

T
613.9412
C719e
S.f.
F.med.

076285

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

FACULTAD DE MEDICINA



ESTERILIZACION QUIRURGICA
EN EL
«HOSPITAL DE MATERNIDAD»



TESIS DOCTORAL
PRESENTADA POR

ARMANDO GUILLERMO COLORADO

Previa la Opción del Título de

DOCTOR EN MEDICINA

San Salvador

El Salvador

Centro América

UES BIBLIOTECA CENTRAL



INVENTARIO: 10123748

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

RECTOR

DR. ROMEO FORTIN MAGANA

SECRETARIO GENERAL INTERINO

DR. MARIO LUIS VELASCO

oooo

FACULTAD DE MEDICINA

Decano:

DR. SATURNINO CORTEZ

Secretario:

DR. José Llerena Gamboa.

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

FACULTAD DE MEDICINA

PRIMER EXAMEN DE DOCTORAMIENTO PRIVADO

CLINICA MEDICA

Dr. Luis Edmundo Vásquez.
Dr. Lázaro Mendoza.
Dr. J. Benjamín Mancía.

SEGUNDO EXAMEN DE DOCTORAMIENTO PRIVADO

CLINICA QUIRURGICA

Dr. Luis A. Macías.
Dr. Roberto Jiménez.
Dr. Salvador Infante.

TERCER EXAMEN DE DOCTORAMIENTO PRIVADO

CLINICA OBSTETRICA

Dr. Roberto Orellana V.
Dr. Antonio Lazo Guerra.
Dr. Jorge Bustamante.

DOCTORAMIENTO PUBLICO

Dr. José González Guerrero.
Dr. Antonio Lazo Guerra.
Dr. Jorge Bustamante.

.....000000000.....

DEDICATORIA

A mi Madre

Sara Lucila Arévalo

A mi Padre

Eliseo Colorado Herrera.

A mi querida esposa

María Mercedes Navarrete de Colorado

A mis hijos

Armandito, Mario Ernesto y María Mercedes

A mis hermanos

Dr. José Eliseo Colorado

Er. Julio O. Colorado

AGRADECIMIENTO

A mis Profesores:

Dr. Luis Edmundo Vásquez

Dr. José González Guerrero

Dr. Antonio Lazo Guerra

Y de modo muy especial al Dr. Jorge Bustamante patrocinador del presente trabajo.

I N T R O D U C C I O N

El presente trabajo está basado sobre tres años de funcionamiento del Hospital de Maternidad y comprende los casos esterilizados por medios quirúrgicos desde el 21 de Abril de 1954 hasta el 21 de abril de 1957.

Durante este tiempo se hicieron 580 esterilizaciones quirúrgicas.

Se entiende por esterilización la operación quirúrgica -- que tiene por objeto evitar la concepción.

La concepción en su sentido obstétrico, significa la unión de los elementos reproductivos masculino y femenino, de lo cual se sigue el desarrollo de un nuevo ser.

Se designa también con los términos Fecundación, Impregnación, y Fertilización.

Por ser de mayor importancia analizaré los siguientes puntos:

- 1o.- Edad.
- 2o.- Indicación.
- 3o.- Técnica Quirúrgica
- 4o.- Fecha de Esterilización Post-Parto.
- 5o.- Anestesia.
- 6o.- Paridad.
- 7o.- Condición del Paciente al ser dada de Alta.
- 8o.- Tratamiento.
- 9o.- Mortalidad.

- 10o.- Causas de Muerte.
- 11o.- Morbilidad.
- 12o.- Gracajos de Esterilización.
- 13o.- Estudio Histopatológico de las Trompas de Falopio.
- 14o.- Porcentaje Número de Partos.
- 15o.- Conclusiones.
- 16o.- Recomendaciones.

1o.- EDAD.-

Las edades están incluidas en el siguiente cuadro agrupadas por períodos de cinco años.

EDAD	No. de Casos	%
15 a 19 años	9	1.56
20 a 24 años	76	13.10
25 a 29 años	141	24.51
30 a 34 años	184	31.72
35 a 39 años	138	23.79
40 a 44 años	31	5.35
45 a más	1	0.17
	580	100.0%

CUADRO No. 1

Como se puede apreciar en el cuadro anterior, la frecuencia máxima de las esterilizaciones fué en pacientes cuyas edades estaban comprendidas entre los 25 años a 39 años, siendo su porcentaje más elevado entre los 30 y 34 años.

