

Esterilización Femenina

Puntos Clave para Proveedores y Pacientes

- **Permanente.** Destinado a brindar una protección de por vida, permanente y muy eficaz contra el embarazo. En general no es reversible.
- **Implica un examen físico y cirugía.** El procedimiento lo realiza un proveedor con entrenamiento específico.
- **No tiene efectos colaterales a largo plazo.**

¿Qué es la Esterilización Femenina?

- Anticoncepción permanente para mujeres que no van a querer tener más hijos.
- Los 2 abordajes quirúrgicos de más frecuente utilización son:
 - La minilaparotomía supone la realización de una pequeña incisión en el abdomen. Se traen las trompas de Falopio a la incisión, para cortarlas o bloquearlas.
 - La laparoscopia supone la inserción en el abdomen de un tubo largo y fino con una lente, a través de una pequeña incisión. Este laparoscopio posibilita al doctor ver y bloquear o cortar las trompas en el abdomen.
- También llamada esterilización tubaria, ligadura de trompas, anticoncepción quirúrgica voluntaria, salpingectomía, atadura de trompas, minilaparotomía y “la operación.”
- Funciona porque se cortan o bloquean las trompas. Los óvulos liberados por los ovarios no pueden moverse por las trompas y por lo tanto, no entran en contacto con el esperma.

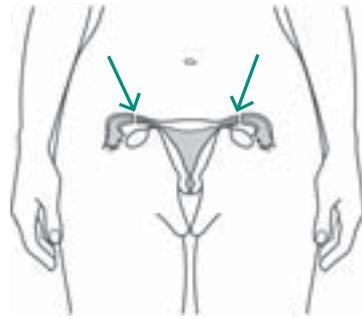
¿Qué Tan Eficaz Es?

Es uno de los métodos más eficaces, pero supone un cierto riesgo de falla:

- Menos de 1 embarazo por 100 mujeres en el correr del primer año después del procedimiento de esterilización (5 por 1.000). Significa que 995 de cada 1.000 mujeres que confían en la esterilización femenina no se embarazan.



- Sigue habiendo un pequeño riesgo de embarazo más allá del primer año de uso y hasta que la mujer alcance la menopausia.
 - Más de 10 años de uso:
Aproximadamente 2 embarazos por 100 mujeres (18 a 19 por 1.000 mujeres).



- La efectividad varía ligeramente dependiendo de la forma de bloquear las trompas, pero las tasas de embarazo son bajas para todas las técnicas. Una de las técnicas más efectivas es cortar y atar los extremos cortados de la trompas de Falopio después del parto (ligadura de trompas postparto).

La fertilidad no se restablece porque en general la esterilización no puede interrumpirse ni revertirse. El procedimiento pretende ser permanente. La cirugía para revertirlo es difícil, costosa y no está disponible en la mayoría de las áreas. Cuando se realiza, la cirugía de reversión a menudo no logra que la mujer luego se embarace (ver Pregunta 7, p. 181).

Protección contra infecciones de transmisión sexual (ITS): Ninguna

Efectos Colaterales, Beneficios y Riesgos para la Salud y Complicaciones

Efectos Colaterales

Ninguno

Beneficios Conocidos para la Salud

Ayuda a proteger contra:

- Riesgos de embarazo
- Enfermedad Inflamatoria Pélvica (EIP)

Puede ayudar a proteger contra:

- Cáncer de ovario

Riesgos Conocidos para la Salud

Poco comunes a extremadamente raros:

- Complicaciones de cirugía y anestesia (ver debajo)

Complicaciones de la Cirugía (ver también, Manejo de Problemas, p. 178)

Poco comunes a extremadamente raros:

- La esterilización femenina es un método de anticoncepción seguro. Sin embargo, requiere cirugía y anestesia, lo que conlleva algunos riesgos, tales como infección o absceso de la herida. Las complicaciones graves no son comunes. La muerte debida al procedimiento es extremadamente rara.

El riesgo de complicaciones es significativamente más bajo con anestesia local que con anestesia general. Si se usan técnicas adecuadas y el procedimiento se realiza en condiciones apropiadas, las complicaciones pueden mantenerse en un mínimo.

Corrección de Malentendidos (ver también Preguntas y Respuestas, p. 180)

La esterilización femenina:

- No debilita a la mujer.
- No provoca dolor prolongado de espalda, útero o abdomen.
- No se extirpa el útero ni lleva a la necesidad de hacerlo.
- No provoca desequilibrios hormonales.
- No provoca sangrado más abundante ni irregular, ni produce más modificaciones del ciclo menstrual de la mujer.
- No provoca alteraciones del peso, el apetito, o el aspecto.
- No modifica el comportamiento sexual de la mujer ni su impulso sexual.
- Reduce sustancialmente el riesgo de embarazo ectópico.

