



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA

FACULTAD DE MEDICINA

CLÍNICA GINECOTOCOLÓGICA B

PROFESOR DR. FRANCISCO COPPOLA

MONOGRAFÍA RESIDENCIA DE GINECOTOCOLOGÍA

“Satisfacción y arrepentimiento de pacientes a las que se les realizó esterilización quirúrgica mediante ligadura tubaria en el Hospital de Clínicas entre 2016 y 2022”

Dra Lucía Rodríguez Chiancone

Año 2024

## AGRADECIMIENTOS

En primer lugar quisiera agradecer a la Clínica Ginecotocológica "B" Prof. Dr. Francisco Coppola, donde me formé como residente.

También agradecer al ex Profesor Adj. Dr Javier Ferreiro, quien ideó y propuso esta investigación, así como a los asistentes Dra Feldman, Dra Marin, Dr Paller, Dra Barquet por su incansable ayuda y asesoramiento tanto en la confección del estudio como en su corrección.

A la Asist Dra Feldman y Asist Santiago Mansilla (departamento de Métodos Cuantitativos), por su ayuda en el análisis estadístico.

Un agradecimiento especial a la Dra Pedrozo por su ayuda en el recabado de datos y confección del estudio.

Finalmente, agradecimiento especial a las pacientes que participaron del estudio.

## **ÍNDICE**

Resumen	4
Abstract	4
Marco Teórico	5
Objetivos	7
Objetivo General	7
Objetivos Específicos:	7
Material y Métodos	9
Resultados	9
Discusión	11
Conclusiones	13
Bibliografía	15

## **RESUMEN**

**Introducción:** La esterilización quirúrgica es un método anticonceptivo irreversible, siendo el más utilizado en América Latina. Sin embargo, la tasa de arrepentimiento posterior al procedimiento es una complicación manifestada por aproximadamente un 5.9%- 20.3% de las pacientes.

**Objetivo:** Valorar el estado de satisfacción de las pacientes a las que se les realizó esterilización quirúrgica como método anticonceptivo.

**Materiales y Métodos:** Estudio observacional, descriptivo, transversal y retrospectivo de la población de mujeres que optó por esterilización tubaria en Hospital de Clínicas en el período comprendido entre 2016 y 2022.

**Resultados:** se entrevistaron 68 pacientes, con un promedio de edad de 33.1 años al momento de realizarse la esterilización tubaria. El principal motivo por el cual solicitaron la ligadura tubaria fue por deseo concepcional cumplido. Del total de las pacientes, un 17.9% se mostraron arrepentidas. De estas, 32.3% presentaban efectos secundarios no deseados, siendo el más frecuente las alteraciones en el ciclo menstrual (22.0%), y 81.0% refirieron no haber contado con el tiempo necesario para tomar la decisión.

**Conclusiones:** Se observó una tasa de arrepentimiento de 17,9% en la población estudiada, lo que es acorde a los valores reportados en los estudios analizados.

**PALABRAS CLAVE:** anticoncepción, esterilización quirúrgica, ligadura tubaria, arrepentimiento, consejería anticonceptiva

## **ABSTRACT**

**Introduction:** Female sterilization is an irreversible contraceptive method, being the most used in Latin America. However, the rate of regret after the procedure is a complication reported by approximately 5.9%-20.3% of patients

**Objective:** To assess the satisfaction status of patients who underwent female sterilization as a contraceptive method.

**Materials and Methods:** We used an observational, descriptive, cross-sectional and retrospective study of the population of women who opted for tubal sterilization at Hospital de Clínicas in the period between 2016 and 2022.

**Results:** 67 patients were interviewed, with an average age of 33.1 years at the time of tubal sterilization. The main reason why they requested tubal ligation was they **did no longer o fulfill their conception wish**. Of the total patients, 17.9% expressed regret. Of these, 32.3% had unwanted side effects, the most frequent being alterations in the menstrual cycle (22.0%), and 81.0% reported not having had the necessary time to make the decision.

**Conclusions:** A regret rate of 17.9% was observed in the population studied, which is in line with the values reported in the studies analyzed.