A mi modo de ver estas esterilizaciones en pacientes jóvenes son debidas a que en nuestro medio, sobre todo las de clase hospitalaria, salen embarazadas a muy temprana edad, puesto que en nuestro Hospital de Maternidad, la esterilización se efectúa cuando la paciente ha tenido 8 o más partos, es decir en grandes multiparas. Si se toman en cuenta, como se verá más adelante, que el mayor porcentaje de esterilizaciones ha sido por multiparidad.

2o.- INDICACION.-

Las indicaciones de esterilización están expuestas en el cuadro que sigue:

INDICACION	No. de Casos	%
Multiparidad	419	72.24
Cesareas	48	8.27
Varicosidades	44	7.59
T. B. Pulmonar	16	2.76
Enfermedad Vasculiar Hipertensiva	15	2.59
Cardiopatías	14	2.42
Psicosis	9	1.56
Epilepsia	8	1.38
Sordo-Mudo	2	0.34
Síndrome de Guillian Barre	1	0.17
Catarata Congénita	1	0.17
Colesistitis Severa	1	0.17
Preclapso Uterino Grado IV	1	0.17
Ceguera total Ojo Izquierdo y Ojo Derecho, 3% Visión	1	0.17
	580	100.0%

Como se puede ver en el cuadro anterior, la frecuencia máxima de esterilizaciones fué hecha por multiparidad con 419 casos o sea - 72.24% y esto es debido, para evitar la mortalidad materna cuyos índices son muy crecidos después del octavo embarazo, pues son -- muy frecuentes las Rupturas Uterinas, Placentas Previsas, Hiper -- tensiones Crónicas y en menor escala la Obesidad, como también -- las presentaciones anormales. También hay un alto porcentaje de niños que nacen muertos o fallecimientos de recién nacidos.

A la multiparidad le preceden las Cesáreas con 48 casos 8.27%, -- las Varicosidades con 44 casos 7.59%, T.B. Pulmonar con 16 casos, 2.76%, Enfermedad Vascular Hipertensiva con 15 casos 2.59% Cardio -- patías 14 casos 2.42% y Psicosis con 9 casos 1.56%.

En mi revisión que hice encontré 6 esterilizaciones con solamente II Cesáreas, de las cuales una fué debida a que había Eventración y Malla Tántalo, otra fué por Inminencia de Ruptura Uterina y la otra porque ya habían tres embarazos, el primero por las vías naturales y los dos restantes por Cesáreas, en los otros tres casos no existen datos porque hicieron dichas esterilizaciones con sola -- mente II Cesáreas, porque como sabemos se debe esterilizar a las III Cesáreas, para dar oportunidad de otro hijo, puesto que no -- hay ningún peligro para la madre.

También encontré un caso en que se hizo la esterilización hasta -- en la IV Cesarea, lo cual creo que no es conveniente porque se ex -- pone a la madre a una Ruptura Uterina y por lo tanto muerte mater -- na y fetal.

A este respecto hago notar que en el Hospital de Maternidad se --

hace la Esterilización Quirúrgica casi siempre a las III Cosáreas, excepto en algunos casos especiales.

Entre los requisitos que exige el Hospital de Maternidad para hacer la Esterilización Quirúrgica tenemos, 1o.- Firma de la Paciente, 2o.- Firma del esposo, 3o.- Firma del Médico Jefe de Servicio, 4o.- Firma de un Médico agregado, 5o.- Firma del Médico Director, Y entre otras cosas, exámenes complementarios, sangre, orina, etc. Partidas de Nacimiento de los Partos anteriores y sangre para la paciente intervenida.

A continuación incluyo una copia de una Hoja de un permiso para la Esterilización Quirúrgica del Hospital de Maternidad.

HOSPITAL DE MATERNIDAD

Fecha _____

Los doctores del Hospital de Maternidad han decidido que no sería aconsejable que _____ tenga más familia y nos han explicado las razones del caso.

Por la presente damos nuestro consentimiento para cualquier operación que sea necesaria para efectuar la esterilización de la paciente, el cual fué dado de nuestra propia voluntad y sin compulsión alguna de parte de los doctores.

