



Facultad de Medicina



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

SECRETARÍA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL
DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACIÓN EN
MEDICINA FAMILIAR

**“SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES DEL PROGRAMA DE
VASECTOMÍA SIN BISTURÍ DEL CENTRO DE SALUD
DR. JOSÉ CASTRO VILLAGRANA.”**

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD

PRESENTADO POR:
DRA. MARÍA CRISTINA HUERTA GONZÁLEZ

PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

DIRECTORA DE TESIS:
DRA. MARÍA ELOISA DICKINSON BANNACK

REGISTRO: 6341010514

-2015-



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

**“SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES DEL PROGRAMA DE VASECTOMÍA
SIN BISTURÍ DEL CENTRO DE SALUD DR. JOSÉ CASTRO VILLAGRANA”**

PRESENTA

DRA. MARÍA CRISTINA HUERTA GONZÁLEZ

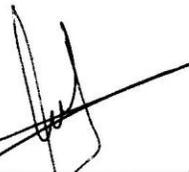


DRA. MARÍA ELOISA DICKINSON BANNACK

DIRECTORA DE TESIS

EPIDEMIÓLOGA DEL CENTRO DE SALUD DR. JOSÉ CASTRO VILLAGRANA

PROFESORA DE CARRERA FACULTAD DE MEDICINA UNAM



DRA. CONSUELO GONZÁLEZ SALINAS

ASESORA DE TESIS

PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA

FAMILIAR

COORDINADORA DE ENSEÑANZA

CENTRO DE SALUD DR. JOSÉ CASTRO VILLAGRANA

SECRETARIA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL

DEDICADA A...

MIS PADRES:

Por todo el amor y cariño, por el apoyo incondicional, por su fuerza y ejemplo, gracias por la paciencia y confianza...

¡MIS AMORES, MIS HIJOS!

JUAN PABLO Y DIEGO:

Gracias por el amor en cada beso y abrazo, siempre me dieron la fuerza y la motivación; por la paciencia que tuvieron y por el esfuerzo que sin duda también hicieron durante este tiempo, ¡ya terminó esta etapa! Y todo esto fue por ustedes. . .

AGRADECIMIENTOS:

Sin duda hay muchas personas a las cuales hay que agradecer; un sinnúmero de profesores, compañeros y amigos que durante esta etapa han sido tan importantes para mí, a cada una de ellos les tengo profundo aprecio...

Dra. Consuelo González Salinas, por el apoyo incondicional, la paciencia y entrega a su labor docente; por el esfuerzo que realizó junto con nosotros.

Dra. Eloisa Dickinson Bannack, un gran ejemplo como médico y cómo persona, mi agradecimiento por la enorme disposición y todo su tiempo, por la paciencia y tolerancia.

Dr. Apolinar Membrillo Luna, por ese gran empujón y por hacernos ver la gran responsabilidad e importancia de conocer nuestra especialidad, por compartir sus conocimientos y demostrar la entrega a las propias metas.

Dra. Patricia Flores Huitron, Dr. Rodrigo Bravo Avellaneda, Dra. Patricia Espinoza Ochoa, Dr. José Luis Rodríguez, Dra. Hilda Gabriela Madrigal, grandes maestros y un gran apoyo en esta etapa, mi profundo agradecimiento y admiración a cada uno de ustedes.

Dra. Francisca Eguren Hernández, Dr. Raúl Loera Risueño, Dra. Elena Cedillo Vilchis y Dra. Nancy Sosa López, mis hermanos, mis compañeros y amigos, profundo agradecimiento por su paciencia y tolerancia, por su apoyo y confianza...

Dra. Ana Isabel Jiménez Rodríguez, con cariño y respeto; te agradezco el apoyo y compañerismo, sin duda uno de los más valiosos para mí durante esta etapa.

Lily Castellanos, agradezco tu apoyo incondicional, tus cuidados y consejos, por los abrazos y todo el cariño que sabías que necesitaba.

Luis Aguilar, por tu tiempo y paciencia, por todo lo que he pasado a tu lado; por el amor y los sacrificios.

RESUMEN

Introducción: El programa de Vasectomía Sin Bisturí adquiere relevancia en la Medicina Familiar como parte de la atención integral del paciente, y se crea la necesidad de mantener el funcionamiento del mismo en óptimas condiciones. Se ha observado que el seguimiento de los usuarios de este programa en el Centro de Salud Dr. José Castro Villagrana no se lleva a cabo de manera adecuada, y eso limita la obtención de recursos y futuras mejorías del servicio otorgado. Buscando la posibilidad de lograr mejoras en el mismo se pretende identificar los factores que influyen en la falta de seguimiento adecuado de los pacientes en esta unidad de atención.

Objetivo: Identificar los factores que influyen en la falta de seguimiento adecuado del Programa de Vasectomía Sin Bisturí del Centro de Salud Dr. José Castro Villagrana.

Material y métodos: Se realizó un estudio observacional, descriptivo, transversal de los pacientes usuarios del Programa de Vasectomía sin Bisturí de Enero de 2013 a Marzo de 2014, a través del expediente clínico y una encuesta de opinión acerca de su experiencia del seguimiento del programa.

Resultados. Se investigaron 39 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión. Todos los pacientes recibieron su primera cita de seguimiento, pero en cada uno de los pasos del seguimiento se fueron perdiendo pacientes y solamente el 17.9% tuvo un seguimiento adecuado con resultado de espermatoconteo negativo. Las razones de incumplimiento se catalogaron en: Las propias del usuario (54.8%); y las institucionales (45.1%). No se encontró relación estadísticamente significativa de aspectos sociodemográficos ni de información e indicaciones recibidas con el seguimiento inadecuado.

Conclusiones. El seguimiento adecuado de los pacientes es muy bajo lo que impacta en los recursos que se otorgan al programa.

PALABRAS CLAVE: Salud sexual, salud reproductiva, vasectomía sin bisturí, seguimiento.

ABSTRACT

Introduction: The Non Scalpel Vasectomy program acquires relevance in the Family Medicine as part of the integral patient care, and it creates need to maintain performance of itself under optimal conditions. It has been observed that the follow up of the program users in the Centro de Salud Dr. José Castro Villagrana is not carried up properly, and it limits obtaining resources and future upgrades of the granted service. Looking for possible improvements in this program we pretend to identify factors that influence the absence of adequate follow up of patients in this unit care.

Objective: Identify factors that influence the absence of adequate follow up of the Non Scalpel Vasectomy program in the Centro de Salud Dr. José Castro Villagrana.

Material and Methods: We perform an observational, descriptive, transversal study of users of Non Scalpel Vasectomy program from January 2013 to March 2014, through the clinical record and an opinion poll about their experience of follow up in this program.

Results: 39 patients who met the inclusion criteria were investigated. All of them received their first monitoring appointment, but on each step of the follow up, patients were lost and only the 17.9% had adequate monitoring with negative sperm-counting result. The reasons for failure in the follow up were cataloged as: The user's own (54.8%); and the institution's own (45.1%). We did not find statistically significant relation of socio-demographic aspects or information and indications received with the inappropriate monitoring.

Conclusions: The appropriate follow up of patients in this program is very low, which impacts on the resources that are given to the program.

KEY WORDS: Sexual health, reproductive health, non-scalpel vasectomy, follow up, monitoring.

ÍNDICE

	Pág.
1 MARCO TEÓRICO	1
1.1 Antecedentes.....	1
1.2 Planteamiento del problema.....	20
1.3 Justificación.....	21
1.5 Objetivos.....	22
1.5.1 General.....	22
1.5.2 Específicos.....	23
2 MATERIAL Y MÉTODOS	23
2.1 Tipo de estudio.....	23
2.2 Diseño de investigación.....	23
2.3 Población, lugar y tiempo.....	23
2.4 Muestra.....	23
2.4.1 Tipo de muestra.....	23
2.4.2 Tamaño de muestra.....	23
2.5 Criterios de selección.....	24
2.5.1 Criterios de inclusión.....	24
2.5.2 Criterios de no inclusión.....	24
2.5.3 Criterios de eliminación.....	24
2.6 Variables.....	24
2.6.1 Definición conceptual.....	24
2.6.2 Definición operativa.....	25
2.7 Método de recolección de datos.....	28
2.8 Maniobras para el control de sesgos.....	28
2.8.1 Prueba piloto.....	28
2.9 Procedimiento estadístico.....	28
2.9.1 Diseño y construcción de la base de datos.....	28
2.9.2 Análisis estadístico.....	28
2.10 Cronograma.....	28
2.11 Recursos humanos, físicos, materiales y financiamiento.....	28
2.12 Consideraciones éticas.....	29
3 RESULTADOS	31
4 DISCUSIÓN	40
5 CONCLUSIONES	41
6 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	42
7 ANEXOS	

1. MARCO TEÓRICO

1.1 ANTECEDENTES

INTRODUCCIÓN

La Medicina Familiar es la especialidad clínica que se ocupa del mantenimiento y la resolución de los problemas de salud frecuentes en los individuos, familias o comunidades, independientemente de la edad, sexo o el órgano o sistema afectado. La Medicina Familiar es una especialidad horizontal que no solo incluye un segmento de los problemas frecuentes que usualmente una especialidad lineal posee, sino también los “intersticios” entre ellas¹.

El Médico Familiar contempla todas las dimensiones del proceso salud/enfermedad; no solo considera los procesos biológicos sino las repercusiones psicológicas y sociales de la enfermedad. De este modo el médico de familia puede, a la hora de tomar una decisión, incorporar la información sobre la historia previa del paciente, sus creencias, sus miedos, sus inquietudes y sus relaciones sociales; no se limita a atender aquellos problemas por los que los pacientes consultan; considera cada contacto con las personas en el contexto profesional como una ocasión para la prevención y la educación sanitaria^{1,2}.

Sobre la base de este análisis puede colaborar en la planificación y desarrollo práctico de actividades comunitarias de prevención y promoción de la salud y en la movilización y organización de recursos comunitarios para dar una respuesta a los problemas de salud identificados².

La salud familiar hay que verla en una relación individuo-familia-sociedad. Esto quiere decir que la salud de la familia va a depender de la interacción entre factores personales (psicológicos, biológicos, sociales), factores propios del grupo familiar (funcionalidad, estructura, economía familiar, etapa del ciclo vital,

afrontamiento a las crisis) y factores sociológicos (modo de vida de la comunidad, de la sociedad). La relación entre la salud individual y la salud familiar se considera que es de doble vía, es decir, que la influencia es recíproca³.

Entonces, dentro de los aspectos que se deben considerar prioritarios en la atención de la familia, se considera a cada elemento y su interdependencia dentro del grupo familiar; así como también a los subsistemas que interactúan dentro de cada núcleo; así, el subsistema conyugal requiere atención en cuanto a los aspectos de sexualidad y reproducción que serán de vital importancia para el bienestar y funcionalidad familiar a lo largo del ciclo evolutivo familiar^{1, 3}.

