con las bandas tienen el riesgo de rasgar el mesosalpinx y causar lesión vascular.

10.- COMPUESTOS QUÍMICOS:

Son sustancias que se solidifican dentro del oviducto y forman un tapón (tejido adherente) o mediante la destrucción del revestimiento interior del oviducto con fibrosis subsecuente(agente esclerosante ejemplo: quinacrína + xilocaina). Pueden ser introducidos a través de cervix (la más usada) y aplicadas dentro de los oviductos en la unión utero-tubaria bajo visión directa, vía histeroscopia o/a ciegas mediante un catéter. Pueden ser introducidos también bajo visión directa vía abdominal o vaginal. En general tienen las desventajas de requerir varias aplicaciones, algunas sustancias son tóxicas a tejidos adyacentes y muchas requieren instrumental especial.

La Quinacrina: Es un agente esclerosante (de los más frecuentemente usados) La combinación más eficaz fue con xilocaína con o sin epinefrina instilada en dos ciclos sucesivos del ciclo menstrual. Tiene la desventaja de tener una elevada tasa de falla (del 6 al 30 por ciento) y necesita de mejores instrumentos para su aplicación dentro de los oviductos y evitar el reflejo al útero.

EL NITRATO DE PLATA: Fue una de las primeras sustancias utilizadas, sin embargo actualmente se usa muy raramente, pues tiene la tendencia a salirse de los oviductos dentro de la pelvis y causar dolores abdominales (28).

Varias sustancias adhesivas-silásfcicas{ como el metil-2 cianoacrilato (MOV) y gelatina-resorcinol-formaldehido (CRF) ha sido instilados en la unión uterotufcsria para formar un tapón.

Tiene la ventaja de no requerir incisión y ser posteriormen te reversibles; sin embargo su eficacia en humanos no se ha investigado lo suficiente y requiere equipo sofisticado.

D.- ESTERILIZACIÓN TUBARICA POR MINILAPAROTOMIA EN EL PUERPERIO INMEDIATO

La decisión del momento de la operación requiere meditación, pues si la decide en el post-parto inmediato la mayoría estarán conformes por la influencia que tiene este momento en la estabilidad emotiva.

La esterilización puerperal tiene varias ventajas: Técnicamente, el acceso al útero es fácil debido a su tamaño y su posición abdominal; el combinar la convalecencia post-parto y las post-operatoria limita el tiempo de hospitalización y además de ser más económico, ayuda a las mujeres que les es difícil volver al hospital.

Los cambios pélvicos determinados por el embarazo y su persistencia en el puerperio inmediato son los factores de riesgo de hemorragia uterina, tubárica o subserosa; de trastornos tromboembólicos originados por los cambios gravídicos vasculares o de coagulación, y de infección a causa de las mismas modificaciones anatómicas, especialmente cuando la esterilización se practica tardíamente en el puerperio.

La pareja que solicite la esterilización post-parto, debe haber tenido orientación clara, amplia y objetiva en repetidas consultas prenatales, sus implicaciones, consecuencia y condiciones de irreversibles.

Al seleccionar a los pacientes, deberá tratar de disuadirse a las mujeres muy jóvenes (menores de 25 años) y con paridad inferior a tres hijos de preferencia de sexo distintos.

La operación puede practicarse sin dificultades en el curso de las 72 horas siguientes al parto, pero se prefiere inmediatamente después al parto y al alumbramiento, pues el útero está en retracción hemostática y su cara anterior está en contacto directo con la pared abdominal.

CUIDADOS PRE-OPERATORIOS:

Se aconseja la abstención de alimentos ocho horas antes de cirugía para tener el conducto digestivo limpio; realizándose la evacuación previa de la vejiga espontáneamente o por cateterismo.

El tipo de anestesia podrá ser general, regional o local, dependiendo de la habilidad del anestesista y el tipo de pacientes, y tiene como objetivo una buena relajación muscular que permita la posición del Trendelemburg.

Como medicamento preoperatorio se utiliza comúnmente diazepam 5 mg. o meperidina 50 mg.

Cuando se realiza inmediatamente después del parto, el rasurado y lavado de piel abdominal, así como la administración de algún tipo de anestesia ya ha sido efectuado por lo que se facilita el procedimiento.

POSICIÓN DE LA PACIENTE;

Se utiliza el decúbito dorsal horizontal con los miembros inferiores en extensión completa. Se utiliza la posición de Trendelemburg si hay dificultades operatorias por la presencia de epiplón o asas intestinales en el fondo uterino.

PREPARACIÓN DEL ÁREA OPERATORIA:

Debe practicarse un buen lavado con agua y jabón en la piel del abdomen

especialmente en los pliegues del ombligo, y luego aplicar una solución antiséptica con alcohol yodado o merthiolate.

Se colocan los campos estériles, dejando descubierta la región umbilical.

LA OPERACIÓN:

Se ubica la altura del fondo uterino y si palpa a nivel del ombligo o un poco encima de éste , se hace una incisión transversal un centímetro debajo del ombligo y de 2 a 3 centímetros de longitud. Si el fondo se palpa más abajo del ombligo por retracción del útero o involución, la incisión se hará mediana longitudinal a nivel del fondo.

Se incide piel y tejido celular subcutáneo, se descubre la aponeurosis sub-umbilical y se desprende el tejido graso con torundas de gasa. Se tema la oponeurosis con dos pinzas de Allix induciéndose con un bisturí y luego se prolonga hacia los lados con tijeras romas en una longitud de tres centímetros; se practica hemostasia y se disecciona el tejido graso pre-peritoneal.

Visualizado el peritoneo se hace un pliegue en él con dos pinzas de Kelly, se incide con bisturí y se prolonga la incisión hacia los lados y sus bordes se fijan con cuatro pinzas de Kelly,

Se colocan separadores de Farabeuf; si asas intestinales o el epiplón mayor dificultan la visualización de útero y trompas, se adoptará la posición de Trendelenburg.

Una vez identificada la trompa y el ligamento redondo correspondiente, teniendo cuidado de no traccionar muy fuerte, dado el estado de hiperemia e hipervascularización propias del estado grávido para evitar hemorragias; se toma la trompa de falopio con una pinza de Backok y se identifica en toda su longitud. Luego se procede a practicar la técnica de oclusión tubarica elegida.

Después de revisar si no quedan puntos sangrantes, se procede al cierre de la minilaparotomía por planos.

CUIDADOS POST-OPERATORIOS;

Si el procedimiento se realiza inmediatamente después del parto, se harán los cuidados rutinarios en éste tipo de pacientes, procurando la movilización precoz más o menos doce horas después del parto. En caso de dolor se indicarán analgésicos orales o parentales.

Se individualizará la necesidad de usar antibióticos dependiendo si se han practicado maniobras obstétricas especiales, o existen signos de infección.

Una vez recuperada de la anestesia, se administrarán alimentos ligeros para evitar vómitos o distensión abdominal.

Los puntos de sutura cutánea se retiran al cabo de una semana.

El tiempo de hospitalización dependerá si se trata de un puerperio normal, y generalmente es de 48 a 72 horas.

E.- ESTERILIZACIÓN TUBARICA POP, MINILAPAROTOMIA EN PACIENTES

NO OBSTÉTRICAS:

Se practica seis semanas después del parto o dos semanas después de un aborto sin complicaciones, o en la primera mitad del ciclo menstrual.

PREPARACIÓN PREOPERATORIA:

La paciente se presentará al hospital por la mañana para su admisión habiendo cumplido las indicaciones de una cena líquida y un enema evacuante la víspera, utilizando como premedicación Diazepan tabletas de 5 mg. la víspera, y otra media hora antes de la intervención.

Si la esterilización se practica por la tarde se indica un desayuno líquido con abundantes carbohidratos para mantener la glicemia.

POSICIÓN DE LA PACIENTE Y MANIOBRAS PREOPERATORIAS:

Se coloca a la paciente en posición de litotomía.

Se lava el área operatoria con agua y jabón y luego se aplica una solución antiséptica corvo merthiolate o alcohol yodado.

Se practica de nuevo un examen pélvico bimanual para determinar posición y demás características del cuello, cuerpo uterino y anexos. Se cateterizará la vejiga para evacuar completamente y así evitar posible lesión vesical.

Se coloca especulo bivalvo y se coloca tenáculo en el labio anterior del cuello, se ejerce tracción suave, introduciéndose el elevador uterino, el cual se engancha al tenáculo de forma que constituya una sola pieza; constituyendo elementos básicos para orientar y movilizar el fondo uterino y las trompas.

TÉCNICA:

Después de aplicada el tipo de anestesia que se ha considerado la adecuada ; se practica incisión suprapubica de 2.5 a 3 cm. de longitud vertical o transversal, dos traveses de dedo por encima del borde superior del pubis , se incide piel y tejido celular subcutáneo, y luego la fascia con bisturí o tijera, practicando hemostasia. Se separan músculos rectos y piramidal, llegando a peritoneo que se sujetan con dos pinzas de Kelly, incidiendo en la parte más alta para evitar lesión vesical.

Se introducen separadores de Farabeuf o de Richadsson; algunos introducen en lugar de separadores un anoscopio o un espéculo vaginal pequeño.

Se coloca a la paciente en Trendelemburg y con ayuda del elevador uterino se acerca el útero y trompas al campo operatorio.

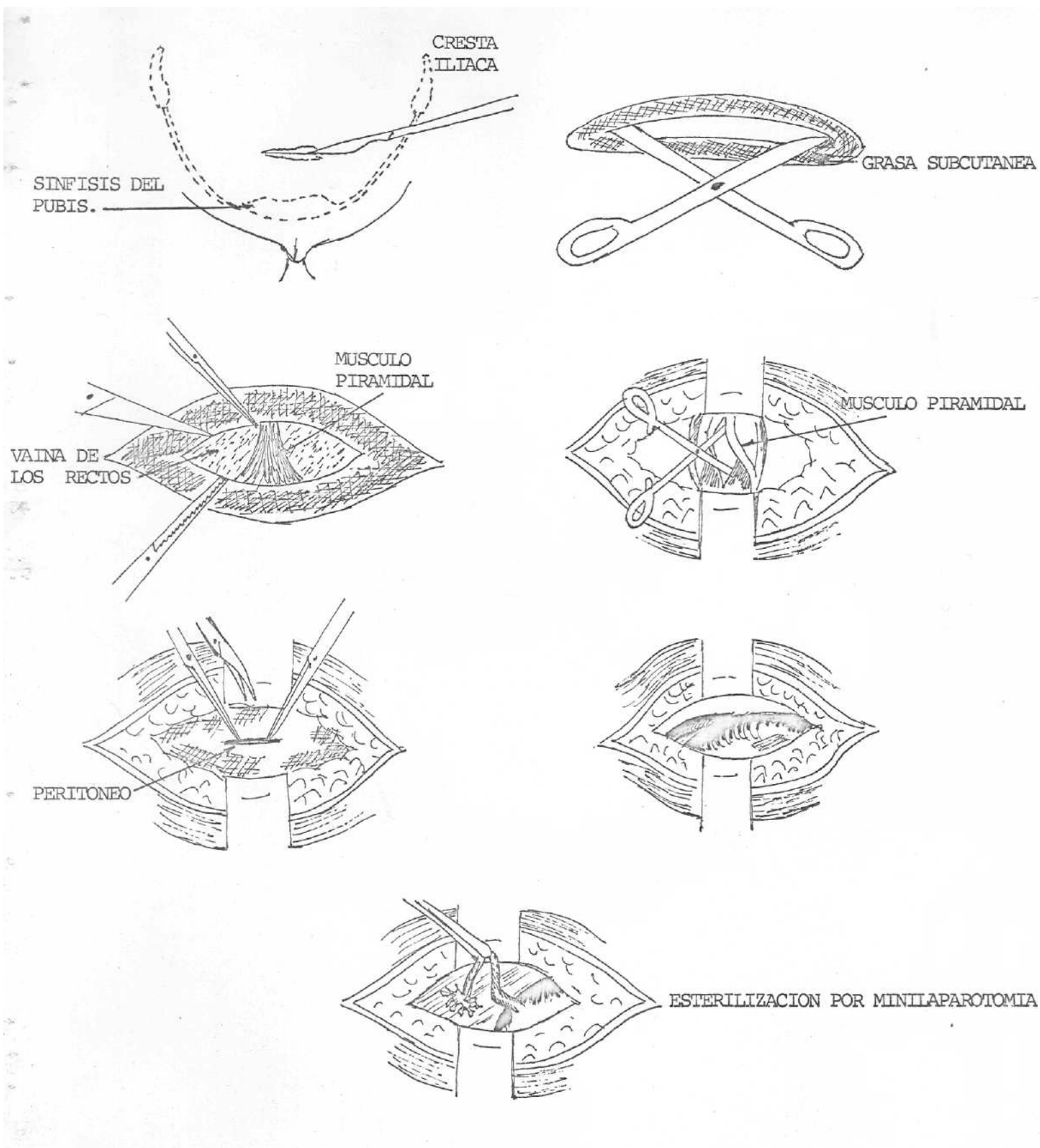
Una vez localizada se practica la ligadura.