FINILDO:

Paciente _____

Marido _____

Doctor _____

Doctor _____

Director Médico _____

Nombre _____ Apellido _____ No. de Registro _____
Servicio _____ Cuarto _____ Cama _____ Médico _____

3o.- TECNICA QUIRURGICA.-

Las Técnicas quirúrgicas que se emplearon están en el cuadro siguiente:

TECNICA QUIRURGICA	No. de Casos	%
Pomeroy Clásico	395	68.10
Pomeroy Modificado	136	23.45
Pomeroy-Madlener	11	1.90
Madlener	3	0.52
Madlener Modificado	3	0.52
Irving	1	0.17
Irving Modificado	1	0.17
No hay dato de la Técnica	30	5.17
	580	100.0%

Cuadro No. 3

Según el cuadro anterior, la Técnica Quirúrgica que más se empleó durante tres años de funcionamiento del Hospital de Maternidad, -- fué la de Pomeroy Clásico con 395 casos, en segundo lugar Pomeroy Modificado con 136 casos, las restantes técnicas, se emplearon en tan pocos casos que no creo conveniente traerlas a cuenta.

La Técnica de Pomeroy Clásico consiste en que, después de exteriorizar las Trompas de Falopio, se ligan los codos o dobladuras de las Trompas con Catgut y después se seccionan los dobleces de las Trompas quedando dos cabos.

La Técnica de Pomeroy Modificado es una variante del Pomeroy Clásico y difiere de éste, en que aquí no se usa material absorbible o sea catgut sino que hilo de algodón, otra variante, es que se ha

se hace presión sobre las trompas por un minuto con unas pinzas de punta lisa (sin estrías), lo demás sigue igual a la Ponroy - Clásico.

La Técnica de Maclener consiste en que, después de exteriorizada la Trompa de Falopio, se aplasta con una pinza de puntas lisas -- (sin estrías) se comprime suavemente pero firme, el asa de la -- Trompa, hasta que la porción pinzada queda aplastada, y después se coloca un hilo de seda grueso alrededor de la Trompa aplastada y se anuda sin seccionarlo.

4o. - FECHA DE ESTERILIZACIÓN POST-PARTO.

La Fecha de esterilización Post-Parto puede ser: Inmediata o Tardía.

Inmediata es aquella esterilización que se efectúa dentro de las primeras 48 horas consecutivas al Parto.

Tardía es aquella esterilización que se efectúa después de las 48 horas consecutivas al Parto.

El cuadro siguiente nos presenta el número de casos Inmediatos y Tardíos:

FECHA DE ESTERILIZACIÓN	No. de Casos	%
Inmediata Post-Parto.	20	3.45
Inmediata Post-Cesárea	88	15.17
Tardías Post-Parto.	472	81.38
	580	100.0%

Cuadro No. 4

Como se ve en el cuadro anterior, las esterilizaciones en fechas tardías, han sido más frecuentes, 472 casos o sea 81.38%, en cambio las inmediatas han sido menos. Lo ideal hubiera sido lo ----

contrario, para facilitar la evolución de los pacientes en el Hospital.

Según el Dr. Richard Te Lindo dice: que la opinión de la mayor parte de los Tocólogos, es que, el momento óptimo para la Esterilización es a las 24 horas aproximadamente después del Parto.

Algunos han realizado la esterilización una hora después del Parto, pero hay dos objeciones a esa conducta: El Parto durante la noche lo hace poco practica por perturbar aún más el reposo nocturno del Personal Médico necesario para la Intervención; además todavía existe el peligro de hemorragia, en un momento tan próximo al parto. Si la esterilización se hace 24 horas después del parto, la paciente se ha recuperado del esfuerzo realizado y el peligro de hemorragia se halla considerablemente reducido.

Según el criterio del Personal Médico del Hospital de Maternidad, la Esterilización Quirúrgica se debe hacer inmediata Post-Parto -- es decir a las 48 horas después del Parto, pero existen muchos inconvenientes tanto por parte de la paciente como del Personal Médico.

Las dificultades con que se tropieza por parte de la paciente son: en primer lugar, se necesitan las Partidas de Nacimiento de seis partos, las cuales nunca se tienen a la mano, en segundo lugar necesitamos la firma del esposo y éste la mayoría de veces está fuera de la capital y mientras se hacen los trámites para localizarlo, transcurre el tiempo oportuno.

Por parte del Personal Médico, existe la dificultad que por sus múltiples ocupaciones, se los hace difícil hacer dicha intervención en el tiempo requerido y así tenemos, que la mayoría de las esteri

lizaciones, se hicieron en fecha tardía.

5o.-ANESTESIA.