Es así como el médico de familia debe ofrecer apoyo para mantener o propiciar el bienestar de cada individuo dentro de su familia y darle la posibilidad de ejercer su sexualidad de manera libre y responsable, sin riesgos ni complicaciones; en este sentido muchas líneas de acción posibles que seguir, desde la educación, orientación y consejería; también desde la atención médica solicitada en situaciones específicas, e igualmente en cuanto a detección y prevención de enfermedades y con la necesidad de anticipación y seguimiento en los casos presentes^{1, 3}.

SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

El concepto de Salud Sexual y Reproductiva es definido por el Fondo de Población de Naciones Unidas como un “Enfoque integral para analizar y responder a las necesidades de hombres y mujeres respecto a la sexualidad y la reproducción”. Desglosando sus dos componentes podemos definir la Salud Reproductiva como un “Estado general de bienestar físico, mental y social y no de mera ausencia de enfermedad o dolencia, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos.

Entraña además la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia”. Además establece como objetivo de la Salud sexual “el desarrollo de la vida y de las relaciones personales y no meramente el asesoramiento en materia de reproducción y enfermedades de transmisión sexual”

Los componentes de la salud sexual y reproductiva son los siguientes:

- a. Servicios de información, asesoramiento, educación y comunicación en materia de anticoncepción y salud reproductiva.
- b. Educación y servicios de atención prenatal, partos sin riesgo y posparto.
- c. Cuidados de salud para los y las recién nacidas/os.
- d. Acceso a métodos anticonceptivos seguros y modernos.
- e. Información y tratamiento para las infecciones de transmisión sexual.
- f. Prevención y tratamiento apropiado de la infertilidad⁴.

A pesar de que la salud reproductiva contempla a mujeres y hombres, también es sabido que en materia de salud sexual reproductiva la mayor parte de las políticas públicas, de los programas, de las campañas y de los métodos anticonceptivos están dirigidos principalmente a la mujer, por considerar que en esta última debe recaer el mayor peso y la obligación en cuanto al control de la reproducción; con esto, se favorecen y se refuerzan las diferencias e inequidades sobre la responsabilidad y el control de la fecundidad entre mujeres y hombres y se mantiene la invisibilidad masculina en el proceso reproductivo^{4,5}.

Los estudios de género han mostrado la necesidad de cuestionar los supuestos a partir de los cuales se ha estudiado la reproducción y el papel desempeñado por los varones dentro de ella, mostrando en este caso posibilidades de reducir la brecha de atención de unas y otras en estos aspectos, ya que para los varones el espacio de la reproducción y su control es entendido como un

espacio femenino y por tanto la regulación de la fecundidad debe correr a cargo de la mujer, mientras ellos prefieren abstenerse de utilizar algún método⁵.

Los resultados de la ENSANUT 2012 en salud reproductiva señalan que del total de adultos entrevistados 91.0% han tenido vida sexual activa, de los cuales 51.0% de los hombres y 66.3% de las mujeres reportaron no haber utilizado ningún método anticonceptivo en la primera relación sexual. De los que señalaron haber utilizado algún método, los hombres mencionaron un porcentaje de uso mayor que las mujeres. Entre los más utilizados por los hombres se ubica el condón masculino con 45.1% y los hormonales con 2.0%.

Por parte de las mujeres, 27.4% dijo que su pareja uso condón y 4.2 % informó haber utilizado hormonales. En cuanto al uso de métodos anticonceptivos en la última relación sexual se sigue una tendencia similar a la primera, pero con algunas variaciones en los porcentajes de uso, como por ejemplo, el porcentaje de hombres y mujeres que no utilizaron ningún método disminuyó respecto a la primera, sobre todo en las mujeres. De igual forma, el uso de condón y hormonales disminuyó en el total al igual que por sexo y grupo de edad, pero se observa también un aumento en el uso de OTB o vasectomía (14.6%), que se incrementa de manera importante conforme a la edad (20-29, 5.1%; 30-39, 17.1% y 40-49, 22.8%)⁷.

PLANIFICACIÓN FAMILIAR:

Hoy en día la tendencia de las familias modernas es tener menos hijos. Esto ha sido motivado por el incremento en los costos de educación, la disminución de las contribuciones económicas de los hijos a la familia y el cambio en el rol de la mujer en el mercado laboral^{9,10}.

La planificación familiar es un derecho humano básico que beneficia a todas las personas; el bienestar físico, mental y social de los hombres, las mujeres y los niños suele mejorar cuando las parejas tienen menos hijos a los que pueden prodigar mejores cuidados. También se ha demostrado que el uso apropiado de la planificación familiar ayuda a reducir la mortalidad y la morbilidad materna e infantil^{10,11,12}.

El uso de anticonceptivos ha aumentado en muchas partes del mundo, especialmente en Asia y América Latina. A escala mundial, el uso de anticonceptivos modernos ha aumentado ligeramente, de un 54% en 1990 a un 57% en 2012. A escala regional, la proporción de mujeres de entre 15 y 49 años de edad que usan algún método anticonceptivo ha aumentado mínimamente o se ha estabilizado entre 2008 y 2012. En América Latina y el Caribe pasó de 64% a 67%^{11,12}.

La planificación familiar se ofrece con carácter prioritario dentro del marco amplio de la salud reproductiva, con un enfoque de prevención de riesgos para la salud de las mujeres, los hombres y los niños; sus servicios son un medio para el ejercicio del derecho de toda persona a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de sus hijos, con pleno respeto a su dignidad^{9,10,11,12}.

Los servicios de información, orientación, consejería, selección, prescripción y aplicación de anticonceptivos, identificación y manejo de casos de esterilidad e infertilidad, así como de prevención de enfermedades de transmisión sexual y de atención materno infantil, constituyen un conjunto de acciones, cuyo propósito es contribuir al logro del estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad durante el proceso de reproducción y el ejercicio de la sexualidad, así como al bienestar de la población¹⁰.

Los servicios de planificación familiar que se imparten por personal médico y paramédico de las instituciones de salud, auxiliar comunitario y médicos privados, deben comprender las siguientes actividades:

- ❖ Promoción y difusión.
- ❖ Información y educación.
- ❖ Consejería.
- ❖ Selección, prescripción y aplicación de métodos anticonceptivos.
- ❖ Identificación y manejo de casos de infertilidad y esterilidad.

Los programas de Salud Sexual y Reproductiva deben promover el acceso a los métodos disponibles y a la información necesaria para que todo solicitante de los servicios de planificación familiar quede protegido para evitar embarazos no deseados, prevenir embarazos de alto riesgo e infecciones de transmisión sexual, para lo cual, además de la información que reciba, se le debe proporcionar consejería adecuada, de acuerdo a sus características y las de su pareja, y en caso de aceptarlo, se debe prescribir o aplicar algún método anticonceptivo lo cual puede ocurrir desde la primera atención. Y estos servicios deben ser gratuitos cuando sean prestados por instituciones del sector público^{9,10,11}.

A la hora de realizar el consejo contraceptivo, es necesario tener en cuenta los siguientes aspectos:

- a) Perfil del método: *Eficacia, seguridad, reversibilidad, complejidad, aceptabilidad y precio.*
- b) Perfil del usuario: *Frecuencia coital, objetivo de la contracepción, riesgo de ITS, patrón cronológico, edad del usuario y su perfil de salud.*

c) Criterios médicos: Criterios de elegibilidad elaborados por la OMS¹³.

Las disposiciones generales de la Norma Oficial Mexicana 005-SSA2-1993⁹, de los Servicios de Planificación Familiar son:

- Los servicios de información, orientación, consejería, selección, prescripción y aplicación de anticonceptivos, identificación y manejo de casos de esterilidad e infertilidad, así como de prevención de enfermedades de transmisión sexual y de atención materno infantil, constituyen un conjunto de acciones, cuyo propósito es contribuir al logro del estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad durante el proceso de reproducción y el ejercicio de la sexualidad, así como al bienestar de la población.

- Los servicios de planificación familiar que se imparten por personal médico y paramédico de las instituciones de salud, auxiliar comunitario y médicos privados, deben comprender las siguientes actividades: Promoción, difusión, información, educación, consejería, selección, prescripción y aplicación de métodos anticonceptivos así como también identificación y manejo de casos de infertilidad y esterilidad.

- La prestación de los servicios de planificación familiar debe ofrecerse sistemáticamente, a toda persona en edad reproductiva que acuda a los servicios de salud, independientemente de la causa que motive la consulta y demanda de servicios, en especial a las mujeres portadoras de mayor riesgo reproductivo.

- Los servicios de planificación familiar deben ser gratuitos cuando sean prestados por instituciones del sector público.

- Todo solicitante de los servicios de planificación familiar debe quedar protegido para evitar embarazos no deseados y prevenir el embarazo de alto riesgo, para lo cual, además de la información que reciba, se le debe proporcionar consejería adecuada y, en caso de aceptarlo, se debe prescribir o aplicar algún método anticonceptivo lo cual puede ocurrir desde la primera atención.
- Todo usuario puede asistir libremente al servicio de planificación familiar para recibir atención adecuada cuando tenga alguna duda o se presente algún efecto colateral importante imputable al uso del método anticonceptivo, aun cuando no tuviera cita.
- El instrumental y los materiales que se empleen para la prestación de servicios de planificación familiar, deben cumplir las condiciones de higiene y esterilización, de acuerdo a los procedimientos propios de cada método.
- Los locales donde se presten los servicios de planificación familiar, deben de cumplir las condiciones higiénicas y de limpieza que garanticen la atención a los usuarios sin riesgo para su salud.
- Las unidades de atención médica que presten servicios de planificación familiar deben llevar un control de existencias de material anticonceptivo, para garantizar en forma permanente la prestación de los servicios a que se refiere esta Norma.
- Los responsables de las unidades de atención médica deben verificar que el personal efectúe la prestación de los servicios de planificación familiar, atendiendo criterios de calidad, de conformidad con lo señalado por esta Norma.

MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS:

Aunque los actuales desafíos en la salud a nivel mundial son muchos y muy serios, la necesidad de controlar la fertilidad probablemente toca a más vidas que cualquier otro aspecto de la salud. Por ello, la planificación familiar es crucial para el bienestar de las personas; y su tarea 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 ni ellas ni sus parejas están utilizando anticoncepción^{11,12}

TRADICIONALES	TEMPORALES	DEFINITIVOS
Coito interrumpido Ritmo o calendario Método de la temperatura basal Método del moco cervical	Anticonceptivos orales Implantes Inyecciones Anillo vaginal DIU de cobre DIU con levonorgestrel Condón masculino Condón femenino Otros métodos de barrera: diafragma, esponja vaginal, espermicidas, etc. Pastilla anticonceptiva de emergencia	OTB VASECTOMÍA

Tabla 1. Tipos de métodos de Planificación Familiar

MÉTODOS DEFINITIVOS

La esterilización voluntaria ofrece protección permanente contra el embarazo no deseado con un solo procedimiento que se puede realizar en cualquier centro de atención de salud con capacidad quirúrgica básica^{10,12,14}.

Sin embargo, dado que la esterilización es permanente, se debe asesorar a los pacientes cuidadosamente antes de que la elijan como su método anticonceptivo para reducir al mínimo el arrepentimiento futuro. Tanto la esterilización femenina como la masculina tienen pocas complicaciones cuando la realizan en entornos apropiados proveedores de salud debidamente capacitados^{10,11,12,14}.

