

081364

Ep: 4

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

T  
613.942  
M385e  
1967  
F. Med

FACULTAD DE MEDICINA

# ESTERILIZACION QUIRURGICA EN EL HOSPITAL DE MATERNIDAD DE SAN SALVADOR

(ESTUDIO DE 2879 OPERACIONES REALIZADAS EN EL HOSPITAL  
DE MATERNIDAD EN UN PERIODO DE 10 AÑOS)

TESIS DOCTORAL

PRESENTADA POR

JOSE ANTONIO MARTINEZ SANDOVAL

PREVIA OPCION AL TITULO DE DOCTOR EN MEDICINA

★

FEBRERO DE 1967



SAN SALVADOR - EL SALVADOR - CENTRO AMERICA

~~378.7284~~  
~~UES-T.M.~~  
~~M 0850~~  
~~1967~~

~~ES-5-14197~~

U N I V E R S I D A D D E E L S A L V A D O R

RECTOR:

Dr. RAFAEL ANTONIO VASQUEZ

SECRETARIO GENERAL:

Dr. MARIO FLORES MACAL

F A C U L T A D D E M E D I C I N A

DECANO:

Dr. JUAN JOSE FERNANDEZ

SECRETARIO:

Dr. ENRIQUE MUYSHONDT.



*JURADOS QUE PRACTICARON LOS EXAMENES  
PRIVADOS DE DOCTORAMIENTO*

*I. CLINICA QUIRURGICA:*

*Dr. CARLOS GONZALEZ BONILLA*

*Dr. NASIF JUAN HASBUN*

*Dr. GUILLERMO RODRIGUEZ PACAS*

*II. CLINICA MEDICA:*

*Dr. LUIS EDMUNDO VASQUEZ*

*Dra. ADELA CABEZAS DE ALLWOOD*

*Dr. FERNANDO VILLALOBOS*

*III. CLINICA OBSTETRICA:*

*Dr. JORGE BUSTAMANTE*

*Dr. JOSE ISAIAS MAYEN*

*Dr. ANGEL QUAN*

*D O C T O R A M I E N T O P U B L I C O*

*PRESIDENTE*

*Dr. JORGE BUSTAMANTE*

*PRIMER VOCAL*

*Dr. RAMON LUCIO FERNANDEZ*

*SEGUNDO VOCAL*

*Dr. ANGEL QUAN*

D E D I C A T O R I A

A LA MEMORIA DE MI ABUELITA:

*Angela Martínez (Q.D.D.G)*

POR SU GRAN ABNEGACION, CON RECONOCIMIENTO  
ETERNO.

A MIS PADRES:

*Manuel Martínez Cantoral*

*Mercedes Sandoval*

A MI ESPOSA:

*Gloria Luz Bendeck de Martínez*

A MIS TIOS:

*Alberto Cantoral*

*Manuel Inés Aguilar y Sra.*

A MI HERMANO:

*Carlos Manuel Martínez Sandoval, Sra.e hijos*

A MIS PROFESORES,

COMPAÑEROS Y AMIGOS

*AGRADECIMIENTO ESPECIAL*

*AL Dr. JORGE BUSTAMANTE*

PLAN DE TRABAJO

	<i>PAG.</i>
<i>INTRODUCCION</i>	
<i>I. GENERALIDADES -----</i>	<i>4</i>
<i>A. Historia de la esterilización</i>	
<i>B. Tipos de esterilización</i>	
<i>C. Definiciones</i>	
<i>D. Métodos de control de la natalidad</i>	
<i>II. MATERIAL Y METODOS - - - - -</i>	<i>10</i>
<i>III. DISCUSION DE LOS DATOS - - - - -</i>	<i>11</i>
<i>IV. LA ESTERILIZACION QUIRURGICA COMO METODO PARA     CONTROLAR EL AUMENTO DE LA POBLACION. - - - -</i>	<i>55</i>
<i>V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES - - - - -</i>	<i>59</i>
<i>VI. BIBLIOGRAFIA</i>	

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

*El presente trabajo es el estudio de un procedimiento quirúrgico ampliamente realizado en la mujer, que consiste en interrumpir la continuidad de la luz de las trompas de FALOPPIO, con el propósito de evitar la concepción.*

*La esterilización quirúrgica ha sido tema de grandes controversias tanto en los círculos médicos como en los sociales y religiosos. Durante mucho tiempo se ha considerado como método primario de gran valor para evitar la concepción en aquellas mujeres en quienes un nuevo embarazo pondría en peligro la vida de las mismas. Aunque con los avances de la medicina moderna, esos problemas pueden ser manejados con un margen de seguridad mayor que hace algunos años; como siempre sucede, a veces se ha abusado de dicho procedimiento.*

*Debe tenerse en cuenta que este es un método que produce esterilidad casi permanente, o sea que es un procedimiento prácticamente de tipo irreversible; por lo tanto debe de reservarse, en lo que se pueda, para mujeres que han llegado o pasado de los 30 años de edad y en quienes haya una razón médica para hacerlo.*

*Así, pues, el objeto del presente trabajo, es dar a conocer al gremio médico, la gran cantidad de estas operaciones que se vienen efectuando en el Hospital de Maternidad de San Salvador, desde hace varios años; las causas y las condiciones que llevaron a practicar el procedimiento.*

*En general, se dice que hay dos razones para que una madre solicite la esterilización:*



1a. Razón: Para proteger su salud del efecto peligroso de una nueva gestación.

2a. Razón: Para evitar la concepción de un hijo no deseado.

Desde hace muchos años, ha sido la primera razón, la que, ha motivado la mayoría de las operaciones. Sin embargo, en los últimos tiempos, con motivo del encarceamiento de la vida y el consiguiente aumento de los problemas económicos familiares, la segunda razón ha cobrado enorme auge. Por lo tanto, en muchos países, se practican año tras año, mas esterilizaciones por razones socio-económicas que por causas puramente médicas.

La esterilización para satisfacer el deseo de la paciente, ha sido aceptada por la profesión médica únicamente cuando se llenan los requisitos específicos de EDAD Y SOBRE TODO MULTIPARIDAD, que se consideran indicaciones médicas. A pesar de esto, en la consulta privada se esterilizan personas que no reúnen estos requisitos en forma completa.

Mientras en nuestro Hospital de Maternidad sólo se esteriliza después de llenar una serie de requisitos y reglamentos, en la práctica privada, se realiza en forma liberal a las pacientes que pagan el valor de la operación.

En esta situación, es únicamente la honestidad y la conciencia del médico, las que evitan que se efectúen operaciones no justificadas.

No hay en El Salvador una ley Constitucional ni un reglamento de la Junta de Vigilancia de la Profesión Médica, ni del Ministerio de Salud Pública, que rijan las condiciones que se deben de seguir

*para esterilizar a una mujer.*

*La mayor parte de estas esterilizaciones privadas tienen como causa principal, factores económicos y son las pacientes quienes -- buscan al médico para que éste suspenda definitivamente la fertilidad.*

*San Salvador, Febrero de 1. 967*

I.- G E N E R A L I D A D E S.

Como preámbulo al desarrollo del tema que nos ocupa, considero conveniente, exponer cuatro aspectos generales inherentes a la esterilización.

Me propongo con esto, dar a conocer datos sobre la historia de la esterilización, sus orígenes y su proceso evolutivo. Así mismo, mencionar los diferentes tipos de esterilización y dar algunas definiciones, ya sabidas por todos, pero que servirán para ilustrar el tema. Por último, enumeraré los diversos métodos de control de la natalidad, para indicar el lugar que ocupa el método que ahora estudiamos.

A. Historia de la esterilización.

La esterilización de la mujer, ha sido de interés para la profesión médica, desde que fué primeramente mencionada por Hipócrates, -- como un medio de eliminar la perpetuación hereditaria de los enfermos mentales. Fue originalmente usada, para proteger la vida o la salud de la mujer, cuando ésta era amenazada por el embarazo.

Tietze (1) afirma que fue el Doctor James Blundell de Londres, -- el que primero propuso el procedimiento en l. 823, para evitar la necesidad de cesárea repetida o destrucción del niño, en casos de severa estrechez pélvica, y quien publicó en l. 834, un libro en el cual, aconsejaba la resección total de las trompas, puesto que la división simple podía fallar algunas veces. Froriep en l. 850 (2), sugirió la creación de una estrechez provocada por sustancias químicas en los -- angulos uterinos superiores para prevenir el embarazo. Este hecho, -- fue el precursor, de que en el futuro se aconsejara la ligadura de -- las trompas.

A fines del siglo XIX se desarrollaron técnicas efectivas, cuando se contó con los beneficios de la asepsia y los adelantos en anestesia.

Así, Madlener (3) en l. 919, describió un método que se puso en práctica a partir de l. 930 en los hospitales universitarios de los Estados Unidos, debido a su sencillez y a los excelentes resultados.

Posteriormente Pomeroy (3), en l. 933, introdujo un método con resultados excepcionales

Von Graef (3), en l. 938, revisó 4.279 esterilizaciones con la técnica de Madlener y encontró 19 fallas. Dippel (3), en l. 940, --

estudió 5 fallas de la técnica de Madlener y demostró dos casos de endosalpingiosis.

Lazard (3), en 1. 940, afirmó que la histerectomía era el método más seguro, puesto que los métodos de ligadura podían dar alta frecuencia de embarazo ectópico, fracasos y complicaciones, tales como infección, embolismo pulmonar y adherencias intestinales.

En 1. 946, Knight (4), comparó los métodos de Pomeroy y Madlener y encontró 0.31 por ciento de fallas en la primera y 0.6 en la segunda.

A principios del Siglo XX, en los Estados Unidos, se usó el método con propósitos eugenésicos. En 1. 901, se establecieron leyes para regular este tipo de esterilización y algunas de estas leyes declararon esta acción como inconstitucional. A pesar de esto, hasta 1. 961, 6.300 personas habían sido esterilizadas bajo las leyes eugenésicas.

Cabe mencionar, que en los últimos años se ha popularizado mucho la esterilización voluntaria, como un método para limitar la familia, sobre todo en países con crecimiento incontrolado de la población.

Con respecto a la historia de la esterilización en El Salvador, me ha sido completamente imposible obtener un solo dato en la bibliografía revisada.

#### B. Tipos de Esterilización.

Desde el punto de vista médico-legal, el Lic. Ralph Campbell (5) considera los siguientes tipos de esterilización:

- 1) Punitiva
- 2) Eugenésica
- 3) Terapéutica
- 4) "Anticonceptiva" o Permisiva.

Esterilización Punitiva: Es la que se efectúa a criminales en forma forzada. Se aplica a quienes cometen delitos repetidos. En Estados Unidos está prohibida su práctica casi totalmente.

Esterilización Eugenésica: Se aplica a personas que sufren de taras que pueden ser heredadas a sus descendientes.

Esterilización terapéutica: Se verifica cuando hay indicación médica, es decir, cuando la mujer sufre un padecimiento que la pondría en peligro, si volviera a salir embarazada.

