



11226

104  
24

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE  
MÉXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACION  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR**

**INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES PARA  
LOS TRABAJADORES DEL ESTADO  
CLINICA HOSPITAL I.S.S.S.T.E. XALAPA**

**VASECTOMIA EN LA CLINICA HOSPITAL  
I.S.S.S.T.E. XALAPA  
1990 - 1995**

**TRABAJO DE INVESTIGACION**

**QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR  
PRESENTA:**



2-7-96

**DRA. HILDA REYES GUZMAN**

**C. H. XALAPA**

**COORDINACION DE ENSEÑANZA  
E INVESTIGACION  
CLINICA HOSPITAL I.S.S.S.T.E.  
XALAPA**

BUCAS

1999

**TESIS CON  
FALLA DE ORDEN**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

TRABAJO DE INVESTIGACION QUE PARA OBTENER  
EL DIPLOMA DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR

P R E S E N T A:

**DRA. HILDA REYES GUZMAN**

VASECTOMIA EN LA CLINICA HOSPITAL  
I.S.S.S.T.E. XALAPA 1990 - 1995



**DR. ENNIO GARCIA GOMEZ**

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA  
FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES EN XALAPA, VER.



**DR. JOEL CERVANTES PEREZ**  
ASESOR DE TESIS

**DR. PEDRO DORANTES BARRIOS**

PROFESOR DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR.  
ASESOR DE TESIS.



**DRA. LETICIA ESNAURRIZAR JURADO**

JEFA DEL DEPARTAMENTO DE EDUCACION MEDICA CONTINUA  
Y MEDICINA FAMILIAR

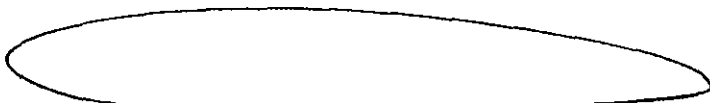
XALAPA, VER., OCTUBRE DE 1998

**VASECTOMIA EN LA CLINICA HOSPITAL I.S.S.S.T.E.  
XALAPA 1990 - 1995**

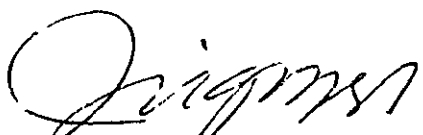
TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALIZACION  
EN MEDICINA FAMILIAR PRESENTA:

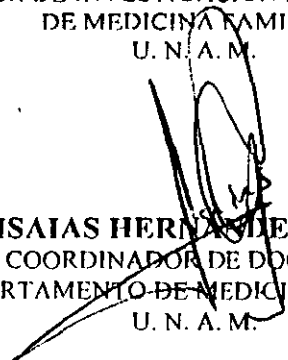
**DRA. HILDA REYES GUZMAN**

**AUTORIZACIONES:**



~~DR. MIGUEL ANGEL FERNANDEZ ORTEGA~~  
~~JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR~~  
~~U. N. A. M.~~

  
**DR. ARNULFO TRIGOYEN CORIA**  
COORDINADOR DE INVESTIGACION DEL DEPARTAMENTO  
DE MEDICINA FAMILIAR  
U. N. A. M.

  
**DR. ISAIAS HERNANDEZ TORRES.**  
COORDINADOR DE DOCENCIA  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
U. N. A. M.

**A MI ESPOSO:**

ING. JOSÉ LUIS MARTINEZ CRUZ.  
QUIEN DÍA A DÍA ME BRINDA CARIÑO , COMPRENSIÓN Y APOYO  
PARA ÉL MI AMOR INFINITO .

**A MIS QUERIDOS HIJOS :**

HILDA ISABEL  
JOSÉ LUIS  
MOTIVOS DE NUESTRA SUPERACION CONSTANTE.

**A MIS PADRES :**

PROFR. AUSENCIO M. REYES Y  
PROFRA. DOLORES G. DE REYES  
MI CARIÑO Y GRATITUD POR SIEMPRE.

**A MIS HERMANOS :**

PROFR. JOSE LUIS REYES GUZMÁN  
DR. VICTOR MANUEL REYES GUZMÁN  
OSCAR REYES GUZMÁN  
LES QUIERO.

**MI GRATITUD Y CARÍÑO SINCEROS A LOS DOCTORES :**

JOEL CERVANTES PEREZ  
QUIEN TUVO A BIEN DIRIGIR MI TRABAJO DE INVESTIGACIÓN.

CESÁREO CAMBAMBIA ZILLI  
MARIA TERESA PAEZ ZAMORA  
POR SU VALIOSA COLABORACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DEL  
MISMO.

**MI RECONOCIMIENTO :**

A NUESTROS MAESTROS DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN  
MEDICINA FAMILIAR.  
POR SU EMPEÑO Y ENSEÑANZA BRINDADA.

**MI AGRADECIMIENTO :**

AL DR. ENNIO GARCIA GOMEZ  
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA  
FAMILIAR.  
POR SU CONSTANTE APOYO.

**CON ESPECIAL AGRADECIMIENTO Y MUCHO AFECTO A :**

LIC. EN ENFERMERIA. SANDRA VASQUEZ.  
SRA. SONIA, LOLIS, OSCAR,ROBERTO,CLAUDIA Y A MIS HIJOS,  
QUIENES PARTICIPARON DE UNA U OTRA FORMA EN LA  
ELABORACIÓN DE MI TRABAJO.

**A MIS COMPAÑEROS DEL CURSO DE ESPECIALIZACION CON MUCHO CARÍÑO.**

# ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	
ANTECEDENTES	1
HISTORIA	8
ANATOMÍA Y FISIOLÓGÍA	10
TÉCNICAS QUIRÚRGICAS	12
TÉCNICA DE LA VASECTOMÍA SIN BISTURÍ	15
COMPLICACIONES DE LA VASECTOMÍA	17
VASECTOMÍA Y SALPINGOCLASIA COMPARACIÓN	18
VASECTOMÍA Y CONSEJERÍA	19
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	21
JUSTIFICACIÓN	22
OBJETIVOS	23
METODOLOGÍA	24
DESCRIPCIÓN DE RESULTADOS	26
RESULTADOS (GRÁFICAS Y CUADROS)	28
DISCUSIÓN	46
CONCLUSIONES	48
BIBLIOGRAFÍA	49
ANEXOS	51

# INTRODUCCIÓN

El crecimiento de la población mundial representa uno de los eventos relevantes de nuestra época, generando problemas importantes en la comunidad humana.

Los métodos anticonceptivos son instrumentos esenciales para la Planificación Familiar, que a su vez influyen en el crecimiento poblacional.

Desde tiempos remotos ha sido preocupación de la humanidad el control de la fertilidad, ideando diversos e increíbles procedimientos para ello, dando lugar a los diferentes métodos anticonceptivos conocidos hasta el momento.

La participación de la mujer ha sido primordial dentro los programas de Planificación Familiar, por varias razones el enfoque principal de la estrategia anticonceptiva ha recaído sobre ella, dejando a la zaga al varón con la práctica del "coito interruptus", el uso del preservativo, su colaboración en el método del ritmo y actualmente la vasectomía.

En el presente trabajo se aborda el tema de la **Vasectomía** y lo que se ha hecho en los años de 1990 - 1995 en la Clínica ISSSTE Xalapa.

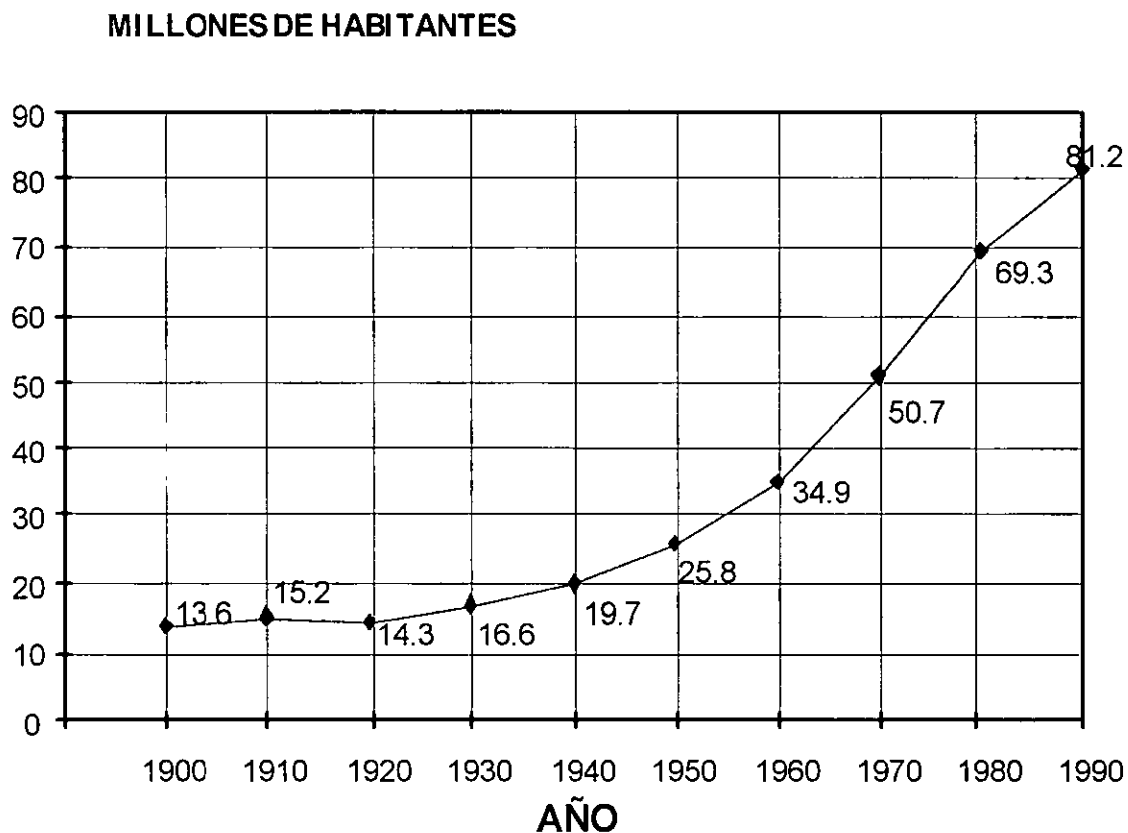
El propósito de esta investigación es dar a conocer los resultados obtenidos, para que la difusión de este método contribuya al apoyo de los programas de Planificación Familiar con una mayor participación de la población masculina.



## ANTECEDENTES

Los Censos Nacionales de Población y Vivienda que se efectúan en nuestro país cada 10 años, muestran un incremento sostenido del número de mexicanos desde principios de siglo. México ha evolucionado de 19.7 millones de habitantes en 1940 a 81.2 millones en 1990; de continuar el crecimiento poblacional al ritmo de las últimas décadas, para el año 2000 seremos 95 millones de habitantes (1) ( fig. 1) .

**FIGURA No. 1**  
**POBLACION DE MEXICO 1900 - 1990**



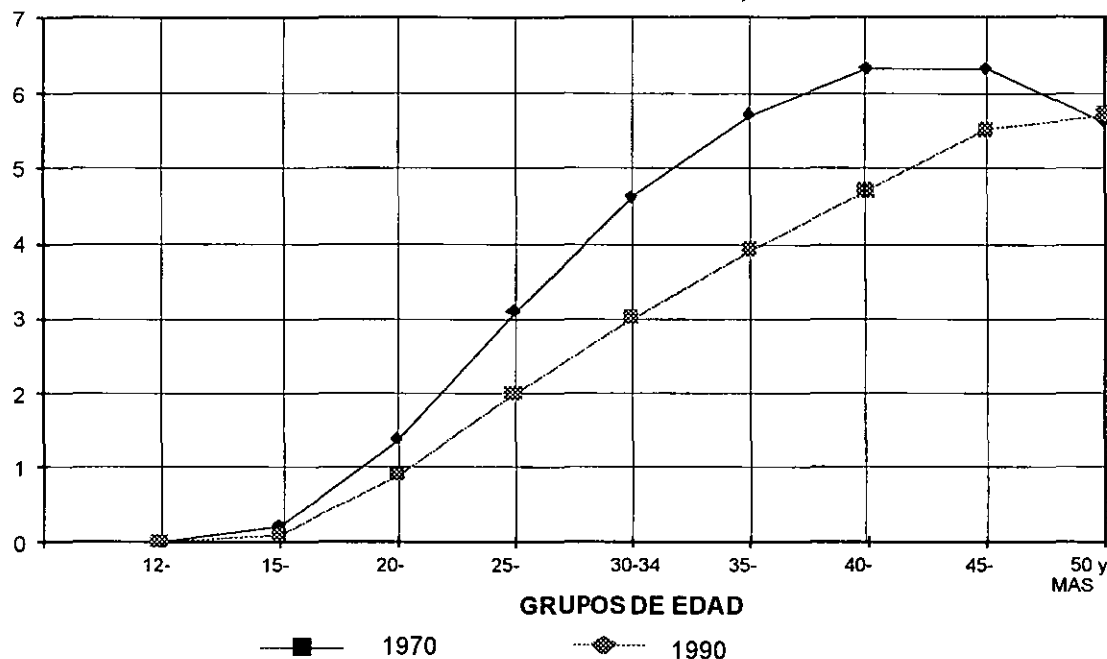
En el Censo de 1990 considerando el total de hijos nacidos vivos de las mujeres de 12 años y más, se tiene un promedio de 2.5 hijos por mujer, inferior al de 1970 cuando se registró un promedio de 3.1 hijos (2). (fig. 2 y 3)

**FIGURA No. 2**  
**PROMEDIO DE HIJOS NACIDOS VIVOS POR**  
**GRUPOS DE EDAD DE LA MUJER, 1970 Y 1990**

GRUPOS DE EDAD DE LA MUJER		AÑO	
		1970	1990
<b>TOTAL</b>		<b>3.1</b>	<b>2.5</b>
12-14	AÑOS	-	-
15-19	AÑOS	0.2	0.1
20-24	AÑOS	1.4	0.9
25-29	AÑOS	3.1	2.0
30-34	AÑOS	4.6	3.0
35-39	AÑOS	5.7	3.9
40-44	AÑOS	6.3	4.7
45-49	AÑOS	6.3	5.5
50 y MAS	AÑOS	5.6	5.7

FUENTE: Censos Generales de Poblacion y Vivienda, 1970 y 1990, INEGI.

