

INDICACIONES MEDICAS PARA LA ESTERILIZACION FEMENINA

Dr. Fernando Sánchez Torres*

Antes de entrar a considerar las circunstancias que desde el punto de vista médico pueden justificar la esterilización femenina, nos parece importante tocar algunos aspectos de suyo necesarios siempre que se quiera abordar tan delicado tema.

En primer término, debe entenderse que cuando emprendemos una acción por "indicación médica" estamos obrando con el único fin de procurar un beneficio para nuestro paciente. Y aunque ese mismo acto implique tener que lesionar la integridad corporal del individuo, es explicable y justificable si la intención es impedir la aparición de daños mayores. Un proceder así, creemos nosotros, se ciñe a la ética y al espíritu médicos, y no debe, por lo tanto, inquietar la conciencia de quien lo ejecuta.

De otra parte, en tratándose de la mujer-madre la situación planteada adquiere características especiales, pues el beneficio buscado va más allá de la paciente misma, dado que la conservación de su salud lleva implícita la protección de la salud de sus hijos ya nacidos, si se entiende "salud" como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no únicamente como la ausencia de enfermedad (Definición de la Organización Mundial de la Salud). No olvidemos —como decía Sir John Spence— que la madre no deja nunca de ser la piedra angular de la familia y es siempre la primera y más eficaz defensora de la salud de sus hijos.

Luego del anterior preámbulo vamos a tratar de precisar las indicaciones médicas para la esterilización femenina, advirtiendo, eso sí, que es muy probable que no exista al respecto identidad entre los mismos médicos. Y ha de ser así pues el procedimiento tiene que considerarse indefectiblemente a la luz de una situación particular, en la que intervienen factores individuales, no siempre identificables o previsibles cuando se desea fijar normas con carácter general. Como en todo acto médico, y quizás un poco más que en cualquiera otro, la decisión que se tome debe estar orientada por el recto criterio de quien vaya a ejecutarla. No basta el simple deseo de la mujer o de su cónyuge, o de ambos, para que el médico proceda a la esterilización, como tampoco es suficiente la simple voluntad de este para hacerla. Es necesario tener en cuenta que la esterilización va a ponerle fin a la capacidad reproductora de la mujer, y sería muy lamentable llegar a concluir más tarde que se obró a la ligera, es decir, sin la suficiente reflexión. Fuera de establecer el riesgo cierto o probable a que se expone la mujer o su descendiente por causa de un nuevo embarazo, el médico debe considerar algunos otros factores que en un momento dado pueden

* Profesor Asociado del Departamento de Obstetricia y Ginecología. Facultad de Medicina de la Universidad Nacional.

influir en la decisión que vaya a tomarse. Esos factores son, entre otros, la edad de la paciente, el número y sexo de sus hijos, la estabilidad matrimonial, las condiciones psicológicas de la mujer, los recursos médicos que la rodean, etc. Como se trata de un procedimiento apenas aconsejado por el médico, será a la pareja, y en especial a la mujer, a quien compete tomar la decisión final.

A grandes rasgos podemos, pues, señalar como requisitos obvios o mínimos para llevar a cabo la esterilización femenina por indicación médica, los siguientes:

1º Que existan circunstancias que a juicio del médico la aconsejen.

2º Que la mujer, en principio, haya logrado el número y las características de hijos que ella y su cónyuge consideren ideales o aceptables.

3º Que la pareja, y en particular la mujer, acepte el procedimiento, luego de conocer las implicaciones de un nuevo embarazo, como también las implicaciones de la esterilización misma.

A continuación veremos las circunstancias médicas que en concepto nuestro pueden meritar la esterilización femenina, y que las hemos dividido, para comodidad de la descripción, en indicaciones de carácter obstétrico y de carácter general.

Indicaciones obstétricas

Este grupo comprende aquellas situaciones en que el embarazo se comporta como el agente etiológico directo del daño para la mujer o para su hijo.