La aceptación de métodos anticonceptivos permanentes (OTB y vasectomía) debe ir precedida por consejería y se debe ratificar por escrito por el usuario e incluir este documento en la ficha individual o expediente clínico personal. Este documento debe describir el conocimiento del aceptante sobre la irreversibilidad del procedimiento^{10,11,14}.

De acuerdo con los últimos datos reportados por el INEGI, al comparar los métodos anticonceptivos definitivos para hombres y mujeres tenemos que la OTB se usa en 43.9% de las mujeres en edad fértil y entre 15 y 49 años de edad; en contraste, la vasectomía se emplea sólo en 1.9% de los hombres, lo cual confirma las diferencias e inequidades respecto a quién va dirigido principalmente el uso de métodos anticonceptivos definitivos^{11,14}.

De acuerdo con los datos reportados acerca de qué métodos anticonceptivos conocen las mujeres en México, tenemos que la vasectomía ocupa el sexto lugar, con 81%. Aquí es pertinente aclarar que es diferente saber que existe el método, como una opción, a tener la información sobre el mismo^{6, 10,11,14}.

VASECTOMÍA

Es un método de planificación familiar definitivo que actúa interrumpiendo la continuidad de los conductos deferentes evitando la presencia de espermatozoides en el semen. Debe considerarse como método irreversible y

definitivo; se trata de un método de cirugía ambulatoria sencillo, de unos 15-20 minutos de duración, realizado con anestesia local y que consiste en la sección de ambos conductos deferentes por vía escrotal^{14,15}.

La baja adopción de éste método por parte de la población de algunas sociedades en las que la vasectomía está legalmente aceptada, se puede explicar en parte por algunos mitos, como el que identifica la fertilidad con la potencia sexual, representación cultural alejada del pensamiento científico.

La difusión de la información a la población acerca de las características de este método, así como una adecuada consejería podrá hacer de la vasectomía un recurso anticonceptivo más, disponible para todos aquellos que lo requieran^{15,22}.

Hay dos tipos de procedimiento: la técnica tradicional (con bisturí) y la de Li (sin bisturí).

- Técnica tradicional, con bisturí: Es un procedimiento quirúrgico por el cual se ligan, seccionan o bloquean los conductos deferentes a través de una pequeña incisión en el escroto.
- Técnica de Li, sin bisturí: Es un procedimiento quirúrgico por el cual se ligan y seccionan los conductos deferentes a través de una pequeña punción en el rafe escrotal^{15,22}.

VASECTOMÍA SIN BISTURÍ

La vasectomía sin bisturí es una técnica desarrollada en 1974 por el Dr. Li Shunqiang en el Instituto Chongqing de Investigaciones Científicas de Planificación Familiar en la provincia de Sichuan, China. Posteriormente fue

introducida en la sociedad médica Occidental a partir del año 1985; por el Dr. Marc Goldstein del Cornell Medical Center - New York Hospital.

En México se introdujo en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en el año de 1989; posteriormente la Secretaría de Salud inició el programa de Vasectomía sin Bisturí en el año de 1993, a cargo de la Dirección General de Planificación Familiar, en el primer nivel de atención con cobertura nacional²².

Ventajas de la técnica sin bisturí: Menos dolor y equimosis, recuperación más rápida, menos infecciones y menos acumulación de sangre en el tejido (hematoma), el tiempo total para la vasectomía ha demostrado ser más breve^{15,17}; el tiempo operacional se encuentre en un rango de 7 a 25 minutos^{16,18}.

Desventajas de la vasectomía sin bisturí y algunos efectos colaterales: La vasectomía no es efectiva en forma inmediata, pueden encontrarse espermatozoides hasta en las siguientes 25 eyaculaciones o hasta tres meses después del procedimiento, por lo cual se debe recomendar el uso de preservativo u otro método para evitar embarazos no deseados hasta que el conteo de espermatozoides sea negativo; no se conocen efectos colaterales asociados directamente al método; ocasionalmente pueden presentarse problemas asociados al procedimiento quirúrgico tales como: Equimosis, infección de la herida quirúrgica, granuloma o hematoma^{14,15,16,17}.

La vasectomía sin bisturí, es una técnica rápida, refinada, de baja morbilidad y cada vez más aceptada por los pacientes en México; también resulta ser una alternativa económica comparada con la técnica tradicional. Si bien por su naturaleza de mínima invasión disminuye el miedo por la incisión referido por lo hombres, aún no constituye un método suficientemente utilizado en nuestro país^{19,21,22}; el éxito de la vasectomía es confirmado por medio de la demostración de azoospermia, el punto final deseado con este resultado no es alcanzado inmediatamente después de la cirugía y es necesario el análisis del

semen de muestras obtenidas en una o más visitas de seguimiento que puede tomar arriba de algunos meses para la mayoría de los hombres^{20,22}.

ORIENTACIÓN Y CONSEJERÍA PARA VASECTOMÍA SIN BISTURÍ

Es por medio de la orientación y consejería adecuadas que se lleva a la toma de decisiones de la manera más correcta; es parte esencial en el proceso ya que es gracias a la información más adecuada y al apoyo que se le proporcione al paciente en cuanto a tomar en cuenta su peculiaridad para la elección y accesibilidad a los métodos de planificación que este proceso finalmente beneficia al paciente y comprueba que las acciones del médico familiar realmente influyen de manera positiva en la vida del paciente, su familia y la comunidad a la que pertenece.

Se debe proporcionar información clara y precisa acerca de este método en cuanto a sus características, efectividad, indicaciones, contraindicaciones, precauciones necesarias durante y después del procedimiento, la técnica quirúrgica, la duración de la protección, el seguimiento necesario, los efectos o posibles complicaciones, la irreversibilidad, posibles molestias durante y después del procedimiento, los beneficios a corto y largo plazo, etc.

La finalidad es lograr eliminar dudas y permitir al paciente tomar la decisión de llevar a cabo o no el procedimiento de la manera más tranquila, fundamentada y segura posible, convencido de que es la mejor opción y que obtendrá los beneficios esperados en todos los aspectos.

Otro de los aspectos fundamentales de la orientación y consejería dentro del programa es obtener la firma de la hoja de autorización para la realización del procedimiento quirúrgico o consentimiento informado por medio de la cual el

usuario de manera libre y consiente otorga al personal médico la autorización del paciente para realizarle la V. S. B.

Algunos hombres refieren ansiedad en relación al procedimiento. Ciertos autores lo explican afirmando que la ansiedad hacia la vasectomía proviene de la idea de considerarla similar a la castración y/o que cualquier procedimiento relacionado con los genitales podría ser una amenaza para la función sexual.

A pesar de esto la vasectomía es ampliamente usada y reconocida como un método altamente efectivo de contracepción masculina con un índice bajo de complicaciones²². Algunos estudios han concluido que la VSB no tiene influencia significativa en la mayoría de los dominios de la satisfacción sexual por lo que se puede especular que si existe algún cambio, este debe ser positivo, particularmente en relación al orgasmo^{9,21,23}.

Es necesario continuar difundiendo y promocionando la vasectomía para que desde un punto de vista médico llegue la información a la población en edad fértil, y así esclarecer las dudas y confusiones sobre este método de anticoncepción masculino^{6,22}.

Se debe tomar en cuenta desde otra perspectiva (conyugal o marital) que la V. S. B. puede mejorar otros aspectos de la vida del paciente que se la realiza; ya que cuando la pareja de una mujer se realiza la vasectomía, también la vida sexual de ella cambia en varios sentidos: 1) Elimina la preocupación de un embarazo, 2) Evita el consumo de anticonceptivos, que dañan o alteran su salud, 3) Incrementa la frecuencia de sus relaciones sexuales, 4) Sus relaciones sexuales son más satisfactorias, 5) Las relaciones de la pareja mejoran porque se sienten apoyadas y queridas por su pareja, y 6) Las mujeres se vuelven más cariñosas y orgullosas de ellos^{9,18,22}.

PROGRAMA DE VASECTOMÍA SIN BISTURÍ EN EL CENTRO DE SALUD DR. JOSÉ CASTRO VILLAGRANA

En 1993 la Dirección General de Planificación Familiar (actualmente Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva) de la Secretaría de Salud, inicia el programa de Vasectomía sin Bisturí en el primer nivel de atención con cobertura nacional.

Se desarrolló toda la documentación técnica y normativa que da sustento a todas las acciones que se realizan dentro de programa; se establecieron niveles de responsabilidad del personal prestador del servicio de Vasectomía sin Bisturí, y una vez consolidados los Centros Estatales de Capacitación extendieron el programa a Unidades médicas seleccionadas para ser Centros de servicios de Vasectomía sin Bisturí²².

El programa de VSB en el Centro de Salud Dr. José Castro Villagrana inicia a finales del año de 1994. Así, el Centro de Salud Dr. José Castro Villagrana es uno de los 122 servicios distribuidos a nivel nacional que tiene la capacidad de ofrecer este método desde hace aproximadamente 20 años.

La técnica utilizada en el programa Vasectomía sin Bisturí del Centro de Salud Dr. José Castro Villagrana, es la técnica modificada del Dr. Li (Ver Anexo 1); misma que se lleva a cabo en las instalaciones asignadas al programa dentro del Centro de Salud en un área adaptada con las condiciones de espacio y demás requerimientos del procedimiento.

En el lineamiento del programa de Vasectomía sin Bisturí del Centro de Salud Dr. José Castro Villagrana, se establece que la documentación técnica-normativa incluye:

- Manual de procedimientos operativos para el personal de salud

- Manual de Orientación-Consejería
- Modelo de Capacitación
- Manual para la prevención, detección y manejo de complicaciones
- Políticas y Normas de operación
- Flujograma del solicitante (Ver Anexo 2)
- Libreta de control de usuarios
- Hoja de indicaciones médicas
- Hoja de autorización voluntaria de anticoncepción quirúrgica masculina (Consentimiento Informado)
- Hoja de instrucciones preoperatorias
- Hoja de instrucciones postoperatorias
- Tarjetas de control de usuarios de planificación familiar
- Informe mensual del programa
- Guía técnica para la capacitación en el procedimiento quirúrgico
- Bibliografía de apoyo

PROCEDIMIENTO OPERATIVO:

Ver anexo 2.

Para fines prácticos y de mejor entendimiento se puede dividir el procedimiento operativo en tres fases:

- a. Pre- operatorio: Actividad 1 a 4.
- b. Procedimiento quirúrgico: Actividad 5 y 6
- c. Post-operatorio: Actividad 7 a 12

En este estudio consideramos como seguimiento al proceso post-operatorio del programa.

SEGUIMIENTO

El seguimiento estrecho de la vasectomía es fundamental ya que sólo así se garantiza la efectividad del método; es de suma importancia y un esfuerzo conjunto entre el paciente, el cirujano y el resto del personal del programa²².

El cirujano o el personal médico necesitan informar al paciente todos los procedimientos necesarios y las opciones con las que se cuenta. El paciente necesita cumplir con esas indicaciones²².

