



UNIVERSIDAD DE ORIENTE
 NÚCLEO BOLÍVAR
 ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
 "Dr. FRANCISCO BATTISTINI CASALTA"
 COMISIÓN DE TRABAJOS DE GRADO

ACTA

TG-2024-08-04

Los abajo firmantes, Profesores: Prof. RONAL CEDEÑO Prof. LUIS MADRIZ y Prof. NAYIT DUN,
 Reunidos en: salón de traumatología, 4to piso
Complejo Hospitalario Universidad de Ruiz y Páez
 a la hora: 2pm
 Constituidos en Jurado para la evaluación del Trabajo de Grado, Titulado:

**EPIDEMIOLOGÍA, RIESGOS Y BENEFICIOS DE LA ESTERILIZACIÓN TUBÁRICA
 LAPAROSCOPICA. SERVICIO DE CIRUGÍA I. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO
 "RUIZ Y PÁEZ". CIUDAD BOLÍVAR - ESTADO BOLÍVAR.
 ENERO 2019 – ENERO 2024.**

Del Bachiller ASCANIO RONDÓN CARLA ANGELINA DE JESÚS C.I.: 29689508, como requisito
 parcial para optar al Título de Médico cirujano en la Universidad de Oriente, acordamos declarar al
 trabajo:

VEREDICTO

REPROBADO	APROBADO	APROBADO MENCIÓN HONORIFICA	APROBADO MENCIÓN PUBLICACIÓN	X
-----------	----------	--------------------------------	---------------------------------	---

En fe de lo cual, firmamos la presente Acta.

En Ciudad Bolívar, a los 02 días del mes de octubre de 2024

Prof. RONAL CEDEÑO
 Miembro Tutor

Prof. LUIS MADRIZ
 Miembro Principal

Prof. NAYIT DUN
 Miembro Principal

Prof. IVÁN AMATA RODRIGUEZ
 Coordinador comisión de Trabajos de Grado

ORIGINAL TESISTA



DEL PUEBLO VENIMOS / HACIA EL PUEBLO VAMOS
 Avenida José Méndez c/c Columbo Silva- Sector Barrio Ajuro- Edificio de Escuela Ciencias de la Salud- Planta Baja- Ciudad Bolívar- Edo. Bolívar-Venezuela.
 EMAIL: trabajodegradoudosaludbolivar@gmail.com



UNIVERSIDAD DE ORIENTE
 NÚCLEO BOLÍVAR
 ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
 "Dr. FRANCISCO BATTISTINI CASALTA"
 COMISIÓN DE TRABAJOS DE GRADO

ACTA

TG-2024-08-04

Los abajo firmantes, Profesores: Prof. RONAL CEDEÑO Prof. LUIS MADRIZ y Prof. NAYIT DUN,
 Reunidos en: El Salón de Traumatología del 4to piso
del Complejo Hospitalario Ruiz y Páez
 a la hora: 2pm
 Constituidos en Jurado para la evaluación del Trabajo de Grado, Titulado:

EPIDEMIOLOGÍA, RIESGOS Y BENEFICIOS DE LA ESTERILIZACIÓN TUBÁRICA LAPAROSCÓPICA. SERVICIO DE CIRUGÍA I. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO "RUIZ Y PÁEZ". CIUDAD BOLÍVAR - ESTADO BOLÍVAR. ENERO 2019 – ENERO 2024.

Del Bachiller GRAU DUERTO LUISANNY DEL VALLE C.I.: 26744115, como requisito parcial para optar al Título de Médico cirujano en la Universidad de Oriente, acordamos declarar al trabajo:

VEREDICTO

REPROBADO	APROBADO	APROBADO MENCIÓN HONORIFICA	APROBADO MENCIÓN PUBLICACIÓN	<input checked="" type="checkbox"/>
-----------	----------	-----------------------------	------------------------------	-------------------------------------

En fe de lo cual, firmamos la presente Acta.

En Ciudad Bolívar, a los 02 días del mes de Octubre de 2024

Prof. RONAL CEDEÑO
 Miembro Tutor

Prof. LUIS MADRIZ
 Miembro Principal

Prof. NAYIT DUN
 Miembro Principal

Prof. IVÁN AMATE RODRIGUEZ
 Coordinador comisión de Trabajos de Grado



ORIGINAL DACE

DEL PUEBLO VENIMOS / HACIA EL PUEBLO VAMOS
 Avenida José Méndez s/c Colombo Silva- Sector Barrio Ajuro- Edificio de Escuela Ciencias de la Salud- Planta Baja- Ciudad Bolívar - Edo. Bolívar-Venezuela.
 EMAIL: trabajodegradodosaludbolivar@gmail.com



UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NÚCLEO BOLÍVAR
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
“Dr. Francisco Battistini Casalta”
DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA

**EPIDEMIOLOGÍA, RIESGOS Y BENEFICIOS DE LA
ESTERILIZACIÓN TUBÁRICA LAPAROSCÓPICA. SERVICIO
DE CIRUGÍA I. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO
“RUIZ Y PÁEZ”. CIUDAD BOLÍVAR - ESTADO BOLÍVAR.
ENERO 2019 – ENERO 2024.**

Tutor académico:
Ronal J. Cedeño B

Trabajo de Grado Presentado por:
Br: Ascanio Rondón, Carla Angelina J
C.I: 29.689.508
Br: Grau Duerto, Luisanny del Valle
C.I: 27.744.115

Como requisito parcial para optar por el título de Médico cirujano

Ciudad Bolívar, julio de 2024

ÍNDICE

ÍNDICE.....	iv
AGRADECIMIENTOS.....	vi
DEDICATORIA.....	x
RESUMEN.....	xii
INTRODUCCIÓN.....	1
JUSTIFICACIÓN.....	16
OBJETIVOS.....	17
Objetivo general.....	17
Objetivos específicos.....	17
METODOLOGÍA.....	19
Tipo de estudio.....	19
Universo.....	19
Muestra.....	19
Criterios de inclusión.....	19
Criterios de exclusión.....	20
Procedimientos.....	20
Análisis Estadístico.....	21
RESULTADOS.....	22
Tabla 1.....	24
Tabla 2	25
Tabla 3.....	26
Tabla 4.....	27
Tabla 5.....	28
Tabla 6.....	29
Tabla 7.....	30
Tabla 8.....	31

Tabla 9	32
Tabla 10	33
DISCUSIÓN	34
CONCLUSIONES.....	38
RECOMENDACIONES	40
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	41
APÉNDICES	51
Apéndice A	52
Apéndice B	53
Apéndice C	54
ANEXOS	55
Anexo A.....	56

AGRADECIMIENTOS

A Dios, Padre, Hijo y Espíritu Santo, por ser mi guía, mi fuerza y la luz que ha marcado y marca este camino; por su amor y misericordia infinita, haciendo realidad la materialización de mis sueños.

A mis padres, Carlos Alberto Ascanio y Lirys Madeline de Ascanio, por ser mi motor, mis cómplices, mi apoyo incondicional y mi mayor tesoro. Su amor, sus enseñanzas, valores, esfuerzo y sacrificios han sido el pilar fundamental para mi crecimiento y para ser la persona que soy hoy, sin ustedes no habría sido posible, gracias infinitas por tanto, los amo inmensamente.

A mis hermanas, María Esthefanía y Estrella Nazareth, por ser mis compañeras de vida; por ser mi apoyo y motivación, por sus consejos, compañía, paciencia y amor, gracias por siempre apostar por mi felicidad, las amo.

A mi abuela materna, Rosa María Bravo, mi ángel de la guarda, quien en vida oró y veló por mi vida, brindándome un amor inigualable, que desde el cielo me acompaña y guía mis pasos y a mi abuela paterna Italia Ascanio, por su apoyo, amor, por siempre creer en mí y celebrar como suyo, cada uno de mis logros.

A mi familia materna y paterna, todos mis tios, tías, primos, por su apoyo hasta en los más pequeños detalles, por el amor en cada una de sus acciones y deseos, por siempre creer en mí, así como por ser partícipes de las alegrías, celebraciones y también en los momentos más difíciles, estaré eternamente agradecida.

A mis mascotas quienes han llenado mi vida de ternura y amor: Buffi, Lola, Mack, Príncipe y mi cielo amado: Zoe Valentina.

A todos esos ángeles que Dios envió a mi vida a lo largo de todo este camino, quienes me han apoyado de manera espiritual o material, son parte de este logro infinitas gracias. A mi familia del Movimiento de Cursillos de Cristiandad por ser mi batería espiritual, gracias por su cariño, compañía y apoyo, Dios no se deja ganar en generosidad.

A mi mejor amiga, compañera de tesis y de vida, Luisanny Grau, gracias por ser mi persona, mi apoyo y cómplice, hemos crecido juntas, es una bendición habernos encontrado en este camino, tenerte en mi vida y llegar hasta acá juntas, materializando nuestros sueños, eres el mejor equipo y ejemplo de la amistad verdadera; estoy orgullosa de ti y siempre contarás conmigo, te amo inmenso.

A los mejores amigos y familia que me regaló la UDO, mi área 51: Emily Matute, Joseannis Alcázar, Pablo Lugo, D'angelo Camplone, Luis Carrillo y a mis amigos Nayelis Ascanio y Uzziel Lyon. Gracias por ser mis incondicionales, este camino ha sido mejor e inolvidable gracias a ustedes, por cada risa y por todos los momentos compartidos, son mi certeza de quien ha encontrado un amigo ha encontrado un tesoro y Dios me permitió conocerlos a ustedes, los amo tres millones.

A la Universidad de Oriente, la casa más alta, por ser mi casa de formación, la Escuela de Medicina, el Hospital Universitario Ruiz y Páez, donde crecí, aprendí y confirmé mi amor por la medicina y por el servicio a la humanidad; a todos los Doctores que formaron parte de mi formación en especial a las Drs: Yamilet Saloum, Antonio Pérez, Ronal Cedeño, quienes creyeron en mi y dejaron una huella imborrable en mi formación como médico y en mi vida.

Carla Angelina Ascanio Rondón

AGRADECIMIENTOS

A Dios, Padre, Hijo y Espíritu Santo, por ser mi guía, mi fuerza y la luz que ha marcado y marca este camino; por su amor y misericordia infinita, haciendo realidad la materialización de mis sueños.

A mis padres, Luis Grau y Yolimar Duerto, Gracias por ser mi refugio y mi mayor motivación, por educarme de la mejor manera, inculcarme valores que me han llevado a ser la persona que soy hoy, por creer en mi desde el primer momento, ser mi mayor apoyo en los momentos difíciles, levantarme y alentarme a seguir adelante. Esta tesis es el fruto de su amor y esfuerzo, y cada página lleva impresa su esencia, sin su apoyo y sacrificio nada sería posible.

A mi hermano Luis Angel Grau, por ser mi compañero de vida, por su paciencia y apoyo, gracias por ser mi cómplice, te amo.

A mi abuela Vallita, quien ha creído en mi y siempre tiene las palabras correctas para apoyarme, por que tus palabras abuelita han servido de impulso para seguir adelante y no rendirme nunca. A mi Tia Yoira, eres mi motivación y quien me recuerda que la vida nunca es tan dura como para rendirse, no importan las circunstancias.

A toda mi familia, materna y paterna, por siempre también creer en que podría lograrlo, por su cariño y apoyo en la medida de sus posibilidades, por cada palabra de aliento y cada abrazo, este logro también es de ustedes, la familia es un tesoro invaluable.

A mi mejor amiga y compañera de tesis, a quien agradezco por querer compartir esta meta conmigo y siempre estar de manera incondicional, Carla Ascanio, gracias por ser un gran apoyo durante todo este camino, por tu apoyo, por convertirte en mi hermana y mi mejor cómplice y aliada, tu amistad es un regalo que atesoro cada día, siempre estaré eternamente agradecida por aquel primer día de enfermería donde la vida nos unió. Te amo inmenso.

A los mejores amigos y familia que me regaló la UDO, mi área 51: Joseannis Alcázar, D'angelo Camplone, Emily Matute, Luis Carrillo, Pablo Lugo. Con ustedes entendí que hay personas que llegan sin ser llamadas, se quedan sin ser atadas y que se convierten en familia sin ser de la misma sangre. Gracias por las risas en los momentos de alegría y por el consuelo en tiempos de tristeza. Por las celebraciones que se volvieron memorables y por los desafíos que enfrentamos juntos. Su amistad incondicional ha sido un regalo de Dios y siempre estaré agradecida por coincidir en esta vida, los amo infinitamente.