Quién Puede Realizarse la Esterilización Femenina

Es Seguro para Todas las Mujeres

Con un adecuado asesoramiento y consentimiento informado, cualquier mujer puede someterse a esterilización femenina de manera segura, incluyendo a mujeres que:

- No tengan hijos, o tengan pocos hijos
- No estén casadas
- No tengan el permiso del esposo
- Sean jóvenes
- Acaben de tener un parto (en los últimos 7 días)
- Estén amamantando
- Estén infectadas con VIH, recibiendo o no terapia antirretroviral (ver Esterilización Femenina para Mujeres Portadoras de VIH, p. 171)

En algunas de estas situaciones, es importante que haya un asesoramiento especialmente cuidadoso para asegurarse que la mujer no lamente su decisión (ver Como la Esterilización es Permanente, p. 174).

La mujer se puede someter a esterilización femenina:

- Sin hacerse análisis de sangre o pruebas de laboratorio de rutina
- Sin someterse a pesquisa de cáncer cervical
- Aún cuando no esté teniendo su menstruación en ese momento, si es razonablemente seguro que no está embarazada (ver Lista de Verificación del Embarazo, p. 372)

Por qué Algunas Mujeres Dicen que les Gusta la Esterilización Femenina

- No produce efectos colaterales
- Nunca más tendrá que preocuparse por la anticoncepción
- Es fácil de usar, no hay que hacer nada ni acordarse de nada



Criterios de Médicos de Elegibilidad para Esterilización Femenina

Todas las mujeres pueden someterse a esterilización femenina. No existe ninguna patología médica que impida a una mujer recurrir a la esterilización femenina. Con esta lista de verificación se pretende detectar si la usuaria presenta alguna patología médica conocida que pueda limitar el momento, el lugar o el modo en que se puede realizar el procedimiento de esterilización femenina. Haga a la usuaria las preguntas a continuación. Si responde “no” a todas las preguntas, se puede realizar el procedimiento de esterilización femenina en condiciones de rutina sin demora. Si responde que “sí” a alguna pregunta, siga las instrucciones que recomiendan cautela, demora o preparativos especiales.

En la siguiente lista de verificación:

- *Cautela* significa que el procedimiento puede realizarse en condiciones de rutina pero con preparación y precauciones adicionales, dependiendo de la patología.
- *Demora* significa postponer la esterilización femenina. Estas patologías deben ser tratadas y resueltas antes de poder realizar la esterilización femenina. Proporcione a la usuaria otro método para usar hasta que se pueda someter al procedimiento.

- *Especial* significa que hay que tomar recaudos o hacer preparativos especiales para realizar el procedimiento con cirujano y personal experimentados, equipo para realizar anestesia y soporte médico de respaldo. Para estas patologías también es preciso tener la capacidad de decidir cuál es el procedimiento y el régimen de anestesia más apropiado. Debe darle a la usuaria otro método que pueda usar hasta que se pueda realizar el procedimiento.

I. ¿Presenta o ha presentado algún problema o alguna afección propia de la mujer (trastornos o problemas ginecológicos u obstétricos), como infección o cáncer? De ser así, ¿qué problemas?

NO SI Si tiene alguno de los siguientes, sea *cauteloso*:

- Antecedentes de enfermedad inflamatoria pélvica después del último embarazo
- Cáncer de mama
- Fibromas uterinos
- Antecedentes de cirugía abdominal o pelviana

▶ Si tiene alguno de los siguientes, *demore* la EF:

- Embarazo en curso
- 7–42 días postparto
- Postparto después de un embarazo con pre eclampsia severa o eclampsia
- Complicaciones postparto o postaborto graves (como infección, hemorragia, o traumatismo) excepto rotura o perforación uterina (*especial*; ver abajo)
- Una gran colección de sangre en el útero
- Sangrado vaginal inexplicado que sugiera una patología médica subyacente
- Enfermedad inflamatoria pélvica
- Cervicitis purulenta, clamidia, o gonorrea
- Cánceres pelvianos (el tratamiento puede llevar a la esterilidad, de cualquier modo)
- Enfermedad trofoblástica maligna

▶ Si presenta alguno de los siguientes, haga preparativos *especiales*:

- SIDA (ver Esterilización Femenina en Mujeres con VIH, p. 171)
- Útero fijo a causa de cirugía o infección previas
- Endometriosis
- Hernia (de pared abdominal o umbilical)
- Rotura o perforación uterina postparto o postaborto

(Continuación en la página siguiente)

2. ¿Sufre alguna enfermedad cardiovascular, como trastornos cardíacos, accidente cerebrovascular, hipertensión, o complicaciones de una diabetes? De ser así, ¿cuáles?

