

Contracepción quirúrgica. Nuestra experiencia en el Hospital Son Dureta en los últimos años

M. Caso Señal, J. Cartañá Benet, A. Alomar Rotger, L. Gijón García*

Introducción

Los cambios socioculturales acaecidos en las últimas décadas, junto a los avances en el campo de la perinatología que garantizan la supervivencia de recién nacidos cada vez de menor peso, han conducido a que la planificación familiar sea parte integrante y fundamental de la labor asistencial del ginecólogo.

La demanda de métodos contraceptivos seguros e irreversibles por parte de parejas que ya han satisfecho sus necesidades genésicas, obligará a practicar, cada vez más, la esterilización quirúrgica definitiva: ligadura de trompas o vasectomía.

En el presente trabajo presentamos una descripción de las pacientes que ingresaron en el Servicio de Ginecología del Hospital Son Dureta, procedentes de la consulta de Planificación Familiar, programadas para contracepción quirúrgica.

Material y métodos

Se estudia a todas las mujeres que, desde enero de 1989 a abril de 1990 ingresaron en el Servicio de Ginecología con la

única indicación quirúrgica de contracepción.

A todas las pacientes, antes de la intervención, se les realizó una encuesta en la que se reflejaba: filiación, fecha y lugar de nacimiento, lugar de residencia habitual, nivel de estudios realizados, estado civil, y profesión de la paciente y del marido si la había. En hoja aparte se analizaron: antecedentes obstétricos, método anticonceptivo previo, motivo de solicitud de la contracepción y patología asociada. Por último se estudió la vía de abordaje, laparoscopia versus laparotomía, las incidencias, hallazgos operatorios y complicaciones.

Se excluyeron del estudio aquellas mujeres que fueron intervenidas por otra indicación quirúrgica y que además se les practicó ligadura de trompas (cesárea, laparotomía, patología anexial, plastias vaginales, etc.).

Descripción de la muestra

El número de mujeres a estudio fue de 103 con una media de edad de 34,5 y una desviación estándar (DE) de 3,9, con un rango de 26 y 41 años. En la distribución por edades (Figura 1) la mayoría, como era de esperar, estaba comprendida entre 35-39 años. La paridad media \pm DE fue de $3,5 \pm 1,6$, con un rango de 2 y 9 hijos. En la Figura 2 se refleja la distribución de hijos por número de mujeres. Todas las mujeres estaban casadas o en convivencia con pareja estable.

Al analizar el lugar de nacimiento (Figura 3) apreciamos que la mayoría 58 (56,3 %) habían nacido fuera de la Comunidad Autónoma, y del resto 22 (48,9 %) en Ciutat. En nuestra serie no existía ninguna mujer nacida fuera de España.

Con respecto al lugar de residencia habitual el 60,8 % vivía en Ciutat y el resto en la «part forana» datos superponibles a la distribución de la población de la Isla de Mallorca.¹

El nivel de estudios del grupo (Figura 4) 39 (37,8 %) tenían estudios primarios, 54 (52,4 %) estudios secundarios, 4 (3,9 %)

* Servicio de Ginecología. Hospital Son Dureta. INSALUD. Palma de Mallorca.

