

ESTERILIZACIÓN FEMENINA

Lo que deben saber los agentes de salud



Planificación Familiar y Población
División de Salud Reproductiva
Organización Mundial de la Salud
Ginebra, 1994

Nota de agradecimiento

La Organización Mundial de la Salud agradece al Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP) el apoyo recibido para la preparación y la producción de este documento.

Las observaciones y consultas relativas a este documento deben dirigirse a la Unidad de Planificación Familiar y Población, División de Salud Reproductiva, Organización Mundial de la Salud, 1211 Ginebra 27, Suiza (e-mail: reproductivehealth@who.ch).

© Organización Mundial de la Salud, 1997

El presente documento no se destina al público general, y todos los derechos se los reserva la Organización Mundial de la Salud (OMS). El documento no puede ser objeto de reseñas, resúmenes, citas, reproducciones ni traducciones, ni siquiera en parte, sin la autorización previa por escrito de la OMS. Ningún fragmento del presente documento se puede almacenar en un sistema de recuperación ni transmitirse en ninguna forma o por ningún medio electrónico, mecánico o de otra clase sin la autorización previa por escrito de la OMS.

De las opiniones expresadas en los documentos por autores cuyo nombre figura en los mismos sólo son responsables dichos autores.

INDICE

Introducción	1
¿Qué es la esterilización femenina?	3
¿Cuál es la eficacia de la esterilización femenina?	3
¿Quién debe considerar la conveniencia de hacerse esterilizar?	4
¿Cuándo puede hacerse esterilizar una mujer?	5
¿Cuáles son los métodos o procedimientos quirúrgicos comunes?	7
¿Cómo influye en la elección del método quirúrgico el momento en que conviene aplicarlo?	13
¿Cuáles son las técnicas comunes para la oclusión de las trompas de Falopio?	13
¿Cómo influyen en la elección del método de oclusión el procedimiento quirúrgico y el momento de su aplicación?	16
¿Cuáles son los beneficios para la salud que se derivan de la esterilización femenina?	17
¿Cuáles son las posibles complicaciones de la esterilización femenina?	17
¿Cuáles son las consideraciones relativas a la esterilización inmediata al parto?	19
¿Dónde se puede practicar la esterilización?	20
¿Quién puede practicar el procedimiento?	21

¿Cómo ayudan los agentes de salud a las parejas en la adopción de decisiones?	21
¿Qué es el consentimiento informado?	24
¿Cuáles son las restricciones comunes a la práctica de la esterilización?	26
¿Qué medidas preoperatorias son necesarias?	27
¿Qué deben saber las mujeres antes de la intervención quirúrgica?	27
¿Qué seguimiento e información son necesarios después de la intervención?	28
¿Es posible la reversión?	29
¿Qué asesoramiento complementario acerca de la esterilización deben facilitar los agentes de salud?	30
¿Dónde pueden obtener más información los agentes de salud?	31
APÉNDICE I: Modelo de formulario del consentimiento informado para la cirugía anticonceptiva voluntaria . .	34
APÉNDICE II: Modelo de instrucciones preoperatorias y postoperatorias (orales y escritas) para las clientas	35
REFERENCIAS	38

Introducción

La esterilización femenina es el método de planificación de la familia más practicado en el mundo y uno de los más eficaces. De los 202 millones de hombres y mujeres que han sido esterilizados en todo el mundo, 163 millones son mujeres. De éstos, 161 millones corresponden a los países en desarrollo. Y se prevé que para el año 2005 esta cifra llegue a los 210 millones.¹ La esterilización femenina es una de las opciones que se ofrecen a las parejas que han decidido no tener más hijos. La información y la orientación sobre la esterilización deben formar parte de un debate más amplio sobre las posibilidades de planificación de la familia.

Dado que la esterilización sólo es apropiada para las mujeres que están seguras de que no desean tener más hijos, es indispensable que en los programas de planificación de la familia en los que se ofrezca la esterilización femenina se dé un asesoramiento preciso en el que se subraye que el procedimiento es irreversible y que se dispone de otros métodos inocuos y eficaces para las parejas a las que interese una protección contra el embarazo que sea reversible a largo plazo. Estos métodos transitorios pero duraderos (dispositivos intrauterinos y Norplant®) pueden ser también una solución apropiada para las mujeres que no desean tener más hijos. Además, la esterilización masculina o vasectomía es un método muy eficaz y conveniente para las parejas que quieran evitar el embarazo de manera permanente.

Dado que normalmente las parejas acaban de constituir su familia muchos años antes de que las mujeres lleguen a la menopausia, éstas suelen necesitar protección anticonceptiva durante muchos años. La perspectiva de varios años más de capacidad reproductiva (generalmente las mujeres pueden quedar embarazadas hasta los 50 años poco más o menos y los hombres

¹ UNFPA, Technical Report No. 18, *Contraceptive Use and Commodity Costs in Developing Countries, 1994-2005*.

son fértiles toda la vida) puede inducir las a elegir un método anticonceptivo, bien sea permanente o de larga duración. La esterilización femenina es una opción atractiva para muchas mujeres porque consiste en una sola operación que confiere protección sin necesidad de que la mujer intervenga en el futuro. Sin embargo, dada la permanencia de esta opción, es indispensable que la decisión de hacerse esterilizar se adopte de manera reflexiva y voluntaria, sobre la base de una información completa acerca del procedimiento, incluidos sus riesgos y beneficios y la existencia de otras posibilidades.

La presente publicación ofrece las respuestas a las preguntas más comunes acerca de la esterilización femenina, así como un resumen de los siguientes puntos principales relativos a este procedimiento que es necesario que los agentes de salud conozcan, a saber:

- en qué consiste y cómo funciona la esterilización femenina,
- sus ventajas e inconvenientes,
- sus riesgos y beneficios, y
- cómo ayudar a las mujeres a elegir con conocimiento de causa.

Se espera que la información más actualizada sobre estos temas resulte útil para la dispensa de servicios de alta calidad a todas las clientes. Esta guía es un modelo que cabe adaptar y modificar en versiones apropiadas para su utilización por los dispensadores de asistencia en todos los niveles.

¿Qué es la esterilización femenina?

La esterilización femenina es el procedimiento quirúrgico utilizado para poner fin a la capacidad de la mujer de quedar embarazada. Este procedimiento consiste en la oclusión de las trompas de Falopio (llamadas también trompas uterinas u oviductos) para evitar que se encuentren el óvulo y los espermatozoides (véase la figura 1). Ello se realiza mediante una operación relativamente sencilla, que varía según:

- el método quirúrgico utilizado para llegar a las trompas
- la técnica aplicada para ocluir las trompas
- el momento de aplicación.

Este último factor - es decir, si el procedimiento se puede o no se puede utilizar inmediatamente después de que una mujer haya dado a luz - influye en la elección tanto del método quirúrgico como de la técnica de oclusión. También influirá en gran medida en el tipo de cuestiones de asesoramiento que habrá que debatir.

