



## Ginecología y Obstetricia

© Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología

**Ginecol. obstet.** 1995; 41 (2): 69-73

### Vasectomía sin bisturí en el Hospital Nacional Cayetano Heredia

JUAN MAURICIO, [JAIME NUÑEZ](#), EDUARDO MARADIEGUE\*

#### Resumen

Estudio retrospectivo descriptivo de las primeras 70 vasectomías ambulatorias sin bisturí realizadas en la Clínica de Planificación Familiar del Hospital Nacional Cayetano Heredia entre enero de 1992 y agosto de 1994. Se describe las características referentes a edad, grado de instrucción, número de hijos de los usuarios de vasectomía sin bisturí, así como la fuente de información y tiempo entre decisión del usuario y realización del procedimiento. Se describe además la técnica operatoria, y el tiempo operatorio e incidencia de morbilidad postoperatoria, que fueron 23 minutos y 7%, respectivamente.

Palabras clave: vasectomía, vasectomía sin bisturí, técnica quirúrgica, morbilidad.

#### Summary

Retrospective study of the first 70 ambulatory scalpelless vasectomies performed at the Planned Parenthood Clinic of Cayetano Heredia National Hospital from January 1992 through August 1994. Age, education, number of children of patients and information source, time between decision and performance of the operation, and surgical technique are described. Surgery duration was 23 minutes and postoperative morbidity was 7 %.

Key words: vasectomy, scalpelless vasectomy, surgical technique, morbidity.



## Introducción

Los graves problemas económicos y sociales por los que atraviesa nuestro país, cuyas causas estructurales son conocidas, repercuten en elevadas tasas de morbimortalidad materno infantil; la planificación familiar, como estrategia de atención primaria de salud, juega un rol importante para disminuir estas elevadas tasas de morbimortalidad.

La vasectomía, como método de Planificación Familiar, cobró importancia en los años sesenta cuando empezó a ofrecerse en gran escala en los Estados Unidos de América, India y Reino Unido<sup>2</sup>. Sin embargo, la introducción de técnicas simples de bloqueos tubáricos en los años sesenta hizo que disminuyera la aceptación de las vasectomías en la mayoría de los países donde se practicaba.

En la presente década, con las nuevas técnicas, la vasectomía se ha convertido en un procedimiento sencillo de cirugía menor, inocuo y poco costoso, sumamente eficaz y que no afecta la potencia sexual ni la masculinidad. Por tal razón, vuelve a tornarse interesante, a tal punto que en los Estados Unidos de América actualmente se realiza alrededor de 400 000 vasectomías al año<sup>3,4</sup>. En el mundo, en 1991, cerca de 42 millones de hombres con esposas en edad reproductiva se sometieron a vasectomías<sup>4,5</sup> y los últimos informes indican que la vasectomía no produce ningún riesgo y la mortalidad asociada con el procedimiento es virtualmente cero<sup>6,4</sup>.

La vasectomía sin bisturí fue desarrollada en 1974 en la China, donde a 8 millones de varones se les ha realizado el procedimiento. Esta es la única técnica que realizan en China<sup>7</sup>. Este nuevo procedimiento es más rápido y tiene menos complicaciones y despierta menos temor, ya que no se utiliza bisturí.

En nuestro país, no existe información acerca de este nuevo procedimiento y está escasamente promovido; razón por la que el Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Cayetano Heredia (HNCH) optó por ofrecer el método para ampliar el abanico de posibilidades contraceptivas de la Clínica de Planificación Familiar (CPF). En el presente trabajo se evalúa las primeras 70 vasectomías sin bisturí realizadas por médicos ginecólogos obstetras en la CPF del HNCH, entre enero 1992 y agosto de 1994.

## Material y Métodos

Estudio retrospectivo de las primeras 70 vasectomías sin bisturí efectuadas por médicos ginecólogos obstetras en la CPFHNCH entre enero 1992 y agosto 1994.

Los usuarios de vasectomía reciben consejería previa y evaluación pre operatoria por el ginecoobstetra encargado de Planificación Familiar, además de firmar el consentimiento informado. Los que no cumplen con los requisitos sugeridos en el manual de Salud Reproductiva de Ministerio de Salud<sup>8</sup> son excluidos del procedimiento y se les ofrece otra alternativa anticonceptiva.

En cita previa al día del acto operatorio se les entrega una cartilla con las indicaciones preoperatorias (higiene de genitales, rasurado del vello pubiano perineal).

