

Ligadura de las Trompas Postparto o Postaborto

Doctores Oscar Agüero **
Leopoldo Cárdenas Conde **
y J. Ríos Simanca **

La ligadura puerperal de las trompas es uno de los métodos de control de la reproducción desmedida empleado en la Maternidad "Concepción Palacios". No puede hablarse de dicha operación como un método de planificación familiar, ni del control de la natalidad, porque en general la operación se hace después de muchos embarazos y, en la mayoría de los casos, por petición angustiosa y algunas veces dramática de la embarazada y de su compañero, legal o no (1).

La impresión que se tiene de ella es que es una operación sencilla, eficaz, de rápida ejecución y con una evolución sumamente benigna.

En nuestro hospital, aun cuando se han hecho publicaciones sobre ligaduras de trompas (2, 3, 4), no se habían analizado separadamente las esterilizaciones practicadas fuera de cesáreas, histerorráfias, etc., análisis que ahora presentamos en algunos de sus aspectos.

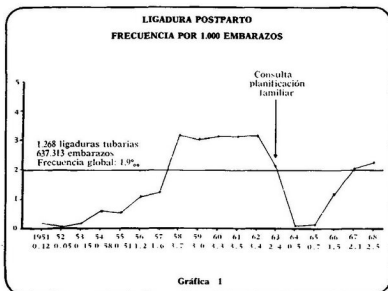
M A T E R I A L

Revisamos las historias de 1.268 ligaduras postparto o aborto realizadas en la Maternidad "Concepción Palacios" desde 1951 a 1968. De ellas, 1.217 fueron realizadas postparto y sólo 51 postaborto.

Frecuencia: Estas 1.268 ligaduras se efectuaron sobre un total de 637.313 embarazos, o sea 1 por 502 o de 1.9 por mil.

Las variaciones anuales de operaciones y frecuencias son interesantes de mostrar (gráfica 1), porque denotan acentuadas oscilaciones de un año a otro, desde 1 a 3 en los primeros años estudiados, hasta un máximo de 154 en 1952. El descenso abrupto a partir de 1964 se explica por el comienzo del funcionamiento de la consulta de planificación familiar en el hospital, a donde eran referidas aquellas mujeres que hacían petición de esterilización quirúrgica; sin embargo, esa abstención operatoria duró poco, y en 1966 comienza a manifestarse un aumento gradual de la intervención.

** Maternidad "Concepción Palacios". Caracas, Venezuela.



Edad: El promedio global fue de 34 años, con extremos entre 16 y 49. En cinco primigestas de este grupo, la edad promedio fue de 22 años.

La agrupación por edad es la siguiente:

Menores de 20 años, doce casos, de 20 a 25, 60, de 26 a 39, 1.084 y de 40 o más, 112.

G e s t a c i ó n

I	8	
II	10	39
III	21	
IV a VII		232
VIII o más		997

En el grupo de las grandes multiparas once tuvieron 20 o más embarazos, con un máximo de 28 en una de ellas.

En total, las 1.268 madres tuvieron 12.950 gestaciones, con un promedio de 10.1 cada una. Dos de ellas habían tenido partos triples.

Indicaciones: En 1.217 casos (el 96.9%) la indicación de la intervención fue la multiparidad, sola o asociada a una variada y numerosa patología como: várices, hipertensión arterial, hernia umbilical, tuberculosis pulmonar, cardiopatía, prolapso genital, tromboflebitis a repetición, epilepsia, sífilis, diabetes, anemia megaloblástica, acodadura de uréter, incompatibilidad Rh, enfermedad mental, infección urinaria, cifoscoliosis, cirrosis hepática y sordomudez.

En las restantes la operación se practicó por una patología intercurrente (aunque muchas de ellas habían tenido cuatro o cinco embarazos). Las indicaciones fueron:

Epilepsia 20 casos, psicopatía y oligofrenia doce, cardiopatía seis, hipertensión arterial tres, tuberculosis pulmonar tres, hiperplasia gigante de mamas dos, hemopatía uno, nefropatía uno, incompatibilidad Rh uno, cirrosis hepática uno y amaurosis uno.

Técnicas empleadas: Aun cuando la técnica oficial en el hospital es la descrita por Madlener, sin embargo se emplearon otras, como se describe a continuación:

Madlener 995 casos, Pomeroy 176, "ligaduras" 54, Ushida 20, "transfixión de trompa" nueve, no descrita cinco, Irving tres, atípica uno, sección + inclusión en ligamento ancho uno, tres puntos separados en cada trompa uno, "ligadura doble" uno, Pomeroy trompa derecha + Madlener en izquierda uno y machacamiento + torsión 180° + ligadura uno.

