

Esterilización tubaria transvaginal. Experiencia en el Hospital Universitario de Caracas

Drs. Lina Figueira¹, Vanessa Díaz², Andrés Lemmo³, Alfredo García⁴, David Carrasco⁵, Elías Castillo⁶

RESUMEN

Objetivo: Evaluar las ventajas de la técnica de esterilización tubaria por vía vaginal en pacientes que acudieron al servicio de Ginecología del Hospital Universitario de Caracas y Ambulatorio del IVSS Patrocino Peñuela Ruíz, de enero a noviembre de 2014.

Métodos: Investigación tipo ensayo clínico multicéntrico, en 49 mujeres no púerperas en edad fértil que solicitaron la esterilización quirúrgica. Se realizó la técnica de colpotomía posterior para localizar las trompas y realizar la esterilización.

Resultados: La edad promedio fue de 32,5 años. El 80 % tenía de 1 a 3 partos. El 12,2 % tenía una cesárea previa y dos el 16,3 %. El tiempo promedio de intervención fue de 22,8 minutos y de pérdida sanguínea de 32,5 cm³, sin necesidad de hemoderivados. Las complicaciones intraoperatorias se presentaron en 6 % de los casos, ameritando laparotomía 2 casos. Se pudo demostrar que las adherencias retrasan el tiempo quirúrgico. Según la escala visual análoga (EVA), 53,1 % de las pacientes a las seis horas no tenía dolor y a las 12 horas había disminuido notoriamente en el 85,7 %.

Conclusión: La esterilización quirúrgica por colpotomía es beneficiosa porque el tiempo quirúrgico es corto, el sangrado escaso, el dolor leve y las complicaciones bajas.

Palabras clave: Esterilización tubaria transvaginal. Colpotomía posterior. Culdometría. Cirugía vaginal.

SUMMARY

Objective: To evaluate the advantages of tubal ligation by colpotomy incision in patients who assisted to the Gynecology Unit of University Hospital of Caracas and Patrocino Peñuela Ruíz Hospital from January to November 2014.

Methods: Multicentric clinical assay, performed in 49 patients of reproductive age who demanded tubal ligation. Posterior colpotomy was performed to access the Fallopian tubes.

Results: Mean age was 32,5 years. Eighty percent had 1 to 3 vaginal deliveries. One previous C section was reported in 12 %, and 2 in 16,3 %. Mean surgery time was 22,8 minutes, and the mean blood loss 32,5 cc; blood transfusion was not required. Intraoperative complications were present in 6 % of cases, 2 of them required laparotomy. The presence of adhesions was related to longer surgical time. According to the Visual Analogue Scale (VAS), 53,1 % of the patients had no pain 6 hours after the surgery, and pain decreased significantly in 85,7 % of the patients 12 hours after the procedure.

Conclusion: Tubal ligation by colpotomy is highly recommended due to the short surgical time and low rate of complications, blood loss and pain.

Key words: Transvaginal tubal ligation. Posterior colpotomy. Culdotomy. Vaginal surgery

INTRODUCCIÓN

El ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos debe constituir un norte para las acciones de prevención en la salud integral de la mujer, entendiendo su estrecha relación

^{1,2,3,5,6} Servicio de Ginecología. Hospital Universitario de Caracas
Departamento de Obstetricia y Ginecología.

⁴ Unidad de Uroginecología. Hospital Patrocino Peñuela Ruíz

con la calidad de vida, así como con el desarrollo humano y social (1). Por esta razón, las mujeres tienen derecho a tener los hijos de manera planificada, buscando estrategias anticonceptivas que le permitan decidir terminar con la reproducción cuando asumen no tener más hijos.

El avance tecnológico de los procedimientos quirúrgicos contribuyó a que la anticoncepción quirúrgica representara una forma segura y eficaz de prevenir un embarazo cuando la paridad estaba satisfecha. El programa de planificación familiar oferta diferentes métodos anticonceptivos, especialmente a la mujer, entre ellos, la esterilización quirúrgica considerada definitiva para evitar la procreación (2-4). Estas técnicas de anticoncepción se han incrementado en los últimos años debido al auge de métodos mínimamente agresivos que tienen un riesgo mucho más bajo de complicaciones. La esterilización tubárica es una de las opciones de anticoncepción más populares en la mayoría de los países en vías de desarrollo (5).

