



Revista Electrónica de Psicología Iztacala



Universidad Nacional Autónoma de México

Vol. 19 No. 1

Marzo de 2016

PERFIL DE VARONES QUE CONFIRMAN AZOOSPERMIA MEDIANTE ESPERMATOBIOSCOPIA DESPUÉS DE LA VASECTOMÍA SIN BISTURÍ

Diana Isela Córdoba Basulto¹, Rodolfo Elías Valdepeña Estrada², José Salvador Sapién López³ y Sara Patricia Patiño Osnaya⁴
Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Estudios Superiores Iztacala

RESUMEN

Objetivo: identificar el perfil de varones que confirman la azoospermia postvasectomía a través de la espermatobioscopia. Método: estudio retrospectivo transversal descriptivo. Realizado en un hospital público de la Ciudad de México. Revisión de 107 expedientes clínicos de pacientes con vasectomía y espermatobioscopia. Periodo de 2007 a 2014. Resultados: las características del perfil incluyeron: pacientes derechohabientes (92) y no derechohabientes (15); edad promedio de primera relación sexual de 17.5 años; 7 parejas sexuales en promedio; con deseos de tener relaciones sexuales sin reproducción con mujeres en edad fértil; promedio de edad propia de 37.9 y de su pareja de 33.7 años; la mayoría casados, con 2 hijos y 10 años de convivencia en pareja; uso común de preservativo prevasectomía y rechazo de otros métodos anticonceptivos; principalmente con formación técnica o profesional y pareja dedicada al hogar, pero también profesionales y técnicas; varones que se apegan responsablemente a las

Agradecemos la colaboración del equipo de enfermeras del Centro de Cirugía Ambulatoria, que participó en el registro de los datos y a las trabajadoras sociales que realizaron las entrevistas.

¹ Dra. Diana Córdoba. Psicóloga y Antropóloga Médica. Profesora e investigadora. Universidad Nacional Autónoma de México. e-mail: dicordoba@hotmail.com

² †Dr. Rodolfo Valdepeña. Urólogo. Médico adscrito al servicio de Urología del Centro de Cirugía Ambulatoria, ISSSTE.

³ Dr. Salvador Sapién. Psicólogo y Antropólogo. Profesor e investigador. Universidad Nacional Autónoma de México. e-mail: josesapien@hotmail.com

⁴ Enfermera Sara Patiño. Servicio de urología del Centro de Cirugía Ambulatoria, ISSSTE.

indicaciones médicas: espermatobioscopia con 25 eyaculaciones postvasectomía y entrega de resultados a las 12 semanas. Todos consiguieron azoospermia, 96% en primera espermatobioscopia, el resto posteriormente. Conclusiones: es importante insistir en la espermatobioscopia postvasectomía. La participación multidisciplinaria de urología, enfermería, psicología y antropología médica brindó beneficios para los pacientes y para el sector salud.

Palabras clave: Perfil espermatobioscopia, Vasectomía, azoospermia, hombres, equipo multidisciplinario

PROFILE OF MEN WITH AZOOSPERMIA CONFIRMING SPERMATOBIOSCOPY AFTER NO-SCALPEL VASECTOMY

ABSTRACT

Objective: to identify the profile of men who confirmed post vasectomy azoospermia through spermatobioscopy. Method: it was a retrospective transversal and descriptive study. It took place in a public hospital in Mexico City. Review of 107 records of medical patients with vasectomy and spermatobioscopy, during the period of 2007-2014. Results: the profile included several features: rightholders (92 cases) or non-beneficiary patients (15 cases); average of 17.5 years old during the first intercourse; sexual experiences with seven partners on average; wishes of having sex without reproduction with women in childbearing age; average age of 37.9 years; 33.7 years old partners; ten years of couple life; fathers of two children; common use of condoms and vasectomy after rejection of other contraceptive methods; males with mainly technical or professional training; home dedicated partners but also with professional or technical training; men that responsibly adhere to the medical indications: spermatobioscopy after 25 post vasectomy ejaculations and delivery of results at 12 weeks. Everyone achieved azoospermia, 96% in first spermatobioscopy, the rest, afterwards. Conclusions: it is important to insist on the post vasectomy spermatobioscopy. The multidisciplinary participation of urology, nursing, psychology and medical anthropology provided benefits to the patients and to the health sector.

Keywords: Profile spermatobioscopy, vasectomy, azoospermia, men, multidisciplinary team.

Las opciones anticonceptivas masculinas desde hace varias décadas siguen siendo las mismas a pesar de que cada vez hay más varones que desean una vida sexual no reproductiva.

