

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

DISPOSICION DE LOS HOMBRES ANTE LA OPCION DE LA VASECTOMIA

Estudio descriptivo, realizado en hombres de parejas que han optado por la Esterilización Femenina, en el Centro Quirúrgico de APROFAM, durante el período del 1ro. de Agosto al 30 de Septiembre de 1998.

TESIS

*Presentada a la Honorable Junta Directiva
de la Facultad de Ciencias Médicas de la
Universidad de San Carlos de Guatemala*

POR

INGRID MARIBEL RAMIREZ GALEANO

En el acto de investidura de:

MEDICO Y CIRUJANO

Guatemala, marzo de 1999

EL DECANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
DE LA
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

HACE CONSTAR QUE :

(la) BACHILLER : INGRID MARIBEL RAMIREZ GALEANO

carnet universitario No. 88-12513

a presentado para su Examen General Público, previo a optar al título de Médico y Cirujano,
 trabajo de tesis titulado:

DISPOSICION DE LOS HOMBRES ANTE LA OPCION DE LA VASECTOMIA

abajo asesorado por LUIS FIGUEROA BRAZO

revisado por: JOSE ANTONIO HERNANDEZ

quienes lo avalan y han firmado conformes, por lo que se emite, firman y sellan la presente
 ORDEN DE IMPRESIÓN.

Guatemala 08 de marzo de 1999

X [Firma]
Coordinador Unidad de Tesis



[Firma]
Director del C.I.C.S.
DR. JORGE MARIO ROSALES

IMPRIMASE :

[Firma]
Dr. Romeo A. Vásquez Vásquez
Decano
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA



D. DE CIENCIAS MEDICAS Guatemala. 26 de febrero de 1999.
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA


Señores:
Universidad de Tesis
Facultad de Ciencias Médicas
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

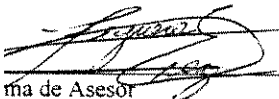
Se le informa que El (la) Bachiller
INGRID MARIBEL RAMIREZ GALEANO

Identificación No.: 88-12513 ha presentado El Informe Final de su trabajo de tesis titulado:


DISPOSICION DE LOS HOMBRES ANTE LA OPCION DE LA VASECTOMIA

En el cual autor, asesor (es) y revisor nos hacemos responsables por El contenido, metodología, confiabilidad y validez de los datos y resultados obtenidos, así como de la pertinencia de las conclusiones y recomendaciones expuestas.


Firma del estudiante


Firma de Asesor
Nombre completo y sello profesional

Dr. Luis Figueroa Escobar
Médico y Cirujano
Colegiado No. 8793


Firma del Revisor
Nombre completo y sello profesional
Registro Personal **11345**

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA



Aprobación Informe Final
Of. No. 008-99

Guatemala, 26 de febrero de 1999.

Estimado(a) estudiante:

INGRID MARIBEL RAMIREZ GALEANO
CARNET No. 88-12513
Facultad de Ciencias Médicas
Universidad de San Carlos.

Hago de su conocimiento que El Informe Final de tesis titulado:
DISPOSICION DE LOS HOMBRES ANTE LA OPCION DE LA VASECTOMIA

Ha sido **REVISADO**, y al establecer que cumple con los requisitos se **APRUEBA**
el mismo y se le autoriza a realizar los trámites correspondientes para continuar El
trámite de graduación.

Sin otro particular me suscribo de usted.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

Docente Unidad de Tesis
Antonio Palacios

Vo.Bo. Coordinador de Tesis

Enero, 1999.

INDICE

I-	INTRODUCCION	1
II-	DEFINICION Y ANALISIS DEL PROBLEMA	2
III-	JUSTIFICACION	4
IV-	OBJETIVOS	5
V-	REVISION BIBLIOGRAFICA	6
VI-	MATERIAL Y METODOS	35
VII	PRESENTACION Y ANALISIS DE RESULTADOS	41
VIII	CONCLUSIONES	55
IX	RECOMENDACIONES	56
X	RESUMEN	57
XI	REFERENCIA BIBLIOGRAFICA	58
XII	ANEXOS	61

I. INTRODUCCION

La Vasectomía es un método de esterilización quirúrgica, que se realiza en el hombre, pero es poco conocido y por lo mismo poco aceptado.

Se realizó el presente estudio prospectivo y de tipo descriptivo, sobre la disposición de los hombres ante la opción de la Vasectomía, en el Centro Quirúrgico de Aprofam en la zona 1 de esta capital.

Se encontró que de los 150 hombres entrevistados 28 estarían dispuestos a efectuarse la Vasectomía, mientras que el resto 122 se niegan a efectuarla.

Entre los principales datos que se obtuvieron encontramos que, los niveles de escolaridad, ocupación, la religión, no influyen en la disposición de realizarse Vasectomía, la mayoría conoce al menos dos métodos de anticoncepción, ya sea temporal o definitiva, pero sólo 47 conocen la esterilización masculina, los temores y creencias que más predominan 35.34% se circunscriben a disminución de la capacidad sexual y física y sólo 18.66% no le atribuye ningún riesgo.

La falta de buenos medios de información y de educadores en este ramo, provocan este tipo de resultados, lo que nos permite ver este estudio, con una muestra pequeña, es que en nuestro país hace falta mucha educación para que se acepten métodos de planificación familiar que en otros países tienen muy buena aceptación.

II. Definición y Análisis del Problema:

La vasectomía, sección y ligadura del conducto deferente, es un método anticonceptivo masculino irreversible, comparable, con la ligadura de trompas Uterinas en la mujer y a diferencia de otros métodos conocidos persigue la esterilización quirúrgica. (11)

Mundialmente, alrededor de 42 millones de parejas recurren a la Vasectomía pero más de tres veces esa cifra recurre a la ligadura tubárica. La vasectomía tiene una mortalidad de un caso en cien mil procedimientos y una morbilidad insignificante según la CDC (Center for Disease Control, Atlanta Ga. U.S.A.) (1, 2, 12).

En algunas culturas, principalmente latinoamericanas aun prevalece la creencia de que la anticoncepción es responsabilidad de la mujer, sin embargo la Vasectomía es sumamente fácil de realizar, eficaz segura y poco costosa (7,16).

En Guatemala el 20% de las mujeres del área rural han oído hablar de Vasectomía frente a 57% de mujeres del área Urbana, mientras que el 51% de las rurales y el 80% de las mujeres del área urbana están familiarizadas con esterilización femenina. Actualmente en APROFAM se efectúan esterilizaciones tanto masculinas como femeninas, de las cuales 20% son vasectomías y el 80% son ligaduras tubáricas. (12)

Siendo los métodos de planificación familiar una decisión de la pareja, por que los datos anteriormente descritos nos evidencian un alto número de ligaduras tubáricas y un bajo número de vasectomías, y aquí donde surge la duda ¿Cuál será la disposición del hombre ante la opción de la Vasectomía en lugar de la ligadura tubárica de su esposa?

Nuestra duda se podría aclarar si se efectúa un recuento de las zonas por las que el hombre prefiere que sea su esposa, quien se meta al procedimiento, indagar el conocimiento de la existencia de cho método, así como las creencias que con respecto a la Vasectomía ngan quienes ya están enterados de esta opción para planificar su milia.

III. JUSTIFICACION

La Vasectomía se ha convertido en los últimos años, en uno de los métodos anticonceptivos más seguros que existen, tanto por su alta confiabilidad como por el poco riesgo que ésta representa, para la persona que se somete a ella (11).

Por lo tanto la esterilización femenina es una operación que implica un riesgo mayor, con posibilidades de poder presentar complicaciones postoperatorias, entre ellas el aumento de la frecuencia de embarazo ectópico, trastornos menstruales y otras complicaciones que pueden llevar a la paciente incluso a la muerte (5,8).

Lamentablemente en nuestro medio la aceptación de las Vasectomías ha ido disminuyendo, debido a que la población, en especial las parejas no tienen un conocimiento real con respecto a dicho método y si lo tienen la información es distorsionada, o es simplemente que el machismo en nuestra población no se logra superar (18).

En nuestros días un buen número de hombres se han sometido a la Vasectomía, pero los obstáculos culturales y los temores debidos al conocimiento erróneo, persiste aún en muchas regiones, por lo que ha disminuido su aceptación.

Por lo antes mencionado este estudio, lleva como finalidad analizar las opciones de los hombres con respecto a la Vasectomía, su conocimiento de la existencia de este procedimiento, su disposición de someterse al mismo, así como contribuir a aclarar dudas sobre el tema, además correlacionar otras variables para tratar de establecer una forma más adecuada de educar a la población, logrando de esta manera aumentar la aceptación de la Vasectomía como método anticonceptivo inocuo y seguro.

IV. OBJETIVOS

A. GENERAL

Conocer la disposición de los hombres ante la opción de la vasectomía .

B. ESPECIFICOS

1. Determinar los conocimientos del hombre sobre la vasectomía y otros métodos anticonceptivos.
2. Determinar el medio por el cuál se entero de la vasectomía y otros métodos de planificación familiar.
3. Determinar las creencias y temores más frecuentes que tiene el hombre con respecto a la vasectomía.
4. Determinar las razones mas frecuentes por las cuales el hombre prefiere que sea la mujer quien se realice la esterilización permanente.
5. Relacionar los datos generales con la disposición de los hombres ante la opción de la vasectomía.

V. REVISION BIBLIOGRAFICA

A. APARATO REPRODUCTOR MASCULINO

1. ASPECTOS ANATOMICOS

Los órganos genitales masculinos constan de testículos y epidídimos, los cuales están situados en el escroto, los conductos deferentes, están contenidos en los cordones espermáticos en una parte de su trayecto, las vesículas seminales, los conductos eyaculadores, la próstata, las glándulas de Cowper (bulbouretrales) y el pene. (12)

El conducto deferente que es una de los componentes del cordón espermático, tiene 40 cms., de longitud por 3mm de espesor. Se extiende desde la cola del epidídimo, siendo una prolongación de este para terminar en la vesícula seminal.