CONTRACEPCIÓN QUIRÚRGICA EDAD

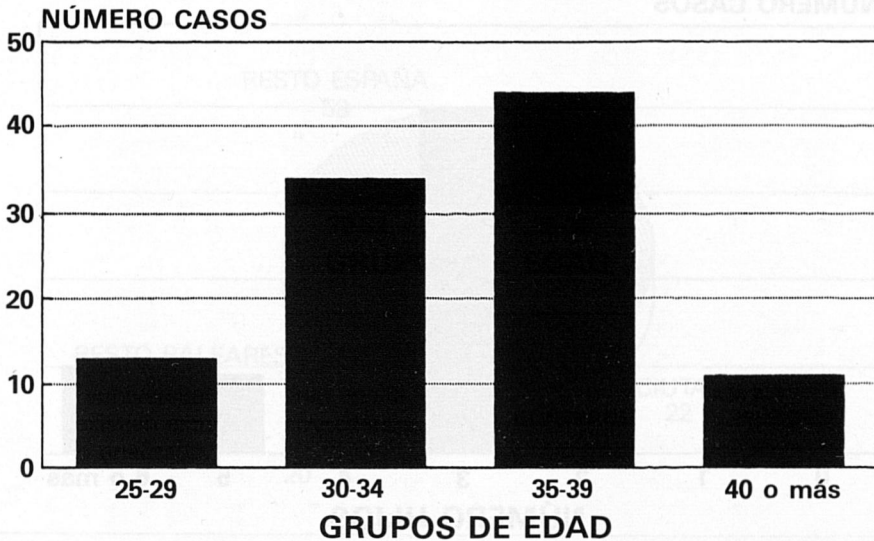


Figura 1

estudios preuniversitarios, 6 eran analfabetas. No existían estudios universitarios en el grupo analizado.

En la Tabla I se reflejan la profesión del marido y de la mujer. A destacar que la mayoría de mujeres eran amas de casa y la mayoría de los maridos asalariados o trabajadores por cuenta ajena.

Al analizar el método anticonceptivo previo a la intervención quirúrgica (Figura 5) se aprecia que el 8,7 % de las mujeres no utilizaban ninguno, el 13,5 % «coitus interruptus», el 23,1 % un método de barrera (preservativo y/o espermicida), ninguna de ellas utilizaba diafragma, y el 54,8 % un método eficaz (DIU o anticonceptivo hormonal). Llama la atención, al observar estos datos, que casi la mitad de las pacientes pasaron de un método de baja o escasa fiabilidad a uno de máxima fiabilidad y el paso de uno a otro no fue progresivo. Las mujeres pasan de una nula

TABLA I
CONTRACEPCIÓN QUIRÚRGICA. PROFESIÓN

	Marido	Esposa
Sus labores	0	60,19 %
En paro	5,83 %	1,94 %
Liberal	5,83 %	1,94 %
Asalariado	77,67 %	33,98 %
Empresario	10,68 %	1,94 %

utilización de los métodos contraceptivos a la ligadura de trompas.

La indicación de la anticoncepción quirúrgica (Figura 6) se agrupó en tres apartados: 1) multiparidad si la paciente tenía cinco o más hijos sin patología asociada, 2) indicación médica si existía patología orgánica que podía empeorar con una nueva gestación, si había sospechas fundadas de poder engendrar un feto deficiente, o en aquella patología que contraindicaba la utilización de un método

