

11226
99
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E
INVESTIGACION

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES
PARA LOS TRABAJADORES DEL ESTADO
UNIDAD ACADEMICA
CLINICA HOSPITAL 300400 ISSSTE ORIZABA, VER.

ANALISIS DE ACEPTABILIDAD DE VASECTOMIA EN
DERECHOHABIENTES DEL ISSSTE.



ISSSTE

Subdirección General
Médica



CLINICA HOSPITAL AMIGO
DEL NIÑO Y DE LA MADRE
00400 ORIZABA VER

ISSSTE

DEPTO ENSEÑANZA
E INVESTIGACION

TRABAJO QUE PARA OBTENER
EL DIPLOMA DE

ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

PRESENTA

DR. ALBERTO TERRAZAS JUAREZ

HOSPITAL 300400 ORIZABA, VER.

286628

2000



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas

Tesis Digitales

Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©

PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

ANALISIS DE ACEPTABILIDAD DE VASECTOMIA EN
DERECHOHABIENTES DEL ISSSTE

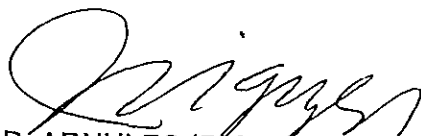
TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR PRESENTA:

DR. ALBERTO TERRAZAS JUAREZ

AUTORIZACIONES



DR. MIGUEL ANGEL FERNANDEZ ORTEGA
JEFE DE DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
U.N.A.M.



DR. ARNULFO IRIGOYEN CORIA
COORDINADOR DE INVESTIGACION DEL DEPARTAMENTO
DE MEDICINA FAMILIAR
U.N.A.M.



DR. ISAIAS HERNANDEZ
COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
U.N.A.M.

TRABAJO DE INVESTIGACION QUE PARA OBTENER
EL DIPLOMA DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DR. ALBERTO TERRAZAS JUAREZ

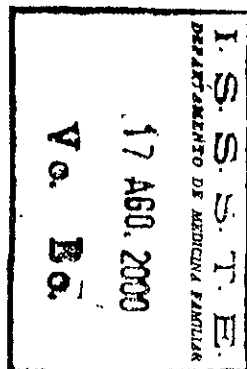
ANALISIS DE ACEPTABILIDAD DE VASECTOMIA
EN DERECHOHABIENTES DEL ISSSTE.

DRA. LETICIA GONZALEZ RODRIGUEZ
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN
MEDICINA FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES EN LA
CLINICA HOSPITAL 300400 DEL ISSSTE EN ORIZABA, VER.

PSICOLOGA MARIA DEL CARMEN CORRALES MORALES
ASESOR DE TESIS

DR. MIGUEL ANGEL HERNANDEZ HERNANDEZ
ASESOR DE TESIS, PROFESOR DEL DEPARTAMENTO DE
MEDICINA FAMILIAR DE LA U.N.A.M.

DRA. LETICIA ESNAURRIZAR JURADO
JEFA DE EDUCACION MEDICA CONTINUA Y
MEDICINA FAMILIAR



CLINICA HOSPITAL 300400 DEL ISSSTE EN ORIZABA, VER.
FEBRERO DE 1996

**ANALISIS DE ACEPTABILIDAD DE VASECTOMIA EN
DERECHOHABIENTES DEL ISSSTE**

INDICE GENERAL

	Página
Marco Teórico	1
Planteamiento del Problema	18
Justificación	19
Objetivos	21
Metodología	22
Resultados	29
Análisis	55
Conclusiones	57
Bibliografía	60
Anexos	64

MARCO TEORICO

-INTRODUCCION

Uno de los principales problemas que enfrenta México como País, es su extraordinario incremento demográfico, considerando las tendencias descendientes de mortalidad es previsible un aumento de la población desmedido.

Además tomando en consideración las características sociales y económicas de este nuestro País, encontramos que la vasectomía es una solución de trascendental importancia para la salud Pública, ya que engloba a la familia que es la célula básica de la Sociedad.

Por lo que considero de suma importancia que como médicos adoptemos la obligación de actuar como agentes de cambio, logrando modificar actitudes ante este problema, como integrantes de la sociedad en la que se reconoce, es vital para la supervivencia lograr un buen control del crecimiento poblacional. El control de las enfermedades y el adelanto de las tecnologías han reducido en forma sorprendente la mortalidad, aumentando la esperanza de vida y por ende el crecimiento demográfico. Es indudable que una de las más importantes responsabilidades de los servicios de salud, es dar una buena instrucción a la pareja y a la población en general, respecto a métodos eficaces para el control de su fertilidad así como proporcionarles los medios útiles para el ejercicio del derecho a tener hijos.

-DEFINICION

La vasectomía es la resección quirúrgica de los conductos deferentes para esterilizar al varón sin que éste pierda su apetito sexual.

-ANTECEDENTES HISTORICOS

La vasectomía, un procedimiento simple y destinado a bloquear el paso de espermatozoides a través del conducto deferente, no fue aceptado hasta el siglo XIX y no era utilizado como método para el control voluntario de la fecundidad hasta el siglo XX. (1,2,3,4).

Una referencia temprana a la oclusión del conducto deferente, fue hecha por el cirujano inglés y anatomista John Hunter en 1775. El Dr. Harry Sharp de Indiana (USA), reportó el haber ejecutado la vasectomía en el año de 1880, en un enfermo mental, en cuyo principal motivo de consulta era el de masturbarse en exceso, el paciente consintió en la operación convencido de que ésta aliviaría su obsesión, los resultados; sin duda psicológicos, fueron favorables. (1,2,3,5). En 1883 Félix Guyan, un cirujano francés, concluyó que el bloqueo del conducto deferente, causaba atrofia de la glándula prostática. (1,5,6). A principios del siglo XX, las vasectomías eran hechas algunas veces por razones de eugénesis, en criminales, enfermos mentales, o aquellos con enfermedades hereditarias. (1,2,6,7). Paradójicamente, aún cuando sus efectos anticonceptivos estaban siendo documentados, la operación fue hecha por Eugene Steinach, un austríaco desterrado, con el propósito de rejuvenecer el cuerpo

humano. (2,6,7). De sus experimentos en ratas Steinach concluyó que después de la ligadura del conducto deferente, los tejidos productores del esperma se degeneraban, a la par que ocurría una hipertrofia del tejido productor de hormonas,, lo cual a su vez causa una renovación en la producción de las células germinales.(1,2,6,7).--- Entre tanto en los Estados Unidos y Europa, la vasectomía recibió su mayor empuje cuando la publicidad en contra de anticonceptivos coincidió con una campaña feminista para estimular una mayor responsabilidad masculina en la reproducción.----- (2,4,8). La vasectomía, es uno de los métodos anticonceptivos más seguros, sencillos y eficaces, sin embargo, es uno de los métodos de planificación familiar menos conocido y menos utilizado. Muchos programas de planificación familiar han descuidado la vasectomía, pero si se imparte más y mejor capacitación y se hace más publicidad-- sobre el padecimiento puede estimularse el interés por este método. Se estima que,-- mundialmente, 42 millones de parejas recurren a la vasectomía.. En comparación,-- casi 140 millones de parejas recurren a la esterilización femenina. (7,8,9). La vasesc--- tomía es un importante método de planificación sólo en seis países desarrollados, Estados Unidos, Nueva Zelandia, Australia, Gran Bretaña, Canadá, y los Países Bajos, y en tres países en desarrollo: China, India y Corea del Sur. En la mayoría de los paí-- ses el método apenas se usa, y en comparación con otros métodos son pocas las per-- sonas que han oído hablar de vasectomía.

La culpa de que sea poco conocido y usado este método se achaca a los hombres, se

dice que a éstos no les importa evitar el embarazo, que aprecian su virilidad, que ---- piensan erróneamente que la vasectomía les hará perder su virilidad; que la peque-- ña operación les infunde un miedo irracional, que dejan que la mujer cargue con to-- da la responsabilidad de la planificación familiar. Pero, culpar al hombre no es una-- buena excusa para descuidar los servicio de vasectomía. Muchos hombres están cam-- biando de actitud, se preocupan por la salud y bienestar de sus esposas y de sus fa-- milias, muchos más cambiarían de actitud si entendieran que es la vasectomía. La ra-- zón principal de los bajos niveles de uso de este método, tal vez se deba a la poca ---- atención prestada a la vasectomía por las autoridades; y que a veces refleja los pre--- juicios contra este método.

-EPIDEMIOLOGIA

Los estudios epidemiológicos de gran escala han desvanecido los temores de que los-- hombres sometidos a la vasectomía podían presentar riesgo de cardiopatía superior-- a la normal, muchos vasectomizados producen anticuerpos antiespermatozoides, di-- chos anticuerpos son poco comunes entre los hombres no sometidos a vasectomía--- hasta hoy, sin embargo, no existen pruebas de que los anticuerpos referidos afecten-- la inmunidad a las enfermedades o causen otros problemas de salud, la vasectomía-- presenta poco o ningún riesgo a largo plazo para el hombre. (6,9,10,11). El temor a-- los posibles efectos secundarios se origina en dos fuentes: 1. -Informes de que los ho-- mbres sometidos a vasectomías presentan mayores posibilidades de contraer arterio-----

esclerosis que los no sometidos a la operación.

2. -La cuestión teórica de si la constante respuesta de anticuerpos a la presencia de espermatozoides en los hombres vasectomizados afecta el sistema inmune e incrementa el riesgo de enfermedades como el lupus y artritis reumatoide, en las que el cuerpo produce anticuerpos a sus propios tejidos. (10,12,13).

Hasta la fecha, no obstante, amplios estudios epidemiológicos en hombres demuestran que no existe riesgo excesivo de arterioesclerosis y de otras enfermedades cardiovasculares. Así si bien hay pocos estudios suficientemente extensos y amplios como para ser definitivos, no existen pruebas de ningún incremento de enfermedad inmune posterior a la vasectomía, el sistema inmunológico sigue funcionando normalmente, los órganos reproductores masculinos y la producción hormonal no sufren alteraciones, igualmente la mayoría de los hombres experimentan pocos efectos psicológicos secundarios y sus matrimonios no se ven afectados. Un notable historial de investigaciones epidemiológicas muestran que los hombres en los que se ha practicado la vasectomía no corren más riesgos de desarrollar enfermedades crónicas que los que no se han sometido a la operación. (11,13,14,15). La preocupación sobre los riesgos para la salud que presenta la vasectomía surgió primero en los años setenta, cuando las investigaciones mostraban un aumento de problemas arteriosos en los monos vasectomizados y de otros riesgos hipotéticos, que solían desarrollarse después de la vasectomía. (9,14,15,16).