Su consistencia es dura y su forma redondeada, por lo que es relativamente fácil de identificar y aislar de los demás elementos del cordón . Dentro del cordón, el Conducto Deferente va en el paquete posterior, el cual esta formado por las venas espermáticas posteriores, las arterias deferenciales y funicular y el deferente mismo.

En el paquete anterior van las venas espermáticas anteriores la arteria espermática (irrigación principal del testículo) , y restos del conducto vagino peritoneal.

Todo el cordón espermático va envuelto en una vaina conjuntiva y el músculo cremaster. (12)

El conducto deferente tiene cuatro porciones que se denominan según el sitio que ocupan de abajo hacia arriba son Epididimario, funicular, inguinal y abdomino - pélvica, sumamente retorcidos. Mide de 150 a 250 mm de diámetro, 30 a 70 cms de largo. Los túbulos seminíferos constituyen la porción exócrina del testículo. En la cara interna de la túnica albugínea, el tejido conjuntivo denso cede lugar a una capa más laxa, provista de numerosos vasos sanguíneos, la túnica vascular del testículo. A partir de esta capa, un tejido conjuntivo de carácter semejante se extiende hacia dentro, para llenar todos los intersticios que hay entre los túbulos seminíferos. Contiene fibroblastos, macrófagos, células cebadas y células mesenquimales perivasculares. Contiene grupos de células intersticiales epitelioides llamadas también células de Leydig, que constituye el tejido endocrino del testículo. (6)

2. ASPECTOS FISIOLÓGICOS

El testículo esta formado por túbulos seminíferos enrollados en los cuales se producen los espermatozoos. Este pasa al epidídimo, otro túbulo enrollado de unos 6 m de largo. Este sigue con el conducto deferente, que se ensancha constituyendo la ampolla justo antes de penetrar en el cuerpo de la próstata. Una vesícula seminal a cada lado de la próstata se vacía en el extremo prostático de la ampolla, el contenido de la ampolla y la vesícula prostática pasan al conducto eyaculador, que atraviesa el cuerpo de la glándula prostática para vaciarse en la uretra interna. Los conductos prostáticos a su vez, se vacían en el conducto eyaculador. La uretra constituye la última etapa de unión entre el testículo y el exterior. (7)

La porción funicular es la indicada para efectuar la operación esterilizante, tiene 5 cms la longitud, se inicia a través del polo superior del testículo hasta el anillo inguinal externo; en caso de cirugía anterior o de tejido cicatrizal en el escroto es posible practicar la vasectomía en dicha porción.

Como derivado del conducto mesonéfrico del embrión, el deferente puede presentar raras veces anomalías embriológicas en su desarrollo, en ocasiones se ha visto duplicidad del conducto o agenesis del mismo. (12)

3. ASPECTOS HISTOLOGICOS

El aparato reproductor masculino incluye dos glándulas llamadas testículos, las cuales son glándulas endocrinas y exócrinas.

Como glándulas endocrinas son responsables de la biosíntesis y secreción de hormonas esteróides, la función exócrina consiste en la formación y liberación de las gametas masculinas conjuntamente con el fluido testicular, cada una se realiza en su propio compartimiento anatómico testicular, la primera en el intersticio y la segunda en los túbulos seminíferos. (12)

Los testículos están recubiertos por una membrana de tejido conectivo llamada albugínea, en la parte anterior del testículo la albugínea presta un engrosamiento (Cuerpo de Higmore) que se hunde dentro del testículo, en cual también recibe el nombre de mediastino. Del mediastino parten tabiques que irradian a las superficie del testículo y delimitan espacios triangulares que reciben el nombre de lóbulos contándose alrededor de 300. Cada lóbulo esta constituido por uno o cuatro Túbulos Seminíferos . (6)

B. VASECTOMIA

La vasectomía (del latín Vas = vaso, canículo, conducto, y el griego Ektome = excisión, incisión), es un método de anticoncepción permanente para hombres. Consiste en una simple operación por medio de la cual, se libera el semen del contenido de espermatozoides, pues se secciona y liga el conducto por el que se conducen normalmente . Es un método muy efectivo, que no menoscaba la masculinidad. (9, 20)

- Cuando se habla de vasectomía se debe recordar lo siguiente:La vasectomía no es una cirugía de urgencia, y por lo tanto debe corregirse previamente cualquier afección del tipo de diátesis hemorrágica, o enfermedades crónicas (diabetes, hipertensión arterial, etc.).
- Debe practicarse bajo estricta asepsia y antisepsia.
- La vasectomía siempre debe considerarse IRREVERSIBLE.
- Como cualquier otra cirugía puede tener complicaciones las cuales son mas fáciles de prevenir que de tratar. (9)

1. ASPECTOS HISTORICOS

Como procedimiento destinado a bloquear el paso del espermatozoides a través del conducto deferente, no fue aceptado hasta el siglo XIX y utilizado voluntariamente hasta el siglo XX.

John Hunter (1,775) notó la oclusión de un conducto deferente de un cadáver,. Seguidamente inició experimentos. En 1830 Sir Astley Cooper discípulo de Hunter inició estudios experimentales en perros sobre vasectomía. (1)

2. ACEPTABILIDAD

La aceptación de la vasectomía ha disminuido, mientras que la esterilización femenina ha ido en aumento. Sin embargo la vasectomía es sumamente adecuada, tanto para los países en desarrollo como para los países desarrollados porque es sencilla de realizar efectiva, segura y de bajo costo.

Si bien un gran número de hombres se ha sometido a la vasectomía, los obstáculos culturales persisten en muchas regiones. En general, la aversión a la vasectomía o la falta de interés en ella se origina de :

- Actitudes tradicionales respecto del papel masculino y femenino en la sociedad .
- Oposición o ambivalencia religiosa respecto a los métodos permanentes de control de la natalidad y
- Temores e ideas infundadas acerca del efecto de la vasectomía en el comportamiento sexual. (3,10)

Además los hombres son los principales proveedores de la familia, por lo que están, menos dispuestos a asumir riesgos de salud. También el temor a los problemas sexuales tras la vasectomía es común en muchos hombres y en muchas mujeres . Los hombres confunden vasectomía con castración y creen que la operación les causará impotencia y pérdida de deseo sexual y de virilidad. Otro error común es que los hombres sometidos a la vasectomía no eyaculan. Estas creencias sin fundamento pueden ser corregidas mediante programas informativos y educativos.

Sin embargo para los hombres que confunden fecundidad con masculinidad la vasectomía puede seguir siendo inaceptable.

Las esposas también se oponen en ciertas ocasiones a la vasectomía, algunas temen que la operación torne impotentes o débiles a sus maridos. Otras mujeres temen que la vasectomía dará a sus esposos libertad para tener relaciones sexuales extraconyugales. (7,16)

EL PAPEL DE LA ESPOSA

Se recomienda que las esposas asistan a la entrevista, pues debe estar tan bien informada sobre la vasectomía como el esposo. Una persona que no comprende perfectamente bien el procedimiento puede experimentar una preocupación psicológica temporal debido a la vasectomía. Los hombres cuyas esposas comprenden bien las instrucciones del cuidado post-operatorio tienen menos probabilidades de experimentar complicaciones.

Una pequeña porción de hombres va a la entrevista sin sus esposas, porque la esposa vive en otra ciudad o está hospitalizada, recientemente regresó a casa del hospital con su bebé recién nacido o una razón similar. En muy raras ocasiones los hombres piden que se les haga la vasectomía sin el conocimiento de su esposa. No existen normas establecidas en contra de la relación de una vasectomía bajo estas circunstancias, pero no se recomienda debido al posible efecto sobre el matrimonio de llegarse a saber. Corren un riesgo mucho más alto de tener complicaciones si intenta ocultar el hecho de que se les hizo la vasectomía.

No se debe recomendar a un hombre que se le haga una vasectomía sin el conocimiento de su esposa. Sin embargo cada caso debe ser considerado en forma separada.

4. FRECUENCIA DE LA VASECTOMIA

La frecuencia con que se realiza la vasectomía es muy variable de una región a otra. Así, en la India se realizaron 6 millones de vasectomías entre 1988 a 1992. Hay estudios que se indican que se realizan 80 ligaduras de trompas de Falopio por cada vasectomía. (2,20)

En Guatemala, el porcentaje de vasectomía es mas alto que en otros países de América Latina; las vasectomías representan un 12.6% de todas las esterilizaciones practicadas por APROFAM en 1978 - 1979, comparado con 3.2% como promedio para otras asociaciones de planificación familiar en Latinoamérica . (18)

a.) DESVENTAJAS

Se enumeran tanto las absolutas como las relativas

- Es un procedimiento que exige cirugía .
- Puede producir hemorragia e infección.
- No causa esterilidad inmediata o a la operación, hasta que los espermatozoides previamente almacenados en el sistema reproductor hayan sido eyaculados (días, semanas, meses).
- Generalmente no es reversible.
- Los problemas psicológicos y sexuales previos se pueden incrementar. (4)

b.) CONTRAINDICACIONES FISICAS MAS IMPORTANTES

Entre ellas cabe mencionar las siguientes:

- Infecciones locales y trastornos sanguíneos sistémicos
- Hernia inguinal y operación previa (hernioplastia)
- Orquidopexia
- Varicocele.
- Lesiones escrotales preexistentes.
- Escroto grueso y duro (relativa)

Otras entidades nosológicas que contraindican la operación son .

- Tumor en el testículo a lo largo del cordón espermático.
- Granulomas, casi siempre tuberculosos y epididimitis tuberculosa residual. (4)

c.) EFFECTOS SECUNDARIOS

Los mas mencionados son

- Anomalías de coloración, tumefacción y dolor.
- Infección
- Adherencias vasocutáneas.
- Hidrocele
- Orquitis
- Granuloma espermático, y
- Epididimitis. (4)

d.) EFFECTOS PSICOLOGICOS:

Según la "Federación Mundial de Agencias de Salud para Promoción de Anticoncepción Quirúrgica voluntaria", no existen fundamentos psicológicos para una respuesta psicológica adversa a la Vasectomía, pues el procedimiento sólo produce un efecto local no debe interferir en la función psicosexual normal.

