

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
División de Estudios de Postgrado

11226
86

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
Dirección General Siglo XXI
Delegación Número 3 Suroeste, Distrito Federal
Unidad de Medicina Familiar Número 28
"Gabriel Mancera"

VASECTOMÍA: TOMA DE LA DECISIÓN A REALIZARSELA O RECHAZARLA EN LA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 28 DEL INSTITUTO MEXICANO DEL
SEGURO SOCIAL

TESIS DE POSTGRADO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE LA ESPECIALIDAD
DE
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA
DRA. MARCELA HERNÁNDEZ SOTO

ASESOR:
DR. BERNARDO AUGUSTO TORRES SALAZAR

México, Distrito Federal 2002

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



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).

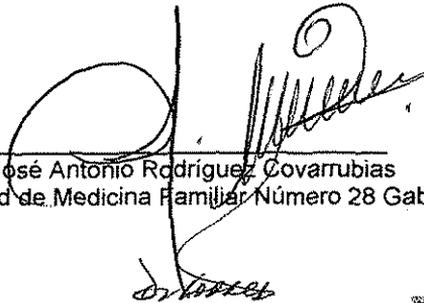
El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición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

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
División de Estudios de Postgrado

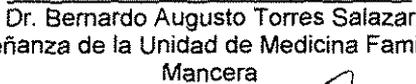
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
Dirección General Siglo XXI
Delegación Número 3 Suroeste, Distrito Federal
Unidad de Medicina Familiar Número 28
"Gabriel Mancera"

TESIS DE POSTGRADO
VASECTOMÍA: TOMA DE LA DECISIÓN A REALIZARSELA O RECHAZARLA EN LA UNIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 28 DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

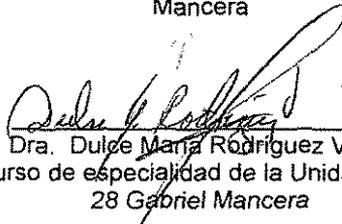
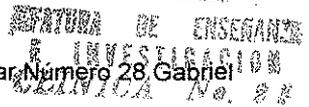
ESPECIALIDAD
MEDICINA FAMILIAR



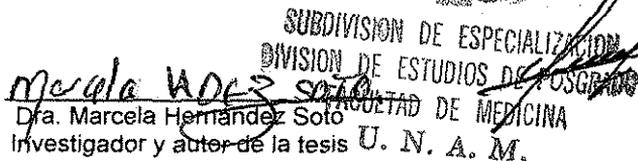
Dr. José Antonio Rodríguez Covarrubias
Director de la Unidad de Medicina Familiar Número 28 Gabriel Mancera



Dr. Bernardo Augusto Torres Salazar
Asesor y Jefe de Enseñanza de la Unidad de Medicina Familiar Número 28 Gabriel Mancera



Dra. Dulce María Rodríguez Vivaz
Coordinador adjunto del curso de especialidad de la Unidad de Medicina Familiar número 28 Gabriel Mancera



SUBDIVISION DE ESPECIALIZACION
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U. N. A. M.
Investigador y autor de la tesis

A mi esposo, Juan Carlos, por su comprensión y apoyo

A mis hijos David y Evelin por su ternura y amor

A Dios por Iluminar mi camino.

Índice.

Introducción	1
Antecedentes	2
Planteamiento del problema	12
Objetivos	13
Hipótesis	14
Justificación	15
Criterios de inclusión	16
Criterios de exclusión	16
Criterios de eliminación	16
Diseño de la investigación	17
Recursos	17
variables	18
Definición de variables	19
Consideraciones éticas	20
Cronograma de actividades	21
Resultados	22
Gráficas y tablas	25
Conclusiones	50
Sugerencias	52
Consentimiento informado	53
Entrevista sobre la toma de decisión acerca de la vasectomía	54
Bibliografía	55
Índice	56

INTRODUCCIÓN

La vasectomía es un método de planificación familiar definitivo en el hombre, es un procedimiento eficaz, de bajo costo y fácil de realizar, que no altera la sensación del orgasmo y el placer para el individuo, la cual no tiene repercusión notoria en la capacidad de tener relaciones sexuales en el hombre o el impulso sexual.

En el uso de métodos de planificación familiar aun se observa que por cada pareja que emplea la vasectomía hay 30 que utilizan la OTB, es importante que se incremente y fortalezcan los esfuerzos para informar promover y hacer más accesible la vasectomía, aunque ha ido incrementando su aceptación, entre los varones, en los cuales la edad promedio fluctúa entre 35 años,

Entre los factores que influyen para la aceptación de la vasectomía se encuentran:

a) Los varones han estado casados por mas de 10 años; b) Tienen una relación estable; c) Es candidato si tienen todos los hijos que desean; d) Si su pareja tiene problemas de salud que pueda hacer el embarazo inseguro; e) Si desea gozar de relaciones sexuales sin temor de un embarazo no deseado; y f) cuando han presentado fracaso con su método anterior.

La vasectomía quizás no sea una elección apropiada para aquellos hombres que no tienen paridad satisfecha o no están seguros de esto, cuyas relaciones actuales son inestables, que estén pasando por fases estresantes, en hombres jóvenes o solo lo hagan para complacer a su pareja.

ANTECEDENTES

La vasectomía sin bisturí fue descrita por primera vez, por Lishugiang en China en 1974. La vasectomía se usa de forma generalizada en unos cuantos países, entre los cuales figuran China, India, Tailandia, Corea, Reino Unido, Canadá y Estados Unidos. Aproximadamente 45 millones de parejas en el mundo dependen de la vasectomía como método anticonceptivo¹. En Brasil, Colombia, México y Kenia, la proporción de parejas casadas en edad de procrear que usan la vasectomía aunque se ha incrementado su tasa, sigue siendo del 1% o menos. La vasectomía es un método de contracepción de los de mayor confianza y menor costo. Los médicos familiares realizan aproximadamente el 15% de estas; 500,000 vasectomías son realizadas cada año en los Estados Unidos². La planificación familiar es uno de los aspectos de la política de población que reviste gran importancia desde el punto de vista de las parejas y de los individuos. La edad promedio de los que se realizaron la vasectomía en Québec fue de 35 años, con un rango mayores de 25 y menores de 50 años, siendo más fácil que se acepte en la población urbana que en la rural³. El uso de métodos de planificación familiar en nuestro país se ha incrementado de manera significativa durante los últimos 20 años, asociado principalmente a la expansión de la oferta de los servicios y a la capacitación del personal de salud⁴.

DEFINICIÓN

La vasectomía sin bisturí es el método quirúrgico ambulatorio de anticoncepción permanente en el hombre, por medio de corte y ligación de los conductos deferentes⁵.

La vasectomía sin bisturí es segura, rápida y barata, la operación dura de 8 a 13 minutos y la ventaja sobre la vasectomía convencional, es que tiene menos complicaciones, y un mayor número de pacientes la aceptan⁶.

MITOS Y HECHOS ACERCA DE LA VASECTOMIA

Una de las principales causas del rechazo del procedimiento se observa que tanto los hombres como las mujeres creen aún erróneamente, que la vasectomía afecta al funcionamiento sexual del hombre, y esto es debido a la falta de información acerca del método⁷. Hasta hace pocos años, muchos hombres de los países en desarrollo conocían poco o nada acerca del procedimiento. En 1988 solo el 35% de los hombres y el 20% de las mujeres de Kenia lo conocían. Un estudio realizado recientemente en Kenia revela que cuando los hombres solicitaban información para someterse a la vasectomía, aproximadamente la mitad de las clínicas visitadas no estaban preparadas adecuadamente para atenderlos.

INFORMACIÓN ACERCA DE LA VASECTOMIA QUE SE DEBE DE DAR AL PACIENTE⁸⁹.

- Corroborar el deseo del paciente acerca de la realización de la vasectomía.
- consulta con él médico solo y con su pareja
- explicación del procedimiento
- informar que la vasectomía no afecta la función sexual
- señalar las posibles complicaciones
- Enfatizar que es un método permanente

- Explicación de la necesidad del análisis del semen pos quirúrgico
- Dar tiempo adecuado para que la pareja pregunte sus dudas
- Firma del Consentimiento informado
- Instrucciones preoperatorias y posquirúrgicas.

TÉCNICA QUIRÚRGICA DE VASECTOMIA SIN BISTURÍ

Preparación preoperatorio.

El paciente no deberá tomar medicamentos que afecten la agregabilidad plaquetaria o la coagulación sanguínea como ácido acetilsalicílico, AINES, anticoagulantes, etc. dos semanas antes del procedimiento. Pueden prescribirse ansiolíticos a consideración del médico. Bañarse y lavar bien el área genital, no ingerir alimentos dos horas antes de la operación. Depilar el área genital, se le proporciona una bata quirúrgica, y se coloca en posición supina sobre la mesa.

Procedimiento.

Se inicia con la colocación del pené fuera del campo operatorio en una posición de 12 horas de acuerdo a las manecillas del reloj en el abdomen del paciente fijada con tela micropore para lograr una mejor visualización del rafe medio. Antes de iniciar la asepsia se examina el área escrotal se palpa el escroto y los conductos deferentes, palpándose el grosor de la piel escrotal y el calibre de los vasos. Suavemente se lava el escroto con una solución antiséptica tibia (isodine), asegurándose de lavar el área pélvica y genital. Se cubre el área quirúrgica con una sabana hendida procurando que el escroto quede aislado¹⁰.

Anestesia

Una buena técnica de anestesia es esencial para que no haya dolor durante el acto quirúrgico también previene los hematomas locales y lesiones a los vasos testiculares como resultado de las múltiples inyecciones a ciegas. La técnica quirúrgica del Dr. Li Shunquiang lleva estos dos objetivos además de otras ventajas. Se aplica una inyección profunda a lo largo del conducto creando un bloqueo de los nervios deferentes. Se prepara una jeringa con 10 cm de lidocaína sin epinefrina con aguja 1.5 calibre de 25 a 27 mm¹¹.

La técnica de vasectomía sin bisturí y la convencional, parten de tres pasos esenciales¹²¹³:

- a. Aislamiento del conducto deferente
- b. Liberación e interrupción del conducto deferente
- c. Manejo del conducto

Aislamiento del Conducto Deferente.

Se coloca el dedo pulgar izquierdo en la unión del tercio medio con el tercio superior del rafe medio. Con el dedo medio de la mano izquierda bajo el escroto se palpa el conducto y se desliza hasta el rafe medio cerca del dedo pulgar. Se sostiene el conducto en posición entre el dedo pulgar y medio mientras se coloca el dedo índice en la parte superior del escroto ligeramente por encima del dedo pulgar.