La Anestesia usada en la Esterilización es como sigue:

ANESTESIA	No.de Casos.	%
Local	296	51.04
Endovenoso.	155	26.72
Raquidea	70	12.07
Mixta	35	6.03
General	11	1.89
No hay dato en.....	13	2.25
	580	100.0%

Cuadro No.5

Como podemos constatar en el cuadro anterior, la Anestesia que mas se usó en la Esterilización fué la Local con 296 casos, en segundo lugar se usó el Método Endovenoso con 155 casos, y en tercer lugar se usó la Anestesia Raquídea con 70 casos. Los restantes anestésicos se usaron en muy escasa cantidad, tomando en cuenta que se hicieron 580 casos de Esterilizaciones Quirúrgicas. Analizando el uso de esos anestésicos, a simple vista observamos, que el de mejores resultados es la Anestesia Local, pues en la Anestesia Endovenosa, en la cual se usó el Pentotal Sódico, hubo dos accidentes, uno reparable y el otro no, pues la paciente falleció por Paro Respiratorio y Cardíaco. En cuanto a la Anestesia Raquídea, también tenemos un caso de Paro Respiratorio, el cual no fué de fatales consecuencias. La Anestesia Raquídea, se administra cuando se practica Cesarea Iterativa, en la cual se aconseja Esterilización Quirúrgica. Según mi opinión el anestésico ideal sería el Local, pues es el de menor peligro y en manos diestras, hay anestesia completa de la re

gión operatoria.

El Pentotal Sódico, si bien es cierto que da una anestesia profunda, y a la manera de los Cirujanos les parece es de gran peligro sobre todo si no se tiene mucha experiencia en su uso y tratándose de una esterilización, cuyo máximo de tiempo requiere 30 minutos, creo que la Anestesia Local es la más indicada.

En cuanto a la Anestesia Raquídea, hubo también un Paro Respiratorio, no de consecuencias, fatales, pero como se aprecia, también es peligroso.

En el Hospital de Maternidad, hay una recomendación de los Jefes de Servicio, que prohíbe otra Anestesia que no sea Local en la Esterilización Quirúrgica, excepto en casos muy especiales.

66.- PARIDAD.

PARIDAD	No. de Casos	%
Múltiparas	570	98.27
Primíparas	9	1.56
Nulíparas	1	0.17
	580	100.0%

Cuadro No. 6

Observando el cuadro anterior, nos damos cuenta, que la esterilización fué más frecuente en múltiparas con 570 casos o sea el 98.27%. Entendemos por Múltiparas, la mujer que ha parido dos o más hijos, es término sinónimo Pluripara.

Primiparas solamente se esterilizaron 9 casos, los cuales fueron debidos a Cardiopatías, Epilepsias, Psicosis, Enfermedad Renovascular.

Entendemos por Primípara, la mujer que ha parido su primer hijo -- viable, vivo o muerto al nacer.

Nulípara solamente se esterilizó una Paciente por Nefritis.

Entendiendo por Nulípara, la mujer que no ha parido nunca.

7o.- CONDICIONES DEL PACIENTE AL SER DADA DE ALTA.

El cuadro siguiente nos muestra las condiciones en que quedó la pa-
ciente después de la Esterilización:

CONDICION DEL PACIENTE AL SER DADA DE ALTA	No. de Casos	%
Restablecidas	505	87.07
Mejoradas	27	4.66
Sin Mejoría	2	0.34
Fallecidas	2	0.34
Sin dato	44	7.59
	580	100.%

Cuadro No. 7

Como podemos comprobar en el cuadro anterior, 505 pacientes o sea el 87.07% a quienes se les hizo la esterilización quirúrgica, sa-
lieron en perfectas condiciones de salud, Mejoradas quedaron 27 -
pacientes 4.66%, esto quiere decir, que estas pacientes fueron es-
terilizadas por alguna enfermedad como por ejemplo: T. B. Pulmonar,
Hipertensión Arterial, Cardiopatías, etc. y que después de la ope-
ración se les dió el alta mejoradas de su enfermedad anterior que
padecían. Sin mejoría solamente quedaron 2 pacientes y fallecie-
ron según el cuadro anterior dos, pero de estos, solamente uno fué
debido a la Esterilización Quirúrgica, como explicaré más adelante.

Sin dato de como quedaron los pacientes después de la operación, -
tenemos 44 casos.

8o.- TRATAMIENTO.