El laboratorio necesita brindar tanta certeza como sea posible en relación con los resultados del procedimiento. El hecho es que el paciente y el médico se aseguren de que la intervención quirúrgica fue exitosa^{22,24}.

Espermatoconteo: Consiste en examinar una muestra de semen por microscopio para ver si todavía contiene espermatozoides. Si no se logra ver espermatozoides móviles, la vasectomía está funcionando^{22,24}.

Si hay menos de un espermatozoide inmóvil cada 10 campos con alto aumento (menos de 100.000 espermatozoides por mililitro) en la muestra fresca, se considera un procedimiento efectivo y entonces dejar de usar un método anticonceptivo de respaldo, si contiene más espermatozoides móviles, se debe seguir usando un método de respaldo y volver a la consulta mensualmente para un nuevo análisis del semen; si el estudio continúa refiriendo espermatozoides móviles, tal vez tenga que repetirse la vasectomía^{22,24}.

Otros autores afirman, que para alcanzar la azoospermia es más importante el número de eyaculaciones que el tiempo transcurrido desde la vasectomía; concluye que tras 12 a 15 eyaculaciones, el 90% de los pacientes queda azoospermico. En consecuencia, este periodo depende de las costumbres sexuales individuales^{23,24}.

Con frecuencia, un espermatoconteo solicitado 3 meses después de la vasectomía (periodo probablemente suficiente para eyacular 15 veces) es informado como “espermatozoides inmóviles aislados”, algunos autores estiman que el riesgo de embarazo en esta situación es menor que el riesgo establecido de recanalización tardía, sin embargo, no se pueden despreciar las implicaciones médico-legales derivadas de dar el alta a un paciente con espermatozoides en el semen²⁵.

Mientras que algunos proponen la obtención de al menos dos espermatoconteos con azoospermia, otros estiman suficiente el presentar un solo análisis con dicho resultado. Respecto a la necesidad de la negativización completa del mismo también existe variabilidad: algunos autores proponen el seguimiento indefinido hasta su negativización mientras que otros estiman suficiente que los espermatozoides encontrados no sean móviles^{22,23,24}.

También existe variabilidad en cuanto a la necesidad del análisis anatómico patológico del conducto deferente seccionado, ya que algunos autores cuestionan incluso la necesidad del mismo.

Por último, aunque la detección de espermatozoides móviles después de la vasectomía se suele catalogar como un fracaso de la misma, algunos autores indican que más del 50% de estos casos finalmente terminan en éxito sin la necesidad de re intervención²⁶.

IMPORTANCIA DEL SEGUIMIENTO

Identificación y atención oportuna de complicaciones; esta técnica puede presentar complicaciones clínicas que han sido documentadas como la epididimitis con dolor a la eyaculación (1.3%), la recanalización a los cinco años

(0.5% al 1.4%) y las alteraciones de carácter, más psicológico que funcional, como son la ansiedad e insatisfacción sexual²².

Reorientar la capacitación del personal de salud, con una perspectiva educativa diferente, a fin de propiciar en los hombres la reflexión sobre su salud sexual y reproductiva y las implicaciones familiares y sociales de la misma; y lograr obtener mejores y mayores resultados del programa.

Orientar y realizar investigación educativa en hombres que aún no deciden si aceptan o no la vasectomía, para la difusión del método, pero cuyo contenido esencial sea la reflexión acerca del significado de la masculinidad, la paternidad responsable y el enfoque de género.

Dar continuidad a estrategias de acercamiento de servicios de planificación familiar a la población masculina, cuyo rezago se evidencia mediante la demanda insatisfecha y la falta de utilización de los servicios de V. S. B.

RESULTADOS Y ESTUDIOS DE PROGRAMAS V.S.B

Programas de diversas instituciones tienen reportes de concluir el seguimiento de manera adecuada muy diversos; la cifras son variables de acuerdo a la institución y a la estrategia de seguimiento establecida.

En la mayoría de los programas se presentan resultados aceptables, a pesar de ello, en la mayoría de los mismos se propone continuar insistiendo en la importancia de realizar todos los procedimientos que incumbe el seguimiento y encontrar los hechos que limitan la realización del seguimiento de manera adecuada.

Existen programas con distintas acciones y medidas implementadas en el seguimiento que obtienen porcentajes muy elevados^{19, 30}.

Dentro de los lineamientos y normativa de los programas de V. S. B en México, se requiere mantener el seguimiento completo en un porcentaje mínimo del 60% de los usuarios.

TABLA 2: COMPARACIÓN DE ALGUNOS ESTUDIOS REALIZADOS EN OTROS CENTROS CON PROGRAMA V. S. B.

	ISSSTE²⁰	INPer²⁹	ESPAÑA³⁰	IMSS
EDAD	Rango 20 – 59 años Promedio 36.6 años	35.6 +/- 5.6 años	Rango 25 – 57 años Promedio 39.5 años	33.9+/- 7 años Promedio 38.2 años
EDO. CIVIL	85% Casados 15% Otros	86.9% Casados 11.9% Unión Libre 1.2% Soltero		
NUM. DE HIJOS	47% con 2 hijos 24% con 3 hijos 21% con 4 o más 8% con un hijo	60.7% con 2 hijos 22.7% con 3 hijos 6.7% con 4 o más 9.9% con un hijo		3+/-1 hijos 80.2%
SEGUIMIENTO COMPLETO	20%	55.4%	91%	99.8%

FUENTE: Referencias bibliográficas.

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El programa de Vasectomía Sin Bisturí en el Centro de Salud ha operado desde 1993; actualmente se ha observado una disminución importante de los usuarios, ya que el promedio de pacientes vasectomizados por año durante el periodo de 1993- 2007 era de 68³² y actualmente se realizan aproximadamente 50 vasectomías anuales, lo que significa una reducción de 26.4%.

Una de las causas de esta reducción es la falta de recursos materiales de equipo e infraestructura que han disminuido. Por lo anterior expuesto surge la siguiente pregunta de investigación: debido a la falta de eficacia del programa en las últimas evaluaciones.

La eficacia del programa es evaluada a través del indicador de procedimientos concluidos que debe de mantenerse por arriba de 60%; y un procedimiento concluido se refiere a llevar a cabo el proceso hasta la obtención de un espermatoconteo negativo, requisito para el alta del paciente. Es por eso la importancia que reviste el adecuado seguimiento de los pacientes conforme al procedimiento operativo establecido para el programa.

Considerando la falta de seguimiento adecuado como una de las causas limitantes del programa actualmente, se considera relevante identificar los factores que determinan el incumplimiento para proponer y realizar las correcciones pertinentes o necesarias que permitan lograr alcanzar el indicador de pacientes con espermatoconteo negativo y de ese modo incrementar la eficacia del programa.

Por lo anterior expuesto, surge la siguiente pregunta de investigación:

¿Qué factores influyen en el seguimiento del programa VSB en el Centro de Salud Dr. José Castro Villagrana?

1.3 JUSTIFICACIÓN

Para el médico Familiar, tener la capacidad y medios para ofrecer alternativas a los pacientes en el aspecto de la salud sexual y reproductiva es una parte de su labor que si bien abarca sólo un aspecto del bienestar del individuo no deja de ser, por las características del mismo, una parte importante y vital para su bienestar completo; por otro lado, al incidir aunque sea en sólo un aspecto del individuo de manera positiva; se mejoran también aspectos de la funcionalidad familiar y otros generales de la comunidad a la que pertenecen.

Un problema grave que aqueja a los sectores más pobres de la sociedad que habitan generalmente en zonas rurales y en zonas urbanas marginadas, es el rezago en cuanto a la atención en salud y planificación familiar.

El crecimiento anual de la población mundial es de 90 millones de personas y ocurre sobre todo en los países más pobres. El mundo desarrollado con altos indicadores de bienestar económico y social, sólo crece 0.3 % al año en tanto que el resto lo hace a una tasa de casi 2 % anual. De continuar así, en México para el año 2025 podríamos llegar a 135 millones de habitantes y a 160 millones para el 2050. Como en el resto de países en desarrollo, la situación actual se agravará debido a los problemas demográficos y de salud estrechamente asociados con la pobreza.

En el mundo, sólo 5% de los hombres es aceptante de un método anticonceptivo; la vasectomía es uno de los menos conocidos y menos utilizados y sólo es importante como método de planificación familiar en algunos países desarrollados y en pocos de los países en desarrollo. En América Latina, en donde a pesar de los vaticinios de que los hombres no la aceptarían por temor a la castración o pérdida de la masculinidad, los estudios indican que cuando reciben información adecuada, aun en culturas muy diversas eligen la esterilización.

En nuestro país la demanda de vasectomía ha crecido lenta y gradualmente: de 0.6 % del total de parejas usuarias en 1976, a 1.4 % en 1992; en comparación con 8.9 y 43.3 % para la OTB para el mismo periodo²⁷.

Lograr modificar la participación del varón en el contexto de la sexualidad responsable puede proporcionar también socialmente herramientas para limitar aún más la presencia de embarazos no deseados y/o no planeados, abandono o maltrato infantil, etc.

En el Centro de Salud Dr. José Castro Villagrana existe el programa de Vasectomía sin Bisturí desde el año de 1993, como un programa abierto y disponible para toda la población incluso recibiendo referencias de otras unidades y servicios; sin embargo recientemente se encuentra limitado parcialmente por la falta de recursos y apoyo al mismo debido a que aparentemente no reporta resultados de éxito en más de la mitad de los usuarios debido a la falta del reporte negativo del espermatoconteo; por ello, con la finalidad de lograr incidir en la mejora del programa y así incrementar el impacto que tiene el uso de este método y obtener los beneficios inherentes ello; se pretende llevar a cabo un análisis del seguimiento de los usuarios del programa y tratar de encontrar posibles causas de la falta de la realización adecuada del seguimiento; de este modo se pretende modificar los aspectos necesarios y poder obtener más y mejores resultados.

1.5. OBJETIVOS

1.5.1 General

Identificar los factores que influyen en la realización del seguimiento de los usuarios del programa de Vasectomía sin Bisturí del Centro de Salud Dr. José Castro Villagrana.

1.5.2 Específicos

- Identificar aspectos del proceso institucional en el seguimiento que limiten la realización adecuada del mismo.
- Identificar factores personales (socio-demográficos) del usuario que se relacionen con la realización inadecuada del seguimiento.
- Identificar otros factores que impiden el seguimiento adecuado

2. MATERIAL Y METODOS

2.1 Tipo de Estudio

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, de corte transversal.

2.2 Diseño de investigación

Ver Anexo 3

2.3 Población, lugar y tiempo.

La población de estudio fueron todos los pacientes usuarios del programa de VSB del Centro de Salud Dr. José Castro Villagrana en el periodo de tiempo definido (Enero 2013 – Marzo 2014).

2.4 Muestra

2.4.1 Tipo de la muestra

Se trata de un muestreo no probabilístico, por conveniencia

2.4.2 Tamaño de la muestra

Se consideró a todos los pacientes a los que se les realizó vasectomía sin bisturí en el periodo de tiempo establecido (48 pacientes) y que cumplen con los criterios de inclusión (39 pacientes).

