

Esterilización femenina

Puntos clave para proveedores y usuarias

- **Es permanente.** Está concebida para proporcionar protección de por vida, permanente y muy efectiva frente al embarazo. Generalmente es irreversible.
- **Implica realizar una exploración física y una intervención quirúrgica.** El procedimiento lo realiza un proveedor con capacitación específica.
- **No tiene efectos secundarios a largo plazo.**

¿Qué es la esterilización femenina?

- Es un método anticonceptivo quirúrgico permanente para mujeres que no quieren tener más hijos.
- Los 2 enfoques quirúrgicos más utilizados son:
 - La minilaparotomía, que supone hacer una pequeña incisión en el abdomen. Las trompas de Falopio se llevan hacia la incisión, para cortarlas o bloquearlas.
 - La laparoscopia, que implica insertar en el abdomen, mediante una incisión pequeña, un tubo largo y delgado que contiene lentes, el laparoscopio; este instrumento permite que el médico alcance y bloquee o corte las trompas de Falopio en el abdomen.
- Es conocida también como esterilización tubárica, ligadura tubárica, anticoncepción quirúrgica voluntaria, tubectomía, biligadura tubárica, ligadura de trompas, minilaparotomía y “la operación”.
- Funciona porque se cortan o bloquean las trompas de Falopio. Los óvulos liberados por los ovarios no pueden avanzar por las trompas y, por lo tanto, no se encuentran con los espermatozoides.

¿Cuán efectiva es?

Es uno de los métodos anticonceptivos más efectivos, aunque conlleva un riesgo pequeño de fracaso:

- Durante el primer año después del procedimiento de esterilización, se registra menos de 1 embarazo por cada 100 mujeres (5 por 1.000). Esto significa que 995 de cada 1.000 mujeres que confían en la esterilización femenina no se quedan embarazadas.

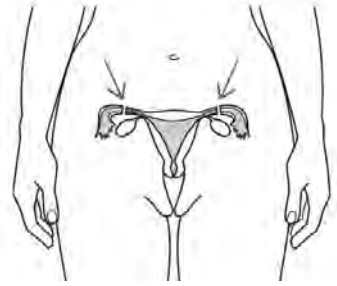


- Sigue habiendo un pequeño riesgo de embarazo más allá del primer año después del procedimiento y hasta que la mujer alcance la menopausia.

- Más de 10 años después de la intervención: Aproximadamente 2 embarazos por cada 100 mujeres (18 a 19 por cada 1.000 mujeres).

- Su efectividad varía ligeramente dependiendo de la forma en que se bloquean las trompas, pero las tasas de embarazo son bajas con todas las técnicas.

Una de las técnicas más efectivas consiste en cortar y ligar los extremos cortados de las trompas de Falopio después del parto (esterilización femenina posparto).



La fertilidad no se restablece, porque en general no se puede revertir la esterilización. Este procedimiento pretende ser permanente. La intervención quirúrgica de reversión es difícil y cara, y en la mayoría de las zonas no se realiza. Cuando se lleva a cabo esta intervención de reversión, a menudo no se logra que la mujer se quede posteriormente embarazada (véase la pregunta 7, p. 229).

Protección contra las infecciones de transmisión sexual (ITS): Ninguna

Efectos secundarios, beneficios y riesgos para la salud y complicaciones

Efectos secundarios

Ninguno

Beneficios conocidos para la salud

Ayuda a proteger contra:

- El riesgo de embarazo
- La enfermedad inflamatoria pélvica (infección del aparato genital femenino) (EIP)

Puede ayudar a proteger contra:

- El cáncer de ovario

Reduce:

- El riesgo de embarazo ectópico

Riesgos conocidos para la salud

De poco frecuentes a extremadamente raros:

- Complicaciones de la intervención quirúrgica y la anestesia (véase más adelante)

Complicaciones quirúrgicas (véase también “Manejo de problemas”, p. 226)

De poco frecuentes a extremadamente raras:

- La esterilización femenina es un método anticonceptivo seguro. Sin embargo, requiere una intervención quirúrgica y anestesia. Como ocurre con otras intervenciones quirúrgicas menores, la esterilización femenina conlleva algunos riesgos, como la infección o el absceso de la herida. Las complicaciones graves no son frecuentes. La muerte, debida al procedimiento o a la anestesia, es extremadamente rara.

- El riesgo de complicaciones con la anestesia local, con o sin sedación y analgesia, es significativamente menor que con la anestesia general. Las complicaciones pueden mantenerse en un mínimo si se usan técnicas adecuadas y si un proveedor experimentado lleva a cabo el procedimiento en condiciones apropiadas.

Aclarar malentendidos (véase también “Preguntas y respuestas”, p. 228)

Esterilización femenina:

- No debilita a la mujer.
- No provoca dolor prolongado de espalda, útero o abdomen.
- No se extirpa el útero ni hay necesidad de hacerlo.
- No provoca desequilibrios hormonales.
- No da lugar a un sangrado más abundante ni a un sangrado irregular, ni altera de otra manera los ciclos menstruales.
- No provoca alteraciones del peso, el apetito o el aspecto.
- No modifica el comportamiento sexual de la mujer ni su deseo sexual.
- No causa embarazos ectópicos; por el contrario, reduce sustancialmente el riesgo de embarazo ectópico (véase la pregunta 11, p. 230).

Por qué algunas mujeres dicen que les gusta la esterilización femenina

- No produce efectos secundarios.
- No hay que preocuparse más por la posibilidad de quedarse embarazada o por la anticoncepción.
- La usuaria no tiene que hacer nada ni acordarse de nada después de la intervención.