La técnica operatoria utilizada para la vasectomía sin bisturí, con apertura única en rafe medio del escroto se realiza de la forma siguiente:

1. Paciente en posición de decúbito dorsal.
2. Asepsia y antisepsia del escroto, muslos, periné, con jabón líquido de yodopodivona al 8% y con solución de yodopovidona al 10%; colocación de campo estéril fenestrado que exponga sólo el área a intervenir.
3. Identificación del conducto deferente en la porción superior del escroto, donde es fácil la palpación. Se localiza cuidadosamente cada conducto para no operar dos veces la misma estructura. Fijación del conducto deferente izquierdo (operador a la derecha del paciente) con los pulpejos del primer y tercer dedo de la mano izquierda, si el cirujano es diestro (si es ambidextro, puede fijarse con cualquier mano), una vez fijado el conducto deferente, este es llevado hacia la línea media del escroto donde se realizará la apertura.
4. En la zona a realizar la apertura, antes de infiltrar el anestésico local, se aplica en jalea sobre la piel del escroto, para disminuir el temor y dolor de la inyección del anestésico.



5. Se infiltra 5 8 mL de xilocaína al 1% sin epinefrina (se usa jeringa descartable con aguja descartable N° 25 o 26, creando una pequeña ampolla suficiente para realizar la apertura cutánea). Luego se infiltra profundamente el tejido perivasal (alrededor de la vaina del conducto deferente); la infiltración se realiza con la mano derecha, mientras la mano izquierda fija al conducto deferente izquierdo.

Edad	N	%
< 25 años	2	2,85
26-35 años	27	38,57
36-40 años	28	40,00
> 40 años	13	18,57
Total	70	100,00

X: 33 años  
Rango: 24,61

6. Se realiza una apertura longitudinal de 2 a 4 mm en el rafe medio del escroto; para esto se usa una pinza Kelly mediana con punta afilada o la punta de una aguja descartable N° 20, 21 ó 22.

7. Se divulsiona a través de la apertura con la misma pinza Kelly con punta afilada o con una pinza mosquito, hasta cerca de la vaina que cubre el conducto deferente; luego se procede a sujetar el conducto deferente con su vaina usando un pinza Allis mediana con punta fina; una vez sujetado el conducto deferente con esta pinza, la mano izquierda que lo fijaba queda libre.

8. Se incide sobre el borde superior de la vaina que cubre al conducto deferente, se procede luego a aislar al conducto, pasando la pinza mosquito curva o pinza Kelly de punta curva por el borde inferior entre el conducto y su vaina (similar a lo que realiza para aislar la vena en el procedimiento de flebotomía).

9. Aislado el conducto deferente se procede a ligar los extremos en un segmento de 1 1,5 cm; se usa como material de sutura catgut crómico 2/0; luego, se extirpa aproximadamente 1 cm del conducto deferente.

10. Se crea una barrera fascial (sutura en jareta de la vaina) para cubrir el muñón proximal del conducto deferente (el que está próximo al testículo), quedando "enterrado". Se revisa hemostasia y se reintroduce el conducto en el escroto.

Número de hijos vivos	N	%
2	8	11,42
3-5	49	70,00
>6	13	18,58
Total	70	100,0

X: 3,7 hijos vivos  
Rango: 2-13



Tabla 3. Grado de instrucción		
Grado de instrucción	N	%
Primaria	5	7,14
Secundaria	51	72,86
Superior	14	20,00
Total	70	100,00

11. Se procede a repetir el paso 4 para el conducto deferente, acercando éste a la línea media, aprovechando la apertura ya realizada en la piel de escroto del rafe medio. Luego se continúa en forma similar a lo descrito para el conducto deferente izquierdo.

12. Si no hay sangrado activo, no se sutura la apertura del rafe medio; de lo contrario, se coloca un punto en piel con catgut crómico 2/0. Se aplica una gasa sobre la herida y se sujeta con esparadrapo para mantener juntos los labios de la incisión cuando no se sutura.

13. Luego de la intervención, el paciente descansa sentado durante 15 a 20 minutos, se indica analgésicos condicional al dolor y se le cita a los 3 días del procedimiento, para su control. Adicionalmente, se les proporciona una cartilla para sus cuidados postoperatorios.

A todos los varones vasectomizados se les indicó control de seguimiento post operatorio al tercer día y al décimo día y se les dio órdenes para examen de semen entre las 10 a 12 semanas de la operación, o luego de 15 eyaculaciones.

## Resultados

El rango de edad de los usuarios de vasectomía ambulatoria sin bisturí fue de 24 a 61 años de edad (Tabla 1). El 78,57% tenían entre 26 y 40 años de edad, siendo el promedio de edad 33 años.