No existe información verdadera con respecto al tema la literatura con la que se cuenta, sugiere que un hombre bien adaptado sexualmente no experimenta cambios psicológicos significativos luego de la Vasectomía (3).

e.) CONTRAINDICACIONES PSICOLOGICAS

Si se dispone de personal calificado los candidatos de los cuales se sospeche la existencia de problemas psicológicos, deben ser entrevistados y evaluados individualmente.

Las circunstancias o situaciones específicas en las que pueden estar contraindicada la Vasectomía son:

- Hipocondría en relación con otras funciones corporales.
- Impotencia, homosexualidad, dudas acerca de la masculinidad.
- Desacuerdo con la esposa.
- Creencia por parte de la pareja de que la Vasectomía es una medida temporaria que puede ser fácilmente revertida.

Dr. Pai director de Planificación Familiar en Bombay, ha analizado las respuestas psicológicas al procedimiento en India y categorizó los temores que en hombres puede experimentar antes ó después de la Vasectomía (14).

f.) TEMOR DAÑO CORPORAL

Complicaciones físicas tales como: cambios negativos en la salud, o debilitamiento físico.

Aun cuando a escala mundial la mayoría de hombres no han sufrido cambios en su salud general, un porcentaje sorprendentemente grande de hombres Asiáticos han informado acerca de " Pérdida de Vigor Físico", después de la Vasectomía.

En 1,970 un informe sobre Vasectomía en Bombay realizado por la Asociación de Planificación Familiar de India concluía que los hombres indios, el hecho de haberse sometido a la operación significa sensación de debilidad o pérdida de vigor.

"Debilidad Corporal" fue manifestada por el 23% de los pacientes considerados en el estudio, 40% menciono deterioro de la salud. En un estudio Malayo, 17% de los hombres entrevistados entre 1 y 4 años después de la Vasectomía afirmaron que se sentían más débiles después de la operación, y en Tailandia el factor negativo más significativo era fatiga (13,14).

De 185 hombres cerca de 105 afirmaron que se fatigaban más fácilmente y no podían trabajar bien como antes de la operación. La edad puede ser significativa en relación a la fatiga porque los hombres de más de 40 años tienen más probabilidades que otros de presentar esa molestia.

Un estudio Estadounidense efectuado por Herber y Cols 3 de los 19 hombres que manifestaron que su salud había cambiado en sentido positivo o negativo, después de la Vasectomía atribuyeron dicho cambio al procedimiento (13,14).44

En Guatemala en el estudio 500 pacientes Vasectomizados realizado en APROFAM el 12.8% de los pacientes creían que su salud había mejorado, un 7.8% que había empeorado y el 85.4% que su salud no había cambiado (18).

g.) TEMOR DE DAÑO SEXUAL

No hay evidencia científica que la Vasectomía afecte la capacidad sexual.

En países desarrollados como Australia, Gran Bretaña y Estados Unidos, dentro de 44 y 73% de los hombres que habían elegido Vasectomía manifestaron un incremento de placer sexual que atribuían al hecho de estar libres de la ansiedad de que sus compañeras quedaran embarazadas.

Rodgers y Ziegler, recopilaron durante un período de cuatro años, compararon el comportamiento sexual y actividades psicológicas de 37 parejas en las cuales el marido se había sometido a Vasectomía y de 22 parejas en las cuales al marido no se le había practicado Vasectomía pero la esposa estaba usando anticonceptivos orales, después de 2 años en el grupo de Vasectomía hubo más parejas que mostraron una disminución de la satisfacción marital que en el grupo de anticonceptivos orales.

Los investigadores atribuyeron esto al hecho de que los maridos esperaban mayor y especial reconocimiento o gratitud por parte de sus esposas por haber asumido la responsabilidad de la anticoncepción. (18)

En Guatemala en el estudio realizado en APROFAM de 500 pacientes Vasectomizados se reportaron 69.4% de hombres no habían perdido su poder sexual después de la operación, 26.4% creía que había aumentado y un 5.2% refirió que había disminuido, un 40% de los hombres sintieron mayor satisfacción en las relaciones sexuales 57.6% no reporto cambios y 2.2% refirieron menor satisfacción sexual, 33 hombres de este estudio refirieron experimentar dificultad para lograr la erección. De los 33, 4 habían tenido mucha dificultad, 29 una ligera dificultad, 12% de los pacientes reportaron alguna demora en la eyaculación después de la Vasectomía. (18)

h.) TEMOR DAÑO FAMILIAR

El temor de perder hijos, particularmente en áreas de mortalidad alta, disuade a algunos hombres de proceder a la Vasectomía.

Pocos estudios han evaluado las reacciones de las esposas a las Vasectomías. Algunas esposas experimentan respuesta emocional adversa a la esterilidad del marido aún cuando le prestan apoyo.(1.)

APROFAM en su estudio de 500 pacientes Vasectomizados señalan que una mayoría de hombres 91% reportaron que sus esposas estaban a favor de la operación, aun cuando en un 2.4% de los casos la esposa no sabía que la Vasectomía había sido practicada. En la mayoría de los casos 67.4%, la Vasectomía no había cambiado el interés de las esposas hacia las relaciones sexuales, un 30.8% reportaron que sus esposas estaban más interesadas que anteriormente. (18)

i.) TEMOR DAÑO MORAL

Conflictos y convicciones religiosas probablemente arraigadas afecta las relaciones de un hombre frente a la Vasectomía.

En un estudio paquistaní, 12 de 17 mujeres que no estaban satisfechas con la Vasectomía de sus maridos dijeron que la misma atentaba contra su religión.

A veces los miembros de la familia temen que la Vasectomía fomente la promiscuidad, aún cuando varios estudios indican que no hay incremento de conducta promiscua después de la operación.

En Guatemala la iglesia acepta la planificación familiar únicamente el método de la ovulación. Sin embargo en el estudio realizado por APROFAM la mayoría de los hombres que se sometieron a la Vasectomía eran Católicos, lo que refleja que la religión predominante del país. (14)

5. CUIDADOS PREOPERATORIOS

Como antes de cualquier intervención se debe efectuar un examen clínico general, examinado cuidadosamente todo el escroto y su contenido para detectar cualquiera de las contraindicaciones ya mencionadas o posibles, así como anomalías congénitas. (4)

a.) EQUIPO Y MATERIAL QUIRURGICO

El equipo quirúrgico necesario en de bajo costo y prácticamente se encuentra en todas las instalaciones donde se efectúen procedimientos de cirugía menor, sin embargo, existen juegos ya diseñados para el efecto, estos deben contener

- Una bandeja de acero inoxidable, para esterilización y almacenamiento.
- Jeringas de 5 cc.
- Aguja Hipodérmica No. 22 y 25
- Pinzas de mosquito curvas
- Pinzas de Allis
- Porta agujas Atson o collier
- Hojas de bisturí No. 10
- Mango de bisturí No. 10
- Pinzas hemostáticas, rectas Kelly
- Tijera de sutura Standard
- Aguja de punta redonda
- Aguja de sutura, piel punta de trocand.
- 4 Pinzas de campo Backhause

b.) PREPARACION QUIRURGICA

Se inicia con lavado y rasurado previo del área operatoria, con el paciente en decúbito dorsal, el paciente ansioso debe premedicarse con 10 mg de Diazepam P.O. ó I.M. diez minutos antes de la operación . (1,15)

c.) ANESTESIA

La anestesia local tiene ventajas, para la vasectomía . Este tipo de anestesia junto que la tranquilidad del paciente, elimina las posibles complicaciones de la anestesia general y la necesidad de una segunda persona especializada. Permite que el paciente retorne pronto a su trabajo.

Es ideal reservar la anestesia general para aquellos casos en los que el examen previo hace temer una complicación que requiera una operación más extensa.

Se utiliza lidocaína en el sitio donde se va a ser la incisión. Sosteniendo con la mano izquierda el anestésico procurando se deposite al rededor del conducto deferente e inclusive dentro de él. Son suficientes tres a cuatro cc, para lograr buena anestesia. (1,4,15)

d.) TECNICA QUIRURGICA

Existen varias técnicas, siendo la más usada la siguiente :

Luego de unos minutos de espera después de aplicar la anestesia, se identifica el conducto deferente a través del escroto y se trata de aislar de las estructuras vecinas.

Ya con el conducto deferente identificado y sostenido con los dedos pulgar, índice, y medio de la mano izquierda se hace una incisión de 0.5 cms sobre la cara anterior - lateral y en la parte alta del escroto, teniendo en el fondo como apoyo el conducto deferente.

Practicada la incisión de la piel y el dartos, el cordón espermático se toma con una pinza de Allis o Babcock y se exterioriza. Se incide la cápsula del cordón. Se busca e identifica, el conducto deferente con una pinza Backhause se exterioriza. Luego se procede al liberarlo de todas las estructuras vecinas especialmente de los vasos sanguíneos, una vez limpio se reseca en un trayecto de 2 cm ligando con Catgut crómico 00 los extremos de los cabos. Se prefiere el catgut crómico por su menor reacción inflamatoria.

Una vez ligado los segmentos terminales se hace una hemostasia perfecta. La cápsula se puede cerrar o dejar abierta, se sella la incisión escrotal con un punto de catgut crómico 0. (4,15)

Los mismo pasos se siguen en el lado contralateral terminando la vasectomía. Se limpia el escroto y se aplica un antiséptico . Se puede aplicar también colodión sobre la herida, no dejando ningún vendaje y no se recomienda utilizar suspensorio.

Como medicación post-operatoria solo se prescriben analgésicos corrientes tipo ácido acetil salicílico o dipirona, no se ordenan antibióticos.

La iniciación de la actividad es variable.

Con objeto de mejorar tanto la técnica quirúrgica como sus logros, se han introducido variantes, dentro de las cuales se mencionan.

- La interposición de la cápsula del condón espermático entre los dos cabos del deferente seccionado, dejando el segmento próximal extracapsular y buscando con esto una mayor seguridad.

- Los extremos del deferente son doblados sobre si mismo, retirados y doblados segunda vez.
- Los extremos son cruzados y ligados juntos.
- Un extremo es ligado el otro es doblado hacia atrás sobre si mismo y después ligado.
- Fulguración de los extremos mediante electrocauterio.