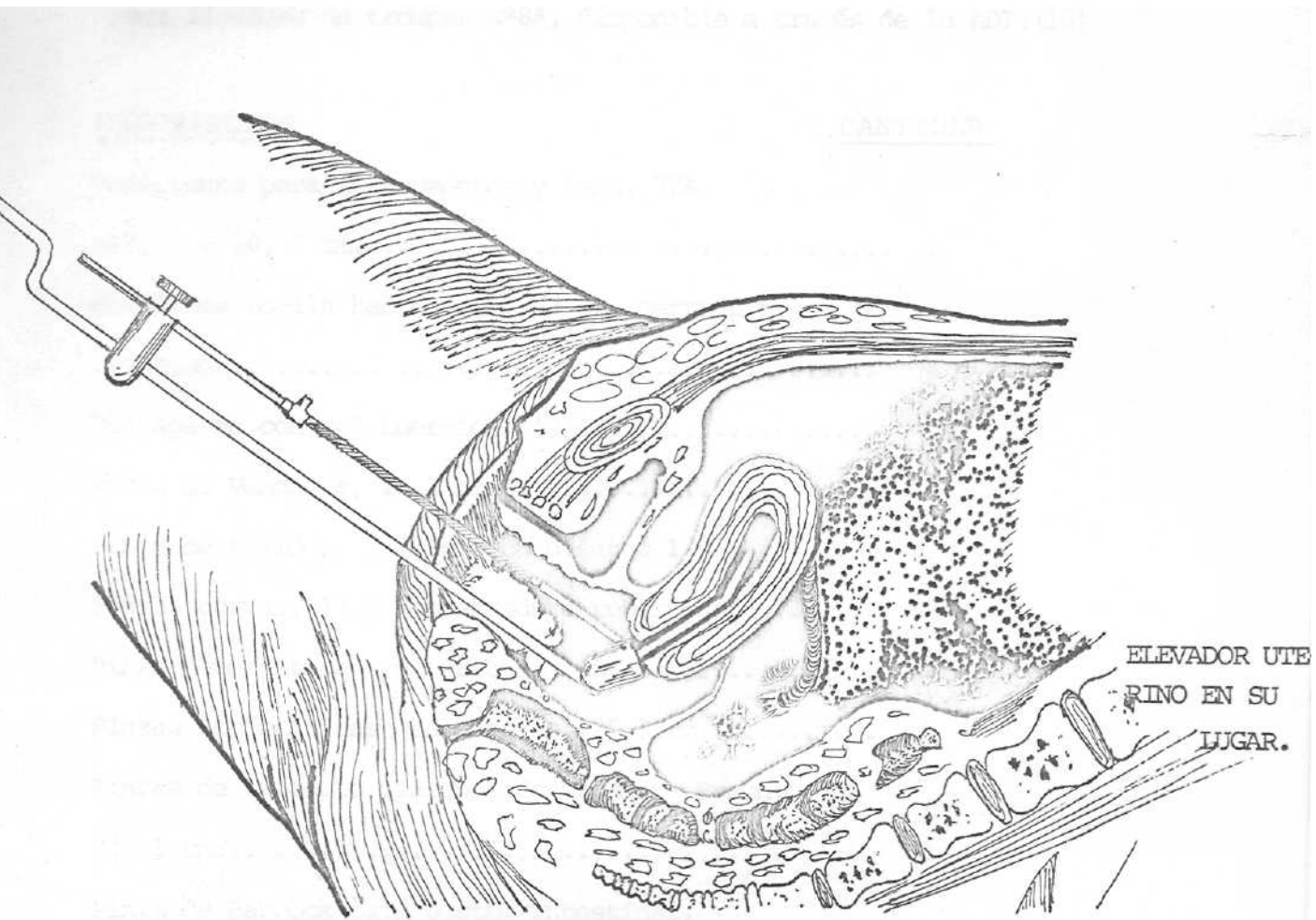
Se revisa si no hay puntos sangrantes, y luego se cierra por planos anatómicos; peritoneo con sutura continua de catgut simple No.0, fascía con puntos separados de seda No. 0 ó catgut crómico 0; y piel con puntos separados de seda No. 0.

En promedio las pacientes permanecen en observación tres horas y luego se les da de alta, con cita en siete días para retirar los puntos.

COMPLICACIONES:

Las mayores dificultades operatorias y por lo tanto con mayor riesgo de complicaciones se presentan en paciente con cirugía pélvica anteriores. La morbilidad es baja, más o menos de 1.7% (25), y los daños más frecuentes son: (17) perforación de vejiga en el momento de la minilaparotomía o durante la sutura del peritoneo, perforación de sigmoide, hemorragia del muñón después de la ligadura y corte. la perforación uterina por mal empleo del elevador puede ser una complicación grave, dependiendo del sitio y tamaño de la misma.





ELEVADOR UTERINO EN SU LUGAR.

CAPITULO VI

EQUIPOS BÁSICOS DE INSTRUMENTOS PARA MINILAPARATOMIA

A.- Los siguientes instrumentos integran el equipo básico de instrumentos para ligadura de trompas N°8A, disponible a través de la ADI:(16)

DESCRIPCIÓN

CANTIDAD

Recipiente para instrumentos y tapa, 32A x17, 1 x 10, 1 cm.....	1
Gancho de toalla backhaus, 13.3 cm, cerradura recercada	4
Jeringa de control Luer-Lok, 10 cc.....	2
Pinza de Vendajes, 13.3 cm.....	1
Pinza de tejidos, 13.3 an con dientes 1 x 2	1
Pinzas curvas, 13.3 cm, cerradura recercada	2
Pinza hemostáticas Pean rectas, 15. 9 cm.....	2
Pinzas hemostáticas Pean rectas, 20.3 cm.....	2
Pinzas de tenáculo uterina, Schoroeder- Braun, 24. 1 cm	1
Pinza de Babcock para sostén intestinal, 15. 9 cm	2
Mango de cuchillo quirúrgico, Nª 3	1
Portaagujas de Mayo-Hegar, mandíbula ancha 20. 3 cm.....	1
Agujas Keith abdominal en punto triangular rectas, 6.3 aa.....	6

<u>DESCRIPCION</u>	<u>CANTIDAD</u>
Agujas Mayo de punta cónica, 1/2 círculo re	
gular, tamaño 6.....	6
Espéculo modificado-retractor	1
Tijeras de operación, rectas, rema y roma,15.20 cm	1
Tijeras Metzenbaum, tonsilares, curvas 17.8 cm.....	1
Espéculo vaginal Graves, mediano.....	1
Pinzas Hemostáticas curvas, 20.3cm.....	2
Hojas quirúrgicas de carbón de acero, tamaño 15	24
Jeringa hipodérmica Luer -Lok, 10 ce	4
Sonda uretral femenina, tamaño 14 francés.....	1
Elevador uterino Ramathibodi	1
Gancho tubárico Ramathibodi	1
Agujas hipodérmicas, de uso repetido, calibre	
22, 3, 8 cm	36
Retractor Richardson-Eastman, juego de 2, tamaño	
pequeño- 25.4 cm..... ,	1

B.- LA UNICEF, en colaboración con UNFPA y LA OMS, preparó la siguiente lista:

Cuchillas quirúrgicas, tamaño 10.....	8
Pinzas de tóala Backhaus, 14 cm	4
Pinzas de Alus, 19 cm	1
Jeringa de control de 10 mi	1
Jeringa hipodérmica de 10 mi .. ,	4
Agujas hipodérmicas de calibre 20, cm	12
Pinzas de vendaje 14 cm.....	1

<u>DESCRIPCION</u>	<u>CAMODAD</u>
Pinza de tejidos, estándar, 14 cm	1
Pinzas de mosquito de Halstead, curvas, 13 cm....	6
Pinzas de tejidos Babcock, 19.5 cm	2
Pinza hemostática curva, 20 cm	1
Pinza de vendajes Bozeman, 25 cm	1
Mango de cuchillo quirúrgico	1
Portaagujas de Mayo-Hegar, 17. 5 cm	1
Agujas de sutura en punto triangulo rectas,5.5 cm.	2
Agujas de Mayo de punta cónica, tamaño 6	12
Sonda uretral, tamaño francés	1
Tenáculo de Jacob.....	1
Proctoscopio Hirschman	1
Elevador uterino Ramahibodi.....	1
Gancho tubárico Ramathibodi.....	1
Recipiente para esponja de acero inoxidable	1
Retractor Richardson- Eastman	1
Retractor abdominal.....	1
Espenaculo vaginal Graves, mediano.....	1
Tijeras de sutura.....	1
Tijeras de operación rectas, 15 cm	1
Tijeras Metzenbaun curvas, 17.5 cm	2
Recipiente de instrumentos con tapa con llave....	1

C- La siguiente lista de instrumentos para minilaparotomía fue preparado por el Dr. Vitoon Osathanondh, del Departamento de Obstetricia y Ginecología del Hospital Ramathibodi, Universidad Mahidol, Tailandia:

<u>DESCRIPCIÓN</u>	<u>CANTIDAD</u>
Para preparación de la piel:	
Pinzas para sujetas esponjas con esponjas	2
Recipiente pequeño con solución antiséptica	1
Para Infiltración del agente anestésico local; Jeringa de 20 cc con 3.8 cm. aguja No.20	1
Mango de escalpelo y una hoja de tamaño pequeño	1
Par de tijeras de disección de 15.2 cm	1
Par de tijeras pequeñas para cortar material de sutura..	1
Pinza de disección, dentadas	1
Pinza de disección, no dentada.....	1
Ganchos hemostáticos, no dentados y de tamaño mediano ..	6
Para de retractores de tamaño adecuado (la hoja del retractor debe tener unos 20 mm. de ancho y de 20 a 25 mm. de largo	1
Gancho túbárico uterino.....	1
Par de ganchos de Babcock.....	1
Juego de Agujas	1
Portaagujas	1
Además material para sutura y varios trozos de gasa.	

CAPITULO VII

MEDICACIÓN PREOPERATORIA Y ANESTESIA UTILIZADA EN MINI-LAPAROTOMIA

Actualmente y. con la existencia de diferentes técnicas quirúrgicas, para la esterilización femenina, hay diferentes procedimiento anestésicos, que tratan de facilitar el acto operatorio, así como mayor confort e inocuidad para los pacientes.

Se hará una valoración preanestesia completa que incluye una historia clínica y examen físico investigando especialmente antecedentes de tipo cardio-respiratorio; examen de laboratorio ya antes mencionados especialmente un hemograma completo, considerándose la cifra de 10 grm. de hemoglobina como el límite inferior permisible. Valorar también la constitución física nutricional de los pacientes, en especial en casos de obesidad, porque pueden presentar serios problemas de ventilación y oxigenación especialmente si se usan técnicas sin intubación endotraqueal.

MEDICAMENTOS PREANESTESICOS:

Se acostumbra dar un barbitúrico de acción corta o intermedia la noche anterior a la operación. La acción fundamental de los barbitúricos es la depresión no selectiva del sistema nervioso central y según la dosis puede ir desde la sedación, anestesia general hasta el coma. La sedación es la atenuación de la hiperexcitabilidad nerviosa.

Entre los de acción corta tenemos el pentobarbital (numbutal) secobarbital (Seconal) en dosis de 100-200 mg.

Puede utilizarse también drogas tranquilizantes que corresponden al grupo de los psicotrópicos, utilizándose con frecuencia los llamados tranquilizantes menores útiles en casos de neurosis sobre todo si existe tensión y ansiedad comprendiendo principalmente los alquildioles y las benzodiazepinas.

Los alquildioles provocan una tranquilización con disminución de la acción motora y pérdida del temor; debido, a que son drogas depresoras espinales inhibiendo los reflejos flexores y multisinápticos; también poseen cierto efecto relajante muscular. El preparado más utilizado es el meprobamato (Equanil, Miltown) .

Las benzodiazepinas poseen acción tranquilizante análoga al mepróbamato, pero son más activos en los estados de ansiedad, calman la ansiedad y alivian el insomnio. Actúan deprimiendo el sistema activador ascendente reticular especialmente sobre el sistema límbico. Como medicamento preanestésico se administra en dosis de 10-20 mg. V.O. de Diazepam la noche anterior a la operación.

En muchos casos es empleado vía parental (IV) como "narcosis basal", complementaria de la anestesia regional (local) utilizada en el procedimiento quirúrgico,

ANESTESIA:

La anestesia quirúrgica es un grado de depresión nerviosa suficiente para permitir las intervenciones quirúrgicas, lo cual sucede cuando existen bloqueos sensitivo , mental , motor y los reflejos, sobre todo

la inconciencia y en especial la relajación muscular conveniente con pérdida del tono por abolición de la reflectibilidad.

Puede utilizarse drogas que produzcan anestesia general o narcosis basal.

En el procedimiento de minilaparotomía generalmente se utiliza narcosis basal con drogas como diazepam (10-20 mg.IV), más un narcótico tipo Msperidina (100 meg. IV).

El Diazepam por su acción selectiva sobre determinadas estructuras del S N C , produce sedación psíquica y neurovegetativa con tendencia al sueño o indiferencia hacia el medio ambiente; deprime los reflejos espinales produciendo cierto grado de relajación de la fibra muscular estriada y de allí que su uso se halle contraindicado en la miastenia, gravis.

Posee el efecto de producir amnesia retro-anterógrada, motivo por el cual se recuerda muy poco del procedimiento quirúrgico.

Como reacción colaterales puede producir hipo, hipotensión arterial, náusea, flebitis en el sitio de la inyección y estados paradójicos de excitación .

La meperidina: Es un derivado sintético; posee efectos analgésicos al

igual que la morfina y no sólo eleva el umbral doloroso sino que altera la reacción afectiva del dolor. No deprime el reflejo tusígeno ni causa broncoconstricción y la depresión respiratoria es menor. Producen descenso, de la presión arterial y discreta disminución de la frecuencia cardíaca.

La Meperidina provoca a dosis elevadas temblores y sacudidas musculares, hiperreflexia y aún convulsiones epileptiformes ; algunas veces se produce delirio y alucinaciones.

Se utilizan además anestésicos endovenosos que debido a su efectividad y rapidez de acción son muy útiles en los procedimientos ambulatorios de esterilización.

Entre ellos el mas utilizado es el clorhidrato de ketamina(ketalar), así como el Altesin (Alfatesin) y propanidid (Epontol).

Clorhidrato de Ketamina. Es un anestésico general no barbitúrico de acción muy rápida. Produce estimulación cardiovascular con hipertensión y taquicardia, que lo contraindica en pacientes hipertensos; generalmente no afecta la respiración. Tiene el inconveniente de poseer efectos psicodélicos (pesadillas, alucinaciones) especialmente en el período de recuperación.

Altesin: Es un anestésico de corta duración perteneciente al grupo de los

esteroides que produce una inducción rápida y un pronto despertar. Tiene inconveniente de producir ocasionalmente crisis de tos, hipo y broncoespasmo severo. Se administra en dosis de 0.02 - 0.03 ml/kg. asociado con Diazepam y Meperidina.

Proponidid: Es un hipnótico no barbitúrico de acción muy fugaz (2-4 minutos). Puede producir hipotensión arterial y taquicardia fugaces. La dosis es de 6 - 7 mg/kg

Anestésicos Locales: Se utilizan junto con la narcosis basal en el procedimiento de minilaparotomía.

Constituyen un grupo de fármacos que se caracterizan por inhibir reversiblemente la conducción del impulso nervioso en los axones y su generación en los receptores sensitivos.

La acción se ejerce no sólo sobre los elementos nerviosos, sino otras estructuras excitables como la unión neuromuscular, sinapsis centrales y periféricas y el tejido excitoconductor del miocardio.

Impiden tanto la generación como la propagación de la actividad bioeléctrica de las células excitables. Interfieren en la permeabilidad iónica especialmente Na^+ y K^+ (.inhibe la entrada del Ca^{++}).

Cuando se inyecta un anestésico local en el trayecto de un nervio mixto, los impulsos se bloquean siguiendo un orden definida. Desaparece prime-

ro la sensación dolorosa y luego las de frío calor, tacto y presión profunda y luego la actividad motora; la recuperación se produce en el orden inverso.

Aplicación por infiltración: Antes de iniciarse la inyección en el TCS y estructuras subyacentes se realiza una pápula intradérmica, la inyección debe hacerse muy lentamente, para evitar así el dolor causado por la distensión brusca de los tejidos, y además previene la absorción rápida que puede producir reacciones tóxicas sistémicas y aspirar frecuentemente para asegurarse de no inyectarlo intravascularmente.