Tabla 4. Fuente de información		
Fuente	N	%
Radio Tv	12	17,14
Periódicos	8	11,42
De vasectomizado	15	21,42
Médico particular	18	25,71
Hospital	17	24,28

Tabla 5. Tiempo entre decisión y operación		
Tiempo	N	%
< 1 mes	1	1,42
> 1m-6m	19	27,14
> 6m-1a	35	50,00
> 1a-2a	12	17,14
> 2a	3	4,28
Total	70	100



El 70% de los vasectomizados tenía entre 3 y 5 hijos vivos (Tabla 2), rango entre 2 y 13; el promedio de hijos vivos fue 3,7. En cuanto al grado de instrucción de los varones vasectomizados, el 72,86% tenían instrucción secundaria y 7,14% instrucción primaria (Tabla 3).

Con referencia a la fuente de información sobre el procedimiento, el 50% de los usuarios refirieron haberla recibido de médicos particulares o de personal intrahospitalario (médicos, enfermeras, charlas prenatales o posnatales). El 17,14% citó como fuente de información a la radio, televisión o periódicos (Tabla 4).

El tiempo entre la toma de decisión y el momento de realizar el procedimiento fue entre 6 meses y un año en el 50%, y entre 1 y 6 meses en el 27,14% (Tabla 5). El tiempo operatorio, en el 82,85% varió entre 20 y 30 minutos, en el 8,57% fue mayor de 30 minutos, el tiempo operatorio promedio fue de 23 minutos (Tabla 6). Tres de los 70 varones vasectomizados (4,2%) presentaron infección de la herida operatoria y 2,8% se complicaron con hematomas leves (Tabla 7).

## Discusión

La vasectomía en nuestro país está escasamente difundida, se ofrece aisladamente en servicios privados de planificación familiar, y no existe adecuada información sobre este procedimiento a nivel de los hospitales públicos del Ministerio de Salud, Institutos Armados y Seguridad Social. La cifra informada oficialmente en la encuesta ENDES 1992<sup>9</sup> señala 11 esposos vasectomizados entre las 15 882 mujeres en edad reproductiva encuestadas.

Tabla 6. Tiempo operatorio		
Tiempo operatorio	N	%
< 20 min	6	8,57
20-30 min	58	82,85
> 30 min	6	8,57
Total	70	100,0

X: 23 minutos

Rango: 18, 45 minutos

Tabla 7. Morbilidad postoperatoria mediata		
Morbilidad	N	%
Infección de herida operatoria	3	4,28
Hematoma leve	2	2,86
Total	5	7,14

A nivel mundial, el Perú ocupa el segundo lugar<sup>5</sup>, luego de Sri Lanka, en frecuencia de porcentaje de parejas en edad reproductiva que usan métodos de planificación familiar con participación masculina, ya sea retiro (coitus interruptus) y abstinencia periódica (ritmo). Esta información tiene alto significado para nuestro país, ya que demuestra que los varones en edad reproductiva tienen interés en planificar su familia, al margen de las características o costumbres culturales ("machismo"). En nuestro estudio, el 78,57% de vasectomizados tenían entre 26 y 40 años de edad, con un promedio de 3,7 hijos vivos.

Se atribuye que el grado de instrucción está en razón directa a la aceptación de la vasectomía, lo que es parcialmente confirmado en este estudio, ya que el 80% de nuestros pacientes tenían instrucción primaria o secundaria; sólo 20% tenían instrucción superior. La literatura<sup>5</sup> refiere que el "machismo", relacionado al déficit de instrucción, no es importante en la escasa aceptación del método; se requiere esfuerzos concertados para que



la información sobre planificación familiar llegue a los hombres. Por tanto, el problema no está en relación a las características culturales de la población masculina ("machismo") sino, más bien, al nivel de información.

El 50% de los pacientes vasectomizados en el Hospital Nacional Cayetano Heredia refirió como fuente de información a los proveedores de salud, ya sea dentro del hospital (consulta externa, emergencia, charlas educativas pre y postnatales y otras charlas) o a través de consultorios de médicos particulares. El 25% de los pacientes refirió como fuente de información a la prensa (radio, televisión, periódicos). Esta fuente es de mucha importancia, ya que la literatura<sup>5,2</sup> refiere que, cuando se brinda información sobre vasectomía en gran escala, existe un aumento en la aceptación del método y, cuando disminuye la publicidad por este medio, el número de varones que solicitan vasectomía disminuye. Spieler<sup>5</sup> afirma que los hombres participarán más en la anticoncepción si se les alienta a que lo hagan. Lo que limita la difusión de la información sobre vasectomía es su alto costo. En Brasil, por ejemplo<sup>7,5</sup> se estima que el costo sólo en publicidad para atraer a cada nuevo cliente para la vasectomía es de 13 dólares americanos.

