



El hombre y su rol en la salud sexual y reproductiva

Lesyibeth Rodríguez Cruzata.^{1□} <https://orcid.org/0000-0002-4578-1598>

¹Especialista de Primer Grado en Urología. Profesora Instructora. Hospital General Docente "Orlando Pantoja Tamayo"; Universidad de Ciencias Médicas de Santiago de Cuba. Santiago de Cuba; Cuba.

□Autor para la correspondencia. Correo electrónico: lesyibeth@infomed.sld.cu

RESUMEN:

Introducción: La investigación sobre los hombres es tan antigua como los estudios mismos, pero el enfoque como individuos explícitamente genéricos, es relativamente reciente. **Objetivo:** determinar el comportamiento del rol que ocupan los hombres en la salud sexual y reproductiva.

Método: se realizó un estudio observacional descriptivo, longitudinal prospectivo en el Hospital General "Orlando Pantoja Tamayo" de la provincia Santiago de Cuba, en el período marzo 2019 a julio 2021 sobre factores que influyen en el hombre y sus roles en la salud sexual y reproductiva. Para la realización del estudio se conformaron tres grupos teniendo en cuenta los pacientes que asistieron a la consulta de urología en el período y lugar señalados.

Discusión: los programas de planificación familiar, han contribuido a solucionar los riesgos de mujeres de todo el mundo potencialmente negativos para las mismas y el producto de su concepción. Sin embargo, los varones en el campo de la salud sexual y reproductiva, en muchos casos han sido sujetos invisibilizados, no siendo descartados riesgos que estos aportan a la pareja.

Conclusiones: el varicocele y la disfunción sexual eréctil afectan la fertilidad. Indudablemente, la aceptación de la vasectomía como método anticonceptivo en la planificación familiar en hombres y mujeres es aún baja debido a existencias aún de mitos y creencias. Las acciones de comunicación, serán insumos que permitirán en el futuro informar y capacitar a los hombres respecto a sus roles.

Palabras Clave: género; salud sexual y reproductiva; varón; procreación; infertilidad; vasectomía.

INTRODUCCIÓN

En la edad antigua, la ausencia de descendencia de una pareja era sinónimo de que la mujer de la pareja era infértil. La noción de la infertilidad masculina sólo fue considerada cuando la mujer progresó en su rol social y la pareja fue considerada como la mínima unidad social. Se han promulgado teorías diversas para explicar el mecanismo de procreación desde la Antigüedad.



Un ejemplo lo constituye el Taoísmo, implantado en China desde hace más de dos mil años. En esta doctrina, basada en el equilibrio entre el Yang (fuerzas positivas) y el Yin (fuerzas negativas), la secreción de la mujer se considera el Yin y el semen como en Yang; su unión se produce durante el coito lo que capacita a la "semilla" masculina para posteriormente entrar en la mujer y transformarse en el feto.⁽¹⁾

La investigación sobre los hombres es tan antigua como los estudios mismos, pero el enfoque sobre la masculinidad, o los hombres como individuos explícitamente genéricos, es relativamente reciente. Existen instituciones, programas y proyectos de salud sexual, educación sexual, planificación familiar, derechos sexuales y derechos humanos; la mayoría orientados a informar y capacitar a mujeres sobre sus derechos y roles en nuestra sociedad identificada como machista.⁽²⁾

Son escasos los servicios donde se otorga orientación en planificación familiar, derechos sexuales y/o derechos humanos a parejas, como un componente dual de toma de decisiones en la construcción de historias de vida a través de una relación igualitaria de pareja. Tampoco hay muchas instancias de información exclusivas para hombres que cumplan el mismo cometido; el de informar sobre sus roles sociales, salud reproductiva, salud integral, derechos sexuales y obligaciones que tiene el varón que interactúa con el sexo opuesto. Es común encontrar campañas de detección precoz de riesgo preconcepcional en mujeres, de cáncer u otros; pero no son frecuentes, incluso casi inexistentes, campañas para detectar y prevenir disfunción eréctil o infertilidad masculina.⁽³⁾

El hombre que asiste a un centro de salud sexual y reproductiva normalmente es percibido como acompañante de decisiones y/o evaluador de situaciones para aprobar o rechazar algún método de anticoncepción, generalmente decide y evalúa métodos femeninos. El varón no es parte del proceso de decisión de pareja, sino, un mero verificador de las decisiones de las mujeres. Esto ha ocasionado la ausencia del varón en el cuidado de su Salud Reproductiva, de su salud integral y la de su familia, dejando esta responsabilidad a la mujer.⁽²⁾

La salud reproductiva es una constante presente durante todo el ciclo vital en las mujeres y los hombres. En relación con los cuidados de la salud reproductiva, se ha considerado que estos deben comenzar en la llamada etapa preconcepcional, con atenciones que no sólo se limitarían a los servicios, sino también a actividades de información, educación y orientación, que incluyan aspectos de salud sexual y reproductiva como parte de la educación integral, y son preventivas cuando modifican factores o enfermedades existentes.⁽⁴⁾



El presente estudio se enfoca en profundizar la dimensión del involucramiento de los varones en la salud sexual y reproductiva y su relación con los servicios de salud. Se busca comprender la posición de los varones en relación a la salud, y en el contexto de su género, entendiendo la relevancia de la figura del varón en este proceso, atendiendo a su rol en la salud sexual y reproductiva propia, así como la importancia de incluirlos en los esfuerzos de carácter público.

