

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO**

**EMBARAZOS EN PACIENTES CON PLASTIA TUBARIA
CON ANTECEDENTES DE POMEROY, HOSPITAL NACIONAL
DE OCCIDENTE 2005-2010**

ENMA MARIELA ORTIZ BARRIOS

Tesis

**Presentada a las autoridades de la
Escuela de Estudios de Post Grado de la
Facultad de Ciencias Medicas
Maestría en Ginecología y Obstetricia
Para obtener el Grado de
Maestra en Ciencias en Ginecología y Obstetricia**

Febrero del 2013

INDICE DE CONTENIDOS

I.	INTRODUCCION	1
II.	ANTECEDENTES.....	3
	2.1 Generalidades.....	5
	2.2 Técnicas quirúrgicas.....	7
III.	OBJETIVOS.....	16
	3.1 General.....	16
	3.2 Específicos.....	16
IV:	MATERIALES Y METODOS.....	17
	4.1 Tipo de Estudios.....	17
	4.2 población.....	17
	4.3 muestra.....	17
	4.4 Criterios de inclusión.....	17
	4.5 Criterios de Exclusión.....	17
	4.7 Cuadro de Variables	18
	4.8 Instrumento.....	19
V.	RESULTADOS	20
	5.1 Tabla 1.....	20
	5.2 Tabla 2.....	20
VI.	Discusión y Análisis.....	25
	6.1 Discusión.....	25
	6.2 Conclusiones.....	29
	6.3 Recomendaciones.....	30
VII.	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	31
VIII.	ANEXOS.....	33

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
MAESTRIA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
HOSPITAL NACIONAL DE OCCIDENTE

RESUMEN

EMBARAZOS EN PACIENTES CON PLASTIA TUBARICA Y ANTECEDENTES DE
POMEROY HOSPITAL NACIONAL DE OCCIDENTE 2005-2010.

Dra. Enma Ortíz Barrios

Residente de Ginecología y obstetricia.

Según estudios realizados indican que después de una plastia Tubárica existe un 81% de embarazos. Cuando la anastomosis es ístmico-ístmica, donde más similares en diámetro sean los segmentos a anastomosar, mejor es el pronóstico. Por lo anterior mencionado se decide realizar el presente estudio Retrospectivo- Prospectivo, Descriptivo en pacientes que se realizaron plastia Tubárica con antecedentes de Pomeroy en el departamento de Ginecología y obstetricia del Hospital nacional de Occidente durante los años 2,005-2010 con el objeto de determinar la Tasa de embarazos en pacientes, la edad y el procedimiento quirúrgico, el tipo de hilo y otros factores.

Se elaboró para tal efecto una boleta de recolección de datos para anotar la información encontrada en los expedientes clínicos de cada paciente, excluyendo los casos que no cumplieran los criterios de inclusión de esta investigación, encontrándose una población de 30 pacientes, las cuales se habían realizado Plastia Tubárica en el Hospital Regional de Occidente.

Se determinó que, de las 30 pacientes estudiadas, sólo 10 (33.34%) *presentaron* embarazo, y que el tiempo transcurrido de la plastia Tubárica al embarazo fue 70% más de 1 año. De las cuales el 90% lo logro con haber transcurrido 3 a 4 años de Pomeroy a plastia Tubárica. Que de estas pacientes el rango de edad fue de 26 a 30 años con un 80% y la técnica que se realizo fue la anastomosis término – terminal con 100%. Y la sutura que más se utilizo fue Vicryl 6-0 con 90%. Además ninguna paciente tuvo complicaciones durante el embarazo y llegaron a término.

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
MAESTRIA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
HOSPITAL NACIONAL DE OCCIDENTE

ABSTRACT

**PREGNANCY IN PATIENTS WITH PLASTIA POMEROY TUBAL AND BACKGROUND OF
THE WEST NATIONAL HOSPITAL 2005-2010.**

Dr. Enma Ortiz Barrios

Resident of Gynecology and Obstetrics.

Studies have shown that after Tubal there plasty 81% of pregnancies. When the isthmic-isthmic anastomosis is where more similar in diameter to be anastomosed segments are, the better the prognosis. For the above mentioned was decided to conduct this study Retrospective-Prospective, Descriptive in patients who underwent angioplasty with a history of Pomeroy Tubal in the department of gynecology and obstetrics at the National Hospital of the West during the years 2.005 to 2010 in order to determine the pregnancy rate in patients, the age and the surgical procedure, the yarn type and other factors. Was elaborated for this purpose a ballot data collection to record the information found in medical records of each patient, excluding cases that did not meet the inclusion criteria of this research, finding a population of 30 patients, which had been made Tubal plasty in the Regional Hospital of the West. It was determined that, of the 30 patients studied, only 10 (33.34%) were pregnant, and that the time of angioplasty Tubal pregnancy was 70% over 1 year. Of which 90% have passed achievement with 3 to 4 years to Pomeroy Tubal plasty. Which of these patients the age range was 26 to 30 years with 80% and the most effective technique was the anastomosis - terminal with 100%. And the most widely used suture was Vicryl 6-0 with 90%. Moreover, no patient had complications during pregnancy to term.

AGRADECIMIENTOS

A DIOS:

Por haber derramado sabiduría disciplina y paciencia, para discernir palabras de inteligencia, para recibir la corrección que dan la prudencia, la rectitud, la justicia y equidad, para infundir sagacidad en los inexpertos, para amar a mis semejantes como a Dios mismo.

A MIS PADRES:

Leonel Aroldo Ortíz Obregón

Enma Corinda Barrios Herrera

Por su amor, confianza, comprensión, como un tributo a su esfuerzo, cariño y amor que me han brindado.

A MIS HERMANOS:

María Isabel Ortíz Barrios

Dina Mabel Ortíz Barrios

Leonel Aroldo Ortíz Barrios

Por su cariño incondicional

A MI ESPOSO Y MI HIJA:

Por ser lo más precioso que Dios me ha regalado.

A MIS CUÑADOS (AS):

Por haber contribuido de una u otra forma en el mi vida estudiantil.

A LA TRICENTENARIA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA, QUE ME HA VISTO NACER, Y CRECER EN EL EJERCICIO PROFESIONAL.

I. INTRODUCCIÓN

Se define como Plastia Tubárica al procedimiento quirúrgico que consiste en la reanastomosis de la trompa uterina utilizando las diferentes técnicas bien sean laparoscopias o con laparotomía para poder restablecer la fertilidad.

El éxito en la cirugía de la infertilidad depende de la selección de las pacientes y de la realización de una técnica quirúrgica cuidadosa, conservando tanto tejido Tubárica como sea posible. Así mismo los cuidados postquirúrgicos deben ser los adecuados.

Existen varias pruebas para demostrar la permeabilidad Tubárica. La introducción de una sonda por la trompa; sin embargo, con aplicaciones muy limitadas. En la actualidad, el método más utilizado es el relleno retrogrado con solución de índigo carmín.

Durante el desarrollo de esta investigación se realizó un estudio Retrospectivo-Prospectivo Descriptivo la metodología fue así, se utilizó la revisión de los expedientes la cual se estudiaron a 30 pacientes, que fueron clasificadas en grupos etarios, de los cuales el comprendido entre los 26 y los 30 años ha sido el de mayor frecuencia, con 20 casos representando el 66.67% del total de pacientes estudiadas. De totalidad de las pacientes fueron sometidas a oclusión Tubárica bilateral.