Para interrumpir la permeabilidad tubárica son posibles distintas vías de abordaje, entre ellas, la abdominal y la vaginal, las cuales se realizan utilizando distintos métodos (endoscópicos y no endoscópicos), distintas técnicas oclusivas (ligadura y escisión), dispositivos externos o internos, métodos de electrocoagulación y agentes esclerosantes. La ligadura de las trompas de Falopio (ligadura tubaria) consiste en la oclusión bilateral de las trompas de Falopio con el fin de impedir la unión del óvulo y el espermatozoide. Este tipo de anticoncepción es permanente, altamente efectiva, muy bien tolerada y segura, con una tasa de embarazos de 1-2 por cada 1 000 mujeres intervenidas. La tasa de falla de la técnica es ligeramente mayor en aquellas mujeres que se esterilizan antes de cumplir los 30 años (6).

Previo a 1970, la mayoría de las esterilizaciones se realizaba mediante laparotomía, casi siempre durante la realización de una cesárea. A partir de esa década, la laparoscopia se convierte en la vía de abordaje más frecuente, seguida de la mini-laparotomía. La cirugía por vía vaginal, utilizando la culdotomía como vía de acceso para realizar procedimientos diagnósticos o terapéuticos intraperitoneales, se conoce desde la antigüedad. La esterilización tubaria por vía vaginal en pacientes no puérperas fue descrita por Dührssen en 1895 y alcanzó su zenit alrededor de 30 años atrás; sin embargo, no logró una alta popularidad. Dicha técnica se realiza a través de la vagina para acceder al fondo de saco de Douglas, haciendo una colpotomía, con o sin la introducción de un sistema óptico que

permita el acceso a las trompas. No obstante, el uso de instrumental óptico no es el abordaje más utilizado actualmente, pero constituye una buena alternativa (6). Algunos autores describen ventajas cuando se utiliza la colpotomía, tales como: baja morbilidad, corto período de convalecencia, ausencia de cicatriz, breve hospitalización, fácil implementación y bajo costo (7). Además, por ser un método anticonceptivo permanente, constituye la opción terapéutica más económica (8).

La OMS (9) menciona que, dada la irreversibilidad de los procedimientos de esterilización quirúrgica, se debe asegurar una elección voluntaria bajo consentimiento informado. Además, afirma que no hay razones médicas para negar la esterilización a una mujer si llena los requisitos para tal fin. Peterson (10) resalta que la esterilización tubárica (minilaparotomía, laparoscopia y culdoscopia) tiene implicación de gran relevancia en los programas de planificación familiar de los países en desarrollo.

A pesar de todas las ventajas descritas, la esterilización tubaria transvaginal, como técnica para abordar la esterilización quirúrgica en la anticoncepción definitiva, no es usada frecuentemente en los servicios de Ginecología y Obstetricia del país. Por esta razón se diseñó este estudio preliminar, con el objetivo de evaluar las ventajas de la técnica de esterilización tubaria por vía vaginal en las pacientes que demandan atención en el Servicio de Ginecología del Hospital Universitario de Caracas y en el Ambulatorio Petrocino Piñuela Ruiz (El Valle, Caracas), durante los meses de enero a noviembre de 2014.

MÉTODOS

Investigación tipo ensayo clínico multicéntrico, en pacientes de edad fértil, no puérperas, que acudieron a las consultas del Servicio de Ginecología del Hospital Universitario de Caracas y al Ambulatorio Patrocino Piñuela Ruiz, solicitando esterilización quirúrgica. Todas las pacientes firmaron un consentimiento informado previo a su entrada al estudio.

Los criterios de inclusión fueron: mujeres en edad fértil, con paridad satisfecha y deseo voluntario de participar en la investigación; se excluyeron las pacientes con sospecha de síndrome adherencial: enfermedad inflamatoria pélvica recidivante, múltiples intervenciones quirúrgicas, complicaciones

en intervenciones quirúrgicas previas, endometriosis y patología oncológica del área ginecológica.