La efectividad de los métodos anticonceptivos masculinos que más se emplean puede variar. Con el preservativo, en uso correcto de colocación y retiro, se puede tener hasta el 98%; con el coito interrumpido, si se tiene el control suficiente para no eyacular en el interior de la vagina y no hay fuga de espermatozoides en el

lubricante pre eyaculatorio, se puede tener hasta un 70%; con la vasectomía, si la técnica quirúrgica fue correcta y no hay recanalización espontánea, se logra un 99%; finalmente, la única forma que puede garantizar el 100% es la abstinencia sexual (Córdoba y Sapién, 2010; Aspilcueta, 2013).

Se han realizado algunas pruebas para emplear otros métodos anticonceptivos para bloquear la producción de espermatozoides, utilizando agentes citotóxicos antiespermatogénicos, sin embargo, aún no están disponibles debido a posibles efectos secundarios como disfunción eréctil o decremento de la libido (Aspilcueta, 2013).

La vasectomía en México, de acuerdo a los datos reportados por el INEGI (2015), en el año de 2009 ocupaba el 2.6% de las opciones anticonceptivas empleadas y para el año de 2014 pasó a ocupar el 2.7% del total de métodos anticonceptivos que utiliza la población en edad reproductiva. El incremento fue mínimo, por lo que resulta necesario profundizar sobre las características de la población masculina que utiliza la vasectomía como método de anticoncepción, para poder realizar propuestas encaminadas a favorecer su uso en vías de una opción viable para los varones y una equidad de género en materia de salud sexual reproductiva y no reproductiva.

La vasectomía es un método de anticoncepción definitivo que consiste en un procedimiento médico-quirúrgico que sirve para interrumpir el paso de los espermatozoides a través de los conductos deferentes y eliminar la posibilidad de ser expulsados al exterior mediante la eyaculación. Requiere posteriormente a su realización de la confirmación de ausencia de espermatozoides en el semen, mediante una prueba de laboratorio denominada espermatobioscopia o espermograma. Es importante enfatizar que la vasectomía no es un medio para la prevención de riesgo de contagio de enfermedades o infecciones de transmisión sexual (Córdoba y Sapién, 2010).

La espermatobioscopia o espermograma permite obtener información sobre aspectos físicos relacionados con las glándulas y células del testículo y con otras células. Vásquez (2011), señala que es posible conocer mediante este estudio,

dentro de los aspectos celulares del semen y el recuento de espermatozoides, la ausencia de éstos (azoospermia).

La importancia de la espermatobioscopia postvasectomía permite que, por una parte, el varón tenga confianza en la vasectomía cuando obtiene el resultado de azoospermia y le favorezca tener una vida sexual más satisfactoria al eliminar la preocupación de un embarazo. Por otra parte, la pareja sexual también puede tener confianza de dejar de utilizar otros métodos anticonceptivos cuando tenga relaciones sexuales con el hombre vasectomizado.

Diversos trabajos han discutido acerca del número de espermatobioscopias que se recomiendan después de la vasectomía como forma de seguimiento de esta cirugía (Bradakumar, Gogoi, y Sundaram, 2000; Rajmil, Fernández, Rojas-Cruz *et al.*, 2010).

La vasectomía puede tener algunas fallas (1%). En la espermatobioscopia se pueden encontrar espermatozoides postvasectomía, y ser necesario repetir el estudio en más de una ocasión hasta que el reporte confirme la azoospermia. Las razones de que la vasectomía fallara podrían ser la técnica quirúrgica empleada (Flores, Jiménez, Madrigal y cols., 2014), la recanalización espontánea (Verhulst, y Hoekstra, 1999; Lucon, Lucon, Pasqualoto *et. al.* 2007), o la presencia de conductos deferentes supernumerarios (Valdepeña, Córdoba, Sapién *et al.*, 2010). Existe la recomendación de Rajmil, Fernández, Rojas-Cruz *et al.* (2010), de no ofrecer el resultado de azoospermia como parte de la realización de la vasectomía para evitar posibles conflictos de tipo legal.

Algunos estudios han reportado el perfil de varones que se realizan la vasectomía (Lara, Velázquez y Reyes, 2010; Flores, Jiménez, Madrigal *et al.*, 2014). Sin embargo, no todos los varones a quienes se les ha realizado la vasectomía acuden a hacerse el estudio de espermatobioscopia. Por ejemplo, Flores, Jiménez Madrigal *et al.* (2014) reportaron que sólo el 40.5%, de un total de 1023 casos, se realizó el control de conteo espermático. En otro reporte en donde se entrevistó a 2063 pacientes vasectomizados acerca del seguimiento, aparición de complicaciones, cumplimiento en asistencia a las citas para revisión postquirúrgica, espermatobioscopia y revisión de resultados, se encontró que sólo

el 3.5% completó el seguimiento (Cardona, Otero, Juárez *et al.* 1999). Por su parte, Lara Velázquez y Reyes (2010), coinciden en documentar la irregularidad en la asistencia para la realización de la espermatobioscopia directa de control postvasectomía ya que de 596 hombres que fueron vasectomizados sólo aproximadamente la mitad cumplió con el requisito de ese estudio.

