



Revista Peruana de Ginecología y
Obstetricia

ISSN: 2304-5124

spog@terra.com.pe

Sociedad Peruana de Obstetricia y
Ginecología
Perú

Guzmán, Alfredo

Anticoncepción quirúrgica voluntaria como alternativa a los métodos anticonceptivos
reversibles de larga acción-LARC

Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia, vol. 63, núm. 1, 2017, pp. 81-82

Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología
San Isidro, Perú

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=323450542010>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

CONTROVERSIAS SOBRE ANTICONCEPCIÓN CONTROVERSY ON CONTRACEPTION

1. Obstetra Ginecólogo, Máster en
Salud Pública, MED CONSULT SAC

Conflictos de interés: Ninguno

Recibido: 15 enero 2017

Evaluado: 17 febrero 2017

Aceptado: 22 febrero 2017

Correspondencia:

✉ alfredoguz@gmail.com

Citar como: Guzmán A. Controversias
sobre anticoncepción. Anticoncepción
quirúrgica voluntaria como alternativa a los
métodos anticonceptivos reversibles de
larga acción-LARC. Rev Peru Ginecol Obstet.
2017;63(1):81-82.

Anticoncepción quirúrgica voluntaria como alternativa a los métodos anticonceptivos reversibles de larga acción-LARC

Voluntary surgical contraception as an alternative to LARC-long acting reversible contraception

Alfredo Guzmán¹

La anticoncepción quirúrgica voluntaria (AQV), ya sea en su modalidad de ligadura tubárica en la mujer o vasectomía en el hombre, es un método anticonceptivo considerado definitivo. La reversibilidad de ambos métodos solo es posible con microcirugía y con un éxito no mayor al 30%¹. Ambos son bien tolerados y la mayoría puede ser realizada con sedo-analgésia y anestesia local. Su eficacia alcanza a un 99,5%², y es usada a nivel mundial por 200 millones de personas³. La indicación principal es el no deseo de más hijos en la persona o la pareja.

La AQV tuvo un gran impulso en la década de los setenta, por ser el método de mayor uso por varios programas nacionales de planificación familiar, sobre todo en países asiáticos⁴. En el Perú se incorporó a fines de los setenta dentro de la oferta anticonceptiva de las asociaciones privadas de planificación familiar (PF).

Los programas nacionales de PF, que se iniciaron en 1987 en el Instituto Peruano de Seguridad Social (IPSS, ahora EsSalud) primero y luego en el Ministerio de Salud (MINSA), no pudieron incorporarlo hasta recién el año 1996, en que se aprobó como método de PF; antes estaba proscrito a la par del aborto. Fue uno de los métodos que más impulso recibió por parte de las campañas de PF del MINSA, primero porque realmente existía una demanda insatisfecha en mujeres de alta paridad y que necesitaban un método definitivo, y como una estrategia preventiva para reducir los índices de morbilidad materna en las grandes múltiparas. Se realizaron cerca de 300 000 AQV, la mayoría ligaduras tubáricas con mini-lap, con complicaciones y muertes por debajo de las estadísticas mundiales⁵.

Sin embargo, las denuncias de esterilizaciones forzadas, cuotas de procedimientos para establecimientos y médicos, complicaciones y los casos de muertes, llevó a una estigmatización del método. Es oportuno mencionar que las cifras de lo anterior fueron sobrestimadas, ya que a la Defensoría del Pueblo solo llegaron 60 casos de coerción, siendo solo la mitad consideradas fundadas⁶. Con los años, los establecimientos y los profesionales fueron abandonando la AQV como método de PF por temor; las salas habilitadas en los hospitales para AQV se destinaron a otras actividades, y así un método enormemente efectivo con bajísimas complicaciones que podía realizarse en intervalo y posparto por una mini-lap baja o alta, o transcervical, costo-efectivo en materia de PF, ideal para parejas que deseaban culminar su reproducción, perdió su espacio en la mezcla anticonceptiva del país.



La AQV tiene todas las ventajas y el impacto de los LARC (DIU de Cu, DIU medicado e Implantes), con la ventaja de que no tiene un componente hormonal y no existe un tiempo límite de eficacia. En mi opinión, el MINSA debería volver a desarrollar una estrategia de difusión, capacitación de profesionales y adecuación logística para incluir la AQV dentro de su oferta de PF. Mas aun, iniciar un programa de AQV itinerante como lo hace Ecuador con unidades quirúrgicas móviles que recorren el país ubicándose junto a los establecimientos de Salud, para capacitar a los profesionales de ese centro.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Esterilización Femenina y Masculina. Tecnología Anticonceptiva. Family Health International, AVSC International, 1998.
2. Trussell J. Contraceptive failure in the USA. *Contraception*. 2011;83:397-404.
3. Radloff S, Jacobstein R. What in the world is going on? Contraceptive use, unmet need, and the benefits of meeting family planning demand. *Intern J Gynecol Obstet*. 2012;131(Suppl 5):E29, S082, S082.4. Disponible en: http://www.sareh-abdollahi.ir/wp-content/uploads/2015/11/abstract-figo2015131_s5.pdf
4. International Population Conference, USAID, AVSC International, Seul, 1979.
5. Pachas M. Esterilización quirúrgica, Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, Julio 2013.
6. La aplicación de la anticoncepción quirúrgica y los derechos reproductivos III, Casos investigados por la Defensoría del Pueblo, Serie informes defensoriales N° 69, Lima, Octubre 2002