



UNIVERSIDAD AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA



DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 37

COMPLICACIONES MÁS FRECUENTES EN PACIENTES
VASECTOMIZADOS

TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA
EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

DRA. ANGELINA MORENO SUAREZ

HERMOSILLO SONORA, MEXICO

2006



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.

COMPLICACIONES MÁS FRECUENTES EN PACIENTES
VASECTOMIZADOS

TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA
EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

DRA. ANGELINA MORENO SUAREZ

DR. EFRAÍN LAUTERIO GARCÍA
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA
FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES DEL IMSS

DR. ENRIQUE SABAG GASTELUM
ASESOR METODOLOGICO

DR. MIGUEL ZEMPUAL
ASESOR DE TEMA DE TESIS

DR. JOSE RAMON MORENO DIAZ
COORDINADOR CLINICO DE EDUCACION E INVESTIGACION

HERMOSILLO SONORA

2006

COMPLICACIONES MÁS FRECUENTES EN PACIENTES
VASECTOMIZADOS

TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

DRA. ANGELINA MORENO SUAREZ

DR. MIGUEL ÁNGEL FERNÁNDEZ ORTEGA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
UNAM

DR. FELIPE DE JESÚS GARCÍA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACION
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
UNAM

DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
UNAM

A G R A D E C I M I E N T O S

A Dios

Por ser mi bandera a lo largo de la vida.

A mis hijos

A mi Angelina, mi Carolina, mi Francisco, mi Paola, por enseñarme a usar la computadora, por su paciencia, por permitirme robarles su tiempo y sobre todo por ser mí fuerza.

A ti

A ti que ya no estás, pero eses a quién debo todo.

A mis padres

Los cuáles nunca me dijeron que no se podía.

A mi familia

A mis hermanas que siempre han estado ahí.

A mi maestro

Quién ni un día ha dejado de serlo

A mis amigos y amigas

A ellos que de manera muy particular me dieron su apoyo.

INDICE

<u>TITULO</u>	<u>1</u>
<u>MARCO TEORICO</u>	<u>2</u>
<u>PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</u>	<u>7</u>
<u>JUSTIFICACION</u>	<u>8</u>
<u>OBJETIVOS GENERAL Y ESPECIFICO</u>	<u>9</u>
<u>METODOLOGIA</u>	<u>10</u>
<u>RESULTADOS</u>	<u>26</u>
<u>DISCUSION</u>	<u>27</u>
<u>CONCLUSIONES</u>	<u>28</u>
<u>BIBLIOGRAFIA</u>	<u>29</u>
<u>ANEXOS</u>	<u>31</u>

TITULO DEL ESTUDIO

Complicaciones más frecuentes en pacientes vasectomizados

MARCO TEORICO

A través de los siglos ha existido la necesidad de crear un método ideal para el control de la natalidad, iniciando con los pesarios de excremento de cocodrilo y miel utilizados en el siglo XII en Egipto. Hipócrates utiliza un tubo de plomo para aplicar medicamento in útero para evitar la concepción. Aristóteles intenta legalizar el número de hijos por familia, estando de acuerdo con el aborto. La aplicación de brotes de acacia en vagina para destruir a los espermatozoides En la Guayana Francesa los nativos utilizan vainas de unas frutas que hacen la función de un preservativo.¹

Se han utilizado diversos objetos de artesanías y materiales de todo tipo, como el vidrio el marfil, la madera, el ébano, la plata, el oro y el plomo incrustado en diamantes, los cuales se introducían en vagina con diversos resultados.

No es sino hasta muchos años después que evolucionan diversos métodos anticonceptivos, en que se utiliza la vasectomía sin bisturí por primera vez en China en 1974 con la técnica modificada por el Dr. Li Shun Qiang².

La anticoncepción en México se inició en la década de los sesenta, 13 años antes de que existiera el programa oficial de planificación familiar. En esa década se desarrollaron programas de anticoncepción en seis centros clínicos, tres de medicina privada y tres de la medicina institucional. Cada uno de estos programas tenía diferentes objetivos, así, el primer centro que funcionó fue la Asociación para el Bienestar Familiar, cambiando su nombre posteriormente a Prosalud Materna. Inicia labores en 1960 con fines de planificación familiar

Por lo que se refiere a los métodos anticonceptivos permanentes en el varón, se tuvo un desarrollo lento y fue hasta varios años después, con la introducción de la técnica de vasectomía sin bisturí, cuando ha cobrado un mayor auge contribuyendo a ello los programas de adiestramiento que desarrollaron S. Correu en la SSA y J. Giner, R. Aznar y M. Lozano en el IMSS.³ En el Hospital de Ginecoobstetricia del Centro Medico Nacional, Giner, Pedrón y Colaboradores iniciaron la vasectomía en la década de los ochenta⁴.