Existen algunas opiniones de por qué los varones no han dado seguimiento a su intervención quirúrgica de vasectomía y no se realizan la espermatobioscopia, entre estas se encuentran: falta de tiempo, olvido, incompatibilidad con el horario de trabajo y desinformación (Cardona, Otero, Juárez y cols. (1999). Entonces, podemos preguntar ¿Cuál es el perfil de los varones que, además de elegir la vasectomía, confirman el resultado de azoospermia mediante la espermatobioscopia? Así, el objetivo de la presente investigación fue identificar las características sociodemográficas y de seguimiento de indicaciones médicas de hombres con vasectomía y espermatobioscopia con resultado de azoospermia.

Método

Fue un estudio retrospectivo, transversal, descriptivo. Se realizó en un consultorio del servicio de urología de un hospital público de la Ciudad de México, donde se realizaba la vasectomía sin bisturí con el siguiente protocolo:

En el Centro de Cirugía Ambulatoria, el procedimiento de vasectomía sin bisturí se realiza como parte del Programa Nacional de Planificación Familiar, por lo que permite la atención para varones que desean emplear este método de anticoncepción definitiva. La vasectomía sin bisturí, en este Centro, se lleva a cabo de forma gratuita también para varones que no son derechohabientes de este servicio de salud pública. En el servicio de urología, se recibe a varones que llegan derivados de clínicas del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE) con un diagnóstico de paternidad satisfecha y que solicitan de manera voluntaria el empleo de un método de anticoncepción definitivo. Así mismo, se atiende a varones no derechohabientes que solicitan la vasectomía de forma voluntaria para planificación familiar. Se realiza la historia clínica, se hace una exploración física, se explica la técnica quirúrgica a emplear y

se mencionan las ventajas y desventajas de la vasectomía sin bisturí, haciendo alusión a su efectividad del 99%. Se informa al paciente quién va a ser el urólogo responsable de la cirugía y se programa la cita para el día de ésta. Se dan las indicaciones preoperatorias, se realiza la firma del consentimiento informado y, por último, se tiene una entrevista con una trabajadora social del Centro. El día de la cirugía, al finalizar ésta, se dan las indicaciones de cuidados postoperatorios y se da la cita para la primera revisión postvasectomía. En la primera revisión postvasectomía, se dan las indicaciones siguientes: (1) acudir al laboratorio para trámite de la cita, (2) previo al estudio tener, entre 20 y 25 eyaculaciones, (3) las eyaculaciones pueden ser mediante acto sexual con la pareja o por masturbación, (4) usar o continuar con el empleo de un método anticonceptivo para evitar un embarazo mientras no se confirme la azoospermia, (5) recoger directamente sus resultados en el laboratorio y (6) después de 2 meses y medio posteriores a la vasectomía, acudir al servicio de urología para revisión de los resultados de espermatobioscopia y un último chequeo médico postvasectomía. Finalmente, cuando acuden a la cita, se da la interpretación de los resultados de la espermatobioscopia, se hace la segunda revisión de la intervención quirúrgica postvasectomía, se dan las indicaciones médicas necesarias y se da la alta médica correspondiente.

Debido a la baja frecuencia de empleo de la vasectomía como opción de método anticonceptivo elegido por los hombres, y con la finalidad de conocer más sobre las características de la población masculina que solicita la vasectomía sin bisturí en el servicio de urología, se inició un registro de los datos sociodemográficos de los pacientes que acudían para vasectomía sin bisturí y que regresaban para la entrega e interpretación de sus resultados de espermatobioscopia. El registro se hizo desde el último trimestre de 2007 hasta el primer trimestre de 2014. Este registro se realizó por parte del personal de salud del servicio de urología (psicóloga y enfermeras asignadas al servicio de urología). Para mantener la confidencialidad de la información, se asignó una clave numérica diferente a cada expediente.

De un total de 531 casos, se encontró el registro de 107 casos de vasectomía sin bisturí y su correspondiente espermatobioscopia. Estos casos se distribuyeron de la siguiente manera: año 2007 (6), año 2008 (22), año 2009 (21), año 2010 (7), año 2011 (16), año 2012 (16), año 2013 (13), año 2014 (6).