**KEYWORDS:** contraception, female sterilization, tubal ligation, regret, contraceptive counseling

## **INTRODUCCIÓN**

El acceso a la planificación familiar es un derecho humano consignado a nivel internacional en la Conferencia Internacional sobre los Derechos Humanos de las Naciones Unidas (Teherán 1968) 1 , y a nivel nacional en la ley 18.426 de Salud Sexual y Reproductiva del año 2008, estableciendo el acceso a métodos anticonceptivos como una prestación universal y obligatoria.

Más recientemente, la Organización de las Naciones Unidas lo incluyó entre los Objetivos de Desarrollo Sostenible tanto en el referido a Salud y Bienestar como en el de Igualdad de Género y Empoderamiento, constituyendo parte de la Agenda 2030 el “garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación de la familia, información y educación, y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales”. (Naciones Unidas, 2014).

El correcto asesoramiento profesional, la disponibilidad de distintos métodos anticonceptivos, y el acceso a ellos, es la forma de garantizar este derecho, destacando que en América Latina más de la mitad de los embarazos son no planificados. (Guttmacher Institute, 2010; UNICEF, 2009; Weiss, Whelan, & Gupta, 2000) “Encuesta Nacional de Demografía y Salud”)

Existen diversos métodos anticonceptivos que, según sus diferentes características, pueden clasificarse en: irreversibles o reversibles, y estos últimos pueden ser hormonales o no hormonales, de larga o de corta duración, naturales o no naturales.

Los métodos reversibles son aquellos con una acción por un determinado período de tiempo, por lo que la fertilidad se recupera en forma inmediata una vez que se deja de utilizar dicho anticonceptivo. Los irreversibles tienen acción definitiva, hecho de fundamental relevancia que debe ser explicado oportuna y claramente a las usuarias

Entre los métodos anticonceptivos reversibles de corta duración contamos con métodos hormonales con diferentes formas de administración pudiendo ser: píldoras (combinadas o solo progesterona), inyectables, parches o anillos vaginales. Entre los no hormonales destacan los métodos de barrera (preservativo femenino y masculino y el diafragma) con la ventaja agregada de prevenir enfermedades de transmisión sexual.

Los métodos anticonceptivos reversibles de larga duración también pueden dividirse en hormonales como el implante subdérmico y dispositivo intrauterino (DIU) liberador de levonorgestrel y no hormonales como el diu de cobre.

Los métodos naturales incluyen el coitus interruptus, método de billings y basado en la temperatura corporal, el método del calendario y la amenorrea de la lactancia.

Dentro de los métodos irreversibles contamos con la esterilización quirúrgica femenina y la vasectomía. (Maitrot-Mantelet et al., 2012, 1-8)

Los diferentes métodos presentan distintas indicaciones, riesgos y efectos adversos, así como distintos niveles de eficacia. Esta se define como la “capacidad de prevenir o evitar un embarazo no planificado” (Misterio de Salud Pública, Dirección General de la Salud, 2013). El índice de Pearl refleja el porcentaje de embarazos cada 100 mujeres que utilizan un determinado método anticonceptivo en 1 año, permitiendo comparar la eficacia entre los distintos anticonceptivos, así como comparar el uso ideal (uso correcto y consistente, en ensayos clínicos) con el uso común (estudios de población general). (Cardo Prats & Baixauli Fernandez, 2004, #)

Dentro del amplio abanico de métodos anticonceptivos disponibles, la esterilización quirúrgica femenina destaca sobre el resto, tratándose del método más elegido a nivel mundial (Fang & et al, 2022, #) (Siemons et al., 2022, #) (Hillis & et al, 1999, #), con cifras anuales reportadas de mujeres que optan por este método que asciende a más de 600.000 en Estados Unidos (American College of Obstetricians and Gynecologists, 2024, #) (Danvers & Evans, 2022, #) (Smith et al., 2000, #) y de cuatro millones en India (Singh, 2018, #).

