

SEÑOR:
JUEZ (18) CIVIL DEL CIRCUITO DE CALI.
E. S. D.

ASUNTO: DICTAMEN PERICIAL

Proceso: **RESPONSABILIDAD CIVIL MEDICA DE MAYOR CUANTIA DE
TRAMITE VERBAL**
PROCESO: VERBAL DE RESPONSABILIDAD MEDICA.
DEMANDANTE: MARIBEL GUERRERO BASTIDAS
DEMANDADOS: HEREDEROS DE RODRIGO ALZATE.
RADICACIÓN: 2012-405

Respetados Señores:

De acuerdo con la solicitud que me hiciera el abogado **JAIRO FRAGA ROSAS** en calidad de apoderado de los herederos del Doctor Rodrigo Alzate, para rendir un DICTAMEN PERICIAL a presentarse dentro del proceso VERBAL DE RESPONSABILIDAD CIVIL MÉDICA que se tramita ante este despacho, manifiesto bajo la gravedad del juramento:

- a. Que soy Médica y Cirujana de la Universidad del Cauca graduada Julio de 1993. Y Especialista en Ginecología y Obstetricia de la Universidad del Valle en Octubre de 1.999.
- b. No estoy incurso en ninguna causal de impedimento que afecte la imparcialidad del presente dictamen pericial, ni en ninguna de las causales enlistadas en el artículo 50 del Código General del Proceso.
- c. No he sido designado como perito en procesos judiciales.
- d. No he realizado antes ningún dictamen pericial al abogado JAIRO FRAGA ROSAS, o a los herederos de Rodrigo Alzate, ni a ninguna de las partes involucradas en este asunto.
- e. No he realizado publicaciones relacionadas con la materia del peritaje.

- f. Prometo desempeñar con idoneidad, imparcialidad e independencia el cargo de Perito, al contar con los conocimientos necesarios para rendir el dictamen.
- g. Anexo a este dictamen, los diplomas y certificaciones que me acreditan como médico Especialista en Ginecología y Obstetricia
- h. Anexo a este dictamen literatura científica que sirvió como referencia para responder el cuestionario.
- i. Tuve a mi disposición la demanda, la Historia clínica del paciente, la demanda Instaurada y el cuestionario elaborado por el abogado JAIRO FRAGA ROSAS.

Manifiesto de antemano, que me pongo a disposición y acudiré a la sala de audiencias que designe el **JUEZ (18) CIVIL DEL CIRCUITO DE CALI**, para ratificar el contenido del Dictamen pericial rendido ante autoridad judicial, o para rendir las aclaraciones y/o complementaciones que se requieran y contestar los cuestionarios de las partes.

- k. Puedo ser localizado en mi lugar de residencia en la Calle 13 a bis Número 80-45 apartamento 603 C de Cali.

Procedo de esta manera a dar respuesta, al cuestionario; por metodología transcribiré cada una de las preguntas realizadas por la abogada en el orden que se realizaron, dando respuesta enseguida de cada una de ellas, no sin antes manifestar resumen de la historia clínica.

PREGUNTAS AL PERITO

1. A las pacientes con lupus eritematoso sistemático se les contraindica el embarazo?

RESPUESTA.

No para el caso de la paciente.

Existen situaciones en las que el embarazo debe contraindicarse en pacientes con LES.

- Hipertensión pulmonar grave (PAP sistólica estimada > 50 mmHg o sintomática) - Enfermedad pulmonar restrictiva grave (CVF < 1 litro) - Insuficiencia cardíaca - Fracaso renal crónico (Creatinina sérica > 2,8 mg/dl [500 mmol/l]) - Ictus en los 6 meses previos - Brote grave de lupus en los 6 meses previos. La paciente tenía unas cifras de Creatinina en 0.62 mg/dL.

Aunque no cumple los parámetros de contraindicar una gestación si se debe considerar el riesgo para la paciente, la paridad si la paciente considera que tiene una paridad satisfecha con un solo hijo. De estar satisfecha con un solo hijo debe recibir toda la asesoría médica sobre los diferentes métodos de planificación familiar, debe recibir asesoría sobre el método que escoja, la tasa de falla que tiene todo método de planificación familiar ya que hasta el momento la ciencia no ha logrado crear un método que sea 100% seguro. Una vez tenga esta asesoría debe cumplir con la firma de los requisitos legales, los formatos. Esto debe ser realizado con un amplio entendimiento de la paciente y de ser posible también de la pareja. Escogido de forma voluntaria y con un procedimiento programado.