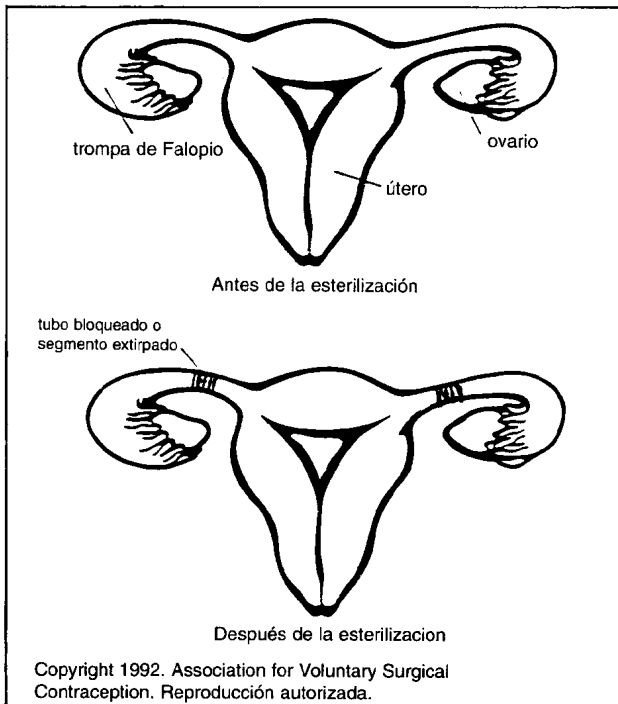
¿Cuál es la eficacia de la esterilización femenina?

Las mujeres que eligen la esterilización gozan de una protección sumamente eficaz frente al embarazo. La esterilización femenina es una de las opciones anticonceptivas más eficaces que existen actualmente, con menos de un 1 por ciento de mujeres que queden embarazadas al cabo de un año.

¿Quién debe considerar la conveniencia de hacerse esterilizar?

La esterilización femenina es apropiada para la mayoría de las mujeres que están seguras de que no desean tener más hijos y necesitan un anticonceptivo fiable. Desde el punto de vista médico, el procedimiento es especialmente apropiado para las mujeres sin contraindicaciones a la cirugía o a la anestesia. Las mujeres con infección pelviana no deben someterse a la intervención hasta que hayan sido tratadas y se hayan repuesto. Cuando el procedimiento se debe aplicar inmediatamente después de un parto, su aplicación es óptima cuando no hay signos de infección ni de otras complicaciones asociadas al parto.

Figura 1: Esterilización femenina



La esterilización femenina debe presentarse como una de las muchas opciones que se ofrecen a las mujeres interesadas en un anticonceptivo permanente. Hay que facilitar a las posibles clientes una información completa sobre todos los métodos de planificación de la familia disponibles sin insistir indebidamente en la esterilización. Los agentes de salud deben seleccionar cuidadosamente las posibles candidatas a la esterilización para asegurarse de que cada una de ellas desea poner fin a la procreación y comprende perfectamente los riesgos y beneficios del método. Hay algunos factores - en particular la edad de la clienta y el número de hijos vivos - que pueden alertar acerca de la posibilidad de que una clienta lamente más tarde su decisión. Este cambio de actitud parece más común entre las mujeres que presentan ciertas características o situaciones como las siguientes:

- jóvenes
- con pocos hijos o sin ellos
- inestabilidad marital
- pareja que no aprueba la decisión
- incertidumbre acerca de si se desean más hijos.

Estos signos de alerta son útiles para identificar a las mujeres que pueden necesitar asesoramiento especial pero no deben utilizarse arbitrariamente para negar la intervención a una mujer que haya adoptado una decisión voluntaria, previa la debida información.

¿Cuándo puede hacerse esterilizar una mujer?

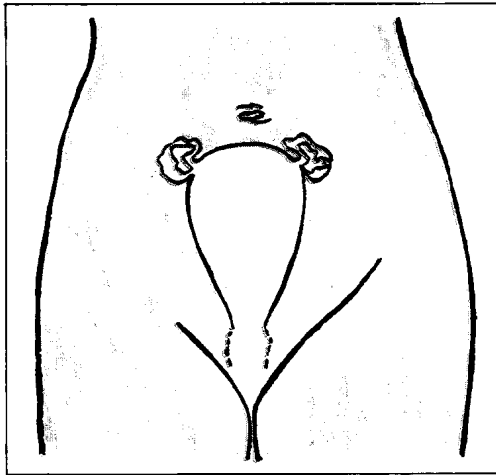
El procedimiento de la esterilización se puede practicar en la mayoría de los momentos a lo largo de la vida reproductiva de la mujer. Generalmente se lleva a cabo durante:

- **el periodo inmediato al postparto**, inmediatamente después o hasta 48 horas después de un parto vaginal o durante una cesárea,

- el **periodo de postaborto**, inmediatamente después de un aborto provocado o espontáneo, o
- el **periodo de intervalo**, cuando la mujer no ha estado embarazada recientemente o al menos seis semanas después del último parto de la mujer (cuando el útero ha recuperado su tamaño normal).

La esterilización femenina no debe realizarse cuando una mujer está embarazada o durante los días 8 a 41 después del parto. Con cuidado especial se puede llevar a cabo durante los días 3 a 7 después del parto (el **periodo postparto**). (Véase la figura 2.)

Figura 2: El útero y las trompas de Falopio después de un parto



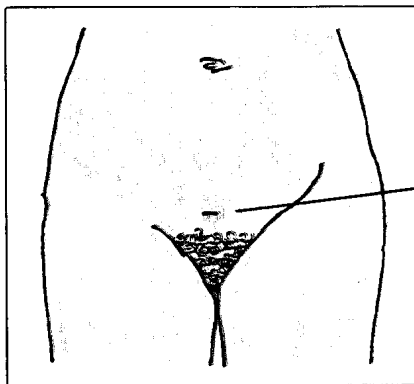
Tomada, con adaptaciones, de Stewart et al., 1987.
Reproducción autorizada.

¿Cuáles son los métodos o procedimientos quirúrgicos comunes?

Para llegar a las trompas de Falopio se pueden utilizar dos métodos, ambos a través del abdomen:

- en la *minilaparotomía* se practica una pequeña incisión abdominal (figura 3) a través de la cual el cirujano suele sacar del abdomen las trompas de Falopio para ocluirlos. La incisión se practica entre 2 cm y 5 cm por encima del vello púbico cuando la mujer no ha estado embarazada recientemente, o de 1,5 cm a 3 cm por debajo del ombligo en las intervenciones postparto. Durante la minilaparotomía de intervalo, el dispensador puede utilizar un manipulador uterino, instrumento metálico que se inserta en la vagina para elevar el útero. De esta manera es más fácil mover las estructuras de la pelvis de modo que las trompas queden cerca del punto de incisión.

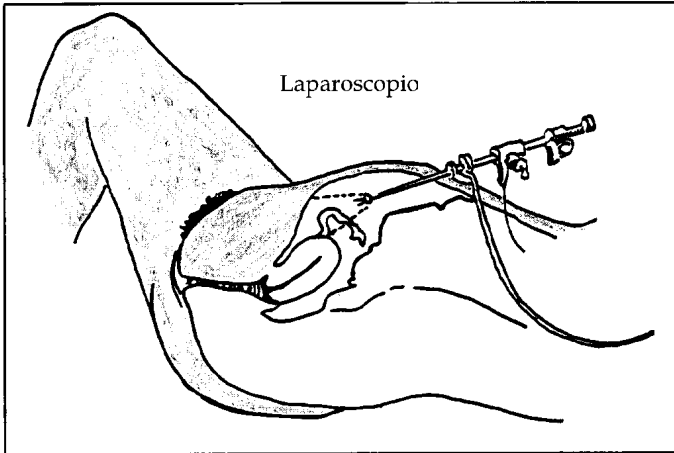
Figura 3: Punto de incisión para la esterilización femenina mediante laparotomía, en el procedimiento de intervalo



Línea de incisión para la minilaparotomía

- para la *laparoscopia* se utiliza un laparoscopio, que es un tubo estrecho provisto de luz con el cual el cirujano puede ver el interior de la cavidad abdominal y la estructura pelviana (Figura 4). Este instrumento óptico se inserta a través de una pequeña punción cerca del ombligo. La misma abertura, o a veces una segunda abertura, se utiliza para manipular los órganos y ocluir las trompas. Se recomienda solamente para las mujeres en periodo de intervalo o después de un aborto del primer trimestre (cuando la gestación es de menos de 12 semanas). La laparoscopia no debe practicarse en las mujeres durante el periodo de postparto a causa de la orientación y la naturaleza vascular del útero en el postparto.