**FIGURA No. 3**  
**PROMEDIO DE HIJOS NACIDOS VIVOS POR**  
**GRUPOS DE EDAD DE LA MUJER, 1970 Y 1990**



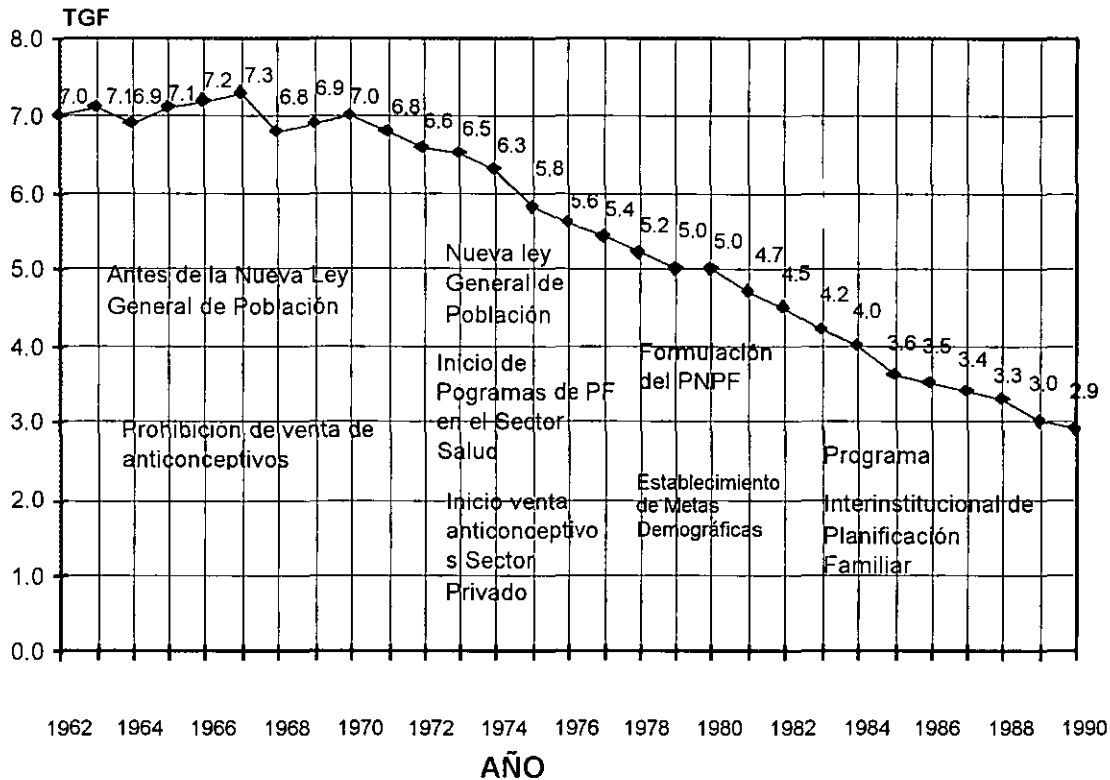
Se ha demostrado que en México el crecimiento natural de la población ha disminuido por el efecto del descenso en la natalidad, que se ha dado a partir de la incorporación de acciones de planificación familiar en las instituciones del Sector Salud,

esta reducción fue mayor en los últimos años de la década de los setenta, en que fue aumentando el número de investigaciones que apoyaban la necesidad de evitar el crecimiento acelerado de la población. (fig. 4).

El Diario Oficial del 31 de Diciembre de 1973, publicó el Artículo 4o. de la

FIG. 4

TENDENCIAS DE LA TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD DE MEXICO, 1962 - 1990



Constitución de los Estados Unidos Mexicanos, en el cual se estableció que: "Toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de sus hijos". Y la expedición de la Nueva Ley General de Población, del 7 de enero de 1974, que destaca la medida para "adecuar los programas de desarrollo económico y social a las necesidades que plantean en volumen, estructura, dinámica y distribución de la población y realizar programas de planificación familiar con el objeto de regular racionalmente y estabilizar el crecimiento de población". (1)

El Plan Nacional de Planificación Familiar, establecido en 1977, del que derivan los Programas de Planificación Familiar de todas las instituciones que integran el Sector Salud planteó metas de crecimiento demográfico a corto, mediano y largo plazo. Para 1994 la meta era alcanzar un crecimiento demográfico anual de 1.4 % ; las proyecciones del Consejo Nacional de Población en el año de 1990, indican para el momento actual

una tasa del 1.9 % , lo que implica un rezago en el logro de las metas programadas para el término de la pasada administración.

Los Programas de Planificación Familiar en la mayoría de países en vías de desarrollo, se iniciaron para frenar el crecimiento demográfico y hacerlo acorde con las necesidades de desarrollo económico y social; su fin es la regulación poblacional (3). Estos programas muestran la interrelación que existe entre el balance de la fecundidad y las condiciones de salud de la población, en especial del grupo materno infantil .

Para alcanzar los objetivos y metas establecidas por el Plan de Salud Reproductiva y Atención Materno Infantil, así llamado el Programa Nacional de Planificación familiar a partir de 1995; el programa Institucional de Planificación Familiar ha establecido estrategias como son la oferta activa y permanente de los métodos anticonceptivos; satisfacer la demanda y generalizar la y información y educación a toda la población susceptible del programa que asiste a las unidades médicas.

En el caso de la vasectomía y en particular de la sin bisturí, el IMSS desde 1989 inició su práctica en las unidades médicas del primer nivel de atención, aumentando la participación del hombre en los programas de planificación familiar . (1)

A partir de 1992 el ISSSTE inicia la capacitación de cirujanos con la técnica de vasectomía sin bisturí, estos cirujanos se encargarían de instalar y organizar un centro de promoción y prestación de servicios de este método , en las clínicas de medicina familiar, para que a partir de 1993 se echara a andar el programa . En la clínica ISSSTE Xalapa (300 100) se inició en 1994.

La vasectomía es el procedimiento quirúrgico para control de la fertilidad en el hombre, generalmente en forma definitiva aunque puede ser reversible. Posterior a ella se necesitan de 15 a 20 eyaculaciones para lograr un semen azoospermico, realizadas en un período de 6 a 8 semanas (4).

**LA NORMA OFICIAL DE LOS SERVICIOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR**, describe las disposiciones generales y especificaciones técnicas para la presentación de los servicios de planificación familiar, e incluye la selección, prescripción y aplicación de métodos anticonceptivos, como la identificación, manejo y referencia de los casos con infertilidad y esterilidad, destacando los elementos de información, orientación y consejería. (3)

Esta norma es de observancia obligatoria en todas las unidades de salud, para la presentación de servicios de planificación familiar de los sectores públicos, social y privado.

En cuanto a la vasectomía nos dice lo siguiente:

**DESCRIPCIÓN:**

En un método anticonceptivo permanente para el hombre que consiste en la oclusión bilateral de los conductos deferentes, con el fin de evitar el paso de los espermatozoides.

**EFFECTIVIDAD ANTICONCEPTIVA:**

Brinda efectividad anticonceptiva mayor al 99 %.

**INDICACIONES:**

Está indicado para hombres en edad fértil con vida sexual activa, que deseen un método de anticoncepción definitiva en las siguientes condiciones:

- Fecundidad satisfecha
- Razones médicas.
- Retardo mental.

**CONTRAINDICADA EN:**

- Criptorquidia.
- Antecedentes de cirugía escrotal o testicular.
- Historia de impotencia.

**PRECAUCIONES:**

- Infecciones en el área operatoria.
- Hidrocele.
- Varicocele.
- Filariasis (escroto engrosado).
- Hernia inguinoescrotal.
- Enfermedades hemorragíparas.

**TIPOS DE TÉCNICA QUIRÚRGICA:**

Hay dos tipos de procedimientos: la técnica tradicional (con bisturí) y la de Li (sin bisturí).

La técnica tradicional es un procedimiento quirúrgico, por lo cual se ligan seccionan o bloquean los conductos deferentes a través de una pequeña incisión en el escroto.

La técnica de Li. Es un procedimiento quirúrgico, por el cual se ligan y seccionan los conductos deferentes a través de una pequeña punción en el rafé escrotal.

En ambas técnicas puede usarse la electrofulguración para bloquear los conductos deferentes.

#### **LINEAMIENTOS GENERALES DE PRESCRIPCIÓN:**

Por ser de carácter definitivo, este método requiere de un proceso amplio de consejería, previo a su realización.

- Autorización escrita del consentimiento informado del usuario (firma o huella dactilar) o de su representante legal.
- El procedimiento debe ser realizado por personal médico debidamente capacitado.
- Este procedimiento puede manejarse como cirugía ambulatoria en unidades de primer nivel de atención.
- El procedimiento se debe realizar bajo las normas quirúrgicas y de esterilización establecidas y con anestesia local.
- Siempre que se cumplan los criterios para la selección del método, la edad y la fecundidad no serán factores de contraindicación.

#### **DURACIÓN DE LA PROTECCIÓN ANTICONCEPTIVA:**

Este método anticonceptivo es permanente. el aceptante deberá estar consciente de esta característica antes de la realización del procedimiento.

La vasectomía no es efectiva en forma inmediata, pueden encontrarse espermatozoides hasta en las siguientes 25 eyaculaciones o hasta tres meses después del procedimiento, por lo cual se debe recomendar el uso de preservativo u otro método, para evitar embarazos no deseados hasta que el conteo de espermatozoides sea negativo.

#### **EFFECTOS COLATERALES:**

- No se conocen efectos colaterales asociados directamente al método.
- Ocasionalmente pueden presentarse problemas asociados al procedimiento quirúrgico:
  - Equimosis.
  - Infección de la herida quirúrgica.
  - Granuloma.
  - Hematoma.

#### **CONDUCTA A SEGUIR:**

- Reposo domiciliario postcirugía, con aplicación alterna de hielo sobre el área quirúrgica cada treinta minutos, cuando sea posible.
- Puede reiniciarse la actividad a los 2 días postcirugía, siempre y cuando no implique esfuerzo físico pesado durante los primeros siete días.
- Se deben suspender relaciones sexuales por siete días.
- Utilizar un suspensorio, traje de baño o calzón ajustado por siete días, mientras esté sentado o de pie.
- Tomar analgésicos o antiinflamatorios en caso necesario.
- Si el usuario detecta algún problema relacionado con la cirugía, debe ser atendido en forma inmediata por personal capacitado.

#### **SEGUIMIENTO DEL USUARIO:**

- Las revisiones subsecuentes deben programarse:
  - La visita inicial se efectuará durante la primera semana postcirugía. Las siguientes se efectuarán anualmente durante los dos primeros años o antes si el usuario lo considera necesario.
  - Se debe efectuar un conteo de espermatozoides después de las primeras veinticinco eyaculaciones o tres meses después del procedimiento quirúrgico. En caso de ser positivo repetir al mes, si persiste positivo revalorar el caso. Durante este lapso se debe recomendar a la pareja el uso de otro método anticonceptivo que garantice efectividad.

## HISTORIA

La historia de la vasectomía refleja avances científicos y cambios políticos, económicos y culturales de los últimos 150 años. No fue aceptada hasta el siglo XIX y no era utilizada como método para el control voluntario de la fertilidad hasta el siglo XX. El inglés John Hunter, cirujano y anatomista, en 1775, mientras efectuaba una disección en el cadáver en que trabajaba, notó la obstrucción de un conducto deferente. En 1830 un discípulo de Hunter, Sir Astley Cooper, inició trabajos experimentales de vasectomía en perros. En 1833 Felix Guyon, cirujano francés concluyó que el bloqueo del conducto deferente causaba atrofia de la glándula prostática; esto animó a los cirujanos en 1890 para hacer vasectomías simultáneas con operaciones de la próstata, para reducir su tamaño y evitar la epididimitis postoperatoria. H.G. Lennander de Upsala, Suecia en 1877 publicó un informe sobre esta técnica.

Harry Sharp de Indiana E.U. reportó haber ejecutado la vasectomía en 1880 a un enfermo mental que se masturbaba en exceso. En los 10 años siguientes, Sharp efectuó 456 vasectomías voluntarias con el propósito de esterilización . (5)

La teoría de la evolución de Darwin sirvió de base para una ola de esterilización eugenésica. En 1899, A.J. Ochsner presentó un argumento convincente para esterilizar a criminales habituales, argumentando que estaba indicada a causa de "ciertos defectos anatómicos que caracterizaban a estos hombres". Además Ochsner pensó que " el mismo tratamiento podría ser sugerido para borrachos crónicos, imbeciles, pervertidos e indigentes". Subsecuentemente, "la esterilización fue recomendada para tratar la lepra, tuberculosis, epilepsia, alcoholismo, desviación sexual, vileza moral, convicción criminal, corea de Huntington, violación, dogradicción, y por último, ladrones de pollos". (6)

Aunque los efectos anticonceptivos de la vasectomía estaban siendo documentados, la operación fue hecha por Eugene Steinach, fisiólogo austriaco, con el propósito del rejuvenecimiento del cuerpo humano. A pesar de las evidencias experimentales contradictorias, miles de operaciones fueron realizadas y en 1936 hubo varias publicaciones sobre su técnica. (5)

Durante el primer año de las leyes germanas de esterilización, en 1933, se realizaron 28000 vasectomías. Se estima que más de un millón de vasectomías fueron realizadas en la Alemania Nazi, de 1934 a 1945, la mejoría de la raza fue uno de los objetivos. (7)

El uso de la vasectomía fue la prevención de la epididimitis en pacientes prostatectomizados, reconocido a principios del siglo XX (8).



