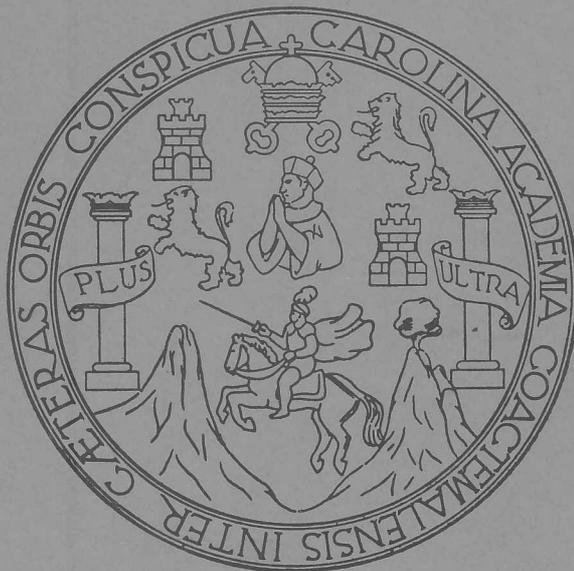


UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS



"ESTERILIZACION QUIRURGICA POR LIGADURA
DE TROMPAS EN MATERNIDAD DEL HOSPITAL
ROOSEVELT"

JORGE CORNELIO CASADO AGUILAR

Guatemala, Agosto 1970

PLAN DE TESIS:

I. INTRODUCCION

II. OBJETIVOS

III. CONSIDERACIONES GENERALES SOBRE ESTERILIZACION
QUIRURGICA.

IV. MATERIAL Y METODOS

V. RESULTADOS

VI. DISCUSION

VII. CONCLUSIONES

VIII. BIBLIOGRAFIA.

INTRODUCCION:

En el presente trabajo se revisaron las esterilizaciones quirúrgicas por ligadura de trompas, efectuadas en la Maternidad del Hospital Roosevelt, durante un período de siete años, comprendidos del 1o. de Enero del año 1963 al 31 de Diciembre del año 1969.

Durante este lapso se practicaron un total de 452 operaciones quirúrgicas cuyo objetivo primordial fué producir esterilidad definitiva y permanente en las pacientes sometidas a dicho procedimiento.

La ligadura de las trompas de Falopio, es actualmenté un método común para terminar la función reproductiva de una mujer cuando existen razones para ello. Dichas razones se han ido ampliando y modificando en los últimos años.

Por otro lado, existen grandes diferencias en cuanto a su rechazo o aceptación basadas en motivaciones médicas, religiosas, psicológicas, legales y socio-económicas.

Estas razones me inclinaron a creer de interés la revisión de este análisis en un hospital público, donde prestan sus servicios un grupo de médicos especialistas en ginecología y obstetricia.

OBJETIVOS:

El objetivo primordial del presente trabajo, es tratar de dar a conocer la filosofía y conducta a seguir en el Departamento de Maternidad del Hospital Roosevelt en cuanto a la esterilización quirúrgica (por ligadura), sus indicaciones, contra indicaciones, peligros, complicaciones, etc.. Al mismo tiempo analizar el criterio del cuerpo de Médicos especialistas que prestan sus servicios en la misma, cuando por circunstancias especiales se presenta ante ellos el caso de autorizar o denegar el procedimiento esterilizante, a solicitud hecha por ambos conyuges o bien de los medicos tratantes, en los casos de patología intercurrente y previo estudio socio-económico de cada caso en particular, a través del Servicio Social del hospital cuando el caso lo amerita. De manera que cada caso autorizado, ha sido cuidadosamente estudiado, seleccionado y llenado una serie de requisitos previos.

CONSIDERACIONES GENERALES SOBRE ESTERILIZACION QUIRURGICA POR

LIGADURA:

La prevención del embarazo en pacientes con patología intercurrente (cardiopatías, hipertensión crónica, várices avanzadas) antecedentes de operaciones cesáreas, diversos trastornos mentales, multiparidad asociada a condiciones socio-económicas precarias que en otros países fué una indicación médica de esterilización, en la actualidad se ha relegado a un segundo plano, con los adelantos logrados al perfeccionar modernos métodos anticonceptivos sencillos y eficaces, lo que no quiere decir que la multiparidad deje de ser una imperiosa indicación en países sub-desarrollados, donde se han sufrido las consecuencias de la explosión demográfica y donde imperan el hambre, pobreza, desnutrición, elevada mortalidad infantil etc..

TIPOS DE ESTERILIZACION QUIRURGICA:

1. - Metodo de Irving:

La técnica es la siguiente: doble ligadura de la trompa, con Catgut Crómico # 1., sección de la misma entre ambas ligaduras, introduciendo el extremo proximal en la musculatura de la pared posterior del útero. El otro extremo, distal, se introduce entre las dos hojas del ligamento ancho, efectuando luego una sutura continua. El material que se usa es Catgut Crómico # 1.

Se considera que este método es el más seguro para efectuar simultáneamente la esterilización tubaria y la operación cesárea. (Ver figura No. 1).