Figura 4: Iluminación de la cavidad abdominal con el laparoscopio



Tomada, con adaptaciones, de Stewart et al., 1987.
Reproducción autorizada.

Ambos métodos son sumamente seguros y eficaces y los dos se pueden practicar con anestesia local y ligera sedación en régimen de ambulatorio. Sin embargo, los dos métodos difieren en algunos aspectos importantes, lo que hace que uno de los dos resulte más apropiado que el otro en determinados lugares o circunstancias. En la mayoría de los países donde los recursos son limitados, la **minilaparotomía** es el método más común porque

sólo requiere equipo sencillo, poco costoso y de fácil mantenimiento, puede ser ejecutada por médicos generalistas o personal paramédico adiestrado, y se recomienda para los procedimientos de postparto o de intervalo. La minilaparatomía se puede practicar en centros de maternidad y en instalaciones básicas de salud con capacidad quirúrgica. Es apropiada en la mayoría de los casos, pero puede resultar más difícil aplicarla a las mujeres obesas o con adherencias de las trompas causadas por infecciones o intervenciones quirúrgicas anteriores (Figura 5).

En cambio, la **laparoscopia** (con su incisión más pequeña) puede resultar un poco menos dolorosa, presenta una tasa ligeramente inferior de complicaciones, requiere un periodo de restablecimiento más corto y deja una cicatriz más pequeña. Generalmente sólo se puede practicar en los grandes centros de referencia. Es un procedimiento más complicado que requiere equipo complejo, como el laparoscopio, que es costoso y de difícil mantenimiento. También requiere especialistas muy diestros, generalmente en obstetricia y ginecología, y un quirófano de hospital con un equipo completo o instalaciones inmediatas de apoyo para las complicaciones (que son raras pero pueden ser graves). Además, es necesario que los cirujanos mantengan la habilidad quirúrgica que exige la técnica. Las investigaciones muestran que la tasa de complicaciones disminuye considerablemente cuando el cirujano ha sido adiestrado especialmente y aplica el procedimiento con regularidad.

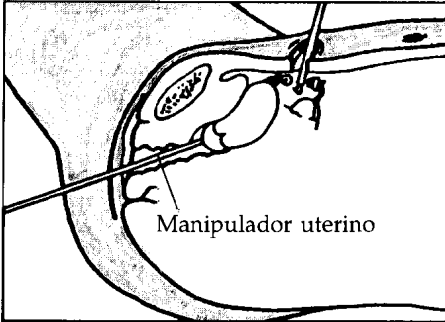
Cuadro 1: Comparación entre la minilaparotomía y la laparoscopia para la esterilización femenina

	Minilaparotomía	Laparoscopia
Instrumentos y equipo	Requiere un instrumental quirúrgico reducido, corriente y barato.	Requiere un equipo de endoscopia complejo y caro, que es difícil de mantener.
Formación y competencias quirúrgicas	Pueden practicarla los agentes de salud con formación y competencias básicas, una vez adiestrados en la técnica.	Sólo pueden practicarla cirujanos especialmente adiestrados, generalmente especialistas en obstetricia y ginecología. Ha de practicarse con regularidad a fin de mantener el nivel de competencia.
Momento de aplicación	Apropiada para los periodos de postparto, postaborto e intervalo.	Sumamente apropiada para el periodo de intervalo y después de un aborto en el primer trimestre.
Centro o establecimiento	Puede practicarse en centros obstétricos y establecimientos de asistencia sanitaria básica con capacidad quirúrgica.	Se necesitan quirófanos completamente equipados y anestesiista.
Duración	Según la experiencia del operador, se practica en un tiempo medio de 10-20 minutos.	Según la experiencia del operador, requiere 5-15 minutos, por lo que resulta útil en los servicios con gran volumen diario de casos.

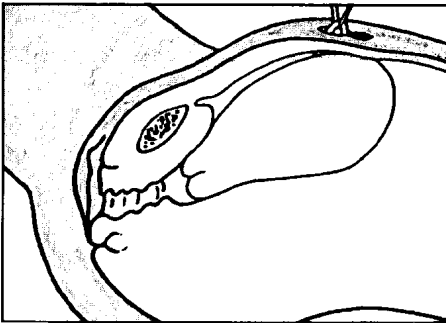
	Minilaparotomía	Laparoscopia
Precauciones	Resulta difícil en las mujeres obesas (especialmente en las intervenciones en el intervalo) y en las que presentan cicatrices y adherencias pelvianas.	No se recomienda en el postparto ni en las mujeres que han sufrido previamente operaciones abdominales bajas o infecciones pelvianas.
Complicaciones	Las complicaciones son raras. Ligero riesgo de lesiones intestinales o vesicales, de perforación del útero y de infección de la herida.	Las complicaciones son raras. Ligero riesgo de lesiones vasculares, lesiones intestinales y accidentales derivadas de la insuflación abdominal. Algunas complicaciones pueden requerir el uso de anestesia general.
Anestesia	Se recomienda la anestesia local.	Anestesia local, espinal o general.
Efectos secundarios	Puede aparecer dolor abdominal a corto plazo.	Dolor postoperatorio en el tórax y en los hombros a consecuencia de la insuflación abdominal.
Eficacia	Sumamente eficaz; tasas de fracaso de menos de 1% a los 12 meses.	Sumamente eficaz; tasas de fracaso de menos de 1% a los 12 meses.

Figura 5: Minilaparotomía de intervalo y de postparto

*Minilaparotomía
de intervalo*



*Minilaparotomía
de postparto*



Tomada, con adaptaciones, de *Family Planning Handbook for Doctors*, IPPF Medical Publications, 1988.
Reproducción autorizada.

¿Cómo influye en la elección del método quirúrgico el momento en que conviene aplicarlo?

La **minilaparotomía** se puede utilizar para llegar a las trompas en cualquier momento (durante los periodos de intervalo, postaborto o postparto), mientras que la **laparoscopia** sólo se debe practicar durante el periodo de intervalo o después de un aborto provocado precoz (primer trimestre). La laparoscopia no se recomienda en el postparto inmediato a causa de la posibilidad de lesiones del útero hipertrofiado y vascularizado.

¿Cuáles son las técnicas comunes para la oclusión de las trompas de Falopio?

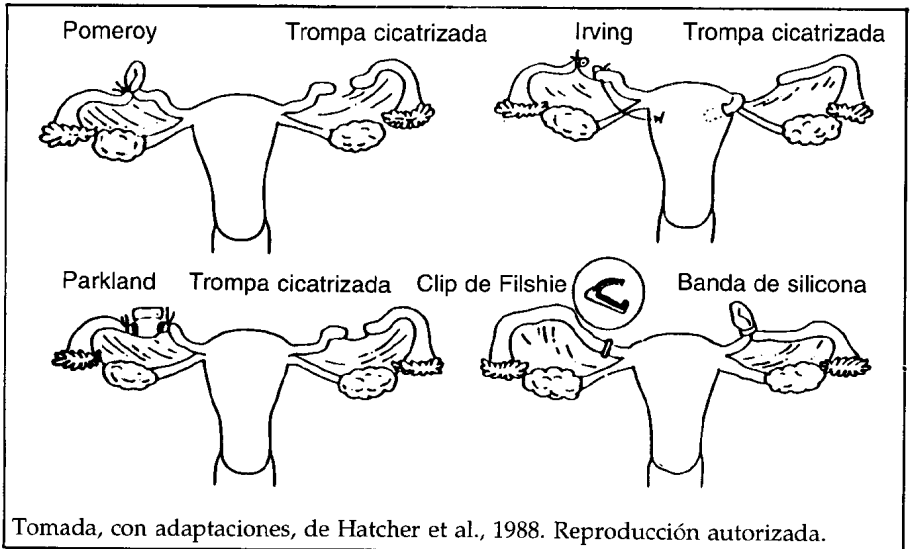
La selección del método de oclusión depende de varios factores, entre ellos el tipo de intervención quirúrgica (minilaparotomía o laparoscopia), el momento de la esterilización (postparto o intervalo), la formación del dispensador, y la disponibilidad de suministros. Una vez que el dispensador llega a las trompas uterinas, éstas se pueden ocluir (Figura 6) mediante dos métodos de uso común:

- Ligadura y escisión (corte y resección). La ligadura sólo se utiliza en la minilaparotomía (tanto en los casos de postparto como en los de intervalo); el método consiste en ligar cada trompa de Falopio con hilo de sutura, y después cortarla, y extirpar un segmento. El método más común es la **técnica de Pomeroy**, en la que un segmento de la trompa de Falopio **se liga en una asa y luego se corta y retira la parte superior del asa**. Otro método - la

técnica de Parkland - consiste en ligar la trompa en dos puntos y extirpar el segmento intermedio.

Hay otras dos técnicas de ligadura y escisión que se usaban anteriormente, a saber, las técnicas de Uchida y de Irving. Ambas son muy eficaces, pero requieren grandes incisiones (la de Irving se ha aplicado durante la cesárea) y, a causa de su índole más complicada, su ejecución lleva un tiempo relativamente largo.

Figura 6: Técnicas oclusivas utilizadas en la esterilización femenina



- Métodos mecánicos. Son la opción preferida para usar con la laparoscopia, que consiste en colocar un dispositivo (clip articulado o de resorte o un pequeño anillo o banda de silicona), para cerrar y bloquear cada trompa. Los diversos métodos **mecánicos**, que son apropiados para los casos de intervalo en los que se aplica la laparoscopia, requieren un cirujano especialista adiestrado en este procedimiento. Las

Cuadro 2: Ventajas e inconvenientes de las diversas técnicas oclusivas de esterilización femenina

Técnica	Ventajas	Inconvenientes
Ligadura y escisión Parkland, Pomeroy	Eficaz; apropiada para la esterilización en el postparto y el intervalo; tasa de complicaciones baja; sencilla; no requiere cirujano especializado; barata.	No puede utilizarse con laparoscopia.
Irving	Sumamente eficaz; puede practicarse en el curso de una cesárea.	Más difícil de realizar que las técnicas de Pomeroy y Parkland; requiere más tiempo y laparotomía.
Mecánica Banda de silicona Clip de Filshie Clip de resorte	Destruye menos tejido tubárico que la ligadura; apropiada para la esterilización en el intervalo por laparoscopia en establecimientos con un volumen elevado de casos. El clip de Filshie se puede utilizar para los casos de postparto.	Suele aplicarse por laparoscopia, que requiere personal quirúrgico especializado y adiestramiento en laparoscopia; las tasas de fracaso y de complicaciones pueden aumentar si el adiestramiento es insuficiente o disminuye la pericia. En los casos de postparto no se recomienda el uso de bandas de silicona ni de clips de resorte.
Eléctrica Electrocoagulación	Puede practicarse por laparoscopia; rápida; puede causar menos dolor postoperatorio que las técnicas mecánicas.	Suele destruir más tejido tubárico; requiere personal quirúrgico especializado y adiestramiento para la laparoscopia; las tasas de fracaso y las complicaciones pueden aumentar si el adiestramiento es insuficiente o disminuye la pericia; se asocia a quemaduras internas y a un riesgo de embarazo ectópico ulterior mayor que el que presentan la ligadura o las técnicas mecánicas. No está aprobada oficialmente ni se recomienda su empleo general en muchos países.

tasas de fracaso y las complicaciones pueden aumentar si la formación del dispensador es insuficiente o la competencia no se mantiene mediante la práctica regular del procedimiento.

- Métodos eléctricos. La electrocoagulación se utiliza en conjunción con el laparoscopio para cauterizar y ocluir las trompas. Este método ya no se recomienda porque las investigaciones muestran un mayor riesgo de quemaduras internas durante el procedimiento y de embarazo ectópico después de la operación.

¿Cómo influyen en la elección del método de oclusión el procedimiento quirúrgico y el momento de su aplicación?

El momento de aplicación del procedimiento, si una mujer desea que se le aplique inmediatamente después del parto o no, influye en la elección tanto del procedimiento quirúrgico como del método de oclusión. Durante el periodo de intervalo (cuando una mujer no ha estado embarazada recientemente o han transcurrido por lo menos seis semanas desde el parto), cabe utilizar cualquier procedimiento quirúrgico (minilaparatomía o laparoscopia) juntamente con cualquiera de los dos métodos, de ligadura o de dispositivo mecánico. Para la esterilización inmediata en el postparto, el procedimiento quirúrgico recomendado es la minilaparotomía, con ligadura mediante clips, anillos o bandas. Durante una cesárea, la ligadura es el método más común. Para la esterilización en postaborto, cabe utilizar cualquiera de los dos procedimientos quirúrgicos y de los métodos de oclusión (aunque los dispositivos mecánicos requieren cuidados especiales porque las trompas están algo engrosadas).

¿Cuáles son los beneficios para la salud que se derivan de la esterilización femenina?

Habida cuenta de los considerables riesgos asociados a los embarazos demasiado seguidos, el uso de anticonceptivos reporta considerables beneficios para la salud de las mujeres expuestas a un embarazo no deseado. No hay ningún anticonceptivo que sea ideal para todas las clientas. La esterilización brinda una protección sumamente eficaz a las mujeres que necesitan un anticonceptivo fiable y están seguras de que no desean más hijos. Ofrece protección permanente e inocua frente a un embarazo no deseado, sin ninguno de los posibles problemas de salud asociados a algunos métodos transitorios. Asimismo, en contraste con los métodos transitorios, no requiere una intervención continua de la mujer. La mujer que ha sido esterilizada se libra de las preocupaciones comúnmente asociadas a los métodos transitorios, tales como la observancia por parte del otro miembro de la pareja, las molestias, los efectos secundarios, los problemas de suministro y las consecuencias de un olvido. Además de los beneficios que reporta como anticonceptivo, investigaciones recientes sugieren que la esterilización puede reducir el riesgo de cáncer de ovario.²

¿Cuáles son las posibles complicaciones de la esterilización femenina?

A corto plazo. Las complicaciones son raras. Los tipos de complicaciones varían según el tipo de procedimiento quirúrgico. Entre las complicaciones de la minilaparotomía figuran la infección de la herida, la perforación uterina con el manipulador

²

Challenges in Reproductive Health Research, OMS, véase la referencia 3.

uterino, y las lesiones vesicales o intestinales. En la laparoscopia las complicaciones pueden consistir en problemas de anestesia, desgarros o sección de las trompas, y lesiones orgánicas causadas por instrumentos tales como el manipulador uterino, la aguja de insuflación abdominal o el trócar. Aunque las complicaciones con la laparoscopia no son más comunes que con la minilaparotomía, algunas son más graves y requieren anestesia general. La tasa de complicaciones depende en gran medida del nivel de pericia quirúrgica y de la experiencia.