Los aspectos socioculturales y la disponibilidad de métodos anticonceptivos dirigidos a la mujer propiciaron una actitud pasiva del varón y delegaron en la mujer la responsabilidad de la planificación familiar, provocando que exista poco involucramiento del hombre para el control definitivo de la fertilidad aunado a las creencias y actitudes negativas sobre la vasectomía. Se ha observado que cuando los hombres reciben información adecuada, aún en culturas muy diversas, estos eligen la esterilización⁵. Existe una relación directa entre la aceptación de la vasectomía y una buena comunicación en la pareja.⁶ En el mundo solo el 5% de los hombres es aceptante de un método anticonceptivo. En nuestro país la demanda a crecido lentamente de 0.6% en 1989 al 1.4% en 1992, siendo 1 vasectomía por cada 54 oclusiones tubarias bilaterales en 1992 pasando a 1 por cada 11 OTB, en 1995 y 1996, aumentando a 1 por cada 17 en 1999, en el IMSS se logra reducir esta proporción a 1 por cada 9 OTB para el año 1999.⁷

La vasectomía sin bisturí ha ganado gran popularidad ya que es un método de contracepción permanente^{8, 9}, más confiable, con menor costo y mayor beneficio, es una técnica sencilla y con excelentes resultados^{8, 9}, esta tiene diversas ventajas sobre los procedimientos tradicionales, reportándose mismos resultados que la vasectomía con bisturí en cuanto a seguridad anticonceptiva, pero con grandes diferencias en cuanto a menor número de procesos infecciosos y hematomas^{10, 11}, no requiere sutura, es más rápida a realizar, con menor frecuencia de complicaciones^{12, 13, 14}, con una desventaja, que es el tiempo que se requiere para que los pacientes confirmen la azoospermia¹⁵. Se considera un método irreversible (son necesarios altos costos y técnicas micro quirúrgicas para restaurar la fertilidad y no siempre es posible)¹⁶. Existe aceptación variable de este método en diversas partes del mundo: Nueva Zelanda 23%, Estados Unidos 11%, Suiza 11%, Corea del Sur 11%, Australia 10%, China 8% e India 2%.

La información preoperatorio es un factor decisivo, debe ponerse especial atención a la edad del paciente, su situación marital y parental ¹⁷.

La vasectomía solo puede ser realizada después de una sesión de orientación e información donde se les explica a los solicitantes la anatomía del aparato reproductor masculino, la técnica operatoria, las ventajas y posibles complicaciones del

método para asegurarse así que cuentan con una comprensión general del procedimiento ^{18, 19}, a su vez de preferencia debe contarse con la anuencia de la pareja, situación no necesaria pero si recomendable, de esta manera el cirujano sabrá si el estado físico y emocional del paciente es propicio para realizar la cirugía. Las principales razones para aceptar la vasectomía son: la paridad satisfecha y la situación económica adversa, la principal limitante para rechazarla es la expectativa del desempeño sexual ²⁰.

Las diversas técnicas y la experiencia del cirujano ofrecen diferentes riesgos de complicaciones tempranas o tardías. Se asume que la infección y el sangrado se atribuyen a factores quirúrgicos. Las complicaciones que ocurren 14 días después o más tarde se atribuyen al método de ligamiento utilizado. El tiempo quirúrgico promedio es de 9.5 minutos ²¹.

El mayor porcentaje de médicos que la realizan son en Estados Unidos: Urólogos 71%, Médicos Familiares 15.4%, Cirujanos Generales 12.9%. No existe contraindicación permanente para realizar la vasectomía, pero debe ser retrasada si existe infección local, proceso sistémico infeccioso, signos y/o síntomas de enfermedad de transmisión sexual, masa intraescrotal. Existen situaciones que pueden aumentar el riesgo de complicación o dificultar la cirugía como son: Hernia Inguinal, trastorno de la coagulación, situaciones que deben atenderse primero, se le debe explicar al paciente el riesgo de la cirugía si realiza en esos casos. ²²

La técnica que ofrece menor riesgo de complicaciones es la del Ligamiento del cordón con interposición de la fascia. El Dr. Schmidt menciona que la técnica de vasectomía sin bisturí del Dr. Li combinada con la fulguración de los conductos y la interposición de la fascia nos daría una técnica de vasectomía ideal²³.

Son complicaciones menores las que necesitan menos de tres días para sanar, entre estas se encuentran: hematomas, infección, epididimitis, orquitis. Son complicaciones mayores si necesitan más de tres días para sanar, por ejemplo: granuloma del cordón espermático, epididimitis congestiva, dolor testicular crónico.

La falla del procedimiento se considera a la presencia de espermatozoides en el semen después de cuatro meses, idealmente el análisis del semen debe realizarse a las 4 a 6 semanas y nuevamente a las 10 a 12 semanas después de la cirugía o después de 20 a 25 eyaculaciones, esto recomendado por la Asociación Internacional de Planificación Familiar además recomiendan el uso de otro método de planificación hasta que el semen este libre de espermatozoides. La recanalización puede ocurrir de manera temprana posterior a la cirugía o tardíamente, varios años después de la misma. Las complicaciones varían de acuerdo a la técnica quirúrgica utilizada y al número de cirugías realizadas por año por el cirujano, la incidencia de hematomas de del 4.6% para médicos que realizan 1 a 10 cirugías al año, de 2.4% para los que realizan 11 a 50 cirugías por año y del 1.65 para, los que realizan más de 50.

La incidencia de infección se reporta en 0.4%, granulomas espermáticos 2.3%, dolor testicular crónico 0.9% a 1.0%⁹. Infección 0.6%, hematoma 0.3%, epididimitis 3%, sangrado 0.0%,²⁴. La presencia de hidrocele es poco reportada ya que no es un factor decisivo para la cirugía, encontrándose en promedio en el 4.7% de los procedimientos, asociado frecuentemente a Hernia Inguinal²⁵.