Consiste en un procedimiento quirúrgico que, ya sea mediante ligadura, sección o extirpación (parcial o completa) de las trompas de Falopio, interrumpe la comunicación tubaria, y por lo tanto el transporte del óvulo desde el ovario hacia el útero, impidiendo la fecundación, brindando anticoncepción efectiva para toda la vida. (Ministerio de Salud Pública, Dirección General de la Salud, 2013). (Marino, n.d., #)

Existen diversas vías de abordaje para este procedimiento, el cual puede realizarse en el intraoperatorio de una cesárea, en el postparto inmediato o alejado de los embarazos, siendo en este último caso lo más habitual la vía laparoscópica. Esta última se trata de una cirugía mínimamente invasiva, y por lo tanto implica menor morbimortalidad, menor dolor postoperatorio y recuperación más rápida, con escasos riesgos anestésico-quirúrgicos, entre ellos sangrado, infección, lesión de vascular o de órganos adyacentes o conversión a vía laparotómica (Walter et al., 2022, #) (Marino, n.d., #)

Si bien este método podría considerarse potencialmente reversible, según la técnica utilizada habitualmente la reversibilidad no es posible dado que implica la exéresis de ambas trompas de Falopio, considerándose un método irreversible (Marino, n.d., #). En aquellos casos en que no se realiza la salpingectomía total se podrían plantear técnicas de reversión de ligadura de

trompas de Falopio; sin embargo, estas son poco eficaces, con una tasa de embarazos de 65.3% entre las pacientes que optan por dicha cirugía, pero con una tasa de recién nacidos vivos de 42.6% y una tasa no despreciable de abortos espontáneos y embarazos ectópicos (de 9.4% y 6.8% respectivamente) según lo reportado en la literatura (Sastre et al., 2021, #). Por lo antes mencionado, frente al deseo de un futuro embarazo se requerirá de técnicas de reproducción asistida de alta complejidad, procedimiento que no está contemplado entre las prestaciones del Fondo Nacional de Recursos luego de la esterilización quirúrgica, cuando ésta fue solicitada por la paciente. (Ministerio de Salud Pública, Dirección General de la Salud, 2013).

Además de su rol anticonceptivo, en los casos en que la técnica utilizada sea la exéresis de las trompas de Falopio, algunos autores, como Prescott et al. (Prescott et al., 2022, #), aseguran el beneficio adicional de disminuir el riesgo de desarrollo de carcinoma seroso de alto grado de ovario, el cual tiene su origen a partir de células de las trompas de Falopio, sin comprometer la función ovárica (Prescott et al., 2022, #) (American College of Obstetricians and Gynecologists, 2019, #). Otros beneficios referidos por las pacientes fueron la tranquilidad respecto a su futuro reproductivo, con bienestar físico y emocional luego del procedimiento. (Walter et al., 2022, #)

Entre los motivos descritos en la literatura que llevan a las mujeres a optar por un método irreversible, destacan paridad satisfecha y efectos adversos de otros métodos anticonceptivos, como ser disminución de libido (20%), aumento de peso (8%) y sangrados irregulares (7%) (Walter et al., 2022, #).

Si bien se trata de un método popular, no está exento de riesgos y complicaciones, destacando en primera instancia el arrepentimiento posterior a su realización. Se trata de una complicación frecuentemente reportada en la literatura, con cifras que oscilan entre 5.9%- 20.3% (Hillis & et al, 1999, #), pero pueden alcanzar un 40% en mujeres de 18-24 años (Marino, n.d., #). Los motivos que llevaron a dicho arrepentimiento fueron principalmente el deseo de otro hijo y formación de familia con una nueva pareja (Conde, 2021) (Ludemir & et al, 2009, #). Entre los factores de riesgo asociados al arrepentimiento se encuentran: la edad al momento de la ligadura, la pérdida de un hijo y mujeres solteras, divorciadas o viudas (Singh, 2018, #).

