

Anticoncepció permanent

Sabina Bel Querol
novembre 2019



Societat Catalana de Contracepció ♀



Consell contraceptiu



Consell pre-esterilització

- Història clínica
- Consentiment verbal i escrit
- Dos membres de la parella
- Informació del procediment d'esterilització
- Procediment irreversible/permanent
- Riscos i complicacions
- Discutir mites o desconeixements
- Explicar que la vasectomia és més segura que l'esterilització tubària
- Informar sobre mètodes LARC
- Penediment
- Explicar que no protegeix de les ITS
- Decisió informada
- Documentar-ho a història clínica

Consell pre-esterilització

- **Consells post-vasectomia**

- Contactar si presenta sagnat, dolor, infecció, hematoma.
- AINEs
- Repòs relatiu
- Abstinència sexual entre 2 i 7 dies post-procediment
- Portar calçotets els primers dies (i a la nit les primeres 48h)
- Instruccions seminograma post-vasectomia **(12 setmanes)**

- **Consells pre-esterilització tubària**

- Riscos de lesió del budell amb energia unipolar (entre 3-7 dies després febre i dolor abdominal)
- Informació sobre el mètode que s'utilitzarà i les possibles complicacions
- Informació post-procediment

Factors predictors de penediment

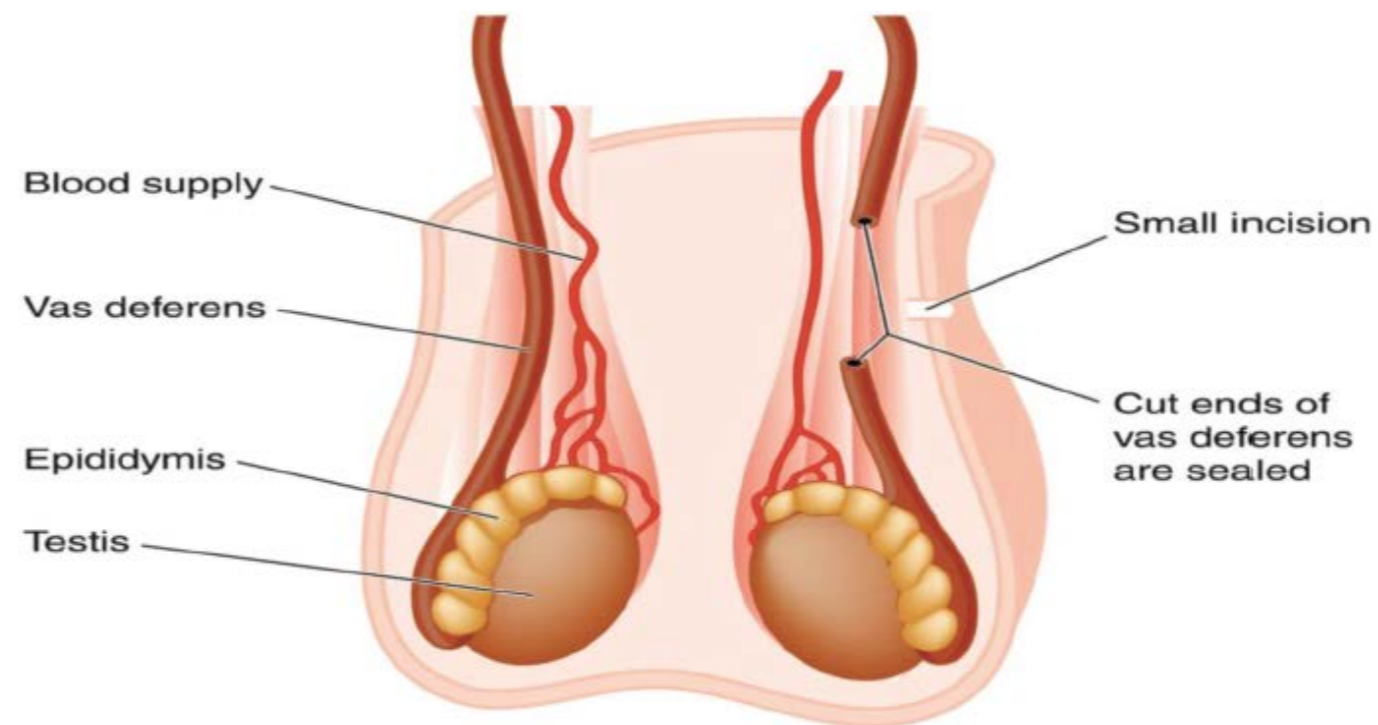
- Edats joves (<30 anys)
- Nul·liparitat o baixa paritat
- Relació infeliç/conflictiva
- No tenir una relació
- Canvi de parella
- Mort d'un fill
- Desig de tenir més fills
- Problemes psicològics
- Problemes psicosexuals
- Coerció per un professional de la salut o parella
- Temps del procediment des de l'embaràs
- **Si l'esterilització tubària té lloc al mateix temps que la cesària, el consell i el consentiment hauria de tenir lloc 2 setmanes abans**