2.5. Criterios de selección

2.5.1 Criterios de inclusión

- ❖ Todos los pacientes que cuenten con Historia Clínica completa en su expediente dentro del programa durante el periodo de tiempo establecido.

- ❖ Todos los pacientes que puedan ser localizados por parte de trabajo social.

2.5.2 Criterios de no inclusión

- ❖ Usuarios que no cuenten con expediente clínico.
- ❖ Pacientes que no hayan proporcionado información para su ubicación.
- ❖ Pacientes que no puedan ser localizados por trabajo social.

2.5.3 Criterios de eliminación

- ❖ Pacientes que no acepten participar en la investigación.

2.6 VARIABLES

2.6.1 Definiciones conceptuales

VARIABLE	CONCEPTO
EDAD:	Tiempo transcurrido desde el momento del nacimiento hasta la fecha de la realización de la Historia Clínica del programa V. S. B.
EDO. CIVIL:	Situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia
ESCOLARIDAD:	Nivel más alto alcanzado en el Sistema Educativo Nacional.
OCUPACIÓN:	Tareas que desempeña un individuo en su trabajo, oficio o puesto de trabajo.
MOTIVO DE SOLICITUD DEL PROCEDIMIENTO:	Razón principal por la cual el paciente solicita la realización de la vasectomía
PRESENTACIÓN DE COMPLICACIONES:	Efecto o síntoma adverso como consecuencia de realización de la vasectomía.
INFORMACIÓN DE MÉTODO DE PLANIFICACIÓN:	Si el paciente recibió una explicación clara, adecuada y oportuna acerca de la necesidad de utilizar algún MPF temporal durante el tiempo en el que se obtiene el espermatoconteo negativo.
PRIMERA CONSULTA DE CONTROL PROGRAMADA:	Si el paciente recibió la fecha de la primera cita de seguimiento una semana después de realizado el procedimiento quirúrgico; por parte del personal médico del programa.
SEGUIMIENTO:	Corresponde al cumplimiento los pasos establecidos en el procedimiento operativo del programa; conjunto de pasos hasta la obtención del espermatoconteo negativo

RAZÓN POR LA QUE NO ACUDE A SEGUIMIENTO:	Se trata de la principal causa a la que se atribuye la ausencia del seguimiento completo.
---	---

Tabla 3. Definiciones conceptuales de las variables

2.6.2 Definiciones operacionales

VARIABLE / CATEGORÍA	TIPO	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	CALIFICACIÓN
EDAD	INDEPENDIENTE	Tiempo transcurrido desde el momento del nacimiento hasta la fecha de estudio.	CUANTITATIVA CONTINUA	EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS A LA FECHA DE REALIZACIÓN DE LA HISTORIA CLINICA
EDO. CIVIL	INDEPENDIENTE	Situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes.	CUALITATIVA NOMINAL	1. CASADO 2. UNION LIBRE 3. DIVIRCIADO 4. SOLTERO
ESCOLARIDAD	INDEPENDIENTE	Años de estudio aprobados por la población o años en el nivel más alto alcanzado en el Sistema Educativo Nacional.	CUALITATIVA NOMINAL	1.PRIMARIA INCOMPLETA 2. PRIMARIA COMPLETA 3. SECUNDARIA INCOMPLETA 4. SECUNDARIA COMPLETA 5.PREPARATORIA INCOMPLETA 6. PREARATORIA COMPLETA 7. LICENCIATURA

				8. POSGRADO
OCUPACIÓN	INDEPENDIENTE	Conjunto de funciones, obligaciones y tareas que desempeña un individuo en su trabajo, oficio o puesto de trabajo.	CUALITATIVA NOMINAL	1. OBRERO 2. EMPLEADO 3. COMERCIANTE 4. CHOFER 5. TRABAJO INDEPENDIENTE 6. SERVICIOS PROFESIONALES 7. DESEMPLEADO
MOTIVO DE SOLICITUD DEL PROCEDIMIENTO	INDEPENDIENTE	Motivo principal por el cual el paciente solicita este método de planificación familiar definitivo.	CUALITATIVA NOMINAL	1. PARIDAD SATISFECHA 2. PROBLEMAS DE SALUD DE LA PAREJA 3. PROBLEMAS ECONÓMICOS
MES EN EL QUE SE REALIZÓ LA VASECTOMÍA	INDEPENDIENTE	Número consecutivo del mes en el que el paciente acudió a la realización del procedimiento en el Centro de Salud.	CUALITATIVA NOMINAL	EL NÚMERO CONSECUTIVO DEL MES EN EL QUE SE REALIZÓ EL PROCEDIMIENTO
COMPLICACIONES	INDEPENDIENTE	Presentó alguna complicación durante la realización del procedimiento dentro del Centro de Salud.	CUALITATIVA NOMINAL	1. SI 2. NO
INFORMACIÓN DE MÉTODO DE PLANIFICACIÓN	INDEPENDIENTE	Si se le informo, ofreció y proporcionó un método de planificación familiar en los tres primeros meses posteriores al procedimiento	CUALITATIVA NOMINAL	1. SE INFORMÓ 2. SE OFRECIO 3. SE ENTREGÓ

PRIMERA CONSULTA DE CONTROL PROGRAMADA	INDEPENDIENTE	Si el paciente se presentó a la cita programada siete días posteriores a la vasectomía.	CUALITATIVA NOMINAL	1. SI 2. NO
PASOS DEL SEGUIMIENTO	DEPENDIENTE	Si se le otorgó la solicitud para la realización del espermatoconteo y sí acudió a realizarlo dentro del seguimiento de vasectomía.	CUALITATIVA NOMINAL	1. SI 2. NO
RAZÓN POR LA QUE NO ACUDE A SEGUIMIENTO	INDEPENDIENTE	Razón que considera la de mayor influencia en la falla de la realización adecuada del seguimiento de vasectomía.	CUALITATIVA NOMINAL	0. NO CONTESTA 1. PERSONAL MÉDICO 2. LABORATORIO 3. CITAS INADECUADAS O ADMINISTRACIÓN 4. SITUACIONES PERSONALES 5. SITUACIONES LABORALES

Tabla 4. Tipo y escala de medición de las variables

2.7 Método de recolección de datos

Observación directa; se realizó la revisión del expediente clínico y una encuesta bajo acerca del seguimiento del programa (Ver Anexo 5).

El investigador realizó la revisión de todos los expedientes de los pacientes del programa de vasectomía sin bisturí del periodo comprendido entre Enero 2013 y Marzo 2014 (48 pacientes) de los que se obtuvieron datos sociodemográficos y del procedimiento realizado. Se localizó por parte del personal de Trabajo Social a los pacientes que tuvieran número telefónico en el expediente y se les citó con la finalidad de realizar la encuesta; finalmente se incluyó un total de 39

pacientes a los que se les pudo realizar la encuesta de manera personal o por vía telefónica.

El instrumento de recolección de datos se trata de una encuesta diseñada por el investigador, que consta de 14 preguntas, cada una con la finalidad de obtener información acerca cada paso del proceso de seguimiento llevado a cabo por el paciente y de su experiencia en programa

2.8. Maniobras para el control de sesgos

2.8.1 Prueba piloto

Posterior a la creación del instrumento de recolección de datos se procedió a solicitar las autorizaciones a directivos correspondientes para realizar fase de campo, una vez obtenido se realizó prueba piloto con los pacientes del programa a los que se les realizó vasectomía en el periodo de Abril 2014 a Mayo 2014; se localizó y realizó la encuesta a 10 pacientes. No se encontraron importantes sesgos en el instrumento de medición; se decidió que el investigador aplicaría la encuesta directamente con la finalidad de disminuir el tiempo de aplicación y considerar los comentarios y observaciones de los usuarios.

2.9. Procedimiento estadístico

2.9.1. Diseño y construcción de la base de datos

Se recabaron los datos sociodemográficos y del seguimiento que se encontraban registrados en el expediente; se realizó una base de datos en el programa Excel 8.0.

Posterior a la localización de los pacientes y la realización de la encuesta, se anexaron los resultados a la base de datos diseñada para el análisis.

2.9.2. Análisis estadístico

Se realizó en análisis de los datos con el programa EPI INFO Versión 3.5.4, se obtuvieron medidas de resumen y frecuencias. Se realizaron pruebas de correlación de aspectos sociodemográficos y de la información otorgada con el cumplimiento del seguimiento. La prueba de hipótesis utilizada fue chi cuadrada tomando como valor de significancia estadística un valor de $P \leq 0.05$.

2.10. Cronograma

Ver Anexo 4

2.11. Recursos humanos, materiales, físicos y financiamiento.

Recursos Humanos: La recolección de datos se realizó por el residente responsable de la investigación y apoyo del personal del Programa de Vasectomía sin bisturí del Centro de Salud Dr. José Castro Villagrana (Médico responsable y Trabajo Social).

Recursos materiales: Se utilizaron los siguientes materiales:

- Hojas de papel bond, blancas, tamaño carta para la encuesta
- Lapiceros para el llenado de la encuesta
- Computadora
- Impresora
- Fotocopias

Recursos físicos:

Instalaciones del Centro de Salud Dr. José Castro Villagrana para la recolección, revisión de datos en expediente clínico y la realización de la encuesta.

Financiamiento: Autofinanciado por el Médico Residente investigador.

2.12. Consideraciones éticas

Esta investigación está basada en los siguientes puntos de la Declaración de Helsinki del párrafo B donde se habla de los principios básicos de realización de investigaciones: XIII, XX, XXI, XXVII, XXVIII²⁸ y además en las normativas de la Ley General de Salud, en materia de investigación para la salud en México basados en el capítulo I de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos: Artículos 13, 14, 16, 17, 20, 22 y 23²⁹; se considera una investigación sin riesgo.

3. RESULTADOS

Se llevó a cabo el análisis de los datos obtenidos de 39 pacientes después de la revisión del expediente clínico y entrevista individual.

El rango de edad de los pacientes estudiados fue de 22 a 60 años de edad con una mediana de 38 y moda de 36.