Es segura para todas las mujeres

Con el debido asesoramiento y el consentimiento informado, cualquier mujer puede someterse a la esterilización femenina de manera segura, aunque:

- no tenga hijos o tenga pocos hijos;
- esté casada o no esté casada;
- no tenga el permiso del cónyuge;
- sea joven;
- acabe de dar a luz (en los 7 últimos días);
- esté amamantando;
- tenga una infección por el VIH, reciba o no tratamiento antirretroviral (véase “Esterilización femenina para mujeres con infección por el VIH”, p. 217).

En algunas de estas situaciones, un asesoramiento especialmente cuidadoso es importante para asegurarse de que la mujer no lamenta su decisión (véase “Considere que la esterilización es permanente”, p. 220).

Evite procedimientos innecesarios

(Véase “Importancia de los procedimientos”, p. 368)

Las mujeres pueden someterse a la esterilización femenina:

- sin hacerse análisis de sangre ni las pruebas de laboratorio habituales,
- sin el tamizaje del cáncer cervicouterino,
- sin una prueba de embarazo. Una mujer puede someterse a la esterilización femenina incluso si no tiene la menstruación en ese momento, si es razonablemente seguro que no está embarazada (véase la “Lista de verificación del embarazo”, en el interior de la contraportada).

Para la esterilización femenina son indispensables una exploración ginecológica y un tacto vaginal, así como la determinación de la tensión arterial. Un análisis de la concentración de hemoglobina, si es posible hacerlo, puede contribuir al uso seguro y efectivo de la esterilización femenina. (Véase “Importancia de la evaluación clínica”, p. 218.)

Criterios médicos de elegibilidad para la Esterilización femenina

Todas las mujeres pueden someterse a la esterilización femenina. No existen afecciones médicas que impidan a una mujer recurrir a la esterilización femenina. Con esta lista de verificación se pretende detectar si la usuaria presenta alguna afección médica conocida que pueda limitar el momento, el lugar o el modo en que se puede realizar el procedimiento de esterilización femenina. Plantee a la usuaria las siguientes preguntas. Si responde “no” a todas las preguntas, entonces se puede realizar el procedimiento de esterilización femenina en un entorno habitual sin demora. Si contesta “sí” a alguna pregunta, siga las instrucciones, que recomiendan actuar con cautela, demorar el procedimiento o tomar precauciones especiales.

En la siguiente lista de verificación:

- **Cautela** quiere decir que se puede realizar el procedimiento en un entorno habitual, pero con preparación y precauciones adicionales, dependiendo de la afección.
- **Demorar** significa dejar la esterilización femenina para más adelante. Estas afecciones deben ser tratadas y resueltas antes de que se pueda hacer la esterilización femenina. Ayude a la usuaria a elegir otro método anticonceptivo para que lo utilice hasta que se pueda realizar el procedimiento.
- **Precauciones especiales** se refiere a los preparativos especiales que se deben hacer para llevar a cabo el procedimiento en un marco de trabajo con un cirujano y personal experimentados, equipo para proporcionar anestesia general y otro tipo de apoyo médico de respaldo. Para estas afecciones, también es necesario tener la capacidad de decidir la intervención y la técnica anestésica más apropiadas. Ayude a la usuaria a elegir otro método anticonceptivo para que lo utilice hasta que se pueda realizar el procedimiento.

I. **¿Tiene o ha tenido alguna vez alguna afección o algún problema propios de la mujer, como alguna infección o cáncer? De ser así, ¿qué tipo de problemas?**

- NO **SÍ** Si la usuaria presenta cualquiera de las siguientes afecciones o circunstancias, actúe con **cautela**:
- Antecedentes de cirugía abdominal o pélvica
 - Antecedentes de enfermedad inflamatoria pélvica (infección del aparato genital femenino) después del último embarazo
 - Miomas uterinos
 - Cáncer de mama

► Si la usuaria presenta cualquiera de las siguientes afecciones o circunstancias, **demore** la esterilización femenina:

En relación con el embarazo

- Embarazo en curso
- Parto hace 7-42 días
- Posparto después de un embarazo con preeclampsia grave o eclampsia
- Complicaciones posparto o postaborto graves (como infección, hemorragia o traumatismo) excepto la rotura o la perforación uterina (**precauciones especiales**; véase más adelante)
- Hematometra (gran acumulación de sangre en el útero)

Sin relación con el embarazo

- Sangrado vaginal sin causa aparente que apunte a una afección médica de fondo
- Cervicitis purulenta, clamidiasis o gonorrea
- Enfermedad inflamatoria pélvica (infección del aparato genital femenino)
- Cánceres pélvicos (el tratamiento puede causar esterilidad, en cualquier caso)
- Enfermedad trofoblástica maligna

► Si la usuaria presenta cualquiera de las siguientes afecciones o circunstancias, tome **precauciones especiales**:

- Útero fijo debido a cirugía o infección previas;
- Endometriosis
- Hernia (de la pared abdominal o umbilical)
- Rotura o perforación uterina posparto o postaborto

(Continúa en la siguiente página)

2. ¿Sufre algún problema cardíaco, accidente cerebrovascular, hipertensión arterial, diabetes o complicaciones de la diabetes? De ser así, ¿cuáles?