Se tomó en cuenta además el tiempo transcurrido entre la OTB y el momento de realizarse la plastia Tubárica, 12 pacientes, que representaron la mayor frecuencia y pertenecían al grupo en el cual había transcurrido un período de entre 5 y 6 años. De los múltiples métodos que pueden utilizarse para la plastia Tubárica se evidenció que la anastomosis término terminal fue la más empleada, aplicada esta técnica en los 30 casos, es decir en el 100% del total de la población sometida al estudio.

10 pacientes lograron un embarazo, en su mayoría después del año de haberse realizado el procedimiento de plastia Tubárica. Entre las recomendaciones que es importante saber cuál es la edad de la paciente para poder determinar el éxito de embarazo ya que según el estudio pues el predominio de edad fue importante y el rango fue bien marcado entre 26 a 30 años.

Además con este estudio se pudo clasificar mejor a la paciente para ser buena candidata de éxito para lograr un embarazo después de una recanalización Tubárica. Además se tiene recomendación dar un Plan Educativo a las pacientes que desear realizarse la plastia Tubárica y la que no cumplan los requisitos como una edad adecuada y otros factores que existen, y que estos nos traigan complicaciones. No se les podrá realizar dicho procedimiento.

II. ANTECEDENTES

Plastia Tubárica procedimiento quirúrgico que consiste en la reanastomosis de la trompa uterina utilizando las diferentes técnicas bien sean laparoscopias o con laparotomía para poder restablecer la fertilidad.

En todos los países el control de la natalidad es un tema importante en Salud Pública, siendo el desarrollo de los diferentes métodos anticonceptivos uno de los avances más significativos en esta área, sin embargo, a pesar de existir múltiples métodos de efecto transitorio, la esterilización Tubárica es aun frecuentemente utilizada en el mundo entero (1)

Se realizó un estudio en la Universidad de Chile en pacientes que solicitaron plastia Tubárica por haberse realizado Pomeroy o colocado anillos de silastic y en donde se alcanzaron tasas de embarazos hasta el 70%.

Se realizó un estudio en el año 1972 a 1993 donde se intervinieron 53 pacientes con patología Tubárica obstructiva del Servicio de Ginecología de la Maternidad Concepción Palacios de las cuales se excluyeron 23 de la muestra por desconocer si había ocurrido embarazo, abandono del seguimiento o patologías agregadas que alteren el proceso.

Este estudio tiene como objetivos hacer una síntesis de la historia y técnicas utilizadas en la reanastomosis Tubárica, revisar los criterios de selección de las pacientes y las características del estudio preoperatorio, analizar los factores pronósticos tales como: edad de la paciente, tipo de esterilización realizada, longitud de la trompa remanente, tiempo transcurrido desde la esterilización, zona de anastomosis, factores asociados de infertilidad y comparar en término de tasas de embarazo, los resultados de la laparotomía y la laparoscopia como técnicas de reanastomosis Tubárica .

Varios estudios coinciden en que la longitud total de la trompa luego de la cirugía sería el factor más importante en el pronóstico. Henderson (14) concluye que si se multiplica el largo de la trompa por factor 10 se obtiene un valor aproximado de la tasa de embarazo, por ejemplo, con longitudes tubarias de 5 cm obtuvo una tasa de embarazo de 47%. Silber y Cohen (15) reportan que las tasas de embarazo fueron significativamente más bajas cuando el largo total de la trompa era menor a 4 cm. Sin embargo, Séiler (16) y Kim y cols (10) en

sus respectivas publicaciones señalan que el largo de la trompa no influye mayormente en los resultados.

En el presente estudio se determinó la tasa de embarazos en pacientes que se realizaron plastia Tubárica con historia de Infertilidad secundaria a haberse realizado oclusión Tubárica bilateral se identificó al mismo la edad de las pacientes que se realizaron plastia Tubárica, el procedimiento de reanastomosis Tubárica que tuvo más éxito en las pacientes que se realizaron plastia Tubárica y algunos factores que pudieron influir en una Plastia Tubárica exitosa en el Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional de Occidente.

En relación a la localización de la anastomosis Tubárica, Henderson (14) reporta un 81% de embarazos cuando la anastomosis es ístmico-ístmica, concluyendo que mientras más similares en diámetro sean los segmentos a anastomosar, mejor es el pronóstico. Pero no todos llegan a esa conclusión, en otros trabajos no se encontró diferencias significativas en los resultados de fertilidad considerando el tipo de anastomosis realizada (ístmico ampular o ístmico-ístmica), ni siquiera si la cirugía se realizó uni o bilateralmente (7, 12,13).

Ya que se tiene también el conocimiento que en estudios realizados en países desarrollados, la plastia Tubárica es más exitosa si la oclusión Tubárica bilateral fue realizada con anillos Young, con una tasa de embarazo hasta el 70 %, en comparación con las demás técnicas Además de la técnica, también han demostrado que el tiempo de evolución transcurrido desde la oclusión Tubárica bilateral hasta la plastia Tubárica está directamente relacionado con el éxito de la misma. Pretendimos con el presente estudio investigar qué es lo que sucede en nuestro medio y al mismo tiempo documentar la tasa de embarazos.

Cirugía reconstructiva de las trompas de Falopio

Indicaciones y contraindicaciones

1. El estudio pre quirúrgico ha mostrado una lesión de los órganos genitales que se puede reparar quirúrgicamente.
2. Se cumplen los otros requisitos para la concepción, a saber; que la edad de las pacientes es adecuada, que ovula, que se puede ajustar su ciclo y que su pareja tiene espermograma normal. Las indicaciones típicas para la microcirugía de la infertilidad son:

1. Esterilización previa
2. Oclusión Tubárica proximal
3. Oclusión Tubárica ampular
4. Fimosis Tubárica
5. Adherencias.

Los límites técnicos de la operabilidad tienen que ser determinados por cada cirujano, aunque existen varios criterios que contraindican la cirugía.

1. Tuberculosis Tubárica.
2. Oclusión Tubárica grave.
3. Trompas cortas, con ausencia de la porción ampular o las fimbrias después de una cirugía previa.
4. Longitud Tubárica estimada de menos de 4 cm tras la cirugía.
5. Adherencias densas y extensas tras una EIP recurrente.
6. Hidrosalpingitis grave, con gran distensión de las trompas y adelgazamiento de la pared Tubárica
7. Existencia de otros factores de infertilidad no tratables.

8. y mucho menos seguimiento a las pacientes para conocer, en cuanto a la efectividad de la plastia Tubárica y cuál es la técnica que tiene más éxito y a la vez conocer la tasa de fecundidad.

Estudio pre quirúrgico

En el estudio pre quirúrgico son de especial importancia la histerosalpingografía y la laparoscopia. Estos métodos se complementan entre si. La histerosalpingografía proporciona información acerca del estado de la cavidad uterina y a la luz de las trompas, mientras que con la laparoscopia evaluamos la apariencia externa del aparato genital y las estructuras que lo rodean.

La laparoscopia debe confirmar el tipo, localización y extensión de cualquier patología en la pelvis. Se recomienda el uso de la clasificación por estadios tanto en la endometriosis (American Fertility Society, 1988) como en las enfermedades inflamatorias (Hulka et al., 1978). Es preferible que el diagnóstico laparoscópico lo realice el mismo equipo quirúrgico.

Teóricamente se pueden hacer en la misma sesión la laparoscopia y la laparotomía. Pero es útil separar ambas intervenciones, ya que la información que proporciona la laparoscopia se puede usar para llegar a un diagnóstico preciso ayudando a planificar la cirugía. (12)

Estudios de permeabilidad Tubárica En cualquier intervención para tratar la oclusión Tubárica hay que comprobar su permeabilidad antes, durante y después del acto quirúrgico. Además de la histerosalpingografía, la técnica utilizada más frecuentemente es la cromoscopia.