- NO **SI** Si presenta alguna de las siguientes patologías, tenga *cautela*:
- Hipertensión controlada
 - Hipertensión leve (140/90 a 159/99 mm Hg)
 - Antecedentes de accidente cerebrovascular o cardiopatía sin complicaciones
- ▶ Si presenta alguna de las siguientes patologías, *demore* la esterilización femenina:
- Cardiopatía provocada por bloqueo o estenosis arterial
 - Coágulos sanguíneos en venas profundas de miembros inferiores o pulmones
- ▶ Si presenta alguna de las siguientes patologías, tome recaudos *especiales*:
- La conjunción de varias patologías, tales como edad avanzada, tabaquismo, hipertensión o diabetes, aumenta las probabilidades de cardiopatía o accidente cerebrovascular
 - Hipertensión arterial moderada o severa (160/100 mm Hg o más)
 - Diabetes de más de 20 años de evolución o daño arterial, a la visión, riñones, o del sistema nervioso provocado por la diabetes
 - Valvulopatía complicada

3. ¿Sufre de alguna enfermedad prolongada o arrastrada, o cualquier otra condición? De ser así, ¿de qué enfermedad se trata?

- NO **SI** Si presenta alguna de las siguientes patologías o condiciones tenga *cuidado*:
- Epilepsia
 - Diabetes sin arteriopatía, daño de la visión, renal o del sistema nervioso
 - Hipotiroidismo
 - Cirrosis hepática leve, tumores de hígado (¿Tiene los ojos o la piel inusualmente amarillos?), o esquistosomiasis con fibrosis hepática
 - Anemia ferropénica moderada (hemoglobina 7–10 g/dl)
 - Enfermedad falciforme
 - Anemia hereditaria (talasemia)
 - Nefropatía
 - Hernia diafragmática

- Desnutrición severa (¿Es demasiado delgada?)
 - Obesidad (¿Tiene un sobrepeso extremo?)
 - Cirugía abdominal electiva para cuando se desea hacer la esterilización
 - Depresión
 - Juventud
- ▶ Si la usuaria presenta cualquiera de los siguientes, demore la esterilización femenina:
- Patología sintomática de vesícula biliar
 - Hepatitis viral activa
 - Anemia ferropénica severa (hemoglobina menor a 7 g/dl)
 - Patología pulmonar (bronquitis o neumonía)
 - Infección sistémica o gastroenteritis importante
 - Infección cutánea abdominal
 - Cirugía abdominal de emergencia o infección, o cirugía mayor con inmovilización prolongada
- ▶ Si presenta alguna de las siguientes, tome recaudos especiales:
- Cirrosis hepática severa
 - Hipertiroidismo
 - Trastornos de la coagulación (la sangre no coagula).
 - Patología pulmonar crónica (asma, bronquitis, enfisema, infección pulmonar)
 - Tuberculosis pelviana

Esterilización Femenina para Mujeres Con VIH

- Las mujeres infectadas con VIH, portadoras de SIDA, o que están recibiendo terapia antiretroviral (ARV) pueden someterse sin peligro a la esterilización femenina. Para realizar la esterilización femenina en una mujer con SIDA es preciso realizar algunos preparativos especiales.
- Recomiende a estas mujeres usar condones además de la esterilización femenina. Usados consistente y correctamente, los condones ayudan a evitar la transmisión del VIH y otras ITS.
- Nadie debe ser sometido a coerción ni presión para realizarse esterilización femenina, incluyendo a las mujeres con VIH.

Proporcionando Esterilización Femenina

Cuándo Realizar el Procedimiento

IMPORTANTE: Si no hay una razón médica para postponerla, la mujer puede hacerse el procedimiento de esterilización femenina cuando quiera si es razonablemente seguro que no está embarazada. Para estar razonablemente seguro de que no esté embarazada, usar la Lista de Verificación del Embarazo (ver p. 372).