- Aplicación dos o mas agráfos o grapas o anillos de silastic como los usados en ligaduras de trompas de Falopio.
- Inserción de válvulas u otros dispositivos de obstrucción del conducto deferente.

6. FRACASOS OPERATORIOS

Estos se pueden presentar por algunas de las siguientes razones .

- 1.- No deben ligarse muy fuerte, porque esto a menudo corta la luz del conducto deferente produciendo
 - La fuga del espermatozoo
 - el granuloma espermático
 - y la posible recanalización
- 2.- Si se utiliza fulguración de los extremos, la resección de un segmento largo del deferente es innecesaria, mutiladora, y puede dificultar la eventual vasovasostomía quirúrgica.
- 3.- Recanalización de los extremos antes de que el tracto reproductor se obstruya completamente.
- 4.- Relaciones sexuales antes de que el tracto reproductor este libre de espermatozoides, sin usar condón.
- 5.- Sección de una estructura distinta del conducto deferente.
- 6.- Presencia rara, pero no imposible, de más de un deferente de cada lado.

La vasectomía tiene un índice de fracasos relativamente bajo, cerca de 0.15% persona / año. La recanalización ocurre entre los 2 a 3 meses post-operatorios pero se puede reconocer hasta los 5 a 7 años más tarde, o con el apareamiento de embarazo, siempre y cuando la pareja no tenga relaciones extramaritales. Debe hacerse espermograma control. La recanalización es más frecuente después de que existe un granuloma espermático. (4,15)

7. CUIDADOS POST-OPERATORIOS

- a.) El paciente debe estar tranquilo acerca de su impulso sexual, que se mantendrá igual.
- b.) Deberá guardar el día de la operación reposo, en casa.
- c.) Aplicar una bolsa de hielo sobre el escroto para minimizar el riesgo de hemorragia y hematoma.
- d.) El baño, es recomendable que el paciente a las 24 hrs post-operatorio, inicie el lavado del área cuidando de mantenerla seca.
- e.) Las relaciones sexuales podrán iniciarse a los 5 días post-operatorio. Esto no es obligación y solo dependerá de la comodidad del paciente.
- f.) Debe advertirse sobre la posibilidad de un embarazo durante las primeras relaciones sexuales (15 eyaculaciones post-operatorio) por lo que deberá brindarse un método anticonceptivo alternativo al paciente (condones) .
- g.) En caso de dolor, el paciente deberá consultar al centro de salud más cercano o a la clínica de planificación Familiar.
- h.) Deberá regresar a la clínica a los 8 días post-operatorio y hacerse el espermograma control a los 45 días o después de 15 eyaculaciones.
- i.) Podrá retornar a sus labores cotidianas a las 24 horas, cuidando de no efectuar esfuerzo físico pesado por 60 horas. (1,11)

B. APARATO REPRODUCTOR FEMENINO

1. ASPECTOS ANATOMICOS

El aparato reproductor femenino esta compuesto por

- * Dos glándulas, los ovarios, que reproducen los óvulos.
- * Las trompas uterinas, que conducen los óvulos hasta el útero.
- * Utero, en el cual se desarrolla el huevo fecundado.
- * Vagina y vulva que son los órganos de la copulación. (16)

2. OVARIOS

Son órganos pares que producen óvulos después de la pubertad partes de ellos funcionan como glándulas endocrinas.

Cada ovario pesa 4 a 8 g., y mide 2.5 a 4 cm., de longitud. Se encuentra por debajo del reborde pélvico y están sostenidos por los ligamentos ováricos y los ligamentos infundibulopélvicos.

Histológicamente los ovarios se encuentran revestidos por epitelio cuboide o cilíndrico bajo, y se dividen en médula (consistente un numerosos vasos sanguíneos linfáticos, nervios, tejido conectivo y músculo liso) y una corteza (constituida por estroma areolar fino, muchos vasos sanguíneos y células epiteliales diseminadas distribuidas en folículos).

Los ovarios se encuentran irrigados por las arterias uterinas y ovárica debiéndose el drenaje venoso a las venas uterinas y ováricas.

3. TROMPAS UTERINAS (Trompas de Falopio)

En numero de dos, conducen los óvulos desde los ovarios hasta la cavidad del útero. Conducen espermatozoides en la dirección opuesta y la fecundación de un óvulo generalmente ocurre en la trompa, que es precisamente el sitio en donde se realiza la esterilización quirúrgica en la mujer.

Cada trompa mide 7 a 14 cm, de largo por lo general sigue una trayectoria alrededor del ovario para terminar en contacto con la superficie ovárica medial posterior.

La pared tubárica está constituida por capas cerosa (peritoneal) subserosa o adventicia (vascular y fibrosa) muscular y mucosa. La capa muscular está compuesta por capas de músculo liso longitudinal exterior y circular interior. La mucosa constituida por epitelio cilíndrico secretor ciliado distribuido en pliegues longitudinales que se vuelven mas complejos a nivel de las ampollas. Su movimiento ciliar se dirige hacia el útero,(2,12)

La irrigación se le deriva de la rama tubárica de la arteria uterina y la rama ovárica de la misma arteria y venas tubarias que acompañan a las arterias. (2)

4. UTERO

El la parte del aparato reproductor femenino que recibe al huevo fecundado procedente de la trompa, provee su anidación y establece las relaciones vasculares necesarias para el sostenimiento del embrión a lo largo de su desarrollo. Es un órgano piriforme, de gruesa pared muscular.

Fuera de la gestación mide unos 6.5cm., de largo, 3.5 cm., de ancho y 2.5 cm., de grueso.

La porción superior ensanchada, que constituya la parte principal del órgano se llama, Cuerpo del Utero. El extremo superior redondeado del cuerpo donde las trompas se unen al útero se llama Fondo. La porción ligeramente estrechada que está situada por debajo del cuerpo es el Istmo y la parte cilíndrica mas inferior es el Cuello. La porción del cuello que sobresale en la vagina se llama Porción Vaginal.

Las arterias uterinas proporcionan la irrigación principal del útero. La sangre es regresada al útero por un plexo venoso que sigue la arteria uterina. (6,16)

La pared uterina tiene aproximadamente 1 cm., de grosor, esta compuesta por tres tunicas que son de afuera hacia adentro túnica serosa, túnica muscular y túnica mucosa. (12)

5. VAGINA

Es el órgano femenino de la cópula. También es el extremo inferior del " conducto del parto " y sirve como conducto excretorio del producto de la menstruación. Se extiende desde el himen a nivel de la hendidura urogenital hasta el cuello uterino. Mide de 8 a 10 cm, de longitud y cerca de 4 cm., de diámetro.

Se encuentra entre la vejiga urinaria y el recto, apoyada por los ligamentos cervicales transversos (ligamentos cardinales) y los músculos elevadores del ano.

Riego sanguíneo proviene de la arteria vaginal y de las arterias hemorroidal media y pudenda hemorroidal externa uterina. (2,12)

La vagina esta constituida por tres capas, una mucosa recubierta por epitelio escamoso estratificado, capa muscular compuesta de un músculo liso y capa fibrosa que continua con la parte de la fascia visceral que rodea la vagina. (6,12)

C. ASPECTOS FISIOLÓGICOS

1. PUBERTAD Y MENARQUIA

Pubertad significa el inicio de la vida sexual adulta y menarquia es de la menstruación, la pubertad es causada por un aumento gradual de la secreción de hormona gonadotrópica por la hipófisis. Los años reproductores normales de la mujer se caracterizan por cambios mensuales rítmicos en la intensidad de secreción de hormonas femeninas, y los correspondientes cambios en los órganos sexuales. Esta conducta rítmica se llama Ciclo Sexual Femenino, la duración de este ciclo es en promedio de 28 días. Puede ser tan breve como 20 días o tan largo como 45 días.

El ciclo sexual femenino tiene dos resultados importantes en primer lugar hace que en condiciones normales un solo huevo maduro sea liberado de los ovarios cada mes, de manera que pueda empezar a crecer cada vez un solo feto. En segundo lugar, el ciclo sexual prepara adecuadamente el endometrio del útero para que se implante un huevo fertilizado en el momento adecuado del mes.

El ciclo sexual depende por completo de hormonas gonadotrópicas secretadas por la adenohipófisis (7)

2. MECANISMO DE OVULACION

La hormona luteinizante provoca, rápida secreción de hormonas esteroides foliculares, que por primera vez contienen una pequeña cantidad de progesterona.

En pocas horas la teca interna (cápsula del folículo) empieza a formar enzimas proteolíticas que disuelven la pared capsular y la debilitan, originando una mayor hinchazón de todo el folículo y degeneración del estigma, simultáneamente ocurre un crecimiento rápido de nuevos vasos sanguíneos hacia la pared del folículo, u al mismo tiempo se secretan prostaglandinas hacia los tejidos foliculares. Estos dos efectos producen trasudación de plasma hacia el folículo lo que contribuye al aumento de tamaño. La combinación de hinchazón del folículo y degeneración simultánea del sistema produce rotura folicular con evaginación del óvulo (7)

3. CICLO ENDOMETRIAL Y MENSTRUACION

Un ciclo endometrial pasa por las siguientes etapas:

a.) FASE PROLIFERATIVA (estrógena)

Por influencia de los estrógenos, secretados por el ovario, en la primera parte del ciclo, las células del estroma y las epiteliales proliferan con rapidez.

Durante las dos primeras semanas del ciclo sexual, es decir hasta que ocurre la ovulación, el espesor del endometrio aumenta notablemente a causa del número cada vez mayor de células de estroma y del crecimiento progresivo de las glándulas endometriales y los vasos sanguíneos hacia su interior. En el momento de la ovulación tiene un espesor de 3 a 4 mm.

b.) FASE SECRETORIA (progestacional)

Durante la segunda mitad del ciclo sexual estrógenos y progesterona son secretados en grandes cantidades por el cuerpo amarillo. Los estrógenos producen una ligera proliferación celular y la progesterona causa hinchazón considerable.