Debe esperarse un lapso prudencial (2-3 minutos) antes de practicar la incisión.

Los efectos tóxicos derivan principalmente de las acciones sobre el S.N.C. y aparato cardiovascular ; y la causa principal de muerte es parálisis respiratoria posterior a una crisis convulsiva.

CAPITULO V I I I

INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES MEDICAS PARA LA ESTERILIZACION FEMENINA

La esterilización femenina ofrece varias ventajas, porque además de ser un método eficaz, con un costo bajo y riesgo de complicaciones o muerte mínimo, es de gran ayuda en mujeres granmultíparas y para evitar el riesgo de embarazo en edad avanzada, que conlleva en muchas ocasiones una morbimortalidad alta .

Existen una serie de indicaciones de tipo obstétrico, médico, psiquiátrico y genético; sin embargo en todos los casos el médico está obligado antes de practicar cualquier tipo de procedimiento, explicar en que consiste, sus implicaciones y comprobar en lo posible si la pareja ha logrado el número de hijos deseados.

A.- INDICACIONES:

1.- OBSTÉTRICAS

a.- Cesáreas Previas: Dado el mayor porcentaje de complicaciones especialmente la ruptura uterina por dehiscencia de la cicatriz. En nuestro medio se ha puesto como norma no permitir más de tres partos quirúrgicos, sin embargo siempre hay que considerar otros factores como edad de la madre, número de hijos vivos etc.

b.- Gran Multiparidad: (Seis ó más partos) por el riesgo que implica para la madre y el hijo por la mayor frecuencia de placenta previa, desprendimiento prematuro de la placenta

ta, posiciones anormales del feto, hipotonías postparto.

c.- Trastornos genéticos: Como lo son enfermedades como: Neurofibrairatosis múltiple, distrofia miotónica, síndrome de Fanconi y otros.

d.- Toxemia Severa de repetición.

2.- POR PATOLOGÍAS

a.- Cardiopatías

b.- Nefropatías

c- Hipertensión arterial

d.- Diabetes mellitus

e.- Trastornos psiquiátricos especialmente en casos de retrasos mentales y afecciones mentales de carácter hereditario,

f.- Carcinoma mamario: Por su conocida dependencia hormonal que hace aconsejable la ovalectomía y por ende la esterilización.

B.- CONTRAINDICACIONES:

1.- ABSOLUTAS:

a.- Tumor pélvico uterino u ovárico

b.- Embarazo

c- Enfermedad pélvica inflamatoria aguda o subaguda

d.- Dermatitis severa de la pared abdominal.

2.- RELATIVAS:

a.- Obesidad extrema

b.- Infecciones o intervenciones quirúrgicas anteriores que hayan producido adherencias pélvicas,

c- Cardiopatías o enfermedades pulmonares avanzadas.

CAPITULO IX

COMPLICACIONES DE LA ESTERILIZACIÓN FEMENINA POR MINILAPAROTOMIA

Como todo procedimiento quirúrgico existe el riesgo de que se presente algún tipo de complicaciones; sin embargo, dada la simplicidad del método, la morbilidad es Muy baja.

Entre las complicaciones tenemos las siguientes:

1. Infección de la herida y formación de hematoma.
2. Infección pelviana especialmente si hay antecedentes de sepsis y cirugía pelviana previa.
3. Formación de hematoma pélvico o hemorragia del muñón de la trompa con hematoma del ligamento ancho.
4. Rotura del mesosalpinx especialmente después del parto o aborto por ser más friable.
5. Traumatismo a las vísceras intraabdominales, especialmente pueden ser lesionadas la vejiga e intestinos (signos de ileoterminal).
6. Hidrosalpinx: Es raro y ocurre si la ligadura tubárica se ha hecho en la parte ampular del conducto o en dos puntos para disminuir el riesgo de fracaso; puede complicarse aún más con sepsis pelviana.
7. Sangrado uterino disfuncional, ya sea hiper o hipomenorrea si se trata de sangrado uterino excesivo o en cantidad escasa respectivamente que se presentan a intervalos regulares; o poli u oligomenorrea si el sangrado se presenta a intervalos regulares menores de 24 días o mayores de 32 días respectivamente. Sin embargo hay diferentes opiniones:
Primero porque ésta incidencia aumenta con la edad y por otra la esterilización se practica a mujeres que durante mucho tiempo han tomado anticonceptivos orales y al dejar de tomarlos

sus períodos pueden ser más abundantes.

8. Torsión del segmento distal del conducto: Es excepcional.
El segmento ampular está soportado sólo por el mesosalpinx que podría retorcerse y causar dolor isquémico en el lado afectado pudiendo infectarse este segmento..
9. Secuelas psicológicas o emotivas: En varios estudios no se ha encontrado ningún síntoma siquiátrica que pudiera relacionarse con la esterilización o tomarse como riesgo. (18)

Se ha sugerido que las mujeres mayores de 30 años tienen menos -tipo de problemas en lo referente a satisfacción con la operación y estado psicológico que las de menor edad.

la culpabilidad y el arrepentimiento sólo se encontró en un 3% (18)

10. Embarazo ectópico. Constituye una verdadera urgencia en ginecología. Su etiología ha sido atribuida a varios factores como ser daño tubárico por procesos inflamatorios y/o infecciones o causas Yatrogénicas como cirugía pélvica. En los últimos años y con la utilización cada vez mayor del procedimiento de esterilización tubárico se ha observado que la incidencia de embarazo ectópico ha aumentado, observándose entre ambos bastante relación, encontrándose en la literatura en 7-12%.

(26) Estudios realizados sobre embarazos ectópicos precedidos de esterilización tubárica, muestran que generalmente se presentados años después de la cirugía, presentándose con mayor frecuencia en pacientes a los que se practicó la técnica de Pomeroy. La gestación ocurrió en la mayoría en el segmento distal o fimbria.

Para, explicar la causa se habla, de recanalización y formación de

fístula tubo peritoneal proximal por el cual, podría pasar el espermatozoa con la subsecuente fertilización del óvulo en la cavidad peritoneal, superficie del ovario o en el extremo distal de la trompa.

(23) Otros estudios han encontrado focos de endometriosis en el extremo del segmento tubárico proximal que podrían conducir a embarazos posteriores, y además dismenorrea y sangrado menstrual irregular.

11. Embarazo Intrauterino. Constituye una falla del método.

En uno de los estudios más recientes realizados en una clínica piloto de Profamilia, Bogotá de los años 73-80 (22), se analizaron 272 embarazos diagnosticados después de la esterilización y considerados fallas del método. El 60% de los embarazos ocurrieron en el primer año después de operada. La tasa de falla paraminilaparatomía fue de 0.45% es decir, 1 embarazo en 222, en comparación con laparatomía con bandas que fue de 1,8% (1 embarazo de 56).

Las posibles razones de fallas fueron discutidas, analizándose 157 casos de reintervenciones (58%).

Un 27% fue error humano, encontrándose el siguiente porcentaje de fallas: En un 35,7% sólo se ligó una trompa.

En 57% se encontró la banda mal colocada.

En 4.8% dos bandas fueron colocadas en la misma trompa y en 2.4% (1 caso) se encontró un útero bicorne.

Fueron considerados como errores del método 115 casos (73%); en los cuales se encontró:

Oclusión incompleta.	21 casos	embarazos	\pm 5.25 meses.
Recanalización	57 casos	embarazos	\pm 14,5 meses.
Fistulización	37 casos	embarazos	\pm 26 meses.

En frecuencia 1 de cada 5 embarazos fue ectópico, es decir una tasa de 7.35%, mayor que el 0.5% de los embarazos normales. Ningún caso - fue por minilaparatomía, sólo por laparoscopia y especialmente con cauterio.

33.8% de las mujeres decidieron tener a sus hijos.

11.7% tuvieron abortos espontáneos y 54.5% se indujeron el aborto.

CAPITULO X

RECUPERACIÓN QUIRÚRGICA DE LA FECUNDIDAD DESPUÉS DE LA ESTERILIZACIÓN

A medida que aumenta el número de mujeres esterilizadas, crece también la demanda potencial para revertir el procedimiento cuando acontecimientos imprevistos como la muerte de un hijo o un nuevo matrimonio hacen que las personas cambien de idea(5). Las mujeres que fueron esterilizadas postparto o post-aborto son las que con más frecuencia solicitan recanalización.

La reversión es aún una operación larga, difícil y costosa. Se han utilizado dos tipos de procedimiento, en uno se usan las técnicas e instrumentos usuales en cirugía y en otros la microcirugía; unos autores opinan que los resultados son los mismos, utilizando cualquiera de los dos métodos (2), sin embargo, otros han encontrado una incidencia mucho menor de embarazos ectópicos si se usan técnicas de microcirugía y magnificación probablemente por un alineamiento más adecuado y uso de suturas más finas para la aproximación de los tejidos.

En ambas técnicas se pretende:

- 1.- Minimizar la hemorragia a través de electrocoagulación.
- 2.- Alineación exacta de los segmentos tubáricos.
- 3.- Empleo de material de sutura delgado, que no produzca reacción tisular y agujas finas.
- 4.- No dejar material extraño en el campo operatorio.
- 5.- Irrigación constante para mantener húmedos los tejidos.

FACTORES QUE INFLUYEN EN LA REVERSIBILIDAD

1.- Estado de salud general y reproductivo de la mujer, considerando como contraindicaciones (6):

- Más de 37 años de edad.
- Ausencia de ovulación regular
- Deterioro de la salud a causa del procedimiento o del nuevo embarazo.
- Infecundidad del cónyuge.
- Enfermedad tubárica
- longitud insuficiente de las trompas

Muchos sugieren que el pronóstico de embarazo es poco favorable si la reversión se hace más de cinco años después de la esterilización.

2.- Tipo de procedimiento usado para la esterilización, considerando tipo y sitio de acción sobre las trompas y extensión del daño.

(2) la técnica de esterilización asociada con menor daño tubárico y por lo tanto mas favorable para la revisivilidad fue en la que se usaron los clips tipo Hulka, en segundo lugar los anillos y luego la técnica de Pomeroy; en cambio en la técnica de fulguración es imposible.

3.- Secuelas de la Esterilización : Es decir imprevistos, que pueden dificultar el éxito de la reversión por ejemplo: Hemorragia, lesiones

al masosalpinx o vasos sanguíneos e infecciones.

En algunos estudios (6) se ha encontrado que los niveles promedios de progesterona sérica de la fase lútea inedia eran inferiores en una proporción significativamente más grande del grupo esterilizado que en el grupo control, lo que sugiere que la esterilización puede deteriorar la función ovárica.

Las técnicas microquirúrgicas generalmente duran de dos horas hasta 5 y se utiliza anestesia general. En la preparación se incluye lavado, evacuación vesical, rasurar y desinfectar.

Se hace una incisión transversal de 15-18 an más o menos en la línea del vello pubiano.

Para reconstruir la trompa debe alinearse y luego suturarse de forma apropiada, lo que resulta difícil por ser éstos pequeños y resbalosos por lo que se han ideado férulas que ayudan a estabilizar las trompas y a definir el lumen durante la sutura.

Puede hacerse anastomosis intramural- Itsmica; intramural ampular; itsmica - itsmica; Ístmica ampural; ampular-ampular, .

El intervalo entre la reconstrucción y el embarazo ha sido de 10.2 meses (6).

Los resultados positivos varían según los estudios; pues unos reportan hasta 56 % y otros un 21.4%

Los embarazos ectópicos se han presentado en un 8-10% de los casos (23).

CAPITULO X I

DEFINICIÓN DE VARIABLES SEGÚN ALGUNAS CARACTERÍSTICAS BIOLÓGICAS, SOCIALES Y CULTURALES DE LAS PACIENTES

Para la realización del presente estudio se utilizarán las siguientes variables, las cuales serán definidas de la siguiente manera:

- a) Edad ;Número de años cumplidos y consignados en el expediente clínico de la paciente de la clínica de planificación familiar.
- b) Historia obstétrica: Se considerarán los siguientes parámetros* Gestaciones, paridad, No, cesáreas. No, abortos y No de hijos vivos al momento de ser esterilizadas y consignado en el expediente clínico de la paciente de la clínica de planificación familiar.

Se harán grupos de tres según la categoría. Por ejemplo:

0-2 partos, 3-5..... ,12 ó más

Se tomará en cuenta la edad del hijo menor al momento de esterilizarse y se agruparán de la siguiente manera:

< 1 mes, 1-11 meses, 1-5 años, >5 años Se llamará púérpera a todas las pacientes cuyo hijo menor sea RN, y el resto se agrupará dentro de los pacientes no obstétricos.

- c) Estado Marital : Consignado en los expedientes clínicos, haciéndose las siguientes clasificaciones: Unión libre, casada divorciada, viuda, soltera.

- d) Grado de Escolaridad: Tomado de los expedientes clínicos y agrupan-
dolos así:
- 1) Analfabeta: Que no ha apretado ningún año escolar.
 - 2) Primaria incompleta: Menos de 6 años de educación primaria.
 - 3) Primaria completa.
 - 4) Secundaria
 - 5) Profesional.
- e) Uso Previo de anticonceptivos: Se tarará el antecedente consignado
en los expedientes clínicos de planificación familiar; tañándose los
siguientes métodos: Oral, DIU. inyección, óvulos y jaleas, ninguno
y otros; indistintamente del tiempo y regularidad en el uso .
- f) Ocupación: Se anotará la consignada en los expedientes clínicos
- g) Indicación Médica u Obstétrica: Situación o condición en la paciente
que obliga al médico a aconsejarle el procedimiento por poner en pe-
ligro su vida o la del producto.
- g) Complicaciones: Estados morbosos asociados con el acto quirúrgico que
presentaron inmediatamente o hasta 3 años después de esterilizada.

CAPITULO XII

MÉTODOS, MATERIALES- Y' PROCEDIMIENTOS

A.- DESCRIPCIÓN DEL ÁREA DE; ESTUDIO:

Se incluye en el presente estudio a la población ubicada en el área de Salud No. 2 de la región Sanitaria No. 6 con sede en la Ciudad de Tela, Atlántida.

Dicha área de Salud incluye a los siguientes municipios con sus respectivas aldeas:

Municipio de Tela .	68	Aldeas
Municipio de Esparta . .	56	Aldeas
Parte del Municipio de la Masica con .	9	Aldeas
	<hr/>	
Totalizando	133	Aldeas

La población incluida es de 71,602 habitantes según datos proporcionados por el Censo de Población de 1974.