Existen varias pruebas para demostrar la permeabilidad Tubárica. La introducción de una sonda por la trompa tiene unas aplicaciones muy limitadas. Solamente demuestra la permeabilidad de los dos tercios o tres cuartos distales de la trompa. Las Adherencias parciales, los repliegues de la mucosa o un istmo muy estrecho pueden simular una oclusión Tubárica.

El relleno anterógrado de las trompas desde las fimbrias se ha abandonado. Se utilizaba una sonda de Foley del número 8 y el extremo distal de la trompa se cerraba llenando ligeramente el balón de la sonda.

El método más utilizado en la actualidad es el relleno retrogrado con solución de índigo carmín. Con la técnica transmural se ocluye el canal cervical a nivel del segmento uterino

inferior con una pinza de Collins modificada, inyectándose el colorante a través de una cánula que atraviesa la pared uterina.

La colocación adecuada de la punta de la cánula en la cavidad uterina puede ser difícil, se hace mejor en el fondo uterino. Con la técnica transcervical se introduce una sonda de Foley pequeña en la cavidad uterina a través de la vagina y el cérvix.

En cualquier caso, es preferible utilizar el inyector uterino de Harris. También se utilizan una cánula con balón o un adaptador cervical flexible. (12, 13 14)

Técnica microquirúrgica

Para el tratamiento quirúrgico de la fertilidad son preferibles las técnicas microquirúrgicas. Los objetivos son conseguir un alineamiento y una coaptación exactos de los planos de los tejidos y evitar la aparición de adherencias y cicatrices. Para conseguirlo es preciso tomar las siguientes medidas.

1. Una incisión abdominal adecuada para lograr una buena exposición del campo quirúrgico (por una incisión transversa con sección de los músculos rectos o su separación de la sínfisis del pubis).
2. Elevación de los órganos pélvicos, introduciendo un taponamiento vaginal o un taponamiento del espacio de Douglas con compresas húmedas, dentro de un envoltorio de plástico, si es preciso.
3. Colocación de los anejos sobre una hoja de Silastic para anastomosis, fimbrioplastia o salpingoneostomía.
4. Irrigación continua de los tejidos con solución de Ringer lactato, para evitar la deshidratación de los tejidos.
5. Uso de instrumental de microcirugía.
6. Hemostasia meticulosa con un microelectrodo fino monopolar o con pinzas bipolares.
7. Cierre de todos los defectos peritoneales, siempre que sea posible. Si es preciso se hará un colgajo peritoneal de la pared abdominal. Si es preciso, se hará un colgajo peritoneal de la pared abdominal. Otra alternativa es utilizar intercede o una membrana de Gore-tex

8. Utilizar agujas a traumáticas finas con hilos sintéticos reabsorbibles o no reabsorbibles (de 6-0 u 8-0).
9. Para conseguir una mejor coaptación de los bordes de los tejidos se pueden usar “splints” (fijadores provistos de hilos sintéticos delgados) para establecer un puente entre ambos extremos. Se deben retirar al finalizar la intervención, ya que pueden predisponer a la infección y la fibrosis si se dejan demasiado tiempo. (14)

Anastomosis Tubárica (anastomosis tubotubarica, anastomosis termino terminal)

Indicaciones La anastomosis de las porciones ístmicas y ampular de la trompa está indicada en la reversión de la esterilización, en la oclusión Tubárica tras una Salpingectomía parcial por un embarazo ectópico (menos frecuente) y en la oclusión Tubárica secundaria a inflamación o endometriosis.

Técnica

En primer lugar, se explora la permeabilidad Tubárica de la porción ístmica de la trompa hasta la zona de la oclusión. Para cerrar al cérvix preferimos las pequeñas pinzas cervicales diseñadas por Soonawala, que son una modificación de las pinzas de Collin. Utilizando el microscopio operatorio o lentes de aumento se extirpan las adherencias y cualquier tejido fibrotico que pueda haber entre los dos extremos de la trompa a lo largo del mesosalpinx con el microelectrodo unipolar. Los vasos se ligan con hilos de 6-0. Se aviva

El extremo ístmico de la trompa, cortando delgadas capas con un bisturí pequeño, hasta alcanzar tejido sano. Cualquier vaso sangrante se coagula con el electrodo unipolar o bipolar. Se introduce una pequeña sonda desde el extremo de las fimbrias a lo largo de la trompa y se realiza una incisión en el extremo ocluido del segmento Tubárica ampular.

Para conseguir una aposición exacta de la luz de ambos extremos Tubárica es útil utilizar una guía semirrígida (splint) introducida por el interior de la sonda. Se coloca la guía en el extremo hueco de esta y se empuja a través del segmento ampular de la trompa hasta que aparezca en el extremo fimbrial. Entonces se introduce por la porción proximal de la trompa y se avanza cuidadosamente por la misma hasta la cavidad uterina. Algunos cirujanos omiten este paso, ya que la guía puede lesionar la mucosa Tubárica. Se aproximan las dos secciones de la trompa por medio de un punto de fijación en el mesosalpinx con hilo de 6-0.

(15) Después se realiza la anastomosis Tubárica, con dos planos de suturas de 8-0 o 9-0 reabsorbible o no.

El cierre de la capa muscular se empieza desde el lado mesentérico, dando un punto de las 6 horas de reloj. Habitualmente hacen falta entre 4 y 6 puntos; se situaran de tal manera que los nudos queden hacia el exterior. Hay que intervenir coger el tejido con pinzas, para no lesionarlo.

Para hacer la sutura se debe empujar el tejido contra la aguja mediante contrapresión. Habitualmente es preferible anudar los hilos al finalizar la colocación de las suturas. Se cierra posteriormente el peritoneo de la trompa y el mesosalpinx con una sutura discontinua o dos semicirculares continuas, que empiezan en el lado antimesenterico de la trompa. No se deben dejar defectos peritoneales abiertos.

Cuando se ha terminado la anastomosis, la guía se retira desde el extremo fimbrial de la trompa. Se puede evaluar la permeabilidad Tubárica mediante la inyección intrauterina de contraste. (16)

Modificaciones

Si los dos extremos de la trompa que hay que unir tienen sus luces de diferente tamaño, podemos aplicar varias técnicas.

- a) Podemos reducir el tamaño del extremo tubárico ampular mediante unas suturas transversas en el lado antimesenterico.
- b) Podemos abrir por su lado antimesenterico la luz más pequeña en el extremo ístmico de la trompa, en una extensión de unos 3 mm, y de este modo la ensanchamos. Hay que asegurar los ángulos para evitar desgarros.
- c) Los puntos de la sutura muscular se colocan más juntos en la porción ístmica y algo mas separados en la porción ampular. No está claro si el uso de suturas reabsorbibles (acidopoliglicolico, poliglactina o polidioxano) es preferible al uso de suturas no reabsorbibles (nylon, por ejemplo). Los experimentos en animales han proporcionado resultados contradictorios. En las mujeres en las que se hizo la esterilización Tubárica con anillos o clips, hay que extirpar el cuerpo extraño que ha sido cubierto por el peritoneo, junto con el tejido fibrotico que rodea la trompa. (17)

Microcirugía

Con el éxito logrado con las técnicas de reproducción asistida y sus altas tasas de embarazo muchos consideran que la cirugía Tubárica ha pasado a ser un procedimiento obsoleto. En pacientes bien seleccionadas, la microcirugía Tubárica puede conseguir iguales resultados y algunas veces superiores que las técnicas de reproducción asistida. Walz en 1959 usó por primera vez el microscopio para reparación Tubárica.