2. En esta paciente durante su segundo embarazo la determinación de recomendarle ligadura de trompas en la cesárea, era una conducta elegible bien recomendada?

RESPUESTA.

Era la mejor opción, si ella estaba de acuerdo con el método.

3. Que tan frecuente un médico especialista en ginecología con más de 15 años de experiencia puede estar familiarizado con la técnica quirúrgica de una ligadura de trompas?

RESPUESTA.

Muy familiarizado, son técnicas quirúrgicas que se aprenden desde los estudios para especializarse y se realizan a diario durante la práctica médica.

4. Es posible que una ligadura de trompas pueda en el tiempo permitir el paso de espermatozoides y que una paciente se embarace?

RESPUESTA.

Si es posible.

Está considerado en el porcentaje de fallas de 2 por 1.000. tal como está consignado en el formato de consentimiento informado que la paciente firmo después de haber recibido la asesoría correspondiente.

5. En concordancia con su respuesta anterior indique si hay riesgo cero de que pueda existir embarazo con ligadura de trompas?

RESPUESTA.

El riesgo de falla de este método de Planificación familiar es de 2 por mil.

El porcentaje de falla esta más relacionado con el proceso de cicatrización y no con la técnica quirúrgica. Entre más agresiva sea la extensión de la oclusión de las tubas mayores complicaciones puede presentar, la más conocida y de mayor riesgo es el Embarazo Ectópico. Que es una gestación que se desarrolla por fuera del útero.

Como explique antes hasta el momento la ciencia no ha desarrollado un método para Planificación familiar que sea 100% seguro.

6. Después de practicada una ligadura de trompas, las pacientes son sometidas a estudios radiológicos para verificar la efectividad de la intervención?

RESPUESTA.

No es frecuente que se realicen este tipo de intervenciones.

Y de realizarse un estudio el más próximo sería una Histero Salpingografía que valora el paso de un medio de contraste por las tubas uterina, es posible que el líquido no pase pero si podría pasar un espermatozoide ya estos son de un menor tamaño.

7. Es frecuente pensar en la posibilidad de que ocurra falla en esta cirugía?

RESPUESTA.

Siempre que se usa un método de Planificación Familiar la paciente debe estar consciente que el método puede fallar.

Eso se lo explican en la Asesoría de Planificación, esta es una de las razones por las cuales ese tipo de procedimientos no se realizan en las Cirugías de Urgencias sin una Autorización escrita de la paciente donde garantice que recibió la información y la entendió en esos casos es preferible que la paciente una vez que pasa el evento que

comprometió su vida o la de su bebe asista a la consulta de planificación familiar y escoja este método si es que tiene ya una paridad satisfecha y está segura de su decisión.

8. En la nota operatoria de la tercera cesárea de la paciente MARIBEL GUERRERO BASTIDAS el cirujano obstetra anota TROMPAS UTERINAS LIGADAS, ello puede dar fe de que si se le realizo la cirugía de las trompas y que las mismas estaban entonces intervenidas?

RESPUESTA.

Sí.

La nota operatoria es clara en referir que a la paciente le habían realizado la oclusión tubarica. Estas notas son realizadas por un médico especialista en Ginecología y Obstetricia, personas que se consideran honestas y correctas. Lo registrado en una Historia Clínica es digno de crédito.

ANEXOS

- Anexo al presente dictamen, la literatura médica y científica que sirvió de fundamento para las respuestas.
- Anexo así mismo mi hoja de vida con sus respectivos anexos, que acreditan mi idoneidad.

NOTIFICACIONES

Recibiré notificaciones en la misma dirección de residencia Calle 13 a bis Número 80-45 apartamento 603 C de Cali.

Atentamente,



MARTHA LUCIA MUÑOZ MUÑOZ
Especialista en Ginecología y Obstetricia

La Universidad del Cauca



en nombre de la
República de Colombia
y por autorización del Ministerio de Educación Nacional
en atención a que

Martha Lucía Muñoz Muñoz
c.c. ne 31928.276 de Cali

ha cumplido con todos los requisitos legales y estatutarios, le otorga el título de

Médico y Cirujano

con todos los derechos, privilegios y dignidades que la facultan para el ejercicio profesional.
Popayán, 2 de Julio de 1.993

El Rector de la Universidad, El Decano de la Facultad, El Secretario Gral. de la Universidad.