Esterilización "Anticonceptiva": Llamada también no médica o permisiva. El objeto de este tipo de esterilización, está encaminado a darle solución a problemas socioeconómicos, suscitados en el seno de un grupo familiar o de una población.

Es preciso mencionar que la esterilización mas discutida es la permisiva, puesto que muchas personas aun no justifican que se impida totalmente la concepción, solamente por factores socioeconómicos. Pero en las épocas actuales, con motivo de la alarmante explosión demográfica, en algunos países se efectúa de acuerdo a reglamentos bastante flexibles.

Con respecto a la esterilización de tipo terapéutico, hay escepticos que dudan acerca de si la indicación médica es efectivamente real o es sólo un medio para aplicar una medida de control del -

cumento de la población.

C. Definiciones.

A continuación se exponen algunos conceptos relacionados con el tema.

Concepción: Se llama así a la unión de los elementos masculino y femenino; es decir, la unión del espermatozoide con el óvulo, situación de la cual se originará un nuevo ser.

Anticoncepción: Se denomina así a la acción de evitar la unión de los elementos masculino y femenino.

Anticonceptivo: Se le da este nombre a un agente (químico, mecánico u hormonal), o práctica que impide la concepción.

Nullípara: Se llama así a la mujer que no ha parido un solo hijo.

Primípara: Se llama así a la mujer que ha parido un hijo.

Múltipara: Se denomina así a la mujer que ha parido dos o más hijos.

Gran múltipara: Con respecto a este punto no hay un acuerdo total, pero generalmente se considera que son las mujeres que dan a luz a 6 ó más hijos.

D. Métodos de control de la natalidad.

Para fines prácticos suele dividirse los métodos anticonceptivos en REVERSIBLES E IRREVERSIBLES. Métodos Reversibles son aquellos que pueden permitir un nuevo embarazo al discontinuarse o suprimirse el agente. También se llama métodos transitorios.

Métodos irreversibles, son aquellos, que por lo general, no permiten un nuevo embarazo. Estos se llaman también métodos definitivos.

Entre los primeros se cuentan: anticonceptivos orales o sus sustancias que impiden la ovulación, anticonceptivo intrauterino (C.I.U.) diafragma vaginal o capuchón cervical, condón, espumas vaginales por aerosol, cremas y jaleas, tabletas espumantes, supositorios, coito interrumpido, ritmo o Método de Ogino Knous (período de seguridad), amantamiento, duchas vaginales con sustancias químicas agregadas y método de los reflejos condicionados de Pavlov.

Entre los segundos se encuentra la esterilización provocada por métodos quirúrgicos o radiológicos. La radiación ovárica y la extirpación quirúrgica de los ovarios son raramente usados con fines anticonceptivos pues tienen la desventaja de provocar menopausia artificial. La ligadura tubaria es el método quirúrgico más ampliamente empleado, puesto que no provoca ninguna alteración en la función hormonal de la mujer.

Otros métodos quirúrgicos son la histerectomía y la coagulación transuterina de las trompas. El primero de estos métodos es usado con cierta frecuencia con propósitos de esterilización en pacientes que -- han tenido cesáreas repetidas; una vez éstas han completado su número de hijos. En nuestro hospital este método se usa no solo con fines de evitar la procreación, sino también como medida para prevenir el cáncer uterino en casos seleccionados.

La coagulación transuterina de los cuernos del útero, método -- ideado por Frierip (3) en 1. 834 y popularizado en 1. 934 por Hycms -- (8) no ha alcanzado la simpatía suficiente por ser un método inseguro y peligroso.



## II. MATERIAL Y METODOS

El presente estudio está basado, en la revisión de 2.879 esterilizaciones quirúrgicas, verificadas en el Hospital de Maternidad de San Salvador en un período de 10 años, comprendidos desde el 1o. de Enero de 1. 956 al 31 de Diciembre de 1. 965, inclusive.

Los expedientes fueron revisados de acuerdo a los siguientes objetivos:

- I. Incidencia por años.
- II. Distribución por grupos etarios.
- III. Indicación.
- IV. Técnica quirúrgica.
- V. Anestesia.
- VI. Paridad.
- VII. Hijos vivos al momento de realizar la operación.
- VIII. Abortos previos a la esterilización.
- IX. Tiempo transcurrido entre el parto y la esterilización
- X. Días de hospitalización.
- XI. Complicaciones.
- XII. Mortalidad.
- XIII. Fraccosos del procedimiento.
- XIV. Cirugía ginecológica previa a la esterilización.
- XV. Motivo de consulta de pacientes controladas después de la operación.

III. DISCUSION DE LOS DATOS

I.- Incidencia por años.

C U A D R O 1

COMPARACION ENTRE EL NUMERO DE PARTOS Y EL DE  
ABORTOS  
HOSPITAL DE MATERNIDAD, 1. 956 a 1. 965

AÑO	PARTOS	ABORTOS	RAZON ABORTO PARTO	ESTERILIZAC.	RAZON Est. PARTOS
1. 956	7.377	1.902	1:4	227	1:32
1. 957	8.966	2.120	1:4	267	1:34
1. 958	9.794	2.384	1:4	255	1:39
1. 959	10.416	2.447	1:4	303	1:34
1. 960	11.279	2.561	1:4	265	1:43
1. 961	11.947	2.644	1:5	277	1:49
1. 962	12.529	2.599	1:5	361	1:39
1. 963	13.578	2.920	1:5	369	1:37
1. 964	13.576	3.185	1:4	351	1:39
1. 965	13.823	2.952	1:5	204	1:68
TOTAL	113.285	25.714		2.879	1:39

Como bien puede apreciarse en el cuadro 1, la esterilización quirúrgica ha sido y es un procedimiento que se ha realizado con mucha frecuencia en nuestro Hospital de Maternidad.

El 2.5 por ciento de las pacientes que dieron a luz en ese período de 10 años fueron esterilizadas, o sea que una de cada 39 mujeres, recibió el beneficio del procedimiento.

Este dato es una cifra relativamente baja, comparada con la de otros países, tales como Hawaii (7), en donde alcanzó la cifra de 5.7 por ciento en el año 1. 944. En la India en un período de 12 años se encontró el 7.7 por ciento. Este porcentaje osciló desde el 0.65 por ciento en 1. 944 al 16.7 en 1. 954.

Es notable también en nuestros hallazgos, la disminución de las esterilizaciones en forma relativa y directa en el año de 1. 965. Así tenemos, que en 1. 956 se atendieron 7.377 partos y se practicaron 227 esterilizaciones, lo cual dió una relación esterilización / parto de 1:32. En cambio en 1. 965 se atendieron 13.823 partos y solamente se hicieron 204 esterilizaciones. La relación esterilización / parto fué de 1:68. Este fenómeno podría explicarse por el establecimiento de programas basados en el uso de métodos anticonceptivos de tipo reversible, iniciado a partir de ese año por la Asociación Demográfica de El Salvador.

Los abortos tratados en el Hospital, de los cuales la mayoría son provocados por las pacientes, también aumentaron año con año, aunque no se notó una modificación importante en 1. 965. Es evidente lo constante que se mantuvo el número de abortos con respecto a los partos atendidos, pues la razón abortos / partos siempre fue de un aborto por cada 4 ó 5 partos.

II. Distribución por grupos etarios.

C U A D R O 2

DISTRIBUCION DE PACIENTES ESTERILIZADAS POR GRUPOS ETARIOS  
HOSPITAL DE MATERNIDAD, 1. 956 - 1. 965

EDAD	PACIENTES ESTERILIZADAS	PORCENTAJE
Menores de 15 años	1	0.03
15 - 19 años	25	0.9
20 - 24 años	205	7.1
25 - 29 años	502	17.4
30 - 34 años	1.263	43.9
35 - 39 años	703	24.4
40 - 44 años	175	6.1
45 y más	5	0.2
T O T A L	2.879	100.0

El cuadro 2 nos muestra, que las intervenciones ocurrieron en mujeres de edades muy diversas. La más joven de ellas, era una paciente de 14 años, que adolecía de deficiencia mental y las de mayor edad fueron 2 pacientes de 48 años, que se esterilizaron por -- multiparidad después de una cesárea por una indicación obstétrica. La mayor frecuencia fue en el grupo de 30 a 34 años de edad.

El 69.3 por ciento se esterilizaron antes de los 35 años de -- edad. La mayor parte de las pacientes comprendidas entre los 15 y --

29 años de edad fueron operadas por diversas causas, tales como: epilepsia, deficiencia mental, cesáreas anteriores, várices, cardiopatías o psicosis.

### III. Indicaciones.

Antes de exponer mis datos, creo conveniente, citar los Reglamentos e indicaciones de Esterilización Quirúrgica de nuestro Hospital de Maternidad, los cuales fueron elaborados y aprobados el dos de Abril de 1. 957; revisados y nuevamente aprobados el 7 de Marzo de 1. 960 por el Consejo Consultivo de Médicos del mismo Hospital.

Indicaciones y requisitos de Esterilización Quirúrgica en el Hospital de Maternidad. Revisadas el 7 de Marzo de 1. 960.

- 1o. MULTIPARIDAD. Cinco partos viables (Peso al nacer 1.000 grms. para arriba)
- 2o. EDAD. Treinta años.
- 3o. MULTIPARIDAD Y VARICES  
Las varices valorizadas Post-Parto deben ser:
  - 1) Vulvares
  - 2) Trombosadas
  - 3) Ulceraciones varicosas en las piernas
  - 4) No menos de 4 partos a término.
- 4o. ENFERMEDAD RENO-VASCULAR HIPERTENSIVA. Previa valorización.
- 5o. CESÁREA REPETIDA. Tercera Cesárea. Evaluar cada caso.
- 6o. DIABETES. Previa valorización.
- 7o. CARDIOPATIAS. Valorizadas en conferencia de Cardiología. Hospital de Maternidad.
- 8o. TUBERCULOSIS. Previa evaluación del caso.