Se consideraron variables personales (edad, paridad, tipo de parto, diagnósticos asociados e intervenciones previas) y relacionadas con la esterilización quirúrgica (tiempo quirúrgico, pérdida sanguínea, presencia de adherencias, necesidad de hemoderivados, días de hospitalización posoperatoria, presencia de dolor, complicaciones intraoperatorias, posoperatorias inmediatas y tardías, así como sus causas).

Procedimiento

Se realizó la esterilización quirúrgica por colpotomía posterior bajo anestesia peridural/raquídea o sedación. Se efectuó apertura del fondo de saco de Douglas, se colocó una valva de Kristeller a través de la misma para facilitar la localización de las trompas. En la mayoría de los casos, las trompas se identificaron con facilidad, más aún si se colocaba la camilla en posición de Trendelenburg. Al identificar las trompas, se realizó salpingectomía parcial por electrocoagulación con energía bipolar con electrocauterio o ligasure según disponibilidad y se realizó la rafia de la colpotomía. Durante la intervención, se registró la pérdida sanguínea, presencia de adherencias, necesidad de hemoderivados y complicaciones. En el posoperatorio se evaluaron los días de hospitalización, presencia de complicaciones inmediatas, mediatas y tardías y se utilizó la escala visual análoga del dolor (EVA), según Bieri 1990 (11). El seguimiento posoperatorio fue de tres meses.

Análisis estadístico

Siguiendo los objetivos de la investigación, se comenzó con la descripción de las variables considerando su escala de medida, realizando distribuciones de datos, utilizando frecuencias absolutas y porcentajes, además del cálculo de medidas de tendencia central: media aritmética y mediana; medidas de variabilidad: desviación típica y error típico de la media; medidas de forma: asimetría y curtosis. En el análisis inferencial se realizó contrastes de hipótesis, con los estadísticos de prueba coeficiente de correlación de Pearson y el coeficiente de correlación Rho de Spearman. Los cálculos se efectuaron con el programa estadístico

informático SPSS para Windows, versión 19. Se utilizó el paquete estadístico SPSS, Versión 19.

RESULTADOS

En el Cuadro 1 se observa 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. En el mismo cuadro se puede observar que más de 3/4 partes (79,6 %) han tenido entre dos y tres gestaciones, mientras que el 18,4 % entre 4 y 5 gestaciones y solo 1 (2 %) 8 gestaciones. En relación con los partos, aproximadamente el 80 % han tenido entre 1 y 3 partos y el 8,1 % entre 4 y 6 partos. Asimismo se encontró que el 12,2 % de las pacientes tenía una cesárea previa y el 16,3 % tenía dos. El 10,2 % tenían 1 o 2 abortos previos. Es de hacer notar que además de las cesáreas, expresaron como antecedentes otras intervenciones tales como: herniorrafia umbilical, colecistectomía laparoscópica, salpingectomía unilateral y esplenectomía.

También se indagó sobre los diagnósticos asociados, encontrando entre ellos anemia, esferositosis, leucemia y obesidad mórbida en el 18 %.

Las evaluaciones cardiovasculares fueron normales en la mayoría de las pacientes, tanto por ASA (91,8 %) como por Goldman (93,9 %). El tipo de anestesia que se utilizó en su mayoría fue

Cuadro 1

Edad y antecedentes obstétricos

Estadístico	Edad (años)	
Media aritmética	32,47	
Mediana	32,00	
Desviación típica	5,319	
Rango	20 a 45	
Número de gestaciones	Nº	%
2 y 3	39	79,6
4 y 5	9	18,4
8	1	2,0
Número de partos	Nº	%
De 1 a 3	39	79,6
De 4 a 6	2	8,1
Número de cesáreas	Nº	%
1	6	12,2
2	8	16,3

ESTERILIZACIÓN TUBARIA TRANSVAGINAL

raquídea (53,1 %), seguido de sedación EV (32,7 %) y peridural/raquídea (14,2 %).