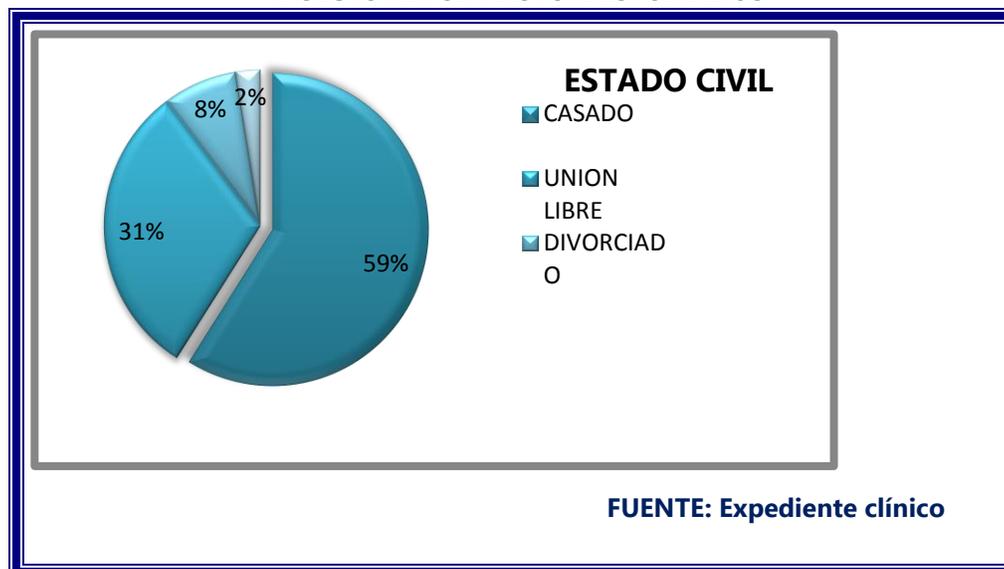
TABLA 5: RESUMEN DE LA EDAD DE LOS PACIENTES ESTUDIADOS

RANGO	22 – 60 años
MODA	36 años
MEDIANA	38 años
PROMEDIO	38.2 años

FUENTE: Expediente clínico

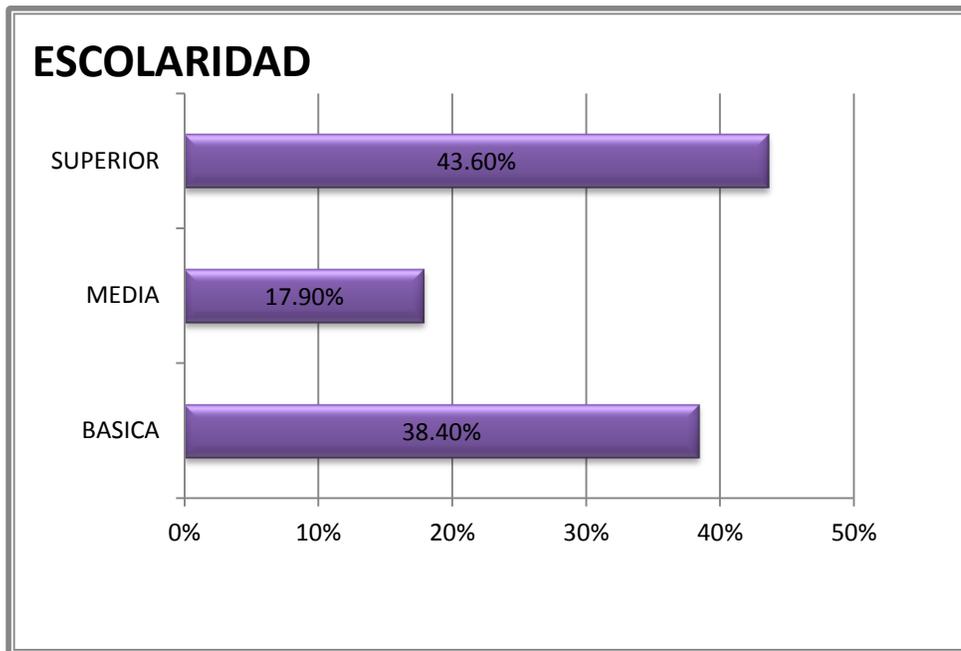
El 89.8% de los pacientes tenía pareja y solamente el 10.3% se encontraba sin pareja en el momento de la vasectomía.

FIGURA 1: DISTRIBUCIÓN DEL ESTADO CIVIL DE LOS PACIENTES DEL PROGRAMA DE VASECTOMÍA SIN BISTURÍ ESTUDIADOS



La escolaridad de los pacientes se distribuyó de la siguiente manera:

FIGURA 2: DISTRIBUCIÓN DE LA ESCOLARIDAD DE LOS PACIENTES DEL PROGRAMA DE VASECTOMÍA SIN BISTURÍ ESTUDIADOS

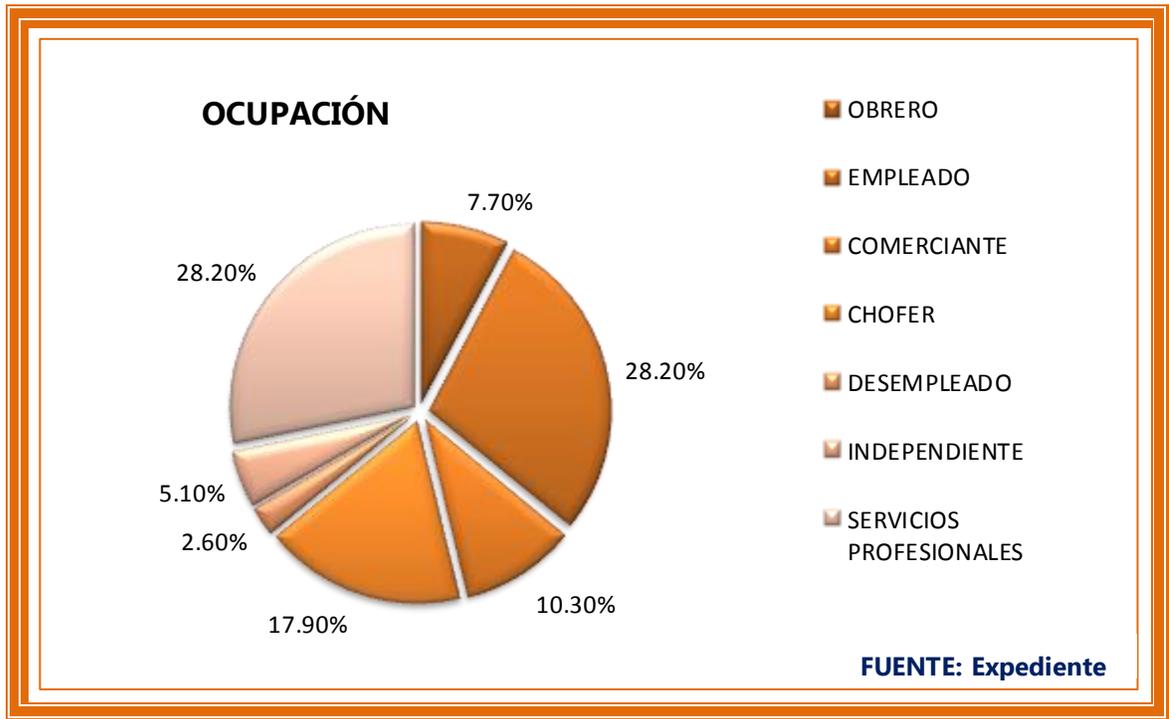


FUENTE: Expediente clínico

Cabe resaltar que el 43.6% de los pacientes tenían un grado académico superior (licenciatura y posgrado) y el 38.5% solamente un nivel básico de escolaridad.

Casi una tercera parte de los pacientes eran empleados (28.1%); una proporción igual se dedicaba a servicios profesionales, estas dos ocupaciones contienen a más de la mitad del total de los pacientes; el resto de los pacientes se desempeñaban como chofer, comerciante o a un trabajo independiente. Sólo un paciente se encontró desempleado.

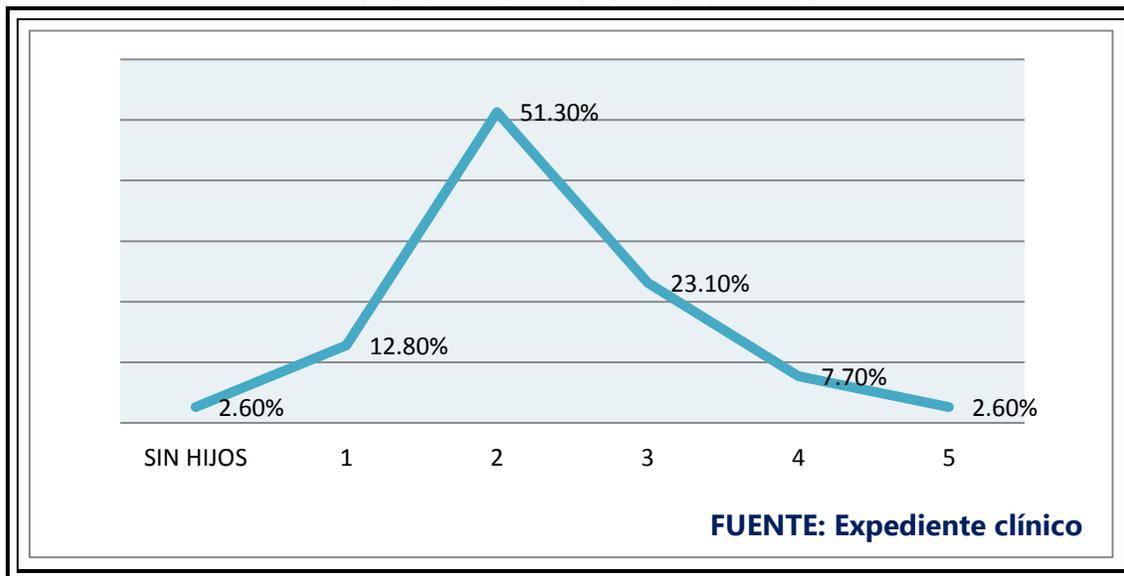
FIGURA 3: OCUPACIÓN DE LOS PACIENTES DEL CENTRO DE SALUD DR. JOSÉ CASTRO VILLAGRANA



La razón por la cual el paciente eligió este método de planificación familiar fue principalmente la paridad satisfecha con un 89.7%; las otras que se mencionaron fueron problemas de salud de la pareja y problemas económicos con 5.1% cada una.