A lo largo de los años se ha sospechado que la vasectomía está vinculada a muchas--- otras enfermedades, inclusive un mayor riesgo de desarrollar cardiopatías, una mayor o menor concentración de lípidos, enfermedades renales, artritis, esclerosis múltiple, gota, y otras enfermedades autoinmunitarias, trastornos de los músculos esqueléticos, impotencia, depresión, y más recientemente cáncer de los testículos y de la próstata. Las investigaciones son, empero, tranquilizadoras. Por ejemplo, en el estudio de cohortes más grande que se haya realizado hasta ahora en el que participaron casi 22,000 hombres, los que habían sido vasectomizados, tenían tasas de morbilidad parecidas o más bajas en 98 enfermedades incluidos varios tipos de cáncer, enfermedades autoinmunitarias y cardiopatías, que los testigos en los que no se había--- realizado la vasectomía.(15,17,18). El único efecto secundario a largo plazo probablemente demostrado es un riesgo de uno a dos y medio veces mayor de contraer infección o inflamación de las vías genitourinarias hasta dos años después de la operación. (14,16,18). Estos efectos secundarios son de corta duración, fácilmente tratables y no son peligrosos.

En dos estudios hospitalarios de casos con testigos realizados en los Estados Unidos-- se encontró que en los hombres con cáncer de próstata la probabilidad de haber tenido vasectomía era dos a tres veces mayor que en los hombres hospitalizados con ---- otras enfermedades. En Escocia los investigadores encontraron una incidencia más-- alta que la prevista de cáncer testicular en 3,000 hombres que habían tenido vasecto-

mía en comparación con la incidencia registrada en la totalidad de la población de la región. (19). Si bien cualquier posibilidad de que la vasectomía provoque efectos adversos es causa de inquietud, las investigaciones más recientes son preliminares y no prueban que la vasectomía cause algún tipo de cáncer. Los investigadores dicen que lo encontrado en los estudios no deberá disuadir a los hombres de someterse a la vasectomía ni causar alarma entre los que ya se han operado. (18,19,20). Después de examinar los datos epidemiológicos y biológicos pertinentes, un grupo de 23 expertos convocados por la Organización Mundial de la Salud concluyó que no había una relación de causa y efecto entre la vasectomía y cualquier tipo de cáncer. (18,19).

Un perfil de 3000 casos de vasectomías de la clínica de NZFPA en Wellington compilados por la Dra. Sparrow, muestra, que 65% de los hombres que se han sometido a vasectomía tienen alrededor de 30 años; pero las edades variaban de los 20 a los 62 años, casi el 77% de los 3000 hombres tenían dos o tres hijos, sólo el 7% tenía un hijo. Los hombres de ascendencia europea con una cultura más amplia, mejor escolaridad y más alto nivel profesional, son los principales clientes de los servicios de vasectomía, las cifras del censo de 1991 muestran que 74% de los habitantes de Nueva Zelandia son de ascendencia europea; en comparación, en la clínica de Wellington 95% de los hombres que se sometieron a vasectomía eran de ascendencia europea. (17,18,20).

Otras encuestas han mostrado resultados similares. Estas ideas erróneas llevan a que

los hombres teman perder el respeto de la comunidad; en una encuesta realizada en Honduras, 31% de los hombres encuestados citaron este temor, lo mismo que 53%-- de los hombres encuestados en Chogoria, Kenia; donde los hombres que quieren someterse a la vasectomía suelen ir a establecimientos alejados del lugar de residencia-- para evitar que los parientes y los vecinos se enteren. Pese a ser la vasectomía un mé-- todo sencillo, seguro y de una mínima incisión quirúrgica, en encuestas realizadas --- tanto en países africanos como en América y Centroamérica en 1991 se encontró ---- que el 48% de los hombres encuestados temían los efectos y posibles complicaciones-- del método quirúrgico. (19,20). Los censos mundiales revelan un incremento alar---- mante del nivel de población. Aunque a la humanidad le tomó más de un millón de-- años alcanzar una población de mil millones, para llegar a dos mil millones requirió-- sólo 120 años. Con base en los índices de crecimiento, se calcula que se llegará a los-- 16 000 millones para el año 2025. Se ha estimado que, a menos que se descubran ---- nuevas fuentes de alimentación y energía, la tierra no soportará más de 10 000 millo-- nes de habitantes humanos. La crisis de población, consecuentemente, será evidente por sí sola. Para alcanzar estabilidad en el crecimiento poblacional, se necesita un in-- cremento promedio de la población de menos de 1%. (21). El último censo corres---- pondiente a 1990, señaló que México cuenta con aproximadamente 81 millones de-- habitantes y que de éstos, 9 millones de personas en edad reproductiva practican al-- gún método de anticoncepción con el propósito de planificación familiar. En otras---

palabras, en México aproximadamente el 52% de las parejas unidas y en edad fértil controlan su fecundidad. Asimismo se debe resaltar el hecho que los métodos más--- populares para el control son aquellos que se denominan "modernos", entre los que se incluyen los hormonales (tanto orales como inyectables), el dispositivo intrauteri--- no y los procedimientos quirúrgicos (salpingoclasia y vasectomía). (21-22). Los dos--- primeros se conocen como temporales y los quirúrgicos como definitivos. Sin embar--- go, aún existe una población que prefiere los métodos naturales y los tradicionales--- como una forma vicariante para regular la fertilidad. Se considera que la planifica--- ción familiar es un instrumento para proporcionar una eficiente salud reproductiva, definida ésta como la forma de: a)Regular la fertilidad, b)Asegurar que los embara--- zos y partos transcurran sin complicaciones, c)Disminuir la mortalidad neonatal, ----- d)Impedir embarazos no deseados y e)Evitar los embarazos de alto riesgo; por lo tan--- to es necesario promover los métodos modernos que son los que brindan la mayor--- seguridad, eficiencia y continuidad. (21-22).

Otro aspecto interesante a considerar es que en México existe desde la década de los años 70 una enérgica y firme política del estado para promover y fomentar la planifi--- cación familiar por considerarla un ingrediente indispensable dentro del plan Nacio--- nal de desarrollo. Las instituciones del sector público han tomado como responsabili--- dad inalienable el programa de planificación familiar y han asignado recursos espe--- ciales para cumplir con tal responsabilidad; sin embargo, se predice que si en la ac---

tualidad dicho evento público tiene bajo su cobertura el 52% de las parejas que practican anticoncepción, tal proporción se modificará en el futuro y la responsabilidad del sector privado aumentará notablemente con las consecuencias financieras y económicas, sobre todo si se tiene en cuenta que sólo en material anticonceptivo (hormonales, DIU, condones) actualmente se gastan aproximadamente 10 000 millones de pesos al año y esto sin incluir el costo intrínseco de los servicios del programa en cuanto a personal de salud y la logística que esto implica. (22,23).

-CARACTERISTICAS DE LAS OPCIONES ANTICONCEPTIVAS

ABSTINENCIA PERIODICA.- En esencia consiste en evitar tener relaciones sexuales durante el periodo del ciclo menstrual en que el óvulo pudiera ser fertilizado, es decir el "periodo fértil". Para lograrlo se recurre al calendario menstrual, que establece los tiempos en que se deben evitar las relaciones sexuales; éstos son a partir del día 10 del ciclo menstrual y sólo se pueden reanudar una semana antes de la siguiente menstruación.

Las estadísticas muestran que este método es en general poco efectivo y que la tasa de continuidad es baja al año de seguimiento. (22,23)

METODOS DE BARRERA.- Estos métodos impiden teóricamente que el espermatozoide se una al óvulo y eviten la fertilización. Con este propósito se ha usado el condón, el diafragma, el capuchón cervical y los vehículos con propiedades espermaticidas. Todos tiene menor efectividad que los métodos modernos pero a su vez tienen-

una aceptación muy general y sobre todo, sirven también como protectores contra--- enfermedades sexualmente transmisibles. Para mayor seguridad se han diseñado vehí--- culos que llevan el nonoxinol 9 dentro de un capuchón cervical que se introduce--- en la vagina y que cubriendo el cérvix uterino confiere protección anticonceptiva du--- rante 48 horas. (22,23,24).

HORMONAS ORALES.-Desde que entraron en uso clínico en los años 60, se han ve--- nido usando con aceptación variable. En México sigue siendo el método de mayor--- uso aunque con índice de continuidad bajo. En el mercado existe gran variedad de--- formulaciones farmacológicas, pero la mayor parte contienen un progestágeno y un--- estrógeno. El progestágeno puede ser noretindrona, acetato de noretindrona, diacc--- tato de etinodiol, nortinidrel, norgestrel, y levonorgestrel; el estrógeno, el etiniles--- tradiol o 3 metil éster de etini estradiol en dosis menores de 30 microgramos (píldo--- ras de dosis baja) ésta se considera la óptima. Existen preparaciones que contiene el--- estrógeno y el progestágeno combinado en todas las pastillas que se toman durante--- 21 días del ciclo. La presentación llamada cíclica sólo suministra estrógeno durante--- la primera mitad del tratamiento y en la segunda la combinación estrógeno-progesta--- cional. También existe una preparación que sólo contiene un progestágeno(minipill) y que es recomienda en el periodo de lactancia. En términos generales, para los pro--- gramas oficiales de planificación familiar se prefieren la presentación constante de--- estrógeno-progestágeno. Los anticonceptivos orales tienen la ventaja de ser los me---

jor conocidos y por lo tanto de mayor aceptación. Asimismo se pueden considerar como efectos benéficos el que produzcan menor sangrado menstrual y por lo tanto una menor pérdida de hierro. Además desaparecen la dismenorrea y el síndrome premenstrual; también se cree que disminuye la frecuencia de quistes ováricos foliculares. (22,24).