2. - Método de Pomeroy:

Se liga con Catgut Crómico un asa de la trompa y luego se secciona; - el procedimiento se basa en la absorción de la ligadura, separación de los cabos de la trompa cortada y su oclusión posterior por exudado fibrinoso. - Este método fué el más empleado en la presente revisión: 300 casos en total. (Ver figura No. 2).

3. - Método de Pomeroy Modificado:

El mismo procedimiento anterior; la única variante es la introducción de los extremos ligados y seccionados entre las dos hojas del ligamento ancho. Se encontró un total de 70 casos.

4. - Técnica de Madlener:

Muy similar a la de Pomeroy, se comprime con pinza de Kelly el sitio donde se va a efectuar la ligadura, seguidamente se liga con seda, algodón o bien otro material inabsorbible; no se secciona la trompa. Con esta técnica se efectuaron 42 ligaduras.

En realidad, la finalidad de esta operación, es obstruir la trompa con el aplastamiento de la misma y luego ligarla con material que no se absorbe. (Ver figura No. 3.).

La ventaja de estas tres técnicas es que pueden efectuarse inmediatamente después del parto o bien en los primeros días del puerperio a través de --

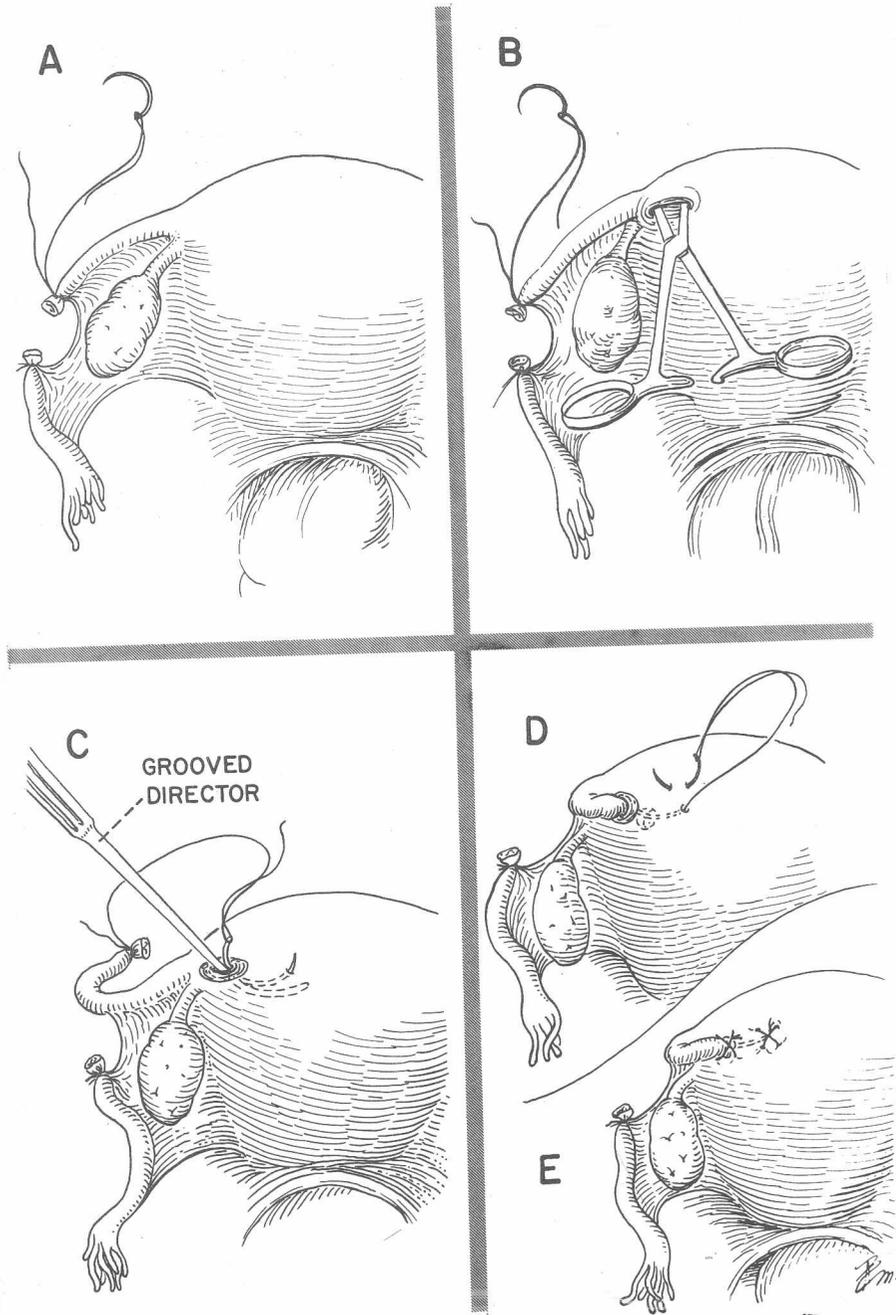


FIGURA No. 1.

