

## VASECTOMÍA – información para antes de su operación

La vasectomía es un método anticonceptivo. Es eficaz y permanente. Comparando con otros anticonceptivos, la vasectomía tiene una frecuencia baja de efectos secundarios. Es importante considerar que el embarazo es un efecto secundario del fracaso de un método anticonceptivo, y la vasectomía tiene un riesgo muy bajo de embarazo. Ninguna muerte ha sido atribuida a la vasectomía en países desarrollados. La frecuencia total de complicaciones de vasectomía es menor del 5% en vasectomías realizadas.

**Los efectos secundarios menores** inmediatamente después de la vasectomía pueden incluir incomodidad, hinchazón o moretones de la piel escrotal, los cuales por lo general desaparecen sin tratamiento. Aproximadamente 1 de cada 20 hombres experimentarían hinchazón y dolor en uno o ambos testículos con duración de dos semanas a seis meses a partir de la cirugía. Esto es probablemente debido a una forma exagerada de la respuesta natural del cuerpo a la obstrucción causada por la vasectomía. Esto por lo general responde eficazmente a un medicamento antiinflamatorio como ibuprofeno y casi nunca dura más de una o dos semanas. En casos aislados (menos de el 1% de los pacientes), la hinchazón y la incomodidad ocurrirán más que una vez y/o serán severos requiriendo prescripción para calmar el dolor, y uno o varios días sin poder realizar trabajos.

**Las complicaciones tempranas** como hemorragias e infecciones pueden ocurrir de vez en cuando después de cualquier cirugía. Basado en estudios en gran escala, la frecuencia total del uno u otro hematoma (un coágulo de sangre en el escroto) o infección es menor del 2% de las vasectomías realizadas. Hasta Enero del 2015, he realizado más de 34,000 vasectomías. Nueve pacientes han desarrollado **coágulos de sangre** en el escroto. Siete no requirieron intervención quirúrgica, pero la hinchazón los mantuvo adoloridos por un periodo de 2 a 4 semanas post-operación. Uno requirió admisión al hospital y tuvo que tratarse de una intervención quirúrgica de un coágulo de sangre, bajo anestesia general en la sala de operaciones, y otro requirió que le hicieran un drenaje en la oficina. Unos **infecciones** han ocurrido: A unos pacientes se les habían prolongado la incomodidad y la hinchazón progresó sobre un lado, finalmente madurando a un absceso doloroso del tamaño de una nuez, y requiriendo un drenaje en la oficina por una incisión, y un período de unas semanas del cuidado de herida local. Unas otras infecciones han ocurrido, pero respondieron rápidamente con los antibióticos.