Otro motivo que se asoció fuertemente al arrepentimiento fue la disfunción sexual posterior a la cirugía. Se define disfunción sexual femenina (DSF) a un conjunto de problemas sexuales, como deseo sexual hipoactivo, dispareunia, disfunción orgásmica, entre otros. Se trata de una condición multifactorial, con componentes médico, anatómico, psicológico y cultural. La misma afecta entre un 25-63% de las mujeres de distintas edades, pero existe poca información respecto a su diagnóstico y manejo. La evidencia es controversial respecto al efecto de la ligadura tubaria sobre la DSF, pero sí se vio su asociación con el arrepentimiento. Se plantea que la esterilidad secundaria a la cirugía constituye un factor de riesgo para el desarrollo de DSF,

especialmente en aquellas culturas en las que la maternidad se considera esencial para las mujeres, generando repercusiones en la calidad de vida y salud psicosocial. (Sadatmahalleh et al., 2015, #) (Walter et al., 2022, #) (Youseflu & Sadatmahalleh, 2021, #)

Otros de los síntomas frecuentes de los cuales se aquejan las mujeres posterior a la esterilización quirúrgica son las alteraciones en el ciclo menstrual, que afecta la calidad de vida y se asocia a ansiedad y depresión. Sin embargo, la evidencia no es suficiente para explicar que dicha alteración sea secundaria a la ligadura tubaria. (Verma et al., 2023, #)

Una consideración aparte merece el hecho de que actualmente la tendencia en el occidente es que mujeres cada vez más jóvenes solicitan anticoncepción irreversible, incluyendo nuligestas. (Ludemir & et al, 2009, #) Esto en ocasiones se asocia a una respuesta negativa por parte del equipo médico, denegando la realización de la esterilización quirúrgica.

Conocer las razones que llevan a las pacientes a optar por este método, así como valorar el contexto en el que se toma la decisión, y la evolución del nivel de satisfacción con el mismo son insumos fundamentales a tener en cuenta a la hora de realizar el asesoramiento anticonceptivo. Además, disponer de datos propios permitirá proveer a las usuarias y sus familias o quienes ellas decidan de información más adaptada a la realidad de la población de nuestro hospital, constituyendo un valioso insumo en el proceso de elección de método anticonceptivo.

## **OBJETIVOS**

### Objetivo general

Valorar el estado de satisfacción de las pacientes que optaron por ligadura tubaria como método anticonceptivo, en el Hospital de Clínicas Dr Manuel Quintela, entre los años 2016 y 2022.

### Objetivos específicos:

- Caracterizar a la población de usuarias a las que se les realizó alguna técnica de esterilización quirúrgica como método anticonceptivo en el Hospital de Clínicas de Montevideo, Uruguay, en el período comprendido entre el 1ero de enero de 2016 y el 30 de junio de 2022.
- Describir el principal motivo de elección de este método anticonceptivo.
- Determinar en qué contexto clínico se tomó la decisión de optar por este método.
- Valorar el grado de satisfacción con el método elegido.
- Investigar la presencia de síntomas asociados al procedimiento luego de la realización del mismo.

## **MATERIAL Y MÉTODOS**

### Tipo y diseño de estudio

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, transversal y retrospectivo de cohortes de las pacientes que optaron por esterilización quirúrgica tubaria en el servicio de Ginecotología del Hospital de Clínicas “Dr. Manuel Quintela” de Montevideo, Uruguay, en el periodo comprendido entre el 1ero de enero de 2016 y el 30 de junio de 2022.

## Población

Se tomó como criterio de inclusión pacientes a las que se realizó una cirugía de esterilización como método anticonceptivo, en el centro y tiempo mencionados, que aceptaron participar del estudio.

Como criterio de exclusión se consideró aquellas pacientes de las que no se pudo acceder a su información de contacto a través de los medios consignados, o que no aceptaron otorgar la información solicitada.

Se plantearon 2 cohortes: pacientes que consideraban habían tomado la decisión correcta y aquellas que estaban arrepentidas o indecisas respecto a la ligadura tubaria como método anticonceptivo.

## Recolección de datos

Para la recolección de datos, la técnica utilizada fue una encuesta, que incluía variables cualitativas y cuantitativas. Esta se dividió en 3 secciones con un total de 10 preguntas con alternativas de respuesta cerrada. Dicha encuesta fue realizada de forma telefónica con un tiempo estimado de 5 minutos.