Al final de la fase secretoria el endometrio tiene un grosor de 5 a 6 cm., La finalidad es tener listo el endometrio para recibir al huevo fecundado, desde que ocurre la fecundación hasta que se implanta el huevo, las secreciones de la Trompa de Falopio y las uterinas brindan alimento al huevo que esta comenzando a dividirse. (7)

c.) MENSTRUACION

Es producida por una reducción brusca de la secreción de estrógeno y progesterona al término del ciclo mensual.

El primer efecto es disminuir la estimulación de las células del endometrio por estas hormonas, que se continua con involución rápida del endometrio hasta el 65% del espesor que tenía antes. Los vasos sanguíneos

sufren vaso espasmo aunado a la falta de estímulo hormonal da origen a necrosis del endometrio, y de los vasos sanguíneos del estrato vascular, por lo que se derrama sangre en la capa vascular. Gradualmente las capas necróticas se separan del útero y en un plazo aproximado de 48 horas después de comenzada la menstruación, todas las capas superficiales del endometrio se ha descamado, este tejido unido a la sangre contenida en el útero inician contracciones del órgano para vaciar su contenido.

Durante la menstruación normal se pierden una 34 ml., de sangre a 35ml., de líquido seroso, este líquido menstrual normalmente no coagula porque junto con el material endometrial se libera una fibrinolisisina . (7)

D. ESTERILIZACION FEMENINA

1. LIGADURA TUBARICA

Es el procedimiento de esterilización quirúrgica permanente que se realiza en la mujer. La oclusión su puede lograr mediante ligadura, desviación o resección. La ligadura se obtiene con resección de la porción segmentaria (POMEROY), o con trituración y ligadura (MADLENER). Se puede efectuar mediante salpingectomía, remoción de la porción infundibular de la trompa, resección de la porción ístmica de la trompa (Resección Cornual), sepultamiento de la extremidad proximal de la trompa pro debajo del peritoneo visceral o parietal (IRVING o UCHIDA), o mediante cauterización y oclusión de la boca uterotubarica a través de la cavidad uterina.

La mayor parte de las esterilizaciones tubarias se efectúan en Estados Unidos mediante laparoscopia con la paciente como externa. (2)

2. DESVENTAJAS

Las desventajas de las técnicas laparoscópicas son las complicaciones que acompañan a una herida abdominal y las lesiones intestinales que se producen por quemaduras que muchas veces no se descubren. Los métodos oclusivos en los que se emplean anillos u otros dispositivos evitan este problema. (8)

3. CONTRAINDICACIONES

- a.) Embarazo
- b.) Infección Pélvica Aguda
- c.) Patología Pélvica
- d.) Utero fijo en Retroversión
- e.) Obesidad
- f.) Cirugía pélvico previa
- g.) Alteraciones psiquiátricas

Estas últimas tres contraindicaciones son relativas, pero aumentan la dificultad técnica, por lo que es necesario valorarlas de acuerdo con la experiencia del cirujano. (5)

4. ACEPTABILIDAD

En años recientes, ha aumentado el número de mujeres que optan por la esterilización permanente como método de anticoncepción. En 1975, la esterilización tubárica era la tercera operación más frecuente en mujeres de 15 a 44 años. (19)

5. MANEJO PRE-OPERATORIO DE LA PACIENTE

Después de elaborarse una historia clínica completa incluyendo el examen físico se tomará frotis vaginal para la realización de un Papanicolaou y una muestra de sangre para micro determinación de hematocrito, así como un examen de orina con multicinta para proteínas y glucosa. Una vez constatada la normalidad de éstos estudios se cita a la paciente para el día de la intervención, temprano en la mañana y en ayunas.

a.) Sondeo Vesical e Inserción Del Elevador Uterino

Instrucciones necesarios

- Pinza de Possi o Tenáculo uterino.
- Pinza de anillos
- Espejo Vaginal de Graves
- Elevador uterino (osathanondh o Rhamatibodi)
- Gasas Estériles
- Solución Antiséptica
- Sonda Vesical
- Vasija arrifionada

b.) Técnica de Sondeo Vesical o Inserción del Elevador Uterino

Con paciente en decúbito dorsal se le pide que flexione las piernas separando las rodillas y manteniendo juntos los talones.

Con gasas impregnadas con solución antiséptica con los dedos índice y pulgar se expone el meato urinario y se tiene cuidado de que los labios mayores no regresen a su posición original para evitar contaminación, se efectúa la asepsia periuretral hacia atrás.

Se inserta la sonda vesical dejándola en su sitio hasta vaciar completamente la vejiga se retira con movimientos de rotación para asegurar un total vaciamiento vesical.

Se efectúa un examen pélvico bimanual, lo que permite descartar patología no detectada previamente y evaluar el grado de sedación obtenidos, además de ratificar la posición y movilidad uterinas. Se introduce el espejo de graves, se pide a la paciente que eleve la pelvis y se visualiza el cérvix uterino. Se introduce el elevador uterino como si fuera un histerómetro, siguiendo la orientación del canal endocervical. Si hubiera cualquier dificultad para pasar más allá del orificio interno, debe tomarse el cérvix con la pinza de Possi o Tenáculo uterino y hacer mayor presión controlando la velocidad y orientación de avance.

Ya en su sitio, se aflojan los tornillos del espejo de Graves y se retira este, manteniendo en su sitio el elevador uterino.

Cuando se retira el espejo vaginal, la vagina vuelve a ser una cavidad virtual, el cuerpo perineal y la vagina misma evitan la salida del instrumento debido a la presencia de la placa que limita la inserción profunda, que cumple bajo estas circunstancias un doble fin. El evitar la perforación uterina y el mantener el instrumento en su lugar. (5)

6. PREPARACION QUIRURGICA

Como en cualquier intervención quirúrgica, se efectúa lavado de la región con agua y jabón. Se aplica una capa de solución antiséptica empezando en el sitio de la incisión y extendiéndola centrifugamente a éste.

a.) SEDACION

Se canaliza a la paciente y se le administran 250 ml, de suero glucosado al 5% en cual contiene 10 mg, de diazepam y 100 mg., de meperidina. La cantidad total de la infusión se regula de acuerdo con la respuesta de la paciente. Es importante mantener contacto verbal con la paciente y advertirle con anticipación de cada uno de los pasos a seguir, lo cual favorecerá la confianza y cooperación indispensables para el éxito de la intervención.

b.) INSTRUMENTAL QUIRURGICO

- Separadores de Farabeuf
- Tijera de Mayo curva
- Pinza de disección con dientes
- Porta agujas pequeño y un catgut No. 00 con aguja chica o sutura de ácido poliglicólico No. 000 con aguja chica.
- Pinzas Babcock pediátricas
- Tijera Metzenbaum curvas
- Pinzas hemostáticas tipo Cryle
- Bisturi con hoja No. 15
- Jeringa de 10 ml., cargada con 6 ml., de lidocaína al 2% y 6 ml., de bupivacaina al 0.5 %.
- Un catgut simple No. 0 sin aguja enrollado en una gasa. (5)

c.) POSICION DE LA PACIENTE

Se coloca la mesa en posición de trendelenburg a 40 grados. El objetivo de esta posición es alejar el contenido abdominal del área pélvica, una vez en posición la paciente flexiona ligeramente sus piernas, se manipula de nuevo el útero para confirmar su localización y valorar la distancia que existe desde la piel hasta la cavidad abdominal. El cirujano se para a la izquierda de la paciente.

d.) TECNICA OPERATORIA

La incisión, se realiza 3 cm, por arriba del pubis, transversal a la línea media y precisamente sobre esta. Se infiltra solución anestésica en la piel y la aponeurosis, luego de esperar un minuto a partir de la infiltración de anestesia local, se hace la incisión. El primer corte incluye piel y expone la grasa subcutánea. Utilizando los separadores se expone el fondo de la incisión y se usa una gasa desenrollada que se toma con la punta de las pinzas de disección para mantener seco el sitio operatorio. Se extiende la incisión a la aponeurosis o fascia abdominal anterior y se identifica la línea media. Este punto es importante pues en este sitio el grosor de la pared es mínimo. Si no se penetra el abdomen por la línea media, la presencia de sangrado y la dificultad para rechazar el músculo recto anterior se harán aparentes, complicando el procedimiento. Identificada la línea media, se corta ésta con las tijeras de Mayo, la incisión se amplía, al introducir las tijeras cerradas y abriéndolas dentro del espacio prevesical. Con ayuda de las pinzas de disección, se insertan los separadores al orificio de la aponeurosis o fascia.

El tejido conectivo laxo de esta región se observa claramente. Es muy importante la dirección de la tracción con los separadores, logrando con esto que el peritoneo esté a tensión haciéndolo susceptible de disección y perforación con pinzas hemostáticas las cuales se insertan cerradas y se abren el encontrar resistencia en el tejido. En cuanto penetra el peritoneo, si los separadores están con la tensión adecuada, debe escucharse la estrada de aire al abdomen. Esto causa cierto grado de molestia a la paciente. Después de poner unas gotas de solución anestésica se toman los separadores a la cavidad abdominal, movilizandolos la incisión y el útero hasta visualizar las estructuras pélvicas, el útero es orientado hacia la izquierda y se toma la trompa derecha la cual es traccionada hacia la incisión con pinzas de Babcock.

Se usa entonces un nudo de catgut simple el cual se aplica sin previo machacamiento de la trompa, esto facilita la retracción de la ligadura Pomeroy. Usando una hoja de las tijeras de Metzenbaum se perfora el mesosalpinx se corta un lado del asadistal de la trompa, se corta el otro lado del asa. Una vez seccionada el asa de la trompa, se observa que no haya sangrado y se revisa que no existan desgarros en el mesosalpinx. El mismo procedimiento se efectúa en la trompa izquierda, habiendo orientado el útero hacia la derecha en ésta ocasión.