Es primordial que el aceptante quede satisfecho con el método y sus efectos, de ahí que el esfuerzo por capacitar al personal debe ser integral y permanente, esto es que cada elemento del equipo de salud desempeña un papel muy importante, ya que todos influyen positiva o negativamente en la decisión del usuario. De esta manera se lograría que cada hombre vasectomizado se convierta en un promotor del método y el estigma social que hasta hoy existe sea cambiado por el reconocimiento a quienes asumen la responsabilidad de planificar su familia.

La vasectomía sin bisturí es una técnica refinada y rápida con un rango de complicaciones extremadamente bajo, es un procedimiento mínimamente invasivo y disminuye enormemente el miedo, que tiene el hombre al bisturí.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuales son las complicaciones más frecuentes que presentan los pacientes vasectomizados?

JUSTIFICACIÓN

Cada día existe una creciente demanda del varón por participar en la planificación de su familia, por ser actores vivos en la toma de decisiones sobre el número de hijos que ha de tener. Desde la antigüedad la disponibilidad de métodos anticonceptivos solamente dirigidos a la mujer, propiciaron una actitud pasiva del varón, dejando a ella toda la responsabilidad de la planificación familiar. Actualmente las diversas estrategias educativas a nivel nacional empiezan a rendir fruto, ya que el hombre por si mismo acude a solicitar información sobre su participación en el control de la natalidad, para disminuir los riesgos en su pareja de la oclusión tubaria bilateral o los efectos secundarios de los diversos métodos anticonceptivos existentes. Hay diversos estudios que coinciden en que cuando el hombre recibe una adecuada información sobre su salud sexual y reproductiva y las implicaciones familiares y sociales de la misma, aceptan someterse a la vasectomía sin bisturí como método de planificación familiar definitivo; Siendo el método confiable, de bajo costo, utilizando una técnica sencilla y con excelentes resultados.

En la UMF No.37 es factible realizar este tipo de cirugía ya que se cuenta con la infraestructura y el personal necesario para ello. Lo que nos lleva a la necesidad de saber cuales son las complicaciones que se presentan en los paciente vasectomizados en dicha unidad, para poder prevenirlas y en lo mayor posible evitarlas, logrando así mejor calidad en el método que estamos ofreciendo, redituando en una mayor seguridad y confort a nuestros pacientes.

OBJETIVO GENERAL

Determinar las complicaciones más frecuentes que presentan los pacientes vasectomizados.

OBJETIVO ESPECIFICO

Determinar en que porcentaje se presenta cada complicación en nuestro estudio

METODOLOGIA

TIPO DE ESTUDIO

Retrospectivo, transversal, descriptivo y observacional. Corresponde a un diseño encuesta descriptiva.

POBLACIÓN DE ESTUDIO

Pacientes que acuden a realizarse la vasectomía al módulo de planificación familiar de la UMF # 37 DEL IMSS, de la Cd. De Hermosillo, Sonora. Durante el periodo de Enero a Dic. Del 2004.

SITIO DONDE SE LLEVARA A CABO EL PROYECTO

Módulo de planificación familiar de la UMF # 37 del IMSS, en la Cd. De Hermosillo Sonora, ubicado en Manuel Z. Cubillas y Pedro Moreno de la Col. Centro.

TAMAÑO DE LA MUESTRA

El muestreo será del tipo no probabilística. Se tomará el total de los pacientes vasectomizados en la UMF -37 de La Cd. De Hermosillo, Sonora, en el periodo comprendido de Enero a Diciembre del 2004

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Pacientes a los que se les realizó la vasectomía sin bisturí en el módulo de planificación familiar durante el 2004. En la UMF 37 del IMSS, en la Cd. De Hermosillo, Sonora.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Pacientes que acuden a realizarse la vasectomía y que presentan alguna complicación previa del tipo de varicocele, epididimitis, traumatismo testicular, hernia inguinal.

CRITERIOS DE ELIMINACION

Pacientes que no acudieron a los controles posteriores de la cirugía.

VARIABLES

VARIABLE INDEPENDIENTE

Paciente vasectomizado

VARIABLE DEPENDIENTE

Complicaciones

DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE VARIABLES

V. INDEPENDIENTE

Paciente: Persona que padece física y corporalmente

Vasectomía: Operación quirúrgica para evitar que el varón tenga hijos.

V. DEPENDIENTE

Complicaciones: Contratiempo, cosa imprevista, dificultad.

Complicaciones durante la cirugía:

Sangrado: Sucede en el lugar de la incisión o por el corte de algún vaso del conducto deferente, provocando inflamación del escroto.

Complicaciones después de la cirugía

Hematoma: Se presenta como consecuencia de un sangrado no controlado durante la cirugía, o por esfuerzo excesivo o levantar cosas pesadas por parte del paciente, por no utilizar suspensorio después de la vasectomía o no tener repos 24 horas postvasectomia manifestándose como inflamación de escroto.

Infección: Aparece pus, inflamación o dolor en el lugar de la incisión o en el escroto con fiebre.

Granuloma espermático: El paciente refiere dolor en el extremo testicular del conducto deferente o en la cola del epidídimo, se aprecia un nódulo sensible al tacto.

