



Introducción

La ligadura tubaria (esterilización femenina, salpingólisis tubaria, salpingoclasia) es el método utilizado con más frecuencia a escala mundial para la regulación de la fecundidad. Desde 1823, cuando Blundell propuso en Londres la salpingectomía durante la cesárea, hasta la década de 1960, la disponibilidad y aceptabilidad de la esterilización quirúrgica eran limitadas. La Organización Mundial de la Salud (OMS) calculaba en 1992 que más de 100 millones de mujeres se habían sometido al procedimiento y más de 100 millones de mujeres en países en vías de desarrollo la solicitarían en las décadas siguientes. En la actualidad, se calcula que se esterilizan en el mundo 130 millones de mujeres por año.

La *Task Force on Female Sterilization* de la OMS define como ideal a un método que consiste en un procedimiento sencillo, fácil de aprender, que se realiza una vez en la vida, que pueda efectuarse bajo anestesia local e implique una técnica de oclusión tubárica que ocasione un daño mínimo. Asimismo, debe ser seguro, de gran eficacia, fácil acceso, aceptable desde el punto de vista personal y cultural, de bajo costo y con mínimos gastos de mantenimiento de los equipos. En muchos países se realiza anestesia local cuando la vía de abordaje es la minilaparotomía o la cirugía endoscópica.

El método ideal será aquel altamente efectivo, económico, que se pueda realizar como parte de los servicios ambulatorios, que permita a la mujer reanudar rápidamente las actividades normales, que produzca una cicatriz mínima o invisible y que sea potencialmente reversible. **¿En qué consiste?:** la anticoncepción tubárica es un método mediante el cual, a través de una intervención quirúrgica, con resección de tejido o sin ella, se consigue modificar la anatomía de la mujer para bloquear el encuentro del espermatozoide con el óvulo y, por ende, la fecundación.

Indicaciones

Se pueden clasificar en 2 grandes categorías:

- 1) *Médica*: representada por la presencia de factores exógenos sobre los que la mujer no tiene control y que desaconsejan la futura procreación. Incluyen:
 - mujeres que no pueden utilizar otro tipo de método
 - enfermedades genéticas o congénitas
 - enfermedades en las que el embarazo compromete la salud (diabetes tipo 1)
 - antecedentes de enfermedades o complicaciones obstétricas
 - enfermedades psiquiátricas
- 2) *Social/Personal*: mujeres sanas que prefieren el método para terminar la procreación.

Copia N°:	Representante de la Dirección:	Fecha:
	<i>Revisó</i>	<i>Aprobó</i>
<i>Nombre</i>	Dr. Leonardo Gilardi	Dra. Patricia Giraldez
<i>Firma</i>		
<i>Fecha</i>	24/10	08/11



Según la revisión de la Cochrane Library de 2006, se ha demostrado que las mujeres con ligadura tubaria tienen un menor riesgo de cáncer de ovario. Un posible mecanismo subyacente es que la esterilización tubárica limita el potencial de migración proximal de elementos carcinógenos y bacterias a través de la vagina, cuello del útero y trompas.

Contraindicaciones

Si bien existen condiciones que pueden incrementar los riesgos de complicaciones durante el acto quirúrgico, la OMS plantea que, siempre que esté presente la posibilidad real de un embarazo riesgoso, no existirán contraindicaciones absolutas permanentes. No obstante, algunas condiciones pueden requerir una evaluación más exhaustiva de la paciente, con el fin de poder tomar la decisión de realizar o no realizar la intervención y elegir el mejor momento para efectuarla.

Asesoramiento

Se deben tener en cuenta las siguientes consideraciones generales:

- Toda usuaria de la anticoncepción quirúrgica voluntaria debe recibir el asesoramiento apropiado para la selección del método.
- Asegurar que conozcan las ventajas y desventajas del método elegido.
- Que su opinión sea voluntaria, sin coerción de familiares o sesgos personales de proveedores de servicio.
- Tomarse el tiempo para informar, responder a las dudas y brindar información clara y práctica sobre el procedimiento, especialmente el carácter permanente. Una orientación adecuada contribuirá a evitar arrepentimientos más tarde. Se debe informar a los usuarios que, aunque existen técnicas quirúrgicas que pueden revertir el procedimiento, estas son costosas, no son contempladas por la mayoría de las coberturas médicas, y no garantizan el éxito.
- Fomentar la participación de la pareja.
- Debe existir un lapso prudencial entre la primera entrevista y el procedimiento quirúrgico para brindar tiempo a la paciente para reflexionar sobre su decisión, por lo que es de buena práctica brindar un método anticonceptivo alternativo y transitorio.
- Los usuarios del método deben saber que pueden cambiar de opinión en cualquier momento previo a la realización de la cirugía.
- Debe informarse a la paciente sobre los cuidados preoperatorios, la técnica a utilizar, la anestesia indicada en cada caso, las posibilidades de cambio de técnica, de vía de abordaje o de postergación del procedimiento dependiendo de los hallazgos operatorios y las posibles complicaciones.
- El profesional debe asegurarse de que la paciente entiende que la esterilización no protege contra infecciones de transmisión sexual, aclarando específicamente la transmisión del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).