El número de hijos de los pacientes iba de 0 a 5, distribuidos con la siguiente frecuencia:

FIGURA 4: FRECUENCIA DEL NÚMERO DE HIJOS DE LOS PACIENTES DEL PROGRAMA DE VASECTOMÍA SIN BISTURÍ ESTUDIADOS



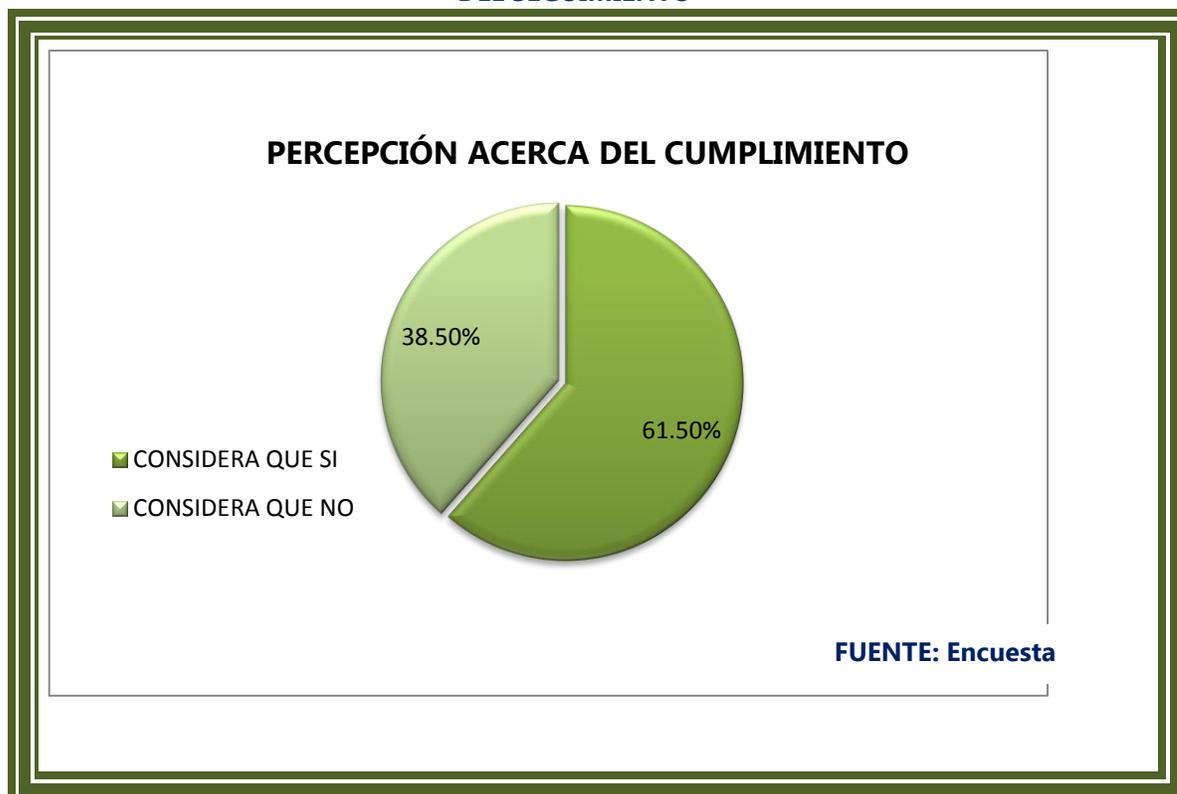
En los expedientes se encontró el registro de la asistencia a la primera cita programada para el seguimiento en 27 pacientes (69.2%); y solo se documentó resultado del espermatoconteo en 7 de ellos (17.9%).

Sólo un paciente tuvo complicaciones dentro del procedimiento y ningún paciente presentó complicaciones post operatorias registradas en el expediente.

En cuanto al método de planificación familiar, se obtuvo registro del que estaba utilizando el paciente o la pareja hasta el momento de la vasectomía, encontrando los siguientes resultados: El preservativo fue el método más utilizado (48.7%), métodos naturales obtuvieron 5.1%, hormonales 15.4% y DIU 12.8%; hubo 17.9% de las parejas que no se encontraba utilizando ningún método de planificación familiar.

La percepción de los pacientes acerca de si se realizaron de manera completa y oportuna el seguimiento de vasectomía fue la siguiente: 24 pacientes (61.5%) consideraron que si lo realizó y 38.5% (15 pacientes) consideró que no.

FIGURA 6: PERCEPCIÓN DE LOS PACIENTES ESTUDIADOS ACERCA DEL CUMPLIMIENTO DEL SEGUIMIENTO

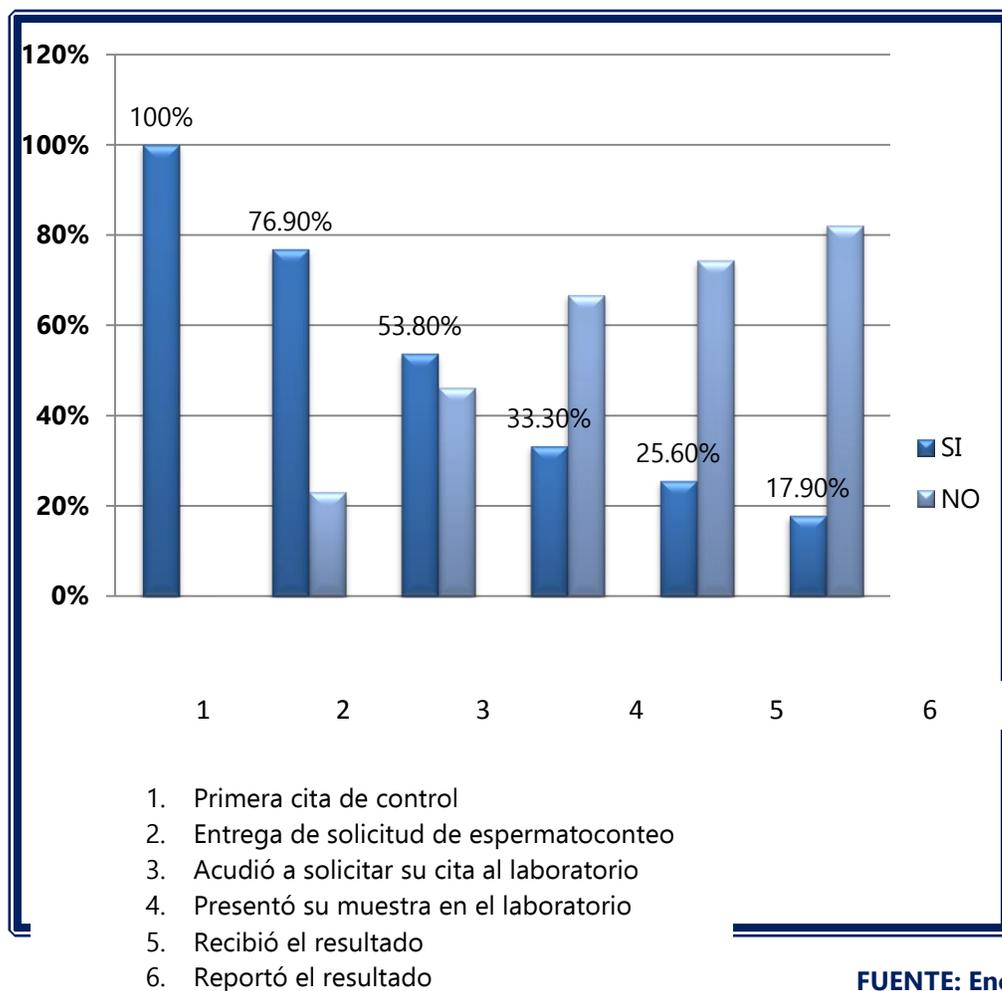


Sólo 1 paciente (2.6%) informó que no recibió de manera clara las indicaciones acerca del seguimiento por parte del personal del Centro de Salud.

El 100% de los pacientes refirieron que se les informó acerca de la necesidad de utilizar un método de planificación familiar temporal durante tres meses posteriores al procedimiento y al 28.2% se les proporcionó ese método en el Centro de Salud.

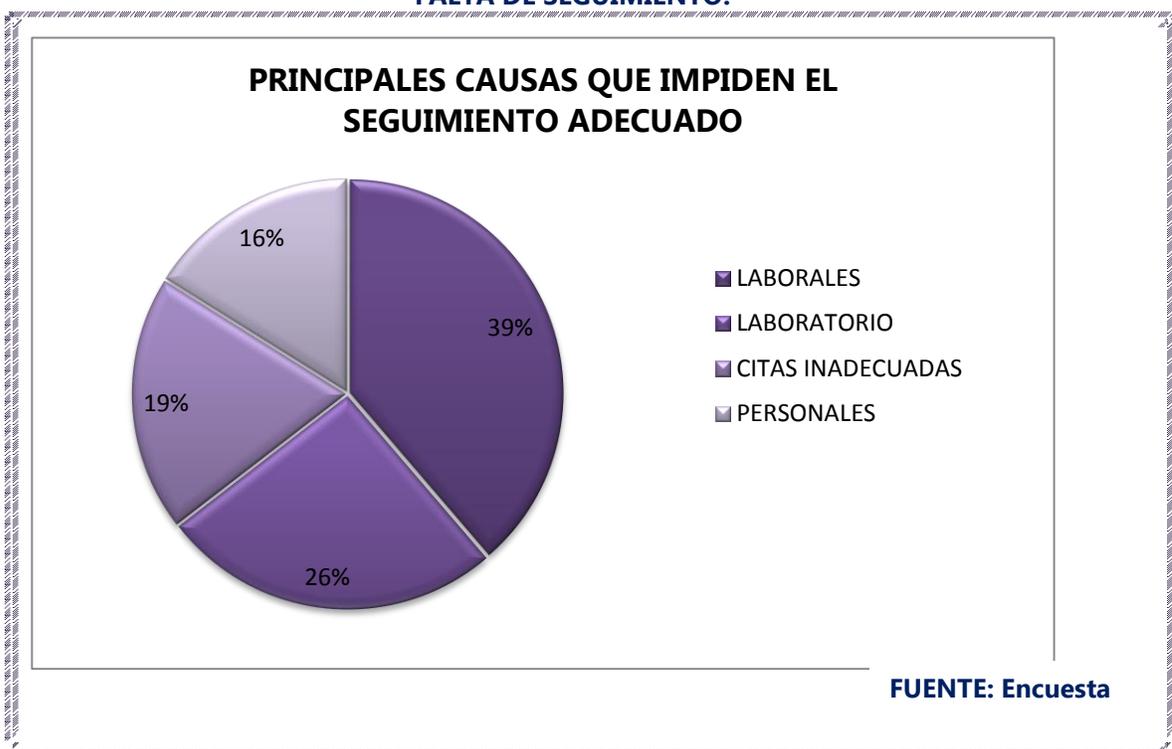
Todos los pacientes conocían su cita programada de seguimiento, una semana después de la vasectomía. El 76.9% de los pacientes manifestó haber recibido la solicitud para realizar el espermatoconteo, sin embargo solamente el 53.8% acudieron para solicitar la cita en el laboratorio; sólo el 33.3% se presentó con la muestra el día indicado. Finalmente el 25.6% indicó que recibió el resultado del espermatoconteo y, únicamente 17.9% lo reportó al personal del programa.

FIGURA 7: FRECUENCIA DEL CUMPLIMIENTO DURANTE EL PROCESO DE SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES ESTUDIADOS



En cuanto a las causas que los pacientes consideraron más importantes, que impidieron realizar el seguimiento de manera adecuada fueron: Cuestiones laborales 38.7%, problemas en el laboratorio 25.8 %, aspectos administrativos, citas inadecuadas 19.3% y situaciones personales 16.1%.

FIGURA 8: PRINCIPALES CAUSAS A LAS QUE LOS PACIENTES ESTUDIADOS ATRIBUYEN LA FALTA DE SEGUIMIENTO.