La vasectomía llenó la necesidad obvia de una técnica simple y poco costosa que podía ofrecerse en una sola etapa; por lo que fue usada en los años de 1950 - 1960 en el sur de Asia. (5)

En Estados Unidos y en Europa, la vasectomía inició su auge cuando la publicidad en contra de los anticonceptivos coincidió con una campaña feminista para estimular una mayor responsabilidad masculina en la reproducción. Se estima que para 1970 se realizaron 750,000 vasectomías en Estados Unidos, y hasta 1973, más de 8 millones de hombres han sido esterilizados en la India. (9)

Aunque el número de vasectomías que se hacen el mundo fluctúa año con año en relación a la publicidad; a los presupuestos nacionales, el procedimiento quirúrgico ha tomado su lugar como un método importante en la planificación familiar voluntaria.

Un método refinado para vasectomía, se ha desarrollado en China por el Dr. Li Shunqiang, donde se elimina el uso del bisturí; en el Instituto de Investigación Científica de Planificación Familiar de Chongqing en la provincia de Sichuan. Los chinos han realizado aproximadamente 8 millones de vasectomías sin bisturí, desde que la técnica fue introducida en 1974 por el citado Doctor; es la técnica estándar para vasectomía en China. (10)

La técnica de vasectomía sin bisturí fue evaluada e informada por primera vez en los Estados Unidos por un grupo de expertos médicos, patrocinados por la AVSC (Association for Voluntary Surgical Contraception). Impresionados por el método sencillo, recomendaron a la AVSC el patrocinar el entrenamiento de esta técnica a nivel internacional. Así iniciaron un programa en Bangkok y Tailandia en 1986.

Los médicos informaron que la nueva técnica tomaba menos tiempo que las técnicas tradicionales y una reducción considerable de las complicaciones.

Hoy en día, gracias a esta técnica hay mayor participación del varón en la planificación familiar.

## ANATOMÍA Y FISIOLOGÍA

El conducto deferente es una estructura tubular que embriológicamente deriva del conducto mesonéfrico de Wolff. En el hombre, mide aproximadamente de 30 a 35 cm. de longitud, se extiende desde la cola del epidídimo hasta la próstata; aquí con la desembocadura de las vesículas seminales, forman los conductos eyaculadores. Lich y colaboradores, dividen el conducto deferente en cinco porciones: 1) la porción epididimaria, sin vaina externa, encontrándose contenida en el interior de la túnica vaginal; 2) la porción escrotal; 3) la porción inguinal; 4) la porción retroperitoneal o pélvica; 5) la ampolla deferencial (fig. 5)

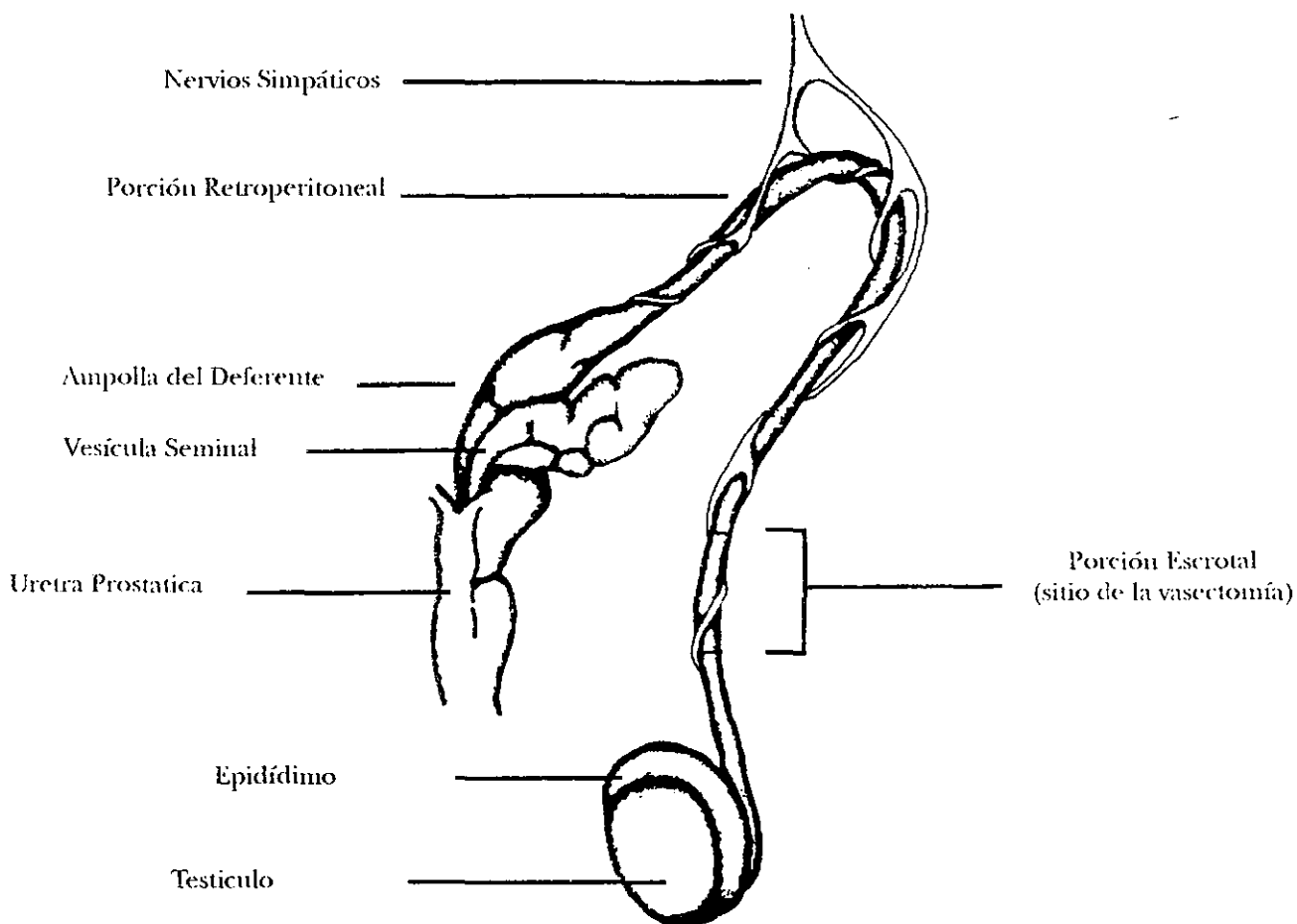
El conducto deferente es irrigado por la arteria deferencial que es rama de la arteria vesical inferior. (11)

Histológicamente el conducto deferente está compuesto por tres capas: adventicia, muscular y mucosa; que circundan una luz de 0.05 cm. La adventicia está compuesta por una vaina de tejido conectivo rico en vasos sanguíneos y pequeñas ramas nerviosas. La muscular consta de una capa circular media entre dos longitudinales, interna y externa. La mucosa, en la porción escrotal del conducto deferente es pseudoestratificada y contiene una basal de células cuboides y una luminal de células columnares. Las microvelocidades (estereocilios), se extienden de las células columnares hacia la luz. Una porción del extremo testicular del conducto deferente está compuesta de epitelio columnar ciliado. (12)

El conducto deferente humano está inervado por los sistemas simpático y parasimpático. El aporte colinérgico es de poca importancia en la actividad motora del conducto deferente, en cambio, posee una gran cantidad de nervios simpáticos adrenérgicos derivados de los nervios hipogástricos, a través del nervio presacro. (11)

Los músculos bulbo e isquiocavernoso se contraen clónicamente al igual que otros músculos estriados del suelo pélvico, desencadenando el movimiento de fluido seminal a través de la uretra. (4)

# ANATOMIA DEL CONDUCTO DEFERENTE



**FIGURA 5**

## TÉCNICAS QUIRÚRGICAS

### PREPARACIÓN PREOPERATORIA

El lavado preliminar reduce las bacterias en el área púbica y escrotal, con soluciones acuosas antisépticas. Tricotomía escrotal y/o por debajo de los lados del pene y las porciones internas de los muslos.

Anestesia. La anestesia local tiene muchas ventajas. Usualmente 1- 5 cc Xylocaína al 1% o 2 % simple. Se palpa la parte alta del escroto, se localiza una área libre de vasos sanguíneos. Se infiltra el anestésico debajo de la piel y luego en las envolturas del conducto deferente.

Si el paciente es aprehensivo, se le puede administrar 10 mg. de Diazepam IV u oral.

Se han desarrollado muchas técnicas quirúrgicas de vasectomía que a continuación mencionaré; encontrándose diferencias específicas: en cuanto a la inmovilización del conducto deferente; en la incisión escrotal; el tratamiento de los extremos seccionados del conducto deferente y en la remoción de los segmentos del conducto deferente. No hay estadística internacional de comparación para el índice de fracasos o complicaciones con las diferentes técnicas de vasectomía, que facilite al médico escoger el mejor método. (5)

### TÉCNICAS DE VASECTOMÍA USADAS EN ESTUDIOS SELECCIONADOS, 1971 - 1973

**Altman 1972:** Anestesia local. Incisión simple al lado izquierdo del escroto. Instrumento Fórceps atraumático de vasectomía. Acción Deferente cortado; extremos aplanados y ligados dobles. Longitud No especificado, Material Sutura simple en colchonero invertida con catgut fino y nudo enterrado.

**Blandy 1972:** Anestesia local. Incisión no especificada. Instrumento Fórceps de tenáculo. Acción Deferente cortado; extremos ligados con sutura de seda negra 000. Longitud no especificado. Material Sutura vertical en colchonero con catgut simple 000.

**Brodsky 1973:** Anestesia local. Incisión Dos de media pulgada transversales. Instrumento No especificado. Acción Deferente cortado; cada extremo ligado con sutura de seda. Longitud Remoción no especificada. Material Una sutura simple de Dexon.

**Bruce 1873:** Anestesia local. Incisión simple, de 1 cm. de long. en línea media. Instrumento Pinzas de Allis. Acción Deferente triturado a cualquier lado de

la pinza, después cortado; en un extremo jalado fuera de sus cubiertas y triturado nuevamente ambos extremos ligados con catgut cromado. Longitud 1 cm. Material Saturas absorbibles.

**Gersh 1972:** Anestesia local. Incisión dos un cuarto de pulgada de largo. Instrumento Pinza de Allis. Acción Deferente cortado; extremos cortados y ligados con catgut 000; mucosa fulgurada con aguja electrodo. Longitud 1 cm. o menos. Material Vendaje adhesivo.

**Greene 1971:** Anestesia local. Incisión dos verticales de 1-1.5. Instrumento Pinza de campo previa incisión pinza de Allis después de la incisión. Acción Deferente electrocoagulado; 1-2 cm. de los extremos ligados con catgut cromado 0. Colocados en diferentes planos de la fascia. Longitud 1-2 cm. Material Catgut simple.

**Hobbs 1972:** Anestesia local. Incisión dos de media pulgada. Instrumento Pinza de Allis. Acción Deferente cortado, triturado, ligado con sutura de catgut cromado; los extremos del deferente doblados sobre si mismos y ligados nuevamente. Longitud Media a una pulgada. Material Sutura simple de seda trenzada.

**Howard 1973:** Anestesia local. Incisión Simple en línea media de 1cm. transversal. Instrumento No especificado. Acción Deferente cortado; extremos ligados. longitud 5 cm. Material suturas 000 cromado.

**Morgan 1972:** Anestesia local. Incisión simple línea media, 4 mm. vertical. Instrumento Pinza de Allis. Acción Deferente cortado; extremos ligados con dos alambres de acero inoxidable. longitud 1 pulgada. Material Cinta adhesiva estéril.

**Moss 1972:** Anestesia local. Incisión Simple media 3mm de largo. Instrumento Pinza de campo. Acción Deferente cortado, dos grapas de tantalum tamaño medio aplicadas a cada extremo. Longitud 5 mm. Material Nada.

**Schmidt 1973:** Anestesia local. Incisión dos en la parte alta del escroto. Instrumento pinza de Allis. Acción Deferente cortado; mucosa y submucosa del deferente proximal fulgurado en superficie cortada únicamente; extremos colocados en diferentes planos de la fascia. Longitud ninguno. Material algodón o sin suturas.

**Scott 1972:** Anestesia General. Incisión dos. Instrumento No especificado. Acción Deferente cortado, extremo distal cortado y doblado sobre si mismo. Longitud 1,5 - 2 cm. Material Catgut simple continuo.

**Tauber 1973:** Anestesia local. Incisión Simple línea media 0,5 - 1 cm. Instrumento Pinza de campo. Acción Deferente cortado; extremos fulgurados y pinzados con grapas de tantalum. Longitud 1 cm. Material Nada.

**Weiss 1972:** Anestesia local. Incisión dos de un cuarto de pulgada. Instrumento Dos pinzas de campo antes de incisión; fórceps mosquito después de la incisión. Acción Deferente cortado; doble grapa en los extremos. Longitud No especificado. Material Catgut simple en sutura subcutánea.

## TECNICA DE LA VASECTOMIA SIN BISTURI (10)

Este método elimina el bisturí, hay menos hematomas e infecciones, deja una cicatriz más pequeña que las técnicas convencionales.

Se hace una fijación extracutánea con la pinza de anillos que circunda y fija firmemente los conductos sin penetrar la piel. Una pinza hemostática curva afilada penetra y dilata la piel escrotal y la cubierta de los vasos. Los conductos son abordados, limpiados y ocluidos por la técnica que el cirujano prefiera. El conducto contralateral es abordado por la misma apertura, la herida de la punción se contrae cerca de 2mm, no es visible para el hombre y no requiere de suturas para cerrarse.

La incidencia reportada de hematomas en 179 741 hombres seguidos en china fue del 0.09%. El tiempo quirúrgico es de 5 a 11 minutos.

### **CUIDADO POSTOPERATORIO:**

Al final de la cirugía, un pequeño apósito se coloca sobre la incisión, sosteniéndose con un suspensorio. El dolor que algunos pacientes experimentan puede ser aliviado con este procedimiento, usando el suspensorio por 24 horas o hasta 72 y de acuerdo a la evolución, lo usará hasta 2 semanas. Una bolsa de hielo aplicada sobre el escroto, ayuda a contrarrestar el edema y el malestar. Algunas veces se prescriben analgésicos.

### **DESCANSO:**

Se sugiere que los pacientes vasectomizados descansen de 15 a 30 minutos antes de irse a casa. Si pueden evitar manejar y realizar actividad física exhaustiva por un día y todo trabajo físico pesado por dos días.

### **BAÑO:**

Mantener el escroto seco durante 24 horas. Algunos médicos permiten el baño, secando perfectamente el escroto.

### **RELACIONES SEXUALES:**

Cuantos días después del vasectomía se puede tener actividad sexual ? después de 7- 10 días, de tal manera que el muñón próximo del deferente pueda sanar antes de que se aplique presión retrógrada por la eyaculación. Gersh describe alta incidencia de granulomas espermáticos si esta recomendación no se lleva a cabo. (5)

## **ESPERMATOBIOSCOPIA POST QUIRÚRGICA:**

Se hace después de 12 - 15 eyaculaciones o después de 12 semanas. antes de este tiempo no se garantiza la esterilización inmediata. En un estudio de 900 pacientes vasectomizados, 94.5 % eran estériles 10 semanas después de la cirugía. (5)

## **EFFECTIVIDAD:**

En comparación con otros métodos anticonceptivos, tiene un índice de fracaso bajo, cerca de 0.15 por 100 personas año. Las causas de fracaso pueden ser las siguientes: Recanalización de los extremos del deferente; relaciones sexuales sin protección antes de espermatooscopia negativa; sección de una estructura distinta del deferente; la presencia rara, pero no imposible de más de un deferente de cada lado.

## **EQUIPO:**

Mucho del instrumental usado fue originalmente diseñado para otros procedimientos. Pinzas de campo, pinzas de Allis y fórceps, pinzas de Tinckler etc. (5)



## COMPLICACIONES DE LA VASECTOMÍA:

Los médicos familiares, deben conocer los efectos potenciales y complicaciones de la vasectomía, para poder aconsejar adecuadamente a los pacientes que buscan la esterilización. La vasectomía produce cambios anatómicos, hormonales e inmunológicos y aunque no establecidos por estudios clínicos, se ha asociado con aterosclerosis, cáncer de próstata, cáncer testicular y urolitiasis. Las complicaciones incluyen una falla evidente, esperma ocasional al eyacular, hematoma, sangrado, infección, granuloma espermático, epididimitis congestiva, formación de cuerpos antiesperma e impotencia psicogenética. Comparado con la ligadura tubaria la vasectomía tiene pocas complicaciones serias y un índice mínimo de falla. Tiene un perfil de seguridad mayor y un mínimo costo .

Alrededor de 500 000 vasectomías se realizan en Estados Unidos cada año, muchas por médicos familiares, cerca del 26 %. (13)

## INCIDENCIA DE ENFERMEDAD DESPUÉS DE LA VASECTOMÍA:

Aunque ampliamente considerada para no tener efectos a largo plazo en la salud, han surgido dudas acerca de su seguridad. Incluyen preocupaciones acerca de la importancia funcional, de la respuesta del anticuerpo del esperma autoinmune que frecuentemente sigue a la vasectomía y la posibilidad de efectos a largo plazo en los aparatos cardiovascular y genitourinario. Y en la hipótesis de que la vasectomía predispone al hombre a cánceres de testículos y próstata. En un estudio realizado en Oxford en pacientes vasectomizados entre 1970 y 1986, la incidencia de cáncer prostático fue de 1.0 de riesgo relativo con un seguimiento de 3 - 4 años. En cuanto a la formación de cálculos no hubo evidencia. En resumen, no hubo datos para apoyar la hipótesis que la vasectomía conduce a un aumento de varias enfermedades estudiadas. (14-15-16)

Por los estudios reportados hasta la fecha en períodos cortos de investigación, la incidencia de muerte por diferentes causas es igual en hombres con o sin vasectomía.

La vasectomía es un método seguro para la anticoncepción masculina, sin embargo se informa el caso de un hombre que presentó gangrena de Fournier, posterior a la cirugía; a pesar de un tratamiento intenso con antibióticos de amplio espectro, esta complicación fue letal. (17)

Las complicaciones tempranas y tardías de la vasectomía (1 a 5 años después del procedimiento quirúrgico), en un estudio de 336 000 cirugías realizadas en Estados Unidos se encontraron:

- Epididimitis en el 1.8 %.
  
- Falla evidente temprana de la vasectomía por presencia de esperma móvil en muestras, 3 meses después y 12 eyaculaciones después de la cirugía. 0%.

- Hemorragias que ocurrieron 24 horas después de la vasectomía, por sangrado a través de la incisión, y equimosis.
- Infecciones mayores: inflamación escrotal.
- Orquitis. Cuando la inflamación fue sólo a testículo.
- Arrepentimiento de la cirugía.
- Granuloma espermático en el 1.3 %.

Alderman, ha reportado sobre las complicaciones en una serie grande de vasectomías, realizadas en un período largo, pero no nos habla de los problemas psicosexuales encontrados.

Desde el punto de vista legal. Si la esposa de un hombre vasectomizado se embaraza, se analiza una muestra de semen, debiéndose insistir en que sea tomada en nuestro consultorio, sólo así se podrá negar o afirmar la responsabilidad del segundo.(18)

## VASECTOMÍA Y SALPINGOCLASIA. COMPARACIÓN

Entre los aceptadores de la vasectomía, es creído que la esterilización masculina es más simple y más segura que su contraparte femenina. En un estudio de Smith y Cols. en 1985, se encontraron cero muertes y menos complicaciones mayores, comparado con la salpingoclasia. En Estados Unidos no menos de 14 muertes se producen por esterilización femenina. Los costos financieros de ésta son más altos, debidos al uso de anestesia general y facilidades de hospitalización. En cuanto a fallas, Trussel y colegas en 1990, en Estados Unidos, reportaron índices de embarazo accidental, tres veces más alto en esterilizaciones femeninas que para las masculinas (0.4 % OTB, contra 0.15 % para la vasectomía). Las fallas después de la obliteración tubaria, aumentan el riesgo de embarazos extrauterinos. (20).(21).

- Hemorragias que ocurrieron 24 horas después de la vasectomía, por sangrado a través de la incisión, y equimosis.
- Infecciones mayores: inflamación escrotal.
- Orquitis. Cuando la inflamación fue sólo a testículo.
- Arrepentimiento de la cirugía.
- Granuloma espermático en el 1.3 %.

Alderman, ha reportado sobre las complicaciones en una serie grande de vasectomías, realizadas en un período largo, pero no nos habla de los problemas psicosexuales encontrados.

Desde el punto de vista legal. Si la esposa de un hombre vasectomizado se embaraza, se analiza una muestra de semen, debiéndose insistir en que sea tomada en nuestro consultorio, sólo así se podrá negar o afirmar la responsabilidad del segundo.(18)

## VASECTOMÍA Y SALPINGOCLASIA. COMPARACIÓN

Entre los aceptadores de la vasectomía, es creído que la esterilización masculina es más simple y más segura que su contraparte femenina. En un estudio de Smith y Cols. en 1985, se encontraron cero muertes y menos complicaciones mayores, comparado con la salpingoclasia. En Estados Unidos no menos de 14 muertes se producen por esterilización femenina. Los costos financieros de ésta son más altos, debidos al uso de anestesia general y facilidades de hospitalización. En cuanto a fallas, Trussel y colegas en 1990, en Estados Unidos, reportaron índices de embarazo accidental, tres veces más alto en esterilizaciones femeninas que para las masculinas (0.4 % OTB, contra 0.15 % para la vasectomía). Las fallas después de la obliteración tubaria, aumentan el riesgo de embarazos extrauterinos. (20).(21).

## VASECTOMIA Y CONSEJERIA

La vasectomía es la operación mas común entre los hombres. Aun que el procedimiento quirúrgico es simple, el médico debe de estudiarlo y debe ser capaz de aconsejar a los pacientes apropiadamente. (18)

Con el fin de promover una participación mas activa del hombre, se han buscado mecanismos para facilitar la disponibilidad y la accesibilidad de la vasectomía ; uno de ellos es incrementar su práctica en las unidades de medicina familiar; otra de recién inicio es la difusión de la vasectomía sin bisturí, despertando gran interés entre los médicos familiares y una mayor aceptación de método por parte de la población. (1)

Aun cuando esta experiencia es muy reciente, este nuevo enfoque de la anticoncepción masculina es muy promisorio, pues ya se observa por las experiencias nacionales e internacionales al respecto, el incremento significativo en la demanda de vasectomía sin bisturí, ya que no requiere hospitalización , ni programación quirúrgica, y puede realizarse a nivel de la consulta de Medicina Familiar. Por la sencillez de la técnica y mínimas complicaciones, no se requiere ser especialista en Cirugía o Urología. (19)

La consejería en Medicina Familiar es el proceso de ayuda a los clientes para tomar decisiones informadas y voluntarias acerca de su fecundidad asegurando que dispongan de la información adecuada y la apliquen en sus propias necesidades para lograr una elección satisfactoria. El papel del consejero es garantizar que los clientes conozcan los beneficios y los riesgos de todos los métodos anticonceptivos disponibles y ayudarlos a considerar sus alternativas de modo que puedan formar criterios propios eligiendo el método de planificación familiar más apropiado a sus intereses; de esta manera estará preparado para afrontar los efectos secundarios.

La consejería es de particular importancia en los programas que proporcionan métodos definitivos de esterilización ya que se requiere de un acto quirúrgico . En consecuencia es un paso crítico entre la intención del cliente de obtener un servicio de esterilización, y el consejero para ayudarlo mediante la preparación psicológica respecto al procedimiento y efectos colaterales .

Durante la consejería se deben aclarar dudas y conceptos erróneos pues algunos factores que influyen en el comportamiento reproductivo los desalienta como: Las expectativas culturales con respecto al tamaño de la familia; los pronunciamientos religiosos sobre planificación familiar; políticas de gobierno en materia de población; los mensajes de los medios de difusión; las actividades promocionales; la desinformación popular (mitos y rumores); los parientes y otros usuarios satisfechos o insatisfechos. (19) (20).

Los consejeros capacitados y supervisados adecuadamente son esenciales, pero no se debe dejar sólo a ellos la consejería . Todas las personas que trabajan en una institución de salud, desde los recepcionista hasta los administradores , necesitan estar capacitados para apoyar el trabajo de los consejeros , de esta manera se verá fortalecida su labor. (24).

Es importante que los promotores de la vasectomía reciban cursos de capacitación en técnicas de orientación y comunicación personal, además se les enseñará a discutir todos los métodos disponibles de planificación familiar y la opción de no practicar la anticoncepción con el propósito de que el cliente tome una decisión discernida y voluntaria.

Siempre que sea posible, los programas de vasectomía emplearán a hombres vasectomizados para que actúen como consejeros y de agentes de divulgación y promoción .

En varios estudios realizados, la mayoría de los usuarios de este método, dijeron que antes de decidirse hablaron con un hombre que se había realizado la vasectomía y ello había influido en su decisión final. (21) (22) (23) (24).

Por todo lo anterior, se hace necesario intensificar las acciones destinadas a la promoción, información y consejería , específicamente para la prestación de este servicio, destinado a la población masculina derechohabiente o no.

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El programa de Vasectomía, ha despertado el interés en la población masculina, que probablemente por ignorancia o por desinformación y quizá por temor no la ha aceptado abiertamente; por lo que el Método se solicita en forma limitada. En nuestra Clínica se ha trabajado en este renglón, sin tener un estudio formal de sus resultados. El propósito de mi trabajo es determinarlos y como Médico Familiar difundirlos a la comunidad, para lograr su cambio de actitud y lograr la aceptación de este método definitivo para la planificación familiar.

¿Son la ignorancia, la desinformación, la falta de promoción y difusión causantes de la poca aceptación de la Vasectomía. Cuáles son los factores que contribuyen a que la Vasectomía sea subutilizada como método de planificación familiar y cuáles fueron los avances del Programa de Vasectomía en la Clínica Hospital ISSSTE 25 A 300100 de Xalapa, Ver., durante el periodo 1990-1995?

## JUSTIFICACION.

Desde tiempos antiguos, la participación del varón en los programas de Planificación Familiar ha sido incierta y limitada. .

A nivel Nacional en el ISSSTE desde el inicio de las actividades formales del programa de Vasectomía en 1977 con la formulación del Programa Nacional de Planificación Familiar y el establecimiento de metas institucionales de cobertura de la población en edad fértil, la vasectomía se ha mantenido en cifras bajas de aceptación.

A finales de 1991 de los 18 510 nuevos usuarios de métodos quirúrgicos de Planificación Familiar, únicamente 1 195 (6.5 %) aceptaron la vasectomía. En 1994 de 17 584 procedimientos definitivos practicados, 922 (5.3 %) corresponden a vasectomías.

En la Clínica Hospital ISSSTE Xalapa, Ver., a partir de 1994 se intensifican las acciones encaminadas a la estrategia de Consejería para favorecer a los avances del Programa de Vasectomía.

La intención de este estudio es conocer los avances en el programa y la relación que guarda con la aplicación de la estrategia de Consejería, para así poder establecer las propuestas que puedan conducirnos a resultados satisfactorios.

## **OBJETIVOS.**

### **OBJETIVO GENERAL.-**

Identificar los factores que determinan la aceptación de la Vasectomía en la Clínica Hospital ISSSTE de Xalapa, Ver., durante el periodo 1990-1995.

### **OBJETIVOS ESPECIFICOS.-**

Conocer los avances del Programa de Vasectomía en la Clínica Hospital ISSSTE de Xalapa, Ver.

Determinar edad más frecuente para la aceptación de la Vasectomía. Qué tipo de población la acepta. Escolaridad. Estado civil. Número de hijos. Técnica quirúrgica empleada. Tipo de decisión (personal o en pareja). Días de incapacidad. Complicaciones. Fracaso.

Evaluar de que modo influye la Estrategia de Consejería.



## **METODOLOGIA.**

Se realizó un estudio Descriptivo, Observacional, Transversal y Retrospectivo; con el fin de evaluar los avances del Programa de Vasectomía en la Clínica Hospital del ISSSTE 25 A 300100 de Xalapa, Ver.

**Población:** 15,370 hombres en edad fértil de la Clínica Hospital ISSSTE de Xalapa, Ver., más 56 pacientes no derechohabientes.

**Lugar:** Clínica Hospital ISSSTE 25 A 300100 de Xalapa, Ver.

**Tiempo de estudio:** 1º de Enero de 1990 al 31 de Diciembre de 1995.

**Tipo y tamaño de la muestra:** El total de pacientes estudiados fueron 126, de los cuales son 70 derechohabientes ( 0.58% de la población) y 56 no derechohabientes; Vasectomizados en el periodo 1990 - 1995.

**Criterios de inclusión:** a) Pacientes mayores de 20 años; b) Con un hijo como mínimo; c) Sin patología escrotal o testicular; d) Con paternidad satisfecha.

**Criterios de exclusión:** Pacientes que no reúnen los criterios de inclusión.

**Criterios de eliminación:** Por ser un estudio retrospectivo, no hay criterios de eliminación.

### **INFORMACION A RECOLECTAR (VARIABLES DE MEDICION ).**

#### **I. AVANCES EN EL PROGRAMA DE VASECTOMÍA:**

Implantación del programa.

Método anticonceptivo (Vasectomía).

Número de pacientes vasectomizados.

Edad.

Ocupación.

Estado Civil.

Número de hijos.

Otros métodos anticonceptivos ya utilizados

Técnica quirúrgica.

Días de incapacidad.

Resultado de espermatobioscopía.

Complicaciones.

Fracaso.

#### **II. ESTRATEGIA DE CONSEJERÍA.**

Número de pacientes que recibieron Consejería.

Número de entrevistas por paciente.

Tipo de personal que dio la Consejería.

Tipo de decisión.

## METODO PARA CAPTAR LA INFORMACION.

### A) INSTRUMENTOS

- Expedientes.
- Cuestionarios.
- Concentrados de vasectomizados.

### B) TECNICA.

- Encuesta.
- Entrevista.
- Observación.

### C) PROCEDIMIENTO.

Mediante la técnica de observación y la encuesta se aplican los cuestionarios a cada paciente vasectomizado mediante la visita domiciliaria.

De igual forma a través de entrevista a coordinadores del Programa de Planificación Familiar (Salud Reproductiva), se recaba información relacionada con el paciente, se revisaron cada uno de los expedientes con el propósito de obtener datos fidedignos.

## CONSIDERACIONES ETICAS

Este trabajo se realizó en base a la declaración de Helsinki. Adaptada a la 18ª Asamblea Médica Mundial en Tokio, Japón, 1975 y en base al Reglamento de la Secretaría de Salud vigente en nuestro país, publicado en el Diario Oficial del 26 de Enero de 1982.

## DESCRIPCIÓN DE RESULTADOS.

La clínica Hospital ISSSTE Xalapa, Ver., cuenta con una población de 31 458 pacientes en edad reproductiva, correspondiendo a 15 370 hombres y 16 088 mujeres. (Anexo1).

El servicio de Planificación Familiar ha otorgado a la población derechohabiente y abierta en los años de 1990 - 1995:

2 160 aplicaciones de DIU por primera vez.  
683 373 Hormonales por primera vez.  
1 533 Salpingoclasias.  
164 Vasectomías.  
3 633 Métodos de apoyo por primera vez. (Cuadro 1 ).

La diferencia es más ostensible en lo que respecta a los métodos quirúrgicos. (Gráfica 1 ).

A partir de 1994 con la práctica de la vasectomía sin bisturí, la participación del varón se hace manifiesta al solicitarla 57 pacientes, incrementándose la cifra en 1995 en que se realizaron 65. ( Gráfica 2 ).

De los 126 pacientes vasectomizados, 70 fueron derechohabientes ( 55.6 % ) y 56 de población abierta (44.4 %). ( Gráfica 3 ).

La técnica tradicional fue usada en 12 de ellos ( 9.5 % ) y la técnica sin bisturí en 114 ( 90.5 % ).  
( Gráfica 4 ).

La edad fluctuó entre 24 y 54 años. Siendo la media de 35 años. Un alto número de demandantes ( 77 % ) correspondieron a los grupos de edades de 25 a 39 años.  
( Gráfica 5 ).

La escolaridad encontrada fue: 2 analfabetas (1.6 % ); con educación primaria 19 ( 15.1%); con educación secundaria 29 (23 % ); con bachillerato 30 (23.8 % ); y con educación profesional 46 ( 36.5 % ). ( Gráfica 6 ).

En cuanto a la ocupación, se dividió en los siguientes renglones : desempleados 2 ( 1.6 % ); campesinos 2 (1.6 % ); obreros 25 (19.8 %); empleados federales 37(29.4 %); técnicos 5 (3.9 %); profesionistas 37 ( 29.4 % ); otros 18 ( 14.3 % ) . ( Gráfica 7 ).

Estado civil: encontramos 119 casados ( 94.5 % ),en unión libre 6 (4.8 % ); solteros 1 ( 0.7 % ).  
( Gráfica 8 ).

Por el número de hijos se relacionaron de la siguiente manera: 7 pacientes con 1 hijo; 67 con 2 hijos; 38 con 3 hijos; 12 con 4 hijos; 1 con 5 hijos; y 1 con 7 hijos. Resultando un promedio de 2.4 hijos por paciente. ( Gráfica 9 ).

Los métodos anticonceptivos usados antes de la vasectomía fueron por tiempo variable, sin precisarse éste. Se usaron hormonales en 63; preservativos en 15; ritmo en 19; DIU en 27; OTB 2 . ( Cuadro 2).

En 80 parejas sólo se usó un método anticonceptivo; en 44 parejas se usaron 2 ó más métodos; 2 parejas no conocían ningún método. ( Cuadro 3 ).

De los pacientes encuestados se manifestaron en pequeña proporción efectos colaterales por los métodos anticonceptivos usados en sus parejas antes de la vasectomía, además de tener información sobre todos los métodos anticonceptivos. Sólo en 2 de los casos no se tenía conocimiento de ellos.

El motivo de la decisión en el 100 % de los pacientes fue por fecundidad satisfecha y estar convencidos de que la vasectomía es la mejor opción.

La decisión fue tomada en pareja en 119 de los casos ( 94.4 % ); en forma personal en 7 pacientes ( 5.6 %). (Gráfica 10 ).

La evolución de la aceptación de la vasectomía la podemos observar siguiendo la curva dada por la fecha de intervención quirúrgica. ( Gráfica 11 ).

La incapacidad otorgada a los pacientes derechohabientes fue en promedio de 1.7 días, siendo la mínima 0 días y la máxima de 8 días. (Gráfica 12 ).

Complicaciones: se presentaron en 14 casos ( 11.1 % ). En 12 de ellos fueron tempranas, 2 por rechazo al material de sutura; 1 por dehiscencia de sutura ( con la técnica tradicional ); 1 por sangrado en el sitio de la cirugía; 1 por dermatitis de contacto al Isodine; 3 pacientes presentaron dolor en el sitio de la cirugía. Complicaciones tardías sólo se han presentado en 2 de los casos con dolor testicular a los esfuerzos y con las relaciones sexuales. ( Gráfica 13 ).

El 100 % de los pacientes recibieron Consejería. ( Gráfica 14 ).

El 70 % de los varones aceptó el método de vasectomía en la primera entrevista; el 20 % se convenció con la segunda entrevista; y el 10 % aceptó a la tercera entrevista. ( Gráfica 15 ).

El 80 % de los pacientes recibió Consejería por el Médico y el 20 % por parte de Enfermería.( Gráfica 16 ).

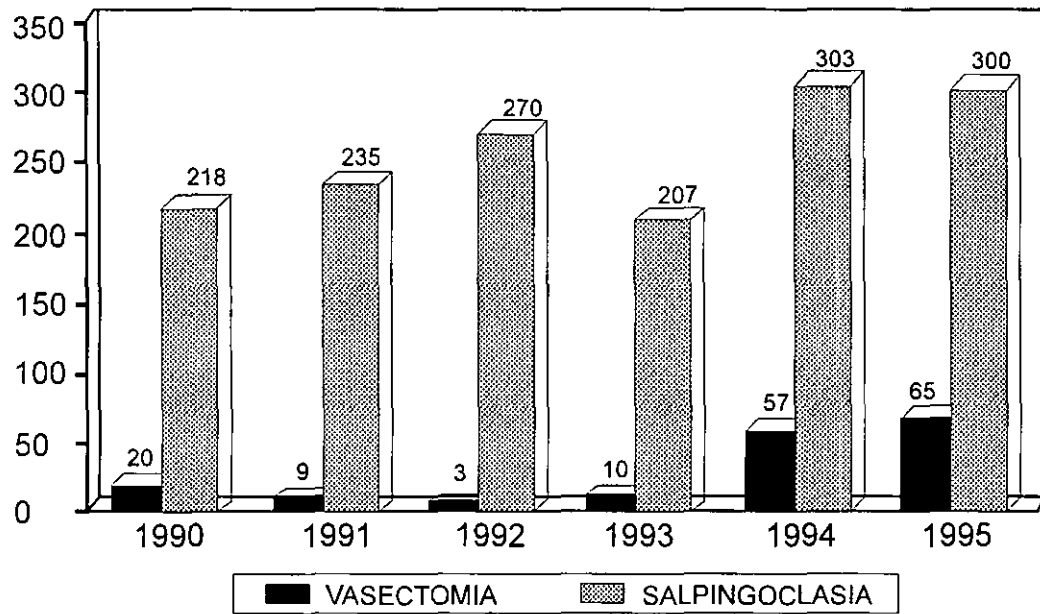
CLINICA HOSPITAL ISSSTE XALAPA  
PROGRAMA DE PLANIFICACION FAMILIAR  
1990 - 1995

AÑO	DIU	HORMONALES	SALPINGO	VASECTOMIA	APOYO
1990	369	410	218	20	388
1991	221	352	235	9	430
1992	364	521	270	3	616
1993	398	681	207	10	699
1994	400	520	303	57	720
1995	408	560	300	65	810
<b>TOTAL</b>	2160	3044	1533	164	3663

CUADRO 1

RELACIÓN SALPINGOCLASICA - VASECTOMIA  
CLINICA HOSPITAL ISSSTE XALAPA  
1990 - 1995

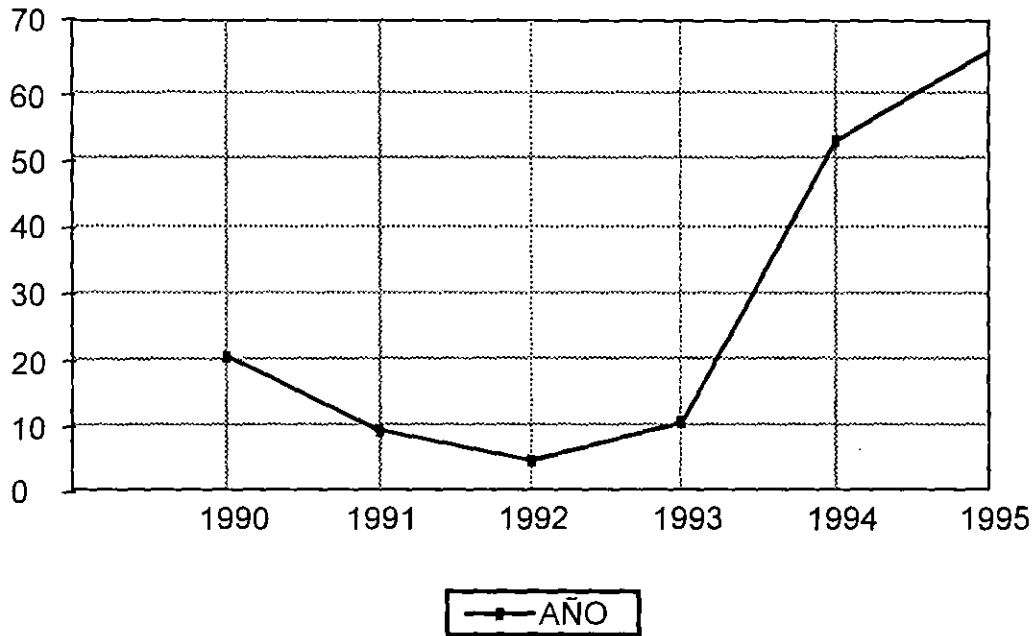
No. DE MÉTODOS QUIRURGICOS



GRÁFICA 1

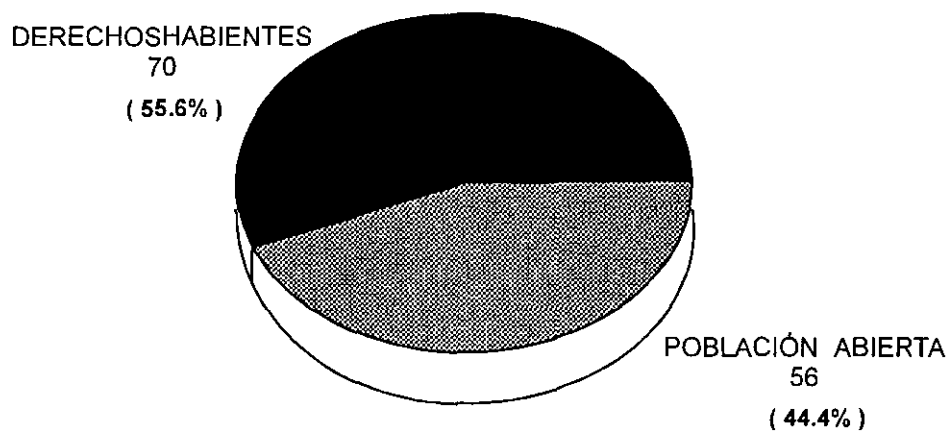
CLINICA HOSPITAL I.S.S.S.T.E. XALAPA  
PROGRAMA DE PLANIFICACION FAMILIAR

VASECTOMIAS



GRÁFICA 2

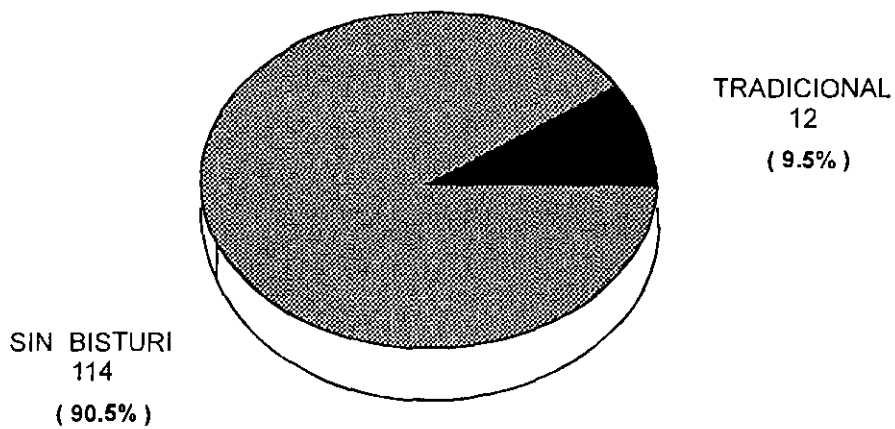
VASECTOMIZADOS EN LA CLINICA  
HOSPITAL ISSSTE XALAPA  
1990 - 1995



GRÁFICA 3

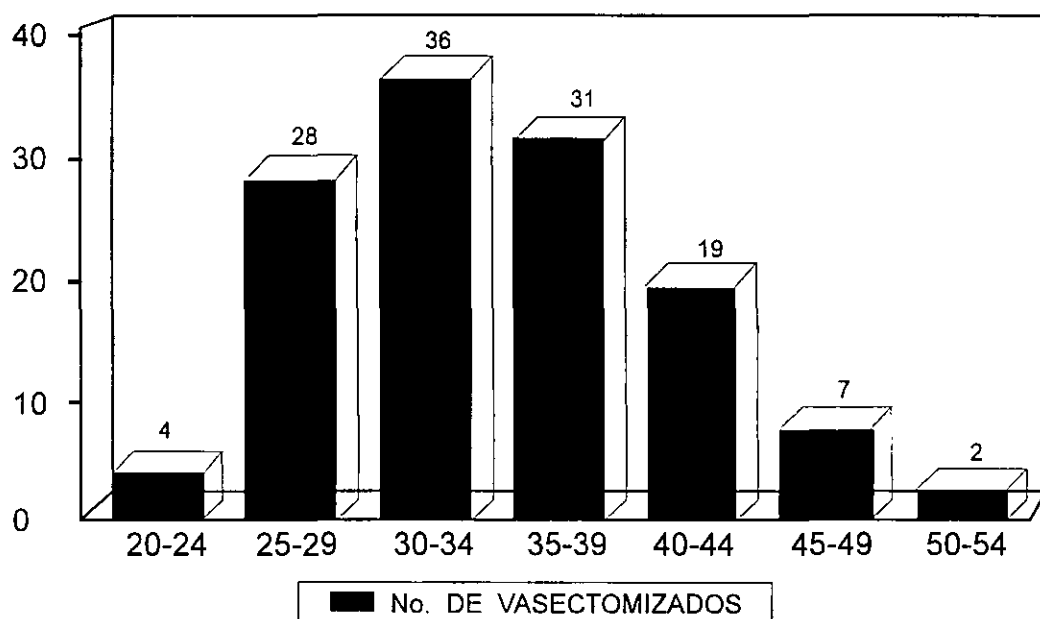


VASECTOMIAS RELACIONADAS CON TECNICA  
TRADICIONAL Y TECNICA SIN BISTURI  
CLINICA HOSPITAL ISSSTE XALAPA  
1990 - 1995



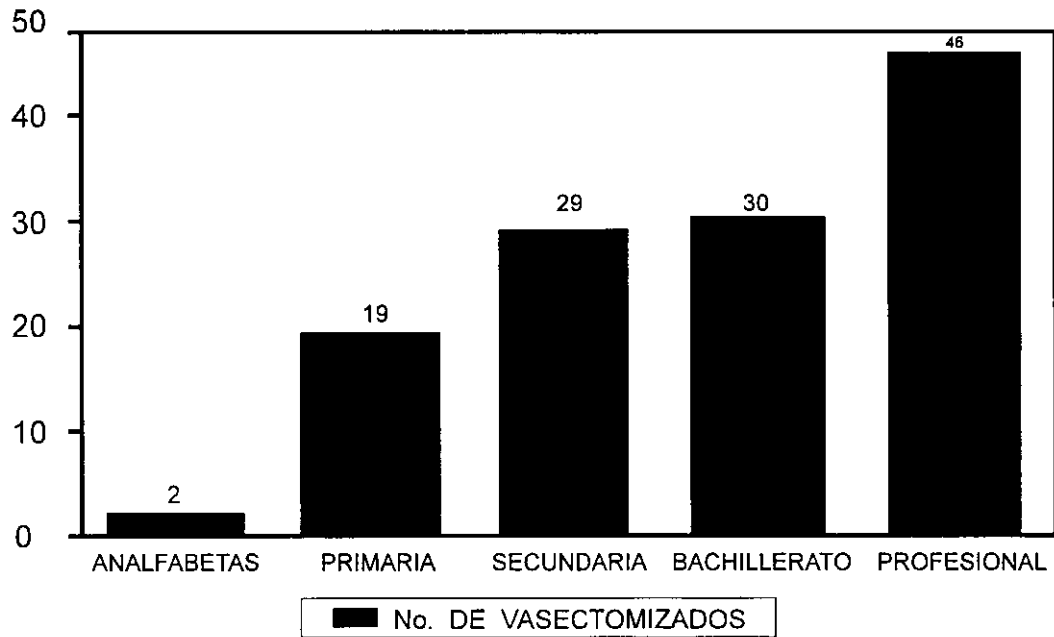
GRÁFICA 4

EDADES DE PACIENTES VASECTOMIZADOS  
CLINICA HOSPITAL ISSSTE XALAPA  
1990 - 1995



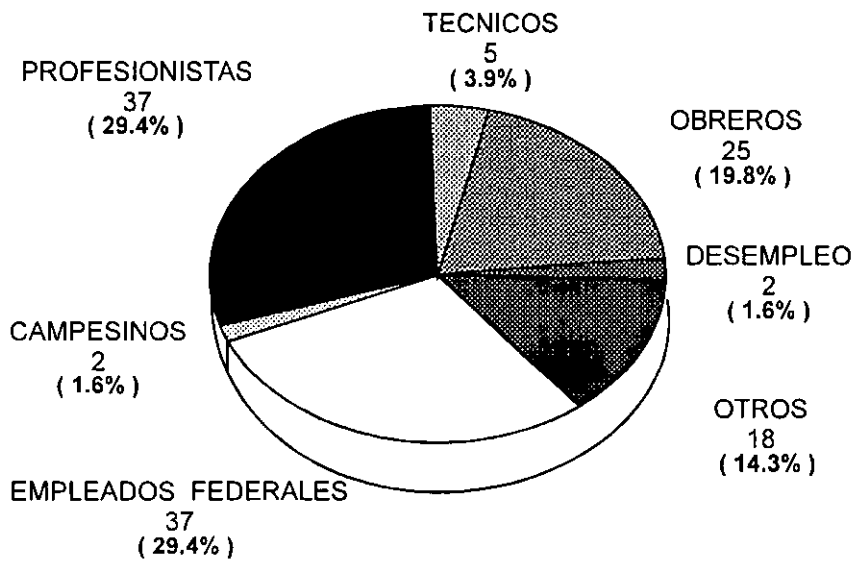
GRÁFICA 5

ESCOLARIDAD DE PACIENTES VASECTOMIZADOS  
EN LA CLINICA HOSPITAL ISSSTE XALAPA  
1990 - 1995



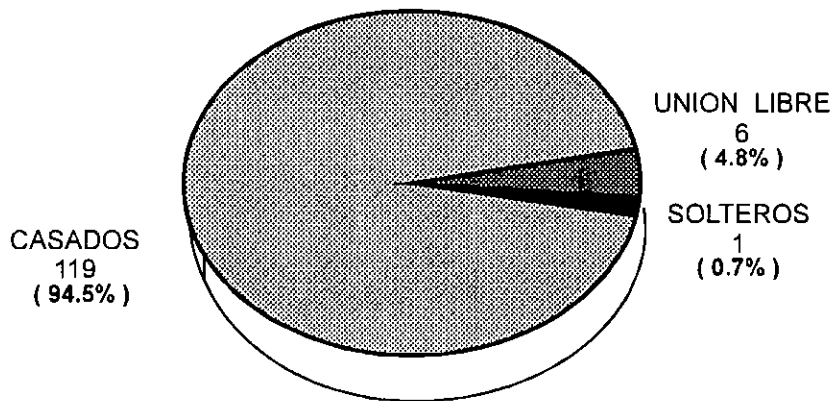
GRÁFICA 6

OCUPACION DE PACIENTES VASECTOMIZADOS  
EN LA CLINICA HOSPITAL ISSSTE XALAPA  
1990 - 1955



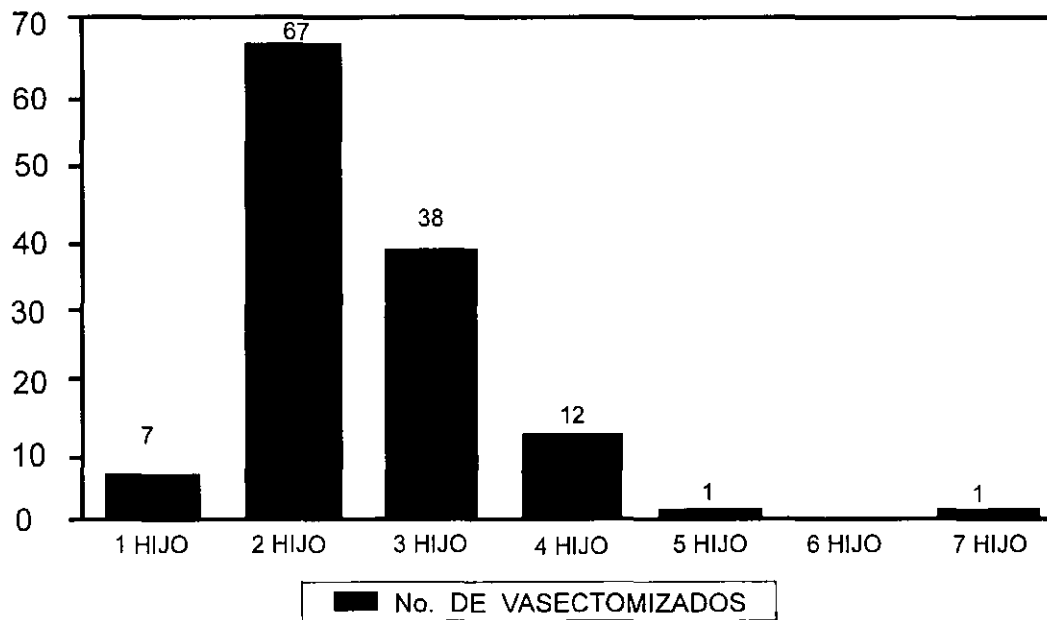
GRÁFICA 7

**ESTADO CIVIL DE PACIENTES VASECTOMIZADOS  
EN LA CLINICA HOSPITAL ISSSTE XALAPA  
1990 - 1995**



GRÁFICA 8

No. DE HIJOS DE PACIENTES VASECTOMIZADOS  
EN LA CLINICA HOSPITAL ISSSTE XALAPA  
1990 - 1995



GRÁFICA 9

## MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS UTILIZADOS ANTES DE LA VASECTOMIA

### CLINICA HOSPITAL DEL ISSSTE XALAPA

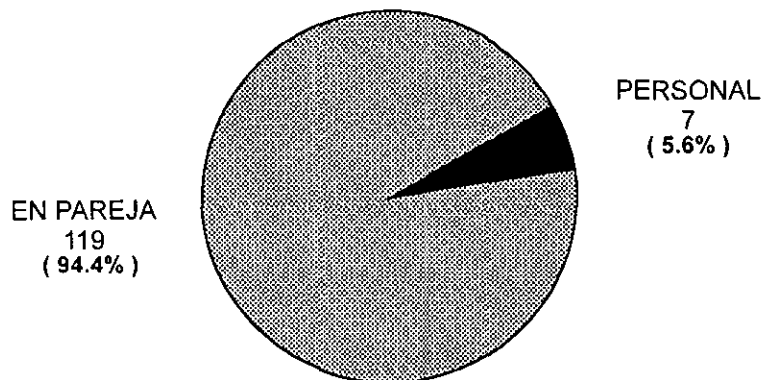
TIPO DE MÉTODO	NÚMERO DE PACIENTES
HORMONALES	63
APOYO (PRESERVATIVO)	15
RITMO	19
DIU	27
OTB	2
TOTAL	126