El área de Salud No.2 cuenta con los siguiente recursos físicos:

11 CESAR
2 CESAMO
1 CHA.

Distribuidos de la siguiente manera:

MUNICIPIO DE TELA : 4 CESAR
MUNICIPIO DE ESPARTA : 6 CESAR
MUNICIPIO LA MASICA : 1 CESAR
1 CESAMO UBICADO EN IA CIUDAD DE TELA
1 CESAMO UBICADO EN ALDEA SAN JUAN PUEBLO, LA MASICA.
1 CHA QUE CORRESPONDE AL HOSPITAL, TELA, INTEGRADO.

Todos las esterilizaciones se practicaron en la Sala de operaciones del Hospital Tela Integrado, el cuál cuenta con el siguiente personal y equipo:

10 MÉDICOS . : 5 MÉDICOS EN SERVICIO SOCIAL.
1 MEDICO GENERAL
4 ESPECIALISTAS, UNO EN CADA UNA DE IAS
DIFERENTES RAMAS DE GINECO-OBSTETRICIA,
CIRUGÍA, MEDICINA INTERNA Y PEDIATRÍA.

3 ENFERMERAS PROFESIONALES.
42 AUXILIARES DE ENFERMERÍA
1 TÉCNICO DE RX

LABORATORIO: 5 TÉCNICOS
1 MICROBIÓLOGO.

SALA DE OPERACIONES:

Que cuenta con 1 Quirófano

2 Circulantes.

1 Instrumentista.

2 Técnicos en Anestesia.

Se cuenta con 3 equipos de Minilaparotomía para practicar las esterilizaciones.

El Hospital tiene una capacidad de 51 camas.

IA SALA DE MATERNIDAD:

Está a cargo de un Jefe de Sala que es el Médico Especialista, hay además un Médico en Servicio Social y 10 auxiliares de enfermería que turnan en roles de dos personas cada uno. Tiene una capacidad de 11 camas distribuidas: 6 para Maternidad y 5 para Ginecología.

La Asociación Hondureña de Planificación Familiar, cuenta con una Promotora que labora tanto en la Sala de Maternidad del Hospital, como el Césamo de Tela y a nivel comunitario encargada de entrevistar y programar a las aspirantes para ser esterilizadas

A todas las pacientes se les cita para control en el Césamo de Tela o en el Cesar de la comunidad según la accesibilidad para curación y retirar la sutura, con control posterior por el Gineco-obstetra en el Césamo de Tela.

B. POBLACIÓN Y MUESTRA:

El Universo de estudio, incluye al total de pacientes esterilizadas y sus respectivos expedientes clínicos, ambos considerados como unidades de observación, durante un período de tres años, desde noviembre de 1979 (fecha en que se inició el programa de Planificación Familiar) hasta octubre de 1982, y cuya procedencia corresponde al área de influencia del área de Salud No. 2; totalizando 416 pacientes.

Se esterilizaron en éste período un total de 460 pacientes, siendo excluidos- de éste estudio 44 pacientes. En 6 de ellas no se consignó el domicilio y 38 procedían de comunidades no incluidas en el área de Salud No. 2. Se contó al final con 416 pacientes cuyos expedientes clínicos fueron revisados. En la encuesta post-esterilización se lograron entrevistar 283 pacientes, es decir un 68% del total de pacientes en estudio; las otras pacientes no pudieron localizarse ya sea por haber cambiado de domicilio o no haberse anotado correctamente éste en los expedientes.

Todas las esterilizaciones fueron practicadas por el médico especialista en Gineco-Obstetricia, en la Sala de Operaciones, del Hospital de Tela Integrado, siendo trasladadas posteriormente hasta su recuperación a la Sala de Maternidad.

Las esterilizaciones se practicaron en pacientes post-parto y de intervalo (no obstétricas); no hay ningún caso de pacientes post-aborto.

C- METRODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

Se contará con dos fuentes de Información:

a) PRIMARIA: Que serán los pacientes considerados como unidades de observación; obteniéndose la información a través de una entrevista personal, utilizando un formulario estructurado con respuestas cerradas (ver Anexo No.1) y que será llenado por el entrevistador, que se desplazará a las comunidades en las que haya sido consignado su domicilio, dicho entrevistador será quien elabora el presente trabajo.

b) SECUNDARIA: A través de los expedientes clínicos.

También considerados como unidades de observación y archivados en el Departamento Planificación Familiar, ubicado: en el Cesamo de Tela, anotándose los datos en una tabla matriz (como se muestra en el anexo No.2).

Se incluye además una muestra del expediente utilizado por ASOCHPLAFA (ver Anexo No. 3), en donde se consignan los datos generales de la paciente, una historia clínica resumida, datos sobre el procedimiento quirúrgico y una autorización para el procedimiento firmada por el Médico, la paciente y el compañero de hogar.

PROCEDIMIENTO Y PLAN DE ANÁLISIS:

Una vez recogida la información, se procederá a clasificarla, según

las variables consideradas, calidad y frecuencia. Los datos serán tabulados y presentados a través de tablas, cuadros y gráficas, haciéndose además cruces de variables que sean considerados lógicos y adecuados. Procediéndose a hacer un análisis descriptivo a través de una distribución estadística.

CAPITULO XXII

RESULTADOS

Se presentan en primer lugar los resultados obtenidos del análisis de los expedientes clínicos y posteriormente los obtenidos de la evaluación post-esterilización.

A. DESCRIPCION DE ALGUNAS CARACTERISTICAS BIOLOGICAS, SOCIO-CULTURALES Y ECONOMICAS DE LAS PACIENTES.

Las variables consideradas y sometidas a análisis y previamente definidas en el capítulo correspondiente, fueron las siguientes:

- a) Edad
- b) Historia obstétrica
- c) Uso de anticonceptivos antes de esterilizarse
- d) Estado marital
- e) Grado de escolaridad
- f) Ocupación
- g) Ingreso familiar
- h) Indicación médica
- i) Tipo de anestesia utilizada.

a) EDAD:

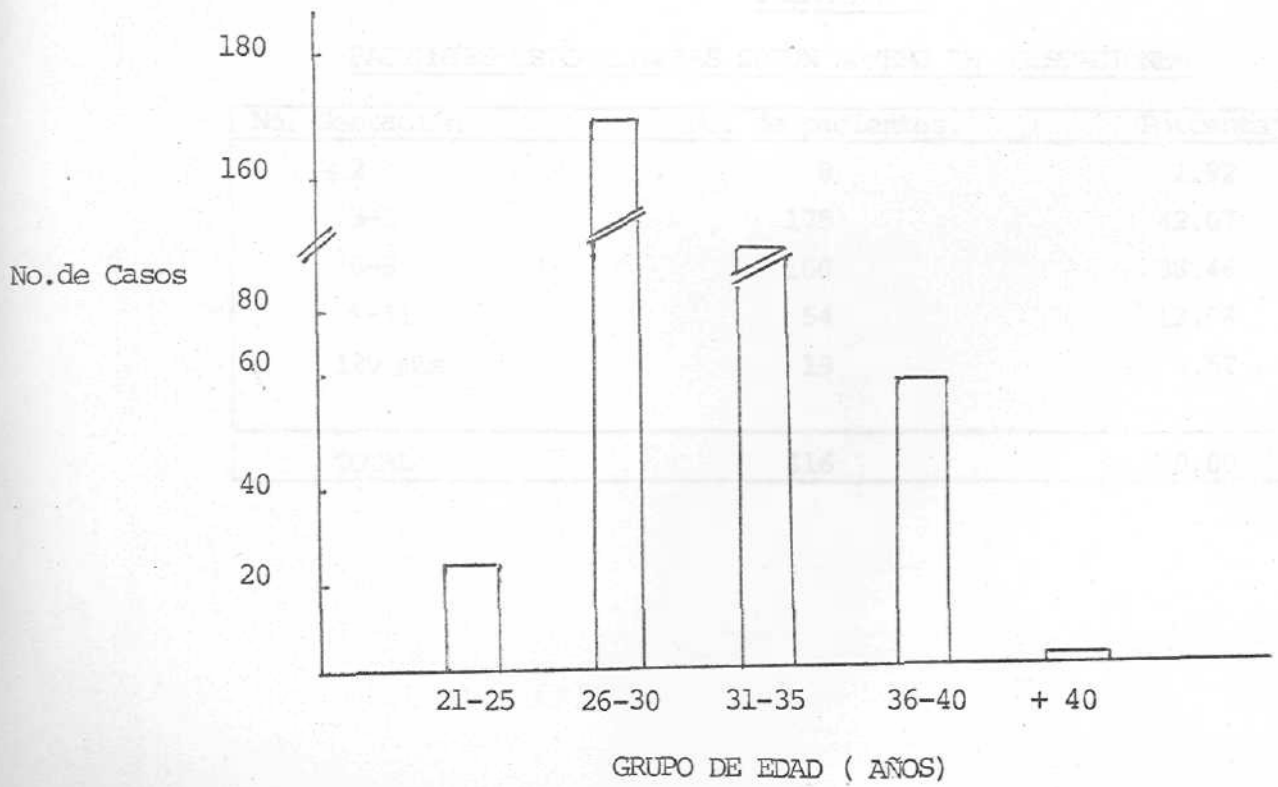
El promedio de edad de las pacientes sometidas a esterilización fue de 31 años, encontrándose la siguiente distribución por edades.

TABLA No.1

PACIENTES ESTERILIZADAS SEGUN GRUPO DE EDAD. HOSPITAL

"TELA" INTEGRADO (NOVIEMBRE 1979 A OCTUBRE DE 1.982)

Grupo de edad (años)	No. Pacientes	Porcentaje
21 a 25	28	6.73
26 a 30	175	42.07
31 a 35	145	34.86
36 a 40	64	15.38
Más de 40	4	0.96
TOTAL	416	100.00



Cano puede observarse tanto en la tabla como en la gráfica No.1 el mayor porcentaje de pacientes (75%) se encuentran dentro del grupo de edad comprendido de los 26-36 años, resultando similar al encontrarse en otros estudios, siendo un porcentaje pequeño el incluido en los grupos extremos.

B. HISTORIA OBSTÉTRICA:

Se consideraron los siguientes parámetros;

1. Gestación y paridad
2. Abortos
3. No. de hijos vivos al momento de ser esterilizadas.
4. Edad del hijo menor.

1. Gestación y paridad: El número promedio de embarazos por paciente independiente de su resultado final fue de 6 embarazos, encontrándose un promedio de 5.4 partos.

TABLA No. 2

PACIENTES ESTERILIZADAS SEGUN NUMERO DE GESTACIONES.

No. Gestación	No. de pacientes.	Porcentaje
≤ 2	8	1.92
3-5	175	42.07
6-8	160	38.46
9-11	54	12.98
12y más	19	4.57
TOTAL	416	100.00

PACIENTES ESTERILIZADAS SEGÚN NUMERO DE GESTACIONES.

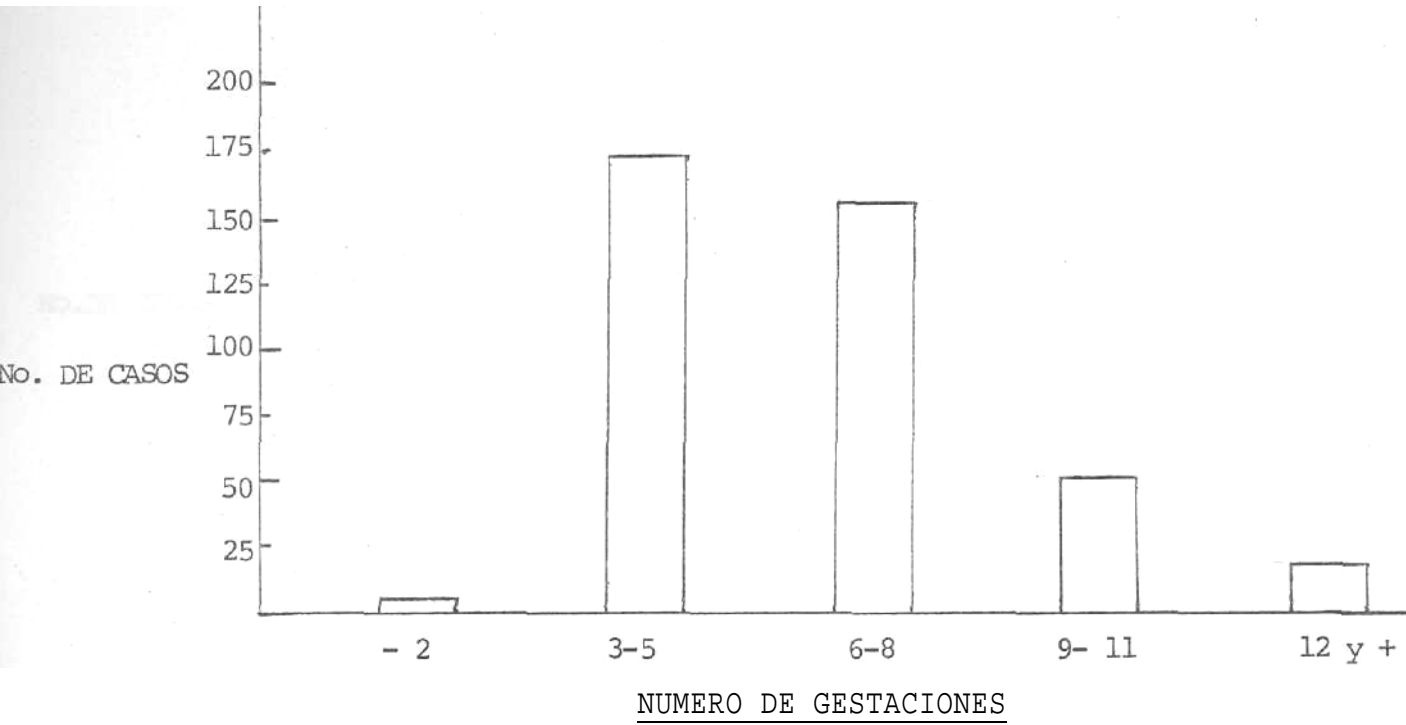
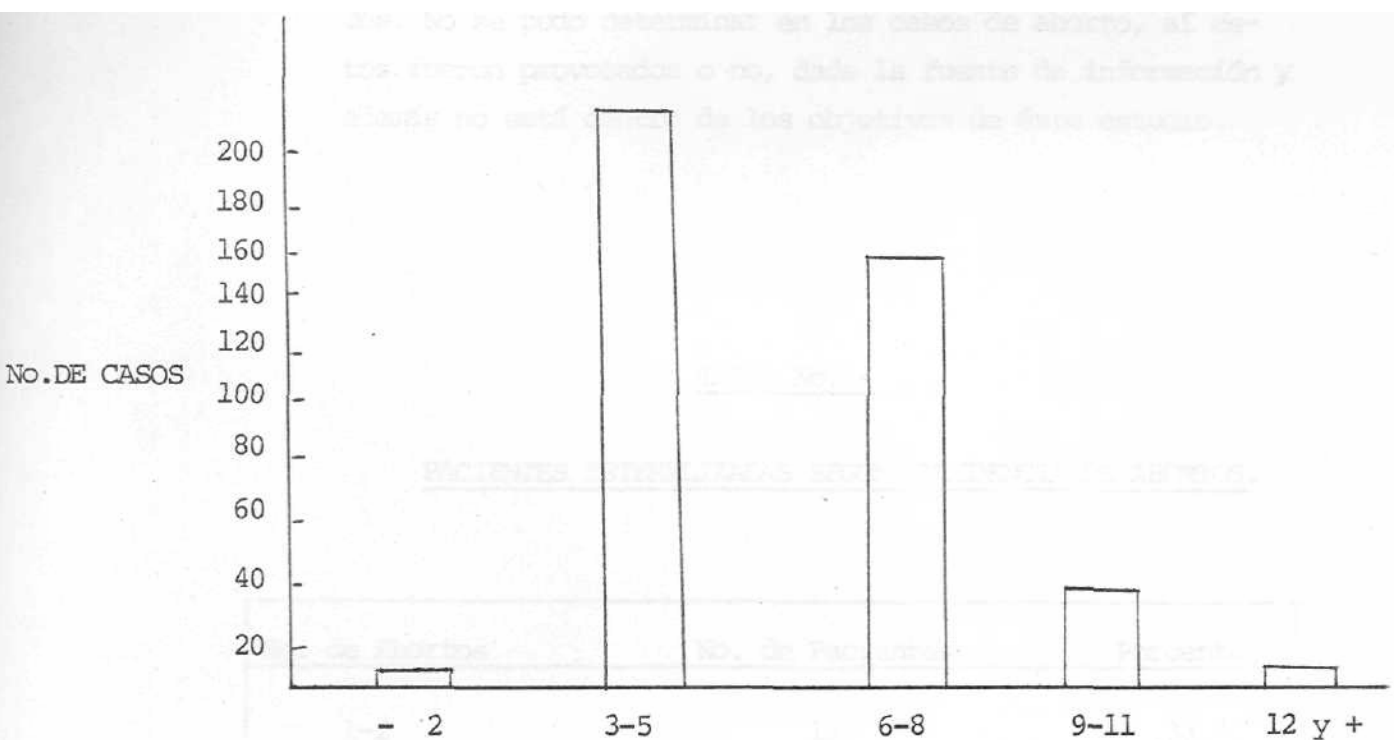