- NO **SÍ** Si la usuaria presenta cualquiera de las siguientes afecciones o circunstancias, actúe con **cautela**:
- Hipertensión arterial controlada
 - Hipertensión arterial leve (140/90 a 159/99 mm Hg)
 - Antecedentes de accidente cerebrovascular o cardiopatía sin complicaciones
 - Diabetes sin daño en las arterias, la visión, los riñones o el sistema nervioso
- ▶ Si la usuaria presenta cualquiera de las siguientes afecciones o circunstancias, **demore** la esterilización femenina:
- Cardiopatía provocada por bloqueo o estenosis arterial
 - Coágulos sanguíneos en venas profundas de las piernas (trombosis venosa profunda) o en los pulmones (embolia pulmonar)
- ▶ Si la usuaria presenta cualquiera de las siguientes afecciones o circunstancias, tome **precauciones especiales**:
- Varias afecciones o circunstancias presentes simultáneamente que aumentan la probabilidad de cardiopatía o accidente cerebrovascular, como la edad avanzada, el tabaquismo, la hipertensión arterial o la diabetes
 - Hipertensión arterial moderada o grave (160/100 mm Hg o más)
 - Diabetes con más de 20 años de evolución o daños en las arterias, la visión, los riñones o el sistema nervioso provocados por la diabetes
 - Cardiopatía valvular complicada

3. ¿Presenta alguna enfermedad o circunstancia de carácter prolongado o persistente? De ser así, ¿cuáles?

- NO **SÍ** Si la usuaria presenta cualquiera de las siguientes afecciones o circunstancias, actúe con **cautela**:
- Anemia ferropénica moderada (concentración de hemoglobina de 7-10 g/dl)
 - Desnutrición severa (¿Está demasiado delgada?)
 - Anemia drepanocítica (anemia de células falciformes)
 - Anemia hereditaria (talasemia)
 - Hernia diafragmática
 - Epilepsia
 - Hipotiroidismo
 - Cirrosis hepática leve, tumores hepáticos o esquistosomiasis con fibrosis hepática

- Obesidad (¿Tiene sobrepeso extremo?)
 - Cirugía abdominal programada para el momento en que se quiere hacer la esterilización
 - Depresión
 - Juventud
 - Lupus no complicado sin anticuerpos antifosfolípidicos
- Si la usuaria presenta cualquiera de las siguientes afecciones o circunstancias, **demore** la esterilización femenina:
- Enfermedad sintomática de la vesícula biliar
 - Hepatitis viral activa
 - Anemia ferropénica grave (concentración de hemoglobina inferior a 7 g/dl)
 - Enfermedad pulmonar (bronquitis o neumonía)
 - Infección general o gastroenteritis importante
 - Infección cutánea abdominal
 - Intervención quirúrgica abdominal por una urgencia o infección, o intervención de cirugía mayor con inmovilización prolongada
- Si la usuaria presenta cualquiera de las siguientes afecciones o circunstancias, tome **precauciones especiales**:
- Cirrosis hepática grave
 - Hipertiroidismo
 - Trastornos de la coagulación (la sangre no se coagula)
 - Enfermedad pulmonar crónica (asma, bronquitis, enfisema, infección pulmonar)
 - Tuberculosis pélvica
 - Infección por el VIH con enfermedad clínica avanzada o grave (véase “Esterilización femenina para mujeres con infección por el VIH”, más adelante)
 - Lupus con anticuerpos antifosfolípidicos (o si no se sabe si presenta dichos anticuerpos), con trombocitopenia grave, o bajo tratamiento inmunodepresor

Esterilización femenina para mujeres con infección por el VIH

- Las mujeres con infección por el VIH o que sigan tratamiento antirretroviral (ARV) pueden someterse a la esterilización femenina con seguridad. Para realizar la esterilización femenina en una mujer con enfermedad clínica avanzada o grave es preciso tomar algunas precauciones especiales. Quizá sea necesario postergar el procedimiento si la mujer tiene una enfermedad relacionada con el VIH.
- Inste a estas mujeres a utilizar preservativos además de la esterilización femenina. Si se utilizan sistemática y correctamente, los preservativos ayudan a prevenir la transmisión del VIH y otras ITS.
- *No se debe coaccionar ni presionar a ninguna mujer, incluidas las mujeres con infección por el VIH, para que se someta a la esterilización.*

La importancia de la evaluación clínica

Dado que la esterilización femenina implica un procedimiento quirúrgico y la administración de anestesia local (con o sin sedación y analgesia suaves), la usuaria debe someterse a una evaluación clínica exhaustiva a la par que enfocada. Esta evaluación es importante en cada caso, pero es aún más importante cuando el procedimiento se realiza en zonas de difícil acceso, en un servicio de extensión o en establecimientos alejados de servicios de salud de apoyo de nivel superior.

La evaluación debe incluir el examen de los criterios médicos de elegibilidad (véase más atrás) y una exploración ginecológica o genital. Véase el capítulo 24, p. 368, sobre la “Importancia de determinados procedimientos para la provisión de métodos de planificación familiar”.

Realización de la esterilización femenina

Cuándo llevar a cabo el procedimiento

IMPORTANTE: Si no hay una razón médica para postergar la esterilización femenina, la mujer puede someterse a este procedimiento en cualquier momento, siempre que sea razonablemente seguro que no está embarazada y que no existen afecciones médicas que limiten el momento, el lugar o el modo en que debe realizarse la esterilización. Para estar razonablemente seguro de que no está embarazada, utilice la “Lista de verificación del embarazo” (véase el interior de la contraportada).

Situación de la mujer Cuándo realizar la esterilización

Tiene ciclos menstruales o está cambiando de método anticonceptivo

En cualquier momento del mes

- En cualquier momento en el plazo de 7 días desde el inicio de la menstruación. No es necesario que utilice otro método anticonceptivo antes del procedimiento.
- Si han pasado más de 7 días desde el comienzo de la menstruación, se puede realizar la esterilización en cualquier momento si es razonablemente seguro que no está embarazada.
- Si está cambiando de método y el anterior eran los anticonceptivos orales, puede seguir tomando las píldoras hasta que haya terminado el paquete, para mantener su ciclo regular.
- Si el método anterior era un DIU, se puede realizar el procedimiento de inmediato (véase, “DIU de cobre, Sustitución del DIU por otro método”, p. 172).