A Robert Guarapana, cómplice de sueños, gracias por el apoyo y amor que me brindas, por siempre estar y creer en mí, gracias por llegar a mi vida y llenarla de luz.

A amigos, Yulianny Graffe, Jonathan Grados, Karen Gutierrez, Carlos Hernandez, Orianna Guzman, Chemirka Guilarte, Oner Hernandez, Oriana Herrera, gracias a ustedes este camino se hizo mas llevadero, fue un placer crecer juntos. Los quiero mucho.

Luisanny del Valle Grau Duerto

DEDICATORIA

A mi Dios padre por darme vida, otorgarme dones y elegirme en mi pequeñez para ser su instrumento y servirlo en mis hermanos. A mi amado Señor Jesús, mi Rey de Reyes y Señor de Señores, por darme vida, por amarme hasta el extremo, ser mi luz. Al Espíritu Santo por obrar y morar en mí. “Cristo y yo, mayoría aplastante”.

A mi máspreciado tesoro: mi familia, donde la vida empieza y el amor nunca termina. Este logro es de ustedes, gracias por ser la expresión máxima de amor y apoyo incondicional, por apostar por mi éxito y felicidad, son la mayor bendición de mi vida, mi motivación y mi fuerza en cada escalón que he escalado y seguiré escalando en mi vida, son mi ejemplo e inspiración, los amo infinitamente.

A mi ángel en el cielo Rosa María Bravo, por estar conmigo y amarme desde que vine a este mundo, por cuidarme y ser pilar fundamental en mi crecimiento, se lo mucho que querías verme lograr cada uno de mis sueños y sé que desde el cielo celebras y estás conmigo, te amo, te extraño y te recuerdo todos los días de mi vida lili, gracias, por tanto.

Carla Angelina Ascanio Rondón

DEDICATORIA

A mi amado Dios, padre celestial, quien me acompaña, cuida, guía, con su ayuda he saltado murallas, estuvo siempre a mi lado, en los momentos difíciles me llevo en sus brazos y ha permitido llegar a donde estoy.

A mi mayor regalo de la vida, mi gran tesoro: mis padres, Luis Manuel Grau y Yolimar Duerto, con profundo amor les dedico mi tesis como una pequeña muestra de mi eterna gratitud, en ofrenda a todo el apoyo, paciencia, sacrificios que me han dado, han sido la luz que guió cada paso de mi camino. Son mi motor, la luz en la oscuridad, mi mayor motivación y la fuerza que me mueve para lograr cada una de mis metas. Gracias por creer siempre en mi, incluso cuando dudaba de mí misma, y por brindarme las herramientas necesarias para construir mis sueños.. Los amo inmensamente.

Luisanny del Valle Grau Duerto

**EPIDEMIOLOGÍA, RIESGOS Y BENEFICIOS DE LA
ESTERILIZACIÓN TUBÁRICA LAPAROSCOPICA. SERVICIO DE
CIRUGÍA I. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO “RUIZ Y
PEZ”. CIUDAD BOLÍVAR - ESTADO BOLÍVAR. ENERO 2019 – ENERO
2024.**

Tutor: Dr. Ronal Cedeño. Autores: Br. Ascanio, C. y Grau, L.

RESUMEN

La esterilización por laparoscopia representa un procedimiento ambulatorio que puede llevarse a cabo bajo anestesia local, general o sedación, proporcionando protección casi completa contra futuros embarazos, sin embargo, es importante tener en cuenta que conlleva ciertos riesgos y el médico debe evaluar si es apropiada para cada mujer en particular. Objetivo: Determinar las características epidemiológicas, riesgos y beneficios de la esterilización tubárica laparoscópica en las pacientes atendidas en las jornadas de esterilización del servicio de Cirugía I del Complejo Hospitalario Universitario “Ruiz y Páez”, de Ciudad Bolívar, estado Bolívar, durante el periodo de enero de 2019 a enero de 2024. Metodología: Este estudio fue de tipo ambispectivo, descriptivo, de corte transversal, de campo, no experimental. El universo estuvo conformado por 584 pacientes, de las cuales se incluyeron 309 pacientes en el estudio. Resultados: Se encontró que 47,57% de las pacientes tenían entre 28 – 37 años, 87,70 % eran de procedencia urbana, siendo 50,49 % bachiller, cuya ocupación era del hogar, 53,40 % solteras, ubicándose la mayoría en el tercer estrato socioeconómico con 76,70%. El 47,25 % de las féminas cursaron con 1 gesta, 38,51 % presentaron un parto, 11,65 % una cesárea y 10,36 % indicaron haber presentado un aborto. Las comorbilidades con mayor frecuencia fueron: antecedentes quirúrgicos con 28,15%, hipertensión arterial, asma y obesidad con 7,12 %, 3,23% y 3,23% respectivamente. La esterilización, fue en 97,74 % por planificación familiar y 2,26 % por indicación médica. Dentro de las complicaciones los mareos se presentaron en 3,56 %, hipotensión, dolor abdominal y meteorismo en 2,26 %. Con respecto a los hallazgos patológicos la fibromatosis uterina representó 10,36%, el síndrome adherencial 9,39 % y el quiste ovárico 4,85 %. El 97,41 % de las pacientes permanecieron menos de 12 horas hospitalizadas, cuyo tiempo de intervención, en 88,03 % fue menor de 10 min, siendo empleada la anestesia local y sedación en 100% de los casos. El analgésico mayormente empleado fue el diclofenac potásico en 94,82 %. Conclusiones: Se encontró que la resolución quirúrgica por esterilización tubárica laparoscópica es beneficiosa en quienes se practica, dada la baja incidencia de complicaciones que produce.

Palabras clave: esterilización, beneficios, laparoscopia.

INTRODUCCIÓN

La esterilización quirúrgica femenina es un método anticonceptivo permanente que consiste en bloquear las trompas de Falopio a fin de obstruir el transporte de los óvulos maduros desde los ovarios al útero, con el fin de evitar la fertilización. Es una de las múltiples opciones anticonceptivas que pueden brindarse a través de los servicios de planificación familiar, atención primaria de salud y protección maternoinfantil. Más de 100 millones de mujeres en edad fértil han sido ya esterilizadas y se calcula que en los próximos 20 años pasaran de 100 millones, solamente en los países en desarrollo, las que soliciten esta intervención (1).

A nivel mundial, según las Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, División de Población, en una investigación de Patrones Mundiales de Anticonceptivos realizada en 2013, la esterilización femenina es el método más común de anticoncepción en todo el mundo, utilizado por 19% de todas las mujeres de 15 a 49 años que están casadas o en unión libre. Según un informe de The Lancet publicado en 2022, este sigue siendo el método más popular de anticoncepción en el mundo, seguido de los dispositivos intrauterinos y las pastillas anticonceptivas (2).

La dependencia de la esterilización femenina es más alta en América Latina y el Caribe con 26%, en Asia con 23,4%, en Europa con 3,8% y la más baja en África con 1,7% (3). En Venezuela la esterilización quirúrgica femenina es el principal método de anticoncepción, con 27 % de prevalencia por encima de la píldora (segundo lugar 22 %), según datos de la Encuesta de Condiciones de Vida (Encovi) de 2021, realizada por el Instituto de Investigaciones Económicas de la Universidad Católica Andrés Bello (IIES-UCAB) (4).

El concepto de esterilización femenina remonta a comienzos del siglo pasado. Aunque el principio sigue siendo el mismo, las técnicas han mejorado, lo que ha permitido aumentar la eficacia y la inocuidad, así como plantear la reversibilidad (5).

En la esterilización quirúrgica, de las tres posibles vías de acceso a las trompas de Falopio (abdominal, vaginal y transcervical), la más usada es la abdominal, que comprende la laparotomía, la minilaparotomía y la laparoscopia. La laparotomía ordinaria con una incisión abdominal mayor de 5 cm) suele requerir hospitalización, así como el empleo de anestesia general o regional y un periodo de restablecimiento relativamente prolongado. Esta intervención entraña un mayor riesgo de complicaciones que los otros métodos abdominales; por consiguiente, se usa poco salvo en mujeres obesas, en casos complicados o urgentes o cuando se combina la esterilización con una cesárea. La minilaparotomía es una adaptación de la laparotomía clásica. Como la incisión abdominal es más pequeña (3-4 cm), puede practicarse en régimen ambulatorio con anestesia local y sedación ligera (1).

Tanto en la laparotomía como en la minilaparotomía, el cirujano suele levantar las trompas para ocluir las fuera del abdomen. Ambos procedimientos pueden aplicarse en el periodo de intervalo, en el postaborto y hasta una semana después del parto. Por su parte, la laparoscopia se practica con un instrumento endoscópico u óptico (el laparoscopio), que se introduce en el abdomen y que permite así al operador visualizar y ocluir intraabdominalmente las trompas. Se ha mostrado casi tan inocua y segura como la minilaparotomía y requiere menos tiempo, sin embargo, no debe aplicarse en el periodo postparto o postaborto, ni cuando la gestación pasa de 12 semanas (1).

En la cirugía laparoscópica se realiza la insuflación de la cavidad abdominal con gas, produciéndose cambios fisiológicos, hemodinámicos, respiratorios, metabólicos y en otros sistemas los cuales se deben tener en cuenta para su manejo y

conocer sus probables complicaciones. El gas que se usa para inducir el neumoperitoneo es el CO₂, por su alta solubilidad, gran capacidad de difusión y ser fisiológica y farmacológicamente inerte (6). La presión positiva del neumoperitoneo aporta al cirujano numerosas ventajas, como espacio, disección y hemostasia (7). Una presión abdominal de hasta 12 mmHg ha demostrado ser la adecuada para la mayoría de procedimientos quirúrgicos, minimizando los efectos adversos; con dicha presión, en pacientes jóvenes y sin comorbilidad, la retención de CO₂ es mínima (6).

La laparoscopia es parte integrante de las investigaciones sobre esterilidad, ya que las estructuras intrapelvicas pueden ser observadas y la anatomía dinámica del aparato reproductor femenino puede reconocerse y representarse mejor; por lo que una adecuada exploración de la cavidad por medio de la laparoscopia permite obtener hallazgos intraoperatorios incidentales (8).

La historia de la cirugía laparoscópica es extensa y data de los inicios de la medicina cuando Hipócrates utiliza el espéculo rectal para explorar a un paciente, hasta la época actual donde se cuenta con laparoscopios de 5 mm, dispositivos de un solo acceso con varios puertos, tecnología 3D e incluso telemedicina que incluye cirugía robótica. Con la cirugía laparoscópica ambulatoria pueden realizarse múltiples procedimientos similares a los realizados mediante la cirugía convencional (cirugía general, ginecología, urología, tórax y otros) (9).

La cirugía laparoscópica en sus inicios trajo consigo en la mayoría de los países del mundo, junto con sus innegables beneficios, grandes polémicas y disquisiciones que llegaban a extremos: por un lado, a su total rechazo (sustentado en los altos índices de iatrogenias producidas debido a la inadecuada preparación de los cirujanos en su curva de aprendizaje), y por el otro, a actitudes idealistas que la veían como el surgimiento mágico de una nueva especialidad. Sin embargo, la experiencia obtenida en más de dos décadas de trabajo

ha confirmado que la cirugía laparoscópica no es una especialidad, sino una nueva vía de abordaje que constituye una excelente herramienta de trabajo, no solo para los cirujanos generales, sino para todas las especialidades quirúrgicas, las cuales se benefician actualmente de las bondades de la cirugía mínimamente invasiva (10).

La Esterilización Tubárica como método anticonceptivo de tipo quirúrgico, fue realizada por primera vez por Porro en 1876 luego de una cesárea y fue hasta 1880 que Samuel Smith Lungren realizó la primera ligadura tubárica quirúrgicamente en EE.UU, éstas fueron realizadas intracesárea con el objetivo de evitar futuros embarazos de alto riesgo (11). Por lo que la esterilización tubárica empezó a practicarse a finales del siglo XIX por vía abdominal utilizando diferentes técnicas. En ese entonces se consideraba como una intervención mayor que podría conducir a todo tipo de complicaciones quirúrgicas y anestésicas (12).

Desde mediados de la década de 1960 en adelante, a medida que se disponía de técnicas endoscópicas, la esterilización femenina voluntaria a menudo era el primer método anticonceptivo ofrecido a las parejas que consideraban completa a sus familias. Grandes investigadores como Palmer, Steptoe y Franghenheim contribuyeron notablemente en este campo de la esterilización femenina con la introducción de una nueva técnica: la Laparoscopia, así como uso de modernos y complejos aparatos (12). La fibra óptica permitió la realización de laparoscopías, reduciendo los riesgos de la anestesia general, el dolor y los tiempos de recuperación post quirúrgica (11).