TABLA. No. 3 PACIENTES ESTERILIZADAS
SEGÚN PARIDAD

No. de partos	No.de pacientes	Porcentaje.
≤ 2	9	2.16
3- 5	204	49,04
6-8	152	36,54
9-11	38	9,13
12y más	9	2.17
No consignado	4	0.96
TOTAL	416	100. 0

GRÁFICA Kb_t 3 PACIENTES

EST'ERir.IZAPAS 'SEGÚN PARJIDAD



NUMERO DE PARTOS

De acuerdo a lo esperado y según la tasa global de fecundidad en Honduras, la irayoría de loa pacientes (97.5%) tuvo más de 3 gestaciones y/o partos, agrupándose el mayor porcentaje en los grupos de 3-5 gestaciones y/o partos.

De ésta manera en la población incluida en este estudio se cumplió el requisito de paridad mínima para poderse practicar el procedimiento - de esterilización. En aquellas en las que se encontró menos de 2 gestaciones y/o partos corresponden a pacientes con retraso mental y que fueron esterilizadas por indicación médica.

2. ABORTOS

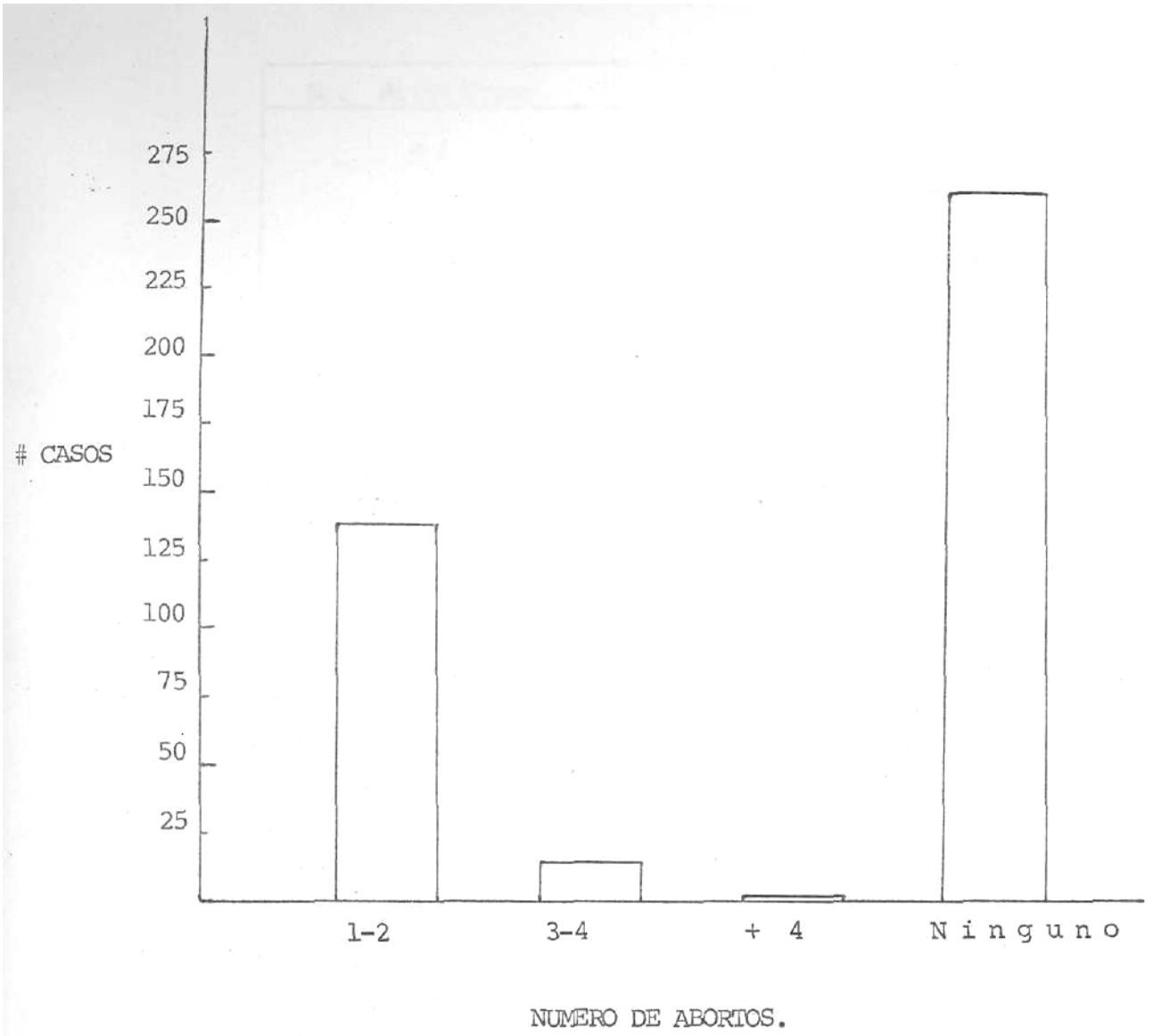
Cono se observa en la tabla y gráfica No. 4 la mayoría de las pacientes (62.02%) no habían tenido ningún aborto, y en caso de haber ocurrido, por lo general fueron de uno a dos. No se pudo determinar en los casos de aborto, si estos fueron provocados o no, dada la fuente 'de información y. además no está dentro de los objetivos de éste estudio.

TABLA No. 4
PACIERES ESTERILIZADAS SEGÚN INCIDENCIA DE ABORTOS.

No. de Abortos	No. de Pacientes	Porcentaje
1-2	139	33.41
3-4	18	4.33
Más de 4	1	0.24
Ninguno	258	62.02
TOTAL	416	100.00

GRÁFICA. No 4 PACIENTES ESTERILIZADAS

SSGÜN I^ENCIA PE ABORIQS, .



3. NUMERO DE HIJOS VIVOS AL KMEKID DE SER, ESTERILIZADA.

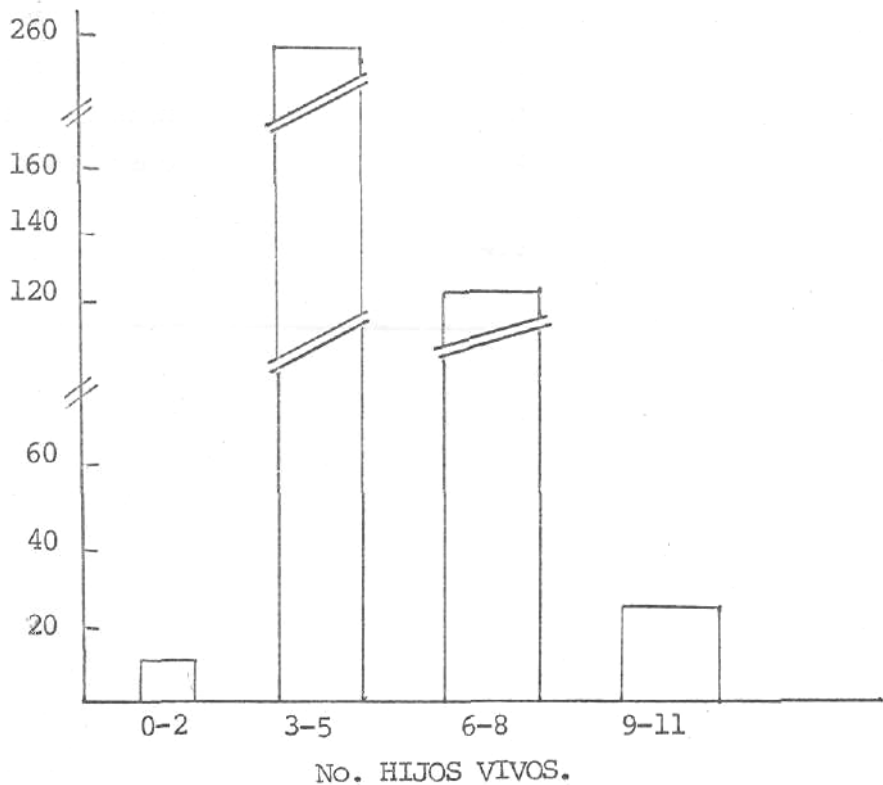
TABLA No. 5

PACIENTES ESTERILIZADAS SEGÚN NUMERO DE HIJOS VIVOS

No. Hijos Vivos	No. Pacientes	Porcentaje
≤ 2	11	2.64
3-5	256	61.54
6-8	129	31.01
9-11	20	4.81
T O T A L	416	100.00%

GRÁFICA No. 5

PACIENTES ESTERILIZADAS SEGÚN NUMERO DE HIJOS VIVOS.



El promedio de hijos vivos por paciente al momento de ser esterilizada fue de 5 hijos, coincidiendo con el promedio de paridad y tasa global de fecundidad en Honduras, encontrándose que el 97.36% de las pacientes tenían más de 3 hijos vivos.

4. Edad del hijo menor al momento de esterilizarse.

Se consideró esta variable para separar a las pacientes puérperas (aquellas cuyo hijo menor fuera menor de 30 días) y de - intervalo a los demás, hecho que se consideró importante para - tratar de encontrar diferencias en los resultados finales entre estos dos grupos de pacientes como se mostrará más adelante. Un total de 241 pacientes eran puérperas al momento de esterilizarse y el resto C 175 pacientes) eran de intervalo.

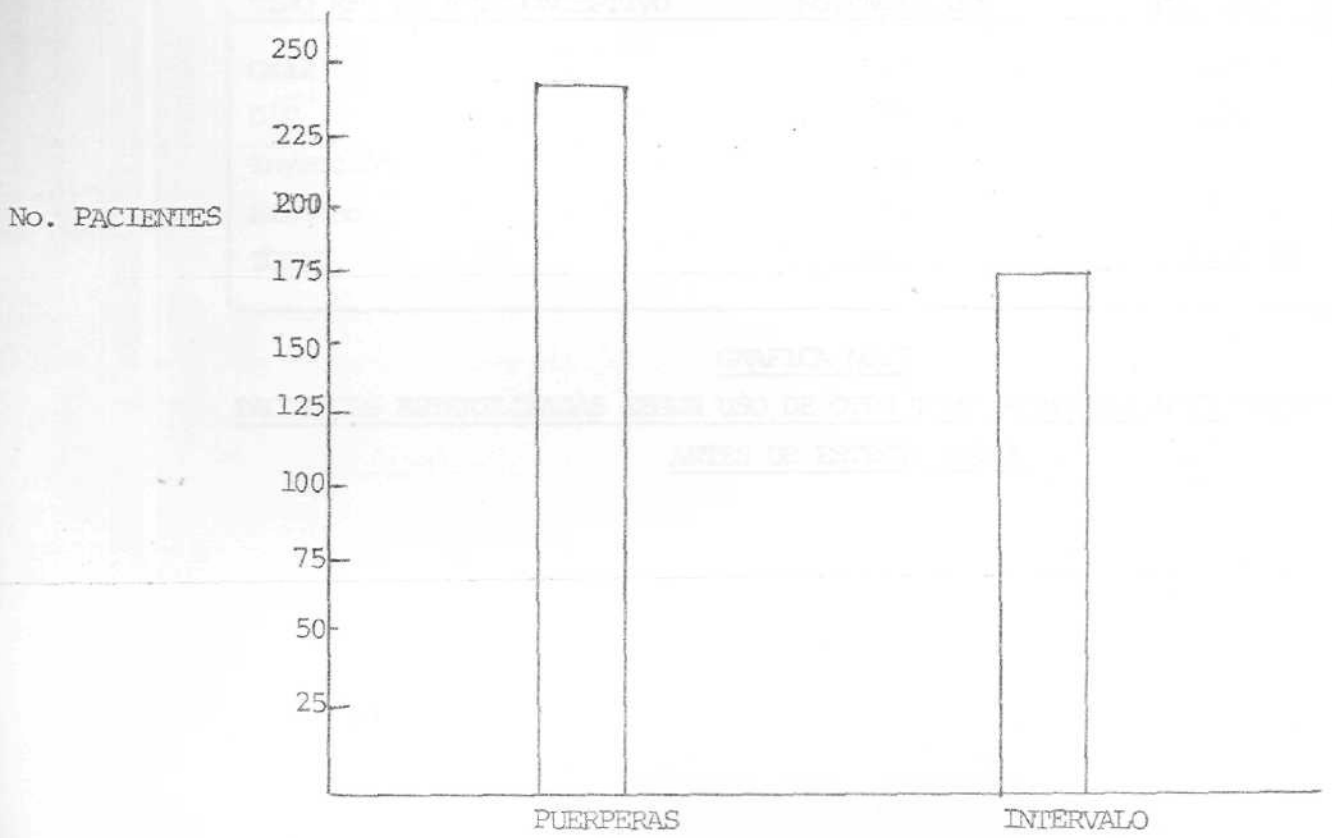
TIRELA N°. 6

PACIENTE SEGÚN EDAD DEL HIJO MENOR AL MOMENTO DE ESTERILIZARSE

Edad del Hijo Menor	No. de Pacientes	Porcentaje
30 días	241	57.93
1 mes a 11 meses	92	22.12
1 a 5 años	57	13.70
Más de 5 años	10	2.40
No consignado	16	3.85
T O T A L	416	100.00%