Situación de la mujer	Cuándo realizarlo
Tiene ciclos menstruales o pasa de un método a otro	En cualquier momento del mes <ul style="list-style-type: none">• En cualquier momento dentro de los 7 días siguientes al inicio de su menstruación. No precisa usar otro método antes del procedimiento.• Hace más de 7 días del inicio de su menstruación, se puede someter al procedimiento en cualquier momento que sea razonablemente seguro que no esté embarazada.• Si está pasando de anticonceptivos orales, puede seguir tomando las pastillas hasta que haya terminado el paquete para mantener su ciclo regular.• Si está pasando de un DIU, se puede hacer el procedimiento inmediatamente (ver DIU de Co-bre, Pasando de un DIU a Otro Método, p. 148).
No menstrúa	<ul style="list-style-type: none">• En cualquier momento que sea razonablemente seguro que no esté embarazada.
Después del parto	<ul style="list-style-type: none">• Inmediatamente o dentro de los 7 días siguientes al parto, si ha hecho una elección voluntaria, informada, por adelantado.• En cualquier momento en las 6 semanas o más siguientes al parto si es razonablemente seguro que no esté embarazada.
Después de pérdida de embarazo o aborto	<ul style="list-style-type: none">• Dentro de las 48 horas de un aborto no complicado si ha hecho una elección voluntaria, informada, por adelantado.
Después de usar anticonceptivos orales de emergencia (AOE)	<ul style="list-style-type: none">• El procedimiento de esterilización puede ser realizado dentro de los 7 días del inicio de su próxima menstruación o cualquier otro momento en que se esté razonablemente seguro que no esté embarazada. Déle un método de respaldo o anticonceptivos orales y dígame que comience a tomarlos cuando termine los PAE, y que los use hasta que se pueda someter al procedimiento.



Asegurar la Elección Informada

IMPORTANTE: Un asesor amable que escuche las inquietudes de una mujer, que responda sus preguntas y que brinde información práctica y clara sobre el procedimiento—especialmente su permanencia— ayudará a la mujer a hacer una elección informada y a ser una usuaria exitosa y satisfecha, sin que posteriormente lo lamente (ver *Como la Esterilización es Permanente*, p. 174). Puede ser útil hacer participar a la pareja en el asesoramiento, pero no es imprescindible.

Los 6 Puntos del Consentimiento Informado

El asesoramiento debe cubrir los 6 puntos del consentimiento informado. En algunos programas el cliente 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. También puede disponer de anticonceptivos transitorios.
2. La esterilización voluntaria es un procedimiento quirúrgico.
3. Además de los beneficios, el procedimiento puede entrañar algún riesgo. (Es preciso explicar tanto los riesgos como los beneficios de modo que la usuaria los pueda comprender.)
4. De tener éxito, el procedimiento evitará que la usuaria tenga más hijos.
5. El procedimiento se considera permanente y probablemente no sea posible revertirlo.
6. La usuaria puede decidir en contra del procedimiento en cualquier momento antes de que tenga lugar (sin perder derecho a otros beneficios médicos, sanitarios, u otros servicios o beneficios).

Considere que la Esterilización es Permanente

Una mujer o un hombre que consideren la esterilización deberían pensarlo cuidadosamente: “¿Es posible que quiera tener más hijos en el futuro?” Los proveedores de atención médica pueden ayudar a los usuarios a meditar esta pregunta y hacer una elección informada. Si la respuesta es “Sí, podría querer más hijos,” sería mejor elegir otro método de planificación familiar.

Puede servir plantear algunas preguntas. El proveedor podría preguntar:

- “¿Quiere tener más hijos en el futuro?”
- “¿Si no, piensa que podría cambiar de opinión más adelante? ¿Qué podría hacerle cambiar de opinión? Por ejemplo, suponga ¿que se le muriera un hijo?”
- “¿Imagínese que perdiera a su esposo, y se casara otra vez?”
- “¿Su pareja quiere tener más hijos en el futuro?”

Cuando las usuarias que no pueden responder estas preguntas habría que alentarlas a pensar aún más sobre sus decisiones sobre la esterilización.

- En general, las personas que tienen mayor probabilidad de lamentar la esterilización:
- Son jóvenes
- Tienen pocos hijos o ninguno
- Han perdido un hijo
- No están casadas
- Están teniendo problemas conyugales
- Su pareja se opone a la esterilización

Ninguna de estas características descarta la esterilización, pero los proveedores de atención médica deberían asegurarse especialmente que las personas con estas características hagan un consentimiento informado en base a elecciones meditadas

Asimismo, para una mujer, justo después de un parto o un aborto, es un momento conveniente y seguro para una esterilización voluntaria, pero las mujeres esterilizadas en ese momento tienen mayor probabilidad de lamentarlo más adelante. Un asesoramiento minucioso durante el embarazo y el haber tomado la decisión antes del trabajo de parto y parto ayudan a evitar lamentos.