En América Latina, Madrigal (de El Salvador) fue el primero en usar esta técnica (1972) sin necesidad de hospitalizar a la paciente (13). En 1985 se comenzó el desarrollo de la endocámara de pequeño tamaño, buena definición que se adapta a la óptica, pudiendo proyectar en monitores lo que está ocurriendo en el abdomen de la paciente. En Buenos Aires organizado por el Dr. Leopoldo Videla Rivero, se realiza

un curso de cirugía laparoscópica probando estas primeras cámaras donde todo el equipo podía observar el interior del abdomen de la paciente y lo que en él realizaba, permitiendo trabajar en equipo dos o tres ayudantes (14).

La laparoscopia facilitó la realización de la ligadura Tubárica y en la década del 90, se convirtió en el método anticonceptivo más popular en EE.UU. Posteriormente, Wheeler, de la Universidad John Hopkins de Baltimore, USA., preconizó la Laparoscopia como método de esterilización femenina utilizando una sola incisión, bajo anestesia local, convirtiendo este procedimiento en un proceso completamente ambulatorio (13). Se comenzó a implementar por sus innumerables y bien conocidas ventajas, como lo son: disminución considerable del dolor, ausencia o disminución del ileo paralítico y de complicaciones respiratorias, posibilidad de movilización casi inmediata del enfermo y un mejor resultado estético (15). Según el grupo de trabajo para esterilización femenina de la Organización Mundial de la Salud, la ligadura Tubárica consiste en un procedimiento sencillo, fácil de aprender, seguro, de gran eficacia, de fácil acceso y aceptable desde un punto de vista personal y cultural (11).

El movimiento de la laparoscopia bajo anestesia local ha sido acelerado colocándose en un primer plano de la laparoscopia. Está indicada primariamente para diagnóstico y procedimientos quirúrgicos simples. Permite menores gastos en insumos y tiempo de anestesia, disminución del tiempo de hospitalización, retorno precoz al ambiente familiar, menor costo directo e indirecto (16).

El término de anestesia local es usado para diferenciar el procedimiento de aquellos realizados bajo anestesia general, aún si son complementados con agentes intravenosos (IV). La consideración principal del uso de sedación intravenosa consciente es la capacidad del paciente de estar alerta y de dar respuesta. Cuando se hace esto, la paciente podrá en forma independiente conservar la integridad de su propia vía aérea y mantener una ventilación adecuada. En contraste, con la anestesia

general, hay una pérdida parcial o total de los reflejos protectores, incrementándose dramáticamente el riesgo de los procedimientos (17).

La esterilización bajo anestesia local, con o sin sedación leve y analgesia, puede hacerse cuando un miembro del equipo quirúrgico haya recibido capacitación en materia de sedación y analgesia y el cirujano esté capacitado para proporcionar anestesia local. El anestésico que se usa con más frecuencia es la lidocaína. Se pueden usar muchos sedantes y analgésicos diferentes. La dosis de los medicamentos tiene que ajustarse en función del peso corporal. Debe evitarse una sedación excesiva, ya que puede reducir la capacidad de la usuaria de seguir estando consciente y hacer que su respiración sea más lenta o que deje de respirar (16).

La Sociedad Americana Anestesiología ha establecido un sistema de calificación que permite estratificar el riesgo anestésico del paciente con base en las enfermedades sistémicas subyacentes. Pacientes en la calificación I y II, la mayoría de ellos presenta enfermedades sistémicas leves, siendo esto los casos seleccionados para realizar laparoscopia. Esta graduación disminuye el riesgo de anestesia y la tensión relacionada con las complicaciones (cardíacas y respiratorias principalmente) y simplifica los requerimientos de monitoreo en el procedimiento (17).

Tanto la analgesia como la anestesia son procedimientos cruciales tanto en la fase quirúrgica como en la postoperatoria. Para tratar el dolor de forma efectiva mientras se reduce el consumo de opioides, junto a sus efectos secundarios asociados, se utilizan estrategias multimodales de tratamiento del dolor que se han convertido en una parte importante durante el proceso de los cuidados perioperatorios. Estos han sustituido y continuarán sustituyendo cada vez más a los enfoques de anestesia y analgesia generales a favor de combinaciones de métodos regionales y locales como la anestesia neuroaxial (raquídea y/o epidural), bloques regionales de nervios periféricos o infiltración directa en la herida (18).

El procedimiento de esterilización femenina ha evolucionado en forma muy rápida y gracias a las innovaciones de los equipos, ha sido cambiante en los últimos 10 años (19). La laparoscopia se ha mostrado útil en las instalaciones urbanas de carácter terciario, que disponen de cirujanos competentes y un volumen de casos suficiente para mantener elevado el nivel de pericia quirúrgica. Todos los laparoscopistas deben poseer el equipo y los conocimientos necesarios para realizar una laparoscopia o una minilaparotomía o laparotomía en caso de dificultad quirúrgica, interrupción del suministro eléctrico u otra contingencia análoga (1).

La esterilización tubárica es un método anticonceptivo definitivo que ha de tener como principios: La adecuada información a las usuarias que lo solicitan, así como la búsqueda de técnicas y procedimientos eficaces, seguros, accesibles, eficientes, de fácil aprendizaje e, idealmente, que no requieran anestesia general, ni ingreso de la usuaria. Al tratarse de un procedimiento quirúrgico se requiere una adecuada valoración preoperatoria que debe incluir, una buena anamnesis, examen ginecológico completo, evaluación de riesgo quirúrgico y anestésico y finalmente el diligenciamiento de un consentimiento informado (20). Se consideran candidatas ideales para este procedimiento las mujeres que tienen paridad satisfecha y que han recibido información clara y suficiente sobre la técnica, complicaciones y, sobre todo, la irreversibilidad del método (1).

Dentro de las normas de uso generales de la anticoncepción definitiva se destacan el deseo de método anticonceptivo definitivo por parte de la usuaria y el consejo anticonceptivo, el cual debe incluir información sobre otros métodos no definitivos de alta eficacia y seguridad, bien tolerados y con beneficios no anticonceptivos adicionales, así como informar que la esterilización tubárica no protege frente a las enfermedades de transmisión sexual (ETS), incluido el VIH, a su vez que las mujeres sometidas a ligadura tubárica son menos propensas a desarrollar

cáncer de ovario y enfermedad inflamatoria pélvica. En caso de discapacidad psíquica el consentimiento se atenderá a la normativa legal vigente (20).

La esterilización tubárica no es un método anticonceptivo tradicional, ya que el resultado se considera definitivo. Las indicaciones pueden diferir de un país a otro. Es clásico diferenciar las indicaciones denominadas «médicas» o «médicas mayores» de las indicaciones por cuestiones de «bienestar» o «relacionadas con la anticoncepción» (5).

Las indicaciones médicas de la esterilización tubárica casi siempre se tratan de situaciones con riesgo de agravamiento del estado de salud, incluso de riesgo vital para la paciente en caso de embarazo. Puede tratarse de una cardiopatía grave, una neumopatía importante, un trastorno grave de la coagulación, un cáncer, etc. La afección implicada se asocia con frecuencia a la contraindicación del uso de otros métodos anticonceptivos. Las indicaciones por cuestiones de bienestar o relacionadas con la anticoncepción según una encuesta realizada por el Collège des Gynécologues et Obstétriciens ha permitido constatar que el 75% de las esterilizaciones se llevan a cabo con un fin meramente anticonceptivo (5).

El uso de cualquier método anticonceptivo con fines de planificación familiar ofrece diversas ventajas para la salud, especialmente si se tienen en cuenta la morbilidad y la mortalidad que se asocian a los embarazos frecuentes. Las complicaciones del embarazo del parto y del aborto constituyen una importante causa de defunción entre las mujeres en edad fértil de todo el mundo (21). Las multiparas (con tres o más hijos) y las mujeres de 30 años o más presentan tasas más elevadas de morbilidad y mortalidad maternas que las que han tenido menos partos y las más jóvenes (22).

En una encuesta publicada por el Collège des Gynécologues et Obstétriciens de Francia, se calculaba que el número de esterilizaciones realizadas anualmente era de 30.000, es decir, 7,1% de las mujeres de 20-49 años. Esta esterilización concierne a mujeres de mayor edad, es decir, 12,7% de las mujeres de 40-44 años y 21,7% de las mujeres de 45-49 años, en comparación con sólo 0,5% de las mujeres de 20-29 años; por lo que refieren que la práctica de la esterilización tubárica es más frecuente en las mujeres de edad más avanzada (5).

Así pues, un servicio eficaz de planificación familiar que brinde una amplia gama de opciones anticonceptivas (entre ellas, la esterilización) puede ejercer una influencia positiva en la salud infantil al reducir la incidencia de embarazos y nacimientos en las mujeres de edad madura que ya han tenido varios hijos (1). Sin embargo, el porcentaje de mujeres esterilizadas antes de los 25 años ha ido en aumento. Según datos de 2015, 22,6% de las mujeres esterilizadas se encontraban en este rango de edad en comparación con 20% en el 2010. Alrededor del 80% de las mujeres esterilizadas se operan antes de los 35 años (23).

La esterilización femenina puede ser la opción más segura para muchas mujeres desde el punto de vista de la «mortalidad reproductiva» (defunciones relacionadas con un método anticonceptivo y defunciones causadas por embarazos debidos al fracaso del método). La inocuidad relativa del método de esterilización es debido a que los riesgos propios se limitan en gran parte al momento de la intervención quirúrgica en vez de perpetuarse o aumentar con el tiempo, como sucede con los riesgos propios de otros métodos y la eficacia de la esterilización es casi del 100 %; por consiguiente, los riesgos inherentes a futuros embarazos (fracasos del método anticonceptivo) son muy remotos (1).

Pese a los buenos resultados demostrados, el bloqueo tubárico laparoscópico no es una técnica exenta de complicaciones. Entre los hallazgos del grupo CREST,

aparece como complicación más frecuente la reconversión a laparotomía, que ocurrió en 0,9 % de las intervenciones laparoscópicas y la rehospitalización en 0,6 % por fiebre u otros motivos, con el gasto económico que ello conlleva (24).

En conjunto, las intervenciones de esterilización femenina dan tasas muy bajas de complicaciones graves, por lo general del orden de 0,4-2,0 %. Las complicaciones que se observan con más frecuencia tras las intervenciones de esterilización femenina son los problemas cardiovasculares y respiratorios causados por la anestesia) o relacionados con la hemorragia. Las lesiones pueden localizarse en el útero (por perforación con el manipulador uterino), los intestinos, la vejiga u otros órganos internos (1).

El riesgo de complicaciones durante la intervención quirúrgica depende de la pericia y la experiencia del cirujano, de las características de la paciente y del tipo de operación y de la técnica oclusiva utilizada. Las mujeres con antecedentes de operaciones abdominales o pelvianas son más propensas a sufrir complicaciones, sobre todo cuando se utiliza la laparoscopia. Otros factores de riesgo son los antecedentes de diabetes mellitus o de infecciones pelvianas, enfermedades pulmonares u obesidad (1).

La capacidad para realizar con seguridad un procedimiento laparoscópico puede disminuirse o aumentarse durante la curva de aprendizaje por numerosos factores, como son la aptitud quirúrgica, la destreza manual, el conocimiento de la anatomía, el centro de formación, el número de pacientes, la presencia de estandarización de la técnica quirúrgica y la supervisión del experto (25).

Tras las intervenciones de esterilización se observa con frecuencia un dolor abdominal bajo generalizado. Las mujeres sometidas a laparoscopia pueden presentar dolores torácicos y dorsales durante el día o los dos días siguientes a la operación,

causados por la insuflación del abdomen y la ulterior evacuación incompleta del gas. Entre otros efectos secundarios cabe citar las náuseas y los vómitos (1). Un neumoperitoneo exagerado puede comprimir el diafragma y la base de los pulmones, con hipoxia postoperatoria. Las adherencias previas pueden impedir la obtención de un neumoperitoneo y existe el riesgo de embolia gaseosa, aunque es muy escaso. El control preciso de la hemorragia es más difícil en la cirugía laparoscópica (26).

