



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MÉXICO**



**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA**

**“EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN SEXUAL EN PACIENTES
POSOPERADOS DE VASECTOMÍA EN EL HGZ/UMF No. 8”**

TESIS

**QUE REALIZÓ PARA OBTENER EL TÍTULO DE POSGRADO EN LA
ESPECIALIDAD DE:**

MEDICINA FAMILIAR

P R E S E N T A

**DRA. MELISSA CANDY GARDUÑO NESTOR
RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR**

**DR. GILBERTO ESPINOZA ANRUBIO
DIRECTOR DE TESIS**

**DR. EDUARDO VILCHIS CHAPARRO
ASESOR METODOLÓGICO**

**DR. HUGO SÁNCHEZ MARTÍNEZ
ASESOR CLÍNICO**

**DR. GILBERTO ESPINOZA ANRUBIO
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD**

**México, D.F. Enero 2013
No de Registro:**



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

“EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN SEXUAL EN PACIENTES POSOPERADOS DE VASECTOMÍA EN EL HGZ/UMF No. 8”

AUTORES: Dra. Garduño Néstor Melissa Candy¹, Dr. Espinoza Anrubio Gilberto ², Dr. Vilchis Chaparro Eduardo³, Dr. Sánchez Martínez Hugo⁴, Dra. Pedral Vega Jaqueline⁵, Dra. Huerta Valdés Alicia ⁶

1. Residente de Medicina Familiar del HGZ/UMF No 8, 2. Coordinador clínico de educación e investigación en salud del HGZ/UMF No 8, 3. Profesor Titular de la Especialidad de Medicina familiar del HGZ/UMF No 8, 4. Médico adscrito al servicio de Planificación familiar del HGZ/UMF No 8, 5. Residente de Medicina Familiar del HGZ/UMF No 8, 6. Residente de Medicina Familiar del HGZ/UMF No 8.

OBJETIVO: Evaluar la satisfacción sexual en pacientes posoperados de vasectomía en el HGZ/UMF No. 8

MATERIALES Y MÉTODOS: Tipo de estudio: descriptivo, transversal, retrospectivo. Criterios de inclusión: pacientes posoperados de vasectomía en el HGZ/UMF No. 8, derechohabientes y no derechohabientes del IMSS. Criterio de exclusión: paciente que no acepte contestar el cuestionario, que no cuente con consentimiento informado, que su base de datos no esté completa. Tamaño de la muestra: 78 pacientes, intervalo de confianza de 99%, proporción del 0.20, amplitud total de intervalo de confianza del 0.01. Variables: edad, escolaridad, estado civil, número de hijos, complicaciones, posoperados de vasectomía, satisfacción sexual, satisfacción en general, deseo sexual, función eréctil, orgasmo. Instrumento: IIFE-15.

RESULTADOS: Después de aplicarles el IIFE-15 a 78 pacientes que acudieron al HGZ/UMF No 8 para la realización de vasectomía, identificamos que los pacientes presentaron una satisfacción sexual funcional en el 96.2%. La edad promedio fue 37.5 años, el 87.2% eran casados, con un promedio de 2.12 hijos, un nivel escolar de licenciatura en un 46.2%, como complicaciones dolor leve en un 35.9%, y predominaron los pacientes no derechohabientes en un 53.8%.

CONCLUSIONES: Al evaluar la satisfacción sexual en los pacientes posoperados de vasectomía en el HGZ/UMF No. 8, se identificó que los pacientes presentaron una satisfacción sexual funcional en un 96.2%.

PALABRAS CLAVES: Vasectomía, Satisfacción sexual, ÍIFE-15

**“EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN SEXUAL EN
PACIENTES POSOPERADOS DE VASECTOMÍA EN
EL HGZ/UMF No. 8”**

AUTORIZACIONES

DR. FRANCISCO JAVIER PADILLA DEL TORO
DIRECTOR DEL HGZ/UMF No. 8 “DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”

DR. GILBERTO ESPINOZA ANRUBIO
COORDINADOR DE EDUCACIÓN EN INVESTIGACIÓN
DEL HGZ/UMF No. 8 “DR GILBERTO FLORES IZQUIERDO”

DR EDUARDO VILCHIS CHAPARRO
PROFESOR TITULAR DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
DEL HGZ/UMF No. 8 “DR GILBETO FLORES IZQUIERDO”

DR. GILBERTO ESPINOZA ANRUBIO
DIRECTOR DE TESIS

DR EDUARDO VILCHIS CHAPARRO
ASESOR METODOLÓGICO

DR. HUGO SÁNCHEZ MARTÍNEZ
ASESOR CLÍNICO

AGRADECIMIENTOS

Le agradezco a Dios por haberme acompañado y guiado a lo largo de este camino, por ser mi fortaleza en los momentos de debilidad, por brindarme una vida llena de aprendizajes, experiencias y sobre todo felicidad.

Le doy gracias a mis padres, por apoyarme en todo momento, por los valores que me han inculcado, y por haberme dado la oportunidad de tener una excelente educación. Admiro su fortaleza, son ejemplo digno de superación y entrega.

A mis hermanos Elin, Fanny y Omar, por ser parte tan importante en mi vida y representar la unidad familiar. Son un ejemplo de desarrollo profesional, gracias por llenar mi vida de alegrías y amor cuando más los he necesitado.

A Daniel, gracias por apoyarme en las buenas y en las malas, por tu paciencia y amor incondicional. Por ser una luz en mi camino. Te amo.

Gracias a mis profesores, por su apoyo, dedicación y confianza. Por haberme compartido sus conocimientos y creer en mí.

A mis amigas Leslie, Primavera, Ana, Alicia, Selene, Ely y Jakie por ser mi segunda familia, son parte importante en mi vida, gracias por su apoyo, confianza y sobre todo su amistad.

Gracias a Frodo, Nico, Brit y Akiles por ser siempre los compañeros más fieles.

INDICE

	PAG.
MARCO TEÓRICO	8
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	16
JUSTIFICACIÓN	16
OBJETIVOS	17
HIPÓTESIS	18
MATERIALES Y MÉTODOS	19
DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	20
POBLACIÓN O UNIVERSO	21
UBICACIÓN TEMPORAL Y ESPACIAL DE LA POBLACIÓN	21
MUESTRA	22
CRITERIOS	23
VARIABLES	24
DISEÑO ESTADÍSTICO	27
INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN	28
MÉTODO DE RECOLECCIÓN	29
MANIOBRAS PARA EVITAR Y CONTROLAR SESGOS	30
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	31
RECURSOS	32
CONSIDERACIONES ÉTICAS	33
RESULTADOS	35
DISCUSIONES	64
CONCLUSIONES	67
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	68
ANEXOS	70

MARCO TEÓRICO

La salud reproductiva es definida como “un estado general de bienestar físico, mental y social, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones o procesos”; por tanto, la salud reproductiva comprende la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria, con la posibilidad de procrear si así lo desean, así como la libertad para decidir tener relaciones sexuales o no, cuándo y con qué frecuencia; asimismo, implica también el derecho de la mujer y del hombre de recibir información para la planificación familiar y el uso de métodos anticonceptivos. ⁽¹⁾

En México en la década de los sesenta se inició en una forma intensa y sistemática la promoción de la planificación familiar, con el desarrollo y aplicación de múltiples programas en el sector público dirigidos principalmente al sexo femenino. La aceptación de los programas por parte de la población fue en aumento en forma paulatina alcanzando una participación del 58% en la década de los noventa. No obstante de sus logros, estos programas tenían el defecto de dejar prácticamente de lado, la participación activa del hombre, limitando su participación casi exclusivamente al uso del condón, y más como medio de protección contra las enfermedades de transmisión sexual, que como una conducta comprometida sobre el número de hijos que desearían tener. ⁽²⁾

De acuerdo con los datos reportados por el INEGI, al comparar los métodos anticonceptivos definitivos para hombres y mujeres tenemos que la oclusión tubaria bilateral se usa en 43.9% de las mujeres en edad fértil y entre 15 y 49 años de edad; en contraste, con los métodos usados por los hombres, lo cual confirma las diferencias e inequidades respecto a quién va dirigido principalmente el uso de métodos anticonceptivos definitivos. ⁽³⁾

La vasectomía un método quirúrgico altamente efectivo y seguro, que a pesar de sus ventajas es poco usado en nuestro medio por los hombres que han satisfecho sus deseos reproductivos; representando solo el 2.4% del total de métodos anticonceptivos usados en México. ⁽⁴⁾

Vasectomía

La vasectomía es un procedimiento quirúrgico mediante el cual se impide el paso de espermatozoides a través de los conductos deferentes, para evitar su expulsión por medio de la eyaculación. ⁽⁵⁾

Sus inicios fueron: en 1775 con John Hunter, cirujano inglés, quien realizó una oclusión de conductos deferentes; en 1830 Sir Astley Cooper inició trabajos experimentales sobre vasectomía con perros, experimentó con la obstrucción de venas, arterias y conducto deferente; para 1833 Félix Guyon realizó simultáneamente algunas cirugías de próstata con vasectomía, debido a que se reduce la incidencia de epididimitis postoperatoria; en 1880 Harry Sharp ejecutó una vasectomía en un enfermo mental y en los diez años posteriores realizó 456 vasectomías en usuarios sanos, con el propósito de esterilización; En el Sur de Asia en 1950 a 1960 la vasectomía cobra gran auge y en E.U.A. y Europa recibió la mayor atención cuando coincidió una campaña para estimular la responsabilidad masculina en la planificación familiar. ⁽⁶⁾

En la Actualidad existen dos técnicas, la tradicional que consiste en realizar dos incisiones en la bolsa escrotal con el bisturí y al terminar se realiza la sutura de las heridas. La otra técnica es la implementada por Li Shiungian en 1974 en la cual no se requiere el uso de bisturí, se utiliza anestesia local y se puede realizar en un consultorio de forma ambulatoria. Dicha técnica emplea instrumentos especiales: una pinza con punta delgada que permite penetrar la piel sin necesidad de utilizar un bisturí y otra para tomar el conducto deferente. Es la más utilizada y difundida inicialmente en México por el Instituto Mexicano del Seguro Social en el año de 1989, en razón de que ha demostrado ser más segura que la técnica tradicional con bisturí. ⁽⁷⁾

Los conductos deferentes pueden ocluirse por distintos procedimientos: 1) Ligadura con suturas absorbibles o no absorbibles; 2) Coagulación (eléctrica mono o bipolar o térmica); 3) Aplicación de clips. También se puede utilizar diatermocoagulación intraluminal, pero esta técnica disminuye las posibilidades de reversión, ya que produce más daño al conducto deferente. Luego de la oclusión con cualquiera de las técnicas citadas, puede removerse una sección de 1- 3 cm del conducto. ⁽⁸⁾

La vasectomía está indicada en hombres en edad fértil con vida sexual activa, que deseen un método permanente de anticoncepción en las siguientes condiciones: fecundidad satisfecha, razones médicas y retraso mental. Las contraindicaciones relativas para adoptar este método serían: disfunción eréctil, criptorquidea bilateral y antecedentes de cirugía escrotal o testicular y las absolutas cáncer testicular o infección activa a nivel escrotal. ⁽⁹⁾

Algunas indicaciones para los pacientes antes de la cirugía son: no tomar medicamentos por lo menos 24 horas antes de la cirugía, a menos que el médico que realizara el procedimiento se lo haya indicado, lavar la zona de los genitales y la parte superior interna de los muslos antes del procedimiento, tricotomía, usar ropas limpias y flojas antes de llegar al hospital. Después del procedimiento se deben colocar compresas frías en el escroto durante 4 horas para reducir el edema, se le explica al paciente que tendrá molestias como dolor a nivel testicular y el mismo edema. Reposo por 48 horas y evitar esfuerzos por algunos días. Usar calzoncillo ajustado que ayude a dar soporte al escroto. Tomar analgésico y antiinflamatorio. Usar preservativo durante las siguientes 20 eyaculaciones o durante 3 meses posteriores al procedimiento. ⁽¹⁰⁾

El análisis del semen pos-vasectomía se realizara periódicamente hasta que se confirme la azoospermia para asegurarse del éxito del procedimiento, descartando la posibilidad de una recanalización espontánea temprana. Después de 12 a 15 eyaculaciones, el 90% de los hombres vasectomizados, serán azoospermicos, e independientemente de la frecuencia eyaculatoria, el 80% será azoospermico a las 6 semanas. La recomendación del International Planned Parenthood Federation en los casos en que el semen no se puede vigilar, es usar algún método seguro de anticoncepción por lo menos durante 20 eyaculaciones, mientras que otros autores recomiendan un lapso de 6 a 12 semanas. ⁽¹¹⁾

La vasectomía tiene una tasa de falla aproximada de 1 en 2000, luego de confirmada la ausencia de espermatozoides. Tiene su origen: durante la operación, por relaciones sexuales sin protección luego del procedimiento o cuando todavía quedan espermatozoides en el tracto reproductivo o por una recanalización espontánea del conducto deferente. Aproximadamente la tasa de falla para todas estas causas varía entre el 0 y el 2 %. ⁽¹²⁾

Algunas de las ventajas de la vasectomía es que es una intervención quirúrgica ambulatoria de bajo riesgo, su costo es menor que el de la oclusión tubaria bilateral y permite que los hombres se recuperen y reincorporen pronto a sus actividades cotidianas, laborales y sexuales. ⁽¹³⁾

En diversos estudios los hombres mencionan algunas quejas durante la recuperación posquirúrgicas como: a) dolor durante la intervención quirúrgica o durante la recuperación en casa; b) inflamación posquirúrgica, las molestias y la tolerancia ante el proceso inflamatorio varía; para algunos hombres es suficiente una aplicación local de hielo después de la intervención quirúrgica; otros requieren del uso de antiinflamatorios. ⁽¹⁴⁾

Hasta 5% de los pacientes presentan formación de granulomas espermáticos, respuestas inflamatorias a la filtración del espermatozoides; y la reanastomosis espontánea, que si tiene lugar es dentro de un breve período de tiempo después de la ligadura. ⁽¹⁵⁾

En cuanto a la reversibilidad de la vasectomía, se estima que entre el 2-4% de los hombres a los cuales se les realizó una vasectomía solicitan recuperar su fertilidad, y aunque existen procedimientos para revertir una vasectomía, la operación es compleja y la tasa de éxito depende de varios factores, tales como: el tipo de procedimiento de reversión, la experiencia del médico, el tiempo transcurrido de la realización de la vasectomía, calidad y cantidad de los espermatozoides, los efectos anatómicos resultantes de la vasectomía como la cicatrización del lumen, la presencia de anticuerpos antiespermáticos y la fertilidad de la pareja. ⁽¹⁶⁾

Hay estudios que demuestran que para las mujeres es de gran valor que sus parejas se realicen la vasectomía. En general las relaciones sexuales mejoraron y la relación se volvió muy estrecha. Cuando la pareja de una mujer se realiza la vasectomía, la vida sexual de ella cambia: 1) elimina la preocupación de un embarazo, 2) evita el consumo de anticonceptivos, 3) incrementa la frecuencia de sus relaciones sexuales, 4) sus relaciones sexuales son más satisfactorias, 5) las relaciones de la pareja mejoran porque ellas se sienten apoyadas y queridas por su pareja, y 6) las mujeres se volvieron más cariñosas y orgullosas de ellos. ⁽¹⁷⁾

Satisfacción sexual

La satisfacción sexual, es conceptualizada como una evaluación subjetiva de agrado o desagrado que una persona hace respecto de su vida sexual, o bien, como la capacidad del sujeto de obtener placer sexual mediante el coito o cópula. Esta variable se asocia con la seguridad del apego percibida en el compañero/a, especialmente en los varones. Contrariamente a los estereotipos de género sobre la sexualidad en los varones, parece comprobarse que el grado en que éstos encuentran satisfactoria su relación sexual, en cuanto al deseo sexual, la frecuencia, el acuerdo y la calidad de las actividades sexuales, tiene que ver con el grado de seguridad afectiva de su compañera. En cambio, la inseguridad, la ansiedad y la falta de confianza, exigen un nivel de control y vigilancia que limita el deseo y el placer. ⁽¹⁸⁾

Las diferencias y desigualdades entre hombres y mujeres pueden tener un impacto en la forma como se relacionan sexualmente entre sí y experimentan la satisfacción sexual. El placer sexual tiene dos componentes principales uno orgánico o somático, relacionado con la anatomía y fisiología corporal; otro psíquico o psicológico, producto de la cultura y del medio espacial y temporal donde la persona se ha desarrollado. Los hombres buscan la discontinuidad, se esfuerzan por excluir al amor, el compromiso, los deberes e incluso la vida social. Según el autor, si las mujeres no se sientan deseadas y amadas, su esfuerzo renovado de seducción sufre una decepción y viene entonces una sensación de vacío, inutilidad y desesperación. ⁽¹⁹⁾

El concepto de sexualidad se ha ido transmitiendo y modificando de generación en generación. Esta transmisión, si bien no se ha hecho de manera formal, es decir, impartida por profesionales, sistemática y con unos objetivos definidos, se ha ido realizando informalmente, a través de las actitudes, formas de pensar, valores y opiniones, dando lugar a diferentes modelos de educación sexual. La respuesta sexual humana es la manera de responder ante los estímulos que provocan el deseo, tanto de una manera física como desde el punto de vista más puramente personal, desde la vivencia más íntima de ese deseo. Desde el punto de vista físico, estas respuestas se pueden clasificar en función de si son cambios genitales o extra-genitales, pero también es importante conocer el alcance emocional y psicológico de las relaciones sexuales para evitar posibles problemas que puedan afectar a la pareja. ⁽²⁰⁾

Según Masters y Johnson, la respuesta sexual humana, en función de los cambios que se producen en el cuerpo, pasa por cuatro fases: fase de excitación, fase de meseta, fase orgásmica, y fase de resolución. No obstante, para tener una visión completa de la sexualidad normal, es necesario añadir una etapa más a las clásicas de Masters y Johnson: una anterior a la fase de excitación que es la fase de deseo sexual que es de carácter psicológico, al contrario que las cuatro clásicas, que son de carácter enteramente fisiológico. ⁽²¹⁾

El deseo sexual se define como el interés que muestra una persona sobre la sexualidad, procede de nuestros pensamientos, la estimulación o la postergación de los impulsos sexuales; estos pensamientos son inducidos por los órganos de los sentidos, en especial la visión. A su vez, existen conexiones con centros de control hormonal, que secretan especialmente testosterona y luteína que aumenta el deseo sexual. No se observan cambios visibles en el cuerpo durante esta fase, ya que se trata solamente de un proceso mental. ⁽²²⁾

La fase de excitación: comprende la respuesta anatómica y fisiológica que se produce como resultado de una estimulación sexual que puede ser física o psíquica mediante pensamientos sexuales. La respuesta de excitación es un reflejo de tipo neurovascular, donde la mayoría de los cambios que se producen afectan al organismo en su totalidad, la duración de esta fase puede oscilar entre unos minutos, o una media hora. La fase de meseta: es la fase donde se alcanza el grado de excitación sexual necesario para que se desencadene el orgasmo, la intensidad de los signos de la fase anterior aumenta, su duración es muy variable e influenciada por aspectos psicosociales. La fase del orgasmo: es la más corta del ciclo, dura de 3 a 15 segundos. Y por último la fase de resolución: durante la cual los cambios fisiológicos y anatómicos que aparecieron en las tres fases anteriores vuelven a su estado normal, se acompaña de una sensación de relajación y de bienestar. El periodo refractario forma parte de esta fase, es exclusivo de los varones, ya que durante este período no pueden tener otra respuesta, a diferencia de las mujeres que, por no tenerlo siempre, estarían dispuestas y podrían llegar a tener orgasmos múltiples, y la duración de este período suele aumentar conforme el varón envejece. (Ver anexo 1) ⁽²³⁾

Índice Internacional de la Función Eréctil (IIFE-15)

El Índice Internacional de Función Eréctil (Ver anexo 2) es un instrumento con aceptación universal, breve, de autoadministración, psicométricamente validado, que evalúa las distintas fases de la respuesta sexual humana y como se afectan la vida sexual del paciente. Creado en el año de 1997 por Rosen et al. En un inicio se utilizó en ensayos clínicos de disfunción eréctil, evaluando diagnóstico y la respuesta al tratamiento. ⁽²⁴⁾

Se ha validado lingüísticamente en 32 idiomas, entre ellos en español, y se ha utilizado en más de 50 ensayos clínicos con poblaciones de estudio que van desde hombres con diabetes hasta pacientes con lesión de médula espinal. Teniendo un alto grado de sensibilidad (98%) y especificidad del (88%). ⁽²⁵⁾

Consta de 15 reactivos, que se miden en una escala tipo likert con puntuaciones que van del 0 al 5, que explora diversos aspectos de la vida sexual: función eréctil (preguntas 1-5 y 15), función orgásmica (9 y 10), deseo sexual (11 y 12), satisfacción en general (13 y 14) y satisfacción sexual (6-8), en los últimos 6 meses. El puntaje máximo es de 75, basándose en esta escala, la disfunción eréctil será definida como severa con menos de 15, moderada de 16-20, media de 21-24 y función normal más de 25. ⁽²⁶⁾

En 1999 los creadores realizan una revisión y observaron que no solo evaluaba la disfunción eréctil sino que cada dominio se podía calificar de manera individual teniendo el mismo grado de confiabilidad por lo que se creó una nueva puntuación donde función eréctil (0-6 severamente disfuncional, 7-12 moderadamente disfuncional, 13-18 mediana a moderadamente disfuncional, 19-24 medianamente disfuncional, 25-30 no disfuncional); satisfacción sexual (0-3 severamente disfuncional, 4-6 moderadamente disfuncional, 7-9 mediana a moderadamente disfuncional, 10-12 medianamente disfuncional, 13-15 no disfuncional) y los dominios de función orgásmica, deseo sexual y sexualidad en general (0-2 severamente disfuncional, 3-4 moderadamente disfuncional, 5-6 mediana a moderadamente disfuncional, 7-8 medianamente disfuncional, 9-10 no disfuncional). ⁽²⁷⁾

Antecedentes del estudio

En la literatura se encuentran muchos estudios en relación con la vasectomía. En el año 2006 dentro del IMSS se hizo un seguimiento de los pacientes posoperados de vasectomía para determinar las complicaciones más frecuentes se concluyó que 30% de los pacientes estudiados presentaron complicaciones en cuanto a la relación de pareja, por la aparición en forma única o combinada, de la disminución en la duración del acto sexual, eyaculación precoz y disminución del deseo sexual. En el 2004 en esta misma institución se habló de la experiencia que se ha tenido con este método de planificación familiar y se observó que la vasectomía sin bisturí es un método rápido, con mínimas complicaciones y con el cual se alcanzan resultados eficaces.