La decisión Sobre la Esterilización Corresponde Sólo a las Usuaris y los Usuarios

El hombre o la mujer pueden consultar a su pareja y a otros sobre su decisión de someterse a una esterilización y pueden considerar sus opiniones, pero nadie puede tomar la decisión por ellos: ni la pareja, otro miembro de la familia, un proveedor de la salud, un líder de la comunidad, ni nadie más. Los proveedores de planificación familiar tienen el deber de asegurarse que la decisión a favor o en contra de la esterilización sea tomada por el o la usuaria y que no estén presionados ni forzados por nadie.

Realización del Procedimiento de Esterilización

Explicación del Procedimiento

Una mujer que ha elegido la esterilización femenina tiene que saber lo que ocurrirá durante el procedimiento. La siguiente descripción puede ayudar a explicar el procedimiento. Para aprender a hacer la esterilización femenina se requiere entrenamiento y práctica bajo supervisión directa. Por lo tanto, esta descripción es un resumen y no da instrucciones detalladas.

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

Procedimiento de Minilaparotomía

1. El proveedor usa procedimientos correctos de prevención de infecciones en todo momento (ver Prevención de Infecciones en la Clínica, p. 312).
2. El proveedor realiza un examen físico y un examen pélvico. El examen pélvico está destinado a evaluar la condición y movilidad del útero.
3. La mujer habitualmente recibe una sedación liviana (con píldoras o por vía intravenosa) para relajarla. Se mantiene despierta. Se le inyecta un anestésico local por encima de la línea de vello pubiano.
4. El proveedor hace una incisión pequeña vertical (2-5 centímetros) en el área anestesiada. Habitualmente causa poco dolor. (Para la mujer que acaba de tener un parto, la incisión se hace horizontalmente en el borde inferior del ombligo.)
5. El proveedor inserta un instrumento especial (elevador uterino) en la vagina, atravesando el cérvix, entrando al útero para elevar las dos trompas de Falopio para que estén más cerca de la incisión. Esto puede provocar molestia.
6. Se hace la ligadura y se corta cada trompa o se las cierra con un gancho o una argolla.
7. El proveedor cierra la incisión con puntos y la cubre con una venda adhesiva.
8. La mujer recibe instrucciones sobre qué hacer al irse de la clínica u hospital (ver Explicación sobre los Autocuidados luego de la Esterilización Femenina, p. 177). Habitualmente puede irse en unas pocas horas.



El Procedimiento Laparoscópico

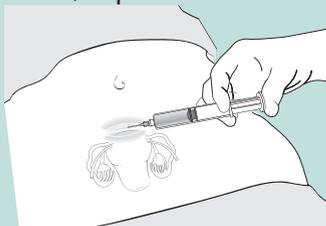
1. El proveedor usa procedimientos correctos de prevención de infecciones en todo momento (ver Prevención de Infecciones en la Clínica, p. 312).
2. El proveedor realiza un examen físico y un examen pélvico. El examen pélvico está destinado a evaluar la condición y movilidad del útero.
3. La mujer habitualmente recibe una sedación liviana (con píldoras o por vía intravenosa) para relajarla. Se mantiene despierta. Se le inyecta un anestésico local bajo el ombligo.
4. El proveedor coloca una aguja especial en el abdomen de la mujer y a través de la aguja, insufla el abdomen con gas o aire. Esto eleva la pared del abdomen, separándola de los órganos pélvicos.

5. El proveedor hace una incisión pequeña (alrededor de un centímetro) en el área 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 cerrar las trompas de Falopio.
7. Se cierra cada trompa con un gancho o una argolla, o con 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 una venda adhesiva.
9. La mujer recibe instrucciones sobre qué hacer una vez que se va de la clínica u hospital (ver Explicación de los Autocuidados para la Esterilización Femenina, en la página siguiente). Habitualmente puede irse en unas pocas horas.

Anestesia Local es Mejor para la Esterilización Femenina

La anestesia local se usa con o sin sedación leve; es preferible a la anestesia general.