## VARIABLES

Las variables se dividieron en 3 categorías: demográficas, decisión de ligadura tubaria y repercusiones posteriores al procedimiento.

Las variables demográficas incluidas son:

- Edad: definida como años transcurridos desde el nacimiento. Variable cuantitativa continua, categorizada en adolescentes (<19 años), edad reproductiva óptima (20-40 años) y añosa (> 41)
- Procedencia: definida como lugar de nacimiento. Variable cualitativa nominal, siendo las categorías: Montevideo, interior del país, exterior
- Paridad previa: número de hijos nacidos vivos. Variable cualitativa ordinal, siendo las categorías: nuligesta, primigesta, multigesta (más de 2 hijos nacidos vivos)

- Nivel educativo máximo alcanzado: variable cualitativa ordinal, siendo las categorías: primaria, secundaria, terciaria.

Las variables de decisión de ligadura tubaria incluidas son:

- Motivo de elección del método: principal motivo, identificado por la paciente, que la llevó a optar por la esterilización quirúrgica. Variable cualitativa, nominal.
- Situación del planteo de realizarse ligadura tubaria: variable cualitativa nominal, siendo las opciones: planteado en primera instancia por el equipo médico, solicitada por la paciente, o no recuerda.
- Momento de la decisión: definida como el momento en que la paciente solicitó la esterilización quirúrgica como método anticonceptivo. Variable cualitativa nominal, siendo las categorías: durante el embarazo, en policlínica sin mediar embarazo, durante trabajo de parto o en block quirúrgico.
- Tiempo para tomar la decisión: percepción de tiempo adecuado para la toma de decisión; variable cualitativa dicotómica.

Las variables de repercusiones post procedimiento son:

- Arrepentimiento post procedimiento: definido como el arrepentimiento respecto a la cirugía al momento de la encuesta. Considerada como variable cualitativa dicotómica al categorizarse en sí o no (incluyendo en la primera categoría aquellas que respondieron “indecisas”)
- Presencia de efectos secundarios: definido como la presencia de síntomas y/o signos que la paciente percibe como negativos, asociados al procedimiento quirúrgico. Considerado como variable cualitativa dicotómica: sí o no.
- Uso de otros métodos anticonceptivos: definido como la necesidad de utilizar otro método anticonceptivo luego de realizada la esterilización quirúrgica con fines distintos al de la anticoncepción, variable cualitativa nominal
- Ofrecimiento de vasectomía a pareja: variable cualitativa nominal dicotómica.

## Análisis estadístico

Se realizó un análisis univariado de las variables cualitativas expresadas en proporciones de las diferentes categorías utilizando el programa informático estadístico JASP®. Las variables cuantitativas se analizaron mediante el cálculo de la media y el desvío estándar.

Se dividió a las pacientes en 2 cohortes según la variable arrepentimiento postprocedimiento: una cohorte conformada con aquellas que respondieron “sí” o “indecisas” y otra con las que respondieron “no”, y se calculó el riesgo para las variables: edad, multiparidad, idea inicial de realizar ligadura tubaria, momento de decisión del procedimiento y tiempo para la toma de decisión. Los datos se expresaron a modo de riesgo relativo (RR) con intervalo de confianza de 95% calculado mediante series de Taylor con el programa OpenEpi versión 3.01 con tablas de 2x2 disponible en: [http:// www.openepi.com/TwoByTwo/TwoByTwo.htm](http://www.openepi.com/TwoByTwo/TwoByTwo.htm).

## Aspectos éticos

El protocolo de investigación fue llevado a consideración por el comité de ética del Hospital de Clínicas. Se accedió a la base de datos de intervenciones quirúrgicas, y a partir del sistema de descripción operatorias, se obtuvo la lista de pacientes que fueron sometidas a dicha intervención (“esterilización quirúrgica”), en el período del estudio. De allí se obtuvieron sus números de documento, los cuales se cruzaron con la base de datos del sistema informático Gestión Salud para obtener su información de contacto (número de teléfono). Se confeccionó una base de datos propia, y posteriormente se contactó a las pacientes por vía telefónica. Se obtuvo el consentimiento informado y verbal (Anexo 1) por parte de cada una de las pacientes incluidas en el estudio para la obtención de los datos de la historia clínica.