Arrepentimiento

Deben pesquisarse los factores de riesgo de arrepentimiento antes de realizar la cirugía:

- Menores de 30 años
- Sólo un hijo vivo
- Inseguridad en la decisión
- Desconocimiento o acceso limitado a otras opciones anticonceptivas
- Influencia de terceros
- Decisión tomada hace menos de 3 meses

Acto Quirúrgico

El **mejor momento** para la realización de la cirugía en pacientes ginecológicas es en el postmenstruo inmediato, ya que evita el fracaso del método ante un huevo implantado con anterioridad a la cirugía, y porque los tejidos están menos vascularizados, lo que facilita las maniobras.

La anticoncepción quirúrgica asociada con una cesárea representa una oportunidad común y conveniente para realizar el procedimiento, pero **no deberá jamás constituir una indicación para la extracción abdominal del producto de la concepción.**

Las mejores condiciones para operar sobre las trompas mientras transcurre el puerperio se obtendrán durante el curso de las primeras 48 h subsiguientes al alumbramiento, por medio de la minilaparotomía. Se realiza una incisión infraumbilical de aproximadamente 3 cm de longitud, con disección roma del tejido subcutáneo; se exteriorizan las trompas, las cuales se identifican por la presencia de las fimbrias. En el intervalo, la incisión se practica a 2 a 3 cm por encima de la sínfisis pubiana.

Las **vías de acceso** se dividen en 2 grandes grupos: vaginal y abdominal. Dentro del primer grupo se describen 3 procedimientos:

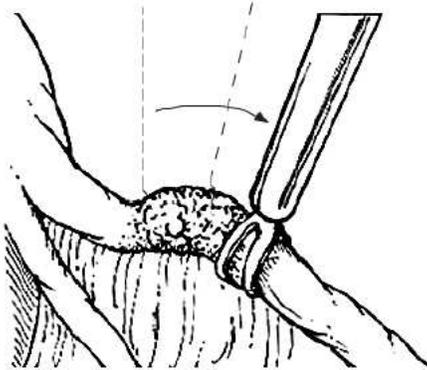
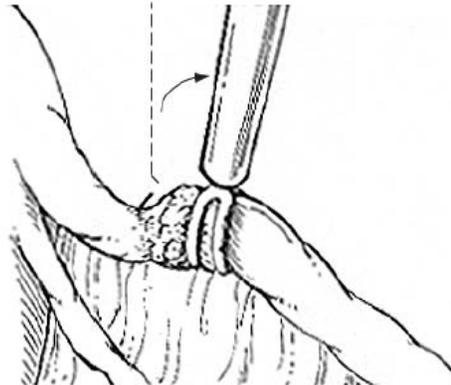
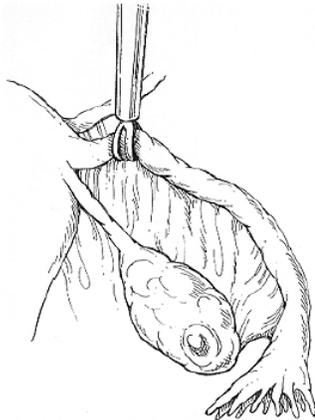
- La *colpotomía*: en la actualidad está prohibida oficialmente por la OMS.
- La *culdoscopia*: sustituida totalmente por la endoscopia.
- La *histeroscopia*: se procede a oclusión de las trompas mediante agentes corrosivos como el ácido nítrico, el fenol y la quinacrina. La obstrucción mecánica (tapones) se realiza con siliconas, nylon y cerámica. La destrucción utiliza energía térmica mediante electrocauterización o láser.