- La anestesia local es más segura que la anestesia general, raquídea, o epidural.
- Le permite a la mujer a dejar la clínica o el hospital más temprano
- Permite una recuperación más rápida
- Permite hacer esterilización femenina en más dependencias



Se puede hacer esterilización bajo anestesia local cuando haya un miembro del equipo quirúrgico entrenado para brindar sedación y el cirujano haya sido entrenado para brindar anestesia local. El equipo quirúrgico debe estar entrenado en el manejo de emergencias y la dependencia debe tener el equipamiento y los medicamentos básicos para manejar cualquier emergencia.

Los proveedores de la salud pueden explicar con tiempo a la mujer que le resulta más seguro a ella misma estar despierta durante el procedimiento. Durante el procedimiento los proveedores pueden hablar con la mujer y ayuda a tranquilizarla si lo necesita.

Se puede usar una amplia gama de anestésicos y sedantes. Se puede ajustar la dosificación del anestésico al peso corporal. Debe evitarse el exceso de sedación porque puede reducir la capacidad de la usuaria de permanecer conciente y podría entorpecer o interrumpir su respiración.

En algunos casos puede necesitarse anestesia general. Ver Criterios Médicos de Elegibilidad para Esterilización Femenina, p. 168, para afecciones médicas que necesitan preparativos especiales, que podrían incluir anestesia general.

Apoyo a la Usuaría

Explicación del Autocuidado para la Esterilización Femenina

Antes del procedimiento la mujer debería

- Usar otro anticonceptivo hasta el procedimiento.
- No comer nada durante 8 horas antes de la cirugía. Puede beber líquidos claros hasta 2 horas antes de la cirugía.
- No tomar medicación durante 24 horas antes de la cirugía (a no ser que así se le indique).
- En lo posible usar prendas de vestir limpias y flojas al asistir al centro.
- Abstenerse de usar esmalte de uñas o alhajas.
- De ser posible, traer una amiga o pariente para ayudarla a irse a su casa más tarde.

Después del procedimiento la mujer debería



- Descansar durante 2 días y evitar el trabajo vigoroso y 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 sexo durante por lo menos 1 semana. Si los dolores duran más de 1 semana, evitar el sexo hasta que no duela.

Qué hacer con los problemas más comunes

- Puede presentar un cierto dolor e inflamación abdominal después del procedimiento. Habitualmente desaparece en unos pocos días. Sugiera ibuprofeno (200–400 mg), paracetamol (325–1000 mg), u otro analgésico. No debe ingerir aspirina, ya que retarda la coagulación. Es raro que se tenga que recurrir a analgésicos más potentes. Si se le hizo una laparoscopia, puede ser que le duele el hombro o que se sienta hinchada unos días.

Planificar la visita de control

- Es altamente recomendable realizar controles dentro de los 7 días o por lo menos 2 semanas. Sin embargo, no debería negársele la esterilización a nadie simplemente porque su seguimiento pueda resultar dificultoso o imposible.
- Un proveedor controla el sitio de la incisión, busca signos de infección y retira los puntos. Esto se puede hacer en la clínica, en el hogar de la paciente (lo puede hacer un paramédico especialmente entrenado, por ejemplo), o en cualquier otro centro de salud.

“Vuelva Cuando Quiera”: Razones para Volver

Asegúrele a todas las usuarias que son bienvenidas y que pueden volver en cualquier momento— por ejemplo, si tiene algún problema o preguntas, o si piensan que podrían estar embarazadas. (En unos pocos casos la esterilización falla y la mujer se embaraza.) También si:

- Presenta sangrado, tumoración, rubor, calor, dolor o pus en la herida, que empeoran o no ceden
- Presenta fiebre alta (mayor a 38° C/ 101° F)
- Presenta desmayo, mareos persistentes, o mareos muy intensos en las primeras 4 semanas y especialmente en la primera semana

Consejo general: Toda mujer que sienta súbitamente que hay algo de su salud que está muy mal debe consultar inmediatamente al personal de enfermería o a un médico. Lo más probable es que el método anticonceptivo no sea la causa del problema, pero debe informarle al personal de enfermería o al médico qué método está usando.

Ayuda a las Usuarias

Manejo de Problemas

Problemas Comunicados Como Complicaciones

- Los problemas afectan la satisfacción de la mujer con la esterilización femenina. Hay que prestarles atención. Si la usuaria refiere complicaciones de la esterilización femenina, escuche sus inquietudes y si corresponde, trátela.

Infección del sitio de incisión (rubor, calor, dolor, pus)

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

Absceso (acumulación de pus bajo la piel provocada por infección)

- Limpie el área 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 siente rubor, calor, dolor o le supura o tiene secreción por la herida.