En el Cuadro 2 se muestra que el tiempo medio de intervención fue de 22,8 minutos, con un rango entre 5 y 120 minutos. El promedio de pérdida hemática fue de 32,5 cm³ con un rango entre 0 y 120 cm³. En ningún caso hubo necesidad de suministrar hemoderivados.

Cuadro 2

Parámetros intraoperatorios: Tiempo quirúrgico y pérdida sanguínea		
	Tiempo quirúrgico (minutos)	Pérdida de sangre (cm ³)
Media	22,82	32,55
Mediana	17,00	20,00
Desv. típ.	18,138	40,196
Rango	5-120	0-200

El 10,2 % de las pacientes tenía adherencias; solo en un caso estas obligaron a la conversión a laparotomía. En lo que respecta a las complicaciones intraoperatorias, ocurrieron en 2 casos (6 %). En uno de ellos, hubo dificultad para el pinzamiento de la trompa uterina derecha, que produjo hemorragia moderada que no se pudo resolver por vía vaginal. En el otro, hubo lesión de recto al intentar la apertura del fondo de saco de Douglas, el cual se encontraba obliterado por adherencias. En ambos casos se convirtió a laparotomía. No hubo complicaciones posoperatorias.

Se demostró una relación estadísticamente significativa entre la presencia de adherencias y las complicaciones intraoperatorias, no así entre estas y la necesidad de conversión a laparotomía (Cuadro 3).

Al evaluar si el tiempo quirúrgico se prolongaba con el hallazgo de síndrome adherencial, se determinó que existe un relación directa entre ambos que fue estadísticamente significativa (Cuadro 4).

Más de la mitad de las pacientes (53,1 %) refirieron que no tenían dolor o que presentaban un dolor muy leve a las 6 horas (valor entre cero y 2 en la EVA). A las 12 horas el dolor disminuye en forma importante con un 85,7 % de las pacientes refiriendo dolor entre 0 y 2 y el resto entre 3 y 7 (Cuadro 5). Esta disminución del dolor en el tiempo fue estadísticamente significativa.

Se evaluó estadísticamente (coeficiente de correlación RHO de Spearman) si existía alguna correlación entre el dolor a las 6 y 12 horas con las variables tiempo quirúrgico, tipo de anestesia y complicaciones intraoperatorias. Se demostró que existe una correlación estadísticamente significativa entre el dolor y estas variables (Cuadro 6). Las

Cuadro 3

Relación entre adherencias y necesidad de conversión a laparotomía y complicaciones intraoperatorias

	Valor del estadístico	P-valor
Complicaciones intraoperatorias (Chi-cuadrado)	6,995	0,000(**)
Necesidad de reconversión a abdominal (Exacto de Fisher)	0,895	0,196

(**) Significativa al 5 %

Cuadro 4

Comparación entre tiempo quirúrgico y presencia de adherencias

	Adherencias	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media	P-valor
Tiempo (minutos)	Si	5	53,40	39,879	17,834	0,000 (**)
	No	44	19,34	9,909	1,494	

(**) Significativa al 5 %

Cuadro 5
Caracterización del dolor posoperatorio

	Nº	%	Correlación de Pearson	P-valor
A las 6 horas				
De 0 a 2	26	53,1	0,47	0,001(**)
De 3 a 5	15	30,6		
De 6 a 8	8	16,3		
A las 12 horas				
De 0 a 2	42	85,7		
De 3 a 7	7	14,3		

Cuadro 6
Correlación entre el dolor a las 6 y 12 horas y el tiempo quirúrgico, tipo de anestesia y complicaciones

Dolor a las 6 horas	Nº	Correlación Rho de Spearman	P-valor
Tiempo quirúrgico	49	0,566	0,000 (**)
Tipo de anestesia	49	0,452	0,001 (**)
Dolor a las 12 horas			
Tipo de anestesia	49	0,434	0,002 (**)
Complicaciones intrahospitalarias	49	0,411	0,003 (**)

(**) Significativo al 0,05

pacientes cuyas cirugías tuvieron mayor duración y complicaciones presentaron más dolor posoperatorio. El dolor fue mayor en aquellas pacientes que recibieron anestesia tipo sedación en comparación con las que recibieron anestesia raquídea o combinada (peridural/raquídea).