1. Cesáreas previas.

Es seguro que esta sea la indicación médica más invocada para prac-

ticar la esterilización femenina, a pesar de que haya personas autorizadas que afirmen que varias cicatrices de operación cesárea segmentaria no aumentan en forma importante el riesgo materno-fetal (16). No hay que olvidar, sin embargo, que en las pacientes con cesáreas previas son más frecuentes el aborto, la ruptura prematura de membranas, las malposiciones fetales, la placenta previa y el acretismo placentario. Pero, sobre todo, el mayor riesgo materno-fetal es el que se deriva de la posible dehiscencia de la cicatriz, es decir la temible y temida ruptura uterina, que es más factible entre más cesáreas se hayan practicado. De ahí que Pillsbury (15), de manera un tanto exagerada, propusiera la esterilización sistemática mediante una cesárea-histerectomía después de tres cesáreas previas.

No nos parece razonable fijar un determinado número de cesáreas para ajustar a él la decisión. Consideramos más lógico sujetarla a los requisitos generales que hemos señalado anteriormente. Creemos también, al igual que Moore y Russell (12), que es digno de tener en cuenta cuántas veces se puede humanamente pedir a una mujer que se enfrente a los riesgos de un nuevo embarazo y a la consternación emocional de aceptar y resistir una nueva intervención de cirugía mayor, como es la operación cesárea.

Existe una circunstancia de ocurrencia no muy excepcional en el ejercicio obstétrico, que bien vale la pena mencionar por el hecho de encontrarnos impedidos en ese momento para obtener la anuencia de la mujer o de su cónyuge para proceder a practicar la esterilización. Esa circunstancia es aquella derivada de una ruptura uterina, o de un desgarro accidental del segmento y del cuerpo

uterino durante al práctica de la cesárea, o cuando por no ser abordable el segmento por la presencia de várices o por adherencias múltiples, nos vemos obligados a ejecutar una cesárea de repetición, pero esta vez de tipo corporal. Seguros de que el útero en tales condiciones no brindará ninguna garantía en un futuro embarazo, estamos autorizados, así lo creemos, para proceder a la esterilización, bien sea mediante una histerectomía o por ligadura y sección de las trompas. Es esta la que hemos llamado "esterilización imprevista", justificada todavía más si la mujer tiene como residencia habitual un medio carente de recursos médicos; de no esterilizarla es de suponer que en una próxima gestación quedaría abandonada a su propia suerte y condenada a sufrir el daño que habíamos previsto.

2. Gran multiparidad

En 1940 Eastman (6) expuso razones muy serias para considerar la "gran multiparidad" (seis o más partos) como indicación médica formal para llevar a cabo la esterilización, pues esa circunstancia conlleva un riesgo evidente para la madre y su hijo por nacer. La ruptura uterina, la placenta previa, el desprendimiento prematuro de placenta, las malposiciones fetales, la toxemia hipertensiva, las atonías postparto son, ciertamente, complicaciones obstétricas que se presentan con relativa frecuencia en aquellas mujeres que han dado a luz repetidas veces (9).

Puesto que el grupo de las grandes múltiparas está conformado en su mayoría por mujeres de baja condición socio-económica y cultural, sus gestaciones suelen cursar sin ninguna vigilancia médica, siendo ellas, por lo tanto, las más expuestas a padecer las consecuencias. Aun cuan-

do la indicación por razones puramente médicas puede ser controvertible, surge entonces el factor social, frente al cual el médico no debe mostrarse indiferente.

3. Enfermedad hemolítica

En los últimos años se ha logrado prevenir la aparición de la iso-inmunización materna por factor Rh mediante la administración de anticuerpos pasivos en el período precoz del puerperio (8), lo que hace presumir que la enfermedad hemolítica por esta causa vaya desapareciendo poco a poco.