Las variables consideradas por el presente estudio fueron:

I. Datos sociodemográficos:

1. Derechohabiente del servicio médico.
2. Edad de inicio de vida sexual del varón.
3. Número de parejas sexuales de los varones.
4. Edad de los varones a quienes se les practicó la vasectomía.
5. Edad de la pareja de los varones con vasectomía.
6. Estado civil.
7. Tiempo de vivir con la pareja.
8. Número de hijos.
9. Método anticonceptivo antes de la vasectomía.
10. Ocupación del varón.
11. Ocupación de la mujer que vivía con el varón a quien se le realizó la vasectomía sin bisturí
12. Semanas transcurridas a partir del día de la vasectomía hasta que acudieron a llevar el resultado para interpretación.
13. Número de eyaculaciones previas a la espermatobioscopia.
14. Resultado de azoospermia.

La captura de los datos y su procesamiento y análisis se realizaron con el programa IBM SPSS Statistics 19 con licencia de la UNAM. Se llevó a cabo un análisis con estadística descriptiva de las diferentes variables: frecuencias, porcentajes y medidas de tendencia central.

Resultados

A continuación se presentan los hallazgos obtenidos en las diferentes variables.

I. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

DERECHOHABIENTE DEL SERVICIO MÉDICO

Del total de hombres atendidos (107), sólo 15 de ellos no eran derechohabientes de los servicios médicos de esta institución de salud pública.

EDAD DE INICIO DE VIDA SEXUAL DEL VARÓN

La edad mínima en que iniciaron su vida sexual fue a los 12 y la máxima a los 28 años, con un promedio de 17.6 y una moda de 18 años.

NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES DE LOS VARONES

El número de parejas sexuales reportado se ubicó en los extremos entre 1 y 200 parejas, con una media de 7 y una moda de 2 parejas.

EDAD DE LOS VARONES A QUIENES SE LES REALIZÓ LA VASECTOMÍA

Las edades de 31 a 39 años fueron las de mayor frecuencia. La edad mínima fue de 26 años y la máxima de 61 años, con una media de 37.9, una desviación típica de 7.02 y una moda de 39 años. El 14% (15) tenían de 26 a 29 años, el 51% (55) estaban entre los 30 y 39 años, el 31% (33) ya habían cumplido entre 40 y 49 años y sólo el 4% (5) tenían de 52 a 61 años de edad.

EDAD DE LA PAREJA DE LOS VARONES CON VASECTOMÍA

La edad mínima de las mujeres que eran pareja de los varones a quienes se les realizó la vasectomía fue de 20 años y la máxima de 50 años, con una media de 33.7 y una desviación típica de 6.1. El 27% (29) tenían de 20 a 29 años, el 52% (67) estaban entre los 30 y 39 años y el 20% (22) ya habían cumplido entre 40 y 50 años de edad.

ESTADO CIVIL

Cuando acudieron a la cirugía por vasectomía el 87% estaban casados, el 7% vivían en unión libre, el 2% eran solteros, un 3% eran divorciados o separados pero con pareja y sólo uno era divorciado y no tenía pareja.

TIEMPO DE VIVIR CON LA PAREJA

El tiempo mínimo de vivir con su pareja fue de seis meses y el máximo de 30 años. Había un varón que, al momento de solicitar la vasectomía, era divorciado y no tenía pareja. La media fue de 10.8 años y la desviación típica de 5.7, con una moda de 10 años de vivir con su pareja.

NÚMERO DE HIJOS

El 61% tenía 2 hijos, el 22% tenía 3 hijos, el 8% tenía 1 hijo, el 6% tenía 4 hijos, el 1% tenía 5 hijos y, por último, el 2% no tenía hijos.

MÉTODO ANTICONCEPTIVO ANTES DE LA VASECTOMÍA

El 38% utilizaba el condón o preservativo, el 25% no utilizaba ningún método anticonceptivo, el 14% empleaba el DIU, el 11% usaba métodos hormonales (pastillas, inyecciones, implante y parche), el 4% utilizaba el condón o preservativo y otro método como ritmo o abstinencia sexual, el 4% tenía pareja con OTB, el 2% empleaba el coito interrumpido, el 1% utilizaba solamente el ritmo, y el 1% utilizaba la lactancia materna.

OCUPACIÓN DEL VARÓN

Se encontró una gran variedad de ocupaciones, por lo que se agruparon en las siguientes categorías y ejemplos: (a) Profesionales (29): abogados, contador, cirujano dentista, filósofo, ingenieros, licenciados en computación, químico, profesores, músico, arquitecto y trabajador social; (b) Oficios (26): taxistas, comerciantes, choferes, vigilantes, plomero, herrero, cocineros, pintor, adiestrador canino, talabartero, trabajador en la vía pública, entre otros; (c) Técnicos (32): en sistemas, en computación, laboratorista, paramédico, enfermero, entre otros); (d) Policías federales o estatales (16); (e) Jubilados (2); y (f) Estudiantes (2).