El tratamiento que se les indicó a los pacientes a quienes se les
hizo la esterilización, fué el siguiente: Penicilina, Estreptomici-
na y Aspirina, todo esto lo pusieron como preventivo por uno o dos
días. Pero según la revisión que hice de estos casos, pude darne
cuenta que no hay necesidad de usar Antibióticos, pues en ninguno
de los casos hubo complicación, aún en los que se usó solamente As
pirina.

9o.- MORTALIDAD.

MORTALIDAD	No. de Casos	%
Fallecidos	2	0.34

Cuadro No. 8

De estos 2 casos de muerte, que aparecen en el cuadro anterior, -
solamente uno fué debido a la esterilización quirúrgica, pues ---
fué un accidente anestésico, debido al Pentotal Sódico. El se--
gundo fallecimiento, se debió a Insuficiencia respiratoria en una
paciente que padecía de Cor Pulmonar Crónico. Con esto nos damos
cuenta, que solamente hemos tenido un fallecimiento por la Esteri-
lización Quirúrgica.

10.- CAUSAS DE MUERTE.-

Como expliqué anteriormente, en el Punto Mortalidad, hubo dos muertes maternas en las pacientes a quienes se les hizo la esterilización quirúrgica, pero también constaté, que solamente una muerte - fué debida a dicha intervención y la otra por otras causas, por lo cual creo necesario hacer un estudio de las condiciones en que ingresaron estas pacientes al Hospital de Maternidad.

Primer Caso: Se trataba de una paciente de 36 años que ingresó al Hospital de Maternidad el 22 de Mayo de 1955, con dolores fuertes de Parto, con temperatura 36.5 T.A. 130 por 80, Pulso 76 Respiraciones 22 por minuto. Grávida XII para XI, Prematuros 0, Abortos 0. Niños vivos VIII. En su historia personal, se constata que no padecía de ninguna enfermedad Infección contagiosa cuando ingresó a este centro Hospitalario, su historia menstrual es también negativa; por lo cual la paciente ingresó en buenas condiciones físicas. El 23 de Mayo de 1955 o sea el día siguiente de su ingreso tuvo su parto a las 3.45 A. M. fué un Parto espontáneo y la condición de la madre y el niño al salir del Parto eran buenas. El día 26 de Mayo de 1955 o sea el tercer día del Puerperio, a las 11.5 A.M. - principió su operación de esterilización por multiparidad (gran multipara) se empieza a practicar la operación por el método Pomeroy, se ligan y se seccionan las Trompas de Falopio y cuando ya el cirujano estaba cerrando el tejido celular subcutáneo, el anestesista señala paro Respiratorio y Cardíaco. El Cirujano nota que se le hacen maniobras para regresarla de dicho paro, pero es imposible, por lo cual la paciente fallece. (El Cirujano no explica que maniobras le hizo a dicha paciente).

En el registro de anestesia, se puede observar que la anestesia -- que le dieron fué de Penthotal Sódico, 1 gramo por vía endovenosa y está apuntado en dicho registro que la paciente falleció a las 11.20 A.M. y también está reportado que cuando hubo el paro Cardíaco y Respiratorio, se le aplicó Cafeína intramuscular y también Adrenalina Intracardiaca.

Al revisar esta historia de la paciente, lo primero que nos damos cuenta, es que la paciente falleció cuando dicha operación ya estaba terminada, pues ya estaban cerrando los planos superficiales y entonces fué que el Anestesta avisó que había Paro Cardíaco y Respiratorio, por lo tanto sacamos en conclusión, que lo que produjo dichos pares fué el Penthotal Sódico por lo cual ese fallecimiento se debió a un Accidente Anestésico.

Esta muerte materna fué catalogada como Prevenible, por el Comité de Mortalidad Materna del Hospital de Maternidad.

En el Caso presente al cual nos estamos refiriendo, encontré en la Autopsia que la paciente tenía un Hígado con Hipertrofia moderada, cuyo peso era de 1.600 gramos; y en el Tórax encontré en los Pulmones, que la paciente padecía de Antracosis, está es una neumoconiosis benigna, clínicamente sin importancia.

Sacando en conclusión tenemos, que la paciente padecía de una Hipertrofia Hepática moderada, y por tanto el Penthotal Sódico está contraindicado, así es que lo conveniente hubiera sido administrarle Anestesia Local.