La Organización Mundial de la Salud<sup>2</sup> indica que el proceso de cómo se llega a la decisión de solicitar la vasectomía es muy parecido para casi todos los hombres. En la mayoría de los casos ese proceso se desarrolla en seis etapas, a saber:

1. El interesado tiene noticias de que existe la vasectomía.
2. Habla con un hombre vasectomizado.
3. Decide no tener más hijos.
4. Empieza a pensar seriamente en pedir la vasectomía.
5. Decide que los anticonceptivos temporales no le bastan.
6. Decide que la vasectomía es el mejor método anticonceptivo.

En nuestro estudio, en 67,14% de los varones vasectomizados, dicho proceso duró entre 6 meses y 2 años, y, en 4,28%, duró más de dos años. Esta información es importante, ya que es necesario considerarla para programar las campañas de información, usando como medios a la prensa, tanto hablada como escrita.

La vasectomía sin bisturí brinda seguridad psicológica al reemplazar las incisiones tradicionales realizadas con bisturí, por una pequeña apertura realizada con una pinza China especialmente diseñada para este procedimiento. Se reconoce dos factores que limitan la aceptación a la oclusión de los conductos deferentes<sup>10</sup>; una es la necesidad de hacer una incisión en la piel, la cual es inaceptable en algunas culturas, razón por lo que algunos autores<sup>10</sup> preconizan el uso de inyección de sustancias esclerosantes en la luz del conducto deferente; la otra es la pérdida de reversibilidad, la cual puede requerirse en contadas circunstancias; sin embargo, debe remarcarse que la vasectomía, indistintamente de la técnica empleada, debe ser ofertada como método definitivo y no como un método temporal<sup>11</sup>.

Según la Asociación para la Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria (AVSC), este nuevo método sólo requiere de unos 10 minutos para cortar los conductos deferentes y ligar los extremos, a diferencia de unos 15 minutos con el método tradicional usando bisturí<sup>5</sup>; en nuestro estudio el tiempo operatorio promedio fue de 23 minutos. Es necesario señalar que en nuestro hospital el procedimiento se realiza sin utilizar la pinza China; en su lugar se usa la pinza Allis de punta fina para sujetar el conducto deferente y de rutina, se procede a crear una barrera facial en un extremo del conducto seccionado, con el fin de evitar la recanalización de los conductos; además, el Hospital Nacional Cayetano Heredia es Centro de Capacitación especializada en Salud Reproductiva del Ministerio de Salud, en donde se entrenan médicos del interior del país en las diferentes técnicas anticonceptivas; esto explica el mayor tiempo operatorio de las vasectomías.

Debido a las escasas lesiones de los tejidos al no usar bisturí, existen menos complicaciones, como hematomas e infecciones del escroto; en nuestro estudio, dos pacientes se complicaron con hematoma escrotal. El riesgo de infección, por lo pequeño de la apertura, es escaso y se presentó sólo en el 4,3%.

En el 80% del total de pacientes, a los cuales se les realizó espermatograma de control a las 12 semanas, éste fue negativo, coincidiendo nuestra efectividad con lo descrito en la literatura<sup>2,5,7</sup>.

En conclusión, la vasectomía sin bisturí es un método ambulatorio, sencillo, rápido, muy efectivo, con buena aceptabilidad, sin complicaciones y de bajo costo, que tiene un buen impacto poblacional, por lo que debe ser impulsado en nuestro país.



## Referencias Bibliográficas

1. Cervantes R, Watanabe T y Denegri J. Muerte materna y muerte perinatal en los hospitales del Perú. Ministerio de Salud; Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología, OPS, 1988.
2. Organización Mundial de la Salud. Pautas técnicas y de gestión para servicios de vasectomía. Ginebra, 1988.
3. Niswander KR. Manual of Obstetrics. Boston, Little Brown and Company, 1991.
4. World Health Organization. Challenges in reproductive health research. Biennial Report 1992 1993. Geneva 1994.
5. Family Health International. Network en español. Los hombres y la planificación familiar, 7 (1992).
6. Massey FJ, et al. Vasectomy and health: results from a large cohort study. JAMA 1984, 252: 1023-9.
7. Tecnología Anticonceptiva. Hatcher RA, Kowal D, Guest R, et al. Atlanta, Georgia, USA: Printed Matter, Inc, 1989.
8. Ministerio de Salud Perú. Manual de Salud Reproductiva. Métodos y Procedimientos. 1989-1992.
9. Encuesta demográfica y de salud familiar 1991-1992. Instituto Nacional de Estadística e Informática 1992.
10. Zhao Sheng Lain. Vas deferens occlusion by percutaneous insertion of polymethone elastimer plugs: Clinical experience and reversibility. Contraception 1990, 41: 453-49.
11. Federación Mundial de Agencias de Salud para la promoción de la anticoncepción quirúrgica voluntaria. Anticoncepción Quirúrgica Segura y Voluntaria. New York, 1989.