Vasectomy



Vasectomia

- Interrupció dels conductes deferents per tal d'aconseguir una contracepció permanent.
- Anestèsia **local**/general



- <https://www.youtube.com/watch?v=ROEMfjqo9VM>

Vasectomia

- La cauterització seguit de la divisió dels deferents, sense exèresis, està associada a la menor probabilitat de recanalització precoç
- La divisió del conducte deferent per si sol no és una tècnica acceptable
- L'utilització de clips no està recomanada
- No és necessari fer estudi anatomo-patològic
- Si es visualitza esperma mòbil en mostra fresca als 7 mesos del procediment, es considera vasectomia fallida.

Vasectomia. Complicacions intraoperatòries.

- Si només s'identifica un conducte deferent, es pot realitzar vasectomia i utilitzar MAC fins confirmar l'esterilitat. Probable agenèsia renal ipsilateral.
- Si agenèsia dels deferents bilateral, remetre a Urologia.
- Si està duplicat, fer eco Doppler per descartar un urèter ectòpic.
- Dificultats anatòmiques
- Sagnat
- Dolor
- Reacció vasovagal

Vasectomia. Complicacions postoperatòries

- Sagnat i hematoma 4-22%.
- Infecció 0,2-1,5%.
- Fracàs precoç. Recanalització precoç, fracàs de la tècnica.
- Fracàs tardà. Aparició d'esperma després de la confirmació d'esterilitat. 0,03-1,2%.
- Dolor crònic post-vasectomia. Dolor persistent 3 mesos després de la vasectomia. 1-14%. AINEs, cirurgia.
- *Funció psicològica i sexual.*