Todas las pacientes se intervinieron de forma ambulatoria, a excepción de las 2 pacientes convertidas a laparotomía que se quedaron 24 horas una de ellas y 48 horas la otra.

DISCUSIÓN

La esterilización tubaria transvaginal es una manera de realizar la esterilización quirúrgica en mujeres con paridad satisfecha y deseo contraceptivo definitivo, variando la técnica de acuerdo a su complejidad.

La cirugía mínimamente invasiva, no solo ofrece resultados cosméticos superiores, sino que reduce el trauma quirúrgico, la pérdida hemática, el stress neuroendocrino, la respuesta inflamatoria, el dolor

posoperatorio y el tiempo de recuperación. La culdotomía reúne todos los criterios de una cirugía mínimamente invasiva (12).

En una investigación descriptiva con la finalidad de conocer el método de anticoncepción más utilizado por las mujeres, se encontró que el mayor porcentaje de ellas seleccionó la salpingoclasia, ya que produce pocos efectos secundarios, no interfiere con el acto sexual, ni requiere control o seguimiento. Los autores señalan que aunque la pareja sea joven, lo importante no es la edad, sino la forma en que se toma la decisión. En el estudio concluyen, que el 48,3 % de las mujeres con más de tres gestas y el 72,2 % con cuatro o más seleccionaron este método de anticoncepción (13). Por otra parte, también se afirma que hasta un 20 % de las mujeres esterilizadas a una edad joven, posteriormente se arrepintieron de esta decisión, por ello la edad temprana es el predictor de arrepentimiento más significativo que puede identificarse antes de la esterilización (14). En la presente investigación, la edad media de las mujeres intervenidas fue de 32,5 años (rango 20 - 45 años), llevándose a cabo el procedimiento en las más jóvenes por paridad

satisfecha y situación socioeconómica. En general, no se le negó el procedimiento a ninguna paciente por edad, aunque en caso de pacientes muy jóvenes y sin comorbilidad, se explicó la posibilidad de utilizar métodos reversibles y se les explicó de forma clara y concisa la irreversibilidad del método. Esto es similar a la serie de Stephens y col. (15) en la cual el promedio de edad era de 32 años. Ellos comentan en la discusión que en su protocolo aconsejaban a las pacientes no realizarse esterilización quirúrgica antes de los 30 años o cuando su hijo más joven tuviera al menos 5 años. Sin embargo, el rango de edad en su serie fue de 19 a 46. En otros estudios la edad fue un poco mayor (34 y 35 años) (16,17).

Aproximadamente 80 % de las pacientes en este estudio tenían 1 a 3 hijos, en concordancia con otros autores que reportan un promedio de 2 hijos vivos antes de ser esterilizadas quirúrgicamente (7,15). Traiman y col. (17) reportan un promedio de 5 hijos en su serie.

Un 28,5 % de la población tenía 1 o 2 cesáreas anteriores, pero este antecedente no afectó el procedimiento; por tanto, las cirugías previas no contraindican la esterilización por colpotomía. Sin embargo, debe advertirse a la paciente que las adherencias podrían dificultar o limitar la esterilización por esta vía, conllevando a conversión quirúrgica laparoscópica o por laparotomía. Traiman y col. (17) consideraron la cirugía previa como una contraindicación para la esterilización tubaria por colpotomía.

En relación al tipo de anestesia requerida para este procedimiento, se destaca el hecho de que la mayoría de las pacientes recibieron anestesia conductiva y solo un tercio fueron intervenidas bajo sedación endovenosa. Esta decisión fue exclusiva del anesthesiólogo asignado a cada caso. Esto es similar a lo reportado por otros autores (18,19).

La pérdida hemática fue sumamente baja (32,5 cm³), lo cual convierte esta cirugía en una técnica atractiva a la hora de intervenir pacientes susceptibles a descompensación hemodinámica intraoperatoria. Esto es mucho menor a los 182 cm³ en promedio reportado por Ayhan y col. (16).