ARY FERNANDO BUSTAMANTE M.

Alberto Vallejo Durán

Guillermo Muñoz Velásquez

Registrado en el Folio N° 147 del L. de Diplomas N° 057

Gobernación del Departamento del Cauca

Anotado al Folio N° 1279 del L. de Diplomas N° 74

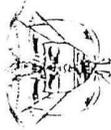
Popayán, 8 de Julio de 1.993

El Gobernador del Dpto.

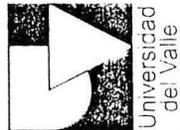
Muñoz Velásquez

El Secretario de Educación Dptal.

[Firma]



República de Colombia
Ministerio de Educación Nacional



Universidad
del Valle

La Universidad del Valle

Confiere el Título de

Especialista en Ginecología y Obstetricia

a

Martha Lucía Muñoz Muñoz

Identificado con C.C. 31928276 Cali (Valle)

En testimonio de ello le expide el presente Diploma y lo refrenda con el sello de la institución. En la ciudad de Santiago de Cali, Valle del Cauca,

a los 29 días, del mes de *Octubre* de 1999

27
884

UNIDAD LOCAL DE SALUD
HOSPITAL "SAN RAFAEL"
EL CERRITO (V).

EL SUSCRITO MEDICO DIRECTOR DEL HOSPITAL "SAN RAFAEL" DE EL CERRITO (VALLE).

C E R T I F I C A :

Que la Doctora **MARTHA LUCIA MUÑOZ MUÑOZ**, identificada con Cédula de Ciudadanía No.31'928.276 expedida en Cali, fue nombrada mediante Resolución No.079 de Agosto 10 de 1993, emanada de la Dirección del HOSPITAL "SAN RAFAEL" de El Cerrito (V)., para desempeñar el cargo de **MEDICO** en cumplimiento del Servicio Social Obligatorio, plaza aprobada por el Formulario No.0887 No. de orden 92 del 2 de Enero de 1993, expedido por la División de Recursos Humanos del Ministerio de Salud.

Que la mencionada Funcionaria, cumplió con los Programas que le fueron asignados y trabajó hasta el **CATORCE (14)** de **JULIO** de 1.994, fecha en la cual se le aceptó la Renuncia, mediante Resolución No.066 de Julio 15, de 1994,

En constancia se firma en El Cerrito (V)., a los diez y ocho (18) días del mes de **JULIO** de mil novecientos noventa y cuatro (1994).

Centro Hospital San Rafael
EL CERRITO

ALVARO GONZALEZ
Médico Director.

REPUBLICA DE COLOMBIA

DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA

RESOLUCION NUMERO 760187 DE 199

(20.ENE.1995)

Por medio de la cual se inscribe y registra un título.

EL SECRETARIO DEPARTAMENTAL DE SALUD DEL VALLE DEL CAUCA, en ejercicio de la delegación conferida por el Decreto 1875 de Agosto 3 de 1994 y,

CONSIDERANDO:

Que MARTHA LUCIA MUÑOZ MUÑOZ ----- identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 31.928.276. expedida en Cali- Valle ha solicitado el registro de su TITULO de MEDICO Y CIRUJANO.

Que le otorgó LA UNIVERSIDAD DEL CAUCA el 2 de julio de 1993.

Que dicho título se encuentra debidamente registrado en la Secretaría de Educación de 1 Cauca ----- al Folio 1279 ----- del Libro 057----- el 8 de julio de 1993.

Que cumplió con el SERVICIO SOCIAL OBLIGATORIO en el Hospital San Rafael-Cerrito Departamento de 1 Valle ----- durante el tiempo comprendido entre el 15 de julio de 1993. y el 14 de julio de 1994.

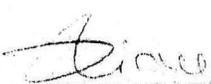
RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO: Autorizar a MARTHA LUCIA MUÑOZ MUÑOZ----- para ejercer la profesión de MEDICO Y CIRUJANO----- en todo el territorio nacional.

ARTICULO SEGUNDO: Esta Resolución rige a partir de la fecha de su publicación.