Ausencia de menstruación

- En cualquier momento si es razonablemente cierto no está embarazada.

Después del parto	<ul style="list-style-type: none"> • Inmediatamente o en el plazo máximo de 7 días después del parto, si anteriormente ha hecho una elección voluntaria y con conocimiento de causa. • En cualquier momento 6 o más semanas después del parto si es razonablemente seguro que no esté embarazada.
Después de un aborto espontáneo o provocado	<ul style="list-style-type: none"> • En el plazo máximo de 48 días después de un aborto no complicado, si anteriormente ha hecho una elección voluntaria y con conocimiento de causa.
Después de usar píldoras anticonceptivas de urgencia (PAU)	<ul style="list-style-type: none"> • El procedimiento de esterilización puede hacerse en un plazo de 7 días desde el comienzo de la próxima menstruación o en cualquier otro momento si es razonablemente seguro que no está embarazada. Dele un método de respaldo o anticonceptivos orales y dígame que comience a tomarlos cuando termine las PAU, y que los use hasta que se pueda someter al procedimiento.

Garantizar una decisión fundamentada

IMPORTANTE: Un asesor amable que escuche las inquietudes de la mujer; conteste sus preguntas y brinde información adecuada, práctica y clara sobre el procedimiento — especialmente sobre su carácter permanente— ayudará a la mujer a tomar una decisión fundamentada y a ser una usuaria exitosa y satisfecha, que no se arrepienta posteriormente (véase “Considere que la esterilización es permanente”, en la página siguiente). Puede ser útil que su pareja participe en el asesoramiento, pero no es necesario ni imprescindible.

Los 7 puntos del consentimiento informado

El asesoramiento debe cubrir los 7 puntos del consentimiento informado. En algunos programas la usuaria y el asesor también firman un formulario de consentimiento informado. Para dar su consentimiento informado para la esterilización, la usuaria debe comprender los siguientes puntos:

1. La usuaria también dispone de anticonceptivos temporales, incluidos los anticonceptivos reversibles de acción prolongada.
2. La esterilización voluntaria es un procedimiento quirúrgico.
3. El procedimiento tiene ciertos riesgos, así como beneficios. (Hay que hablarle tanto de los riesgos como de los beneficios, de tal manera que entienda lo que se le explica.)
4. Si el procedimiento tiene éxito, evitará que tenga más hijos.
5. Se considera que el procedimiento es permanente, y probablemente no sea posible revertirlo.
6. La usuaria puede decidir no someterse al procedimiento en cualquier momento antes de que tenga lugar (sin perder por ello derecho a otros beneficios médicos, sanitarios, u otros servicios o beneficios).
7. El procedimiento no protege contra las ITS, incluida la infección por el VIH.

Considere que la esterilización es permanente

Una mujer o un hombre que estén planteándose la esterilización deben pensar con detenimiento: “¿Es posible que quiera tener más hijos en el futuro?”. Los proveedores de atención de salud pueden ayudar a los usuarios a meditar sobre esta cuestión y a tomar una decisión informada. Si el usuario o la usuaria están considerando la posibilidad de tener más hijos, sería mejor elegir otro método de planificación familiar.

Puede ser útil hacer algunas preguntas. El proveedor podría preguntar:

- “¿Quiere tener más hijos en el futuro?”
- “Si no, ¿cree que podría cambiar de opinión más adelante? ¿Qué podría hacerle cambiar de opinión? Por ejemplo, suponga que alguno de sus hijos muriera.”
- “¿Imagínese que pierde a su cónyuge y que se vuelve a casar?”
- “¿Su pareja quiere tener más hijos en el futuro?”

Cuando los usuarios no puedan contestar estas preguntas, habría que alentarles a meditar más sus decisiones acerca de la esterilización.

En general, las personas que tienen mayor probabilidad de lamentar la esterilización:

- son jóvenes;
- no tienen hijos o tienen pocos hijos;
- acaban de perder a un hijo;
- no están casadas;
- están teniendo problemas conyugales;
- tienen una pareja que se opone a la esterilización.

Ninguna de estas características descarta la esterilización, pero los proveedores de atención de salud deberían asegurarse especialmente de que las personas con estas características tomen decisiones informadas y meditadas.

Asimismo, en el caso de la mujer, justo después de un parto o un aborto, es un momento conveniente y seguro para la esterilización voluntaria; sin embargo, es más probable que las mujeres esterilizadas en ese momento lo lamenten más adelante. Un asesoramiento minucioso durante el embarazo y el hecho de haber tomado la decisión antes del parto ayudan a evitar que se lamente posteriormente la decisión tomada.

La decisión sobre la esterilización corresponde únicamente a las usuarias y los usuarios

El hombre o la mujer pueden consultar a su pareja y a otras personas acerca de su decisión de someterse a la esterilización, y pueden considerar sus opiniones, pero nadie —la pareja, otro miembro de la familia, un proveedor de atención de salud, un líder de la comunidad o cualquier otra persona— puede tomar la decisión por ellos. Los proveedores de planificación familiar tienen el deber de asegurarse de que la decisión a favor o en contra de la esterilización la tome el usuario o la usuaria y que no sean presionados ni forzados por nadie.