- 9o. *ASMA Y BRONQUIECTASIA. Previa valorización del caso.*
- 10o. *ANOMALIAS CONGENITAS. Previa valorización.*
- 11o. *ERITROBLASTOSIS FETAL. Historia de niños muertos o severamente afectados y padre homocigoto.*
- 12o. *EPILEPSIA. Consulta con neurólogo después del 1er. parto.*
- 13o. *POLIOMIELITIS.*
- 14o. *ESCLEROSIS MULTIPLE.*
- 15o. *PSICOSIS POST PARTO. Previa consulta con neurólogo.*
- 16o. *MANIACO-DEPRESIVAS. Previa consulta con neurólogo.*
- 17o. *ESQUIZOFRENIA. Previa consulta con neurólogo.*
- 18o. *IMBECILES. Congénita y deficiencia mental, consulta con neurólogo.*
- 19o. *URGENCIA SEXUAL Y PROMISCUIDAD SEXUAL EN MANIACOS. Con diferentes padres. Previa consulta con neurólogo.*
- 20o. *CRIMINALES DEGENERADOS. Previa consulta con neurólogo.*
- 21o. *DISTROFIA MUSCULAR. Previa consulta con neurólogo.*
- 22o. *COREA. Previa consulta con neurólogo.*
- 23o. *TUMORES CEREBRALES. Previa consulta con neurólogo.*
- 24o. *BOCIO TOXICO. Previa consulta y valorización del caso.*
- 25o. *LEUCEMIA.*
- 26o. *HEMOFILIA.*
- 27o. *NEUROFIBROMATOSIS. Previa valorización del caso.*
- 28o. *CANCER DEL SENO.*
- 29o. *SORDERA. Hereditaria en el 10 al 30 por ciento. Sordomudas. --  
Consulta especialista.*

300. *CEGUERA.* 10 por ciento hereditaria. *Atrofia optica; Catarata congenita, Glaucoma, Retinitis Pigmentosa, Degeneración macular bilateral de la retina.*

*Los requisitos que el hospital exige a toda paciente que solicita esterilización son:*

- 1) Firma de la paciente*
- 2) Firma del esposo*
- 3) Firma del Médico Jefe del Servicio*
- 4) Firma de un Médico Agregado del Servicio*
- 5) Firma del Médico Director del Hospital*
- 6) Partidas de nacimiento de los demás hijos*
- 7) Sangre para la intervención*
- 8) Exámenes complementarios (sangre, orina, serología)*

A continuación transcribo la Hoja que autoriza la Esterilización Quirúrgica:

---

HOSPITAL DE MATERNIDAD

Los Médicos del Hospital de Maternidad, vista la solicitud presentada por la paciente \_\_\_\_\_ y debidamente autorizada por su marido, han decidido que el caso amerita esterilización por las razones siguientes: \_\_\_\_\_

---

---

FIRMADO:

PACIENTE

MARIDO

DOCTOR

DOCTOR

DIRECTOR MEDICO

San Salvador \_\_\_\_\_ de 196\_

Nombre	Apellido	No.de Registro
Servicio	Cuarto	Cama

PERMISO PARA LA ESTERILIZACION

---



C U A D R O 3

DISTRIBUCION DE PACIENTES ESTERILIZADAS SEGUN MOTIVO  
DE ESTERILIZACION- HOSPITAL DE MATERNIDAD 1.956-1.965

INDICACIONES	No. DE PACIENTES	PORCENTAJE
<i>Multiparidad</i>	2.084	72.41
<i>Cesárea anterior</i>	372	12.95
<i>Multiparidad y varices</i>	172	6.00
<i>Enf. Reno-vascular Hipert.</i>	72	2.50
<i>TB Pulmonar</i>	38	1.32
<i>Cardiopatias</i>	35	1.21
<i>Epilepsia</i>	34	1.18
<i>Psicosis</i>	19	0.66
<i>Retraso mental</i>	19	0.66
<i>Carcinoma del cervix</i>	10	0.35
<i>Ceguera</i>	3	0.10
<i>Bronquitis crónica</i>	2	0.06
<i>Madres con hijos hemofilicos</i>	2	0.06
<i>Catarata congenita</i>	2	0.06
<i>Sordomudez</i>	1	0.03
<i>Sordera</i>	1	0.03
<i>Uveitis granulosa bilateral</i>	1	0.03
<i>Xifoescoliosis</i>	1	0.03
<i>Parkinsonismo</i>	1	0.03
<i>Eritroblastosis</i>	1	0.03
<i>Linfangitis crónica pierna izq.</i>	1	0.03
<i>Hidronefrosis</i>	1	0.03
<i>Dehiscencia de cesárea clásica</i>	1	0.03
<i>Diabetes</i>	1	0.03
<i>Ca. del Cervix más TB pulmonar</i>	1	0.03
<i>Tromboflebitis puerperal</i>	1	0.03
<i>Síndrome de compresión Med.</i>	1	0.03
<i>No especificada</i>	1	0.03
<b>T O T A L</b>	<b>2.879</b>	<b>100.0</b>

Como puede apreciarse en el cuadro 3, las indicaciones de tipo obstétrico para esterilización, ocupan los primeros lugares. La mul-  
tiparidad, la cesárea interativa y las varices, se consideran indi-  
caciones obstétricas, ya que es el embarazo el que determina cada -  
una de dichas entidades. A la multiparidad le correspondió el 72.41  
por ciento de los casos. Le siguieron en su orden, la cesárea pre-  
via con el mínimo porcentaje, relativamente, de 12,95 por ciento; -  
las varicosidades con el 6 por ciento y la enfermedad renovascular  
hipertensiva con el 2.5 por ciento.

La gran multiparidad es indicación médica y socio económica.  
Esta entidad expone a la paciente a grave riesgo. Según Eastman(12)  
la morbilidad y mortalidad son más elevadas para la primípara que -  
para las pacientes que tienen su segundo, tercero y cuarto parto. -  
A partir del cuarto hijo, las complicaciones aumentan progresivamen-  
te con cada embarazo y se iguala al riesgo de la primípara en el --  
sexto y séptimo embarazo y la aumentan de ahí en adelante, puesto -  
que se hacen, entonces más frecuentes la presentación anormal, hemo-  
rragia post-partum, placenta previa, ruptura uterina e hipertensión.

Con respecto a la cesárea previa, la mayor parte de las pacien-  
tes se operaron con la 3a. cesárea. Hubo 4 pacientes que se esteri-  
lizaron con la 4a. cesárea. Dos pacientes contaban solo con dos ce-  
sáreas; una de ellas quedó con 2 hijos vivos y tenía 30 años de --  
edad; la otra fue esterilizada durante la cura de una hernia inci-  
sional, en un período muy posterior al parto y puerperio. A seis pa-  
cientes se les esterilizó después de microcesárea y vaciamiento ute-  
rino. Dos de ellas adolecían de Nefritis crónica; una adolecía de -

mola, por lo cual sangraba excesivamente; contaba con 34 años de edad y tenía 4 hijos vivos; dos pacientes adolecían de Cardiopatía - Gdo. IV por estenosis mitral; y la última había sido operada recientemente por Cáncer de la mama.

Hubo otro grupo numeroso de pacientes, que fueron esterilizadas solo con una o dos cesáreas; pero en éstas, la verdadera indicación no fue la cesárea repetida, por lo que se les consignó en su grupo correspondiente (multiparidad, hipertensión, Cáncer del cervix, etc.)

Las indicaciones médicas, tales como Tuberculosis pulmonar, -- cardiopatías y enfermedad reno-vascular hipertensiva, ocuparon los lugares siguientes.

Las indicaciones neuro-psiquiátricas como epilepsia, psicosis y retraso mental, ocuparon también un lugar preponderante en el orden de indicación.

Se esterilizó a 10 pacientes con Cáncer del cuello (0.35 por ciento), intervención que se practicó durante una cesárea.

IV. Técnica quirúrgica.

Antes de exponer los resultados, explicaré cada una de las diferentes técnicas usadas.

La mejor época para verificar la esterilización puerperal es, durante las primeras 48 horas del período postparto. Overstreet -- (8), dice que después de este período, el edema progresivo de las trompas provoca dificultades en la técnica y aumenta la frecuencia de hemorragias operatorias, infecciones y fracasos. Este edema cede al 8o. ó 10o. día del puerperio, pero entonces la involución uterina dificulta aún más la técnica.

La ligadura tubaria no puerperal, puede verificarse en cualquier momento, pero debe evitarse los días anteriores, durante y posteriores a la menstruación. La vía de acceso puede ser abdominal o vaginal.

Técnicas.

Técnica de Pomeroy Clásica. Se toma un asa de la trompa en su parte media con una pinza de Babcock, se liga con ligadura absorbible y se corta dicha asa con tijeras o bisturí, distalmente a la ligadura.

Técnica de Pomeroy Modificada: Sigue los pasos anteriores, pero en lugar de ligar el asa de trompa con material absorbible, lo hace con material inabsorbible (seda ó algodón No. cero ó uno).

Técnica de Madlener. Con una pinza de Babcock o de Allis se toma un asa de la trompa en su parte media y se aplasta con una pinza de Kocher. Luego se liga con material inabsorbible; no se corta el asa.

Una modificación de esta técnica consiste en cortar la trompa.

Técnica de Irvina. Se corta la trompa en su parte media y se ligan ambos extremos con catgut cero ó 2 ceros. Al cabo proximal se le pone doble ligadura. Se despega el cabo proximal de su mesosalpinx. Se hace una incisión en la pared anterior del utero. Con una pinza de Rochester, se hace un tunel en el miometrio dirigido hacia la línea media. La doble sutura colocada en el extremo del cabo proximal, se pasa a lo largo del túnel y se saca hacia la línea media de la pared uterina anterior. Se tracciona, y el extremo del cabo proximal se introduce en el tunel y se anudan ambos hilos de la doble ligadura. La boca del tunel, se cierra poniendo un punto en X ó en 8; se debe tener el cuidado en este último paso, de que la sutura no quede comprimiendo la parte externa de la trompa, pues produciría necrosis por compresión. El extremo distal se deja libre en la pelvis. Una modificación consiste en introducir el extremo de este cabo entre las dos hojas del ligamento ancho.

Salpingectomia total bilateral: Consiste en reseca totalmente la trompa. Este procedimiento ha sido abandonado porque trastorna el riego sanguíneo del ovario, el cual tiene irrigación común con la trompa.

Técnica de Cooke: Se corta la trompa en su parte media y se despega el cabo proximal de su mesosalpinx. El extremo de dicho cabo se introduce a través del ligamento redondo, entre las dos hojas del ligamento ancho y se fija con material absorbible. El extremo distal se deja libre en la pelvis. La incisión del ligamento redondo

se cierra con crómico.

Técnica de Uchida: Es un método muy seguro. Consiste en levantar la capa serosa de la trompa inyectando suero salino con adrenalina debajo de dicha capa, lo cual produce espasmo vascular local y demuestra perfectamente las áreas avasculares de la serosa. Se corta la serosa en esta zona avascular y se libera de la capa muscular de la trompa. Se extrae la porción de trompa desnuda y se corta. El cabo proximal se despega y se le cortan unos 5 cms. con el objeto de acortarlo. Se liga con material absorbible y se deja debajo de la serosa; se suturan los labios de la incisión de dicha serosa, haciendo una bolsa de tabaco y anudando alrededor del cabo del muñón distal de la trompa.

Técnica de Aldridge: Se usa para producir esterilización temporal y consiste en introducir el extremo fimbriado de la trompa, entre las dos hojas del ligamento ancho. Para devolver la capacidad de procrear a la mujer, basta con hacer una nueva operación y liberar la fimbria.