OCUPACIÓN DE LA MUJER QUE VIVÍA CON EL VARÓN A QUIEN SE LE REALIZÓ LA VASECTOMÍA SIN BISTURÍ

Las mujeres tuvieron ocupaciones menos variadas: (a) Profesionales (30): abogadas, arquitecta, dentista, ingeniera, veterinaria, pedagoga, profesoras, trabajadora social; (b) Oficios (7): comerciantes y vendedoras; (c) Técnicas (17): enfermeras, terapeuta física, laboratorista, secretarias, capturista, almacenistas y administrativas; (d) Estudiante (1); y (f) Hogar (52).

II. ESPERMATOBIOSCOPIA POSTVASECTOMÍA

SEMANAS TRANSCURRIDAS A PARTIR DEL DÍA DE LA VASECTOMÍA, HASTA QUE ACUDIERON A LLEVAR EL RESULTADO PARA INTERPRETACIÓN

El número de semanas programado para que los varones llevaran sus resultados de espermatozoides para interpretación del urólogo fue de 11 semanas posteriores a la fecha en que les fue realizada la vasectomía. El 49% acudió con sus resultados a las 11 semanas, el mínimo fue de 5 semanas y el máximo de 38 semanas, con una media de 12 y una moda de 11 semanas, lo cual coincide con el tiempo estimado para la entrega de resultados de espermatozoides.

NÚMERO DE EYACULACIONES PREVIAS A LA ESPERMATOBIOSCOPIA

De acuerdo al número de eyaculaciones sugeridas por el urólogo para el estudio de espermatozoides (20 a 25), el 59% acudieron a su estudio siguiendo las indicaciones médicas. El número de eyaculaciones previas al estudio varió entre 8 y 50. La moda fue de 25 eyaculaciones postvasectomía.

RESULTADOS DE AZOOSPERMIA

El 96% de los resultados del estudio de espermatozoides postvasectomía fue el de azoospermia. Únicamente hubo 4 casos con presencia de espermatozoides en semen postvasectomía. En estos 4 casos en los que no se obtuvo el resultado de azoospermia, se solicitó por segunda ocasión la realización de la espermatozoides directa. En 3 de estos casos se tuvo el resultado de azoospermia en el segundo estudio. En el único caso cuyo segundo resultado de espermatozoides nuevamente mostraba presencia de espermatozoides, se procedió a programar una cita para realizar nuevamente el procedimiento de vasectomía. Finalmente, después de la segunda intervención quirúrgica de vasectomía sin bisturí y de la tercera espermatozoides directa, se confirmó el resultado de azoospermia.

En todos los casos, cuando se obtuvo la azoospermia, se informó que ya se podía suspender el uso de otros métodos anticonceptivos, y se insistió en la información

sobre el riesgo de contagio de infecciones de transmisión sexual en caso de prácticas de riesgo, y en el empleo del preservativo como método de prevención.

Discusión y conclusión.

Datos sociodemográficos.

El Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 contempla la perspectiva de género dentro de los objetivos y metas a nivel nacional y considera el “incentivar la paternidad activa y elegida, así como la responsabilidad del hombre en la planificación familiar y la anticoncepción” (pág. 47). Esto sería viable a través del Plan Nacional de Planificación Familiar y Anticoncepción, si se promoviera más el Programa Nacional de Vasectomía como ocurrió en años anteriores.

Una de las ventajas de que la vasectomía esté contemplada dentro del Plan Nacional de Planificación Familiar y Anticoncepción, es que permite que instituciones de salud pública puedan dar la atención gratuita a varones que desean usar un método anticonceptivo definitivo, y que el procedimiento médico-quirúrgico no tenga ningún costo para aquellos varones con escasos recursos económicos.

Un ejemplo de la aplicación del programa de vasectomía lo constituyen los 15 casos de varones que no eran derechohabientes y que fueron atendidos de igual manera que los varones derechohabientes de los servicios de salud de la institución pública en donde se les realizó la vasectomía sin bisturí.

La edad de inicio de vida sexual del varón no está incluida oficialmente en la historia clínica de los varones, sin embargo, para el registro que se elaboraba de pacientes con vasectomía sin bisturí, esta información fue obtenida para conocer más acerca de las características de los hombres que deciden tener control definitivo sobre su capacidad de fecundación. Sería conveniente incluirla de aquí en adelante dentro de los antecedentes clínicos por las siguientes razones: (1) permitiría ampliar el conocimiento sobre el comportamiento sexual de los varones que solicitan la vasectomía, (2) haría posible conocer cuánto tiempo transcurre desde su iniciación sexual hasta que se hacen la vasectomía, y (3) permitiría identificar por cuántos años los hombres podrían estar involucrados en fecundaciones.