Segundo Caso: Paciente con 25 años de edad que ingresa al Hospital de Maternidad el 28 de junio de 1956 con diagnóstico de Embarazo de 30 semanas con Insuficiencia Cardíaca congestiva y defermi-

dad Ortopédica del Torax (Xifoesceliosis). Esta paciente hacía -- como quince días que había sentido disnea y no podía hacer ningún esfuerzo. Refiere la paciente en su historia, que su deformidad le apareció a los tres años de edad, a consecuencia de una caída. En su examen Físico, está anotado que hay congestión Pulmonar en ambos campos, Corazón, no se puede precisar su área Cardíaca, hay taquicardias y reforzamiento del II Ruido Pulmonar, abdomen ocupado por Utero gestante como de 28 a 30 semanas de Embarazo, Hígado y Bazo difícil de precisar. Historia Obstétrica, Grávida I, para 0, Premature 0, Aborto 0, Niños Vivos 0, el 29 de junio de 1956 -- fué vista por el Cardiólogo y su impresión fué de Cor Pulmonar Crónico, por su deformidad Toraxica. Pronóstico muy malo. El 10 de Julio del 56 se solicita consulta con el Tisiólogo, para medir su capacidad vital, lo cual es imposible hacerlo: Primero, por la imposibilidad de la enferma de una inspiración profunda que permita distender la bolsa, en cantidad apreciable. Segundo, la escala de capacidad vital está calculada para personas de una estatura mínima de 1.39 cm. y la paciente tenía apenas 110 centímetros. Sin embargo el Tisiologo concluye diciendo, que dicha paciente le parece que tiene una capacidad vital muy baja. El 11 de Julio del 56 Obstetras y Cardiólogos concluyen, que habrá que practicar una Cesa - rea electiva bajo Anestesia Local.

El 21 de Julio de 1956 se hace Cesarea Clásica y esterilización -- quirúrgica por el método Pomeroy. Diagnóstico Preoperatorio es:

- 1c.- Embarazo de 30 semanas,
- 2c.- Deformación Xifoescoliotica
- 3c.- Cardiopatía Anóxica Pulmonar.

La operación es satisfactoria y el niño nace bien, sexo masculino, prematuro. Después de la Cesarea Clásica y esterilización, no se constata en el cuadro respectivo ninguna morbilidad y pasan trece días exactamente sin ninguna temperatura, de allí en adelante la paciente manifiesta temperaturas de 37.5, 38 y 39 grados durante el resto de su hospitalización, por lo cual se consulta con el Internista quien concluye diciendo que hay un Síndrome Infeccioso cuya localización puede estar en las Amígdalas o en el Riñón. Hay otra nota que dice que la cicatriz operatoria, está en buenas condiciones.

La paciente fallece el 3 de Septiembre de 1956 a las 3.45 A.M. --- causa de la muerte: Insuficiencia Respiratoria, Disnea, Cianosis.

En la Autopsia se encontró que había un proceso de Fibrosis muy intenso en los Pulmones.

He expuesto la historia de este segundo caso, para que comprendamos, que esta paciente ingresó al Hospital de Maternidad en muy malas condiciones físicas, por lo cual este fallecimiento no tuvo absolutamente nada que ver con la esterilización quirúrgica, ni con la Cesárea que se le hizo a dicha paciente.

Esta muerte fué catalogada como no Prevenible, por el Comité de Mortalidad Materna del Hospital de Maternidad.

11.-MORBILIDAD.-

En el cuadro siguiente expongo los casos en que hubo o no Morbilidad.

MORBILIDAD	NO. de Casos.	%
No hubo Morbilidad en.....	538	92.76
Hubo Morbilidad en.....	31	5.34
No hay dato en.....	11	1.90
	580	100. %

Cuadro No. 9

Analizado el cuadro anterior, nos damos cuenta que no hubo Morbilidad en la mayoría de los casos.

Se entiende por Morbilidad la temperatura de 38 grados C. que se presenta en cualesquiera de los primeros 10 días después del Parto, con exclusión de las primeras 24 horas; la temperatura se tomará por la boca, de acuerdo con una técnica aprobada, por lo menos cuatro veces al día. Esta es la norma que tiene más aceptación en los Estados Unidos.

12o.- FRACASOS DE ESTERILIZACION.

En la revisión de los 580 casos de Esterilización Quirúrgica, en el Hospital de Maternidad durante los tres años de funcionamiento, no encontré ningún fracaso de esterilización, es decir: que ninguna de las pacientes ha ingresado a dicho centro Hospitalario con un nuevo embarazo.