Realización del procedimiento de esterilización

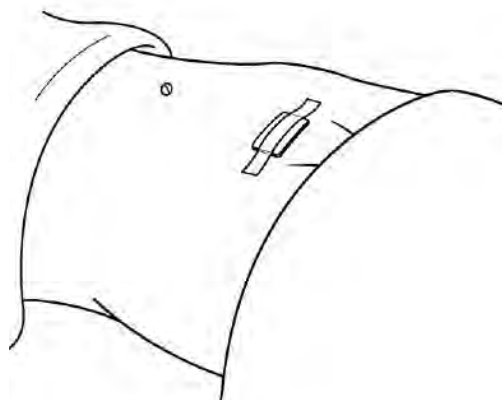
Explicación del procedimiento

Una mujer que haya optado por someterse a la esterilización femenina tiene que saber lo que ocurrirá durante el procedimiento. La siguiente descripción puede ayudar a explicarle cómo es la intervención. Para aprender a hacer la esterilización femenina se requiere capacitación y práctica bajo supervisión directa. Por lo tanto, esta descripción es un resumen y no pretende dar instrucciones detalladas.

(La siguiente descripción se aplica a procedimientos realizados más de 6 semanas después del parto. El procedimiento usado hasta 7 días después del parto es ligeramente diferente.)

Procedimiento de minilaparotomía

1. El proveedor usa procedimientos adecuados de prevención de infecciones en todo momento (véase “Prevención de infecciones en el consultorio, p. 376).
2. El proveedor lleva a cabo una exploración física y una exploración ginecológica. Con la exploración ginecológica se pretende evaluar la condición y la movilidad del útero.
3. El proveedor inserta un instrumento especial (elevador uterino) en la vagina, pasando a través del cuello uterino, hasta llegar al útero, para elevar las dos trompas de Falopio de modo que estén más cerca de la incisión. Esto puede causar molestias.
4. La mujer habitualmente recibe una sedación ligera y analgesia para relajarla. Permanece despierta. Se le inyecta un anestésico local por encima de la línea del vello púbico. No sentirá un dolor intenso.
5. El proveedor hace una pequeña incisión horizontal (2-5 centímetros) en la zona anestesiada. Por lo general, causa poco dolor. (En las mujeres que acaban de dar a luz, la incisión se hace en el borde inferior del ombligo.)
6. Se ligan y cortan ambas trompas o se cierran con una grapa o un anillo.
7. El proveedor cierra la incisión con puntos y la cubre con un apósito adhesivo.
8. La mujer recibe instrucciones sobre lo que debe hacer tras salir del consultorio o del hospital (véase “Explicación del autocuidado en caso de esterilización femenina”, p. 224). Usualmente puede irse en unas pocas horas.



Procedimiento laparoscópico

- 1.** El proveedor usa procedimientos adecuados de prevención de infecciones en todo momento (véase “Prevención de infecciones en el consultorio, p. 376).
- 2.** El proveedor lleva a cabo una exploración física y una exploración ginecológica. Con la exploración ginecológica se pretende evaluar la condición y la movilidad del útero.
- 3.** La mujer habitualmente recibe una sedación ligera y analgesia para relajarla. Permanece despierta. Se le inyecta un anestésico local por debajo del ombligo. No sentirá un dolor intenso.
- 4.** El proveedor coloca una aguja especial en el abdomen de la mujer y a través de la aguja, infla (insufla) el abdomen con gas o aire. Esto eleva la pared del abdomen y la separa de los órganos pélvicos.
- 5.** El proveedor hace una incisión pequeña (alrededor de un centímetro) en la zona anestesiada e inserta un laparoscopio. El laparoscopio es un tubo largo y delgado que contiene lentes. A través de las lentes el proveedor puede ver el interior del organismo y localizar las 2 trompas de Falopio.
- 6.** El proveedor inserta un instrumento a través del laparoscopio (o, algunas veces, a través de una segunda incisión) para ocluir las trompas de Falopio.
- 7.** Se ocluye cada trompa con una grapa o un anillo, o mediante una corriente eléctrica aplicada para bloquear la trompa (electrocoagulación).
- 8.** El proveedor retira el instrumento y el laparoscopio. Se deja salir el gas o el aire del abdomen de la mujer. El proveedor cierra la incisión con puntos y la cubre con un apósito adhesivo.
- 9.** La mujer recibe instrucciones sobre lo que debe hacer tras salir del consultorio o del hospital (véase “Explicación del autocuidado en caso de esterilización femenina”, p. 224). Usualmente puede irse en unas pocas horas.

¿Cómo puede ayudar la pareja?

La pareja de la usuaria puede participar en el asesoramiento, familiarizarse con el método anticonceptivo y con el tipo de apoyo que puede dar a su pareja.

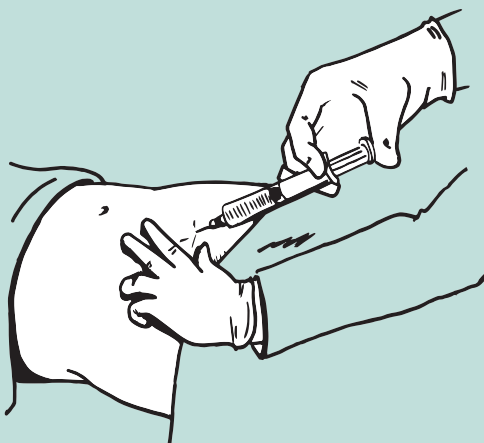
La pareja de la usuaria puede:

- Entender que la esterilización femenina es permanente
- Comentar con la mujer si querrán tener más hijos.
- Apoyar la decisión de la mujer de poner fin a su fertilidad si no quieren tener más hijos.
- Comentar la opción de la vasectomía.
- Demostrar comprensión y apoyo a la mujer durante el procedimiento y la recuperación.
- Usar sistemáticamente preservativos además de la esterilización femenina si el varón tiene una ITS o una infección por el VIH o cree que corre el riesgo de contraerlas.