El orificio peritoneal, que sigue con las pinzas hemostáticas, se cierra con una sutura utilizando catgut crómico 00 ó ácido poliglicólico No.000, pidiendo a la paciente que puje antes de anular y lograr con esto que bajo visión directa salga mayor cantidad posible de aire intra-abdominal, esto reducirá las molestias post-operatorias por irritación del nervio frénico. Se sutura la fascia con catgut crómico 00 o ácido poliglicólico 000, usando un surgente continuo. Es importante no apretar demasiado la sutura para evitar dolor post-operatorio. Se ponen entonces dos puntos de la fascia de scarpa para evitar la formación de un espacio muerto. Por último se ponen dos puntos subcuticulares invertidos como se muestra, procurando situarlos equidistante del borde quirúrgico.

Se cubre la incisión con una gasa estéril, la cual permanece por 24 hrs. Se retira el elevador uterino y la canalización a la paciente. (5)

e.) RECUPERACION

Se mantiene a la paciente en reposo hasta que el efecto de la sedación haya pasado. Se le dan instrucciones, y se le permite ir a casa.

El control del dolor post-operatorio se puede lograr con aspirina o algún analgésico similar. La herida quirúrgica debe mantenerse limpia y seca.

Se recomienda incrementar poco a poco la actividad física hasta llegar a lo acostumbrado.

Las únicas restricciones son baños de tina y actividad física exagerada. (5)

f.) VALORACION POST QUIRURGICA

Es recomendable revisar a la paciente entre 4 y 7 días después del procedimiento, así como a los 6 meses y cada año posteriormente en caso de haber molestias, la paciente puede acudir para ser vista en cualquier momento.

Es frecuente escuchar que existe “ inflamación “ , aún cuando el examen físico sea negativo. El uso de calor local mejora notablemente este síntoma. (5)

7. COMPLICACIONES

a.) Transoperatorias

Las mas graves pueden ser depresión respiratoria además de lesión a la vejiga o intestino, el tratamiento es por supuesto individualizado. Debe existir siempre equipo de resucitación adecuado y acceso a facilidades para el posible manejo de cualquier problema médico o quirúrgico.

b.) Hematoma, Seroma o Absceso de la Incisión

Esto ocurre entre el 1 y 5 % de los casos y se maneja habitualmente con asepsia local a base de peróxido de hidrógeno y taponamiento con gasas secas cuatro veces al día, logrando en la mayoría de los casos un cierre por segunda intención en menos de 8 días .

c.) Fiebre

Ocurre en menos del 1% de los casos y puede deberse a infección urinaria o genital. El tratamiento es de acuerdo a las circunstancias con antibióticos de amplio espectro, reposo, analgésico y aumento de la ingestión de agua.

d.) Embarazo

El índice de falla para el método Pomeroy varia entre 2 a 4 casos por cada 1000 procedimientos. (5)

VI. MATERIAL Y METODOS

A. METODOLOGIA

1. TIPO DE ESTUDIO

Descriptivo, prospectivo.

2. SUJETO DE ESTUDIO

Lo constituyeron 150 hombres de parejas que han optado por la esterilización femenina como método de planificación familiar permanente en el Centro Quirúrgico de Aprofam. Entrevistados en Agosto y Septiembre de 1,998.

3. POBLACION Y MUESTRA

Se recolectará la información que durante el período determinado surja, revisar los libros de procedimientos de APROFAM, la cantidad de procedimientos es variable en cada mes, por lo que no se puede determinar la cantidad exacta de la muestra por lo que tomaremos esta como el universo siendo una muestra por conveniencia, por lo que esta será representativa en el tiempo estimado.

4. DESCRIPCION AREA DE TRABAJO

El estudio se realizó en Asociación Pro Bienestar de la Familia (Aprofam), en la clínica de Planificación Familiar.

5. CRITERIOS DE INCLUSION

En este estudio se incluyeron a todos los hombres de parejas que han optado por esterilización femenina durante agosto y septiembre, que acepten ser entrevistadores.

6. CRITERIOS DE EXCLUSION

- Personas que no aceptaron ser entrevistadas.
- Personas que por alguna razón no terminaron la entrevista.
- Hombres que por antecedente médicos y/o quirúrgicos no pueden optar por la vasectomía.

7. DEFINICION DE VARIABLES

Las variables a estudiar son las siguientes.

a.) EDAD

- Def. Conceptual: Tiempo transcurrido desde el nacimiento.
- Def. Operacional: Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el día de la entrevista.
- Unidad de Medida: En años
- Escala de Medición: Numérica

b.) ESCOLARIDAD

- Def. Conceptual: Conjunto de cursos aprobados por el estudiante.
- Def. Operacional: Grado académico alcanzado por el entrevistado.
- Unidad de Medida: En grados
- Escala de medición: Ordinal

c.) RELIGION

- Definición Conceptual: Doctrina o culto que se tributa a la divinidad
- Definición Operacional: Doctrina o creencia espiritual practicada por el entrevistado.
- Unidad de Medida: Según credo
- Escala de Medición: Nominal

d.) ESTADO CIVIL

- Definición Conceptual: Condición de un individuo concerniente a sus relaciones con otra persona y a la sociedad.
- Definición Operacional: Casado - Legalmente unido,
- Unión de hecho por más de 1 año, Soltero - No casado ni unido al momento del estudio, sin antes haberlo estado, Viudo - Sin esposa por fallecimiento de esta. Divorciado - Y con anterioridad al estudio estuvo casado.
- Unidad de medida Según condición: casado, unido, soltero, viudo, divorciado.
- Escala de Medición: Nominal

e.) PROCEDENCIA

- Definición Conceptual: Origen de una persona o cosa.
- Definición Operacional: Lugar en la geografía nacional en que nació el entrevistado.
- Unidad de medida: Nombre del departamento en que nació el entrevistado .
- Escala de Medición: Nominal

d.) NUMERO DE HIJOS VIVOS

- Definición Conceptual: Cantidad de hijos que viven como producto de un matrimonio a unión.
- Definición operacional : Cantidad de hijos que viven como producto de un matrimonio o unión.
- Unidad de Medida: Total de hijos vivos
- Escala de Medición: Numérica

g.) OCUPACION

- Definición Conceptual: Actividad, empleo u oficio al cual se dedica una persona.
- Definición Operacional: Obrero calificado - aquel cuyo trabajo requiere de adiestramiento (ej. carpintero, plomero)
- Obrero no calificado: Aquel cuyo trabajo no requiere aprendizaje (ej. peones)
- Profesional: Cuyo trabajo deriva de estudios a nivel diversificado o universitario.
- Desempleado: Sin empleo al momento de la entrevista
- Unidad de Medida: Según sea la ocupación se clasificará en Obrero calificado, obrero no calificado, profesional o desempleado.
- Escala de Medición: Nominal

h.) INGRESO MENSUAL

- Definición Conceptual: Cantidad de dinero que obtiene la persona como producto de su trabajo cada mes.
- Definición Operacional: Cantidad de dinero que obtiene el entrevistado mensualmente como producto de su ocupación.
- Unidad de Medida : En quetzales
- Escala de Medición: Proporción

i.) CONOCIMIENTO DE VASECTOMIA Y OTROS MPF

- Definición Conceptual: Conjunto de información concerniente a vasectomía y otros Métodos de Planificación Familiar.
- Definición Operacional: Conjunto de información concerniente a vasectomía y otros Métodos de Planificación Familiar.
- Unidad de Medida: Respuesta correcta de las preguntas relacionadas con el conocimiento sobre vasectomía y otros MPF
- Escala de Medición: Nominal

j.) ACTITUDES HACIA LA VASECTOMIA

- Definición Conceptual: Disposición de la persona hacia la vasectomía.
- Definición Operacional: Disposición del entrevistado hacia la vasectomía.
- Unidad de Medida: Resultado de respuestas y análisis de preguntas relacionadas con la actitud y disposición hacia la vasectomía.
- Escala de Medición: Nominal

k.) MEDIO DE COMUNICACIÓN

- Definición Conceptual: Instrumento por el cual se difunde información variada.
- Definición Operacional: Medio por el cual el entrevistado se enteró o recibió información sobre la vasectomía y otros medios de planificación familiar.
- Unidad de Medida: Televisión, radio prensa otros (ej. familia amigos etc.)
- Escala de Medición: Nominal.

8. PROCEDIMIENTO PARA RECOLETAR INFORMACION

Se recolectó la información, entrevistando a los hombres de parejas, que optaron por esterilización femenina como método de planificación familiar permanente, luego se tabuló la información conjuntamente, estudiante investigador, asesor y revisor, se procedió a realizar los cuadros y posteriormente se efectuó el análisis de los mismos.

a.) CONSIDERACIONES ETICAS:

El presente estudio se realizó con el objetivo de conocer la disponibilidad de los hombres, a efectuarse la vasectomía.

No se influyo en la desición que el entrevistado y su pareja hayan tomado para planificar su familia, no existió ningún riesgo físico o mental para los entrevistados, que aceptaron participar en este estudio.

b.) RECURSOS:

- | | |
|---------------|---|
| 1. Humano | - Hombre entrevistados.
- Personal de Bibliotecas |
| 2. Físicos | - Instalaciones
- Bibliotecas: Usac, Aprofam
- Fotocopiadoras
- Computadora. |
| 3. Materiales | - Equipo de oficina
- Boletas Recolección de Datos |
| 4. Económicas | - Gastos, Transporte, Fotocopias y gastos de impresión Q.2,500.00 |

**VII. PRESENTACION
Y
ANALISIS DE RESULTADOS**

CUADRO # 1

Disposición de los hombres ante la opción de la Vasectomía

DISPOSICION PARA EFECTUARSE LA VASECTOMIA

Se Haría la Vasectomía?	No.	%
SI	28	18.66
NO	122	81.34
Total	150	100

Fuente: Hombres entrevistados en clínica de planificación Familiar APROFAM.

En este cuadro se observa que de un total de 150 hombres entrevistados, que asistieron a la clínica de planificación familiar, sólo 18.66% tenían disposición a efectuarse la Vasectomía.

Los datos presentados concuerdan con literatura, pues hay aversión a la Vasectomía, existen muchos hombres que confunden este método con castración y creen que el procedimiento les causará impotencia y otros efectos adversos (3,10)

Todos estos temores podrían corregirse con buenos programas informativos.