Dolor testicular crónico: (poco frecuente) Se manifiesta como dolor crónico unilateral o bilateral en el escroto sin anormalidad al tacto. En ocasiones se presenta inflamación o dolor durante el coito o al hacer esfuerzo.

Epididimitis infecciosa congestiva: El primer síntoma en aparecer es fiebre, acompañado de dolor escrotal, inflamación e induración

ESPECIFICACION DE LOS INDICADORES Y ESCALAS DE
MEDICION DE LAS VARIABLES

VARIABLE INDEPENDIENTE

Tipo de variable	Indicador	Escala de medición
Paciente con Vasectomía	Si	Nominal

VARIABLE DEPENDIENTE

Complicaciones medición	Escala de
Si	Nominal
No	Nominal

OPERACIONALIDAD DE VARIABLES

VARIABLE INDEPENDIENTE

Paciente vasectomizado: Previo a la cirugía se le pide al paciente se realice un baño rutinario y se afeite la zona del escroto a operar. Se viste el paciente con una bata quirúrgica, se coloca cómodamente en posición supina en la mesa.

Se coloca el pene sobre el abdomen en dirección vertical al ombligo, de manera que el rafe medio quede claramente visible, se sostiene en esta posición utilizando una banda de micro poro, el pene queda protegido con el campo quirúrgico.

El cirujano se coloca el gorro y el cubrebocas, realiza el lavado de sus manos y antebrazos a fondo, con agua y jabón, posteriormente con agentes antisépticos, se cepilla la piel y bajo las uñas, se viste con una filipina o bata quirúrgica, se coloca los guantes.

Se procede a explicar al paciente nuevamente el procedimiento. Se realiza lavado suave con antiséptico del área a operar, asegurándose de lavar bajo el escroto, parte baja de abdomen, parte inferior del pene y tercio proximal de muslos.

Se procede a localizar los conductos deferentes y una vez localizados se aplica anestésico local, utilizando una jeringa con aguja del 25 o 27 y Lidocaina al 1% o 2% sin epinefrina, por medio de una inyección profunda a lo largo del conducto, provocando bloqueo del nervio deferente.

Se sostiene el conducto deferente entre el dedo pulgar y el dedo medio mientras se coloca el dedo índice izquierdo en la parte superior del escroto ligeramente en cima del pulgar, los dedos deben estar perpendiculares al conducto, así se crea una "ventana" entre el dedo pulgar y el índice, a través de la cuál se hacer la punción, debe mantenerse la posición de los tres dedos mientras se anestesia el lado derecho y lo mismo se realiza del lado izquierdo.

El sitio de entrada de la aguja es la línea media, sobre el conducto deferente a media distancia entre el dedo pulgar y el índice. Utilizar solo la punta de la aguja para levantar un habón superficial de 1 a 1.5 cm de diámetro. Para formar el habón sostenga la jeringa a un ángulo de aproximadamente 5 a 15°, con el bisel de la aguja hacia arriba. Inyecte lidocaina en la dermis y los tejidos subcutáneos, por lo regular 0.5 cm son suficientes. Después de haber formado el habón dérmico superficial, introduzca la aguja paralelamente al conducto dentro de la vaina espermática externa hacia el anillo inguinal, introduzca la aguja en toda su extensión 4.5 cm, sin liberar el anestésico, aspire suavemente para cerciorarse de que la aguja no se encuentra en un vaso sanguíneo. Lentamente inyecte de 2 a 5 cc de lidocaina en la fascia espermática alrededor del conducto deferente, (la dosis total de lidocaina al 1% no debe ser superior a 20cc), se realiza el mismo procedimiento del lado derecho y del izquierdo.

Mediante la técnica de los tres dedos, estire la piel que se encuentra encima del conducto , donde se introdujo la aguja para infiltrar la anestesia. La piel debe estar lo más delgada posible. Aplique la pinza de anillo, con el mango en un ángulo de 90° perpendicular al conducto. Abra la pinza de anillos y presione los extremos en la piel inmediatamente encima del conducto. Ejercer presión hacia arriba con el dedo medio por debajo del escroto para resistir el empuje hacia abajo de la pinza de anillo y presionar el conducto desde abajo hacia el anillo, lenta y suavemente apriete la pinza alrededor del conducto, hasta que sienta la señal de que se llegó al primer cierre.

Con el dedo índice presione ligeramente hacia abajo para estirar la piel escrotal justo delante de los extremos de la pinza de anillo y sobre el área anestesiada., sostenga la pinza de disección en la mano derecha, con las puntas curvadas hacia abajo, preparándose para la punción en el conducto. Sostenga el instrumento de manera que forme un ángulo de 45° entre los extremos cerrados de la pinza y el lumen luego abra las pinzas usando solo la rama interna del fórceps, haga la punción en la piel escrotal exactamente por encima del borde superior de la pinza de anillo, donde el conducto es más prominente.