La anestesia local es mejor para la esterilización femenina

La anestesia local, usada con o sin sedación leve y analgesia, es preferible a la anestesia general. La anestesia local con sedación y analgesia:

- es más segura que la anestesia general, raquídea (intradural) o epidural;
- permite que la mujer salga antes del consultorio o el hospital;
- permite que la recuperación sea más rápida;
- permite llevar a cabo la esterilización femenina en más establecimientos de salud.



La esterilización bajo anestesia local, con o sin sedación leve y analgesia, puede hacerse cuando un miembro del equipo quirúrgico haya recibido capacitación en materia de sedación y analgesia y el cirujano esté capacitado para proporcionar anestesia local. El equipo quirúrgico debe estar capacitado en el manejo de urgencias, y el establecimiento debe contar con el equipamiento y los medicamentos básicos necesarios para abordar cualquier urgencia.

Los proveedores de atención de salud deben explicar a la mujer con anterioridad que el hecho de estar despierta durante el procedimiento es más seguro para ella. Durante el procedimiento, los proveedores deben conversar con la mujer y ayudar a tranquilizarla si es necesario.

El anestésico que se usa con más frecuencia es la lidocaína. Se pueden usar muchos sedantes y analgésicos diferentes. La dosis de los medicamentos tiene que ajustarse en función del peso corporal. Debe evitarse una sedación excesiva, ya que puede reducir la capacidad de la usuaria de seguir estando consciente y hacer que su respiración sea más lenta o que deje de respirar.

En algunos casos se puede necesitar anestesia general. Véanse los “Criterios médicos de elegibilidad para la esterilización femenina”, p. 214, para obtener información sobre las afecciones médicas para las que se necesitan preparativos especiales, entre los cuales puede encontrarse la anestesia general.

Apoyo a la usuaria

Explicación del autocuidado en caso de esterilización femenina

Antes del procedimiento la mujer debe

- Usar otro anticonceptivo hasta que se lleve a cabo el procedimiento.
- No comer nada durante las 8 horas anteriores a la intervención quirúrgica, aunque puede beber líquidos claros hasta 2 horas antes de la intervención.
- Abstenerse de tomar medicamentos durante las 24 horas anteriores a la intervención (salvo que se le indique que los tome).
- En lo posible, usar prendas de vestir limpias y no ajustadas cuando acuda al establecimiento de salud.
- No usar esmalte de uñas o alhajas.
- De ser posible, acudir acompañada de su pareja, una amiga o pariente que la ayude a volver a casa tras la intervención.

Después del procedimiento la mujer debe

- Descansar durante 2 días y evitar el trabajo vigoroso, así como levantar objetos pesados, durante una semana.
- Mantener la incisión limpia y seca durante 1 a 2 días.
- Evitar frotar la incisión durante 1 semana.
- Abstenerse de tener relaciones sexuales durante al menos 1 semana, y a partir de entonces solo cuando se sienta cómoda teniendo relaciones sexuales.

Conducta a seguir ante los problemas más comunes

- Puede presentar dolor e inflamación abdominal después del procedimiento. Generalmente desaparece en unos pocos días. Propóngale que tome ibuprofeno (200-400 mg), paracetamol (325-1.000 mg) u otro analgésico. No debe tomar ácido acetilsalicílico, ya que retarda la coagulación. En raras ocasiones es necesario recurrir a analgésicos más potentes. Si se le hizo una laparoscopia, es posible que le duela el hombro o que se sienta hinchada unos días.

Planificación de la visita de seguimiento

- Es muy recomendable hacer el seguimiento de la esterilización al cabo de 7 días o al menos en un plazo máximo de 2 semanas desde la intervención. Sin embargo, a ninguna mujer se le debe negar la esterilización porque el seguimiento sea difícil o imposible.
- El proveedor de atención de salud examina el lugar de la incisión, busca signos de infección y retira los puntos. Esto se puede hacer en el consultorio, en el domicilio de la usuaria (el seguimiento lo hace un trabajador paramédico especialmente capacitado, por ejemplo), o en cualquier otro centro de salud.



“Vuelva cuando quiera”: Razones para volver

Indíquele a cada usuaria que puede regresar cuando quiera —por ejemplo, si tiene problemas o dudas o si cree que podría estar embarazada— (En unos pocos casos la esterilización falla y la mujer se queda embarazada). También si:

- presenta sangrado, dolor, pus, calor, hinchazón o enrojecimiento de la herida que empeoran o no ceden;
- tiene fiebre alta (temperatura superior a 38 °C);
- presenta algún desmayo, sensación persistente de mareo, o mareos muy intensos en las 4 primeras semanas y especialmente en la primera semana.

Consejo general de salud: Cualquier mujer que repentinamente sienta que tiene un problema de salud grave después someterse a la esterilización debe buscar de inmediato atención médica de una enfermera o un médico. Después de un procedimiento quirúrgico, cualquier problema de salud debe evaluarse cuidadosamente, y se debe considerar que está relacionado con el procedimiento hasta que se demuestre médicamente que no es así.

Apoyo a la usuaria

Manejo de problemas

Problemas referidos como complicaciones

- Los problemas afectan a la satisfacción de la mujer con la esterilización femenina. El proveedor debe prestarles atención. Si la usuaria relata complicaciones de la esterilización femenina, escuche sus inquietudes, asesórela y apóyela y, si procede, trátela. Asegúrese de que entiende su recomendación y está de acuerdo.