MÉTODO

Se diseñó un estudio observacional descriptivo, longitudinal prospectivo en el Hospital General Docente "Orlando Pantoja Tamayo" del municipio contra maestre, provincia Santiago de Cuba, en el período comprendido entre Marzo 2019 y Julio 2021, para determinar el comportamiento del rol que ocupan los hombres en la salud sexual y reproductiva.

Para la realización del estudio se conformaron tres grupos teniendo en cuenta los pacientes que asistieron a la consulta de Urología en el período y lugar señalados y que cumplieron los requisitos para la investigación como pacientes que dieron su consentimiento para la misma e historia clínica individual completa. El universo se constituyó por 702 pacientes. En el grupo A se incluyeron 462 pacientes, que fueron todos los operados por varicocele. En el grupo B los 229 que presentaron disfunción sexual eréctil y en el grupo C aquellos a los que se le practicó vasectomía los que fueron 11 pacientes.

Para ello se tomaron en cuenta variables como motivo de consulta para el varicocele y la vasectomía, edad, espermograma normal o patológico pre y posoperatorio, disfunción sexual eréctil, tiempo desde su inicio hasta la consulta de diagnóstico y causas al diagnóstico de la disfunción sexual eréctil.

Los datos fueron vaciados directamente de las historias clínicas individuales de los pacientes a la ficha de recolección de datos que se diseñó para el estudio. Al mismo tiempo se realizó una búsqueda bibliográfica tanto nacional como internacional, de diversos artículos científicos en revistas indexadas y revisadas por pares académicos, obtenidas de las bases de datos Pubmed, Medscape y Google Académico, publicados durante los últimos 15 años, relacionados con el tema, acorde con el objeto de estudio y los objetivos propuestos en los idiomas Español e Inglés. El manejo estadístico de los datos se realizó con el paquete SPSSv21. Las variables cuantitativas se han representado por la mediana y el rango intercuartil (IQR) y las cualitativas mediante frecuencias absolutas y porcentajes. Para el contraste de variables cualitativas se ha utilizado el test de la Chi cuadrado. Los resultados fueron vaciados en tablas e ilustrados mediante gráficos, ofreciéndose la tabulación de los datos e informaciones en las distintas etapas de la investigación.



Para llevar a cabo la investigación se contó con la aprobación del Comité Científico y del Comité de Ética de los hospitales donde se llevó a cabo el estudio.

RESULTADOS

Se incluyó el total de pacientes operados de varicocele, los cuales cumplieron con los requisitos de tener análisis de semen pre y postoperatorio y seguimiento subsecuente de la evolución después de la cirugía. Los pacientes consultaron en el 79 % de los casos, quedando en segundo lugar con un 15 % los que consultaron por infertilidad y tan solo el 6 % por chequeo de jóvenes que ingresan al servicio militar (tabla 1).

Tabla 1: Distribución de pacientes según el motivo de consulta que determinó la cirugía del varicocele. Hospital General Docente "Orlando Pantoja Tamayo". Santiago de Cuba. Marzo 2019 a julio 2021

Motivo de consulta	No.	%
Dolor testicular	365	79 %
Infertilidad	69	15 %
Consulta de chequeo de jóvenes que ingresan al servicio militar	28	6 %
Total	462	100 %

Fuente: Historias clínicas hospitalarias

Se obtuvo un total de 462 pacientes de los cuales 268 (58 %) presentó algún grado de afectación espermática y 194 (42 %) no la presentaron, pero luego del tratamiento quirúrgico 295 (63,9 %) no presentaron afectación y 167 (36,1 %) la mantuvieron. Los pacientes de 16 a 20 años presentaron espermograma preoperatorio normal en el 71 %, con una recuperación del 100 % tras la cirugía. El porcentaje de recuperación disminuyó a medida que aumentó la edad. Los pacientes de 41 años y más representaron el 0,9 % del total de pacientes siendo el 100 % de estos patológico al inicio y luego de la cirugía (tabla 2).

Tabla 2: Varicocele con espermograma normal o patológico pre y posoperatorio según edad.

Grupo de edades (años)	Espermograma preoperatorio normal (194)		Espermograma preoperatorio patológico (268)		Total de pacientes (462)	Espermograma posoperatorio normal (295)		Espermograma posoperatorio patológico (167)	
	No.	%	No.	%		No.	%	No.	%
16 - 20	22	71,0 %	9	29,0 %	31 (6,7 %)	31	100 %	0	0,0 %
21 - 25	59	70,2 %	25	29,8 %	84 (18,2 %)	81	96,4 %	3	3,6 %
26 - 30	69	41,6 %	97	58,4 %	166 (35,9 %)	104	62,7 %	62	37,3 %
31 - 35	39	30,0 %	91	70,0 %	130 (28,1 %)	67	51,5 %	63	48,5 %



36 - 40	5	10,6 %	42	89,4 %	47 (10,2 %)	12	25,5 %	35	74,5 %
41 y más	0	0,0 %	4	100 %	4 (0,9 %)	0	0,0 %	4	100 %

Los pacientes presentaron una evolución de la disfunción sexual eréctil antes del diagnóstico médico de 3 – 4 años y de 5 y más años en 52,4 % y 40,2 % respectivamente (gráfico 1).

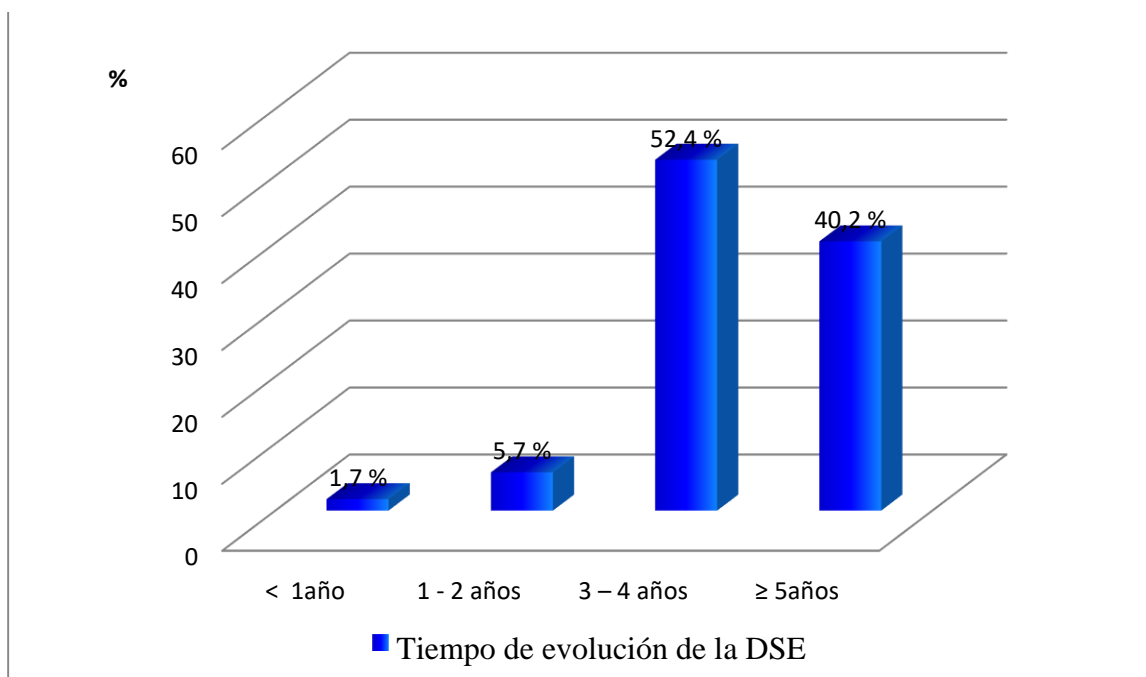


Gráfico1: Disfunción sexual eréctil según el tiempo desde su inicio hasta la consulta de diagnóstico.

En el presente estudio se encontró que la disfunción sexual mixta estuvo presente en el 45 % de los casos, secundada por las psicógenas en el 24,5 %. Dentro de las causas orgánicas las causas vasculares primaron con 20,5 %. Las endocrinas fueron menos causales para un 0,4 % (tabla 3).

Tabla 3: Distribución de pacientes con disfunción sexual eréctil según sus causas al diagnóstico

Causas de DSE	No.	%
Vasculares	47	20,5 %
Neurológicas	10	4,4 %
Endocrinológicas	1	0,4 %
Anatómicas	5	2,2 %
Farmacológicas	7	3,0 %



Psicógenas	56	24,5 %
Mixtas	103	45,0 %
Total	229	100 %

Solo se les realizó vasectomía a 11 pacientes. De ellos el 54,4 % fue por Orquiepididimitis Crónica Agudizada en varias ocasiones y se realizó de forma bilateral. Al 18,2 % se les realizó por Orquiepididimitis Crónica Agudizada también en varias ocasiones. Solo el 27,3 % no deseaban más la tenencia de hijos y se presentaron para realización del proceder quirúrgico (tabla 4).

Tabla 4: Motivo de consulta que conllevó a la Vasectomía

Motivo de consulta	Unilateral		Bilateral		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Orquiepididimitis Crónica Agudizada Recidivante del adulto mayor con enfermedad prostática.	0	0	6	54,5 %	6	54,5 %
Orquiepididimitis Crónica Agudizada Recidivante del joven por enfermedades transmitidas sexualmente.	2	18,2 %	0	0,0 %	2	18,2 %
Varios hijos con pareja no estable.	0	0 %	3	27,3 %	3	27,3 %
Total	2	18,2 %	9	81,8 %	11	100 %

DISCUSIÓN

La salud sexual y reproductiva es el estado general de bienestar físico, mental y social y no de mera ausencia de enfermedades y dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. Entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia. La salud sexual y reproductiva incluye aspectos como la regulación de la fecundidad; prevención y control de enfermedades de transmisión sexual; fertilidad e infertilidad; embarazos: de alto riesgo, no deseados y diagnóstico de enfermedades relacionadas a la reproducción.⁽²⁾

Desde que se iniciaron en los años 60 los programas de planificación familiar, han contribuido a solucionar los riesgos de mujeres de todo el mundo como factores biológicos, psicológicos, sociales y ambientales potencialmente negativos para las mismas y el producto de su concepción.⁽⁵⁾ Sin embargo, los varones en el campo de la salud sexual y reproductiva, en muchos casos han sido sujetos invisibilizados y su ausencia llama la atención de estudiosos en el área,^(1,2,3,4) y como se ha dicho, el hombre es participe como integrante de la pareja, en el hecho de procrear y decidir hacerlo o no.



Se atribuyen riesgos al varón en la consulta de planificación familiar como que los hombres se convierten en "factores de riesgo" para mujeres y niños/as (a través, por ejemplo, de la violencia doméstica, las enfermedades sexualmente transmitidas y los embarazos no deseados, entre otros); para otros hombres (homicidios y lesiones); y para ellos mismos (adicciones a sustancias psicoactivas y muertes por suicidio).^(4,5) Estos son importantes, como también lo son otros factores que influyen en la salud sexual y reproductiva de la pareja, como la infertilidad masculina y dentro de esta el varicocele y la disfunción sexual eréctil como unas de sus principales causas y que no siempre se tienen en cuenta, a menos que la mujer ya haya sido estudiada y la causa de la infertilidad no esté bien definida. Por tal motivo, las consultas debieran ser siempre multidisciplinarias con ginecobstetras, urólogos y psicólogos para analizar todo detalle desde la primera consulta, además de promover más ampliamente la vasectomía como método anticonceptivo definitivo ante embarazos no deseados.

Numerosas son las causas de infertilidad masculina. La causa aislada más frecuente de infertilidad en el varón es el varicocele, como lo demuestra la gran casuística publicada en los últimos 50 años.⁽¹⁾ En la actualidad, la importancia del reconocimiento y el tratamiento adecuado del varicocele es fundamental para mantener la fertilidad del individuo y de esta forma obtener una salud reproductiva adecuada y bienestar de pareja a largo plazo.⁽⁶⁾

El Varicocele está presente en un 15 % de la población y aproximadamente el 40 % de los hombres que presentan infertilidad, tienen algún grado de varicocele. Se han demostrado efectos adversos en la espermatogénesis cuando esta patología se presenta, alterando la producción de espermatozoides al parecer por mecanismos como cambios en la temperatura y aparición del reflujo venoso, sin exactitud en el conocimiento de mecanismos fisiopatológicos.^(1,7) El 12 % de los hombres con espermograma normal y el 25 % de hombres con anomalías en el espermograma presentan varicocele. El varicocele es raro antes de los 10 o 12 años. Esta entidad es una afección frecuente en edades tempranas de la vida, con un incremento al final de la pubertad, en la que puede alcanzar una prevalencia entre el 15 y el 20 %; por ello la mayoría de los casos son diagnosticados y tratados en la adolescencia o en el adulto joven entre 18 y 30 años de edad.^(1,6,7) Es decir que es una patología que se presenta de la adolescencia a la edad adulta donde puede ser diagnosticada fácilmente con tan solo un examen físico. El dolor puede presentarse entre el 30 y el 70 % de los casos, sobre todo cuando existe leucocitospermia y epididimitis crónica asociada. El 64,5 % solicitan consulta por dolor y el 35,5 % consulta por infertilidad, lo que concuerda con este estudio. Por otra parte la frecuencia de infertilidad en pacientes con varicocele, independientemente del motivo de consulta, coincide con lo reportado



por Chou Rodríguez,⁽¹⁾ que señala un 63,33 % de los casos, lo que es preocupante a la hora de procrear, teniendo en cuenta que el tiempo es primordial en estos casos donde la repercusión de esta entidad sobre la gónada puede hacerse permanente e

irreversible a largo plazo, por lo que sería útil su diagnóstico precoz.^(1,6)

En cuanto a la comparación de los espermogramas pre y postoperatorios, se considera que es uno de los aspectos más importantes del estudio, pues permite saber el grado de mejoría de la calidad del semen y según nuestros resultados, se puede afirmar que indudablemente la corrección quirúrgica del varicocele elimina en gran medida la oligoasteno-teratospermia que produce este y que por supuesto, la edad tiene una influencia innegable en esta recuperación. Algunos autores refieren mejoría de los parámetros seminales en 50 a 80 % posterior a la cirugía, lo que pudiera esto estar relacionado con el tiempo de evolución del varicocele para los que no logran la mejoría, y que de 20 a 30 % de los pacientes logran embarazos espontáneos dentro de los tres primeros meses posteriores a la realización de la cirugía. Con la cirugía puede llegar a obviarse la necesidad de tecnología reproductiva como la fertilización in vitro o la inyección de espermia intracitoplasmática, y solo requerirse inseminación artificial en casos severos. Las complicaciones con la varicocelectomía son infrecuentes y usualmente leves, por lo que su implementación temprana evitaría el uso de técnicas de reproducción más complejas y costosas.^(1,6,7)

La sexualidad ocupa una parte muy importante de la esfera vital del hombre, por lo que problemas como la disfunción sexual eréctil afecta notoriamente la autoestima del individuo, muchas veces de forma severa que impide un comportamiento familiar y social adecuados. La disfunción sexual eréctil (DSE) es definida como la incapacidad reiterada y continua para lograr y mantener la erección del pene que permita de esta manera tener una relación sexual penetrativa satisfactoria, por lo que se ve afectada tanto la sexualidad como la fertilidad de la pareja. Se estima que la prevalencia mundial supera las 100 millones de personas en todo el mundo y que por encima de los 40 años hasta un 50 % de la población la padece en diferentes grados. Se estima que en los próximos 20 años dicha cifra se duplicará, llegando a alcanzar los 322 millones en el año 2025.^(8,9,10,11)

Según los resultados de la entrevista clínica psicológica aplicada por Martínez,⁽¹²⁾ que recoge la experiencia sexual y los antecedentes del problema, en la mayoría de los pacientes el tiempo de evolución de la DSE hasta la primera consulta es superior a 1 año, el comienzo fue gradual, con un curso constante, la aparición permanente mantenida en el tiempo con fracasos en la relación sexual reiterada en el más del 60 % en el último año.⁽¹²⁾



La disfunción sexual masculina es un tema difícil de abordar tanto para el paciente como para el médico. Se reporta que el 74 % de los pacientes son demasiado tímidos para discutir su problema con su urólogo, 82 % informan que hubieran preferido que su médico de atención primaria hubiera tenido la iniciativa de preguntar al respecto sin que el paciente lo hubiera mencionado y sólo 58 % de los pacientes buscan activamente a su médico de cabecera para una consulta de disfunción sexual. Los pacientes que consultan por disfunción eréctil tienen tres veces más probabilidad de recibir tratamiento que al esperar que el médico infiera el problema. Es claro que la tendencia de los médicos de atención primaria es remitir los pacientes al especialista en lugar de iniciar la búsqueda de patologías asociadas o de iniciar un tratamiento farmacológico, evidenciando quizá la falta de conocimiento frente a una entidad tan prevalente en el mundo o el temor a enfrentarse con la sexualidad, lo que afecta la salud sexual y reproductiva de la pareja.⁽⁹⁾

La edad es una variable biológica vinculada con la aparición DSE, esta variable es dependiente no sólo de su aparición sino también de la severidad, lo que puede estar ligado a valores disminuidos de testosterona. Algunos autores reflejan que el 52 % de los hombres de 40 a 70 años de edad presentan algún grado de DSE (mínimo: 17 %; moderada: 25,5 %; severa: 10,5 %). Su incidencia aumenta con la edad (39 % a los 40 años; 48 % a los 50 años; 57 % a los 60 años; 67 % a los 70 años; 75 % a los 80 años). Se han evidenciado valores de testosterona total inferiores a 8 nmol/l en el 43 % de los casos con DSE y una asociación entre ésta y su severidad cuando los valores eran inferiores a este punto de corte. Es claro que la disfunción eréctil aumenta a medida que aumenta la edad, pero no debemos infravalorar el porcentaje de esta en pacientes con jóvenes, en edad reproductiva y con deseo de procrear, que aunque sean los menos no dejan de ser muchos los casos.^(8,9)

Entre un 70 % y un 80 % de los sujetos presentan causas orgánicas (vasculares, neurológicas, endocrinológicas, farmacológicas, entre otras). No obstante, la mayoría presenta una DSE mixta, con un origen inicialmente orgánico al que se suma un componente psicoafectivo y un sentimiento de miedo al fracaso que potencia y agrava la disfunción.^(8,9,10,11)

La disfunción eréctil está claramente relacionada con las condiciones de insatisfacción, incluyendo la manera en que perciben su eyaculación, pues en aquellos que la informan como precoz, se les relaciona con la presencia de disfunción eréctil. Por lo tanto, la disfunción eréctil, es producto de una amplia variedad de condiciones y que es un buen indicador sintomático de otros aspectos de la vida del individuo, por lo que en la práctica médica no sería suficiente con



abordar sólo el síntoma, aunque desde luego puede constituir una parte importante del abordaje interdisciplinario del paciente que padece disfunción eréctil.⁽¹⁰⁾

La depresión se encuentra en el 68,8 % de los hombres con disfunción eréctil severa, además de observarse una mayor prevalencia de disfunción eréctil entre los hombres tratados con psicofármacos (87,15 %).⁽¹¹⁾ Por tanto es considerado que en una consulta multidisciplinaria donde incluya la participación del psicólogo y no este por separado, se tratarían en gran medida y de forma satisfactoria según su etiología psicógena o mixta, si no todos, la mayoría de estos pacientes, teniendo como resultado una salud adecuada para la procreación.

En pacientes con disfunción eréctil, un programa de ejercicio y cambios en el estilo de vida pueden mejorar significativamente el puntaje en el índice internacional de disfunción sexual. La llegada de medicamentos con alta efectividad y tolerabilidad ha permitido que esta enfermedad se difunda y salga del túnel en el que se encontraba, haciendo que el paciente y su médico tratante puedan abordar un tema estigmatizado, pero que hoy en día tiene altas probabilidades de mejoría según la etiología de la misma.⁽⁹⁾ Lo que viene a hacer más factible lo curable de esta afección.

Existen diferentes métodos anticonceptivos presentados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para llevar una vida sexual saludable y planificar una familia, y solo dos están orientados a hombres, el condón y la vasectomía, siendo la vasectomía una opción con grandes resultados y mejor eficacia frente a los métodos femeninos en la planificación familiar. Sin embargo, son las mujeres el foco de los centros médicos y programas de salud al ser ellas quienes cargan el embarazo, el parto y el puerperio, dejando de lado a los hombres.^(2,13)

La vasectomía consiste en la ligadura de los conductos deferentes situados en el escroto del hombre con el objetivo de imposibilitar el paso de los espermatozoides que se originan del epidídimo, impidiendo que estos estén en el semen, logrando que sea imposible para el hombre embarazar a su pareja, siendo este un método anticonceptivo definitivo sumamente eficaz; el procedimiento de la vasectomía es mucho más rápido, sencillo y económico que la ligadura de trompas y es el más efectivo frente a los otros métodos anticonceptivos femeninos al tener un 99 % de efectividad. Pero este método aún es rechazado por los hombres por algunas barreras sociales y su falta de conocimiento.^(13,14,15)

En cuanto a su prevalencia, se puede observar diferente distribución según el país: Canadá presenta un 22,0 %, China y Reino Unido un 21,0 %; mientras India, Tailandia, Corea y los Estados Unidos registran un valor aproximado al 12,0 % y en Filipinas y Cuba solo se reporta el 0,1 %.^(14,15) Alrededor de 45 millones de parejas en el mundo utilizan la vasectomía como método



anticonceptivo en comparación con 150 millones de mujeres esterilizadas pese a que es más segura y fácil de realizar.⁽¹⁵⁾ Datos reportados muestran la diferencia entre ambos procedimientos, mayor número de parejas han preferido más la obstrucción tubaria bilateral que la vasectomía a razón de 10 a 1.^(14,15)

Aunque exista interés en los hombres en llevar una vida sexual saludable, ciertas desigualdades sociales y la inequidad de género provocan que consideren que la anticoncepción es responsabilidad de las mujeres. Los determinantes sociales que explican el bajo acceso a la vasectomía se relacionan con los estereotipos de género, con interpretaciones erróneas que equiparan la vasectomía con la castración, la impotencia y debilidad o incapacidad para trabajar, tanto entre mujeres como entre hombres. Además, al no contar con campañas informativas que, más allá de explicar el procedimiento de la vasectomía, no la comparan con los métodos anticonceptivos femeninos y no mencionan todas las ventajas que esta trae frente a ella en la planificación familiar, por lo que los hombres no pueden reflexionar y participar.^(2,13,14,15) Cabe resaltar que con esta intervención no habrá alteraciones fisiológicas en los testículos ni variaciones en la función endocrina; por ende, no habrá riesgo de enfermedades cardiovasculares, problema de próstata o cáncer. El hombre no se verá afectado en producir hormonas masculinas, por cambio físico alguno propio de su masculinidad como su fuerza corporal, apetito sexual, erecciones u orgasmos.⁽¹³⁾ Al contrario, según la OMS, en algunos hombres con vasectomía se observó que al librarse de la carga que causa el temor de dejar a su pareja embarazada sin planearlo y despreocuparse de utilizar otro método transitorio, su placer sexual aumentó.^(13,14,15)

Resulta inusual que un hombre con vasectomía pueda embarazar a su pareja sexual. La causa principal de fracaso es la prisa de tener relaciones sexuales sin protección a pocos días de haberse realizado la intervención quirúrgica. El hombre con vasectomía no es estéril tan pronto concluya la intervención, aún quedarán algunos espermatozoides activos, por lo que aún podría embarazar a su pareja. Se deberá utilizar otro método anticonceptivo hasta que se hayan producido entre 15 a 20 eyaculaciones, hayan pasado 12 semanas desde la intervención o hasta tener un resultado del análisis del semen donde compruebe que no quedan más espermatozoides.⁽¹³⁾

Las complicaciones intraoperatorias son bajísimas, prácticamente no existen. La vasectomía se lleva a cabo con anestesia local y en forma ambulatoria. Los riesgos y complicaciones son poco frecuentes, de 1-2% de posibilidad. Estas complicaciones son mayormente hematomas o



infecciones de la herida, dolor testicular o escrotal que pueden desarrollarse en un tiempo después de la intervención. Estos suelen ser leves y desaparecen fácilmente en una o dos semanas.^(13,14,15)

No existe edad ideal para la realización de la vasectomía. La pareja debe implementar la evaluación del riesgo familiar, económico y reproductivo para determinar cuántos hijos se quiere tener, cuántos hijos se pueden criar correctamente. Los hombres deben tener en cuenta que es un método anticonceptivo permanente, no obstante, existe la posibilidad de restaurar la fertilidad después de haberse realizado una, mediante una operación compleja de microcirugía, que conectará nuevamente los extremos cortados de los conductos deferentes del hombre.⁽¹³⁾

CONCLUSIONES

El varicocele es una causa frecuente de infertilidad, sin embargo es más diagnosticado por dolor testicular que por la fertilidad misma. Muchos autores ven en la varicocelectomía una opción quirúrgica valedera, pues se puede lograr mejoría de los parámetros seminales en un 50 a 80 % posterior a la cirugía. La edad es una variable biológica vinculada con la aparición de disfunción sexual eréctil, afectando la salud reproductiva de los más jóvenes. Por otro lado, la aceptación por la vasectomía como método anticonceptivo en la planificación familiar es aún baja, pues todavía existen mitos y creencias debido a la falta de información sobre ella, el machismo y ciertos factores que influyen en su decisión. Las acciones de comunicación y el impacto en los públicos, serán insumos que permitirán en el futuro informar y capacitar a los hombres respecto a sus roles, derechos y obligaciones que poseen en el proceso de la relación social de género, promoviendo la accesibilidad de los varones a servicios de atención en salud integral y reproductiva para que éste interactúe consiente y respetuosamente con el sexo opuesto y con mayor eficacia, logrando atender sus dificultades y la de su pareja en pos de una adecuada salud reproductiva.

RECOMENDACIONES

Se insta a alentar el involucramiento de varones sobre su participación activa en la paternidad responsable, el comportamiento sexual y reproductivo saludable, incluida la planificación de la familia; la salud prenatal, materna e infantil; la prevención de las enfermedades de transmisión sexual; la prevención de los embarazos no deseados y de alto riesgo; la contribución en la familia y la educación de los hijos e hijas. El diseño, la ilustración y la animación en una campaña informativa sobre un tema médico como la salud sexual y reproductiva, que tiene características



complejas y explicarla es sumamente extenso, facilita su lectura y resulta más divertido y atractivo para el público.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Chou Rodríguez A, Fragas Valdés R, Hernández Silverio DR, Rodríguez Verde E, Palacios Jiménez P. Varicocele bilateral e infertilidad: evaluación de dos técnicas quirúrgicas. Rev Cub Urol 2013 [acceso 02/08/2021];2(1):53-69. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=49728>
2. Lindolfo BL. Impacto cualitativo de las acciones de comunicación utilizadas para la incorporación de hombres en la atención de Salud Sexual y Reproductiva [Tesis]. Ciudad de La Paz (Bolivia): Universidad Mayor de San Andrés. 2018 [acceso 02/08/2021]. Disponible en: <http://repositorio.umsa.bo/xmlui/handle/123456789/23119>
3. Galoviche V. Los varones y los servicios de salud sexual y reproductiva. Desafíos de los/las agentes técnicos/as en el campo sanitario en San Juan, Argentina. Revista Electrónica de Trabajo Social, Universidad de Concepción (Chile) 2019 [acceso 02/08/2021];2(20): 10-20. Disponible en: <http://www.revistatsudec.cl/wp-content/uploads/2019/12/RETS-2019-20-SEMESTRE-II.pdf#page=11>
4. Sarda Prada A, Catalá Navarro I, Tejeda Dilou Y. Influencia de factores de riesgos reproductivo preconcepcional masculinos en la salud reproductiva de la pareja. En: XVIII Congreso de la Sociedad Cubana de Enfermería. 2019 [acceso 02/08/2021]. Disponible en: <http://www.enfermeria2019.sld.cu/index.php/enfermeria/2019/paper/viewFile/162/16>
5. Rondón Carrasco J, Fajardo Rodríguez M, Morales Vázquez CL, Rondón Carrasco RY, Rondón Aldana R. Educar para mejor control del riesgo reproductivo preconcepcional. En: IX Jornada Científica de la Sociedad Cubana de Educadores en Ciencias de la Salud en Holguín. 2020 [acceso 02/08/2021]. p. 1-12. Disponible en: www.morfovirtual2020.sld.cu/index.php/morfovirtual/morfovirtual2020/paper/download/442/395
6. Herrera Vargas MA, Almanza Gonzáles M, Argueta Bueno JC, Arriaga Morales H, Bonilla Silva R, Mues Guízar E y cols. Varicocele e infertilidad, cambios en los parámetros seminales en el pre y postoperatorio. Rev Mex Urol. 2005;65(4):240-247. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=7018>
7. Briceño L, Díaz I, Gómez CP, Cavelier CLE. Varicocele e infertilidad masculina. Rev Urol



- Colomb. 2008 [acceso 02/08/2021];17(1):63-70. Disponible en:
<https://www.redalyc.org/pdf/1491/149120483011.pdf>
8. Elías Calles LC, Calero Ricardo JL, Arnold Domínguez Y. Incidencia de la disfunción eréctil en pacientes atendidos en la consulta de andrología. Rev Arg Urol. 2017 [acceso 02/08/2021]; 82(1):32-41. Disponible en:
<https://revistasau.org/index.php/revista/article/download/4061/3505>
 9. Robayo JA, García PHA, Carbonell GJ. Prevalencia de disfunción eréctil y factores asociados en un hospital de tercer nivel. Rev Urol Colomb. 2009 [acceso 02/08/2021];18(1):39-46. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=149120397007>
 10. Capogrosso P, Ventimiglia E, Boeri L, Cazzaniga W, Chierigo F, Pederzoli F et al. Age at First Presentation for Erectile Dysfunction: Analysis of Changes over a 12-yr Period. European Urology Focus. 2018;5(1):899-905. [acceso 02/08/2021]. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.euf.2018.02.006>
 11. Espitia De La Hoz FJ. Prevalencia de disfunción eréctil en hombres del Quindío, y factores de riesgo asociados. Rev Urol Colomb. 2019 [acceso 02/08/2021];28:169-176. Disponible en: <https://doi.org/10.1055/s-0038-1656515>
 12. Martínez Cárdenas A, Martínez González AA, González Sábado R, Rodríguez Domínguez LA. Disfunción sexual eréctil en pacientes diabéticos atendidos en la consulta de terapia sexual a nivel comunitario. En: Primera Jornada Virtual de Psiquiatría 2020, Atención a la salud mental en la comunidad. 2020 [acceso 02/08/2021]; Sancti Spíritus (Cuba). Disponible en: <http://jvirtualpsiquiatria2020.sld.cu/index.php/jvpsq/2020/paper/view/113>
 13. Molero Garibay FA. Diseño de campaña informativa sobre vasectomía como método anticonceptivo en la planificación familiar en hombres y mujeres mayores de 28 años [Tesis]. Perú (Lima): Universidad San Ignacio de Loyola, Facultad de Humanidades. 2021 [acceso 02/08/2021]. Disponible en: <http://repositorio.usil.edu.pe/handle/USIL/11534>
 14. Meneses-Parra AL, Cristancho-Gómez SM. Factores que inciden en la aceptabilidad de la vasectomía. Rev Colomb Enferm. 2019 [acceso 02/08/2021];18(2):1-10. Disponible en: <https://doi.org/10.18270/rce.v18i2.2438>
 15. Sánchez-Molano SM, Forero Martínez LJ, Rivillas-García JC. Vasectomías en Colombia: ¿cómo adaptar los servicios de salud a las necesidades de los hombres? Rev Fac Nac Salud



I Jornada Virtual de Medicina Familiar en Ciego de Ávila

DEL 1 AL 30 DE NOVIEMBRE DE 2021



Pública. 2019 □ acceso 02/08/2021 □;37(1):66-77. Disponible en:

<https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.v37n1a11>