Paterson, Wood (1974) en Australia y Winston y McClure - Browne (1974) en Inglaterra adaptaron sus investigaciones en humanos con el empleo de magnificación de imágenes con un microscopio. Después de muchas investigaciones la microcirugía Tubárica fue establecida como un procedimiento rutinario de la trompa.

La microcirugía ha demostrado tener mejores resultados que la microcirugía. La técnica involucra no sólo el uso de un microscopio, sino también un cambio en la filosofía de la técnica quirúrgica. Esto se basa en la manipulación cuidadosa de los tejidos, el empleo de amplificación, el empleo de suturas finas en general no reabsorbibles y la peritonización de áreas cruentas. Un problema mayor en la cirugía Tubárica consiste en la formación de adherencias post operatorias. Esto ha cambiado con la microcirugía. Se ha dicho mucho sobre el uso de coadyuvantes tales como, esteroides, dextrano 5%, grandes cantidades de solución de dextrosa y membranas artificiales en la prevención de la formación de adherencias y al respecto hay muchas publicaciones.

Pero nada de esto puede remplazar una buena técnica quirúrgica. La selección de pacientes, como cualquier otro tipo de tratamiento en medicina, es muy importante para obtener buenos resultados. La valoración de la enfermedad Tubárica distal y la selección para cirugía puede ser difícil. Frecuentemente la valoración del daño varía de un lugar a otro, y en este grupo heterogéneo de pacientes los resultados pueden ser impredecibles.

La anastomosis Tubárica microquirúrgica ha sido ofrecida a las pacientes que han sido esterilizadas y con deseo de embarazo durante las tres últimas décadas con técnicas en general similares usando los principios de la microcirugía, siendo reportadas numerosas casuísticas. (18, 22, 23)

Desde la introducción de las técnicas microquirúrgicas en cirugía Tubárica por Swolin (6), un gran número de cirujanos las adoptaron, como lo muestran las publicaciones de Winston y

Gomel (7,8). La técnica más frecuentemente usada es la anastomosis en dos planos (muscular y muscular-serosa), usando puntos separados de sutura ultrafina (7/0 u 8/0).

La magnificación se obtiene con un microscopio operatorio. La sección de la trompa se debe realizar al menos a 5 mm por fuera de la cicatriz de la ligadura. Esta distancia fue recientemente confirmada por Li y cols (9), en su trabajo, el epitelio de trompas normales y ligadas fue estudiado mediante microscopia electrónica.

Hasta una distancia de 5 mm de la cicatriz existe una alteración importante de los cilios del endosápinx que se encuentra normal a una distancia mayor. Con el uso de la microcirugía el 60-90% de las pacientes logra un embarazo a término, Kim y cols (10) con una importante serie de 1118 casos de reanastomosis Tubárica por microcirugía abierta realizadas entre 1980 y 1991, muestran una tasa de embarazo global de 54,8% (505/922), tasa de partos de 39,7% (366/922) y una tasa de embarazo ectópico de 5% (47/922). La mayoría de los embarazos ocurrió durante el primer año de seguimiento (80%), con un intervalo medio de 5,34 meses. La indicación de la cirugía de reanastomosis Tubárica debe realizarse sólo después de una evaluación médica y psicológica completa, debe incluir el diagnóstico de la situación familiar y de pareja, considerando las motivaciones para realizar el procedimiento.

Todas las parejas deben recibir información completa respecto a la cirugía. Una vez que está tomada la decisión, se indica un estudio preoperatorio sistemático incluyendo espermograma, diagnóstico de ovulación y descarte de infecciones. La histerosalpingografía no sería necesaria en todos los casos, solo sería útil en aquellas pacientes en las que no se cuenta con el protocolo quirúrgico de la esterilización (18).

Cabe hacer notar que luego del estudio preoperatorio no todas las pacientes cumplen con los criterios mínimos como para realizar la cirugía, Antoine y cols (12), analizaron 377 solicitudes de reanastomosis, señalando que el 40% no se operó por haber comprobado daño tubario excesivo en la histerosalpingografía o durante la laparoscopia diagnóstica.

El único criterio para evaluar el éxito de una reanastomosis es el embarazo a término y en general es difícil determinar con exactitud cuáles son los factores en orden de relevancia que influyen en el éxito de la cirugía (10), ya que existen elementos confundentes y no evaluados en todos los registros, como por ejemplo la experiencia del cirujano.

Sin embargo, es de conocimiento general que los resultados están fuertemente influenciados por la edad de la paciente, la longitud de la trompa remanente, la zona en la que se va a realizar la anastomosis, el tiempo transcurrido desde la esterilización, el tipo de esterilización realizada, y factores asociados de infertilidad. Estos criterios se aplican antes o durante la cirugía y se usan para estimar la posibilidad de éxito, sin embargo, la importancia relativa de cada uno de estos factores, y las técnicas usadas tienen variaciones importantes en la literatura. (24,25 26)

A pesar de que la edad de la paciente es un factor pronóstico indiscutido de fertilidad, su evaluación como factor único es difícil. Generalmente las pacientes mayores tienen intervalos más largos entre la esterilización y la cirugía, alteraciones de la función ovárica, parejas mayores.

A pesar de lo evidente de la importancia de la edad, en el estudio de Kim y cols (10), en 1118 casos, encontraron que entre los 35 y 40 años no hay una disminución en las tasas de embarazo, ya que se obtuvieron gestaciones intrauterinas en un 49,8% de las pacientes mayores de 35 años, 49,4% en las mayores de 37 y en 50% de las mayores de 40 años.

Esto se puede explicar porque la mayoría de las pacientes no tiene patología agregada de infertilidad y además tienen el antecedente, todas ellas de embarazos previos. Sin embargo, se debe considerar que hay una diferencia significativa si se compara el promedio de edad de las pacientes que se embarazaron (menor) con las que no lo lograron (mayor).

Según Dubuisson y cols (11) la edad sería el factor pronóstico más importante, considerando otros trabajos, como el de Glok y cols (13) que muestra tasas de parto de 14,3% luego de la reanastomosis en pacientes mayores de 40 años, quienes recomiendan que la cirugía debe realizarse en pacientes entre 40 y 45 años sólo si están muy motivadas y muy bien informadas.

Varios estudios coinciden en que la longitud total de la trompa luego de la cirugía sería el factor más importante en el pronóstico. Henderson (14) concluye que si se multiplica el largo de la trompa por factor 10 se obtiene un valor aproximado de la tasa de embarazo, por ejemplo, con longitudes tubarias de 5 cm obtuvo una tasa de embarazo de 47%.

Silber y Cohen (15) reportan que las tasas de embarazo fueron significativamente más bajas cuando el largo total de la trompa era menor a 4 cm. Sin embargo, Séiler (16) y Kim y cols

(10) en sus respectivas publicaciones señalan que el largo de la trompa no influye mayormente en los resultados. (19

En relación a la localización de la anastomosis Tubárica, Henderson reporta un 81% de embarazos cuando la anastomosis es ístmico-ístmica, concluyendo que mientras más similares en diámetro sean los segmentos a anastomosar, mejor es el pronóstico.

Pero no todos llegan a esa conclusión, en otros trabajos no se encontró diferencias significativas en los resultados de fertilidad considerando el tipo de anastomosis realizada (ístmico ampular o ístmico-ístmica), ni siquiera si la cirugía se realizó uni o bilateralmente (20, 21).