Sin embargo, en los países donde no se ha generalizado esta medida profiláctica, como sucede entre nosotros, es de suponer que el obstetra y el pediatra tengan que seguir enfrentándose con el problema de mujeres sensibilizadas severamente. Cuando se presenta esta última contingencia, bien sabemos que el porvenir fetal es sombrío. Moloshok (11) afirma que si ha habido mortinatos o eritroblastósicos hidrópicos, la posibilidad de que el niño nazca vivo es de 35 por 100 y sólo de 20 por 100 si el título anti-Rh materno es de 1:64 ó más. Si una mujer que se halle en esta circunstancia ha completado ya el número de hijos convenientes para ella y su esposo, la esterilización puede tener cabida, no porque un futuro embarazo vaya a amenazar su vida, sino por el efecto nocivo que para su estabilidad emocional va a ocasionar la repetida frustración de su capacidad reproductora. La anterior conducta no cuenta si la pareja insiste en tener otro hijo más, y menos si el esposo es heterocigoto.

4. Trastornos genéticos

Cuando la historia clínica de una pareja revela que existe un problema

hereditario netamente dominante, el riesgo genético, si ya ha nacido un niño afectado, puede calcularse en 50 por 100 para los futuros descendientes; si es recesivo, el riesgo será de 25 por 100. Como ejemplos de la primera circunstancia pueden mencionarse la distrofia miotónica, la corea de Huntington, la neurofibromatosis múltiple, el síndrome de Marfan, la exostosis múltiple, la acondroplasia y la parálisis periódica familiar. De la segunda se citan la idiotez amaurotica familiar, el cretinismo bocioso, la fenilcetonuria, el síndrome de Fanconi, la enfermedad de Morquio.

Ante un problema de tales características corresponde al genetista impartir la orientación respectiva, señalando no solamente el riesgo o probabilidad estadística de que el defecto se reproduzca, sino también —como afirma Bartuska (3)— comunicando a los padres las consecuencias del trastorno, tanto para el niño como para la familia y la sociedad. El consejo genético no deberá ir más lejos pues la decisión de tener otro hijo, a pesar de los riesgos calculados, queda en última instancia en manos de los padres. Si estos acuerdan no someterse al arbitrio de un "cara o sello" por el temor de tener que padecer luego la tortura de haber procreado un hijo defectuoso, entonces, creemos, la esterilización médica eugénica está indicada.

Indicaciones de causa general

Agrupamos aquí aquellas entidades o enfermedades médicas que el embarazo suele agravar.

1. Cardiopatías

Toda mujer que padezca una cardiopatía se constituye en un "caso especial" a lo largo del embarazo, parto y puerperio, y obliga, por lo

tanto, a que se le prodigue un óptimo cuidado. De su vigilancia han de encargarse el obstetra, el cardiólogo, el anestesista y, eventualmente, el cirujano cardiovascular. Si esa mujer tiene antecedentes de insuficiencia cardíaca o de fibrilación auricular, el riesgo a que se expone será mucho mayor. Asimismo, si se trata de una cardiopatía cianógena, el aborto, la prematuridad y las anomalías congénitas alcanzan cifras considerables (1).

Por fortuna la mortalidad materna por causas cardíacas ha disminuído de manera notable en los últimos lustros, gracias a los progresos en el diagnóstico y tratamiento. La angiocardiógrafía, el cardiocaterismo, la utilización de marcapasos, los diuréticos, los antibióticos, la cirugía, todo ha contribuído a favorecer el pronóstico de la cardiópata embarazada. La actitud del médico frente a este problema puede resumirse en los siguientes autorizados conceptos: "Si bien la vigilancia estricta por parte del obstetra y del cardiólogo —dice Adams— permite disminuir la mortalidad materna a cifras relativamente aceptables, no debe emprenderse sin reflexión concienzuda el embarazo cuando hay cardiopatía" (1).