C U I D R O 4

FRECUENCIA DE TECNICAS EMPLEADAS EN LA ESTERILIZACION  
HOSPITAL DE MATERNIDAD - 1. 956 - 1. 965

TECNICA	No. DE PACIENTES	PORCENTAJE
<i>Pomeroy Modificada</i>	2.331	80.96
<i>Pomeroy Clásica</i>	340	11.85
<i>Pomeroy Madlener</i>	74	2.58
<i>Irving</i>	30	1.44
<i>Irving modificada</i>	20	0.69
<i>Salpingectomía total bilateral</i>	13	0.45
<i>Madlener</i>	9	0.31
<i>Madlener modificada</i>	4	0.13
<i>Cooke</i>	2	0.06
<i>Uchida</i>	2	0.06
<i>Madlener y Pomeroy clásica comb.</i>	1	0.03
<i>Irving y Pomeroy clásicas combinadas</i>	1	0.03
<i>No especificada</i>	52	1.81
<b>T O T A L</b>	<b>2.879</b>	<b>100.00</b>

El cuadro 4 nos demuestra que la máxima frecuencia correspondió a la *TECNICA DE POMEROY MODIFICADA* con un 80.96 por ciento, correspondiendo a 2.331 casos. Le sigue con una notable menor frecuencia, la técnica de *POMEROY CLASICA* con 340 casos, o sea el 11.85 por ciento. Colorado (9), en su revisión de 580 esterilizaciones tubarias en un período de 3 años (21 de Abril de 1. 954 a 21 de Abril de 1. 957), encontró que 395 casos o sea el 68.10 por ciento correspondían a la técnica de *POMEROY CLASICA*, le seguía la técnica de *POMEROY MODIFICADA* con 136 casos o sea el 23.45 por ciento. Este fenómeno se debe -- probablemente que la técnica de Pomeroy Modificada fue popularizada -- alrededor del año de 1. 958 por considerarse más segura.

Es notable la frecuencia con que se practicó la técnica de Irving sobre todo cuando se verificaba el parto por cesárea.

El método de *POMEROY-MADLENER* se ha practicado con frecuencia -- en los últimos años.

La salpingectomía total bilateral se hizo en 13 pacientes, pero dadas las desventajas del método se abandonó.

En dos pacientes, se practicó un tipo de técnica en una trompa y otro tipo en la otra trompa, con fines de enseñanza.

La técnica bastante segura de *UCHIDA*, solo se practicó en dos pa cientes.

La vía vaginal solo se usó en un caso, durante una operación de Manchester.



V. Anestesia.

C U A D R O 5

TIPOS DE ANESTESIA EMPLEADOS EN LA ESTERILIZACION

HOSPITAL DE MATERNIDAD - 1. 956 - 1. 965

ANESTESIA	No. DE CASOS	PORCENTAJE
I LOCAL	1.372	47.6
II ESPINAL	500	17.4
A. Raquidea	482	16.7
B. Epidural	18	0.6
III GENERAL	988	34.3
A. Endovenosa	401	13.9
B. Inhalada	69	2.4
C. Mixta	518	18.
IV NO ESPECIFICADA	19	0.7
T O T A L	2.879	100.0

En el cuadro 5 puede notarse, que la anestesia más empleada -- fue la local con 1.372 casos o sea el 47.6 por ciento de los casos. Le siguieron en su orden, la anestesia general con 988 casos y la espinal con 500 casos, lo cual correspondió al 34.3 por ciento y - 17.4 por ciento respectivamente.

La anestesia local ha sido el método más inocuo. A raíz de -- ciertos accidentes anestésicos ocurridos en nuestro hospital a mediados del decenio 1. 950 - 1. 960, se adoptó por orden del Comité

Médico del hospital, el uso exclusivo de la anestesia local para practicar esterilización. En los últimos años se ha notado una gran disminución del uso de la anestesia local y un gran incremento en el uso de la anestesia general, sobre todo, la de tipo mixto.

La anestesia espinal fue usada especialmente en casos de cesáreas esterilizaciones.

Hay cierta tendencia a evitar la anestesia con Pentotal, por el peligro de que ocurran accidentes anestésicos, con muerte subsecuente de la paciente.

En 19 casos no se encontró el dato de la anestesia empleada.

VI. Paridad

C U A D R O 6

PARIDAD DE LAS PACIENTES AL PRACTICAR LA ESTERILIZACION - HOSPITAL DE MATERNIDAD - 1. 956 - 1. 965

PARIDAD	No. DE CASOS	PORCENTAJE
NULIPARAS	2	0.07
PRIMIPARAS	28	0.98
MULTIPARAS	2.849	98.95
T O T A L	2.879	100.00

El cuadro anterior demuestra que la esterilización se practicó mas frecuentemente en multiparas. Correspondió a estas el 98.9 por ciento.

Se operaron dos pacientes nuliparas. Ambas por Nefropatía crónica con hipertensión maligna. A una de ellas, grávida III, para 0, con II abortos, se le practicó histerotomía con vaciamiento uterino, debido a lo progresivo del padecimiento. La otra paciente fue esterilizada sin embarazo previo, por indicación del especialista, para prevenir un peligro futuro.

Solamente se esterilizaron 28 pacientes primíparas. Las indicaciones fueron: cardiopáticas, deficiencia mental, psicosis, epilepsia, sordomudez y enfermedad renovascular hipertensiva.

C U A D R O 7

HIJOS VIVOS AL MOMENTO DE REALIZAR LA ESTERILIZACION

HIJOS VIVOS	No. DE PACIENTES	PORCENTAJE
Sin hijos vivos	5	0.2
1 a 3 hijos	466	16.2
4 a 6 hijos	1.403	48.7
7 y más hijos	1.005	34.9
T O T A L	2.879	100.0

El cuadro 7 indica que la mayor parte de las pacientes quedaron con 4 o más hijos vivos. Esto correspondió al 83.6 por ciento.

Un grupo de 466 mujeres, que correspondió al 16.18 por ciento - quedaron con 3 ó menos hijos vivos. En estas pacientes las indicaciones para su esterilización fueron: Cesárea iterativa, cardiopatías, epilepsia, deficiencia mental, psicosis e hipertensión.

Solo 5 pacientes (0.18 por ciento) fueron operadas sin tener hijos vivos y las condiciones para esterilización fueron: nefropatia crónica con hipertensión, deficiencia mental, epilepsia, sordomudez.

C U A D R O 8

ABORTOS PREVIOS A LA ESTERILIZACION

HOSPITAL DE MATERNIDAD

1. 956 - 1. 965

ABORTOS	No. DE CASOS	PORCENTAJE
SIN ABORTOS	1.710	59.4
CON ABORTOS	1.169	40.6
1 a 2 ABORTOS	931	32.3
3 Y MAS ABORTOS	238	8.3
T O T A L	2.879	100.0

Hecho notable en la revisión de nuestros casos, fue la relativa rareza de los abortos en las pacientes esterilizadas. El 59.4 por ciento, no tuvieron abortos. El 40.6 por ciento presentó abortos y de estas solo el 8.3 por ciento tuvo tres o más abortos.

Un grupo numeroso de 930 pacientes (32.3 por ciento), presentaron de uno a 2 abortos solamente.

El hecho de que casi el 60 por ciento de las pacientes esterilizadas no hayan presentado abortos es muy importante, pues estudiando grupos de pacientes en edad fértil tomados al azar siempre se encuentra una frecuencia alrededor del 10 por ciento.

XI. Complicaciones.

C U A D R O 9

COMPLICACIONES RESULTANTES DE LA ESTERILIZACION

HOSPITAL DE MATERNIDAD - 1. 956 - 1. 965

COMPLICACIONES	No. DE CASOS
OPERATORIAS:	8
ACCIDENTE ANESTESICO:	2
HEMATOMA MESOSALPINX	2
HEMORRAGIA OPERATORIA	2
CONVULSIONES	1
ACCIDENTE TRANSFUSIONAL SEGUIDO DE ANURIA	1
POSTOPERATORIAS:	166
FIEBRE	128
INFECCION HERIDA OPERATORIA	23
DEHISCENCIA HERIDA OPERATORIA	6
HEMORRAGIA HERIDA OPERATORIA	5
EVERTICION POSTOPERATORIA	2
ANURIA	1
SHOCK PERIFERICO	1
T O T A L	174

Del total de 2.879 pacientes estudiadas sólo 174 ó sea un 6 por ciento presentaron complicaciones. De estas las mas frecuentes fueron las postoperatorias.

Entre las operatorias, la máxima frecuencia correspondió a los accidentes anestésicos, a hematoma del mesosclpinx y a hemorragia de los tejidos, dos pacientes fallecieron a causa de los primeros. Este punto se analizará con mas amplitud al tratar la MORTALIDAD. Dos pacientes se complicaron con hematoma del mesosclpinx, al cortar el asa de trompa de falopio. Otras dos pacientes, mostraron cierta tendencia al sangramiento, pero en ambas la anomalía fue subsanada con hemostasia estricta y administración de hemostáticos. Una paciente epiléptica, que era esterilizada por esa causa, presentó una convulsión en el momento operatorio. Se trató de inmediato con amital sódico 0.50 grms. Y una paciente presentó accidente transfusional por sangre incompatible, con anuria postoperatoria subsecuente, pero reversible.

Entre las complicaciones postoperatorias, hubo 128 pacientes que fueron febriles, sin presentar otra anomalía evidente. La infección de la herida operatoria le siguió en su orden con 23 pacientes. Con menor frecuencia, se situaron la dehiscencia y hemorragia de herida operatoria.

Hubo dos casos de eventración o sea protrusión de las visceras a través de herida operatoria. Una paciente presentó anuria que curó con el tratamiento administrado. Una paciente murió a causa de shock en el postoperatorio inmediato y la causa fue una anemia subyacente. Este caso se analizará también al tratar la mortalidad.

XII. Mortalidad.

C U A D R O 10  
 DATOS SOBRE LAS MUERTES EN PACIENTES ESTERILIZADAS  
 HOSPITAL DE MATERNIDAD - 1. 956 - 1. 965

No.	EDAD	AÑO	GRAV.	PARA	LABOR	H.VI	INDICACION	COMPLICACION	OPERACION	ANESTESIA	TIPO DE MUERTE
					TOS	VOS					
1	25	1.956	I	1	0	1	Xifoescoliosis Cardiopatia	Murió 1 mes, 10 días después. Causa: insuficiencia respiratoria.	Cesárea y Pomeroy modificada.	Raquidea	No prevenible
2	31	1.961	III	III	0	III	Des cesáreas anteriores.	Accidente anestésico (Paro Cardíaco)	Cesárea y Pomeroy modificada.	Epidural y Surital	Prevenible
3	38	1.962	VII	V	I	VI	Multiparidad	Paciente anémica (Shock periférico)	Pomeroy clásica	Pentotal N2O+ O2	Prevenible
4	28	1.963	VI	V	I	IV	Ca. del cuello uterino.	Murió 2/10/63 (3 meses después) a causa de su neoplasia.	Cesárea Clásica y Pomeroy modificada	Raquidea	No prevenible.
5	41	1.963	XIV	XIV	0	XII	Multiparidad Hernia incisional	Hernia incisional estrangulada. Murió 5 horas después	Cesárea y Pomeroy modificada y cura de H. incisional	Pentotal N2O + O2	?
6	34	1.964	VII	VII	0	VII	Multiparidad Toxemia grave	Acc. anestésico. (Paro resp. y cardíaco)	Pom. modificada	Pentotal N2O + O2	Prevenible.