Cuando se trata de evaluar el intervalo de tiempo entre la esterilización y la reanastomosis, estudios de microscopia electrónica muestran una atrofia relativa de la mucosa de la trompa proximal cuando han transcurrido más de 5 años desde la esterilización. Vásquez y cols (22) estudiaron específicamente los cambios histológicos de la trompa de acuerdo al tiempo transcurrido después de la esterilización y en general no existe un incremento en las anomalías como por ejemplo: alteración de los pliegues tubáricos, desciliación, poliposis y otras alteraciones del istmo tubario que se producen cuando hay una obstrucción crónica.

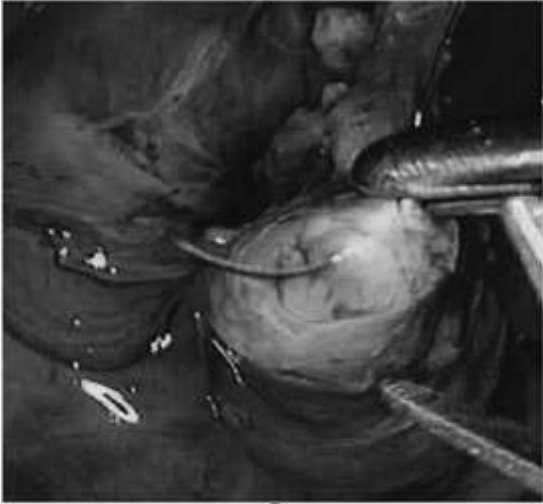
Cuando se realiza la evaluación clínica, la mayoría de los estudios muestra que en general no hay diferencia en las tasas de embarazo entre las pacientes operadas a diferentes intervalos entre la esterilización y la cirugía reconstructiva.



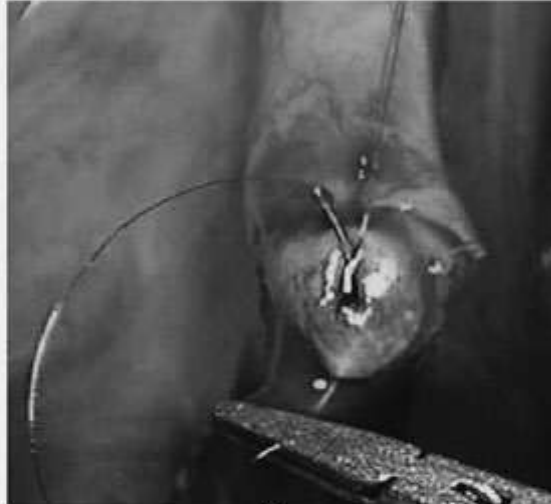
A



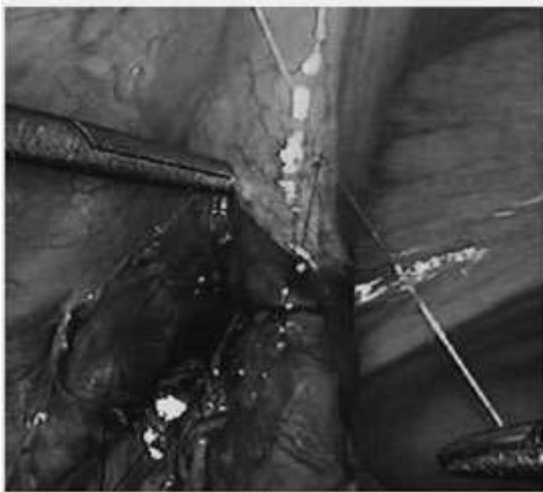
B



C



D



E



F

Figura 1. a) Técnica microlaparoscópica. Infiltración del mesosalpinx. b) Técnica microlaparoscópica. Sección de la trompa. c) Técnica microlaparoscópica. Primer punto, cabo distal a 6 horas, exterior-interior. d) Técnica microlaparoscópica. Segundo punto, cabo proximal exterior-interior. e) Técnica microlaparoscópica. Nudos intracorpóreos. f) Técnica microlaparoscópica. Visión final.

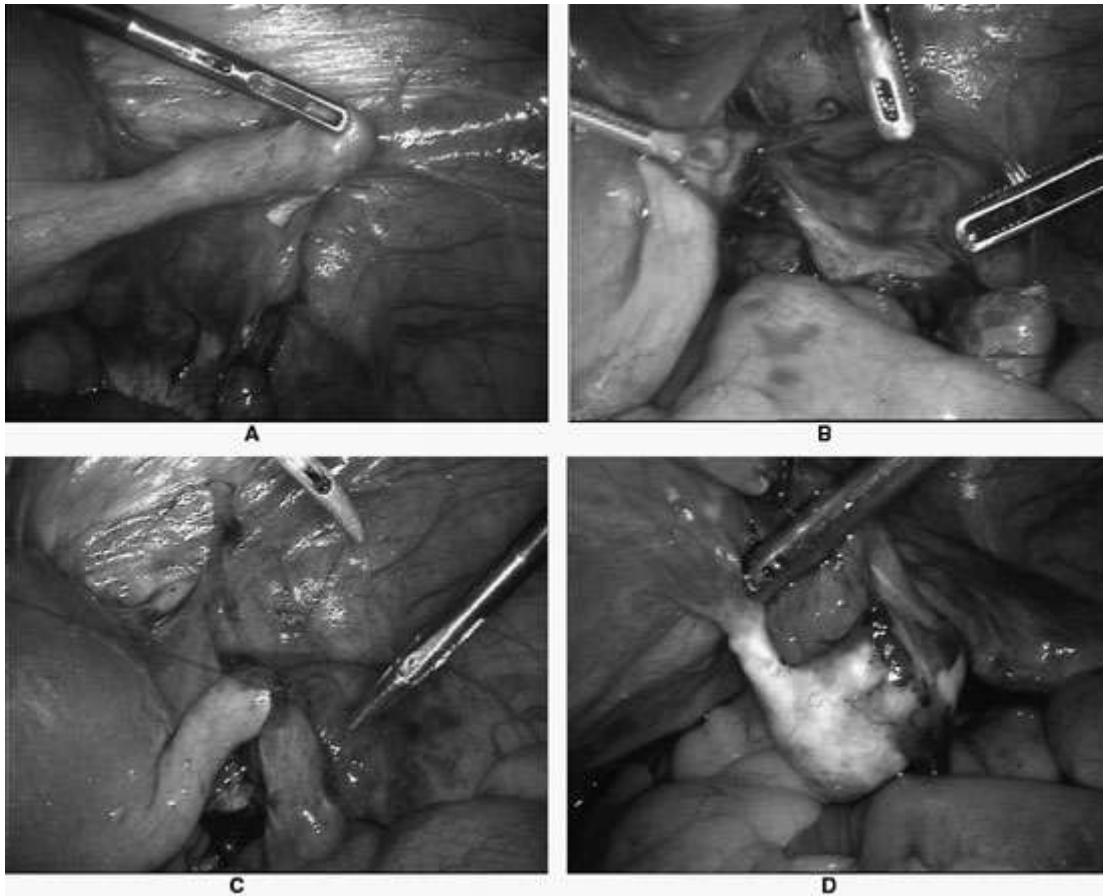


Figura 2. a) Técnica endoscópica habitual. Toma del cabo proximal de la trompa. b) Técnica endoscópica habitual. Inserción del catéter guía. c) Técnica endoscópica habitual. Sutura con un punto, nudo extracorpóreo. d) Técnica endoscópica habitual. Resultado final.