El número de parejas sexuales reportadas por los varones es un dato que proporciona información acerca del comportamiento sexual masculino y del posible riesgo de embarazos con diferentes parejas, en caso de no utilizar ningún método de anticoncepción, o de probabilidad de contagio de enfermedades de transmisión sexual si no se utiliza el preservativo. Por ello, resulta necesario hacer mayor hincapié en la prevención en la salud sexual de los varones con múltiples parejas sexuales.

Si bien la mayoría de los varones que solicitaron la vasectomía se encontraba entre los 30 y 40 años de edad, hubo hombres de edades extremas que también se la realizaron. Por un lado, están los menores de 30 años que no deseaban tener más hijos o incluso los que no tenían hijos y no querían tener ninguno. Por cierto, su decisión de no reproducirse es un derecho que corresponde a los Derechos Sexuales y Reproductivos, derivado de un documento internacional que fue proclamado en la Conferencia Internacional de Derechos Humanos de Teherán, en 1968, donde se expresa que “los padres tienen el derecho básico de decidir libre y responsablemente sobre el número de hijos”. En las Conferencias de Población de Bucarest, en 1974, y en México, en 1984, se recuperaron estas ideas sobre los derechos de las parejas y los individuos a tomar la decisión sobre el número de hijos que desean tener (Rodríguez s/a).

Por otro lado están los varones de edad avanzada a quienes se les realizó la vasectomía sin bisturí. Esto nos permite confirmar que efectivamente existe una diferencia entre la edad fértil de la mujer (15 a los 49 años, según el INEGI, en 2014) y la edad fértil del hombre. En este estudio hubo varones que tuvieron hijos cerca de los 60 años de edad y que solicitaron la vasectomía a los 61 años. Estos casos nos sugieren que este método de anticoncepción definitivo para los hombres de edad avanzada y que tienen relaciones sexuales con parejas jóvenes o en edad fértil, puede ser útil para prevenir embarazos que pudieran tener complicaciones relacionadas con la edad de los varones que tienen 60 años o más, ya que como lo señala la American Society for Reproductive Medicine (2013), a medida que los hombres envejecen, presentan cambios en su fertilidad y función sexual: los testículos tienden a ser más pequeños y más blandos y la

morfología (forma) y motilidad de los espermatozoides tiende a disminuir, aunado al aumento de riesgo de presentar defectos genéticos en los espermatozoides.

El grupo de mujeres entre 20 y 39 años de edad constituye un porcentaje alto (79%) de la población que está unida a hombres con vasectomía. Por ello, es importante considerar, en futuras investigaciones, la opinión de ellas en la toma de decisión de este método anticonceptivo definitivo para conocer su deseo de tener más hijos con la misma pareja o en nuevas uniones.

Los resultados indicaron que un criterio importante para los varones fue el estado civil en el cual se encontraban al elegir la vasectomía para el control de su fecundidad. Al ser la gran mayoría casados, probablemente esto puede ser una etapa que consideran oportuna para elegir un método de anticoncepción definitiva y un indicador social de estabilidad conyugal. Y a su vez se relaciona con otra de las variables que llevaron a los varones a elegir este método anticonceptivo, como es el tiempo de vivir con la misma pareja, que en promedio fueron 10 años, ya que presumiblemente puede llevarlos a plantear después de esta década otras formas de relación en la vida sexual en pareja y de convivencia familiar.

De acuerdo con las estadísticas del Consejo Nacional de Población (CONAPO, 2015) el número ideal de hijos o hijas que las mujeres desean tener es de dos. Los datos del presente estudio permiten mostrar que el ideal masculino mayoritario coincide con el de la mujer en tener sólo dos descendientes.

Dentro de las opciones anticonceptivas masculinas previas a la vasectomía, el preservativo o condón fue el método que más se utilizaba, sin embargo, eso no quiere decir que sea el que más les guste emplear a los varones.

Respecto a la opción del coito interrumpido, únicamente un varón lo usaba, lo cual puede ser un indicador de la baja confianza que existe en el empleo de este método.

Varios fueron los varones que no usaban ningún método anticonceptivo, por lo que la vasectomía puede ser un excelente método para estos hombres que no desean tener más hijos

La población masculina fue quien más se encargaba del empleo de métodos anticonceptivos antes de la vasectomía. Esto puede servir como un indicador de

que estos varones habían aceptado ser quienes asumieran la responsabilidad del uso del método anticonceptivo y por tanto formar parte de un grupo de varones que participan de manera más responsable en el control de la fecundación.

En los casos en los que la pareja tenía OTB, ahora con la vasectomía, ambos integrantes de la pareja pueden disfrutar de su sexualidad de manera no reproductiva.

