

# 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 contraceptivo 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.<sup>1</sup>

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

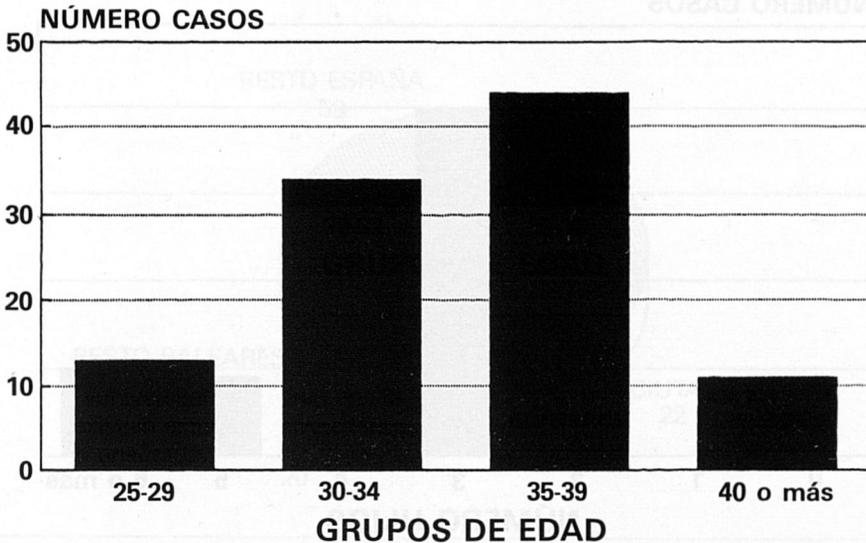


Figura 1

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

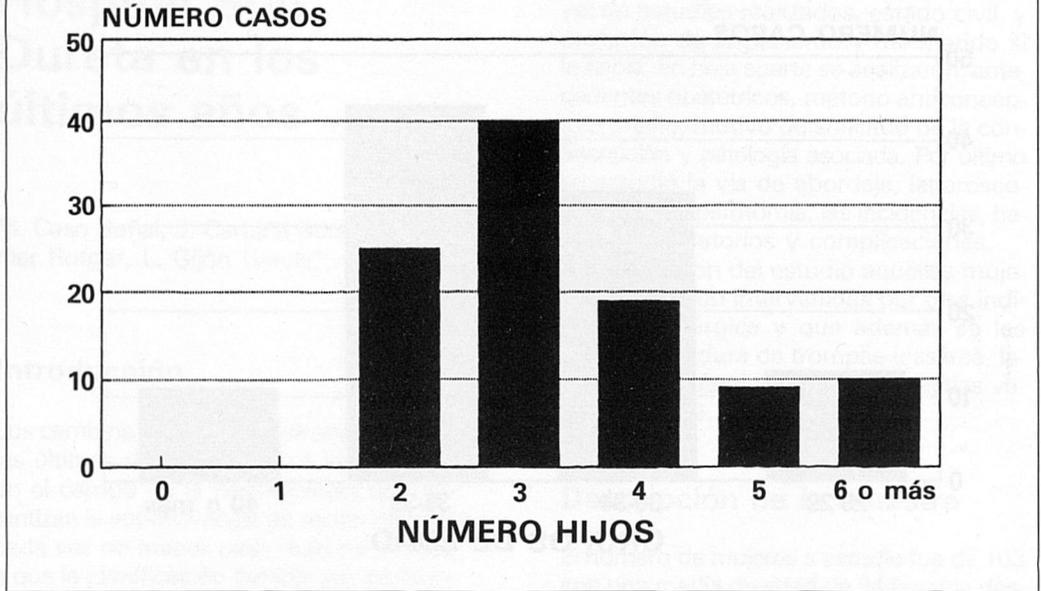


Figura 2

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 Pomeroy<sup>2</sup> y en el resto, 59,2 % laparoscopia según técnica de Frangenheim.<sup>3</sup> 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

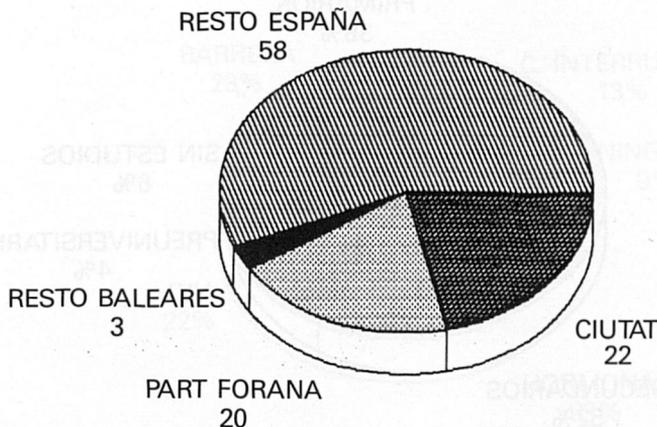


Figura 3

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 1930<sup>2</sup> «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).