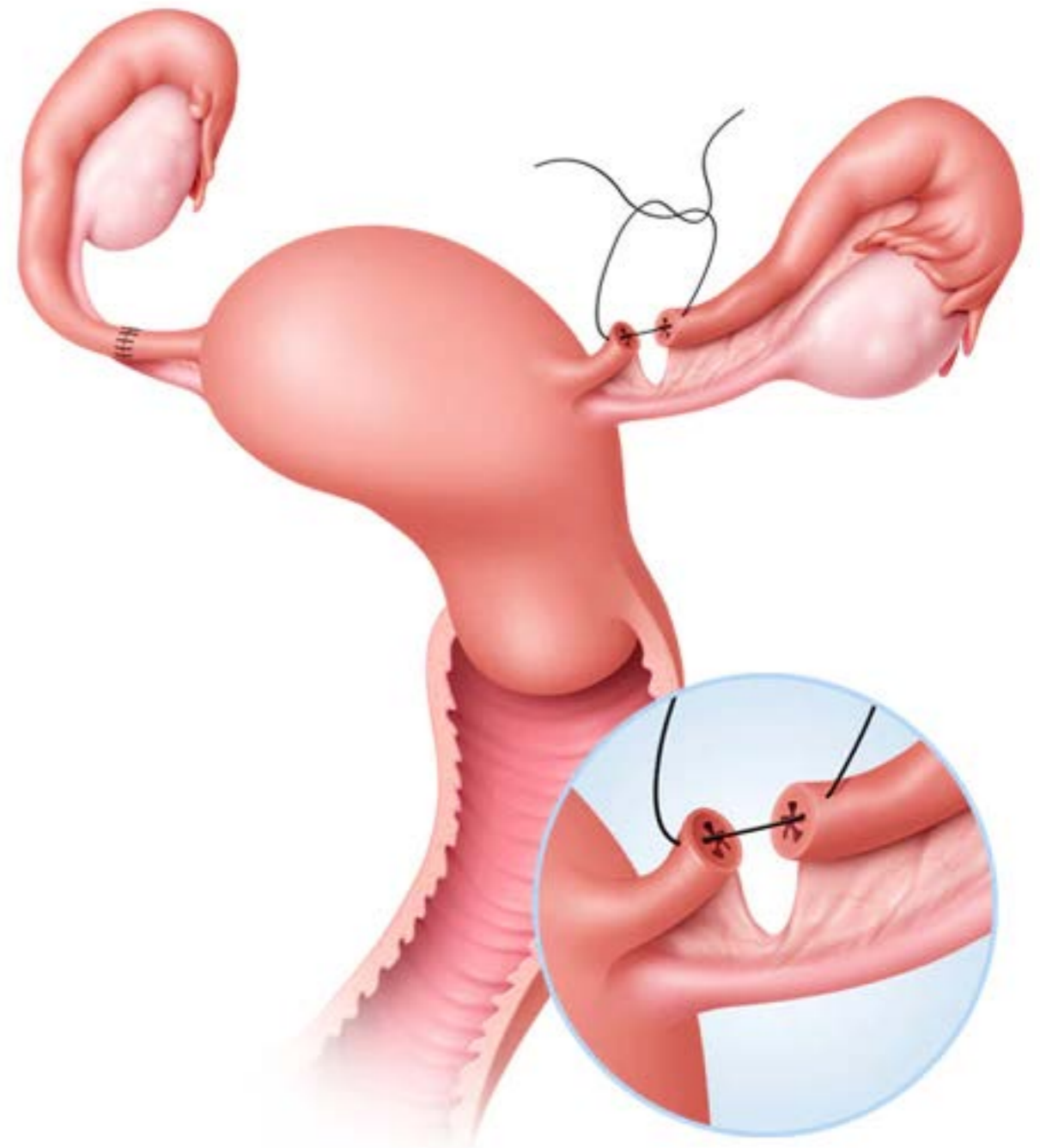
Reversibilitat de la vasectomia

- Vasovasostomia.

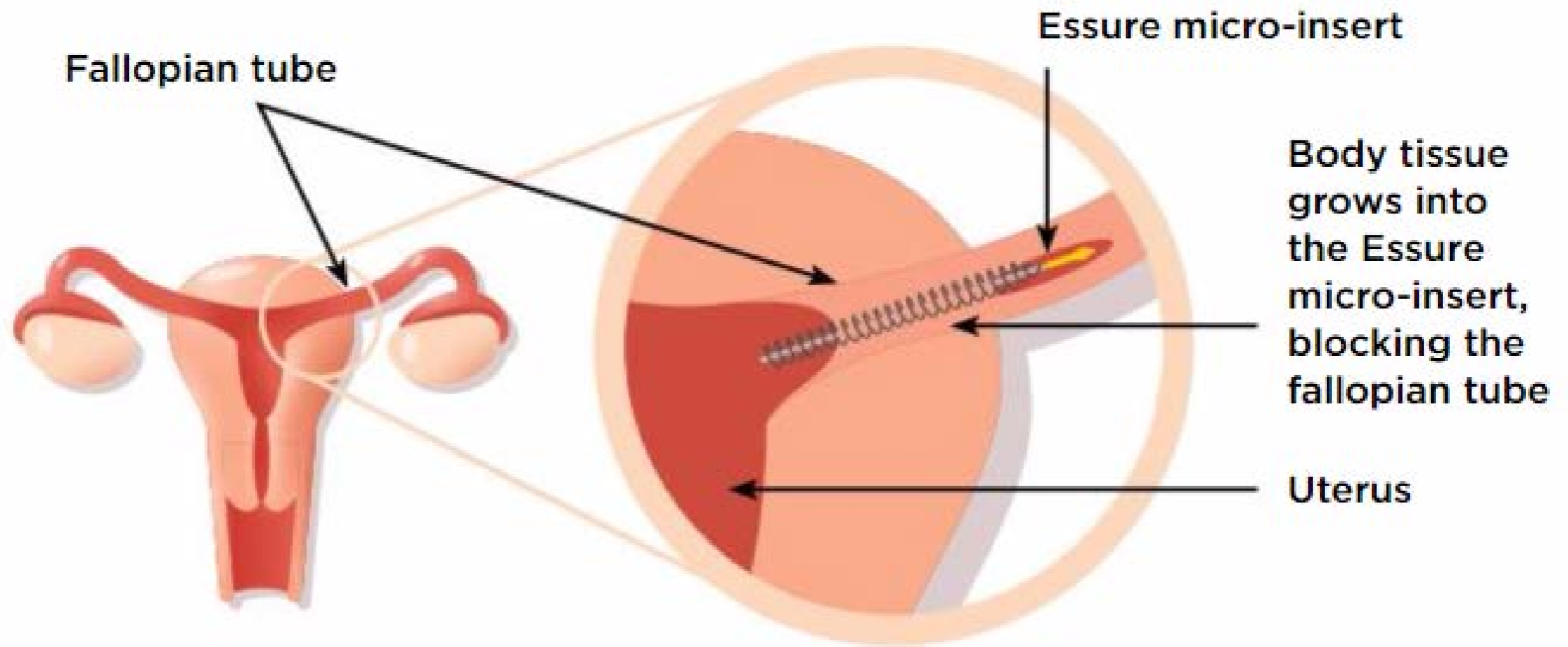
Table 1: Success of vasectomy reversal linked to obstruction interval.²³³ Table reproduced with the kind permission of the British Association of Urological Surgeons.