Las cirugías abdominales laparoscópicas son menos dolorosas que las abiertas. El dolor se puede originar por varios mecanismos, tales como: el trauma en el sitio de inserción de los trocares, por las maniobras y traumas del peritoneo y órganos intrabdominales, por irritación diafragmática, liberación de mediadores inflamatorios y a su vez la irritación que produce el neumoperitoneo es causa de dolor visceral importante en las primeras 24 horas postoperatorias, por lo que la medicación adecuada disminuye las complicaciones, costo y estancia hospitalaria (27).

Paralelamente a los adelantos alcanzados con la cirugía laparoscópica, también se ha avanzado respecto a la variedad de tratamientos analgésicos. Esto se ha traducido en la reducción a las exhortaciones de técnicas neuroaxiales y el favorecimiento de terapias de analgesia multimodal, que consiste en el uso combinado de analgésicos distintos (AINES, opioides, bloqueos regionales e incluso otros fármacos coadyuvantes) en dosis reducidas, a fin de moderar el dolor con los efectos sinérgicos de dichos fármacos, por ende, implicando una limitación de los efectos contraproducentes de cada uno de ellos (18).

Los tratamientos más comúnmente usados son los analgésicos opioides y no opioides, con los primeros el aumento en la incidencia y severidad de los efectos adversos asociados con las dosis efectivas limitan su administración, dando como resultado manejo inadecuado del dolor. El uso de analgésicos no opioides en el dolor postoperatorio ha aumentado, debido a su mayor tolerabilidad, menos efectos

adversos y no tan severos. El uso de AINES en la analgesia postoperatoria proporciona efectos comparables con los opioides, pero sin los efectos adversos. El uso combinado de ambos, disminuye la incidencia de depresión respiratoria y niveles de sedación; incrementando la cooperación, movilización temprana y recuperación de la función intestinal más rápidamente (27).

La mortalidad debida a la intervención es baja. En una antigua publicación de Peterson de 1983, sobre el total de ligaduras realizadas en Estados Unidos entre 1977 y 1981, se describen hasta 29 muertes atribuibles a la intervención. La mayoría fueron debidas a complicaciones relacionadas con la anestesia. Siete casos ocurrieron por sepsis postquirúrgica, y cuatro fueron debidas a hemorragia severa, en un caso por punción accidental de la aorta abdominal durante la inserción del trócar. Actualmente, debido a la evolución tecnológica, y a la experiencia obtenida con diversos procedimientos, las complicaciones mayores y los accidentes mortales son extremadamente raros (28).

Actualmente la cirugía laparoscópica es segura, con pocas complicaciones intraoperatorias o posoperatorias a pesar de las condiciones clínicas subyacentes que pueden aumentar los riesgos de complicaciones. Se estima una incidencia global de complicaciones en la cirugía laparoscópica de 3,2 por 1 000 pacientes, de las cuales, alrededor de 50 % se producen durante la primera entrada (29). De la misma forma, la esterilización por laparoscopia se considera segura y sencilla y parece ser mejor que la minilaparotomía posparto en cuanto a la tasa de complicaciones: la pérdida de sangre intraoperatoria, la dehiscencia de la herida y los hematomas tienen una mayor incidencia en los grupos tratados con minilaparotomía. Además, la estancia hospitalaria media después de la esterilización laparoscópica de intervalo es mucho menor que después de la esterilización laparoscópica posparto o la minilaparotomía (1).

Es un procedimiento que se realiza una sola vez, por tanto, no requiere de una motivación sostenida, de controles médicos periódicos, ni de gastos en la adquisición de productos anticonceptivos. La efectividad de su costo es máxima, porque es amortizado por el resto de los años de vida fértil. Por otra parte, con el resurgimiento de la cirugía laparoscópica y los procedimientos ambulatorios, se puede aumentar su seguridad y disminuir el costo para hacerlo más accesible a la población de bajos recursos (30).

En 1978, la Organización Mundial de la Salud (OMS), a través de la Declaración de Alma Ata, estableció que la salud es “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad”. Aunado a ello, planteó que “el disfrute del más alto nivel posible de salud” es uno de los derechos fundamentales del hombre (31).

A partir de este momento, la salud se constituyó en una entidad biopsicosocial reconocida internacionalmente y que debe ser garantizada por los Estados (31). En países como México se realiza un programa de cirugía ambulatoria el cual cumple con los siguientes objetivos: Disminuir el impacto emocional que representa para el paciente sacarlo de su ambiente laboral con motivo de una hospitalización más o menos prolongada, favorecer la rehabilitación postoperatoria del enfermo dentro de su propio ámbito y reintegrarlo lo antes posible a sus actividades habituales, así como disminuir los costos de atención que representa una infección quirúrgica intrahospitalaria, tanto el tratamiento, como del tiempo de incapacidad del enfermo para poder laborar (32).

Por otro lado, la amplitud enmarcada en este concepto, conllevó a que la salud reproductiva fuese una de las aristas contempladas. Desde esta perspectiva, todas las parejas deberían tener la posibilidad de elegir entre diversos métodos contraceptivos, según cuál cumplierse mejor sus necesidades y creencias (33). Así, la planificación

familiar, como parte del concepto de salud, es también una obligación gubernamental y conlleva beneficios sociales y personales claros ya que constituye un derecho humano; además que mejora la condición de vida de la mujer, permitiéndole oportunidades educacionales y laborales. Así también contribuye a mejorar la condición de vida de la población, reduciendo los niveles de pobreza (34).

La elección de un método anticonceptivo clásico o de la esterilización varía mucho según los países y las culturas. En esta elección intervienen muchos factores: sociales, económicos, religiosos, culturales y personales. Entre las mujeres en edad de procrear y que viven en pareja, la tasa de esterilización en los países en vías de desarrollo alcanza el 22,2% y puede llegar a más del 30% en algunos de ellos (la India, Corea), mientras que es del 9,7% en los países desarrollados. No obstante, la tasa de esterilización no es elevada en todos los países subdesarrollados. En África, quizá por razones culturales, la tasa de esterilización es muy baja. A diferencia de algunos países donde no hay cobertura social, cuando se ha alcanzado el número de hijos deseado suelen emplearse métodos reversibles, como los anticonceptivos orales o el dispositivo intrauterino (DIU) (5).

En Venezuela, la tasa de fecundidad hasta la década de los ochenta fue de 4 hijos, en la actualidad La Encovi 2021 estima que el promedio actual de hijos por mujer en Venezuela es de 2,23 hijos, promedio que se redujo considerablemente en los últimos 51 años debido a que en 1960 era superior a los 6 hijos (35). La tasa de fecundidad de las mujeres de 15 a 19 años se estima en 97 %. Los embarazos en este grupo etario representan el 21 % de los nacimientos vivos registrados en el país. Además, ha habido un incremento en la incidencia de los partos de niñas entre 10 y 12 años de edad. La tasa de aborto provocado es cercana al 22 % (36).

Existe una reducción importante en la disponibilidad de opciones para contracepción en el país, derivada de la crisis económico-política-social de esta

década. La Federación Venezolana Farmacéutica estimó que, para el año 2015, solo había dispuesto insumos anticonceptivos para cubrir 10 % del mercado venezolano (37). El incremento de la tasa de fracasos de los métodos anticonceptivos, dependiente a imposibilidades de índole económica: el costo generado mensualmente por la compra de la píldora anticonceptiva, la cual es inaccesible para la mayoría de las mujeres pobres del país. En este marco situacional, los métodos de contracepción quirúrgica son entonces un medio óptimo para alcanzar el derecho a una planificación familiar. Considerando a la esterilización quirúrgica, como un recurso que implica una mejora de la situación de pobreza y una reducción del número de embarazos no deseados, aborto y mortalidad materna (34).

De acuerdo a lo descrito anteriormente, se plantean una serie de interrogantes: ¿Cuáles son las características socio-demográficas, antecedentes gineco-obstétricos, indicaciones y comorbilidades de las pacientes intervenidas en las Jornadas de Esterilización Quirúrgicas en el Servicio de Cirugía I del Complejo Hospitalario Universitario Ruiz y Páez en el período 2019-2024? ¿Cuáles son las principales complicaciones que se pueden presentar en el posoperatorio inmediato y mediato? ¿La esterilización tubárica laparoscópica reduce el tiempo quirúrgico y el tiempo de recuperación de la paciente para reintegrarla a la vida diaria? y ¿Cuál es el tipo de anestesia utilizada durante la intervención quirúrgica y el tipo de analgésico utilizado en el periodo postoperatorio?

En vista de las interrogantes formuladas se decidió realizar el presente estudio para determinar la epidemiología, riesgos y beneficios de la esterilización tubárica laparoscópica en las pacientes atendidas en las jornadas de esterilización del servicio de Cirugía I del Complejo Hospitalario Universitario “Ruiz y Páez”, de Ciudad Bolívar, estado Bolívar, durante el periodo de enero de 2019 a enero de 2024.

JUSTIFICACIÓN

Hasta hace muy pocos años la esterilización femenina era casi exclusivamente practicada por medio de laparotomía y en algunas ocasiones por vía vaginal, estos procedimientos requerían la hospitalización de la paciente por varios días, con un costo elevado no solo para la paciente sino también para la entidad hospitalaria. No obstante, este procedimiento ha evolucionado en forma muy rápida y gracias a las innovaciones de los equipos, ha sido cambiante en los últimos años (10). Actualmente la esterilización por Laparoscopia representa un procedimiento ambulatorio que puede llevarse a cabo en clínicas y hospitales dentro del área quirúrgica, bajo anestesia local, general o sedación y proporciona protección casi completa contra futuros embarazos (37).

Además de ser un método anticonceptivo permanente, la esterilización por laparoscopia en mujeres presenta diversos beneficios en comparación con otros métodos de esterilización. Sin embargo, es importante tener en cuenta que cualquier procedimiento quirúrgico conlleva ciertos riesgos y el médico debe evaluar si la esterilización por laparoscopia es apropiada para cada mujer en particular (38).

Debido a que el Complejo Hospitalario Universitario Ruiz y Páez brinda atención a una amplia población y en donde se practican de forma regular en el Servicio de Cirugía I, como método de planificación familiar, no se conocen estudios previos que valoren las características epidemiológicas, los riesgos y beneficios de esta técnica, que en su mayoría practica el personal del departamento; se decidió realizar este estudio con la finalidad de obtener datos que permitan hacer aportes en relación a los indicadores sociales, así como evaluar el porcentaje de complicaciones que se presenten, el tiempo de la intervención, tipos de anestésicos y analgésicos utilizados, el tiempo de estancia hospitalaria y de recuperación postquirúrgica.

OBJETIVOS

Objetivo general

Determinar las características epidemiológicas, riesgos y beneficios de la esterilización tubárica laparoscópica en las pacientes atendidas en las jornadas de esterilización del servicio de Cirugía I del Complejo Hospitalario Universitario “Ruiz y Páez”, de Ciudad Bolívar, estado Bolívar, durante el periodo de enero de 2019 a enero de 2024.

Objetivos específicos

1. Clasificar a la población de estudio según características sociodemográficas (edad, procedencia, grado de instrucción, ocupación, estado civil y nivel socioeconómico).
2. Agrupar a las pacientes según antecedentes gineco-obstétricos (inicio de vida sexual, gestas, paras, cesáreas y abortos).
3. Enumerar la presencia de comorbilidades en las pacientes estudiadas.
4. Establecer la indicación de esterilización quirúrgica.
5. Identificar la presencia de complicaciones en el transoperatorio y postoperatorio inmediato.
6. Exponer los hallazgos patológicos obtenidos durante la técnica.

7. Precisar el tiempo de estancia hospitalaria.
8. Cuantificar el tiempo de intervención quirúrgica.
9. Especificar tipo de anestesia utilizada durante la intervención quirúrgica.
10. Describir los analgésicos utilizados en el periodo postoperatorio.

METODOLOGÍA

Tipo de estudio

Este estudio es ambispectivo, de tipo descriptivo, de corte transversal, de campo, no experimental.

Universo

Estuvo conformada por 584 pacientes atendidas en las jornadas de esterilización del servicio de Cirugía I del Complejo Hospitalario Universitario “Ruiz y Páez”, de Ciudad Bolívar, estado Bolívar, durante el periodo de enero de 2019 a enero de 2024.

Muestra

Estuvo conformada por 309 pacientes atendidas en las jornadas de esterilización del servicio de Cirugía I del Complejo Hospitalario Universitario “Ruiz y Páez”, de Ciudad Bolívar, estado Bolívar, durante el periodo de enero de 2019 a enero de 2024, que cumplieron con los criterios de inclusión estipulados.