CONTRACEPCIÓN QUIRÚRGICA PARIDAD

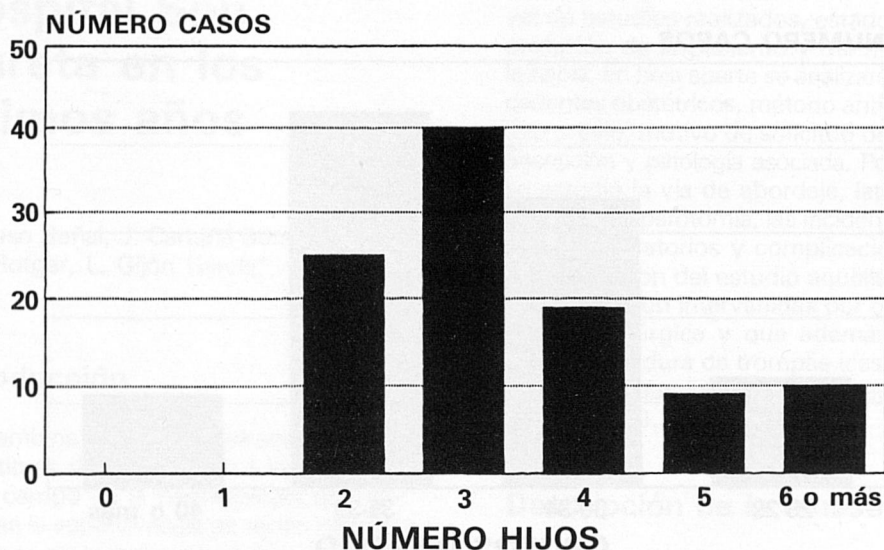


Figura 2

anticonceptivo fiable, y 3) petición propia si la mujer lo solicitaba y cumplía unos requisitos mínimos de edad y paridad. En la Figura 6 se puede apreciar la distribución por indicaciones. A pesar de existir 19 mujeres con cinco o más hijos en el apartado multiparidad sólo se incluyeron 12, el resto están agrupadas en el apartado indicación médica. La mayoría, 67 % de las contracciones quirúrgicas, fueron realizadas a petición de la paciente.

Al analizar la técnica utilizada (Figura 7) en el 40,8 % de los casos se realizó minilaparotomía con ligadura tubárica según técnica de Pomeroy² y en el resto, 59,2 % laparoscopia según técnica de Frangenheim.³ Las incidencias, Tabla II, son escasas y superponibles a las descritas en la bibliografía médica consultada.

Comentarios

La popularización de la contracción qui-

TABLA II
CONTRACEPCIÓN QUIRÚRGICA.
COMPLICACIONES

	Laparoscopia	Laparotomía
Dehiscencia cicatriz	0	2
Perforación uterina	2	0
Apertura vesical	0	1
Desgarro ligamento ancho	0	1

rúrgica ha sido posible gracias al avance de las técnicas operatorias y endoscópicas que convierten a la ligadura de trompas en una intervención con baja morbilidad, con tiempo quirúrgico escaso, menor a 30 minutos, y hospitalización reducida. La conjunción de estos tres parámetros permite satisfacer una demanda cada vez más importante.

En la Tabla III se describen las distintas técnicas empleadas a lo largo de su corta

CONTRACEPCIÓN QUIRÚRGICA LUGAR DE NACIMIENTO

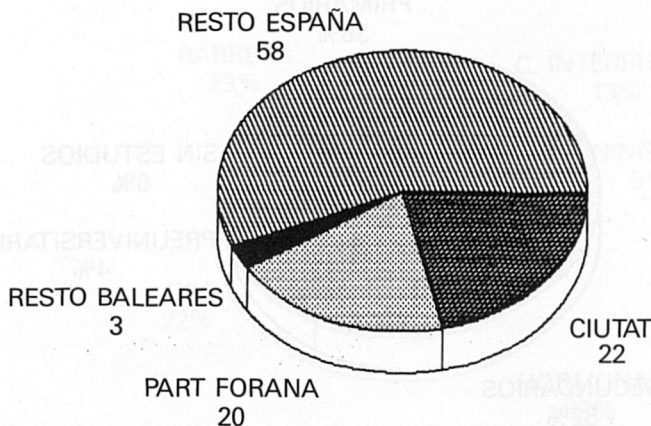


Figura 3

pero intensa historia, la mayoría han caído en desuso. Las más empleadas son la minilaparotomía y la laparoscopia. En la minilaparotomía con incisión inferior a 5 centímetros, se realiza ligadura y sección de las trompas por distintas técnicas. La más conocida es la de Pomeroy que, aunque nunca fue publicada por su autor, se conoce desde 1929 siendo popularizada por Bishop y Nelms en 1930² «Una asa de la trompa es elevada, no se secciona, se liga con sutura sencilla y se extirpa por encima de la ligadura». Esta técnica, con pequeñas modificaciones, ha llegado hasta la actualidad. Para la contracepción quirúrgica mediante laparoscopia se han descrito distintos métodos (Tabla IV).