Dentro del segundo grupo se mencionan como vías de abordaje:

- La *laparotomía*: actualmente no utilizada si el único fin es el de ocluir las trompas.
- La *minilaparotomía*: pequeña incisión abdominal (5 cm) que requiere un movilizador uterino para acercar las trompas a la incisión. Esta técnica puede ser utilizada en centros de baja complejidad.
- La *microlaparotomía*: en el posparto, realizando una incisión infraumbilical de 2 cm.
- La *laparoscopia*: requiere de instrumental específico y capacitación profesional para su realización.

Las **técnicas** descriptas son 4:

- La *salpingectomía parcial*: el método de Pomeroy es el más utilizado; consiste en atar la base de una pequeña asa de trompa y extirpar su segmento superior. Es segura y fácil de aprender. No se utiliza en la laparoscopia.
- Las *grapas* bloquean la trompa llevando a la fibrosis por falta de irrigación. Se utilizan durante la laparoscopia. Requieren de un aplicador especial.
- Los *anillos de silicona* también bloquean mecánicamente las trompas. Se coloca estirado, y cuando se suelta comprime la trompa. El más utilizado es el de Yoon.
- La *electrocoagulación*: puede ser unipolar o bipolar. Este método emplea corriente eléctrica para coagular o quemar una pequeña porción de las trompas de Falopio. La *unipolar* es poco utilizada por el riesgo de lesiones de órganos vecinos. La *bipolar*, en cambio, es más segura pero un poco menos eficaz.



¿Qué tipo de anestesia utilizar? La anestesia local es indiscutiblemente preferible en la mayoría de las técnicas empleadas para la anticoncepción tubárica y es la que se recomienda hoy día cuando la intervención se ejecuta mediante minilaparotomía o bajo visión endoscópica. No obstante, en algunas circunstancias puede imponerse la administración de anestesia adicional, por ejemplo, si fuera imperioso prolongar la incisión o el tiempo operatorio.

COMPLICACIONES

- *Complicaciones inmediatas:* dependen de la vía de abordaje empleada
- *Complicaciones alejadas:*
 - Fracaso de la ligadura (recanalización)
 - Embarazo ectópico
 - Secuelas psicológicas



Fracasos

Al referirnos a la anticoncepción quirúrgica, se entiende por “fracaso” la ocurrencia de una gestación después de haberse realizado la operación por cualquiera de las técnicas conocidas. No obstante, las causas del fracaso de la esterilización tubárica suelen ser clasificadas en 3 grandes grupos:

1. *Fracasos verdaderos:*

- Fistulización
- Recanalización
- Permeabilización
- Lesión incompleta

2. *Errores quirúrgicos:*

- Olvido
- Error de identificación

3. *Fallas del equipo*

- En los procedimientos endoscópicos

Por otro lado, la tasa de embarazos se calcula entre 1.8 cada 100 mujeres y 1 cada 400 mujeres, con un riesgo estimado en 0.7% en 10 años.

Reversión

La anticoncepción tubárica, procedimiento en principio irreversible, es sin embargo potencialmente factible de reversión, pero las posibilidades de un embarazo intrauterino posterior a la restitución son extremadamente variables. La solicitan menos del 1% de las mujeres en países en desarrollo y entre el 1% y el 4% de las pacientes en las naciones desarrolladas.

Si bien los procedimientos menos destructivos tienden a hacer la operación mucho más reversible, el oviducto tiene funciones numerosas y complejas; así, el restablecimiento de su anatomía no implica que necesariamente se restituyan sus acciones.

El éxito de la reversión depende de varios factores:

- La longitud de la trompa para realizar anastomosis.
- El tipo de procedimiento utilizado en la esterilización (anillos o ganchos producen poco daño).
- La localización de la anastomosis en la trompa.
- La edad de la paciente (luego de los 40 años su realización es controvertida).
- Presencia de otro tipo de patología.
- La experiencia quirúrgica del médico tratante.



Legislación

La **Ley 26.130** se encuentra en vigencia desde el 29 de agosto de 2006. El **REGIMEN PARA LAS INTERVENCIONES DE CONTRACEPCION QUIRURGICA** establece que **toda persona mayor de edad tiene derecho a acceder a la realización de las prácticas denominadas "ligadura de trompas de Falopio" y "ligadura de conductos deferentes o vasectomía" en los servicios del sistema de salud.**

Requisitos: "Las prácticas médicas referidas en el artículo anterior están autorizadas para toda persona capaz y mayor de edad que lo requiera formalmente, siendo requisito previo inexcusable que otorgue su consentimiento informado. No se requiere consentimiento del cónyuge o conviviente ni autorización judicial, excepto en los casos contemplados por el artículo siguiente."