Existieron grandes diferencias en las ocupaciones de los varones y sus parejas. Mientras todos ellos tenían una actividad remunerada, la ocupación de la mayoría de las mujeres era en las labores del hogar. Esta diferencia ocupacional propicia que la economía familiar dependa del varón y que sea un motivo para no desear tener una prole numerosa.

Resultados de espermatobioscopia.

De acuerdo a los estudios que han abordado el tema del perfil de los hombres con vasectomía (Lara, Velázquez y Reyes, 2010; Flores, Jiménez, Madrigal *et al.*, 2014), sabemos que es alta la incidencia de varones que no se realizan la espermatobioscopia ni acuden a las citas para revisión postoperatoria. Esto es preocupante porque el 1% de fallas en la técnica o de recanalización espontánea (Badrakumar, Gogoi y Sundaram, 2000), suele ocurrir en las primeras semanas posteriores a la cirugía (Verhulst y Hoekstra, 1999). Como muestra basta revisar el reporte de paternidad de 32 casos después de la vasectomía presentado por estos últimos autores.

Es necesario insistir en que los varones se realicen la espermatobioscopia y se presenten a llevar sus resultados para interpretación del urólogo ya que reiniciar su vida sexual sin ningún otro método anticonceptivo cuando aún hay presencia de espermatozoides fértiles en semen puede tener como consecuencia un embarazo no deseado y probablemente un aborto, conflictos con la pareja por dudas en la fidelidad conyugal, o desconfianza en el método anticonceptivo y asociarlo con alguna disfunción sexual.

Aunque todos los varones asistieron a la espermatobioscopia, hubo variaciones en su seguimiento de las indicaciones médicas necesarias. La mayoría se presentó a la espermatobioscopia con 25 eyaculaciones postvasectomía, pero otros no

cumplieron con el mínimo de eyaculaciones recomendadas (de 20 a 25): se presentaron apenas con 8, 16 o 18 eyaculaciones previas. En el caso específico de 8 eyaculaciones fue necesario repetir la espermatobioscopia. Para ejemplos como éste son cruciales la espermatobioscopia y la asistencia para su interpretación con el médico tratante. De no haberse presentado el paciente para obtener la interpretación de los resultados, podrían haberse generado en él suposiciones equivocadas (el método anticonceptivo fue inefectivo por falla de la técnica quirúrgica, hubo recanalización o había conductos deferentes supernumerarios), las que podrían servir de referencia desalentadora para el paciente y otros varones con quienes se compartieran éstas. Adicionalmente, podría haberse causado un embarazo no deseado.

También hubo casos en los que las 25 eyaculaciones fueron no sólo rebasadas sino incluso duplicadas, como ocurrió con el varón que se presentó a la espermatobioscopia con 50 eyaculaciones, que fueron obtenidas en mayor tiempo del que se había programado para la cita de entrega de resultados.

Si bien es importante tener una fecha y cita para la entrega de resultados de espermatobioscopia, una estrategia que fue funcional para los varones fue el tener la cita abierta para llevar sus resultados con el urólogo, ya que esto les facilitó acomodar sus actividades laborales para asistir en el tiempo que destinaron para recibir la interpretación y revisión de la cirugía. Esto puede ser una alternativa para disminuir algunas de las dificultades mencionadas por Cardona, Otero, Juárez *et al.* (1999), –incompatibilidad con los horarios laborales, olvidos-, y favorecer que el paciente se realice la espermatobioscopia.

A los pacientes que por diversas razones (compromisos y comisiones de trabajo, enfermedad, olvidos, negligencia, número insuficiente de eyaculaciones, demoras de los laboratorios clínicos) no asistieron a las 11 semanas programadas para llevar sus resultados de espermatobioscopia, les resultó conveniente contar con citas abiertas, sin embargo, esto implicó asignar tiempo de consulta extraordinario al del protocolo establecido.

A pesar de que sólo en cuatro casos el resultado de la primera espermatobioscopia indicó la presencia de espermatozoides fértiles, se confirma la

importancia de este estudio postvasectomía para valorar si existe la necesidad de una nueva espermatobioscopia o de realizar otra vez la vasectomía como sucedió con un paciente.