Bhiwandiwal⁵ estudia 24.439 contracepciones quirúrgicas. Compara 5 métodos en un estudio multicéntrico: electrocoagulación, colocación de anillos tubáricos por laparoscopia o por laparotomía y dos tipos de clips tubáricos. La edad media de

TABLA III
CONTRACEPCIÓN QUIRÚRGICA. TÉCNICAS

Vía Vaginal
– Colpotomía anterior
– Culdoscopia
Vía transcervical
– Aplicación intrauterina de Radium
– Histeroscopia
– Aplicación de sustancias intratubáricas
Vía abdominal
– Laparotomía:
Ovariectomía
Salpingectomía
Histerectomía
Esterilización tubárica
– Laparoscopia

Tomado de Pous-Ivern LC.⁴
Rev Esp Obst Ginecol 1980; 39: 1-37.

las mujeres en cada grupo era similar. El 23 % de las intervenciones fueron con anestesia general y el resto con anestesia local. Al analizar los distintos métodos utilizados llega a la conclusión de que la co-

CONTRACEPCIÓN QUIRÚRGICA NIVEL DE ESTUDIOS

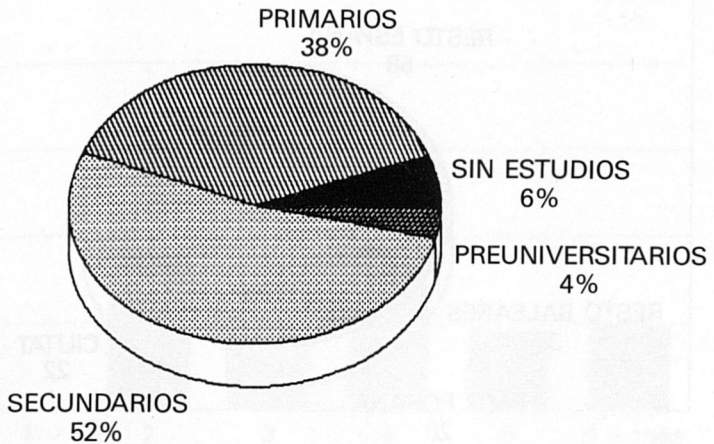


Figura 4

locación de los anillos tubáricos presentó mayor dificultad técnica (5 %) que la electrocoagulación (3,9 %). No encuentra diferencias significativas al analizar las complicaciones de los distintos métodos, que en total fueron del 1,7 %. Se observaron bajo número de fallos en la técnica de 0,6 a 1,0 %. El 30 % de los fallos correspondían a una intervención incompleta, sólo una trompa o por haber «esterilizado» una estructura anatómica equivocada. De los 72 embarazos que siguieron a la esterilización (0,3 %) la proporción de embarazos ectópicos frente a los intrauterinos fueron de 1,8: 1. A los dos años no hubo aumento de las incidencias entre los distintos métodos.

Otros estudios comparan la laparoscopia frente a la laparotomía. En un estudio multicéntrico⁶ en el que se analizan 1.600 contracepciones encuentran complicaciones en el 1,5 % de las minilaparotomías con ligadura de trompa según técnica de

TABLA IV
CONTRACEPCIÓN QUIRÚRGICA.
MÉTODOS LAPAROSCÓPICOS

Eléctricos
— Monopolar
— Bipolar
Mecánicos
— Clips de Hulka
— Anillos de Yoon
— Hemoclips de tantalium de Wheels
— Stents intratubáricos de Steptoe
— Ligadura de trompa con hilo de Mersilene
— Banda de Lay
— Clip oval de Davis
— Clip de Bleier
— Clip de Rocket
Térmicos
— Electrocoagulación de Semm
— Endotherm
— Criocirugía
Fotocoagulación por láser

Tomado de Pous-Ivern LC.⁴
Rev Esp Obst Ginecol 1980; 39: 1-37.

