



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

**UNIDAD ACADÉMICA UMF No. 23  
TUXTLA GUTIÉRREZ, CHIAPAS**

**APTITUD CLÍNICA DE MÉDICOS FAMILIARES PARA EL  
OTORGAMIENTO  
DE MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN  
MEDICINA FAMILIAR**

**PRESENTA:**

**DRA. IRASEMA VANESSA COLIN BARRANCO**

**TUXTLA, GTZ.**

**2015**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**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.

**APTITUD CLÍNICA DE MÉDICOS FAMILIARES PARA EL  
OTORGAMIENTO DE MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR.**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN  
MEDICINA FAMILIAR.**

PRESENTA:

**DRA. IRASEMA VANESSA COLIN BARRANCO**



AUTORIZACIONES:

**DR. MARTÍN VELÁZQUEZ BRAVO**

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA  
FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES EN UMF No. 23 IMSS EN TUXTLA

GUTIÉRREZ, CHIAPAS.




**DRA. BRENDA GISELA CASTILLEJOS ANLEU.**

ASESOR DE CONTENIDO.

**DR. JOSÉ RAMÍRO CORTÉS PON.**

ASESOR METODOLÓGICO

TUXTLA GUTIÉRREZ, CHIAPAS.



**DRA. BEATRIZ ESCOBAR PADILLA.**

COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD

H.G.Z. No. 2 DEL IMSS.

TUXTLA GUTIÉRREZ, CHIAPAS 2015

**APTITUD CLINICA DE MEDICOS FAMILIARES PARA EL  
OTORGAMIENTO DE METODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA  
FAMILIAR**

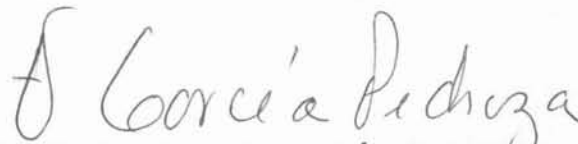
**PRESENTA**

**DRA. IRASEMA VANESSA COLIN BARRANCO**


**AUTORIZACIONES**



**DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GÓMEZ CLAVELINA**  
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



**DR. FELIPE DE JESUS GARCÍA PEDROZA**  
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN DE LA  
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



**DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES**  
COORDINADOR DE DOCENCIA DE LA  
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.

## **INDICE:**

Resumen.....	6
Antecedentes.....	7
Planteamiento Del Problema.....	27
Justificación.....	29
Objetivos .....	30
Hipótesis.....	31
Material y Métodos.....	32
Procedimiento.....	35
Instrumento de medición.....	37
Operacionalización de Variables .....	40
Análisis de datos .....	42
Aspectos éticos.....	43
Carta de consentimiento informado.....	44
Recursos humanos, físicos, financieros .....	45
Cronograma De Actividades.....	46
Resultados.....	47
Discusión.....	58
Conclusión.....	61
Bibliografía.....	62
Anexos.....	68

## **Correspondencia**

(1) Autor Asociado. Médico Residente de Medicina Familiar en la modalidad semi - presencial, adscrito a la UMF No 23 de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas. Domicilio: Séptima Oriente Norte No 1040 Colonia Centro, Tuxtla Gutiérrez Chiapas. [colin\\_vane@hotmail.com](mailto:colin_vane@hotmail.com)

(2) Autor Responsable. Dra. Brenda Gisela Castillejos Anleu. Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud en la UMF No. 13 Tuxtla Gutiérrez, Chiapas. [juniqua@hotmail.com](mailto:juniqua@hotmail.com)

**Colín BIV\*, Cortés PJR\*\*, Castillejos ABG\*\*\*.**

\*Residente del curso semi-presencial de Especialización en Medicina Familiar, UMF 23, IMSS, Tuxtla Gutiérrez, Chis.

\*\*Subdirector HGZ 02 T.V. Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.

\*\*\*Coordinación Clínico de Educación e Investigación en Salud, UMF 13, IMSS, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas. Delegación Chiapas.

## ***APTITUD CLÍNICA DE MÉDICOS FAMILIARES PARA EL OTORGAMIENTO DE MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR***

### **Resumen.**

#### **Objetivo:**

Determinar la aptitud clínica de los médicos familiares en el otorgamiento de métodos de planificación familiar.

#### **Material y métodos:**

El estudio se realizó en la UMF 13 y UMF 23 de la Ciudad de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas; mediante la aplicación de un instrumento de evaluación para aptitud clínica, el cual se otorgó a todos los médicos familiares y generales adscritos a estas unidades y que aceptaron participar en el estudio.

Se diseñó, validó y aplicó un instrumento de evaluación, en forma de cuestionario, elaborado para evaluar la aptitud clínica de los médicos adscritos a la consulta externa, mediante la problematización de casos clínicos reales sobre planificación familiar.

**Palabras clave:** aptitud clínica, métodos de planificación familiar y medicina familiar.

### **ANTECEDENTES:**

En épocas recientes y en prácticamente todo el mundo, la educación se ha visto envuelta en una gran crisis tras seguir una línea tradicional que se adecua a la mentalidad consumista prevalente en nuestras sociedades y en la cual los educadores sólo responden parcial e improvisadamente ante la realidad, generando alumnos que a lo más desarrollan aspectos memorísticos.<sup>1</sup>

En la idea conductista de Watson y neoconductista o del reforzamiento de Skinner, el profesor enseña y el alumno aprende, y se recompensan la docilidad, pasividad, obediencia ciega, sumisión y el respeto irreflexivo por el conocimiento establecido.

El interés del cognoscitvismo está en el procesamiento humano de la información que se asimila en forma acrítica. La participación del alumno, en general, consiste en interiorizar, almacenar, transformar y recuperar datos. La actividad en la solución de problemas se limita al sistema cognitivo y la información procede de la memoria a largo plazo.<sup>2</sup>

Para entender la educación, se han propuesto desde hace casi dos décadas dos corrientes divergentes de pensamiento y acción en el campo educativo: la pasiva y la participativa. El criterio para tal definición se centra en el papel del alumno ante el conocimiento: espectador – consumidor ó protagonista – elaborador.<sup>3</sup>

La educación pasiva al desalentar o no estimular al alumno a cuestionar, indagar y desarrollar un punto de vista propio, propicia el aprendizaje de técnicas fuera del contexto de su uso habitual; el recuerdo de voluminosa información. La perspectiva participativa de la educación tiene como condición de posibilidad la reflexión sobre la experiencia vital de quien la aprende.<sup>4</sup>



Impera la educación pasiva, resultante de un sistema económico, hegemónico donde la escuela forma parte del aparato ideológico utilizado para controlar y reproducir socialmente la clase y la cultura dominante en su beneficio.<sup>5</sup>

La medicina es el arte y la ciencia que se ocupa de servir al hombre, de luchar y protegerlo contra sus enfermedades, de aliviar sus sufrimientos, de conservar su salud, de ayudarlo a rehabilitarse y a vivir con la máxima plenitud de sus facultades.<sup>6</sup>

La clínica, sustento de la práctica médica, se refiere al estudio ordenado de las diversas manifestaciones de enfermedad, sean éstas reveladas por el interrogatorio, el exámen físico o con el apoyo de procedimientos auxiliares, con el propósito de precisar un diagnóstico, aplicar un tratamiento, establecer un pronóstico, instituir medidas preventivas o de rehabilitación apropiadas a un paciente en particular.<sup>7</sup>

La experiencia, es el conocimiento que se adquiere gracias a la práctica y reconoce a la experimentación como el camino para lograrla. En la vida cotidiana el ejercicio continuo de la medicina conforma la práctica y equivocadamente se piensa que la experiencia se instituye sólo por los años de práctica, sin reflexionar en lo que se hace y cómo se hace, sin experimentar y probar alternativas que tiendan a la superación de lo que se hace.

La práctica rutinaria genera pocas dudas, lo que trae como consecuencia autocomplacencia e inmovilidad o, peor aún, se incurre en la ilusión de que se es un “experto”, de que ya se “sabe todo lo requerido”, no se problematiza ni se indaga, lo que impide profundizar y, por lo tanto, el refinamiento de habilidades clínicas no se logra o sus alcances son muy limitadas.<sup>8</sup>

La reflexión crítica es un camino divergente de la práctica rutinaria. Aprender a criticar la propia experiencia es un largo proceso de esclarecimiento para cobrar conciencia de las limitaciones y alcances de las acciones para solucionar problemas clínicos, que abre la posibilidad de caminos distintos para profundizar en la clínica y propiciar el desarrollo de la aptitud clínica.<sup>9</sup>

La aptitud alude a un conjunto de habilidades metodológicas y prácticas entrelazadas que confieren poderosos recursos de crítica y autocrítica a la experiencia reflexiva, en una direccionalidad de superación permanente.

Aptitud clínica, definida como la actuación del médico ante situaciones clínicas problematizadas, que incluye poner en juego ciertas capacidades como la reflexión, discriminación entre alternativas, elección y desición entre las opciones, donde involucra su propio criterio.

En el concepto de aptitud se entrelaza e integra lo afectivo, lo psicomotor y lo cognitivo en una nueva síntesis, evitando la disociación y la dispersión a la hora de reflexionar sobre aconteceres y de evaluar.<sup>10, 11</sup>

La educación medica debe enfocarse al desarrollo de aptitudes clínicas que favorezcan en el médico mayor éxito en la resolución de problemas, sin embargo, los cursos de capacitación no tienen influencia favorable notoria en el desempeño de los médicos que acuden a ellos, la capacitación clínica se limita a cursos monográficos en los cuales los médicos actúan como receptores de información, sin análisis crítico de la misma.

En el contexto educativo del primer nivel de atención médica, el dominio de actividades pasivas, ha propiciado la falta de desarrollo de las aptitudes necesarias para un aprendizaje autónomo.<sup>12</sup>

Identificar el problema y asignar una estrategia de solución no es un proceso mecánico de materialización de conceptos, se trata de encontrar otras formas, de acuerdo con las condiciones particulares, para enfrentar la problemática que nos plantean nuestras propias circunstancias.

Si bien todos los modelos educativos tienen como base lo asentado en el currículo académico, no debemos olvidar que el dominio de los contenidos por sí mismos no hace la diferencia en una práctica médica apropiada. Uno de los problemas que propicia el énfasis en los contenidos es la desvinculación entre éstos y el ejercicio de la medicina, donde los criterios de relevancia, consistencia, congruencia, indicación, oportunidad, individualización, priorización y pericia son fundamentales en la relación médico – paciente.

Habitualmente los logros educativos se basan en evaluaciones fincadas en ciertos objetivos referidos a los contenidos de un programa académico.

La evaluación suele estar desvinculada de la realidad de los servicios, orientada a explorar el recuerdo de cierta información que, aunque sea relevante, es muy limitada porque no se puede encasillar en un objetivo de aprendizaje, la complejidad de una intervención o de un conocimiento profundo.<sup>13</sup>

Es importante partir de la premisa de que el mejor sistema de evaluación es insuficiente para agotar la diversidad de las manifestaciones de la educación médica y de que un método de evaluación por sí sólo no alcanza a dar respuesta a las necesidades de información de las acciones educativas emprendidas.

En México existe un abismo entre la riqueza del discurso en torno a la evaluación y la pobreza relativa de los hechos. La evaluación de la aptitud

clínica como eje de análisis se debe a que su estudio revela el tipo de experiencia a la que han estado expuestos los médicos como un indicador del ambiente académico.<sup>14</sup>

En el ámbito médico, evaluar la aptitud clínica es un reto mayor, ya que implica considerar el desempeño clínico desde diferentes aspectos que no se dan con la simple observación del quehacer diario, involucra hacer objetivo lo inaparente, tratar de medir lo que no se ve, de ahí que para identificar el desarrollo de la aptitud clínica a través de la evaluación instrumentada, los casos clínicos reales condensados representan una adecuada opción, ya que en ellos se trata de discriminar el conocimiento clínico explorando como responde el médico cuando recrea su experiencia clínica.<sup>15</sup>

La mayoría de los instrumentos de evaluación en el modelo pasivo – receptivo consisten en exámenes escritos de opción múltiple, diseñados con base en objetivos y contenidos temáticos especificados en programas académicos donde se explora la información que el alumno es capaz de recordar. Tomando como base que la educación debe ser activo – participativo, es necesario construir instrumentos de medición con atributos de validez y confiabilidad para explorar la aptitud clínica.