Excepción: "Cuando se tratare de una persona declarada judicialmente incapaz, es requisito ineludible la autorización judicial solicitada por el representante legal de aquella."

Antes de la sanción de la ley nacional, las provincias de Neuquén, Rio Negro y Tierra del Fuego incluían los métodos anticonceptivos quirúrgicos en sus programas de Salud Sexual y Reproductiva. Asimismo, Chubut, Santa Fe, La Pampa y Mendoza sancionaron leyes específicas a tal fin. Luego de la sanción de la ley nacional, las diferencias normativas se unificaron.

Toda persona, ya sea médico o personal auxiliar del sistema de salud, tiene derecho a ejercer su objeción de conciencia, transfiriendo la responsabilidad a las autoridades del establecimiento asistencial, quienes están obligados a disponer los reemplazos necesarios de manera inmediata.

También se especifica la modificación de la ley 17132 (régimen legal del ejercicio de la medicina), en particular el inciso 18 del artículo 20, capítulo I; título II, permitiendo la práctica de intervenciones que provoquen la imposibilidad de engendrar o concebir, mediante el consentimiento informado y con autorización judicial en caso de incapaces.

La disposición legal prevé que se agregue a la ley 25673 de creación del programa de Salud Sexual y Procreación Responsable, aceptándose la cláusula "Ligadura de trompas de Falopio y ligadura de conductos deferentes....."

Aún con estas prevenciones legales, muchas dudas atraviesa todavía la comunidad médica frente a la solicitud de estas intervenciones. Una de estas inquietudes se relaciona con el código Penal Argentino. En el artículo 91 se advierte que "se impondrá reclusión o prisión de tres a diez años, si la lesión produjese la inutilidad permanente de engendrar o



concebir.” Dado que la ligadura de trompas es una intervención quirúrgica que no daña a terceros ni a la persona que decide adoptar este método, si no es una decisión que toma la mujer solicitante para proteger su salud, este artículo del código penal no se aplicaría.

Aspectos Éticos

En el documento “Responsabilidades profesionales y éticas relativas a los derechos sexuales y reproductivos” de la FIGO se explican también los principios de la ética médica que se aplican a todos los individuos. Estos son: beneficencia, no maledicencia, autonomía y justicia. Asimismo se menciona que las relaciones que subyacen a la salud sexual y reproductiva son una parte natural de la vida que debe ser considerada en libertad y seguridad, sin violencia o coacción, tanto para varones como para mujeres.

Bibliografía

1. Asociación Médica Argentina de Anticoncepción. Anticoncepción del siglo XXI. Editorial Ascune Hnos. Buenos Aires, Argentina. 2005.
2. Anticoncepción quirúrgica femenina. Gil Almira Antonio. Medisan 2004;8(2):20-25
3. Hysteroscopic sterilization by tubal cannulation and placement of intrafallopian implant. MSCA application 1055. Assessment report. November 2005
4. Experiencia clínica en minilap para la esterilización quirúrgica. Perruca E, Iracheta A, Siebert A, Espinoza R et al. Rev Chil Obstet Ginecol 2002;67(4):305-308
5. Minilaparotomía y técnicas endoscópicas para la esterilización tubárica. Kulier R, Boulvain M, Walker D, De Candolle G, Campana A. The cochrane Library, Issue 1, 2006. Oxford: Update Software.
6. Surgical sterilization of women. Stovall T, Mann W. www.uptodate.com
7. Esterilización quirúrgica. Rodríguez O. Métodos Anticonceptivos. Actualidad y perspectivas para el nuevo milenio. Editorial Científico-Técnica, La Habana. 2001:349-60.
8. Laparoscopic sterilization. Filshie M. Semin Laparosc Surg 1999; 6(2):112-7.
9. Esterilización femenina: segura y muy eficaz. Network en español: otoño 1997. Vol.18, Nº1. www.fhi.org.es
10. Medical eligibility criteria for sterilization. World Health Organization, AVSC International 1994.
11. www.jcdh.org
12. Técnicas de oclusión por vasectomía para la esterilización masculina (Revisión Cochrane traducida). Cook LA, Van Vliet H, Pun A, Gallo MF. Cochrane Library Plus, Nº 4, 2006. www.update-software.com