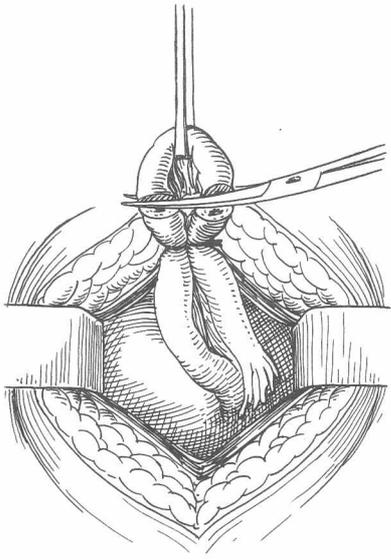
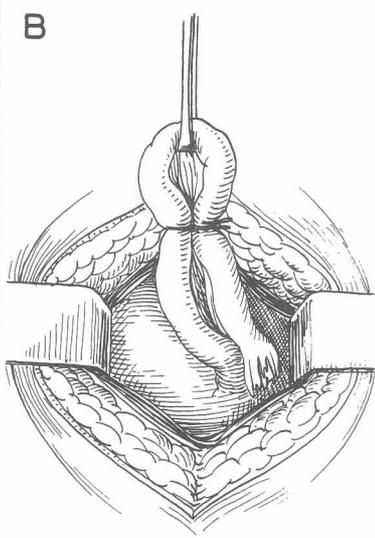
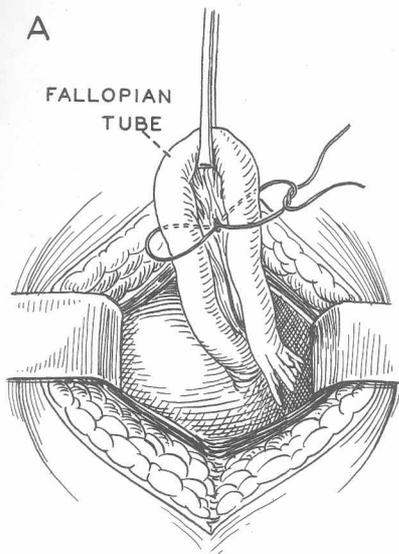


FIGURA No. 2.

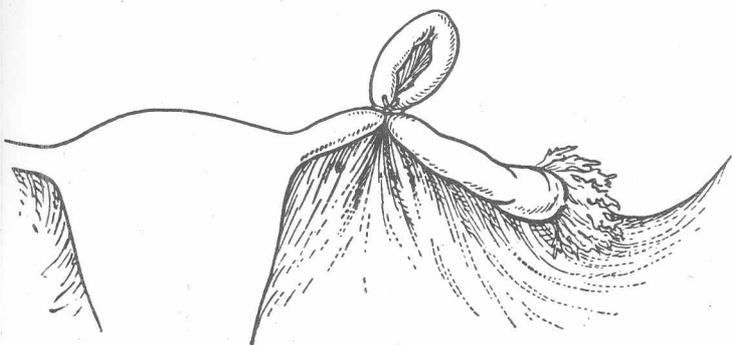
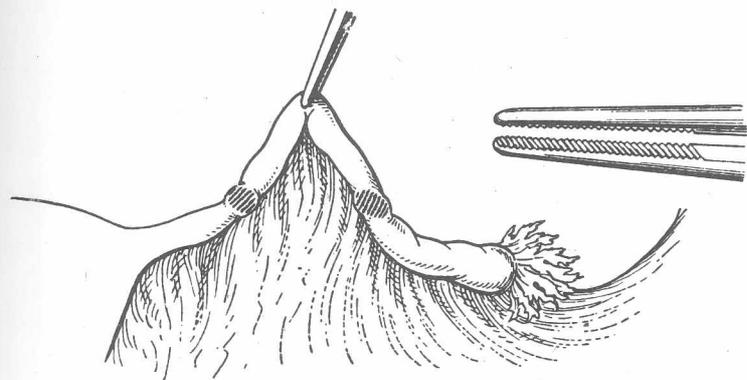


FIGURA No. 3.

una pequeña incisión abdominal de cuatro a cinco centímetros y con mínimo -- riesgo operatorio.

5. - Método de Aldridge o esterilización quirúrgica temporal;
6. - Salpingectomía bilateral.
7. - Resección del cuerno bilateral.
8. - Ooforectomía bilateral.
9. - Salpingo-oforectomía bilateral.
10. - Histerectomía total o sub total.
11. - Método de Uchida.

Todos estos métodos de esterilización quirúrgica en la mujer tienen la venta ja de que una vez realizado el procedimiento, no se necesita tomar ninguna otra medida para evitar embarazos subsiguientes. Este procedimiento solo deberá --- practicarse en ciertos y determinados casos, cuidadosamente estudiados y selec-- cionados, en los que ambos cónyuges estén plenamente convencidos de que tra-- tándose de que una operación mutilante y en el caso particular de ligadura de --- trompas con solo el 2% de reversibilidad, la posibilidad de nuevo embarazo es mí nima aún con plastía posterior.

Actualmente en muchos países del mundo se están llevando a cabo tanto en - seres humanos como en animales, experimentos tendientes a encontrar métodos - más sencillos de esterilización que al mismo tiempo sean reversibles con el objeto

de restituir la fertilidad en un momento deseado. En el hombre se está investigando la colocación bilateral de una pequeña grapa o pinza metálica en el conducto espermático para obstruirlo y posteriormente retirar la pinza para volver a dejar de nuevo expeditos los conductos.