COMUNIQUESE, PUBLIQUESE Y CUMPLASE:

Santiago de Cali, de de 199



DILIAN FRANCISCA TORO TORRES
SECRETARIO DEPARTAMENTAL DE SALUD

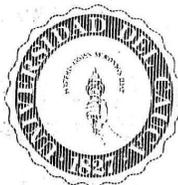
SECRETARIA DEPARTAMENTAL
DE SALUD DEL VALLE
DEPARTAMENTO DE SALUD
SECRETARIA DEPARTAMENTAL DE SALUD

BETTY HERNANDEZ ESCOBAR
JEFE DIVISION JURIDICA

amc

LIBRO # 057

FOLIO # 147



UNIVERSIDAD DEL CAUCA

ACTA DE GRADO

El Secretario General de la Universidad del Cauca expide la siguiente copia:

ACTA DE GRADO NUMERO quince DE 2 de julio DE 19 93

"En Popayán, capital del Departamento del Cauca, a las 5:00 P.M. del día dos de julio de 19 93 y dando cumplimiento de la Resolución 947/18/06/93 expedida por el Rector del Establecimiento, se celebró el acto solemne de entrega de Diplomas de acuerdo con el orden del día establecido por la Rectoría.

El Presidente declaró abierto el acto. El Secretario General dió lectura a la Resolución en la cual se hace constar que el graduando ha cumplido con los requisitos exigidos por la Ley y los Reglamentos de la Universidad y se confiere el título de:

MEDICO Y CIRUJANO

A :

MARIHA LUCIA MUÑOZ MUÑOZ
cc 31.928.276 de Cali

A continuación el Presidente tomó el Juramento Universitario al graduando con la mano derecha puesta sobre los Santos Evangelios.

Por último se hizo entrega a la graduanda Muñoz Muñoz del Diploma que acredita su idoneidad para ejercer la profesión de Médico y Cirujano

A las 6:00 P.M. se declaró terminado el acto".

Para constancia se expide la presente copia de acta de grado, (fdo) ARY FERNANDO BUSTAMANTE MUÑOZ, Rector (encargado); (fdo) ALBERTO VALLEJO DURAN, Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud; (fdo) GUILLERMO MUÑOZ VELASQUEZ, Secretario General.

Es fiel copia tomada de su original y se expide a solicitud del interesado en Popayán, a los dos (2) días del mes de julio de mil novecientos noventa y tres (1993).

"POSTERIS LUMEN MORITURUS EDAT"

E. López

GUILLERMO MUÑOZ VELASQUEZ
SECRETARIO GENERAL
UNIVERSIDAD DEL CAUCA



Q. no. c.c. No. 530.799 de P



La Notaria 2a. del Circulo de Popayan
HACE CONSTAR:

que la firma que aparece en el presente documento coincide con la registrada en esta Notaria.

Por: Guillermo Muñoz Velasquez

Identificado con c.c. No. 10530799

de: 1010707

Popayán,

- 8 JUL. 1993

La Notaria, Ana Lucía Delgado López

[Signature]
10518941 Popayán



La Notaria 2a. del Circulo de Popayan
HACE CONSTAR:

que la firma que aparece en el presente documento coincide con la registrada en esta Notaria.

Por: Ay Fernando Bustamante Muñoz

Identificado con c.c. No. 10518941

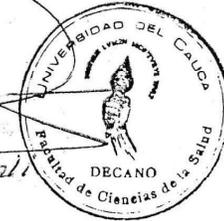
de: popo707

Popayán,

- 8 JUL. 1993

La Notaria, Ana Lucía Delgado López

[Signature]
cc # 6.051.733 Cali



La Notaria 2a. del Circulo de Popayan
HACE CONSTAR:

que la firma que aparece en el presente documento coincide con la registrada en esta Notaria.

Por: Alberto Vailero Duran

Identificado con c.c. No. 6051733

de: Cali

Popayán,

- 8 JUL. 1993

La Notaria, Ana Lucía Delgado López



umentan tanto el riesgo de infección como la duración y el costo de la intervención. En cambio, la extracción sistemática de un DIU en el momento de la esterilización, para lo cual no es preciso administrar antibióticos, es una práctica aceptada.