Esta penetración debe resultar en una punción de la línea media del conducto, preferiblemente en el sitio donde se introdujo la aguja para infiltrar la anestesia. Al hacer la punción efectúe un solo movimiento rápido y agudo para lograr una punción clara de la piel sobre el conducto. Adelante la rama interna de la pinza dentro del lumen, después de hacer la punción retire la rama interna de la pinza de disección. Cierre los extremos de la pinza. Al mismo ángulo de 45° antes utilizado, inserte los dos extremos de la pinza en la misma abertura. La pinza de anillo permanecerá en el sitio y cerrada mientras se punciona la piel. Con delicadeza, abra los extremos de la pinza de disección en sentido transversal al conducto, para lograr una abertura en la piel, que tenga dos veces el diámetro del conducto. En un solo movimiento, diseque todas las capas de tejido desde la piel hasta el conducto deferente, introduzca la otra pinza de anillo y levante un asa del conducto, la pinza de anillo permanecerá en el sitio y cerrada mientras se separan los tejidos.

Retire la pinza de anillo del sitio de la punción. Con la punta de la rama externa de la pinza dirigida hacia abajo, puncione la pared del conducto deferente a un ángulo de 45° , gire a la derecha el mango de la pinza de disección 180°, de manera que las puntas queden hacia arriba, para dejar libre un asa del conducto deferente, mientras gira la pinza de disección con la mano derecha, suelte lentamente la pinza de anillo con la mano izquierda, permitiendo así que la pinza levante el conducto a través de la abertura de la punción, si tiene dificultad para levantar el conducto, es posible que se requiera una mayor disección de la fascia. Sujete una porción del asa del conducto con la pinza de anillo. Después de que haya sujetado parcialmente el conducto, suelte la pinza de disección. Suavemente abra la pinza de disección, separe la vaina y los tejidos circundantes hacia abajo para dejar descubierto por lo menos 1 cm de conducto, este es un movimiento longitudinal no transversal.

Asegúrese de evitar los vasos sanguíneos y ocluir fuertemente los conductos deferentes con la seda 3 ceros, aunque hay algunos cirujanos que prefieren el catgut, se puede extirpar hasta 1 cm de conducto. Se procede a estirar la fascia para recubrir uno de los extremos del conducto y ligarla. Se realiza el mismo procedimiento del lado contrario.

Después de que ambos conductos se han ocluido y retornado al escroto, comprima fuertemente el sitio de la punción durante un minuto. Verifique si hay sangrado, de presentarse debe hacerse hemostasia. No se requiere sutura en la piel. Use torundas con un antiséptico para lavar la pequeña herida y sujetarla con un suspensorio y cubrirla con un a gasa.

En palabras sencillas, explique al paciente los cuidados que debe tener y los posibles efectos secundarios, lo que debe hacer en caso de que surjan complicaciones, donde acudir en caso de urgencia, así como cuándo y donde volver para la visita de seguimiento. Advierta que un ligero dolor en la piel son normales y que esto no requiere asistencia médica. Entregar al paciente un resumen breve por escrito sencillo de las instrucciones postoperatorias.

A los dos o tres días, si el vasectomizado se siente cómodo, puede reanudar sus actividades normales y tener relaciones sexuales, utilizando un método anticonceptivo temporal. Es preciso que el y su pareja utilicen un método anticonceptivo temporal durante 12 semanas o 25 eyaculaciones. Indicándole la importancia de realizar una espermatozoidoscopia posterior a este número de eyaculaciones con el fin de estar seguros de que la operación ha tenido éxito.

VARIABLE DEPENDIENTE

Se procederá a revisar cada expediente clínico del paciente vasectomizado buscando intencionadamente en la nota médica el reporte de la presencia de complicaciones trans y postoperatorias. Entendiéndose como complicaciones, a la presencia de sangrado, infección, hematoma, granuloma espermático, dolor crónico testicular, epididimitis infecciosa congestiva.

DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO

Se acude al departamento de Trabajo Social a revisar los expedientes de los pacientes que acudieron al servicio de planificación familiar a realizarse la vasectomía sin bisturí, buscando el reporte de la presencia de complicaciones ya sea inmediatas o tardías y cuáles fueron éstas. Cuando el paciente acude por primera a este servicio se le da una plática donde se le explica la técnica quirúrgica, las ventajas de la cirugía y las desventajas de ella, así como el control posterior y el seguimiento que debe hacerse, el cuál el paciente debe respetar para posteriormente darlo de alta. El día de la cirugía se le explica nuevamente lo que va realizándose en el acto quirúrgico, así como los cuidados inmediatos posteriores a la misma.

CAPTURA Y PROCESAMIENTO DE LA INFORMACION

La obtención de datos se realizará mediante la revisión de los expedientes de los pacientes vasectomizados, la información obtenida se vaciará en una hoja para recolección de datos, donde anotaremos: nombre, número de afiliación al IMSS, fecha de cirugía, fecha de primera revisión, así como la presencia o ausencia de complicaciones y a que complicación se refiere.

FACTIBILIDAD Y ASPECTOS ETICOS

El estudio realizado esta hecho de acuerdo a la Ley Federal de Salud en materia de salud. No se va a realizar una intervención o modificación intencionada de variables, por lo tanto corresponde a una investigación de acuerdo a la declaración de Helsinki y a los tres principios primordiales postulados en el informe Belmont teniendo como base de sustentación importantes beneficios directos que pueden recibir los participantes del estudio, al tratar de ver los aspectos importantes que en los resultados se evidencien.