**A largo plazo**, la vasectomía puede conducir a las condiciones siguientes:

1. Un **granuloma de esperma** es una masa pequeña que resulta cuando el cuerpo reacciona y bloquea la esperma que puede escaparse de la parte más baja (testicular) del final del corte de vas. De vez en cuando este será bastante sensible que requieren el retiro, pero la mayor parte de los pacientes no experimentan la incomodidad a menos que ellos se aprieten la masa pequeña. Una granuloma espermático puede incrementar la probabilidad del éxito de una reversión.
2. Quizás el 5% de pacientes experimentarán **sensibilidad en el epidídimo**, el tubo detrás del testículo en el cual esperma son reabsorbidos por leucocitos después de la vasectomía. Ya que este proceso de reabsorción es una forma de inflamación, esto casi siempre responde en un curso corto (3-7 días) de una medicina anti-inflamatoria como ibuprofen. El síndrome de dolor post-vasectomía se define como dolor en el testículo (en uno o ambos lados) durante más de 3 meses después de la vasectomía, lo suficientemente grave como para interferir con las actividades cotidianas y causando un paciente a buscar atención médica. Porque el dolor es tan subjetivo, las tasas reportadas varían, pero los datos recopilados sugiere que este es un problema significativo para el 1-2% de los pacientes de vasectomía. Reversión de la vasectomía, la extirpación del epidídimo, o de un procedimiento especial llamado neurectomía puede ser necesaria para aliviar el malestar. Dos de mis pacientes de vasectomía se han preocupado lo suficiente por el bajo grado de molestia por un lado, que han considerado la eliminación del epidídimo por ese lado, otros dos han tenido molestias intermitentes en ambos lados lo suficientemente graves como que se sometieron a reversión de la vasectomía, y tiene otros dos que necesitaron neurectomía, que es la división de los nervios a través de pequeñas incisiones en la ingle para aliviar el dolor. Desde 1983, siete pacientes han experimentado dolor prolongado en el sitio de la vasectomía. Para un paciente, el dolor era tan severo que no pudo trabajar durante un mes después del procedimiento. Otros seis pacientes tenían dolor prolongado el sitio de la vasectomía para los que finalmente optaron por someterse a otro procedimiento de la vasectomía a un lado para eliminar el punto sensible. Por lo tanto, de más de 27.000 pacientes, doce (menos de uno en 2000) han considerado o se requiere un segundo procedimiento para controlar el dolor. Así que parece que la tasa en la práctica es menor que la reportada en otros lugares, tal vez debido a diferencias en la técnica entre los cirujanos, pero el riesgo sigue siendo muy real. Para un paciente el dolor fue tan severo que estuvo inhabilitado para trabajar por un mes después de su vasectomía. Dos otros pacientes tuvieron un prolongado dolor en el lugar de la vasectomía por el cual decidieron tener otra vasectomía. Por consiguiente de más de 28,000 pacientes, cuatro consideraron o requirieron un segundo procedimiento para manejar el dolor.
3. La recanalización es el restablecimiento del flujo de los espermatozoides desde los testículos hasta el resto del aparato reproductor, en virtud de los extremos cortados de los conductos de crecimiento de nuevo juntos después de la vasectomía. La mayoría de las recanalizaciones se producen durante el proceso de curación y se detectan en el momento del seguimiento de los controles del semen (espermatozoides vivos se ven). Se requiere, obviamente, que la vasectomía se repita y no hay carga para el segundo procedimiento. Hasta finales de 1990, cuando empezamos a separar los extremos de los conductos con un clip diminuto, teníamos a 3 pacientes con esta complicación de alrededor de 1500 (1 de cada 500). Desde entonces, y de cerca de 25.000 vasectomías, hemos tenido otros 7 primeros fracasos (1 de cada 3000). Unos otros hombres tenían espermatozoides vivos en todas las muestras controladas durante 6 meses después de sus vasectomías, y otros no tenía espermatozoides vivos, pero no lo suficiente de espermatozoides vivos ocho meses después de la vasectomía que se optó por repetir el procedimiento. Recanalización tardía, el regreso de espermatozoides vivos al semen en algún momento después de que el semen ha sido confirmado para ser libre de espermatozoides mediante un examen microscópico, es también muy raro. He tenido experiencia directa con esto cinco veces: (1) un hombre cuya vasectomía fue realizada en 1988 y cuyo semen fue sin espermatozoides tres meses más tarde consiguió su esposa embarazada en 1991 y su semen en ese momento mostró esperma viva (ella nunca se embarazada de nuevo y volvió para una reversión de la vasectomía en 2005 y en ese momento estaba de nuevo libre de espermatozoides), (2) otro paciente cuya vasectomía se realizó en el año 2000 no tenían espermatozoides en su semen dos meses más tarde, pero su esposa quedó embarazada de casi 4 años más tarde y un cheque de semen reveló un recuento de espermatozoides muy bajo, (3) un hombre cuya esposa quedó embarazada de unos 16 meses después de la vasectomía y la comprobación de semen negativo (tuvo un aborto, por lo que no dio lugar a un nacimiento vivo), (4) un hombre cuya vasectomía fue realizada y cuyo semen fue libre de espermatozoides a principios de 2005 tiene una pareja embarazada a finales de 2006, sin espermatozoides se puede encontrar en su semen, incluso entonces, pero las pruebas de ADN confirmaron su paternidad (el verdadero "uno se escapó") y (5) a un hombre cuyo semen no contiene espermatozoides mostró a las 8 semanas obtuvo su esposa embarazada de 14 semanas y se confirmó que tienen espermatozoides en su semen a las 20 semanas (super-principios de recanalización). A partir de estos cinco casos y los informes en la literatura, falla tardía resultando en el embarazo es posible, pero las probabilidades son raras, menos de uno en 4000, una tasa de fracaso mucho menor que con cualquier otra forma de anticoncepción. Mi oficina no requiere otra prueba de semen después de la ausencia de esperma ha sido confirmada, pero los pacientes se les anima a volver con o por correo una muestra de 4 meses después de la vasectomía para conseguir un índice añadido de confianza, y vamos a examinar el semen sin cargo en cualquier paciente que la vasectomía durante toda su vida tan a menudo como él desea.
4. **Los anticuerpos antiespermáticos** aparecen en la sangre de aproximadamente la mitad de los pacientes que experimentan vasectomía y pacientes en los cuales se desarrollan los anticuerpos tienen una posibilidad inferior de causar un embarazo, incluso cuando una reversión exitosa de la vasectomía permite que los espermatozoides ingresen nuevamente a la eyaculación. Estos anticuerpos no tienen ninguna influencia sobre el estado de salud por otra parte.