Pomeroy y en el 0,9 % de las laparoscopia

CONTRACEPCIÓN QUIRÚRGICA ANTICONCEPCIÓN PREVIA

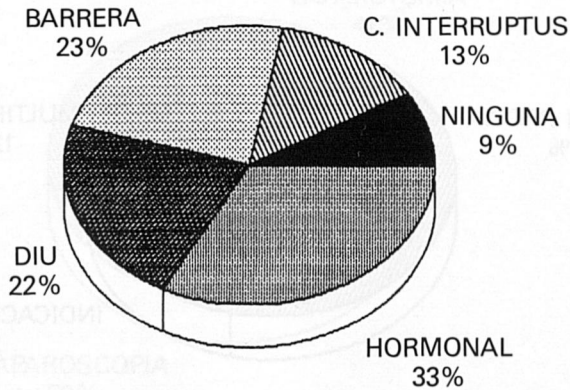


Figura 5

pias con diatermia tubárica. Las complicaciones mayores fueron similares en cada método, pero hubo mayor daño a otros órganos (intestino y vejiga) en la minilaparotomía (4) que en la laparoscopia (1). La sepsis pélvica que precisó ingreso hospitalario fue 1,0 % en minilaparotomía y 1,2 % en laparoscopia.

Mumford⁷ compara laparoscopia con anillos tubáricos, 7.053 casos, minilaparotomía usando anillos tubáricos, 3.033 casos, y minilaparotomía utilizando la técnica de Pomeroy, 5.081 casos. Los tres grupos eran comparables. Encuentra dificultades quirúrgicas en el 6,1 % de los casos debidas principalmente a obesidad «pared abdominal gruesa» en los casos de minilaparotomía y a dificultad al traspasar el peritoneo con aparición de enfisema subcutáneo en las laparoscopias. Esta última complicación está relacionada con el grado de experiencia del laparoscopista. Des-

cribe mayores problemas de la técnica en la intervención postparto.

Cuadros et al.,⁸ en su revisión, señala una tasa de complicaciones 0,8 % en laparoscopia, 5,6 % en minilaparotomías y 29,1 % en laparotomías. Apunta que los resultados son difícilmente comparables ya que las pacientes del último grupo presentaban mayores factores de riesgo: obesidad, antecedentes quirúrgicos previos, etc., que contraindicaban la práctica de la laparoscopia. Señala gestaciones en el 1,03 % del total, todos los casos en pacientes a las que se les había practicado contracepción mediante laparoscopia.

La mayoría de los trabajos analizados apreciaban ventajas de la laparoscopia respecto de la minilaparotomía: ejecución rápida (menor a 30 minutos), posible anestesia local, ausencia de cicatriz, mínimas molestias postoperatorias, baja morbilidad, corta hospitalización, bajo coste y rápida

CONTRACEPCIÓN QUIRÚRGICA MOTIVO LT

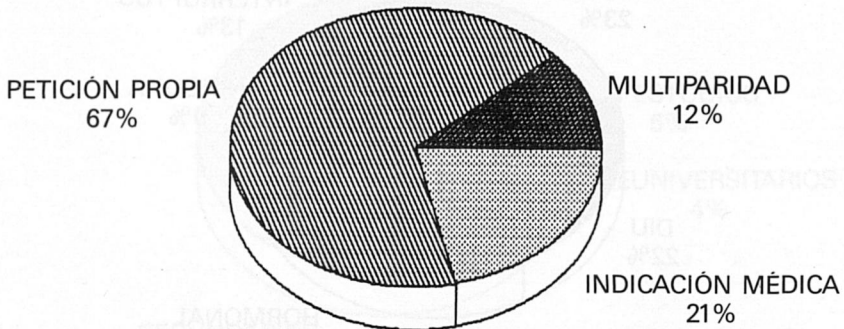


Figura 6

incorporación de la paciente a su vida habitual.