La posibilidad de que se planteen tales problemas se limita en gran parte al momento de la intervención y al poco tiempo que sigue inmediatamente después. La mayoría de estos problemas se pueden prevenir mediante una selección cuidadosa, el uso de anestesia local con un ligero sedante, una técnica quirúrgica cuidadosa, una buena asepsia y cuidados postoperatorios apropiados. La gravedad de estos problemas puede reducirse al mínimo si se les identifica desde el comienzo y se les aplica rápidamente el tratamiento oportuno. En las instrucciones postoperatorias escritas y orales (con ilustraciones cuando son necesarias en el caso de las mujeres analfabetas o con alfabetización insuficiente) se debe indicar a las mujeres la necesidad de que vuelvan al consultorio una semana después de la intervención para cerciorarse de que no se ha producido ninguna infección.

A largo plazo. La esterilización raramente fracasa. Sin embargo, cuando una mujer esterilizada queda embarazada, es probable que se trate de un embarazo ectópico (tubarío), que puede ser mortal. Se debe asesorar a las mujeres acerca de la importancia de solicitar inmediatamente atención médica si creen que han quedado embarazadas.

Otra posible consecuencia es que la mujer operada lamenta más tarde haberse hecho esterilizar. Los resultados de las investigaciones subrayan la importancia de asesorar a las mujeres que están pensando en hacerse esterilizar acerca de la índole permanente de la esterilización y de la posibilidad de que más tarde lamenten su decisión.

¿Cuáles son las consideraciones relativas a la esterilización inmediata al postparto?

El periodo que sigue inmediatamente al parto es el momento ideal para realizar la esterilización por minilaparotomía. Ofrece ventajas tanto para la madre como para el dispensador. Con frecuencia es menos dolorosa y el periodo de restablecimiento es más corto que con la minilaparotomía en el intervalo. Resulta cómoda para la madre porque le ahorra la necesidad de una visita especial para el procedimiento de esterilización y la intervención efectuada inmediatamente después del parto no prolonga la estancia normal en el hospital o la maternidad.

Desde el punto de vista del dispensador, es posible practicar una incisión más pequeña gracias al engrosamiento del útero en el postparto, y resulta más fácil llegar a la trompas de Falopio. Al ser menor la manipulación abdominal se necesita menos instrumental. Sin embargo, la hipertrofia de las trompas de Falopio en las mujeres que acaban de dar a luz puede hacer más difícil ocluir las, de tal modo que generalmente no resultan apropiados los dispositivos mecánicos, tales como anillos y clips. Uno de estos dispositivos, el clip de Filshie, constituye la única excepción.

La esterilización que sigue inmediatamente al parto puede tener sus ventajas, pero la posibilidad de que una mujer lamente más tarde su decisión después de haber sido esterilizada es mayor en las mujeres que se someten a la intervención en este momento, especialmente en los casos de enfermedad o muerte de un hijo o de cambio en la situación conyugal. Es muy importante, pues, un buen asesoramiento.

Dado que el embarazo y el parto pueden influir en la decisión de una mujer de no tener más hijos, es básico que los asesores aconsejen que se reflexione bien antes de decidir. La

decisión debería tomarse con mucha antelación al parto o al aborto, y nunca cuando las mujeres acaban de dar a luz o de abortar y están sedadas o con los dolores del parto. El estrés, el dolor y los sedantes pueden influir en una decisión que más tarde podría revelarse como errónea. Las investigaciones sugieren que el arrepentimiento después de la esterilización en el postparto puede ser más común entre las mujeres más jóvenes (de menos de 30 a 35 años), las mujeres con pocos hijos, y las que dan a luz mediante cesárea. Para las clientas de postparto con problemas médicos o para las que no desean un método permanente existen otras opciones de larga duración. El DIU y el Norplant® se pueden insertar durante el postparto inmediato.

Las mujeres que tienen un parto con cesárea pueden optar por hacerse esterilizar durante la misma intervención. Sin embargo, NO se debe llevar a cabo una cesárea con la finalidad primordial de esterilizar a una mujer porque la intervención acarrea los riesgos asociados a toda operación de cirugía mayor. Además, la esterilización se debe llevar a cabo en el momento de la intervención cesárea solamente si la mujer había considerado la cuestión y había adoptado una decisión informada mucho antes de la intervención.

¿Dónde se puede practicar la esterilización?

En el caso de la minilaparotomía, el procedimiento se puede practicar en los centros de maternidad y los establecimientos básicos de salud con capacidad quirúrgica, incluidas instalaciones tanto permanentes como transitorias con acceso a la atención de referencia. La laparoscopia requiere un hospital completamente equipado, en el que se lleven a cabo regularmente esta clase de intervenciones y donde se disponga de anestesiista.

¿Quién puede practicar el procedimiento?

El tipo de dispensador varía según el procedimiento quirúrgico de que se trate. Es posible adiestrar en la ejecución de **minilaparatomías** a cualquier médico o al personal de enfermería o paramédico en general. Las investigaciones y la experiencia del programa muestran que el personal no médico debidamente adiestrado puede practicar este procedimiento igual que los médicos. En cambio, la **laparoscopia** debe ser practicada exclusivamente por médicos especializados en cirugía abdominal y pelviana que hayan sido adiestrados en la técnica y la practiquen regularmente. Además, para la laparoscopia se necesita un anestésico a causa de la posibilidad de complicaciones graves que requieran anestesia general.

¿Cómo ayudan los agentes de salud a las parejas en la adopción de decisiones?

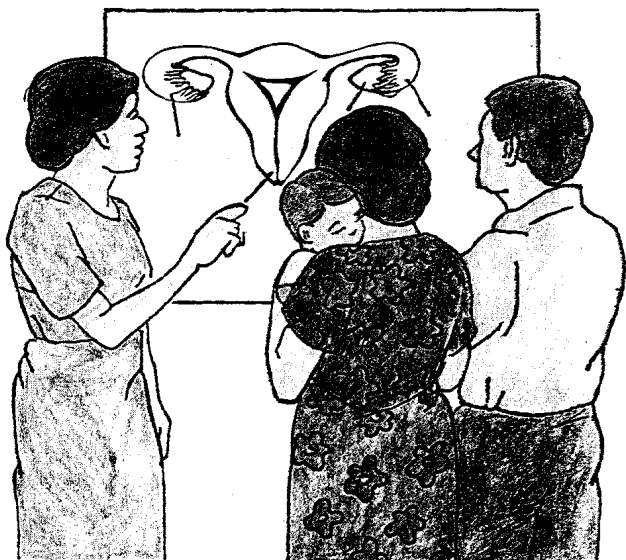
La finalidad del asesoramiento en materia de planificación de la familia es ayudar a las parejas con información y orientaciones sobre la selección de un método apropiado. Además de facilitar información completa y correcta acerca de los métodos anticonceptivos (llenando vacíos en los conocimientos de los clientes y corrigiendo falsas ideas), el consejero centra su atención en la forma en que estas opciones guardan relación con las necesidades y circunstancias específicas de una mujer. A las parejas que deseen mantener la posibilidad de tener hijos se les debe aconsejar que no elijan la esterilización. Cuando se hace fuerte hincapié en determinados métodos anticonceptivos se atenta contra el derecho de una mujer a elegir de manera informada y con plena libertad. Las mujeres no se deben sentir presionadas en favor de la esterilización.