Infección en el lugar de la incisión (enrojecimiento, calor, dolor, pus)

- Limpie la zona infectada con agua y jabón o con un antiséptico.
- Administre antibióticos por vía oral durante 7 a 10 días.
- Indíquelo a la usuaria que regrese cuando termine de tomar los antibióticos si la infección no se ha resuelto.

Absceso (acumulación de pus bajo la piel causada por una infección)

- Limpie la zona con un antiséptico.
- Abra con un corte (incisión) y drene el absceso.
- Trate la herida.
- Administre antibióticos por vía oral durante 7 a 10 días.
- Indíquelo a la usuaria que vuelva cuando termine de tomar los antibióticos si tiene enrojecimiento, calor, dolor en la herida o supuración o secreción por la herida.

Dolor intenso en la zona inferior del abdomen

- Si el procedimiento quirúrgico se realizó recientemente, haga una evaluación para detectar otros problemas que puedan indicar que la afección está relacionada con la intervención quirúrgica, como hemorragia, falta de apetito, ausencia de tránsito intestinal, ausencia de micción, o fiebre. Si alguno de estos problemas está presente, derive rápidamente a la usuaria a un centro de nivel superior con capacidad quirúrgica.
- Si la operación quirúrgica tuvo lugar meses o años atrás, sospeche un embarazo ectópico.
- Véase también “Manejo del embarazo ectópico”, en la página siguiente.

Sospecha de embarazo

- Haga una evaluación para detectar un posible embarazo, incluido el embarazo ectópico.

Manejo del embarazo ectópico

- El embarazo ectópico es un embarazo que tiene lugar fuera de la cavidad uterina. Es importante hacer el diagnóstico precoz. El embarazo ectópico es raro, pero puede poner en peligro la vida (véase la pregunta 11, p. 230).
- En las etapas iniciales del embarazo ectópico, es posible que no haya síntomas o que estos sean leves, pero finalmente llegarán a ser intensos. Una combinación de estos signos o síntomas debe aumentar la sospecha de un embarazo ectópico:
 - dolor abdominal inusual o abdomen doloroso a la palpación;
 - sangrado vaginal anormal o ausencia de menstruación, especialmente si esto supone un cambio respecto al patrón de sangrado habitual de la usuaria;
 - vahído o mareo;
 - desmayo.
- *Ruptura de embarazo ectópico*: Un dolor súbito o en puñalada en la zona inferior del abdomen, algunas veces de un solo lado y en ocasiones generalizado, sugiere la rotura de un embarazo ectópico (cuando se rompe la trompa de Falopio debido al embarazo). Puede aparecer dolor del hombro derecho provocado por la sangre proveniente de la ruptura del embarazo ectópico que presiona sobre el diafragma. Generalmente, en pocas horas el abdomen se pone rígido y la mujer sufre un choque.
- *Atención de salud*: El embarazo ectópico es una afección urgente que pone en peligro la vida de la mujer y requiere una intervención quirúrgica inmediata. En caso de sospecha de un embarazo ectópico, haga una exploración ginecológica únicamente si se dispone de instalaciones para realizar de inmediato la intervención quirúrgica. De no ser así, derive inmediatamente a la mujer o trasládela a una unidad donde se pueda hacer un diagnóstico definitivo y proporcionarle tratamiento quirúrgico.

Preguntas y respuestas sobre la esterilización femenina

1. ¿La esterilización alterará la menstruación o hará que la mujer deje de tener menstruaciones?

No. En la mayoría de las investigaciones no se han encontrado variaciones importantes en los patrones de sangrado después de la esterilización femenina. Si una mujer estaba usando un método anticonceptivo hormonal o un DIU antes de la esterilización, su patrón de sangrado volverá a ser como era antes de usar esos métodos. Por ejemplo, las mujeres que pasan de los anticonceptivos orales combinados (AOC) a la esterilización femenina pueden notar un sangrado más profuso cuando la menstruación recupera el patrón habitual. Cabe señalar, no obstante, que la menstruación suele hacerse menos regular a medida que la mujer se acerca a la menopausia.

2. ¿La esterilización hace que la mujer pierda el deseo sexual? ¿La hace engordar?

No. Después de la esterilización la mujer tendrá el mismo aspecto y se sentirá como antes de la intervención. Puede tener relaciones sexuales igual que antes. Es posible que se dé cuenta de que disfruta más de las relaciones sexuales porque no tiene que preocuparse por quedarse embarazada. No aumentará de peso debido al procedimiento de esterilización.

3. ¿Se debería ofrecer la esterilización solo a las mujeres que hayan tenido cierta cantidad de hijos, hayan alcanzado determinada edad o estén casadas?

No. No hay ninguna justificación para negar la esterilización a una mujer debido únicamente a su edad, al número o sexo de sus hijos vivos o a su estado civil. Los proveedores de atención de salud no deben imponer reglas rígidas sobre la edad, el número de hijos, la edad del hijo menor o el estado civil. Se le debe permitir a toda mujer que decida por sí misma si quiere o no tener más hijos y si quiere o no someterse a la esterilización.

4. ¿No es más fácil para la mujer y para el proveedor de atención de salud usar anestesia general? ¿Por qué usar anestesia local?

La anestesia local es más segura. La anestesia general es más peligrosa que el procedimiento de esterilización en sí. El uso correcto de la anestesia local elimina la mayor fuente de riesgo en los procedimientos de esterilización femenina: la anestesia general. Además, las mujeres a menudo presentan náuseas después de la anestesia general. Esto no ocurre con tanta frecuencia tras la anestesia local.