HORMONAS INYECTABLES.- Tienen la combinación de estrógeno-progestágeno y su efecto anticonceptivo varía de uno a tres meses por lo cual tiene mejor aceptación entre ciertos grupos sociales, y sorpresivamente son los de mayor demanda entre los grupos rurales y mujeres de baja condición social o educacional. Otra presentación es la forma única de progestágeno que puede tener mayor aceptación. Su problema es que produce sangrado intermenstrual.

DISPOSITIVO INTRAUTERINO. (DIU). - En la actualidad existen cuatro modalidades de DIU provistos de un filamento que sirve de "cola", éstos son el 7de cobre, la T 2008, la T 380 A, y la T que libera progesterona. El efecto de todas ellas dura entre tres y cuatro años. La de mayor uso es la T 380 A y la T que libera progesterona, la T 380 A tiene una superficie de cobre de 380 mm contenida en los dos brazos del marco de plástico. Su tasa acumulativa de embarazos es de 0.5 por 100 años mujer, al año de uso y sólo 1.9 después de cuatro años. El principal inconveniente del DIU es que puede producir alguna infección genital interna y salpingitis secundaria. Es el método de elección que se recomienda después de una intervención obstétrica.

trica.

DISPOSITIVO SUBCUTANEO.- Se ha desarrollado un dispositivo, el llamado Norplant; que consiste en seis pequeñas cápsulas cilíndricas en forma de un cerillo y un elastómetro con levonorgestrel que se insertan por debajo de la piel mediante un trócar. Se le aplica anestesia local en la parte superior e interna del brazo y se hace una pequeña incisión para facilitar la introducción del trócar. El esteroide se libera a la circulación a velocidad casi constante y produce así efecto anticonceptivo durante cinco años; su tasa de embarazo es menos de uno por ciento, pero produce los sangrados menstruales irregulares inconveniente común a los anticonceptivos sólo de progestágeno.

Para retirar las cápsulas también se requiere de anestesia local y cirugía menor, lo cual implica que el personal debe recibir una adecuada y muy buena capacitación para brindar lo mejor del servicio a la usuaria que quiera adoptar este método como forma de espaciar sus embarazos.

ANILLO CERVICAL.- Todavía en etapa experimental, se están estudiando el efecto y la seguridad del anillo de silicón que contiene una mezcla de levonorgestrel y estradiol. Este anillo de hule se lo inserta la mujer misma en la vagina y lo retira cada tres semanas para permitir que fluya el sangrado menstrual. Después de una semana lo vuelve a insertar y de esta manera obtiene protección anticonceptiva similar a la que se logra con el método oral o de pastillas. (22,24).

NUEVOS METODOS.- Existe una droga que impide o desprende el huevo anidado en el endometrio y que por este motivo ha provocado una gran controversia ética y moral en varios países. Se trata de una sustancia con acción antiprogesterona pues compite con la hormona natural por los sitios receptores a nivel del endometrio. De esta manera tal sustancia (RU 486) engaña al receptor celular y no permite que se fije la progesterona natural, indispensable para mantener bien implantado al huevo fertilizado. El procedimiento abortivo debe completarse con una prostaglandina sintética, la cual se encarga de provocar contracciones uterinas para expulsar al huevo fecundado. En síntesis, se trata de un aborto farmacológico y no se tiene que recurrir al legrado instrumental.

Otro método novedoso es el condón femenino. Se trata de una especie de bolsa que se ajusta a la cavidad vaginal y de esta manera la mujer aduce un control de su cuerpo y además la protege de las enfermedades sexualmente transmisibles. (22,24,25).

ANTICONCEPTIVOS HORMONALES PARA EL HOMBRE.- Después de analizar los resultados obtenidos con el Gossipol para provocar azoospermia, se decidió buscar nuevos métodos para provocar esterilidad masculina. Entre ellos el uso de testosterona sola o en combinación con análogos sintéticos de la hormona hipotalámica liberadora de gonadotropinas. La administración de esta última llega a producir inhibición de la secreción de gonadotropinas y por ende la producción de testosterona y espermatozoides por el testículo, por lo cual se debe combinar con dosis periódicas--

de testosterona ya que esta es imprescindible para la función sexual. También se han ensayado supradosis de testosterona que, por un efecto directo, inhiben la producción de espermatozoides, pero casi nunca se alcanza el nivel de azoospermia. Por lo anterior, parece que en esta área de la investigación, aún falta un camino largo por andar, y para el hombre por el momento solo se puede ofrecer la vasectomía y el uso del condón. (21,22,23,25).

SALPINGOCLASIA.- En varios países es el método preferido para la planificación familiar. En mujeres que tienen su paridad satisfecha y que se encuentran alrededor de los 35 años de edad es el método de elección, sobre todo después del último acto-obstétrico. Se ha visto que la salpingoclasia tiene una gran aceptación, independientemente de la clase social, y es ampliamente recomendada entre sí por las mismas usuarias. La salpingoclasia se puede realizar mediante una minilaparatomía o una laparoscopia; después de un parto es mejor hacerla a las 48 horas y en caso de cesárea se realiza después del alumbramiento. Cuando se decide hacer salpingoclasia fuera de un evento obstétrico se puede realizar indistintamente con microlaparatomía o laparoscopia, pero se debe tener en cuenta que para esta última se requiere un adiestramiento quirúrgico muy especializado. (22,26).

VASECTOMÍA.- Como ya se ha hecho mención, es un procedimiento sencillo y exento de riesgo ya que no produce ninguna alteración inmediata o a largo plazo, como serían procesos autoinmunes o cáncer testicular y/o prostático. Para hacer más

aceptable la vasectomía se ha tratado de simplificarla a procedimientos de consultorio con anestesia local y sin usar bisturí.

En el procedimiento de vasectomía común, el médico efectúa una o dos incisiones--- de 1 a 2 cm. en la piel del escroto para exponer el conducto deferente. Se bloquea--- entonces cada conducto, generalmente mediante ligación y corte, cauterización, o --- menos comúnmente, grapas o clips, para impedir que los espermatozoides pasen al--- sitio de eyaculación. Las complicaciones derivadas de la vasectomía son poco frecuen--- tes y muy rara vez serias. Por otra parte, la incisión quirúrgica es la causa de que pu--- diera haber alguna complicación, sobre todo sangrado, hematoma o infección.

En la técnica sin bisturí se llega al conducto deferente a través de una diminuta pun--- ción en la piel del escroto en lugar de la incisión común. Después de administrar a--- nestesia local, el médico emplea un instrumento especial, llamado fórceps de disecci--- ón, para hacer una punción minúscula (de menos de 1 mm de diámetro), en la piel--- laxa del escroto; con un segundo instrumento llamado pinza sujetadora, mantiene--- en su lugar el conducto deferente; estira entonces la piel con el fórceps hasta obte--- ner una pequeña abertura que deja expuesto al conducto deferente. Se saca cada ---- conducto a través de la abertura extendida, se bloquean ambos mediante los mismos métodos empleados en la vasectomía común y se dejan deslizarse de vuelta dentro del escroto. No se necesitan suturas para cerrar la pequeña punción efectuada en el es--- croto. (14,22,26).

La técnica de vasectomía sin bisturí fue ideada en China por Li-Shunqiang, del Instituto de Chongqing de Investigaciones Científicas en planificación familiar de la Provincia de Sichuan.

En la actualidad se acepta que no exista aún el método anticonceptivo ideal que asegure las premisas de: 1)Seguridad, 2)Eficacia, 3)Administración fácil, 4)Aceptación -- alta, 5)Recuperación inmediata de la fertilidad, y 6)Bajo costo. Por ahora lo importante es proporcionar una oferta amplia y variada de métodos para que de ellos se--- seleccione el más apropiado para cada pareja, después de haber sido informada de-- manera amplia y siempre con absoluto respeto a la voluntad de cada pareja. Una ---- oferta variada de métodos anticonceptivos, por un personal capacitado y que ofrezca calidad y calidez en los servicios, así como un rápido y fácil acceso a los sitios de prestación de los métodos; asegurando mayor éxito en la planificación familiar.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Se ha observado una baja aceptación de la vasectomía como método definitivo de---
planificación familiar en el hombre. Aproximadamente en México sólo el 1% de los-
hombres con pareja se han sometido a la vasectomía, en tanto, en Nueva Zelandia--
23%, Estados Unidos 13%, Gran Bretaña 12%, Australia 10%, Corea del Sur 10%,---
Países Bajos 10%.

De lo anterior se desprende la siguiente pregunta:

¿Cuál es la aceptabilidad real de nuestra población derechohabiente del ISSSTE al-
método de planificación familiar definitivo en el varón?

JUSTIFICACION

A través de la historia de la humanidad el hombre ha encontrado los mecanismos--- adecuados para su supervivencia. Actualmente un problema al que se enfrenta es la *sobrepoblación*, *Handler, P. De la Oxford University Press*, dijo: "Los más trágicos--- males de la existencia humana encuentran su origen en el crecimiento de la pobla--- ción".

Los censos mundiales revelan un incremento alarmante del nivel de población. Se--- ha dicho que a la humanidad le tomó más de un millón de años alcanzar una pobla--- ción de mil millones, para llegar a dos mil millones requirió sólo 120 años. En base--- a este crecimiento, se calcula que es llegará a 16 000 millones de habitantes para el--- año 2025. En México, el censo de 1990, señaló una cifra de aproximadamente 81--- millones de habitantes.

En la solución de este problema de crecimiento desmedido de la población a nivel--- mundial, la mujer se ha visto involucrada, siendo actualmente el pilar de la planifi--- cación familiar; se ha reportado a nivel mundial que casi 140 millones de parejas re--- curren a la esterilización femenina, 100 millones de mujeres usan DIU, 65 millones toman anticonceptivos orales, en comparación, 41.5 millones de parejas recurren a la vasectomía como método de planificación familiar. En la misma medida que la--- mujer participa en el control de la natalidad con los métodos de salpingoclasia,----- DIU, anticonceptivos orales, se trata en la era moderna en México de hacer partíci-

pe al varón en la planificación familiar, no solo, usando de manera ocasional el condón, aunque, se recomienda para prevenir las enfermedades que se transmiten por contacto sexual, no tiene gran seguridad como método de planificación familiar.-----

Por lo cual se han ideado diversas técnicas y métodos aplicados al hombre que sean más seguros y que tengan mayor continuidad a largo plazo; teniendo a la vasectomía como la esterilización quirúrgica del hombre con menor probabilidad de efectos secundarios y de mayor éxito, sin embargo aún en la actualidad se observa un rechazo en más del 90% de la población masculina hacia el método por suponer erróneamente que la vasectomía y castración son la misma cosa, temen que la operación afecte su desempeño sexual posterior.