Se garantizó la confidencialidad y el uso exclusivo de los datos proporcionados para la investigación, así como el anonimato de las mujeres participantes.

Para la encuesta se utilizó un cuestionario preestablecido elaborado por los investigadores (Anexo 2).

## **RESULTADOS**

Del total de pacientes incluidas en el estudio (N= 67), 11.9% (n=8) mostraron arrepentimiento de haberse realizado la ligadura tubaria, 5.9% (n=4) respondieron “no sabe/indecisa” y 83.5% (n=55) respondieron que fue una decisión correcta.

Para su análisis estadístico, se distribuyeron en 2 cohortes: arrepentidas (incluyendo aquellas que respondieron afirmativamente a la pregunta respecto a arrepentimiento post-procedimiento y las que respondieron “no sabe/indecisa”) y no arrepentidas (aquellas que respondieron negativamente a la misma pregunta).

En la tabla 1 se describen las características demográficas de la población. Las 2 cohortes son comparables en cuanto a procedencia y paridad previa, no así en edad y nivel educativo.

Tabla 1. Característica demográficas

		Arrepentida N=12 (%)	Decisión correcta N=55 (%)	Valor p
Edad	Adolescentes	0	0	-
	Edad reproductiva óptima	7 (58,3%)	24 (43,6%)	0,35
	Añosa	5 (41,7%)	31 (56,4%)	0,35
Procedencia	Montevideo	5 (41,7%)	29 (52,7%)	0,67
	Interior	7 (58,3%)	25 (45,5%)	0,67
	Extranjero	0	1 (1,8%)	0,67
Nivel educativo	Primario	6 (50%)	18 (32,7%)	0,45
	Secundario	6 (50%)	35 (63,6%)	0,45
	Terciario	0	2 (3,6%)	0,45
Paridad previa	Nuligesta	0	0	-
	Primigesta	1 (8,3%)	3 (5,5%)	0,7
	Multigesta	11 (91,7%)	52 (94,5%)	0,7

Se entrevistó a un total de 67 pacientes, 27% del total de pacientes que a las que se les realizó la salpingectomía en el período estudiado, todas alfabetas, con un media de edad al realizarse la ligadura de 33,1 años, y de las cuales 94.1% (n=63) eran multíparas y 5.9% (n=4) nulíparas.

El principal motivo por el cual se realizaron el procedimiento fue deseo concepcional cumplido, referido por 68.7% (n=46). El 13.2% de pacientes (n=9) plantearon fue por tener miedo a morir en un próximo embarazo, el 4.5% (n=3) por efectos secundarios no deseados de otros anticonceptivos, el 2.9% (n=2) para no repetir algún evento obstétrico desfavorable (óbito y abortos recurrentes), 2.9% (n=2) pacientes oncológicas, 2.9% (n=2) por recomendación de médico tratante (1 por trasplante renal), 2.9% (n=2) por miedo a transmitir enfermedades maternas (pacientes con infección por VIH) y 1.5% (n=1) por no desear otro método anticonceptivo.

En la mayoría de los casos, la idea de realizarse la ligadura tubaria surgió en primera instancia como solicitud de la paciente, 60.3% (n=41), frente a 39.7% (n=26) planteado como opción por el equipo de salud. El 54.4% (n=37) abordaron la idea cursando el embarazo, 11.8% (n= 8) en block quirúrgico, (n=5) 7.4% durante el trabajo de parto y 26.5% (n=17) en policlínica sin mediar embarazo.

En cuanto al tiempo para la toma de decisión, el 81.0% (n=55) lo percibió como adecuado, mientras que el 19% (n=12) como insuficiente.