El perfil real de los varones del presente estudio, que confirmaron el resultado de azoospermia postvasectomía mediante la espermatobioscopia, incluyó las siguientes características: varones sanos; con mayoría de edad como ciudadanos; invariablemente con empleo en muy distintas ocupaciones; con cónyuges principalmente dedicadas al hogar aunque también con trabajo remunerado (por lo que la economía familiar dependía en gran medida de ellos); con pareja que ya tenía hijos o que no los tenía ni deseaba tenerlos; de cualquier estado civil predominando los casados y en unión libre por un tiempo relativamente largo; derechohabientes de los servicios del sector público (por ser trabajadores del Estado o esposos de trabajadoras con derecho a este tipo de servicios), pero también no derechohabientes; con antecedentes de vida sexual con varias parejas; con experiencia en el uso de métodos anticonceptivos no definitivos o con insatisfacción en el uso de éstos; adultos de mediana edad principalmente, pero también de edades extremas con información y plena convicción de practicarse la vasectomía; conformes con el número de hijos que ya tienen; aspirantes a tener relaciones sexuales con mujeres en edad fértil; dispuestos *de facto* a apegarse, a pesar de obstáculos, a las diferentes indicaciones del protocolo de vasectomía; preocupados en favor del bienestar propio, de los hijos y de la pareja, en este orden; y con la convicción de asumir su responsabilidad en el control de su salud sexual y reproductiva.

El trabajo multidisciplinario desarrollado entre urología, enfermería, trabajo social, psicología y antropología médica, con propósitos aplicativos y de investigación, favoreció que la atención a los varones fuera más integral y efectiva. Esta forma de trabajo fomentó que los varones recibieran mejor atención y se apegaran más estrictamente a su tratamiento y seguimiento de indicaciones postvasectomía y realización de la espermatobioscopia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Society for Reproductive Medicine (2013). Edad y Fertilidad. Guía para pacientes. Comité de Educación del paciente y Comité de Publicaciones. Birmingham, Alabama. Pag. 5.
- Aspilcueta-Gho, D. (2013). Rol del varón en la anticoncepción, como usuarios y como pareja. *Rev. Peru Med Salud Publica*. **30**(3), 480-6.
- Bradakumar, C., Gogoi, N.K., y Sundaram, S.K. (2000). Semen Analysis after vasectomy: when and how many? *BJU International*, **86**: 479-481.
- Cardona, P. A., Otero Flores, José Braulio; Juárez Tovar, Consuelo; Cortés Bonilla, Manuel; Lozano Balderas, Magdalena; Galicia Tapia, Gloria. (1999). Vasectomía en unidades de medicina familiar: análisis del seguimiento a pacientes. *Rev. Med. IMSS*. **37**(5): 391-8.
- CONAPO (2015). Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2014. *Boletín de prensa*. **271**(15):1-3
- Córdoba, B.D.I. y Sapién, L.J.S. (2010). **Prefiero la Vasecto-tuya que la Vasecto-mía**. Editorial Pax, México.
- Flores-Huitrón, P., Jiménez-Hernández J.C., Madrigal-de león H.G., Ponce-Rosas, E.F., Landgrace-Ibañez, S. y Baillet-Esquivel, L.E. (2014). Perfil del varón que elige vasectomía sin bisturí en un centro de salud de la ciudad de México: 15 años de experiencia. *Aten. Fam.*, **21**(1):12-15.
- INEGI (2015). Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2014 Nota Técnica. Boletín de prensa 271/15. Aguascalientes, México. Programa de Acción Específico. Planificación Familiar y Anticoncepción 2013-2018. http://cneqsr.salud.gob.mx/contenidos/Programas_de_Accion/PlanFam/ProgAccionPF2013_2018.html Consultado el 17 diciembre 2015.
- Lara, R.R., Velázquez, R.M., y Reyes M.E. (2010). Vasectomía sin bisturí: Perfil del usuario y resultados. *Ginecol Obstet Mex*. **78**(4):226-231.
- Lucon, Marcos, Lucon, Antonio Marmo, Pasqualoto, Fabio Firmbach, y Srougi, Miguel. (2007). Paternity after vasectomy with two previous semen analyses without spermatozoa. *Sao Paulo Medical Journal*, **125**(2), 122-123.
- Rajmil, O., Fernández, M., Rojas-Cruz, C., Sevilla, C., Musquera, M., y Ruiz-Castañe, E. (2007). La azoospermia no debería ofrecerse como resultado de la vasectomía. *Arch. Esp. Uro.*, **60**(1):55-58.

Rodríguez L. (s/a). Derechos sexuales y reproductivos en el marco de los derechos humanos. Fondo de Población de Naciones Unidas. Pág. 5.

Valdepeña E.R.E., Córdoba, B.D:I., Sapién, L.J.S., Flores, T.J.P. y Patiño, O.S.P. (2010). Duplicidad bilateral de conductos deferentes: comunicación de un caso y revisión de la bibliografía. **Revista de Especialidades Médico Quirúrgicas**, **15**(3):177-179.

Vásquez R Fernando y Vásquez Echeverri Daniel (2011) Espermograma y su utilidad clínica. **Revista Salud Uninorte**, **23**(2):

Verhulst, A.P.M. y Hoekstra, J.W. (1999). Paternity after bilateral vasectomy. **BJU International**, **83** 280-282.