Interval (years)	Patency rate (%)	Pregnancy rate (%)
<3	97	75
3–8	88	50–55
9–14	79	40–45
15–19	70	30
>19	40	<10

Oclusió tubària



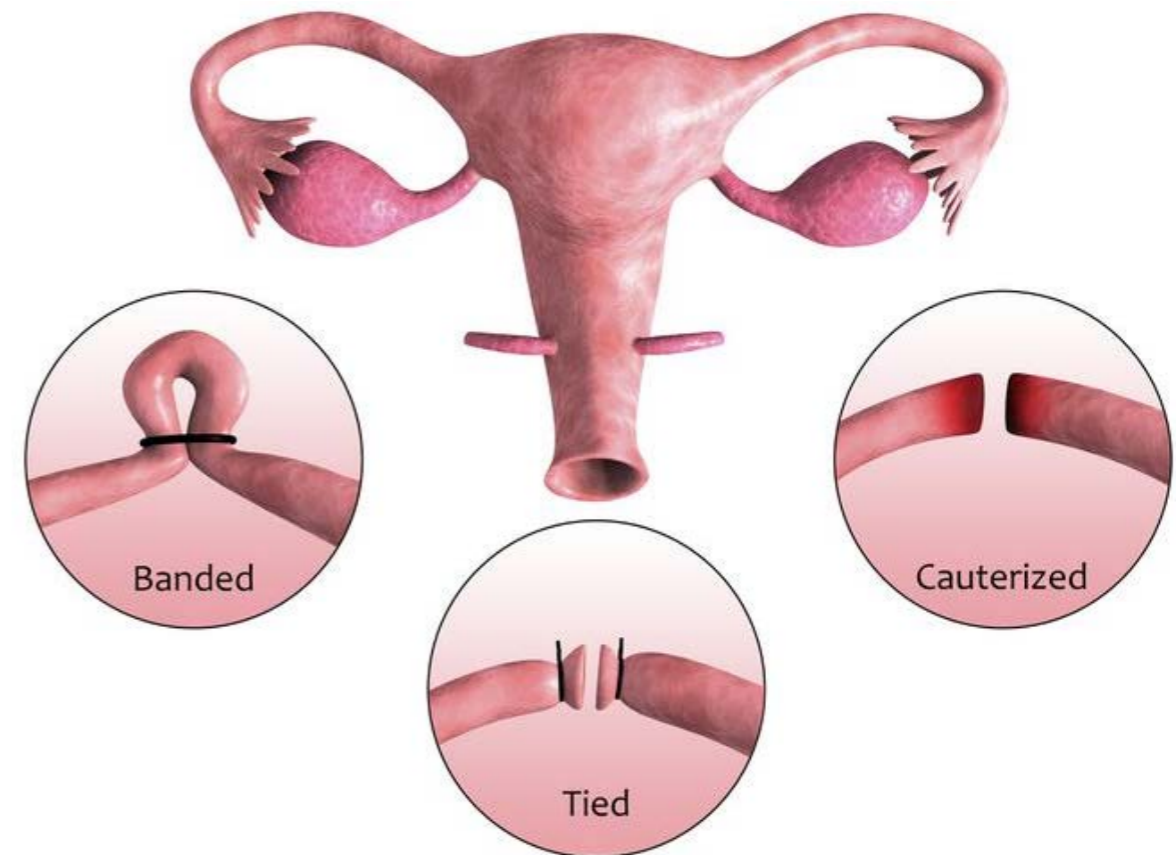
Oclusió tubària. Transcervical (histeroscòpica)