La sesión de asesoramiento debe servir para:

- Examinar las distintas opciones. La información sobre la esterilización debe formar parte de un debate general sobre planificación de la familia y sobre las diversas opciones disponibles. No se debe insistir en ningún método concreto, como la esterilización.
- Corregir falsas ideas. Debe prestarse atención a la necesidad de identificar y contrarrestar rumores y mitos acerca de la esterilización femenina y los demás métodos anticonceptivos. Las investigaciones sugieren que las falsas ideas constituyen un importante obstáculo al uso de anticonceptivos en algunos países. Las informaciones erróneas corrientes sobre la esterilización - por ejemplo, la idea de que la esterilización hará que la mujer deje de tener la regla o la afectará sexualmente - pueden inclinar a una mujer a no elegir el método, y es necesario disipar estas falsas ideas. **Está generalmente aceptado que la esterilización no afecta las hormonas femeninas ni provoca cambios en el deseo o la satisfacción sexual.**
- Subrayar la índole permanente de la esterilización. Los dispensadores de planificación familiar deben subrayar la índole permanente de la esterilización y la disponibilidad de otros métodos que son reversibles. Debe adiestrarse al personal de asesoramiento en la identificación de las clientas que es probable que cambien de parecer acerca de la esterilización después de haber sufrido la intervención. Las mujeres jóvenes son las más expuestas a lamentar más tarde su decisión. La edad y los demás factores ligados a un mayor riesgo de arrepentimiento futuro deben considerarse como señales de alerta pero no se deben utilizar para denegar el procedimiento a las mujeres que hayan adoptado una decisión cuidadosamente meditada.
- Explicar en qué consiste el procedimiento de esterilización. Las clientas deben conocer los beneficios y los riesgos de la esterilización quirúrgica, incluidas las raras pero posibles complicaciones graves y la posibilidad de fracaso. Deben saber qué les espera durante la intervención y después de la misma.

El asesoramiento es particularmente importante en el caso de la esterilización porque el procedimiento es permanente y requiere cirugía. En toda sesión de asesoramiento para una mujer que está considerando la posibilidad de hacerse esterilizar hay que centrar la atención en las necesidades y los deseos de la clienta. Siempre que sea posible, hay que estimular a la mujer para que consiga que su pareja participe en el proceso de asesoramiento. Sin embargo, salvo donde se trata de un requisito impuesto por la ley, el consentimiento de la pareja no debe ser indispensable.

Figura 7: Siempre que sea posible, conviene que la pareja o el marido participen en la sesión de asesoramiento



El asesoramiento acerca de la decisión de dejar de tener hijos y también acerca de la experiencia quirúrgica hace que sea más probable que la mujer se sienta satisfecha de su propia decisión. Las mujeres pueden aprender acerca de la planificación de la

familia y la esterilización cuando reciben atención primaria prenatal, de postparto o de salud en general. Durante el final del embarazo o durante el momento de un aborto, una mujer puede ser particularmente receptiva, pero los consejeros deben tener presente que con frecuencia se trata de momentos de estrés emocional en los que las mujeres pueden necesitar más ayuda para tomar una decisión cuidadosamente meditada. Las investigaciones muestran que las clientas que se hacen esterilizar durante los periodos de postaborto o de postparto inmediato son las más expuestas a lamentar más tarde su decisión. En lo posible, conviene que la mujer tome su decisión mucho antes del parto o del aborto.

Los consejeros deben procurar que transcurra un intervalo de tiempo suficiente entre el asesoramiento y la intervención, e insistir en que las clientas pueden cambiar de parecer en cualquier momento antes de esta última.

¿Qué es el consentimiento informado?

Nunca se debe obligar a nadie a someterse a la esterilización. La mujer que ha elegido la esterilización tubaria debe haber decidido libremente y sólo después de conocer y comprender plenamente los hechos importantes acerca de esta intervención y las demás posibilidades de planificación de la familia. Debe invitarse a la clienta a que exprese con sus propias palabras lo que sabe del procedimiento y de sus consecuencias. Esto ayudará al dispensador a cerciorarse de que la clienta está realmente informada.

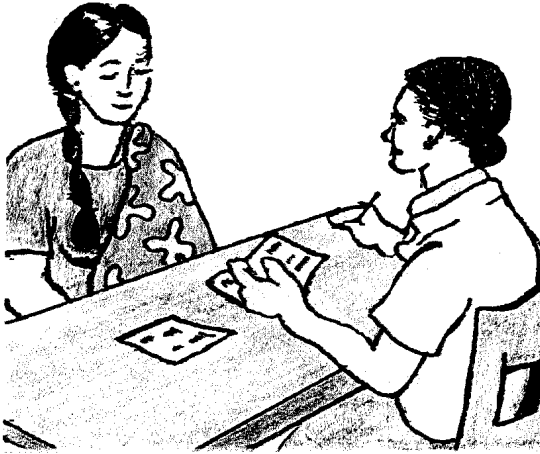
Después del asesoramiento y de una consideración cuidadosa del asunto, una mujer puede decidir que la esterilización es lo que le conviene. A menudo se le pedirá que firme un formulario de **consentimiento informado** en el que se indica que ha elegido libremente y previa información. En muchos países, la firma de la clienta en un formulario de consentimiento informado constituye

una autorización legal para la operación. Sin embargo, el formulario de consentimiento informado no debe considerarse simplemente como un requisito legal o una protección para el dispensador. Un formulario firmado no garantiza que una decisión se tomó libremente ni sobre la base de una información clara, completa y exacta, pero puede ser una orientación útil para los programas de planificación de la familia que brindan servicios de esterilización. Después de la selección cuidadosa y del asesoramiento, el formulario puede servir de último paso en el procedimiento del consentimiento informado. Sirve de recordatorio tanto para el dispensador como para la clienta y contribuye a cerciorarse de que una clienta:

- sabe que se trata de una intervención quirúrgica y que tiene por objeto impedir de manera permanente que la clienta tenga más hijos,
- ha sido informada acerca de otros posibles métodos de planificación de la familia,
- está al corriente de los beneficios y los riesgos de la intervención,
- ha elegido voluntariamente, y
- sabe que puede cambiar de parecer en cualquier momento antes de la intervención sin pérdida de los beneficios médicos o económicos.

En el caso de las mujeres que se muestran indecisas acerca de la esterilización y preocupadas por su irreversibilidad, los consejeros deben insistir en la existencia de métodos transitorios y duraderos. Los formularios para el consentimiento informado no se deben facilitar a la clienta hasta que se haya completado el asesoramiento y la interesada haya tomado una decisión firme (Figura 8). El consentimiento informado se debe obtener antes de que la mujer esté bajo los efectos de un sedante o sufriendo los dolores del parto. En algunos países puede ser obligatorio el consentimiento del marido o la pareja. Independientemente de lo que disponga la ley, los consejeros deben tratar de convencer a las mujeres de la conveniencia de que sus maridos o parejas participen en las sesiones de asesoramiento y en la adopción de la correspondiente decisión.

Figura 8: La mujer debe firmar un formulario de consentimiento después de haber sido asesorada y sólo cuando haya adoptado una decisión firme



Véase un modelo de formulario de consentimiento en el Apéndice 1.

¿Cuáles son las restricciones comunes a la práctica de la esterilización?

Las normas relativas a la esterilización pueden variar, pero la mayoría de ellas tienen por objeto proteger a la cliente de toda coerción y reducir al mínimo los casos en que la mujer lamenta su decisión después de la esterilización. En algunos países se exige una edad mínima (generalmente de 30 a 35 años de edad) y se insiste en que las mujeres deben tener ya un mínimo de hijos, y aun, en algunos casos, se especifica el sexo. En muchos países

se exige que transcurra un determinado periodo de tiempo entre la adopción de la decisión y la intervención. En algunos se requiere el consentimiento del marido o la pareja sexual, aunque en general se considera que lo importante es el asesoramiento y no el consentimiento del marido o la pareja sexual.

¿Qué medidas preoperatorias son necesarias?

El historial médico y los reconocimientos físicos deben incluir información sobre un posible embarazo, enfermedades pelvianas, cirugía abdominal anterior y otras afecciones que pueden aumentar los riesgos para la interesada.