III.OBJETIVOS

3.1 GENERAL:

3.1.1 Determinar la tasa de embarazos en pacientes con plastia Tubária con antecedentes de Pomeroy.

3.2 ESPECIFICOS:

3.2.1 Determinar la edad de las pacientes que se realizaron plastia Tubária con antecedentes de Pomeroy.

3.2.2 Identificar que procedimiento quirúrgico de Plastia Tubaria tuvo más éxito.

3.2.3 Establecer los factores que puedan influir en una Plastia Tubária exitosa.

IV. MATERIAL Y METODOS

4.1 Tipo de Estudio:

Retrospectivo- Prospectivo Descriptivo

4.2 Población en Estudio:

Solo las pacientes que se realizaron Plastia Tubária con historia de Infertilidad Secundaria a Pomeroy en el Departamento de Ginecología en el periodo de enero 2005 a 2010.

4.3 Muestra:

Total de pacientes que se realizaron Plastia Tubária con historia de Infertilidad Secundaria a Pomeroy en el Departamento de Ginecología y Obstetricia en el periodo de Enero 2005 a 2010

4.4 Criterios de Inclusión:

Todas las pacientes con historia de Infertilidad Secundaria a Pomeroy que se realizaron Plastia Tubária en el Departamento de Ginecología y Obstetricia en el periodo de Enero 2005 a 2010

4.5 Criterios de Exclusión:

Pacientes con historia de Infertilidad Secundaria a otro problema que no es por Pomeroy que se realizaron Plastia Tubaria.

4.7 Variables

Oclusión Tubárica bilateral

Recanalización Tubárica bilateral

Tasa de embarazo

Técnica quirúrgica

Edad

VARIABLES

Variable	Definición conceptual	Definición Operacional	Escala de Medición	Tipo de Variable
Oclusión Tubárica Bilateral	Es un método anticonceptivo permanente para la mujer, que consiste en la Oclusión Tubárica bilateral de las trompas uterinas, con el fin de evitar la fertilización.	Obstrucción Tubárica por Histerosalpingograma	Si No	Cualitativa
Plastia Tubárica	Consiste en identificar los extremos de las trompas de Falopio, se libera el tejido de cicatrización que han formado y se unen con hilos especiales.	Anastomosis ístmico ampular Anastomosis ístmico-ístmica Anastomosis termino terminal.	Si No	Cualitativa
Embarazo	Y es el estado en él se encuentre la mujer gestante	El número de embarazo que logro en las pacientes que se realizaron plastia Tubárica	Si	Cualitativa

			No	
Periodo de la cirugía	Tiempo transcurrido de una cirugía a otra	Lo que se encuentre escrito en el expediente	6 meses 1 año Más de 1 año	Cuantitativa
Edad	Condición de tiempo transcurrido desde el nacimiento de una persona hasta la fecha actual	Lo que se encuentre escrito en el expediente	20-25 26-30 31-35 Mayor de 36	Cuantitativa

4.8 Instrumento

Boleta de Recolección de Datos.

V. RESULTADOS

Cuadro No. 1

Edad de pacientes

Edad	#	%
20 -25	04	13.33
26-30	20	66.67
31-35	04	13.33
36-40	02	6.67
Total	30	100%

Fuente: Boleta de recolección.

Cuadro No. 2

Tiempo transcurrido de Pomeroy a la plastia Tubária.

Tiempo	#	%
1-2 años	10	33.33
3-4 años	08	26.67
5 o más años	12	40.00
Total	30	100%

Fuente: Boleta de recolección de datos.

Cuadro No.3

Resultado de pacientes se realizaron Histerosalpingograma previo a la Plastia Tubaria

Resultado de Histerosalpingograma	#	
Trompas de Falopio Obstruidas	28	93.33
Obstrucción parcial	02	6.67
Total	30	100

Fuente: Boleta de Recolección de Datos,

Cuadro No. 4

Número de embarazos de las pacientes que se le realizaron Plastia Tubaria con antecedentes de Pomeroy.

Embarazo	#	%
Si	10	33.34
No	20	66.66
Total	30	100 %

Fuente: boleta de recolección de datos

Cuadro No. 5

Tipo de sutura en la plastia Tubária

Tipo de sutura	#	%
Vicril 4-0	12	40
Vicril 5-0	09	30
Vicril 6-0	09	30
Total	30	100

Fuente: boleta de recolección de datos.

Cuadro No. 6

Edad de embarazadas pos Plastia Tubária

Edad	#	%
20 -25	01	10
26-30	08	80
36-40	01	10
Total	10	100%

Fuente: boleta de recolección de datos.

Cuadro No. 7

Tiempo transcurrido de la plastia Tubária al embarazo

Tiempo	#	%
6 meses	01	10
1 año	02	20
Más de 1 año	07	70
Total	10	100%

Fuente: boleta de recolección de datos.

Cuadro no. 8

Técnica en las que presentaron embarazo.

Técnica	#	%
Anastomosis termino terminal	10	100
Total	10	100%

Fuente: boleta de recolección de datos.

Cuadro No. 9

Tipo de sutura que se utilizó en la Cirugía de las pacientes que tuvieron embarazo.

Tipo de sutura	#	%
Vicril 5-0	01	10
Vicril 6-0	09	90
Total	10	100

Fuente: boleta de recolección de datos

VI. ANÁLISIS Y DISCUSION.

De principio la idea nace de la necesidad de saber cuántos de los casos a los que se les sometió a Plastia Tubária habían logrado exitosamente quedar embarazadas.

Durante el proceso de investigación, se elaboró el anteproyecto que sería la base con la cual se partiría para poder así determinar con exactitud los datos que se necesitaría recompilar para el estudio. Se determinó así, realizar un estudio retrospectivo y prospectivo en donde se incluyeran a las pacientes que consultaran para recanalización mediante plastia Tubária, y se tomó como tiempo para la realización del trabajo de campo el período de 2005-2010. Durante ese periodo se logró recabar la información de 30 pacientes.

Se organizaron, para su clasificación estadística en grupos etarios, con el fin de determinar el rango de edad en el que hubiese mayor frecuencia. El grupo más significativo ha sido el comprendido entre los 26 y los 30 años de edad. Este dato es fácil de interpretar, si en primera instancia tomamos en consideración que la población femenina en edad fértil es la que consulta para la realización del procedimiento.

Si tenemos en consideración que la mujer es aquella que se encuentra en el período en que es capaz de procrear, y que para fines estadísticos se toman como tales a las comprendidas entre los 15 y los 49 años de edad, correlacionamos los datos con los obtenidos ya que nuestra población de estudio han sido mujeres que se situaron entre los 20 a 40 años de edad, grupo que se encuentra dentro del rango de edad fértil. Es difícil establecer estadísticamente todas las causas que hacen que una mujer se decida por un método anticonceptivo definitivo, sin embargo es bien sabido que la anticoncepción quirúrgica voluntaria es preferida por las mujeres de más edad, y las encuestas nacionales muestran que la oclusión Tubária y los métodos anticonceptivos orales son los métodos prevalentes.

Sin embargo son pocos los casos en los cuales las mujeres luego de ser sometidas a un método quirúrgico de anticoncepción deciden intentar quedar embarazadas a través de una recanalización, tal es el caso de nuestra investigación en donde se obtuvieron 30 casos y el grupo etario con la mayor frecuencia ha sido el de 26 a 30 años con 20 casos, es decir un 66.67% del total investigado.

Muy relacionado con lo anteriormente mencionado, podemos concluir que la totalidad de las mujeres que fueron incluidas en el estudio tenían antecedente de haberseles realizado

en el mismo centro asistencial, Pomeroy, que es el método quirúrgico de anticoncepción permanente utilizado como norma para tal efecto.