Se están usando sustancias parecidas al caucho, que inyectadas en el conducto deferente impiden el paso de los espermias de los testiculos hacia arriba, de manera que dicho obturador puede ser removido si se desea de nuevo restaurar la fertilidad.

Estos procedimientos pueden ser llevados a cabo por maniobras y operaciones muy sencillas.

En la mujer actualmente se está efectuando la electrocoagulación de las trompas con un aparato parecido a un peritoneoscopio introducido a través del abdomen o de la parte superior de la vagina. Dicho procedimiento tiene la ventaja de que no es necesario que la paciente se hospitalice para poder llevarlo a cabo. Tiene la desventaja de que no es fácilmente reversible la restitución de la fertilidad.

Definitivamente la esterilización quirúrgica por ligadura, no es el método ideal para la planificación familiar, por ser un procedimiento amputante que tiene un porcentaje muy bajo de reversibilidad.

EFICACIA:

Se puede afirmar que no existe técnica quirúrgica por ligadura con un ---

100% de seguridad. Se ha reportado en la literatura nuevos embarazos en proporciones de 1:200 (14), por razones que se desconocen, dicho porcentaje es aún mayor cuando la ligadura se efectúa al mismo tiempo de una operación cesárea -- que cuando se lleva a cabo entre el primero y el décimo días después del parto -- por la vía natural.

Otro aspecto muy importante, es el tiempo que puede transcurrir entre la operación esterilizante y un nuevo embarazo, tiempo que oscila según reporte entre 3 a 7 años.

En el presente análisis no se encontró ningún caso de nuevo embarazo intrauterino o gestación tubaria subsiguiente a la ligadura.

Quede sentado pues, que la esterilización tubaria no es un procedimiento inocuo, ya que puede acompañarse de complicaciones inmediatas o tardías (tromboflebitis, embolia pulmonar, gestación tubaria posterior).

Cuando por razones obvias la esterilización no debe ser realizada o bien es denegada la solicitud por el cuerpo médico, siempre se le recomienda a la pareja llevar a cabo la planificación familiar por medio de otros métodos anticonceptivos, entre los cuales se conocen los siguientes:

1. - Contraceptivos Intrauterinos (D I U)
2. - El Condón o Preservativo
3. - Anticonceptivos orales (Anovulatorios).
4. - Tabletas de Espuma.

- 5.- Jaleas, cremas o Pastas Anticonceptivas (espermaticidas)
- 6.- Supositorios o Dispositivos Intra vaginales.
- 7.- Diafragma Vaginal
- 8.- Capuchón Cervical
- 9.- El método del Ritmo; por la temperatura y el calendario -único - aceptado por la Iglesia Católica-.

MATERIAL Y METODOS:

Para llevar a cabo el presente trabajo, se efectuó la revisión de las historias clínicas de todas aquellas pacientes que fueron sometidas a ligadura de trompas en el Departamento de Maternidad en el Hospital Roosevelt, durante un lapso de 7 años comprendidos del 1º. de Enero de 1963 al 31 de Diciembre de 1969.

Durante este período, el número total de partos atendidos en dicha maternidad fué de 83,635 y el número de papeletas revisadas por esterilización quirúrgica fué de 452 en total, de manera que se efectuaron 54 esterilizaciones por cada 10,000 partos.

En cada uno de los casos se analizaron los siguientes aspectos:

- 1.- Edad de las pacientes.
- 2.- Número de gestaciones
- 3.- Número de partos
- 4.- Número de Abortos
- 5.- Número de hijos vivos
- 6.- Asistencia o nó a control pre-natal
- 7.- Indicación precisa de esterilización
- 8.- Si la intervención se efectuó al mismo tiempo que otro tipo de cirugía, o bien en el puerperio.
- 9.- Técnica o tipo de operación realizada.

10- Complicaciones post-operatorias

11- Total de días de hospitalización

12- Si hubo o no solicitud de operación esterilizante de parte de los conyuges.

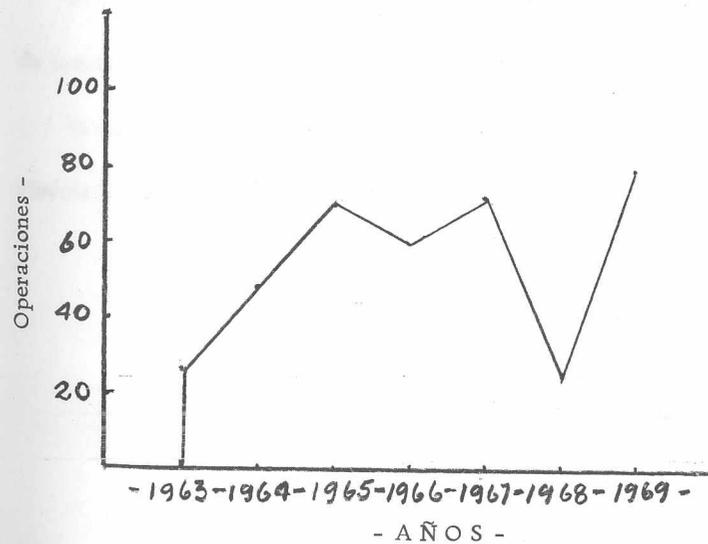
En cada uno de los aspectos arriba enumerados se tomaron en consideración dos extremos: mínimo y máximo. Ejemplo: Edad mínima y edad máxima entre el grupo de pacientes que fueron sometidos al procedimiento.