RESULTADOS

En el modulo de planificación familiar durante el periodo de tiempo comprendido del primero de enero al 31 de diciembre del 2004, se atendieron a 146 pacientes que aceptaron método de planificación familiar definitivo (vasectomía sin bisturí).

De los cuales se excluyeron 3, por presentar patología testicular. Interviniéndose a un total de 143 pacientes. Para fines de este estudio se eliminaron a 51 pacientes ya que no reunieron los criterios de inclusión. El presente estudio comprendió a 92 personas que se sometieron al procedimiento quirúrgico ya mencionado.

De los 92 paciente que ingresaron al estudio, el 5.43% presento complicaciones, predominando el sangrado transoperatorio, el hematoma y granuloma.

El sangrado transoperatorio se presento en 3 pacientes (3.26%), hematoma en 1 paciente (1.08%) y granuloma en 1 paciente (1.08%).

DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Las complicaciones que se presentan posteriores a la realización de la vasectomía sin bisturí son pocas y poco frecuentes. Las complicaciones que se presentaron en este estudio fueron similares a las registradas en la literatura. Schmidt reporta el 1.65% de pacientes que presentan hematoma contra 1.08% en este estudio, la presencia de granuloma en la literatura internacional es de 2.3%, anteponiéndolo con lo que se reporto aquí del 1.08% donde observamos amplio margen de diferencia, en nuestro reporte sobre sangrado transoperatorio fue del 3.26% contra el reportado de 0.0% registrado en diversos estudios internacionales.

CONCLUSIONES

Concluimos que en la Unidad de Medicina Familiar No. 37 de Hermosillo Sonora, podemos ofrecer el método definitivo de planificación familiar, Vasectomía sin bisturí con gran confianza, en base a ser una cirugía con un margen de seguridad alto, presentando mínimas complicaciones y estando a la par con reportes internacionales, solo excedimos a los reportes en cuanto a la presencia de sangrado transoperatorio.

BIBLIOGRAFIA

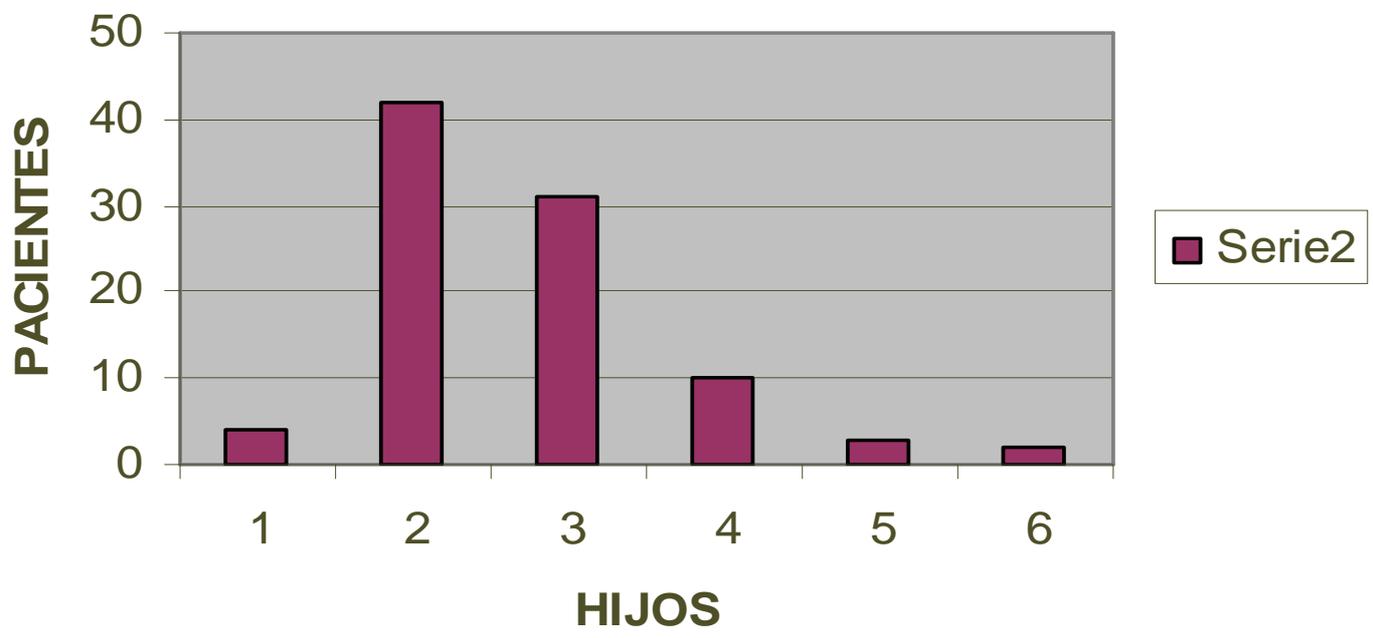
- 1.- Lugones MB. Quintana TR. Orígenes de la Anticoncepción. Rev. Cubana Med. Gen Inegr 1996; (12)4.
- 2.- Córdova J. Vasectomía sin Bisturí, Guía de capacitación IMSS, división de Planificación Familiar. 1998
- 3.- Alvarado Duran A. Anticoncepción en México. Ginecol Obstet Méx. 2002; 70(5): 227 – 235
- 4.- Díaz CEP, Méndez CR. Trujillo HB. Vázquez Vasectomía sin Bisturí. Experiencia de 10 años. Rev Méd IMSS 2004, 42(4): 334-37.
- 5.- García M. J. Aceptación y Rechazo de Vasectomía en hombres del medio rural. Rev Méd IMSS, 2005; 43 (3):205 – 214.
- 6.- Figueroa-Perea J.G. Algunos elementos para interpretar la presencia de varones en los procesos de salud reproductiva. Cad. Saú de Pública. 1998; 14. (supl) 1:87 – 96.
- 7.- Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar 1995 – 2000. SSA, 1995.
8. - Amundsen Gerald A. Ramakrishnan, Kalyanakrishnan MD. Vasectomy: A Seminal Analysis. South Med J. 2004; 97(1):54 - 60.
- 9.- González-Labrador I. Miyar-Pieiga E. Consideraciones sobre planificación familiar: métodos anticonceptivos. Rev. Cubana Med. Gen. Integr. 2001; 17(4):367-78.
10. - Morrison. Gery E. Standard Incision no scalpel vasectomy. The Journal of Family Practice. 1999; 48(9): 719 – 721.
11. - Sokal D. Lates D. Montgomery E. No scalpel vasectomy versus standard Incisión method. Acta Obstet Gynec esc. 1997; 76 (supl): 1: 60 – 76.
- 12.- Informe de ejecución 2003 – 2004 del Programa Nacional de Población 2001 – 2006. ISSSTE.