En cuanto a la satisfacción sexual evaluada con el índice internacional de función eréctil solo existen 2 estudios, el primero se realizó en Brasil en el 2005, por el Dr. Eduardo Bertero, et al., y llegaron a la conclusión de que existen cambios moderados en el deseo sexual y la satisfacción sexual y que no se observa ningún cambio en la función eréctil. Más tarde en el año 2010 en México, el Dr. Arratia Maqueo, et al., realizaron el mismo tipo de estudio y observaron que no mostro tener influencia en la mayoría de los dominios de la satisfacción de manera individual y se especuló que si hubo algún cambio se esperaría que fuera positivo, particularmente en el dominio de orgasmo.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuál es la satisfacción sexual en los pacientes posoperados de vasectomía en el HGZ/UMF No. 8?

JUSTIFICACIÓN

La vasectomía es un método de planificación familiar con muchas ventajas pero solo un pequeño porcentaje de la población masculina lo adoptan. Ya que existen muchos mitos a su alrededor, como: si la satisfacción sexual es menor, si disminuyen las relaciones sexuales, el número de orgasmos o simplemente cambia la masculinidad.

La vasectomía tiene ventajas que pueden sintetizarse de la siguiente manera: es una intervención quirúrgica ambulatoria de bajo riesgo, su costo es menor que el de la oclusión tubaria bilateral y permite que los hombres se recuperen y reincorporen pronto a sus actividades cotidianas, laborales y sexuales.

Para las mujeres es importante que sus parejas se realicen la vasectomía ya que en general mejora sus relaciones sexuales, se vuelven relaciones completas, plenas, y sin temor, y la relación se vuelve muy estrecha. Cuando la pareja de una mujer se realiza la vasectomía, la vida sexual de ella cambia en varios sentidos: 1) elimina la preocupación de un embarazo, 2) evita el consumo de anticonceptivos, que dañan o alteran su salud, 3) incrementa la frecuencia de sus relaciones sexuales, 4) sus relaciones sexuales son más satisfactorias, 5) las relaciones de la pareja mejoran porque ellas se sienten apoyadas y queridas por su pareja, y 6) las mujeres se volvieron más cariñosas y orgullosas de ellos.

Por lo antes mencionado se realizara la siguiente investigación con la finalidad de conocer si la satisfacción sexual de los pacientes posoperados de vasectomía presenta algún cambio, así como las características del paciente aceptante de este método y sus principales complicaciones, para poder orientar de una mejor manera a los hombres y fomentar la aceptación de este método.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- Evaluar la satisfacción sexual en los pacientes posoperados de vasectomía en el HGZ/UMF No. 8

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Determinar las características del paciente aceptante de vasectomía que acude al HGZ/UMF No.8
- Establecer las principales complicaciones en los pacientes posoperados de vasectomía en el HGZ/UMF No.8
- Identificar el nivel función eréctil en pacientes posoperados de vasectomía en el HGZ/UMF No.8
- Conocer el nivel de deseo sexual en los pacientes posoperados de vasectomía en el HGZ/UMF No.8

HIPÓTESIS

(Se realiza hipótesis con fines de enseñanza)

HIPÓTESIS

El paciente posoperado de vasectomía en el HGZ/UMF No.8 presenta insatisfacción sexual

HIPÓTESIS NULA (H^0)

El paciente posoperado de vasectomía en el HGZ/UMF No.8 no presenta insatisfacción sexual

HIPÓTESIS ALTERNA (H^1)

El paciente posoperado de vasectomía en el HGZ/UMF No.8 tiene disfunción eréctil

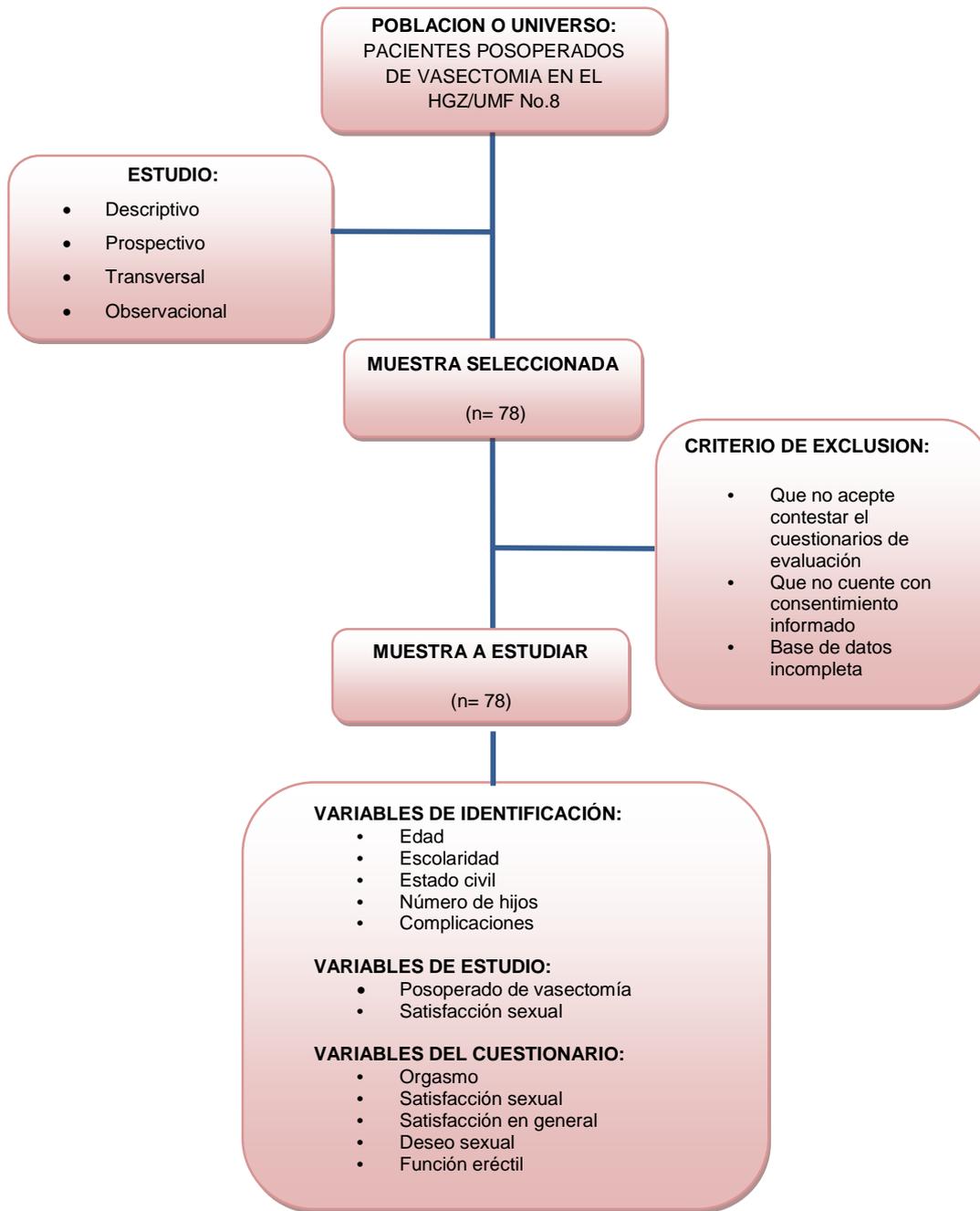
MATERIALES Y MÉTODOS

TIPO DE ESTUDIO

Fue un estudio descriptivo, transversal, retrospectivo, observacional.

- a) **TRANSVERSAL:** Se utiliza una sola medición.
- b) **PROSPECTIVO:** Seguimiento posterior al procedimiento.
- c) **DESCRIPTIVO:** Se cuenta con una sola población para describir el fenómeno a investigar.
- d) **OBSERVACIONAL:** La investigación solo va a describir el fenómeno estudiado.

DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN



Elaboro: Dra. Melissa Candy Garduño Néstor.

POBLACIÓN O UNIVERSO

El estudio se realizó a los pacientes que acudieron al servicio de planificación familiar en el Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo, del Instituto Mexicano del Seguro Social en el Distrito federal, Zona Sur. Localizada en una población urbana.

UBICACIÓN TEMPORAL Y ESPACIAL DE LA POBLACIÓN

El estudio se llevó a cabo en el HGZ/UMF No.8, ubicado en Av. Rio Magdalena No 289 Col. Tizapan San Ángel, ubicada al sur del Distrito Federal, se estudió a la población que fue operada de vasectomía en esta unidad de salud.

MUESTRA

El tamaño de la muestra para un estudio descriptivo, con variable dicotómica para una población finita, fue de 78 pacientes, con un intervalo de confianza del 99%. Con una proporción esperada del 0.02 y con una amplitud total de intervalo de confianza del 0.10.

Definición de conceptos de la muestra tipo cualitativo:

Cuando se conoce el total de unidades de observación que la integran.

$$n = \frac{NZ^2 pq}{d^2 (N-1) + Z^2 pq}$$

Dónde:

n= tamaño de la muestra

N= tamaño de la población

Z= valor de Z crítico, calculado en las tablas del área de la curva normal. Llamado también nivel de confianza. Se trata del ancho de la curva normal que se requiere cubrir con la muestra. Generalmente usamos solo tres valores. El valor corresponde al cálculo del área realizada por los matemáticos y que aparece en las tablas de Z de cualquier libro de estadística.

d= también se puede encontrar como (i) o (E) = precisión absoluta con que se generalizarán los datos. Es la distancia máxima de error que el investigador está dispuesto a aceptar con respecto a la media verdadera de la población.

p= proporción aproximada del fenómeno en estudio en la población de referencia.

q= proporción de la población de referencia que no presenta el fenómeno en estudio (1-p)

la suma de la p y la q siempre debe dar 1. Por ejemplo, si p= 0.8 q= 0.2

CRITERIOS

CRITERIOR DE INCLUSIÓN

- Pacientes posoperados de vasectomía en el HGZ/UMF No. 8
- Derechohabientes y no derechohabientes del IMSS

CRITERIO DE EXCLUSIÓN

- Que no aceptaron contestar el cuestionario de evaluación
- Que no contaron con consentimiento informado
- Base de datos incompleta

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

- Que no contestaron por completo los cuestionarios de evaluación
- Que no se realizaron la vasectomía en el HGZ/UMF No. 8

VARIABLES

VARIABLES DE IDENTIFICACIÓN

1. Edad
2. Escolaridad
3. Estado civil
4. Número de hijos
5. Complicaciones
6. Derechohabiente y No derechohabiente

VARIABLES DE ESTUDIO

- Variable independiente: Vasectomía
- Variable dependiente: Satisfacción sexual

VARIABLES DEL CUESTIONARIO

1. Función eréctil
2. Orgasmo
3. Deseo sexual
4. Satisfacción en general
5. Satisfacción sexual

DEFINICIÓN CONCEPTUAL

- a) Vasectomía: es un método definitivo de contracepción masculina, es una operación simple que consiste en ligar los conductos deferentes para evitar que los espermatozoides se mezclen con el líquido espermático. Es sumamente eficaz y no disminuye en absoluto la potencia sexual ni la virilidad.

- b) Satisfacción sexual: es conceptualizada como una evaluación subjetiva de agrado o desagrado que una persona hace respecto de su vida sexual, o bien, como la capacidad del sujeto de obtener placer sexual mediante el coito o cópula.

- c) Satisfacción en general: es definida como la satisfacción percibida por el individuo en cuanto a la situación de pareja.

- d) Función eréctil: es la capacidad de alcanzar y mantener una erección suficiente para permitir un desempeño sexual satisfactorio.

- e) Orgasmo: contracciones miotónicas y vasocongestión.

- f) Deseo sexual: sensaciones específicas que motivan a un individuo a iniciar o ser receptivo a una estimulación sexual

DEFINICIÓN OPERACIONAL

VARIABLE	TIPO	ESCALA DE MEDICIÓN	VALORES DE MEDICIÓN
Edad	Cuantitativa	Continua	Números enteros
Escolaridad	Cualitativa	Ordinal	1. sin estudios 2. primaria 3. secundaria 4. preparatoria/bachillerato 5. licenciatura 6. posgrado
Estado civil	Cualitativa	Nominal	1. soltero 2. casado 3. unión libre 4. divorciado
Número de hijos	Cuantitativa	Continua	Números enteros
Satisfacción sexual	Cualitativa	Ordinal	1. 0-3 severamente disfuncional 2. 4-6 moderadamente disfuncional 3. 7-9 mediana a moderadamente disfuncional 4. 10-12 medianamente disfuncional 5. 13-15 no disfuncional
Satisfacción en general	Cualitativa	Ordinal	1. 0-2 severamente disfuncional 2. 3-4 moderadamente disfuncional 3. 5-6 mediana a moderadamente disfuncional 4. 7-8 medianamente disfuncional 5. 9-10 no disfuncional
Deseo sexual	Cualitativa	Ordinal	1. 0-2 severamente disfuncional 2. 3-4 moderadamente disfuncional 3. 5-6 mediana a moderadamente disfuncional 4. 7-8 medianamente disfuncional 5. 9-10 no disfuncional
Orgasmo	Cualitativa	Ordinal	1. 0-2 severamente disfuncional 2. 3-4 moderadamente disfuncional 3. 5-6 mediana a moderadamente disfuncional 4. 7-8 medianamente disfuncional 5. 9-10 no disfuncional
Función eréctil	Cualitativa	Ordinal	1. 0-6 severamente disfuncional 2. 7-12 moderadamente disfuncional 3. 13-18 mediana a moderadamente disfuncional 4. 19-24 medianamente disfuncional 5. 25-30 no disfuncional

Elaboro: Dra. Melissa Candy Garduño Néstor.

DISEÑO ESTADÍSTICO

El análisis se llevó a cabo a través del programa SPSS 20 de Windows. Se utilizaron las medidas de tendencia central (media, moda, mediana), de dispersión (rangos, desviación estándar, varianza, valor mínimo y valor máximo), frecuencias y porcentajes. El tipo de muestra es representativa y se calculó de acuerdo a la prevalencia de una población finita, la muestra a estudiar fue de 78, con un intervalo de confianza del 99%.

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN

Índice Internacional de la Función Eréctil (IIFE-15)

El Índice Internacional de Función Eréctil (Ver anexo 2) es un instrumento con aceptación universal, breve, de autoadministración, psicométricamente validado, que evalúa las distintas fases de la respuesta sexual humana y como se afectan la vida sexual del paciente. Creado en el año de 1997 por Rosen et al. En un inicio se utilizó en ensayos clínicos de disfunción eréctil, evaluando diagnóstico y la respuesta al tratamiento.

Se ha validado lingüísticamente en 32 idiomas, entre ellos en español, y se ha utilizado en más de 50 ensayos clínicos con poblaciones de estudio que van desde hombres con diabetes hasta pacientes con lesión de médula espinal. Teniendo un alto grado de sensibilidad (98%) y especificidad del (88%).

Consta de 15 reactivos, que se miden en una escala tipo likert con puntuaciones que van del 0 al 5, que explora diversos aspectos de la vida sexual: función eréctil (preguntas 1-5 y 15), función orgásmica (9 y 10), deseo sexual (11 y 12), satisfacción en general (13 y 14) y satisfacción sexual (6-8), en los últimos 6 meses. El puntaje máximo es de 75, basándose en esta escala, la disfunción eréctil será definida como severa con menos de 15, moderada de 16-20, media de 21-24 y función normal más de 25.

En 1999 los creadores realizan una revisión y observaron que no solo evaluaba la disfunción eréctil sino que cada dominio se podía calificar de manera individual teniendo el mismo grado de confiabilidad por lo que se creó una nueva puntuación donde función eréctil (0-6 severamente disfuncional, 7-12 moderadamente disfuncional, 13-18 mediana a moderadamente disfuncional, 19-24 medianamente disfuncional, 25-30 no disfuncional); satisfacción sexual (0-3 severamente disfuncional, 4-6 moderadamente disfuncional, 7-9 mediana a moderadamente disfuncional, 10-12 medianamente disfuncional, 13-15 no disfuncional) y los dominios de función orgásmica, deseo sexual y sexualidad en general (0-2 severamente disfuncional, 3-4 moderadamente disfuncional, 5-6 mediana a moderadamente disfuncional, 7-8 medianamente disfuncional, 9-10 no disfuncional).

MÉTODO DE RECOLECCIÓN

El estudio se realizó en pacientes posoperados de vasectomía en el HGZ/UMF No. 8 de enero a diciembre del 2012. Con la autorización de la institución y el consentimiento de los pacientes. Durante el periodo comprendido de 1 año. Se les aplicó el cuestionario IIFE-15 para evaluar la satisfacción sexual. Se comunicó con los pacientes a través de los números telefónicos proporcionados al servicio de planificación familiar, existió una base de datos donde se recolectaron datos generales de los pacientes como nombre, edad, estado civil, escolaridad, etc. Se explicó al paciente que nos comunicabamos del HGZ/UMF No 8, y se dio una breve introducción de lo que se trataba el estudio, se estimuló al paciente para que respondiera las 15 preguntas del cuestionario, seleccionando la alternativa que considerara más apropiada para su caso. En caso de que existiera alguna duda no se les contestó porque se podía modificar la respuesta.

MANIOBRAS PARA EVITAR Y CONTROLAR SESGOS

Se hizo una revisión sistémica de medicina basada en evidencia del tema, procurando que fuera información proveniente de meta-análisis, ensayos clínicos y reportes de casos.

Se realizó una sola medición en base a los criterios de inclusión, exclusión y eliminación antes descritas.

Se aplicó el cuestionario IIFE-15 y un formato para recolección de datos del paciente (Ver anexo 3) de forma individual. Se aplicó en pacientes posoperados de vasectomía en el HGZ/UMF No. 8, quienes contaron con número telefónico en su base de datos. Durante la aplicación del cuestionario, fue importante recordar que las respuestas no requirieron ayuda. Se les informó a los pacientes que deberían contestar las 15 preguntas del cuestionario sin excepción. El investigador no discutió ninguna pregunta con los pacientes.