Bhiwandiwal<sup>5</sup> 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.<sup>4</sup>  
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

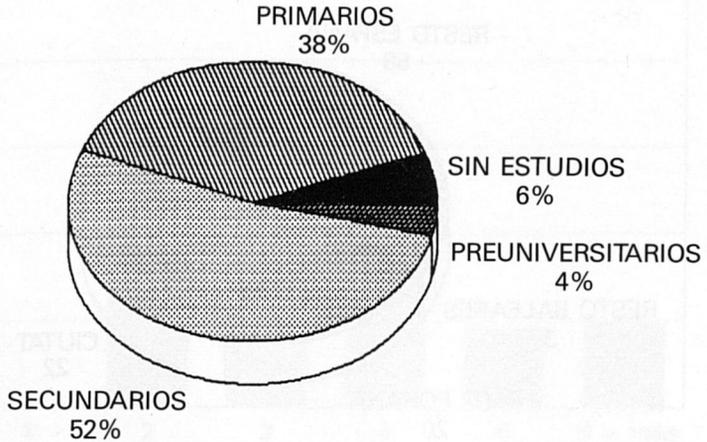


Figura 4

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 multicéntrico<sup>6</sup> 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.<sup>4</sup>  
Rev Esp Obst Ginecol 1980; 39: 1-37.

Pomeroy y en el 0,9 % de las laparoscopia-

# CONTRACEPCIÓN QUIRÚRGICA ANTICONCEPCIÓN PREVIA

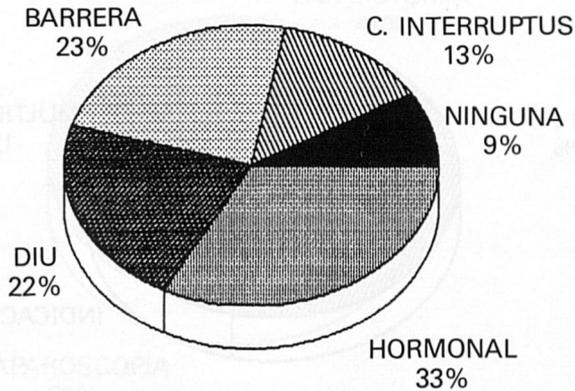


Figura 5

pías 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.

Mumford<sup>7</sup> 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.,<sup>8</sup> 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

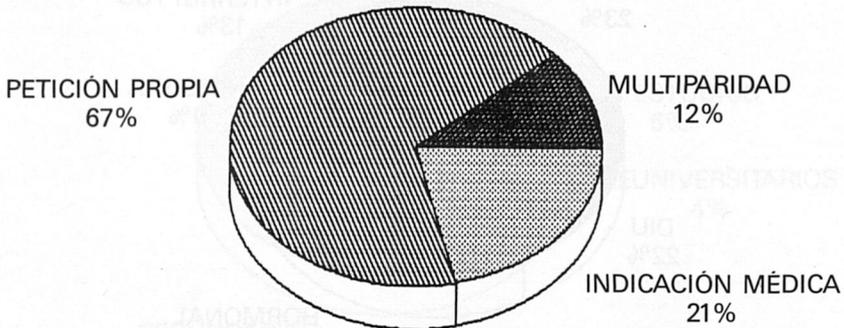


Figura 6

incorporación de la paciente a su vida habitual.

Las complicaciones de la contracepción por laparoscopia, aparecen en menos de 1 %, <sup>9</sup> siendo el principal factor de riesgo el cirujano inexperto. <sup>10</sup> Las complicaciones hemorrágicas alcanzan casi el 50 % del total, por lesión de los grandes o pequeños vasos, lesión del mesoalpinx, desgarras tubáricos, etc.). <sup>9</sup> 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. <sup>11, 12, 13</sup> 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. <sup>14</sup>

## 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

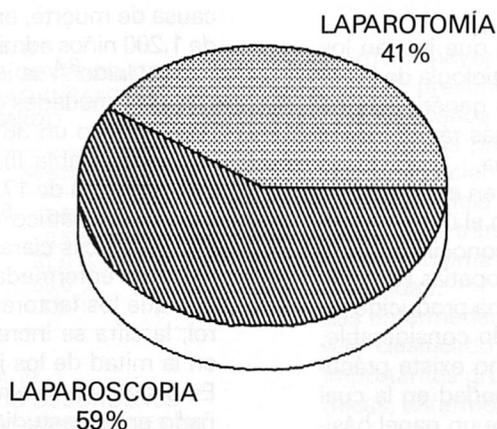


Figura 7

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.