RESULTADOS:

La siguiente gráfica es el fiel reflejo del ascenso progresivo del procedimiento quirúrgico en los siete años revisados.

Total de operaciones por año:

1963.....	29 operaciones
1964.....	54 "
1965.....	75 "
1966.....	61 "
1967.....	72 "
1968.....	33 "
1969.....	78 "
Total:	452 Operaciones.



La gráfica anterior es elocuente. El aumento constante se explica porque progresivamente cada año se atiende mayor número de partos y por lo consiguiente se presentan mayores indicaciones para efectuar la operación esterilizante.

EDAD:

La edad de las pacientes para el momento de la intervención está registrada en todos los casos. Las edades extremas estuvieron comprendidas entre los 16 y 46 años.

La distribución por grupos de edad fué:

16 años	1 Caso (0.2%)
17 a 20 años	8 Casos (2.0%)
21 a 25 años	62 Casos (13.7%)
26 a 30 años	137 Casos (30.3%)
31 a 35 años	121 Casos (26.8%)
36 a 40 años	99 Casos (21.9%)
41 en adelante	24 Casos (5.1%)

El caso de menor edad fué el de una paciente de 16 años primigesta, retrasada mental y cuya esterilización fué recomendada por el psiquiatra.

El caso de mayor edad fué el de una paciente de 46 años, gran múltipara con várices gigantes en ambos miembros inferiores y vulva.

GESTACIONES:

La mayoría de pacientes están comprendidas entre 1 a 10 gestaciones cada una, luego de 11 en adelante se nota un descenso brusco tal como se observa en el cuadro siguiente:

1 a 5 gestaciones	192 casos	(42.5%)
6 a 10 gestaciones	187 casos	(41.4%)
11 a 15 gestaciones	67 casos	(14.8%)
16 en adelante	6 casos	(1.3%)

Los extremos estuvieron comprendidos entre 1 y 20 gestaciones. Este último caso, muy interesante, de una paciente con 20 gestaciones, extremo -- que no se pudo comprobar, ya que fué en su último embarazo cuando consultó por primera vez al hospital; los partos anteriores habíansido atendidos en su lugar de origen (Jutiapa) posiblemente en forma empírica.

PARIDAD:

En este grupo se consideró a todos los embarazos que terminaron en parto. En ningún caso la cesárea fué considerada como tal.

La paridad se distribuyó del siguiente modo:

0 a 5 partos	274	(60.6%)
6 a 10 partos	156	(34.5%)
11 en adelante	22	(4.9%)

Llama la atención de que el 60.6% se agrupan entre 0 a 5 partos por paciente, esto se explica al tomar en consideración que aquí se agruparon las cesáreas, las cuales como quedó sentado arriba, no fueron consideradas como partos.

ABORTOS:

Se consideró como aborto a todos aquellos embarazos que no llegaron más allá de las 28 semanas de gestación.

0 abortos	263 casos	(58.2%)
1 a 5 abortos	185 casos	(40.9%)
6 a 10 abortos	4 casos	(0.9%)

El número más alto de abortos por paciente que se obtuvo, fué de 9 y se trataba de una múltipara con 17 gestaciones, 7 partos con 6 hijos vivos.

NUMERO DE HIJOS VIVOS:

El número de hijos por paciente al momento de la operación esterilizante se resume en el siguiente cuadro:

0 hijos vivos	14	(3.1%)
1 a 5 vivos	292	(64.6%)
6 a 10 hijos vivos	139	(30.7%)
11 en adelante	7	(1.5%)

De las pacientes con 0 hijos todas fueron esterilizadas al final de su último -- embarazo y en cada una de ellas había patología presente:

Primigesta con Cáncer del cervix	1 caso
Primigesta con retraso mental	3 casos
Primigesta con epilepsia	2 casos
Secundigesta con retraso mental	2 casos
Secundigesta con epilepsia	1 caso
Múltipara con 2 cesáreas anteriores	1 caso
Una cesárea anterior y antecedente de ruptura uterina	2 casos
Dos cesáreas anteriores, más ruptura uterina	2 casos

INDICACIONES:

La indicación de la operación esterilizante, es indudablemente el aspecto más discutido y el más sugeto a interpretación personal e incluso de grupo.

La existencia del comité hospitalario para considerar la petición de la paciente o del médico tienen su origen en el intento de controlar esa posible, - variable y amplia interpretación personal, pero, aún en dichos comités en -- donde el número de integrantes es variable, se aprecian una gama extensa de indicaciones en las que se ponen de manifiesto las influencias locales, médicas, legales, religiosas, socio-económicas, etc. . Por lo tanto la agrupación de las indicaciones es muy difícil y difieren con cada autor.

El Comité de Reproducción Humana de la Asociación Médica Americana, las divide en cuatro grupos: (1).

- a) Afecciones de naturaleza hereditaria
- b) Condiciones maternas que pueden ser agravadas por embarazos repetidos.
- c) Defectos físicos, mentales o emocionales que puedan trastornar seriamente las funciones de la paternidad.
- d) Multiparidad a un grado que afecte adversamente la salud o bienestar de la mujer.

En los 452 casos revisados, las indicaciones fueron las siguientes:

Cesárea Previas	209	(46.3%)
Multiparidad	175	(38.7%)
Enfermedades Crónicas	54	(11.9%)

Cáncer del cervix 14 (3.0%)

La cesárea anterior, representa la indicación más común y en su mayoría lo es la tercera cesárea. El criterio médico que rige es el hecho de considerar suficientes tres riesgos quirúrgicos, siempre que la pareja esté de acuerdo con la - intervención y que haya dos niños anteriores vivos y sanos.

Solo en 15 casos y por diferentes razones especiales se hicieron 4 cesáreas y la 5a. en el momento de la esterilización.

En un buen porcentaje de pacientes con cesárea anterior, especialmente con dos a tres previas la esterilización fué obligada para el cirujano por las circunstancias anatómicas presentes.

La distribución en cuanto a número se agrupó de la siguiente manera:

- a) Una cesárea anterior 35 pacientes
- b) Dos cesáreas anteriores 78 pacientes
- c) Tres cesáreas anteriores 81 pacientes
- d) Cuatro cesáreas anteriores 15 pacientes

Hubo diez casos con cesárea anterior tipo corporea clásica.

La segunda indicación fué multiparidad; considerando como grandes multiparas a todas aquellas pacientes con más de cinco hijos vivos. Aquí intervinieron como en todas partes otros factores que influyeron en la decisión, como indicación eventual de cesárea, prolapso de cordón o de miembros etc. , asociados a -- problemas socio-económicos que siempre van ligados a la multiparidad y edad de

las pacientes.

La tercera indicación agrupó a todas aquellas pacientes con enfermedades crónicas asociadas y cuya patología era de tal naturaleza que la posibilidad de nuevos embarazos podrían ser causa de imminente peligro para la vida o salud de la madre.

La patología presente asociada o no a multiparidad que más frecuentemente se encontró se resumen en el siguiente cuadro:

Epilepsia tipo gran mal	19
Diversos tipos de cardiopatías	14
Indicaciones psiquiátricas	13
Incompatibilidad Rh	9
Hipertensión arterial	8
Rh más multiparidad o cesárea previa	4
T. B. C. Pulmonar	3
Embarazo ectópico	3
Cirugía Vaginal previa	3
Embarazo Abdominal	1
Hemofilia en hijo	1
Lujación congénita de cadera	1
Hipotiroidismo	1

Enfermedad de Hodking	1
Asma Bronquial crónica	2

En los tres embarazos ectópicos la razón por la cual se efectuó la ligadura:

- a) Ectópico roto izquierdo, más hidrosalpinx derecho.
- b) Ectópico roto izquierdo y multiparidad.
- c) Ectópico derecho y multiparidad.

El caso del embarazo abdominal es el único reportado hasta la fecha en la Maternidad del Hospital Roosevelt; era un abdominal secundario acompañado de otro intrauterino con óbito fetal y el cual se complicó con ruptura del fondo uterino.

La cuarta indicación fué carcinoma del cervix. Todos los casos se comprobaron por biopsia, siendo la mayoría de ellos, carcinoma de células escamosas (10 en total). Se encontraron dos casos de cáncer in situ, un adenocarcinoma y un carcinosarcoma o carcinoma Mulleriano. Esta última paciente de 20 años de edad estaba en su tercer embarazo.

Desde el punto de vista de clasificación de acuerdo a la Liga de las Naciones, se agruparon así:

- 10 casos LN II
- 1 caso LN III

MOMENTO DE LA OPERACION:

El momento en el cual se efectuó la operación esterilizante fue variable:

En el puerperio inmediato, antes de 24 horas post-parto	76 pacientes
En el puerperio mediato, entre uno a doce días post-parto	167 pacientes
Durante intervención quirúrgica, generalmente cesárea	209 pacientes

De las 209 efectuadas al mismo tiempo que otra intervención quirúrgica, 196 se trataban de cesáreas repetidas (Una hasta cuatro) y en el resto la cesárea coexistía con otros factores como inserción baja de placenta, ruptura uterina, operaciones ginecológicas previas, patología intercurrente.

La patología asociada fué tres embarazos ectópicos, un embarazo abdominal, dos rupturas uterinas, dos plastías vaginales previas, dos placentas previa central total, tres desprendimientos prematuros de placenta.

En ningún caso se efectuó cesárea con el único objetivo de la esterilización. Cuando fué este el único fin, se prefirió efectuar la operación en el puerperio, cuyo momento fué variable en los 243 casos: 76 en el puerperio inmediato, o sea antes de las primeras 24 horas post-parto (16.8%) y 167 entre uno a doce días post-parto (36.9%).

El porcentaje que le corresponde a las 209 cesáreas es de 46.2%.

TECNICA O METODO EMPLEADO:

Pomeroy	300	(66.4%)
Pomeroy modificado	70	(15.5%)
Madlener	42	(9.3%)
No se encontró descripción	32	(7.1%)
Salpingectomía más ligadura	5	(1.1%)
Uchida	2	(0.4%)
Vía Vaginal	1	(0.2%)

FRACASOS:

Es conocido que todos los procedimientos de esterilización quirúrgica, exceptuando la histerectomía total con salpingo-ooforectomía bilateral, se acompañan de un porcentaje de fracasos cuya precisión numerica es muy difícil, por no decir imposible, ya que se requeriría de un estudio controlado de determinado número de pacientes sometidas a la operación, separadas en grupos según las diversas técnicas, subdivididas luego de acuerdo al momento operatorio (cesárea, puerperio, etc.) sometidas todas al mismo riesgo de embarazo y seguidas hasta la menopausia. Este estudio aún no se ha hecho.

Sin embargo hay reportes de fracasos, por ejemplo el GARB (1) en 1957:

<u>Operación:</u>	<u>No. de Casos:</u>	<u>Fracasos:</u>	<u>Porcentaje:</u>
Todos los métodos	20,496	210	0.71
Madlener	7,829	113	1.44
Pomeroy	5,477	22	0.40
Resección cornual	311	9	2.80
Irwing Modificado	1,056	0	0.00
Otros	14,823	66	0.45

En la serie revisada en el presente trabajo, no se encontró ningún fracaso, lo cual demuestra un ciento por ciento de éxito, esta cifra habrá que aceptarla con las reservas arriba mencionadas, agregando la posibilidad de que la paciente haya acudido a otro médico, hospital o clínica.

Se encontró un caso de una paciente con tres cesáreas previas y a quien durante la última cesárea, le habían practicado ligadura de trompas tipo Pomeroy, en un hospital departamental, esta paciente tuvo un nuevo embarazo. Durante la cesárea practicada se encontró la trompa izquierda recanalizada y la derecha ligada.

COMPLICACIONES POST-OPERATORIAS:

No se encontró ninguna de las complicaciones temibles como tromboflebitis o embolia pulmonar que han sido reportadas en los diversos tipos de cirugía abdominal. En total hubo 53 complicaciones post-operatorias, que se distribuyeron en la siguiente forma:

Infección Urinaria	18	(3.9%)
Infección de herida operatoria	9	(1.9%)
Endometritis	7	(1.5%)
Ileoparalítico	6	(1.3%)
Dehiscencia herida operatoria	5	(1.1%)
Paro Cardíaco	4	(0.9%)
Shock post-operatorio	4	(0.9%)

El porcentaje total de complicaciones fué de 11.5%.

El paro cardíaco se presentó durante el acto quirúrgico en un total de cuatro casos (cesárea ligadura); dos de ellos se recuperaron con los cuidados del anestesista, uno fué fallo irreversible y el otro se recuperó pero falleció a los dos días del post-operatorio: Shock hipovolémico, neumonía por aspiración y edema pulmonar.

Los cuatro casos de shock post-operatorio también fueron en cesárea ligadura.

DIAS DE HOSPITALIZACION:

El tiempo de permanencia hospitalaria varió de acuerdo con el momento en

que se efectuó la intervención (durante el mismo acto quirúrgico de cesárea, de laparatomía exploradora o bien en el puerperio), y de acuerdo a la presencia o no de complicaciones post-operatorias.

El total de días de reclusión hospitalaria por paciente se resume en el siguiente cuadro:

1 a 5 días	87	(19.2%)
6 a 10 días	281	(62.2%)
11 a 15 días	40	(8.8%)
16 días en adelante	44	(9.7%)

Como se aprecia en el cuadro de arriba, la mayoría de pacientes tuvo una estancia hospitalaria que varió entre 6 a 10 días, lo cual confirma una vez más lo inocuo del procedimiento, aún asociado a otro tipo de cirugía generalmente cesárea.

Solicitaron operación	248	(54.9%)
No solicitaron operación	204	(45.1%)

La solicitud la hicieron las pacientes interesadas, a la jefatura del Departamento de Maternidad, en donde fué evaluado cada caso en particular por cadauno de los médicos que integran el Staff del Departamento. De las que fueron autorizadas, la mayoría, sobre agregada a multiparidad, presentaban alguna otra patología y en buen porcentaje de las mismas, no se efectuó estudio

socio-económico, sino se le dió mayor importancia al aspecto puramente médico el cual fué determinante.

Cuando por razones justificadas de acuerdo al criterio de la mayoría de los miembros del Staff, se negó la solicitud, las pacientes fueron referidas al servicio social con el objeto de que através del Trabajador Social, recibieran orientación, llevando a cabo la Planificación Familiar por medio de las clínicas que en la actualidad prestan este tipo de servicio.