GRAFICA N° 6

PACIENTES ESTERILIZADAS POST PARTO Y DE INTERVALO



C. USO DE ANTICONCEPTIVOS JWTES DE ESTERILIZARSE,

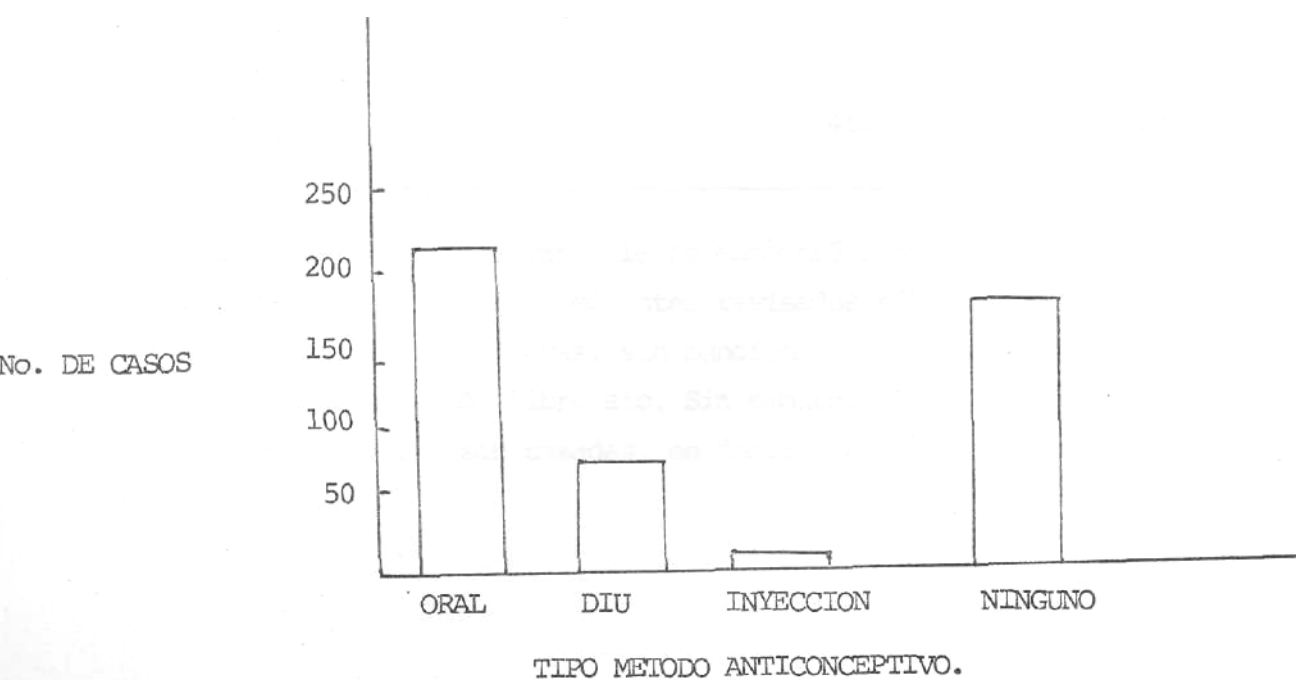
TABIA No. 7

PACIENTES ESTERILIZADAS SEGÚN USO DE OTRO TIPO
DE MÉTODO ANTICONCEPTIVO ANTES DE ESTERILIZARSE

TIPO METODO ANTICONCEPTIVO	No. PACIENTES	PORCENTAJE
Oral	224	46. 1
DIU	79	16. 2
Inyección	6	1. 2
Ninguno	178	36. 5
TOTAL	487	100. 0%

GRÁFICA No. 7

PACIENTES ESTERILIZADAS SEGÚN USO DE OTRO TIPO DE MÉTODO ANTICONCEPTIVO
ANTES DE ESTERILIZARSE



Dado que las pacientes acuden a los centros de ASHONPLAFA para que se les proporcione el método anticonceptivo elegido el método oral se refiere a la tableta diaria según ciclos de 28 días distribuidos por dichos centros; y la inyección mensual.

Solo una paciente refirió haber utilizado preservativo por lo que no se incluyó en la tabla.

Más de la mitad de las pacientes habían utilizado otro tipo de método (s) anticonceptivo(s) previo a la toma de decisión de un método irreversible, lo que hace suponer que su decisión era firme pues conocían y habían utilizado otros métodos alternativos. El más utilizado fue el oral, encontrándose también varias combinaciones siendo la más frecuente oral y DIU, razón que explica que el total de la tabla No.7 sea superior a las 416 pacientes estudiadas,

d. ESTADO MARITAL

TABLA, No,8 PACIENTES

ESTERILIZADAS SEGÚN SU ESTADO MARITAL

Estado Marital	No. de pacientes	Porcentaje
Casados	146	35.10
Solteras	270	64.90
TOTAL:	416	100.00

En relación, a ésta variable se encontró cierta dificultad para su análisis, pues en los expedientes revisados sólo habían dos clasificaciones: casadas y solteras, sin mencionar si estas últimas eran viudas, divorciadas, unión libre etc. Sin embargo se encontró que un porcentaje alto (35.10%) son casadas, es decir con una relación conyugal estable.

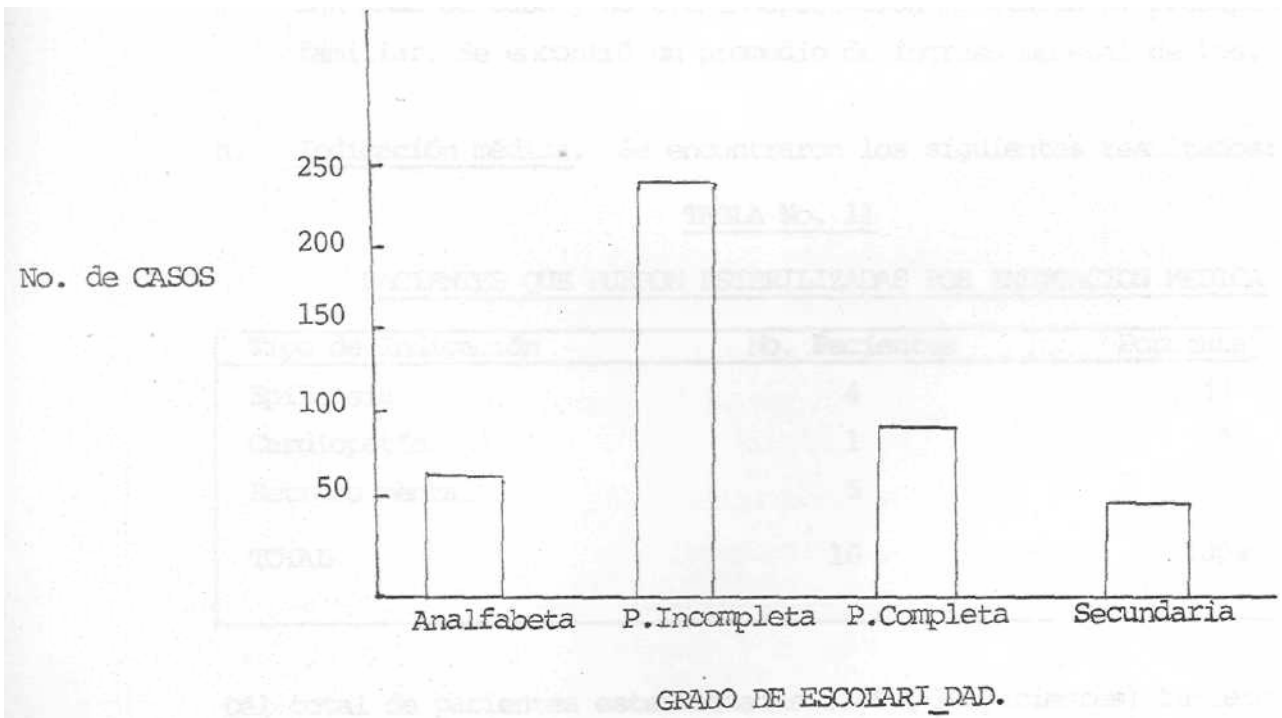
- e. GRADO DE ESCOLARIDAD. Como se muestra, en la Tabla No. 9 y gráfica No. 8 las pacientes provienen de todos los niveles de educación, sin embargo el porcentaje de analfabetismo es relativamente bajo (13.22%)

TABLA N°.9

PACIENTES ESTERILIZADAS SEGÚN GRADO DE ESCOLARIDAD.

GRADO ESCOLARIDAD	No. PACIENTES	PORCENTAJE
Analfabetas	55	13.22
Primaria incompleta	226	54.33
Primaria completa	98	23.56
Secundaria	37	8.89
TOTAL:	416	100.00%

GRAFICA No.8



muchas de estas pacientes no estaban satisfechas de haberse practicado el procedimiento y manifestaron su deseo de recuperar la fecundidad.

i. Tipo de anestesia utilizada.

TABLA "No. 12

PACIENTES ESTERILIZADAS SEGÚN TIPO DE ANESTESIA UTILIZADA "EN EL PROCEDIMIENTO

Tipo de anestesia	No. pacientes	Porcentaje
Meperidina, Diazepán más local	147	35.34%
Raquídea	28	6.73
Diazepán más Ketamina	214	51.44
Alotane	16	3.85
No consignado	11	2.64
TOTAL	416	100.00%

Cono todo procedimiento quirúrgico, se utilizaron diferentes tipos de anestesia. En la presente revisión la narcosis basal acompañada de anestesia local solo se utilizó en un 35.34%, aplicándose en la mayoría (51.44%) anestesia general (Ketamina).

No se pudo determinar por no estar consignado en los expedientes clínicos si se utilizaron o no preanestésicos, dato considerado importante por el hecho de que la anestesia general fue la más frecuentemente usada y requiere mayor sedación y relajación para evitar problemas anestésicos.

Tampoco fue posible obtener datos sobre si hubo o no complicaciones por la anestesia, porque tampoco fue consignado este dato en los expedientes

B. EVALUACIÓN POST-BSTERILIZACION

Los datos obtenidas en relación con las variables consideradas en la encuesta evaluadora, fueron analizados de manera separada para pacientes púerperas y las de intervalo tratando de encontrar algunas diferencias entre los dos grupos, obteniéndose luego un resultado final. Se encuestaron 168 pacientes esterilizadas en el puerperio y 115 en el período de intervalo.

Los resultados fueron los siguientes:

- a) Relación entre el número de hijos vivos al momento de esterilizarse y los que tienen las pacientes actualmente.

TABIA No. 13
PACIENTES ESTERILIZADAS SEGÚN PERDIDA DE UNO O MAS HIJOS POSTERIOR AL
PROCEDIMIENTO

VARIABLE	PUERPERAS		INTERVALO			
	TOTAL	%	TOTAL	%	TOTAL	%
Igual No. de hijos	165	98.21	111	96.52	276	97.52
Pérdida por muerte de un hijo	3	1.79	3	2.61	6	2.12
Pérdida por muerte de dos hijos.	0	0	1	0.87	1	0.36
TOTAL	168	100.00%	115	100.00%	283	100.00%

De los datos proporcionados por la Tabla No, 13 podemos deducir que casi el total de pacientes (97.52%) tienen igual número de hijos al momento de encuestarse en relación a las que tenían al esterilizarse, dato considerado importante por el hecho de que la pérdida de uno o más hijos puede influir en el deseo de revertir el procedimiento. De las pacientes que habían perdido un hijo, -una manifestó su deseo de tener más, posterior a la esterilización, pero coincidió con el hecho de ser además retrasada mental.

b. Tipo(s) de método anticonceptivo usado antes de esterilizarse
motivo de sustitución e influencia en alteraciones de las ca-
racterísticas menstruales.

TABLA No, 14

PACIENTES SEGÚN MÉTODO ANTICONCEPTIVO USADO ANTES DE ESTERILIZARSE.

Tipo de Método	Total	Porcentaje
Oral	147	43. 21
DIU	59	17. 28
Inyección	7	2. 06
Ovulos o jaleas	10	2. 88
Ninguno	117	34. 57
TOTAL	340	100. 00

TABLA No. 15

TABLA SEGÚN MOTIVO _DE SUSTITUCIÓN DEL MÉTODO ORAL Y DIU.

Motivo de sustitución	O R A L		D I U		TOTAL	%
	Total	%	Total	%		
Sangrados anormales	21	11.72	17	24.49	38	15.32
Dolor Pélvico	7	3.91	14	20.58	21	8.47
Cefalea	30	17.19	00	00.00	30	12.10
Voluntario	44	24.22	15	22.48	59	23.79
Falla del método (Embarazo)	6	3.13	3	4.41	9	3.63
Problemas varicosos	14	7.81	0	0.00	14	5.65
Otros	58	32.02	19	28.00	77	31.04
TOTAL	180	100.00	68	100.00	248	100.00

Similar a los datos encontrados en la revisión de expedientes clínicos, la mayoría de las pacientes (65,43%) había utilizado otro tipo de métodos anticonceptivos, siendo el más frecuente el oral, y como otro método alternativo el DIU.

La mayoría de las pacientes abandonaron voluntariamente el método anticonceptivo elegido, siguiendo en frecuencia los sangrados anormales.

En el grupo de "otros" se incluyeron diferentes síntomas y signos -como ser: nauseas, alteraciones en el peso, nerviosismo, cloasma, infección pélvica y expulsión espontánea del DIU; efectos colaterales -similares a los encontrados en la mayoría de los estudios.

Se trató de encontrar alguna influencia entre esterilización por

oclusión tubárica y algún tipo de alteraciones en las características menstruales, por el hecho de que implica ligadura, y corte de vasos sanguíneos del mesosalpinx, que también proporcionan irrigación al ovario y por ende pudieran tener alguna influencia.