Por su parte, Burwell y Metcalfe (4) dicen: "Nuestra actitud habitual (de la que estamos dispuestos a separarnos a veces) es que cualquier cardiópata tiene derecho a la prueba del embarazo. La recomendación que se haga debe tener en cuenta la importancia del embarazo para la mujer de quien se trata, y su determinación y capacidad de sujetarse al régimen terapéutico y a afrontar los riesgos".

Frente a la eventual circunstancia de tener que desaconsejar o prohibir el embarazo por causa de una cardiopatía, debe pensarse seriamente en

la conveniencia de una esterilización, puesto que no se recomiendan los anticoncepcionales bucales en este tipo de pacientes, por la retención de líquidos que a veces producen y por su probable efecto favorecedor de los accidentes tromboembólicos (2). Existe también temor de utilizar los dispositivos intrauterinos por no brindar una seguridad absoluta y por el riesgo de infección.

2. Nefropatías e hipertensión arterial

La experiencia nos ha enseñado que la gestación suele agravar aquellas nefropatías crónicas que se acompañan de déficit funcional o de hipertensión arterial, y más todavía si están presentes ambos. Esa agravación, además de implicar un riesgo para la vida de la mujer, se constituye también en letal amenaza para el feto, llegando, según Mackay (10), a ser de un 60 por 100 los óbitos fetales. Igual cosa podemos manifestar de la hipertensión arterial primaria con compromiso renal.

"Las nefropatías, dicen Nettles y Flamigan (14), son indicaciones frecuentes para esterilización. Muchas nefrópatas —añaden— tienen todos los hijos que desean y quieren dedicar lo que les resta de vida y de energía a atenderlos". Estos mismos autores, refiriéndose a la nefropatía diabética, afirman que debe advertírseles a las mujeres que la padecen que está contraindicado en ellas el embarazo. Felding (7) por su parte expresa que "un embarazo con mal resultado en una mujer que padece nefropatía e hipertensión no impide que ulteriormente haya gestaciones con éxito. Por ello, si se tiene gran deseo de embarazarse, se justifica intentarlo".

3. Diabetes

El aborto, la muerte intrauterina, el síndrome de dificultad respiratoria, el polihidramnios, las malformaciones fetales, la toxemia gravídica, son complicaciones que pueden presentarse si una mujer diabética se embaraza. Bien ha dicho por eso Priscila White que el embarazo en la diabética se caracteriza por anomalías, riesgos y fracasos (20). Se acepta, sin embargo, que con un estricto cuidado médico esas complicaciones pueden reducirse de manera significativa.

Según Driscoll y Gillespie (5), la esterilización médica en caso de diabetes tiene cabida si están presentes alteraciones retinianas, renales o cardiovasculares.

4. Trastornos psiquiátricos

Las condiciones o estados psiquiátricos que pueden justificar una esterilización femenina son muy difíciles de precisar. Russell (17) en 1958 afirmó que los trastornos mentales y nerviosos no susceptibles de tratamiento eran indicación para la esterilización, especialmente si las pacientes tenían tendencias suicidas. Más tarde, en 1964, como producto de una cuidadosa revisión que el mismo autor adelantó junto con Moore, llegó a la conclusión de que la recuperación de los trastornos psiquiátricos era posible y probable en muchos casos, y que la esterilización podía ser un trauma que disminuyera la posibilidad de restablecimiento (18).

5. Leucosis crónica

La asociación de leucemia y embarazo es muy rara, debido quizás a que la enfermedad se acompaña de disminución de la fertilidad, apatía sexual y rechazo al embarazo. Además, los quimioterápicos que se emplean para

su tratamiento suelen producir hipoplasia endometrial y atrofia gonadal.

Vale la pena, sin embargo, considerar esta remota posibilidad como indicación médica para la esterilización, si se tiene en cuenta que el 60 por 100 de las leucosis corresponden a la forma crónica y la supervivencia de quienes la padecen puede ser relativamente larga. Asimismo, no son escasas las referencias en la literatura médica acerca de la asociación con embarazo.