Criterios de inclusión

- Pacientes mayores de 18 años.
- Pacientes que asistan a las jornadas de esterilización del servicio de Cirugía I del Complejo Hospitalario Universitario “Ruiz y Páez”, de Ciudad Bolívar, estado Bolívar.
- Pacientes que firmen el consentimiento informado.

- Pacientes con condiciones especiales como retardo mental, Síndrome de Down, trastorno mental incapacitante.

Criterios de exclusión

- Mujeres embarazadas.
- Puerperio.
- Pacientes que no deseen participar en el estudio.

Procedimientos

Se elaboró una carta dirigida a al jefe del Servicio de Cirugía I del Complejo Hospitalario Universitario “Ruiz y Páez”, de Ciudad Bolívar, estado Bolívar, a fin de solicitar la autorización para la realización del trabajo de investigación (Apéndice A). Posteriormente, se procedió a entregar a las pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión, un consentimiento informado el cual firmaron aceptando su participación voluntaria en el estudio (Apéndice B).

Luego, se realizó el llenado del instrumento de recolección de datos que fueron obtenidos mediante una encuesta con el fin de recoger datos como: edad, procedencia, grado de instrucción, ocupación, estado civil, gestas, paridad, cesáreas, abortos, presencia de comorbilidades, indicación de esterilización quirúrgica, complicaciones inmediatas y mediatas, tiempo de intervención, tipos de anestésicos y analgésicos utilizados, así como el tiempo de estancia hospitalaria. Los datos fueron vaciados en el instrumento de recolección de datos diseñada para tal fin (Apéndice C). Se anexó la validación de dicho instrumento, el cual fue evaluado por dos especialistas del área, para determinar su validez y confiabilidad (Apéndice D y E).

Para la determinación del nivel socioeconómico, se hizo uso de la escala de Graffar (Anexo A), donde cada variable se puntúa del 1 al 5 y cada variable evaluada con su puntaje corresponde a una condición o característica que tipifica a un grupo o estrato socioeconómico. La suma de todo el puntaje permite agrupar y determinar el estrato al que pertenece esa persona o el grupo familiar:

- Estrato I: 4, 5, 6 puntos; ubica a las personas dentro de la clase alta
- Estrato II: 7, 8, 9 puntos; clase media alta.
- Estrato III: 10, 11, 12 puntos; clase media baja.
- Estrato IV: 13, 14, 15, 16 puntos: situación de pobreza.
- Estrato V: 17, 18, 19, 20 puntos: situación de pobreza crítica con alto nivel de privación.

Análisis Estadístico

Los resultados fueron presentados mediante tablas de distribución de frecuencias y tablas de contingencia utilizando valores absolutos y relativos; realizados con el programa Microsoft Excel® 2010 para la elaboración de la base de datos y el paquete estadístico IBM SPSS Windows versión 23 para el análisis de los mismos. Para comparar variables se empleó la prueba de Chi cuadrado (χ^2) con margen de confianza de 95%. Se hizo uso del porcentaje como medida de resumen.

RESULTADOS

De la muestra comprendida por 309 pacientes; 47,57% (n=147) tenían entre 28 – 37 años, 87,70 % (n=270) de procedencia urbana, siendo el 50,49 % (n=156) bachiller, cuya ocupación más resaltante fue aquella en la que desempeñan labores en el hogar, 53,40 % (n=165) solteras, ubicándose la mayoría en el tercer estrato socioeconómico con un valor de 76,70% (n=237) (Tabla 1).

Se pudo observar que 72,17 % (n=223) iniciaron su vida sexual entre los 15 – 18 años, 47,25 % (n=146) de las féminas cursaron con 2 gestas, 38,51 % (n=119) presentaron dos partos, 11,65 % (n=36) expresaron haber presentado una cesárea, mientras que 10,36 % (n=32) indicaron haber presentado un aborto (Tabla 2).

Las comorbilidades con mayor frecuencia documentadas fueron: antecedentes quirúrgicos con 28,15% (n=87), hipertensión arterial, asma y obesidad con 7,12 % (n=22); 3,23% (n=10) y 3,23% (n=10); respectivamente (Tabla 3).

Según la indicación de esterilización, 97,74 % (n=302) fue por planificación familiar, mientras que el restante fue por indicación médica en el 2,26 % (n=7) (Tabla 4).

Dentro de las complicaciones presentadas durante el transoperatorio se evidenció que 0,32 % (n=1) de las pacientes no se logró realizar la intervención al ser insuficiente el paso del trocar por obesidad, mientras que en el postoperatorio inmediato fueron mareos en 3,56 % (n=11), hipotensión, dolor abdominal y meteorismo en 2,26 % (n=7) cada uno respectivamente (Tabla 5).

Con respecto a los hallazgos patológicos encontrados, la fibromatosis uterina tuvo una frecuencia de 10,36 % (n=32), el síndrome adherencial 9,39 % (n=29) y el quiste ovárico en 4,85 % (n=15) siendo lo más prevalente observado (Tabla 6).

Al determinar la estancia hospitalaria, 97,41 % (n=301) de las pacientes permanecieron menos de 12 horas hospitalizadas, seguido de aquellas que estuvieron entre 12 - 24 horas (Tabla 7).

Con respecto al tiempo de intervención, en 88,03 % (n=272) de las pacientes se estimó un tiempo menor de 10 minutos, mientras que el 11,97 % (n=37) restante fue entre 10 – 20 minutos. (Tabla 8).

El tipo de anestesia empleada fue local con Lidocaina al 2% en conjunto con sedación con Propofol, Fentalino, Midazolam y Ketamina en 100% (n=309) de las pacientes intervenidas (Tabla 9).

El analgésico mayormente empleado fue el diclofenac potasico en 94,82 % (n=293) de los casos, seguido del ketoprofeno con un valor de 4,53 % (n=14) y el tramadol representando 0,65 % (n=2) (Tabla 10).

Tabla 1

Distribución de pacientes según características sociodemográficas. Servicio de Cirugía I. Complejo Hospitalario Universitario “Ruiz y Páez”. Ciudad Bolívar, estado Bolívar. Enero 2019 - enero 2024.

Edad (Años)	N	%
18 – 27	132	42,72
28 – 37	147	47,57
Mayor de 37	30	9,71
Procedencia		
Rural	38	12,30
Urbano	270	87,70
Grado de instrucción		
Analfabeta	2	0,65
Escolar	24	7,77
Bachiller	156	50,49
Técnico superior	31	10,03
Universitario	96	31,07
Ocupación		
Estudiante	-	-
Hogar	200	64,72
Empleada	62	20,07
Independiente	47	15,21
Desempleada	-	-
Estado civil		
Soltera	165	53,40
Casada	65	21,04
Concubinato	78	25,24
Divorciada	1	0,32
Estrato socioeconómico		
I	-	-
II	5	1,62
III	237	76,70
IV	66	21,36
V	1	0,32

Tabla 2

**Distribución de pacientes según antecedentes obstétricos. Servicio de Cirugía I.
Complejo Hospitalario Universitario “Ruiz y Páez”. Ciudad Bolívar, estado
Bolívar. Enero 2019 - enero 2024.**

Antecedentes obstétricos			
Inicio de vida sexual		N	%
Menor de 15 años		18	5,83
15 – 18 años		223	72,17
Mayor de 18 años		68	22,01
Gesta			
0		13	4,21
1		113	36,57
2		146	47,25
> 2		37	11,97
Para			
0		59	19,09
1		66	21,36
2		119	38,51
> 2		65	21,04
Cesárea			
0		231	74,76
1		36	11,65
2		29	9,39
> 2		13	4,21
Aborto			
0		257	83,17
1		32	10,36
2		17	5,50
> 2		3	0,97

Fuente: Instrumento de recolección de datos elaborado por los autores.

Tabla 3

Distribución de pacientes según comorbilidades. Servicio de Cirugía I. Complejo Hospitalario Universitario “Ruiz y Páez”. Ciudad Bolívar, estado Bolívar. Enero 2019 - enero 2024.

Comorbilidades	N	%
Diabetes mellitus	3	0,97
Cáncer	3	0,97
Hipertensión arterial	22	7,12
Asma	10	3,23
Obesidad	10	3,23
Antecedente quirúrgico	87	28,15
Alergia	5	1,62
Ninguna	169	54,69
Total	309	100

Fuente: Instrumento de recolección de datos elaborado por los autores.

Tabla 4

Distribución de pacientes según indicación. Servicio de Cirugía I. Complejo Hospitalario Universitario “Ruiz y Páez”. Ciudad Bolívar, estado Bolívar. Enero 2019 - enero 2024.

Indicación	n	%
Planificación familiar	302	97,74
Indicación medica	7	2,26
Total	309	100

Fuente: Instrumento de recolección de datos elaborado por los autores.

Tabla 5

Distribución de pacientes según complicaciones presentadas. Servicio de Cirugía I. Complejo Hospitalario Universitario “Ruiz y Páez”. Ciudad Bolívar, estado Bolívar. Enero 2019 - enero 2024.

Complicaciones	N	%
Transoperatorio		
Otras: Imposibilidad del paso del trocar por Obesidad	1	0,32
Ninguna	308	99,68
Postoperatorio inmediato		
Dolor abdominal	7	2,26
Nauseas/ vómitos	5	1,62
Mareos	11	3,56
Hipotensión	7	2,26
Meteorismo	7	2,26
Otras	6	1,94
Ninguna	266	86,08
Total	309	100

Fuente: Instrumento de recolección de datos elaborado por los autores.

Tabla 6

**Distribución de pacientes según hallazgos patológicos. Servicio de Cirugía
I. Complejo Hospitalario Universitario “Ruiz y Páez”. Ciudad Bolívar, estado
Bolívar. Enero 2019 - enero 2024.**

Hallazgos patológicos	Total	
	n	%
Fibromatosis uterina	32	10,36
Síndrome adherencial	29	9,39
Hernia umbilical	6	1,94
Quiste ovárico	15	4,85
Sin hallazgos	227	73,46
Total	309	100

Fuente: Instrumento de recolección de datos elaborado por los autores.

Tabla 7

Distribución de pacientes según tiempo de estancia hospitalaria. Servicio de Cirugía I. Complejo Hospitalario Universitario “Ruiz y Páez”. Ciudad Bolívar, estado Bolívar. Enero 2019 - enero 2024.

Tiempo de estancia hospitalaria	n	%
Menor de 12 horas	301	97,41
12 – 24 horas	8	2,59
Total	309	100

Fuente: Instrumento de recolección de datos elaborado por los autores.

Tabla 8

Distribución de pacientes según tiempo de intervención. Servicio de Cirugía I. Complejo Hospitalario Universitario “Ruiz y Páez”. Ciudad Bolívar, estado Bolívar. Enero 2019 - enero 2024.

Tiempo de intervención	N	%
Menor de 10 min	272	88,03
10 – 20 min	37	11,97
Total	309	100

Fuente: Instrumento de recolección de datos elaborado por los autores.

Tabla 9

Distribución de pacientes según tipo de anestesia empleada. Servicio de Cirugía I. Complejo Hospitalario Universitario “Ruiz y Páez”. Ciudad Bolívar, estado Bolívar. Enero 2019 - enero 2024.

Tipo de anestesia empleada	N	%
Sedación + Local	309	100
Total	309	100

Fuente: Instrumento de recolección de datos elaborado por los autores.

Tabla 10

**Distribución de pacientes según analgésicos empleados. Servicio de Cirugía
I. Complejo Hospitalario Universitario “Ruiz y Páez”. Ciudad Bolívar,
estado Bolívar. Enero 2019 - enero 2024.**

Analgésicos empleados	N	%
Diclofenac potásico	293	94,82
Ketoprofeno	14	4,53
Tramadol	2	0,65
Total	309	100

Fuente: Instrumento de recolección de datos elaborado por los autores.

DISCUSIÓN

En el presente estudio se encontró que 47,57% de las pacientes tenían entre 28 – 37 años, 87,70 % eran de procedencia urbana, siendo 50,49 % bachiller, cuya ocupación era en 64,72% del hogar, en 53,40 % solteras, ubicándose la mayoría en el tercer estrato socioeconómico con 76,70 %, dicho resultado es similar al trabajo de investigación de Aguirre (2009) quien resalta que la edad de las pacientes incluidas en el estudio tuvo un rango de 23 a 37 años, con una media de 28 años, en su mayoría procedentes de la localidad. A su vez, Pérez y Batista (2019) determinaron que la edad promedio de las mujeres fue de 33 años, con un rango de 12 a 44 años, siendo el 59,5 % solteras con un grado de instrucción a nivel de secundaria, representando el 53 %, no obstante, Conde (2021) señaló que la edad media de las pacientes intervenidas fue de 32,4 años, con un rango entre 20 y 45, y que la mitad tienen edades por debajo a 32 años, donde 53,94 % eran solteras.