Operaciones adicionales: Simultáneamente con la intervención sobre las trompas se hicieron otras operaciones:

Apendicectomías 106 casos, herniorrafia umbilical cinco, herniorrafia umbilical + apendicectomía uno, colpoperineorrafia + apendicectomía dos, miomectomía uno, extirpación del quiste del ovario uno y extirpación del quiste de la trompa uno.

El estudio histológico de los apéndices extirpados mostró que en cinco había apendicitis eosinófila y en tres crónica.

Momento de la intervención: Se eliminaron 41 pacientes que reingresaron para ser intervenidas y que fueron ligadas en un lapso promedio de 31 días postparto o postaborto (con extremos entre 9 y 67 días); las 1.227 restantes fueron operadas en un lapso promedio de 9.5 días, con extremos entre 30 minutos y 134 días. El último caso merece la explicación de que se trató de una sepsis postaborto, con embolia pulmonar e insuficiencia cardiaca, ligada después de mejoría.

Es interesante señalar que dividiendo el periodo total estudiado en dos lapsos, 1951 a 1958 y 1959 a 1968, apreciamos que en el primero se operó más precozmente (promedio, 4.5 días, con extremos de 1 a 30 días) que en el segundo (promedio, 10.4 días, extremos 30 minutos a 134 días).

Complicaciones: Postoperatoria febril 31 casos (2.4%), absceso de la herida 16 (1.2%), dehiscencia parcial de la herida uno, hematoma de la herida seis, absceso vésico-uterino uno y herida del intestino uno.

En el grupo de "postoperatorio febril" están incluidos todos los casos febriles relacionados o no con la intervención (infección urinaria, mastitis, etc.), de modo que las complicaciones operatorias reales fueron las 28 relacionadas con la herida, más el absceso vésico-uterino y la herida intestinal, o sea un 2.2%.

Debemos indicar además que las operaciones adicionales no aumentaron la morbilidad.

Fracasos: Se presentaron siete fracasos comprobados, o sea un 0.5%; es probable que otros no volvieron al hospital. Dos pacientes ingresaron con diagnóstico clínico de aborto, pero no se hizo estudio histológico del material extraído.

Los siete fracasos fueron observados así:

Tres después de Madlener, dos luego de "ligaduras", uno en seguida de Pomeroy y uno después de la técnica atípica (transfixión, machacamiento, sección y ligadura).

Relacionando estos fracasos con el número total de las diferentes técnicas utilizadas, obtenemos:

Tres fracasos en 995 (Madlener) (0.3%), dos en 54 "ligaduras" (3.7%), uno en 176 (Pomeroy) (0.6%) y uno en la técnica atípica (100%).

Si suponemos que las "ligaduras" fueron en realidad Madlener y se suman los casos y los fracasos tenemos:

Cinco fracasos en 1.059 Madlener y "ligaduras" (0.4%).

El porcentaje global de fracasos de ligaduras (0.5%) practicadas en el postparto o postaborto, es menor que el observado en 2.003 cesáreas-esterilizaciones realizadas en el mismo periodo estudiado: 32 fracasos (1.5%).

Mortalidad materna: Hubo una muerte no relacionada con el procedimiento quirúrgico: se trataba de una gestante V, de 31 años, con lupus eritematoso diseminado, esplenectomizada por púrpura trombocitopénica, quien después del parto normal presentó cuadro de choque séptico e insuficiencia renal aguda y murió a los 22 días de la operación.

COMENTARIOS

Nuestra frecuencia global de esterilizaciones postparto (1.9%) es indudablemente baja y es evidente que no cumple una función del control de la natalidad. Estamos muy lejos del 200 por mil que considera necesario Phatak (5) para cumplir eficazmente el programa de control de población en la India. Las ligaduras tubarias son hechas para poner fin a una reproducción desmedida e incontrolada, y a menudo por razones de patología asociada. Esta tendencia, inclusive, se comenzó muy tardíamente: en los primeros años estudiados se hicieron escasas ligaduras por multiparidad o motivos socio-económicos. Además, la frecuencia operatoria descendió agudamente en los años 1964-1965, correspondiendo a la apertura y funcionamiento activo de una consulta de planificación familiar; se creyó en forma errónea que dicha consulta eliminaría la necesidad del método quirúrgico esterilizador, sin pensarse que el problema era diferente y que en mujeres que han tenido un promedio de hijos de 10.1 no puede hablarse de planificación familiar, y que estas no buscan sino el método definitivo para no procrear más. Afortunadamente, dicho error se enmendó poco después.