Aunque la leucosis parece no tener influencia sobre el curso de la gestación (sólo hay un caso informado de posible transmisión al hijo), se inculpa al embarazo de acortar la vida de la paciente leucémica, afirmándose que un 30 por 100 mueren antes de los ocho meses siguientes al parto. También se ha advertido exacerbación de las crisis blásticas durante el puerperio (9).

BIBLIOGRAFIA

- 1 ADAMS, J. O. "Tratamiento de la cardiopata embarazada". Cl. Obst. y Gin. Diciembre, 1968, p. 910.
- 2 ARNT, I. C. y col. "Acción de los progestágenos en el organismo femenino". Memoria. VI Congr. Lat-Am. de Obst. y Gin. 1970, p. 189.
- 3 BARTUSKA, D. G. "Orientación genética". Cl. Obst. y Ginec. Septiembre, 1966, p. 699.
- 4 BURWELL, C. S. y METCALFE, J. "Cardiopatías y embarazo". Ed. Interamericana, S. A. México, 1960, p. 67.
- 5 DRISCOLL, J. J. y GILLESPIE, L. "Consideraciones obstétricas en la diabetes del embarazo". Cl. Méd. Norteamérica. Julio 1965, p. 1025.
- 6 EASTMAN, J. J. "Hazards of pregnancy and labor in the 'gran múltipara'. New York, J. Med. 40: 1708, 1940.
- 7 FELDING, C. F. "Gestación después de nefropatías". Cl. Obst. y Gin. Junio, 1968, p. 579.
- 8 FREDA, V. J.; GORMAN, J. G. y POLLACK, W. "Rh factor: Prevention of isoimmunization and clinical trial on mothers". Science 151: 828, 1966.
- 9 KIZER, S. "Complicaciones obstétricas de la gran múltipara". Rev. de Obst. y Gin. de Venezuela. 28: 485, 1968.
- 10 MACKAY, E. V. "Pregnancy and renal disease: a ten year survey". Aust. N. Z. J. Obstet. Gynaec. 3: 21, 1963.
- 11 MOLOSHOK, R. E. "Consideraciones fetales para el aborto y la esterilización terapéuticos". Cl. Obst. y Gin. Marzo, 1964, p. 82.
- 12 MOORE, J. G. y RUSSELL, K. P. "Indicaciones médicas para la esterilización femenina". Cl. Obst. y Gin. Marzo, 1964, p. 54.
- 13 MORENO, L. F.; FIGUEROA, E. L. y MORENO E. "Leucosis mieloide crónica y embarazo". Rev. de Obst. y Gin. de Venezuela. 32: 367, 1973.
- 14 NETTLES, J. B. y FLAMIGAN, W. J. "Orientación de la embarazada con nefropatía". Cl. Obst. y Gin. Junio, 1968, p. 594.
- 15 PILLSBURY, S. G. "The safety of cesarean section". Am. J. Obst. & Gynec. 86: 580, 1963.
- 16 RUIZ-VELASCO, V. "La operación cesárea". La Prensa Médica Mexicana. México, 1971, p. 212.
- 17 RUSSELL, K. P. "Sterilization and therapeutic abortion". Clin. Obst. & Gynec. 1: 967, 1958.
- 18 RUSSELL, K. P. y MOORE, J. G. "Indicaciones médicas maternas para el aborto terapéutico". Cl. Obst. y Gin. Marzo, 1964, p. 43.
- 19 SIMON, A. "Indicaciones psiquiátricas para aborto y esterilización terapéuticos". Cl. Obst. y Gin. Marzo, 1964, p. 67.
- 20 WHITE, P. "Embarazo y diabetes, aspectos médicos". Cl. Méd. Norteamérica. Julio, 1965, p. 1015.