Se tomaron únicamente 36 pacientes que corresponden a aquellas esterilizadas en el período de intervalo y sin antecedentes de haber utilizado otro tipo de método anticonceptivo previo a la esterilización, excluyéndose a las esterilizadas en el puerperio por las características propias de este período y la influencia de la lactancia.

Los resultados fueron los siguientes:

TABLA No, 16

PACIENTES ESTERILIZADAS EN EL INTERVALO Y SIN USO PREVIO DE ANTICONCEPTIVOS, SEGÚN ALTERACIONES EN EL RITMO Y/O SANGRADO MENSTRUAL.

Característica	Total	Porcentaje
Igual	17	39
Polimenorrea	7	16
Oligomenorrea	7	16
Hipermenorrea	11	25
Hipomenorrea	2	4
TOTAL	44	100

Sólo aproximadamente un tercio de las pacientes no refirieron alteraciones en las características menstruales.

Muchas pacientes refirieron alteraciones no sólo en el ritmo sino también en el sangrado menstrual por lo que el número total es superior a las 36 pacientes encuestadas.

C. Estado marital actual de las pacientes.

Del total de pacientes encuestadas 259 (91.5%) tenían el mismo cónyuge que al momento de esterilizarse.

Las otras 24 pacientes vivían solas por motivos diversos, la mayoría fueron abandonadas poco tiempo después de esterilizarse y un porcentaje pequeño refirió muerte del esposo.

Ninguna de las encuestadas tenía un nuevo compañero de hogar,

D. Grado de satisfacción de las pacientes hacia el método.

El 95.54% de las pacientes están satisfechas de haberse practicado la esterilización y rechazar la recanalización en caso de que ésta fuera posible. Un pequeño porcentaje (4.46%) mostraron insatisfacción, manifestando interés en la reversión del procedimiento y corresponden en su mayoría a pacientes jóvenes (menores de 30 años) y que por los motivos antes anotados viven solas y tienen deseo de tener más hijos si volvieran a casarse.

Otras pacientes son aquellas que habían sido esterilizadas por indicación médica.

En resumen, la mayoría de las pacientes están satisfechas con el método, pero hay que tener mejor selección y una orientación clara y amplia en las pacientes jóvenes (. menores de 30 años) y en las que la indicación es mas que todo médica.

e, Conocimiento de la irreversibilidad del método previo al acto, quirúrgico.

La mayoría de las pacientes (98,02%) tenían conocimiento del carácter irreversible del método previo al acto quirúrgico, las pacientes que lo desconocían correspondían a aquellas con retraso mental, lo que explica el hecho,

f. Consulta ginecológicas posteriores.

TABIA No. 17

PACIENTES SEGÚN NUMERO DE CONSULTAS GINECOLÓGICAS POSTERIORES

No. de Consultas	Total	Porcentaje
1	68	23.76
2 a 3	57	20.30
Más de tres	42	14.85
Ninguna	116	41.09
TOTAL	283	100.00%

Más de la mitad de las pacientes (58.91%), tuvo una o más controles posteriores a la esterilización ya sea en el Cesar de su comunidad o con el Ginecólogo en el Césamo de Tela, acudiendo en su mayoría para retirar los puntos de sutura. Sin embargo en los expedientes clínicos no fueron consignadas estas visitas ni si hubo o no complicaciones posteriores al procedimiento.

g. Síntomas de Post-Esterilización,

TABIA No. 18

PACIENTES SEGÚN SÍNTOMAS Y SIGNOS POST ESTERILIZACIÓN

Síntomas y Signos	PUERPERAS		INTERVALO		Total	%
	Total	%	Total	%		
Dolor pélvico	36	17.47	32	21.10	68	19.14
Infección herida	14	6.80	15	10.09	29	8.21
Secreción vaginal	20	9.70	10	6.42	30	8.21
Sangrados anormales	6	2.91	14	9.17	20	5.47
Dispareunia	12	5.82	18	11.93	30	8.59
Sangrados Post-Coito	4	1.94	6	3.67	10	2.73
Alteraciones caract.	3	1.46	3	1.83	6	1.56
Ninguno	111	53.88	54	35.79	165	46.09
TOTAL	206	100.00	152	100.00	358	100.00

Aproximadamente la mitad de las pacientes no refirieron ninguna molestia posterior a la esterilización, encontrándose síntomas de poca importancia y que no le provocaron trastornos serios a las pacientes, - siendo el más frecuente el dolor pélvico (19.14%) y en segundo lugar la infección de la herida operatoria en un 8.21%. Se incluyeron a 20 pacientes encuestadas y a las cuales se les practicó operación cesárea y esterilización simultáneamente, 4 de ellas presentaron infección de la herida y 3 refirieron dolor pélvico, sin embargo estos -resultados no afectan los datos anteriores, el resto de pacientes no refirieron ninguna sintomatología.

No fueron descritas complicaciones en el transoperatorio, excepto -en un caso ¿ie una paciente de intervalo en la que, se produjo perfo-

ración uterina al utilizarse el elevador uterino, evolucionando de manera satisfactoria.

Se relacionó la frecuencia de síntomas post-esterilización entre pacientes púerperas y las de intervalo, encontrándose en base al cálculo de chi-cuadrado ($X^2 = 19.88$) para 4 grados de libertad, que si existen diferencias reales entre estos dos grupos de pacientes, y que los datos encontrados no son debidos al azahar. Es decir que las pacientes esterilizadas en el puerperio inmediato tienen mayor riesgo de presentar síntomas post-esterilización.

h. Alteraciones en la vida sexual.

Se trató de encontrar alguna relación entre la esterilización y las relaciones conyugales por el hecho de que al excluir la posibilidad de un embarazo indeseado, éstas fueron más placenteras sin embargo la mayoría de las pacientes no manifestaron ningún -cambio, y en caso do haberlo refirieron relaciones menos placenteras en pacientes que habían presentado dispareunia y/o sangrado post-coito posterior a la esterilización.

i. Deseo de recanalización:

TABLA, No, 19

PACIENTAS SEGÚN SU DESEO DE REVERTIR EL PPOCEDXMIENTO DE ESTERILIZACIÓN

	PUERPERAS		INTERVALO		Total	%
	Total	%	Total	%		
SI	14	8.33	8	7.32	22	7.92
NO	154	91.67	107	92.68	261	92.08
TOTAL	168	100. %	115	100. %	283	100. %

Aunque se hizo ver la imposibilidad técnica en nuestro medio de practicar la recanalización se investigó si existía el deseo en las pacientes esterilizadas de revertir- el procedimiento

Como ya fue comentado anteriormente la mayoría de pacientes (92.08%) no tienen interés en la recanalización; pero en un 7.92% si existía -el deseo de tener irás hijos si esto fuera posible y los motivos fueron los siguientes:

16 pacientes eran mayores de 30 años y vivían solas

2 pacientes retrasadas mentales.

4 pacientes fueron esterilizadas por tener 3 cesáreas anteriores,

No hubo diferencias significativas entre pacientes esterilizadas postparto y las de intervalo, a pesar de la influencia emotiva que pudiera existir en caso de pacientes puérperas? lo anterior en base al resultado de chi cuadrado ($X^2 = 0,2$) para un grado de libertad, es -decir que las diferencias encontradas son debidas al azar y no a hechos reales.

III. INCIDENCIA DE ESTERILIZACIÓN EN EELACXQN A IOS PARIOS HOSPITALARIOS.

Durante el período del estudio (C nov 1979 a. octubre 1982) se -atendieron en el Hospital "Tela" Integrado un total de 2,733 partos . De todas las pacientes esterilizadas 300 fueron atendidas para la atención de su parto en el hospital, es decir la incidencia de esterilización fue de un 11% « El resto de pacientes tuvieron parto extrahospitalario.

IV. FALLAS DEL MÉTODO.

Para medir la eficacia del procedimiento se investigó la falla del método.

En el presente estudio se encontraron 5 embarazos post-esterili-

zación, es decir una tasa de fracaso de 1,8%..

1 paciente tuvo, parto normal ----- 20%

4 pacientes tuvieron abortos espontáneos- 80%

De éstas pacientes,.. 4 (80%) fueron esterilizadas en el post-parto inmediato y 1 (20%) era de intervalo.

El tiempo promedio de embarazo fue de 14.2 meses.

En tres pacientes (60%) el embarazo ocurrió en el primer año después de operada.

En dos pacientes (40%) el embarazo ocurrió en los primeros meses del tercer año post-esterilización.

De éstas 5 pacientes sólo a una se le volvió a practicar esterilización, encontrándose que sólo había sido ligada una de las trompas; otra posible razón de falla pudo ser el hecho de que la mayoría de estas pacientes fueron esterilizadas en noviembre de 1979, fecha en que se utilizaba ligadura de seda en vez de catgut, lo que pudo favorecer la recanalización espontánea.

CAPITULO XIV

DISCUSIÓN

Los servicios de anticoncepción quirúrgica femenina, que proporciona la Asociación Hondureña de Planificación Familiar empezaron a funcionar en el Hospital "Tela" Integrado en noviembre de 1979.

El presente estudio de 416 pacientes esterilizadas con técnica Pome-roy y mediante minilaparatomía, nos muestra que se cumple el criterio de selección de pacientes en base a la edad y su número de hijos vivos encontrándose un promedio de edad de 31 años y de 5 hijos vivos.

Más de la mitad de las pacientes (aproximadamente un 60%) habían - utilizado otro(s) tipo(s) de método anticonceptivo para espaciar la - fecha de nacimiento de sus hijos o evitarlos en número, previo a la ', toma de decisión de un método irreversible, lo que hace suponer que su decisión era firme pues conocían y habían utilizado otros métodos alternativos.

La mayoría de las pacientes tienen una unión marital estable lo que - hace suponer una mayor unidad familiar y seguridad no solo moral sino económica lo que conlleva a menos problemas en lo referente a satisfacción con la operación; pues fueron precisamente las pacientes jóvenes (menores de 30 años) y que por motivos diversos vivían solas las que manifestaron insatisfacción y deseo de revertir el procedimiento.

Muchas pacientes fueron esterilizadas no sólo por motivos más que todo socioeconómicos, sino por diversas indicaciones médicas que no difieren de las señaladas en los textos médicos (trastornos mentales cardiopatías, gran multiparidad, etc) sin embargo muchas manifestaron-el deseo de recuperar la fecundidad, lo que hace indicar que éste tipo

de pacientes necesitan mayor atención y explicación de los riesgos que podría tener un nuevo embarazo y los beneficios no sólo personales sino para el o los hijos, para evitar insatisfacciones.

Siendo la minilaparatomía un procedimiento quirúrgico sencillo que no requiere personal muy especializado ni material sofisticado, la mayoría de los estudios sugieren o han utilizado una narcosis basal acompañada de anestesia local para practicarlo, sin embargo en este estudio este método fue utilizado pero no con la frecuencia esperada, pues sólo correspondió a un 35.34%, utilizándose en la mayoría (51,44%) anestesia general, dato considerado importante, pues esta última tiene muchos mayores riesgos.

No se lograron encontrar complicaciones anestésicas pues éste dato -no fue anotado en los expedientes clínicos.

Se estudiaron de manera separada las pacientes esterilizadas en el post-parto y las practicadas en el período de intervalo tratando de encontrar diferencias entre ambos grupos, no sólo por las condiciones anatómicas diferentes, sino por la influencia que tiene el momento -. del parto en la estabilidad emotiva.

En relación a las complicaciones se encontraron síntomas de poca importancia y que no le provocaron trastornos serios a las pacientes, siendo el más frecuente el dolor pélvico (19.14%) y luego la infección -de la herida operatoria (8.21,%'); sin embargo la frecuencia en que se presentaron es un poco más alta que la encontrada en otras revisiones.

Se encontraron diferencias significativas en relación a frecuencia de síntomas post-esterilización entre pacientes puérperas y las de intervalo, siendo mas frecuente éstos en las pacientes esterilizadas post-parto probablemente por los cambios pélvicos determinados por el emba-

razo y su persistencia en el puerperio inmediato dato que concuerda con estudios similares.

Se encontraron cinco (5) embarazos posteriores a la esterilización lo que equivale a una tasa de fracaso de 1.8%, bastante alta en comparación con otros estudios que reportan un 0.45%; no fue posible analizar las razones de falla pues sólo hubo un caso de reintervención, encontrándose que el error fue humano (sólo se ligó una trompa); sin embargo es importante destacar el hecho de que un 80% de estas pacientes fueron esterilizadas en el post-parto lo que podría hacer suponer que las modificaciones anatómicas propias de este período favorezcan la recanalización.

CAPÍTULO XV

CONCLUSIONES.

- 1) El programa de esterilización quirúrgica femenina cumple el criterio de selección de pacientes, aplicándose a mujeres mayores de 30 años y con una paridad mayor o igual a tres hijos vivos. Cuando la indicación es irás que todo médica y se practica el procedimiento a pacientes jóvenes y con poca paridad, hay que proporcionarles mayor atención y explicación de los riesgos y beneficios, pues es éste grupo el que posteriormente y en especial si hay cambio en su estado marital se muestran insatisfechas y manifiestan su deseo de tener más hijos,
- 2) Los síntomas y signos post-esterilización son varios, pero generalmente de poca duración e intensidad sin producir malestares serios a las pacientes, siendo el más frecuente el dolor pélvico y en segundo lugar la infección de la herida operatoria.
- 3) El tipo de complicaciones fue similar en el grupo de pacientes púerperas y las de intervalo, sin embargo sí se encontraron diferencias significativas en cuanto a frecuencia (en base al cálculo de Chi cuadrado),siendo las pacientes esterilizadas durante el puerperio más susceptibles de presentar complicaciones post operatorias probablemente por las diferencias anatómicas propias de éste período.
- 4) A pesar de que la esterilización es el procedimiento más eficaz para eliminar el riesgo de embarazos posteriores, no se ha encontrado una técnica 100% eficaz, obteniéndose en la presente -revisión sobre minilaparotomía con ligadura tipo Pomeroy, una tasa de falla de 1.8%, muy alta si la comparamos con otros estudios, no pudiéndose establecer' los motivos de falla pues sólo en un caso se volvió a practicar la ligadura, encontrándose que el error fue humano.