Dolor severo en el abdomen inferior (sospecha de embarazo ectópico)

- Ver Manejo del Embarazo Ectópico, a continuación.

Sospecha de embarazo

- Descartar embarazo, incluyendo 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 infrecuente, pero podría amenazar la vida (ver Pregunta 11, p. 182).
- En las primeras etapas del embarazo ectópico, puede no haber síntomas o estos pueden ser leves, pero eventualmente podrían hacerse severos. Hay una combinación de estos signos o síntomas que deberían elevar las sospechas de embarazo ectópico:
 - Dolor abdominal inusual o dolor exquisito
 - Sangrado vaginal anormal o ausencia de menstruación— especialmente si representa un cambio con respecto a su patrón de sangrado habitual
 - Mareos o sensación de vahídos
 - Desmayos
- *Ruptura de embarazo ectópico:* Dolor súbito o en puñalada de abdomen inferior, algunas veces de un solo lado y algunas veces en todo el cuerpo, sugieren la rotura de un embarazo ectópico (cuando se rompe la trompa de Falopio debido al embarazo). Puede aparecer dolor del hombro derecho provocado por sangre proveniente de la ruptura del embarazo ectópico que presiona sobre el diafragma. Habitualmente, en pocas horas el abdomen se pone rígido y la mujer entra en shock.
- *Cuidado:* El embarazo ectópico es una patología de emergencia que amenaza la vida y que requiere cirugía inmediata. Si se sospecha embarazo ectópico, realice el examen pélvico sólo si se dispone de instalaciones para cirugía inmediata. De no ser así, derive a la mujer de inmediato, o transfírela a una dependencia donde se le pueda brindar un diagnóstico definitivo y atención quirúrgica.

Preguntas y Respuestas Sobre la Esterilización Femenina

1. ¿La esterilización altera la menstruación o la interrumpe?

No. La mayoría de los estudios de investigación encuentran que no aparecen alteraciones importantes en los patrones de sangrado tras la esterilización femenina. Si una mujer estaba usando un método hormonal o un DIU antes de la esterilización, su patrón de sangrado volverá al mismo patrón que antes de usar esos métodos. Por ejemplo, las mujeres que pasan de los anticonceptivos orales combinados a la esterilización femenina pueden notar un sangrado más profuso cuando su menstruación recupera los patrones habituales. Es de destacar, sin embargo, que la menstruación habitualmente se hace menos regular a medida que se acerca la menopausia.

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

No. Después de la esterilización la mujer luce y se siente igual que antes. Puede tener sexo igual que antes. Puede hallar que disfruta más del sexo porque no tiene que preocuparse de quedar embarazada. No aumentará de peso a causa del procedimiento de esterilización.

3. ¿Hay que ofrecer esterilización sólo a mujeres que hayan tenido una cierta cantidad de hijos, que hayan alcanzado una cierta edad, o que estén casadas?

No. No hay ninguna justificación para negar la esterilización a una mujer debido a su edad, la cantidad de hijos vivos, o su estado civil. Los proveedores de atención de salud no deben imponer reglas rígidas en cuanto a la edad, la cantidad de hijos, edad del último hijo, o estado civil. Debe permitirse a toda mujer que decida por sí misma si quiere o no tener más hijos y si quiere o no la esterilización.

4. ¿No es más fácil para la mujer y 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 riesgosa que el procedimiento de esterilización en sí. El uso correcto de la anestesia local elimina la mayor fuente de riesgo de los procedimientos de esterilización femenina— la anestesia general. Asimismo, después de la anestesia general las mujeres a menudo presentan náuseas. Esto no ocurre con tanta frecuencia tras la anestesia local.

Sin embargo, cuando se use la anestesia local con sedación, los proveedores deben cuidar de no excederse en la dosis de sedación de la mujer. Deben tratar a la mujer con suavidad y hablarle durante el procedimiento. Esto ayuda a tranquilizarla. Con muchas usuarias es posible prescindir de los sedantes, especialmente cuando se hace un buen asesoramiento y el proveedor está bien entrenado.

5. ¿Una mujer que se ha hecho un procedimiento de esterilización alguna vez se tiene que preocupar nuevamente de quedar embarazada?

Generalmente, no. La esterilización femenina es muy eficaz en la prevención del embarazo y se supone que sea permanente. Sin embargo, no es 100% eficaz. Las mujeres que han sido esterilizadas tienen un ligero riesgo de quedar embarazadas: Alrededor de 5 de cada 1.000 mujeres quedan embarazadas en el transcurso del primer año del 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 infrecuente, ¿pero hay 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 el lugar equivocado en vez de las trompas.