Se evaluaron las respuestas de cada paciente posoperado de vasectomía y se observó el nivel de satisfacción sexual, además del perfil del paciente aceptante de vasectomía como edad, escolaridad, estado civil, número de hijos, etc., y las complicaciones que tuvieron posterior a la cirugía.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN REGIONAL CENTRO
DELEGACIÓN SUR DEL DISTRITO FEDERAL
JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS E INVESTIGACIÓN MÉDICA
OSPITAL GENERAL DE ZONA CON UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 8
"DR GILBERTO FLORES IZQUIERDO"

TITULO DEL PROTOCOLO DE INVESTIGACION:

EVALUACION DE LA SATISFACCIÓN SEXUAL EN LOS PACIENTES POSOPERADOS DE VASECTOMÍA EN EL HGZ/UMF No. 8

2011-2012

FECHA	MAR 2011	ABR 2011	MAY 2011	JUN 2011	JUL 2011	AGO 2011	SEP 2011	OCT 2011	NOV 2011	DIC 2011	ENE 2012	FEB 2012
TITULO	X											
ANTECEDENTES	X											
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	X											
OBJETIVOS		X										
HIPOTESIS		X										
PROPOSITOS		X										
DISEÑO METODOLOGICO		X										
ANALISIS ESTADISTICO		X	X									
CONSIDERACIONES ETICAS			X									
RECURSOS			X									
BIBLIOGRAFIA			X									
ASPECTOS GENERALES			X									
ACEPTACION			X									

2012-2013

FECHA	MAR 2012	ABR 2012	MAY 2012	JUN 2012	JUL 2012	AGO 2012	SEP 2012	OCT 2012	NOV 2012	DIC 2012	ENE 2013	FEB 2013-2014
ETAPA DE EJECUCION DEL PROYECTO	X											
RECOLECCION DE DATOS		X	X	X	X							
ALMACENAMIENTO DE DATOS						X						
ANALISIS DE DATOS							X					
DESCRIPCION DE DATOS								X				
DISCUSIÓN DE DATOS									X			
CONCLUSION DEL ESTUDIO										X		
INTEGRACION Y REVICION FINAL										X		
REPORTE FINAL											X	
AUTORIZACIONES											X	
IMPRESIÓN DEL TRABAJO											X	
PUBLICACION												X

RECURSOS

HUMANOS

- Para la realización de este proyecto se contó con un médico residente de Medicina Familiar que estuvo a cargo de la investigación, recolección y procesamiento de la información, además de un asesor quien dirigió esta investigación.

MATERIALES

- Agenda de planificación familiar
- Aparato telefónico
- Cuestionarios: IIFE- 15 y HOJA DE DATOS
- Consentimiento informado
- Lápiz
- Computadora portátil donde se recabaran los datos
- Programa SPSS 20 de Windows
- Impresora

FINANCIAMIENTO

- Todos los gastos que se generaron en esta investigación corrieron por cuenta del residente de Medicina Familiar que lo llevó a cabo.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

La presente investigación se realizó de acuerdo con las normas éticas de la declaración de Helsinki de 1975. Asimismo se dio a conocer ampliamente a los pacientes que en caso de no aceptar participar en el estudio no interfería de ningún modo con la relación médico/paciente.

Se solicitó el consentimiento verbal y por escrito del paciente, manejándose toda la información de manera confidencial y con fines de investigación. El consentimiento informado se encuentra en anexos (Ver anexo 4).

Estuvo bajo la consideración de la Ley General de Salud y de las normas de investigación institucional y fue aceptado por el comité local de investigación.

Artículo 13. En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer, el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar.

Artículo 17. El presente trabajo se clasifica como categoría uno, que lo clasifica como investigación sin riesgo.

Artículo 20. Se entiende por consentimiento informado el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación o en su caso, su representante legal autoriza su participación en la investigación.

Artículo 21. Para que el consentimiento informado se considere existente, el sujeto de investigación o en su caso su representante legal, deberá recibir una explicación clara y completa de tal forma que pueda comprender, por lo menos, sobre los siguientes aspectos:

- La justificación y los objetivos de la investigación.
- Los procedimientos que vayan a usarse y su propósito, incluyendo la identificación de los procedimientos que son experimentales.

- Las molestias o los riesgos esperados.
- Los beneficios que puedan observarse.
- Los procedimientos alternativos que pudieran ser ventajosos para el sujeto.
- La garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación y el tratamiento del sujeto.

RESULTADOS

- Se estudiaron 78 pacientes del sexo masculino, la edad promedio fue de 37.5, la moda de 38 años, siendo la edad mínima edad de 23 años y la máxima de 60 años, la desviación estándar 6.580 años.
- Al analizar el número de hijos se observó que la media fue de 2.12 y la moda de 2, los hijos mínimos 0 y los máximos 8, la desviación estándar 1.069 hijos.
- En el estado civil se observó que: solteros fueron 2 (2.6%); casados 68 (87.2%); unión libre 7(9%); y divorciados 1 (1.3%). ^(Cuadro 1)
- En cuanto a la escolaridad se detectó que: sin estudios 1 (1.3%); primaria 3 (3.8%); secundaria 17 (21.8%); preparatoria/bachillerato 19 (24.4%); licenciatura 36 (46.2%); y posgrado 1 (1.3%). ^(Cuadro 2)
- En relación a la derechohabiencia se reveló que: derechohabientes fueron 36 (46.2%); y no derechohabientes 42 (53.8%) ^(Cuadro 3)
- En el rubro de complicaciones, se identificó que: ninguna complicación en 50 (64.1%); y dolor leve 28 (35.9%) en la zona quirúrgica. ^(Cuadro 4)
- En el rango de edad se observó que: de 20 a 29 años 10 (12.8%); 30 a 39 años 38 (48.7%); 40 a 49 años 27 (34.6%); 50 a 59años 2 (2.6%); y 60 o más 1 (1.3%). ^(Cuadro 5)
- En cuanto a satisfacción sexual observamos que: medianamente disfuncional se presentó en un 3 (3.8%) de los pacientes; y no disfuncional en 75 (96.2%). ^(Cuadro 6)
- Hablando de orgasmo mostró que se presentó mediana a moderada disfunción en 5 (6.4%) pacientes; y no disfuncional en 73 (93.6%). ^(Cuadro 7)
- Del deseo sexual identificamos que fue: mediana a moderadamente disfuncional en 11 (14.1%) pacientes; y no disfuncional en 67 (85.9%). ^(Cuadro 8)

- En el apartado de satisfacción en general observamos que fueron: mediana a moderadamente disfuncional 7 (9%) pacientes; y no disfuncional 71 (91%). (Cuadro 9)
- En función eréctil se detectó que: no hubo disfunción en 78 pacientes (100%). (Cuadro 10)
- En el rubro de satisfacción sexual y estado civil pudimos observar que los solteros, 2 (100%) sin disfunción; los casados, 3 (4.4%) presentaron una mediana a moderada disfunción, 65 (95.6%) sin disfunción; los de unión libre, 1 (100%) sin disfunción; y los divorciados 1 (100%) sin disfunción. (Cuadro 11)
- En cuanto a la satisfacción en general y estado civil pudimos observar que los solteros, 2 (100%) sin disfunción; los casados, 7 (10.3%) presentaron una mediana a moderada disfunción y 61 (89.7%) sin disfunción; los de unión libre, 7 (100%) sin disfunción; y los divorciados 1 (100%) sin disfunción. (Cuadro 12)
- Hablando de deseo sexual y estado civil identificamos que los solteros, 2 (100%) sin disfunción; los casados, 11 (16.2%) presentaron una mediana a moderada disfunción y 57 (83.8%) sin disfunción; los de unión libre, 7 (100%) sin disfunción; y los divorciados 1 (100%) sin disfunción. (Cuadro 13)
- Dentro de orgasmo y estado civil se observó que los solteros, 2 (100%) sin disfunción; los casados, 5 (7.4%) presentaron una mediana a moderada disfunción y 63 (92.6%) sin disfunción; los de unión libre, 7 (100%) sin disfunción; y los divorciados 1 (100%) sin disfunción. (Cuadro 14)
- En la función eréctil y estado civil reveló que los solteros, 2 (100%) sin disfunción; los casados, 68 (100%) sin disfunción; los de unión libre, 7 (100%) sin disfunción; y los divorciados 1 (100%) sin disfunción. (Cuadro 15)

- En el rubro de satisfacción sexual y escolaridad se observó que los pacientes sin estudios, 1 (100%) no presenta disfunción; primaria 3 (100%) sin disfunción; secundaria, 3 (17.6%) con mediana a moderada disfunción, 14 (82.4%) sin disfunción; preparatoria/ bachillerato, 19 (100%) sin disfunción; licenciatura, 36 (100%) sin disfunción; y posgrado 2 (100%) sin disfunción. ^(Cuadro 16)
- Hablando de satisfacción en general y escolaridad se identificó que los pacientes sin estudios, 1 (100%) no presenta disfunción; primaria 3 (100%) sin disfunción; secundaria, 4 (23.5%) con mediana a moderada disfunción, 13 (76.5%) sin disfunción; preparatoria/ bachillerato, 3 (15.8%) con mediana a moderada disfunción, y 16 (84.2%) sin disfunción; licenciatura, 36 (100%) sin disfunción; y posgrado 2 (100%) sin disfunción. ^(Cuadro 17)
- En cuanto a deseo sexual y escolaridad se encontró que los pacientes sin estudios, 1 (100%) con mediana a moderada disfunción; primaria 3 (100%) sin disfunción; secundaria, 2 (11.8%) con mediana a moderada disfunción, 15 (88.2%) sin disfunción; preparatoria/ bachillerato, 2 (10.5%) con mediana a moderada disfunción, y 17 (89.5%) sin disfunción; licenciatura, 6 (16.7%) con mediana a moderada disfunción, y 30 (83.3%) sin disfunción; y posgrado 2 (100%) sin disfunción. ^(Cuadro 18)
- En orgasmo y escolaridad pudimos observar que los pacientes sin estudios, 1 (100%) presenta una mediana a moderada disfunción; primaria 3 (100%) sin disfunción; secundaria, 2 (11.8%) con mediana a moderada disfunción, 15 (88.2%) sin disfunción; preparatoria/ bachillerato, 1 (5.3%) con mediana a moderada disfunción, y 18 (94.7%) sin disfunción; licenciatura, 1 (2.8%) con mediana a moderada disfunción, y 35 (97.2%) sin disfunción; y posgrado 2 (100%) sin disfunción. ^(Cuadro 19)
- En función eréctil y escolaridad pudimos identificar que los pacientes sin estudios, 1 (100%) no presenta disfunción; primaria 3 (100%) sin disfunción; secundaria, 17 (100%) sin disfunción; preparatoria/ bachillerato, 19 (100%) sin disfunción; licenciatura, 36 (100%) sin disfunción; y posgrado 2 (100%) sin disfunción. ^(Cuadro 20)

- En satisfacción sexual y rango de edad encontramos que: los pacientes de entre 20-29 años, 1 (10%) presenta mediana disfunción, 9 (90%) sin disfunción; 30-39años 1 (2.6%) mediana disfunción, 37 (97.4%) sin disfunción; 40-49años 1 (3.7%) mediana disfunción, 26 (96.3%) sin disfunción; de 50-59años 2 (100%) sin disfunción; y de 60 a más 1 (100%) sin disfunción. ^(Cuadro 21)
- En cuanto satisfacción en general y rango de edad identificamos que: los pacientes de entre 20-29 años, 1 (10%) presenta mediana disfunción, 9 (90%) sin disfunción; 30-39años 5 (13.2%) mediana disfunción, 33 (86.8%) sin disfunción; 40-49años 1 (3.7%) mediana disfunción, 26 (96.3%) sin disfunción; de 50-59años 2 (100%) sin disfunción; y de 60 a más 1 (100%) sin disfunción. ^(Cuadro 22)
- Hablando de función eréctil y rango de edad se identificó que: los pacientes de entre 20-29 años, 10 (100%) sin disfunción; 30-39años 38 (100%) sin disfunción; 40-49años, 27 (100%) sin disfunción; de 50-59años 2 (100%) sin disfunción; y de 60 a más 1 (100%) sin disfunción. ^(Cuadro 23)
- En orgasmo y rango de edad se halló que: los pacientes de entre 20-29 años, 10 (100%) sin disfunción; 30-39años 2 (5.3%) mediana disfunción, 36 (94.7%) sin disfunción; 40-49años 3 (11.1%) mediana disfunción, 24 (88.9%) sin disfunción; de 50-59años 2 (100%) sin disfunción; y de 60 a más 1 (100%) sin disfunción. ^(Cuadro 24)
- En el rubro deseo sexual y rango de edad se encontró que: entre 20-29 años, 2 (20%) con mediana disfunción, 8(80%) sin disfunción; 30-39años 7 (18.4%) mediana disfunción, 31 (81.6%) sin disfunción; 40-49años 2 (7.4%) mediana disfunción, 25 (92.6%) sin disfunción; de 50-59años 2 (100%) sin disfunción; y de 60 a más 1 (100%) sin disfunción. ^(Cuadro 25)

CUADRO 1. FRECUENCIA ESTADO CIVIL

Tabla 1. Frecuencia estado civil

ESTADO CIVIL		
	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
Soltero	2	2.6%
Casado	68	87.2%
Unión libre	7	9%
Divorciado	1	1.3%
Total	78	100%

Gráfica 1. Frecuencia estado civil

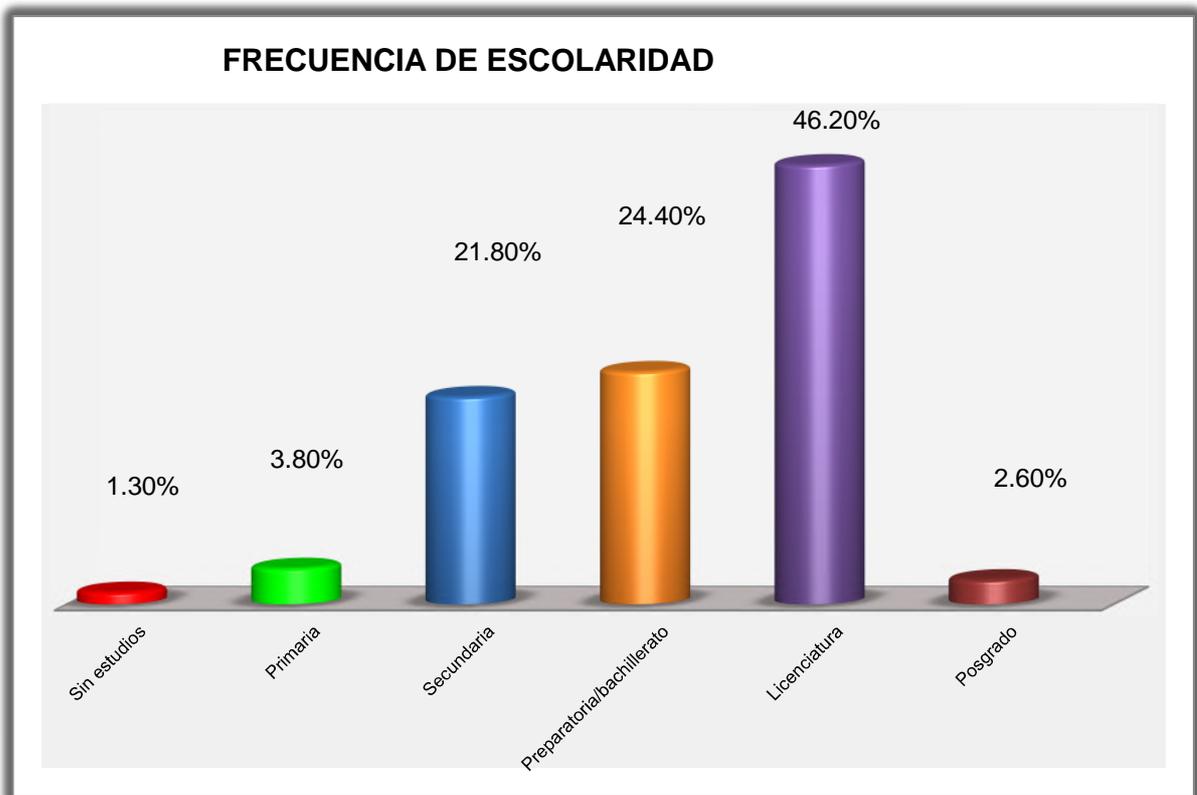


CUADRO 2. FRECUENCIA DE ESCOLARIDAD

Tabla 2. Frecuencia escolaridad

	ESCOLARIDAD	
	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
Sin estudios	1	1.3%
Primaria	3	3.8%
Secundaria	17	21.8%
Preparatoria/bachillerato	19	24.4%
Licenciatura	36	46.2%
Posgrado	2	2.6%
Total	78	100%

Gráfica 2. Frecuencia escolaridad

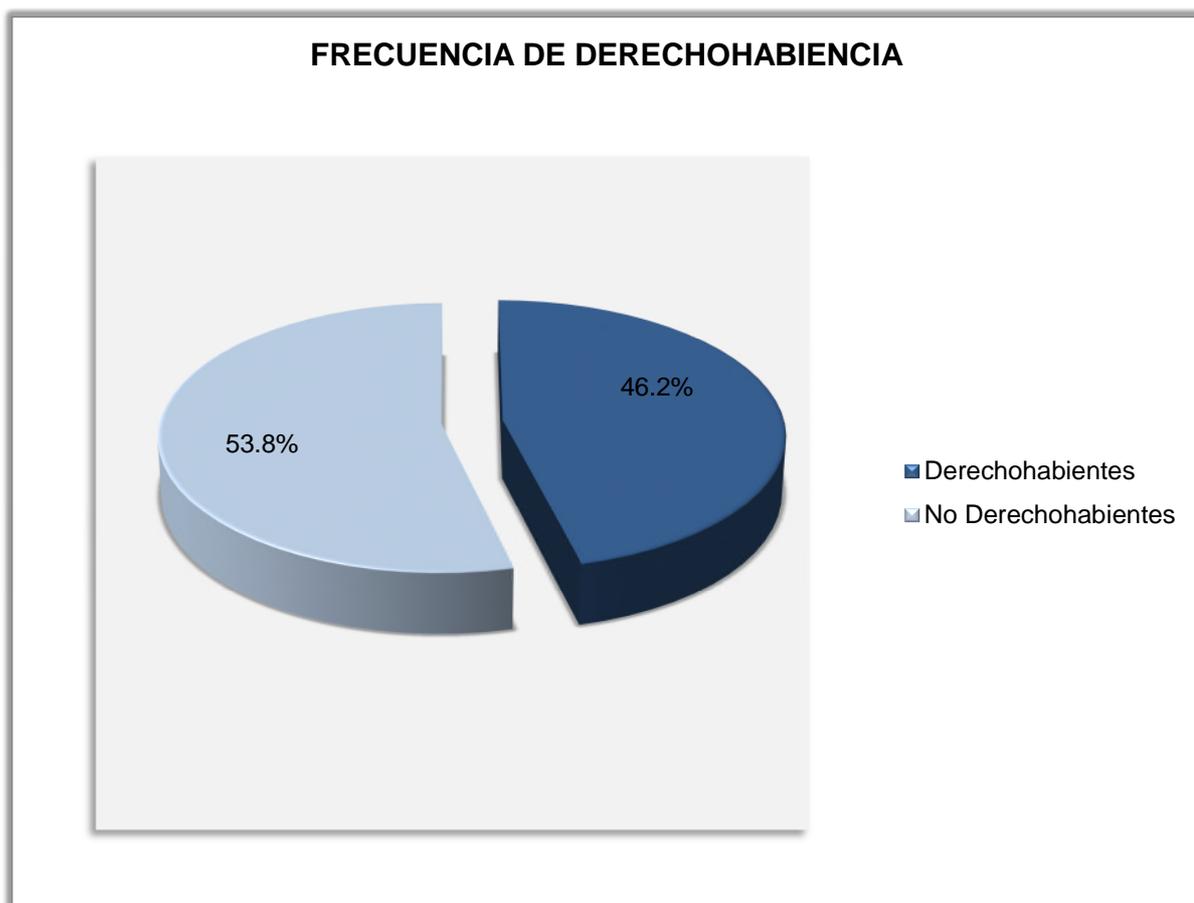


CUADRO 3. FRECUENCIA DERECHOHABIENTES Y NO DERECHOHABIENTES

Tabla 3. Frecuencia derechohabientes y no derechohabientes

DERECHOHABIENTES Y NO DERECHOHABIENTES		
	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
Derechohabientes	36	46.2%
No Derechohabientes	42	53.8%
Total	78	100%