En el grupo de pacientes estudiadas se encontraron seis muertes maternas. El cuadro 10 esquematiza cada uno de estos seis casos

De estos seis decesos, dos fallecieron por accidentes anestésicos; una tercera paciente, previamente anémica a la operación, falleció de Shock periférico. Estas 3 muertes fueron catalogadas como PREVENIBLES, por el COMITE DE MORTALIDAD MATERNA DEL HOSPITAL DE MATERNIDAD. De las restantes pacientes una de ellas falleció 5 horas 20 minutos después de haberse operado. Se intervino con diagnóstico de Hernia incisional estrangulada y se le practicó cesárea baja, esterilización y cura de hernia umbilical. La paciente era una gran multipara, que presentó signos graves de obstrucción intestinal y fue intervenida 36 horas después de haber ingresado. No aparece en el expediente si se catalogó la muerte como prevenible o no.

Dos muertes maternas, catalogadas como NO PREVENIBLES por el Comité de Muerte Materna del Hospital, fueron causadas por enfermedad intercurrente al embarazo de dichas pacientes. Una de ellas falleció a causa de insuficiencia respiratoria provocada por cardiopatía, probablemente de origen xifoescoliótico. El deceso ocurrió 1 mes 10 días después de la operación. (Caso citado por Colorado en su tesis (9) ). La otra paciente murió 3 meses después de la operación, a causa de Carcinoma del cuello uterino avanzado, que fue la indicación para que se le practicara cesárea clásica y esterilización.

A continuación analizaré tres casos que creo están relacionados con la esterilización. Uno de estos, cuenta con la agravante de que se le practicó cesárea, además de la esterilización, situación que aumenta el riesgo quirúrgico.

Primer Caso.

Se trataba de una paciente de 31 años, grávida 3, para 3, con 3 hijos vivos, que ingresó el 22 de agosto de 1. 961 a las 6 am. - con dolores fuertes de parto, temperatura de 37<sup>o</sup>C., T. A. 120 x 70, pulso 84 y 20 respiraciones por minuto. En sus antecedentes contaba con dos cesáreas anteriores y no tenía historia de enfermedades previas. Ese mismo día a las 11:30 a.m. se le practicó cesárea clásica, bajo anestesia Epidural más Surital endovenoso. Cuando se -- buscaban las trompas para ligarlas, la paciente presentó un período de excitación por lo que se le puso Surital endovenoso. De inmediato presentó paro respiratorio y luego fibrilación y paro cardíaco, cuando se habían ligado las trompas y se comenzaba a suturar -- peritoneo parietal. Se abandonó en este estado la cesárea, para -- practicar masaje cardíaco, por medio de toracotomía abierta. El corazón volvió a funcionar después de 2 veces que se le aplicó masaje cardíaco durante 3 minutos a una frecuencia de 60 por minuto. La paciente quedó con signos de descerebración; se le practicó traqueotomía y después de casi 5 días de franca agonía falleció el -- día 27 de agosto de 1. 961 a las 2.50 am. por nuevo paro cardíaco.

Esta muerte materna se catalogó como PREVENIBLE por el Comité de Mortalidad Materna y la causa se atribuyó a la anestesia administrada, que fué epidural más Surital.

En el estudio anatómopatológico no se encontró causa anatómica aparente como causa de la muerte.

Segundo Caso:

Paciente de 38 años de edad, grávida VII, para VI, abortos I, - hijos vivos 6. Ingresó el 5/I/62 con diagnóstico de embarazo de 38 - semanas y ruptura prematura de membranas. La fecha probable del parto era para el 22/I/62. Se ingresó al Servicio de Patología del em- barazo y el 7/I/62 presentó dolores fuertes de parto a las 7 a.m. Tu- vo parto normal ese mismo día a las 2:50 p.m. En los días anteriores al parto no tuvo fiebre, pero si del 3o. al 5o. día del puerperio en que presentó 38<sup>0</sup>C de fiebre. Se estudio por medio de exámenes este - proceso febril y solo se encontró leucocitosis de 12.000. Ex. de ori- na fue normal. La fiebre cedió sin tratamiento. Al ingreso tenía 30 de hematocrito y 8 grms. por ciento de hemoglobina. No se reportó -- gran sangramiento postparto en el expediente, pero si hay dato de - revisión del canal genital bajo anestesia con trilena, por lo que se presume que perdió sangre en cantidad considerable. De tal manera -- que en el período después del parto el hematócrito fue de 23. (9/I/ 62). Así en estas condiciones se le practicó el 19 de enero de 1.962 a las 8.40 a.m. esterilización quirúrgica por medio del método de PQ MEROY CLASICO bajo anestesia con Pentotal 0.3 grms., N2O 60 ltos. y O2 22 ltos. Cuando la paciente estaba ya anestesiada, se descubrió el hematócrito bajo, por lo que se le inició transfusión de sangre - compatible en cantidad de 800 cc. La operación se efectuó sin enor<sup>m</sup> lidades y el tiempo operatorio fue de 20 minutos (Terminó 9 p.m.) Al pasar a la paciente, al Servicio a las 12 med. presentó cianosis mar- cada, se le administró oxígeno por cateter a 6 litros por minuto y - se suspendió la transfusión. La T. A. fue de 90 x 60, pero a los po

cos minutos bajó a 40 x 0 y posteriormente ya no se percibió. Se tipeó nuevamente la sangre del donante y se encontró compatible. Se le administró Wyamine, coramina, cardiazol, soluocortef. Se le tomó ECG, el cual reveló ligera isquemia. Se discó dos venas para administrar líquidos y medicamentos y se continuó transfusión sanguínea. Lo examinó cardiólogo y encontró paciente en shock, con tórax quieto, quejumbroso. Pulmones y corazón negativos, excepto taquicardia. Con transfusión y Dextrosa al 5% mas los vasopresores la T. A. subió a 70. A las 1.15 p.m. presentó sangramiento vaginal y se pasó a Sala de Operaciones para revisión. Continuó en estado de shock. Se le pasó más sangre y líquidos con Levofed, pero la paciente falleció en Sala de Operaciones a las 2:40 p.m. del día 19 de enero de 1. 962. No se practicó revisión.

Anatomía Patológica reportó la carátula siguiente:

- 1o.- Endometritis aguda
- 2o.- Hepatitis aguda
- 3o.- Esplenitis aguda
- 4o.- Miocarditis aguda, focal
- 5o.- Hemorragia vaina de rectos abdominales: 350 cc.
- 6o.- Hemorragias subendocáricas
- 7o.- Hiperemia pulmonar, muy marcada
- 8o. Edema pulmonar focal, discreto

#### Accesorios

- 1o.- Parasitismo intestinal (2 ascaris lumbricoides)
- 2o.- Herida perirectal derecha, 7 cms, longitud) Enero 19/62

Esta muerte fue catalogada como PREVENIBLE. Como se puede ver esta paciente se intervino en malas condiciones y el shock, que fue la causa de su muerte, se debió a la anemia que presentaba y al proceso infeccioso evidente en el estudio anatomopatológico.

Tercer Caso:

Paciente de 34 años, de edad, grávida 7, para 7, hijos vivo 7, que ingresó el 26/I/64 con dolores de parto y total dilatada a las 10.30 a.m. Se encontró T. A. de 210 x 170, temperatura de 37° C., -- pulso 80 y respiraciones 20 x minuto. Sus partos anteriores habían sido fuera del hospital. La fecha probable del parto era para el -- 22/I/64. Se diagnosticó embarazo a término y toxemia crónica. El -- parto fué rápido y no dió lugar a que se le diera tratamiento de su toxemia. Después del parto la T. A. continuó alta y se trató como -- preeclampsia grave con sedación intensa (barbitúricos, sulfato de -- magnesio, etc.) Ex. de orina reveló trazas de albúmina. El día -- 30/I/64 a las 6:30 p.m. cuando la T.A., aun era de 170 x 120 se le practicó esterilización quirúrgica bajo anestesia general con Pentotál al 2.5 por ciento, N<sub>2</sub>O 9 ltos. y oxígeno 2 lt. Además se le administró Tucurin 12 mlg. Durante la operación, al comenzar a ligar la segunda trompa, se notó color violáceo de la sangre y tejidos. -- Se avisó al anestesista y éste le oxigenó más. Después de cerrar -- piel, el anestesista avisó que la paciente tenía paro respiratorio. Se auscultó corazón y no se encontró latidos cardíacos. Se dió masaje cardíaco externo por 35 minutos, con la paciente intubada, pero no hubo respuesta. Se estimó que la hora del fallecimiento había --

sido a las 7.10 p.m. del día 30/I/64.

En el estudio anatómopatológico se anotó la carátula siguiente:

- 1o. Accidente anestésico: paro respiratorio y cardiaco (30/Enero/64)
- 2o. Esterilización, operación practicada el 30 de enero 1. 964.
- 3o. Edema pulmonar, focal, discreto.
- 4o. Edema cerebral, moderado.
- 5o. Obesidad
- 6o. Metamorfosis grasosa hepática.
- 7o. Hipertrofia hepática 3.050 grms.
- 8o. Hipertrofia esplénica 380 grms.
- 9o. Derrame pleural bilateral 100 cc. a cada lado.
10. Adherencias pleurales bilaterales.

"COMENTARIO DEL DEPARTAMENTO DE ANATOMIA PATOLOGICA: Los hallazgos anatómopatológicos de esta autopsia no ayudan para establecer la causa de la muerte de esta paciente. Sobre el problema de obesidad que esta enferma llevaba, se añade en la historia clínica, la presencia de una hipertensión arterial que persistió después del parto. Es importante la situación anatómica que no demuestra lesión alguna a nivel del riñón y entonces el problema se queda en el plan de hipótesis; se podría pensar que la enferma padeció de una pre-eclampsia leve de corta evolución y se conoce perfectamente que es tos cuadros clínicos, en un gran porcentaje de casos, no dejan hue lla permanente a nivel del riñón. La realidad de la situación es que esta enferma tuvo su muerte en el transcurso de una anestesia,

durante la cual tuvo un paro respiratorio y un paro cardíaco y la negatividad de los hallazgos patológicos nos obliga a considerar como causa de la muerte un accidente anestésico."

Esta muerte también fue catalogada como PREVENIBLE por el Comité de Mortalidad Materna del Hospital de Maternidad.

Si consideramos estas tres muertes como el índice de la mortalidad en los casos estudiados, obtenemos un porcentaje de mortalidad del 0.10 por ciento, el cual es bajo, pero con todo no debe nunca — perderse de vista que la esterilización no es un procedimiento totalmente inócuo.

Los 3 casos eran prevenibles; el riesgo anestésico es impredecible y cuando se usa para cualquier tipo de cirugía, por pequeña que esta sea, siempre entraña graves peligros. Es imperativa la correcta selección del agente anestésico y la evaluación exacta de cada paciente para evitar estas situaciones por demás lamentables.

Según Overstreet (8) la mortalidad para todos los tipos de ligadura-tubérica es del 0.2 por ciento o menos. Esto nos indica que aún en países, con mejores recursos quirúrgicos que el nuestro, la mortalidad materna por esterilización constituye un peligro acechante.