### MÉTODOS ANTICONTIVOS USADOS

MÉTODO	NÚMERO DE PACIENTES
SOLO UN MÉTODO	80
DOS Ó MAS	44
NO CONOCE OTRO MÉTODO	2
TOTAL	126

CUADRO 2 y 3

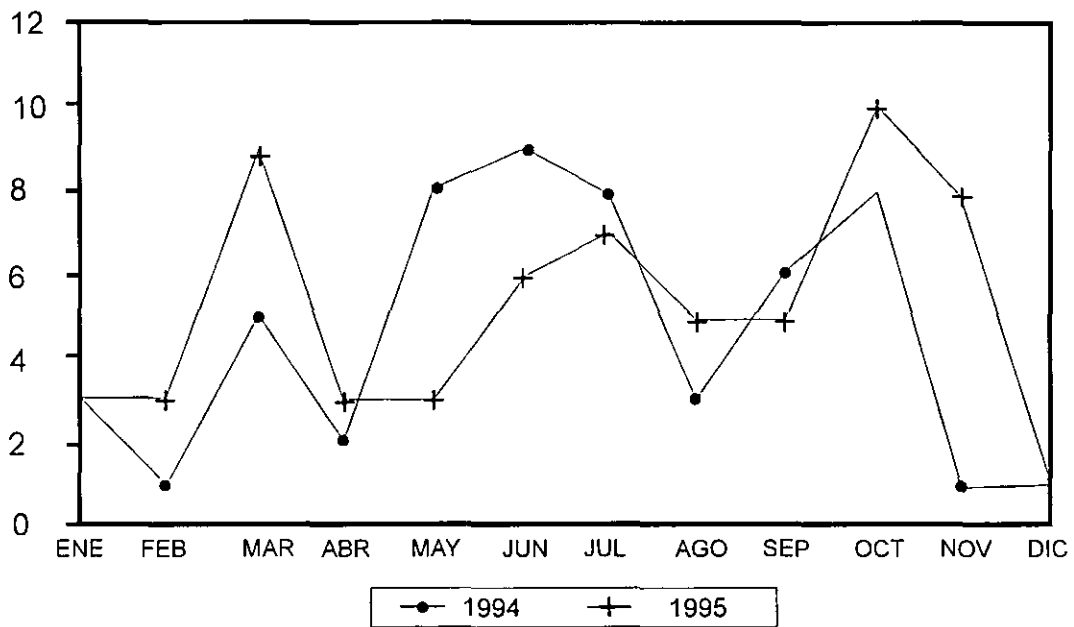
TIPO DE DECISION DE LOS PACIENTES  
VASECTOMIZADOS EN LA CLINICA HOSPITAL  
ISSSTE XALAPA  
1990 - 1995



GRÁFICA 10

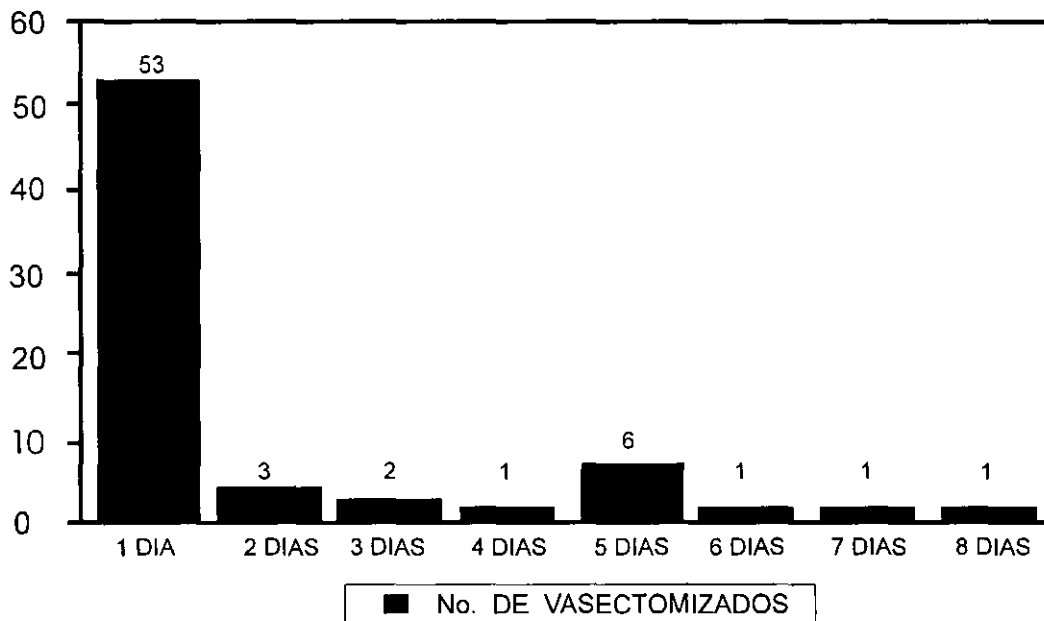


No. DE PACIENTES VASECTOMIZADOS  
EN LA CLINICA HOSPITAL ISSSTE XALAPA  
DURANTE EL PERIODO 94 - 95



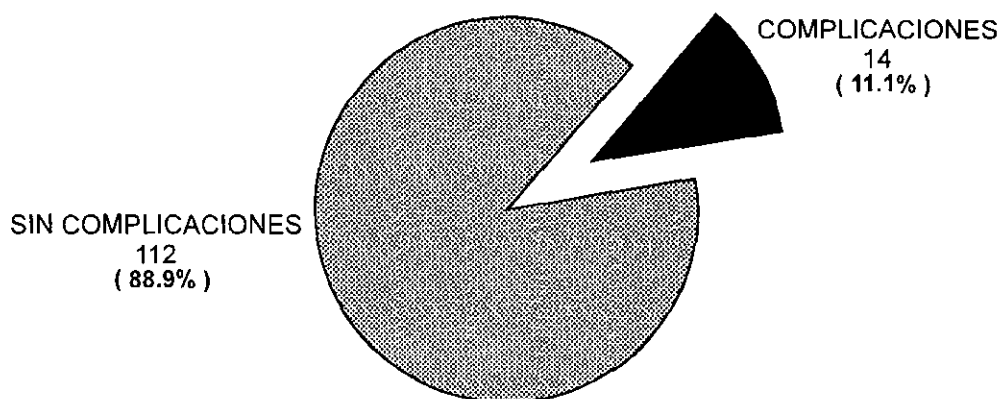
GRÁFICA 11

**DIAS DE INCAPACIDAD DE PACIENTES  
VASECTOMIZADOS EN LA CLINICA  
HOSPITAL ISSSTE XALAPA 1990 - 1995**



GRÁFICA 12

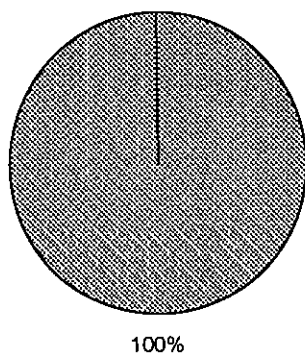
COMPLICACIONES EN PACIENTES  
VASECTOMIZADOS EN LA CLINICA  
HOSPITAL ISSSTE XALAPA 1990 -1995



NOTA: De las complicaciones 12 fueron tempranas y 2 tardias.

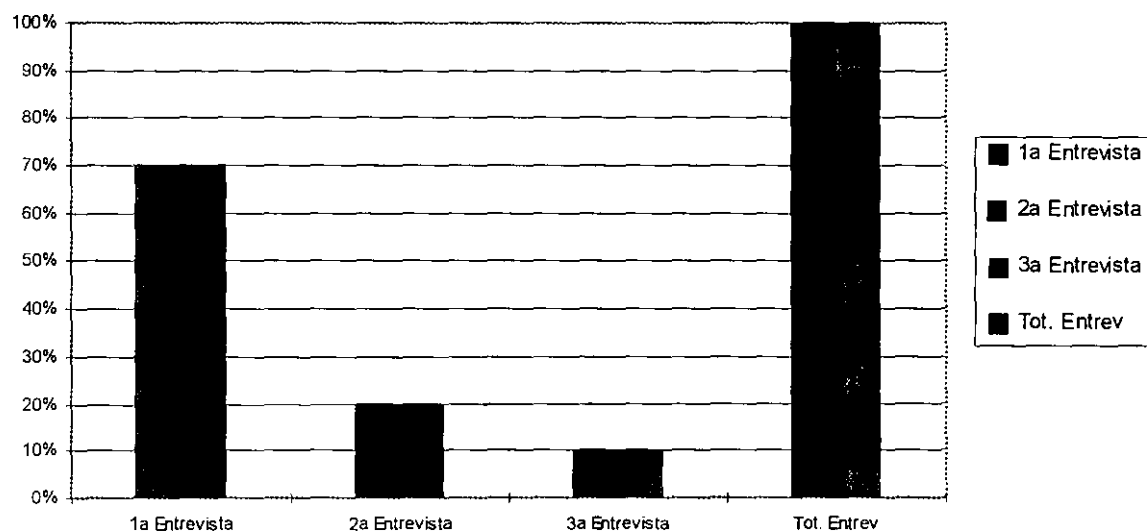
GRÁFICA 13

PACIENTES VASECTOMIZADOS QUE RECIBIERON CONSEJERIA



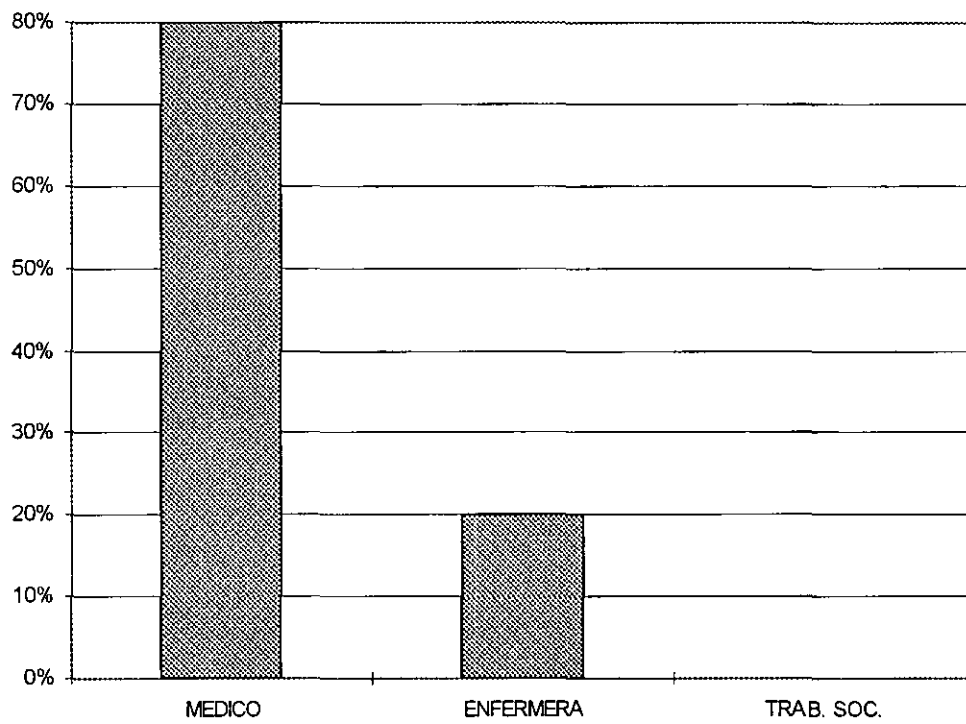
GRÁFICA 14

## ENTREVISTAS DONDE SE APLICO LA ESTRATEGIA DE CONSEJERIA



GRÁFICA 15

## PERSONAL MULTIDISCIPLINARIO QUE DIO LA CONSEJERIA



GRÁFICA 16

## DISCUSIÓN.

En la Clínica Hospital ISSSTE Xalapa, Ver., durante el período 1990 - 1995 existe una demanda mayor de mujeres que se someten a Salpingoclasia, que hombres que se hayan realizado la vasectomía; esto podría relacionarse con el énfasis que se le da al programa de aquélla, así como a la cultura de la pareja mexicana. En 1990 de 1 varón vasectomizado, 10.9 mujeres se sometieron a salpingoclasia; y en 1995 de un hombre vasectomizado 4.9 mujeres se realizaron OTB.

Paulatinamente con la técnica de Li aumenta la demanda de vasectomía; es necesario redoblar esfuerzos e incentivar al personal de salud para apoyar la difusión de este método.

Existe un porcentaje de 44.4 de hombres vasectomizados que son de población abierta, es justificable pues el programa está dirigido a derechohabientes y no derechohabientes.

Se realizó un 90.5 % de vasectomías sin bisturí. La seguridad del procedimiento, la rápida recuperación y el bajo índice de complicaciones, ofrecen la mejor alternativa.

El método fue realizado en hombres jóvenes y en hombres maduros, ( etapas de gran actividad sexual y de procreación ), esto denota que la edad no influye en la toma de decisiones ,sino la convicción de un mejor nivel de vida.

La escolaridad es un factor importante que determina el cambio de actitud para la aceptación de la vasectomía. Un alto porcentaje tiene estudios profesionales.

De los pacientes vasectomizados el 67 % aceptó el método con un total de 2 hijos, lo que sugiere que las campañas promocionales en Salud Reproductiva han sido efectivas.

El medio socioeconómico influye en la toma de decisión para la elección de la Vasectomía.

Un alto porcentaje 94.5 % fueron casados demostrando la paternidad responsable que existe.