Es por ello que nace en mí el interés de realizar un estudio de la aceptabilidad de la vasectomía en la clínica hospital 300400 del ISSSTE en Orizaba, Ver. , con lo cual espero de alguna manera contribuir para lograr una mayor aceptación de este método en la población en general.

OBJETIVOS

GENERAL:

Determinar la aceptabilidad que tienen los derechohabientes a la vasectomía.

ESPECIFICO:

Determinar las causas o factores que condicionan el rechazo a la vasectomía.

Determinar grupos de edad por quinquenios.

Determinar estado civil.

Determinar número de hijos.

Determinar escolaridad.

Determinar profesión.

Determinar los porcentajes de respuesta de las siguientes interrogantes.

¿Qué es la planificación familiar?

¿Qué es vasectomía?

¿Qué información ha recibido sobre vasectomía?

¿Dónde obtuvo la información?

¿Cuáles son los motivos de aceptación o no a la vasectomía?

¿Cuáles son los motivos de aceptación de vasectomía?

¿Cuáles son los motivos de no aceptación de la vasectomía?

METODOLOGIA

TIPO DE ESTUDIO

Se realizó un estudio sociomédico, prospectivo, transversal, descriptivo, observacional, para determinar la aceptabilidad de la vasectomía en los derechohabientes del-
ISSSTE, clínica 30 04 00 de Orizaba, Ver.

POBLACION, LUGAR Y TIEMPO

Pacientes masculinos mayores de 25 años de edad que asistieron a la consulta externa de medicina familiar a la clínica hospital 30 04 00 del ISSSTE en Orizaba, Ver. , del 1° de abril al 30 de septiembre de 1995.

TIPO DE MUESTRA Y TAMAÑO DE LA MUESTRA

No aleatoria por cuotas hasta completar 100 pacientes masculinos mayores de 25 --- años.

Encontrándose de la siguiente manera, 20 de 25 a 29 años, 23 de 30 a 34 años, 22 --- de 35 a 39 años, 17 de 40 a 44 años, 9 de 45 a 49 años y 9 de 50 a 54 años respectivamente.

CRITERIOS DE SELECCION

CRITERIOS DE INCLUSION:

Pacientes masculinos mayores de 25 años que acudieron a la consulta externa, sin importar su estado civil, ni número de hijos, alfabetas, que sean derechohabientes.

CRITERIOS DE EXCLUSION:

Todos los pacientes vasectomizados.

Pacientes masculinos menores de 25 años.

CRITERIOS DE ELIMINACION:

Pacientes cuya esposa se había realizado oclusión tubaria.

Pacientes que desconocían lo que es la vasectomía.

VARIABLES Y PARAMETROS DE MEDICION

EDAD: Se determinó por grupos de edad, de 25 a 54 años, en quinquenios.

ESCOLARIDAD.- Se determinó de acuerdo con las divisiones, Analfabeta, Primaria-incompleta, Primaria completa, Secundaria incompleta, Secundaria completa, Bachillerato, Profesional.

PROFESION.- Se determinó de acuerdo a la siguiente clasificación: Profesionista,---- Técnico, Empleado, Obrero, Comerciante, Campesino, Otras profesiones.

ACEPTABILIDAD.- Se determinó de acuerdo con las respuestas que se dieron a la siguiente pregunta: En caso de que le ofrecieran practicarse la vasectomía y la aceptara, ¿por qué lo haría?

a) Porque ya tiene el número de hijos deseados.

b) Por su situación económica.

c) Enfermedad de la esposa.

d) Evitar el riesgo de embarazarse a otras mujeres.

NO ACEPTABILIDAD.- Se determinó con las respuestas a la siguiente pregunta:---

En caso de no aceptar la vasectomía, ¿por qué no lo haría?

a) No tiene información suficiente acerca de la vasectomía.

b) Por temor a perder su potencia sexual.

c) Miedo a las complicaciones de una cirugía.

d) La esposa ya se operó para no tener más hijos.

METODO O PROCEDIMIENTO PARA CAPTAR LA INFORMACION

Primero se realizó un cuestionario para aplicarlo como prueba, teniendo especial cuidado de que las preguntas fueran entendidas y comprendidas por los encuestados,-- así como los términos empleados en ellas. Esta prueba se aplicó como piloto a 25 derechohabientes masculinos mayores de 25 años; realizándose un análisis al final para corregir fallas o palabras que no entendieran los encuestados, dejando al final un ---- cuestionario definitivo con las palabras y preguntas que el derechohabiente entendió bien.

En segundo lugar con este cuestionario definitivo se encuestó a 100 derechohabientes masculinos mayores de 25 años que se presentaron a la consulta externa del 1°--- de abril al 30 de septiembre de 1995.

A estos datos se les obtuvo porcentajes, dicha información se presentará en gráficas y tablas para una mejor comprensión.

CONSIDERACIONES ETICAS

Se solicitó autorización a los pacientes para aplicar la encuesta, los datos obtenidos--- fueron considerados como confidenciales.

Las encuestas fueron contestadas con bolígrafo para evitar la sospecha de manipulación de la información.

Se respetó el libre pensamiento de los encuestados, así como su negativa a participar en el estudio.

DESCRIPCION DE RESULTADOS

La muestra tomada para el estudio fue de 100 derechohabientes que acudieron a la clínica, a quienes se les aplicó una encuesta dirigida sobre vasectomía, durante el periodo comprendido del 1° de abril al 30 de septiembre de 1995. Considerando como el 100% de la muestra a los 100 pacientes encuestados se encontró que el 20% estaba comprendido en el grupo de edad de 25 a 29 años de edad, 23% en el de 30 a 34 años, 22% en el de 35 a 49 años, 17% en el de 40 a 44 años, 9% en el de 50 a 54 años de edad.

Tomando en consideración el estado civil de los encuestados se encontró que el 7% se hallaba en el grupo de solteros, 87% en el de casados y 6% en el grupo de unión libre.

En relación de los hijos vivos que tenían, 7% no tenía hijos, 15% tenía un hijo, 44% tenía dos hijos, 21% tenía tres hijos y 13% en el grupo de cuatro y más hijos.

De acuerdo con la escolaridad se encontró 51% con Profesional, 29% con Bachillerato, 12% en el grupo de secundaria completa, 0% con secundaria incompleta y 0% en el grupo de analfabetas.

Relacionándolos de acuerdo a la profesión, 36% Profesionista, 22% Técnico, 12% Empleado, 11% Obrero, 7% Comerciante, 7% Campesino y 5% en el grupo de otras profesiones.

A la pregunta de: Para usted, ¿qué es planificación familiar?, contestaron con los por

centajes siguientes: Método para controlar el número de hijos 23%, una responsabilidad de la mujer 32%, una decisión que es debe tomar en pareja 45%.

A la pregunta de: Para usted la vasectomía es... , contestaron con los porcentajes siguientes: Una operación para la mujer 90%, un método de planificación familiar para el hombre 2%, el nombre de una parte del cuerpo 8%.

De acuerdo con la información que el derechohabiente ha recibido sobre vasectomía , 16% contestó no haber recibido información, 54% recibió poca información y el ---- 30% suficiente información.

En relación con el medio por el cual obtuvo la información sobre el método encontramos que 7% por parte del médico, 18% en su centro de trabajo y 59% de los medios informativos.

En relación con la aceptación o no aceptación de la vasectomía si se la ofrecieran,----- 43% si la aceptaría y el 57% no aceptaría.

En relación a que si aceptara la vasectomía, ¿por qué motivo lo haría?, 25% por ya-- tener el número de hijos deseado, 16% por su situación económica, 7% por enfermedad de la esposa y 9% por evitar el riesgo de embarazar a otras mujeres.

En relación a los motivos de la no aceptación de la vasectomía, 21% por no tener la-- información suficiente acerca del método, 6% por temor a perder su potencia sexual , 28% la esposa ya se operó para no tener más hijos, 15% no aceptaría por temor a--- las complicaciones de la cirugía.

RESULTADOS

TABLA I

EDAD DE LOS PACIENTES ENCUESTADOS.

GRUPO DE EDAD	NUMERO	%
25-29	20	20
30-34	23	23
35-39	22	22
40-44	17	17
45-49	9	9
50-54	9	9
TOTAL	100	100

FUENTE: Encuesta dirigida.

TABLA II

ESTADO CIVIL DE LOS PACIENTES ENCUESTADOS.

ESTADO CIVIL	NUMERO	%
SOLTERO	7	7
CASADO	87	87
UNION LIBRE	6	6
TOTAL	100	100

FUENTE: Encuesta dirigida.

TABLA III

NUMERO DE HIJOS VIVOS DE LOS PACIENTES ENCUESTADOS.

HIJOS VIVOS	NUMERO	%
CERO	7	7
UNO	15	15
DOS	44	44
TRES	21	21
CUATRO Y MAS	13	13
TOTAL	100	100

FUENTE: Encuesta dirigida.

TABLA IV

ESCOLARIDAD DE LOS PACIENTES ENCUESTADOS.

ESCOLARIDAD	NUMERO	%
PROFESIONAL	51	51
BACHILLERATO	29	29
SECUNDARIA COMPLETA	12	12
SECUNDARIA INCOMPLETA	0	0
PRIMARIA COMPLETA	8	8
PRIMARIA INCOMPLETA	0	0
ANALFABETAS	0	0
TOTAL	100	100

FUENTE: Encuesta dirigida.

TABLA V

PROFESION DE LOS PACIENTES ENCUESTADOS.

PROFESION	NUMERO	%
PROFESIONISTA	36	36
TECNICO	22	22
EMPLEADO	12	12
OBRERO	11	11
COMERCIANTE	7	7
CAMPESINO	7	7
OTRAS PROFESIONES	5	5
TOTAL	100	100

FUENTE: Encuesta dirigida.