Retirat 2017

Oclusió tubària. Via laparoscòpica

- Oclusió mitjançant clip, tècnica de Pomeroy modificada o energia unipolar/bipolar. Salpinguectomia.
- Associat amb morbi-mortalitat.
- **Complicacions menors** (antec. MIP, cirurgia pèlvica /abdominal, endometriosis, obesitat) augmenten el risc relatiu de complicacions i necessitat de laparotomia.
- **Complicacions majors** associat amb lesions del budell, bufeta i lesió de vasos sanguinis que requereixin laparotomia (1,9/1000 procediments)
- ***Risc de mort associat a una laparoscòpia 1/12000.***

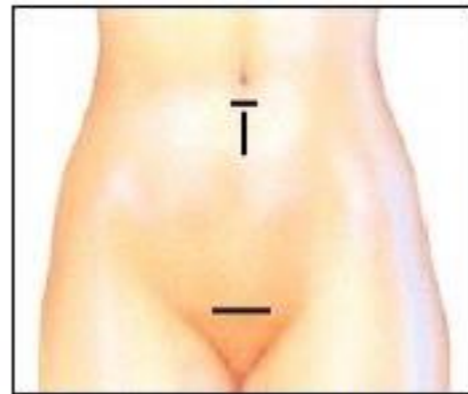


Oclusió tubària. Mini-laparotomia.