XI. Tiempo transcurrido entre el parto y la esterilización.

C U A D R O 11

TIEMPO TRANSCURRIDO ENTRE EL PARTO Y LA ESTERILIZACION

FECHA DE ESTERILIZACION	No. DE PACIENTES	PORCENTAJE
I Esterilización Puerperal	2.868	99.6
A. Inmediata post-parto (postcesárea)	617	21.4
B. Mediana post parto	2.251	78.2
II Esterilización no Puerperal	11	0.4
T O T A L	2.879	100.

Como puede apreciarse en el cuadro 11, la esterilización se efectuó en 2.868 pacientes o sea en el 99.6 por ciento, en el período -- puerperal. En 617 de estas ó sea el 21.4 por ciento, se efectuó inmediatamente después de la cesárea; y en 2.251 pacientes o sea el 78.2 por ciento de los casos, el procedimiento se hizo en un período posterior al parto vaginal. De estas últimas, sólo 127 pacientes se intervinieron en las primeras 48 horas del puerperio.

Se estudiaron las 2.251 pacientes que fueron operadas en un período mediano al parto y se encontró que el promedio de días (mediana aritmética) que esperaron las pacientes para ser operadas después de su parto fue de 5.6 días por paciente.

Solo una paciente fué operada al 45o. día de su puerperio.

Hubo 435 pacientes que se intervinieron al 5o. día; este valor --



correspondió a la Medicina. En los primeros 5 días del puerperio fueron intervenidas 1.734 (60.2 por ciento) pacientes. Esto es para demostrar, que un grupo menor, fue intervenido después de este número de días.

Solamente a once pacientes (0.4 por ciento) se les intervino en un período posterior al puerperio o aprovechando la ejecución de alguna operación abdominal. Una paciente se intervino durante la cura de una hernia incisional surgida a consecuencia de cesárea anterior, pues se la había practicado dos cesáreas anteriormente y tenía 2 hijos vivos. Otra señora se esterilizó durante laparotomía -- por embarazo ectópico izquierdo. A esta se le ligó su trompa derecha por que era una gran multipara. Las restantes pacientes fueron operadas después de su puerperio. Entre estas últimas se encontró un caso insólito: se trataba de una paciente que solicitó esterilización tres meses y medio después de su parto. Se le intervino y a los días consultó por estar embarazada. Había sido esterilizada -- cuando ya presentaba un nuevo embarazo. Se diagnosticó embarazo de 10 a 12 semanas en esa ocasión; no tuvo otro control.

### XII. Días de permanencia en el Hospital.

He considerado importante mencionar algo sobre los días de hospitalización de las pacientes esterilizadas. Este período incluye, desde que fue internada para su parto, hasta que fué dada de alta -- después de esterilizada. El número de días de estancia en el hospital de cada paciente, es aumentado a veces, por los días que se ocupan para verificar cada uno de los trámites de esterilización. La --

presentación de las partidas de nacimiento de los hijos anteriores es uno de los principales problemas de la tardanza; luego la obtención de la firma del esposo, que por lo general cuesta localizarlo. En estas situaciones es encomiable el servicio que nos prestan las Trabajadoras Sociales; pero aun así se tropieza con muchas dificultades. Algunas pacientes son dadas de alta después de su parto, para que recojan los documentos necesarios y se ingresen al tener todo listo. Algunas regresan muchos días después del parto y más raramente después de su puerperio. Pero por lo general, la operación se puede llevar a cabo en los primeros 5 ó 6 días después del parto.

Una vez esterilizada la paciente, los días de permanencia en el hospital son pocos, por lo general 4 á 5 días y regresan al 6o. ó séptimo día para retirar los puntos de la piel.

En el grupo estudiado, la mayor parte de las pacientes fueron dadas de alta en los primeros 12 días después del parto, ya esterilizadas. El día en que más pacientes fueron dadas de alta, fue el 6o. día con un total de 450 pacientes. Se obtuvo la media aritmética, dividiendo el total del número de días que estuvieron hospitalizadas todas las pacientes, sobre el número de las pacientes estudiadas y se obtuvo el Promedio de días de hospitalización por paciente. Así:

Estancia				
Días - paciente	-	27.499	-	9.55 días = promedio días por pa-
No. pacientes		2.879	pacientes	ciente

Con este dato aproximado, se puede calcular cuando gastó el hospital por cada paciente esterilizada. Según dato obtenido en el Departamento de Planificación de la Dirección General de Salud, en cada paciente ingresada a este hospital, se gasta en forma global (promedio), aproximadamente ₡ 10.60 diarios.

De acuerdo a este dato cada paciente esterilizada le cuesta al hospital: ₡ 101.23 colones. Esto nos indica, pues, que es un procedimiento caro y por lo consiguiente desventajoso para llevarlo a cabo en gran escala. Es más conveniente la creación de Clínicas anticonceptivas, en las cuales se use procedimientos reversibles de precio menor que el costo de una esterilización.

XIII. Fracasos del procedimiento.

C U A D R O 12

DATOS DE LOS FRACASOS DE LA ESTERILIZACION - HOSPITAL  
DE MATERNIDAD - 1. 956 - 1. 965

No. Caso	Edad	Días de esterilización - después del parto.	Paridad	Indicación	Técnica	Histopatología	Consecuencia del fracaso
1	35	13	VII	Multiparidad	Pomeroy Modificada	Salpingitis crónica	Parto normal
2	28	2	VI	Multiparidad y variaciones	Pomeroy modificada	Trompas normales	Aborto incompleto
3	35	6	VI	Multiparidad	Pomeroy modificada	Trompa normal y lig. redondo	Parto normal
4	34	6	VII	Multiparidad	Pomeroy Clásica	Trompas normales	Parto normal
5	35	8	V	Multiparidad	Pomeroy Modificada	Trompas normales	Aborto incompleto

En la revisión de nuestro 2.879 casos de esterilización quirúrgica encontramos 5 fracasos, es decir, 5 pacientes que presentaron nuevo embarazo después de haberseles ligado sus trompas de falopio. Esto nos dá un porcentaje del 0.2 por ciento. Se debe aclarar, que esto no es el índice verdadero de los fracasos de las pacientes esterilizadas en este hospital. Estas son las pacientes que consultaron al hospital.

Hay una cierta cantidad de pacientes que decepcionadas por el fracaso, prefirieron consultar a un médico privado. Estos casos no son reportados y por lo tanto no podemos tener una cifra exacta de nuestros fracasos.

Como podemos apreciar en el cuadro 12, cuatro pacientes se encontraban en la cuarta década de la vida y una en la 3a. década de la vida. Todas fueron esterilizadas después de parto vaginal en el puerperio inmediato. Todas también eran multiparas y la indicación para su esterilización fue dicha causa. La técnica de Pomeroy modificada fue la técnica más frecuente en estos casos. A una paciente se le practicó la técnica de Pomeroy Clásica.

En el estudio histopatológico se encontró que 3 pacientes tenían trompas sin alteraciones; en una contestaron salpingitis crónica. A una paciente se le ligó trompa en un lado y ligamento redondo en el otro; lo cual fue la causa directa del fracaso.

Con respecto a la efectividad de cada técnica expongo el dato siguiente: Garb (3) en 1. 957 llevó a cabo una revisión histórica de las fallas de la esterilización tubaria y obtuvo reportes de fracasos de diversos autores. Al cabo del estudio efectuó la tabulación siguiente:

TABULACION DE GLRB

UNIVERSIDAD DE NEW YORK - 1. 917 - 1. 957

OPERACION	No. DE CLSOS	No. de FALLAS	PORCENTAJE
Madlener	7.829	113	1.4
Pomeroy	5.477	22	0.4
Resección Cornual	311	9	2.9
Irving Modificada	1.056	0	--
Otras	14.823	66	0.4
<b>T O T A L</b>	<b>29.406</b>	<b>210</b>	<b>0.4</b>

Este fue el resultado de una revisión de 40 años ( 1. 917 a -- 1. 957). En 29.496 casos revisados se encontró el 0.7 por ciento de fracasos, cifra que es mayor a la encontrada en nuestros casos. Siete mil ochocientos veintinueve casos operados con la técnica de Madlener tuvieron 1.4 de fallas. Hubo 0.4 por ciento de fracasos en -- 5.477 operaciones con el método de Pomeroy Clásico. La técnica de Irving en 1.056 casos, no tuvo fracasos.

En 1. 9 57 Prystowsky e Eastman (4) encontraron un fracaso con la técnica de Irving.

Es importante la época en que se efectúa la esterilización, con relación a la frecuencia de los fracasos. Ya mencioné en párrafos anteriores, que la esterilización puerperal debe verificarse en las -- primeras 48 horas del postparto, y que después de este período el -- porcentaje de fracasos, hemorragias e infecciones es mayor, debido --

al edema progresivo de las trompas de Falopio.

Con respecto a la esterilización durante la operación Cesárea, Prystowsky e Eastman (2) demostraron en 1. 955 en forma clara, que cuando se ejecuta la operación Cesárea, el método de Pomeroy tiene un fracaso subsiguiente de alrededor 1 en 50 y sólo 1 en 300 cuando es usado bajo otras circunstancias. Es evidente pues, que el porcentaje de fracasos en las esterilizaciones efectuadas durante esta -- operación tiende a ser mayor. En nuestros casos la técnica de Pome-- roy modificada es la que se usó más durante las cesáreas, pero en -- varios de ellos se usó el método de Irving. No se encontraron fra-- casos de pacientes esterilizadas durante la operación Cesárea.

Overstreet (9) cree que los métodos de elección en las cesá -- reas deben ser: Irving, Uchida y Cooke.

La esterilización puerperal fué muy escasa en esta revisión. Esta puede practicarse en cualquier momento; pero aconsejan (9) evi-- tar los días inmediatos anteriores y posteriores a la menstruación.

En nuestros casos, el fracaso se evidenció, cuando estas pacien-- tes consultaron por un nuevo embarazo. Dos de estas fueron legradas por aborto incompleto comprobado anatomopatologicamente. Tres pre-- sentaron embarazos que llegaron a término y vinieron a este hospi-- tal para la atención de su parto. No existe dato de que a alguna de estas pacientes se les halla ligado nuevamente.

Un control estricto de estas pacientes para saber la verdadera incidencia de fracasos para cada técnica, podría llevarse a cabo -- por medio de encuestas después de algunos años de operadas. Igual -- beneficio daría el informe oportuno del médico privado al descubrir estos fracasos en su consulta.