En lo que respecta a las variables post procedimiento, sobre la presencia de efectos secundarios, el 50,8% (n=34) negó haberlos presentado, mientras que el restante 49.2% (n=33), percibió efectos negativos. Dentro de estos, el principal referido por un 22.0% (n=15) fue cambios en la menstruación, seguido por disminución de libido por un 7.3% (n=5). Otros menos frecuentes fueron: cambios emocionales por 4.4% (n=3), dolor pélvico crónico por 4.4% (n=3), tuforadas por 4.4% (n=3), dispareunia por 1,5% (n=1), y 5.8% (n=4) refirieron otros como aumento de peso, tensión mamaria e incontinencia de orina.

En cuanto al uso de otros métodos anticonceptivos, 77.6% (n=52) no requirieron uso de otros métodos post procedimiento, mientras que un 3.0% (n=2) refirieron utilizar anticonceptivos hormonales y 17.9% (n=12) mantuvieron el uso de métodos de barrera.

Finalmente, a solo el 11,9% (n=8) se le ofreció la vasectomía a la pareja, mientras que a un 77.6% (n=52) no se les ofreció, destacando que el 10.4% (n=7) no contaba con pareja al momento de la decisión.

## **DISCUSIÓN**

Tabla 2. Factores de riesgo para arrepentimiento

	Arrepentida N=12(%)	Decisión correcta N=55(%)	RR IC 95%
Edad reproductiva óptima	5 (13,9%)	24 (86,1%)	1,63 [0,53-4,61]
Primigesta	1 (25%)	3 (75%)	1,43 [0,24-8,49]
Ligadura planteada en primera instancia por equipo de salud	4 (15,4%)	22 (84,6 %)	0,78 [0,26-2,35]
Solicitud de ligadura en policlínica	10 (18,5%)	44 (81,5%)	1,2 [0,29-4,84]
Percepción de tiempo adecuado para decisión	7 (12,7%)	48 (87,3%)	0,31 [0,12-0,8]
Efectos secundarios	11 (32,3%)	23 (67,6%)	10,68 [1,49-78,12]
Ofrecimiento de ligadura a pareja	2 (25%)	6 (75%)	1,47 [0,39-5,55]

En el presente estudio se observó que, respecto a las características demográficas, destacan como factores de riesgo para el arrepentimiento de la esterilización quirúrgica, el ser primigesta (RR=1,43 [0,24-8,49]) y estar en edad reproductiva óptima (RR=1,63 [0,53-4,61]), con una edad media para el grupo de arrepentidas de 28,4 años. Esto se condice con lo reportado en la literatura de que la edad menor o igual a 30 al momento de la cirugía es factor de riesgo para arrepentimiento (Conde, 2021) (Danvers & Evans, 2022, #) (Hillis & et al, 1999, #) (Singh, 2018, #); si bien en nuestro estudio no fue estadísticamente significativo.

En cuanto a la decisión de realización de ligadura tubaria, la percepción de un tiempo adecuado para la toma de decisión (referido por la mayoría de las pacientes), es un factor protector (RR= 0,31 [0,12-0,8]) frente al arrepentimiento que fue estadísticamente significativo. De esta observación se desprende la importancia de que la elección del método anticonceptivo sea una decisión informada y planificada. Es fundamental que se explique a las pacientes las diferentes opciones con las que cuentan, los riesgos y beneficios de cada una. Respecto a la esterilización quirúrgica se debe hacer hincapié en la irreversibilidad del método, explicando el riesgo de arrepentimiento, especialmente en aquellas pacientes que presenten los factores de riesgo previamente mencionados, destacando que existen métodos reversibles con Índice de Pearls

comparable al de la esterilización. Una vez brindada la información, se debe evitar que las opiniones y creencias personales del equipo médico influyan en la decisión de la paciente. Se desaconseja, por lo tanto, las conductas de paternalismo médico como por ejemplo la solicitud de valoración por salud mental en vistas a rectificar el deseo de ligadura previo a la cirugía, planteando que se interfiere con una asistencia de calidad y va en contra de la autonomía de la paciente (American College of Obstetricians and Gynecologists, 2024, #)

Finalmente, la presencia de efectos secundarios, como alteraciones en el ciclo menstrual, también fue un factor de riesgo estadísticamente significativo para el arrepentimiento (RR= 10,68 [1,49-78,12]). Cabe destacar que dichos efectos son subjetivos, y que no existe evidencia hasta el momento que demuestre su asociación con la cirugía realizada. Podría plantearse que aquellas pacientes mayores de 40 años hayan atribuido a la cirugía estos cambios que son esperables para la edad (Hillis & et al, 1999, #).