Otro de los parámetros investigados en las 30 pacientes ha sido el tiempo transcurrido entre el Pomeroy y el momento en el que se realizaron la recanalización a través de la plastia Tubária. Este dato es de mucha importancia pero variable, y es bien sabido que entre más tiempo transcurre entre ambos procedimientos el nivel de éxito es inferior; el pronóstico reproductivo depende además de la técnica, que la obstrucción se acompañe de fibrosis tisular, tipo y extensión de adherencias e incluso si hay o no daño ovárico. Y en estudios internacionales se ha hecho un seguimiento de hasta tres años para poder determinar el grado de éxito de la intervención, teniendo en promedio un 70% de efectividad para un nuevo embarazo, sabiendo también que el procedimiento incluye complicaciones en muchas de las concepciones exitosas. En nuestro estudio pudimos evidenciar que la mayor parte de pacientes estudiadas cursaba entre 3 y 6 años de haberseles realizado la OTB a Plastia Tubária siendo un total de 20 pacientes, es decir un 66.67% del total.

También en nuestro Estudio se determinó que el número de pacientes que se realizaron Histerosalpingograma previo a la plastia Tubária fue el 100% en el cual el resultado es Trompas de Falopio obstruidas 93.33% y el resto obstrucción parcial 6.67%, no describen detalladamente la obstrucción, con este dato pues disminuye el éxito del procedimiento.

En relación a la localización de la anastomosis Tubária, Henderson reporta un 81% de embarazos cuando la anastomosis es ístmico-ístmica, concluyendo que mientras más similares en diámetro sean los segmentos a anastomosar, mejor es el pronóstico. Pero no todos llegan a esa conclusión, en otros trabajos no se encontró diferencias significativas en los resultados de fertilidad considerando el tipo de anastomosis realizada (ístmico ampular o ístmico-ístmica), ni siquiera si la cirugía se realizó uni o bilateralmente (20, 21). Existen múltiples técnicas para recanalizar, y en los casos estudiados, las 30 pacientes fueron sometidas a una anastomosis término terminal, que son 100 % del total. Por lo que no se logró determinar el tipo de técnica si es ístmica-ampular o ístmico-ístmica, y al mismo tiempo el tipo de instrumental de la cirugía debido que no está tipificado en la Nota Operatoria ni el instrumental utilizado ni procedimiento detallado de la técnica.

Se tiene conocimiento que después de una microcirugía para recanalización hasta 5 mm de la cicatriz existe una alteración importante de los cilios del endosálpinx que se encuentra normal a una distancia mayor. Con el uso de la microcirugía el 60-90% de las pacientes logra un embarazo a término, con una importante serie de 1118 casos de reanastomosis Tubárica por microcirugía abierta realizadas entre 1980 y 1991, muestran una tasa de embarazo global de 54,8%, tasa de partos de 39,7% y una tasa de embarazo ectópico de 5%. La mayoría de los embarazos ocurrió durante el primer año de seguimiento (80%), con un intervalo medio de 5,34 meses. Aunque en nuestro medio no realizamos este tipo de procedimiento ya que no contamos con el equipo ni el instrumental adecuado. (4)

Existe otro factor que nos pueden dar un nivel de éxito de embarazo el cual es el tipo de sutura que se utilice el procedimiento en nuestro estudio se documentó que el 60% utilizó Vicryl 5-0 y 6-0 siendo 18 pacientes de las 30. Y el resto Vicryl 4-0.

La selección del material de sutura de la microcirugía juega un papel fundamental en el éxito de la reanastomosis, caracterizándose principalmente por producir la menor reacción inflamatoria. En esta experiencia el poliglactin 910 fue la más exitosa tanto en el periodo de latencia como en el número de embarazos. Corson y Smith (7) consideran que esto se debe a una menor reacción inflamatoria. En líneas generales, se considera que el material de sutura más recomendable es el absorbible no reactivo 7-0 u 8-0 con aguja atraumática medio círculo de 12mm. (14)

En nuestro estudio se tuvo un éxito en el 33.34% de las pacientes intervenidas, siendo estas 10 embarazos de las cuales el 70% lo logró más de un año de seguimiento.

Además también pudimos determinar que de las pacientes embarazadas las cuales fueron 10 pues el rango de edad de las embarazadas fue de 26 a 30 años con un 80% es importante saber que según los estudios realizados en otros países esta entre este rango de edad, además documentadas que las embarazadas tuvieron tiempo transcurridos de 3 a 4 años para decidir realizarse la plastia Tubárica con un 90%. Y la técnica que realizaron para obtener embarazo fue la anastomosis término terminal con 100%.

Aunque fueron a 25 pacientes a las que se les realizó la técnica de anastomosis término-terminal, consideramos que se dedujo en base al análisis y la revisión de los casos que las otras 15 pacientes no obtuvieron embarazo : 1.) Por el tiempo transcurrido desde la Pomeroy a la plastia Tubárica que fue mayor de 5 a 7 años, 2) el tipo de sutura que

se utilizó ya que algunas pacientes usaron sutura 4-0, 3) la edad puede ser un factor importante ya que las pacientes que no quedaron embarazadas eran mayores de 35 años, 4) y otras pacientes aún estaban en el rango de espera ya que la plastia Tubárica era reciente. Otra cosa importante es el decir que a pesar de que logramos esta información, hubo datos que no se obtuvieron como algunos factores que pudieron influir por lo que no se determinó si existía algún daño o fibrosis tisular adherencias o daño ovárico, ya que en las notas operatorias no describían si había algún tipo de lesión y también la técnica. Lo que dificultó poder determinar exactamente cuál fue lo que influyó para que una paciente se embarazara o no, al realizar el análisis de todas estas pacientes creemos que estos fueron los puntos más importantes.

La sutura que más se utiliza al realizar la plastia fue Vicryl 6-0 obteniendo un 90% del total de pacientes.

Con este estudio podemos concluir que las pacientes que se embarazaron fueron a quienes cumplieron con los criterios indicados en estudios anteriores. Y fueron la edad, el tiempo transcurrido de los procedimientos y el tipo de sutura, aunque el único criterio para evaluar el éxito de una anastomosis o plastia tubaria es el embarazo.

Sin embargo aún hace falta continuar el seguimiento, ya que en algunos estudios se ha hecho hasta por más años para poder evaluar el éxito total de las intervenciones. Ya que son pocas las pacientes que desean recanalizar.

6.1 CONCLUSIONES

- 6.1.1 La Tasa de éxito de Embarazo en nuestro estudio fue al 33.34% de las Pacientes que se realizaron Plastia Tubaria

- 6.1.2 Que la edad de las pacientes que se realizaron Plastia Tubárica fue 26 a 30 Años de edad con un porcentaje de 66.67%. El cual es el mismo **rango** de las que quedaron embarazadas.

- 6.1.3 No se logro determinar la técnica quirúrgica que mas se utilizo en la Plastia Tubaria en vista que no describían en el record Operatorio la Técnica y el tipo de instrumentos que utilizaron en la cirugía

- 6.1.4 En el estudio se considera que los factores más importantes para lograr el éxito del embarazo la utilización de hilos de sutura finos Vicryl 5-0 o 6-0, tiempo corto trascurrido de la oclusión Tubárica bilateral y la Plastia Tubárica y la edad.