- 13.- Mauricio J, Núñez J. Maradiegue E. Vasectomía sin bisturí en el Hospital Nacional Cayetano Heredia. Ginecol Obstet. 1998; 41(2):69 – 73.
- 14.- Untiveros Mayorga Charlton Fernando. Mauricio Pachas. Consecuencias a largo plazo de la Vasectomía, en varones operados en el Hospital Cayetano Heredia. Rev Med Hered. 2004; 15(3): 131 – 135.
15. - Laungwattanaki, Somboon. Apira K .Irrigation of the distal vas deferens during vasectomy: Does it acceletate the post-vasectomy sperm-free rate. International J Androl. 2001; 24 (4): 125 – 134.
16. - Davis R.J. No scalpel vasectomy: A cautionary tale of failure. BJU. 2004 93(3): 424 – 425.
17. - Weiske, Wolf. Vasectomy. J Androl. 2001; 33(3):125 – 134.
- 18.- Gonzáles, B. Marston-Ainley S. Vasectomía sin Bisturí, Guía ilustrada para cirujanos.1993 Ed. Trazo Lida Colombia.
19. - Schwing I. Pamela J. Guess, Harry. Safety and Effectiveness of Vasectomy. Fertility and Sterily. 2000; 73(5): 923 – 936.
- 20.- Román-Blanca D. Mayeda-Zertuche L. Factores Socioeconómicos, culturales y personales relacionados en la Decisión de la vasectomía sin bisturí. RESPYN 2002 (2) Ed. Especial.
21. - Choe JM. Kirkeno AK .Questionnaire- Based outcomes study of Nononcological post-Vasectomy complications J Urol. 1996; 155(4): 1284 - 1286.
22. - Zambon J, Barone M, Pollak A, Mehta M. Efficacy of percutaneous vas occlusion compared with conventional Vasectomy. BJU 2000; 80(6):699 – 705.
23. - Hargreave TB. Vasectomy by section luminal fulguration and fascial Interposition, results from 6248 cases. BJU 1996; 77(4):617.
24. - Kumar V, Kasa R, Singh I. An evaluation of the no-scalpel vasectomy technique. BJU International. 1999; 83(3): 283 – 284.
25. - Seidl Jhon, Brotzman G. The Rate of Hydrocele Perforation during Vasectomy: Is perforation Dangerous? The Journal of Family Practice. 2000; 49(6):537 – 540.