En otros países, a dichos pacientes se los controla por muchos años y se les manda cuestionarios para que los contesten si han tenido otro embarazo o no, pero aquí entre nosotros, esto es bastante difícil por el bajo nivel cultural de nuestra clase hospitalaria, así es que lo único que podemos hacer en nuestro ambiente, es controlarlos en su nuevo ingreso a nuestro Centro Hospitalario.

En lo que respecta a mi opinión, tengo que decir que en el Hospital de Maternidad se ha trabajado sobre un regular número de casos de Esterilización con la Técnica de Pomeroy, la cual ha dado muy buenos resultados.

13o.- ESTUDIO HISTOPATOLOGICO DE LAS TROMPAS DE FALOPPIO.

El cuadro siguiente nos muestra el estudio Histopatológico de

las Trompas de Falopio.

HISTOPATOLOGIA TROMPAS DE FALOPIO	No. de Casos	%
Histologicamente normales	480	82.76
Salpingitis Sub-aguda	15	2.59
Salpingitis crónica	10	1.72
Salpingitis aguda	3	0.52
No hay dato en	72	12.41
	580	100.0%

Cuadro No. 10

Notamos en dicho cuadro que la mayoría de las Trompas de Falopio, de las pacientes a quienes se le practicó esterilización quirúrgica, eran histológicamente normales.

14c.- PORCENTAJE NUMERO DE PARTOS.

En el período analizado durante tres años de funcionamiento del Hospital de Maternidad, se asistieron 21,889 partos, con una incidencia de Esterilización Quirúrgica de 2.64%, tomando en cuenta que se esterilizaron 580 casos.

15c.- CONCLUSIONES.

En el Hospital de Maternidad hay ciertas indicaciones para la Esterilización Quirúrgica, las cuales fueron aprobadas en la Reunión de Staff del día 2 de Abril de 1957, dichas indicaciones las copio literalmente para que así nos podamos dar cuenta.

INDICACIONES PARA ESTERILIZACION EN EL HOSPITAL DE MATERNIDAD.

APROBADAS EN LA REUNION DEL DIA 2 DE ABRIL DE 1957.-

1c.- MULTIPARIDAD.- 6 partos viables (pese al nacer 500 grs. para arriba).

2c.- MULTIPARIDAD Y VARICES.-

Las varices valorizadas Post-Parto deben ser:

- 1) Vulvaros.
- 2) Trombosadas.
- 3) Ulceraciones varicosas en las piernas.
- 4) No monos de 4 partos a término.

- 3c.- ENFERMEDAD RENO-VASCULAR HIPERTENSIVA.- Previa valorización.
- 4c.- CESAREA REPETIDA.- 3a. Cesárea. Evaluar cada caso.-
Diabetes.- Previa valorización.
- 5c.- CARDIOPATIAS.- Valorizadas en meeting de Cardiología H. Maternidad.
- 6c.- TUBERCULOSIS.- Previa evaluación del caso.-
- 7c.- ASMA Y BRONQUIECTASIA.- Previa valorización del caso consulta especialista.
- 8c.- ANOMALIAS CONGENITAS.- Previa valorización.
- 9c.- ERITROBLASTOSIS.- Historia de niños nacidos muertos o severamente afectados y padre homocigoto.
- 10c.- EPILEPSIA.- Consulta con neurólogo después del primer parto.
- 11c.- POLIOMIELITIS
- 12c.- ESCLEROSIS MULTIPLE
- 13c.- PSICOSIS POST-PARTO.- Previa consulta con neurólogo.
- 14c.- MANIACO DEPRESIVAS.- " " " "
- 15c.- ESQUIZOFRENIA.- " " " "
- 16c.- IMBECILES.- " " " "
- 17c.- URGENCIA SEXUAL Y PROMISCUIDAD SEXUAL EN MANIATICOS con diferentes padres. Previa consulta con neurólogo.
- 18c.- CRIMINALES DEGENERADOS.- Previa consulta con neurólogo.
- 19c.- DISTROFIA MUSCULAR.- " " " "
- 20c.- COREA " " " "
- 21c.- TUMORES CEREBRALES " " " "
- 22c.- BOCIO TOXICO.- Previa consulta y valorización del caso.
- 23c.- LEUCEMIA.
- 24c.- HEMOPILIA

- 25o.- NEUROFIBROMATOSIS.- Previa valorización del caso.
- 26o.- CANCER DEL SENO.
- 27o.- SORDERA.- Hereditaria en el 10% al 30%. Sordomudas (consultar especialista)
- 28o.- CEGUERA.- 10% hereditaria. Atrofia óptica, catarata congénita, glaucoma, retinitis pigmentosa; degeneración macular bilateral de la retina.

ooo000ooo

Como nos podemos dar cuenta, la Esterilización Quirúrgica por mul-
tiparidad, se practicó en los primeros años de funcionamiento del
Hospital de Maternidad a los ocho partos viables, pero según una
nueva disposición tomada el 2 de Abril de 1957 se acordó practi-
car dicha intervención a los 6 partos viables.