6.2 RECOMENDACIONES

- 6.2.1 Recomendamos que la edad de la paciente se encuentre dentro del rango de éxito de embarazo, según el estudio el rango de edad de 26 a 30 años.
- 6.2.2 Implementar un protocolo de manejo en cual estén los criterios de selección para la paciente como el tipo de técnica quirúrgica que clase de sutura a utilizar para obtener un mayor porcentaje de éxito de embarazo en la paciente.
- 6.2.3 Implementar un programa de Educación y Brindar un adecuado Plan educacional a la paciente que desee realizarse la plastia Tubárica y que no cumplan con los criterios de selección, como la edad y otros factores, y así evitar complicaciones.
- 6.2.4 Recomendamos al cirujano que al realizar estos procedimientos escriban en la nota operatoria y en el record operatorio detalladamente el tipo de instrumento que utilizo, la técnica quirúrgica, el tipo de hilo que utilizo y en donde se encuentra la lesión antigua de Pomeroy para poder documentar el éxito del embarazo.

VII. REFERENCIA BIBLIOGRAFÍA

- 1 Antoine JM, Dubuisson JB, Tournaire M, Lerat H. Request for reversal of tubal esterilization: survey conducted by the National College of French Gynecologists and Obstetricians. *J GynecolObstetBiolReprod* 1983; 12: 583-91.
- 2 Cha SH, Lee MH, Kim JH, Lee CN, Yoon TK, Cha KY. Fertility outcome after tubal anastomosis by laparoscopy and laparotomy. *J Am AssocGynecolLaparosc.* 2001; 8: 348-52.
- 3 Copeland Ginecología 2da reimpresión, Buenos Aires Argentina Editorial Medica Panamericana S.A. 2000.
- 4 Quintero Monasterios R, Rendón Rojas E, Palacios AMACRO-MICROCIRUGÍA TUBÁRICA 68 Vol. 104, Nº 1, marzo 1996 de. Cirugía reconstructiva de las trompas de Falopio.
- 5 Dubuisson JB, Chapron CI. Single suture laparoscopic tubal reanastomosis. *CurrOpinObstet Gynecol.* 1998; 10(4): 307-13.
- 6 Gauwerky JFH. Laparoscopic reversal of sterilization. *ZentrablGynacol* 1991; 113: 865-8.
- 7 Gomel V. Tubal reconstruction by microsurgery. *FertilSteril* 1977; 28: 59-65.
- 8 Glock JL, Kim AH, Hulka JF, Hunt RB, Trad FS, Brumsted JR. Reproductive outcome after tubal reversal in women 40 years of age or older. *FertilSteril* 1996; 65: 863-5.
- 9 Henderson SR. The reversibility of female sterilization with the use of microsurgery: a report de 102 patients with more than one year follow-up. *Am J ObstetGynecol* 1984; 149: 57-65? .
- 10 Hopkins Johns, GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA, 2da edición, Madrid España, Editora MARBAN S. L. edición en español 2005.
- 11 .Istre O, Oslae F, Trolle B. Laparoscopictubal anastómosis: Reversal of sterilization. *ActaObstetGynecolScand* 1993; 72: 680-1.
- 12 Jamieson DJ, Kaufman SC, Costello C, Hillis SD, Marchbanks PA, Peterson HB. The US Collaborative Review of Sterilization Working Group. A comparison of women's regret after vasectomy versus tubal sterilization. *ObstetGynecol* 2002; 99(6): 1073-9.
- 13 Kaser Hirsch IkleCirugiaGinecologicaMarban 202,212 2003.
- 14 Kim SH, Shin CJ, Kim JG, Moon SY, Lee JY, Chang YS. Microsurgical reversal of tubal sterilization: a report on 1118 cases. *FertilSteril* 1997; 68: 865-70.
- 15 Li J, Chen X, Zhou J. Ultrastructural study on the epithlium of ligated Fallopian tubes in women of reproductive age. *Ann Anat* 1996; 178: 317-20.
- 16 Obstrucción Tubárica proximal en Colombia.con/medicinaginecologia/ginecologog53202-cirugia?htm-29K.

- 17 Rock JA, Guzick DS, Katz EK. Tubal anastómosis: pregnancy success following reversal of Fallope ring or monopolar cautery sterilization. *FertilSteril* 1987; 48: 13-7.
- 18 Seiler JC. Factors influencing the outcome of microsurgical tubal ligation reversals. *Am J ObstetGynecol* 1983; 146: 292-8.
- 19 Sedbon E, Bouquet de Joliniere J, Boudouris O, Madelenat P. Tubal desterilization through exclusive laparoscopy. *Hum Reprod* 1989; 4: 158-9.
- 20 Silber SJ, Cohen RS. Microsurgical reversal of tubal sterilization: factors affecting pregnancy rate, with long-term follow-up. *ObstetGynecol* 1984; 64: 672-82.
- 21 Siegler AM, Hulka J, Peretz A. Reversibility of female sterilization. *FertilSteril* 1985; 4(43): 499-510.
- 22 Schwyhart WR, Kutner SJ. A reanalysis of female reaction to contraceptive sterilization. *J NervMent Dis* 1973; 156: 354-63.
- 23 Spivak MM, Librach CL, Rosenthal DM. Microsurgical reversal of sterilization: a six-year study. *Am J ObstetGynecol* 1986; 154: 355-61?
- 24 Swolin K. Contribution to the surgical treatment of female sterility: experimental and clinical studies. *ActaObstetGynecolScand* 1967; 46 (Suppl 14):1-20
- 25 Vasquez G, Winston RML, Boeckx W, Brosens I. Tubal lesions subsequent to sterilization and their relation to fertility after attempts at reversal. *Am J ObstetGynecol* 1990; 138: 86-92.
- 26 Winston RM. Microsurgical tubocornual anastómosis for reversal of sterilization. *Lancet* 1977; 1(8006): 284-5.
- 27 Yoon TK, Sung HR, Kang HG, Cha SH, Lee CN, Cha KL. Laparoscopic tubal anastomosis: Fertility outcome in 202 cases. *FertilSteril* 1999; 72: 1121-6.

VIII. ANEXOS

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSGRADOS MEDICINA
MAESTRIA DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
HOSPITAL NACIONAL DE OCCIDENTE

Ficha recolectora de datos:

Embarazos en Pacientes con Plastia Tubárica con antecedentes de Pomeroy Hospital Regional de Occidente 2005-2010.

Registro medico: _____

No. De Boleta: _____

Fecha: _____

Nombre _____ edad: _____

Se Realizó OTB: Si: _____ No: _____

Hace cuánto tiempo: _____

Se realizó Histerosalpingograma: Si _____ No _____

Cuál fue el Resultado:

Se Realizó Recanalización Tubárica bilateral: Si _____ No _____

Hace cuánto tiempo: _____

Se realizó Histerosalpingograma: Si: _____ No: _____

Técnica que realizaron para la plastia Tubárica: _____

Embarazo después de la recanalización: Si: _____ No: _____

Cuanto tiempo trascurrió de la Recanalización Tubárica bilateral al embarazo:

6 meses: _____ 1 año: _____

Tipo de sutura: _____

VIII. 1 ANEXO No. 1

PERMISO PARA COPIAR EL TRABAJO

Yo Enma Mariela Ortiz Barrios, concedo permiso para reproducir total o parcialmente y por cualquier medio la tesis titulada **“EMBARAZOS EN PACIENTES CON PLASTIA TUBARIA CON ANTECEDENTES DE POMEROY, HOSPITAL NACIONAL DE OCCIDENTE 2005-2010”** para propósitos de consulta académica. Sin embargo, quedan reservados los derechos de autor que confiere la ley, cuando sea cualquier otro motivo diferente al que se señala lo que conduzca a su reproducción o comercialización total o parcial