Por otra parte, difiere del estudio de Figueira et al., (2016) quienes resaltaron que el rango de edad donde se presentó un mayor porcentaje de pacientes que recibieron cirugía ginecológica laparoscópica fue entre 46- 55 años de edad, representados por 226 pacientes con un total de 24,3 %, mientras que Fajardo (2016) destacó que la edad media de las participantes fue de 38 años, donde más de la mitad de éstas eran bachilleres (55,1%). En cuanto al estrato socioeconómico el 59,4% pertenecían al estrato uno y solo un 8% se encontraban en estratos tres y cuatro. La unión libre fue el estado civil reportado por la mayoría de las encuestadas (60,5%) y respecto a la ocupación más de la mitad de las participantes refirieron dedicarse al hogar (63,8%).

El 72,17 % iniciaron su vida sexual entre los 15 – 18 años, 47,25 % de las féminas cursaron con 2 gestas, 38,51 % presentaron dos partos, 11,65 % manifestaron

tener una cesárea y 10,36 % indicaron haber presentado un aborto, hecho que difiere del estudio de Fajardo (2016) en el cual, la mitad de las participantes comenzaron actividad sexual posterior a los 17 años de edad en 56,78 %, a su vez tenían entre tres y cuatro gestaciones 50,1%), el 31,6% refirió no haber tenido ningún parto vaginal y el 42,5% no haber tenido ninguna cesárea, en cuanto a los abortos la mayoría negó tenerlos (77,3%) y 19% refirió al menos un aborto, no obstante, Pérez y Batista (2019) señalaron que el promedio de embarazos fue de 3, el de partos de 2, la mayoría de las mujeres incluidas en el estudio nunca fueron operadas de cesárea (72,8 %), mientras que el 65,4 % de las mujeres no tenía antecedentes de aborto, 19,7 % tuvo 1, el 8,6 % 2, el 4,9 % 3 y 1,2 % 4 abortos previos, a su vez Conde (2021) señaló que las gestantes iniciaron actividad sexual por encima de los 18 años en 62,5 %, donde el 79,6 % han tenido entre dos y tres gestaciones, en relación con los partos, aproximadamente 80 % han tenido 2 partos, asimismo se encontró que 12,2 % de las pacientes tenía una cesárea previa y 10,2 % tenían 1 o 2 abortos previos, mientras que en el estudio de Aguirre (2009) determinaron que el número de gestaciones se encontró con un rango de 2 a 7 hijos con un promedio de partos de 2.7, de abortos 0.83, cesáreas 0.25.

Las comorbilidades con mayor frecuencia observada fueron: antecedentes quirúrgicos con 28,15% (n=87), hipertensión arterial, asma y obesidad con 7,12 %, 3,23% y 3,23% respectivamente, el cual difiere del trabajo de investigación de Pérez y Batista (2019) quienes determinaron que 12.34% de las mujeres tenían una patología agregada, siendo las reportadas: Epilepsia (3), Hipotiroidismo (2), Artritis Reumatoide (1), Migraña (1), Hipertensión Arterial (1), Agenesia Renal Derecha (1), Trastorno Bipolar (1), Parálisis Cerebral (1).

Según la indicación de esterilización, 97,74 % fue por planificación familiar y 2,26 % por indicación médica, el cual concuerda con el trabajo de investigación de

Aguirre (2009) quien refiere que la principal indicación para esterilización fue por planificación familiar representando 98 % de los casos.

Dentro de las complicaciones, los mareos se presentaron en 3,56 %, hipotensión, dolor abdominal y meteorismo en 2,26 %, el cual, difiere del estudio de Aguirre (2009) quien indico las complicaciones presentadas fueron vómitos persistentes e hipotensión en menos del 10 % de los casos, asimismo, Pérez y Batista (2019) quienes señalaron que 4,9 % se presentaron complicaciones, siendo 2 perforaciones uterinas (2.46%), a su vez, Figueira et al., (2016) determinaron que 0,5 % de las complicaciones fueron causadas por lesiones de vasos sanguíneos uterino, mientras que las complicaciones de lesiones de vísceras digestivas, infección del área quirúrgica, absceso abdominal, shock hipovolémico y derrame pleural bilateral obtuvieron un total de 1 paciente (0,1 %).

Con respecto a los hallazgos patológicos, la fibromatosis uterina 10,36%, el síndrome adherencial represento 9,39 % y el quiste ovárico 4,85 %, acercándose al trabajo de investigación de Pérez y Batista (2019) donde el 44.44% de las mujeres tuvieron hallazgos patológicos durante la laparoscopia, siendo 14,8 % adherencias, 11,1 % miomatosis uterina, 8,6 % endometriosis y 6,1% quistes de ovario.

El 97,41 % de las pacientes permanecieron menos de 12 horas hospitalizadas, cuyo tiempo de intervención, en 88,03 % fue menor de 10 minutos, siendo empleada la anestesia local con Lidocaina al 2% en conjunto con sedación con Propofol, Fentalino, Midazolam y Ketamina en el 100% de las pacientes intervenidas, el cual difiere del trabajo de investigación de Aguirre (2009) quien señaló que el tiempo quirúrgico en promedio fue de 24 minutos, con un mínimo de 17 minutos y un máximo de 35 minutos, a su vez, Pérez y Batista (2019) el tiempo promedio para la realización de la esterilización fue de 52 minutos, mientras el tiempo de estancia hospitalaria fue de 24 horas en todas las mujeres para vigilancia del postoperatorio,

no obstante Conde (2021) determinó que el tiempo medio de intervención fue de 22,8 minutos, con un rango entre 5 y 120 minutos bajo anestesia general, asimismo Figueira et al., (2016) describieron que en 100 % de los pacientes se empleó anestesia raquídea cuyo tiempo de intervención fue en promedio 22,8 minutos, mientras que Pérez (2013) indico que 100 % de los pacientes fueron sometidas a anestesia general.

El analgésico mayormente empleado fue el diclofenac potásico 94,82 %, hecho que difiere del trabajo de investigación de Aguirre (2009) quien indico como analgésico principal la dipirona de un 1 g en infusión endovenosa en el periodo inmediato a recuperación de anestesia.

CONCLUSIONES

- Se encontró que 47,57% (n=147) de las pacientes tenían entre 28 – 37 años, de procedencia urbana en 87,70 % (n=270), bachiller 50,49 % (n=156), cuya ocupación era del hogar, solteras 53,40 % (n=165), ubicándose la mayoría en el tercer estrato socioeconómico en 76,70% (n=237).
- Un 72,17% (n=223) de las pacientes iniciaron actividad sexual entre los 15-18 años, 47,25 % (n=146) de las pacientes estudiadas cursaron con 2 gestas, mientras que 38,51 % (n=119) indicaron haber presentado por lo menos dos partos. Solo una pequeña proporción manifestaron tener una cesárea y un aborto, 11,65 % (n=36) y 10,36 % (n=32) respectivamente.
- Las comorbilidades con mayor frecuencia observada fueron: antecedentes quirúrgicos en 28,15% (n=87), hipertensión arterial 7,12 % (n=22), asma en 3,23% (n=10) y obesidad en 3,23% (n=10).
- La planificación familiar fue la indicación de esterilización quirúrgica mayormente observada en las pacientes estudiadas en 97,74 % (n=302).
- Los mareos en 56 % (n=11), la hipotensión, el dolor abdominal y el meteorismo con 2,26 % (n=7) cada uno respectivamente, fueron las complicaciones mayormente observadas en los pacientes en estudio.
- La fibromatosis uterina en 10,36 % (n=32), el síndrome adherencial 9,39 % (n=29) y el quiste ovárico en 4,85 % (n=15) fueron los hallazgos patológicos que se observaron en las pacientes en estudio.

- 97,41 % (n=301) del total de las pacientes permanecieron menos de 12 horas hospitalizadas, donde 88,03 % (n=272) de las pacientes fueron intervenidas en un tiempo menor de 10 minutos, bajo anestesia local y sedación 100% de la población estudiada.
- El analgésico mayormente empleado fue el diclofenac potásico en 94,82 % (n=293) de la totalidad de pacientes sometidas a esterilización.
- Se determinó que la resolución quirúrgica por esterilización tubárica laparoscópica es beneficiosa y de bajo riesgo en quienes se practica, dada la escasa incidencia de complicaciones que produce.

RECOMENDACIONES

- Fomentar los beneficios que conlleva la esterilización quirúrgica laparoscópica en las mujeres.
- Dar a conocer mediante charlas a la población de mujeres en edad reproductiva las principales ventajas y desventajas de la esterilización quirúrgica laparoscópica.
- Promocionar y promover en las madres, la esterilización como método de control poblacional.
- Concientizar sobre la esterilización quirúrgica laparoscópica en áreas de pobreza cuyo crecimiento poblacional sea exponencial.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. 1993. Esterilización femenina: guía para la prestación de servicios. [En línea] Disponible: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/40943/3/9243544349_es.pdf [Julio de 2023]
2. Haakenstad, A., Angelino, O., Irvine, C., et al. 2022. Measuring contraceptive method mix, prevalence, and demand satisfied by age and marital status in 204 countries and territories, 1970-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet* (London, England), 400 (10348), 295–327. [En línea] Disponible: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(22\)00936-9/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(22)00936-9/fulltext) [Julio de 2023]
3. Kavanaugh, M. y Jerman, J. 2018. Uso de métodos anticonceptivos en Estados Unidos: tendencias y características entre 2008, 2012 y 2014. *Contraception*, 97(1): 14–21. [En línea] Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29038071/> [Julio de 2023]
4. Ordoñez, I. 2021. En medio de limitaciones de acceso a métodos anticonceptivos aumenta la esterilización quirúrgica femenina en Venezuela. *Crónica Uno*. [En línea] Disponible: [https://cronica.uno/en-medio-de-limitaciones-de-acceso-a-metodos-antic onceptivos-aumenta-la-esterilizacion-quirurgica-femenina-en-el-pais/](https://cronica.uno/en-medio-de-limitaciones-de-acceso-a-metodos-antic-onceptivos-aumenta-la-esterilizacion-quirurgica-femenina-en-el-pais/) [Julio 2023].

5. Picod, G., Coulon, C., Lambaudie, E. 2007. Esterilización tubárica. ECM-Ginecología y Obstetricia. E – 738-A-20. [En línea]. Disponible: [https://sci-hub.se/https://doi.org/10.1016/S1283-081X\(07\)70819-6](https://sci-hub.se/https://doi.org/10.1016/S1283-081X(07)70819-6). [Julio de 2023].
6. Enciso, J. 2013. Anestesia en la cirugía laparoscópica abdominal. Anales de la Facultad de Medicina, 74 (1): 63-70. [En línea] Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832013000100012&lng=es&tlng=es. [Julio de 2023]
7. Mencaglia L, Minelli L, Wattiez A. 2013. Manual of Gynecological Laparoscopic Surgery. 2da Edición. Editorial: Prss, Tuttlingen. Alemania [En línea] Disponible en: https://cdn.websurg.com/web/img/winners/WeBSurg_Winners_34_1.pdf
8. Blanco, R. 1991. Laparoscopia Ginecológica. Evaluación de la esterilidad femenina. Ediciones Doyma. Barcelona, España Cap 1 pag 1-13.
9. Caizaguano, M., Cevallos, L., Baidal, A., y Rodríguez, G. 2023. Evaluación de los resultados a largo plazo de la cirugía laparoscópica. RECIMUNDO, 7 (1): 601-608. [En línea] Disponible en: <https://recimundo.com/index.php/es/article/view/1993#:~:text=La%20historia%20de%20la%20cirug%C3%ADa,3D%20e%20incluso%20telemedicina%20que> [Julio 2023]
10. Castro, R. 2010. La cirugía laparoscópica en la cirugía general: retos actuales y perspectivas de desarrollo. Revista Cubana de Cirugía, 49(4),

- 94-108. [En línea] Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932010000400013&lng=es&tlng=es. [Julio de 2023]
11. Trumper, E., Provenzano, B., y Prigoshin, P. 2009. Ligadura Tubárica. Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. Buenos Aires, Argentina.
 12. Beerthuisen R. 2010. State-of-the-art of non-hormonal methods of contraception: V. Female sterilisation. The European journal of contraception & reproductive health care: the official journal of the European Society of Contraception, 15(2), 124–135. [En línea] Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20230338/> [Julio de 2023]
 13. Pulido, M. 1975. Esterilización femenina voluntaria por el método de laparoscopia. Revista Colombiana de Ginecología y Obstetricia. Bogotá. p 225.
 14. Aguer M., Aguirre X., Aichele D., Amorretty K, et al. 2017. Cirugía mínimamente invasiva. Federación Latinoamericana de Obstetricia y Ginecología; Bogotá, Colombia. [En línea] Disponible en: https://comego.org.mx/libros/CirugiaMinimamenteInvasiva_Flasog.pdf [Julio de 2023]
 15. Cueto, G., Rodríguez, D., Weber, S. 1997. Cirugía Laparoscópica Ambulatoria. McGraw-Hill Interamericana. México. 2da ed. Cap. 81:617-619. [Julio de 2023].