Los dedos deben estar perpendiculares al conducto formando un espacio entre su dedo índice y el pulgar a través del cual se realizara la punción. Una presión hacia arriba del dedo medio, combinada con una presión hacia abajo ejercida por el

dedo índice forma un dobles en el conducto para facilitar la entrada. Se sostiene con los tres dedos mientras se anestesia con el lado derecho. El sitio de la entrada de la aguja es en la línea media, en la mitad del trayecto del conducto deferente entre el dedo medio e índice, se usa solo la punta de la aguja para aplicar el botón de la anestesia de 1cm manteniendo la jeringa en un ángulo de 5 a 15 grados con bisel de la aguja hacia arriba, se inyecta la lidocaína en la dermis y tejido subcutáneo generalmente 5 cm de lo requerido.

Se sugiere para evitar la inflamación alrededor del conducto en el lugar de la punción no inyectar mas de un centímetro de lidocaína. La permanencia del botón de anestesia evitara que la pinza anillada cierre adecuadamente alrededor del conducto. La creación e un bloqueo basal es una diferencia critica de la forma en como la anestesia se ha aplicado tradicionalmente para vasectomías.

Los pasos descritos abajo crean un bloqueo nervioso basal lejos del sitio de la operación después de producir el botón de anestesia superficial lleva la aguja paralela al conducto dentro de la hoja de la fascia espermática externa hacia el anillo inguinal. Introduzca la totalidad del largo de la guja de 1.5 sin soltar el anestésico. Aspire suavemente para asegurarse que la aguja honesta en un baso sanguíneo, inyecte lentamente de 2 a 2.5 cm. De lidocaína dentro de la hoja externa de la fascia espermática alrededor del conducto deferente.

ELEVANDO EL CONDUCTO DEFERENTE SUBYACENTE

Mientras la pinza se mantiene aprisionando la piel escrotal y el subyacente conducto deferente derecho se cambia el instrumento ala mano izquierda, se baja el mango de la pinza causando que se produzca un doblez en el conducto. Este

movimiento eleva el conducto, sé continua manteniendo el eje de la pinza en la línea con el eje del conducto deferente.

Puncionando la piel del escroto

La piel debe ser puncionada en el lugar previamente anestesiado, en donde el tercio superior del escroto se une con el tercio medio, con el dedo índice izquierdo se presiona hacia abajo ligeramente para apretar la piel del escroto justamente delante de las puntas de la pinza anillada y sobre el área anestesiada.

Se sostiene la pinza disecante en la mano derecha apuntando la curvatura hacia abajo, en preparación para puncionar el conducto. Se sostiene el instrumento en un ángulo de 45 grados entre las puntas cerradas de la pinza y su lumen. Entonces se abre la pinza utilizando la parte media de la hoja, penetrando la piel escrotal, por encima de la hoja anillada donde el conducto es más prominente. La penetración debe ser el resultado de una punción en la mitad del conducto, preferentemente en la entrada de la aguja de la infiltración de la anestesia. Cuando se hace la punción no se debe empujar lentamente la pinza de disección hacia delante en vez de ello se hace un rápido corte y simple movimiento. Para hacer una punción amplia en la piel dirigida hacia el conducto se avanza hasta la parte media de la pinza dentro del lumen del conducto.

Hay que asegurarse de penetrar la pared anterior del conducto con la pinza disecante, de otra manera la fascia subyacente permanece intacta y se evitara la elevación del conducto fuera del punción. Si la punción es muy profunda la sección del conducto puede ocurrir y la arteria puede ser dañada seguida de sangrado. Hay que asegurarse de puncionar el conducto por arriba de la pinza anillada, si esta punción se hace en el tejido que ha sido erosionado por la pinza

anillada, no será posible separar los tejidos adecuadamente, después de haber hecho la punción se retira la parte media de la hoja de la pinza disecante. Se cierran las puntas de la pinza a los mismos 45 grados que antes, se insertan ambas puntas de la pinza en el mismo punto, en la misma línea y en la misma profundidad como cuando se hizo la punción con una sola rama. La pinza anillada permanece cerrada y en el mismo lugar, mientras la piel es puncionada, suavemente se abren las puntas de la pinza de disección transversalmente a través del conducto para hacer una abertura en la piel de 1 a 2 cm, en forma horizontal o transversal, en un movimiento se separan todas las capas del tejido de la piel hasta el conducto deferente, las puntas de las pinzas penetraran a suficiente profundidad para exponer y denudar las paredes del conducto.

FIJANDO EL CONDUCTO CON LAS PINZAS ANILLADAS

Una vez que un asa del conducto ha sido expuesta, se cierra suavemente la pinza disecante sobre el conducto para prevenir que se deslice dentro del escroto mientras la pinza anillada se quita de la piel. Se fija una pequeña porción del asa del conducto de la pinza anillada. Después que se ha fijado una parte del conducto se libera a la pinza disectora.

PUNCIONANDO Y DENUDANDO LA VAINA

Con una punta de la pinza disecante se punciona suavemente la vaina del conducto deferente, justamente por debajo de él, teniendo el cuidado de no lesionar la arteria, entonces se quita la pinza. Se cierran las puntas de la pinza disecante. Insertando ambas puntas dentro de la vaina puncionada. Se abre

suavemente la pinza disecante desnudando la vaina y los tejidos que lo rodean hacia abajo por lo menos 1 cm de longitud del conducto. Hay que tener cuidado de evitar los vasos sanguíneos,

MANEJO DEL CONDUCTO DEFERENTE5

Hay varias técnicas para el manejo del conducto deferente las opciones incluyen ligación, clips, cauterización e interposición de la fascia. La combinación de cauterización e interposición de la vaina son comúnmente utilizados.

LIGADURA

Ligar el conducto deferente es una practica común, pero aun se reportan 1.5% de los fracasos con esta técnica. Antes de empezar hay que asegurarse de que todas las vainas y vasos han sido desnudados lejos del segmento que va a ocluirse, hasta 1 cm. Del conducto puede ser quitado, se ligan las terminaciones lo suficientemente fuertes para ocluir el conducto, se utiliza sutura no absorbible.

INTERPOSICIÓN DE LA FASCIA

Con la ligadura se forma una barrera con la fascia, jalando la hoja de la vaina sobre una de las terminaciones del conducto y asegurándola.

CAUTERIZACIÓN DEL CONDUCTO

Se utiliza frecuentemente la cauterización del conducto, este método produce este una quemadura de tercer grado con la consecuente producción de una cicatriz y sello del endotelio. La cauterización puede ser de 3 a 4 mm muy lentamente y al final del corte. La combinación de cauterización y la interposición del conducto baja la incidencia de vasitis y granuloma espermático. La incisión se cierra con sutura absorbible¹⁴.

INDICACIONES POS-QUIRURGICAS

Entre las indicaciones se incluyen:

- Colocación de forma intermitente de hielo en el escroto durante 4 horas
- Reposo en cama durante 48 horas
- Soporte del escroto durante 48 horas
- Evitar ejercicios pesados durante una semana
- Se indicara acetaminofen en caso de dolor y ocasionalmente analgésicos narcóticos en caso necesario
- Abstenerse de relaciones sexuales durante una semana
- Utilizar otro método de anticoncepción hasta la realización del análisis del semen y se confirme azoospermia¹⁵.

COMPLICACIONES

Las complicaciones de la vasectomía sin bisturí son sorprendentemente bajas, entre las que encontramos:

- Hematomas en un 0.47%
- Nódulos dolorosos un 0.07%
- Infecciones en heridas quirúrgicas: 0.4%
- Epididimitis 0.2%
- Granulomas 0.3%¹⁶

FRACASOS:

- Persistencia de espermatozoides vivos después de 25 eyaculaciones, corroborándose por medio de 2 espermatobioscopias se presenta en 1 %¹⁷.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuáles son los factores que influyen en los hombres para decidir realizarse la vasectomía o rechazarla como método de planificación familiar en la Unidad de Medicina Familiar número 28 del Instituto Mexicano del Seguro Social?

OBJETIVOS

GENERAL

- a. Conocer los principales factores que influyen en la aceptación o rechazo a la realiza la vasectomía en la Unidad de Medicina Familiar número 28

ESPECIFICOS

- a. Identificar los principales factores que influyen en la aceptación para realizarse la vasectomía en la Unidad de Medicina Familiar número 28.
- b. Identificar las principales causas de rechazo a realizarse la vasectomía en la Unidad de Medicina Familiar número 28

HIPÓTESIS

Ho

Los principales factores que influyen en la aceptación o rechazo para realizarse la vasectomía son: el estado socioeconómico, el número de hijos la fuente de información y la edad.

H1.

El estado socioeconómico, el número de hijos, la fuente de información, la edad no influyen en la aceptación o rechazo para realizarse la vasectomía.

Justificación.

La vasectomía es uno de los métodos de planificación familiar que se realiza en la Unidad de Medicina Familiar número 28 del IMSS, pero que a la fecha no tiene el auge que se esperaría considerando que es un método fácil, sencillo, con mínimas complicaciones y que no se requiere mayor infraestructura, así como costos institucionales que el método anticonceptivo definitivo en la mujer (OTB) requiere, por lo que es indispensable determinar cuales son los factores que influyen en la población masculina para optar o rechazar este método y así poder implementar las medidas necesarias para promoverlo.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Pacientes derechohabientes y no derechohabientes que acudieron Clínica de Planificación de la Unidad de Medicina Familiar Número 28.
- Pacientes con paridad satisfecha
- Edad comprendida entre 25 años a 60 años
- Tengan uno o más hijos
- Pacientes que aceptaron la vasectomía
- Pacientes que rechazaron realizarse la vasectomía

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Pacientes con edad menor de 25 años y mayores de 60 años
- Pacientes sin hijos
- Renuentes al interrogatorio

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

- Aquellos paciente que no tenían bien definido el procedimiento al cual serian sometidos

DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

TIPO DE ESTUDIO

Prospectivo, encuesta descriptiva en tiempo y medición transversal

TAMAÑO DE LA MUESTRA:

Por conveniencia

LIMITE DE TIEMPO

Los pacientes que se realizaron la vasectomía de abril del 2000 a marzo del 2001

LIMITE DE ESPACIO

Los pacientes que acudan a la Unidad de Medicina Familiar número 28 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

ESTADÍSTICA

Descriptiva en números reales.

RECURSOS.

Humanos: Se acude a la Clínica de Planificación Familiar para aplicar las encuestas.

Materiales: Se utilizaron los recursos que cuenta la misma unidad, y apoyado con la beca que se me otorga por el IMSS.

DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

TIPO DE ESTUDIO

Prospectivo, encuesta descriptiva en tiempo y medición transversal

TAMAÑO DE LA MUESTRA:

Por conveniencia

LIMITE DE TIEMPO

Los pacientes que se realizaron la vasectomía de abril del 2000 a marzo del 2001

LIMITE DE ESPACIO

Los pacientes que acudan a la Unidad de Medicina Familiar número 28 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

ESTADÍSTICA

Descriptiva en números reales.

RECURSOS.

Humanos: Se acude a la Clínica de Planificación Familiar para aplicar las encuestas.

Materiales: Se utilizaron los recursos que cuenta la misma unidad, y apoyado con la beca que se me otorga por el IMSS.

VARIABLES.