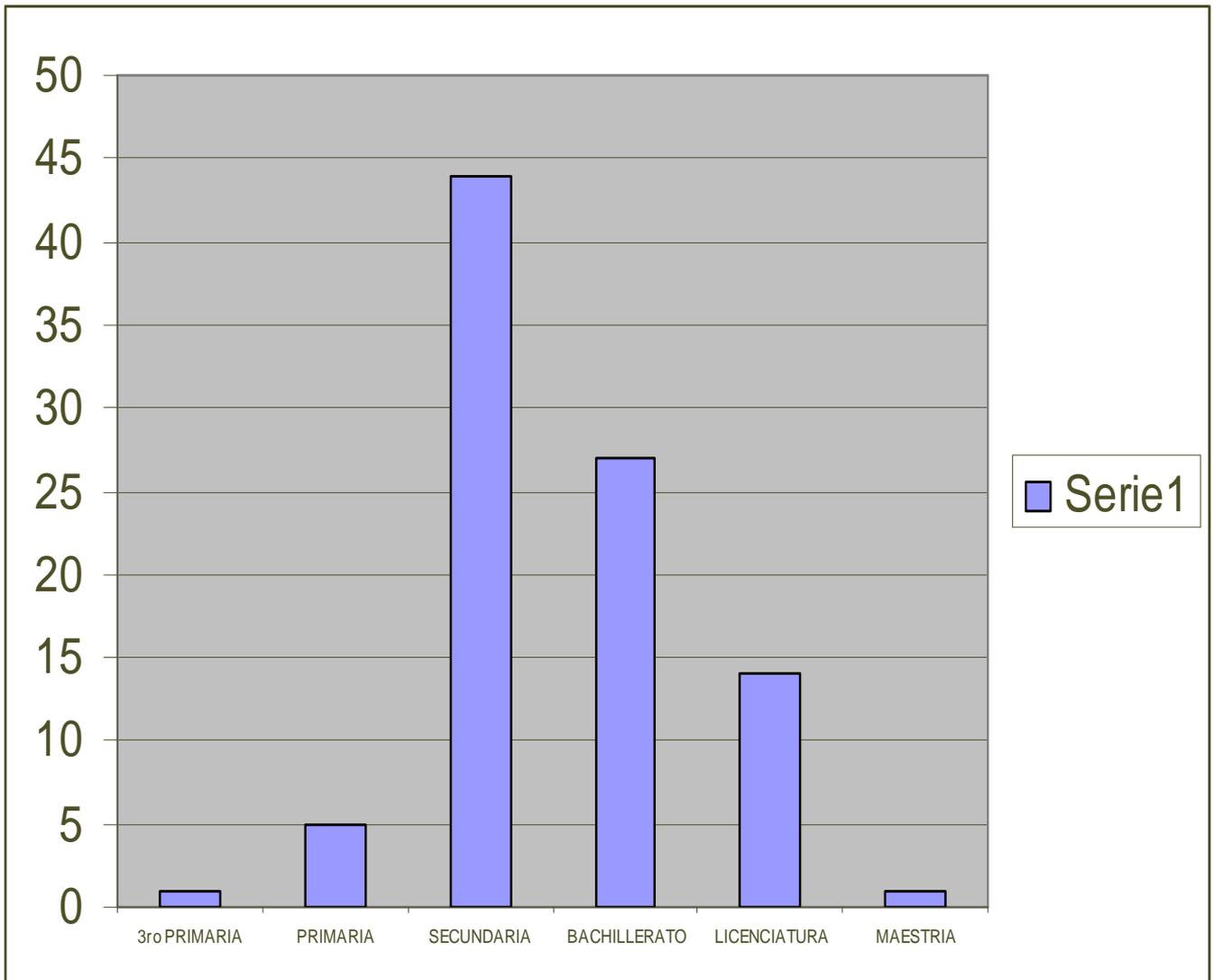
ANEXOS

CUADROS Y GRAFICAS

NUMERO DE HIJOS POR PACIENTE



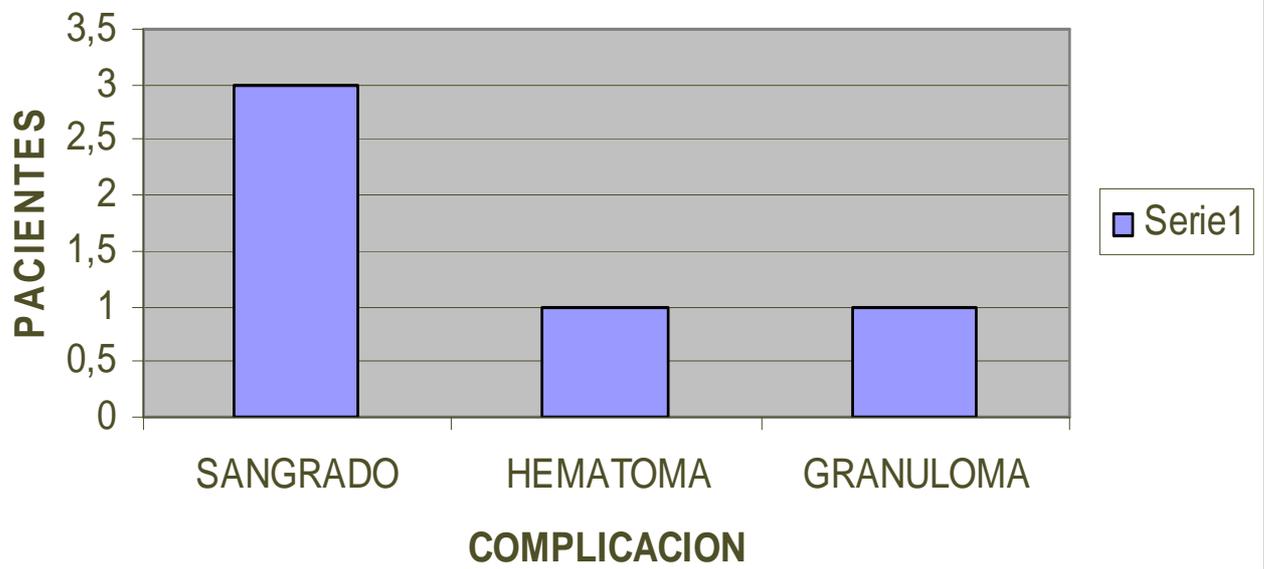
ESCOLARIDAD



RIESGO REPRODUCTIVO EN CONYUGES



COMPLICACIONES PRESENTADAS



CUADRO No.1

COMPLICACIONES	
TIPO DE COMPLICACION PACIENTES	No. DE
Sangrado transoperatorio	3 (3.26%)
Hematoma	1 (1.08%)
Granuloma	1 (1.08%)