Recanalización espontánea y formación de fístulas

La reunión espontánea de las trompas seccionadas y la formación de fístulas son dos raros fenómenos que pueden dar lugar a un embarazo tras la esterilización. No se conocen bien sus causas y son difíciles de determinar a menos que pueda observarse el estado de las trompas en una segunda intervención de esterilización o en otra operación intrapélvica. Los métodos utilizados para ocluir las trompas pueden influir en la incidencia de esos fenómenos. La electrocoagulación unipolar parece dar una tasa más alta de fracasos por formación de fístulas que otros métodos oclusivos de uso común (Whong, 1987). La aplicación correcta y cuidadosa de clips y bandas en la zona apropiada de la trompa evitará la mayor parte de los fracasos relacionados con esas técnicas oclusivas. El uso de catgut para la ligadura en las técnicas de Pomeroy permite separar los extremos seccionados de la trompa, reduciendo así el riesgo de recanalización. Algunos autores recomiendan insistentemente el empleo de catgut ordinario (Pritchard et al., 1985) pero en la práctica se utiliza mucho, y en general con buenos resultados, el catgut crómico de reabsorción más lenta.

Errores quirúrgicos y problemas técnicos

En cierto número de estudios se ha atribuido a errores quirúrgicos hasta el 30-50 % de los fracasos de la esterilización (Liskin et al., 1985). Una de las causas frecuentes de estos fracasos (ligadura de una estructura distinta de la trompa, p. ej., el ligamento redondo) puede evitarse identificando bien la fimbria de cada trompa antes de proceder a la oclusión. También pueden registrarse fracasos si no se colocan en la zona apropiada de la trompa los dispositivos oclusivos mecánicos, si los clips no están en la posición correcta o no abrazan la totalidad de la trompa o si no se coagula por completo ésta en los métodos de electrocoagulación. La coagulación insuficiente es un problema que se plantea con más frecuencia en la electrocoagulación bipolar que en la unipolar. La mayor parte de estos errores se producen durante el adiestramiento del cirujano o inmediatamente después,

13. Eficacia

La esterilización femenina es un método anticonceptivo sumamente eficaz, lo cual representa sin duda alguna un factor importante para el creciente número de mujeres que lo eligen. La tasa de fracasos (embarazos sobrevenidos tras la esterilización) no llega al 1 % durante el año siguiente a la intervención en el caso de las técnicas más utilizadas. A título de comparación, en los Estados Unidos se han encontrado recientemente tasas mucho más elevadas de fracasos con numerosos métodos anticonceptivos transitorios (véase el cuadro 3).

Con todos los métodos de oclusión tubárica se han registrado fracasos hasta varios años después de la intervención; sin embargo, la mayor parte se producen en el primero o en los dos primeros años. En las minilaparotomías practicadas en el postparto o en el intervalo por la técnica de Pomeroy, casi todas las tasas de fracasos publicadas son del orden del 0,2-0,4 % en el primer año (Cheng et al., 1977; Chi et al., 1980; M. Trías, comunicación personal, 1984). En los casos seguidos a largo plazo, las tasas de fracasos siguen siendo bajas: 0,3 % a los 24 meses (Cheng et al., 1977), aunque en un estudio se ha señalado una tasa del 0,8 % a los 36 meses (M. Trías, comunicación personal, 1984). En el caso de los métodos de esterilización en el intervalo por aplicación de bandas, la mayor parte de las tasas de fracasos son del 0,4-0,7 %, mientras que en un pequeño número de estudios sobre el empleo de bandas en el postparto oscilan entre el 0,6 y el 1,5 % (Bhiwandiwalla et al., 1982; Chi et al., 1980; 1981; Mumford y Bhiwandiwalla, 1981; M. Trías, comunicación personal, 1984). En las intervenciones de aplicación de bandas por laparoscopia en el intervalo, las tasas de fracasos han sido del 0,5 % a los 24 meses en un estudio (Bhiwandiwalla et al., 1982) y del 1,3 % a los 36 meses en otro (M. Trías, comunicación personal, 1984).

Sin embargo, no es fácil hacer comparaciones válidas entre las diferentes técnicas. En los estudios disponibles suelen utilizarse distintos índices de eficacia y a veces no se tienen en cuenta ciertas variables como la capacidad técnica y la experiencia del cirujano, el momento en que se practica la intervención, el tiempo transcurrido desde ésta y la técnica oclusiva empleada. La experiencia del cirujano

890
))

Esterilización tubaria: Experiencia 2006-2007 Hospital Dr. Luis Tisné Brousse

Julio Arriagada R¹, Claudia Araneda J², Daniel Carvajal H², Jorge Iglesias G¹,
Guillermo Mardones O².

RESUMEN

Introducción: A pesar de avances tecnológicos en anticoncepción, la esterilización tubaria (ET) continúa siendo uno de los métodos más usados globalmente. *Objetivo:* Describir la experiencia en esterilización tubaria en el Hospital Dr. Luis Tisné Brousse (HLTB). *Material y método:* Estudio observacional retrospectivo entre marzo de 2006 y diciembre de 2007 en 651 mujeres con ET. *Resultados:* Las técnicas de ET más utilizadas son la diatermocoagulación y Pomeroy modificado. Las complicaciones se observaron en un 2,9% [CI 95%: 1,9 a 4,5] y la tasa de falla del método fue de 0,5% [CI 95%: 0,2 a 1,3]. *Conclusión:* La esterilización tubaria en el HLTB es método con baja tasa de complicaciones y fallas.

Palabras clave: Esterilización tubaria, esterilización femenina, ligadura tubaria.

SUMMARY

Introduction: However technological advances in contraception, tubal sterilization (ET) remain one of the most used globally. *Objective:* To report our experience with tubal sterilization (TE) in Hospital Dr. Luis Tisné Brousse (HLTB). *Material and Methods:* Retrospective observational study between March 2006 and December 2007, in 651 women with TE. *Results:* The most commonly techniques used are diathermic coagulation and modified Pomeroy. Complications were observed in 2,9% [CI 95% CI 1,9 to 4,5] and the method failure rate was 0,5% [95% CI: 0,2 to 1,3]. *Conclusion:* In HLTB the Tubal sterilization is a method with low complication rate and low failure rate.

Key words: Tubal sterilization, female sterilization, tubal ligation.

¹ Médico. Unidad de Puerperio, Servicio Obstetricia y Ginecología Hospital Dr. Luis Tisné Brousse.

² Médico Cirujano.

E mail: jarriagada055@gmail.com

891
34

INTRODUCCIÓN

La planificación familiar ha contribuido enormemente a la salud de la mujer¹ y no obstante los avances tecnológicos en anticoncepción, la esterilización tubaria (ET) continúa como uno de los métodos más usados globalmente¹⁻³.

Desde 1880 a la fecha, se han descrito múltiples técnicas para ET. Los diferentes métodos de esterilización se diferencian por la vía de acceso y el método empleado para ocluir las trompas. La laparotomía fue la primera vía de acceso utilizada. Más adelante, en los países desarrollados, la laparoscopia sustituyó a la minilaparotomía. Actualmente se está profundizando mucho en el desarrollo de la vía transcervical. Existen muchos métodos de oclusión tubárica, desde la simple ligadura según la técnica de Pomeroy, a la utilización de clips o de anillos; y más recientemente de microinsertos tubáricos, pasando por la salpingectomía parcial tras ligadura o la electrocoagulación¹⁻³.

La ET como método de planificación familiar es una intervención segura, efectiva y costo-eficiente^{1,3}. Las complicaciones derivadas de ella se presentan en 1% a 3% de las cirugías y están relacionadas a anestesia, hemorragia, infección y daño visceral principalmente⁴. La morbilidad debida a la esterilización femenina es de baja incidencia, si se compara con la de los anticonceptivos clásicos. La mortalidad observada es de 2 a 6 cada 100.000 intervenciones. Los pacientes solicitan la recanalización tubárica en el 14,3% de los casos, y la tasa de éxito de esta intervención es del 50% a 60%. La tasa acumulativa de falla del método a 10 años es de 18,5 embarazos por 1.000 procedimientos⁵. Según datos del MINSAL en 2002, el 52,5% de las mujeres chilenas no usa métodos para posponer el embarazo⁶.

En algunos países de nuestro entorno, la esterilización tubárica está regulada por ley, y se consideran dos tipos según la indicación: la médica y la esterilización por cuestiones de bienestar. En nuestro país la decisión de esterilización quirúrgica es personal y requiere consentimiento informado⁷.

Nuestro objetivo es describir la experiencia en esterilización tubaria en el Hospital Dr. Luis Tisné Brousse (HLTB) durante el período 2006 a 2007. Asimismo realizar un acercamiento a la tasa de falla de la técnica de ET en nuestra realidad local y compararla con la literatura.