INDEPENDIENTES

1. Población derechohabiente y no derechohabiente
2. Edad del paciente
3. Edad de la esposa
4. Escolaridad
5. Estado civil
6. Numero de hijos vivos
7. Ocupación
8. Religión
9. Método anticonceptivo utilizado

DEPENDIENTE

1. realizarse o no la vasectomía

DEFINICIÓN DE VARIABLES

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Escala de medición	Indicador
Población Derechohabiente	Conjunto de individuos de una misma categoría	Población derechohabiente al IMSS o no derechohabiente	Cualitativa Nominal	Presencia Ausencia
Edad del paciente	Tiempo transcurrido desde el nacimiento	Mayores de 25 años y menores de 60 años	Cuantitativa Nominal	Número de años
Edad de la esposa	Tiempo transcurrido desde, el nacimiento	Mayores de 25 y menores de 45 años	Cuantitativa Nominal	Número de años
Escolaridad	Duración de los estudios en un centro docente	Ultimo año escolar cursado	Cualitativa Nominal	Ultimo grado escolar cursado
Estado civil	Condición social	Si se encuentra en unión libre o es casado	Cualitativa Nominal	Presencia Ausencia
Numero de hijos Vivos	Cantidad de hijos vivos	Mas de 2 hijos vivos	Cuantitativa Nominal	Numero de hijos
Ocupación	Empleo, oficio	Empleo a que se dedica	Cualitativa Nominal	Presencia Ausencia
Religión	Conjunto de creencias o dogmas acerca de la divinidad	Tipo de religión que practica	Cualitativa Nominal	Presencia Ausencia
Método anticonceptivo utilizado	Permiten a la pareja tener relaciones sexuales sin embarazo	Temporales o definitivos	Cualitativa Nominal	Presencia Ausencia

Consideraciones Éticas

La anticoncepción quirúrgica voluntaria definitiva, se ofrece como parte de los servicios de planificación familiar, debido a que es una opción apropiada y más segura en comparación con otros métodos de planificación familiar. Sin embargo, para que la vasectomía sin bisturí sea una alternativa aceptable debe ser segura y eficaz.

La evaluación preoperatorio del paciente es esencial y sus objetivos son determinar la aptitud del paciente para la anticoncepción quirúrgica, detectar cualquier desorden que pueda aumentar los riesgos asociados con el procedimiento y proporcionar una consejería que asegure al paciente hacer una elección voluntaria e informada.

Se debe garantizar la seguridad de la operación de acuerdo a los siguientes aspectos:

1. Los médicos familiares que las realicen, así como el personal que interviene debe estar bien capacitado y dotados de destreza en las técnicas utilizadas, así como el manejo de las complicaciones.
2. Se debe tener instrumental y equipo optimo en buenas condiciones.
3. Las instalaciones deben ser las adecuadas y con equipo necesario para manejar cualquier situación de riesgo.

Después de haber sido informado el paciente del procedimiento y sus posibles complicaciones, firma un formulario, que previamente leen él y su pareja para la autorización legal, para realizar la cirugía.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDAD	PERÍODO
Registro de protocolo	Octubre 2001
Aplicación de encuesta a pacientes que aceptan realizarse la vasectomía	Marzo del 2000 a Febrero 2001
Aplicación de encuestas a pacientes que no aceptan realizarse la vasectomía	Septiembre a Octubre 2001
Análisis preliminar	Noviembre 22001
Análisis final y resultados preliminares	Diciembre Enero 2001
Presentación del trabajo	Marzo 2002
Impresión de tesis	Febrero 2002

Resultados

Se realizó un estudio prospectivo, descriptivo y transversal en números reales en rangos y proporciones, En la Unidad de Medicina Familiar Número 28 (UMF 28) del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), de Abril del 2000 a Marzo del 2001. Se incluyeron a 142 hombres que acudieron a la UMF N° 28, y se dividió en dos grupos de 71 casos cada uno catalogándose como vasectomizados y no vasectomizados. Los datos se obtuvieron mediante encuesta dirigida en base a la toma de decisión para realizarse o no la vasectomía.

La edad promedio de los vasectomizados (SV) fue de 36.84 con una desviación estándar (DS) de 6.94, y en los no vasectomizados (NV) fue de 36.54 años, con una desviación estándar (DS) de 8.5 [ver gráfica 1 y tabla 1]; El 95% de los SV estaba casado y el 80% de los NV era casado [ver gráfica 2 y tabla 2]; con un tiempo de unión con su pareja de 0 a 15 años el 83% de SV y 73% de NV [ver gráfica 3 y tabla 3]; El promedio de hijos en ambos grupos fue de 2.42 [ver gráfica 4 y tabla 4]. La edad de la esposa promedio fue de 33.1 años (DS 5.02) para SV y de 32.9 años (DS 7.35) en NV [ver gráfica 5 y tabla 5]; En ambos grupos el 91.5% profesaban alguna religión, predominando la católica [ver gráfica 6 y tabla 6].

El grado escolar máximo alcanzado por los SV fue del 91.5% con preparatoria y universidad, en los NV de 66% [ver gráfica 7 y tabla 7]; La ocupación en SV ocupa el 81.6% con empleados y profesionistas, y en NV de 74.6% por obreros y otras actividades que incluyeron taxistas y comerciantes [ver gráfica 8 y tabla 8]; el ingreso diario (salario mínimo) en SV fue del 87.3% con mas de tres salarios

mínimos y en los NV fue de 74.6% de uno a cuatro salarios mínimos [ver gráfica 9 y tabla 9].

El método anticonceptivos utilizado SV (previamente) fue el DIU, Orales y preservativo [ver gráfica 10 y tabla 10], y en los NV (actualmente) es el DIU, la OTB y Hormonales orales [ver gráfica 11 y tabla 10]; Los motivos de no desear mas hijos en ambos grupos fueron la paridad satisfecha y su estado económico [ver gráfica 12 y tabla 11]. La decisión de no tener mas hijos fueron tomados por la pareja en el 63.3% en SV y de 50.7% en NV [ver gráfica 13 y tabla 12].

El motivo por el cual solicitaron información sobre la vasectomía en los pacientes vasectomizados fue por paridad satisfecha (55%), enfermedad de la esposa (30%) y por ser un método Definitivo y sencillo (15%) [ver gráfica 14 y tabla 13]; se enteraron sobre la vasectomía en los sujetos vasectomizados el 59% en medios de comunicación carteles o crípticos institucionales, y el 41% por búsqueda por su medios o comentarios amigos y conocidos [ver gráfica 15 y tabla 14]. En los sujetos NV el 89% se entero por medios de comunicación, carteles o crípticos institucionales, y en el 11% por búsqueda por sus medios o comentarios con amigos o conocidos [ver gráfica 16 y tabla 14].

En el 82% de los SV conocen personalmente a alguien que se había realizado la vasectomía, y en los NV el 45% [ver gráfica 17 y tabla 15]. La opinión que les dieron acerca del procedimiento fue buena en el 77% de los casos en los SV, y del 39% en los NV [ver gráfica 18 y tabla 16]. Los comentarios negativos que recibieron acerca de la vasectomía fue la perdida de la capacidad sexual o del

deseo en el 23% de los SV [ver gráfica 19 y tabla 17] y el 42% de los NV [ver gráfica 20 y tabla 17].

Los pacientes SV consideraron que no tenían una adecuada información acerca de la vasectomía en el 86% de los casos y en los NV el 97% [ver gráfica 21 y tabla 18].

De los pacientes SV el 87% tardo mas de un mes en decidir realizar la vasectomía después de que recibió información [ver gráfica 22]; El esposo fue quien decidió primero el uso de la vasectomía en el 68% de los casos [ver gráfica 23]; Consideraron otro método definitivo en la esposa en el 72% de los casos [ver gráfica 24].

El 100% de los casos tuvieron necesidad de obtener mayor información acerca de la vasectomía [ver gráfica 25]. El 96% de los vasectomizados consideran que falta información acerca de la vasectomía y en los no vasectomizados el 100% [ver gráfica 26 y tabla 19].

De los NV rechazaron la vasectomía debido a temor a efectos secundarios en el 41% de los casos, por falta de información en el 25%, por temor a la cirugía en el 17%, por temor a pérdida del placer o capacidad sexual en el 11% y por machismo el 6% [ver gráfica 27 y tabla 20].

De los pacientes vasectomizados el 54% eran derechohabientes al IMSS y un 46% no derechohabientes, el 100% de los no vasectomizados eran derechohabientes [ver gráfica 28 y tabla 21].

Gráfica 1.

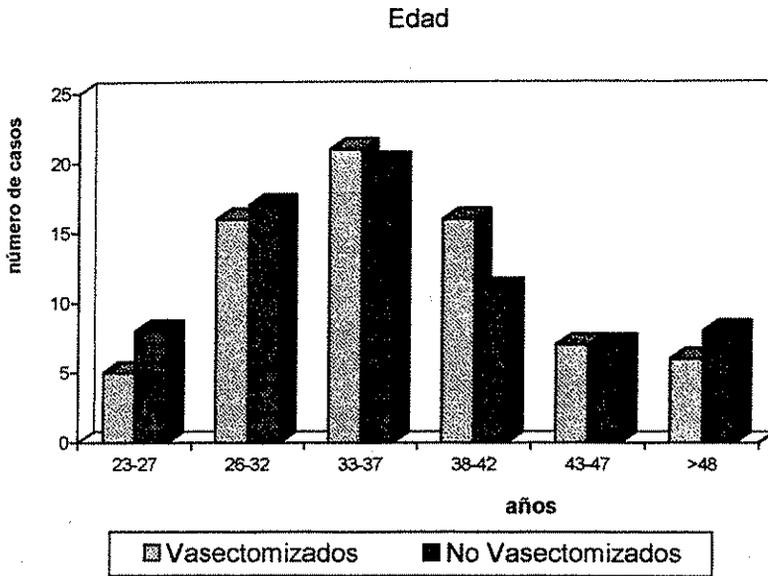


Tabla 1.

Grupo de edad	VASECTOMIZADOS		NO VASECTOMIZADOS	
	número de casos	%	número de casos	%
23 a 27	5	7.04	8	11.26
28 a 32	16	22.53	17	23.94
33 a 37	21	29.57	20	28.16
38 a 42	16	22.53	11	15.49
43 a 47	7	9.85	7	9.85
>48	6	8.45	8	11.26
Promedio	36.84		36.54	
Desviación Estándar	6.94		8.52	

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Gráfica 2.

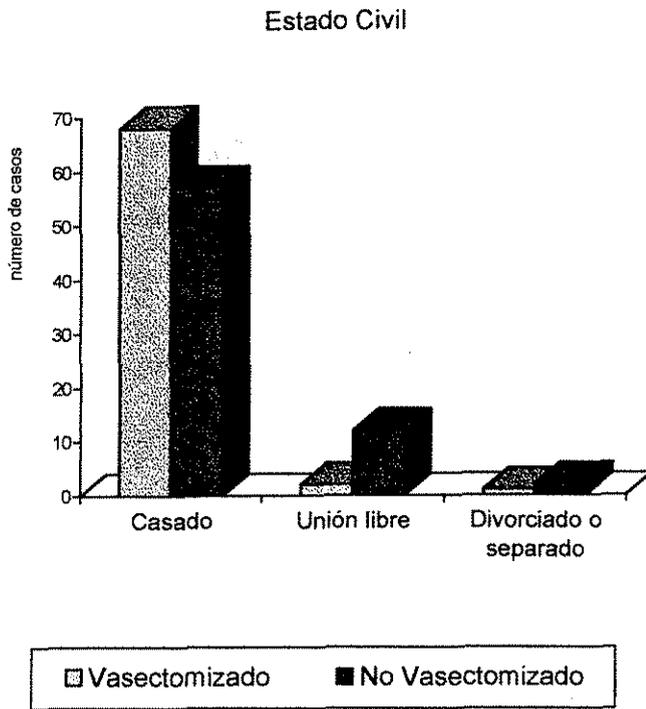


Tabla 2.

Estado Civil	VASECTOMIZADOS		NO VASECTOMIZADOS	
	número de casos	%	número de casos	%
Casado	68	95.77	57	80.28
Unión Libre	2	2.81	12	16.90
Divorciado / separado	1	1.40	2	2.81

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

Gráfica 3.

Tiempo de Unión de la Pareja

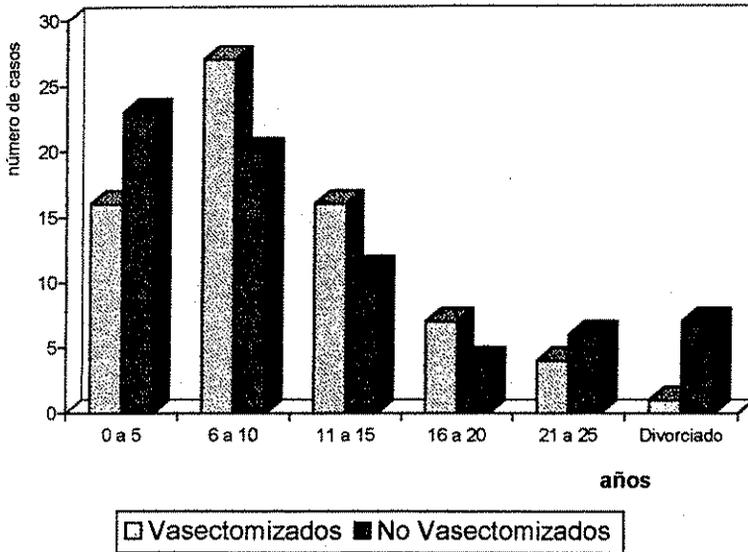


Tabla 3.

Tiempo de Unión con la pareja	VASECTOMIZADOS		NO VASECTOMIZADOS	
	número de casos	%	numero de casos	%
0 a 5	16	22.53	23	32.39
6 a 10	27	38.02	20	28.16
11 a 15	16	22.53	11	15.49
16 a 20	7	9.85	4	5.63
21 a 25	4	5.63	6	8.45
>25	0	0	7	9.85
Divorciado	1	1.40	0	0

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

Gráfica 4.

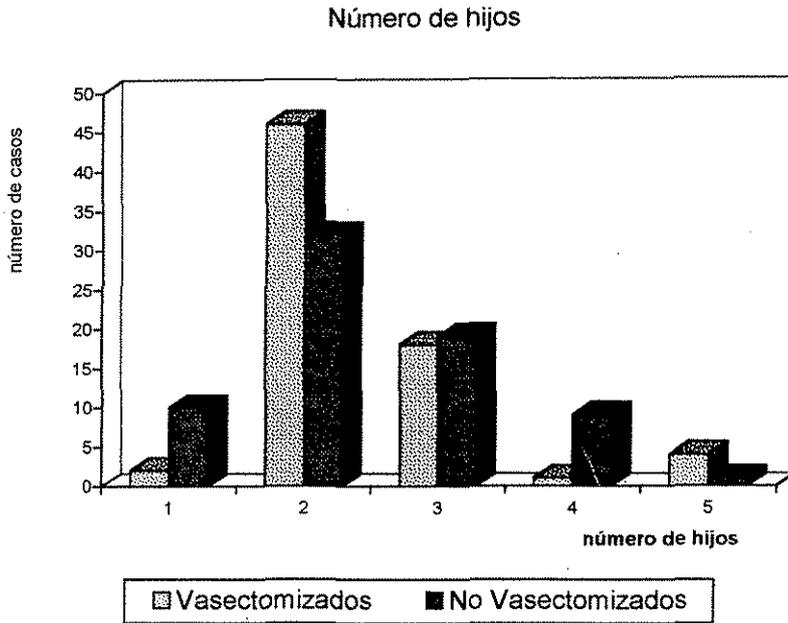


Tabla 4.

Número de Hijos	VASECTOMIZADOS		NO VASECTOMIZADOS	
	número de casos	%	número de casos	%
1	2	2.81	11	15.49
2	46	64.78	32	45.07
3	18	25.35	19	26.76
4	1	1.40	9	12.67
5	4	5.63	1	1.40
Promedio	2.42		2.42	

Gráfico 5.

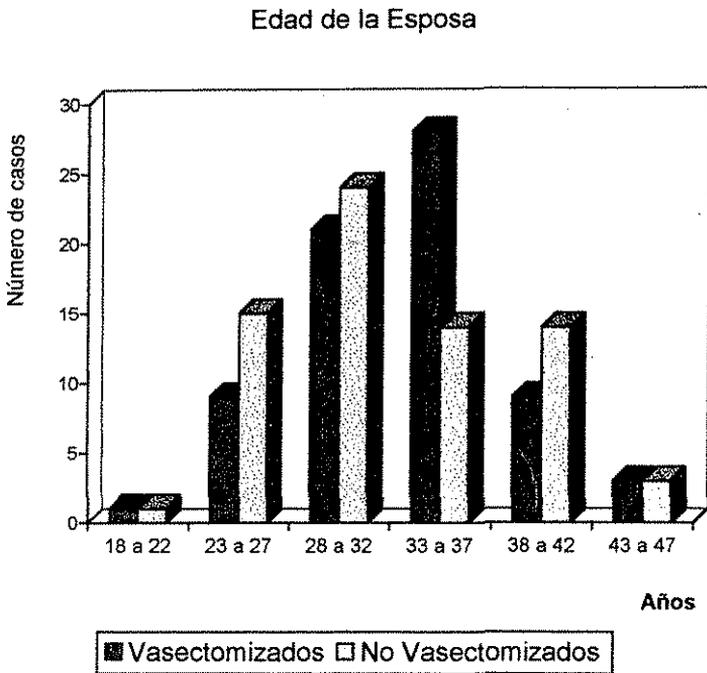


Tabla 5.

Edad de la Esposa	VASECTOMIZADOS		NO VASECTOMIZADOS	
	número de casos	%	número de casos	%
18 a 22	1	1.40	1	1.40
23 a 27	9	12.67	15	21.12
28 a 32	21	29.57	24	33.80
33 a 37	28	39.43	14	19.71
38 a 42	9	12.67	14	19.71
43 a 47	3	4.22	2	2.81
>48	0	0	1	1.40
Promedio	33.1		32.90	
Desviación Estándar	5.02		7.35	

Gráfica 6.

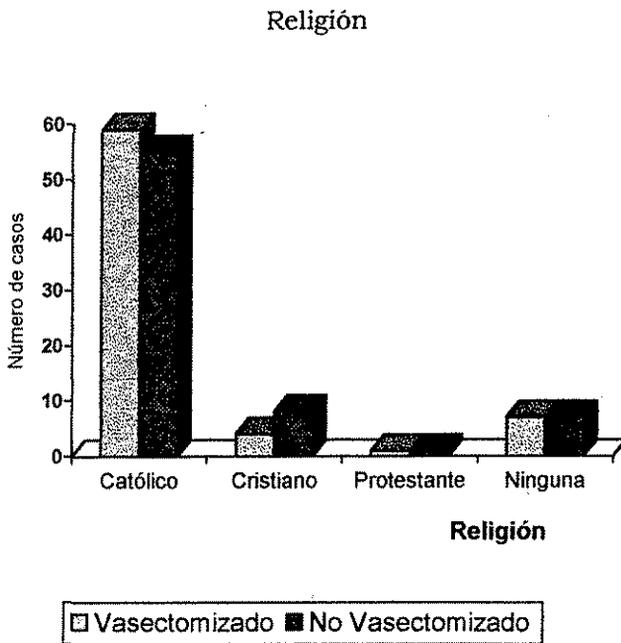


Tabla 6.

Religión	VASECTOMIZADOS		NO VASECTOMIZADOS	
	número de casos	%	número de casos	%
Católicas	59	83.09	55	77.46
Cristiana	4	5.63	8	11.26
Protestante	1	1.40	1	1.40
Ninguna	7	9.85	7	9.85

Gráfica 7.

Grado Escolar Máximo

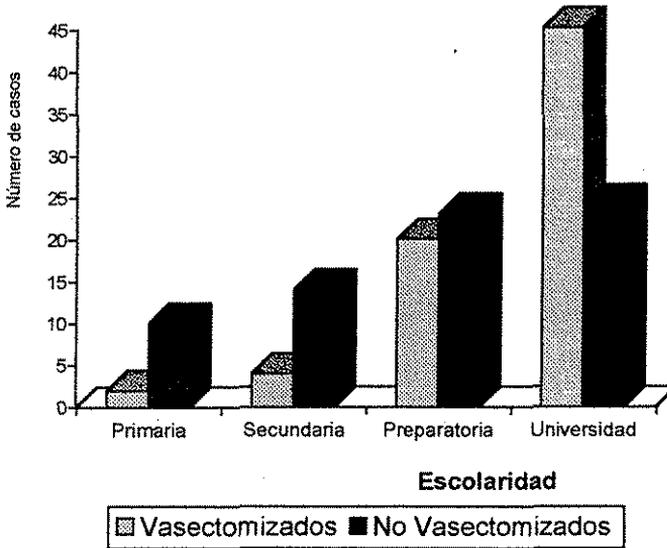


Tabla 7.

Grado escolar máximo alcanzado	VASECTOMIZADOS		NO VASECTOMIZADOS	
	número de casos	%	número de casos	%
Primaria	2	2.81	10	14.08
Secundaria	4	5.63	14	19.71
Preparatoria	20	28.16	23	32.34
Universidad	45	63.38	24	33.80

Gráfica 8.

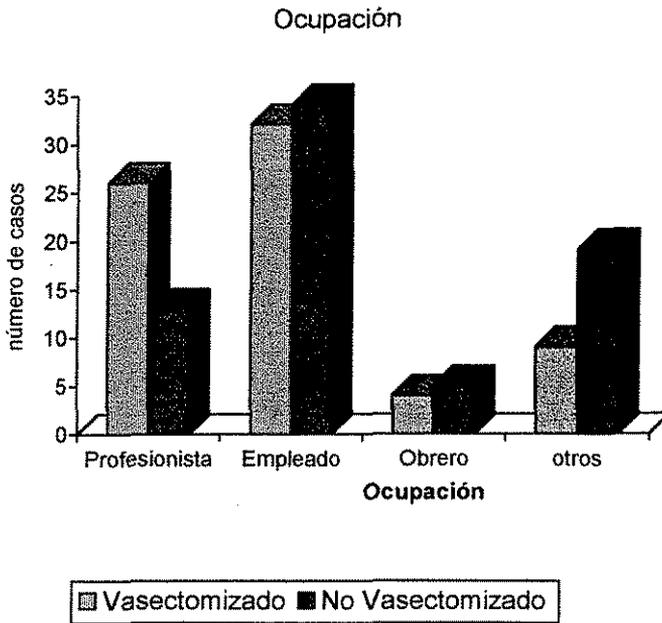


Tabla 8.

Ocupación actual	VASECTOMIZADOS		NO VASECTOMIZADOS	
	número de casos	%	número de casos	%
Empleado	32	45.07	13	18.30
Obrero	4	5.63	34	47.88
Profesionista	26	36.61	5	7.04
Otros	9	12.67	19	26.76

Gráfica 9.

Ingresos diarios (salarios mínimos)

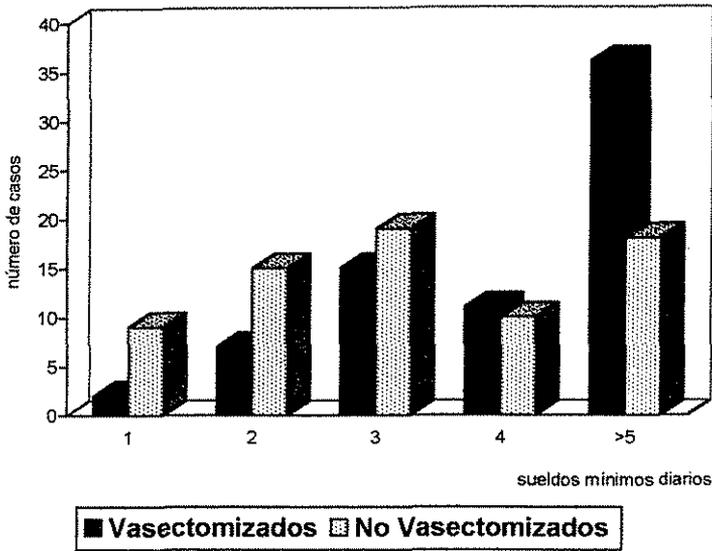
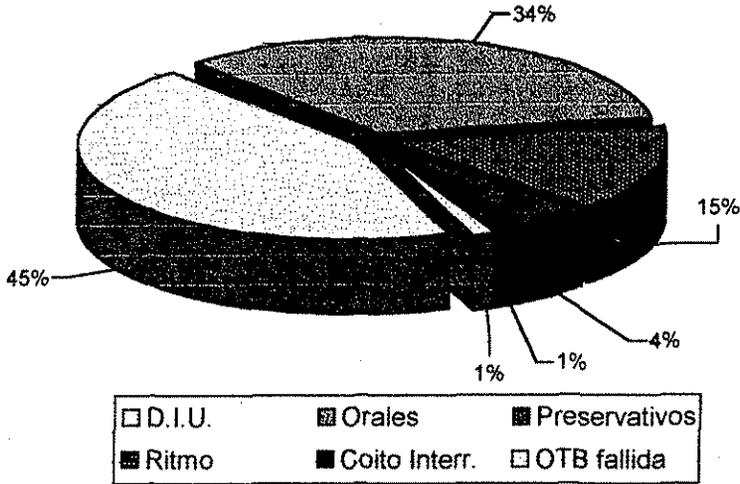


Tabla 9.

Ingreso (Número de Salarios Mínimos al día)	VASECTOMIZADOS		NO VASECTOMIZADOS	
	número de casos	%	número de casos	%
1	2	2.81	9	12.67
2	7	9.85	15	21.12
3	15	21.12	19	26.76
4	11	15.49	10	14.08
>5	36	50.70	18	25.35

Gráfica 10.

Método Anticonceptivo utilizado previo a la vasectomía



Gráfica 11.

Método Anticonceptivo Utilizado por los No Vasectomizados

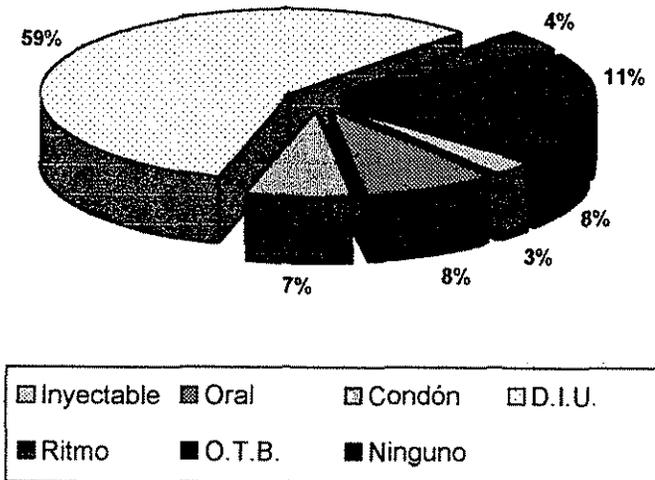


Tabla 10.

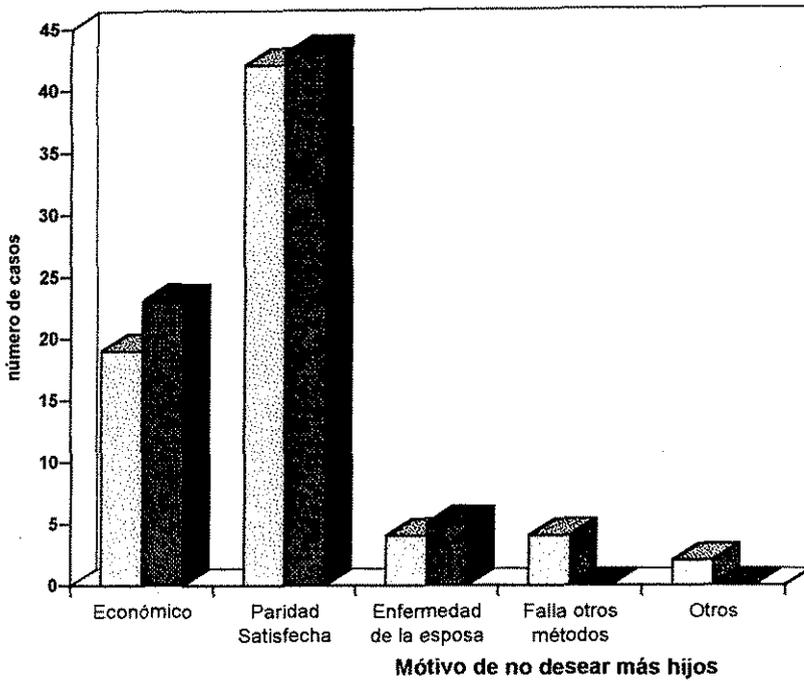
Método anticonceptivo utilizado	VASECTOMIZADOS (previamente)		NO VASECTOMIZADOS (actualmente)	
	NUMERO DE CASOS	%	NUMERO DE CASOS	%
Inyectable	0	0	2	2.81
Orales	23	32.39	6	8.45
Preservativos	10	14.08	5	7.04
D.I.U.*	30	42.25	41	57.74
Ritmo	3	4.22	3	4.22
O.T.B.**	1	1.40	8	11.26
Ninguno	4	5.63	6	8.45

* DIU dispositivo intrauterino

** OTB obliteración tubaria bilateral

Gráfico 12.

Motivo de no desear más hijos.



□ Vasectomizados ■ No Vasectomizados

Tabla 11.

Motivo de no desear más hijos	VASECTOMIZADOS		NO VASECTOMIZADOS	
	número de casos	%	número de casos	%
Económico	19	26.76	23	37.39
Paridad satisfecha	42	59.15	43	60.56
Enfermedad de la esposa	4	5.63	5	7.04
Incompatibilidad o falla de otro método	4	5.63	0	0
Otros	2	2.81	0	0

Gráfica 13.

Quién decidió primero en no tener más hijos

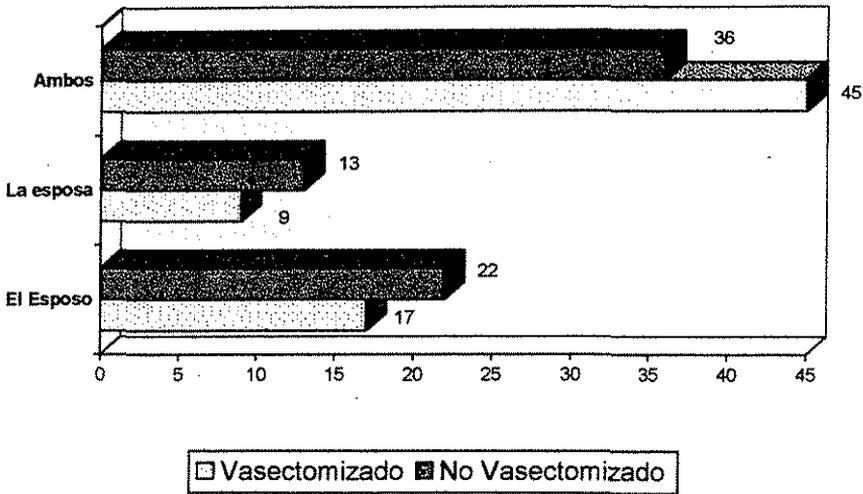


Tabla 12.

¿Quién decidió primero en no tener más hijos?	VASECTOMIZADOS		NO VASECTOMIZADOS	
	número de casos	%	número de casos	%
Esposo	17	23.94	22	30.98
Esposa	9	12.67	13	18.30
Ambos	45	63.38	36	50.70

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

Gráfica 14.

Motivo por el cual solicito información sobre la Vasectomía



Tabla 13.

Motivo por la que solicito información sobre la Vasectomía	VASECTOMIZADOS	
	número de casos	%
Paridad Satisfecha	39	54.92
Enfermedad de la esposa	21	29.57
Por ser un método definitivo y sencillo	11	15.49

Gráficas 15 y 16

Como se entera sobre la Vasectomía

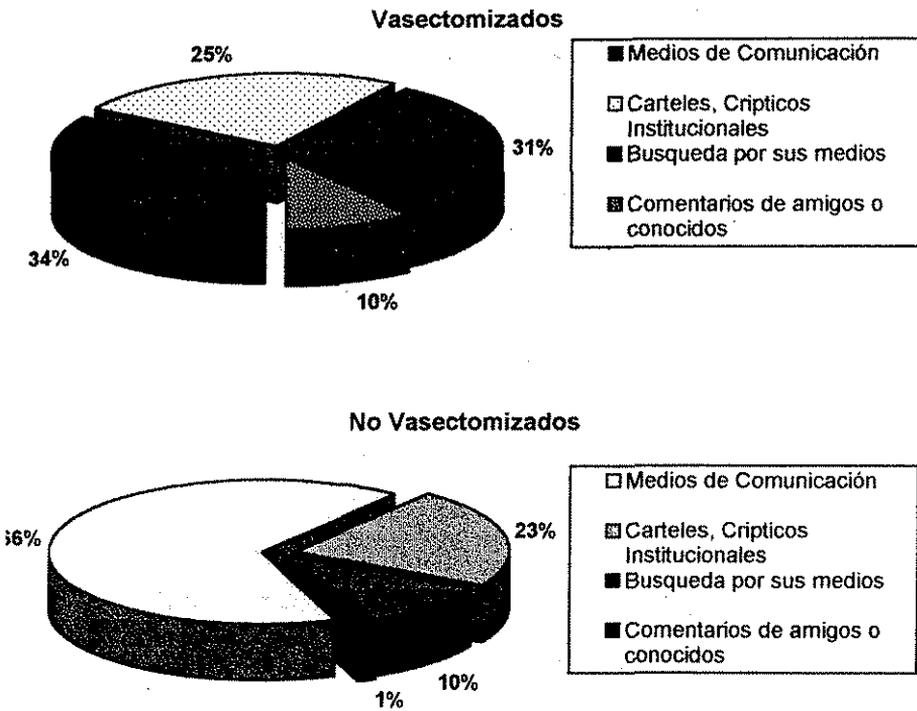


Tabla 14.

Como se entera sobre la Vasectomía	VASECTOMIZADOS		NO VASECTOMIZADOS	
	número de casos	%	número de casos	%
Medios de Comunicación	24	33.80	47	66.19
Carteles o cripticos Institucionales	18	25.35	16	22.53
Búsqueda por sus medios	22	30.98	7	9.85
Amigos o conocidos	7	10.29	1	1.40

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

Gráfica 17.

Conoce a alguien personalmente que se haya realizado la Vasectomía

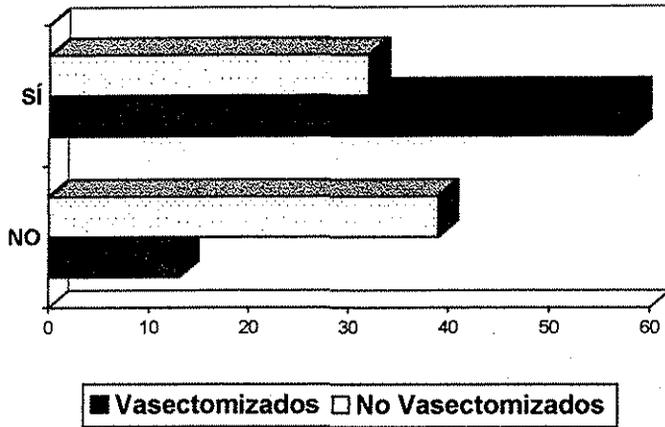


Tabla 15.

Conoce personalmente a alguien que se haya realizado la Vasectomía	VASECTOMIZADOS		NO VASECTOMIZADOS	
	número de casos	%	número de casos	%
Sí	58	81.69	32	45.07
No	13	18.30	39	54.92

Gráfica 18.

Qué opinión le dieron sobre la Vasectomía

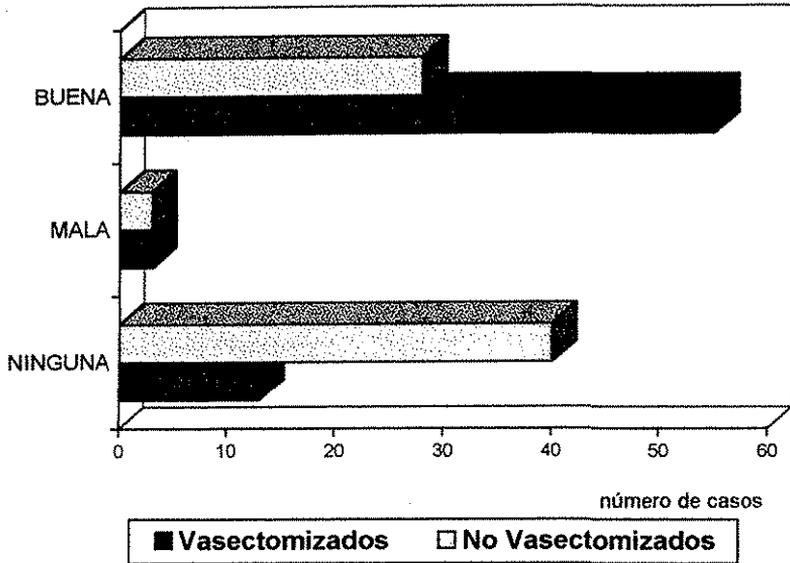


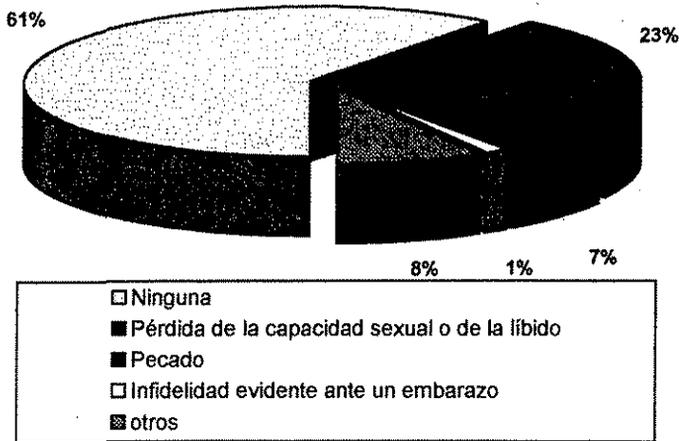
Tabla 16.

Que opinión le dieron acerca de la Vasectomía	VASECTOMIZADOS		NO VASECTOMIZADOS	
	número de casos	%	número de casos	%
Buena	55	77.46	28	39.43
Mala	3	4.22	3	4.22
Ninguna	13	18.30	40	56.33

Gráficas 19 y 20.

Comentarios Negativos acerca de la Vasectomía

Vasectomizados



No Vasectomizados

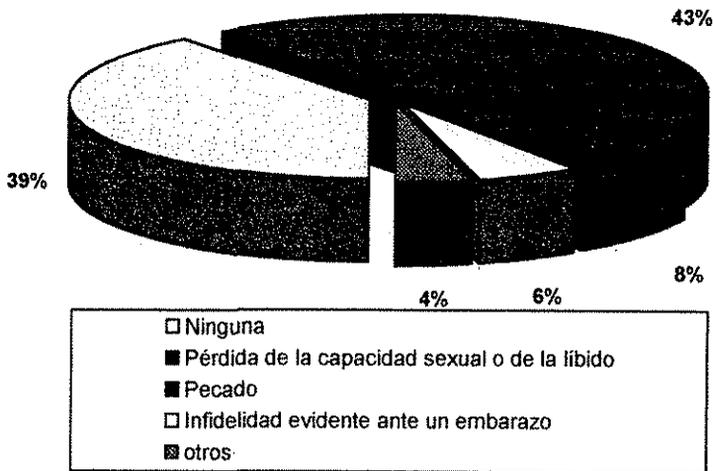


Tabla 17.

Comentarios Negativos acerca de la Vasectomía	VASECTOMIZADOS		NO VASECTOMIZADOS	
	número de casos	%	número de casos	%
Perdida de la Capacidad sexual o del deseo	16	22.53	30	42.25
Infidelidad evidente ante un embarazo	1	1.40	4	5.63
Pecado	5	7.04	6	8.45
Otros	6	8.45	3	4.22
Ninguna	43	60.56	28	39.43

Gráfica 21.

Tenia Información adecuada acerca de la Vasectomía

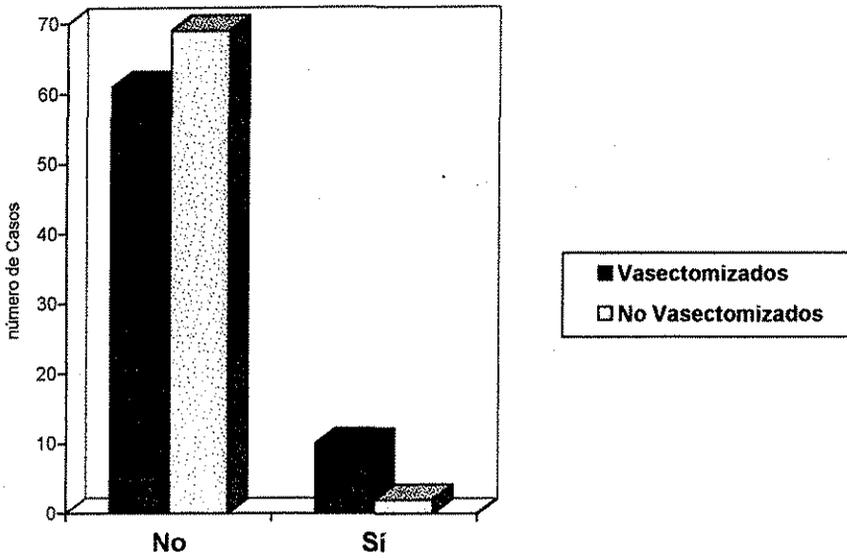
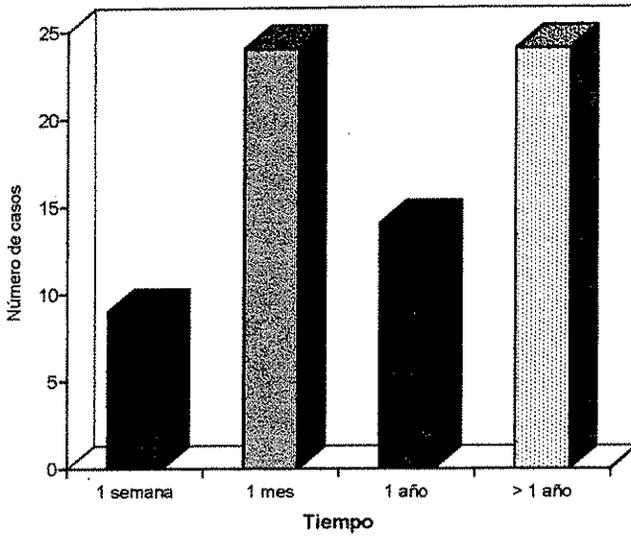


Tabla 18.

Considera que tenía usted información adecuada acerca de la vasectomía	VASECTOMIZADOS		NO VASECTOMIZADOS	
	número de casos	%	número de casos	%
No	61	85.91	69	97.18
Sí	10	14.08	2	2.81

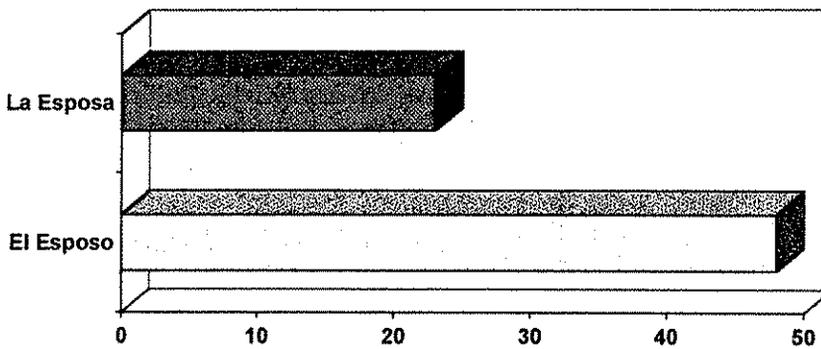
Gráfica 22.

Cuanto tiempo previo a la Vasectomía solicito información



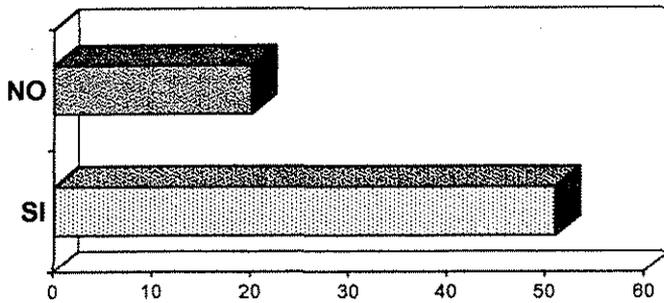
Gráfica 23.

Quién decidió primero el uso de la Vasectomía



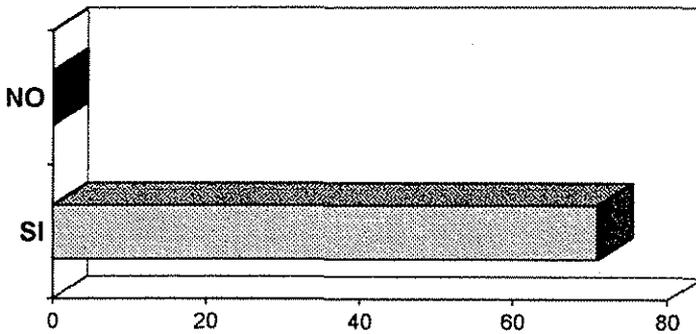
Gráfica 24.

Consideraron otro método definitivo en la esposa



Gráfica 25.

Hubo necesidad de obtener mayor información acerca de la Vasectomía



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Gráfica 26.

Creé usted que hace falta información sobre la Vasectomía

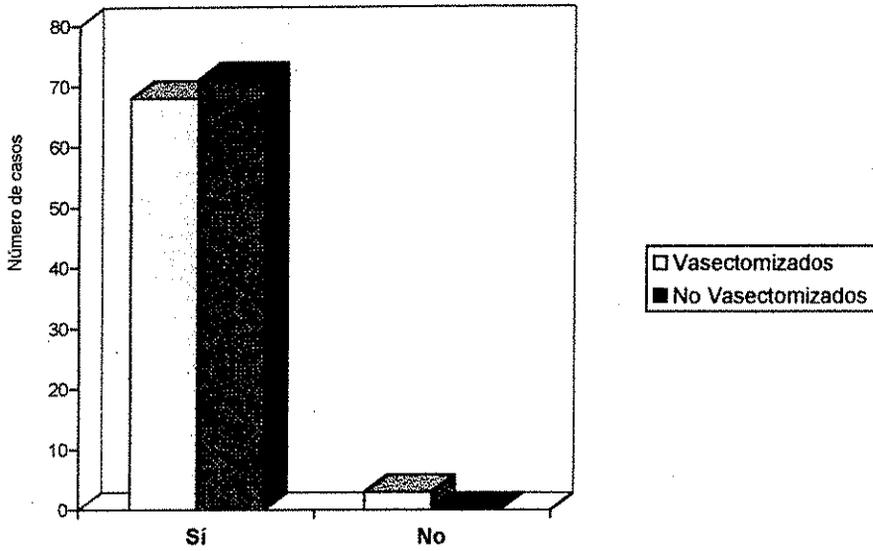


Tabla 19.

Cree que falta información acerca de la Vasectomía	VASECTOMIZADOS		NO VASECTOMIZADOS	
	número de casos	%	número de casos	%
SI	68	95.77	71	100
NO	3	4.22	0	0

Gráfica 27.

Motivo por el que no aceptan realizarse la Vasectomía

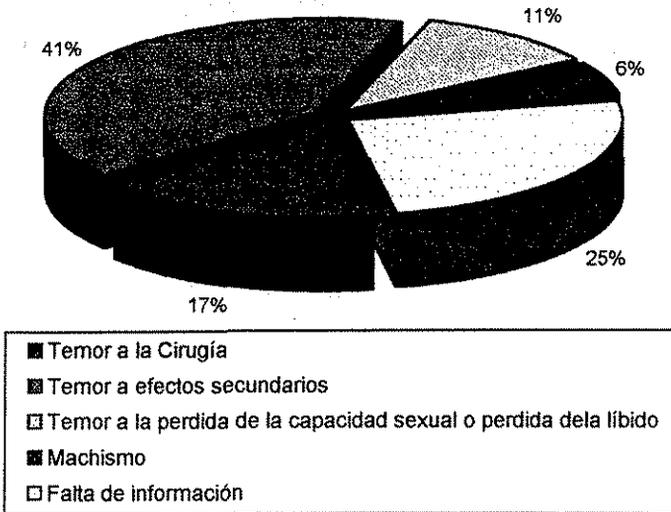


Tabla 20.

Motivo por la que no acepto realizarse la vasectomía	NO VASECTOMIZADOS	
	número de casos	%
Temor a la Cirugía	12	16.90
Temor a efectos secundarios	29	40.84
Temor a pérdida del placer o capacidad sexual	8	11.26
Machismo	4	5.63
Falta de información	18	25.35

Gráfica 28.

Es Derechohabiente al Instituto Mexicano del Seguro Social

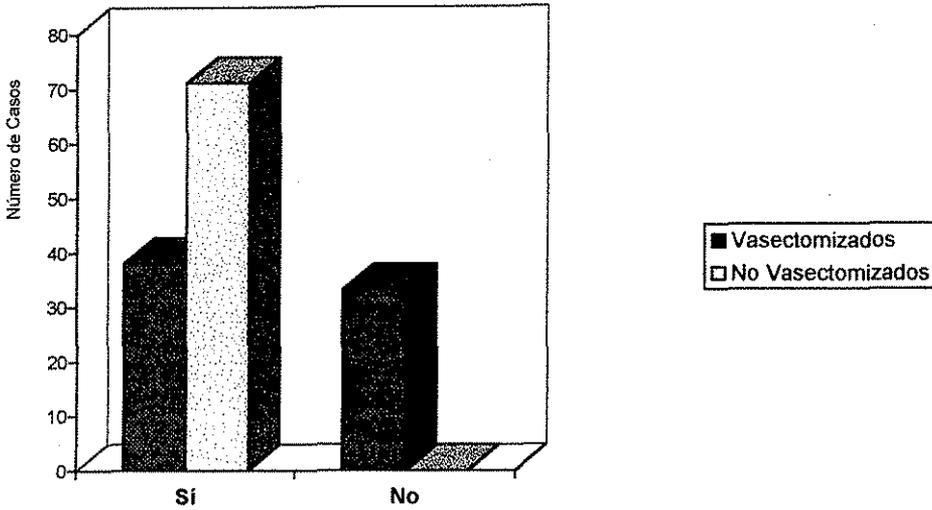


Tabla 21.

Es derechohabiente al Instituto Mexicano del Seguro Social	VASECTOMIZADOS		NO VASECTOMIZADOS	
	número de casos	%	número de casos	%
Sí	38	53.52	71	100
NO	33	46.47	0	0

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

Conclusiones.

En este estudio se obtuvo que la edad promedio en ambos grupos fue similar, encontrándose entre la tercera y cuarta década de la vida, así como la edad de la esposa, no habiendo diferencias entre ellos mismo que no influyo en la decisión de realizarse o rechazar la vasectomía.

Su estado civil en la mayoría fue casados, con un tiempo de unión de 5 a 15 años y promedio de hijos de 2.4, siendo matrimonios estables y con paridad satisfecha.

En más del 90% de ambos grupos practicaban una religión y solo en menos del 8% influyo en rechazar el procedimiento, no considerándose significativo.

El grado escolar fue superior en los pacientes vasectomizados en su mayoría profesionistas, con una mejor ocupación y mayor ingreso, siendo lo contrario en el grupo de no vasectomizados, por lo que son factores predominantes en la toma de decisión para realizarse la vasectomía.

En los dos grupos utilizaron un método anticonceptivo siendo él mas usado el Dispositivo Intrauterino, los hormonales orales y el preservativo en los Vasectomizados en orden progresivo de preferencia, y en los no vasectomizados la Obliteración Tubaría Bilateral y los hormonales orales.

Las dos causas por las que decidieron no tener más hijos fue la paridad satisfecha y su situación económica, y en más de la mitad de los casos la pareja estuvo de acuerdo mutuamente.

En los Vasectomizados más del 50% tenia paridad satisfecha, y consideraron otro método definitivo en ella, el estado de salud de la esposa influyo en considerar este método, además de ser un método rápido, sencillo, definitivo y con mínimas complicaciones.

En más de la mitad de los Vasectomizados habían escuchado del procedimiento por medios de comunicación, carteles o crípticos institucionales, y los demás tuvieron que investigar o les fue comentado por amigos, en la mayoría tenían conocidos que se la habían realizado con comentarios buenos acerca de ella. Los comentarios negativos fueron mínimos y el que más predominó fue la pérdida del deseo o capacidad sexual, mismo que no influyó en su deseo de realizarse la Vasectomía.

En los no vasectomizados la mayoría se enteraron por medios de comunicación, carteles o crípticos, pocas opiniones recibieron por terceras personas y pocos conocían a alguien que se había realizado el procedimiento, en casi la mayoría de los casos les dieron comentarios negativos, siendo la pérdida del deseo o de la capacidad sexual el comentario que más predominó, mismo que influyó en no considerar a la vasectomía como método de planificación familiar definitivo para él. En los pacientes vasectomizados el esposo fue el que tomó la decisión a realizarse el procedimiento, pero el tiempo para realizársela fue considerable después que tuvo que solicitar o investigar más acerca de la Vasectomía y de haber considerado otro método definitivo en la esposa.

En ambos grupos el 100% de los casos consideran que hay poca difusión y promoción acerca del procedimiento, y todos los vasectomizados tuvieron que buscar información por sus medios para poder decidir realizársela, de estos un 46% no eran derechohabientes del IMSS y aun así acudieron.

El 100% de los no vasectomizados rechazaron el procedimiento ante el temor a los efectos secundarios, alteraciones en el deseo sexual o libido, a la cirugía y por machismo.

Sugerencias:

1. Promover la Vasectomía como un método de planificación familiar definitivo en el esposo.
2. Difundir que es un procedimiento sencillo, rápido, no invásivo, con mínimos riesgos quirúrgicos y que no requiere mucho tiempo.
3. Puntualizar al usuario que no altera la capacidad sexual ni el deseo.
4. Intensificar las campañas para promover el procedimiento en la población derechohabiente al IMSS
5. Realizar campañas de información masivas de alto impacto, en la población general predominantemente en la de bajo recurso socioeconómico y bajo grado escolar.
6. Campañas dirigidas a la población masculina para promover el procedimiento.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Lugar y fecha _____

Por medio de la presente acepto participar en el proyecto de investigación:

Vasectomía toma de la decisión a realizársela o rechazarla en la UMF N° 28, delegación 3 Suroeste del Distrito Federal

Registrado ante el comité local de investigación medica con el numero _____

El objetivo de este estudio es conocer los principales factores que influyen en la aceptación o rechazo para realizarse la vasectomía

Se me ha explicado que mi participación consistirá en:
Responder a una encuesta

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes y molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio.

Puedo retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención medica que recibo del instituto

El investigador principal me ha dado seguridades de que no se me identificara en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se a comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera hacerme cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

Nombre y firma del paciente _____

Nombre, Matricula y firma del investigador principal _____

Testigos _____

ENTREVISTA SOBRE TOMA DE DECISIONES ACERCA DE LA VASECTOMIA

Nombre: _____

Antecedentes

1. ¿Es casado (o vive en unión libre)?
2. ¿Vive con su esposa o reside ella en otro lugar?
3. ¿Cuánto tiempo hace que se caso o unió?
4. ¿Cuántos hijos tiene? (de todas las uniones) ¿tiene hombres y mujeres?
5. ¿Qué edad tiene su hijo menor?
6. ¿Qué edad tiene el mayor?
7. ¿Desea tener mas hijos? Si la respuesta es positiva pase a la pregunta 11.
8. ¿Por qué motivos no desea tener más hijos?...¿Existen otras razones?...¿Cuál es la razón más importante?
9. ¿En que momento decidió que no deseaba tener más hijos?
10. ¿Quién decidió primero que no deseaba tener más hijos?...¿Usted o su esposa?...¿fue una decisión conjunta?...
11. ¿Alguna vez ha usado o ha hecho algo para espaciar los embarazos? ...¿usted o su pareja?...¿Cuales métodos utilizaba?... Píldora, DIU, inyección, Norplant, condón, Espuma, crema, jalea, Ritmo, calendario, abstinencia, ritmo, otro.
12. Después de que decidió que no deseaba más hijos ¿cuáles métodos utilizó?
13. ¿Qué métodos estaba utilizando cuando solicito información sobre vasectomía?
14. ¿Cuándo suspendió el uso de este método?
15. ¿Cuáles fueron sus motivos para suspender este método?...¿Cuál método está utilizando ahora?
16. Si nunca practico la anticoncepción: ¿por qué nunca utilizo un método anticonceptivo?...¿Ha oído hablar de otros métodos de planificación familiar?... ¿cuales?...Píldora, DIU, Inyecciones, Norplant, Condón, espuma, Crema, Jalea, Esterilización femenina, Abstinencia, Retiro, Ritmo, Calendario, Otro.
17. En su opinión: ¿Quién debe tomar la decisión sobre el tamaño de la familia? El esposo, la esposa o conjuntamente
18. En su opinión ¿de quien es la responsabilidad de hacer o usar algo para evitar los embarazos? del esposo o la esposa ¿Porque?...

Información sobre vasectomía.

19. ¿Cuáles fueron las razones o hechos de su vida que lo llevaron a solicitar mayor información sobre la vasectomía?...¿Cuánto hace aproximadamente que esto ocurrió?...
20. ¿Cómo se entera usted por primera vez sobre la vasectomía?...¿Cuánto tiempo hace de esto?...
21. Antes de averiguar sobre la vasectomía, ¿Con quien comento al respecto?...
22. ¿Conoce personalmente algún hombre que se hay practicado la vasectomía?... ¿Cuántos?...¿Qué son de usted esas personas?...¿Qué comentarios hicieron ellos sobre la vasectomía?...¿Qué comentarios buenos ha escuchado acerca de la vasectomía?...
23. ¿Por qué otros medios obtuvo información sobre vasectomía?...¿Qué le comentaron sobre la vasectomía los médicos, enfermeras o trabajadoras sociales?...¿algunas ventajas o desventajas?...¿le dijeron si era definitiva?...
24. ¿Qué comentarios buenos ha escuchado acerca de la vasectomía?...
25. ¿Qué comentarios malos ha escuchado acerca de la vasectomía?...¿quién hizo estos comentarios malos?...¿los creyó usted?...¿Que otros comentarios malos?...Perdida de placer o capacidad sexual, Una infidelidad evidente ante un embarazo, Perdida de la capacidad física temporal, pecado

Decisión de practicarse la vasectomia

26. ¿Hubo algún motivo particular por el cual solicitó información sobre la vasectomía cuando lo hizo?...
27. ¿Consideraron alguna vez usted y su esposa la ligadura de trompas (operación femenina) como una opción en lugar de la vasectomía?...
28. ¿Converso con su esposa acerca de la vasectomía?...
29. ¿Sabe su esposa que usted solicitó información sobre la vasectomía?...
30. ¿Quién trató primero el tema de la vasectomía, usted o su esposa?...¿hace cuanto?...¿Cómo surgió el tema?...
31. ¿Quién se mostró al comienzo más interesado en la idea de la vasectomía, usted o su esposa?...
32. ¿Quién dijo primero " usemos la vasectomía"?...si fue usted, ¿estuvo su esposa de acuerdo?...Si fue ella ¿Cuál fue su reacción?...
33. ¿Qué lo hizo pensar que la vasectomía podría ser una opción adecuada comparada con los demás métodos anticonceptivos?
34. ¿ Que hizo después de haber decidido que la vasectomía podía ser una opción para usted?...¿solicitó información adicional en una clínica?...¿cómo supo a donde acudir?...¿converso con alguien además de su esposa?
35. ¿Estuvo su esposa de acuerdo con su decisión de consultar sobre la vasectomía?...Si la respuesta es negativa ¿Por qué no?...
36. ¿Qué ha decidido sobre la vasectomía? ...¿Va a operarse?...NO. Si la respuesta es negativa, ¿cuánto tiempo transcurrió desde el momento en que obtuvo la información que necesitaba sobre la vasectomía hasta cuando decidió no practicársela?...SI. Si optó por la vasectomía o esta indeciso ¿por qué no se ha operado todavía?
37. ¿Cuales fueron los motivos más importantes que lo llevaron decidir no hacerse la vasectomía?...Económicos, de salud, Temor de los efectos secundarios, Temor alas operación
38. ¿Tuvo problemas para obtener información sobre la vasectomía?...¿Qué tipo de problemas?
39. Cuando ocurrió a la clínica a solicitar información acerca de la vasectomía, ¿El personal apoyo su decisión?
40. ¿Quién o quienes fueron las personas que más apoyaron su interés en la vasectomía?

Preferencia por la vasectomía (únicamente para los que decidieron operarse)

41. Si fuera a practicarse la vasectomía, ¿preferiría que la realizara un médico de esta ciudad o viajaría a otra ciudad?
42. ¿Por qué preferiría esto?
43. ¿Lo acompañaría su esposa a la clínica a conversar con alguien sobre la vasectomía?...Si ¿ Por qué lo haría?...No ¿Por qué no lo haría?
44. ¿ Lo acompañaría su esposa a la clínica a que le practicaran la vasectomía?...Si ¿Por qué lo haría?...No ¿Por qué no lo haría?...
45. Si se practicara la vasectomía, ¿comentaría su experiencia con otros hombres?...

Datos personales

¿Qué edad tiene?

46. ¿ Se ha casado una o más de una vez?
47. ¿Qué edad tiene su esposa?
48. ¿Cuál fue el último grado escolar que curso usted?
49. ¿Qué religión practica usted?
50. ¿A que tipo de trabajo se dedica
51. ¿Cuantos salarios mínimos gana al mes?
52. ¿Considera que tenía usted información adecuada acerca de la vasectomía?
53. ¿Cree usted que hace falta información sobre la vasectomía

BIBLIOGRAFÍA

- ¹William R, Kingler. Network en Español Otoño 1997, vol 18, Número 1, pág 26-28
- ²Haws JM, and JT Pollack AE Institución AVSC New York Clinical aspect of vasectomías performance in Unites States 1996, Source Urology 52(4):685-91, 1998
- ³Jean Francois, Jean Pierre and et al. Vasectomía en Québec de 1977 a 1997. Source Cahiers de Sociología Demographic Medical 39(1):41-58, 1999
- ⁴CONAPO, Situación de la Planificación Familiar en México, Indicadores de Anticoncepción. 16-24, 1996
- ⁵Alexander NJ. Future Contraceptives. Scientific American. 1995:137-40
- ⁶Priyadarshi, Shivam and et al. No Scalpel Vasectomy. Journal of andrology. 20(1)1997:25
- ⁷Finger WR. La Vasectomia ofrece muchas ventajas. Network work en español 18(1)1997:1-6
- ⁸Haws J.M and Feigin J. Vasectomy counseling. American Family Physician. 52 (5)1995:1395-9
- ⁹Begany T Consult Stat: Making sure Vasectomy Patients are Informed (alternatives). American Family Physician. 59(2) 1996:69
- ¹⁰Troy Borema. Vasectomy closure Tchniques. American Family Physician. 61(2)2000:305
- ¹¹Swingl, and et al. Safety and effectiveness of vasectomy. Am Soc. Reprod Med. 73(5)2000:923-36
- ¹²Timothy LC, and et al. Vasectomy Techniques. American of Family Physician. 60(1)1999:137-46
- ¹³.Morison, Gary E.C. MD. Best Vasectomy Tecnique. The Journal Of Family Practice. Vol 49(2) 2000; 177-182 .
- ¹⁴. Davis LE Stockton MD No-scalpel vasectomy. Prim Care 1997;24:433-61.
- ¹⁵.Skiver M, Skovsgaard F, Miskowiak j. convetional or li vasectomy . a questionari study.Br j. Urologia 1997;79:596-8
- ¹⁶.Kumar U. Kazy RM. Sing I Singhatl. S. Kumaran V. An Evaluation of the No scapel Vasectomy tecnique, Source BJU Internacional 83(3):283-4 .1999.
- ¹⁷ Maatman, Thomas J D. Aldrin, Lisa bgs; Patient noncompliance after vasectomy fertility and sterility. 1997;68; 552-5