CUADRO # 2

**Disposición de los hombres ante la opción
de la Vasectomía**

DISTRIBUCION POR EDAD

EDAD	SI		NO		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
menos 25 a.	0	0	0	0	0	0
25 a 29 años	1	0.66	5	3.33	6	3.99
30 a 34 años	14	9.33	44	29.33	58	38.66
35 a 39 años	8	5.33	44	29.33	52	34.66
40 a 44 años	5	3.33	29	19.33	34	22.66
45 a 49 años	0	0	0	0	0	0
mayor 50 a.	0	0	0	0	0	0
TOTAL	28	18.65	122	81.32	150	100

Fuente: Hombres entrevistados en clínicas de Planificación Familiar
Aprofam.

Se observa en este cuadro que a partir de los 30 años la negativa de efectuarse la Vasectomía es mayor que en otras edades. Posiblemente porque además de falta de información se debe tomar en cuenta la edad en que se unieron a su pareja y esto hace que los hombres tengan también cierta negativa con respecto a realizarse esta operación. Aunque en general la edad no influye en la decisión de aceptar la Vasectomía, pues diferentes hombres eligen este método diferentes edades. (14).

CUADRO # 3
Disposición de los hombres ante la opción
de la Vasectomía

DISTRIBUCION POR NIVEL DE ESCOLARIDAD

Escolaridad	SI		NO		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
Primaria	4	2.66	36	24	40	26.66
Secundaria	8	5.33	30	20	38	25.33
Diversificado	10	6.66	45	30	55	36.66
Universitario	6	4	10	6.66	16	10.66
Ninguno	0	0	1	0.66	1	0.66
Total	28	18.65	122	81.32	150	100

Fuente: Hombres encontrados en Clínica de Planificación Familiar
 Aprofam.

En el presente cuadro se observa que la cantidad de hombres con nivel de escolaridad superior son los que más se niegan a realizar la Vasectomía.

Es importante recalcar que en este estudio la mayoría de entrevistados tenían un nivel escolar aceptable para comprender todo lo referente a Vasectomía, pero aún así tienen muchas dudas y creencias erróneas que no permiten la aceptación del procedimiento.

Los datos anteriores concuerdan con la literatura que indica que una educación general formal no influye en la elección de la Vasectomía.

CUADRO # 4
Disposición de los hombres ante la opción
de la Vasectomía

NIVEL OCUPACIONAL DE LOS HOMBRES
DISPUESTOS A EFECTUARSE VASECTOMIA

Nivel Ocupacional	No.	%
Profesional	6	21.42
Obrero Calificado	6	21.42
Obrero No Calificado	6	57.14
Total	18	100

Fuente: Hombres entrevistados en Clínica de Planificación Familiar
 Aprofam.

De los hombres que están dispuestos a efectuarse la Vasectomía son los profesionales y los obreros calificados, los que presentan un bajo porcentaje (42.84%) de disponibilidad para operarse, lo que nos indica que a cualquier nivel ocupacional en nuestro medio la Vasectomía es poco aceptada, mientras que en otros países es muy utilizada por los hombres de cualquier nivel ocupacional, eligen la Vasectomía como método para planificar su familia (11).

CUADRO # 5

Disposición de los hombres ante la opción
de la Vasectomía

DISTRIBUCION POR NUMERO DE HIJOS

Número de Hijos	SI		NO		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
2	4	2.66	11	7.33	15	10
3	18	12	65	43.33	83	55.33
4	6	4	35	23.33	41	27.33
5	0	0	5	3.33	5	3.33
6 ó +	0	0	6	4	6	4
Total	28	18.66	122	81.32	150	99.99

Fuente: Hombres entrevistados en Clínicas de Planificación Familiar Aprofam.

En este cuadro se observa que el número de hijos influyó en que la pareja buscara algún método de planificación familiar (3 ó + hijos 92.66%), pero no influye en el porcentaje de los hombres que deseen operarse.

El temor a perder hijos, especialmente en áreas de mortalidad alta disuade a algunos hombres de preceder a la Vasectomía(11).

CUADRO # 6

Disposición de los hombres ante la opción
de la Vasectomía

**CONOCIMIENTO DE METODOS DE
PLANIFICACION FAMILIAR TEMPORAL**

No. Métodos Conocidos	No.	%
2 - 3	79	52.66
4 - 5	59	39.33
6 ó +	7	4.66
Ninguno	2	1.33
Total	147	100

Fuente: Hombres entrevistados en Clínica de Planificación Familiar
Aprofam.

Se observa en este cuadro que de los 150 hombres entrevistados 52.66% conoce al menos 2 ó 3 métodos de planificación familiar, temporal ya sea por quehan usado ó por que han recibido información sobre ellos.

Estos resultados nos indican que posiblemente se imparte más orientación sobre métodos de planificación familiar temporal, sin que se dé también la opción de métodos permanentes.

Es importante proporcionar información adecuada al posible usuario de métodos de planificación familiar temporal o permanente, pues contribuirá a el éxito del método elegido.

CUADRO # 7

**Disposición de los hombres ante la opción
de la Vasectomía**

**CONOCIMIENTO DE METODOS DE PLANIFICACION
FAMILIAR PERMANENTE**

Método Conocido	SI	NO	TOTAL
Ligadura de Trompas	147	3	150
Vasectomía	47	103	150

Fuente: Hombres entrevistados en Clínica de Planificación familiar
Aprofam

En este cuadro se observa que la esterilización femenina es mucho más conocida, que la vasectomía, que es el método de esterilización masculino.

Actualmente Aprofam reporte que, de las esterilizaciones efectuadas, tanto masculinas como femeninas, 20% son Vasectomías y 80% son ligaduras tubáricas.(18) Lo que coinciden con nuestros datos pues es la forma más aceptada y conocida de planificación familiar permanente.

CUADRO # 8

Disposición de los hombres ante la opción
de la Vasectomía

DISTRIBUCION POR RELIGION

Religión	SI		NO		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
Católico	16	10.6	75	50	91	60.6
Evangélico	12	8	36	24	48	32
Ninguna	0	0	7	4.66	7	4.66
Otra	0	0	4	2.66	4	2.66
Total	28	18.6	122	81.32	150	99.92

Fuente: Hombres entrevistados en Clínica de Planificación Familiar
Aprofam.

Se observa en el presente cuadro que la religión católica es la que más acepta (10.6%) la vasectomía, pero también es la religión que más la rechaza (50%).

La Vasectomía según otros estudios, es igualmente aceptada por católicos y no católicos, los miembros de esta iglesia aceptan la Vasectomía, sin tomar en cuenta la posición oficial, así como aceptan cualquier otro método anticonceptivo no aprobado por la iglesia. (14) Mientras hay otros católicos que obedecen el mandato de la iglesia y rechazan este tipo de anticoncepción como la revuelvan los datos presentados.

CUADRO # 9

Disposición de los hombres ante la opción
de la Vasectomía

**INFORMACION SOBRE VASECTOMIA Y MEDIO
COMUNICACIÓN EN QUE LA OBTUVIERON**

Información	No.	%
Aprofam	30	20
Médico	10	6.66
Enfermera	5	3.33
Amigos o familiares	7	4.66
Televisión	2	1.33
Otra Institución	8	5.33
No recibió Información	88	58.66
Total	150	100

Fuente: Hombres entrevistados en Clínica de Planificación Familiar Aprofam.

En este cuadro se observa que la mayor parte de información (20%), sobre vasectomía se da en instituciones especializadas en dicho método (Aprofam) mientras que el 21.25% lo dan otras personas ya sean Médicos, enfermeras, amigos y otras instituciones, algo importante es que un 58.66% de estos hombres no han obtenido información al respecto.

En otros países la orientación con respecto a Vasectomía se imparte, con lectura previa de literatura relacionada y luego una persona entrenada para el efecto o un médico da la orientación (11).

Si bien en nuestro país no podemos hacer lo mismo por el atenuante, de nuestro índice de alfabetismo hay otros medios, audiovisuales por ejemplo, para poder orientar a los que estén interesados y aumentar así la aceptación en nuestro medio de la Vasectomía.

CUADRO # 10

**Disposición de los hombres ante la opción
de la Vasectomía**

CONOCIMIENTO CORRECTO SOBRE VASECTOMIA

Conocimiento	No.	%
Correcto	71	87.6
Incorrecto	10	12.34
Total	81	100

Fuente: Hombres entrevistados en Clínica de Planificación Familiar Aprofam.

Se tomo como conocimiento correcto las respuestas que coincidieran o tuvieran similitud con el concepto que de Vasectomía se da en este trabajo, y como incorrecto el que se alejará de este rango.

En este cuadro se observa que el porcentaje de hombres (87.6%) que tiene el conocimiento correcto de lo que es vasectomía es alto, contra en porcentaje lógicamente bajo de los que tienen conocimiento incorrecto.

Esto es importante, pues estos hombres son pieza clave en la aceptación de la Vasectomía en nuestro medio, pues al poseer la orientación correcta pueden divulgarla a otros hombres interesados en este método de planificación familiar.

CUADRO # 11

**Disposición de los hombres ante la opción
de la Vasectomía**

**CREENCIAS SOBRE DAÑOS O COMPLICACIONES
POSTERIORES A LA VASECTOMIA**

Creencias y Daños	No.	%
No sabe	69	46
Ninguno	28	18.66
No procreación en nueva relación	3	2
Psicológico	8	5.33
Debilidad	8	5.33
Aumento de peso	4	2.66
Disminución deseo sexual	25	16.66
Impotencia	4	2.66
Cancer	1	0.66
Total	150	100

Fuente: Hombres entrevistados en Clínica de Planificación Familiar Aprofam.

En este cuadro podemos observar que el 35.3% del total de hombres entrevistados opina que la vasectomía produce algún daño, mientras que un porcentaje sumamente bajo (18.66%) no le atribuye ningún daño.