5. El reportaje del 17 de Febrero de 1993 del *Diario de la Asociación Americana Médica* contuvo 2 estudios (por el mismo grupo de investigación) que sugieren que la vasectomía tuviera que ver con un pequeño riesgo de aumento de cáncer de próstata, en sus grupos de estudio (casi 30,000 pacientes en un estudio y casi 40,000 pacientes en el otro estudio). Como la pregunta se ha formulado al principio en 2 estudios atrás en 1990. La Organización Mundial de la Salud convocó una reunión 1991 de 23 expertos internacionales para examinar toda la investigación en cuanto a cáncer de próstata y vasectomía. Ellos concluyeron que no había ningún mecanismo posible biológico para una relación entre cáncer de próstata y vasectomía. Algunos investigadores médicos interpretaron el pequeño riesgo aumentado notado en los estudios 1993 como una asociación débil que puede estar prevista de arriesgar o influir. En la revisión recientemente, sistemática de la literatura médica en 1998 (Fertilidad & Esterilidad, 70: 191,1998) anteriormente documentó la carencia de una relación significativa entre vasectomía y cáncer de próstata, con pruebas adicionales convincentes de ninguna relación publicada en el *Diario del Urología* en Junio de 1999 (161: 1848-1853), en el *Diario de la Asociación Americana Médica* en Junio de 2002 (287:3110-3115), y en el *Diario de Urología* en Octubre de 2002 (168: 1408-1411). Como la pregunta de una relación ha sido levantada, sin embargo, la Asociación Americana de Urología recomienda que los hombres que han tenido la vasectomía y tengan más de 40 años de edad deban recibir un examen anual rectal para el cáncer de próstata que protege el análisis de sangre (PSA). Esta es la misma recomendación hecha por el AUA para todos los hombres mayores de edad 50-70. Mi oficina tiene copias de estos y otros estudios de investigación así como declaraciones de política de la Asociación Americana de Urología) y la Asociación para la Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria estos serán puestos a disposición a cualquier paciente que los solicite).

6. Hay también informes sobre el Internet en el cual los escritores demandan que ellos experimentaron una **disminución en función eréctil, libido, o intensidad de punto culminante después de la vasectomía**. En el 2006 enviamos 400 encuestas a pacientes quienes se hicieron su vasectomía por lo menos 6 meses antes. Ciento dos encuestas fueron devueltas y estos son los resultados:

Desde su vasectomía, como han cambiado lo siguiente?	Mucho menos	Un poco menos	Sin cambio	Un poco mas	Mucho mas
<b>Deseo sexual</b> (libido)	2	3	79	14	1
Habilidad de tener o mantener <b>erecciones</b>	0	3	96	3	0
Rigidez de las <b>erecciones</b>	0	4	95	2	1
Sensación del <b>orgasmo</b> (clímax)	0	4	87	10	1
Volumen de <b>Semen</b> (cantidad de fluido que sale una vez usted eyacula)	4	13	75	8	1

No hay una razón fisiológica para estos cambio ya sean positivos o negativos, pero usted debe considerar la mas mínima posibilidad de cambio negativo en su respuesta sexual después de su vasectomía

Hay muchas alternativas a la vasectomía:

1. **Métodos de barrera.** Usted puede usar un condón, su pareja puede usar un diafragma o usted puede usar los dos juntos.
2. **Espemicidas.** Este es disponible en cremas y espumas que pueden ser puestas en la vagina antes de coito para matar los espermatozoides antes de que ellos puedan fertilizar los óvulos de su pareja. Espemicidas pueden ser usados solos o con el método de barrera.
3. **Métodos hormonales.** Su pareja puede usar pastillas anticonceptivas, inyecciones o parches para prevenir el lanzamiento de óvulos de los ovarios o la implantación de óvulos fertilizados hacia el útero (matriz). Contracepción de emergencia (EC o la "píldora la mañana siguiente") puede prevenir embarazo si esta es tomada dentro de 72 horas después de su cópula durante el tiempo que ninguna contracepción se haya usado.
4. **El DIU.** Su pareja puede tener un dispositivo pequeño implantado en el útero para disminuir la probabilidad de fertilización (espermatozoides y ovulo que vienen juntos) y para prevenir la implantación de huevos fertilizados en el útero.

Todas estas alternativas son menos efectivas que la vasectomía pero son reversibles. Usted debe estar familiarizado con estos antes de tener la vasectomía. Por favor pregúntenos si usted quiere más información acerca de la vasectomía y siéntase libre de posponer su vasectomía si usted necesita más tiempo de evaluar la información sobre alternativas. No hay ninguna forma del control de fertilidad excepto la abstinencia que es sin complicaciones potenciales. Los candidatos de vasectomía deben pensar los riesgos de la vasectomía contra los riesgos (para sus compañeras) de medios alternativos de la anticoncepción así como los riesgos asociados con el embarazo inesperado y aborto inducido o parto. La vasectomía provee un medio del control de la natalidad permanente con una probabilidad mínima de complicaciones y posibilidades máximas de eficacia y seguridad.

#### COSTOS

Los pacientes que pagan en efectivo para vasectomías se les da una tasa de descuento de \$ 590,00 para el procedimiento. No vamos a aplicar para su seguro sin tener que pagar en el momento del procedimiento a menos que usted es un miembro de un plan de salud con los que tenemos un contrato. Las compañías de seguros de los pacientes que piden que trabajemos con su contratado PPO o HMO pagan \$ 700,00 por mucho más trabajo de oficina está involucrado, los pagos se retrasan a menudo, y las compañías de seguros esperan que cobran mucho. De hecho, algunos planes de salud creen que \$ 490,00 es menor que la tasa de uso y costumbre de este procedimiento, pero queremos mantener la vasectomía dentro del alcance financiero de los pacientes no asegurados en efectivo. Ahora estamos comprobando la cobertura de seguro de antemano para aquellos pacientes que tienen seguro con empresas con las que se encuentran a un proveedor. Si la vasectomía está cubierto por su plan, pero usted tiene un deducible alto, usted será informado de antemano y se le pedirá que pagar la tarifa contratada en el momento del procedimiento. Hay planes muy diferentes de salud, que hemos tratado de simplificar nuestro procedimiento de la oficina y le dan estas 2 opciones. Si usted tiene alguna pregunta, por favor no dude en preguntar.

#### CONSENTIMIENTO PARA ESTERILIZACIÓN

Yo, el abajo firmante, solicito que el doctor (Douglas Stein MD o John Curington MD o otro/otra) realice una vasectomía, un procedimiento para producir la obstrucción de los conductos deferentes con el fin de producir la esterilidad. Entiendo que no puede haber ninguna garantía absoluta de que este o cualquier otro procedimiento será un éxito. Se entiende, sin embargo, que mi semen se comprobará después de la operación. Entiendo que la contracepción debe ser practicada hasta que no hay esperma presente. También entiendo que, si bien la tasa de éxito de reversión es bastante buena, no es 100%, y la vasectomía por lo tanto, debe considerarse como un procedimiento permanente e irreversible. Reconozco una pequeña posibilidad de que voy a tener que venir a la oficina del Dr. Stein Tampa o ir a un hospital para su evaluación y tratamiento de una complicación muy rara. Al dar su consentimiento a la vasectomía y la aceptación de los riesgos descritos anteriormente, libero al doctor (Dr. Stein, Dr. Curington, etcétera) de la responsabilidad por el tiempo perdido de trabajo, el salario no devengado, y los gastos médicos incurridos para tratar las complicaciones.

He leído y comprendido la totalidad de este documento de dos páginas a doble cara.

Firma de paciente: \_\_\_\_\_ Nombre deletreado: \_\_\_\_\_

Testigo: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Numero de teléfono: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_