TABLA VI

EN ESTE CUESTIONARIO CONTESTARON CON EL SIGUIENTE PORCENTAJE A LA PREGUNTA: PARA USTED LA PLANIFICACION FAMILIAR ES ...

PREGUNTA	NUMERO	%
UN METODO PARA CONTROLAR EL NUMERO DE HIJOS	23	23
PROGRAMA DE RESPONSABILIDAD PARA LA MUJER	32	32
UNA DECISION QUE SE TOMA EN PAREJA	45	45
TOTAL	100	100

FUENTE: Encuesta dirigida.

TABLA VII

EN ESTE CUESTIONARIO CONTESTARON CON EL SIGUIENTE PORCENTAJE A LA PREGUNTA: PARA USTED LA VASECTOMÍA ES ...

PREGUNTA	NUMERO	%
UNA OPERACIÓN PARA LA MUJER	90	90
UN METODO DE P.F. PARA EL HOMBRE	2	2
NOMBRE DE UNA PARTE DEL CUERPO	8	8
TOTAL	100	100

FUENTE: Encuesta dirigida.

TABLA VIII

INFORMACION QUE HAN RECIBIDO SOBRE VASECTOMIA LOS
PACIENTES ENCUESTADOS.

RECIBIO INFORMACION	NUMERO	%
NO	16	16
POCA	54	54
SUFICIENTE	30	30
TOTAL	100	100

FUENTE: Encuesta dirigida.

TABLA IX

DONDE OBTUVO LA INFORMACION ACERCA DE VASECTOMIA EL
PACIENTE ENCUESTADO.

DONDE	NUMERO	%
SU MEDICO	7	7
CENTRO DE TRABAJO	18	18
MEDIOS INFORMATIVOS	59	59
TOTAL	100	100

FUENTE: Encuesta dirigida.

TABLA X

ACEPTACION O NO ACEPTACION DE LOS PACIENTES ENCUESTADOS
A LA VASECTOMIA.

ACEPTARIA LA VASECTOMIA	NUMERO	%
SI	43	43
NO	57	57
TOTAL	100	100

FUENTE: Encuesta dirigida.

TABLA XI

MOTIVO POR EL CUAL ACEPTARIA LA VASECTOMIA EL PACIENTE ENCUESTADO.

MOTIVO	NUMERO	%
TIENE NUMERO DE HIJOS DESEADOS	25	25
POR SU SITUACION ECONOMICA	16	16
POR ENFERMEDAD DE LA ESPOSA	7	7
POR NO EMBARAZAR A OTRA MUJER	9	9
TOTAL	100	100

FUENTE: Encuesta dirigida.

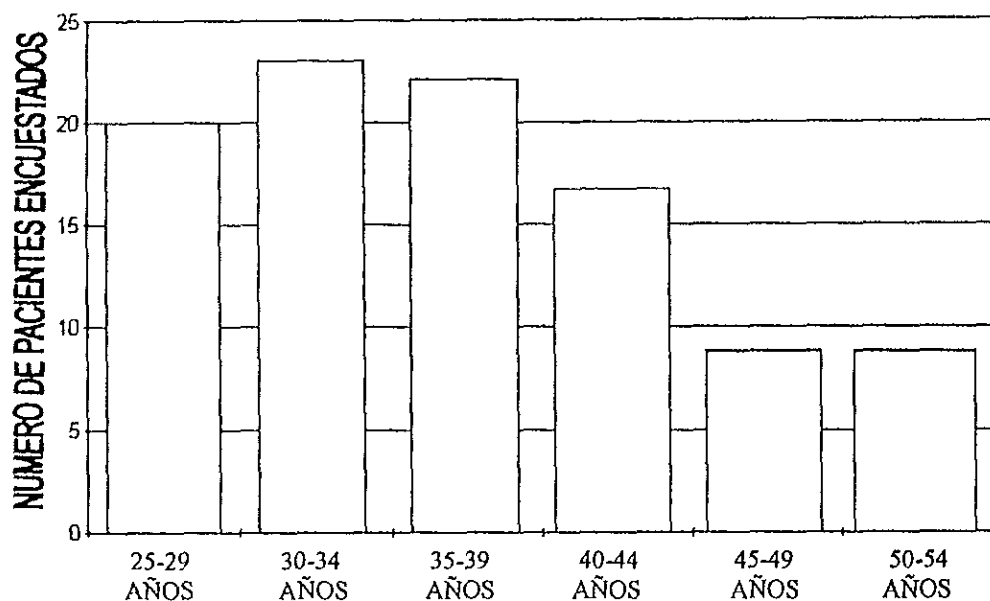
TABLA XII

MOTIVO POR EL CUAL NO ACEPTARIA LA VASECTOMIA EL
PACIENTE ENCUESTADO

MOTIVO	NUMERO	%
NO TIENE INFORMACION SUFICIENTE	21	21
MIEDO A PERDER LA POTENCIA SEXUAL	6	6
LA ESPOSA YA SE OPERO	28	28
TEMOR A COMPLICACIONES	15	15
TOTAL	100	100

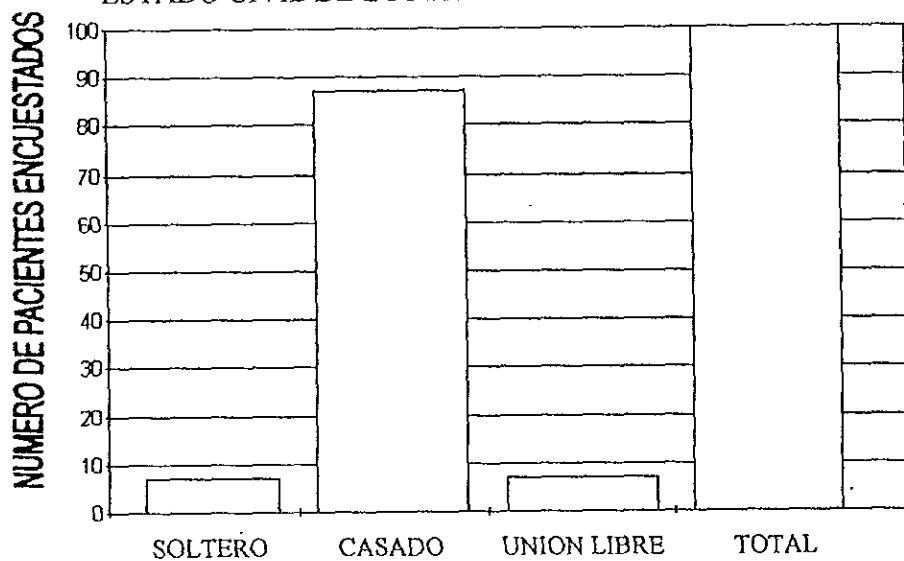
FUENTE: Encuesta dirigida.

GRAFICA I
EDAD DE LOS PACIENTES ENCUESTADOS



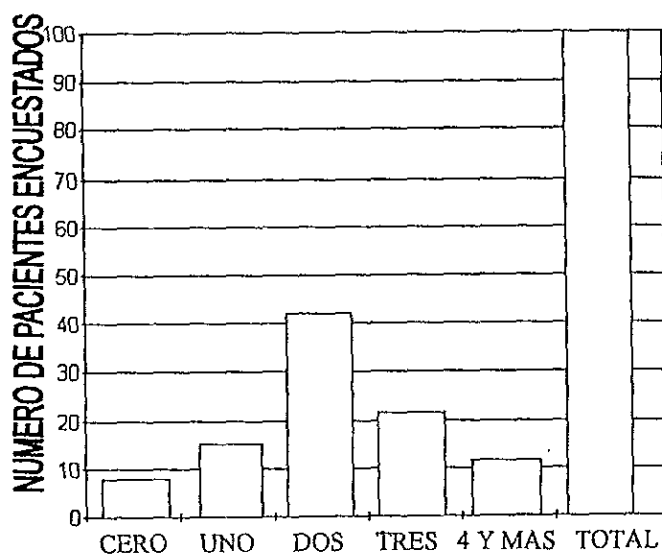
EDAD DE LOS PACIENTES ENCUESTADOS
FUENTE: ENCUESTA DIRIGIDA

GRAFICA II
ESTADO CIVIL DE LOS PACIENTES ENCUESTADOS



ESTADO CIVIL DE LOS ENCUESTADOS
FUENTE: ENCUESTA DIRIGIDA

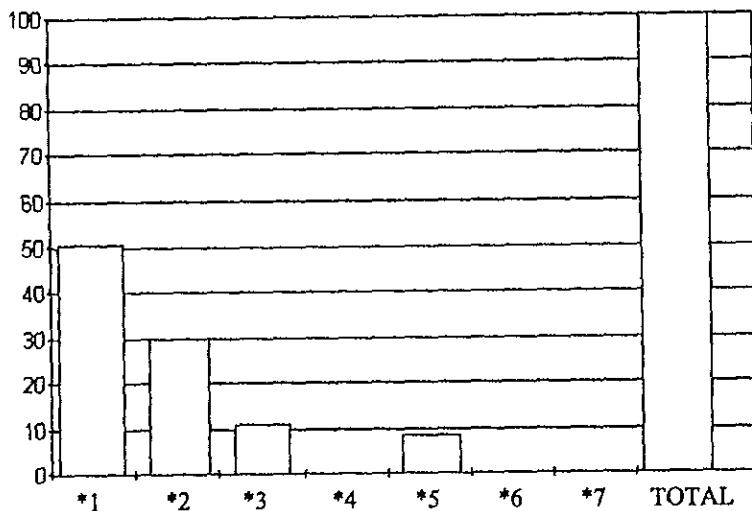
GRAFICA III
NUMERO DE HIJOS VIVOS DE LOS PACIENTES ENCUESTADOS



NUMERO DE HIJOS VIVOS DE LOS PACIENTES ENCUESTADOS
FUENTE: ENCUESTA DIRIGIDA

NUMERO DE PACIENTES ENCUESTADOS

GRAFICA IV
ESCOLARIDAD DE LOS PACIENTES ENCUESTADOS

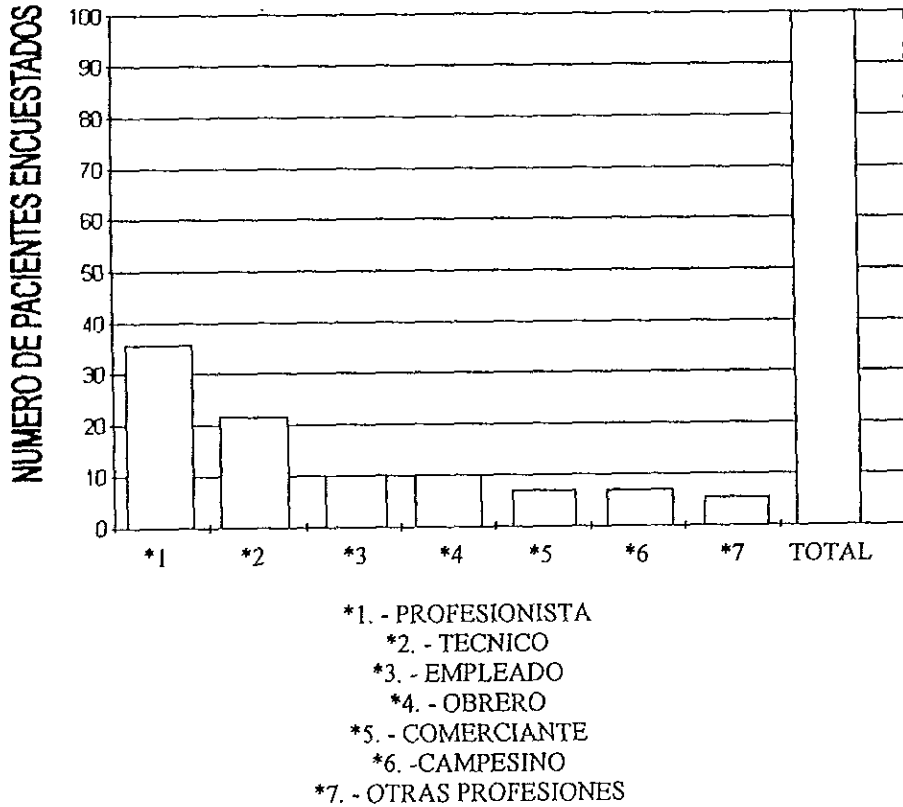


- *1. - PROFESIONAL
- *2. - BACHILLERATO
- *3. - SECUNDARIA COMPLETA
- *4. - SECUNDARIA INCOMPLETA
- *5. - PRIMARIA COMPLETA
- *6. - PRIMARIA INCOMPLETA
- *7. - ANALFABETAS

ESCOLARIDAD DE LOS PACIENTES ENCUESTADOS
FUENTE: ENCUESTA DIRIGIDA

GRAFICA V

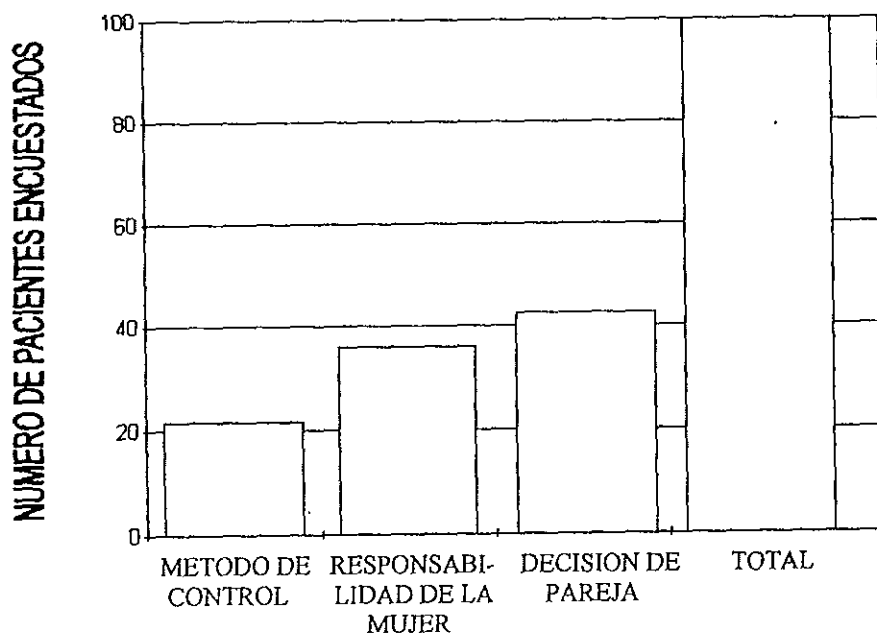
PROFESION DE LOS PACIENTES ENCUESTADOS



PROFESION DE LOS PACIENTES ENCUESTADOS
FUENTE: ENCUESTA DIRIGIDA

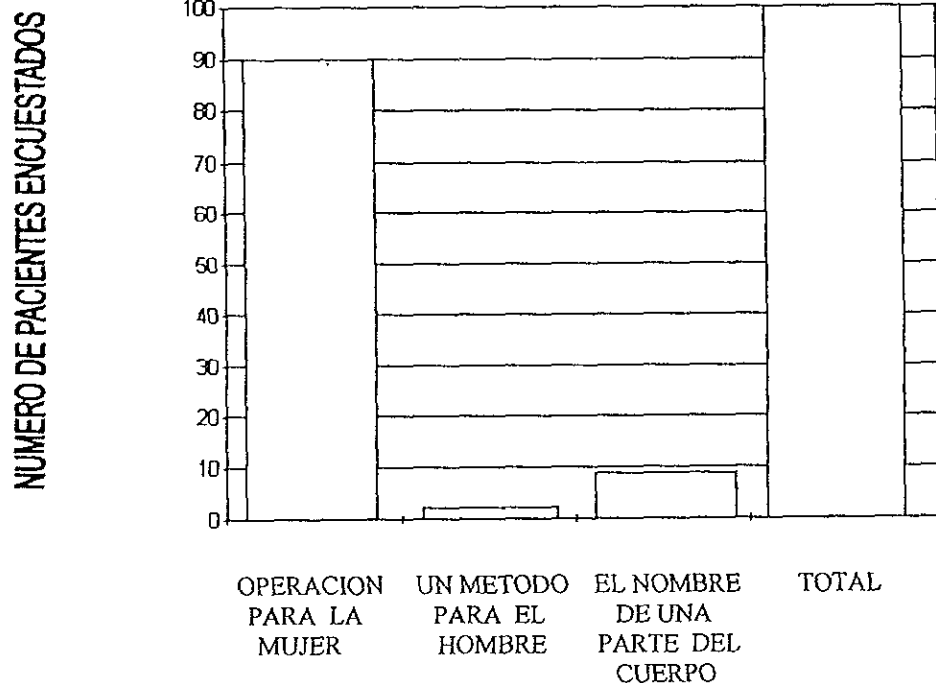
EN ESTE CUESTIONARIO CONTESTARON CON EL SIGUIENTE
 PORCENTAJE A LA PREGUNTA
 ¿PARA USTED LA PLANIFICACION FAMILIAR ES...?

GRAFICA VI
PACIENTES ENCUESTADOS SOBRE PLANIFICACION FAMILIAR



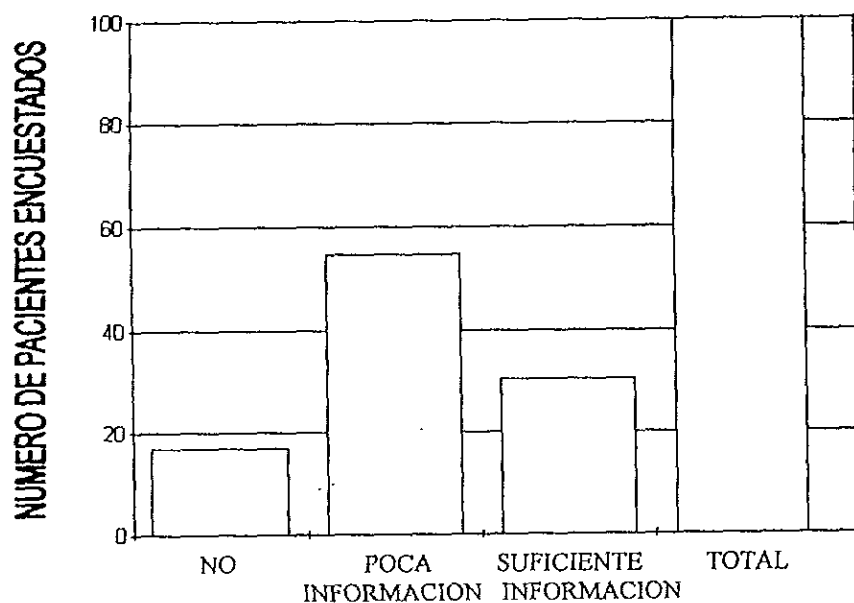
**CONOCIMIENTO DE LOS PACIENTES ENCUESTADOS SOBRE
 PLANIFICACION FAMILIAR**
 FUENTE: ENCUESTA DIRIGIDA (CONCEPTO GENERAL)

EN ESTE CUESTIONARIO CONTESTARON CON EL SIGUIENTE
 PORCENTAJE A LA PREGUNTA
 ¿PARA USTED LA VASECTOMIA ES...?
 GRAFICA VII
 PACIENTES ENCUESTADOS SOBRE VASECTOMIA



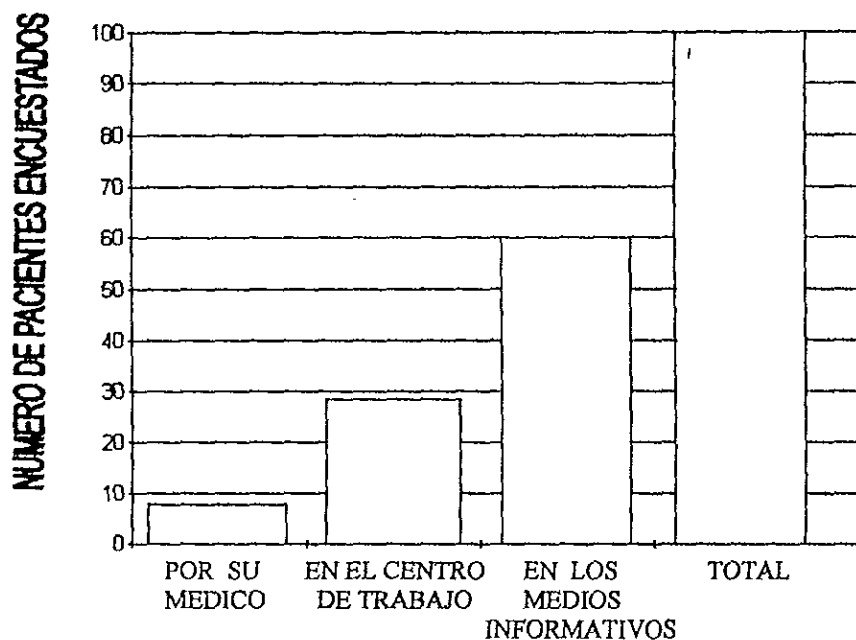
CONOCIMIENTO DE LOS PACIENTES SOBRE VASECTOMIA
 FUENTE: ENCUESTA DIRIGIDA

GRAFICA VIII
INFORMACION RECIBIDA DE VASECTOMIA



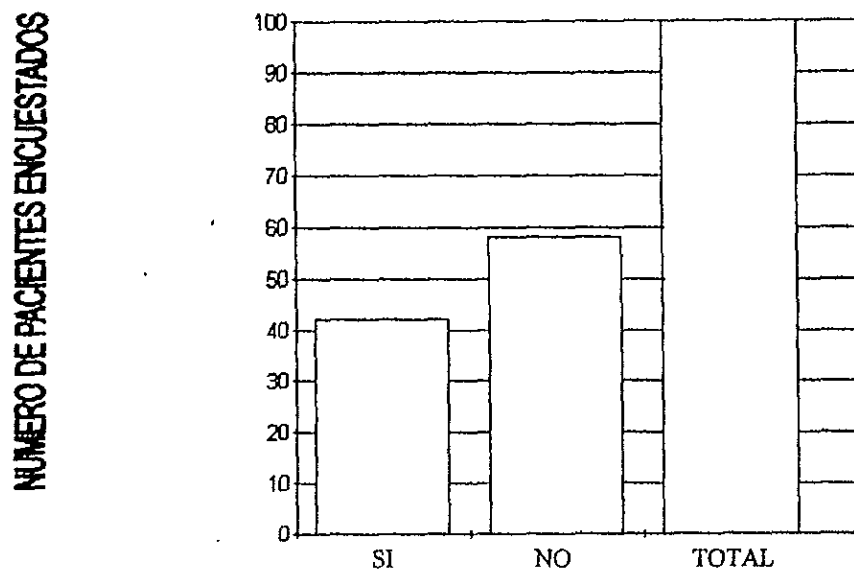
INFORMACION RECIBIDA DE VASECTOMIA
FUENTE: ENCUESTA DIRIGIDA

GRAFICA IX
DONDE OBTUVO LA INFORMACION SOBRE VASECTOMIA
EL ENCUESTADO



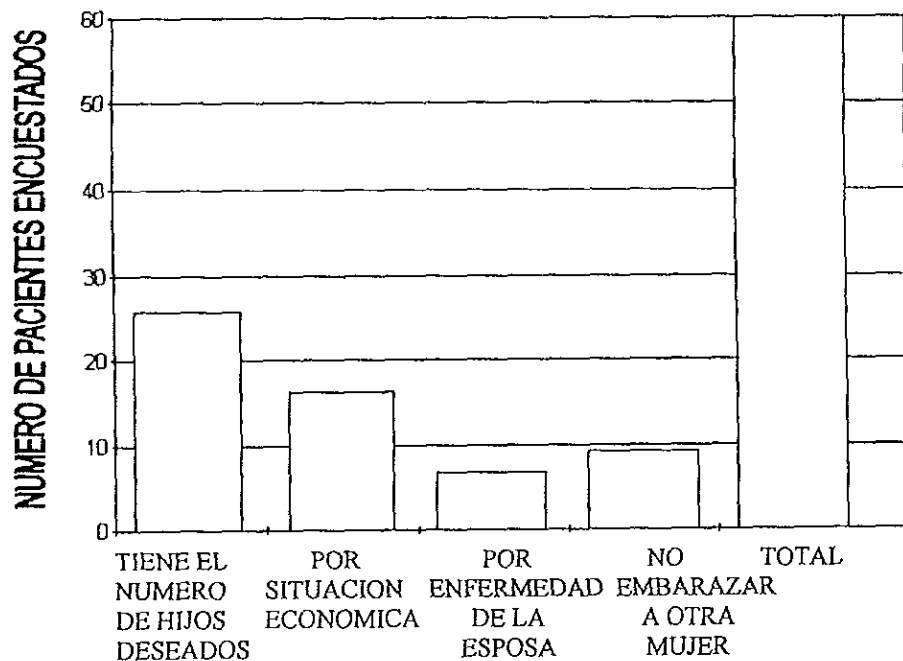
DONDE OBTUVO INFORMACION EL PACIENTE ENCUESTADO
FUENTE: ENCUESTA DIRIGIDA

GRAFICA X
ACEPTACION O NO ACEPTACION DE LOS PACIENTES
ENCUESTADOS A LA VASECTOMIA



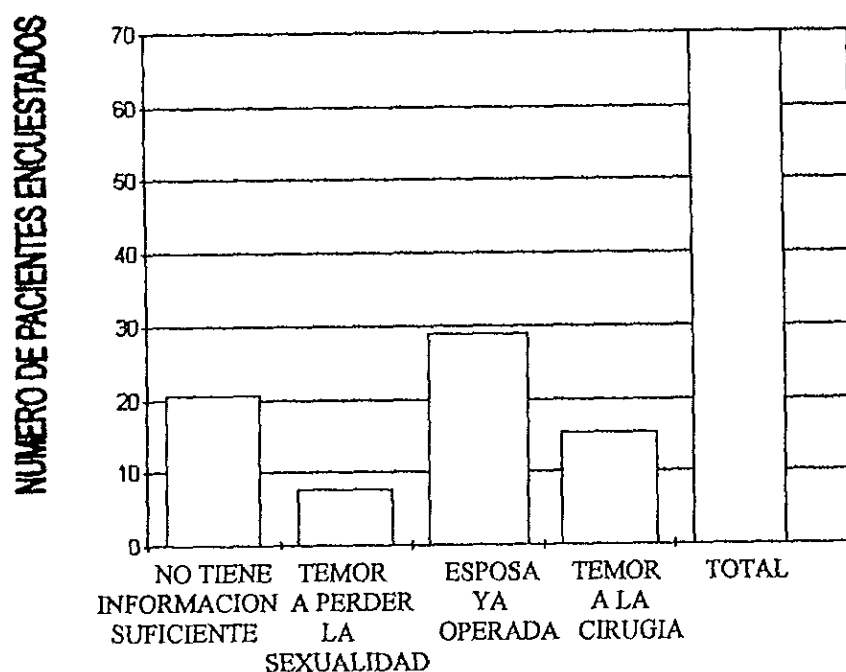
ACEPTACION O NO ACEPTACION DE LOS PACIENTES
ENCUESTADOS A LA VASECTOMIA
FUENTE: ENCUESTA DIRIGIDA

GRAFICA XI
MOTIVO POR EL CUAL ACEPTARIA LA VASECTOMIA EL PACIENTE
ENCUESTADO



MOTIVO POR EL CUAL ACEPTARIA LA VASECTOMIA
EL PACIENTE ENCUESTADO
FUENTE: ENCUESTA DIRIGIDA

GRAFICA XII
MOTIVO POR EL CUAL NO ACEPTARIA LA VASECTOMIA
EL PACIENTE ENCUESTADO



MOTIVO POR EL CUAL NO ACEPTARIA LA VASECTOMIA
EL PACIENTE ENCUESTADO
FUENTE: ENCUESTA DIRIGIDA

ANALISIS DE RESULTADOS

En los 100 derechohabientes encuestados de nuestro estudio encontramos que predomina el grupo de 30 a 34 años de edad con el 23%, en comparación, la literatura reporta que en un estudio realizado en la clínica NZFPA en Wellington, por la Dra. Sparrow, muestra que el 65% de los hombres que se han vasectomizado tienen alrededor de 30 años. (17,18,20); en relación con el estado civil de nuestros encuestados se encontró predominio de casados con el 87%, en comparación las estadísticas reportadas refieren que el 90% de los pacientes que han aceptado la vasectomía son casados. (17,20). En cuanto al número de hijos vivos, encontramos que predomina el grupo de los que tienen 2 hijos con el 44%, reportando la literatura que el 77% de los aceptantes de vasectomía tenían de 2 a 3 hijos. (17,20,21). Tomando en consideración la escolaridad encontramos predominio del grupo de profesional con 51%, reportando la literatura que el 74% de los vasectomizados son de descendencia europea, con una mayor escolaridad, preparación y profesión. (18,22). A la pregunta de: Para usted, ¿qué es la planificación familiar?, 23% se aproximó al concepto adecuado, reportando la literatura que sólo un poco más del 20% de pacientes encuestados en varios países, tenían conocimiento adecuado sobre planificación familiar, no publicando las preguntas que usaron. (18,20,22). A la pregunta: Para usted la vasectomía es, 90% contestó erróneamente, la literatura refiere que encuestas realizadas en 25 países, sólo en 12 de ellos, el 20% de los encuestados dijeron conocer sobre la vasc-

tomía, no se publicaron las preguntas que se realizaron. (18,24). En lo referente a --- por qué medio obtuvo la información sobre planificación familiar y sobre vasectomía, en nuestro estudio predomina el grupo que fue informado por los medios de comunicación con el 59%, en la literatura no se menciona este dato. En lo relacionado con la aceptación o no de la vasectomía, se encontró predominio de los que no la aceptarían con el 57%, no se encontró en la literatura mención de este rubro. Tomando en consideración el motivo por el cual aceptaría la vasectomía, en caso de hacerlo, se encontró predominio de los que ya tiene el número de hijos deseados con el 25%, en--- comparación, se encontraron reportes de que el 45% de los aceptantes de vasectomía ya tenía el número de hijos deseados. (18,20,24). Con respecto al motivo de la no--aceptación de la vasectomía se encontró predominio del grupo en el cual la esposa---ya está usando el método definitivo de planificación familiar con el 28%, la literatura dice que en estudios realizados en diferentes países, el 20% de cada 100 encuestados no tienen información suficiente acerca del método y el 38% de cada 100 encuesta---dos temen a las posibles complicaciones de la cirugía. (18,22,24).

CONCLUSIONES

Posterior al estudio que se realizó a los 100 derechohabientes encuestados, se llegó a la conclusión, de que es muy bajo el porcentaje de nuestros pacientes que aceptan la vasectomía (43 %), a pesar de que la mayoría (51 %), tiene estudios profesionales, y que un alto porcentaje de ellos se desempeña como profesionista; predomina el desconocimiento de lo que es la planificación familiar, también es de llamar la atención que un número muy reducido de ellos (7 %) es informado adecuadamente por el médico, esto debe tener relación con el alto porcentaje de los encuestados que no aceptan la vasectomía (57%) y que los que sí la aceptan sea por paternidad satisfecha o por la situación económica por la que pasan, no por estar bien informados ni convencidos de lo que es y significa la vasectomía. Un alto porcentaje de la información acerca del método el paciente la recibe por los medios masivos de comunicación (59%), no por el médico o por el trabajador de la salud, quienes serían las partes más capacitadas e informadas para darle una mejor asesoría al derechohabiente. Pienso que sí se cumplieron los objetivos al conocer la aceptación que tienen los derechohabientes del ISSSTE en la clínica 300400 de Orizaba, Ver. hacia el método, así como las causas que podrían condicionar la no aceptación del mismo; la baja aceptación de la vasectomía en esta clínica, de nuestros derechohabientes, puede deberse principalmente a desconocimiento de la técnica con la que se hace, falta cultura médica a la población en general, especialmente sobre lo que es la vasectomía, es de ha-

cer notar que un alto porcentaje de los encuestados ha recibido poca información acerca de vasectomía. Los resultados obtenidos nos van a servir para tomar acciones que nos permitan abatir el rechazo hacia este método, dentro de las cuales se deberán tomar las siguientes:

1. -Dar una verdadera información y asesoría al derechohabiente, profesional, vez, abierta, que no deje dudas.
2. -Implementar campañas permanentes de información por todos los medios posibles, iniciar por los trabajadores del sector salud, que estén convencidos ellos primero para poder inspirar confianza al usuario, poco a poco involucrar a maestros y alumnos; ya que los jóvenes y niños asimilan fácilmente lo que se les enseña, y en un futuro próximo serán los jefes de familia y probablemente enfrenten mayores problemas de sobrepoblación.
3. - Ofrecer y promover sistemáticamente la vasectomía por todos y cada uno de los trabajadores del sector salud, sin importar su jerarquía, ni rama que desempeñe dentro de su sector.
3. - Algo muy importante será hacer accesibles los servicios de planificación familiar, principalmente de vasectomía y que la disposición del método sea inmediata, cuando el usuario convencido lo solicite, sin que dicha atención se difiera varios días o semanas como se hace en varias ocasiones, dando lugar a que el paciente se pierda.

5. - La capacitación permanente de Médicos familiares o generales del Instituto, como se ha hecho en otros países, para que varios de ellos estén perfectamente preparados para realizar la vasectomía en cualquier momento y no se esté condicionado el servicio a una sola persona en todo un hospital.
6. - Concientizar al Médico familiar y a nuestras autoridades del grave problema que es la sobrepoblación y lo importante que es la vasectomía para su control.

**ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA**

BIBLIOGRAFIA

- 1.-Liskin LS, Carthy C. Esterilización masculina, Population Reports 1987; 53 (3): 13-35.
- 2.-Benoit E, Blackburn R, Wara MA. Legislation y política que influyen en la fecundidad. Population Reports 1988; 56 (5): 37-61.
- 3.-Russell ML, Loue EJ. Contraceptive prescription: Physician Beliefs, attitudes and socio-demographics characterist. Canadian Journal of Public Health 1990; 83 (1): 259-263.
- 4.-Tilson P, Steele C, Mosley J. Vasectomía: Nuevas oportunidades. Population Repots 1990; XX (3): 5-23.
- 5.-Rosemberg L, et al. Adverse effects the relacion of vasectomy to the risk of cancer. J Epidemiol 1990; 5 (1): 33-41.
- 6.-Hole R. Metods Vasectomy procedures and fertility. Lancet. 1990; 891 (6): 344-351.
- 7.-Hendry WF. Vasectomy and vasectomy reverse. B.R. UROL. 1990; 73 (4):45-53.
- 8.-Kincdid DL, Merrit AP, Nickerson L, Buffington S, Castro BM. Media vasectomy Promotion campaing in Brazil: Impact on Clinic Inquiries. ATTILNDANCE, and Performance. 1990; 1 (1): 3-23.
- 9.-Rinehart W, Tilson P, Protow. Cooperating Agencies Task Force. Baltimore, John Hopkins University, Center for Comunications Programs 1990, 1 (1): 5-12.

- 10.-Nuñez L, Vernon R, Varela V, Giner J. The effectiveness of the private physician and male promoter in the implementation of a male only-clinic. Centro de investigación sobre fertilidad y esterilidad 1990; 1 (2): 70-75.
- 11.-Verno R, Ojeda CJ, VEGA. Operations research on different approaches for vasectomy service provision in Colombia Profamilia and Population Council 1990; 1(1): 75-81.
- 12.-Goldstein, Schelegel, Cayemites. The no scapel vasectomy: a fact sheet for client, Asociation for voluntery surgital contraception 1990; X (1): 38-53.
- 13.-Landry E. Fischbacher C, Bundi G, Ferguson J. Information and education strategy to increase knowl edge and improve attitudes towards vasectomy. A.V.S.C. 1990; VI (3): 20-45.
- 14.-Liskin L, Pile JM, Guillin. Vasectomy. Population Reports 1990; 61: 15-27.
- 15.-Massey JF, Berstein GS, O' Fallow M. Vasectomy and Health: Results from a large cohort study Journal of the American Medical Association 1991; 252 (8): 1023-1029.
- 16.-Bertrand JT, Santiso R, Linder J, Pineda MA. Evaluation of a communications program to increase adoption of vasectomy in Guatemala. Studies in family planning 1991; XVIII (6): 341-353.
- 17.-Jura J. Vasectomy; Least used of birth control. Herald (HARARE) 1991; 1(1): 22-30.

- 18.-Ascherio A, Rimm EB. Vasectomy and cancer. *Lancet* 1991; 338 (8782): 21-28.
- 19.-Vasectomy and prostate cancer. (editorial). *Lancet*, 1991; 337 (8755): 44.
- 20.-Nienhuis H, Goldacre M, Seagosst V, Gill L. Incidence of disease after vasectomy: a record linkage retrospective cohort study. *British Medical Journal* 1992; 304 (6829): 743-746.
- 21.-Xhembe ER, Gatell TR. Vasectomía con esterilización temprana mediante nonoxinol intraductal. *Boletín Col. Mexicano de Urología* 1993; II (1): 45-50.
- 22.-Zarate TA. Métodos anticonceptivos. *Gaceta Médica de México* 1993; 129 (1): 69-74.
- 23.-Santillan CU, Tello MV. Alteraciones inmunológicas en pacientes vasectomizados. *Revista Mexicana de Urología* 1993; 52 (1): 16-24.
- 24.-Brown JB, Blackwell LF, Billings JS, et al. Natural Family Planning. *A M J. OSTET, GINECOL* 1994; 757 (1): 135-164.
- 25.-Mc Intyre SL, Higgins JE. Paruty and use effectiveness with the contraceptive sponge. *A M J. OSTET, GINECOL* 1994; 155(5): 796-801.
- 26.-Vassey MP, Lawless M, Mc Pherson K. Yeates de Fertility after stopping use of intrauterine contraceptive device. *British Medical Journal* 1994; 295 (1): 56-64.

ANEXOS

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES PARA LOS
TRABAJADORES DEL ESTADO.

ENCUESTA SOBRE VASECTOMIA

Con el objeto de dar a conocer la aceptabilidad que tiene la vasectomía en los derechohabientes del ISSSTE, se le pide por favor, conteste de la forma más sincera posible la siguiente encuesta.

EDAD _____	OCUPACION _____
ESTADO CIVIL _____	ESCOLARIDAD _____
NUMERO DE HIJOS _____	PROFESION _____

- 1.-Para usted la planificación familiar es:
 - a) Un método para controlar el número de hijos.
 - b) Un programa creado para responsabilizar a las mujeres.
 - c) Una decisión que se debe tomar en pareja.
- 2.-Para usted la vasectomía es:
 - a) Una operación para la mujer.
 - b) Un método de planificación familiar para el hombre.
 - c) El nombre de una parte del cuerpo.
- 3.-¿Ha recibido información acerca de la vasectomía?
 - a) No.
 - b) Poca información.
 - c) Suficiente información.
- 4.-Si la respuesta anterior es b ó c ¿Dónde obtuvo la información?
 - a) Por parte de su médico.
 - b) En su centro de trabajo.
 - c) En los medios informativos. (T.V., Radio, Periódico, Revistas)

5.-Si le ofrecieran practicarse la vasectomía, ¿la aceptaría?

- a) Sí.
- b) No.

6.-En caso de que su respuesta sea afirmativa, ¿Por qué lo haría?

- a) Ya tiene el número de hijos deseado.
- b) Por su situación económica.
- c) Por enfermedad de la esposa.
- d) Por evitar el riesgo de embarazo a otras mujeres.

7.-Si su respuesta fue negativa, ¿Por qué no la aceptaría?

- a) No tiene la información suficiente acerca de la vasectomía.
- b) Por temor a perder su potencia sexual.
- c) La esposa ya se operó para no tener más hijos.
- d) Temor a las complicaciones de una cirugía.

8.-Mencione con sus palabras una opinión acerca de la vasectomía:

9.-Por favor escriba su opinión de esta encuesta:
