

CONSULTA DE EXPERTOS ACERCA DE LA VASECTOMÍA

Informe de la reunión

Washington, D.C.
Del 3 al 5 de diciembre de 2003

**TALLER INTERINSTITUCIONAL organizado por
Family Health International, EngenderHealth y el Proyecto ACQUIRE**



AGRADECIMIENTOS

La “Consulta de Expertos acerca de la Vasectomía”, celebrada en Washington, DC, del 3 al 5 de diciembre de 2003 fue un taller interinstitucional organizado por Family Health International (FHI), EngenderHealth, y el Proyecto ACQUIRE.

FHI desea agradecer a los expertos en salud reproductiva de estas organizaciones, así como a otros participantes en la conferencia, por haber examinado minuciosamente este documento y por sus contribuciones a este contenido. FHI es una organización sin fines de lucro que trabaja para mejorar las vidas en todo el mundo mediante la investigación, la educación y los servicios en salud de la familia.

CONSULTA DE EXPERTOS ACERCA DE LA VASECTOMÍA

Autora: Kim Best

© 2004 by Family Health International (FHI)
P.O. Box 13950
Research Triangle Park, NC 27709 USA
Sitio en la Web: <http://www.fhi.org>

RESUMEN DE LA CONFERENCIA

Más de 50 representantes de 24 instituciones y organizaciones donantes que participan en investigación en salud reproductiva, prestación de servicios, capacitación, promoción de la causa, así como también universidades, se reunieron en Washington, DC, del 3 al 5 de diciembre de 2003 para priorizar la investigación futura relacionada con las técnicas de oclusión de los conductos deferentes y formular directrices para las técnicas de vasectomía en diferentes entornos de atención de salud. El primer día de la reunión, bajo el liderazgo de Family Health International (FHI), se habló de los resultados recientes de investigación clínica en técnicas de vasectomía. Se elaboraron varios puntos de consenso en la solidez de las pruebas que favorecen ciertos métodos de oclusión (véase el Apéndice I) y se difundieron en inglés y español resúmenes de noticias que reflejan ese nivel de consenso (véase el Apéndice II). Tomando como base los puntos del consenso, FHI se propone preparar un manuscrito para publicarlo en una revista evaluada por pares.

El segundo y tercer día de la reunión, dirigidos por el proyecto ACQUIRE¹, se centraron en las consecuencias programáticas de la investigación y las medidas clave necesarias para mejorar los servicios de vasectomía a nivel regional (en África, América Latina y Asia) y mundial. Esta reunión estratégica está basada en la labor colaborativa anterior de FHI/EngenderHealth apoyada en gran parte por la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID).

¹ El Proyecto ACQUIRE, proyecto de cinco años de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), tiene como objetivo promover y apoyar el uso de servicios de calidad de salud reproductiva y planificación familiar. Este Proyecto ACQUIRE es una asociación integrada por EngenderHealth, Adventist Development and Relief Agency International (ADRA), CARE, IntraHealth International, Meridian Group International, Inc. y la Sociedad para la Mujer y el SIDA en África (SWAA).

Reunión de expertos de investigación en el campo de la vasectomía

Miércoles, 3 de diciembre de 2003

Análisis de la Consulta de Expertos de 2001

[Ponente: Dra. Laneta Dorflinger, vicepresidente, investigación clínica, FHI]

La Dra. Dorflinger analizó brevemente la Consulta de Expertos de 2001 de la Eficacia de la Vasectomía, patrocinada por FHI/EngenderHealth, cuyo fin era mejorar el entendimiento de las técnicas y la eficacia de la vasectomía, presentar nuevos resultados de investigación, planificar la difusión de nueva investigación y definir las necesidades de investigación futuras. Asimismo, presentó como antecedentes para la actual conferencia un resumen de los resultados relativos a la eficacia de la técnica de ligadura y escisión, del siguiente modo:

- La técnica de ligadura y escisión sencilla no es tan eficaz como se pensaba anteriormente, según la investigación realizada en México, así como un estudio de siete países llevado a cabo después del ensayo de México (véase el siguiente párrafo). El estudio efectuado en México y en el que participaron 217 hombres, reveló que después de técnica de ligadura y escisión algunos hombres requerían hasta 24 semanas o más para tener azoospermia. Se consideró que en casi el 13 por ciento de los hombres había fracasado la vasectomía porque un número considerable de espermatozoides (más de 3 millones por mililitro) seguía presente al cabo de 24 semanas. El estudio, dirigido por FHI, EngenderHealth y el Instituto Mexicano del Seguro Social en México, sigue siendo motivo de cierta controversia porque está poco clara la repercusión de la falta de experiencia profesional. Sin embargo, el Dr. David Sokal de FHI observó que el "fracaso de la técnica de ligadura y escisión sencilla probablemente se debió a la técnica misma, y no a la falta de experiencia de los profesionales".

Fuente: Barone MA, Nazerali H, Cortez M, et al. A prospective study of time and number of ejaculations to azoospermia after vasectomy by ligation and excision. *J Urology* 2003;170(3):892-96.

- Un ensayo controlado aleatorizado de siete países en el que participaron 841 hombres y que comparó la técnica de ligadura y escisión sencilla con interposición fascial y sin ella confirmó algunos dictámenes periciales anteriores de que la interposición fascial mejora la eficacia de técnica de ligadura y escisión. El reclutamiento de nuevos participantes en este estudio de FHI/EngenderHealth se terminó en mayo de 2001, cuando un análisis provisional demostró una diferencia sorprendente en el recuento de espermatozoides entre los hombres que fueron objeto de la técnica de ligadura y escisión sencilla y los que fueron objeto de la dicha técnica junto con la interposición fascial.

Fuente: Chen-Mok M, Bangdiwala SI, Dominik R, et al. Termination of a randomized controlled trial of two vasectomy techniques. *Controlled Clinical Trials* 2003;24(1):78-84.

- El cauterio y la interposición fascial con un extremo testicular abierto son mucho más eficaces que la ligadura que usa una grapa y la escisión, según un análisis retrospectivo de los datos de 3.761 canadienses. La tasa de fracaso (basada en el análisis de semen) de la primera técnica fue de 0,3 por ciento frente a 8,7 por ciento respecto a la ligadura con grapa y escisión.
Fuente: Labrecque M, Nazerali H, Mondor, M, et al. Effectiveness and complications associated with 2 vasectomy occlusion techniques. *J Urology* 2002;168(6):2495-98.
- Un estudio transversal de 1.052 nepaleses reveló una tasa de embarazo cumulativa del 4 por ciento al cabo de tres años después de la vasectomía. La técnica de ligadura y escisión es la que más se usa en Nepal. El análisis de las muestras de semen de 924 de los hombres confirmó que 23 de ellos, o sea el 2,3 por ciento, todavía tenían espermatozoides en el semen. Por lo tanto, la técnica de ligadura y escisión sencilla parece tener un tasa de fracaso mayor de lo que se creía, según pudo determinarse por el número de embarazos o el análisis de semen.
Fuente: Nazerali H, Thapa S, Hays M, et al. Vasectomy effectiveness in Nepal: a retrospective study. *Contraception* 2003;67(6):397-401.

Resultados de investigación recientes

Presentado por:

- **Dr. David Sokal, director médico asociado, FHI**
 - **Dr. Mark Barone, gerente de investigación principal, EngenderHealth**
 - **Dr. Michel Labrecque, profesor titular, Universidad de Laval**
 - **Yancy Seamans, coordinador técnico para la elaboración de productos, Programa para la Tecnología Apropriada en Salud (PATH)**
 - **Dr. John Herr, profesor del Departamento de Biología Celular, Universidad de Virginia.**
- [Ponente: Dr. David Sokal] El análisis final del ensayo controlado aleatorizado de FHI/EngenderHealth realizado con 841 hombres ha demostrado que la técnica de ligadura y escisión con interposición fascial redujo los fracasos de vasectomía a casi la mitad en comparación con la técnica de ligadura y escisión sola. También disminuyó el tiempo para llegar a la azoospermia y la oligospermia fuerte (<100.000 espermatozoides/mL). Tomando como base los análisis de semen realizados hasta las 34 semanas, las tasas de fracaso de las vasectomías con interposición fascial frente a las vasectomías sin interposición fascial —todas ellas realizadas por profesionales experimentados— fueron de 5,9 por ciento y 12,7 por ciento, respectivamente. El número de fracasos de la vasectomía en todos los grupos de edad fue similar. No se observaron diferencias significativas en las dos técnicas respecto a seguridad (eventos adversos, o dolor escrotal leve o moderado a los 12 meses después de la vasectomía). La interposición fascial requirió aproximadamente dos minutos adicionales en el procedimiento. Los médicos notificaron que 13,8 por ciento de los procedimientos que incluían la interposición fascial fueron difíciles de realizar, pero en sólo nueve casos —2 por ciento de los 419 hombres— los profesionales no lograron realizar la interposición fascial en uno o ambos conductos deferentes. Este estudio, que es el primer ensayo controlado aleatorizado importante de una técnica de oclusión de

- los conductos deferentes, resuelve algunos de los resultados incompatibles de los estudios de interposición fascial que se han realizado desde 1978, dijo el Dr. Sokal.
- **Fuente: Sokal D, Irsula B, Hays M, et al. Vasectomy by ligation and excision, with or without fascial interposition: a randomized controlled trial. *BMC Medicine* 2004;2:6.**
 - [Ponente: Dr. Mark Barone] Las pruebas que apoyan la eficacia superior del cauterio son limitadas. Pero un estudio observacional relativo a la eficacia (basada en análisis de semen) de la vasectomía en la que se usó el cauterio ha revelado que la mayoría de casi 400 hombres que se hicieron este procedimiento en cuatro centros presentaban oligospermia fuerte o azoospermia al cabo de 12 semanas. El estudio también observó que, a falta del análisis de semen, 12 semanas es un criterio mejor de valoración que 20 eyaculaciones. En particular, los métodos de cauterio que se usaron en los cuatro sitios de este estudio observacional fueron todos intraluminales pero por lo demás tuvieron algunas diferencias: en dos sitios se usó el cauterio térmico y en otros dos el electrocauterio; un profesional usó una técnica de extremo abierto, mientras que otros usaron técnicas de extremo cerrado; algunos extirparon una porción de los conductos deferentes; y algunos usaron la interposición fascial. No hay datos de ensayos controlados aleatorizados relativos a la oclusión con cauterio; sin embargo, parece que el cauterio es más eficaz que otros métodos de oclusión, concluyó el Dr. Barone.
Fuente: Barone MA, Irsula B, Chen-Mok, et al. Observational study of vasectomy using cautery. Manuscrito no publicado.
 - [Ponente: Dr. David Sokal] Aunque no se ha realizado ningún ensayo controlado aleatorio del cauterio frente a la técnica de ligadura y escisión (con o sin interposición interfascial), una comparación estadística de dos técnicas de vasectomía –cauterio frente a ligadura y escisión con interposición fascial– indica que el cauterio se asoció con una progresión significativamente más rápida hacia la oligospermia fuerte y fracasos tempranos significativamente menos numerosos que la ligadura y escisión con interposición fascial (1 por ciento frente a 5 por ciento, respectivamente). Los datos para la comparación provenían de dos estudios multicéntricos prospectivos: el brazo de interposición fascial del ensayo controlado aleatorizado de FHI/EngenderHealth y el estudio observacional relativo al cauterio que describió el Dr. Barone. En ambos casos, los profesionales tenían experiencia y los datos de fracaso de la vasectomía provenían de los análisis de semen.
Fuente: Sokal D, Irsula B, Chen-Mok M, et al. A comparison of vas occlusion techniques: cautery vs. ligation and excision with fascial interposition. *Contraception* 2003;68:143 [abstract #14].
 - [Ponente: Dr. Michel Labrecque] Los datos de un análisis de recanalización del ensayo controlado aleatorizado de FHI/EngenderHealth indican que la tasa de recanalizaciones probables/definitivas, medida con análisis de semen consecutivos, fue de 25 por ciento respecto a la técnica de ligadura y escisión sin interposición fascial comparada con una tasa de recanalización de 9 por ciento respecto a la técnica de ligadura y escisión con interposición fascial, informó el

Dr. Labrecque. El riesgo de recanalización fue más alto con la técnica de ligadura y escisión sola. Y concluyó que el riesgo fue más bajo cuando el cauterio se combinó con la interposición fascial. Cabe señalar que las tasas de recanalización son mayores que el riesgo real de fracaso de la vasectomía porque la recanalización temprana a menudo es un proceso transitorio. La recanalización temprana es una reconexión espontánea de los dos extremos de los conductos deferentes, que con mayor frecuencia ocurren en el transcurso de uno o dos meses después de la vasectomía.

- [Ponente: Yancy Seamans] Una evaluación preliminar de un dispositivo de cauterio manual que funciona con pila, indica que los dispositivos de cauterio térmico pueden reprocesarse y reutilizarse eficazmente, por lo tanto constituyen un método potencialmente económico. Seamans informó que la punta de un dispositivo de cauterio térmico manual –cuya durabilidad anteriormente se había observado que era apropiada para múltiples usos– puede esterilizarse con vapor eficazmente y, junto con un método apropiado de limpieza, posiblemente se pueda desinfectar eficazmente con una variedad de métodos comunes. La desinfección o esterilización con glutaraldehído parece causar el menor daño a la punta y, según los recursos locales, puede ser la técnica preferida de desinfección, afirmó Seamans. Otros métodos de esterilización o desinfección pueden alterar la punta, lo cual podría afectar a su función. Por ejemplo, la desinfección mediante esterilización con hervor o vapor puede producir cambios dimensionales en las partes plásticas de la punta, lo cual dificulta su inserción en la parte manual. La desinfección con lejía puede causar corrosión superficial, lo cual tal vez constituya un problema para los médicos.
- [Ponente: Dr. John Herr] El examen de dos pruebas rápidas para detectar espermatozoides –VasMarq y SpermCheck– (un análisis colorimétrico y otro inmunocromatográfico, respectivamente) indica que posiblemente VasMarq tenga una utilidad limitada para determinar la eficacia de la vasectomía, dadas las altas tasas de resultados positivos falsos y negativos falsos. (En un estudio que realizó FHI en Nepal, VasMarq se usó para analizar 930 muestras de semen. En el valor de corte de 500.000 (0,5 millones de espermatozoides/mL), la prueba tuvo una sensibilidad de 39 por ciento, una especificidad de 96,4 por ciento y un valor predictivo positivo de 21 por ciento. En los 23 hombres cuyo recuento del hemocitómetro indicó más de 0,5 millones de espermatozoides/mL, la prueba de Vasmarq detectó la condición en sólo nueve (es decir, produjo un resultado negativo falso cuando, en realidad, había espermatozoides presentes). Sin embargo, SpermCheck es más prometedor, informó el Dr. Herr. Actualmente en las pruebas clínicas, SpermCheck tiene un análisis inmunológico que identifica una proteína marcadora en la cabeza del espermatozoide. Con un valor de corte límite de 250.000 (0,25 millones de espermatozoides/mL), la sensibilidad de SpermCheck es de 100 por ciento y su valor predictivo positivo es de 77,8 por ciento. Sin embargo, el Dr. Herr dijo que el valor de corte de la prueba se está determinando actualmente. Señaló que, en un valor de corte de 100.000 (0,1 millones de espermatozoides/mL), los datos indican una sensibilidad de 90,9 por

ciento y una especificidad de casi 100 por ciento. El valor de corte de SpermCheck probablemente se fijará en algún valor entre 100.000 y 250.000. En esta etapa, el dispositivo SpermCheck parece tener mayor sensibilidad en un umbral bajo. El Dr. Herr señaló que los expertos difieren acerca de cuál recuento de espermatozoides se puede considerar equivalente a la infertilidad después de la vasectomía.

Debate

Comparación de las técnicas de oclusión

Tim Black, gerente general de Marie Stopes International (MSI), informó que MSI –que ha realizado unas 18.000 vasectomías– usa regularmente, con un éxito excelente, el cauterio extraluminal sin interposición fascial o escisión de una parte de los conductos deferentes. Y dijo que a menudo se observaban granulomas de espermatozoides cuando los conductos deferentes se ligaban con cat gut, pero que estos ocurren rara vez después de la vasectomía de cauterio. El Dr. Ronald Reynolds de New Richmond Family Practice, New Richmond, Ohio, informó que la atadura de los extremos de los conductos deferentes con ligaduras de seda (como se usan en muchos entornos de países en desarrollo) puede causar problemas y que las ligaduras de algodón pueden ser una opción mejor.

El Dr. Labrecque sugirió que posiblemente el cauterio reduzca el tiempo que toma para que haya oligospermia extrema o azoospermia al reducir la aparición de la recanalización temprana. John Pile, asesor técnico principal, de ACQUIRE (EngenderHealth), observó que el tiempo que toma para que haya oligospermia extrema o azoospermia después de la vasectomía de cauterio no se ha evaluado en entornos de recursos bajos, pero en verdad podría ser de menos de 12 semanas.

Con interposición fascial o sin ella, el cauterio aparentemente producirá tasas bajas de fracaso de la vasectomía. Pero el Dr. Carlos Huevo, director médico de IPPF, Londres, señaló la necesidad de realizar más investigaciones acerca de la eficacia del cauterio solo, es decir, sin interposición fascial.

Por último, los participantes también abordaron y advirtieron el peligro de unir los conductos deferentes demasiado firmemente o de quemarlos demasiado con el cauterio, en cuyo caso el extremo sufrirá necrosis y se desprenderá, dejando así dos extremos abiertos.

Reutilización potencial de un dispositivo de cauterio

La Dra. Dorflinger, de FHI, observó que, basándose en la experiencia con el DIU, "aunque un dispositivo de cauterio esté limpio, si se 've' sucio o corroído, es probable que los proveedores no deseen usarlo". Por otro lado, cierto grado de daño sufrido por la punta a causa de múltiples procedimientos de esterilización química o por calor, tal vez no sea un problema para los proveedores de la vasectomía ya que estos pueden

determinar fácilmente si un dispositivo funciona adecuadamente al observar que el alambre se calienta.

Análisis de semen

A algunos participantes les preocupaba el momento y la frecuencia adecuados para el análisis de semen. Tim Black, de MSI, observó: "Una sola prueba no es adecuada. Es posible que veamos recuentos de espermatozoides más elevados más adelante, posiblemente debido a la recanalización". (Nótese que muchos hombres no vuelven para hacerse una segunda prueba aun cuando el análisis de semen esté disponible fácilmente.)

Se observó que el número de veces un hombre eyacula después de la vasectomía puede variar notablemente –desde una vez cada tres o cuatro semanas hasta 10 ó 15 veces por semana. ¿Puede la frecuencia de la eyaculación influir en los recuentos de espermatozoides o en el riesgo de recanalización? El Dr. Mario Chen-Mok, bioestadístico principal, de FHI, observó que los datos del estudio de cauterio indicaron que cuanto mayor sea el número de eyaculaciones, mayores serán las probabilidades de lograr más rápidamente el éxito de la vasectomía, medido como azoospermia fuerte u oligospermia.

La edad también parece ser un factor, y Tim Black señaló que a los hombres mayores les toma mucho más tiempo para no tener espermatozoides. Esto también se observó en el ensayo controlado aleatorio de FHI/EngenderHealth. "Sin embargo, si se considera la oligospermia fuerte, en lugar de la azoospermia, las diferencias son menos marcadas", dijo el Dr. Sokal.

¿Pueden los espermatozoides inmóviles causar fracaso de la vasectomía? "Probablemente no, pero tal vez debamos analizar esto un poco más cuidadosamente", dijo el Dr. Labrecque.

En cuanto al valor de corte establecido para una prueba como el método SpermCheck del Dr. Herr, el Dr. Labrecque recaló que "deseamos una sensibilidad de 100 por ciento para proporcionar una garantía absoluta de esterilidad".

Análisis de otras pruebas

[Ponente: Dr. Michel Labrecque] Los datos más sólidos hasta la fecha, los que comparan métodos de vasectomía –la de incisión frente a la vasectomía sin bisturí (VSB)– demuestran que el dolor, el hematoma y la infección se reducen considerablemente con la VSB. "Podemos calificar la VSB como el 'mejor método disponible'", opinó el Dr. Labrecque.

Sin embargo, el Dr. Labrecque recaló la dificultad, basándose en datos existentes, de comparar las técnicas de oclusión de los conductos deferentes. Las definiciones (es decir, de fracaso) varían de un estudio a otro y la mayoría de los estudios son análisis retrospectivos de la experiencia individual de médicos. El seguimiento ha sido relativamente a corto plazo y no se ha llevado a cabo sistemáticamente. A menudo no se presentan los detalles del estudio.

Existen varias técnicas de oclusión de los conductos deferentes y éstas pueden combinarse de diferentes maneras. Teóricamente, hay más de 30 combinaciones diferentes. La técnica de ligadura y atadura de los conductos deferentes es probablemente la técnica más común en el mundo. Pero, los conductos también pueden ligarse con grapas. ¿Hay una diferencia entre el material de sutura y las grapas? En los dos estudios que han abordado esta cuestión se observaron tasas de fracaso similares, aunque "no tenemos suficientes datos para apoyar un método más que el otro", opinó el Dr. Labrecque. Cinco estudios han examinado la técnica de plegar los conductos deferentes sobre sí mismos, pero no han demostrado ninguna tendencia verdadera en cuanto a las tasas de fracaso o las complicaciones.

Los cinco estudios que han analizado la interposición fascial frente al método sin interposición fascial revelaron tendencias similares (la interposición fascial fue superior), y las "mejores pruebas" del ensayo controlado aleatorizado FHI/EngenderHealth son compatibles con estos estudios más pequeños. No existen datos sistemáticos para determinar si el cauterio sin interposición fascial es superior a la ligadura. Los datos relativos a la eficacia del cauterio con interposición fascial frente a la ligadura demuestran que el cauterio tiene tasas mucho menores de fracaso, aunque los datos se limitan a series retrospectivas de casos con controles históricos. Casi ningún estudio ha comparado el cauterio térmico con el electrocauterio. Finalmente, si bien es cierto que el alivio del dolor es la meta de la técnica con extremos abiertos, la técnica de extremos cerrados parece ser comparable. Se necesita más investigación que compare las dos técnicas, declaró el Dr. Labrecque.

En conclusión, el Dr. Labrecque opinó : "Teniendo en cuenta que los datos publicados son limitados, hay pruebas convincentes a favor de la técnica de ligadura y escisión con interposición fascial en comparación con la técnica de ligadura y escisión sola. Hay pruebas sólidas a favor del cauterio combinado con interposición fascial en comparación con cualquier otra técnica. No se dispone de datos sólidos para apoyar plenamente el uso de otro método de oclusión".

Debate

Tim Black, de MSI, sostuvo que, si bien es cierto que los datos relativos a la interposición fascial son más sólidos que los datos de cauterio, "nuestra experiencia con todos los procedimientos nos ha enseñado que cuanto más simplificamos un método, mejor resulta ser éste. La interposición fascial, en la que se reintroduce una aguja puntiaguda y suturas y requiere más tiempo, está complicando las cosas". Y el Dr. Labrecque estuvo de acuerdo en que el "cauterio, con o sin interposición fascial, producirá mejores resultados".

Después de presentar y analizar los resultados de la investigación, los expertos formaron tres grupos pequeños para examinar un borrador de declaración de consenso. Al reunirse, los expertos consideraron que era prematuro emitir una declaración de consenso detallada. En cambio, se establecieron "puntos de consenso" generales, con un compromiso de elaborar una declaración de consenso refinada en una fecha posterior.

Entre las cuestiones no resueltas figuraron:

La falta persistente de datos para tomar decisiones fundamentadas. El Dr. Steven Kaufman, funcionario médico, del Instituto Nacional de la Salud Infantil y el Desarrollo Humano, de los Institutos Nacionales de Salud, acordó que el ensayo controlado aleatorizado de FHI/EngenderHealth "proporciona la mejor información disponible acerca de la interposición fascial. Pero éste es sólo un estudio y no podemos tomar decisiones basándonos en un solo estudio". Tres de los participantes norteamericanos de la conferencia plantearon una cuestión teórica acerca del método de interposición fascial del Dr. Apichart Nirapathpongporn, que se usó en el ensayo controlado aleatorizado. Señalaron que un método de interposición fascial que no incluya atar una sutura alrededor de un extremo del conducto deferente mismo –pero que solo incluya la fascia– podría producir mejores resultados. La Dra. Carmela Cordero, líder del equipo de desempeño de proveedores, de ACQUIRE (EngenderHealth), estuvo de acuerdo en que "si creemos que la interposición fascial podría mejorarse, necesitamos más información al respecto".

El efecto que tiene en el campo (de prestación de servicios) cualquier recomendación nueva. Considerando que la ligadura es la técnica de vasectomía que se utiliza más comúnmente en todo el mundo, declarar que el cauterio es superior a la ligadura podría ser problemático ya que podría hacer que algunos profesionales abandonen la técnica de ligadura que, aunque no es perfecta, es sumamente eficaz. La Dra. Dorflinger, de FHI, también observó que el cauterio "va a ser más costoso y hay factores que desconocemos totalmente acerca de nuestra capacidad de ponerlo a la disposición en el campo. Debemos pensar en lo que todavía necesitamos aprender desde el punto de vista de entornos de recursos bajos". El Dr. Job Obwaka, asociado médico principal, de AMKENI, Kenia, estuvo de acuerdo en que "tal vez no podamos hacer que se acepte la idea del cauterio en entornos de recursos bajos" porque es relativamente costoso y quizá sea difícil para los programas mantenerlo. Además, "hemos aceptado la técnica de ligadura y escisión como el procedimiento estándar y acabamos de enseñar a los especialistas en vasectomía cómo realizar la interposición fascial". Y añadió que esperar que los profesionales empiecen a usar ahora el cauterio tal vez sea confuso y difícil de realizar.

No obstante, Jeff Spieler, jefe de la división de investigación de la Oficina de Población y Salud Reproductiva de la USAID, propuso la siguiente directriz, que incluye un mensaje jerárquico: la técnica de ligadura y escisión da resultado, pero podemos mejorarla. La investigación realizada hasta la fecha indica que el cauterio con interposición fascial es la mejor opción. La mejor opción que sigue es la ligadura y escisión con interposición fascial. La técnica de ligadura y escisión sola es buena, si se tiene la capacitación adecuada. Pero si se tiene acceso a la capacitación en estas otras técnicas, hay que capacitarse.

Los eventos del día finalizaron con un debate acerca de la posible investigación futura, como se indica a continuación:

- **Uso del cauterio y la interposición fascial en entornos de recursos bajos.** Los estudios comparativos observacionales indican que el cauterio con interposición fascial puede hacer reducir los fracasos de la vasectomía, comparado con el cauterio solo. Sin embargo, se necesita más investigación al respecto. Los participantes de la reunión estuvieron de acuerdo en que también se necesita investigación para lo siguiente: 1) determinar la técnica de cauterio óptima para uso en entornos de recurso bajo, 2) desarrollar y documentar métodos sencillos, aceptables y de bajo costo para volver a usar la punta del cauterio y 3) determinar las mejores maneras de capacitar a los médicos para que realicen la interposición fascial.
- **Comparación de la eficacia de diferentes técnicas de oclusión.** Se trataron varios diseños de estudios. Un diseño de estudio sugerido fue un ensayo controlado aleatorizado con tres brazos: cauterio con interposición fascial del extremo abdominal de los conductos, ligadura y escisión con interposición fascial del extremo abdominal de los conductos y cauterio solo. En cualquier estudio, la investigación debe centrar la atención en los fracasos de la vasectomía (definida según el recuento de espermatozoides) y vigilar el dolor de posvasectomía. Del mismo modo, cualquier estudio que tenga un brazo de interposición fascial debe definir cuidadosamente la técnica quirúrgica que se ha usado para dicha interposición.
- **Incorporación de una evaluación sistemática de las complicaciones a futuros estudios de la vasectomía.** Se examinó la necesidad de más investigación acerca del dolor testicular o escrotal de posvasectomía. (Nótese que las directrices publicadas en enero de 2004 por el Colegio Real de Obstetras y Ginecólogos (RCOG) incluían la recomendación de informar a los hombres acerca de la posibilidad sufrir de dolor testicular crónico después de la vasectomía. Este dolor puede presentarse meses o años después del procedimiento y tal vez sea ocasional o frecuente. Aunque el dolor de posvasectomía es generalmente leve, se necesita más investigación para comprender mejor esta complicación.
- Investigación adicional podría incluir **evaluaciones programáticas prospectivas** de diferentes técnicas de oclusión de los conductos deferentes; factibilidad de la capacitación relativa al cauterio y la interposición fascial; replicación de la capacitación; factibilidad de la realización de las técnicas; y evaluación de los resultados. Se necesita investigación programática relativa a las diferentes prácticas y las técnicas más recomendadas para el cauterio en entornos de alto volumen frente a entornos de bajo volumen.
- **Factibilidad de utilizar pruebas rápidas de análisis de semen en entornos de recursos bajos.** Actualmente, en pruebas clínicas, el dispositivo de SpermCheck puede ser una manera práctica de aumentar los análisis de semen de posvasectomía para los hombres en Estados Unidos. A menos que se reduzca su costo, este dispositivo probablemente es demasiado costoso para

uso corriente en entornos de recursos bajos, pero quizá sea útil para la investigación allí.

Reunión acerca de la utilización de la investigación en vasectomía

Jueves, 4 de diciembre de 2003

En una presentación durante el desayuno, el Dr. David Sokal, director médico asociado, de FHI, recapituló los aspectos destacados de los debates del día anterior acerca de la investigación reciente en vasectomía. Luego se exploraron las repercusiones programáticas de estos resultados de investigación.

La Dra. Carmela Cordero, del Proyecto ACQUIRE (EngenderHealth), observó que la vasectomía es segura, sumamente eficaz y de bajo costo, pero un método subutilizado. Las razones de esta subutilización incluyen la falta de conocimiento por parte de los hombres y de las mujeres acerca del método, conceptos erróneos frecuentes acerca de éste y falta relativa de acceso al mismo. También existe prejuicio por parte de programas y proveedores contra el método, ya que la planificación familiar se sigue percibiendo en gran parte como una responsabilidad de la mujer.

La Dra. Cordero recalcó que la adopción de medidas conforme a nuevas pruebas acerca de las tasas de embarazo de posvasectomía, la eficacia de diferentes técnicas de oclusión de los conductos y el momento en que los hombres pueden depender de la vasectomía para la anticoncepción requieren cambios sustanciales en la prestación de servicios. Las técnicas de vasectomía, equipo, procedimientos, capacitación, sistemas logísticos, orientación y/o protocolos de servicios requerirán cambios.

Declaró que, por ejemplo: "Para introducir el cauterio, necesitamos cerciorarnos de contar con la disponibilidad de equipo apropiado, incluido el reemplazo de pilas para los dispositivos de cauterio. Tener que cambiar las pilas cada 10 días puede ser difícil para los presupuestos del mundo en desarrollo". Además, el asesoramiento de los clientes respecto a lo que los nuevos resultados de la investigación de vasectomía significa para ellos (es decir, la posibilidad de embarazo o dolor escrotal después de la vasectomía) es crucial, de manera que los descubrimientos de la investigación deben incluirse en la capacitación de proveedores nuevos. Cuando se introducen nuevos resultados clínicos en los programas, es importante reconocer que "los resultados no son igualmente útiles para todos", opinó la Dra. Cordero. Y agregó: "Aplicar estos resultados en la práctica es un proceso estratificado que debe basarse en lo obtenido de prácticas verdaderas".

La dificultad de determinar lo que debe decirse exactamente a los hombres acerca de la vasectomía, basándose en nuevas pruebas, se hizo evidente en un debate que siguió a esta presentación. El Dr. Sokal observó que la índole y la incidencia del dolor escrotal de posvasectomía no están bien definidas. Aunque los informes anecdóticos indican una prevalencia de 7 por ciento, sólo 3 por ciento de los hombres que participaron en el ensayo controlado aleatorizado de FHI/EngenderHealth declararon que habían experimentado dolor escrotal en los tres últimos meses y que en general había sido leve o moderado. En un estudio retrospectivo realizado en Detroit en 1996 y en el que participaron 182 hombres a quienes se le había hecho la vasectomía, la mayoría de estos

dijeron que no se arrepentían de haberse sometido al procedimiento y que, aunque el malestar podía durar uno o dos años, el procedimiento era más molesto que doloroso. El Dr. Sokal dijo: "Por lo tanto, no está claro cuánto dolor escrotal se debe a la vasectomía, aunque sabemos que el método de VSB causa menos problemas agudos y probablemente tiene menos probabilidades de causar dolor crónico".

También se señaló que el éxito o el fracaso de la vasectomía depende no sólo de la técnica usada, sino también de la experiencia del proveedor y el comportamiento de los hombres después del procedimiento. Además, es posible que los fracasos de la vasectomía se notifiquen excesivamente (como en la China, donde la política de un solo hijo permite el nacimiento de un hijo adicional si la vasectomía ha fracasado) o no se notifiquen completamente (por ejemplo, por mujeres del mundo en desarrollo, que quedan embarazadas después de que a su esposo le han hecho la vasectomía y temen ser objeto de estigma).

En un resumen y análisis posteriores de la experiencia obtenida y las lecciones aprendidas, la ponente Lynn Bakamjian, directora de proyectos, de ACQUIRE (EngenderHealth), volvió al tema de la razón por la cual la vasectomía está subutilizada y por qué es necesario abordar dicha subutilización. Preguntó: « ¿Por qué prestar atención a la vasectomía? ». Y agregó: « Existe mucha necesidad insatisfecha en cuanto a limitar la procreación. La esterilización [de mujeres y hombres] es el método de anticoncepción que se utiliza más ampliamente en todo el mundo (253 millones de parejas lo usan). Se prevé que la esterilización seguirá siendo el método anticonceptivo que se utilizará más ampliamente en el próximo decenio. Se prevé que representará entre 29 por ciento y 42 por ciento de la combinación de métodos anticonceptivos en el mundo en desarrollo en 2015». Aunque la esterilización femenina es mucho más común que la masculina, la vasectomía es más segura, más sencilla y cuesta aproximadamente la mitad de lo que cuesta la esterilización femenina.

No obstante, la vasectomía es el método menos conocido de planificación familiar moderna. En África, menos de una de cada cuatro mujeres lo conocen. Aun cuando los hombres y las mujeres conozcan la vasectomía, a menudo no la entienden completamente o la entienden incorrectamente. Muchos hombres creen que la vasectomía es equivalente a la castración. Temen que si se hacen la vasectomía, no podrán eyacular; se engordarán, se debilitarán y se volverán menos productivos; y tendrán que descansar durante varios días. También creen que la esterilización femenina es más fácil y tiene menos complicaciones. Los servicios de vasectomía también son menos accesibles que otros servicios de planificación familiar. Incluso es posible que servicios bien establecidos de vasectomía hayan disminuido debido a cambios en el hincapié que hacen los programas. "En Bangladesh, se registró un fuerte aumento [de vasectomías] cuando se introdujo la VSB a mediados de los años ochenta, pero por cuestiones de calidad y otros problemas, esta situación no pudo mantenerse", informó Bakamjian. Uno de los factores más importantes que contribuyen a la subutilización de la vasectomía son los prejuicios de los programas y los proveedores. Un análisis de la situación de Ghana realizado en 1996 reveló que menos de 5 por ciento de los médicos habían recomendado la vasectomía en los meses anteriores, en gran parte debido a que los proveedores suponían que los

hombres no deseaban que les realizaran la vasectomía. Bakamjian agrega: "Incluso cuando uno pregunta al personal acerca de la vasectomía, éste se ríe tontamente y se siente incómodo. Por consiguiente, es mucho lo que debe hacerse para que la vasectomía sea aceptable para los proveedores de servicios. Finalmente, dado que la planificación familiar todavía se considera como una responsabilidad de la mujer, debemos trabajar para informar a las mujeres acerca de la vasectomía".

A pesar de estos obstáculos, el siguiente ponente, John Pile, asesor técnico principal, de EngenderHealth, resumió cinco características clave de los programas de vasectomía que han tenido éxito según las revisiones bibliográficas y la experiencia. Tales programas:

1. Han abordado la demanda y la oferta. Los programas que tienen éxito deben anunciar sus servicios de vasectomía y luego tener dichos servicios disponibles.
2. Han prestado atención a las aptitudes de los proveedores. Pocos proveedores de planificación familiar tienen experiencia en el trabajo con hombres y es posible que muchos se sientan incómodos al hacerlo. Es posible que el personal clínico tenga prejuicios contra los hombres y que incluso los desanime en cuanto a solicitar información y servicios de planificación familiar. Por lo tanto, la capacitación debe centrarse en el cambio de las actitudes, no solo en dar información o impartir aptitudes. La capacitación en el lugar de trabajo relativa a la prestación de servicios que den buena acogida a los hombres es importante no sólo para los proveedores sino también para todos los que trabajan en un establecimiento. Los proveedores también necesitan aprender a mejorar sus aptitudes de comunicación interpersonal y a reconocer que deben conversar con los hombres de diferente manera que con las mujeres.
3. Han prestado atención a las necesidades y los intereses de los clientes. Los hombres desean privacidad, confidencialidad, una variedad de servicios, discreción, a menudo proveedores masculinos, horas flexibles, período corto de espera y servicios asequibles.
4. Han tenido un fuerte liderazgo. A la cabeza de casi todo programa enérgico de vasectomía se encuentra un director a quien le interesa personalmente incluir a los hombres.
5. Han promovido el método eficazmente. Las actividades de extensión comunitaria y las campañas de múltiples medios para promover la vasectomía han tenido éxito. Los programas en el Brasil, Colombia y Guatemala pudieron duplicar el número de casos de vasectomía mediante campañas de múltiples medios. A menudo es más fácil llegar a los hombres con mensajes múltiples y de refuerzo porque estos tienen mejor acceso y más exposición a los medios de comunicación de masas y a la comunicación a nivel comunitario que las mujeres. Sin embargo, los hombres tienen menos contacto con los trabajadores de salud que las mujeres. Los contactos personales –amigos, familiares y compañeros de trabajo– son fundamentales para introducir nuevas ideas y apoyar el cambio de comportamientos. Los testimonios de clientes/parejas satisfechos han tenido un éxito especial. Dado que las compañeras pueden ser una barrera para la aceptación de la vasectomía por parte de los hombres y a menudo tienen más conceptos erróneos e inquietudes acerca de la vasectomía, los mensajes deben

dirigirse a las mujeres también. En particular, las campañas de múltiples medios que se dirigen a los hombres deben utilizar mensajes objetivos pertinentes a las inquietudes percibidas de los hombres.

Debate

Los debates que siguieron a estas presentaciones exploraron en mayor detalle los retos y las oportunidades de llevar a los hombres mensajes relativos a la vasectomía. La Dra. Karen Foreit, socia principal de la empresa The Futures Group International, señaló que el período de posparto a menudo brinda a las mujeres la oportunidad de considerar la esterilización, pero los hombres no tienen esa oportunidad. También observó que una campaña de vasectomía de ProPater hace 18 años reveló que los mensajes de vasectomía deben llegar a los hombres y a las mujeres antes de que estos acudan a un consultorio de planificación familiar, ya que la mayoría de las personas ya tienen un método en mente en ese momento.

¿Qué deben recalcar esos mensajes para ser más eficaces? Es importante, señaló la Dra. Foreit, que los mensajes transmitan que el método "es para limitar el número de nacimientos una vez que la persona tiene todos los hijos que desea". Además, se debe prestar atención para no dirigir los mensajes a los clientes inapropiados. "Hay que transmitir la imagen de una pareja de más edad, no de una pareja joven y sofisticada", declaró. Se deben investigar más otras técnicas de promoción ya que la vasectomía es, en el mejor de los casos, un "producto de nicho".

Bakamjian estuvo de acuerdo en que la visita al consultorio de planificación familiar no es el momento adecuado para ofrecer la vasectomía, "pero a menudo los hombres acompañan a su esposa al consultorio y se sienten excluidos del proceso. Con frecuencia los hombres tienen sed de información, de manera que debemos hacer que el ambiente sea más abierto". Agregó que EngenderHealth había tenido algún éxito con iniciativas de posparto dirigidas a los hombres.

Pile estuvo de acuerdo con que los mensajes deben dirigirse al público masculino apropiado. Señaló que una campaña dirigida a los hombres con información relativa a la vasectomía fracasó en Turquía porque ésta se concentró en trabajadores de fábrica de sexo masculino, la mayoría de los cuales eran jóvenes, estaban solteros o habían contraído matrimonio recientemente. El fracaso de las estrategias promocionales con mayor frecuencia es producto de una selección o proyección deficiente de los medios de información y no de una falta de respuesta por parte de los hombres.

Varios participantes recalcaron que los hombres rara vez aceptan rápidamente la idea de la vasectomía, ya que ésta constituye un concepto nuevo y que a menudo causa miedo. En realidad, es posible que la consideren durante años. En particular, en la India a comienzos de los años setenta, cuando la vasectomía se usó más que la ligadura de trompas y los hombres a quienes les habían realizado la vasectomía eran los que buscaban nuevos clientes, todavía era necesario abordar a los hombres dos o tres veces antes de que decidieran someterse al procedimiento. Sería útil, dijo Jeff Spieler, jefe de la división de investigación de la Oficina de Población y Salud Reproductiva de la USAID,

realizar investigación cualitativa para determinar por qué algunos hombres eligieron la vasectomía y para preguntarles lo que harían para animar a más hombres de sus comunidades a que se sometían al procedimiento.

Pile estuvo de acuerdo en que no se comprende bien la dinámica de la toma de decisión relativa a la vasectomía: "Se ha prestado poca atención a esto, pero la eficacia en función de los costos es más importante que antes y la vasectomía es uno de los métodos más eficaces en función de los costos".

El Dr. Neil Pollock, de Pollock Clinics, Vancouver, Canadá, dijo que realiza entre 40 y 45 vasectomías sin bisturí cada semana, y que la demanda aumenta rápidamente. También dio a conocer "lo que ha dado resultado para hacer aumentar la utilización de la vasectomía en mi práctica. Los mayores temores que los hombres han superado cuando entran a mi clínica son el temor al dolor y el temor al bisturí. En mis anuncios, que publico en revistas de familia o de bebés, digo que ofrezco servicios de vasectomía sin bisturí y sin aguja'. Además, presento videos de comedias y el tiempo de espera es de solo 20 minutos para reducir la ansiedad. Trato de hacer que la experiencia sea sumamente positiva. Los clientes satisfechos son enormemente eficaces".

Tim Black, gerente general de Marie Stopes International (MSI), recalcó la importancia de la publicidad persistente, por ejemplo publicar regularmente anuncios clasificados pequeños, y opinó: "Antes de que les realicen la vasectomía, los hombres piensan en el procedimiento durante uno o dos años. No 'salen' a que les hagan la vasectomía antes de que haya un volumen considerable" de otros hombres que se sometían a la vasectomía y hacen correr la voz mediante las redes sociales informales.

En algunos entornos, la promoción de la vasectomía puede ser particularmente difícil puesto que requiere una labor rigurosa a largo plazo para cambiar las normas sociales, afirmó el Dr. Alfred Yassa, asesor principal de salud y comunicación, del Centro para Programas de Comunicación, Universidad de Johns Hopkins. El Dr. Yassa declaró que temía que en África, "la vasectomía es algo imposible. El problema va más allá de la concienciación, la calidad o el acceso. La sociedad allí está dominada por los hombres y la virilidad es muy importante. La procreación es la única manifestación de la virilidad y eso es importante para la familia y la sociedad".

Pile, de EngenderHealth, dijo que se habían presentado argumentos similares alguna vez acerca de la aceptabilidad de la vasectomía en América Latina. Pero, señaló: "Si bien es verdad que la vasectomía no es para todos, ni para todos los lugares, se desaprovecharía la oportunidad si no pusiéramos la vasectomía a la disposición en África". Actualmente, el procedimiento se está realizando en países como Kenia, Tanzania, Etiopía y Sudáfrica.

Margarita Díaz, presidenta de REPROLATINA, Brasil, agregó: "En nuestra experiencia latinoamericana, los hombres piensan en el sexo y les preocupan que la vasectomía pueda perjudicar su desempeño sexual; por lo tanto, cualquier campaña relativa a este tema es importante".

El Dr. Michel Labrecque de la Universidad de Laval terminó el debate observando que, en algunos entornos, las actitudes culturales pueden dar mucho apoyo a la vasectomía. Y declaró: "En Québec, realizamos 16.000 vasectomías y sólo 8.000 ligaduras de trompas el año pasado. Una vez que una pareja tiene dos hijos, es totalmente normal empezar a considerar la vasectomía".

Las presentaciones que siguieron abordaron estrategias y oportunidades para la programación de la VSB y las perspectivas desde este campo. Éstas incluyeron experiencias de Brasil, la India, Ghana, Filipinas y México.

En la descripción de la experiencia del Brasil con la vasectomía, Díaz dijo que el procedimiento había estado disponible casi exclusivamente en el sector privado. La Encuesta Demográfica y de Salud de 1996 reveló que la prevalencia de uso de la vasectomía era de sólo 2,2 por ciento, mientras que los anticonceptivos orales y la ligadura de trompas eran los principales métodos de planificación familiar.

Posteriormente, un proyecto piloto que no era del sector privado que incluía la puesta en práctica de servicios de vasectomía y en el que participaron 180.000 personas, se llevó a cabo en el municipio de Santa Bárbara. Después de que una evaluación inicial demostró que los hombres deseaban tener acceso a la vasectomía, el proyecto capacitó al personal para mejorar la calidad de los servicios de salud reproductiva en general e incorporar los servicios que abordaban las necesidades de los hombres. La puesta en práctica de un programa de vasectomía incluía: informar a todos los clientes acerca de todos los métodos de planificación familiar; proporcionar información/educación relativa a la vasectomía; enseñar a los proveedores cómo entrevistar a los clientes y obtener consentimiento informado; examinar y aprobar las solicitudes de vasectomía; efectuar el procedimiento quirúrgico; realizar un seguimiento siete días después de la operación quirúrgica; y efectuar análisis de recuento de espermatozoides al cabo de 90 días o más. A unos 535 hombres le realizaron la vasectomía en los tres primeros años del programa y éstos notificaron que estaban satisfechos con los servicios. Después de esta labor, el programa se amplió a otros tres municipios: Ituiutaba, Sumare y Campo Largo. En Campo Largo, el programa lo pusieron en práctica en una zona rural médicos de familia. Entre los obstáculos figuraban los siguientes: la dificultad de mantener y aumentar los servicios; la falta de un compromiso político fuerte; y la interferencia creada por los médicos (en relación con cuestiones del sector público frente al sector privado y tensiones entre urólogos y otros especialistas). Además, los proveedores de servicios de salud reproductiva a menudo no estaban preparados para atender a los hombres. Sin embargo, Díaz declaró, el proyecto demostró que en entornos con recursos limitados es posible incorporar los servicios de vasectomía en los servicios originalmente planificados sólo para las mujeres de manera que contribuyan a una mejora general de la calidad de la atención.

A continuación, el Dr. S.S. Bodh, promotor principal de capacitación clínica, de EngenderHealth/Nueva Delhi, trató el tema de la VSB en la India. Aunque en 1970 se introdujo una campaña de vasectomía en Kerala, India, y se realizaron más de 60.000

procedimientos, un programa de esterilización forzada puesto en práctica en 1975 y 1976 dio lugar a una disminución de las vasectomías que ha persistido. Actualmente, la vasectomía representa sólo 2,5 por ciento de todos los procedimientos de esterilización en la India. El Dr. Bodh declaró: "Los clientes y los proveedores de servicios se han olvidado de la vasectomía. Los hombres no se presentan debido a cuestiones de actitud/género, conceptos erróneos y temores que tienen de sufrir complicaciones y dolor. Otros obstáculos incluyen: la ausencia de información, educación y comunicación (IEC) dirigidas a los hombres, la ausencia de una labor para abordar a los hombres; la resistencia por parte del proveedor y el cónyuge, y servicios deficientes. No obstante, hemos tratado reactivar la vasectomía". En 1992, el Dr. Ram Chander Murti Kaza, profesor de cirugía de la Facultad de Medicina Maulana Azad en Nueva Delhi, se capacitó para realizar vasectomías y, en 1998, el gobierno indio comenzó el proyecto de capacitación de VSB en Delhi. Desde entonces; se ha capacitado a unos 4.000 médicos y hay 100 capacitadores en varios estados. Además, ha habido actividades de medios múltiples y de promoción de la causa por parte de líderes políticos, líderes religiosos, académicos, administradores, personalidades de los deportes y el sector público. A nivel estatal, Madhya Pradesh había centrado las actividades de IEC coordinadas acerca de la vasectomía que dieron lugar a una mayor aceptación del método. En Karnataka, la labor comprometida de IEC reveló resultados preliminares prometedores, a pesar de la apatía de las administraciones distritales y la falta de interés de los trabajadores de atención de salud. En Maharashtra, la administración distrital cooperativa, presiones políticas con panchayats locales, incentivos pequeños para los clientes y campamentos de vasectomía frecuentes han dado resultados alentadores. En Sikim, la labor tuvo un éxito relativo gracias a actividades de IEC centradas y al compromiso de los proveedores. En cambio, en Uttar Pradesh, a menudo la capacitación fue infructuosa y hubo apatía por parte de los administradores. Una de las lecciones aprendidas, dijo el Dr. Bodh, es que la "vasectomía constituye, en primer lugar y ante todo, una operación de IEC y la VSB, aunque es fácil de enseñar, no siempre es una técnica que se domina fácilmente. Pero los cirujanos que tradicionalmente han pasado por alto la vasectomía ahora están considerando la VSB con un interés renovado. Y, aunque es fácil culpar a los hombres porque no aceptan la vasectomía, a menudo estos no son responsables si las actividades de IEC o los servicios de vasectomía son inadecuados".

Luego Vicki Baird, directora del Meridian Group International Inc. (Meridian), abordó el tema de la comercialización de la vasectomía. En particular, se han realizado pocas actividades de comercialización de este procedimiento. Sin embargo, se efectuaron campañas cortas en los Estados Unidos, Jamaica, Kenia y Brasil entre 1995 y 2002. Y, en 2003, Meridian (en nombre de EngenderHealth) elaboró una iniciativa de publicidad y comercialización para Ghana y Filipinas. Allí, "la VSB padece una falta casi total de concienciación y la concienciación que existe es negativa y consiste en mitos y rumores falsos", dijo Baird. La investigación cualitativa realizada en Ghana y Filipinas en 2002 confirmó los resultados de investigaciones anteriores que revelaron que los usuarios de la VSB están muy satisfechos pero los no usuarios tienen una actitud muy negativa; por lo tanto, se

determinó que una estrategia de comercialización debía educar e "inspirar". Meridian proporcionó asistencia técnica a organismos de publicidad locales seleccionados en cuanto a la elaboración de estrategias de comercialización. El grupo también llevó a cabo investigación entre los hombres para evaluar una estrategia de campaña propuesta. Los resultados de la investigación en Ghana y en Filipinas demostraron que la clave para la comercialización/publicidad de la vasectomía era transmitir el mensaje que el procedimiento era rápido y sencillo, y la publicidad debía incluir nombres/direcciones de sitios particulares y/o números de líneas telefónicas de asistencia urgente. Un factor esencial para las campañas era dar a la vasectomía una imagen positiva/optimista y utilizar testimonios de clientes satisfechos para inspirar a usuarios potenciales.

Al hablar de la experiencia con la vasectomía en México, Consuelo Juárez, consultora de EngenderHealth, dijo que en 1997 la prevalencia de uso de la vasectomía era de sólo 1,2 por ciento en ese país, donde el sector público proporcionaba 73 por ciento de los servicios de planificación familiar. Los retos en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) incluían: poca participación activa de los hombres en asuntos de anticoncepción y las barreras médicas. Los métodos anticonceptivos, por ejemplo, sólo se ofrecían en hospitales y la vasectomía –que la realizaban sólo urólogos– competía con otros procedimientos quirúrgicos por los recursos de los establecimientos. El procedimiento también se realizaba sólo por vasectomía convencional o de incisión, pero Juárez describió una intervención para introducir los servicios de VSB. La intervención incluía capacitación en VSB, capacitación en todo el lugar acerca del procedimiento, asesoramiento/capacitación, promoción interna y externa, supervisión y remisiones. En 1990-1991, se seleccionaron cuatro lugares de demostración y estos recibieron asistencia técnica para establecer y administrar servicios ambulatorios de vasectomía. Desde 1991 hasta 1993, se establecieron lugares de servicios y unidades de capacitación en establecimientos de medicina familiar seleccionados. Unos 98 médicos de familia se capacitaron en la sede del IMSS y luego 60 se certificaron como capacitadores. También se realizó una labor para proporcionar y/o mejorar el equipo y la organización de los servicios, capacitación en todo el lugar, capacitación en asesoramiento para las enfermeras y trabajadores sociales y sistemas de remisión. Posteriormente, se llevó a cabo investigación relativa a la toma de decisiones acerca de la vasectomía, características de los usuarios de la vasectomía, tres estrategias para la promoción de la vasectomía, la VSB y la satisfacción de las clientas que se han hecho la ligadura de trompas y el tiempo transcurrido después de la vasectomía para que haya azoospermia. También se realizaron un estudio de seguimiento de los clientes a quienes se les realizó la vasectomía y un estudio comparativo de dos técnicas de oclusión. Como resultado, desde 1986 hasta 2001, el número de vasectomías ha aumentado de 5.323 a 21.526, respectivamente. Entre las lecciones aprendidas figuraban: el apoyo por parte de la administración a nivel central había sido esencial en la fase de introducción y había contribuido al éxito del programa; la introducción de la técnica de VSB y su puesta en práctica por medio de los médicos de familia en la atención de pacientes ambulatorios había sido útil; las campañas de los medios de información habían sido eficaces; y la

comunicación personal había sido importante en cuanto al asesoramiento interpersonal y las remisiones de los clientes.

Después de estas presentaciones, se formaron grupos pequeños para tratar las repercusiones programáticas de los resultados clínicos y las lecciones aprendidas en 30 años de prestar servicios de vasectomía.

Sinopsis de los resultados del grupo pequeño:

Es posible que ya existan varios factores que facilitan la provisión y la aceptación de la vasectomía: en muchos entornos, los hombres están interesados en su salud reproductiva, los proveedores pueden tener entusiasmo en la ejecución de las actividades y el mandato mundial de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD) de trabajar con los hombres ha producido normas y estándares nacionales facilitadores. En algunos entornos, los programas de salud reproductiva están cada vez más integrados, con lo cual brindan más oportunidades de introducir los servicios para los hombres.

Sin embargo, muchos factores pueden limitar la provisión y la aceptación de la vasectomía. Entre las maneras sugeridas de abordar estos factores –desde el punto de vista de los clientes, proveedores y programas figuran:

Desde la perspectiva de los proveedores:

- Mejorar la educación relativa a la vasectomía en las facultades de medicina;
- Proporcionar formación en el servicio para disipar mitos que tienen los proveedores;
- Aumentar los conocimientos de los proveedores acerca de la fisiología masculina y acerca de cómo abordar la sexualidad y las ideas establecidas socialmente acerca de la masculinidad;
- Explorar la posibilidad de que el personal paramédico (como también los médicos) pueda realizar la vasectomía;
- Considerar los costos/beneficios financieros para los proveedores;
- Fortalecer las infraestructuras, la supervisión, el monitoreo y la evaluación existentes.

Desde la perspectiva de los clientes:

- Crear demanda mediante IEC sostenidas para disipar mitos y rumores (aunque se observó que algunos países tienen restricciones de publicidad);
- Abordar cuestiones de transporte y días e ingresos perdidos por los hombres que solicitan servicios de vasectomía;
- Emplear a las mujeres, que son fáciles de contactar y movilizar, como agentes de cambio en actitudes acerca de la vasectomía;
- Hacer hincapié en que la vasectomía es muy eficaz en función de los costos (proporciona un rendimiento mayor de la inversión que la mayoría de los otros métodos) en el transcurso del tiempo.

Desde una perspectiva programática/normativa:

- Obtener un conocimiento integral del contexto local. Esto incluye considerar la prevalencia de uso de la anticoncepción y la historia de la aceptación de la vasectomía. En los lugares donde no se usa la vasectomía, ¿cuál es la combinación de métodos? ¿Cuáles organizaciones, por ejemplo ministerios de salud u organizaciones no gubernamentales, ya están trabajando para proporcionar vasectomía en una región? ¿Qué lecciones se han aprendido ya en ese país o en esa región? ¿Cuáles son las actitudes culturales/religiosas que apoyar o minar la labor relativa a la vasectomía?
- Identificar a los que han tenido más éxito en el campo de la vasectomía. La mayoría de los programas de vasectomía que han sido más eficaces tienen a alguien conocido que ha tenido mucho éxito con el método. Sería útil saber quiénes han tenido éxito en el campo de la vasectomía a nivel nacional, regional y de establecimiento.
- Empezar con poco y luego aumentar las actividades.
- Crear y fomentar el compromiso político y de gestión respecto a la provisión de la vasectomía.
- Compartir y adaptar materiales y lecciones aprendidas en materia de vasectomía. (REPROLATINO, por ejemplo, tiene estrategias para reintroducir nuevos métodos anticonceptivos.) Transferir capacidad y experiencia dentro de los países y entre ellos.
- Mejorar la comunicación entre investigadores, planificadores de programas, proveedores y clientes.
- Obtener el apoyo de grupos de mujeres para que la salud de los hombres no se vea como si estuviera compitiendo con la salud de la mujer.
- Considerar el lugar que ocupa la vasectomía en el contexto de prioridades y servicios existentes. Por ejemplo, en Honduras, la vasectomía se incluyó en una estrategia para reducir la mortalidad materna.

Finalmente, se hicieron varias observaciones generales:

- No se debe forzar la vasectomía sólo para aumentar la prevalencia de su uso. Ésta debe introducirse en la medida en que mejora la combinación de métodos, para aumentar las opciones de los clientes.
- Existen muchos programas de vasectomía que han tenido éxito, pero las lecciones aprendidas son limitadas. Sería útil realizar investigaciones operativas para documentar los éxitos. Pero, tal vez sea necesario definir primero lo que constituye un programa de éxito.
- Debe prestarse atención a los factores de oferta y de demanda.
- Dados los recursos limitados, se debe considerar si se deben mejorar los servicios existentes o si se deben introducir nuevos servicios.

- Tal vez sea conveniente promover la vasectomía en regiones particulares de un país para lograr un alto volumen de aceptación.

Resumiendo los debates del día, John Townsend, director de proyectos de FRONTIERS, Population Council, reiteró que se debe facilitar la disponibilidad de la vasectomía por razones que no sean sencillamente aumentar la prevalencia de uso de la anticoncepción o disminuir las tasas de fecundidad. Más bien, la disponibilidad de la vasectomía es importante por las siguientes razones:

- 1.) mejora los derechos humanos (al reconocer los derechos de los hombres a servicios de anticoncepción);
- 2.) aumenta la calidad de la atención (al aumentar las opciones que tienen las parejas), y
- 3.) apoya una perspectiva que tiene en cuenta cuestiones de género (al reconocer el interés de muchos hombres en su propia salud reproductiva y que muchas mujeres desean que los hombres asuman responsabilidad cuando una pareja desea usar un método anticonceptivo permanente).

Townsend recalcó la importancia de pensar estratégicamente para encontrar maneras de pasar cada vez más la vasectomía de las manos del sector privado a las del sector público; compartir las lecciones aprendidas acerca de las prácticas más adecuadas; y considerar la forma en que se distribuirán los costos y se continuará la labor relativa a la vasectomía con éxito. Finalmente, declaró, la cuestión social de la equidad de los géneros sigue siendo muy compleja y debe abordarse en cada contexto cultural. La vasectomía es más que una tecnología, y dijo: "Es una relación".

Reunión acerca de la utilización de la investigación en el campo de la vasectomía

Viernes, 4 de diciembre de 2003

En una presentación principal, Manisha P. Mehta, de ACQUIRE (EngenderHealth), examinó los resultados de la labor realizada desde la CIPD para incluir a los hombres en las actividades de salud reproductiva y sexual, y citó varios motivos de optimismo. Si bien es cierto que el uso de métodos anticonceptivos femeninos representa 74 por ciento de la anticoncepción en todo el mundo y la prevalencia de uso de la vasectomía es de sólo 4 por ciento (y está disminuyendo en algunos países), el uso del condón —principalmente con compañeros ocasionales— está aumentando en algunos países. El mercadeo social de los condones ha aumentado extraordinariamente también. Un metanálisis realizado por el Population Council (Hawkes et al., 2001) reveló pruebas de que se había registrado una reducción de los compañeros sexuales en ocho de 14 estudios; mayor intención de usar condones en cinco de nueve estudios; y mejoras de las actitudes acerca del comportamiento sexual de menor riesgo en dos de seis estudios. Entretanto, las investigaciones indican que el asesoramiento de parejas es eficaz: un estudio efectuado en Etiopía demostró que la tasa de continuación de uso de anticonceptivos se había duplicado cuando se incluyó a los maridos.

Los programas innovadores han dado lecciones valiosas acerca de mejores formas de llegar a los hombres. Estas lecciones indican que los proveedores necesitan más capacitación para sentirse más cómodos y sean más competentes para trabajar con los hombres; se necesitan estrategias especiales de comunicación y comercialización para llegar a los hombres; a menudo los hombres necesitan un espacio separado del de las mujeres cuando reciben servicios; la inclusión de los hombres no tiene que ser un servicio adicional costoso; y el reconocimiento de la influencia que tienen las normas sociales y de género en el comportamiento de los hombres es crucial.

Algunas de estas lecciones se han aplicado. Sin embargo, la "labor para evaluar estos programas no ha sido suficiente. Se necesita una evaluación más intensiva", dijo Mehta.

Por último, describió varias cuestiones y tendencias futuras que ha enunciado el director del Instituto Promundo, Dr. Gary Barker:

Padres: El interés de los hombres de ser buenos padres es un recurso inexplorado.

Franqueza: Es necesario hablar de los temas que los hombres desean abordar.

Temor: Los profesionales de la salud tienen una obligación ética de abordar temas delicados como la homofobia, las relaciones sexuales entre hombres y la violencia sexual.

Fe: Las compañeras de los hombres y los hombres mismos deben creer que los hombres están interesados en "hacer el bien".

Mehta señaló que los jóvenes representan "una oportunidad histórica de producir cambios para las generaciones futuras".

A continuación, los grupos pequeños se reunieron para determinar las brechas en los conocimientos o las necesidades de investigación. También procuraron esbozar las prioridades regionales, destacando países y actividades particulares, para poner en práctica los resultados de la vasectomía.

Asia:

Este grupo observó que las cuestiones normativas incluyen si se va a introducir, y cuándo se va a introducir, el cauterio como una técnica de oclusión de los conductos deferentes. Dado que la interposición fascial apenas se está introduciendo en la región, la introducción del cauterio puede producir confusión y/o fatiga de capacitación, así como costos excesivos. En cuanto a las brechas en los conocimientos, el grupo recalcó la necesidad de llevar a cabo más investigación conductual. ¿Cómo están realizando los proveedores la vasectomía? ¿Cuál es el cumplimiento posterior al procedimiento? ¿Cuántos clientes sufren de dolor después de la vasectomía? ¿Cuáles son las concepciones erróneas acerca de la vasectomía? ¿Qué significaría una mejora de la eficacia de la vasectomía para las parejas o los hombres? ¿Están los proveedores dispuestos a probar técnicas nuevas de oclusión? Dado que la prevalencia de uso de la vasectomía es tan baja, ¿vale la pena pagar el costo y realizar la labor para mejorar la técnica? Desde una perspectiva programática, ¿no debería hacerse más hincapié en el aumento del acceso y la utilización que en mejorar la técnica?

El Dr. Tika Man Viadya, del Centro de Atención de Fertilidad de Nepal, Katmandú, Nepal, recomendó que se continuaran las prácticas actuales de vasectomía en ese país, al tiempo que se introduce el cauterio en algunos centros. Agregó que, entretanto, se necesita realizar una labor de IEC/CCC/comercialización allí para abordar los conceptos erróneos acerca de la vasectomía. Se necesita una labor similar en la India, donde se dijo que la vasectomía era más una operación de IEC que una operación quirúrgica. Aunque el país prácticamente no tiene ninguna experiencia con el cauterio, se observó que la introducción de esta técnica de oclusión quizá haga que se preste más atención a la vasectomía y que aumente la adopción de la misma, en general. En Bangladesh, la interposición fascial acaba de ser adoptada como técnica de oclusión, lo cual hace que la introducción del cauterio no sea práctica en este momento, dijo el Dr. Abu Jamil Faisal, Director del Programa de Bangladesh, EngenderHealth. Pero, agregó, el "cauterio puede ser útil más adelante".

América Latina:

El grupo de América Latina determinó varios "próximos pasos" que deben adoptarse, incluida la necesidad de lo siguiente:

- Difundir entre los proveedores de servicios los resultados de investigación que demuestran que la modificación de técnica de ligadura y escisión para incluir la interposición fascial hace aumentar la eficacia; luego, formular directrices basadas en los resultados, establecer criterios de capacitación para la interposición fascial y crear lugares para la capacitación.
- Realizar investigaciones acerca del dolor de posvasectomía.

- Estandarizar los criterios para definir el éxito de la vasectomía (recuentos de espermatozoides, ausencia de embarazo, oligospermia o azoospermia).
- Abordar el temor de los hombres acerca del efecto de la vasectomía en la función sexual.
- Mencionar la vasectomía en la educación sexual de los jóvenes.
- Examinar los programas de estudios de capacitación médica para cerciorarse de que contienen información actualizada de vasectomía.

África

Este grupo reconoció la dificultad que plantea aumentar el uso de la vasectomía en todo África. Se sugirió un enfoque estratégico, reconociendo que la vasectomía probablemente siempre sea un método de nicho, del siguiente modo:

- Ser conservador cuando se mide el éxito. El éxito se puede definir como el crecimiento constante de la aceptación, aunque la prevalencia siga siendo muy baja.
- Tratar de lograr las metas fáciles primero. El apoyo al método varía dentro de la región y hay partes donde la labor de la vasectomía ha tenido más éxito (a saber, en África oriental y meridional) que en otras. Investigar las situaciones en que se ha promovido la vasectomía, determinando por qué o por qué no dio resultado.
- Efectuar investigación cualitativa para detectar tendencias. Por ejemplo, ¿puede la presencia de hospitales misioneros que han sido pioneros en la aceptación de la planificación familiar en la región tener una repercusión positiva en la promoción de vasectomía?
- Haga lo que se haga, mantener los costos bajos y la tecnología sencilla.
- Estudiar el comportamiento de búsqueda de servicios de salud de los hombres y basar las estrategias de comunicación en ese comportamiento.

Para resumir la conferencia, John Pile, de ACQUIRE/EngenderHealth, abordó tres perspectivas diferentes: del cliente, del proveedor y de la historia. Desde la perspectiva de los clientes, dijo, los hombres necesitan informarse en cuanto a los hallazgos recientes acerca de la eficacia de la vasectomía. Desde la perspectiva de los proveedores, se deben determinar lugares para impartir capacitación adicional en nuevas técnicas emergentes de oclusión de los conductos deferentes. Y, desde la perspectiva histórica, es probable que los adelantos en técnicas de oclusión hagan aumentar el interés en la vasectomía. Señaló que el número de vasectomías aumentó después de que el método sin bisturí "apareció en escena" en 1980. Y agregó: "Esa nueva tecnología fue un anzuelo para atraer el interés de los proveedores, y podemos considerar que la interposición fascial y el cauterio son otro anzuelo para atraer el interés de los proveedores en el método".

Pile advirtió que debía evitarse promover la vasectomía "en el vacío". Y declaró: "Se trata de un asunto de elección/derechos. Si la vasectomía es un método de nicho o no, lo importante es cómo proporcionar mejores servicios de calidad".

Respecto a las tres regiones clave analizadas –África, Asia y América Latina– Pile observó que el estado de la vasectomía es muy diferente. Las estrategias para avanzar deben tener en cuenta este aspecto. Saber cuándo y dónde es apropiado prestar atención programática a la vasectomía es esencial para el éxito. Los programas de planificación familiar deben evaluar críticamente las oportunidades para introducir los servicios de vasectomía e integrar los servicios en los programas y las iniciativas existentes. Por

ejemplo, en Turquía, se tuvo éxito con la introducción de la vasectomía con una iniciativa de planificación familiar de posaborto. Aunque es posible que este enfoque sea único en Turquía, el mensaje que debe retenerse es que se deben buscar las oportunidades en las que se puede llegar a los hombres. Los programas que ofrecen atención de salud materna, atención prenatal y atención de posparto brindan muchas oportunidades nuevas para informar a los hombres acerca de la vasectomía.

Existe una necesidad continua de que los programas emprendan estudios relativos a las actitudes de las comunidades, las parejas y los hombres respecto a la vasectomía, para determinar barreras particulares que se oponen a los servicios o inquietudes respecto a estos. La comprensión mayor acerca de las necesidades de los hombres o de su satisfacción con los servicios existentes no tiene que permanecer en el campo de los investigadores. Los directores y los proveedores de servicios locales pueden hacer mucho para comprender mejor las necesidades, percepciones y satisfacción de sus clientes. Los programas pueden diseñar y realizar investigaciones que acarreen poco costo y requieran labor adicional.

Las pruebas de los dos últimos decenios han demostrado que cuando los directores de programas y los proveedores asumen una función activa al abordar las necesidades de los hombres (en lugar simplemente poner los servicios de vasectomía a la disposición), los hombres responderán y se solicitarán más vasectomías. En todas las regiones del mundo y en casi todos los entornos sociales y culturales, los hombres usarán los servicios de vasectomía, a condición de que estos se ofrezcan apropiadamente. Esto sigue siendo la clave.

APENDICE I.

Puntos de consenso respecto a la eficacia de diferentes técnicas de oclusión de los conductos deferentes que emergieron de una reunión de expertos en vasectomía (Borrador²)

Washington, DC, 3 de diciembre de 2003

Copatrocinado por Family Health International y EngenderHealth

Introducción

La vasectomía es un método anticonceptivo muy eficaz y seguro que usan millones de hombres en todo el mundo. La vasectomía puede considerarse como un método de abordaje de los conductos deferentes y como una técnica de oclusión de dichos conductos.

En lo que se refiere al abordaje, hay pruebas sólidas y de alta calidad de que la vasectomía sin bisturí (VSB) tiene considerablemente menos efectos colaterales y complicaciones que el método de incisión estándar. Por consiguiente, se recomienda el abordaje de la VSB de los conductos deferentes.

El resto de este documento trata diferentes técnicas de oclusión de los conductos deferentes, respecto a las cuales los datos de alta calidad son limitados. Sin embargo, algunas pruebas recientes indican que ciertas técnicas de oclusión pueden aumentar aún más la eficacia de la vasectomía.

Resultados de la investigación

Dado que los embarazos después de la vasectomía son infrecuentes y difíciles de estudiar, los resultados de la investigación en vasectomía descritos a continuación se basan en datos de análisis de semen.

1. Interposición fascial

Varios estudios observacionales y un ensayo controlado aleatorizado reciente indican que la interposición fascial, cuando se usa con la técnica de ligadura y escisión, reduce las probabilidades de fracaso de la vasectomía (como se define con el análisis de semen).

2. Cauterío

Los datos disponibles indican que el cauterio es más eficaz que la técnica de ligadura y escisión para la oclusión de los conductos deferentes. Además, algunos datos indican que el cauterio es más eficaz que la ligadura y la escisión con interposición fascial. Los datos son insuficientes para determinar si una de las técnicas de cauterio –la térmica o la de electrocauterio– es más eficaz que la otra.

² Este borrador lo revisó por última vez David C. Sokal, MD, FHI, el 9 de enero de 2004, conforme a observaciones de Jeff Spieler y Tim Black formuladas al final de la reunión, y sólo se han hecho cambios menores de redacción desde entonces. El hecho de que una persona figure en la lista de participantes no implica necesariamente que esté de acuerdo con los puntos de consenso.

Una evaluación preliminar de un dispositivo de cauterio manual y que funciona con pila indica que las puntas del cauterio térmico pueden reesterilizarse y reutilizarse eficazmente sin peligro, y que pueden fabricarse económicamente.

Recomendaciones

La capacitación de los proveedores de vasectomía debe hacer hincapié en la posibilidad de aumentar la eficacia al agregar la interposición fascial a la técnica de ligadura y escisión estándar. Los proveedores que ahora usan la técnica de ligadura y escisión sencilla deben considerar la posibilidad de adoptar la interposición fascial, con capacitación apropiado según sea necesario.

Donde se dispone de recursos, capacitación y apoyo logístico, se recomienda el cauterio como una técnica eficaz y segura de oclusión de los conductos deferentes.

Se necesita investigación adicional acerca de maneras sencillas de aprender cómo realizar la interposición fascial y acerca de la factibilidad programática de usar dispositivos de cauterio eficaces en función de los costos en entornos de recursos bajos.

APENDICE II.

Un comunicado de prensa (que sigue) basado en estos puntos del consenso se difundió en diciembre de 2003, y está disponible en inglés en:

<http://www.fhi.org/en/AboutFHI/News+Releases/dec42003ModVasTec.htm> o

<http://www.engenderhealth.org/news/newsreleases/031204.html>.

El comunicado de prensa en español está disponible en:

<http://www.fhi.org/en/AboutFHI/News+Releases/dec42003ModVasTecs.htm> o

<http://www.engenderhealth.org/news/newsreleases/031204-sp.html>.



PO Box 19350
Research Triangle Park, NC 27709 USA
1.919.544.7040 Fax 1.919.544.7261
www.fhi.org



Comunicado de prensa

Para comunicación inmediata
Diciembre 4, 2003

Contacto: **Kim Best, 919.544.7040**

La modificación de la técnica de vasectomía aumenta la eficacia

WASHINGTON, DC — Basado en un repaso de un creciente grupo de investigaciones publicadas e inéditas, el miércoles los expertos en vasectomía a nivel mundial concluyeron que una ligadura sencilla y la técnica de escisión comúnmente usada en los países en desarrollo para realizar la esterilización masculina debe, cuando sea posible, ser modificada para aumentar su eficacia.

La recomendación se hizo durante una consulta de expertos realizada del 3 al 5 de diciembre de 2003, sobre la vasectomía, copatrocinada por Family Health International (FHI), con sede en el Research Triangle Park, North Carolina, y EngenderHealth, con sede en la ciudad de Nueva York. Estas dos organizaciones han finalizado recientemente en forma colaborativa una serie de estudios que abordan la eficacia de diferentes métodos de vasectomía.

La vasectomía sencilla de ligadura y escisión incluye el corte y eliminación de un pequeño segmento del *vas deferens* (cada uno de los dos tubos que llevan espermatozoides de los testículos al pene), luego uniendo los dos extremos restantes. Sin embargo, los participantes en la reunión de expertos acordaron que la modificación de la ligadura y escisión al agregar una técnica llamada interposición fascial mejora en forma significativa la eficacia. La interposición fascial incluye sacar la envoltura que cubre el *vas* sobre un extremo cortado, luego cosiéndolo para crear una barrera tisular natural. Basado en los análisis de recuentos de espermatozoides, esta modificación reduce a más de la mitad las posibilidades de fracaso de la vasectomía, según los resultados recientes inéditos de un ensayo controlado aleatorizado y multicéntrico. Los resultados preliminares publicados de esa prueba indicaron que la combinación de la interposición fascial con la ligadura y escisión dio lugar a 93 por

"La modificación de la ligadura y escisión con interposición fascial y/o técnicas de cauterio parece mejorar la eficacia de la vasectomía al disminuir la probabilidad de que los dos extremos del vas reconectarán después del procedimiento".

— **Dr. David Sokal, director médico asociado, Family Health International**

ciento de los hombres que llegaban a un recuento de esperma bajo (menos de 100.000 espermatozoides por mililitro de semen) a las 22 semanas después de la cirugía comparada con 81 por ciento de los hombres sin interposición fascial. El recuento de esperma normal de un hombre está por encima de 20 millones por mililitro. Este estudio no consideró las tasas de embarazo, pero es probable que el riesgo de embarazo sería menor entre las mujeres cuyas parejas llegan en forma más rápida a un recuento bajo de esperma.

Los expertos de vasectomía también concluyeron que el uso del cauterio (quemadura del interior de los extremos del *vas*) con o sin interposición fascial parece ser más eficaz que la ligadura y la escisión con interposición fascial. En una comparación reciente de los datos de dos estudios multicéntricos, los investigadores observaron los fracasos tempranos, definidos como concentraciones altas de espermatozoides 12 a 14 semanas después de la vasectomía, en lugar de tasas reales de embarazo. Encontraron tasas de fracaso temprano de cerca del 1 por ciento para el cauterio con y sin interposición fascial frente a cerca de 5 por ciento para la ligadura y escisión con interposición fascial.

Algunos datos indican que la combinación del cauterio y la interposición fascial es el método de vasectomía más eficaz, pero los expertos acordaron que algunos proveedores de servicios de vasectomía han tenido buen éxito usando el cauterio sin interposición fascial. Tanto el cauterio térmico como el electrocauterio parecen ser de igual manera eficaces, pero no se ha llevado a cabo ningún estudio prospectivo para explorar las diferencias.

Sin embargo, los expertos estuvieron de acuerdo en que los clínicos y los administradores del programa que prestan servicios de vasectomía en entornos de bajos recursos deben considerar la posibilidad de usar los ya comercializados dispositivos manuales de cauterio térmico a base de pilas para cerrar el *vas*. En condiciones ideales, este procedimiento se combinaría con la interposición fascial. Entretanto, dijeron que la investigación sobre esta opción en los entornos de bajos recursos debe continuar.

Independientemente de la combinación de las técnicas usadas, los expertos en vasectomía reconocieron que –al menos– los proveedores deben saber cómo realizar la interposición fascial. No solo puede hacer aumentar la eficacia de la ligadura y la escisión si el cauterio no está disponible, pero puede disminuir el sangrado.

Los datos siguen siendo insuficientes para determinar si los efectos colaterales posvasectomía son afectados por la técnica usada para bloquear el *vas*. Sin embargo, las pruebas sólidas indican que el enfoque de vasectomía sin bisturí para alcanzar el *vas* da lugar a significativamente menos efectos colaterales que el enfoque de incisión estándar.

Más información acerca de la vasectomía está disponible en: <http://www.fhi.org/en/topics/malesteril.htm> y <http://www.engenderhealth.org/wh/fp/cvas2.html>.

Fuentes publicadas:

Chen-Mok M, Bangdiwala SI, Dominik R, et al. Termination of a randomized controlled trial of two vasectomy techniques. *Controlled Clinical Trials*; 2003;24(1):78-84.

LaBrecque M, Nazerali H, Mondor M, et al. Effectiveness and complications associated with two vasectomy occlusion techniques. *J Urol* 2002;168(6):2495-98.

Sokal DC, Irsula B, Chen-Mok M, et al. A comparison of vas occlusion techniques: cautery vs. ligation and excision with fascial interposition. *Contraception* 2003;68:143 [abstract #14].

Family Health International está dedicada a mejorar la vida, los conocimientos y el entendimiento a nivel mundial mediante programas sumamente diversificados de investigación, educación y servicios en salud de la familia y la prevención y atención de la infección por el VIH/SIDA. Desde su inicio en 1971, FHI ha formado asociaciones con

"Estos hallazgos tienen implicaciones importantes para los servicios de vasectomía en entornos de bajos recursos. Hay una necesidad crítica de identificar estrategias innovadoras y factibles para la introducción de un método de vasectomía más eficaz como el cauterio."

**— Dra. Amy E. Pollack,
presidenta, EngenderHealth**

gobiernos nacionales y comunidades locales en países en todo el mundo en desarrollo para apoyar las mejoras duraderas en la salud de los individuos y la eficacia de todos los sistemas de salud.

Fundada en 1943, EngenderHealth es una organización sin fines de lucro que ha estado trabajando internacionalmente por más de 30 años para apoyar y fortalecer los servicios de salud reproductiva para las mujeres y los hombres en todo el mundo. Desde su inicio, su trabajo ha mejorado la salud y vida de más de 100 millones de individuos en 90 países.

APENDICE III.

LISTA DE PARTICIPANTES

Vicki Baird

Director
Meridian Group International
1250 24th Street NW, Suite 350
Washington, DC 20037
Email: v.baird@meridian-group.com

Lynn Bakamjian

Project Director
The ACQUIRE Project
EngenderHealth
440 Ninth Avenue
New York, New York 10001
Tel: 561-8049
Email: lbakamjian@engenderhealth.org

Dra. Magdalena Lozano Balderas

Mier y Pesado 120
Colonia del Valle CP. 03100
México D.F., México

Mark Barone, DVM, MS

Senior Research Manager
EngenderHealth
440 9th Avenue, 3rd Floor
New York, NY 10001
Email: mbarone@engenderhealth.org

Karen Beattie

Technical Programs Director
The ACQUIRE Project
EngenderHealth
440 Ninth Avenue
New York, New York 10001
Tel: 561-8380
Email: kbeattie@engenderhealth.org

Kim Best

Managing Editor, *Network*, FITS
Family Health International
PO Box 13950
Research Triangle Park, NC 27709
Email: kbest@fhi.org

Tim Black, CEO

Marie Stopes International (MSI)
153-157 Cleveland Street
London
W1T 6QW, UK
Tel: 44 1403 891 523
Fax: 44 1403 891 599

Dr. S.S. Bodh

Senior Clinical Training Associate
EngenderHealth
50M. Shantipath
Gate 3, Niti Marg
Chanakyapuri
New Delhi 110 021, India
Tel: 011-91-11-26872940
Email: sbodh@engenderhealth.org

Dr. Manuel Carrasco

Programa de Atención al Hombre
Secretaría de Salud/Honduras
Barrio el Jazmín frente al INTAE
Tel: 222-1257/
Fax: 238-5864

Mario Chen, PhD

Senior Biostatistician
Family Health International
PO Box 13950
Research Triangle Park, NC 27709
Email: mchen@fhi.org

Dr. Carmela Cordero

Provider Performance Team Leader
The ACQUIRE Project
EngenderHealth
440 Ninth Avenue
New York, New York 10001
Tel: 561-8387
Email: ccordero@engenderhealth.org

Carolyn Curtis

GH/PRH/Service Delivery Improvement
US Agency for International Development
1300 Pennsylvania Ave, NW
3.06-112, Ronald Reagan Building
Washington, DC 20523-3100
Email: ccurtis@usaid.gov

Margarita Díaz

Presidenta
REPROLATINA
R. María Teresa Días da Silva, 740
Ciudade Universitaria
Campinas, SP – Brazil
CEP: 13084-190
Email: mdiaz@reprolatina.org.br

Laneta J. Dorflinger, PhD

Vice President, Clinical Research
Family Health International
PO Box 13950
Research Triangle Park, NC 27709
Email: ldorflinger@fhi.org

Dr. Lindsay Edouard

Senior Reproductive Health Adviser
United Nations Population Fund
220 East 42nd Street
New York, NY 10017
Tel: (212) 297 5241
Email: edouard@unfpa.org

Dr. Abu Jamil Faisal

Bangladesh Program Manager
House #52 (NEW), Road #15A (NEW)
Dhanmondi, Dhaka 1209, Bangladesh
Tel: 011-880-2-811-9234
Email: afaisal@engenderhealth.org

Karen Foreit, PhD

Senior Fellow of the Corporation
The Futures Group International
Tel: (202)775-9680
Fax: (202) 775-9694
E-mail: kforeit@tfgi.com

Dr. Fernando Gil

Director
SEDES Santa Cruz (Santa Cruz Regional
Division for Health of the Ministry of
Health)
Ave. Omar Chávez esquina Ave. Ana Barba,
Edif. EX-CORDECRUZ Piso 1
Tel: (591-3) 3368892
E-mail: fergil_1@hotmail.com

Kamlesh Giri

JHPIEGO
Reproductive Health Advisor
Brown's Wharf
1615 Thames Street, Suite 200
Baltimore, MD 21231-3492
Tel: 410-537-1960
Email: kgiri@jhpiego.net

Greg Guest

Senior Research Associate
Behavioral and Social Sciences Research
Group
Family Health International
PO Box 13950
Research Triangle Park, NC 27709
Email: gguest@fhi.org

Theresa Hatzell

Senior Associate
Health Services Research
Family Health International
PO Box 13950
Research Triangle Park, NC 27709
Email: thatzell@fhi.org

Melissa Hays, MPH

Biostatistician
Family Health International
PO Box 13950
Research Triangle Park, NC 27709
Email: mhays@fhi.org

John Christian Herr, PhD

Professor, Department of Cell Biology
The Beirne B. Carter Center for
Immunology Research
University of Virginia Health System
P.O. Box 800732
Charlottesville, VA 22908-0732
Tel: (434) 924-2007
Fax: (434) 982-3912
Email: jch7k@Virginia.edu

Belinda Irsula

Senior Clinical Research Associate
Family Health International
PO Box 13950
Research Triangle Park, NC 27709
Email: birsula@fhi.org

Dr. Roy Jacobstein

Clinical Director The ACQUIRE Project
EngenderHealth
440 Ninth Avenue
New York, New York 10001
Tel: 561-8029
Email: rjacobstein@engenderhealth.org

Mihira Karra, PhD

US Agency for International Development
G/PHN/POP/R
1300 Pennsylvania Avenue
Washington, DC 20523-3601
Email: mkarra@usaid.gov

Steven Kaufman, MD

MS Medical Officer, Contraception and
Reproductive Health Branch
National Institute of Child Health and
Human Development
National Institutes of Health
6100 Executive Blvd., Room 8B13, MSC-
7510 Bethesda, MD 20892-7510
Email: kaufmans@exchange.nih.gov

Michel Labrecque, MD

Unité de recherche évaluative, D1-724
Hôpital Saint-François d'Assise, CHUQ
10 rue de l'Espinay, Québec (Québec),
Canada, G1L 3L5
Tel: (418) 525-4437
Fax: (418) 525-4194
Email: michel.labrecque@mfa.ulaval.ca

Robert Lande

Researcher/Writer
Johns Hopkins University
Center for Communication Programs
111 Market Place
Baltimore, MD 21202
Tel: 410-223-1690
Email: rlande@jhucpp.org

Grace Lusiola

Tanzania Program Director
1st Floor
P. O. Box 57964
ABC Place
Waiyaki Way
Nairobi, Kenya
Tel: 011-254-20-444-4922
Email: glusiola@engenderhealth.org

Erin McGinn

Program Officer
Field, Information, and Training Services
Family Health International
PO Box 13950
Research Triangle Park, NC 27709
Email: emcginn@fhi.org

Dr. Fred Ndede

Medical Associate
EngenderHealth
Nairobi, Kenya
fn dede@engenderhealth.org

Dr. Job Obwaka

Senior Medical Associate AMKENI
1st Floor, P.O. Box 57964
ABC Place, Waiyaki Way
Nairobi, Kenya
Tel: 011-254-20-444-4922
Email: jobwaka@engenderhealth.org

John M. Pile, MPH

Senior Technical Advisor
Family Planning Services & Networks
The ACQUIRE Project
EngenderHealth
440 9th Avenue, 3rd Floor
New York, NY 10001
Email: jpile@engenderhealth.org

Neil Pollock, MD

Pollock Clinics
407-625-5th Avenue, New Westminster,
BC, Canada, V3M 1X4
Tel: (604) 717-6200 ; 717-6210 ; 717-6209
Fax: (604) 526-8952
Email: drneil@netrover.com

Thomas R. Pritchett, MD

Urologist, Clinical Assistant Professor
University of Washington
Virginia Mason Medical Center
1100 Ninth Avenue
Seattle, WA 98101
Tel: (206) 341 0896
Email: thomas.pritchett@vmmc.org

Ronald D. Reynolds, MD

New Richmond Family Practice
1050 Old US Highway 52
New Richmond, OH 45157-9773
Tel: (513) 553-3114
Email: ron.reynolds@uc.edu

Jane Schueller

Family Health International
PO Box 13950
Research Triangle Park, NC 27709
Email: jschueller@fhi.org

Yancy Seamans

Program for Appropriate Technology in
Health (PATH)
1455 NW Leary Way
Seattle, WA 98107-5136
Email: yseaman@path.org

Larry Severy

Director, Behavioral and Social Sciences
Research Group
Family Health International
PO Box 13950
Research Triangle Park, NC 27709
Email: lsevery@fhi.org

Chander Shekhar, MD

Program Officer, Division of Reproductive
Health and Nutrition,
Indian Council of Medical Research
Research Fellow
Family Health International
PO Box 13950
Research Triangle Park, NC 27709
Email: cshekhar@fhi.org

James Shelton

Senior Medical Advisor
GH/Office of Population and Reproductive
Health
US Agency for International Development
1300 Pennsylvania Ave, NW
3.06-013, Ronald Reagan Building
Washington, DC 20523-3100
Email: jshelton@usaid.gov

David Sokal, MD

Associate Medical Director
Family Health International
PO Box 13950
Research Triangle Park, NC 27709
Email: dsokal@fhi.org

Harris Solomon, MPH

Biomedical Research Fellow, USAID
Bureau for Global Health, 3.6.158
Office of Population and Reproductive
Health
1300 Pennsylvania Ave NW
Washington, DC 20523-3601
Tel: 202-712-1841
Fax: 202-216-3404
Email: HSolomon@usaid.gov

Jeffrey Spieler, MSc

Chief, Research Division
US Agency for International Development
G/PHN/POP/R
1300 Pennsylvania Avenue
Washington, DC 20523-3601
Tel: (202) 712 1402
Email: jspieler@usaid.gov

Elsie Talavera
Unit Manager
Administration and Special Services Support
Clinical Research Department
Family Health International
PO Box 13950
Research Triangle Park, NC 27709
Email: Etalavera@fhi.org

Elizabeth Talmont, NP, MSN
Clinical Services Manager
PPFA Medical Affairs Division
434 West 33rd Street
New York, NY 10001
Tel: 212-261-4625
Fax: 212-868-4694
Email: elizabeth.talmont@ppfa.org

Matthew Tiedemann
Senior Program Manager
Field, Information, and Training Services
Family Health International
P.O Box 13950
Research Triangle Park, NC 27709
Email: mtiedemann@fhi.org

Carlos M Huevoz-Toledo, MD
Medical Director
International Planned Parenthood Federation
Regent's College, Inner Circle, Regent's
Park
London NW1 4NS
Tel: 20 7487 7849
Fax: 20 7487 7981
Email: chuevoz@ippf.org

Consuelo Juárez Tovar
Consultant
Medellín 14-401 Colonia Roma
Código Postal 06700
Mexico
Email: cjuarez74@hotmail.com

John Townsend
Project Director
FRONTIERS
Population Council
4301 Connecticut Avenue, NW, Suite 280
Washington, DC 20008
Email: jtownsend@pcdc.org

Tika Man Vaidya, MD, MPH
Nepal Fertility Care Center
P.O.Box 5223
Kathmandu, Nepal
Email: nfcc@mos.com.np

Lisette C. Bernal Verbel, MIA
Senior Program Associate
Knowledge to Practice Program
The ACQUIRE Project
EngenderHealth
440 Ninth Avenue, 3rd Floor
NYC, NY 10001
Email: lbernal@engenderhealth.org

Ricardo Vernon
Senior Program Associate
FRONTIERS
Population Council
Panzacola No. 62-102
Colonia Villa Coyoacán
Delegación Coyoacán
C.P. 04000 México, D.F.
Email: rvernon@popcouncil.org.mx

Christina Wang, MD
Program Director,
General Clinical Research Center
Harbor-UCLA Medical Center
Professor of Medicine,
UCLA School of Medicine
1000 W. Carson Street
Torrance, CA 90509
Tel: (310) 222-2503
Email: wang@gcrc.rei.edu

Silver Wevill, MPH
Clinical Research Monitor
Family Health International
PO Box 13950
Research Triangle Park, NC 27709
Email: swevill@fhi.org

Dr. Alfred Yassa, MD, MPH
Senior Health and Communication Advisor
Center for Communication Programs
School of Public Health
Johns Hopkins University
111 Market Place Suite 310
Baltimore, Maryland 21202
Email: AYASSA@jhuccp.org