Gráfica 3. Frecuencia derechohabientes y no derechohabientes

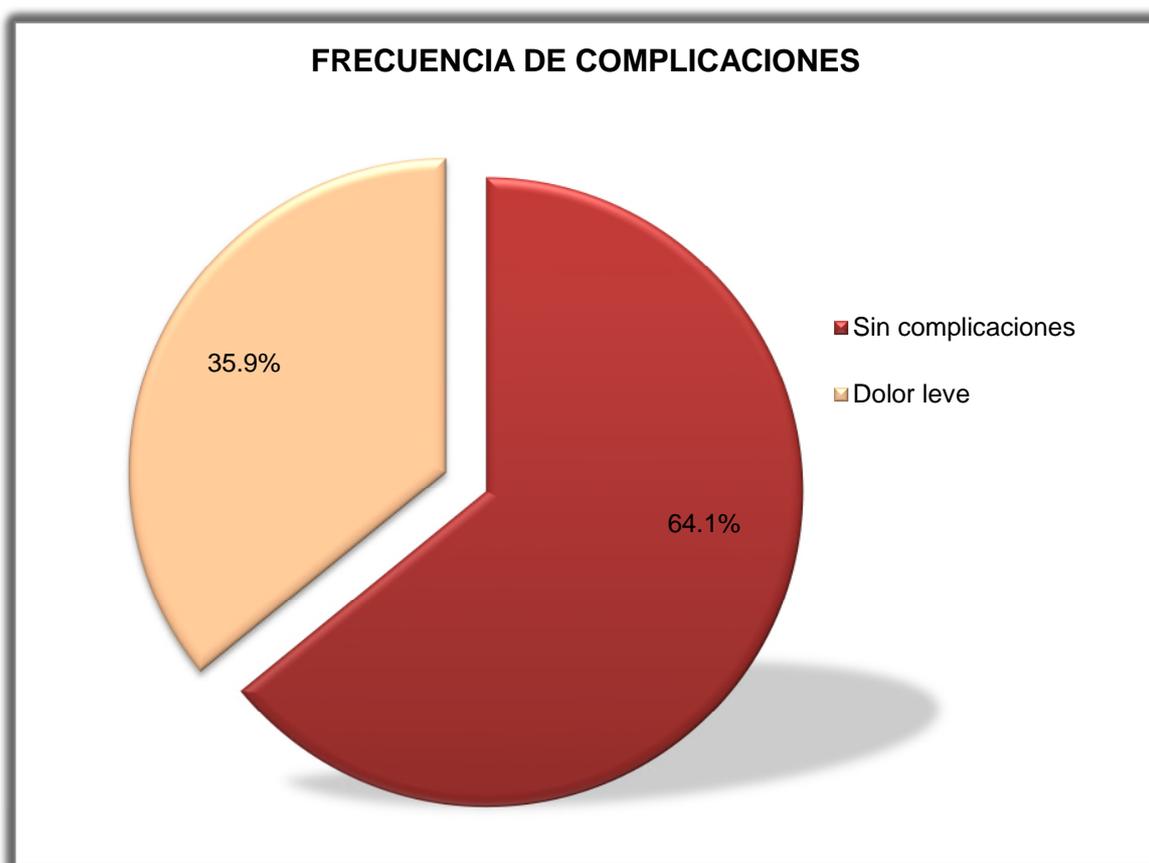


CUADRO 4. FRECUENCIA DE COMPLICACIONES POSTERIOR A LA CIRUGÍA

Tabla 4. Frecuencia de complicaciones

COMPLICACIONES		
	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
Ninguna	50	64.1%
Dolor leve	28	35.9%
Total	78	100%

Gráfica 4. Frecuencia de complicaciones

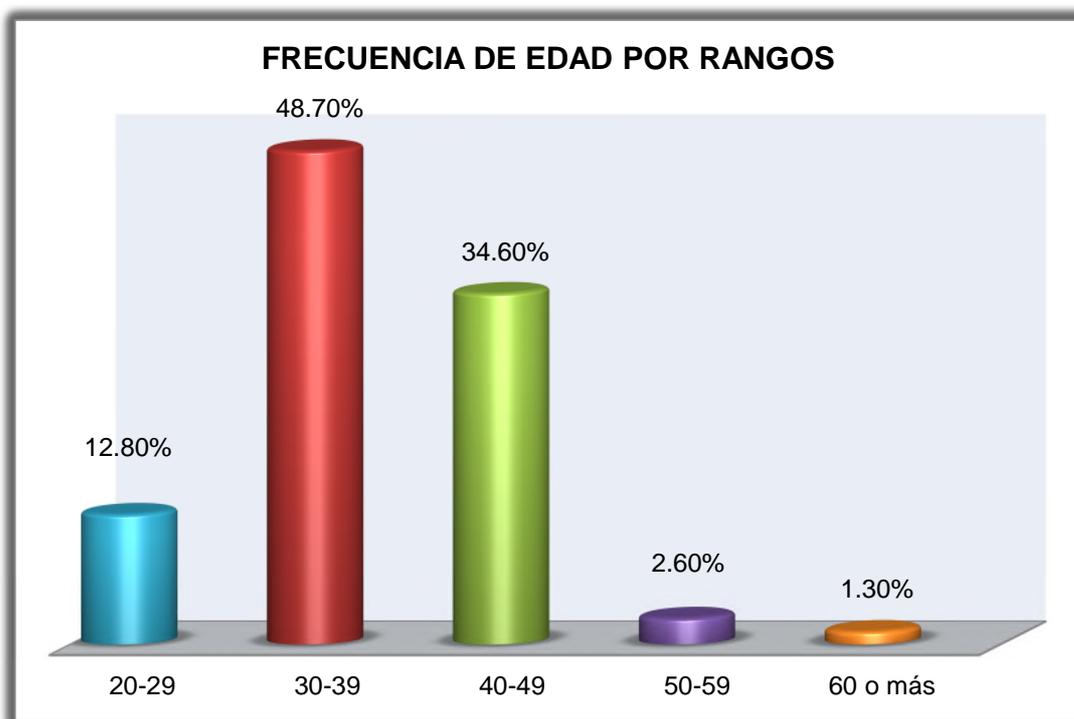


CUADRO 5. FRECUENCIA DE EDAD POR RANGOS

Tabla 5. Frecuencia de edad por rangos

EDAD POR RANGOS		
	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
20-29	10	12.8%
30-39	38	48.7%
40-49	27	34.6%
50-59	2	2.6%
60 o más	1	1.3%
Total	78	100%

Gráfica 5. Frecuencia de edad por rangos

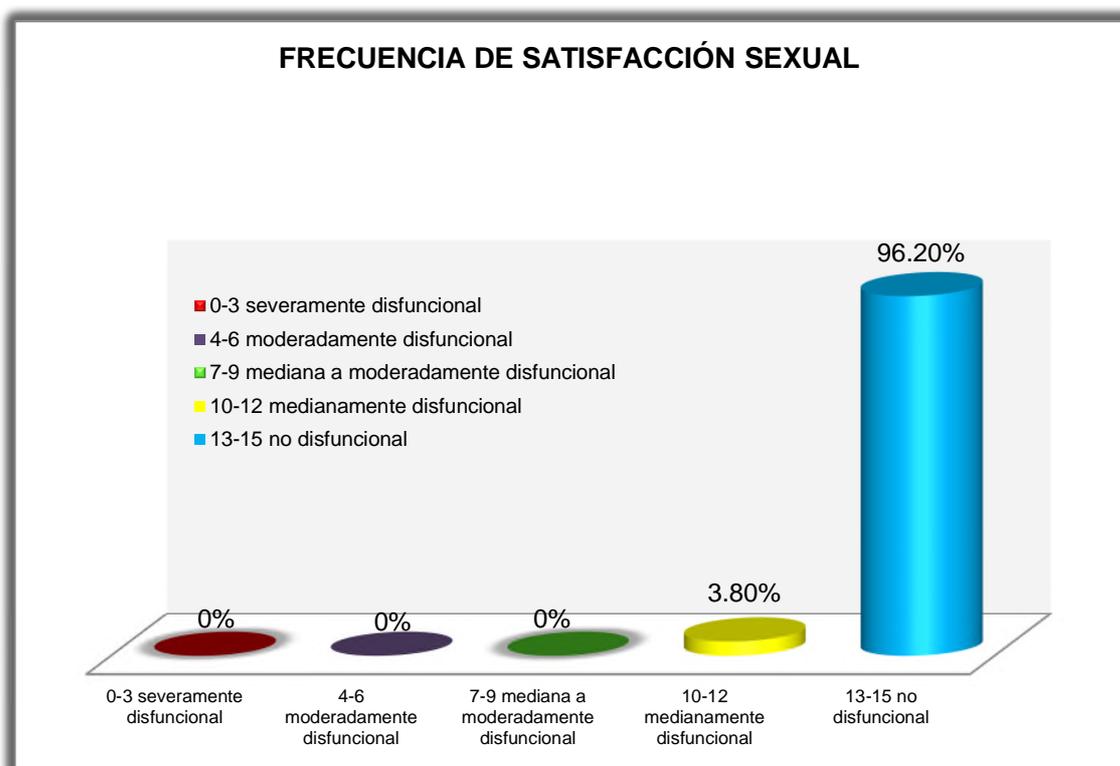


CUADRO 6. FRECUENCIA DE SATISFACCIÓN SEXUAL

Tabla 6. Frecuencia de satisfacción sexual

SATISFACCIÓN SEXUAL		
	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
0-3 severamente disfuncional	0	0
4-6 moderadamente disfuncional	0	0
7-9 mediana a moderadamente disfuncional	0	0
10-12 medianamente disfuncional	3	3.8%
13-15 no disfuncional	75	96.2%
Total	78	100%

Gráfica 6. Frecuencia de satisfacción sexual

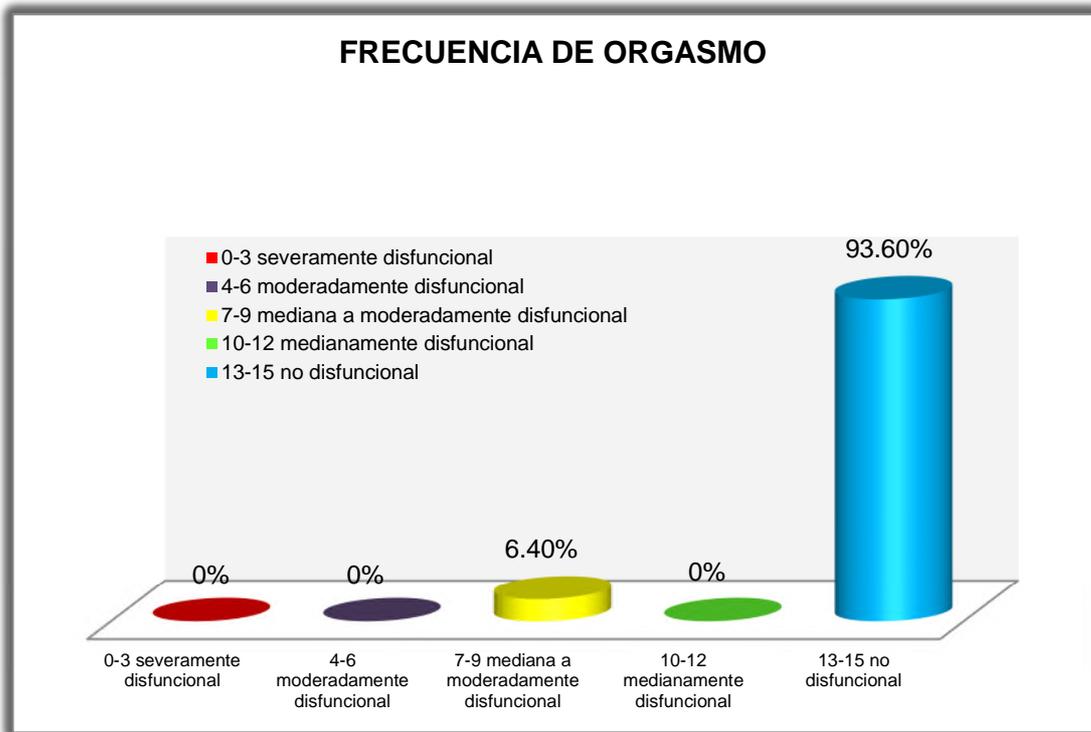


CUADRO 7. FRECUENCIA DE ORGASMO

Tabla 7. Frecuencia de orgasmo

	ORGASMO	
	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
0-2 severamente disfuncional	0	0%
3-4 moderadamente disfuncional	0	0%
5-6 mediana a moderadamente disfuncional	5	6.4%
7-8 medianamente disfuncional	0	0%
9-10 no disfuncional	73	93.6%
Total	78	100%

Gráfica 7. Frecuencia de orgasmo

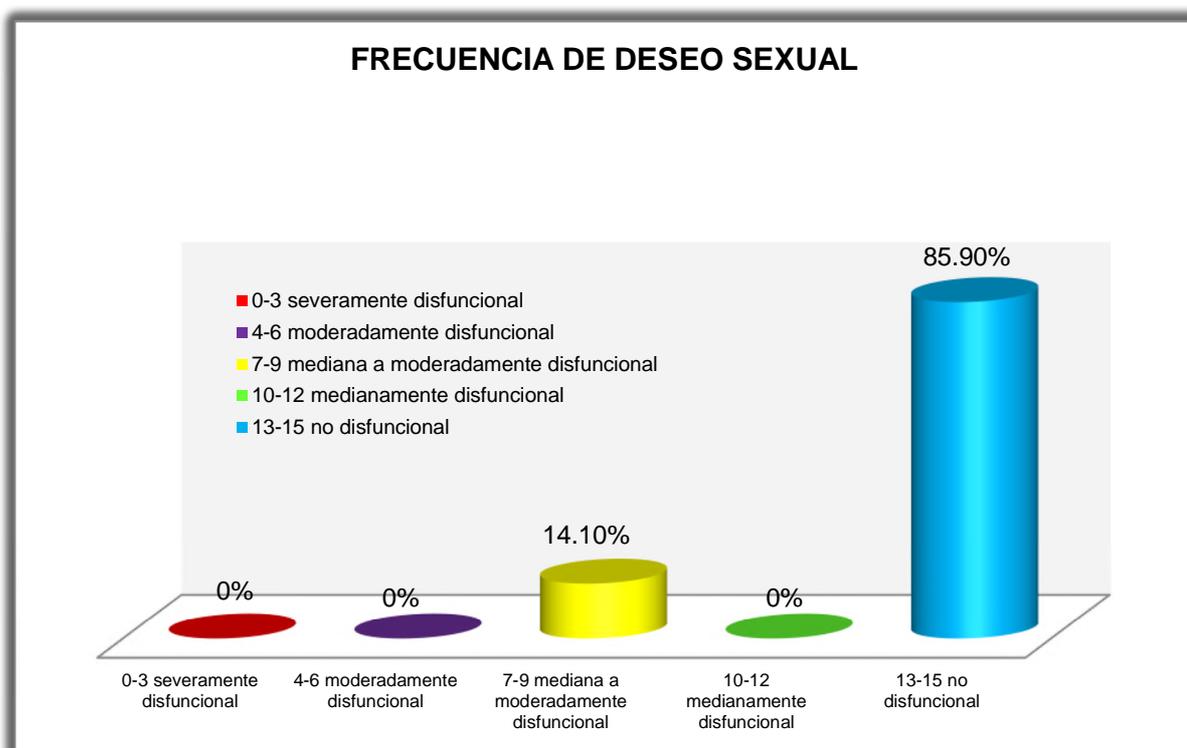


CUADRO 8. FRECUENCIA DE DESEO SEXUAL

Tabla 8. Frecuencia de deseo sexual

	DESEO SEXUAL	
	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
0-2 severamente disfuncional	0	0%
3-4 moderadamente disfuncional	0	0%
5-6 mediana a moderadamente disfuncional	11	14.1%
7-8 medianamente disfuncional	0	0%
9-10 no disfuncional	67	85.9%
Total	78	100%

Gráfica 8. Frecuencia de deseo sexual

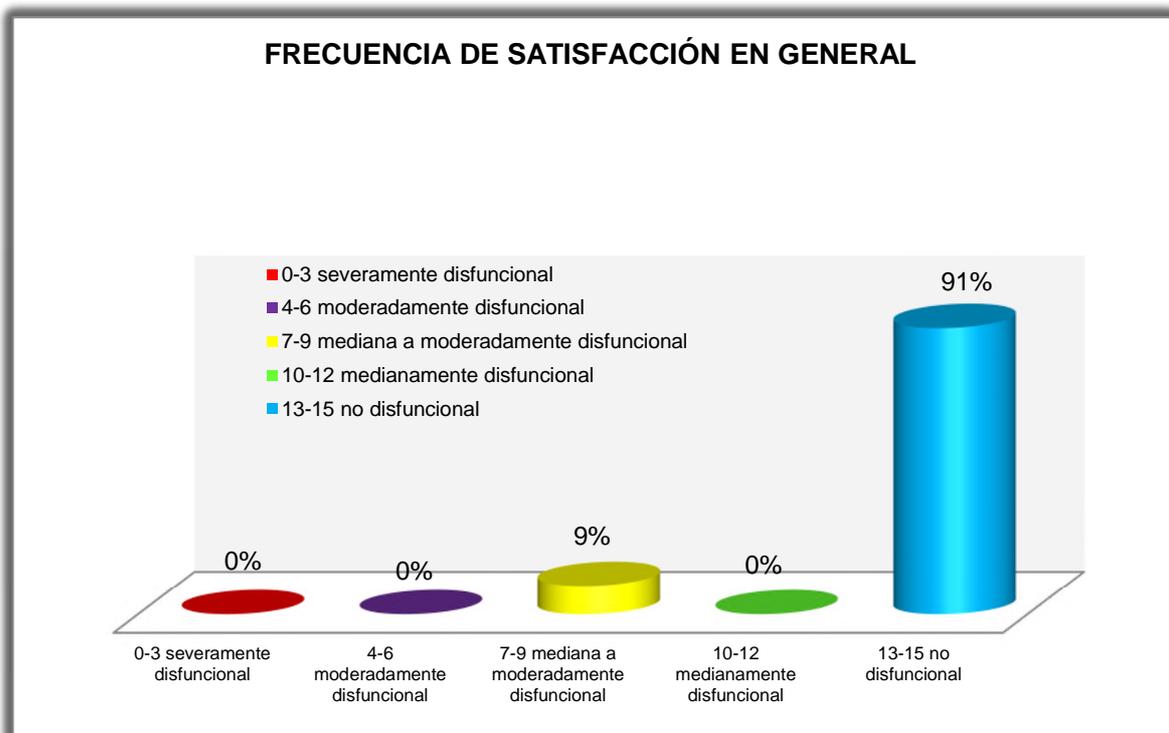


CUADRO 9. FRECUENCIA DE SATISFACCIÓN EN GENERAL

Tabla 9. Frecuencia de satisfacción en general

SATISFACCIÓN EN GENERAL		
	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
0-2 severamente disfuncional	0	0%
3-4 moderadamente disfuncional	0	0%
5-6 mediana a moderadamente disfuncional	7	9%
7-8 medianamente disfuncional	0	0%
9-10 no disfuncional	71	91%
Total	78	100%