Aunque no hay evidencia científica que la Vasectomía afecte la capacidad sexual, este es el daño que más preocupa a los entrevistados. En Guatemala un estudio realizado por Aprofam de 500 pacientes Vasectomizados reportó que 69.4% de dichos pacientes no había perdido su poder sexual después de la operación y 40% sintió más satisfacción en sus relaciones sexuales. (18)

CUADRO # 12

**Disposición de los hombres ante la opción
de la Vasectomía**

**INFORMARIAN A SU PAREJA HABERSE EFECTUADO
VASECTOMIA**

Información	No.	%
SI	119	79.33
NO	28	18.66
No Respondió	3	2
Total	150	100

Fuente: Hombres entrevistados en Clínica de Planificación Familiar Aprofam.

En este cuadro se observa que la mayoría de los hombres entrevistado le informarían a su pareja de haberse efectuado vasectomía, mientras que en pequeño porcentaje de ellos (18.66%) no le informaría a su pareja haberse operado.

Estos datos son importantes por ser el papel de la esposa fundamental, no sólo en la decisión del esposo a efectuarse dicho procedimiento, sino en el tiempo del post-operatorio.

Las esposas también se oponen en ocasiones a la Vasectomía, unas por temor a que torne impotentes a sus maridos, otras por temor a que sus esposos tengan la libertad de tener relaciones sexuales extraconyugales (11).

El pequeño porcentaje que lo le informaría a su esposa de haberse operado, refieren que sería una buena forma de saber si sus parejas le son fieles.

CUADRO # 13

Disposición de los hombres ante la opción
de la Vasectomía

**PREFERENCIA DEL HOMBRE PARA QUE SU PAREJA
SE EFECTUE ESTERILIZACION QUIRURGICA**

Preferencia	No.	%
La mujer es más adecuada para esos procedimientos.	31	20.66
La esterilización femenina es más segura.	28	18.66
Es el método de planificación permanente más conocido.	17	11.33
No sabía que existía la Vasectomía.	14	9.33
Fué desición tomada en pareja	10	6.66
Mi pareja prefiere operarse.	10	6.66
Otros	40	26.66
Total	150	100

Fuente: Hombres entrevistados en Clínica de Planificación Familiar
Aprofam.

En este cuadro, los hombres entrevistados en un 20.66% aducen que la mujer es más resistente al dolor, que soportan mejor esos procedimientos y por lo tanto son más adecuadas para el mismo y en 28% que es más seguro, lo que refleja la poca aceptación de vasectomía por parte de los hombres, por temor al dolor o a otro tipo de complicaciones.

Además los hombres son los principales proveedores de la familia, por que también están menos dispuestos a asumir riesgos de salud, también el temor al dolor a los efectos adversos hace que prefieran que sus esposas se sometan a la esterilización quirúrgicos.

VIII. CONCLUSIONES

En esta sección se describe las conclusiones a las que se llegó a través de la información obtenida en esta investigación y de su correspondiente presentación y discusión de resultados.

1. La disponibilidad del hombre para efectuarse la Vasectomía es baja, debido posiblemente a la falta de información con respecto a la existencia de este método.
2. La mayoría de parejas conoce por lo menos dos métodos de anticoncepción (Temporales ó definitivos), sin embargo no conocen el método de esterilización masculino.
3. La mayoría de temores y creencias con respecto a Vasectomía, se circunscribe a disminución de la capacidad sexual y física.
4. La mayoría de información sobre Vasectomía es dada en instituciones afines a Planificación Familiar, y no hay difusión de la misma en otros medios informativos (eje. T.V., radio, medios escritos, etc.).
5. Los hombres prefieren la esterilización femenina, por creer que es más seguro, por temor al dolor, a las complicaciones y a la falta de buena información.
6. Los datos generales de los entrevistados, no influyen en la disponibilidad de efectuarse o no la Vasectomía.

IX. RECOMENDACIONES

En esta sección se hace referencia a las recomendaciones que derivan de la investigación realizada.

1. Concientizar al hombre, sobre la igualdad en la responsabilidad de la planificación familiar.
2. Que el plan educacional se imparta a grupos de parejas que deseen anticoncepción.
3. Divulgar a través de diversos medios informativos, la existencia del método de esterilización masculina, para que aumente su aceptación en la población.

X. RESUMEN

El presente estudio descriptivo, prospectivo se realiza con el objeto de determinar la disposición de los hombres ante la opción de la Vasectomía, el conocimiento de la existencia de dicho método, así como sus creencias en 150 hombres de parejas que optaron por la esterilización femenina durante el período de agosto y septiembre de 1,998.

El estudio se realizó entrevistando a los hombres utilizando, una boleta para obtener la información.

Entre los resultados obtenidos tenemos que el 81.34% de los hombres entrevistados no están dispuestos a efectuarse la Vasectomía. Con respecto a su escolaridad, edad, ocupación, religión y el número de hijos, no influye en el deseo de operarse. De los entrevistados 52.66% conoce al menos 2 ó 3 métodos de planificación familiar.

Mientras que sólo el 31.33% conoce la Vasectomía. El 87.6% de los entrevistados posee buena información sobre Vasectomía pero, sin embargo aducen que las mujeres son más adecuadas para la esterilización quirúrgica, como preferencia para que su pareja se opere.

Se sugiere impartir orientación sobre Vasectomía a grupos de parejas que deseen anticoncepción, que se divulgue información al respecto en diversos medios de comunicación para aumentar la aceptación de la Vasectomía en nuestro medio.

XI. BIBLIOGRAFIA

1. Asociación pro-Bienestar de la Familia APROFAM, Vasectomía Manual de Procedimientos. Folleto elaborado por APROFAM. 1992 p. 2 - 20
2. Benson, Raplh C. y Pernoll, Martín L. Manual de Obstetricia y Ginecología. Edit. Interamericana-Mc. Graw Hill, Novena edición . 1994 p. 836.
3. Blumenthal, Paul. Guía de Bolsillo para Proveedores de Servicio de Planificación Familiar. USA 1995 p. 18.
4. Cobo, Eduardo. Reproducción. Asociación Latinoamericana de Investigaciones, Bogota 1979. P.726
5. Domezian, Mario Dr. Oclusión Tubaria a través de Minilaparotomía, Manual de procedimientos. 1986. P. 7-45
6. Fawcet, Don W. Dr. Tratado de Histología. Edit. Interamericana, 11va. Edición México 1989. P. 1026.
7. Guyton, Arthur C. Dr. Tratado de Fisiología Médica. Edit. Interamericana - Mc. Graw Hill. 2ª. Edición México 1989. p1011.
8. Jones III, Howard y Colston Anne. Tratado de Ginecología Novak. Editorial Interamericana - Mc Graw Hill 11va. Edición 1991 . p. 821.

9. Keliman, R.L. Vasectomía. Federación Interamericana de la Familia. Londres 1992.
10. Kleima, Ronald L. Manual de Planificación para Médicos. Editado IPPF 6ta Edición, Inglaterra. p. 190-193.
11. Munford, Stephen D.Dr. Orientación sobre Vasectomía, Guía Abreviada. Asociación Pro-Salud Maternal, Editorial San Francisco Press 1988. p.30
12. O'Rahilly, Ronan, Md. Anatomía de Gardner. Editorial Interamericana. 5ta. Edición México 1989. p. 928.
13. Populations Reports Vasectomy. Serie D#2, Populations Informations Program Tehe Jhonson Hopkins University, Baltimore - USA, Diciembre 1977. p.31-35.
14. Populations Reports Vasectomy serie D #4. Populations Publications Information Program the Jhonson Hopkins University, Baltimore - USA 1984. p. 31-34.
15. Ruíz, Velazco, V. Aspectos Prácticos de los métodos de planificación Familiar. Librería de Medicina 1ª. Edición, México 1978. p. 247.
16. Rouviere, H. y Delmas, A. Anatomía Humana. Editorial Masson, Barcelona 9ª. Edi. Tomo II 1991. P. 687.
17. Salvat Editores. Diccionario Médico. Edit. Salvat 2da. Edición - Barcelona 1987. p. 632.
18. Santizo, Roberto y Cols. Estudio de Seguimiento de 500 Aceptantes de Vasectomía en Guatemala. Asociación Pro-Bienestar de la Familia APROFAM - Guatemala 1983. p.54
19. Schwartz, Seymour Dr. Principios de Cirugía. 5ª. Edición 1991

tomo II Edit. Interamericana - Mc.Graw Hill. p.1608-1609.

20. World Helath Organization. Vasectomy, What health workers need to know. Family Planing an Population Division of Family Health - Switzarland 1994. p.17

XII. ANEXOS

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIA MEDICAS

UNIDAD DE TESIS

Tesis: **DISPOSICION DE LOS HOMBRES**

ANTE LA OPCION DE LA VASECTOMIA

Br. INGRID M. RAMIREZ G.

BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

Fecha ___/___/___

No. de Boleta _____

1.- Edad

- Menos de 25a ()
25 a 29 años ()
30 a 34 años ()
35 a 39 años ()
40 a 44 años ()
45 a 49 años ()
mayor de 50 a ()

2.- Escolaridad

- Primaria ()
Secundaria ()
Diversificado ()
Universitario ()
Ninguno ()

3.- Estado Civil

- Soltero ()
Casado ()
Unido ()
Viudo ()
Divorciado ()

4.- Religión

- Católica ()
Evangélica ()
Ninguna ()
Otra ()

5.- Procedencia _____

6.- Ocupación _____

7.- Ingreso Mensual _____

Cual ? _____ 8.- No. de hijos vivos _____

9.- Qué método de planificación familiar conoce ?

- | | |
|---------------------------|-------------------------|
| Condón o Preservativo () | Ligadura de trompas () |
| Píldoras () | Vasectomía () |
| DIU () | Diafragma () |
| Inyecciones () | Ritmo () |
| Espermicida () | Ninguno () |

10.- Ha recibido usted información con respecto a vasectomía ?

Si () No ()

En donde o quién les dio la información

11.- Sabe usted que es Vasectomía ?

Si () No ()

Que es ? _____

12.- Que daños cree usted que pueden quedar después de que un hombre se realice la vasectomía ?

13.- Se haría usted la vasectomía ?

Si () No ()

Por qué ? _____

14.- Cual es la razón por la que usted prefiere que sea su esposa quien se realice esterilización permanente ?

15.- Si usted se realizara la vasectomía le informaría a su esposa ?

Si () No ()

Por qué ? _____