Algunos investigadores han elaborado instrumentos de evaluación que se aproximan a medir el aprendizaje derivado de la práctica clínica, para constituir un testimonio adecuado de aprendizaje; los instrumentos tipo: VERDADERO, FALSO Y, NO SE permiten explorar con mayor profundidad el desarrollo de la aptitud clínica, ya que el evaluado necesita recurrir a su experiencia para decidir sus respuestas.<sup>16</sup>

Para profundizar en la aptitud clínica, en la visión participativa, de la educación se propone no consumir la información sino elaborarla y transformarla; la información debe surgir básicamente de la experiencia y de la reflexión sobre ésta. La participación apela a la motivación, iniciativa, e inventiva del educando, por lo que éste se convierte en el protagonista de su propio proceso educativo.<sup>17</sup>

La planificación familiar es uno de los programas prioritarios nacionales en materia de salud sexual y reproductiva en México. Implica el estudio y manejo de la utilización de anticonceptivos, la salud materna, la infertilidad y la salud sexual.

Planificación familiar es una serie de medidas educativas que tienen por objeto informar y orientar a las parejas en la toma de decisiones de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de los hijos que decidan tener, mediante la utilización y prescripción médica de los diversos métodos anticonceptivos.<sup>18</sup>

## **METODOS ANTICONCEPTIVOS**

Son sustancias o instrumentos que se utilizan con la finalidad de evitar embarazos no deseados.

### **CLASIFICACIÓN:**

#### **- TEMPORALES:**

1) Hormonales:

Orales (Pastillas simples mensuales y combinadas mensuales).

Inyectables (Hormonales simples mensuales o bimensuales y hormonales combinados mensuales y bimensuales).

Implante Subdérmico: Duración de 3 años.

2) Dispositivo intrauterino medicado con cobre.

3) Preservativo o condón.

4) Otros métodos de barrera.

5) Naturales o de abstinencia periódica.

**- PERMANENTES O NO REVERSIBLES:**

1) Salpingoclasia.

2) Vasectomía tradicional o sin bisturí.

(Véanse indicaciones, contraindicaciones, indicaciones para reforzar la consejería, efectos secundarios y especificaciones de los métodos de planificación familiar en Anexos).<sup>19</sup>

El control de la natalidad ha sido utilizado por culturas antiguas desde la época Antes de Cristo (a.c.) El hombre se ha preocupado por buscar una forma de permitirle a la mujer ver la maternidad como una opción y no como destino, por lo que para entender esto hay que tomar en cuenta el origen y la evolución de esta tarea.

El papiro Petric o K ahun, escrito 850 años a.c. está contenida la prescripción más antigua de la anticoncepción. Otros documentos con similar antigüedad son el papiro Ebers del año 1500 a.c. y el papiro Berlín del año 1300 a.c.

Desde épocas primitivas se utilizaban hierbas y extractos acuosos de plantas con propiedades anticonceptivas, entre ellas el zumo de limón y el extracto de vaina de caoba.

En el antiguo Egipto se utilizaban diversos preparados intravaginales que actuaban como barrera o espermicidas, entre éstos destacan el uso del

excremento de cocodrilo o de elefante y los pesarios de miel con goma arábica obtenida del árbol de la acacia y que libera ácido láctico al fermentarse. La combinación de las propiedades adhesivas y de barrera de la miel se combinaba con la acción espermicida del ácido láctico, produciendo un efecto anticonceptivo.

Aristóteles, fue el primero en mencionar la anticoncepción, considerando que el aceite de cedro, por su suavidad al ser untado en la matriz que tuvo contacto con el semen, impedía la concepción. Debido a que el aceite reduce la movilidad de los espermatozoides. Dioscórides, quien ejerció con posterioridad a la época de Aristóteles, se dedicó a estudiar y enlistó las hierbas que mezcladas con miel ocasionaban la anticoncepción.

Los griegos usaban la anticoncepción postcoital situándose la mujer en cuclillas, lo que aumentaba la presión intrabdominal, para intentar expulsar el semen de la vagina. También practicaban el coito interrumpido y la limpieza vaginal digital. Soranus, ginecólogo griego del siglo II, les recomendaba a las mujeres que dieran siete saltos hacia atrás después del coito. A las mujeres europeas se les recomendaba que hicieran mover la rueda de un molino cuatro veces a media noche. Tanto griegos como romanos utilizaban el aborto como método para control de la natalidad. Los griegos, como Hipócrates, utilizaban la inserción de sustancias a través del cuello uterino con tubos de plomo huecos y los romanos empleaban plumas de patos con el mismo fin.

Los antiguos hebreos practicaban la anticoncepción con la continencia sexual y la utilización de pesarios de barrera como el tampón de algodón llamado mokh. Al parecer tenían conocimiento acerca de la época fértil del

ciclo sexual de la mujer, ya que Moisés señalaba un lapso de siete días desde el final de la menstruación hasta el período de fertilidad.

Sorano de Efeso (98- 138) escribió un texto que fue encontrado en 1838, que contiene lo que para algunos es la más brillante y original relación de las técnicas anticonceptivas descritas antes del siglo XIX.

Durante la Edad Media, la iglesia católica dominó el continente europeo y los conocimientos acerca de la anticoncepción estuvieron restringidos. La iglesia estaba influenciada por las enseñanzas de San Agustín (354 –430) y de Santo Tomás de Aquino (1225 – 1274), los cuales se pronunciaban en contra del control de la natalidad. San Agustín condenaba todo tipo de anticoncepción incluso en parejas casadas y Tomás de Aquino, años más tarde retomó el problema. Posteriormente se permitieron los métodos naturales de planificación familiar por parte de la iglesia, pero la encíclica papal *Humanae Vitae* (1968) de nuevo condenó la anticoncepción artificial.

En el mundo islámico de la Edad Media, al no ser prohibida la anticoncepción por la religión, se permitían numerosas medidas de control de la natalidad tales como la expulsión del semen de la vagina mediante violentos movimientos del cuerpo, el uso de fumigaciones intravaginales diversas y el empleo de supositorios anticonceptivos vaginales.

El preservativo, uno de los métodos más antiguos, fue descrito por primera vez en el siglo XVI como "una vaina para el pene confeccionada con lino y destinada a evitar la transmisión de la sífilis". Sin embargo, no tuvo difusión hasta 2 siglos después, no sin ser criticado y causar escándalo en diversos medios, por lo que fue llamado por algunos "la revolución de las francesas".



Entre corrientes a favor y otras en contra de la anticoncepción se debate todo el período de la Edad Moderna y no es hasta principios del siglo XX, cuando la enfermera Margaret Higgins Sauger, conmovida por la miseria y sufrimiento de las familias numerosas de barrios pobres de New York y tras la muerte de una mujer a consecuencia de un aborto criminal, crea una clínica para estos fines en Brooklyn en 1916; dedicando así toda su vida al control de la natalidad.

En 1915, Marie Stopes encuentra a Margaret y se suma al movimiento de control de la natalidad abriendo una clínica en Londres en 1921.

La anticoncepción ha tenido muchas campañas en su contra. El método del ritmo fue el único admitido sin reservas por la iglesia católica. El filósofo John Stuart Mill fue perseguido por la policía por haber intentado divulgar un folleto de anticoncepción y Lord Amberley, padre de Bertrand Russell, que fue uno de los grandes defensores de la regulación de la natalidad, le ocasionó muchos disgustos y una gran polémica en revistas como British Medical Journal que atacaba vio lentamente tan “escandalosas prácticas”.

En 1932 Ogino en Japón y en 1933 Knauss en Austria, descubrieron que en el ciclo de la mujer hay unos días fértiles y otros infértiles y que si se evita la relación sexual en los días fértiles, podía regularse la natalidad. Este método adquirió gran difusión hasta fines de los años 50 en que apareció la píldora.

Los antecedentes de los dispositivos modernos fueron los pesarios colocados en el cuello del útero. El primer dispositivo intrauterino diseñado específicamente para la anticoncepción, fue un anillo de fibra de gusano de seda, descrito por Richter, médico alemán. El interés moderno por el procedimiento en cuestión data de la comunicación del alemán Gräfenberg que

describió una espiral de platino en 1921 que prevenía el embarazo y que contó con gran oposición. Tuvo que pasar más de un cuarto de siglo, para que apareciera en 1948 un caso informado sobre el empleo de éste. El anillo de Gräfenberg, caído en el olvido, volvió a ser resucitado por 2 trabajos: uno de Oppenheimier en Israel y otro de Ishihoma en Japón. El ingenio japonés, al utilizar dispositivos plásticos, inertes y económicos, permitió extenderlos a grandes poblaciones. Después de su perfeccionamiento, se crearon infinidad de tipos de dispositivos intrauterinos. Zipper en 1968 en Estados Unidos, demostró, por primera vez, las propiedades antifertilizantes del cobre metálico en la cavidad uterina. La "T" y el "7" de cobre son los más conocidos.

La técnica de los plásticos ha permitido crear sustancias de una porosidad determinada que son capaces de liberar moléculas de un determinado tamaño en forma gradual. Así, se ha calculado un retículo de tamaño tal que pueda liberar hormonas (moléculas de progesterona) poco a poco. Estos dispositivos no actúan ya solamente por su acción mecánica, sino por el efecto hormonal.

Hasta inicios de la década de los años setenta los servicios de planificación familiar no estaban en manos de personal médico, pues estos temas no eran incluidos en los programas de estudio de las escuelas de medicina y fue la aparición de "la píldora" lo que produjo un cambio al comprobarse que esta tenía efectos secundarios graves.<sup>20-23</sup>

En 1965 la Corte Suprema de Justicia de los Estados Unidos derogó las leyes que prohibían el uso de anticonceptivos.

En 1930 se cambió el nombre de Control de la Natalidad por el de Planificación Familiar, incluyendo infertilidad, consulta matrimonial, educación sexual e investigación. El movimiento es mundial, ha rebasado el terreno

privado y se han infiltrado en organismos nacionales e internacionales. Aunque Margaret Sanger lo concibió para fomentar la salud familiar, su concepción actual es muy compleja. Su movimiento rebasó las fronteras de su patria y en 1922 visitó Asia, estimulando la planificación en India, China y Japón, países que actualmente cuentan con clínicas modelo. Para Latinoamérica el movimiento es más reciente, después de la II Guerra Mundial, y su introducción ha obedecido, más que todo, a presiones de naciones que ejercen liderazgo regional.<sup>24</sup>

Los primeros estudios de investigación operativa en planificación familiar en países en vías de desarrollo se realizaron en los años cincuenta en India y Puerto Rico, Tailandia, Bangladesh y Pakistán por Cuca y Pierce en 1977; a principios de la década de los sesenta en Corea con Keeny, 1966; Taiwán con Chow, Hsu y cols. en 1966. La Universidad de Harvard, la Fundación Ford, el Population Council y la Universidad de Michigan proporcionaron asistencia técnica a muchos de estos proyectos. En numerosos países asiáticos, los programas nacionales de planificación familiar construyeron rápidamente su infraestructura de investigación, y a principios de los setenta habían institucionalizado programas de investigación aplicada. En América Latina, la investigación operativa se inició en los años sesenta y en la región de África subsahariana comenzó en los setenta.

En América Latina, la prevención del aborto estaba entre los objetivos de los primeros programas de planificación familiar, por ejemplo el de BEMFAM (Sociedad Civil del Bienestar Familiar de Brasil), en Brasil, y el de PROFAMILIA (Fundación de la Asociación Probienestar de la Familia Colombiana), en Colombia. En los países en donde el aborto es legal, en

Corea del Sur, por ejemplo, los programas de planificación familiar incluían el procedimiento como método programático.

Otra meta de los programas de planificación familiar era disminuir la fecundidad, porque se consideraba que una tasa elevada constituía una barrera para el progreso económico y social, ya que un rápido crecimiento de la población hace que se incurra en altos costos sociales, principalmente en cuanto a educación, salud, empleo y vivienda.

La fecundidad elevada implica también una pobre condición en cuanto a salud reproductiva. Las mejoras a la salud por las que lucharon los primeros programas de planificación familiar fueron la disminución de la mortalidad y la morbilidad materna, perinatal e infantil. Desde que se organizaron los primeros programas de planificación familiar, los embarazos de mujeres muy jóvenes o de edad avanzada, los embarazos a intervalos cortos, los embarazos no deseados y los abortos inducidos en condiciones de riesgo se entendían como riesgos potenciales para la salud de las mujeres y de los hijos que esperaban. Fue para aminorar estos peligros que se diseñaron y organizaron los programas de planificación familiar a nivel mundial.<sup>25</sup>

En Europa y América del Norte a comienzos del siglo XVIII, durante dos siglos (1750 a 1950), se presentó la primer ola de transiciones demográficas, económicas y urbanas a nivel mundial.

En el último medio siglo, las regiones menos desarrolladas del mundo iniciaron la misma transición. En la mayoría de esas regiones disminuyó rápida y espectacularmente la mortalidad, se logró en uno o dos decenios lo que los países desarrollados habían conseguido en uno o dos siglos, y los efectos demográficos de esas reducciones de la mortalidad fueron de magnitud muy

superior. El proceso ha continuado con un descenso de las tasas de fecundidad, muy rápidamente en el Asia oriental y sudoriental y en América Latina, y más lentamente en África.

Las experiencias son diferentes de un país a otro. En la India, un reciente estudio de los componentes del crecimiento urbano entre 1961 y 2001 reveló que la proporción atribuible al crecimiento natural en ese período oscilaba entre un 51% y un 65%. En América Latina, un 65% del actual crecimiento urbano emana del aumento de natalidad, pese a las pronunciadas reducciones de las tasas de fecundidad, especialmente en zonas urbanas. Caso contrario a China donde el aumento de urbanización es la migración de sitios rurales a la ciudad.<sup>26</sup>

En México los orígenes de la planificación familiar se remontan hasta mediados de los años sesenta, con la fundación de la clínica de planificación familiar que actualmente es el Instituto Nacional de la Nutrición, la instauración de un programa de investigación del IMSS en el cual se proporcionaba anticoncepción oral en forma selectiva, y el trabajo de la Fundación para Estudios de la Población, A.C. (Actual Mexfam) y de la Asociación Prosalud Materna que se origina a fines de los años cincuenta; estas dos últimas son las principales proveedoras de servicios. El Programa de Planificación Familiar asume un diseño propio y específico a partir de la Ley General de Población de 1974 que creó el Consejo Nacional de Población (CONAPO), organismo integrado por representantes de diversas dependencias del sector público que tiene el cargo de la planeación demográfica, con la idea de buscar coherencia entre el desarrollo económico y social de la Nación y los fenómenos demográficos.<sup>27</sup>

En la actualidad casi en todas partes existen mayores probabilidades de que las mujeres más ricas usen métodos anticonceptivos modernos, en comparación con las que son más pobres que ellas. La disparidad de uso entre las ricas y las pobres se acentúa en los países con bajos niveles de uso de anticonceptivos en general, como Uganda. En lugares como Honduras, el uso general de anticonceptivos puede elevarse y las mujeres pobres seguir rezagadas al respecto. La disparidad generalmente empieza a menguar únicamente cuando los anticonceptivos se vuelven algo fáciles de obtener y ampliamente utilizados, como ocurre en Colombia; si bien en Bangladesh, donde el uso no es universal, el gran empeño de los programas de planificación familiar ha reducido la diferencia entre pobres y ricos al poner dichos servicios a disposición de todos, incluidos los pobres en comunidades rurales.

Un problema importante de los programas de planificación familiar es el índice de deserción y los motivos que les llevan a hacerlo. La razón más común respecto a la píldora y DIU son los efectos secundarios y temores sobre el riesgo de la salud que pueda representar su uso. Cuando existen altos niveles de cese en el uso, como en Etiopía y la República Dominicana, los programas de planificación familiar deben prestar mayor atención a la asesoría que dan a las usuarias y al seguimiento de las mismas para ayudarles a superar los obstáculos que las llevan a abandonarlo.

Actualmente la esterilización femenina es el método anticonceptivo más común, ya que lo utilizan una quinta parte de las mujeres casadas en todo el mundo. La esterilización masculina, es mucho menos común en la mayoría de los países. En las regiones en desarrollo, el uso de métodos anticonceptivos es mayor en América Latina y el Caribe, seguido de Asia. En el África

subsahariana más de tres cuartas partes de las mujeres casadas no us an ningún método. <sup>28</sup>

Planificación a nivel mundial:	Cualquier método:	Método moderno:
- MUNDO	63.0%	57.0%.
- África	30.0%	25.0%
- Canadá	81.0%	72.0%
- USA	72.9%	68.5%
AMERICA CENTRAL:		
- México	68.4%	60.0%
- Nicaragua	68.6%	66.1%
- Honduras	65.2%	56.4%
- Guatemala	43.3%	34.5%
- El Salvador	67.3%	61.9%
- Costa Rica	80.0%	72.0%
- Belice	56.1%	49.3%
CARIBE:	62.0%	58.0%
AMERICA DEL SUR:		
- Bolivia	58.4%	34.9%
- Brasil	76.7%	70.3%
- Colombia	78.2%	68.2%
- Ecuador	72.7%	59.4%
- Paraguay	72.8%	61.6%
- Perú	71.3%	47.6%
ASIA ORIENTAL:	55.0%	36.0%
- Arabia Saudita	31.8%	28.5%
- Emiratos Arabes Unidos	27.5%	23.6%
- Iraq	49.8%	39.7%
- Turquía	71.0%	43.1%
ASIA MERIDIONAL CENTRAL:	54.0%	46.0%
- Afganistán	0.3%	8.5%
- India	56.3%	48.5%
- Irán	73.8%	55.9%
- Pakistán	29.6%	21.7%
SUDESTE ASIATICO:	60.0%	53.0%
ASIA ORIENTAL:	85.0%	83.0%
- China	86.9%	85.9%
- Corea del Norte	68.8%	58.4%
- Corea del Sur	80.5%	66.9%
- Japón	55.9%	55.1%
EUROPA:		
- Reino Unido	84.0%	81.0%

- Austria	67.9%	64.6%
- Francia	79.3%	75.7%
- Suiza	82.0%	77.5%
- Bulgaria	41.4%	25.6%
- Rumania	70.3%	38.2%
- España	71.9%	66.9%
- Albania	75.1%	8.0%
- Grecia	61.3%	33.6%
- Italia	60.2%	39.2%
OCEANIA		
- Australia	84.8%	74.9%
- Nueva Zelandia	74.1%	71.5%

No obstante, las medidas adoptadas en las últimas décadas del siglo XX han dejado de ser suficientes ya que por un lado, en algunos de los países con tasas de fecundidad por debajo de los niveles de reemplazo, la población sigue creciendo debido al gran número de mujeres en edad de procrear. Por el otro lado, la fecundidad en la mayor parte del mundo en desarrollo continúa superando los niveles de reemplazo demográfico. Serán esos países, en África y Asia, los que contribuirán con casi la totalidad del incremento demográfico mundial hasta 2050. Si la fecundidad continúa por encima de los niveles de reemplazo en estos países, la población mundial no llegará a estabilizarse por sí misma. Por ello, de acuerdo con Butz (2005), resulta de gran importancia que se continúe invirtiendo en la mujer, la planificación familiar y el desarrollo.

29

En México a partir de 1974, con el cambio de la política de población y del impulso de los programas de planificación familiar, la fecundidad comenzó a descender vertiginosamente. En unos cuantos años, esta pauta se generalizó a casi todos los grupos sociales: entre 1974 y 1980 la tasa global de fecundidad descendió de seis a 4.7 hijos por mujer; descendió a casi cuatro hijos en 1985;



alcanzó 2.9 hijos en 1994, registró 2.65 hijos en 1997 y se estima que en la actualidad asciende a 2.4 hijos por mujer.

De 1990 – 2000 Guerrero y Puebla eran las entidades federativas con la mayor tasa global de fecundidad (3 hijos por mujer), seguidas por Chiapas, San Luis Potosí y Oaxaca (2.9 hijos, en cada caso). El Distrito Federal presentó la menor fecundidad del país (1.8 hijos), seguido por Nuevo León, Baja California Sur, Morelos, Colima, Sinaloa, Tamaulipas y Sonora, donde cada mujer tendría al final de su vida reproductiva 2.1 hijos (es decir un nivel de reemplazo intergeneracional). Dichas brechas entre las entidades federativas continúa acortándose, de tal manera que la distancia que separa a Chiapas, el estado con la mayor tasa global de fecundidad en 1990, del Distrito Federal, la entidad con la menor fecundidad, se redujo de 2.3 a 1.1 hijos(as) en ese periodo.<sup>30</sup>

Según la CONAPO en 2002 la tasa global de fecundidad era de 2.3 hijos por mujer y en el 2006 de 2.1. En los estados con mayor carencia el nivel de fecundidad es mayor que en aquellos con mejor nivel de desarrollo. El nivel educativo de las mujeres es un factor determinante en su fecundidad. Se registró que Guerrero, Chiapas y Oaxaca tienen el menor porcentaje de usuarios con 50.7, 54.6 y 56.4% respectivamente; en contraste con D.F. 79%, Estado de México 77.8%, Baja California Sur 77.7%, Sinaloa 77.6%, Sonora 77.1% y Nuevo León 77.1%.

La demanda insatisfecha sigue siendo un problema en la actualidad y entre los sectores más afectados se encuentran las mujeres indígenas, las residentes rurales y las analfabetas, así como las adolescentes, sólo que éste último grupo no está desprotegido por falta de insumos, sino por una ideología cerrada para adquirir algún método de planificación familiar.<sup>31</sup>

TOTAL DE POBLACION NACIONAL Y ESTATAL: <sup>32</sup>

Estados Unidos Mexicanos            Total: 103263388

Hombres: 50249955

Mujeres: 53013433

Chiapas                                    Total: 4293459

Hombres: 2108830

Mujeres: 2184629

GRUPO DE MUJERES EN EDAD FERTIL:

Estados Unidos Mexicanos    60463729

Chiapas                                    2349464

El total de usuarias activas en el país es de 10474351 y en Chiapas es de 472855. <sup>33</sup>

A pesar que en los últimos años el número de nacimientos a nivel nacional se ha reducido, la prevención del embarazo no planeado en los adolescentes sigue siendo un tema prioritario en salud reproductiva. <sup>34</sup>

Actualmente los jóvenes han aprendido que las personas pueden manejar su capacidad reproductiva. De hecho los jóvenes sexualmente activos conocen los métodos de planificación familiar, pero no recurren con frecuencia a la práctica, de ahí que la demanda insatisfecha sea elevada. <sup>35</sup>

La tarea de planificación familiar sigue inconclusa. A pesar de los grandes avances de las últimas décadas, más de 120 millones de mujeres a nivel mundial quieren evitar el embarazo, pero ellas ni sus parejas están

utilizando anticoncepción. Hay muchas razones por las que no se ha resuelto esa necesidad: los servicios y los insumos todavía no se encuentran disponibles en todos lados, o las opciones son limitadas. El miedo a la desaprobación social o a la oposición de la pareja plantea barreras. El temor a efectos colaterales e inquietudes relacionadas con la salud frenan a mucha gente; otros no conocen las opciones anticonceptivas y su utilización. Todas estas personas necesitan ayuda ahora.<sup>36</sup>

El acceso determina si las personas interesadas se ponen en contacto con un proveedor de planificación familiar, mientras que la calidad y las barreras médicas afectan la decisión de adoptar un método y la motivación para continuar su uso. Los problemas de acceso incluyen la dificultad de acceder a un punto de prestación de servicios, el costo de los servicios y productos básicos, horas de atención, saber dónde buscar servicios, y factores como los estigmas sociales que hacen que la gente pierda el interés en buscar servicios. La calidad de atención puede ser medida a nivel de política, prestación de servicios o cliente. La perspectiva del cliente resulta útil pero no basta como medida de calidad; también son importantes las mediciones objetivas. Las barreras médicas son prácticas que dificultan el uso anticonceptivo y que se basan en ciertos razonamientos médicos injustificados, tales como considerar contraindicaciones obsoletas y exigir exámenes físicos y pruebas de laboratorio innecesarias, entre otras muchas, etc.<sup>37</sup>

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:**

En la actualidad la educación se ha basado en una fórmula de aprendizaje de lo ya establecido. Se han olvidado en todos los campos, la importancia del raciocinio, la crítica y la individualización de problemas, lo que nos ha convertido en una sociedad pasivo-dependiente, lo cual nos limita cada día y va minando nuestro desarrollo y el potencial para una mejora en el campo profesional. Todas las profesiones se han visto aletargadas por este tipo de educación y el ámbito médico, no podía ser la excepción; sin embargo nos hemos olvidado, de que en medicina, no podemos darnos el lujo de equivocarnos, pues se trata de vidas humanas, no de cosas u objetos desechables o reemplazables, ya que cada equivocación o error conlleva a una repercusión en la salud. Cada día la educación se basa más en función de lo novedoso y lo costoso, en vez de valorar las necesidades humanas. Se basa en la memorización, en la subordinación al conocimiento ya establecido, se ha olvidado ya la crítica, la clínica y lo que es más importante la individualización de problemas. Desde la perspectiva de la educación es importante romper con el aprendizaje pasivo-dependiente e iniciar con la educación participativa que se transformará en una experiencia práctica, basada en la reflexión, experiencia vital, inquietudes, preocupaciones y dilemas del alumno constituyendo su situación del conocimiento y sea éste el que lo motive a aprender y a aumentar su experiencia clínica.

Salud, según la OMS, es el completo bienestar físico, biológico y social de una persona; y, en cuanto a planificación familiar, se debe optar por ofrendar un método que cumpla con éstos requisitos en cada solicitante, por lo tanto

sería importante valorar si en la actualidad se está cumpliendo con dichos requerimientos.

¿CUÁL ES LA APTITUD CLÍNICA DE MÉDICOS FAMILIARES DE LA U.M.F No. 13 Y 23 PARA OTORGAR MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN LA CONSULTA EXTERNA?

## **JUSTIFICACION:**

Llama la atención el hecho de que el número de aceptantes de métodos anticonceptivos en la U.M.F. No. 13, de la Ciudad de Tuxtla Gutiérrez, disminuyó notoriamente en el 2007 y, tomando como premisa que Planificación Familiar es uno de los programas prioritarios de salud en el Instituto Mexicano del Seguro Social y que el responsable de la promoción y aplicación de los métodos de planificación, es el médico familiar, se considera relevante valorar la aptitud clínica en los médicos de primer nivel de atención en cuanto a la aplicación de éstos.

Cabe mencionar que en el IMSS existe un módulo de atención de planificación familiar, el cual está a cargo de una enfermera, que si bien está capacitada para promocionarlos y entregarlos, no así para indicarlos, ya que esto necesita del estudio individual de cada solicitante, así como de la valoración de los diferentes factores que se involucran para la determinación del mejor método por el que se decida el solicitante, sea o no derechohabiente.

## **OBJETIVOS:**

### **- GENERALES:**

- Determinar la aptitud clínica de los médicos familiares en el otorgamiento de métodos de planificación familiar.

### **- ESPECIFICOS:**

- Elaborar un instrumento de medición para evaluar la aptitud clínica para el otorgamiento de métodos de planificación familiar.
- Validar el instrumento de evaluación.
- Aplicar una prueba piloto en médicos pasantes en servicio social.
- Aplicar un instrumento de medición para evaluar la aptitud clínica para el otorgamiento de métodos de planificación familiar.
- Determinar la edad promedio de los médicos participantes.
- Determinar el género de los médicos participantes.
- Determinar los años de antigüedad.
- Determinar los años de egreso académico.
- Determinar el grado académico.
- Determinar el tipo de residencia con la que cuentan (tradicional o semipresencial).

**HIPÓTESIS:**

La aptitud clínica de los médicos familiares en el otorgamiento de métodos de PF es baja tomando como referente los antecedentes de trabajos de investigación previos en Médicos Familiares.



## **MATERIAL Y METODOS:**

El estudio se realizó en las Unidades Médicas número 13 y 23 de la Ciudad de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas; la aplicación del instrumento se llevó a cabo en mayo del 2009.

El diseño del estudio realizado es transversal, observacional y exprofeso.

El estudio se llevó a cabo en todos los médicos familiares y generales con adscripción en la Unidad Médico Familiar número 13 Y 23 de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas; que en su totalidad fueron 64.

Los criterios de inclusión fueron 2: Todos los médicos familiares y generales que se encontraban laborando en las U.M.F No. 13 y 23 de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas y que estuvieran adscritos a la consulta externa de medicina familiar.

Los criterios de exclusión fueron: Médicos que no se presentaron el día de la aplicación del instrumento de evaluación, ya sea por vacaciones, incapacidad o permiso y los médicos que no aceptaron participar en el estudio.

La unidad de análisis fue la aptitud clínica para otorgar métodos de planificación familiar.

Para explorar la aptitud clínica se elaboró y validó un instrumento con casos clínicos reales. El instrumento está integrado por ciento veinticinco enunciados que evalúan cinco indicadores:

- Reconocimiento de **Factores de Riesgo**: 35 enunciados.
- Reconocimiento del **método de planificación familiar apropiado**: 29 enunciados.
- Reconocimiento de las **indicaciones** para el método de planificación familiar: 23 enunciados.

- Reconocimiento de las **contraindicaciones** para el método de planificación familiar: 16 enunciados.
- Reconocimiento de **efectos secundarios** en cada método de planificación familiar: 22 enunciados.

Para valorar el grado de desarrollo de la aptitud clínica se estableció una escala, tomando como base la fórmula de Pérez – Padilla y Viniegra. La escala es la siguiente:

- Aptitud **explicable por azar**: 0 – 21
- Aptitud **muy baja**: 22 – 42
- Aptitud **baja**: 43 – 63
- Aptitud **regular**: 64 – 84
- Aptitud **alta**: 85 – 105
- Aptitud **muy alta**: 106 – 126

El índice de confiabilidad de Kuder – Richardson es de 0.86.

#### TIPO DE ESTUDIO:

- Expo facto: Porque al realizar la medición los médicos ya han sido formados académicamente.
- Observacional: Ya que tiene como objeto la descripción de los fenómenos, no se manipula ninguna variable.
- Transversal: Porque se trata de una sola medición.

UNIVERSO DE TRABAJO: El estudio se llevó a cabo en todos los médicos familiares y generales con adscripción en la Unidad Médico Familiar número 13 Y 23 de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.

UBICACIÓN TIEMPO – ESPACIO: El estudio se realizó en la Clínica de Medicina Familiar 13 Y 23 de Tuxtla Gutiérrez, en el mes de Mayo del 2009.

### **CRITERIOS:**

#### CRITERIOS DE INCLUSION:

- Todos los médicos familiares y generales que se encontraron laborando en las U.M.F No. 13 y 23 de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.
- Adscritos a la consulta externa de medicina familiar.

#### CRITERIOS DE EXCLUSION:

- Médicos que no se presentaron el día de la aplicación del instrumento de evaluación, ya sea por vacaciones, incapacidad o permiso.
- Médicos que no aceptaron participar en el estudio.

#### CRITEROS DE ELIMINACION:

- Médicos que no contestaron completo el instrumento de evaluación.

### **TAMAÑO DE MUESTRA:**

Tipo de Muestreo: No probabilístico, por conveniencia (grupos naturales): El tamaño de muestra fue por conveniencia y son todos los médicos familiares y generales de las unidades de medicina familiar no 13 y 23 adscritos a la consulta externa de medicina familiar.

## **PROCEDIMIENTO:**

El estudio se realizó en la UMF 13 y UMF 23 de la Ciudad de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas; Se diseñó, validó y aplicó el instrumento de evaluación, en forma de cuestionario, elaborado para evaluar la aptitud clínica de los médicos adscritos a la consulta externa, mediante la problematización de casos clínicos reales sobre planificación familiar.

ADECUACION TEORICA: Se valoró el nivel de aptitud clínica en planificación familiar mediante el instrumento de evaluación de aptitud clínica, elaborado en forma de cuestionario de 5 casos clínicos problematizados obtenidos de expedientes clínicos de consulta externa, con enunciados que evaluaron los indicadores de: identificación de factores de riesgo para determinado método de planificación familiar, así como identificación del método adecuado, indicaciones, contraindicaciones, y efectos secundarios de los métodos de planificación familiar con opciones de respuesta de verdadero, falso y no se. El instrumento de casos clínicos problematizados consta de 5 casos clínicos reales, un paciente con características para indicar hormonal oral, uno para hormonal inyectable, uno para DIU, uno para OTB y uno para vasectomía, con enunciados que indagan la capacidad de reflexionar, discriminar entre alternativas, elección y decisión entre opciones donde involucra el propio criterio del médico y que exploran los indicadores necesarios para valorar el nivel de aptitud clínica.

ADECUACION EMPÍRICA: Se realizó por medio de las características del instrumento de evaluación para ser efectivo a la hora de recabar la información y cuenta con validez y confiabilidad.

VALIDACIÓN: La adecuación y validación de contenido del instrumento para valorar aptitud clínica se realizó mediante la evaluación de una ronda de cinco expertos en planificación familiar conocedores de la importancia que tiene el dominio de este tema a nivel médico (ginecólogos). Los reactivos con consenso 4 de 5 ó 5 de 5 fueron incluidos en el instrumento para su aplicación.

CONFIABILIDAD: Se utilizó la Prueba de Kuder - Richardson (fórmula 20) para estimar la consistencia interna de los instrumentos, la cual arrojó un resultado de 0.86. Se utilizaron también proporciones y promedios, para variables cuantitativas, así como y de dispersión.

## **INSTRUMENTO DE MEDICION:**

### **INDICADORES DE APTITUD CLINICA:**

a) Factor de riesgo: Presencia de una condición, dato clínico o antecedente que aumenta las posibilidades de que el paciente presente una complicación si usa determinado método anticonceptivo.

b) Apropiado: Es una razón válida para emplear cierto método ó métodos anticonceptivos de acuerdo a las características de un paciente.

c) Indicación: Método anticonceptivo claramente indicado que significa la mejor elección para el fin que se estima de acuerdo a las características del paciente.

d) Contraindicación: Es una condición o un factor que incrementa los riesgos involucrados en usar un método anticonceptivo comprometiendo al paciente de tal forma que haga cuestionable su uso.

e) Efectos secundarios: Es una reacción adversa por el uso de determinado método anticonceptivo en un paciente.

### **CALIFICACIÓN DEL INSTRUMENTO:**

Los enunciados del instrumento para valorar aptitud clínica se elaboraron con opciones de respuestas de verdadero (V), falso (F) y no se (NS), donde cada respuesta correcta sumará un punto, una incorrecta restará un punto y una respuesta “no se” no sumará ni restará puntos. Se calculó la máxima puntuación posible, además de las respuestas explicables por efecto de azar y de esta manera se obtuvo la escala de los niveles de aptitud clínica.

ESCALA: Se calculó la máxima puntuación, además de las respuestas explicables al azar logrando así la escala de los niveles de aptitud clínica, las cuales se clasificaran de la siguiente forma:

Muy alta: 106 - 126

Alta: 85 - 105

Regular: 64 - 84

Baja: 43 - 63

Muy Baja: 22 - 42

Explicable por azar: 0 - 21

APLICACIÓN: Posterior a la elaboración y validación del instrumento para evaluar la aptitud clínica el presente protocolo se sometió a consideración del Comité Local de Investigación No. 702 del Hospital General de Zona 2 del IMSS de Tuxtla Gutiérrez; y cuando fue aceptado, se informó a los directores de las UMF 13 y 23 para que en sesión general se den los detalles del presente estudio a los médicos a evaluar para posteriormente aplicar el instrumento en aula.

CALCULO DE CALIFICACIONES ESPERADAS POR EFECTO DE AZAR: Se calculó por medio de la prueba de Pérez - Padilla y Viniegra.

#### **VARIABLES:**

VARIABLE DEPENDIENTE: La aptitud clínica. Se refiere a la capacidad que el Médico Familiar tiene para reflexionar sobre situaciones clínicas problemáticas que incluye poner en juego la reflexión y discriminación entre alternativas de diagnóstico y tratamiento para lo cual debe imponer su propio criterio medico.

## VARIABLE INDEPENDIENTE:

Proceso Educativo: La forma tradicional de enseñanza donde el centro del proceso es el profesor quien otorgó información a los Médicos Familiares durante su formación profesional generalmente por medio de exposición teórica, siendo los alumnos los receptores de la misma.

Edad: Número de años cronológicos con los que cuenta el individuo al momento del registro.

Sexo: Características fenotípicas del sujeto de estudio al momento del registro.

Grado académico: Distinción otorgada por una institución educativa.

Tipo de especialidad: Variante educativa establecida con la finalidad de atender las condiciones y necesidades personales, puede ser tradicional o semipresencial.

Años de egreso académico: Lapso de tiempo transcurrido desde que finalizó su formación hasta el momento del registro.

Años de antigüedad laboral: Lapso de tiempo en el que ejerce profesionalmente.



## OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable	Tipo de Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Escala de medición	Indicador
Aptitud Clínica	Cualitativa	Cualidad que implica perfeccionamiento constante	Competencia del médico para identificar y resolver apropiadamente las situaciones clínicas problema	ORDINAL	Muy alta Alta Regular Baja Muy Baja Explicable por azar.
Proceso Educativo	Cualitativa	Tiempo durante el cual una persona adquiere conocimientos	La forma tradicional de enseñanza donde el centro del proceso es el profesor quien otorgó información a los Médicos Familiares durante su formación profesional generalmente por medio de exposición teórica, siendo los alumnos los receptores de la misma.	ORDINAL	Buena Mala Regular
Edad	Cuantitativo	Tiempo transcurrido desde el nacimiento	Edad cronológica del individuo al momento del registro	Razón	8,9,10,11,12
Sexo	Cualitativo	Concepción de macho y hembra	Características fenotípicas del sujeto de estudio al momento del registro.	Nominal	Masculino Femenino
Grado académico	Cualitativo	Nivel de estudios	Distinción otorgada por una institución educativa.	Nominal	Licenciatura, Especialidad
Modalidad de especialidad	Cualitativa	Forma de desarrollo de la especialidad	Variante educativa establecida con la finalidad de atender las condiciones y necesidades personales, sociales y	Nominal	Presencial ó Semipresencial

			económicas de los/as alumnos/as		
Años de egreso académico	Cuantitativa	Tiempo transcurrido desde que finalizó su formación académica	Lapso de tiempo transcurrido desde que finalizó su formación hasta el momento del registro	Razón	1,2,3,4,5,6
Años de antigüedad laboral	Cuantitativa	Tiempo que lleva laborando	Lapso de tiempo en el que ejerce profesionalmente	Razón	1,2,3,4,5,6

## **ANÁLISIS DE DATOS:**

PRUEBAS NO PARAMÉTRICAS: Prueba de Kuder - Richardson (fórmula 20) para estimar la consistencia interna de los instrumentos.

Para el criterio descriptivo se aplicaron la mediana y el porcentaje. En el criterio inferencial se usó la U de Mann – Whitney para las variables con medición ordinal y grupos no relacionados, junto con la prueba de Kruskal - Wallis para la medición ordinal y la comparación de más de dos grupos no relacionados. Se practicaron una calificación de instrumentos de medición de aptitud clínica, un concentrado y una captura de la información, así como procesamiento de datos. Para este fin se utilizó una PC equipada con los programas SPSS 17.00 para Windows.

PRUEBAS PARAMÉTRICAS: No se realizaron.

**ASPECTOS ÉTICOS:** El estudio fué factible de realizar y evaluar, cumpliendo con los códigos éticos establecidos en la declaración de Helsinki de 1964 y de Tokio en 1975, así como con las Normas de la Secretaria de Salud y del Instituto Mexicano del Seguro Social. Se realizó la hoja de consentimiento informado.

# CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN EDUCATIVA.

Lugar y Fecha

---

Por medio del presente acepto participar en el proyecto de investigación titulado:

Aptitud clínica en Médicos Familiares para el otorgamiento de métodos de planificación familiar

El objetivo del estudio es:

Determinar la aptitud clínica de los médicos familiares en el otorgamiento de métodos de planificación familiar.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en:

Resolver 5 casos clínicos y no dejar preguntas sin resolver.

El investigador principal se ha comprometido a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que la plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme de este estudio en cualquier momento que lo considere sin que ello afecte mi calificación.

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

---

Nombre y firma del médico residente.

---

Testigo.

**Dra. Irasema Vanessa Colín Barranco**

Nombre y firma del investigador principal.

Número telefónicos a los cuales puede comunicarse en caso de emergencia, dudas o preguntas relacionadas con el estudio: 961-19-521-86

**RECURSOS HUMANOS, FISICOS, FINANCIEROS:**

- FÍSICOS: U. M. F. No. 13 y 23.
- HUMANOS: Investigador y Asesores.
- FINANCIEROS: Se otorgaran por el investigador.

## CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES:

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES:	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero
a) Determinación del tema a estudiar. (2007)												
b) Selección de bibliografías. (2007)												
c) Elaboración del protocolo. (2008)												
d) Planeación metodológica. (2008)												
e) Elaboración de instrumento de evaluación. (2008)												
f) Aprobación del instrumento de evaluación, por expertos en el ramo. (2009)												
g) Aplicación del instrumento y recolección de información. (2009)												
h) Concentración de datos y análisis de resultados. (2009)												
i) Informe Final. (2009)												

## RESULTADOS

Se contempló a los médicos adscritos en dos Unidades de Medicina Familiar (UMF), con la siguiente distribución: UMF 13: Con 30 médicos familiares (46.8%) y UMF 23: Con 34 médicos familiares (53.1%).

El promedio de años de egreso académico para los médicos que solo cuentan con licenciatura fue de 19 años y para los médicos con posgrado en medicina familiar fue de 13.6 años.

Los promedios de años de antigüedad por UMF fueron: UMF 13 con 14.3 años y UMF 23 con 17.3 años.

La edad promedio en general fue de 45 años; en las mujeres la edad promedio fue de 44.2 años y en los hombres de 45.4 años.

La mayoría de los médicos cuentan con el posgrado en medicina familiar (90.6%), de los cuales el 75% realizaron la residencia en su modalidad presencial. (Cuadro I).

La mayoría de los participantes corresponde al género masculino con un 67.2% y la minoría fue el género femenino, con un 32.8%. (Cuadro I).

Al realizar el análisis de las medianas por cada uno de los indicadores, en los 64 médicos estudiados; 58 médicos familiares con especialidad y 6 médicos familiares sin especialidad, se encontró, respectivamente: En reconocimiento para factores de riesgo, 24 vs 26.5. En reconocimiento del método de planificación familiar apropiado, 18 vs 16.5. En reconocimiento de las indicaciones, 17 vs 16. En reconocimiento de las contraindicaciones 11 vs 11.5. En reconocimiento de los efectos secundarios 16 vs 17. (Cuadro II).



La evaluación de la aptitud clínica en los 64 médicos, sin tomar en cuenta la unidad, categoría, turno y género arrojó la siguiente información: La calificación baja se corresponde con el 59.4%. (Cuadro III).

Al evaluar las medianas de aptitud clínica, de acuerdo a la categoría de los médicos, se encontró que los médicos sin especialidad obtuvieron una mediana (51), con un rango de 17 – 71 y una desviación estándar de 18.76, contrastando con la obtenida por los médicos con especialidad (47), con un rango de 19 – 91 y desviación estándar de 14.12. (Cuadro IV).

Se evaluaron características como género, categoría y turno de los médicos familiares, por cada unidad evaluada: el género femenino, predominó en la U.M.F. No. 13 con 43.3% con respecto al 23.5% de la U.M.F. No. 23; el género masculino predominó en la U.M.F. No. 23 con 76.5% con respecto al 56.7% de la U.M.F. No. 13. En cuanto a la categoría, ambas unidades cuentan con el 90% y más, de médicos con especialidad médico familiar; y de 8 – 10 % para médicos familiares sin especialidad. La frecuencia de ambos turnos en la U.M.F 13 es de 15 y en la U.M.F. 23 es de 17. (Cuadro V).

Se observó diferencia aparente en las medianas de la calificación global por unidad médica, ya que la U.M.F. No. 13 presentó una mediana de 23 frente a 49 de la U.M.F. No. 23 con una diferencia no significativa  $p= 0.572$ ; en cuanto a los indicadores no hubo ninguna diferencia significativa con  $p = 0 > 0.05$ . (Cuadro VI).

La calificación global y por indicadores en cuanto a la antigüedad laboral, no presentó ninguna diferencia significativa en sus medianas. De acuerdo a

los resultados con la fórmula de Kruskal Wallis. Observándose la siguiente distribución: en el parámetro Calificación Global de 1 – 9 años de antigüedad (53), en el de 10 – 19 años (47) y en el de 20 – 29 años (45) con  $p= 0.861$ . En el parámetro de Factores de Riesgo de 1 – 9 años de antigüedad (26), de 10 – 19 años (24) y en el de 20 – 29 años (24) con  $p= 0.632$ . En parámetro de Método Apropriado de 1 - 9 años (17), de 10 – 19 años (18.5) y de 20 – 29 años (17) con  $p= 0.632$ . En el parámetro de Indicaciones de 1 -9 años (17) de 10 – 19 años (16.5) y de 20 – 29 años (16) con  $p= 0.325$ . En el parámetro de Contraindicaciones de 1 – 9 años (12), de 10 – 19 años (11) y de 20 – 29 años (10) con  $p= 0.861$ . En el parámetro de Efectos Secundarios de 1 – 9 años (16), de 10 – 19 años (16) y de 20 – 29 años (16) con  $p= 0.407$ . (Cuadro VII).

En cuanto al turno no hubo ninguna diferencia significativa en las calificaciones tanto global como por indicador utilizando la fórmula U de Mann - Whitney. Encontrándose los siguientes resultados: en el turno matutino y vespertino respectivamente por cada indicador. Calificación Global (49) y (47) con  $p= 0.788$ . Factores de Riesgo (24) y (24) con  $p= 0.719$ . Método Apropriado (18.5) y (17) con  $p= 0.341$ . Indicaciones (16.5) y (17) con  $p= 0.848$ . Contraindicaciones (11) y (11) con  $p= 0.170$ . Efectos Secundarios (16) y (16) con  $p= 0.609$ . (Cuadro VIII).

El género de cada médico, no reportó ninguna diferencia significativa en cuanto a la calificación global y por indicador utilizando la fórmula U de Mann - Whitney. Evaluando el género femenino y masculino respectivamente, como se muestra a continuación: Calificación Global (47) y

(48) con  $p= 0.572$ . Factores de Riesgo (24) y (24) con  $p= 0.834$ . Método Apropriado (19) y (17) con  $p= 0.404$ . Indicaciones (16) y (17) con  $p= 0.907$ . Contraindicaciones (11) y (11) con  $p= 0.350$ . Efectos Secundarios (16) y (16) con  $p= 0.097$ . (Cuadro IX).

La calificación de la aptitud clínica, por evaluación global y por parámetro con relación a la categoría del médico, presenta una puntuación (51) aparentemente alta que se corresponde con el rubro de calificación baja y pertenece a la categoría de Médico Familiar sin especialidad. Se evalúa al Médico Familiar sin Especialidad, Médico Familiar con Especialidad Tradicional y Médico Familiar con Especialidad Semipresencial, respectivamente: Calificación Global (51), (47) y (49) con  $p= 0.738$ . Factores de Riesgo (26.5), (24) y (25) con  $p= 0.603$ . Método Apropriado (16.5), (17.5) y (20) con  $p=0.190$ . Indicaciones (16), (17) y (16) con  $p= 0.706$ . Contraindicaciones (11.5), (11) y (10) con  $p= 0.499$ . Efectos Secundarios (17), (16) y (16) con  $p= 0.814$ . (Cuadro X).

**Cuadro I.** Datos generales de los médicos participantes.

<b>DATOS GENERALES</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Género		
Masculino	43	67.2
Femenino	21	32.8
Total	64	100
Grado Académico		
Licenciatura	6	9.4
Posgrado	58	90.6
Total	64	100
Tipo de Residencia		
Presencial	48	75.0
Semipresencial	10	15.6
Ninguna	6	9.4
Total	64	100
Antigüedad Laboral		
1 – 9	15	23.4
10 – 19	28	43.8
20 – 29	21	32.8
Total	64	100

**Cuadro II.** Aptitud Clínica y los Indicadores que evalúa.

<b>INDICADOR GLOBAL</b>	<b>ENUNCIADOS</b> 125	<b>RANGO</b> 17 - 91
Reconocimiento de <b>Factores de Riesgo.</b>	35	16 – 34
Reconocimiento del Método de planificación Familiar <b>Apropiado.</b>	29	13 – 25
Reconocimiento de l as <b>Indicaciones.</b>	23	12 – 23
Reconocimiento de l as <b>Contraindicaciones.</b>	16	6 – 14
Reconocimiento de los <b>Efectos Secundarios.</b>	22	9 - 20

**Cuadro III.** Escala de Aptitud Clínica en 64 Médicos Familiares.

<b>ESCALA DE APTITUD</b>	<b>PUNTUACION</b>	<b>N</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Azar	0 – 21	3	4.6
Muy Baja	22 – 42	17	26.6
Baja	43 – 63	38	59.4
Regular	64 – 84	5	7.8
Alta	85 – 105	1	1.6
Muy Alta	106 – 126	0	0
TOTAL		64	100

**Cuadro IV.** Aptitud clínica (mediana) en los 64 médicos.

	<b>MEDICO FAMILIAR SIN ESPECIALIDAD n = 6</b>	<b>MEDICO FAMILIAR CON ESPECIALIDAD n = 58</b>
Mediana	51	47
Rango	17 - 71	19 – 91
Desviación estándar	18.76	14.12

**Cuadro V.** Población Médica y características por UMF participante.

<b>CARACTERÍSTICAS DE POBLACIÓN MÉDICA.</b>	<b>UMF No. 13 (%)</b>	<b>UMF No. 23 (%)</b>
Femenino	13 (43.3)	8 (23.5)
Masculino	17 (56.7)	26 (76.5)
Con especialidad en Medicina Familiar.	27 (90)	31 (91.2)
Sin especialidad en Medicina Familiar.	3 (10)	3 (8.8)
Turno Matutino.	15 (50)	17 (50)
Turno Vespertino.	15 (50)	17 (50)

**Cuadro VI.** Calificación Global y por Indicador para cada unidad medica.

<b>PARAMETRO DE EVALUACION</b>	<b>UMF No. 13 n = 30 (mediana)</b>	<b>UMF No. 23 n = 34 (mediana)</b>	<b>U De Mann Whitney P</b>
Calificación Global	23	49	P = NS
Factores De Riesgo	23.5	26	P = NS
Método Apropriado	18	17.5	P = NS
Indicaciones	17	17	P = NS
Contraindicaciones	11	11	P = NS
Efectos Secundarios	16	16	P = NS

**Cuadro VII.** Calificación Global y por Indicador en la antigüedad laboral.

<b>PARAMETROS DE EVALUACIÓN</b>	<b>1 a 9 años n = 15 (mediana)</b>	<b>10 a 19 años n = 28 (mediana)</b>	<b>20 a 29 años n = 21 (mediana)</b>	<b>Kruskal Wallis P</b>
Calificación Global	53	47	45	P = NS
Factores de Riesgo	26	24	24	P = NS
Método Apropriado	17	18.5	17	P = NS
Indicaciones	17	16.5	16	P = NS
Contraindicaciones	12	11	10	P = NS
Efectos Secundarios	16	16	16	P = NS



**Cuadro VIII.** Calificación Global y por Indicadores por turno.

PARAMETROS DE EVALUACIÓN	TURNO	TURNO	U de Mann Whitney P
	MATUTINO n = 32 (mediana)	VESPERTINO n = 32 (mediana)	
Calificación Global	49	47	P = NS
Factores de Riesgo	24	24	P = NS
Método Apropriado	18.5	17	P = NS
Indicaciones	16.5	17	P = NS
Contraindicaciones	11	11	P = NS
Efectos Secundarios	16	16	P = NS

**Cuadro IX.** Calificación Global y por Indicadores en base al género.

PARAMETROS DE EVALUACIÓN	GÉNERO	GÉNERO	U de Mann Whitney P
	FEMENINO n = 21 (mediana)	MASCULINO n = 43 (mediana)	
Calificación Global	47	48	P = NS
Factores de Riesgo	24	24	P = NS
Método Apropriado	19	17	P = NS
Indicaciones	16	17	P = NS
Contraindicaciones	11	11	P = NS
Efectos Secundarios	16	16	P = NS

**Cuadro X.** Aptitud Clínica en Médicos de acuerdo al Grado Académico.

PARAMETRO A EVALUAR	LICENCIATURA	POSGRADO	POSGRADO	Kruskal Wallis P
	6 (Mediana)	TRADICIONAL 48 (Mediana)	SEMI PRESENCIAL 10 (Mediana)	
Calificación Global	51	47	49	P= NS
Factores de Riesgo	26.5	24	25	P = NS
Método Apropiado	16.5	17.5	20	P = NS
Indicaciones	16	17	16	P = NS
Contra- indicaciones	11.5	11	10	P = NS
Efectos Secundarios	17	16	16	P = NS

## DISCUSIÓN

En el presente estudio se evaluaron las aptitudes clínicas del médico familiar con un instrumento de medición que contó con un aceptable índice de confiabilidad y un meticuloso proceso de validación con la finalidad de obtener resultados lo más cercano a la realidad, lo que permitió observar que la aptitud clínica para otorgar métodos de planificación familiar se encuentra en un nivel bajo (59.4%) en los médicos estudiados. Situación que se corresponde con los resultados de otros estudios realizados en poblaciones semejantes.<sup>9, 39, 41,42</sup>

La exploración de la aptitud clínica tiene por objeto demostrar que es la reflexión sobre la experiencia clínica la que hace la diferencia y no solamente el grado académico alcanzado.

En el análisis global de los resultados de la aptitud clínica por indicadores en cuanto a la categoría del médico, no se encontró diferencia significativa entre el médico familiar sin especialidad y el médico familiar con especialidad. Dicho resultado puede explicarse por el hecho de que la formación de los médicos se basa en el recuerdo, lo que dificulta la capacidad de reflexión ante situaciones clínicas problemáticas, ya que su quehacer es rutinario, sin analizar al paciente como individuo.<sup>38, 40, 41</sup>

Llama la atención que el médico familiar sin especialidad haya alcanzado una mediana en aptitud clínica de 51 y el médico familiar con especialidad de 47; sin embargo, este resultado es aparente, y no contradice lo establecido en el párrafo anterior; esto se debe a que el rango de calificaciones (19 – 91) fue mayor para el médico familiar con especialidad, en comparación con el rango (17 – 71) para el médico familiar sin especialidad.

Al igual que en estudios previos realizados en poblaciones semejantes, no se encontraron diferencias significativas en la calificación global y en indicadores por unidad médica estudiada. La mediana de la calificación global en la U.M.F. No. 23 (49) es mayor significativamente que en la U.M.F. No. 13 (23); lo cual podría explicarse por el hecho de que en la primera unidad médica el 91.2% tiene la especialidad de medicina familiar.

Al correlacionar la calificación global y por indicador de acuerdo con la antigüedad laboral, no se encontró diferencia significativa, lo cual es preocupante porque indica que hay un estancamiento en el desarrollo de habilidades clínicas, y que esto se debe a las condiciones del ambiente laboral que imponen una práctica rutinaria con educación médica continua pasiva que no infunde desarrollo de habilidades clínicas.<sup>9</sup>

No se encontró ninguna diferencia significativa en la evaluación global o por indicadores en cuanto al turno de labores o el género de los médicos estudiados en la atención médica; esto se debe a que la modalidad educativa prevalente en ambos turnos y en ambos géneros es la tradicional (pasiva y consumista).<sup>39</sup>

La evaluación de la aptitud clínica por categoría, llamo mucho la atención en cuanto a los resultados para la especialidad presencial o tradicional, ya que prácticamente fue ésta la que se ubicó en todas las clasificaciones, excepto muy alta. De 48 médicos con especialidad presencial 2 se calificaron por azar, y esto podría deberse a una falta de actualización participativa en la educación médica continua<sup>(9)</sup>. 14 médicos se ubicaron en el rubro de muy baja; 29 en la baja; 2 en la regular; y en la alta sólo 1, tal vez porque esta modalidad de especialidad cuenta con una mayor exposición a experiencias de aprendizaje

durante su práctica clínica <sup>39</sup>. Aunque se esperaban mejores resultados, en cuanto a los médicos con especialidad semipresencial, no hubo diferencia significativa entre ellos y los médicos con licenciatura y esto se comprende si tomamos en cuenta que ambos grupos han desarrollado una formación académica dentro de un enfoque pasivo que está lejos de favorecer el pensamiento reflexivo y crítico como el que se necesita para resolver situaciones reales como las empleadas en este instrumento de estudio. <sup>43, 44</sup>

## CONCLUSIÓN

El desarrollo de la aptitud clínica requiere ambientes que propicien la reflexión del médico, así como la crítica de los contenidos temáticos y de la propia experiencia en la adquisición de conocimiento. Sin embargo, esta condición no se refleja en los resultados, por la abrumadora predominancia que tiene la baja aptitud clínica, la cual refleja una clara incapacidad para indagar e interpretar (Satir, 1986; Vázquez – Garibay, 2003).

Los pobres resultados deben tomarse como un indicador indirecto de las condiciones del ambiente y como una situación de la práctica en el primer nivel de atención determinada por la rutina, donde continua formándose la medicina reduccionista, dependiente de la tecnología que ha propiciado que las habilidades clínicas se hayan estancado o deteriorado y no se promuevan mejores alternativas de atención a los pacientes.

En la calificación global de la aptitud clínica, el 59.4% de los médicos adscritos a la consulta externa de medicina familiar presenta un estadio bajo y refleja una escasa capacidad de reflexión de la experiencia cotidiana en cuanto al otorgamiento de métodos de planificación familiar, lo que cuestiona si el empleo de estos en la población derechohabiente tiene un impacto significativo en su uso, cuestionamiento que podría ser estudiado y analizado en otro estudio.

## **BIBLIOGRAFIA:**

- 1.- Loría CJ, Rivera ID. Aptitudes clínicas en el manejo de patología traumática. Revista Médica Instituto Mexicano Seguro Social 2005; 43(1): 17 -24.
- 2.- García MJ, Viniegra VL. La formación de médicos familiares y el desarrollo de la aptitud clínica. Revista Médica Instituto Mexicano Seguro Social 2004; 42(4): 309 -320.
- 3.- Viniegra VL. Educación y crítica. El proceso de elaboración del conocimiento. México: Paidós; 2002. p. 105 -142.
- 4.- Viniegra VL. El desafío de la educación en el IMSS. Revista Médica Instituto Mexicano Seguro Social 2005; 43 (4): 305 – 321.
- 5.- Mata BJ, Insfrán SM, Benavides CT. Aptitud clínica en Pediatría. Revista Médica Instituto Mexicano Seguro Social 2006; 44 (No. Extraordinario): 25 -32.
- 6.- Jinich H. Prólogo. En: Carrillo FLMR. La responsabilidad profesional del médico. México: Porrúa; 1998.
- 7.- Lifshitz A. La práctica de la medicina clínica en la era tecnológica. México: UNAM – IMSS; 1999:161 – 180.
- 8.- Narro RJ. El sentido de la medicina. En: Los desafíos de la Educación médica en México. México: UNAM; 1990:167 – 178.
- 9.- García MJA. Evaluación de la aptitud clínica en médicos de primer nivel de atención. Revista Médica Instituto Mexicano Seguro Social 2005; 43(6): 465 – 472.
- 10.- Viniegra VL. Educación y evaluación. Revista Médica Instituto Mexicano Seguro Social 2005; 43 (2): 93-95.

11.- Cobos AH, Insfrán SM, Pérez CP, Elizaldi LN, Hernández DE, Barrera MJ. Aptitud clínica en el internado de pregrado. Revista Médica Instituto Mexicano Seguro Social 2004; 42 (6): 469 – 476.

12.- Pérez CB, Del Ángel AM, Medina FA. Aptitud clínica en trastornos hipertensivos del embarazo (comparación de dos intervenciones educativas). Revista Médica Instituto Mexicano Seguro Social 2006: 44 (No. Extraordinario): 77 – 83.

13.- Gallardo CS, Rivera ID, Aguilar ME. Aptitud clínica en el manejo de la vía aérea pediátrica en residentes de anestesiología. Revista Médica Instituto Mexicano Seguro Social 2006; 44 (No. Extraordinario): 17 – 23.

14.- García MJ, Viniestra VL. Aptitud clínica en residentes de medicina familiar. Revista Médica Instituto Mexicano Seguro Social 2003; 41 (6): 487 – 494.

15.- Salazar HA, Jiménez V.M. Aptitud clínica en internos de pregrado. Revista Médica Instituto Mexicano Seguro Social 2006: 44 (No. Extraordinario): 93 – 103.

16.- Andrade PM, Rivera ID, Uribe RJ. Aptitud clínica en toxicología en residentes de pediatría. Revista Médica Instituto Mexicano Seguro Social 2006; 44 (No. Extraordinario): 33 – 38.

17.- Chávez AV, Aguilar M.E. Aptitud clínica en el manejo de la familia, en residentes de medicina familiar. Revista Médica Instituto Mexicano Seguro Social 2002; 40 (6): 477 – 481.

18.- Bravo ML, López OS. Desarrollo, evolución y estado actual de la anticoncepción hormonal. La planificación familiar en México. Archivos Hispanoamericanos de sexología. 2003.

URL: [http://www.imesex.edu.mx/articulos/Vol\\_IX\\_No1/editin invitado\\_IX\\_1.pdf](http://www.imesex.edu.mx/articulos/Vol_IX_No1/editin invitado_IX_1.pdf)



19.- Norma Oficial Mexicana. NOM 005- SSA2-1993, De los servicios de planificación familiar.

20.- Lugones BM, Quintana RT. Orígenes de la anticoncepción. Rev. Cubana Medicina General Integral. Vol. 12 no. 4 Cd. La Habana 1996: 25 -30

21.- Blázquez MJ. Los Anticonceptivos en la Antigüedad Clásica. Antigua Historia y Arqueología de las civilizaciones. Madrid 2003; 447 – 448.

URL: <http://www.cervantesvirtual.com/portal/Antigua/culturas.shtml-19k->

22.- Fernández AG, Santana YL, Torres ZM. Control de la natalidad: enfoque por diferentes épocas y culturas. Universidad Virtual de Salud Cuba.

URL: <http://www.uvs.sld.cu/humanidades/plonearticlemultipage.2006-08-15/control-de-la-natalidad-enfoque-por-diferentes-épocas-y-culturas>.

23.- Acosta MT, Rodríguez GY, Rodríguez JA. Raíces Históricas de la Anticoncepción. XVII Forum Nacional de Ciencias Médicas. 2005.

URL: <http://www.16deabril.sld.cu/eventos/xviiforum/presenciales/Humanidades/Raices%20históricas%20de%20la%20anticoncepción.doc>.

24.- Bueso PA. La explosión demográfica y el control de la natalidad. La planificación familiar como solución científica del problema. Revista Medica Honduras. Vol. 39, 1971; 12 - 18.

URL: <http://www.bvs.hn/rmh75/pdf/1971/pdf/vol39-1-1971-3.pdf>

25.- Foreit JR, Frejka T, editores. Investigación operativa en planificación familiar. Population Council 1999; 1 – 25.

URL: <http://www.popcouncil.org/pdfs/investigacionoperativa.pdf>

26.- Fondo de Población de las Naciones Unidas 2007. Estado de la población mundial 2007.

URL: [http://www.unfpa.org/swp/index\\_spa.html](http://www.unfpa.org/swp/index_spa.html).

27.- Martínez SC, Leal FG. De la planificación familiar a la salud reproductiva. Madurez y retos para la nueva formulación de un programa de la política pública de salud y seguridad social. Gestión y Política Pública, vol. IX, núm. 2, segundo semestre del 2000; 397 - 412.

28.- Population Referente Bureau. Cuadro de datos mundiales sobre la planificación familiar 2008; 2 - 16.

URL: [http://www.prb.org/pdf08/fpds08\\_sp.pdf](http://www.prb.org/pdf08/fpds08_sp.pdf)

29.- Instituto Nacional de las Mujeres. 11 de Julio Día Mundial de la Población. México 2009.

URL: [http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos\\_download/100599.pdf](http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/100599.pdf) –

30.- Consejo Nacional de la Población 2000. Cuadernos de Salud Reproductiva. México 2000; 15 - 20.

<http://www.conapo.gob.mx/publicaciones/CuaSalud/pdf/1Republica.pdf> el día 05 de julio de 2005.

31.- Instituto Nacional de las Mujeres. Salud Reproductiva. 2006; 1 - 9.

URL: [http://www.e-mujeres.gob.mx/work/resources/ContenidoLocal/eMujeres/Salud\\_reproductiva.pdf](http://www.e-mujeres.gob.mx/work/resources/ContenidoLocal/eMujeres/Salud_reproductiva.pdf)

32.- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. Mujeres y Hombres en México 2006. Nacional.

URL: [http://www.inegi.org.mx/prod\\_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/integración/municipios/mexympios/MexIICon\\_1.pdf](http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/integración/municipios/mexympios/MexIICon_1.pdf)

33.- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. Mujeres y Hombres en México 2006. Estatal.

URL: [http://www.inegi.org.mx/prod\\_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/integración/pais/aepef/2007.pdf](http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/integración/pais/aepef/2007.pdf)

34.- Díaz SV. El embarazo de las adolescentes en México. Gaceta Médica de México. Vol. 139, suplemento no. 1, 2003; 20 - 26.

35.- Consejo Nacional de la Población 2004. Carpeta Informativa. 11 de Julio Día Mundial de la Población. México 2005; 3 - 43.

URL:<http://www.conapo.gob.mx/prensa/carpeta2004.pdf> día 16 de junio de 2005.

36.- Organización Mundial de la Salud. Un manual mundial para proveedores. Planificación Familiar. 2007.

URL:[http://www.who.int/reproductive-health/publications/es/fp\\_globalhandbook/fphdbook\\_es.pdf](http://www.who.int/reproductive-health/publications/es/fp_globalhandbook/fphdbook_es.pdf)

37.- Bertrand JT, Hardee K, Magnani RJ, Angle MA. Access, Quality Of Care and Medical Barriers In Family Planning Programs. International Family Planning Perspectives, vol. 21, Number 2, June 1995.

URL: <http://www.guttmacher.org/pubs/journals/2106495.pdf>

38.- Cabrera PCE, Rivera CE, Balderas PLMA, Cabrera CM, Reynoso CA. Aptitud clínica del médico familiar ante pacientes con diabetes gestacional. Ginecología y Obstetricia de México 2008; 76 (2):97-106

39.- Cabrera PCE, Rodríguez PI, González PG, Ocampo BP, Amaya LC. Aptitud clínica de los médicos familiares en la identificación de la disfunción familiar, en unidades de medicina familiar de Guadalupe, México. Salud Mental 2006; 29 (4): 40 – 46.

40.- Cabrera PCE, Chávez SA, González RHF, Cortés SL. Valoración global de la aptitud clínica de médicos familiares en el manejo de la diabetes mellitus con nefropatía inicial. Revista de Investigación Clínica 2005; 57 (5): 685 – 690.

41.- Gómez LVM, García RME, Barrientos GC. Diabetes Mellitus: Aptitud clínica del médico de atención primaria. Educación Médica 2006; 9 (1): 35 – 39.

42.- Muro LEMA, Jiménez VMM. Aptitud clínica para atender complicaciones tardías de la diabetes. Revista Medica Instituto Mexicano Seguro Social 2009; 47 (2): 141 – 146.

43.- Cabrera PCE, Gutiérrez RCL, Peralta HIC, Alonso RC. Desarrollo y validación de un instrumento para medir la aptitud clínica de médicos familiares en síndrome metabólico en México. Salud Pública México 2008; 50: 457 – 462.

44.- Dorado GMP, Loría CJ, Guerrero MMB. Aptitud clínica hacia el estudio integral de la familia en residentes de medicina familiar. Archivos en Medicina Familiar 2006; 8 (3): 169 – 174.

## ANEXOS.

### INSTRUMENTO DE MEDICIÓN:

#### Instrucciones:

Lea cuidadosamente cada caso clínico los cuales cuentan con la información necesaria para responder cada enunciado. Para expresar sus respuestas: V, F, NS tome en cuenta exclusivamente lo que está descrito en cada uno de los casos. Utilice la línea que aparece a la izquierda de cada enunciado para anotar sus respuestas: "F" si considera que el enunciado es falso, "V" si considera que es verdadero y "NS" en caso de que ignore o no pueda decidir si el enunciado es verdadero o falso. Tome en cuenta que: una respuesta correcta le suma un punto, una respuesta incorrecta le resta un punto, una respuesta no sé, no le suma ni le resta puntos y un enunciado no respondido le resta un punto.

#### Significado de palabras clave **para este** instrumento:

- a) Factor de riesgo:** Presencia de una condición, dato clínico o antecedente que aumenta las posibilidades de que el paciente presente una complicación si usa determinado método anticonceptivo.
- b) Apropriado:** Es una razón válida para emplear cierto método ó métodos anticonceptivos de acuerdo a las características de un paciente.
- c) Indicación:** Método anticonceptivo claramente indicado que significa la mejor elección para el fin que se estima de acuerdo a las características del paciente.
- d) Contraindicación:** Es una condición o un factor que incrementa los riesgos involucrados en usar un método anticonceptivo comprometiendo al paciente de tal forma que haga cuestionable su uso.
- e) Efectos secundarios:** Es una reacción adversa por el uso de determinado método anticonceptivo en un paciente.

## **CASO CLINICO DE PLANIFICACION FAMILIAR (Hormonal oral)**

Paciente femenino de 28 años de edad.

Con los siguientes antecedentes: Madre finada por CaCu. Padre diabético. Abuelo paterno cardiopata. Antecedente de quiste de ovario. Hepatitis viral "A" a los 10 años . Menarca: 11 años RITMO: 25X3 R EGULAR. DISMENORREICA. IVSA: 20 años. No. de parejas: 1 G:III A:I P:II C:0 FUP: 17/02/07 FUR: 27/03/08. DOC: 06/07 Negativo a cáncer. D OCMA: 06/07 Normal. Acude a consulta para solicitar método de planificación, ya que refiere desde que nació su último hijo ha tenido problemas conyugales.

E.F: T/A 130/80 FC:70Xmin. FR: 18Xmin. T:36°C P:80 kg. T: 1.58cm.

Complexión robusta, conciente, orientada, hidratada, con sv dentro de lo normal. Orofaringe normal. Cardiopulmonar sin compromiso aparente; abdomen con perímetro de cintura 93cm y de cadera 107cm globoso a expensas de pániculo adiposo, peristalsis disminuida, timpánico, ligeramente doloroso a la palpación, no megalias. Extremidades: Normales.

Laboratorio reciente: Glucosa 90mg/dl. Colesterol: 280mg/dl Triglicéridos: 200mg/dl.

**Factores de riesgo** para el uso de hormonales orales:

- 1.- El antecedente de padre diabético. (F)
- 2.- El antecedente de abuelo cardiopata. (F)
- 3.- El antecedente de hepatitis "A". (F)
- 4.- Vida sedentaria. (V)
- 5.- IMC. (V)
- 6.- Los niveles de colesterol. (V)
- 7.- Los niveles de triglicéridos. (V)

Método de planificación **apropiado**:

- 8.- Hormonales orales simples o combinados. (V)
- 9.- El diafragma. (F)
- 10.- DIU. (V)
- 11.- Preservativos. (F)
- 12.- Hormonales inyectables simples o combinados. (V)
- 13.- Ritmo. (F)

**Indicación** para el uso de hormonales orales:

- 14.- Edad. (V)
- 15.- IMC. (F)
- 16.- Sedentarismo. (F)
- 17.- Antecedentes de hepatitis A. (V)
- 18.- Niveles de colesterol y triglicéridos. (F)

**Contraindicación** para el uso de hormonales orales:

- 19.- Diabetes mellitus complicada: (V)
- 20.- Hipertensión arterial sistémica: (V)
- 21.- Quistes de mama: (F)

**Efectos secundarios** que pueden presentarse si se usa hormonales orales:

- 22.- Cefalea: (V)
- 23.- Dolor torácico intenso: (V)

- 24.- Hipoestesias en hemicara: (F)
- 25.- Dolor abdominal recurrente: (F)

### **CASO CLINICO DE PLANIFICACION FAMILIAR (Hormonal inyectable)**

Paciente femenino de 24 años de edad. Cuenta con los siguientes antecedentes: Madre diabética y finada por Ca. Mamario. Antecedente de apendicitis a los 12 años de edad. Menarca: 10 años RITMO: 24X4 REGULAR. EUMENORREICA. IVSA: 16 años. No. de p arejas:1 G:l A:0 P:l C:0 FUP:17/02/04 FUR: 27/03/08. DOC: 06/07 Negativo a cáncer. DOCMA: 06/07 Normal. Diabética de 2 años de evolución, bajo tratamiento con Metformina 850mg. c/12 hrs. No práctica ningún deporte. Fuma diario 2-4 cigarrillos, actualmente ya no. Acude a consulta por método de planificación.

E.F: T/A 110/80 FC:75Xmin. FR: 17Xmin. T:36°C P:73 kg. T: 1.60cm.

Complexión gruesa, conciente, orientada, hidratada, afebril, con sv dentro de lo normal. Orofaringe normal; cardiopulmonar sin compromiso aparente; abdomen con perímetro de cintura 78cm y de cadera 106cm sin datos patológicos. Extremidades: Normales.

Laboratorio reciente: Glucosa 128mg/dl. Colesterol: 170mg/dl Triglicéridos: 130mg/dl.

**Factores de riesgo** para el uso de hormonales inyectables:

- 26.- Sedentarismo: (V)
- 27.- Antecedente de abuela cardiopata: (F)
- 28.- Antecedente de madre con Ca mamario: (F)
- 29.- Diabetes: (V)
- 30.- IMC: (V)
- 31.- Tabaquismo: (F)
- 32.- Niveles de triglicéridos. (F)

Método de planificación **apropiado**:

- 33.- Hormonales orales simples o combinados. (V)
- 34.- Hormonales inyectables simples o combinados. (V)
- 35.- DIU: (V)
- 36.- Preservativos: (F)
- 37.- OTB: (F)
- 38.- Métodos naturales: (F)

**Indicación** para el uso de hormonales inyectables:

- 39.- Edad. (V)
- 40.- Número de gestas. (V)
- 41.- Regularidad del ciclo. (V)
- 42.- Antecedente de apendicitis. (F)
- 43.- Niveles de colesterol y triglicéridos. (F)

**Contraindicación** para el uso de hormonales inyectables:

- 44.- Hepatitis viral activa: (V)
- 45.- El tabaquismo de esta paciente: (F)
- 46.- La diabetes descompensada: (V)

**Efectos secundarios** que podrían presentarse si usa hormonales inyectables:

- 47.- Irregularidad menstrual: (V)
- 48.- Hipoestusias de miembros inferiores: (F)
- 49.- Incremento de peso: (V)
- 50.- Lipotimia: (F)



## **CASO CLINICO DE PLANIFICACION FAMILIAR (DIU)**

Paciente femenino de 32 años de edad. Cuenta con los siguientes antecedentes: Abuelo paterno epiléptico. Abuela materna diabética en control médico, no recuerda cuál. Padre hipertenso en control médico, no refiere cuál. Tía paterna epiléptica en control. Refiere epilepsia de 17 años de evolución manejada con Difenilhidantoína 100mg 3 tab. c/8 hrs además carbamazepina 100 mg 2 tab. c/12 hrs. Enfermedad pélvica inflamatoria hace 2 años. Menarca: 12 años RITMO: 23X5 REGULAR. EUMENORREICA. IVSA: 26 años. No. de parejas:3 G:I A:I P:0 C:0 FUA:17/12/08 FUR: 19/03/09. DOC: 03/07 Negativo a cáncer. DOCMA: 03/07 Normal. No práctica ningún deporte. Fuma diario 15 cigarrillos.

E.F: T/A 120/80 FC:73Xmin. FR: 16Xmin. T:36°C P:69 kg. T: 1.63cm.

Complexión gruesa, conciente, orientada, hidratada, afebril, con sv dentro de lo normal. Orofaringe normal; cardiopulmonar sin compromiso aparente; abdomen con perímetro de cintura 72cm y de cadera 102cm sin datos patológicos. Extremidades: Normales.

Laboratorio reciente: Glucosa 98mg/dl. Colesterol:250mg/dl Triglicéridos: 200mg/dl. Hb: 10.1 Ego: normal. Urea: 3.5 mg/dl. Creatinina 0.87 mg/dl. Ac. Úrico: 3.5 mg/dl.

### **Factores de riesgo** para uso del DIU:

- 51.- Edad:(F)
- 52.- Número de parejas: (V)
- 53.- Antecedente de padre hipertenso: (F)
- 54.- Antecedente de enfermedad pélvica inflamatoria: (V)
- 55.- Padecer epilepsia: (F)
- 56.- La hemoglobina que presenta: (V)
- 57.- El tabaquismo que presenta: (F)

### **Método de planificación *apropiado*:**

- 58.- Hormonales orales simples o combinados. (F)
- 59.- Hormonales inyectables simples o combinados. (F)
- 60.- DIU. (V)
- 61.- OTB. (F)
- 62.- Preservativos: (V)
- 63.- Métodos naturales: (V)

### **Indicación** para el uso de DIU:

- 64.- Edad. (V)
- 65.- Urea y creatinina reportadas: (F)
- 66.- Epilepsia que padece: (V)
- 67.- Complexión: (F)
- 68.- Tabaquismo: (V)

### **Contraindicación** para usar DIU:

- 69.- Un aborto séptico: (V)
- 70.- La epilepsia: (F)
- 71.- Enfermedad pélvica inflamatoria activa: (V)

**Efectos secundarios** por el uso de DIU:

72.- Dolor pélvico en la menstruación: (V)

73.- Cefalea: (F)

74.- Hipermenorrea: (V)

75.- Cervicovaginitis: (F)

### **CASO CLINICO DE PLANIFICACION FAMILIAR (OTB)**

Paciente femenino de 40 años de edad. Cuenta con los siguientes antecedentes: Padre hipertenso bajo control médico, no refiere cuál. Tía materna diabética no refiere tratamiento. Madre diabética controlada, no menciona tratamiento. Refiere ser diabética e hipertensa de 20 años de evolución bajo tratamiento con losartán 40mg tab. 1 tab. c/12 hrs, así como metformina 850 mg tab. 1 tab c/12 hrs, glibenclamida tab. 5 mg 1 tab. c/8 hrs. Tiene el antecedente de NIC I hace 8 años y no presenta evidencia de enfermedad desde hace 5 años. Presentó menarca a los 10 años RITMO: 20-25X4-6 IRREGULAR. DISMENORREICA. IVSA: 15 años. No. de parejas:1 G: IV A: I P: III C:0 FUP: Hace 10 años. FUR: 19/07/08. DOC: 03/07 Negativo a cáncer. D OCMA: 03/07 Normal. Amenorrea de 2 m. Dieta para diabético e hipertenso. No práctica ningún deporte. Fuma diario 2 cigarrillos desde los 25 años.

E.F: T/A 110/70 FC:70Xmin. FR: 17Xmin. T:36°C P:83 kg. T: 1.60cm.

Complexión robusta, conciente, orientada, hidratada, afebril, con sv dentro de lo normal. Orofaringe normal; cardiopulmonar sin compromiso aparente; abdomen con perímetro de cintura 74cm y de cadera 98cm sin datos patológicos. Extremidades: Con presencia de varices, el resto es normal.

Laboratorio reciente: Glucosa 139mg/dl. Colesterol:180mg/dl T riglicéridos: 120mg/dl. Ego: normal. Urea: 4.0 mg/dl. Creatinina 1.05 mg/dl. Ac. Úrico: 3.5 mg/dl. INR: 2.9”

#### **Factores de riesgo** para realizar OTB:

- 76.- Antecedente de madre diabética: (F)
- 77.- Antecedente de ser diabética: (V)
- 78.- Adherencias: (V)
- 79.- Antecedente de NIC I: (F)
- 80.- Anemia activa: (V)
- 81.- Amenorrea: (V)
- 82.- Tabaquismo: (F)

#### **Método de planificación *apropiado*:**

- 83.- Hormonales orales simples o combinados. (V)
- 84.- Hormonales inyectables simples o combinados. (V)
- 85.- DIU. (F)
- 86.- Preservativos: (F)
- 87.- OTB: (V)
- 88.- Ritmo: (F)

#### **Indicación** para la realización de OTB en esta paciente:

- 89.- Edad: (V)
- 90.- Número de gestas: (V)
- 91.- Tabaquismo: (F)
- 92.- Diabetes: (F)
- 93.- Paridad Satisfecha: (V)

#### **Contraindicación** para realizar la OTB:

- 94.- Edad de la paciente: (F)
- 95.- Cáncer activo: (V)

- 96.- Antecedente de aborto: (F)
- 97.- Enfermedad pélvica inflamatoria activa: (V)

**Efectos secundarios** si se realiza la OTB:

- 98.- Fiebre mayor de 38: (V)
- 99.- Infección local: (V)
- 100.- Prurito en la herida: (F)

## **CASO CLINICO DE PLANIFICACION FAMILIAR (VASECTOMIA)**

Paciente masculino de 35 años de edad. Cuenta con los siguientes antecedentes:

Padre hipertenso bajo control médico, no refiere cual. Hermano con retraso mental. Originario y residente de Pichucalco, Chiapas. Sin religión. Ingeniero civil. Casado desde hace 15 años. Vive en casa propia que cuenta con todos los servicios básicos de urbanización. Cohabita con su esposa y sus 4 hijos, de 14, 11, 9 y 5 años de edad. Alérgico a la penicilina. Colecistectomía a los 28 años de edad. Diabético desde hace 5 años bajo control con metformina 850 mg tab. 1 tab c/12 hrs y glibenclamida tab. 5 mg 1 tab. c/8 hrs. Litiasis renal de 2 años de evolución sin manejo. Hernia inguinoescrotal reducida hace 10 años. Hidrocele a los 20 años. Dieta para diabético. Realiza diario caminata de 1 km. Refiere ser bebedor ocasional. Acude a consulta por método de planificación pues refiere no querer tener más hijos.

E.F: T/A 120/80 FC:80Xmin. FR: 16Xmin. T:36°C P:75 kg. T: 1.70cm.

Complexión media, conciente, orientado, hidratado, afebril, con sv dentro de lo normal. Orofaringe normal; cardiopulmonar sin compromiso aparente; abdomen con perímetro de cintura 78cm y de cadera 89cm sin datos patológicos. Extremidades: Con presencia de varices, resto de exploración normal.

Laboratorio reciente: Glucosa 139mg/dl. Colesterol:130mg/dl T riglicéridos: 100mg/dl. Ego: normal. Urea: 2.8 mg/dl. Creatinina 1.07 mg/dl. Ac. Úrico: 3.0 mg/dl.

**Factores de riesgo** para la realización de Vasectomía:

- 101.- Antecedente de padre hipertenso: (F)
- 102.- Antecedente de herna inguinoescrotal: (V)
- 103.- Antecedente de ser alérgico a la penicilina: (F)
- 104.- Diabetes: (V)
- 105.- Litiasis renal: (F)
- 106.- Antecedente de Hidrocele: (V)
- 107.- Ácido úrico: (F)

Método de planificación **apropiado**:

- 108.- Hormonales orales simples o combinados: (F)
- 109.- OTB: (V)
- 110.- DIU: (F)
- 111.- Vasectomía: (V)
- 112.- Hormonales inyectables simples o combinados: (F)

**Indicación** para la realización de vasectomía:

- 113.- Edad: (F)
- 114.- Paridad satisfecha: (V)
- 115.- Hermano con retraso mental: (F)

**Contraindicación** para realizar Vasectomía:

- 116.- Antecedentes de impotencia: (V)
- 117.- La enfermedad crónicodegenerativa que presenta: (F)
- 118.- Tumoración testicular: (V)

**Efectos secundarios** que pueden presentarse si se realiza la Vasectomía:

119.- Dolor abdominal: (F)

120.- Fiebre : (V)

121.- Infección local: (V)

122.- Hipoestesis en miembros inferiores: (F)

123.- Incapacidad física por 2 días: (V)

124.- Conteo de espermatozoides negativo inmediato: (F)

125.- Equimosis: (V)