La multiplicidad de técnicas empleadas refleja la desconfianza e inseguridad universales ante los procedimientos comúnmente empleados, llevando en ocasiones al operador a usar métodos atípicos, no obstante la descripción en la literatura de más de 100 técnicas (6).

En el 9.2% de los casos se hicieron intervenciones adicionales, especialmente apendicectomías, sin que se apreciase aumento de la morbilidad postoperatoria.

El lapso promedio de 9.5 días entre el parto o el aborto y la esterilización es demasiado largo e implica además aumento de ocupación de camas y de los costos de hospitalización. En algunos casos se justifica la demora, como el tratamiento de severas anemias, o la recuperación de graves complicaciones del parto o del aborto. La diferencia de lapsos entre los dos períodos (4.5 días para 1951 - 1958 y 10.4 para 1959 - 1968) tiene la curiosa explicación de la ampliación y mejoría del Servicio de la Maternidad "Concepción Palacios" durante el último lapso, en el cual se estableció que la operación requiere: petición de la o de los interesados, informe de la visitadora social, evaluación preoperatoria por el internista y visto bueno final por el anestesista.

La baja morbilidad y nula mortalidad confirman una vez más la benignidad de esta intervención en el postparto y postaborto, y reafirman el concepto de que es absurdo hacer cesáreas electivas con el solo fin de la esterilización quirúrgica. El pronóstico se ve entonces ensombrecido por la morbilidad inherente a la cesárea en sí, con el argumento adicional, aunque muy importante de que es mayor el porcentaje de fracasos en las cesáreas-ligaduras que en las ligaduras postparto.

En relación con las técnicas de ligadura, creemos poder afirmar que la sencilla técnica de Madlener sigue siendo recomendable, no obstante los resultados de algunas revisiones de la literatura que atribuyen menos fracasos a la de Pomeroy (7) y las objeciones al uso del material de sutura no reabsorbible. Aparentemente, las técnicas más complicadas o más elaboradas no garantizan la esterilidad definitiva.

Como comentario final creemos interesante señalar que en la segunda Conferencia de la Asociación para la Esterilización Voluntaria, reunida en Ginebra en febrero de 1973, se aceptó por unanimidad la ejecución de un número mucho mayor de esterilizaciones (tanto en la mujer como en el hombre), eliminando las trabas impuestas por la paridad y la edad, con la única excepción de aquellas mujeres que habían tenido sólo un hijo. Esto se viene cumpliendo en muchos países, especialmente desde la introducción de las ligaduras por laparoscopia o culdoscopia.

En Venezuela es necesario: primero, eliminar la ilegalidad del procedimiento; segundo, liberalizar sus indicaciones, de manera especial en lo que se refiere a disminuir el número mínimo de hijos vivos: ocho —requerimiento mínimo en nuestro hospital— es demasiado para los patrones actuales de tamaño familiar, y tercero, facilitar los trámites de su ejecución.

SUMARIO

Se analizan 1.268 ligaduras tubarias postparto o postaborto hechas en la Maternidad "Concepción Palacios", entre 1951 y 1968, sobre un total de 637.313

embarazos. La frecuencia fue de 1 por 502 o de 1.9 por 1.000. La edad promedio fue de 34 años y el número promedio de embarazos por paciente de 10.1. En el 96.9% la indicación fue la multiparidad. Se empleó la técnica de Madlener mayoritariamente (995 casos). El tiempo promedio entre el parto o aborto y la intervención es de 9.5 días. La morbilidad postoperatoria fue de 2.2% y se presentaron siete fracasos (0.5%) comprobados. No hubo ninguna muerte materna. Se concluye en la necesidad de liberalizar las indicaciones, eliminar la ilegalidad y facilitar los trámites para la ejecución de ligaduras de trompas entre nosotros.

REFERENCIAS

- 1.—Agüero O.: Tribuna Médica, 39; A6, 1973.
- 2.—Agüero O.: Rev. Obst. Gin. Venezuela, 12: 307, 1952.
- 3.—Calcaño J.: Bol. Maternidad Concepción Palacios, 1: 11, 1949-1950.
- 4.—Agüero O.: Cárdenas Conde L.: Tubal ligation in Caracas, Venezuela. En R. Richart, D. Prager. Human Sterilization. Charles C. Thomas, Springfield, página 18, 1972.
- 5.—Phatak L.: Evaluation of the optimal time for tubal ligation. En: R. Richart, D. Prager, Human Sterilization. Charles C. Thomas, Springfield, página 86, 1972.
- 6.—Woodruff J. D., Pauerstein C. J.: The Fallopian Tube, Williams & Wilkins Co., Baltimore, 1969.
- 7.—Garb A.: Obst. Gynec. Survey, 12: 291, 1957.