¿Qué deben saber las mujeres antes de la intervención quirúrgica?

A la mujer que haya decidido someterse a la esterilización se le debe aconsejar que use anticonceptivos transitorios hasta que se haya realizado la intervención. En una sesión de asesoramiento previa a la intervención se deben facilitar instrucciones acerca de la manera de prepararse para ella y de lo que la interesada experimentará durante la operación y después de la misma. Una explicación sencilla, sin tecnicismos, de los diversos pasos de la intervención y de la anestesia que se va a aplicar informará y tranquilizará a la clienta. Se deben seleccionar para la clienta las instrucciones pertinentes sobre los cuidados para antes y después de la operación. Estas instrucciones deben incluir ilustraciones claras y sencillas para las personas analfabetas (véase el Apéndice II).

¿Qué seguimiento e información son necesarios después de la intervención?

A la mayoría de las mujeres se las puede dar el alta el mismo día, después de una minilaparotomía o una laparoscopia, ya que los problemas de restablecimiento son mínimos y la mayoría de las complicaciones se presentan durante la intervención o muy poco después. En el momento de dar el alta, los dispensadores deben repetir a las mujeres las instrucciones sobre lo que deben hacer después de la intervención, incluidos los cuidados de la herida y la forma de tratar cualquier dolor que pudiera presentarse, así como acerca de lo que cabe prever (por ejemplo, el hecho de que quedará una cicatriz pequeña pero visible). **Es necesario aconsejar a las mujeres que acudan inmediatamente a solicitar atención médica si observan un aumento de los dolores abdominales.**

A los siete días de la intervención habrá que efectuar una visita de seguimiento. Una mujer que haya sido esterilizada durante el periodo de intervalo puede esperar reanudar sus actividades normales en el plazo de tres a cinco días y tener relaciones sexuales en el plazo de una semana o cuando se sienta lo bastante bien después de este plazo. En el caso de las mujeres a las que se aplica el procedimiento inmediatamente después del parto, la intervención no prolonga el periodo de restablecimiento normal después del parto.

La mujer que ha sido esterilizada tiene menos de un uno por ciento de probabilidades de quedar embarazada. Sin embargo, conviene que tanto el personal de salud como las clientas sepan cuáles son las posibles consecuencias de un embarazo después de una esterilización. Entre las mujeres esterilizadas que quedan embarazadas se observa un marcado aumento del riesgo de embarazo ectópico (tubario), que puede ser mortal. Hay que aconsejar a las mujeres que vigilen la posible aparición de los siguientes signos de embarazo tubario: dolores en el abdomen bajo, interrupción de la regla, y hemorragia uterina anormal.

Pese a una selección cuidadosa, algunas clientas pueden experimentar dificultades para adaptarse al hecho de haber sido esterilizadas, en particular en el caso de un nuevo matrimonio o de la pérdida de un hijo. A estas mujeres se les debe ofrecer asesoramiento y apoyo, así como información apropiada sobre centros de excelencia donde existan servicios de reversión.

¿Es posible la reversión?

La mayoría de las mujeres que eligen la esterilización consideran que han elegido bien, pero algunas lamentan más tarde su decisión. Para algunas de éstas, la cirugía de restauración de la fecundidad puede ser una opción. Aunque la reversión es posible en algunos casos, la esterilización nunca se debe considerar como un procedimiento reversible. A las mujeres que estén considerando la posibilidad de hacerse esterilizar hay que asesorarlas sobre la índole permanente - en principio - de la operación y la posibilidad de que más tarde se arrepientan de la decisión tomada.

Las mujeres deben saber que la cirugía encaminada a tratar de devolver la fecundidad a la mujer esterilizada sólo se practica en algunos países. En el asesoramiento se debe subrayar lo siguiente:

- La esterilización, en principio, es permanente.
- La operación de reversión requiere una intervención quirúrgica compleja y larga, cirujanos muy bien adiestrados y equipo especializado. Con frecuencia requiere además anestesia general. Los riesgos son mayores y el periodo de restablecimiento más largo que para la esterilización.
- Gran número de intervenciones de reversión fracasan.
- La cirugía de reversión aumenta las probabilidades de embarazo tubario.

¿Qué asesoramiento complementario acerca de la esterilización deben facilitar los agentes de salud?

La esterilización femenina y la lactancia natural. El procedimiento no afecta a la producción de leche materna ni influye adversamente en la salud del niño.

La esterilización femenina y las enfermedades de transmisión sexual. La esterilización no confiere a la mujer ninguna protección contra las enfermedades de transmisión sexual (ETS), incluido el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Aunque no exista el riesgo de embarazo, hay que aconsejar el uso de medidas de protección a las mujeres expuestas al riesgo de ETS. Para estas mujeres, los condones usados correctamente y en todos los actos sexuales son la mejor protección disponible. Los demás métodos de barrera (diafragma, tapón, esponja y espermicidas vaginales) confieren una protección limitada.

¿Dónde pueden obtener más información los agentes de salud?

Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional
ADI de los Estados Unidos de América
Oficina de Población Science and Technology Bureau
Washington, DC 20523
Estados Unidos de América

Asociación Pro-Bienestar de la Familia Colombiana (PROFAMILIA)
Calle 34, n° 14-52
Bogotá 1
Colombia

Association for Voluntary Surgical Contraception (AVSC)
79 Madison Avenue
Nueva York, NY 10016
Estados Unidos de América

Bangladesh Association for Voluntary Sterilization (BAVS)
Road 132, House No. 160
Dhanmondi Residential Area
Dhaka 5
Bangladesh

Centers for Disease Control (CDC)
Division of Reproductive Health
1600 Clifton Road, N.W.
Atlanta, GA 30333
Estados Unidos de América

Family Health International (FHI)
Research Triangle Park
PO Box 13950
Durham, NC 27709
Estados Unidos de América

Family Planning Association of Kenya (FPAK)
PO Box 30581, Harambee Plaza
Hailé Sélassié Avenue
Nairobi
Kenya

Family Planning Association of India
Bajaj Bhavan
Nariman Point
Bombay 400 021
India

Family Planning Association
of Nepal (FPAN)
Leknath Marg
PO Box 486
Kathmandu
Nepal

Family Planning
International Assistance
(FPIA)
810 Seventh Avenue
Nueva York, NY 10019
Estados Unidos de América

Federación Internacional de
Planificación de la Familia
(IPPF)
Regent's College
Inner Circle
Regent's Park
Londres NW1 4NS
Reino Unido

Fondo de Población de las
Naciones Unidas (FNUAP)
220 East 42nd Street
Nueva York, NY 10017
Estados Unidos de América

Oficina Regional de la OMS
para Africa
PO Box No. 6
Brazzaville
Congo

Oficina Regional de la OMS
para las Américas/Oficina
Sanitaria Panamericana
525 23rd Street N.W.
Washington, DC 20037
Estados Unidos de América

Oficina Regional de la OMS
para Asia Sudoriental
World Health House
Indraprastha Estate
Mahatma Gandhi Road
Nueva Delhi - 110002
India

Oficina Regional de la OMS
para Europa
8 Scherfigsvej
2100 Copenhagen
Dinamarca

Oficina Regional de la OMS
para el Mediterráneo
Oriental
PO Box 1517
Alejandría 21511
Egipto

Oficina Regional de la OMS
para el Pacífico Occidental
PO Box 2932
Manila 2801
Filipinas

Organización Mundial de la
Salud
Avenue Appia
1211 Ginebra 27
Suiza

Population Communication
Services (PCS)
Population Information
Program
The Johns Hopkins
University
624 North Broadway
Baltimore, MD 21205
Estados Unidos de América

Program for International
Training in Health
(INTRAH)
University of North Carolina
208 North Columbus Street
Chapell Hill, NC 27514
Estados Unidos de América