Gráfica 9. Frecuencia de satisfacción en general

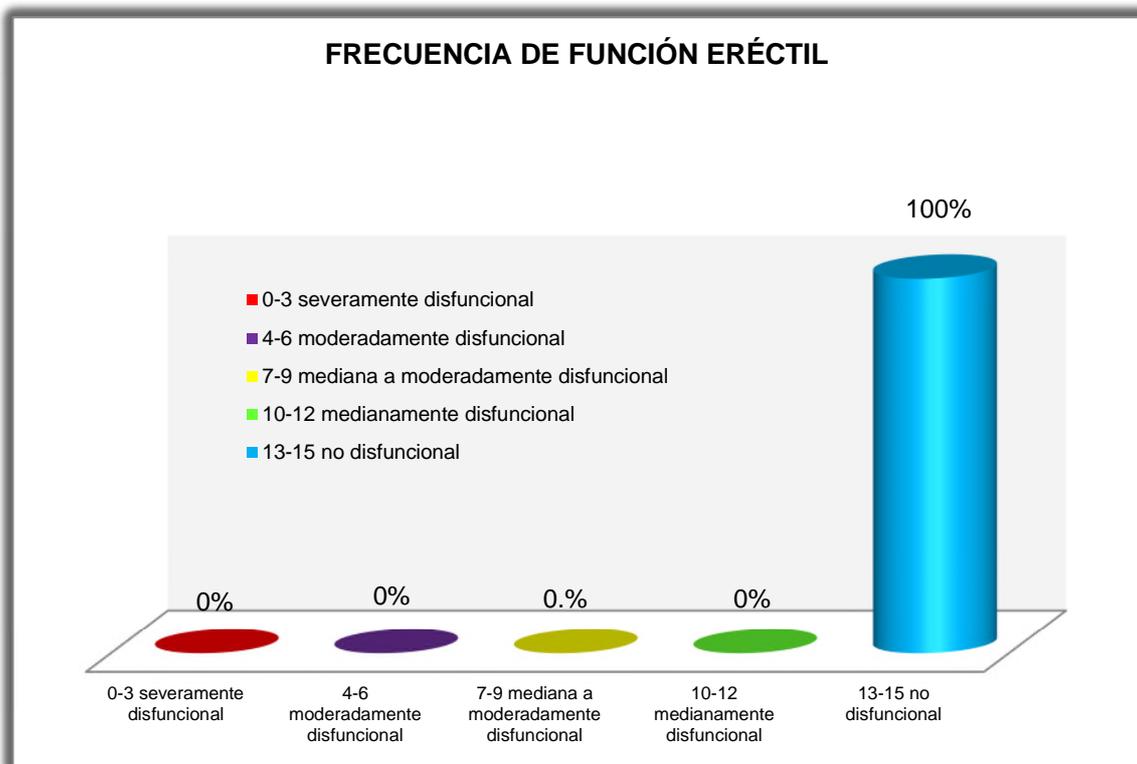


CUADRO 10. FRECUENCIA DE FUNCIÓN ERÉCTIL

Tabla 10. Frecuencia de función eréctil

FUNCIÓN ERÉCTIL		
	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
0-6 severamente disfuncional	0	0
7-12 moderadamente disfuncional	0	0
13-18 mediana a moderadamente disfuncional	0	0
19-24 medianamente disfuncional	0	0
25-30 no disfuncional	78	100%
Total	78	100%

Gráfica 10. Frecuencia de función eréctil

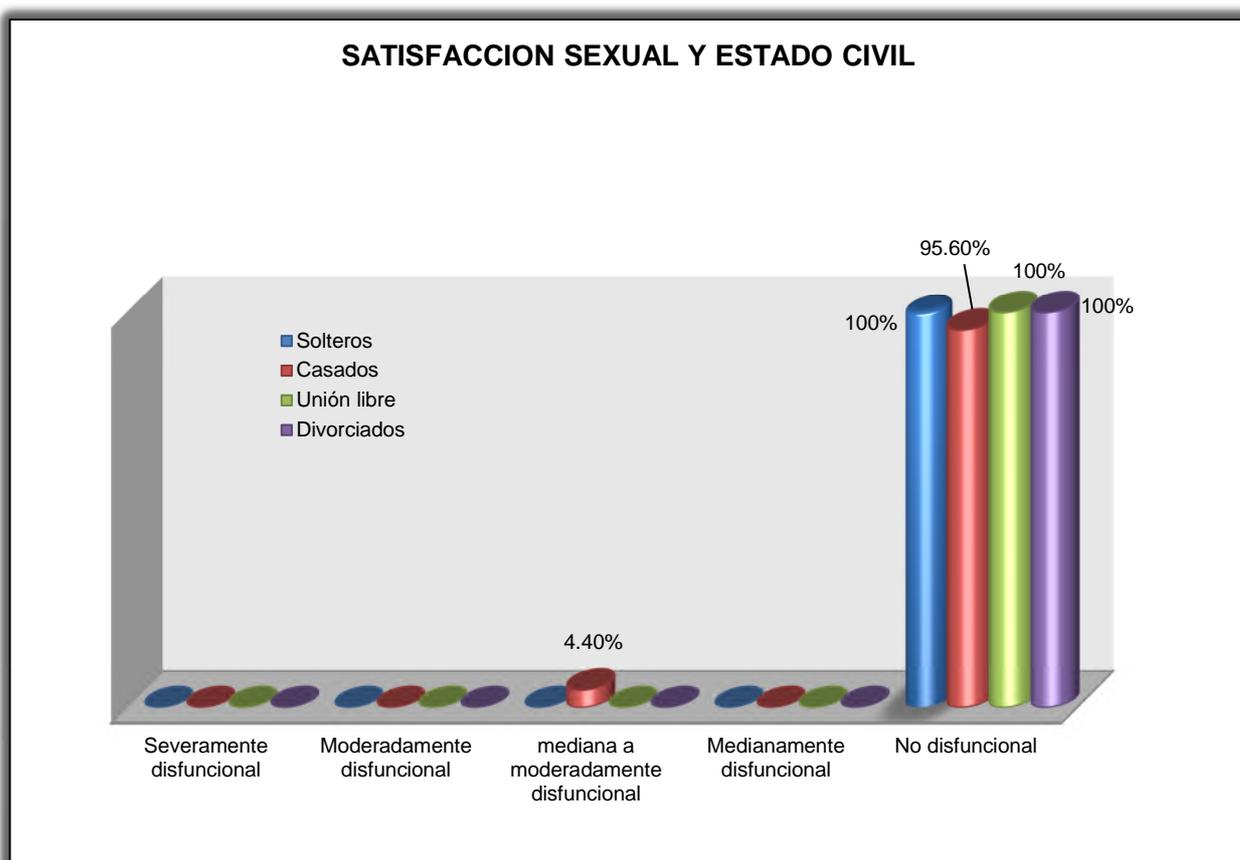


CUADRO 11. SATISFACCIÓN SEXUAL Y ESTADO CIVIL

Tabla 11. Satisfacción y estado civil

SATISFACCIÓN	SEXUAL Y		ESTADO CIVIL									
	Severamente disfuncional		Moderadamente disfuncional		Mediana a moderadamente disfuncional		Medianamente disfuncional		No disfuncional		Total	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%
Solteros	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	2	100%	2	100%
Casados	0	0%	0	0%	3	4.4%	0	0%	65	95.6%	68	100%
Unión libre	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	7	100%	7	100%
Divorciados	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	100%	1	100%

Gráfica 11. Satisfacción y estado civil

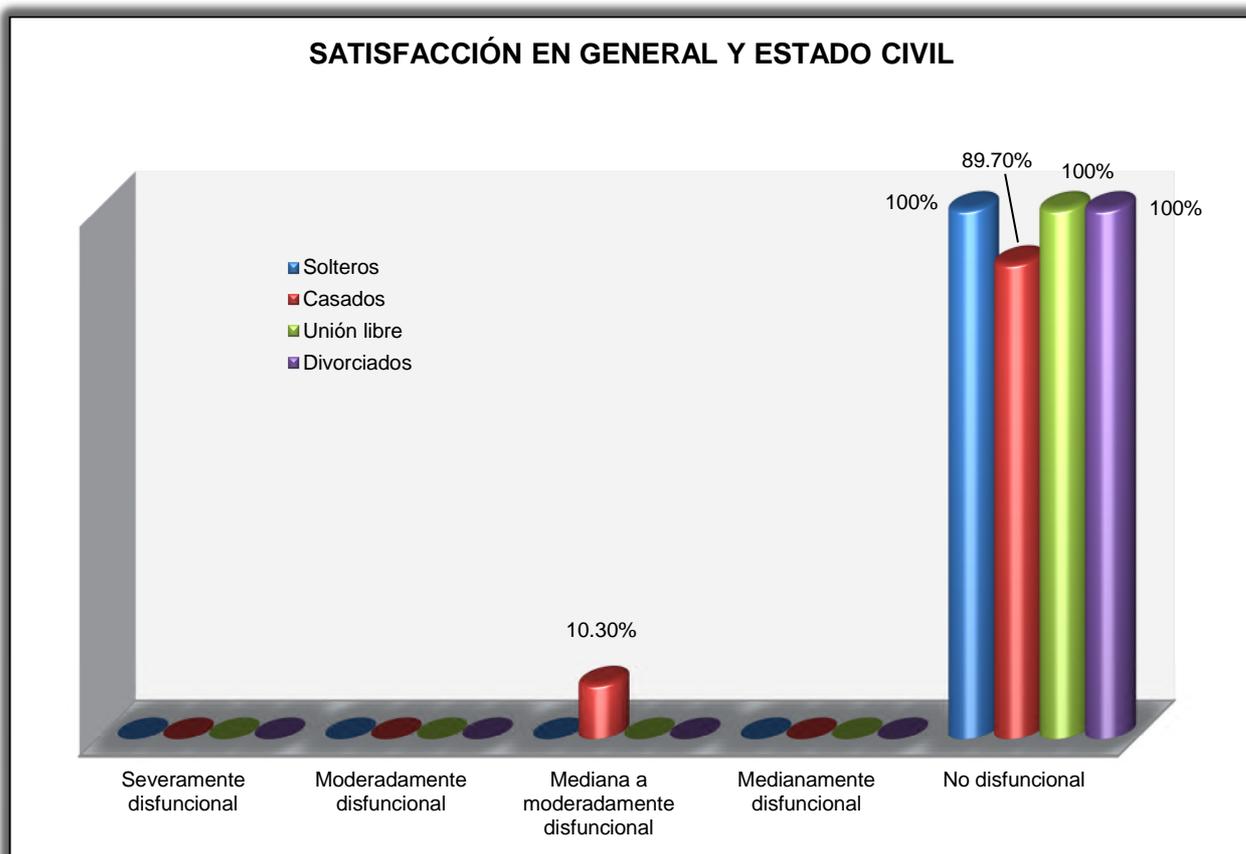


CUADRO 12. SATISFACCIÓN EN GENERAL Y ESTADO CIVIL

Tabla 12. Satisfacción en general y estado civil

SATISFACCIÓN	GENERAL Y		ESTADO CIVIL									
	Severamente disfuncional		Moderadamente disfuncional		Mediana a moderadamente disfuncional		Medianamente disfuncional		No disfuncional		Total	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%
Solteros	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	2	100%	2	100%
Casados	0	0%	0	0%	7	10.3%	0	0%	61	89.7%	68	100%
Unión libre	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	7	100%	7	100%
Divorciados	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	100%	1	100%

Gráfica 12. Satisfacción en general y estado civil

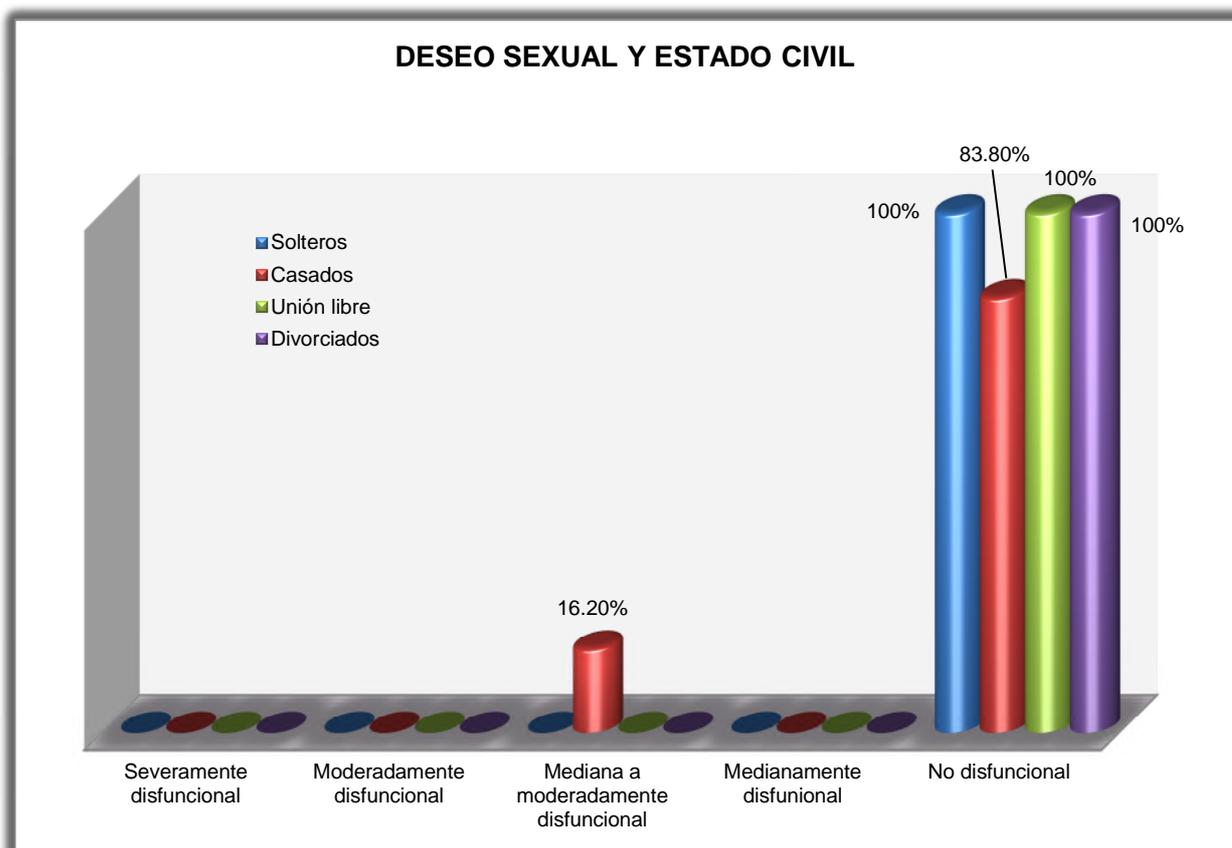


CUADRO 13. DESEO SEXUAL Y ESTADO CIVIL

Tabla 13. Deseo sexual y estado civil

DESEO SEXUAL	Y		ESTADO CIVIL		Mediana a moderadamente disfuncional		Medianamente disfuncional		No disfuncional		Total	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%
Solteros	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	2	100%	2	100%
Casados	0	0%	0	0%	11	16.2%	0	0%	57	83.8%	68	100%
Unión libre	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	7	100%	7	100%
Divorciados	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	100%	1	100%

Gráfica 13. Deseo sexual y estado civil

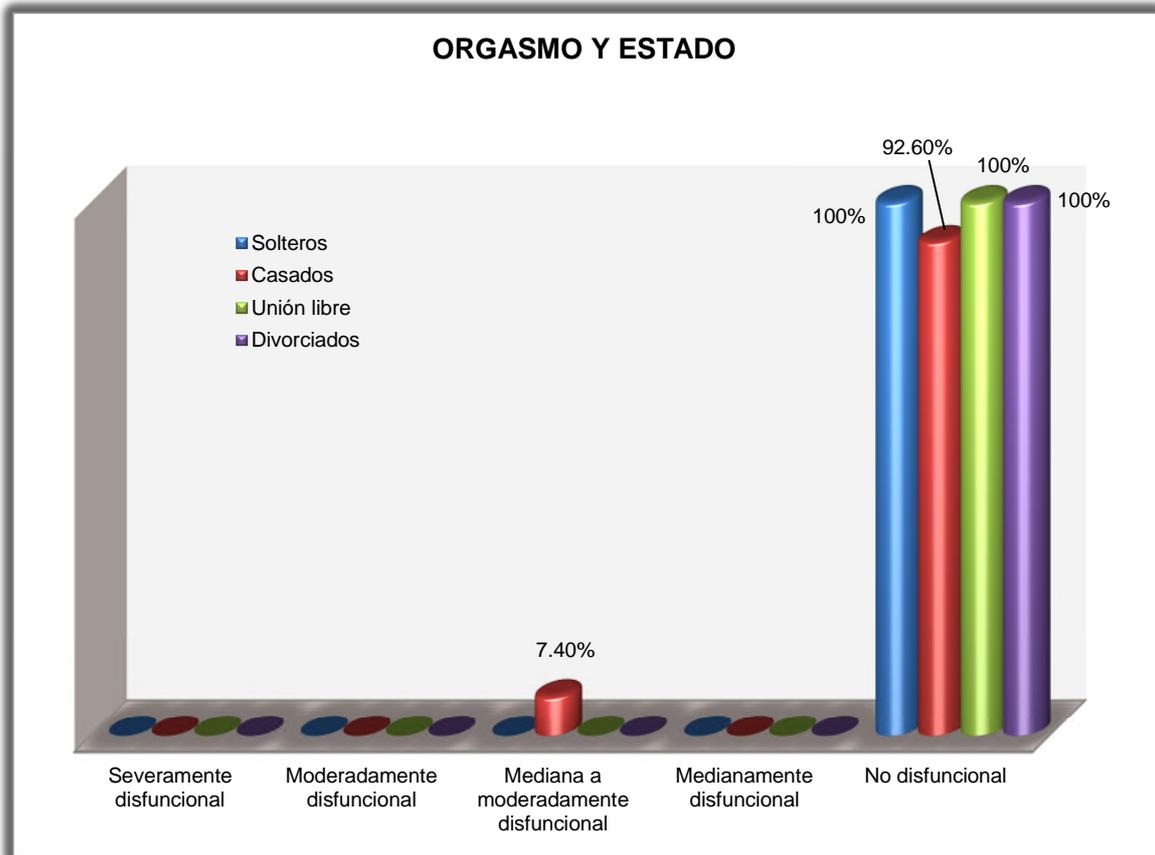


CUADRO 14. ORGASMO Y ESTADO CIVIL

Tabla 14. Orgasmo y estado civil

	ORGASMO Y				ESTADO CIVIL							
	Severamente disfuncional		Moderadamente disfuncional		Mediana a moderadamente disfuncional		Medianamente disfuncional		No disfuncional		Total	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%
Solteros	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	2	100%	2	100%
Casados	0	0%	0	0%	5	7.4%	0	0%	63	92.6%	68	100%
Unión libre	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	7	100%	7	100%
Divorciados	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	100%	1	100%

Gráfica 14. Orgasmo y estado civil

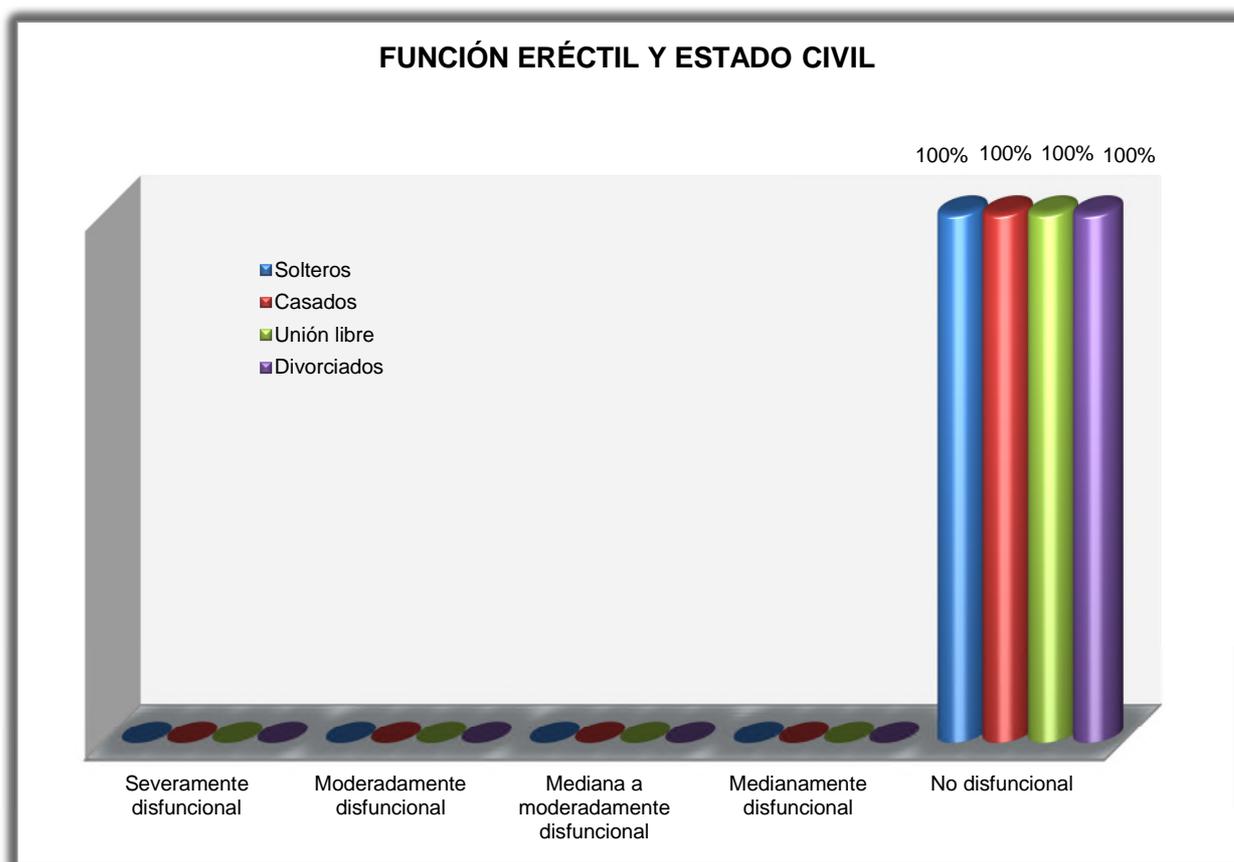


CUADRO 15. FUNCIÓN ERÉCTIL Y ESTADO CIVIL

Tabla 15. Función eréctil y estado civil

FUNCIÓN	ERÉCTIL		ESTADO CIVIL				No disfuncional		Total			
	Severamente disfuncional	Moderadamente disfuncional	Mediana a moderadamente disfuncional	Medianamente disfuncional	Frec	%	Frec	%	Frec	%		
Solteros	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	2	100%	2	100%
Casados	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	68	100%	68	100%
Unión libre	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	7	100%	7	100%
Divorciados	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	100%	1	100%