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

Generalmente, no. La esterilización pretende ser permanente. La gente que pueda querer tener más hijos debería optar por otro método de planificación familiar. La cirugía que pretende revertir la esterilización tiene éxito sólo en algunas mujeres— aquellas a las que les queda suficiente trompa de Falopio. Inclusive entre estas mujeres, la reversión a menudo no termina en embarazo. El procedimiento es difícil y caro y es difícil encontrar proveedores capaces de realizar este tipo de cirugía. Cuando se presenta el embarazo después de la reversión, el riesgo que el embarazo sea ectópico es mayor que lo habitual. Por lo tanto, la esterilización debe considerarse irreversible.

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

Cada pareja debe decidir por sí misma qué método le resulta mejor. Ambos son métodos permanentes, muy eficaces y seguros para las parejas que saben que no quieren tener más hijos. Idealmente, una pareja debería considerar ambos métodos. Si ambos son aceptables para la pareja, debería preferirse la vasectomía porque es más simple, segura, fácil y más barata que la esterilización femenina.

9. ¿Duele el procedimiento de esterilización femenina?

Sí, un poco. Las mujeres reciben anestesia local para eliminar el dolor y excepto en casos especiales, permanecen despiertas. La mujer puede sentir que el proveedor mueve su útero y las trompas de Falopio. Esto puede resultar incómodo. Si hay un anestesista entrenado y se dispone de un 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 inclusive unas pocas semanas después de la cirugía, pero pronto recuperará su fuerza.

10. ¿Cómo pueden los proveedores ayudar a la mujer a decidir sobre la esterilización femenina?

Proporcionando información clara y balanceada acerca de la esterilización femenina y otros métodos de planificación familiar y ayudando a la mujer a meditar su decisión. Pueden hablar minuciosamente sobre sus sentimientos acerca de tener hijos y poner fin a su fertilidad. Por ejemplo, un proveedor puede ayudar a una mujer a pensar cómo se sentiría sobre posibles cambios en su vida, como un cambio de pareja o la muerte de un hijo. Revise los 6 Puntos del Consentimiento Informado para asegurarse que la mujer comprenda el procedimiento de esterilización (ver p. 173).

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

No. Por el contrario, la esterilización femenina reduce en gran medida el riesgo de embarazo ectópico. Los embarazos ectópicos son muy infrecuentes entre las mujeres sometidas a un procedimiento de esterilización. La tasa de embarazos ectópicos entre las mujeres después de la esterilización femenina es 6 por 10.000 mujeres por año. La tasa de embarazos ectópicos entre las mujeres en los Estados Unidos que no usan ningún método anticonceptivo es 65 por 10.000 mujeres por año.

En raras ocasiones la esterilización fracasa y ocurre embarazo, 33 de cada 100 (1 de cada 3) de estos embarazos son ectópicos. Por lo tanto, la mayoría de los embarazos que ocurren luego de falla de la esterilización no son ectópicos. Aún así, el embarazo ectópico puede amenazar la vida, por lo que un proveedor debería ser consiente que existe la posibilidad de embarazo ectópico si falla la esterilización.

12. ¿Dónde puede realizarse la esterilización femenina?

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

- La minilaparotomía puede realizarse en las maternidades y en instalaciones de salud básicas donde se puede hacer la cirugía. Eso incluye las dependencias permanentes y transitorias que pueden derivar a la mujer a un nivel de atención superior en caso de emergencia.
- La laparoscopia requiere un centro mejor equipado, donde se realice el procedimiento regularmente y hay anestesiista disponible.

13. ¿Cuáles son los métodos transcervicales para la esterilización?

Los métodos transcervicales consisten en nuevas maneras de llegar a las trompas de Falopio, a través de la vagina y el útero. En algunos países ya se dispone de un microcoil, Essure. Essure es un dispositivo con forma de resorte que un clínico específicamente entrenado inserta usando un instrumento de visión (histeroscopia) a través de la vagina, entrando al útero y luego a cada trompa de Falopio. En los 3 meses siguientes al procedimiento, se produce proliferación de tejido cicatricial en el dispositivo. El tejido cicatricial taponea permanentemente las trompas de Falopio por lo que los espermatozoides no pueden atravesarlas para fertilizar un óvulo. Sin embargo, es improbable que se introduzca Essure en condiciones de bajos recursos, debido al alto costo y la complejidad del instrumento de visualización requerido para la inserción.