La decisión tomada por la pareja en un 94.4 % , demostró que la consejería es una estrategia que integra y comunica a la pareja y esto se traduce en mejores resultados físicos y psicológicos después de haberse sometido a la vasectomía (19) (24).

El 53 % de los vasectomizados sólo requirió de 1 día de incapacidad; ventaja sobre la salpingoclasia que necesita de mas días de licencia. A las personas que se les

otorgó mas días de incapacidad fue por estar sus centros laborales distantes y tener que hacer viaje a caballo; otro por realizar gran esfuerzo físico en sus labores.

El 88 % de los varones vasectomizados no tuvieron complicaciones; por lo tanto se puede decir que es un método que ofrece seguridad.

Todos los datos anteriores coinciden con estudios realizados por Alderman en grandes series de vasectomías efectuadas en Estados Unidos. (13) (14) (15) (16) (18) (20) (21).

El resultado de la espermatobioscopía fue negativo en el 84 % de los pacientes después de 12 semanas de la cirugía, esto se debe a que cuando se terminó la colección de datos aun no se reportaban los resultados de las últimas vasectomías realizadas. (5)

Los resultados del estudio histopatológico de las piezas quirúrgicas se reportaron como conductos deferentes normales en el 100 de los casos. Las muestras se procesaron en el Departamento de Patología de la Universidad Veracruzana.

Hasta el momento no se ha dado ningún fracaso en los pacientes de mi estudio, confirmando la eficacia del procedimiento de Vasectomía.

La gran mayoría de los pacientes vasectomizados opinan que es un método bueno, seguro, que brinda tranquilidad, mejorando las relaciones sexuales, estableciendo lazos emocionales más estrechos con su pareja

Piensan que debería hacerse mayor difusión; algunos de ellos se ofrecen como voluntarios para dicha labor de promoción apoyando de esta manera a la Consejería, con charlas acerca de su experiencia .

La Consejería favorece la toma de decisión de las parejas por el método de vasectomía. En nuestra clínica sólo es otorgada en el Departamento de Salud Reproductiva. (19) (24).



## CONCLUSIONES

La Clínica Hospital ISSSTE Xalapa, Ver. Está cumpliendo con el propósito nacional de brindar atención a la población derechohabiente y abierta en los programas prioritarios de salud como lo es la Planificación Familiar.

La aceptación de la Vasectomía ha ido en aumento en la Clínica Hospital ISSSTE Xalapa, Ver., incrementándose la demanda a partir de 1994 en que se inició la vasectomía sin bisturí (técnica de Li).

Es de suma importancia considerar en Planificación Familiar la aplicación de la estrategia de Consejería al cliente. Los avances del programa de Vasectomía están relacionados con la Consejería.

Deben plantearse estrategias de capacitación en Salud Reproductiva, dirigidas a todas las personas que trabajan en una institución de salud, en especial a Médicos Familiares, personal de Enfermería y Trabajo Social para que puedan llevar a cabo la Consejería.

Se debe llevar un seguimiento al paciente vasectomizado por tiempo indefinido, para atribuir o descartar patologías relacionadas con vasectomía a largo plazo.

Es necesario dar difusión a los resultados obtenidos en la Clínica Hospital ISSSTE Xalapa, Ver., con el método de vasectomía, para fomentar la confianza en la población y la certidumbre de que se trata del método anticonceptivo definitivo, ideal para el varón.

Se requiere formalizar y apoyar a un Comité de Vasectomía que a través de una planeación estratégica, elabore un programa con base en las necesidades institucionales para obtener mejores resultados.

El programa de Vasectomía debe someterse a evaluaciones periódicas para detectar factores que interfieran en su operatividad.

El fomento a la salud es una premisa para mejorar las alternativas de vida. El personal médico, principalmente el Médico Familiar, debe estar capacitado y actualizado en el renglón Salud Reproductiva, para que pueda dar consejería a la población que maneja.

Actualmente el programa de Vasectomía sin Bisturí es el que tiene prioridad en nuestro País y como consecuencia en nuestro Estado. Sin embargo no se tienen estadísticas sobre los trabajos efectuados. Este trabajo es el primero que se realiza en nuestra Clínica. Ojalá sea motivo de inquietud para que mis compañeros Médicos Familiares, continúen la investigación en el avance de este programa y sigan apoyando con su consejería al Departamento de Salud Reproductiva.

## BIBLIOGRAFÍA

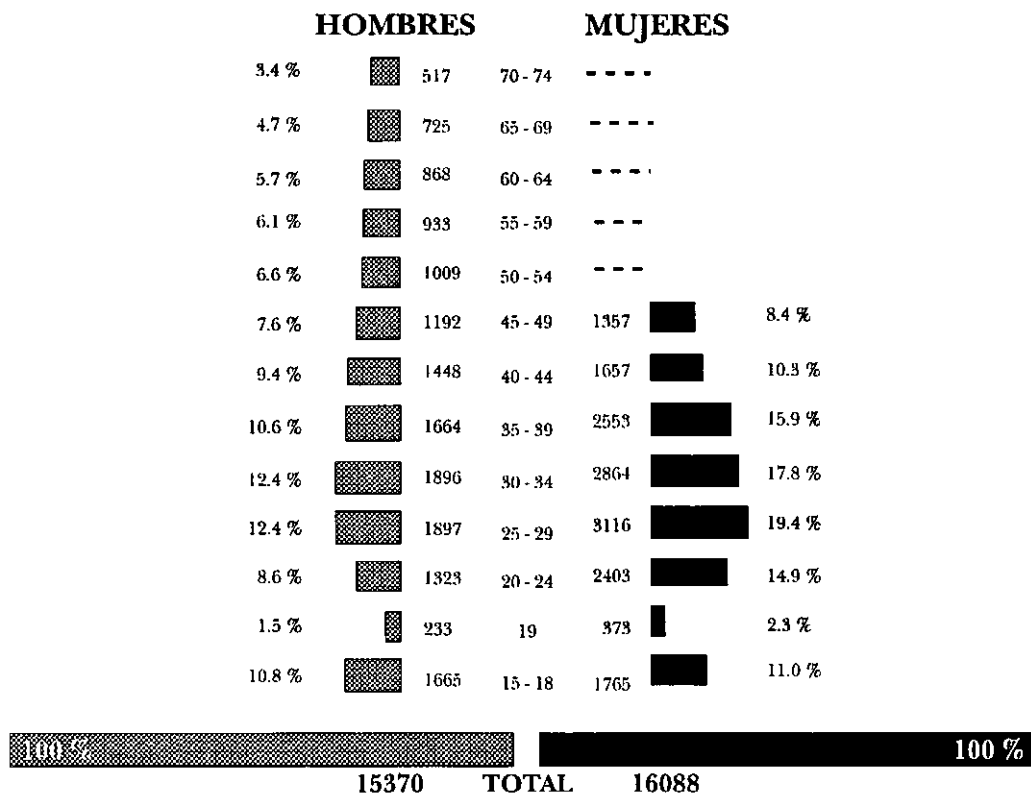
- 1.- ALARCON, N.F.: SALUD REPRODUCTIVA. REVISTA MEDICA DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL. 1993. pp 47-55.
- 2.- ESTADOS UNIDOS MEXICANOS. PERFIL SOCIODEMOGRAFICO. XI CENSO GENERAL DE POBLACION Y VIVIENDA , 1990. INEGI. p. 41
- 3.- MANUAL OPERATIVO DE PLANIFICACION FAMILIAR. ISSSTE. SUBDIRECCION GENERAL MEDICA.
- 4.- ALVAREZ, G.E.: ANDROLOGIA, TEORIA Y PRACTICA. MADRID, EDICIONES DIAZ DE SANTOS, S.A., 1988. pp 241 y 28 - 31.
- 5.- POPULATION REPORTS. ESTERILIZACION, SERIE D, No. 1, 1993.
- 6.- WEST., P.J.: SYMPOSIUM ON OFFICE UROLOGY. THE UROLOGIC CLINICS OF NORTH AMERICA. PHILADELPHIA.W.B. SAUNDERS. 1980, pp 90 - 91 .
- 7.- WOLFERS, D. and WOLFERS, H.: VASECTOMY AND VASECTOMANIA. MANCHESTER, ENGLAND. THE PHILIP S. PARK PRESS 1974.
- 8.- JHAVER, P.S., AND OHI, B.B.: THE HISTORY OF EXPERIMENTAL AND CLINICAL WORK ON VASECTOMY. J. INT. COLL. SURG. 1960. 33:482.
- 9.- KLAPPROTH, H.J. and YOUNG, I.S.: VASECTOMY, VAS LIGATION AND VAS OCLUSSION . UROLOGY, 1973, 1:292.
- 10.- SHUNQUIANG, LI., GOUNSTEIN, M.: THE NO SCALPEL VASECTOMY., THE JOURNAL OF UROLOGY. FEBRERO 1991. 145:341.
- 11.- CAMPBELL.: UROLOGY. BUENOS AIRES. EDITORIAL MEDICA PANAMERICANA 1988, pp 239- 240.
- 12.- POPOVIC, N.A., Mc LEOD, D.G., and BORSKI, A.A.: ULTRAESTRUCTURE OF THE HUMAN VAS DEFERENS.INVESTIG. UROLOGY., 1973, 10:266.
- 13.- RASPA,R.F.: COMPLICATIONS OF VASECTOMY, AM FAM PHISCIAN 1993, NOV. 15, 48 (7): 1264.
- 14.- NIENHUIS, H.: INCIDENCE OF DESEASE AFTER VASECTOMY: A RECORD LINKAGE RETROSPECTIVE CHORT STUDY., BMJ 1992, MARZO 21;304:729.
- 15.- EDWARD GIOVANNUCCI, M.D., TOR D. TOSTESON, Sc. D.: A LONG TERM STUDY OF MORTALITY IN MEN WHO HAVE UNDERGONE VASECTOMY. THE NEW ENGLAND JOURNAL OF MEDICINE. MAYO 21, 1992.
- 16.- WEST, R.R.: VASECTOMY AND TESTICULAR CANCER. BMJ, VOL 304, 21 MARZO 1992.

ESTA TESIS NO PUEDE SER REPRODUCIDA SIN EL VALOR DE LA TESIS

- 17.- VIDDELEER AC.: LETHAL FOURNIERS GANGRENE FOLLOWING VASECTOMY., UROLOGY 1992 JUN; 147; 1613.
- 18.- SCHMIDT, S.S.: VASECTOMY PRINCIPLES AND COMENTS., J. FAM. PRACT DEC. 1991.33: 571.
- 19.- NEAMATALLA, G.S., HARPER, P.B.; 1991, 1994. THE ASSOCIATION FOR VOLUNTARY SURGICAL CONTRACEPTION.; NEW YORK, N.Y. pp 2 - 11.
- 20.- ALDERMAN, P.M.: COMPLICATIONS IN A SERIES OF 1224 VASECTOMIES.; J. FAM PRACT. 1991 DEC; 36:579.
- 21.- POPULATION REPORTS. ESTERILIZACION, SERIE D, No. 4. DEC 1984.
- 22.- POPULATION REPORTS. VASECTOMIA. NUEVAS OPORTUNIDADES,VOL XX No. 1 MARZO 1992 . pp 12,18,19.
- 23.- NET WORK. ATTRACTING MEN TO VASECTOMY. SPRING 1998. Pp 26, 27, 32.
- 24.- CONSEJERIA EN PLANIFICACION FAMILIAR. PROTOTIPO DE CURRICULO. AVSC INTERNACIONAL. NUEVA YORK 1995.
- 25.- CAÑEDO, D. L. : INVESTIGACION CLINICA. MEXICO, D. F. EDITORIAL INTERAMERICANA. 1987. pp 230,231,265,266.
- 26.- MENDEZ, R.I. : NAMIHIRA, G. D. , MORENOO, AL., SOSA DE MC. EL ROTOCOLO DE INVESTIGACION. LINEAMIENTOS PARA SU ELABORACION Y ANALISIS. SEGUNDA EDICION. MEXICO, D. F. EDITORIAL TRILLAS. 1997 . pp 74, 78

# PIRAMIDE POBLACIONAL EN EDAD REPRODUCTIVA

## CLINICA ISSSTE XALAPA



**ANEXO 2**

**CÉDULA DE RECOLECCIÓN DE DATOS  
VASECTOMÍA EN LA CLÍNICA DEL ISSSTE XALAPA, VER.  
1990 - 1995**

NOMBRE. \_\_\_\_\_

EDAD. \_\_\_\_\_

ESCOLARIDAD. \_\_\_\_\_

OCUPACION. \_\_\_\_\_

ESTADO CIVIL. \_\_\_\_\_

NUMERODE HIJOS. \_\_\_\_\_

MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS UTILIZADOS (TIEMPO). \_\_\_\_\_

ALTERACIONES CAUSADA POR LOS ANTERIORES). \_\_\_\_\_

DECISIÓN ( PERSONAL O EN PAREJA). \_\_\_\_\_

MOTIVO DE LA DECISIÓN DE VASECTOMIA). \_\_\_\_\_

FECHA DE INTERVENCIÓN QUIRURGICA. \_\_\_\_\_

TRATAMIENTO (TÉCNICA QUIRÚRGICA). \_\_\_\_\_

NUMERO DE DÍAS DE INCAPACIDAD. \_\_\_\_\_

MÉTODO ANTICONCEPTIVO POSTQUIRURGICO USADO). \_\_\_\_\_

RESULTADO DE ESPERMATOBIOSCOPIA. \_\_\_\_\_

COMPLICACIONES POSTQUIRURGICAS TEMPRANAS. \_\_\_\_\_

COMPLICACIONES TARDIAS. \_\_\_\_\_

FRACASO. \_\_\_\_\_

OPINIÓN SOBRE LA VASECTOMIA). \_\_\_\_\_

QUIÉN OTORGÓ LA CONSEJERÍA. \_\_\_\_\_

DRA. HILDA REYES GUZMAN.