Gráfica 15. Función eréctil y estado civil

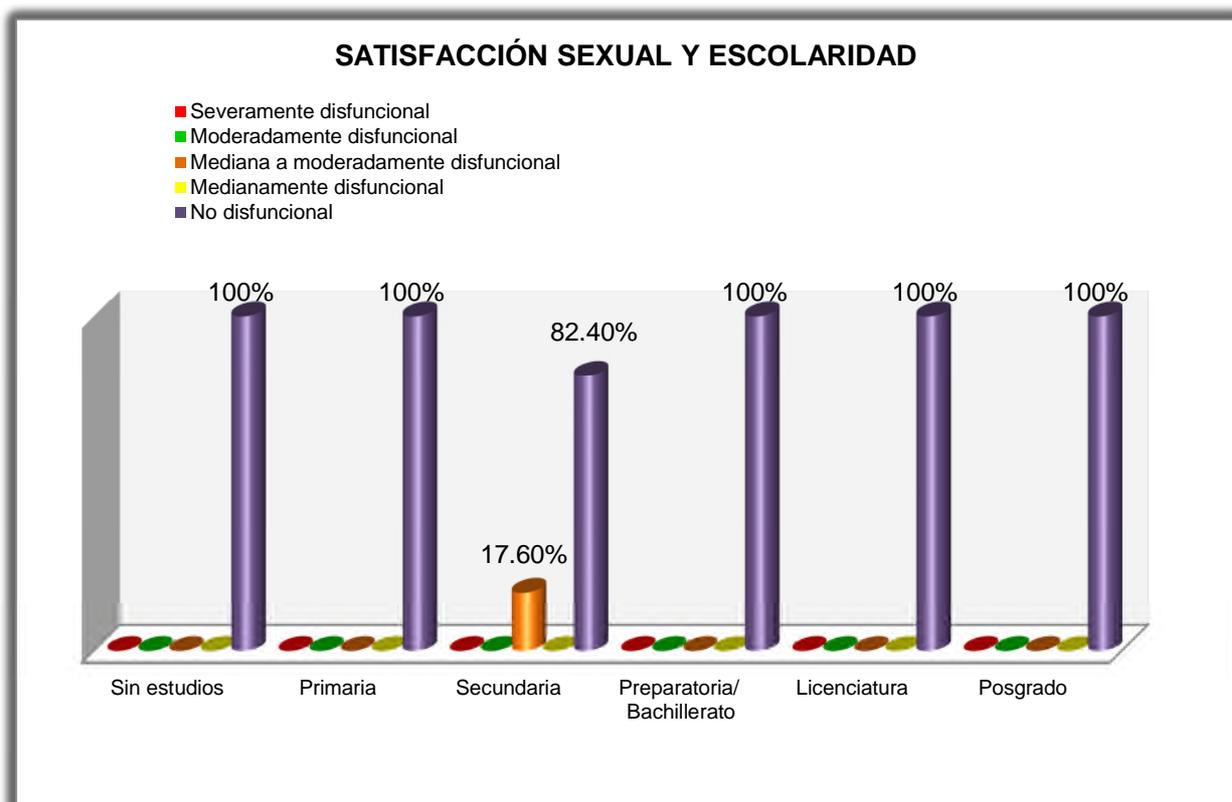


CUADRO 16. SATISFACCIÓN SEXUAL Y ESCOLARIDAD

Tabla 16. Satisfacción sexual y escolaridad

SATISFACCIÓN	SEXUAL		Y		ESCOLARIDAD							
	Severamente disfuncional		Moderadamente disfuncional		Mediana a moderadamente disfuncional		Medianamente disfuncional		No disfuncional		Total	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%
Sin estudios	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	100%	1	100%
Primaria	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	3	100%	3	100%
Secundaria	0	0%	0	0%	3	17.6%	0	0%	14	82.4%	17	100%
Preparatoria/ Bachillerato	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	19	100%	19	100%
Licenciatura	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	36	100%	36	100%
Posgrado	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	2	100%	2	100%

Gráfica 16. Satisfacción sexual y escolaridad

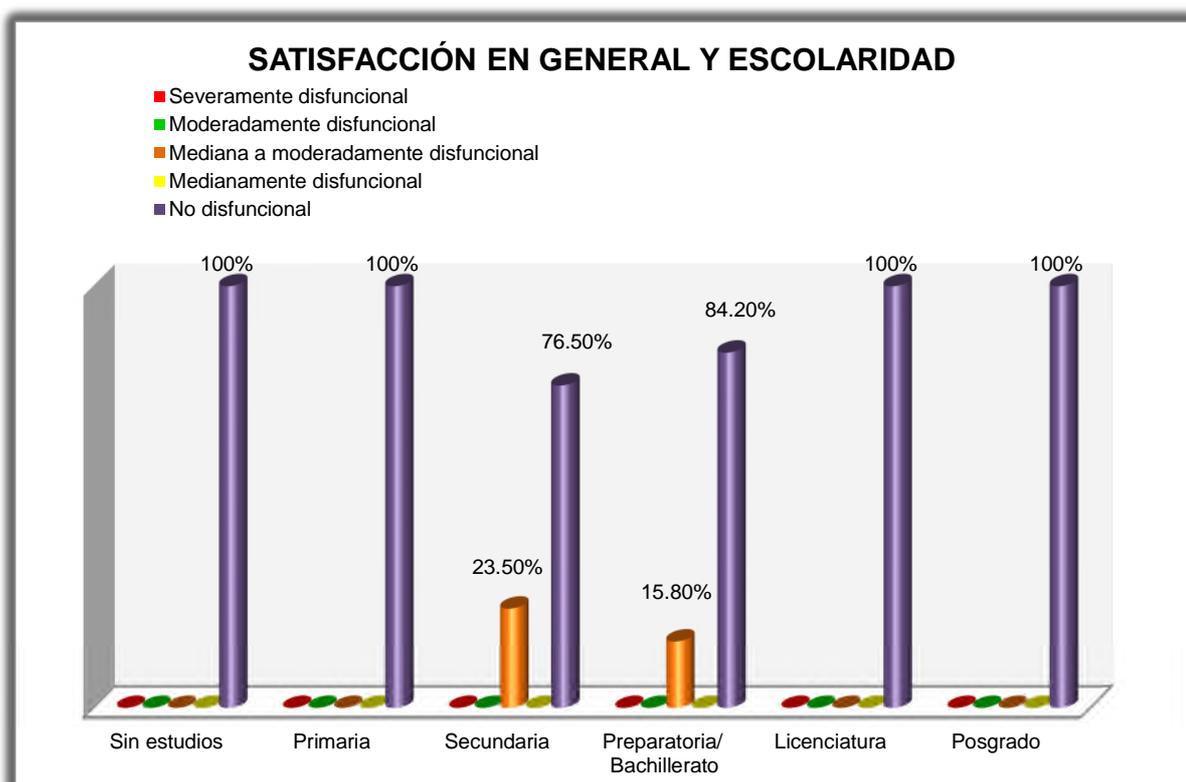


CUADRO 17. SATISFACCIÓN EN GENERAL Y ESCOLARIDAD

Tabla 17. Satisfacción en general y escolaridad

SATISFACCIÓN	GENERAL		Y		ESCOLARIDAD							
	Severamente disfuncional		Moderadamente disfuncional		Mediana a moderadamente disfuncional		Medianamente disfuncional		No disfuncional		Total	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%
Sin estudios	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	100%	1	100%
Primaria	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	3	100%	3	100%
Secundaria	0	0%	0	0%	4	23.5%	0	0%	13	76.5%	17	100%
Preparatoria/ Bachillerato	0	0%	0	0%	3	15.8%	0	0%	16	84.2%	19	100%
Licenciatura	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	36	100%	36	100%
Posgrado	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	2	100%	2	100%

Gráfica 17. Satisfacción en general y escolaridad

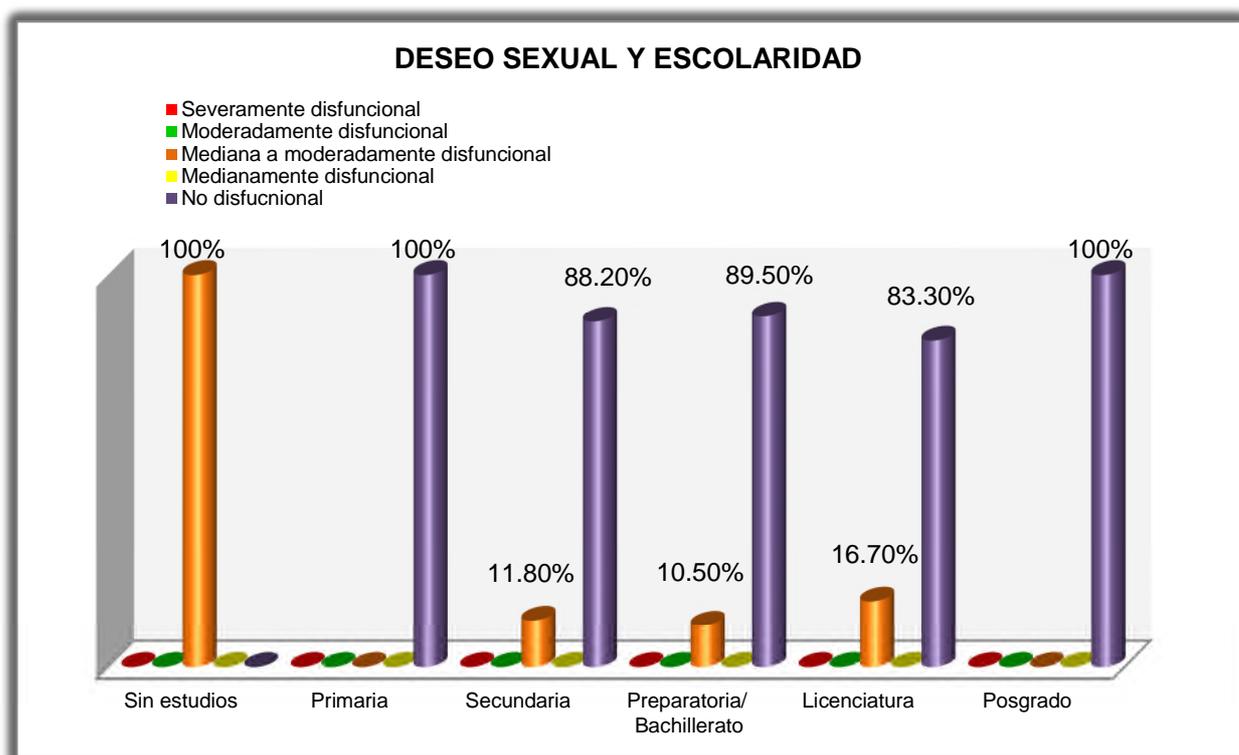


CUADRO 18. DESEO SEXUAL Y ESCOLARIDAD

Tabla 18. Deseo sexual y escolaridad

DESEO	SEXUAL Y		ESCOLARIDAD								Total	
	Severamente disfuncional		Moderadamente disfuncional		Mediana a moderadamente disfuncional		Medianamente disfuncional		No disfuncional		Frec	%
	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%
Sin estudios	0	0%	0	0%	1	100%	0	0%	0	0%	1	100%
Primaria	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	3	100%	3	100%
Secundaria	0	0%	0	0%	2	11.8%	0	0%	15	88.2%	17	100%
Preparatoria/ Bachillerato	0	0%	0	0%	2	10.5%	0	0%	17	89.5%	19	100%
Licenciatura	0	0%	0	0%	6	16.7%	0	0%	30	83.3%	36	100%
Posgrado	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	2	100%	2	100%

Gráfica 18. Deseo sexual y escolaridad

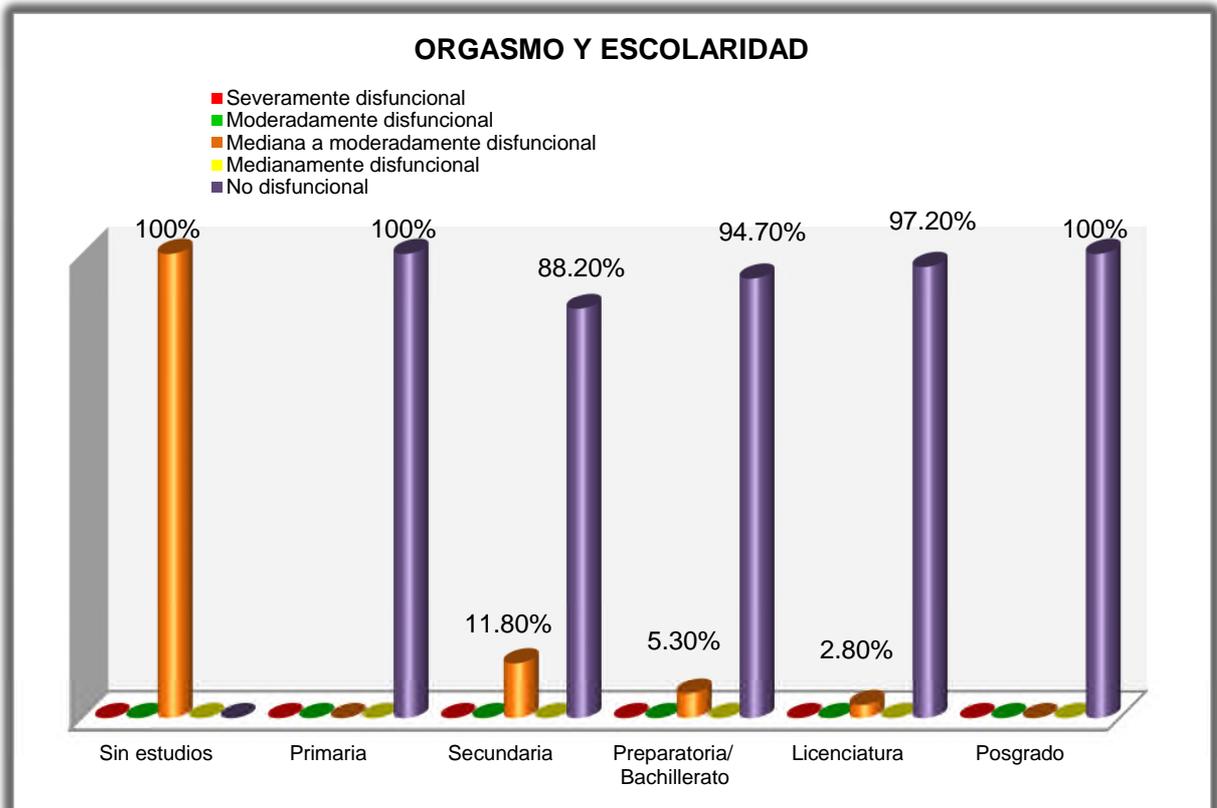


CUADRO 19. ORGASMO Y ESCOLARIDAD

Tabla 19. Orgasmo y escolaridad

ORGASMO Y ESCOLARIDAD	ESCOLARIDAD											
	Severamente disfuncional		Moderadamente disfuncional		Mediana a moderadamente disfuncional		Medianamente disfuncional		No disfuncional		Total	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%
Sin estudios	0	0%	0	0%	1	100%	0	0%	0	0%	1	100%
Primaria	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	3	100%	3	100%
Secundaria	0	0%	0	0%	2	11.8%	0	0%	15	88.2%	17	100%
Preparatoria/ Bachillerato	0	0%	0	0%	1	5.3%	0	0%	18	94.7%	19	100%
Licenciatura	0	0%	0	0%	1	2.8%	0	0%	35	97.2%	36	100%
Posgrado	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	2	100%	2	100%

Gráfica 19. Orgasmo y escolaridad

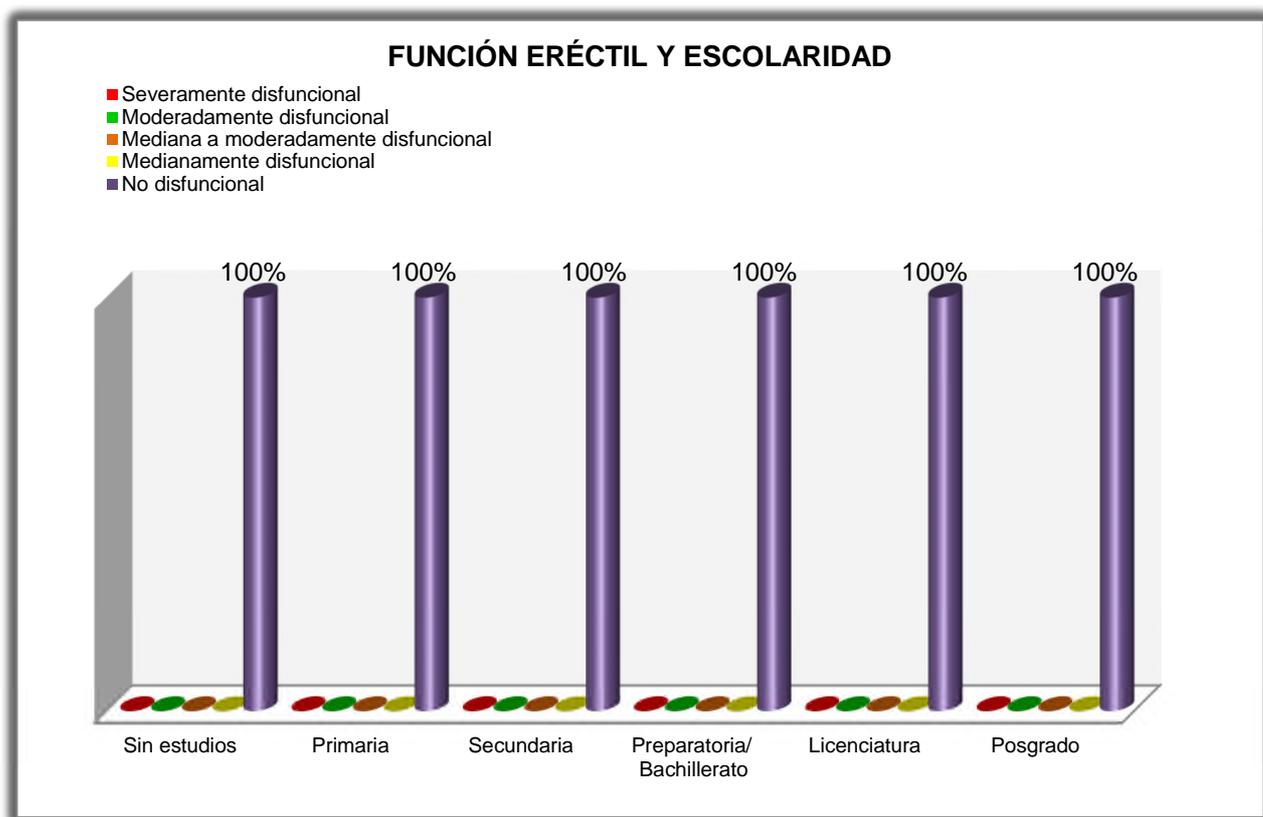


CUADRO 20. FUNCIÓN ERÉCTIL Y ESCOLARIDAD

Tabla 20. Función eréctil y escolaridad

FUNCIÓN	ERÉCTIL Y		ESCOLARIDAD									
	Severamente disfuncional		Moderadamente disfuncional		Mediana a moderadamente disfuncional		Medianamente disfuncional		No disfuncional		Total	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%
Sin estudios	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	100%	1	100%
Primaria	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	3	100%	3	100%
Secundaria	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	17	100%	17	100%
Preparatoria/ Bachillerato	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	19	100%	19	100%
Licenciatura	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	36	100%	36	100%
Posgrado	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	2	100%	2	100%