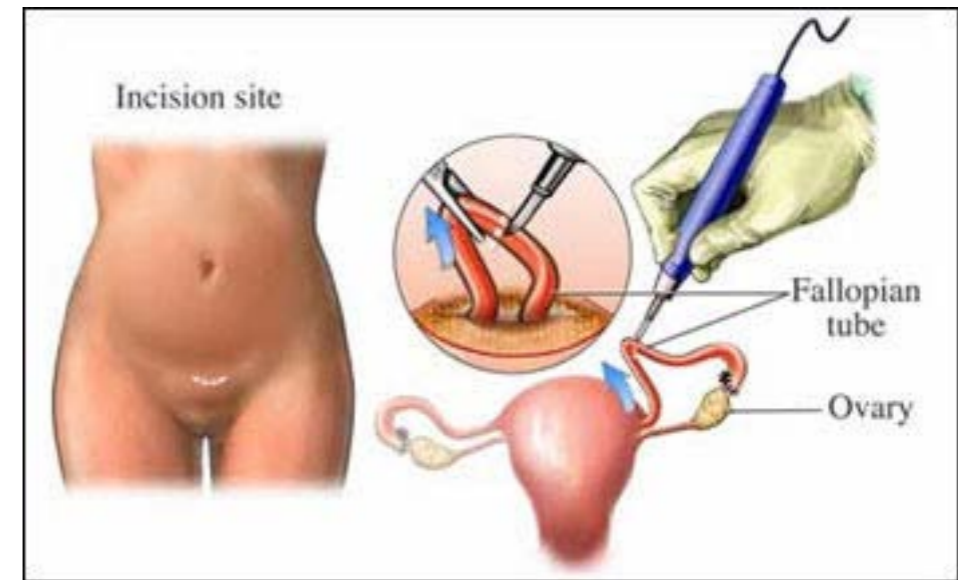
Possible laparoscopy incision sites

Laparoscopy



Minilaparotomy incision sites

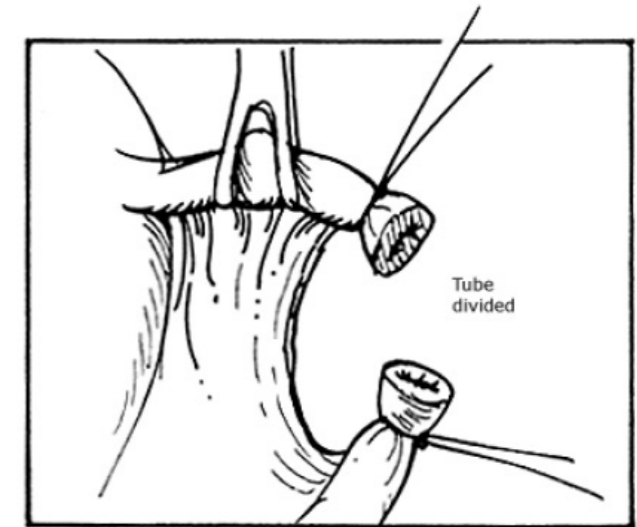
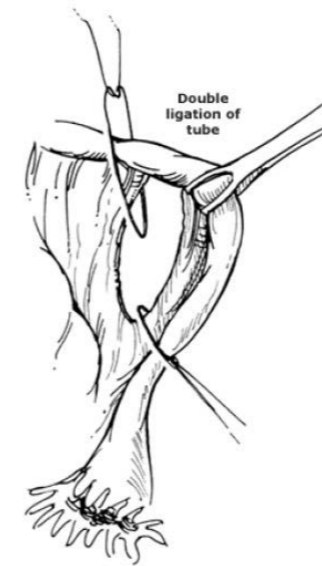
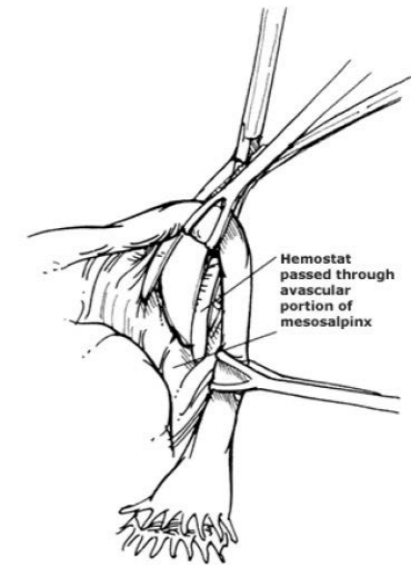
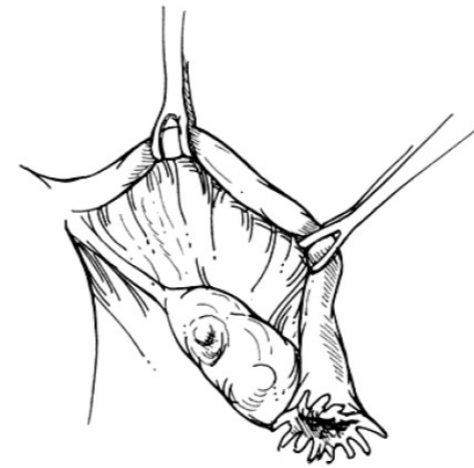
Minilaparotomy



- Es pot realitzar salpingectomia parcial, lligadura tubària (Pomeroy modificat) o oclusió mecànica.
- No diferència en morbiditat major entre la mini-laparotomia i la laparoscòpia. Però sí augment de la morbiditat menor associat amb la mini-laparotomia. OR 1,89; IC 95% 1,38-2,59.
- 5 minuts més de mitja que la laparoscòpia



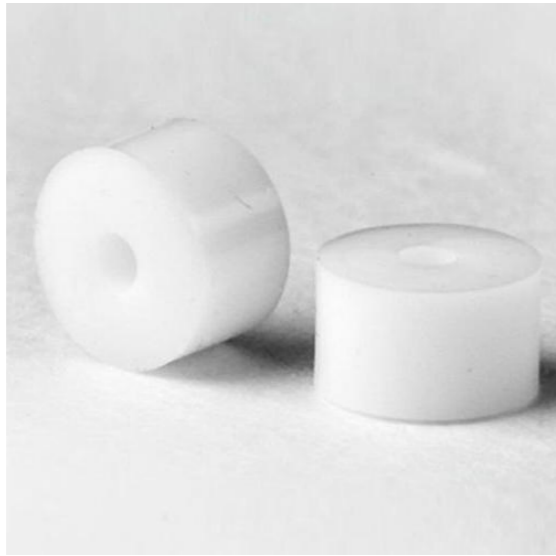
Mètodes d'oclusió tubària. Lligadura.



Tècnica de Pomeroy

Tècnica de Pomeroy modificada o Parkland.

Mètodes d'oclusió tubària. Mètodes mecànics.



Falope Ring



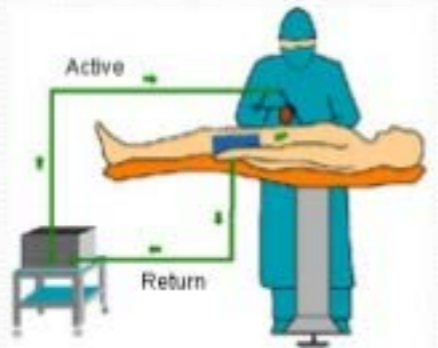
Filshie clips

Mètodes d'oclusió tubària. Diatèrmia.

Safer


Monopolar vs. Bipolar

- Cut/coag
- ↑ dissection
- ↑ current density: ↓ thermal spread
- ↓ “stick”



The diagram shows a patient lying on an operating table. A green line labeled 'Active' connects the patient to a cautery unit. A black line labeled 'Return' connects the unit to a separate ground pad on the floor.

- ↓ impedance → ↓ voltage → ↓ heat
- no grounding pad
- ↓ coupling
- ↓ smoke
- ↑ hemostasis
- wet OK
- implants OK



The diagram shows a patient lying on an operating table. A green line labeled 'Active' connects the patient to a cautery unit. A black line labeled 'Return' connects the unit to the patient's body, indicating that the patient is the return path.



Salpingectomy

Editorials

ajog.org

Opportunistic salpingectomy: an appropriate procedure during all pelvic surgeries

 Check for updates

Farr R Nezhat, MD; Vanessa T. Martinelli, MD

Ovarian cancer, specifically the epithelial subtype, is the deadliest gynecological disease affecting US women. The overall incidence increases with age with the median age of 63 years at diagnosis.¹ Unlike breast and cervical cancers, there is no supported standard screening method to detect preinvasive or early ovarian cancer. The result is 70% of women present with late-stage III and IV disease and poor prognoses.²

With such disheartening statistics, the prevention of ovarian cancer has become an important aspect in attempts to decrease its incidence. For those at high risk of developing ovarian cancer, secondary to genetic mutations and/or family history, studies have shown that risk-reducing bilateral salpingo-oophorectomy upon completion of child-bearing should be the standard of care.¹

However, in young premenopausal women with no genetic or family history affecting their baseline risk of early age oophorectomy greatly c This leads to recent studies that have f fallopian tubes in the development of ovarian cancer,³ with more specific areas the fimbria and distal end of the fallopian surprise that excising all or portions of t been shown to decrease one's risk of ovar

The Nurses' Health Services study, demonstrated that bilateral tubal ligation

and unintended pregnancy, with no added benefit to the health. As demonstrated by Falconer H et al,⁹ opportunistic salpingectomy at the time of pelvic surgery for women at average risk has been found to decrease the risks of ovarian cancer when compared with tubal ligation.

Venkatesh et al have developed a decision-analytic and cost-effectiveness model, involving a large theoretical cohort of 110,000 pregnant women undergoing cesarean delivery who desired permanent sterilization and whom they followed up for 40 years.¹⁰ Within this model, patients underwent either tubal ligation or salpingectomy during cesarean delivery, and a third arm received a long-acting reversible contraception. This type of contraception was found to be the least effective and costliest option and was thus dominated.

An important result of the paper shows that when compared head to head, salpingectomy and tubal ligation are

Obstetrics & Gynecology. 133(4):e279–e284, APRIL 2019

DOI: 10.1097/AOG.0000000000003164, PMID: 30913199

Issn Print: 0029-7844

Publication Date: April 2019

ACOG Committee Opinion No. 774: Opportunistic Salpingectomy as a Strategy for Epithelial Ovarian Cancer Prevention



 Print

Complicacions

- Sagnat
- Lesió d'estructures
- Dolor postoperatori
- Gestació ectòpica 7,3/1000.
- Migració del dispositiu

Mètodes d'oclusió tubària

	Tècnica	Dolor postoperatori	Risc g. ectòpica	Lesió mesosàlpinx
Electrocoagulació bipolar	+++	---	+	
Anell de silicona		+++		++
Clips				---

Anestèsia i analgèsia

- Anestèsia general.
- L'esterilització laparoscòpia és més dolorosa que la laparoscòpia diagnòstica i depèn del mètode d'esterilització.
- L'aplicació tòpica d'anestèsia local, sembla reduir el dolor postoperatori.

Excloure gestació abans de la cirurgia

- Gestació en fase lútia (assegurar que no hagi tingut cap relació desprotegida 3 setmanes abans)
- Test d'embaràs

Risc de gestació ectòpica

- Informar a la dona que si l'oclusió tubària falla, la gestació pot ser ectòpica
- Explicar els símptomes de gestació ectòpica



Quan parar els anticonceptius?

AHC, gestàgens sols o mètode barrera, s'ha de continuar almenys durant 7 dies

Implant es pot retirar al moment del procediment

DIU CU / DIU LNG es pot retirar 7 dies després de la IQ.

Fracàs de l'oclusió tubària

- Estudi CREST: a 10 anys fracàs 18,5/1000.

Electrocirurgia monopolar 7,5/1000

Salpinguectomia parcial postpart 7,5/1000

Banda de silicona 17,7/1000

Salpingectomia parcial d'interval 20,1/1000

Electrocirurgia bipolar 24,8/1000

Clip 36,5/1000

Esterilització histeroscòpica



Figure 3: The Essure ESS305 micro-insert. © Bayer. Figure reproduced with the kind permission of Bayer.



Figure 4: The Essure ESS305 micro-insert *in situ* before fibrosis. © Bayer. Figure reproduced with the kind permission of Bayer.



Figure 5: The Essure ESS305 micro-insert *in situ* after fibrosis. © Bayer. Figure reproduced with the kind permission of Bayer.



Radiografía del Essure: qué es y qué efectos provoca en las mujeres

El **anticonceptivo Essure** es uno de los productos sanitarios bajo el ojo del huracán en la última investigación del **ICIJ** en la que colabora laSexta. No se previeron los efectos adversos de un **implante** permanente que ha afectado a miles de mujeres y que llegó al mercado tras rebajar a dos años una fase de pruebas articulada en un principio para cinco años. **Si usted es uno de los afectados, envíenos sus testimonios a investigacion@lasexta.com.**



gapSEGO

gapSEGO

GUÍA DE ACTUACIÓN ANTE UNA PACIENTE PORTADORA DEL DISPOSITIVO ESSURE®

Esta guía ha sido elaborada por la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) a requerimiento de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) con el fin de prestar una atención con las máximas garantías a las mujeres portadoras de dispositivos Essure®.

Esta guía es una actualización de la publicada por la SEGO en 2016.

[Portada](#) > [Secciones](#) > [Política Sanitaria](#) > [Parlamentarios de Sanidad](#)

El Gobierno cifra en 782 el número de españolas afectadas por Essure

En España hay unas 80.000 mujeres implantadas con el dispositivo anticonceptivo de Bayer

Reversibilitat de l'esterilització femenina

- Pocs estudis. La revisió de la literatura reporta un rati de gestació intrauterina entre el 31-92%. Els estudis de cohorts, sèrie de casos i meta-anàlisis 74,4%.
- Més alta si s'utilitzen anells o clips.
- FIV



Moltes gràcies