XIV. Cirugía ginecológica previa.

C U A D R O 13

CIRUGIA GINECOLOGICA PREVIA

TIPO DE CIRUGIA	Nº. DE CASOS	PORCENTAJE
<i>Curetajes</i>	569	54.3
<i>Cesáreas</i>	406	38.7
<i>Forceps</i>	28	2.7
<i>Extirpación de ectopicos</i>	14	1.3
<i>Ovariectomías</i>	7	0.7
<i>Sutura ulcera vaginal por caustico</i>	7	0.7
<i>Extracción manual de placenta</i>	6	0.6
<i>Drenaje de Bartholinitis</i>	4	0.4
<i>Sutura de desgarró vaginal por coito</i>	3	0.3
<i>Extirpación polipo cervical</i>	2	0.2
<i>Operación de Manchester</i>	1	0.1
<i>Corrección inversión uterina</i>	1	0.1
<b>T O T A L</b>	<b>1.048</b>	<b>100.0</b>

En el cuadro 13 encontramos que a 1.048 pacientes se les había practicado cirugía ginecológica previa a la esterilización, es decir, el 36.4 % del total de pacientes. El mayor porcentaje con respecto a dicho número de pacientes correspondió a los curetajes y cesáreas previas con 54.3 por ciento y 38.7 por ciento respectivamente. Siguieron en su orden, forceps, extirpación de ectópicos, ovariectomías, etc.



En estudios verificados en otros países (9) la cirugía ginecológica previa es con mucha frecuencia indicación para cesárea y esterilización subsecuente; esto ocurre cuando la paciente ha sido sometida a operaciones con el objeto de reparar prolapsos genitales o curas de fístulas genitourinarias y rectovaginales.

En esta revisión solo se encontró una operación plástica vaginal previa a la esterilización y esta fue la operación de Manchester efectuada en una paciente multipara de 24 años. Esta esterilización se hizo durante una cesárea, para evitar el traumatismo en el sitio reparado; aunque la verdadera indicación de la operación fue Bronquitis Crónica, que adolecía la paciente y la multiparidad.

En ciertos países cuando se efectúa la operación de Manchester, que no es más que la amputación del cuello uterino, se acostumbra ligar las trompas por vía vaginal para evitarle un parto por cesárea a la paciente a causa de un futuro embarazo. En nuestros casos solo en una paciente se ligaron las trompas por vía vaginal, y esto fue precisamente practicado a través de incisión de colpotomía durante una operación de Manchester (Esterilización no puerperal). En pacientes multiparas mayores de 30 años algunos médicos prefieren practicar la histerectomía vaginal que llevar a cabo esterilizaciones vaginales.

XV.- Motivo de consulta de pacientes controladas después de la operación.-

C U A D R O 14  
MOTIVO DE CONSULTA DE PACIENTES AL HOSPITAL DE MATERNIDAD

MOTIVO DE CONSULTA	No. de Casos	%
NO CONTROLADAS	2.029	70.48
CONTROLADAS	850	29.52
Por: Cervicitis	235	8.17
Leucorrea	205	7.13
Menometrorragias	150	5.22
Control post-operatorio satisfactorio	55	1.92
Dolor pélvico de causa no determinada	45	1.57
Prolapso genital	32	1.11
Infección de herida operatoria	23	0.80
Carcinoma del cervix	14	0.49
P.A.P. sospechoso	12	0.42
Dismenorrea	11	0.38
Dispareunia	6	0.21
Amenorrea	6	0.21
Dehiscencia de herida operatoria	6	0.21
Quiste ovárico	6	0.21
Síndrome menopáusico	5	0.17
Hernia incisional	5	0.17
Fibromatosis	4	0.14
Bartolinitis	3	0.10
Anexitis	3	0.10
Mastitis	3	0.10
Parto	3	0.10
Desgarro por coito	3	0.10
Aborto	2	0.07
Tromboflebitis	2	0.07
Euentración	2	0.07
Enfermedad pélvica inflamatoria	2	0.06
Adeno carcinoma endometrial	1	0.03
Herida vulvar traumática	1	0.03
Embarazo (esterilizada con embarazo)	1	0.03
Aplicación de radium	1	0.03
Chaneros lueticos	1	0.03
Quiste vulvar	1	0.03
Polipo endometrial	1	0.03
	2.879	100.00

El cuadro 14 expone claramente que las pacientes esterilizadas en este centro hospitalario, en un gran porcentaje de casos ( 70.5 por ciento), no fueron controladas después de su operación. Este hecho es probablemente debido a negligencia de parte de las pacientes, a pesar que antes de ser dadas de alta se les dió a conocer la importancia de su control. Esta nueva consulta en un escaso número de casos se verificó a corto plazo ( primeros tres meses después de la operación). La mayor parte de las pacientes consultaron varios meses después o aún años por un nuevo padecimiento ginecológico no relacionado con la esterilización.

La máxima frecuencia correspondió a trastornos comunes como Cervicitis (8. 2 por ciento) y leucorrea (7.1 por ciento). De los trastornos menstruales tuvo notable frecuencia la Menometrorragia, a la cual correspondió el 5.2 por ciento de los casos. La Dismenorrea y Amenorrea fueron muy raras.

Solo un 1.2 por ciento tuvieron control postoperatorio satisfactorio.

El problema neurótico se deja ver claramente al revisar el cuadro: El 1.6 por ciento consultó por dolor pélvico sin causa orgánica probable y el 0.2 por ciento consultó por Dispareunia de fondo probablemente psiconeurótico. Estos hechos no tienen ninguna relación con la operación pero son favorecidos por dicho fondo psiconeurótico de las pacientes, ya existente, con toda seguridad, desde antes de operarse. Otro problema de tipo neurótico es la frigidez, del cual, en nuestra revisión no aparece ningún dato de consulta por este hecho.

Es notable el hecho de que el 0.5 por ciento de los pacientes consultaron por carcinoma del cervix, algunas con procesos avanzados.

En el cuadro incluimos una lista enorme de los motivos de consulta, pero la mayor parte no tienen ninguna relación con la operación. Además incluimos en el cuadro, para exponerlo todo en forma completa, los casos que consultaron por complicaciones directas de la operación y los que consultaron por fracasos del procedimiento.

XV. Histopatología.

C U A D R O 15

ESTUDIO HISTOLOGICO DE LAS TROMPAS DE FALOPIO DE LAS PACIENTES ESTERILIZADAS.- HOSPITAL DE MATERIDAD - 1. 956-1. 965

HISTOPATOLOGIA TROMPAS DE FALOPIO	No. DE PACIENTES	PORCENTAJE
Trompas normales	2.337	81.2
Salpingitis crónica	316	11.0
Salpingitis aguda	77	2.7
Salpingitis aguda y crónica	35	1.2
Salpingitis subaguda	20	0.7
Ligamento redondo	3	0.1
No se encontró dato	91	3.2
T O T A L	2.879	100.0

Los hallazgos histopatológicos fueron de tipo diverso. En el 81.2 por ciento de los casos el estudio histológico de las trompas fue normal. En el 11.0 por ciento de los pacientes se encontró signos de salpingitis crónica. Siguen en su orden la salpingitis aguda con el 2.7 por ciento; salpingitis aguda y crónica con el 1.2 por ciento; y salpingitis subaguda con el 0.7 por ciento, que fueron hallazgos relativamente raras. En el 3.2 por ciento no se encontró reporte de anatomía patológica. Esto es debido a que dichos reportes no son adjuntados a los cuadros correctamente o debido a que en algunos casos el tipo de técnica quirúrgica llevado a cabo no permite enviar el espécimen para estudio.

Hecho notable fue el hallazgo de tres informes histopatológicos en los cuales se contestó " Ligamento redondo ". Una de estas pacientes consultó a este centro hospitalario por un nuevo embarazo que terminó en parto normal.

IV. LA ESTERILIZACION QUIRURGICA COMO METODO DE CONTROL  
DE LA NATALIDAD.

La superpoblación mundial es uno de los más grandes problemas que en la época actual existen. De modo que se ha convertido en punto controvertido de difícil solución.

Algunos abogan por un enfoque enérgico del problema y solucionar lo cuanto antes sea posible para evitar las consecuencias de este fenómeno; otros en cambio, por razones religiosas o políticas prefieren ignorar el problema.

El Dr. Jorge Bustamante (18) en su trabajo "El problema médico en el control de la Natalidad", presentado en el XVII Congreso Médico Nacional celebrado en Diciembre de 1.966 insistió en la necesidad de interesar al Gobierno, al Ministerio de Salud y al gremio Médico para que tome acción inmediata en los problemas derivados de la procreación no controlada. Asimismo insistió en que se estudie e investigue si en El Salvador existe problema de superpoblación y si es -- conveniente o no llevar a cabo un control de la natalidad. Indiscutiblemente este trabajo fue elaborado debido a la firme convicción de que la superpoblación en nuestro país, así como en otros, está alcanzando enormes proporciones. En El Salvador, los habitantes vienen -- practicando desde hace varios años el control de la natalidad a base del aborto provocado criminalmente. En los últimos años esta práctica ha aumentado. Según Ramírez Muñoz (14) en el decenio 1954 a 1.964, en nuestro hospital, fallecieron 85 pacientes a causa de aborto criminal complicado. Al mismo tiempo expone el gran problema que se afronta --

con esta práctica, verificada por nuestros habitantes, con fines de limitar su familia. Así concluye que: "solamente un control de la natalidad bien planeado y llevado a cabo, ayudaría a evitar la acción".

Nuestro Estado, aún cuando no ha establecido restricciones específicas para controlar la natalidad, está de acuerdo con el control de ésta, puesto que como lo evidencia esta revisión de 2.879 esterilizaciones, está de acuerdo con dicho control ya que en este y en todos los Centros Asistenciales del país, se practica la esterilización quirúrgica de mujeres en caso necesario; como sabemos este procedimiento es de tipo permanente, arriesgado y caro, razones que evidencian claramente su inconveniencia.

Actualmente pues, no existe en este país, una legislación o restricción para esterilizar a una mujer y este procedimiento se verifica en forma amplia, únicamente a juicio del médico.

La esterilización tiene importancia como ya lo apunté en líneas anteriores, como método primario para evitar hijos en mujeres en los cuales un nuevo embarazo represente peligro. En caso contrario debe recurrirse a métodos anticonceptivos de tipo reversible. Es conveniente anotar al respecto, el párrafo de Jiménez de Asúa citado por el Dr. César Emilio López en su libro "Obstetricia Social": El parir desordenado no acarrea más que desventajas. Desde el punto de vista social, la pareja que después de 4 ó 5 hijos no está en condiciones económicas para aumentar su familia, hará a un lado los reproches de los moralis-

tas intransigentes e hipócritas raudiendo al uso de los medios anticonceptivos que son de índole transitoria. La esterilización irreparable es condenable porque la pareja puede mejorar de fortuna o si por la muerte de uno o varios hijos de los habidos, deseen engendrar otro bastará con suspender las prácticas anticoncepcionales."

En otros países la esterilización se verifica con fines anticonceptivos. Según Tietze (1) en Estados Unidos las parejas en edad fértil que se han sometido a esta operación con dichos fines llegan a varios miles por año.

La esterilización voluntaria es legal en los 50 estados de la Unión Americana, con restricciones específicas de su práctica solo en Kansas, Connecticut y Utah. En dicho país existe una Asociación para la Esterilización voluntaria, con 1.300 médicos que cooperan con ella. Las solicitantes que requieren esterilización y han sido aprobadas por un Comité Médico de dicha Asociación son entonces referidas a esos doctores para verificar el procedimiento. El propósito de esta Asociación es hacer conocer los beneficios de la esterilización voluntaria en la solución de problemas familiares y de población. El jefe del Comité Médico es el eminente Tocólogo Allan F. Guttmacker.

En El Salvador hasta hace unos pocos años un grupo de personas interesadas en el problema de la Superpoblación, fundaron una agrupación llamada "ASOCIACION DEMOGRAFICA DE EL SALVADOR", cuyos fines están encaminados a orientar, a las personas que así lo deseen, en los métodos anticoncepcionales, para poder planificar su familia. Claro está que como la planificación familiar supone limitar la familia, -



sin cortar definitivamente la capacidad de procrear, la esterilización como método de uso general no es muy aceptada por sus miembros para llevar a cabo su misión.

La esterilización podría servir para controlar lo así llamado - "Micro explosión demográfica" que ocurre a nivel familiar, pero como la operación solamente incluye a la mujer, y el marido conserva su capacidad procreadora este sigue sembrando su semilla por doquier y entonces el problema continúa.

En algunos países, por ejemplo La India, se está esterilizando en gran escala al marido por medio de la Vasectomía, llamada más acertadamente Vasotomía, que consiste en ligar los conductos deferentes, que transportan el semen.

V.- CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

C O N C L U S I O N E S:

- 1.- La esterilización quirúrgica es un procedimiento ampliamente practicado en nuestro hospital desde hace muchos años como método primario para evitar la procreación en mujeres en quienes un nuevo embarazo representa un determinado peligro.
- 2.- Debido al establecimiento de servicios de planeamiento familiar que facilitan el creciente uso de métodos anticonceptivos de tipo reversible, se apreció un notable descenso del número de esterilizaciones practicadas. Hecho evidenciado en el año de 1.965, año en el cual, dichos métodos se comenzaron a usar en forma intensa. Así tenemos que en 1.946 se esterilizó una mujer por cada 32 partos y en 1.965 1 x cada 68.
- 3.- El 69.3 por ciento de las pacientes fueron esterilizadas antes de los 35 años de edad.  
  
El grupo etario que tuvo mas esterilizaciones fue el comprendido entre los 30 y 34 años.
- 4.- La indicación más frecuente fue la Multiparidad. En orden de frecuencia se sitúan las indicaciones siguientes: Cesárea anterior, varicosidades, hipertensión, TB pulmonar, cardiopaticas, epilepsia, psicosis, retraso mental.
- 5.- La técnica más usada fue la de Pomeroy Modificada.
- 6.- La anestesia más frecuentemente usada fue la local. En los últimos años de la revisión se notó un gran aumento en el uso de la anestesia general, sobretudo la de tipo Mixto.

- 7.- La mayor parte de las pacientes esterilizadas eran multiparas. - A estas correspondió el 98.9 por ciento.
- 8.- El 83.6 por ciento de las pacientes quedaron con 4 o más hijos vivos.
- 9.- Un hecho evidente fué la relativa rareza de los abortos previos a la operación, en las pacientes esterilizadas. El 59.4 por ciento no tuvieron abortos. El 40.6 por ciento habían tenido abortos, pero solo el 8.3 por ciento tuvieron más de dos.
- 10.- Las complicaciones ocurrieron solamente en el 6. por ciento de las pacientes. La mayor parte de estas se presentaron en el --- postoperatorio.
- 11.- Hubo seis muertes maternas, de las cuales solo 3 se catalogaron como prevenibles. De estas, dos fueron debidas a accidentes anestésicos. La mortalidad materna corregida para la esterilización correspondió al 0.1 por ciento.
- 12.- El 99.6 por ciento de las pacientes fueron operadas en el período puerperal. La esterilización no puerperal fue bastante rara.
- 13.- El promedio de días que esperaron las pacientes a quienes se les operó en los días posteriores al parto fue de 5.6 días.
- 14.- El promedio de días de estancia en el hospital fue de 9.55 días para todo el grupo de pacientes.
- 15.- Se presentaron 5 fracasos del método, lo cual corresponde al 0.2 por ciento de los casos. Este no es en ninguna forma el verdadero índice de fracaso de este procedimiento, pues no todas las -- pacientes que presentan un nuevo embarazo después de la operación consultan nuevamente al hospital. Tampoco se puede colegir, por -

la misma razón cual técnica es la más insegura.

- 16.- La cirugía ginecológica previa a la esterilización solo la tuvo el 36.4 por ciento de las pacientes. La mayor parte de operaciones practicadas fueron curetajes y cesáreas.
- 17.- Solamente el 29.5 por ciento de las pacientes tuvieron otra consulta después de la esterilización. Los motivos más frecuentes fueron: leucorreas, cervicitis y menometrorragias.
- 18.- El 81.2 por ciento de las pacientes no tuvieron anomalías histológicas en los fragmentos de trompa de falopio resecados. La alteración histopatológica más frecuente fue la salpingitis crónica. En tres casos el estudio no reveló trompas, sino ligamento redondo.
- 19.- La esterilización quirúrgica se ha estado usando por años en nuestro país pero por ser un método definitivo o sea irreversible, no es de los más adecuados para controlar la natalidad. Otras desventajas del método son su alto precio y su riesgo consecutivo. Los métodos anticonceptivos de tipo transitorio o reversible son preferibles para controlar la natalidad en los distintos núcleos familiares.

RECOMENDACIONES:

- 10.- La esterilización quirúrgica es un buen método para evitar la procreación en mujeres en las cuales esta contraindicando un -- nuevo embarazo. Es recomendable otorgárseles únicamente a estas. En pacientes sanas, jóvenes y con pocos hijos es recomendable usar los métodos reversibles para limitar la familia.
- 2.- La esterilización de Pomeroy modificada a pesar de haber fracasado en dos de nuestros pacientes, es un método seguro y deberá usarse en la esterilización después del parto vaginal. En las esterilizaciones durante la operación cesárea no se encontró fracasos. El método de Pomeroy Modificado que fue el -- más usado en estos casos es muy efectivo y por lo tanto recomendable. El método que se viene practicando en este hospital desde hace como ocho años es el de Pomeroy-Madlener, pero desgraciadamente este procedimiento muchos médicos lo reportan como Pomeroy Modificado. De modo que el dato tiende a aparecer falso al respecto. Dicho método consiste en pinzar un asa de -- trompa de falopio, ligarla por debajo de la pinza con seda o algodón con hilos individuales por cada cabo y luego cortar el asa. Este es el método más recomendable por su seguridad, como lo ha demostrado con el correr del tiempo, y por su sencillez y se puede realizar en el período postparto o postcesárea. Al practicar la operación se debe identificar bien la trompa de falopio buscando como guía la fimbria, para evitar ligar el ligamento redondo en vez de la trompa.

- 3.- Cada paciente que se va a esterilizar debe ser estudiado a fondo para evitar desenlaces fatales. Se debe elegir el anestésico adecuado para cada caso. Es recomendable el uso de la anestesia local, pues es el método más inocuo.
- 4.- Cada paciente esterilizada debe ser controlada a corto y a largo plazo, con exámenes periódicos y estudiar a fondo las consecuencias de la operación. Esto dará más luz sobre cuales son las reacciones de estas pacientes cuando se ven desprovistas de la capacidad procreadora.
- 5.- A las pacientes menores de 30 años de edad que desean evitar -- más hijos es conveniente aconsejarles un método reversible. Lo mismo se debe hacer con las pacientes de 40 años ó mas, quienes, como se sabe, ya están próximas a alcanzar la menopausia; así -- se evitará hacerles una operación innecesaria.
- 6.- Es necesario crear clínicas Anticonceptivas en cada una de las ciudades importantes del país, para que las pacientes en edad -- fértil, reciban consejos e indicaciones de como planificar su -- familia, en vez de ir al Hospital en busca de esterilización -- quirúrgica.
- 7.- Se debe interesar al estado para que emita reglamentos para regular la esterilización en la consulta privada pues a veces dicha operación se realiza en pacientes jóvenes con uno ó dos hijos.

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

- 1.- Tietze, Christopher. *Induced abortion and sterilization as -- Methods of Fertility control. National Committee on Maternal - Health, Inc. New York. Publication. No. 27. 1. 1966.*
- 2.- Greenhill, J. P. *The Year book of Obst. & Gin. Chicago. Year - Book Medical Publishers Inc. 1965- 1. 1966 - p. 589.*
- 3.- Lee, J.G., Randall, J. H. and Keetel, W. C. *Tubal Steriliza-- tion; a review of 1169 cases. American Journal of Obstetrics and Gynecology. 62 (3): 568-575, 1. 1951.*
- 4.- Garb, Allen E. A. *review of tubal sterilization failures. Obs- tetricial and Gynecological Survey. 12 (3): 291-305. 1.1957.*
- 5.- Knight, R. V. D. *Tubal sterilization. Obstetricial and Gineco- logical Survey. 51: 201. 1. 1946.*
- 6.- Campbell, Ralph. *Situación legal del aborto terapéutico y de la esterilización en E.E.U.U. Clínicas Obstétricas y Ginecoló- gicas. 7: 22-36, 1. 1964.*
- 7.- Calderone, Mary, S. *Técnicas anticoncepcionales. México. Edi- torial Interamericana. 223-237. 1. 1964.*
- 8.- Greenhill, J. P. *Tendencias mundiales acerca del aborto tera- péutico y la esterilización. Clínicas Obstétricas y ginecoló- gicas. 7: 37-42. 1. 1964.*
- 9.- Overstreet E. W. *Técnicas de esterilización. Clínicas Obstétri- cas y Ginecológicas. 7: 109 - 125. 1. 1964*

- 10.- Colorado, A. Esterilización Quirúrgica. Universidad de El Salvador, Facultad de Medicina, 1957. Tesis Doctoral.
- 11.- López, César Emilio. Obstetricia Social- San Salvador, El Salvador, C.A. Ministerio de Cultura. 1935 - 566 p.
- 12.- López, César Emilio. El Servicio de Maternidad en El Hospital Rosales, San Salvador, El Salvador, Ministerio de Cultura C.A. 1955 - 628 p.
- 13.- Eastman J.J. Hazards of pregnancy and Labor on the "Grande Multipara. New York Journal of Medicine 40: 1708 1. 940.
- 14.- Ramírez Muñoz, J.A. Aborto como causa de muerte materna. Universidad de El Salvador, Facultad de Medicina, 1965. Tesis -- doctoral.
- 15.- Prytowsky, H. and Eastman N.J. : Puerperal tubal Sterilization J.A.M.A. 158: 463 1. 955.
- 16.- Te Linde. Gynecología operatoria. 3a. ed. Buenos Aires. Editorial Bernades 1. 966. 657-668.
- 17.- Gronhill J. P. Obstetrics; 13th ed. Philadelphia, Saunders -- Company. 1965. 1188 p.
- 18.- Bustamante, Jorge. El problema médico en el control de la natalidad. XVII Congreso Médico Nacional, San Salvador, El Salvador, 1966.- 14 p.