Gráfica 20. Función eréctil y escolaridad

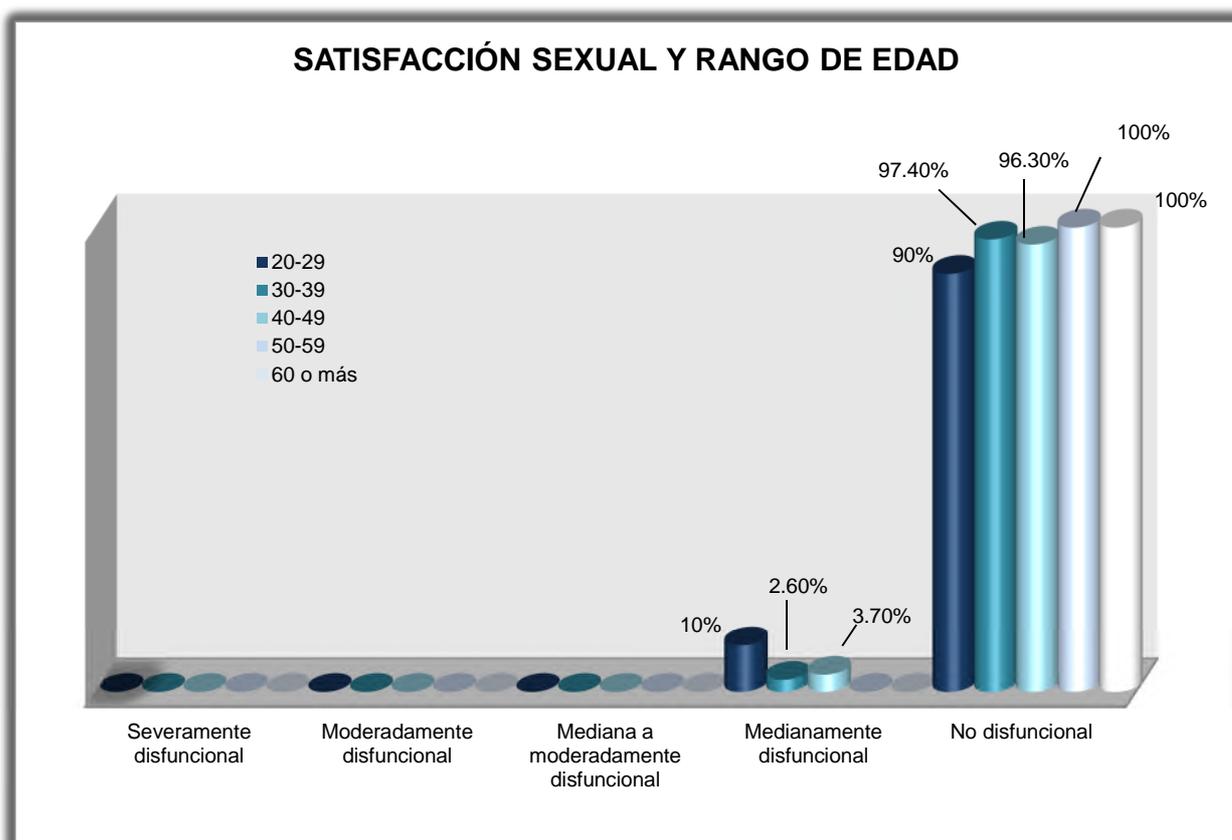


CUADRO 21. SATISFACCIÓN SEXUAL Y RANGO DE EDAD

Tabla 21. Satisfacción sexual y rango de edad

SATISFACCIÓN	SEXUAL Y		RANGO DE EDAD									
	Severamente disfuncional		Moderadamente disfuncional		Mediana a moderadamente disfuncional		Medianamente disfuncional		No disfuncional		Total	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%
20-29	0	0%	0	0%	0	0%	1	10%	9	90%	10	100%
30-39	0	0%	0	0%	0	0%	1	2.6%	37	97.4%	38	100%
40-49	0	0%	0	0%	0	0%	1	3.7%	26	96.3%	27	100%
50-59	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	2	100%	2	100%
60 o más	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	100%	1	100%

Gráfica 21. Satisfacción sexual y rango de edad

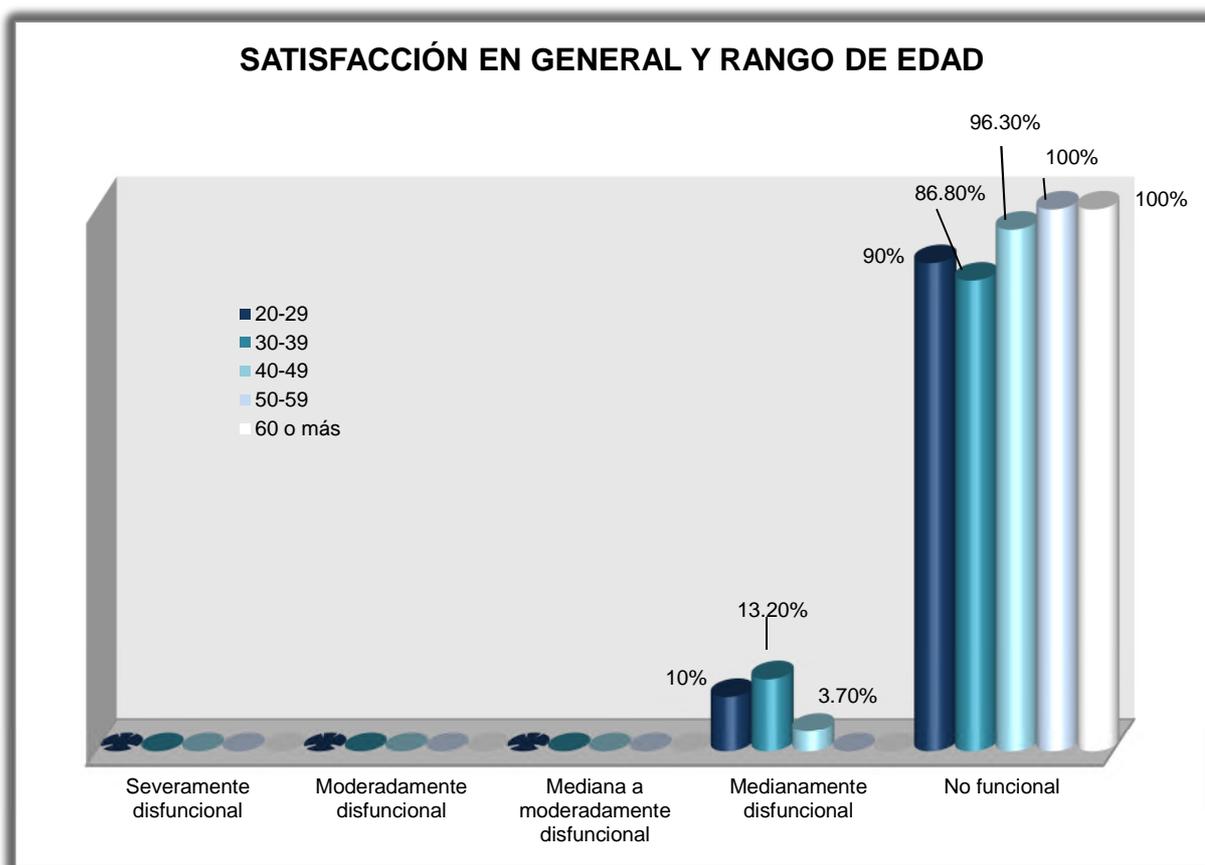


CUADRO 22. SATISFACCIÓN EN GENERAL Y RANGO DE EDAD

Tabla 22. Satisfacción en general y rango de edad

SATISFACCION	EN GENERAL		Y RANGO DE EDAD									
	Severamente disfuncional		Moderadamente disfuncional		Mediana a moderadamente disfuncional		Medianamente disfuncional		No disfuncional		Total	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%
20-29	0	0%	0	0%	0	0%	1	10%	9	90%	10	100%
30-39	0	0%	0	0%	0	0%	5	13.2%	33	86.8%	38	100%
40-49	0	0%	0	0%	0	0%	1	3.7%	26	96.3%	27	100%
50-59	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	2	100%	2	100%
60 o más	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	100%	1	100%

Gráfica 22. Satisfacción en general y rango de edad

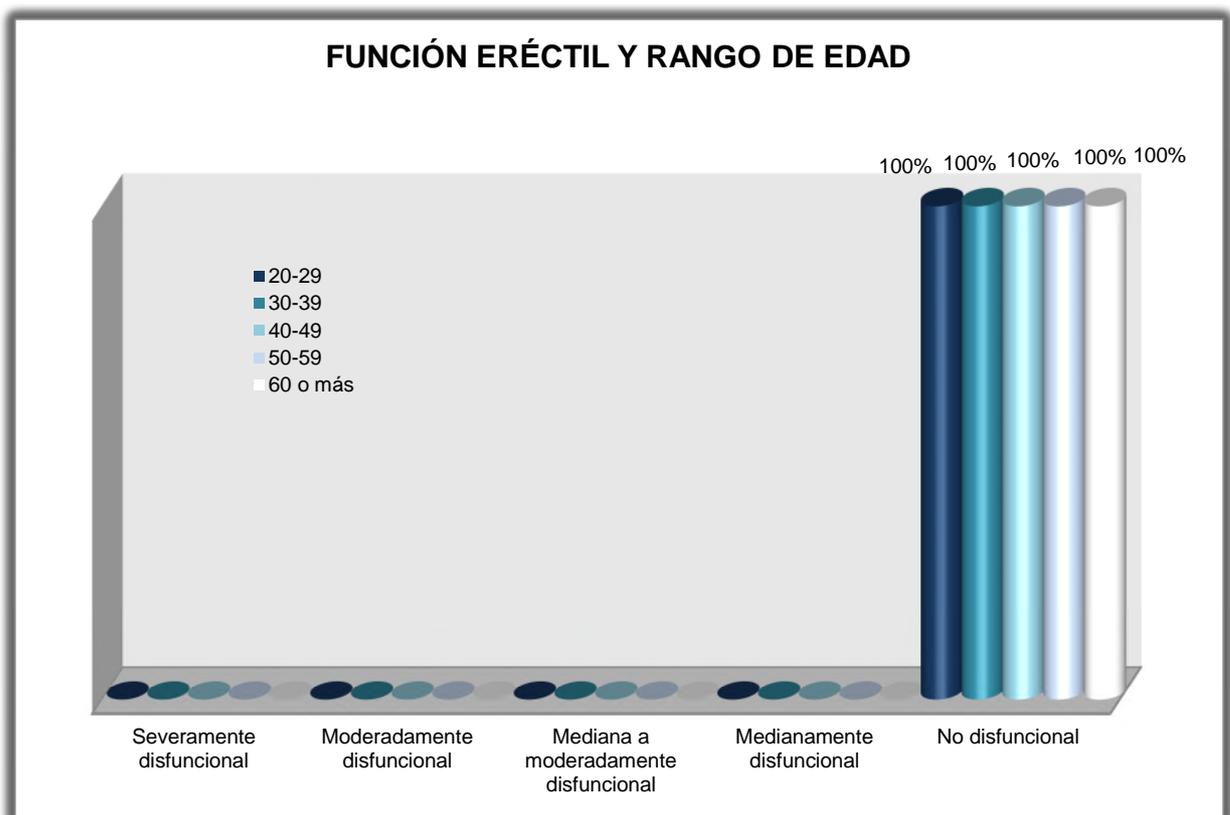


CUADRO 23. FUNCIÓN ERÉCTIL Y RANGO DE EDAD

Tabla 23. Función eréctil y rango de edad

FUNCIÓN	ÉRÉCTIL Y		RANGO DE		EDAD							
	Severamente disfuncional		Moderadamente disfuncional		Mediana a moderadamente disfuncional		Medianamente disfuncional		No disfuncional		Total	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%
20-29	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	10	100%	10	100%
30-39	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	38	100%	38	100%
40-49	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	27	100%	27	100%
50-59	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	2	100%	2	100%
60 o más	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	100%	1	100%

Gráfica 23. Función eréctil y rango de edad

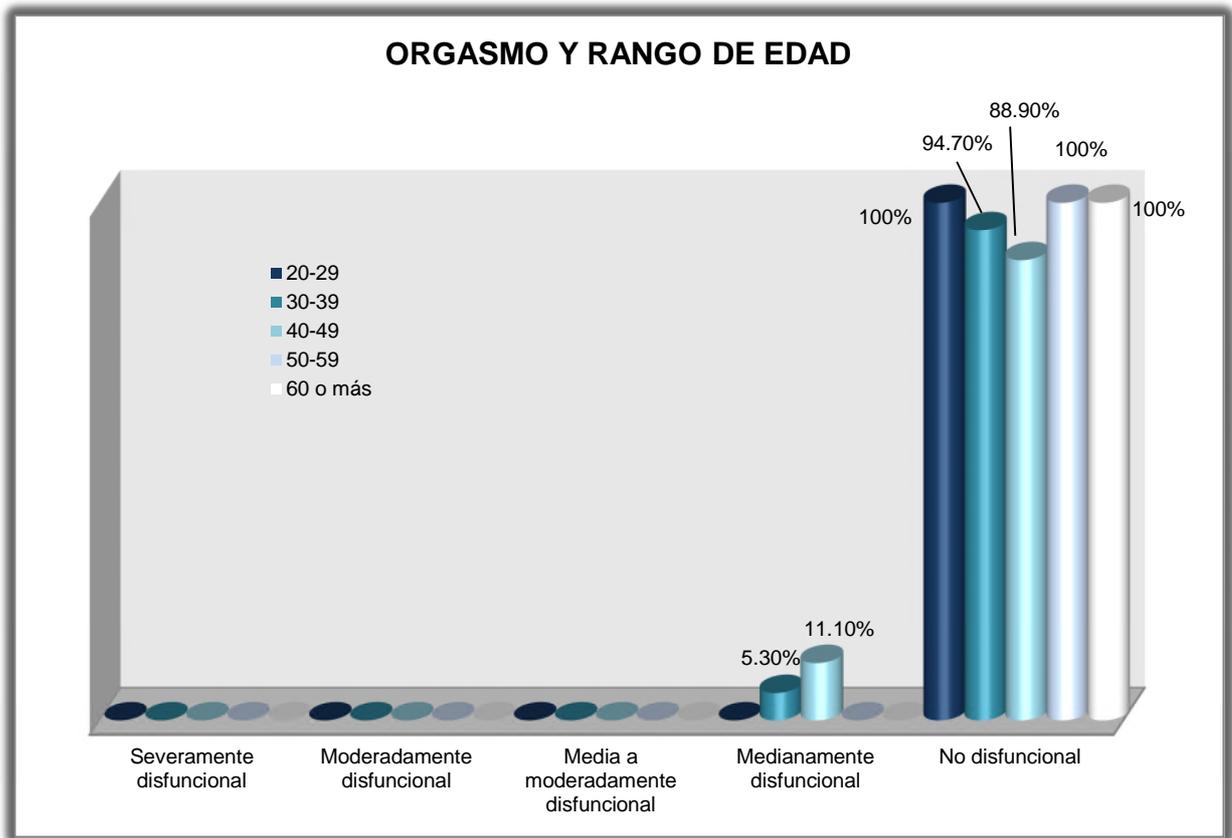


CUADRO 24. ORGASMO Y RANGO DE EDAD

Tabla 24. Orgasmo y rango de edad

ORGASMO Y	RANGO DE		EDAD									
	Severamente disfuncional		Moderadamente disfuncional		Mediana a moderadamente disfuncional		Medianamente disfuncional		No disfuncional		Total	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%
20-29	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	10	100%	10	100%
30-39	0	0%	0	0%	0	0%	2	5.3%	36	94.7%	38	100%
40-49	0	0%	0	0%	0	0%	3	11.1%	24	88.9%	27	100%
50-59	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	2	100%	2	100%
60 o más	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	100%	1	100%

Gráfica 24. Orgasmo y rango de edad

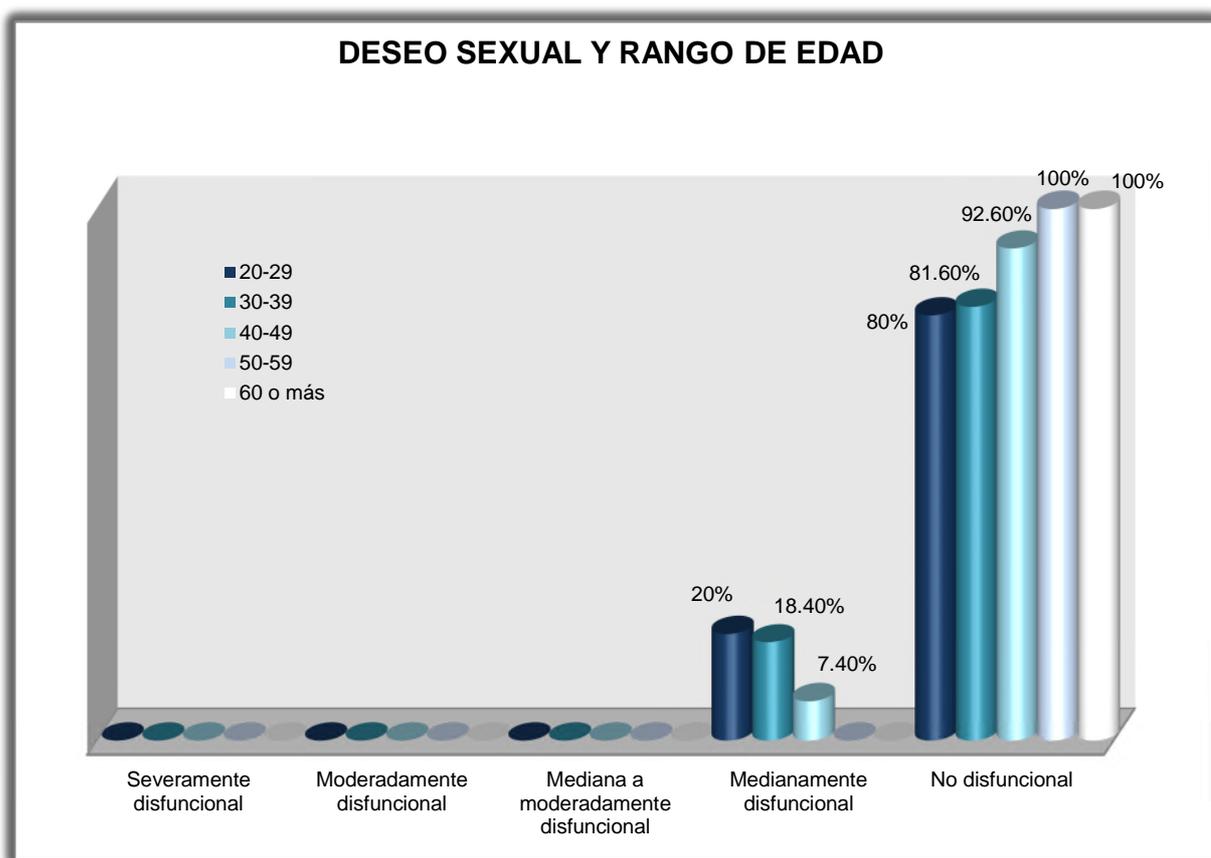


CUADRO 25. DESEO SEXUAL Y RANGO DE EDAD

Tabla 25. Deseo sexual y rango de edad

DESEO SEXUAL	Y RANGO DE		EDAD									
	Severamente disfuncional		Moderadamente disfuncional		Mediana a moderadamente disfuncional		Medianamente disfuncional		No disfuncional		Total	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%
20-29	0	0%	0	0%	0	0%	2	20%	8	80%	10	100%
30-39	0	0%	0	0%	0	0%	7	18.4%	31	81.6%	38	100%
40-49	0	0%	0	0%	0	0%	2	7.4%	25	92.6%	27	100%
50-59	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	2	100%	2	100%
60 o más	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	100%	1	100%

Gráfica 25. Deseo sexual y rango de edad



DISCUSIONES

Según Bertero et al. (2005), en el estudio de satisfacción sexual en pacientes posoperados de vasectomía, reporta que el 87.52% de los pacientes presentaron una satisfacción sexual funcional, usando el IIFE-15, cifra semejante a lo encontrado en la presente investigación en la que el 96.2% de los pacientes presentaron una satisfacción sexual funcional, se observa que nuestro porcentaje se incrementó, lo que probablemente se deba a que en la actualidad hay mayor información acerca de la vasectomía, y se han ido descartando ciertos mitos que existen a su alrededor.