La frecuencia máxima de esterilización quirúrgica, se practicó por
multiparidad, con lo cual se evitó el índice bastante elevado de -
mortalidad materna y fetal al octavo parto.

En los 580 casos que revisé sobre esterilización quirúrgica, cons-
taté que no solamente se ha practicado dicha intervención en Mul-
típaras, sino que en otras enfermedades en que se hace necesaria
como son: T.B. Pulmonar, Cardiopatías, Hipertensión Arterial, E-
pilepsia, etc.

La Técnica Quirúrgica que más se empleó fué la de Pomeroy, la cual
ha sido eficaz y segura.

En el caso de Mortalidad materna la responsabilidad fué del Anes-
tesista, porque la paciente tenía una Hipertrofia Hepática y el -
Penthotal Sódico está contraindicado.

Ahora refiriendonos a la Esterilización Quirúrgica, tenemos que -
siempre debe hacerse por una causa justificada. La ausencia de -
clínicas de control de Natalidad en nuestro medio, hacen necesa -

rio la esterilización quirúrgica, aunque dicha Clínicas ya han sido sugeridas por miembros del Staff del Hospital de Maternidad. En otros países más adelantados, ya existen Clínicas llamadas de Birth Control en las cuales se enseñan métodos anticonceptivos -- científicos, dicho personal Médico es muy capacitado y de muy buena solvencia moral.

También debemos tener presente que la Esterilización tiene grandes adversarios, entre ellos la Iglesia Católica, la cual condena todo método de Esterilización y lo único que acepta, es la continencia ya sea parcial o total, la cual a mi modo de pensar, es imposible llevarlas a cabo por un tiempo más o menos largo.

Como podemos darnos cuenta, la Esterilización no está completamente aceptada en todo el mundo, pues hay ideas en pro y en contra, así es que, esperamos, que se haga un estudio de este problema de una manera comprensiva y amplia, para beneficio de la colectividad.

16o.- RECOMENDACIONES.-

1o.- No hemos tenido ningún fracaso de esterilización, pero es necesario que transcurra más tiempo para poder controlar mejor a las pacientes intervenidas.

2o.- Hay que restringir el uso de Antibióticos, pues no son necesarios, según la revisión que hice de los casos de esterilización quirúrgica.

3o.- Emplear solamente Anestesia Local, a menos que se cuente con Anestesiista competente o el caso amerite anestesia general

4o.- Se deben tomar medidas para regularizar la esterilización qui
rúrgica en las Clínicas Privadas.

5o) La Sociedad de Ginecología y Obstetricia filial del Colegio -
Médico, podría establecer requisitos indispensables para evitar -
el abuso.

oooooooo00000oooooooo

B I B L I O G R A F I A

- 1) Eastman Nicholson J. Obstetricia de Williams. Año 1953 Segunda Edición en Español. Pág. 1087.
- 2) Delee Joseph B. y Greenhill J.F.- Principios y Prácticas de Obstetricia. Año 1945. 8a. Edición en español. Pág. 1317.
- 3) Muñozerro Dr. Luis Alonso.- Código de Deontología Médica.- Edición Pax. Madrid 1956. 4a. Edición. Págs. 112-114.
- 4) Guethnoere Raoul.- Limitación de la Natalidad.
- 5) López Cesar Emilio.- Obstetricia Social. Año 1957.- 1a. Edición español. Págs. 425-427-482.
- 6) British Obstetric and Gynecological Practice.- Sir Eardley Holland. Año 1955. 1a. Edición. Pág. 359.
- 7) The Management Of Obstetric Difficulties.- Paul Titus & J. Robert Willson.- Año 1955.- 5a. Edición.- Pág. 474.
- 8) Te Linde Richard W. Ginecología Operatoria.- Año 1948.- Págs. 534 a 538.
- 9) Alfred C. Beck M.D. Práctica de Obstetricia. Año 1947.- 4a. Edición en Español.- Pág. 751 - 801.