De las 49 pacientes intervenidas, se logró completar satisfactoriamente el procedimiento vía vaginal en 47 de ellas. En uno de los casos se convirtió a laparotomía por adherencias tubáricas y sangrado del mesosalpinx y en el otro caso por obliteración del fondo de saco de Douglas que determinó lesión del recto. Hallazgos similares están descritos en la investigación de

Quinchavil y col. (7), quienes analizaron 100 fichas clínicas; en 96 se logró completar el procedimiento por la vía vaginal en forma exitosa y en 4 de ellas hubo necesidad de conversión a laparotomía por adherencias. Traiman y col. (17) convirtieron a laparotomía 2 % de los casos por dificultad para visualizar las trompas; esto ocurrió en 6 % de los casos en la serie de Ferrada y col. (20). Este escenario no se presentó en este estudio.

Con respecto al tiempo quirúrgico, Ferrada y col. (20) reportan un promedio de 27,2 minutos, Ayhan y col. (16) de 26,5, Quinchavil y col. (7) y Traiman y col. (17) de 42 minutos, tiempos mayores al logrado en la presente investigación que fue de 22,8 minutos. Estos tiempos son considerablemente cortos si se comparan con la técnica laparoscópica o minilap, con la ventaja de no abordar la pared abdominal y obviar costosos equipos para su realización. Las adherencias determinaron un aumento del tiempo quirúrgico que fue estadísticamente significativo.

Durante la realización de este estudio hubo 2 casos con complicaciones intraoperatorias: uno por hemorragia del mesosalpíx sin repercusión hemodinámica, y una lesión de recto como consecuencia de la obliteración del fondo de saco de Douglas secundario a síndrome adherencial. Es importante tomar en cuenta que la paciente que presentó lesión de recto fue la primera cirugía realizada por el residente en formación. Dicha lesión se identificó durante la cirugía y se realizó rafia en dos planos. La paciente presentó deshicencia de sutura a las 48 horas de posoperatorio, por lo que ingresa al servicio de Coloproctología del Hospital Universitario de Caracas y realizan colostomía, con evolución satisfactoria y restitución del tránsito intestinal a los 6 meses. Ayhan y col. (16) tuvieron 3 casos de lesión de recto y una lesión de ovario durante la cirugía y 2 casos de hematoma en el posoperatorio en pacientes que recibían anticoagulantes; solo uno de estos requirió laparotomía para drenaje. Quinchavil y col. (7), describen como complicaciones sangrado intraoperatorio por lesión de ovario y trompa en 2 pacientes y una colpitis posoperatoria en otra. Otros autores reportan complicaciones infecciosas (infección a nivel de la colpografía e infecciones urinarias) (19). En una revisión de 329 casos realizados en 3 centros con el objetivo principal de evaluar si la esterilización quirúrgica por colpotomía conlleva a un mayor riesgo de infección posoperatoria, los autores encontraron una tasa de infección de solo 1,8 % y todas las pacientes respondieron al tratamiento

ambulatorio con antibióticos (21). En este estudio no hubo ningún caso de infección. Las pacientes eran rigurosamente examinadas para descartar infecciones vaginales, eran tratadas en caso de tenerlas y reevaluadas antes de la cirugía. Stephens y col. (15) tampoco tuvieron complicaciones infecciosas. Ellos comentan en su estudio que adjudican la ausencia de complicaciones febriles al cierre del peritoneo y a la sutura en 2 planos de la vagina. Sin embargo, en este estudio el peritoneo no se cerró aparte sino se incluyó en la colporrafia que se realizó en 1 solo plano. En la serie de Ferrada y col. (20), no hubo complicaciones intraoperatorias. Sptephens y col. (15) reportan una conversión a laparotomía por adherencias de trompas a pared abdominal en 1 solo caso. En su serie no hubo complicaciones a pesar de tener un caso con endometriosis en el fondo de saco de Douglas y otro con fibromatosis con útero equivalente a 8 semanas de gestación.