En relación a la edad del paciente aceptante de vasectomía, Lara Ricalde et al. (2010) en su estudio "El perfil aceptante de vasectomía", reporto una media en cuanto a la edad la cual fue de 36.5 años, y lo encontrado en este estudio fue de 37.5 años lo cual coincide, ya que es la edad promedio en que los pacientes tienen una paternidad satisfecha.

En cuanto al número de hijos, Córdoba Basulto et al. (2011) realizaron un estudio llamado "Vasectomía: reseña de 25 años", e identificaron que el promedio fue de 2 hijos, mientras que en esta investigación se encontró que fue de 2.12 hijos, lo que concuerda con nuestros resultados, y se debe a que con más frecuencia las familias tienen un mejor control en la natalidad.

Untiveros Mayorga en el 2004, en la investigación llamada "Complicaciones a largo plazo de la vasectomía" reporto que el 82% de lo aceptantes eran casados, mientras que en nuestros resultados se observó que predominaron los casados en un 87.2%, lo cual es similar a lo reportado en la literatura.

Por otra parte, Prieto Díaz et al. (2004), en su estudio "Vasectomía sin bisturí, experiencia de 10 años" nos hablan de que el nivel de estudios encontrado fue de un 35.7% para licenciatura y lo identificado en el nuestro fue del 46.2%, estas variantes en el resultado se debieron a que nuestro estudio se aplicó a la población que acudió al HGZ/UMF No 8, un hospital de segundo nivel ubicado en el DF, donde la población tiene mayor acceso a la educación comparado con la población que acude al HGZ 1 en el estado de Colima.

En el estudio “Complicaciones de la vasectomía sin bisturí, en un consultorio de medicina familiar”, realizado por De la Fuente et al en el año 2010, reportó que solo el 28% de la población estudiada presentó dolor leve y lo identificado en nuestro estudio fue de un 35.9%, estos resultados fueron semejantes ya que las complicaciones posteriores a la vasectomía son mínimas debido a la efectividad del procedimiento.

Según lo descrito por Velázquez Ramírez et al. (2010), el 83.9% de los pacientes refirieron no disponer de seguridad social, el 10.8% pertenecían al IMSS y el 5.3% a otra institución, en comparación con nuestro estudio que reportó que el 53.8% no tuvieron seguridad social y el 46.2% pertenecían al IMSS. Los resultados muestran diferencias importantes ya que nuestro estudio se realizó dentro del Instituto Mexicano del Seguro Social en el cual el programa de planificación familiar se encuentra abierto a todo público, por lo que la población que acude a realizarse dicho procedimiento fue diversa.

No se encontraron estudios en la literatura que comparen la satisfacción sexual con el estado civil, por lo que es importante mencionar que en esta investigación el 4.4% de los pacientes casados reportaron moderada disfunción, esto probablemente se relacione con los años de convivencia en pareja ya que muchas veces caen en la monotonía y no experimentan variaciones en cuanto a la actividad sexual.

Esta investigación tuvo limitaciones pues solo se centro en los pacientes que acudieron al HGZ/UMF No. 8, además de que la población estudiada fue muy pequeña ya que un alto porcentaje de los pacientes no cumplió con los criterios para su inclusión, debido a que proporcionaron mal ciertos datos, como su número telefónico, por lo que tuvieron que ser eliminados del estudio.

Con los resultados obtenidos se tiene un mayor panorama acerca de los cambios que se pueden presentar posteriores a la vasectomía, por lo que como médicos familiares en la práctica clínica podemos recomendarla ampliamente, con el objetivo de lograr una mayor participación del hombre en cuanto a la planificación familiar y a la aceptación de la realización de este método. Así como fomentar la participación de los derechohabientes del IMSS, brindándoles mayor información y realizando campañas que motiven a los hombres a realizarse dicho procedimiento.

En la actualidad es una técnica que no requiere de un médico especialista en urología o ginecología para su realización, ya que nosotros como médicos familiares debido a nuestro perfil asistencial y administrativo tenemos la capacidad de estar a cargo de un servicio como planificación familiar y realizar dicho procedimiento desde un primer nivel de atención.

CONCLUSIONES

Al evaluar la satisfacción sexual en los pacientes posoperados de vasectomía en el HGZ/UMF No. 8, se identificó que los pacientes presentaron una satisfacción sexual funcional en un 96.2%.

Con los resultados obtenidos se pudo comprobar la hipótesis nula y se descartó la hipótesis alterna, concluyéndose que los pacientes posoperados de vasectomía no presentan cambios en cuanto a la satisfacción sexual.

En cuanto a las características de los pacientes se encontró que la edad promedio fue 37.5 años, 87.2% eran casados, con un promedio de 2.12 hijos, un nivel escolar de licenciatura en un 46.2%, el 35.9% presentaron dolor leve posterior al procedimiento, y en un 53.8% predominaron los pacientes no derechohabientes del IMSS.

Pudimos encontrar que los casados presentan un 4.4% de disfunción en relación a la satisfacción sexual.

Por lo antes mencionado se concluye que la vasectomía no mostró tener influencia negativa en ninguno de los dominios estudiados, sin embargo los resultados obtenidos en este estudio no pueden ser aplicables al resto de la población, a pesar de las similitudes con la literatura, ya que la muestra estudiada fue pequeña.

Esta investigación podría obtener mejores resultados con un estudio multicéntrico, si se realizara en una población más amplia y durante un periodo de tiempo mayor.

Considero que sería importante estudiar la percepción de la satisfacción sexual de la mujer, en la cual su pareja ha sido operada de vasectomía, ya que sería interesante conocer como cada individuo dentro de la pareja percibe la satisfacción sexual.

Otro estudio que se podría efectuar sería la percepción del hombre antes y después del procedimiento, ya que conociendo la satisfacción previa podemos orientarnos de una mejor manera para evaluar si existen cambios posteriores positivos o negativos secundarios a la vasectomía.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Salguero V. Identidad, responsabilidad familiar y ejercicio de la paternidad en varones del Estado de México. Papeles de Población. Abril-junio 2006; (48): 155-179.
2. De la Fuente R, Bernal A. Complicaciones de la vasectomía sin bisturí en un consultorio de Medicina Familiar. Archivos en Medicina Familiar (México); Abril-Junio 2010; Vol. 12 Núm. 2: 43-49.
3. INEGI. Estadísticas demográficas. Capítulo XI: Fecundidad, 2006.
4. Lara-Ricalde R, Velázquez N. Vasectomía sin bisturí: Perfil del usuario y resultados. Ginecol Obstet. (México). 2010; 78 (4): 226-231.
5. Prieto D, Méndez C. Vasectomía sin bisturí: Experiencia de 10 años. Rev Med IMSS (México). 2004; 42(4): 337-341.
6. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva; Actualización en Vasectomía; Secretaría de Salud; Octubre 2007; 1-58.
7. Córdoba D, Sapién J. Vasectomía: reseña de 25 años en el Centro de Cirugía Ambulatoria del ISSSTE. Revista de especialidades Médico-quirúrgicas (México). 2011; 16(1): 33-38.
8. Fernández de Kirchner C. Anticoncepción quirúrgica en varones: Vasectomía. Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (México). Mayo 2008; 1-28.
9. Vasectomía sin bisturí.
<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/vasindex.htm6/21/2007;>
10. Córdoba D, Valdepeña R, Sapién J, Salguero A. Recomendaciones sobre esterilización voluntaria que hacen los hombres con vasectomía sin bisturí. Rev Esp Med Quir. 2008; 13(4): 167-172.
11. Meacham B. Critería for determining that a vasectomy has succeeded. J Androl 2003; 24(4): 494-495.
12. Romero P, Merenciano F, Rafie W, Amat C, Martínez M. La vasectomía: estudio de 300 intervenciones, revisión de la literatura nacional y de sus complicaciones. Actas Urológicas de España (Madrid). Marzo 2004. 28(3): 175-214.
13. Cepvi.com. Psicología evolutiva: las etapas del desarrollo. Disponible en: <http://www.cepvi.com>

14. Rajmil O, Fernández M, Rojas-Cruz C, Sevilla C, Musquera M, Ruiz-Castañeda E. La azoospermia no debería ofrecerse como resultado de la vasectomía. Arch Esp Urol. 2007; 60(1): 55-58.
15. Untiveros C, Mauricio J. Consecuencia a largo plazo de la vasectomía, en varones operados en el Hospital Nacional Cayetano Heredia. Rev Med Hered. 2004; 15(3): 131-135.
16. Schwingl P, Guess H. Safety and effectiveness of vasectomy. Fertil Steril. 2000; 73: 923-936.
17. Córdoba D, Mercado T. Opiniones y experiencias de la vida sexual de mujeres con parejas con vasectomía. Revista de Especialidades Médico- Quirúrgicas. 2010; 15(3): 144-151.
18. Ortiz M, Gómez J. Apego y satisfacción afectivo-sexual en la pareja. Psicotema. 2002; Vol. 14, No 2: 469-2475.
19. Valdés MP, Sapién J. Significado de satisfacción sexual en hombres y mujeres de la zona metropolitana. Psicología y ciencias sociales. Octubre 2003. Vol. 6 núm. 0001: 34-48.
20. Palomares L. Respuesta Sexual humana. Sexología org (Madrid). Octubre 2009. 235-254.
21. Mas M. Fisiología de la Respuesta Sexual. Fisiología Humana. 3ª ed. Madrid: McGraw Hill-Interamericana; 2005. 1134-1146.
22. Campos I, Civera L, Córdoba S. Respuesta Sexual Humana Barcelona; De bolsillo. 4ª ed.; 2005. 1-17.
23. Gutiérrez B. La respuesta sexual humana. AMF. 2010; 6(10): 543-546.
24. Rosen R, Riley A, Wagner G, et al. The International Index of Erectile Function (IIEF): A multidimensional scale for assessment of erectile dysfunction. Urology. 1997; 49: 822-830.
25. Pavía N, Lope M, Vera L. Disfunción eréctil en pacientes con enfermedades crónico degenerativas y metabólicas en una población rural de Yucatán, México. Rev Mex Urol. 2012; 72(5): 240-244.
26. Barroso J, Ugarte y Romano F. Prevalencia de disfunción eréctil en hombre de 18-40 años en México y factores de riesgo asociados. Perinatol Reprod Hum. Octubre-Diciembre 2001; 15(4): 254-261.
27. Arratia J, Cortés González J. Evaluación de la Satisfacción Sexual posterior a la vasectomía. Actas Urológicas Españolas. 2010; 34 (10): 870-873.

ANEXOS

ANEXO 1

FASES FISIOLÓGICAS DE LA RESPUESTA SEXUAL HUMANA			
FASE	ÓRGANOS GENITALES		EXTRAGENITALES
	HOMBRE	MUJER	AMBOS SEXOS
EXITACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> -Erección del pene -Aumento del tamaño y elevación de los testículos -Tumescencia del glande -Secreción mucóide -Secreción prostática y seminal 	<ul style="list-style-type: none"> -Tumescencia del clítoris y labios menores -Lubricación vaginal -Alargamiento de la vagina -Estrechamiento del tercio externo de la vagina -Elevación del clítoris -Secreción de las glándulas parauretrales de Skene 	<ul style="list-style-type: none"> -Erección de los pezones -Aumento de la frecuencia cardíaca -Elevación uterina -Aumento de la respiración -Rubor sexual -Aumento de la areolas mamarias -Aumento del tono muscular
ORGASMO	<ul style="list-style-type: none"> -Contracción de vesículas, próstata y conducto deferente -Contracción de músculo bulbo e isquiocavernoso con salida de líquido seminal -Contracción del esfínter anal 	<ul style="list-style-type: none"> -Contracción uterina -Contracción de la plataforma orgásmica vaginal -Contracción del esfínter anal 	<ul style="list-style-type: none"> -Espasmos musculares -Aumento de la taquicardia -Secreción de oxitocina
RESOLUCIÓN	<ul style="list-style-type: none"> -Involución de la erección -Periodo refractario 	<ul style="list-style-type: none"> -Disminución de la congestión pelviana -Pérdida de la tumescencia del clítoris y labios menores -Puede retornar a la fase orgásmica 	<ul style="list-style-type: none"> -Sudoración -Descenso de la presión arterial -Descenso de la frecuencia cardíaca -Secreción de prolactina

Se trata de un cuestionario auto-administrado que consta de 5 ítems con 5 opciones de respuesta cada una.

INSTRUCCIONES: Por favor marque con una "X" la respuesta que mejor describa su situación en los últimos 6 meses. Es preciso hacer 2 aclaraciones:

- 1) El acto sexual se define como la penetración a la pareja
- 2) La estimulación sexual incluye situaciones como juegos amorosos con una pareja, mirar fotos eróticas, etc.

ANEXO I. INDICE INTERNACIONAL DE LA FUNCIÓN ERÉCTIL (IIFE-15)

1. **¿Con que frecuencia fue usted capaz de lograr una erección durante la actividad sexual?**
 0=no tuvo actividad sexual
 1=casi nunca/nunca
 2=pocas veces (menos de la mitad de las veces)
 3=algunas veces (aproximadamente la mitad de las veces)
 4=la mayoría de las veces (más de la mitad de las veces)
 5=casi siempre/siempre
2. **Cuando usted tuvo una erección con estimulación sexual ¿con qué frecuencia fueron sus erecciones lo suficientemente firme como para lograr la penetración?**
 0=no tuvo actividad sexual
 1=casi nunca/nunca
 2=pocas veces (menos de la mitad de las veces)
 3=algunas veces (aproximadamente la mitad de las veces)
 4=la mayoría de las veces (más de la mitad de las veces)
 5=casi siempre/siempre
3. **Cuando intento tener una relación sexual ¿con qué frecuencia fue usted capaz de penetrar a su pareja?**
 0=no tuvo actividad sexual
 1=casi nunca/nunca
 2=pocas veces (menos de la mitad de las veces)
 3=algunas veces (aproximadamente la mitad de las veces)
 4=la mayoría de las veces (más de la mitad de las veces)
 5=casi siempre/siempre
4. **Durante la relación sexual ¿con qué frecuencia fue usted capaz de mantener su erección después de haber penetrado a su pareja?**
 0=no tuvo actividad sexual
 1=casi nunca/nunca
 2=pocas veces (menos de la mitad de las veces)
 3=algunas veces (aproximadamente la mitad de las veces)
 4=la mayoría de las veces (más de la mitad de las veces)
 5=casi siempre/siempre
5. **Durante la relación sexual ¿cuán difícil fue mantener la erección hasta la finalización de la relación?**
 0=no tuvo actividad sexual
 1=extremadamente difícil
 2=muy difícil
 3=difícil
 4=ligeramente difícil
 5=no fue difícil
6. **¿Cuántas veces ha intentado usted tener una relación sexual?**
 0=no tuvo actividad sexual
 1=1-2 intentos
 2=3-4 intentos
 3=5-6 intentos
 4=7-10 intentos
 5=11 ó más intentos
7. **Cuando intentó tener una relación sexual ¿con qué frecuencia fue esa satisfactoria para usted?**
 0=no tuvo actividad sexual
 1=casi nunca/nunca
 2=pocas veces (menos de la mitad de las veces)
 3=algunas veces (aproximadamente la mitad de las veces)
 4=la mayoría de las veces (más de la mitad de las veces)
 5=casi siempre/siempre

8. ¿Cuánto ha disfrutado usted las relaciones sexuales?
0=no tuvo actividad sexual
1=sin placer
2=casi sin placer
3=moderadamente placentero
4=muy placentero
5=extremadamente placentero
9. Cuando tuvo estimulación sexual o relaciones sexuales ¿con qué frecuencia usted eyaculó?
0=no tuvo actividad sexual
1=casi nunca/nunca
2=pocas veces (menos de la mitad de las veces)
3=algunas veces (aproximadamente la mitad de las veces)
4=la mayoría de las veces (más de la mitad de las veces)
5=casi siempre/siempre
10. Cuando tuvo estimulación sexual o relaciones sexuales ¿con qué frecuencia tuvo usted la sensación de orgasmo y clímax?
0=no tuvo actividad sexual
1=casi nunca/nunca
2=pocas veces (menos de la mitad de las veces)
3=algunas veces (aproximadamente la mitad de las veces)
4=la mayoría de las veces (más de la mitad de las veces)
5=casi siempre/siempre
11. ¿Con que frecuencia ha sentido usted deseo sexual?
0=no tuvo actividad sexual
1=casi nunca/nunca
2=pocas veces (menos de la mitad de las veces)
3=algunas veces (aproximadamente la mitad de las veces)
4=la mayoría de las veces (más de la mitad de las veces)
5=casi siempre/siempre
12. ¿Cómo calificaría usted su nivel deseo sexual?
1=muy bajo/ninguno
2=bajo
3=moderado
4=alto
5=muy alto
13. ¿Cuán satisfecho ha estado usted con su vida sexual en general?
1=muy descontento
2=moderadamente descontento
3=satisfecho y descontento a la vez
4=moderadamente satisfecho
5=muy satisfecho
14. ¿Cuán satisfecho ha estado usted con su relación de pareja a nivel sexual?
1=muy descontento
2=moderadamente descontento
3=satisfecho y descontento a la vez
4=moderadamente satisfecho
5=muy satisfecho
15. ¿Cómo calificaría usted su confianza en poder lograr o mantener una erección?
1=muy bajo/ninguno
2=bajo
3=moderado
4=alto
5=muy alto

Elaboro: Dra. Melissa Candy Garduño Néstor.
Residente Medicina Familiar

HOJA DE DATOS

PROTOCOLO: "Evaluación de la satisfacción sexual en el paciente posoperado de vasectomía en el HGZ/UMF No. 8"

FOLIO: _____

CLINICA: _____ NUMERO AFILIACION: _____ FECHA PROCEDIMIENTO: _____

NOMBRE: _____ EDAD: _____

ESCOLARIDAD: _____ OCUPACIÓN: _____

ESTADO CIVIL: _____ NÚMERO DE HIJOS: _____

ENFERMEDADES: _____

COMPLICACIONES: _____

TELEFONO: _____

Elaboro: Dra. Melissa Candy Garduño Néstor.
Residente Medicina Familiar



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLITICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD**

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(ADULTOS)**

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	"Evaluación de la Satisfacción sexual en pacientes posoperados de vasectomía en el HGZ/UMF No. 8"						
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica						
Lugar y fecha:	México D.F., de Marzo del 2011 a Febrero del 2014						
Número de registro:	En trámite						
Justificación y objetivo del estudio:	La vasectomía es un método de planificación familiar con muchas ventajas pero solo un pequeño porcentaje de la población masculina lo adoptan, y que existen muchos mitos alrededor de este método como si la satisfacción sexual cambia, las relaciones sexuales o el orgasmo o simplemente en cuanto a la identidad sexual. El objetivo es evaluar la satisfacción sexual en los pacientes posoperados de vasectomía en el HGZ/UMF No.8.						
Procedimientos:	Se aplicara el IIFE-15 en pacientes posoperados de vasectomía en el HGZ/UMF No 8						
Posibles riesgos y molestias:	No existen riesgos						
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Conocer la satisfacción sexual posterior a la vasectomía						
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Protocolo descriptivo, no hay intervención de variables, por lo tanto solo se informara en caso de datos relevantes						
Participación o retiro:	Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en el que considere conveniente sin que ello afecte a la atención médica que recibo en el instituto						
Privacidad y confidencialidad:	El investigador principal me ha dado seguridades de que no se me identificara en la presentación o publicaciones que deriven de este estudio y que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados de forma confidencial.						
En caso de colección de material biológico (si aplica):	<table border="1"> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>No autoriza que se tome la muestra.</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/>	No autoriza que se tome la muestra.	<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.	<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.
<input type="checkbox"/>	No autoriza que se tome la muestra.						
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.						
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.						
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	_____						
Beneficios al término del estudio:	_____						
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:							
Investigador Responsable:	<u>Dr. Gilberto Espinoza Anrubio</u>						
Colaboradores:	<u>Dr. Eduardo Vilchis Chaparro / Dr. Hugo Sánchez Martínez</u>						
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx							

_____	_____
Nombre y firma del sujeto	Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento
Testigo 1	Testigo 2
_____	_____
Nombre, dirección, relación y firma	Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio