

Vasectomía

Fecha de la última revisión: **23/02/2016**

Índice de contenidos

1. [¿Qué es la vasectomía?](#)
2. [¿Y después qué?](#)
3. [¿Qué debe saber el paciente?](#)
4. [Bibliografía](#)
5. [Más en la red](#)
6. [Autores](#)

¿Qué es la vasectomía?

Introducción

Es la técnica quirúrgica consistente en la escisión de un segmento de los conductos deferentes para conseguir la interrupción del paso de los espermatozoides, se trata de la forma más fiable de anticoncepción masculina. Es una intervención sencilla, rápida y poco cruenta, ya que en la mayoría de los casos se practica bajo anestesia local, no requiere hospitalización y tiene pocas complicaciones. Es clave que el paciente disponga de una información completa del procedimiento y las consecuencias a los que va a ser sometido (Schwingl PJ, 2000).

Indicaciones

Suele ser un método elegido frecuentemente por varones con pareja estable y descendencia. La decisión debe ser tomada sin estrés y meditada.

Contraindicaciones

No existen contraindicaciones absolutas, pero existen relativas: no tener hijos; ser menor de 30 años; tener enfermedad sistémica grave; estar sin pareja en el momento de la demanda, o presentar dolor escrotal (Holman CD, 2000).

Técnicas

Se suele realizar bajo anestesia local exceptuando situaciones específicas que pueden requerir anestesia general. Existen varios procedimientos para llevar a cabo la intervención. Los resultados de las diferentes técnicas de vasectomía han sido estudiados y la evidencia sobre la eficacia comparada entre las técnicas es limitada, aunque destaca que la interposición fascial reduce los fallos en la vasectomía (Cook LA, 2014).

Entre ellas cabe destacar:

- Escisión de una pieza de conducto deferente y ligadura con suturas o clips de los extremos.
- La interposición de tejido para prevenir una posible recanalización.
- Cauterización de la luz del conducto.

Complicaciones (del 1 al 6% de las intervenciones) (Dohle GR, 2012; Sharlip ID, 2012):

- Hematoma y sangrado postoperatorio: 4-22%.
- Infección postquirúrgica, orquiepididimitis, epididimitis congestiva: 0,2-1,5%.
- Granuloma: <5%.
- Dolor escrotal crónico: 1-14%.
- Recanalización: 0,03-5,3%.
- Menos frecuentes: alteraciones psicológicas, alteraciones sexuales, insatisfacción o arrepentimiento, y cambios morfológicos a nivel testicular.

¿Y después qué?

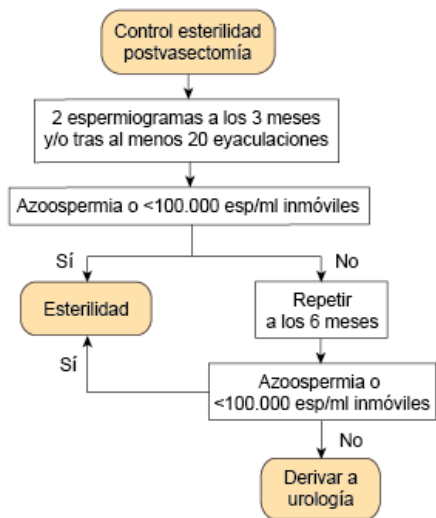
Tras la intervención, los pacientes deben estar en reposo relativo durante las primeras 24-48 horas. No realizar esfuerzo físico (deporte) durante un tiempo variable dependiendo del facultativo y de los síntomas del paciente. Se realizan curas diarias de la herida en domicilio.

Es importante destacar que los pacientes tras la vasectomía tienen espermatozoides potencialmente fértiles por lo cual se deberá utilizar algún método anticonceptivo complementario, hasta que se confirme la azoospermia.

Debe realizarse un control de la esterilidad lograda mediante dos análisis de semen postvasectomía de recuento y movilidad (espermiograma), que se realizará aproximadamente a los 3 meses postintervención y/o tras un mínimo de 20 eyaculaciones. Debe llevarse a cabo en laboratorios certificados siguiendo las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (Sharlip ID, 2012).

El 80% de los pacientes presenta azoospermia a los 3 meses postvasectomía, sin requerir seguimientos posteriores (Hancock P, 2002; Korthorst RA, 2010).

Un menor porcentaje de pacientes puede tener espermatozoides inmóviles pasados 3 meses, si el número es menor de 100.000 esperm/ml se deberá realizar otro análisis de semen tras 20 eyaculaciones, y no se podrá abandonar el seguimiento. Si por el contrario el número es mayor o se objetivan espermatozoides móviles tras 6 meses postvasectomía se aconseja la reintervención. Tanto la existencia de espermatozoides inmóviles como la azoospermia no garantizan esterilidad permanente al 100% (Hancock P, 2002; Korthorst RA, 2010).



Algoritmo de manejo

¿Qué debe saber el paciente?

(Dohle GR, 2012; Sharlip ID, 2012)

- La vasectomía es un método anticonceptivo permanente, por lo que el paciente debe estar convencido de la intervención.
- La vasectomía no produce esterilidad de manera inmediata, debiendo utilizar anticoncepción complementaria hasta objetivar azoospermia o hasta que se le indique lo contrario por parte de su médico.
- La vasectomía no previene al 100% el embarazo, siendo la probabilidad de embarazo de 1/2.000.
- Riesgo de fallo repermabilización o necesidad de reintervención.
- Posibilidad de recuperar la fertilidad tras la vasectomía: reversión de la vasectomía, cirugía en la que se reconectan los extremos de los conductos deferentes (vasovasostomía) o conducto deferente con epidídimo (vasoepididimostomía) se trata de una técnica microquirúrgica que suele requerir anestesia general y unos 15 meses para que pueda ser efectiva.
- Las contraindicaciones y complicaciones de la intervención.
- Obtener consentimiento informado (por escrito).

Bibliografía

- Cook LA, Pun A, Gallo MF, Lopez LM, Van Vliet HAAM. Scalpel versus no-scalpel incision for vasectomy. Cochrane Database Syst Rev. 2014;3:CD004112. PubMed [PMID: 24683021](#). [Texto completo](#)
- Cook LA, Van Vliet HAAM, Lopez LM, Pun A, Gallo MF. Vasectomy occlusion techniques for male sterilization. Cochrane Database Syst Rev.2014;3:CD003991. PubMed [PMID: 24683020](#). [Texto completo](#)
- Dohle GR, Diemer T, Kopa Z, Krausz C, Giwercman A, Jungwirth A. Guía clínica de la Asociación Europea de Urología sobre la vasectomía. Actas Urol Esp. 2012;36(5):274-81.
- Hancock P, McLaughlin E. British Andrology Society guidelines for the assessment of post vasectomy semen samples (2002). J Clin Pathol. 2002;55(11):812-6. PubMed [PMID: 12401817](#). [Texto completo](#)
- Holman CD, Wisniewski CS, Semmens JB, Rouse IL, Bass AJ. Population-based outcomes after 28,246 in-hospital vasectomies and 1902 vasovasostomies in western Australia. BJU Int. 2000;86(9):1043-9. PubMed [PMID: 11119099](#)
- Korthorst RA, Consten D, Van Rooijen JH. Clearance after vasectomy with a single semen sample containing < than 100 000 immotile sperm/mL: analysis of 1073 patients. BJU Int. 2010;105:1572-5. PubMed [PMID: 20002679](#)
- Schwingl PJ, Guess HA. Safety and effectiveness of vasectomy. Fertil Steril. 2000;73:923-36. PubMed [PMID: 10785217](#)
- Sharlip ID, Belker AM, Honig S, Labrecque M, Marmar JL, Ross LS, et al. Vasectomy: AUA guideline. J Urol. 2012;188 6 Suppl:2482-91. PubMed [PMID: 23098786](#)

Más en la red

- Rayala BZ, Viera AJ. Common questions about vasectomy. Am Fam Physician. 2013 Dec 1;88(11):757-61. PubMed [PMID: 24364523](#)
- Rogers MD, Kolettis PN. Vasectomy. Urol Clin North Am. 2013 Nov;40(4):559-68. PubMed [PMID: 24182975](#)

Autores

- | | |
|--------------------------|--|
| ▪ Elisabet Serisa Blasco | Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria (1) |
| ▪ Elena Corada Molina | Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria (2) |
| ▪ Carmen Rubio Martínez | Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria (3) |
| ▪ Enrique Cuñat Albert | Médico Especialista en Urología (4) |
| ▪ Ángel Masoliver Forés | Médico Especialista en Salud Pública (5) |

(1) Centro de Salud de Burriana. Unidad Docente Multiprofesional de AFyC de Castellón. España.
(2) Centro de Salud La Bóvila de Vila-Real. Unidad Docente Multiprofesional de AFyC de Castellón. España.
(3) Tutora de MFyC. Centro de Salud de Vall d'Uixó. Unidad Docente Multiprofesional de AFyC de Castellón. España.
(4) Colaborador Docente de Urología. Servicio de Urología. Hospital General Universitario de Castellón. España.
(5) Técnico Superior de Salud. Unidad Docente Multiprofesional de AFyC de Castellón. España.



Elsevier España S.L.U. © 2018. Todos los derechos reservados.

Esta web utiliza cookies. Para obtener mas información o denegar su uso, por favor visite la [Página de cookies](#).

[Términos y condiciones](#) - [Política de Privacidad](#) |