16. De la Torre, L., Bravo, E., Riesle, H., Chamy, V. y Michea, K. 2007. Esterilización quirúrgica por vía transumbilical con anestesia local en púerperas recientes. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 72(4), 205-209. [En línea] Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262007000400002 [Julio de 2023]
17. Saavedra, J. 2000. Laparoscopia oficinal bajo anestesia local y sedación consciente. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. Colombia*. 51(3): 154-160. [En línea] Disponible en <https://revista.fecolsog.org/index.php/rcog/article/view/675> [Julio de 2023]
18. Mora, A., Tuitice, D., Betancourt, M. y Rochina, R. 2021. Anestesia-terapia del dolor en cirugía laparoscópica y bariátrica. *Revista Científica Mundo de la Investigación y del Conocimiento. Ecuador*. 5(2): 268-277. [En línea] Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/8056958.pdf> [Julio de 2023]
19. Amorocho, N. 1975. Laparoscopia. Revisión de Temas. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología.*, Vol. XXX No. 5 [En línea]. Disponible: <https://revista.fecolsog.org/index.php/rcog/article/view/2282/2421> [Julio de 2023].
20. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. 2014. Anticoncepción definitiva femenina mediante técnicas endoscópicas. *Progresos de Obstetricia y Ginecología. España*. 58(1):41-53. [En línea]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-progresos->

obstetricia-ginecologia-151-articulo-anticoncepcion-definitiva-femenina-mediante-tecnicas-S0304501314002714 [Julio de 2023].

21. Starrs, A. 1987. Preventing the tragedy of maternal deaths: a report on the International Safe Motherhood Conference. Washington, DC, Banco Mundial.
22. Maine, D. 1981. Family planning: its impact on the health of women and children. Nueva York, Center for Population and Family Health, Columbia University.
23. Conde, M. 2021. Factores asociados al arrepentimiento después de la realización de esterilización quirúrgica en mujeres que asisten a consulta en el Instituto de Salud de Bucaramanga (ISABU) y la clínica Girón. Trabajo de Grado. Ginecología y Obstetricia. Universidad de Bucaramanga. Bucaramanga, Santander. p. 13
24. Jamieson, D., Hillis, S., Marchbanks, P., Costello, C., Peterson H. 2000. Complicaciones de la esterilización tubárica laparoscópica de intervalo: hallazgos de la Revisión Colaborativa de Esterilización de los Estados Unidos. *Obstetricia y Ginecología* 2000; 96(6):997-1002. [En línea]. Disponible: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0029784400010826?via%3Dihub> [Julio de 2023].
25. Vazquez, V., Zepeta, J., Briones, C., Hernández, M. 2011. Desempeño de los procedimientos laparoscópicos en ginecología: adquisición y mantenimiento de la idoneidad. *Revista Chilena de Obstetricia y*

- Ginecología. 76(4): 275 – 281. [En línea]. Disponible: www.researchgate.net/publication/262598900_Desempeno_de_los_procedimientos_laparoscopicos_en_ginecologia_adquisicion_y_mantenimiento_de_la_idoneidad/fulltext/038f60da0cf259a58fd1d313/Desempeno-de-los-procedimien [Julio de 2023].
26. Caizaguano, P., Cevallos, L., Baidal, A., Rodriguez, G. 2023. Evaluación de los resultados a largo plazo de la cirugía laparoscópica. Revista Científica Mundo de la investigación y el conocimiento. 2023. Pp. 601-608. [En línea]. Disponible: <https://recimundo.com/index.php/es/article/view/1993/2494> [Julio de 2023].
27. López, C., Hernández, C., Aguilar, M. y Álvarez, A. 2017. Tratamiento del dolor postoperatorio en cirugías abdominales laparoscópicas. Revista Mexicana de Anestesiología. México. 41(2): 96-104. [En línea] Disponible en: <https://www.mediagraphic.com/pdfs/rma/cma-2018/cma182d.pdf> [Julio de 2023]
28. Rios, J., 2014. Eficacia y seguridad a largo plazo de la esterilización femenina histeroscópica mediante el dispositivo essure. Trabajo de Grado. Departamento de Ginecología y Obstetricia. Universidad de Córdoba, p 28.
29. Pupo, S., Yanes, W., Cicard, A., y Arias, G. 2022. Complicaciones de la cirugía ginecológica laparoscópica. Revista Cubana de Medicina Militar, 51(4), e02201830. [En línea].

<https://revmedmilitar.sld.cu/index.php/mil/article/view/1830/1582> [Julio de 2023].

30. Reyes, A., Cazorla, M. 1998. La importancia de la educación en la atención preventiva de la salud. Tesis Doctoral. Departamento de Salud Pública. Universidad de Carabobo.
31. Organización Mundial de la Salud. 1978. Congreso Internacional de Atención Primaria de Salud. Declaración de Alma-Ata. 32 (11):428 - 430. [En línea]. Disponible en: <https://www.who.int/teams/social-determinants-of-health/declaration-of-alma-ata> [Julio de 2023]
32. Martínez, D. 1996. Programa de cirugía ambulatoria. Bases del Conocimiento Quirúrgico. McGraw-Hill-Interamericana. México. 1era ed. Cap. IX: 131-135.
33. Organización Mundial de la Salud. 2014. Garantizar los derechos humanos en la provisión de información y servicios anticonceptivos. Orientación y recomendaciones. [En línea]. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/102539/9789241506748_eng.pdf?sequence=1 [Julio de 2023].
34. Fernández, J. y Pizzi, R. 2016. Aspectos ético-legales en la esterilización quirúrgica voluntaria. Unidad de Endocrinología Ginecológica. Servicio de Endocrinología. Hospital Universitario de Caracas. Revista de Ginecología y Obstetricia. Venezuela. 76(3):196 - 202. [En línea]. Disponible en: <https://ve.scielo.org/pdf/og/v76n3/art08.pdf> [Julio de 2023].

35. Ordoñez, I. 2021. Encovi 2021 da cuenta de un país con menos población y graves problemas sociales. *Crónica Uno*. [En línea] Disponible: <https://cronica.uno/encovi-2021-da-cuenta-de-un-pais-con-menos-poblacion-y-con-graves-problemas-sociales/> [Julio 2023].
36. Gerencia General de Estadísticas Demográficas. 2014. Ministerio del Poder Popular para la Planificación. I Boletín del Subcomité de embarazos en adolescentes. [En línea]. Disponible en: http://www.ine.gov.ve/documentos/SEN/menuSEN/pdf/subcomitedemografica/Documentos2014/Boletin_de_Estadisticas_de_Embarazo_en_Adolescente_2014.pdf
37. Aguirre, Ana. 2016. 30 años de planificación familiar en Venezuela. PLAFAM. Venezuela. [En línea]. Disponible en: <https://docplayer.es/88385526-30-anos-de-planificacion-familiar-en-venezuela.html> [Julio de 2023].
38. López, G., Cáceres, E., & Muñoz, L. 1974. Esterilización femenina ambulatoria por laparoscopia bajo anestesia local. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*. Bogotá. [En línea]. Disponible en: <https://revista.fecolsog.org/index.php/rcog/article/download/1731/1873> [Julio de 2023]
39. López, A. & Corea, J. 2009. Efectividad de la técnica de esterilización quirúrgica en pacientes intervenidas por el Programa de Planificación Familiar Hospital Alemán Nicaragüense 1995-2005. Trabajo de Grado. Universidad Nacional Autónoma de

40. Nicaragua, Facultad de Ciencias Médicas UNAN-León. [En línea]. Disponible en:
<http://riul.unanleon.edu.ni:8080/jspui/handle/123456789/2608>
[Julio de 2023]
41. Aguirre, G. 2009. Esterilización tubárica por laparoscopia: revisión de 6 años en el INPER. Trabajo de grado de especialización. Universidad Nacional Autónoma de México, México. [En línea]. Disponible en: <https://repositorio.unam.mx/contenidos/103952> 19/09/2023
42. Pérez, L. y Batista, S. 2019. Complicaciones en Cirugía Ginecológica Laparoscópica en el Centro de Diagnóstico Medicina Avanzada y Telemedicina (CEDIMAT), Periodo Enero 2008 - Diciembre 2018. Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, República Dominicana. [En línea]. Disponible en: [https://repositorio.unphu.edu.do/bitstream/handle/123456789/1393/Complicaciones%20en%20cirugia%20ginecol%C3%ADgica%20laparosc%C3%B3pica%20en%20el%20Centro%20de%20Diagn%C3%B3stico%20Medicina%20Avanzada%20y%20Telemedicina%20\(CEDIMAT\),%20Periodo%20Enero%202008%20-%20Diciembre%202018.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.unphu.edu.do/bitstream/handle/123456789/1393/Complicaciones%20en%20cirugia%20ginecol%C3%ADgica%20laparosc%C3%B3pica%20en%20el%20Centro%20de%20Diagn%C3%B3stico%20Medicina%20Avanzada%20y%20Telemedicina%20(CEDIMAT),%20Periodo%20Enero%202008%20-%20Diciembre%202018.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
43. Figueira, L. Díaz., V. Lemmo, A., García, A., Carrasco, D., & Castillo, E. 2016. Esterilización tubaria transvaginal: Experiencia en el Hospital Universitario de Caracas. Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela, [En línea]. Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322016000200007&lng=es&tlng=es

44. Conde, M. 2021. Factores asociados al arrepentimiento después de la realización de esterilización quirúrgica en mujeres que asisten a consulta en el Instituto de Salud de Bucaramanga (ISABU) y la Clínica Girón. Trabajo de Grado. Universidad Autónoma de Bucaramanga, Ginecología y Obstetricia. Bucaramanga, Santander. [En línea] Disponible en: <https://repository.unab.edu.co/handle/20.500.12749/13734>

45. Fajardo, A. 2016. Epidemiología, técnicas quirúrgicas y sus complicaciones en la esterilización tubárica en pacientes atendidas en el Hospital Isidro Ayora durante el periodo 2012-2014. Trabajo de Grado. Universidad Nacional de Loja, Área de la Salud Humana, Carrera de Medicina Humana. Ecuador. [En línea] Disponible en: <https://dspace.unl.edu.ec/jspui/handle/123456789/17174>

46. Pérez, N. 2013. Esterilización quirúrgica laparoscópica en adolescentes femeninas con capacidades limitadas. Trabajo de Grado. Universidad Central de Venezuela. Caracas, Venezuela. 43 pp.

APÉNDICES

Apéndice A

UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NÚCLEO BOLÍVAR
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
“Dr. Francisco Battistini Casalta”
DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA

Ciudad Bolívar, ___/___/___.

Dr. Ronal Cedeño

Jefe del Servicio de Cirugía I del Complejo Hospitalario Universitario “Ruiz y Páez”, de Ciudad Bolívar, estado Bolívar.

Sirva la presente para saludarle a la vez que deseamos solicitarle con el debido respeto, toda la colaboración que pueda brindarnos para la elaboración de la investigación que lleva por título **EPIDEMIOLOGÍA, RIESGOS Y BENEFICIOS DE LA ESTIRILIZACIÓN TUBÁRICA LAPAROSCOPICA. SERVICIO DE CIRUGÍA I. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO “RUIZ Y PAEZ”. CIUDAD BOLÍVAR - ESTADO BOLÍVAR. ENERO 2019 – ENERO 2024**. Que será presentada a posteriori como trabajo de grado, siendo un requisito parcial para optar por el título de Médico Cirujano. Esperando recibir de usted una respuesta satisfactoria que nos aproxime a la realización de esta tarea.