MATERIAL Y METODO

En el Servicio de Obstetricia y Ginecología del HLTB, entre marzo de 2006 a diciembre de 2007, se

realiza un estudio observacional retrospectivo en 723 mujeres con ET, pudiendo obtener información en 651 casos para los cuales se registró: edad, número de gestaciones, paridad actual, número de abortos, técnica de ET empleada, complicaciones y presencia de embarazo posterior al procedimiento.

Toda la información antes señalada fue ingresada a Excel 2007; y previa elaboración de su integridad y existencia de errores se realizó su análisis estadístico con Stata 11.2.

RESULTADOS

En la Tabla 1 se observan las medianas y rango intercuartílico para edad, número de gestaciones, paridad y número de abortos.

Las técnicas quirúrgicas de ET más utilizadas son la diatermocoagulación y el Pomeroy modificado, en cambio la técnica laparoscópica y transvaginal presentan frecuencias menores de uso (Tabla 2).

Las complicaciones (Tabla 3) acontecieron en 19 casos (2,9%; CI 95%: 1,9 a 4,5). De ellas, las más frecuentes fueron 9 casos (47,4% CI 95%: 24,4 a 71,1) en que hubo dolor y 2 casos (10,5% CI 95%: 0,1 a 33,1) de hemoperitoneo.

El porcentaje promedio de complicaciones asociadas a las diferentes técnicas de ET fueron para diatermocoagulación 15 de 452 casos (3,3%; CI 95%: 2 a 5,4), Pomeroy modificada 4 de 143 casos (2,8%; CI 95%: 1,1 a 7). La técnica laparoscópica (0%; CI 95%: 0 a 6,8) y transvaginal (0%; CI 95%: 0 a 56,1) no mostraron complicaciones.

El embarazo aconteció después de la ET en 3 casos (0,5%; CI 95%: 0,2 a 1,3). La diatermocoagulación presentó 2 embarazos en 452 ET (0,4%; CI 95%: 0,1 a 1,6) y el Pomeroy modificado presentó sólo 1 embarazo en 143 ET (0,7%; CI 95%: 0,1 a 3,9). La técnica laparoscópica (0%; CI 95%: 0 a 6,8) y la transvaginal (0%; CI 95%: 0 a 56,1) no presentaron embarazos posteriores a la ET.

DISCUSIÓN

La edad, asimismo la paridad y número de gestaciones observadas en la cohorte histórica, plantea que la elección de la ET como método de planificación familiar acontece en mujeres multiparas con edad cercana a los 40 años, lo que es acorde a lo comunicado respecto a 50% prevalencia de ET en mujeres de 40 a 44 años.

Las técnicas de ET utilizadas en nuestro servicio, la diatermocoagulación y el Pomeroy modificado

892
35

Tabla 1. Estadística descriptiva para edad, número de gestaciones, paridad y número de abortos en 651 mujeres en que se realizó una ET entre marzo 2006 a diciembre de 2007 en el Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Dr. Luis Tisné Brousse

Característica	Mediana; Rango intercuartílico
Edad	37;7
Número de gestaciones	3;2
Paridad	3;1
Número de abortos	0;1

resultaron las más utilizadas, lo que plantea posiblemente sesgos respecto de los operadores o disponibilidad de dichas técnicas.

Las complicaciones mayores son raras en la ET y la mayoría son anestésicas⁸. El rango generalmente aceptado es 1% a 3,5%⁹. Una revisión Cochrane sólo demostró diferencias entre la aproximación por minilaparotomía y laparoscopia en complicaciones menores^{10,11}. El estudio CREST analizó globalmente las complicaciones para la ET, 3,6% para minilaparotomía versus 1,6% para laparoscopia⁵.

En relación a las complicaciones, los resultados obtenidos no presentan diferencias respecto a otros estudios^{5,8-11}, estimando dichas complicaciones como de baja frecuencia.