Wei-Hsi y col. (22), al comparar la esterilización quirúrgica vía transvaginal con laparotomía y laparoscopia, encontraron que el sangrado y el tiempo quirúrgico fue mayor en la esterilización por laparotomía en comparación con las otras dos técnicas; sin embargo, afirman que a pesar de que la vía transvaginal es la técnica con mayor dificultad, si se realiza correctamente tiene menos complicaciones y menor costo.

La presencia de adherencias, aunque fue baja, tuvo una relación estadísticamente significativa con las complicaciones intraoperatorias. Esto fue especialmente evidente en el caso de lesión incidental de recto.

En relación al dolor posoperatorio en las pacientes investigadas, se encontró alta significancia estadística al relacionarlo con la presencia de adherencias y el tiempo quirúrgico; sin embargo, el dolor medido con la escala visual análoga (EVA) fue leve en las primeras horas, para disminuir progresivamente al cabo de las primeras 6 y 12 horas del posoperatorio. Más del 50 % de las pacientes no tuvo dolor o fue muy leve y solo el 16 % de las pacientes, que presentó dolor significativo (EVA 6,7,8), mejoró a las 12 horas. Se pudo evidenciar menor dolor en las pacientes con anestesia conductiva en comparación con las pacientes con anestesia tipo sedación en las primeras 6 horas según la EVA. Ferrada y col. (20) realizaron en su estudio la medición del dolor con la misma escala, encontrando dolor moderado que mejoró con analgésicos tipo AINES principalmente vía oral.

La mayoría de las pacientes de este estudio fueron

intervenidas ambulatoriamente, a diferencia de otros estudios donde la estancia hospitalaria era de 2 días (15), lo cual conlleva a mayores costos. Este estudio no incluyó un análisis de costos, pero en la literatura están descritas otras investigaciones que comparan los costos de la esterilización quirúrgica por laparoscopia con mini-laparotomía y colpotomía (22). Esta última resultó ser la técnica menos costosa, mientras que la mini-laparotomía se relacionó con los mayores gastos.

La naturaleza invasiva de la culdotomía es equivalente a la laparoscopia, pero con algunas ventajas: menos tiempo quirúrgico, instrumental más económico y sencillo, curva de aprendizaje más corta, mejor resultado cosmético. A pesar de sus méritos, la cirugía anexial a través de colpotomía es poco realizada por ginecólogos no vaginalistas, por estar poco familiarizados con la culdotomía y el miedo a la lesión rectal. Este estudio tiene la intención de incentivar la readopción de esta técnica, especialmente en países en vías de desarrollo.

CONCLUSIÓN

La esterilización tubaria por vía vaginal es una alternativa quirúrgica que ofrece ventajas para las mujeres que desean un método de contracepción definitiva, con breve estancia hospitalaria, poco tiempo quirúrgico, bajo riesgo de complicaciones, escaso dolor, sin heridas ni cicatrices visibles, pronta recuperación y a un mínimo costo para las instituciones de salud.

AGRADECIMIENTOS

Como agradecer a quienes con amor, entrega, profesionalismo y respeto por la academia, aportan a aquellos que estamos en formación lo mejor de sus conocimientos, para avanzar en la medicina, no solo para la evolución de publicaciones médicas, sino a aquellos que gracias a su voluntad podemos engrandecer la medicina, y así poder brindar el mejor de nuestros oficios a nuestras pacientes, que son el pilar de nuestro existir, para ellas el mayor de los méritos, quedan cortas las palabras para agradecer al Hospital Universitario de Caracas, Hospital Patrocinio Peñuela Ruíz y a mi luchadora y maestra de vida. Dra. María Mejiz.