Creo que debe darse más participación al trabajador Social en el trámite de toda solicitud para conocer a fondo y con claridad precisa, las razones que exponen los interesados en la esterilización, comprobar si es posible dichas razones, efectuando entrevistas inter-personales, visitas domiciliarias, etc.. De esta manera quizás se autorizarían algunas solicitudes que debido a la forma en que fueron redactadas por los interesados, aparentemente no llenan los requisitos establecidos y por otro lado se rechazarían algunas otras, al comprobar que las razones expuestas en la solicitud son dudosas o falsas.

CONCLUSIONES:

1. - Durante siete años se atendieron en la Maternidad del Hospital Roosevelt, 83,635 partos, y se efectuaron 452 esterilizaciones por ligadura de trompas, lo cual representa un porcentaje de 54 ligaduras por cada 10,000 partos.
2. - La indicación más frecuente para efectuar la operación, fué el antecedente de cesáreas previas: 46.3%. La multiparidad fué la segunda indicación 38.7%.
3. - La técnica más frecuentemente usada fué el método de Pomeroy, 300 casos en total 66.4% y le siguió en segundo plano el método de Pomeroy Modificado con 70 casos 15.5%.
4. - Hasta la fecha, no se conoce ningún fracaso en el total de los casos.
5. - Quede establecido, que la esterilización por ligadura de trompas post-parto, es un método sencillo, eficaz, con mínimo riesgo operatorio y reducida estancia hospitalaria.
6. - Nunca deberá efectuarse operación cesárea con el único objetivo de esterilización, cuando este es el fin que se persigue, debe efectuarse en el puerperio.
7. - La ligadura de trompas tiene sus indicaciones precisas.
8. - Definitivamente no es el método ideal para llevar a cabo la planificación familiar.

9. - En todas aquellas pacientes mayores de 35 años de edad, y con cinco hijos vivos, deberán esterilizarse por medio de histerectomía, ya que al mismo tiempo se les está protegiendo contra la posibilidad posterior de cáncer uterino.
10. - Debe darse más participación al servicio social en la resolución de la solicitud de esterilización presentada por los interesados.

BIBLIOGRAFIA.

1. - Agüero, Oscar. Ligadura de trompas en la clientela privada. Revista de Ginecología y Obstetricia. (Venezuela) 26, (4): 641-658. -- 1966.
2. - Aguirre Quinteros, Jose Luis. Cáncer del Cervix en el Utero Embarazado. Tesis. Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas, Mayo 1968. 40 p.
3. - Andrew, M. Claye. Disturbances of sexual function Sterilization. IN: British Obstetric and Gynecological Practice. Philadelphia, F. - A. Davis Company, 1955. pp. 721-729.
4. - Bethancourt Fioravanti, Enio. Carcinoma del cervix y embarazo. Tesis, Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas, Noviembre de 1960. 43 p.
5. - Calderone, Mary S. Manual of contraceptive practice. Ed. by Mary - Steichen Calderone. Baltimore, The Williams & Wilkins Co. , - 1964. 263. p.
6. - Durfee, Raphael. Evolución de la histerectomía cesárea. Clínicas -- Obstétricas y Ginecológicas de Norte América, Septiembre de - 1969. pp. 575-589.
7. - Geenhill, J. P. Surgical Gynecology. Chicago, Year Book Medical -- Publisher, 1963. pp. 292-296.
8. - Kleiman, R.L. Anticoncepción intrauterina. Inglaterra, IPPF, 1968. 31 p.
9. - Lu, Therese y Daphne Chun. A Long Term Followup study of 1,055 cases of postpartum tubal ligation. The Journal of Obstetrics -- and Gynecology. 74 (6): 875-880. 1967.
- 10- Mears, Eleanor. Anticoncepción oral. Trad. por Federico de la Peña. México, IPPF, 1967, 143 p.
- 11- Moreno Díaz, José Antonio. Nuevos horizontes en el control de la fer

Bibliografía...

- tilidad. Organó Oficial del Centro de Estudios de la Reproducción.
(México) 14: 1-8, Mayo-Junio, 1969.
- 12- Novak, Emil y Novak Edmund. Tratado de Ginecología. 5a. ed. Trad.
por Gustavo Cuervo Rubio. México, Ed. Interamericana, 1958. pp.
618-625.
- 13- Te Linde, Richard W. Ginecología Operatoria. 3a. ed, traducido por -
Mamuel Balaguer, Douglas J. Alexander y Carlos Eduardo MacFarla-
ne. Buenos Aires, Ed, Bernades, S. A. 1966. pp. 627-641.
- 14- Williams, Whitridge. Obstetricia. 3a. ed, traducido por H. Vela Tre-
viño. México, UTHEA, 1960. pp. 1-19, 1048-1052.
- 15- Wraives, Willam P. Gynecology. Philadelphia, W. B. Saunders, 1966. --
pp. 661-670.

Vo. Bo.


Ruth Ramirez de Amaya
Bibliotecaria.

BR. JORGE CORNELIO CASADO AGUILAR

DR. FRANCISCO CEREZO FLORES

Asesor.

DR. LUIS F. MOLINA GALVEZ

Revisor.

DR. JULIO DE LEON MENDEZ

Director Fase III.

DR. CARLOS ALBERTO BERNHARD

Secretario.

Vo. Bo.

DR. CESAR AUGUSTO VARGAS M.

Decano.