Atentamente

Br. Carla Ascanio

Br. Luisanny Grau

Apéndice B



UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NÚCLEO BOLÍVAR
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
“Dr. Francisco Battistini Casalta”
DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____, portador de la Cédula de Identidad número _____, declaro que he sido informado sobre los objetivos y alcances de la investigación titulada **EPIDEMIOLOGÍA, RIESGOS Y BENEFICIOS DE LA ESTIRILIZACIÓN TUBÁRICA LAPAROSCOPICA. SERVICIO DE CIRUGÍA I. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO “RUIZ Y PAEZ”. CIUDAD BOLÍVAR - ESTADO BOLÍVAR. ENERO 2019 – ENERO 2024**, desarrollada por los Bachilleres Carla Ascanio y Luisanny Grau, bajo la asesoría del Dr. Ronal Cedeño. Por medio de la presente declaro que conozco y comprendo la información que me ha sido suministrada y acepto participar como sujeto de investigación.

En Ciudad Bolívar, a los _____ días del mes de _____ de 202_.

Firma

Apéndice C

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.					
DATOS GENERALES.					
Nombre y apellido.			Edad	Teléfono	
CARACTERÍSTICAS SOCIO-DEMOGRÁFICAS.					
Estado Civil		Procedencia		Grado de Instrucción	
Soltera		Rural		Analfabeta	
Casada				Escolar	
Concubinato		Urbana		Bachiller	
Divorciada				Técnico Superior	
				Universitario	
				Desempleada	
ANTECEDENTES GINECOBSTÉTICOS.					
Inicio de vida sexual		Gestas		Partos	Cesáreas
COMORBILIDADES					
Diabetes Mellitus				Hipertensión Arterial	
Enfermedad Cardiovascular				Enfermedad Pulmonar	
Infecciones Pelvianas				Obesidad	
Antecedente quirúrgico				Enfermedad Autoinmune	
Alergias				Ninguna	
Otros:					
INDICACIÓN.					
Planificación Familiar				Indicación Médica	
COMPLICACIONES					
TRANSOPERATORIO			POST-OPERATORIO INMEDIATO		
Hemorragia				Dolor abdominal	
Lesión visceral				Fiebre	
Complicaciones de anestesia				Náuseas y vómito	
Conversión a laparotomía				Mareo	
Lesiones nerviosas				Hipotensión o Hipertensión	
Ninguna				Ninguna	
Otros:			Otros:		
HALLAZGOS PATOLÓGICOS					
Fibromatosis Uterina				Síndrome adherencial	
Hernia Umbilical				Quiste ovárico	
Sin hallazgos			Otros:		
TIEMPO DE LA INTERVENCIÓN (min)			TIEMPO DE ESTANCIA HOSP. (hrs)		
TIPO DE ANESTESIA			TIPO DE ANALGÉSICO		
Local		Sedación		General	

ANEXOS

Anexo A

ESCALA DE GRAFFAR

VARIABLES	PUNTAJE	ITEMS
1. Profesión del Jefe de familia	1	Profesión universitaria, financista, banqueros, comerciantes, todos de alta productividad. Oficiales de Fuerzas Armadas (sí tienen un rango de educación superior).
	2	Profesión Técnica Superior, medianos comerciantes o productores.
	3	Empleados sin profesión universitaria, con técnica media, pequeños comerciantes o productores.
	4	Obreros especializados y parte de los trabajadores del sector informal (con primaria completa).
	5	Obreros no especializados y otra parte del sector informal de la economía (sin primaria completa).
2. Nivel de instrucción de la Madre	1	Enseñanza universitaria o su equivalente.
	2	Técnica Superior completa, enseñanza secundaria completa, técnica media.
	3	Enseñanza secundaria incompleta, técnica inferior.
	4	Enseñanza primaria, o alfabeta (con algún grado de instrucción primaria).
	5	Analfabeta.
3. Principal fuente de ingreso de la familia	1	Fortuna heredada o adquirida.
	2	Ganancias o beneficios, honorarios profesionales.
	3	Sueldo mensual.
	4	Salario semanal, por día, entrada a destajo.
	5	Donaciones de origen público o privado.
4. Condiciones de alojamiento	1	Vivienda con óptimas condiciones sanitarias en ambientes de gran lujo.
	2	Viviendas con óptimas condiciones sanitarias en ambientes con lujo sin exceso y suficientes espacios.
	3	Vivienda con buenas condiciones sanitarias en espacios reducidos o no, pero siempre menores que en las viviendas 1 y 2.
	4	Viviendas con espaciosos o reducidos y/o con deficiencias en algunas condiciones sanitarias.
	5	Rancho o vivienda con condiciones sanitarias marcadamente inadecuadas.

HOJAS DE METADATOS

Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso – 1/6

Título	EPIDEMIOLOGÍA, RIESGOS Y BENEFICIOS DE LA ESTERILIZACIÓN TUBÁRICA LAPAROSCÓPICA. SERVICIO DE CIRUGÍA I. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO “RUIZ Y PÁEZ”. CIUDAD BOLÍVAR - ESTADO BOLÍVAR. ENERO 2019 – ENERO 2024.
Subtítulo	

Autor(es)

Apellidos y Nombres	Código ORCID / e-mail	
Ascanio Rondón, Carla Angelina J	ORCID	
	e-mail:	carlangelina98@gmail.com
Grau Duerto, Luisanny del Valle	ORCID	
	e-mail:	grauluisanny@gmail.com

Palabras o frases claves:

Esterilización
Beneficios
Laparoscopia

Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso – 2/6

Área o Línea de investigación:

Área	Subáreas
Dpto. de Cirugía	Servicio de Cirugía I
Línea de Investigación:	

Resumen (abstract):

La esterilización por laparoscopia representa un procedimiento ambulatorio que puede llevarse a cabo bajo anestesia local, general o sedación, proporcionando protección casi completa contra futuros embarazos, sin embargo, es importante tener en cuenta que conlleva ciertos riesgos y el médico debe evaluar si es apropiada para cada mujer en particular. **Objetivo:** Determinar las características epidemiológicas, riesgos y beneficios de la esterilización tubárica laparoscópica en las pacientes atendidas en las jornadas de esterilización del servicio de Cirugía I del Complejo Hospitalario Universitario “Ruiz y Páez”, de Ciudad Bolívar, estado Bolívar, durante el periodo de enero de 2019 a enero de 2024. **Metodología:** Este estudio fue de tipo ambispectivo, descriptivo, de corte transversal, de campo, no experimental. El **universo** estuvo conformado por 584 pacientes, de las cuales se incluyeron **309** pacientes en el estudio. **Resultados:** Se encontró que 47,57% de las pacientes tenían entre 28 – 37 años, 87,70 % eran de procedencia urbana, siendo 50,49 % bachiller, cuya ocupación era del hogar, 53,40 % solteras, ubicándose la mayoría en el tercer estrato socioeconómico con 76,70%. El 47,25 % de las féminas cursaron con 1 gesta, 38,51 % presentaron un parto, 11,65 % una cesárea y 10,36 % indicaron haber presentado un aborto. Las comorbilidades con mayor frecuencia fueron: antecedentes quirúrgicos con 28,15%, hipertensión arterial, asma y obesidad con 7,12 %, 3,23% y 3,23% respectivamente. La esterilización, fue en 97,74 % por planificación familiar y 2,26 % por indicación médica. Dentro de las complicaciones los mareos se presentaron en 3,56 %, hipotensión, dolor abdominal y meteorismo en 2,26 %. Con respecto a los hallazgos patológicos la fibromatosis uterina representó 10,36%, el síndrome adherencial 9,39 % y el quiste ovárico 4,85 %. El 97,41 % de las pacientes permanecieron menos de 12 horas hospitalizadas, cuyo tiempo de intervención, en 88,03 % fue menor de 10 min, siendo empleada la anestesia local y sedación en 100% de los casos. El analgésico mayormente empleado fue el diclofenac potásico en 94,82 %. **Conclusiones:** Se encontró que la resolución quirúrgica por esterilización tubárica laparoscópica es beneficiosa en quienes se practica, dada la baja incidencia de complicaciones que produce.

Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso – 3/6

Contribuidores:

Apellidos y Nombres	ROL / Código ORCID / e-mail				
	ROL	CA	AS	TU(x)	JU
Dr. Ronal Cedeño	ORCID				
	e-mail	redenox8@gmail.com			
	e-mail				
Dr. Luis Madriz	ROL	CA	AS	TU	JU(x)
	ORCID				
	e-mail	ldmn1860@hotmail.com			
	e-mail				
Dra. Nayit Dun	ROL	CA	AS	TU	JU(x)
	ORCID				
	e-mail	dunnayit@gmail.com			
	e-mail				

Fecha de discusión y aprobación:

2024	10	02
Año	Mes	Día

Lenguaje: español

Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso – 4/6

Archivo(s):

Nombre de archivo
Epidemiología riesgos y beneficios de la esterilización tubárica laparoscopica. Servicio de Cirugía I. Enero 2019 Enero 2024.

Alcance:

Espacial:

Servicio de Cirugía I. Complejo Hospitalario Universitario “Ruiz y Páez”. Ciudad Bolívar - Estado Bolívar.

Temporal:

Enero 2019 – Enero 2024.

Título o Grado asociado con el trabajo:

Médico Cirujano

Nivel Asociado con el Trabajo:

Pregrado

Área de Estudio:

Dpto. de Medicina

Institución(es) que garantiza(n) el Título o grado:

Universidad de Oriente

Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso – 5/6



UNIVERSIDAD DE ORIENTE
CONSEJO UNIVERSITARIO
RECTORADO

CU N° 0975

Cumaná, 04 AGO 2009

Ciudadano
Prof. JESÚS MARTÍNEZ YÉPEZ
Vicerrector Académico
Universidad de Oriente
Su Despacho

Estimado Profesor Martínez:

Cumplo en notificarle que el Consejo Universitario, en Reunión Ordinaria celebrada en Centro de Convenciones de Cantaura, los días 28 y 29 de julio de 2009, conoció el punto de agenda **"SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA PUBLICAR TODA LA PRODUCCIÓN INTELECTUAL DE LA UNIVERSIDAD DE ORIENTE EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL DE LA UDO, SEGÚN VRAC N° 696/2009"**.

Leído el oficio SIBI – 139/2009 de fecha 09-07-2009, suscrita por el Dr. Abul K. Bashirullah, Director de Bibliotecas, este Cuerpo Colegiado decidió, por unanimidad, autorizar la publicación de toda la producción intelectual de la Universidad de Oriente en el Repositorio en cuestión.



Comunicación que hago a usted a los fines consiguientes.

Cordialmente,


JUAN A. BOLAÑOS CUNELE
Secretario



C.C.: Rectora, Vicerrectora Administrativa, Decanos de los Núcleos, Coordinador General de Administración, Director de Personal, Dirección de Finanzas, Dirección de Presupuesto, Contraloría Interna, Consultoría Jurídica, Director de Bibliotecas, Dirección de Publicaciones, Dirección de Computación, Coordinación de Teleinformática, Coordinación General de Postgrado.

JABC/YGC/maruja

Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso – 6/6

De acuerdo al artículo 41 del reglamento de trabajos de grado (Vigente a partir del II Semestre 2009, según comunicación CU-034-2009)
“Los Trabajos de grado son exclusiva propiedad de la Universidad de Oriente y solo podrán ser utilizadas a otros fines con el consentimiento del consejo de núcleo respectivo, quien lo participará al Consejo Universitario” para su autorización.

AUTOR(ES)

Carlangelina

Br. ÁSCANIO RONDÓN CARLA ANGELINA DE JESÚ;
C.I. 29689508
AUTOR

Luisanny B.

Br. GRAU DUERTO LUISANNY DEL VALLE
C.I. 26744115
AUTOR

JURADOS

Ronal Cedeño

TUTOR: Prof. RONAL CEDEÑO
C.I.N. 8301663

EMAIL: rcedexx8@gmail.com

Luis M

JURADO Prof. LUIS M
C.I.N. 5321152

EMAIL: ldmn196@hotmail.com

Nayit Dun

JURADO Prof. NAYIT DUN
I.N. 7.999.172

EMAIL: dunmayit@gmail.com

P. COMISIÓN DE TRABAJO DE GRADO



DEL PUEBLO VENIMOS / HACIA EL PUEBLO VAMOS

Avenida José Martí y c/o Columbus Silva - Sector Barrio Aturo - Edificio de Escuela Cívica de la Salud - Planta Baja - Ciudad Bolívar - Edo. Bolívar - Venezuela.