REFERENCIAS

1. UNICEF/OPS. Norma oficial para la atención integral en salud sexual y reproductiva. 2014. Disponible en: http://www.paho.org/ven/index.php?option=com_content&view=article&id=150:norma-oficial-para-la-atencion-integral-en-salud-sexual-y-reproductiva&Itemid=227&Itemid=215.
2. Hidalgo A, AVECILLA P. Terapéutica en APS. Novedades en anticoncepción. FMC. 2004;11(6):314-331.
3. Arribas L, Puga A, Soler A. Terapéutica en APS. Implantes anticonceptivos subcutáneos. FMC. 2005;12(1):44-52.
4. Rodríguez A, Presa J, González A. Métodos anticonceptivos definitivos. Actualización Obstetricia y Ginecología. 2010. Disponible en: http://www.hvn.es/servicios_asistenciales/ginecologia_y_obstetricia/ficheros/curso2010_gine_07_metodos_anticonceptivos_definitivos_aj_rodriguez.pdf.
5. Mittal S. Técnicas para la interrupción de la permeabilidad tubárica para la esterilización de mujeres: Comentario de la BSR. 2003. La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS; Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
6. Romero A, Gonzalbes A. Obstrucción selectiva tubárica mediante dispositivo ESSURE™. Consejería de Salud. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía. 2004. Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/salud/orgdep/aetsa>.
7. Quinchavil H, Kaplan F, Martínez M, Becerra O, Hevia T. Esterilización tubaria transvaginal: serie de casos. Rev Chil Obstet Ginecol. [Internet]. 2011;76(4):244-247. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262011000400006&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262011000400006>.
8. Bernardo R, Vázquez-Camino F. El sistema Essure como método de esterilización femenina permanente. Clin Invest Gin Obst. 2010;37(6):223-232.
9. OMS. Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos. Un pilar de la OMS para la planificación familiar. 4ª edición. Ginebra. 2009. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44710/1/9789243563886_spa.pdf
10. Peterson H. Minilaparotomía y técnicas endoscópicas para la esterilización tubárica: Comentario de la BSR (última revisión: 23 de junio de 2009. La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS; Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
11. Serrano-Atero M, Caballero J, Cañas A, García-Saura P, Serrano-Álvarez C, Prieto J. Valoración del dolor (I). Rev Soc Esp Dolor. 2002;9(2):94-108.
12. Haxhihseni A, Haxhihseni D. Culdotomy and adnexial gynecologic surgery. Papirex Ind J Research. 2015;4 (7):443-445.
13. Coronel Pérez P, Coronel Brizo P, Mendoza L. Prevalencia del uso de anticonceptivos en Xalapa. Revista médica de la Universidad de Veracruz. 2003;3(2). Disponible en: https://www.uv.mx/rm/num_anteriores/revmedica_vol3_num2/articulos/Prev_anticoncep.html.
14. Ministerio de salud. Presidencia de la Nación. Documento científico. Ligadura tubaria. Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. Ministerio de Salud de la Nación. 2009. Disponible en: http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000669cnt-ligadura_tubaria.pdf.
15. Ministerio de salud. Presidencia de la Nación. Documento científico. Ligadura tubaria. Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. Ministerio de Salud de la Nación. Stephens D. Vaginal tubal ligation. South Med J. 1980;73(12):1578-1580.
16. Ayhan A, Boynukalin K, Salman M. Tubal ligation via posterior colpotomy. Int J Gynecol Obstet. 2006;93:254-255.
17. Traiman P, de Luca LA, Rodríguez JR, Rudge MV, Antonini Filho R. Laqueadura tubaria pela via transvaginal. J Bras Ginecol. 1984;94(10):433-436.
18. Haxhihseni A, Haxhihseni D, Tavo V. Culdotomy as a tubal method for tubal sterilization and tubal ectopic pregnancy treatment. Int J Develop Research. 2015;5(10):5826-5829.
19. Sivasambo R. Methods of tubal ligation: The colpotomy approach. Ann Acad Med. 1974;3(4):338-344.
20. Ferrada L, Hernández J, García M, Roizman A. Esterilización tubaria por culdotomía: serie de casos. Revista Chilena Obstet Ginecol. 2007;72(2):96-98.
21. Miesfeld RR, Giarratano RC, Moyers TG. Vaginal tubal ligation--is infection a significant risk? Am J Obstet Gynecol. 1980;137(2):183-188.
22. Wei-Hsi Ch, Jah-Yao L, Yu-Chi Y, Gwo-Jang W, Yung-Jong Ch, Mu-Hsien Y, et al. Tubal ligation via colpotomy or laparoscopy: A retrospective comparative study. Arch Gynecol Obstet. 2011;283:805-880