CAPITULO XVI

REFERENCIAS Y BIBLIOGRAFÍA

- 1.- CHI I -CHENG Y COLÉ P. Lynda "Incidence of Pain Among women undergoing laparoscopic sterilization by electrocoagulation, the spring-loaded clip, and, the tubal ring".
AMERICAN JOURNAL OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY 135 (3) 397- 401.)Oct. 1979
- 2.- Gomel Víctor. "Microsurgical reversal of female sterilization: a reappraisal" FERTILITY AND STERILITY 33 (6):587-597- June 1980.
- 3.- Green P. Cynthia. "ESTERILIZACIÓN VOLUNTARIA: El método anticonceptivo de mayor aceptación en el mundo ". Population Reports. Tópicos especiales No.2 Baltimore. The John Hopkins University Oct. 1978.
- 4.- Green, R. Laurie; Laros, K. Russell, "Esterilización después del parto" CLÍNICAS OBSTETICAS Y GINECOLÓGICAS, Volumen 2: 659 - 72 1980.
- 5.- Hendersom, S.R. "Reversal of female sterilization: Comparison of microsurgical and cross surgical techniques for

tubal, anastomosis. , AMERICAN JOURNAL OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY: 139 (1); 73 - 9, Jan. 1981

- 6.- Henry, Alice et al. "Recuperación quirúrgica de la fecundidad después de la esterilización" POPULATION REPORTS. serie C No. 8. Baltimores, The Johns Hopkins University University. Julio 1981.
- 7.- Janowitz Babara y Nuñez Joaquín. "ACCESO A LA LIGADURA tubaria en dos hospitales de Honduras. "BOLETÍN DE LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA" 92 (4): 303-7 Abril 1982.
- 8.- Klienman L . Ronald. Female Sterilization. Londres Inglaterra, International Planned Parenthood Federation, 1982.
- 9.- Lither, Manuel. Compendio de farmacología. Buenos Aires. Editorial El Ateneo 1975.
- 10.- Mayo, G. Charles. Anatomía de Gray. Barcelona. Salvat Editores 1976.
- 11.- Mumford D. Stephen Etal "LAPAROSCOPIC And Minilaparotomy female Sterilization Compared. In 15167 cases " The Lancet 2 (8203): 1066-70 Noviembre 1980
- 12.- Nortman, L. Drothy. "Esterilización y Tasa de Natalidad" ESTUDIO DE POBLACIÓN . Vol. V. (7.-12) 107-29, Julio- Dic. 1980

- 13.- Peel John y Petts Malcolm. Técnicos de Control de la Natalidad, México, Editorial Diana, 1972,
- 14.- Poots Malcolm y Wood Clive. Nuevos conceptos en medidas anticonceptivas, México. El Manuel Moderno ,1975.
- 15.- R.A.P.I.D. (Resources for the awareness of Population Impacts en Developoment) " LA INIERRELACION ENTRE POBLACIÓN Y DESARROLLO EN HONDURAS",1979.
- 16.- Reingold, A. Laster. "Guía para la selección de equipo para procedimientos de esterilización M/F "POPULATION REPORT" serie M No.1 Baltimore. The Johs Hopkins University, Febrero 1980.
- 17.- Rueda González, Ricardo. Manual de esterilización Femenina, Bogotá, Impresa Ltda. 1977.
- 18.- Snith Arme. "Psychiatric Aspects of Sterilization: a prospective Survey" THEBRITISH JOURNAL OFPSYCHIATYR. Volumen 135: 304-9, Oct. 1979.
- 19.- Stepan, Jan et al. "Tendencias y Problemas Legales de la esterilización voluntaria. " POPUIATION REPORTS Serie E. No. 6 Baltimore. The johns Hopkins University, Oc. 1978.
- 20.- Stock J. Richard. "Tubal pateney Following "Uchida" Tubal ligation" OBSTETRICS AND GYNECQUXY" 56 (4) 521-525. Oct. 1980.

21. Trias, Miguel TASAS DE FALLA. DE IA ESTERILIZACIÓN QUIRÚRGICA FEMENINA" TRIBUNA MEDICA: 16-33. Feb, 1980
22. Trias, Miguel, "Esterilización quirúrgica fallida. Estudio de 290 casos "ESTUDIO DE POBLACION" Vol., VI. (1-6) 53-67 enero Junio 1981.
23. Vásquez, Gloria et al "Tuballesiions subsequnt to Steriliza- tions And Their relation to fertility after Attempts at rever- sal" American Journal of obstetrics and Gynecology 38 (.1) -86- 92 Sept. 1980.
24. Viel, Benjamin, Crecimiento de la población de Europa y las Amé- ricas, Bogotá, Editorial, Presencia, 1977.
25. Weinstein, Lowis " Sterilization vía the minipaparotony tech- nique" CLINICAL OBSTETRICS AND GYNEQOLOGY 23 (1) 273-80. March 1980
26. Wolf C. Gordon et al. "'Female sterilization and subsequent - ectopic Pregnancy" Obstetrics and Gynecology: 17-9 Jan. 1980
27. Wortman J. et al " Esterilización laparoscopía con clips" INFORMES MÉDICOS: Serie C No. 4 Washington D.C. George Washing ton. University Center Junio 1977.

- 28.- Wortman Judith "Esterilización Tubárica. Revisión de Método"
"POPULATION PERSPECTIVES" Serie C No. 7 Washington D.C. George
Washington, University Center 1976.
- 29.- Wortman Judith "Esterilización Femenina usando el culdoscopio"
INFORMES MÉDICOS: Serie C No.6 Washington D.C. George Washington
university Center Octubre 1977.
- 30.- Wortman y Picrow. P.T. "La Esterilización por Laparoscopia. Una
nueva técnica. "INFORMES MÉDICOS: Serie C. No.1 Washington D.C.
George Washington University Center, Enero 1973.
- 31.- Wortman J. y Picrow P.T. "Esterilización Laparoscopia
11. Cuales son los Problemas? "INFORMES MÉDICOS". Serie C
No. 2 Washington D.C. George Washington university Center ,Marzo
1973.

XVII ANEXOS

ANEXO N° 1

EVALUACION POST - ESTERILIZACION

1.- NOMBRE: _____

2.- EDAD : _____

3.- PROCEDENCIA Y DIRECCION: _____

4.- FECHA DE ESTERILIZACION: _____

5.- N° DE HIJOS VIVOS AL SER ESTERILIZADA:

- 3

3 - 5

+ 5

6.- N° DE HIJOS VIVOS ACTUALMENTE:

- 3

3 - 5

+ 5

7.- EDAD DEL HIJO MENOR AL MOMENTO DE SER ESTERILIZADA:

RN

-1, AÑO

1-5 AÑOS

+ 5 AÑOS

8.- TIPO DE METODO ANTICONCEPTIVO USADO ANTES DE ESTERILIZARSE:

ORAL

OVULOS Y JALEA

DIU

OTROS

INYECCION

NINGUNO

9.- CUAL FUE EL MOTIVO DE SUSTITUCION DEL METODO UTILIZADO ?

SANGRADOS ANORMALES

DOLOR PELVICO

OTROS: (ESPECIFIQUE) _____

10.- SABIA USTED QUE LA ESTERILIZACION ERA UN METODO DE ANTICONCEPCION IRREVERSIBLE ANTES DE PRACTICARSE EL PROCEDIMIENTO?

SI

NO

11.- EN CASO DE SER NEGATIVA LA RESPUESTA ANTERIOR, QUE IDEA TENIA USTED DE ESTE METODO" _____

12.- EN RELACION A SU ESTADO MARITAL:

SU CONYUGUE ES EL MISMO QUE TENIA AL MOMENTO DE ESTERILIZARSE.

TODOS LOS HIJOS SON DEL MISMO CONYUGUE?

TIENE UN NUEVO COMPAÑERO DE HOGAR

ACTUALMENTE VIVE SOLA

SI LA RESPUESTA ANTERIOR ES SI, PORQUE?

13.- ESTA USTED SATISFECHA DE LA ESTERILIZACION:

SI

NO

OTROS:

14.- CUANTAS CONSULTAS GINECOLOGICAS HA TENIDO DESPUES DE LA OPERACION?

UNA

DE DOS A TRES

+ DE TRES

NINGUNA

15.- EN RELACION A SUS PERIODOS MENSURUALES, HA TENIDO VARIACIONES EN RELACION A:

A.- EL RITMO ES:

IGUAL

MAS CORTO

MAS PROLONGADO

B.-EL SANGRADO ES:

MAS ABUNDANTE

MENOS ABUNDANTE

IGUAL

16.- PRESENTO USTED POSTERIOR A LA ESTERILIZACION ALGUNOS DE LOS SIGUIENTES SINTOMAS:

INFECCION DE LA HERIDA

DOLOR PELVICO

DURACION: _____

SECRECION VAGINAL

SANGRADOS ANORMALES

DISPAREUNIA

SANGRADO POST-COITO

ALTERACIONES DE CARACTER

17.- SUS RELACIONES SEXUALES SON:

MAS PLACENTERAS

MENOS PLACENTERAS

IGUALES

18.- SUPONIENDO, QUE EN ESTE MOMENTO LE OFRECEMOS OPERARLA PARA TENER OTRO HIJO, ACEPTARIA USTED?

SI

NO

PORQUE?

Asociación Hondureña de Planificación de Familia

ESTUDIO DE ANTICONCEPCION QUIRURGICA

SOLICITUD PARA ESTERILIZACION

Yo, certifico que

..... se ha presentado voluntariamente con el objeto de que se le practique una

He explicado a la paciente y ella entiende lo siguiente:

1. Que hay métodos anticonceptivos disponibles para que ella o su compañero puedan planificar su familia.
2. Que el procedimiento de esterilización es quirúrgico.
3. Que la operación de esterilización conlleva algunos riesgos, los cuales ya han sido explicados.
4. Que aunque la esterilización no es garantizada, si la operación tiene éxito la paciente no tendrá más hijos.
5. Que la paciente puede cambiar su opinión rehusar la esterilización en cualquier momento, en cuyo caso los servicios de salud no le serán denegados como resultado de su decisión.

Certifico que la paciente al firmar o poner su huella digital atestigua que le he explicado y que ella entiende lo escrito arriba.

Fecha

Firma del Médico o persona Autorizada

Fecha

Firma o huella digital de la Paciente

Fecha

Firma del Testigo

CLINICA N U M E R O

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

ASOCIACION HONDUREÑA PLANIFICACION FAMILIA
HISTORIA DE ANTICONCEPCION QUIRURGICA

DATOS BASICOS

DIA MES AÑO

NOMBRE(S) _____ 1er. APELLIDO _____ APELLIDO DE CASADA _____

DIRECCION _____ CIUDAD _____ TELEFONO _____

EDAD ESCOLARIDAD No. DE HIJOS ACTU. VIVOS No. DE ABORTOS TOTAL No. EMBARAZOS

REFERIDA POR USO ANTICONCEPTIVO PREVIO SI NO ULTIMO METODO USADO

14 15 16

HISTORIA CLINICA

CIRUGIA PREVIA _____ MENSTRUACION: ABUNDANTE MEDIANA ESCASA

FECHA ULTIMO PARTO O ABORTO TENSION ARTERIAL: MINIMA MAXIMA PESO

EXAMEN GINECOLOGICO:

CUELLO: NORMAL ANORMAL UTERO: NORMAL ANORMAL ANEXO: NORMAL ANORMAL

EXAMEN FISICO:

O. D. N. G. () _____
TIROIDES () _____
CORAZON () _____
PULMONES () _____
MAMAS () _____
ABDOMEN () _____

FECHA ULTIMA MENSTRUACION

LABORATORIO:
CITOLOGIA _____
ORINA _____
HCT _____
OTROS _____

ACTO QUIRURGICO: FECHA IN- TERNVENCION 17 DIA 18 19 MES 20 21 AÑO 22 METODO TECNICA: LAPARASCOPIA MINILAPARATOMIA VASECTOMIA

SEDACION _____ ANESTESIA _____

HALLAZGOS _____ COMPLICACIONES QUIRURGICAS _____
_____ COMPLICACIONES ANESTESICAS _____

NOMBRE CIRUJANO _____ NOMBRE ANESTESISTA _____

POST OPERATORIO : TENSION ARTERIAL: MINIMA MAXIMA OBSERVACIONES: _____

VISITA SUBSIGUIENTE:

ESTADO GENERAL _____ FECHA

OBSERVACIONES: _____

PROGRAMA ANTICONCEPCION QUIRURGICA

Fecha
 Nombre Caso No.
 Edad Estado Civil Escolaridad Religión
 Motivos: Multiparidad Médicos Económico Otros

HISTORIA

Historia Familiar
 Historia Pasada
 Cirugía previa
 Historia Menstrual: Menarquia Duración del ciclo
 Duración del flujo Cantidad Dolor Otros
 F. U. R. F. R. P.
 Leucorrea Cirugía Ginecológica
 Historia Obstétrica: Grávida Para^a Abortos
 Prematuros Mortinatos Edades de niños vivos
 Complicaciones
 Anticoncepción previa: Oral DIU Vaginal Inyectable
 Otros

EXAMEN FISICO		PESO	P.A.
NEG.	()		LAB.
1-O.D.N.G.	()		Hct.
2-Tiroides	()		Orina
3-Corazón	()		CIT
4-Pulmones	()		Otros
5-Mamas	()		
6-Abdomen	()		
7-G. Ext. y G.	()		
8-Vagina	()		
9-Cuello	()		
10-Utero	()		
11-Anexos	()		
12-Rectal	()		

LAPAROSCOPIA

Sedación
 Anestesia
 Hallazgos
 Operación Duración
 Complicaciones
 Examen post-Operatorio horas después
 T. P. R. P. A.
 Estado general
 Corazón y Pulmones Abdomen
 Alimentación Deambulación
 Alta horas después

Readmisión
 Fecha VISITA SUBSIGUIENTE SEMANAS DESPUES
 Estado de la Paciente Trabajando?
 Ginecológico Coito?
 Regla
 Molestia
 COMENTARIOS

EVALUACION MEDICO SOCIAL A.V.S.

SOLICITUD DE ESTERILIZACION

SOLICITUD: _____

DIRECCION: _____

FECHA: _____

DATOS PERSONALES DE LOS CONYUGES

Nombre del Solicitante _____ Edad _____ Estado Civil _____
Escolaridad _____ Religion _____ Ocupación _____

DOMICILIO

Nombre del Cónyuge _____ Edad _____ Escolaridad _____
Ocupación _____ Lugar de Trabajo _____

SITUACION ECONOMICA DE LA FAMILIA: Ingreso Mensual L. _____

ANTICONCEPTIVOS UTILIZADOS POR LA PAREJA:

ORAL))) _____ DIU _____ INYECTABLE _____ CONDON _____ OTROS _____

NINGUNO: _____

DATOS MEDICOS:

Hijos vivos _____ Hijos vivos varones _____ Mujeres _____

Hijos muertos _____ Edad del Hijo Menor _____ Aborto _____

Otros Datos _____ Total Embarazos _____

RAZONES PARA ADOPTAR UN METODO QUIRURGICO

Economicas _____ De Salud _____ Multiparidad _____ Otros _____

Caso Referido por: _____

CONCEPTO DE LA TRABAJADORA SOCIAL