En cuanto a las fortalezas del estudio, sobresale el hecho que se tomó en consideración un período prolongado de tiempo, y la formulación de la pregunta con respecto al arrepentimiento, ya que en otros estudios el arrepentimiento fue medido en base a deseos de cirugía de reopermeabilización o reconexión tubaria, que podría subestimar el número de arrepentimientos.

En cuanto a las limitaciones, consideramos la dificultad para contactar a las pacientes, principalmente debido a desactualización de base de datos de contacto. Otra dificultad para el análisis es el distinto período de tiempo transcurrido desde la cirugía al momento de realizada la encuesta, ya que a mayor tiempo desde la misma aumenta la probabilidad de arrepentimiento (Smith et al., 2000, #); Danvers & Evans, 2022, #). Finalmente, otra potencial limitación que puede haber afectado los resultados de la investigación es el hecho que el arrepentimiento es una actitud para lo cual no existe una definición o cuestionarios estandarizados. Por lo tanto, algunas respuestas pueden haber sido incorrectamente interpretadas (Hillis & et al, 1999, #).

Cabe destacar que los resultados de este estudio no son extrapolables al resto de la población del país, pero permite caracterizar a la población de nuestro centro y así lograr herramientas para lograr un adecuado asesoramiento anticonceptivo y minimizar los riesgos que conllevan los métodos irreversibles. Dichas herramientas sí podrían utilizarse en el resto de la población de nuestro país, por lo que a partir de este trabajo pueden surgir nuevas discusiones acerca de cómo el personal de salud debe abordar la consulta de anticoncepción.

La decisión de realizarse la ligadura tubaria, al ser un método irreversible, debe ser tomada en condiciones óptimas. El arrepentimiento e indecisión referido por las pacientes es una

problemática que debe ser abordada con distintas estrategias, ya sea en la elección del momento oportuno para la toma de decisión, la entrega de un consentimiento informado comprensible previo al acto quirúrgico, y el tiempo adecuado de contemplación, así como la existencia de una instancia de devolución con el equipo de salud.

Como ya fue mencionado, es deber del equipo tratante informar a la paciente sobre todos los métodos disponibles en nuestro medio y sus posibles efectos secundarios no deseados, así como de ofrecer a la pareja la posibilidad de realizarse una vasectomía. Este trabajo busca ampliar la calidad de información brindada y aportar insumos adicionales para que las mujeres tomen en cuenta en su proceso de toma de decisión.

Es de necesidad realizar protocolos que contemplen el estado de satisfacción de las pacientes respecto al acto quirúrgico, con el fin de reforzar la consejería y educación respecto a los métodos de planificación, así como aportar en la formación profesional de los equipos de salud.

## **CONCLUSIONES**

La población del Hospital de Clínicas presentó una tasa de arrepentimiento de 17,9%, lo que es acorde a los valores reportados en los estudios analizados. Se trata de un valor no despreciable, por lo que al realizar consejería anticonceptiva debería informarse a las pacientes sobre este riesgo y ofrecer alternativas no irreversibles. En este estudio se observó que el principal motivo para el arrepentimiento fue la presencia de alteraciones en el ciclo menstrual posterior a la cirugía, siendo este efecto subjetivo.

## **BIBLIOGRAFÍA**

### **References**

1. *Ley N° 18426*. (n.d.). IMPO. Retrieved April 28, 2024, from <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18426-2008>
2. *Proclamación de Teherán: proclamada por la Conferencia Internacional de Derechos Humanos en Teherán, 1968*. (n.d.). ACNUR. Retrieved April 28, 2024, from <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2002/1290.pdf>