Las complicaciones de la contracepción por laparoscopia, aparecen en menos de 1 %, ⁹ siendo el principal factor de riesgo el cirujano inexperto. ¹⁰ Las complicaciones hemorrágicas alcanzan casi el 50 % del total, por lesión de los grandes o pequeños vasos, lesión del mesoalpinx, desgarros tubáricos, etc.) ⁹ En último lugar hay que reseñar las complicaciones anestésicas, infecciosas por cistitis, infección de la zona de incisión de la pared abdominal, o abscesos pélvicos, quemaduras de la pared abdominal, intestinos, vejiga, o del propio cirujano. La frecuencia de las quemaduras ha disminuido, en los últimos años, al modificarse los equipos y al utilizar los electrocauterios bipolares. ^{11, 12, 13} La gestación está considerada como fallo del método y puede producirse por: confusión del ligamento redondo con la trompa, por recanalización o fistulización tubá-

rica, o por realizar la intervención en fase lútea o en fase de gestación incipiente. La incidencia es de 0,4 % en laparotomías y del 0,09 a 0,6 % en laparoscopias. ¹⁴

Bibliografía

1. Institut Balear d'Estadística. Moviment Natural de la Població 1988. Govern Balear 1989.
2. Bishop E, Nelms WF. A simple method of tubal sterilisation. New York State Jour Med 1939; 30: 214.
3. Frangenheim H. Laparoscopy and culdoscopy in gynecology. Butterworth. London. 1972; 109.
4. Pous-Ivern LC. Estado actual de la esterilización tubárica por laparoscopia. Rev Esp Obst Ginecol 1980; 39: 1-37.
5. Bhiwandiwalla PP, Mumford SD, Feldblum PI. A comparison of defferent laparoscopic sterilisation occlusion techniques in 24.439 procedures. Am J Obstet Gynecol. 1982; 144: 319-331.
6. Who task force on female sterilisation. Special programme of research training in human reproduction: minilaparotomy or laparoscopy for sterilisation: a multicenter, multinational randomized study. Am J Obstet Gynecol 1982; 143: 645-652.
7. Mumford SD, Bhiwandiwalla PP, Chi JC. Laparos-

CONTRACEPCIÓN QUIRÚRGICA

TIPO INTERVENCIÓN

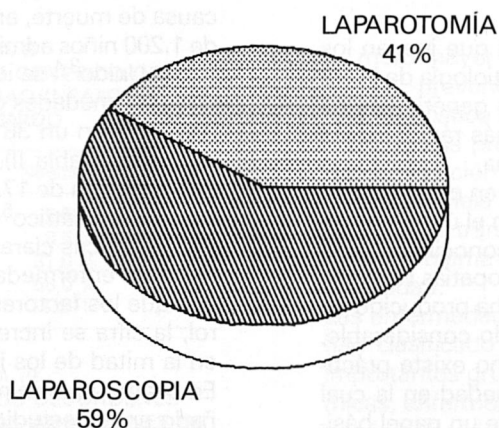


Figura 7

copic and mini-laparotomy female sterilisation compared in 15.167 cases. *Lancet* 1980; 2: 1.066-1.070.

8. Cuadros JL, Malde JL, Salamanca A, Díaz J, Beltrán E, Gómez ML, Malde-Conde MA. Laparoscopia versus laparotomía en la esterilización quirúrgica femenina. *Clin Invest Gin Obst* 1990; 17: 11-14.

9. Cunanan R, Courex NG, Lippes J. Complications of laparoscopic tubal sterilisation. *Obstet Gynecol* 1980; 55: 501-506.

10. Schaefer G. *Complicaciones Quirúrgicas en Obstetricia y Ginecología*. Ed. Salvat 1986; 299-316.

11. Mumford SD, Bhiwandiwalla PP. Tubal ring sterilisation experience with 10.086 cases. *Obstet Gynecol*. 1981; 57: 150-157.

12. Vessey M, Huggins G, Lawless M, Yeates D. Tubal sterilisation: findings in a large prospective study. *Brit J Obstet Gynaecol* 1983; 90: 203-209.

13. Loffer FD, Pent D. Risk of laparoscopic sterilisation. *Obstet Gynecol* 1980; 55: 643-648.

14. Pous-Ivern LC. Esterilización. *Clin Ginecol*. 1983; 17: 223-247.