En cuanto al fallo de ET, traducido en embarazo posintervención, CREST mostró 1,85% a 10 años, dando a conocer la subestimación del fracaso de la esterilización que existía hasta ese momento⁵. Aproximadamente un tercio de estos embarazos fueron ectópicos. Junto con lo anterior se ha planteado que la electrocoagulación unipolar y salpingectomía parcial tendrían una tasa de falla de 0,75% cada

Tabla 2. Técnicas quirúrgicas usadas en 651 mujeres en que se realizó una ET entre marzo 2006 a diciembre de 2007 en el Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Dr. Luis Tisné Brousse

Técnica quirúrgica	Porcentaje (n) (Wilson)	Intervalo confianza 95%
Diatermocoagulación	69,4 (452)	65,8 a 72,8
Pomeroy modificado	22 (143)	19 a 25,3
Laparoscópica	8,1 (53)	6,3 a 10,5
Transvaginal	0,5 (4)	0,2 a 1,3

Tabla 3. 19 eventos adversos según tipo observados para 651 mujeres en las que se realizó una ET entre marzo 2006 a diciembre de 2007 en el Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Dr. Luis Tisné Brousse

Tipo evento adverso	Porcentaje(n) (Wilson)	Intervalo confianza 95%
Dolor	47,4 (9)	2,4 a 71,1
Sutura dehiscente	5,3 (1)	0,1 a 26
Hematoma subcutáneo	5,3 (1)	0,1 a 26
Hemoperitoneo	10,5 (2)	0,1 a 33,1
Colección endometrial	5,3 (1)	0,1 a 26
Perforación íleon	5,3 (1)	0,1 a 26
Sección intestino delgado	5,3 (1)	0,1 a 26
Taquicardia paroxística supraventricular	5,3 (1)	0,1 a 26
Bloqueo anestésico prolongado	5,3 (1)	0,1 a 26
Cefalea posraquídea	5,3 (1)	0,1 a 26

una, a 10 años y que su valor sería menor que con otras técnicas de ET⁵.

En relación a la tasa de fallas del método, nuestro estudio al no incorporar un análisis de sobrevida, presenta limitaciones al compararlo con otros estudios⁵, no obstante lo anterior la tasa de fallas, muestra una baja frecuencia sin diferencias entre las distintas técnicas. Cabe destacar que todos los emba-

razos acontecidos por falla del método en este estudio fueron normo tópicos.

CONCLUSIÓN

En el Servicio de Obstetricia y Ginecología del HLTB, la ET es una técnica segura, con baja tasa de complicaciones y falla.

REFERENCIAS

1. HERBERT P. Sterilization. *Obstet Gynecol* 2008; 111: 181-203.
2. SHOUBE D, KIOS SL. Current Clinical Practice: Handbook of Contraception: A Guide for Practical Management. Humana Press, Totowa, NJ. 2006.
3. BERKER B, KABUKCU C, DORMECI F. Tubal pregnancy after Pomeroy sterilization. *Arch Gynecol Obstet* 2002; 266: 56-7.
4. JAMESON DJ, HELLIS SD, DUERR A, MARCHBANKS PA, COSTELLO C, PETERSON HB. Complications of interval laparoscopic tubal sterilization: findings from the United States Collaborative Review of Sterilization. *Obstet Gynecol* 2000; 96(6): 997-1002.
5. PETERSON HB, XIA Z, HUGHES JM, WILCOX LS, TYLOR LR, TRUSSELL J. The risk of ectopic pregnancy after tubal sterilization. U.S. Collaborative Review of Sterilization Working Group. *N Engl J Med* 1997; 336(11): 762-7.
6. Primera Encuesta de Calidad de Vida y Salud (2000). Ministerio de Salud de Chile.
7. Resolución Exenta N° 2326 del 30 de Noviembre del año 2000. Ministerio de Salud de Chile.
8. PETERSON HB, DeSTEFANO F, RUBIN GL, GREENSPAN JR, LEE NC, ORY HW. Deaths attributable to tubal sterilization in the United States, 1977 to 1981. *Am J Obstet Gynecol* 1983; 146(2): 131-6.
9. POLLACK A. ACOG Committee on Practice Bulletins-Gynecology. *Clinical Management Guidelines for Obstetrician-Gynecologist* 2003; 46.
10. KULIER R, BOULVAIN M, WALKER D, CANDOLLE G, CAMPANA A. Minilaparotomy and endoscopic techniques for tubal sterilisation. *Cochrane Database Syst Rev* 2004; (3): CD001328.
11. PICOD G, COULON C, LAMBAUDIE E. Esterilización tubárica. EMC (Elsevier Masson SAS), *Ginecología-Obstetricia*, 738-A-20, 2007.