Sin embargo, cuando se use la anestesia local con sedación y analgesia, los proveedores deben tener cuidado para no administrar a la mujer una dosis excesiva de sedante. También deben tratar a la mujer con delicadeza y hablar con ella durante todo el procedimiento. Esto la ayuda a tranquilizarse. Con muchas usuarias es posible prescindir de los sedantes, especialmente cuando se hace un buen asesoramiento y el proveedor tiene experiencia.

5. ¿Una mujer que se haya sometido a un procedimiento de esterilización en algún momento tiene que preocuparse de nuevo por la posibilidad de quedarse embarazada?

En general, no. La esterilización femenina es muy efectiva en la prevención del embarazo y pretende ser permanente. Sin embargo, no es efectiva al 100%. Las mujeres que han sido esterilizadas tienen un pequeño riesgo de quedarse embarazadas: alrededor de 5 de cada 1.000 mujeres sometidas a esterilización se quedan embarazadas en el año posterior al procedimiento. El pequeño riesgo de embarazo se mantiene más allá del año y hasta que la mujer alcance la menopausia.

6. El embarazo después de la esterilización femenina es poco frecuente, ¿pero se ha dado algún caso?

En general lo que ocurre es que la mujer ya estaba embarazada en el momento de la esterilización. En algunos casos se produce una apertura de la trompa de Falopio. También puede producirse el embarazo si el proveedor hace un corte en un lugar equivocado en lugar de hacerlo en las trompas.

7. ¿Puede revertirse la esterilización si la mujer decide que quiere tener otro hijo?

En general, no. La esterilización pretende ser permanente. Las personas que quizá quieran tener más hijos en el futuro deberían optar por algún otro método anticonceptivo. La cirugía para revertir la esterilización solo puede hacerse en algunas mujeres, aquellas a las que les queda suficiente trompa de Falopio. Incluso en estos casos, con la reversión a menudo no se logra que la mujer se quede posteriormente embarazada. Esta intervención quirúrgica es complicada y cara, y es difícil encontrar proveedores capaces de realizarla. Cuando se produce un embarazo después de la reversión, el riesgo de que el embarazo sea ectópico es mayor de lo habitual. Por lo tanto, se debe considerar que la esterilización es irreversible.

8. ¿Es mejor que la mujer se someta a la esterilización femenina o que el hombre se haga una vasectomía?

Cada pareja debe decidir por sí sola cuál es el mejor método para ellos. Ambos son métodos muy efectivos, seguros y permanentes para las parejas que saben que no querrán tener más hijos. Lo ideal es que la pareja considere ambos métodos. Si los dos métodos son aceptables para ambos miembros de la pareja, sería preferible la vasectomía, dado que es más sencilla, segura, fácil y barata que la esterilización femenina.

9. ¿Dolerá el procedimiento de esterilización femenina?

Sí, un poco. Las mujeres reciben anestesia local para eliminar el dolor y, salvo en casos especiales, permanecen despiertas. La mujer puede sentir que el proveedor mueve el útero y las trompas de Falopio. Esto puede resultar incómodo. Si hay un anestesista capacitado y se dispone del equipo adecuado, puede optarse por la anestesia general para las mujeres que le teman mucho al dolor. La mujer puede sentirse dolorida y débil durante varios días o incluso algunas semanas después de la intervención, pero pronto recuperará las fuerzas.

10. ¿Cómo pueden los proveedores ayudar a la mujer a tomar una decisión sobre la esterilización femenina?

Pueden proporcionar información clara y equilibrada acerca de la esterilización femenina y otros métodos de planificación familiar y ayudar a la mujer a meditar con detenimiento su decisión. Pueden hablar a fondo sobre sus sentimientos acerca de tener hijos y poner fin a su fertilidad. Por ejemplo, el proveedor puede ayudar a la mujer a pensar cómo se sentiría acerca de posibles cambios en su vida, como un cambio de pareja o la muerte de un hijo. Revise “Los 7 puntos del consentimiento informado” para asegurarse de que la mujer comprenda el procedimiento de esterilización (véase la p. 219).

11. ¿La esterilización femenina aumenta el riesgo de embarazo ectópico?

No. Al contrario, la esterilización femenina reduce considerablemente el riesgo de embarazo ectópico. Los embarazos ectópicos son muy infrecuentes en las mujeres que se han sometido a un procedimiento de esterilización. La tasa anual de embarazos ectópicos en las mujeres después de la esterilización femenina es de 6 por cada 10.000 mujeres. La tasa anual de embarazos ectópicos en las mujeres de los Estados Unidos que no usan ningún método anticonceptivo es 65 por cada 10.000 mujeres.

En raras ocasiones la esterilización fracasa y se produce un embarazo; 33 de cada 100 (1 de cada 3) de estos embarazos son ectópicos. Por lo tanto, la mayoría de los embarazos que ocurren tras el fracaso de la esterilización no son ectópicos. De todos modos, el embarazo ectópico puede poner en peligro la vida, por lo que el proveedor debe ser consciente de que el embarazo ectópico es posible si fracasa la esterilización.

12. ¿Dónde puede realizarse la esterilización femenina?

Si no hay ninguna afección médica preexistente que requiera preparativos especiales:

- La minilaparotomía se puede hacer en las maternidades y en establecimientos de salud básicos donde se puedan llevar a cabo intervenciones quirúrgicas, incluidas aquellas instalaciones permanentes y temporales que puedan derivar a la mujer a un nivel asistencial superior en caso de urgencia.
- La laparoscopia requiere un centro mejor equipado, donde se realice el procedimiento regularmente y se cuente con un anestésista.