Promoçao de Paternidade
Responsavel (PRO-PATER)
Rua Margues de Paranagua,
359
01303 - Sao Paulo SP
Brasil

Thai Association for
Voluntary Sterilization
(TAVS)
101 MU3 Prapinklaw-
Nakonchaisri Road
Chimplee Subdistrict
Bangkok 10170
Tailandia

The JHPIEGO Corporation
(Johns Hopkins Program for
International Education in
Reproductive Health)
Brown's Wharf
1615 Thames Street
Baltimore, MD 21231
Estados Unidos de América

The Pathfinder Fund
9 Galen Street, Suite 217
Waterdown, MA 02172
Estados Unidos de América

The Philippines Association
for Voluntary Surgical
Contraception (PAVSC)
2nd Floor, IMCH Building
11 Banawe Street
Quezon City, Manila
Filipinas

The Population Council
1 Dag Hammarksjold Plaza
Nueva York, NY 10017
Estados Unidos de América

The Program for
International Training in
Health (PATH)
4 Nickerson Street
Seattle, WA 98109
Estados Unidos de América

APÉNDICE I

Modelo de formulario del consentimiento informado para la cirugía anticonceptiva voluntaria³

Declaración del o la cliente/a

El/La que suscribe, _____
(nombre de la persona que va a someterse a la operación)
declara que consiente a la operación de cirugía anticonceptiva voluntariamente y sin haber sido presionado/a ni inducido/a por nadie a consentirla. Está informado/a de los métodos alternativos de control transitorio de la fertilidad que están a su alcance. Comprende plenamente que se espera que la operación le haga permanentemente incapaz de tener más hijos. Sabe que hay algunos ligeros riesgos y una pequeña posibilidad de que la operación fracase. También sabe que puede cambiar de parecer en cualquier momento antes de la operación. Se le ha ofrecido la oportunidad de formular preguntas, y todas las preguntas han sido contestadas a su plena satisfacción.

Declaración del consejero o el operador (que deberá firmar el profesional de salud que haya obtenido el consentimiento del cliente o la cliente antes de la intervención quirúrgica anticonceptiva)

El que suscribe, _____
(nombre y título)
certifica que:

- ha asesorado al cliente o la cliente, le ha aconsejado debidamente, o se ha cerciorado de que el cliente o la cliente ha recibido el asesoramiento y los consejos pertinentes
- ha explicado al cliente o la cliente el procedimiento quirúrgico y la técnica de anestesia que se van a aplicar, incluidas las instrucciones postoperatorias
- ha explicado y leído este formulario al cliente o la cliente (si se trata de una persona analfabeta)
- ha obtenido la reafirmación del cliente o la cliente de su petición voluntaria de una intervención quirúrgica anticonceptiva

Firma o cruz del/de la cliente/a: _____

Fecha:

Firma o cruz del cónyuge o del testigo: _____

Fecha:

Firma del consejero o del operador: _____

Fecha:

Fecha de la intervención quirúrgica: _____

Establecimiento: _____

Operador: _____

3

Este formulario es una reproducción tomada de: World Federation of Health Agencies for the Advancement of Voluntary Surgical Contraception. *Ensuring informed choice for voluntary surgical contraception*. Nueva York, 1983.

APÉNDICE II

Modelo de instrucciones preoperatorias y postoperatorias (orales y escritas) para las clientas⁴

Hay que prever instrucciones preoperatorias y postoperatorias escritas tanto para las clientas que saben leer como para las analfabetas. Estas instrucciones son particularmente importantes para ayudarlas a reconocer las complicaciones y, si éstas sobrevienen, indicarles adónde dirigirse. El personal debe repasar las instrucciones con cada clienta antes de la intervención. A su vez, cada clienta debe recibir las instrucciones postoperatorias inmediatamente antes de abandonar el establecimiento.

Cada establecimiento asistencial deberá formular sus propias instrucciones en forma concisa y por escrito, sometiéndolas luego a un ensayo previo con las interesadas. Las instrucciones deberán estar redactadas en el idioma local, utilizando términos que aquéllas puedan comprender fácilmente. El modelo que se presenta a continuación muestra qué tipo de información debe facilitarse a cada clienta.

He aquí lo que debe usted saber sobre la operación de esterilización que se le va a hacer

Este folleto contiene una serie de datos importantes que usted debe conocer. En él se le explica cómo debe usted prepararse para la operación y cómo debe cuidarse después de operada.

No olvide que la esterilización es una intervención quirúrgica de carácter permanente. Cuando la hayan esterilizado no podrá usted volver a quedar embarazada. Si tiene alguna duda o desea

⁴ OMS (1993). *Esterilización femenina: Guía para la prestación de servicios*.

formular alguna pregunta, diríjase al personal del establecimiento. Estamos aquí para ayudarla.

Antes de ir al centro médico:

1. No coma ni beba nada durante las ocho horas que preceden a la operación. Después de ésta, podrá comer y beber.
2. Antes de ir al centro médico para la operación, báñese. Lávese cuidadosamente el ombligo, el vientre y la región genital con jabón.
3. Vístase con ropa limpia y amplia.
4. Pida a un miembro de su familia o a un amigo que acuda a la clínica para acompañarla a su casa después de la operación.

Cuando vuelva usted a casa:

1. Tómese uno o dos días de descanso en casa. Probablemente podrá reanudar casi todas sus actividades ordinarias a los 3-5 días. Durante una semana no levante objetos ni haga trabajos pesados para que la herida cicatrice bien.
2. No deje que se humedezca el apósito en 1-2 días.
3. Tome la medicación que le han dado en el establecimiento asistencial.
4. Puede tener relaciones sexuales en cuanto no sienta molestias, lo cual suele suceder al cabo de una semana de la operación.
5. No se rasque, estire o irrite de algún modo la herida.
6. Es importante que sepa lo que es normal después de la operación. Probablemente notará cierto dolor e hinchazón alrededor de la herida; también es posible que haya algún

cambio de color de la piel (cardenal). Todo esto es normal y no debe preocuparla.

7. Vuelva a la consulta o diríjase a su médico o agente de salud si observa alguna de las siguientes señales de alarma o si advierte algún trastorno físico inexplicable:

- Fiebre en la semana siguiente a la operación (más de 38,0°C o 100,4°F).
- Dolor en el vientre que no desaparece o que empeora.
- Sangre o pus que salen de la herida.
- Signos de posible embarazo: falta de una regla, dolores de estómago, hemorragias oscuras o en manchas entre los periodos. Estos signos pueden aparecer en cualquier momento después de la operación. Su presencia puede indicar que la intervención ha fracasado y que está usted embarazada, lo cual puede ser peligroso para usted.

Ante cualquiera de estos problemas, solicite inmediatamente asistencia médica telefoneando o dirigiéndose a:

.....

.....

.....

(consígnese la dirección apropiada)

Número de teléfono:

REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud. *Esterilización femenina: guía para la prestación de servicios*. OMS, 1993.
2. World Federation of Health Agencies for the Advancement of Voluntary Surgical Sterilization. *Safe and Voluntary Sterilization: Guidelines for Service Programs*. World Federation of Health Agencies for the Advancement of Voluntary Surgical Sterilization, 1988.
3. UNDP/UNFPA/WHO/WORLD BANK Special Programme of Research, Development and Research Training in Human Reproduction. *Challenges in reproductive health research, Biennial Report 1992-1993*.
4. Kleinman, R. *Family Planning Handbook for Doctors*. Londres, International Planned Parenthood Federation, 1988.
5. Hatcher, R. et al. *Contraceptive Technology*. 16ª ed. Atlanta, 1994.