Por medio de una pregunta abierta al final de la encuesta se solicitó a los pacientes comentarios acerca de su experiencia en el programa de vasectomía sin bisturí; se obtuvieron 13 comentarios (33.3%) que son:

TABLA 2: COMENTARIOS DE LOS PACIENTES DEL PROOGRAMA DE VASECTOMÍA SIN BISTURÍ DEL CENTRO DE SALUD DR. JOSÉ CASTRO VILLAGRANA

“Hubo mal trato y situaciones no agradables en el laboratorio, la persona de la ventanilla” (sic paciente)

“No me quisieron dar cita porque no había agenda; el personal parecía estar de mal humor” (sic paciente)

“No me informaron cómo llevar la muestra y después no me la recibieron” (sic paciente)

“No hay servicio de laboratorio ni por las tardes ni fines de semana” (sic paciente)

“Equivocé la cita y recibí mal trato por parte de la persona del laboratorio; no querían recibir mi muestra” (sic paciente)

“No quisieron procesar mi muestra” (sic paciente)

“El laboratorio no dio información acerca del procedimiento, solicitó la muestra y luego no la recibió” (sic paciente)

“Que el certificado final del resultado es sólo una copia del resultado del espermatoconteo. Pienso que debería de ser un papel original sellado, más en forma y en serio” (sic paciente)

“No se consideran tiempos por el trabajo, no fue posible concluir a pesar del interés; personal médico muy capaz y con trato amable” (sic paciente)

“Cuestiones personales y de salud me impidieron el seguimiento” (sic paciente)

“Excelente servicio por parte del personal médico (Dra. Flores y Dra. Gallegos), no recomiendo al personal del laboratorio; recomiendo el programa a mis conocidos” (sic paciente)

“Dra. Flores profesional y buen trato” (sic paciente)

“No es a propósito no asistir, es complicado por el trabajo; siempre en la mañana y entre semana” (sic paciente)

FUENTE: Encuesta

Se realizaron pruebas de correlación de la edad, escolaridad y ocupación con el seguimiento; también de la información otorgada y del cumplimiento, no se obtuvo relación estadísticamente significativa en ninguna de las pruebas realizadas con este fin.

En cuanto a los datos sociodemográficos de los pacientes del programa de Vasectomía sin bisturí del Centro de Salud Dr. José Castro Villagrana se puede concluir que se trata de pacientes que se encuentran en su mayoría con una relación de pareja estable, y que la mayor parte de los usuarios del programa poseen una escolaridad superior y son empleados o con actividades laborales diversas; la media del número de hijos que poseen es de dos y más de la mitad se encontraban utilizando métodos de planificación temporales, la principal razón de elección de este método de planificación fue paridad satisfecha.

Los resultados de las encuestas, en general, son muy similares a lo que se encontró en los expedientes; sin embargo se observa que conforme avanza el proceso para la obtención del espermatoconteo, los pacientes presentan mayor incumplimiento a modo de que finalmente es muy pobre el seguimiento completo, ya que se encontró sólo el 17.9% de espermatoconteo negativo en el expediente clínico.

Respecto a la razón del incumplimiento es importante recalcar que las cuestiones laborales es la principal causa (38.7%) a la que los pacientes atribuyen el incumplimiento, y que también existen situaciones personales (16.12%) del usuario que se encuentran limitando el seguimiento adecuado; así, el porcentaje acumulado de los aspectos podrían catalogarse como “propios” del usuario es de 54.8%; por el otro lado, factores institucionales como: problemas del laboratorio (25.8%), aspectos administrativos o citas inadecuadas (19.3%) que se podrían considerar “propias” del programa y del servicio proporcionado en el centro de salud presentaron un porcentaje acumulado de 45.1%.

Las preguntas específicas acerca de la manera en la que se proporciona la información, se agendan las citas y se ofrece el método de planificación familiar temporal por parte del personal médico del programa en el Centro de Salud tienen números mayores a 75% en todos los casos.

TABLA 3: RESULTADO DE LAS PREGUNTAS REFERENTES A LAS ACCIONES DEL MÉDICO DEL PROGRAMA DE VASECTOMÍA SIN BISTURÍ DEL CENTRO DE SALUD DR. JOSÉ CASTRO VILLAGRANA

PREGUNTA	VALOR	PORCENTAJE
Información clara acerca de las indicaciones para el seguimiento	38	97.4%
Informó y ofreció método de planificación temporal	39	100%

Programó la primera cita de control	39	100%
Otorgó solicitud para el espermatoconteo	30	76.9%

FUENTE: Encuesta

Respecto a las situaciones del Laboratorio del Centro de Salud hubo comentarios específicos de problemas para agendar citas, entregar las muestras y recibir resultados (Ver tabla); no todos los pacientes presentaron las mismas situaciones y, a pesar de que también refieren que recibieron información acerca de ese procedimiento por parte del personal médico; el 53.8% de los comentarios que se realizaron por parte de los pacientes son acerca de situaciones y complicaciones en el laboratorio.

El porcentaje de pacientes perdidos en la primera semana posterior a la vasectomía fue de 23.1%; en el seguimiento durante el proceso del laboratorio fue de 20.5%.

Hubo un 7.7% de los pacientes que refirió haber obtenido el resultado y que no lo reportó al personal del centro de salud por cuestiones diversas; este pequeño porcentaje sumado al 17.9% reportado indica que se obtuvo espermatoconteo negativo en un total 25.6% de los pacientes.

Otra observación importante que hay que hacer es que en los expedientes no existe registro de labor de reconquista o localización de los pacientes por parte de Trabajo Social a pesar de que existen específicamente en el algoritmo del seguimiento momentos en los que debe de actuar este equipo asignado al programa en el Centro de Salud.

4. DISCUSIÓN

El estudio realizado reportó resultados de los aspectos socio-demográficos muy similares a otros realizados en otras unidades donde también se tiene programa de vasectomía sin bisturí; sin embargo en cuanto a la obtención del espermatoteo se encontró que si hay diferencias importantes y el programa del Centro de Salud Dr. José Castro Villagrana se encuentra por debajo de todos.

Algunos de estos estudios afirman que es esperada una pérdida considerable de los pacientes, sin embargo usualmente esta no supera 30%; los estudios en los que se obtuvieron mejores resultados se implementó la aplicación rigurosa de un consentimiento informado preoperatorio donde se recalca la importancia de ese resultado para declarar infértil al paciente.

Se debe de poner más atención al seguimiento del programa; ya se mencionó previamente la importancia que tiene la obtención del resultado negativo del espermatoconteo y, por medio de este estudio se identificaron situaciones que de alguna manera se deben mejorar y/o corregir con la finalidad de obtener mejores resultados.

Se debe de tomar en cuenta que, debido a que se espera la asistencia del paciente a la primera cita de control para otorgar la solicitud del espermatoconteo, es desde ese momento cuando comienza a disminuir el número de pacientes que no continúan el seguimiento de forma adecuada.

Es importante recalcar que a pesar de que todos los pacientes refirieron haber recibido la información de manera clara al parecer no hacen conciencia de la importancia que tiene tanto para ellos como para el programa que se reporten los resultados del procedimiento de una forma óptima y oportuna.

También ya se expresó la necesidad de recibir apoyo por parte de Trabajo Social para localizar e informar al paciente que es necesario que acuda a continuar su seguimiento hasta concluir.

5. CONCLUSIONES

El programa de vasectomía sin bisturí se encuentra funcionando y ofrece un método de planificación familiar definitivo que se considera altamente efectivo y con muy baja presentación de complicaciones, sin embargo se observó que el seguimiento completo se lleva a cabo en un porcentaje muy bajo de los usuarios del programa, esto puede tener consecuencias en cuanto a la obtención de recursos y posibilidad de continuar ofreciendo este servicio a la población atendida en el Centro de Salud Dr. José Castro Villagrana; entonces se ha recomendado implementar medidas que mejoren el seguimiento de los usuarios del programa y así incrementen productividad y eficacia del mismo en nuestra unidad de atención.

La mejora del programa de vasectomía puede también incrementar el número de usuarios que soliciten este método y contribuye a obtener beneficios en cuanto a salud sexual y reproductiva de la población atendida por el Centro de Salud Dr. José Castro Villagrana.

De acuerdo a los resultados obtenidos en este estudio podríamos realizar algunas propuestas para el programa de VSB del Centro de Salud Dr. José Castro Villagrana con la finalidad de lograr incrementar el porcentaje de los pacientes que concluyen el seguimiento.

1. Otorgar a todos los pacientes la solicitud del espermatoconteo haciendo hincapié en la importancia que tiene que se realice y se reporte; se puede tomar en cuenta la experiencia de otros programas y realizarlo al momento de la autorización y firma del consentimiento informado.
2. Realizar el reporte y búsqueda de los pacientes inasistentes a la primera consulta programada por parte de trabajo social, recordar al paciente la necesidad de que acuda y la importancia de concluir el seguimiento.

3. Informar y coordinar al personal del laboratorio con la finalidad de que proporcione de una manera más adecuada el servicio que debe otorgar a los pacientes del programa de vasectomía sin bisturí.
4. El personal médico debe de poner mayor atención a la información que otorga al paciente acerca del seguimiento, corroborar que ha entendido y asumido la importancia del mismo y coordinar la manera más adecuada de realizarlo con cada paciente; buscar opciones para tomar en cuenta las situaciones particulares de cada uno y las diferentes soluciones que permitan llevar hasta el final el seguimiento de la mejor manera posible.
5. Continuar realizando estudios y evaluando el programa con la finalidad de mantener una mejora continua en el programa y mayor éxito futuro.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Introducción a la práctica de la medicina familiar. foro aps. 11-20.
2. Amézqueta, Ayerdi K, Buil P y cols. Atención Primaria: Conceptos y Práctica. Unidad de Epidemiología y Salud Pública. Navarra: 11-14.
3. González BI. Reflexiones acerca de la salud familiar. Rev Cubana Med Gen Integr 2000; 16 (5): 508-12.
4. Mazarrasa AL, Gil TS. Salud sexual y reproductiva. Programa de formación en perspectiva de género y salud. Mod 12: 4-10.
5. Fernández MS. La atención de los varones en el espacio público de salud en México Distrito Federal desde la mirada género sensible y socio-sanitaria. RevGerencPolit Salud Bogotá; 7(14): 73-86.
6. Córdoba BD, Mercado ST, Sapién LJ. Opiniones acerca de la vida sexual de mujeres con parejas con vasectomía. RevEspMedQuir 2010; 15 (3): 144–151.
7. ENSANUT 2012: Resultados Nacionales. INSP 2012; 100-107.
8. URL disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/es/>, consultado el 01-04-2014.
9. Arratia MJ, Cortés GJ, Garza CR, Gómez GL. Evaluación de la satisfacción sexual masculina posterior a la vasectomía. Actas Urol Esp. 2010; 34 (10): 870 -873.
10. NOM 005-SSA2-1993. De los Servicios de Planificación Familiar.
11. Planificación familiar. Un manual mundial para proveedores Actualización 2011. Organización Mundial para la Salud, Departamento de salud reproductiva e investigación.
12. Introducción a los métodos anticonceptivos: información general. Secretaría de Salud. Dirección General de Salud Reproductiva 2ª. Edición 2002 15-21, 60-63.
13. Guía práctica de planificación familiar en atención primaria. Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria 2ª. Edición 2008
14. Umber A. Bilateral tubal ligation versus vasectomy: Which method of surgical contraception is more prevalent?. Annals of King Edward Medical University. 2010; 16 (1): 11 – 15.
15. Anticoncepción quirúrgica en varones: vasectomía. Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable; Ministerio de Salud- Presidencia de la Nación Argentina 2008
16. Actualización en Vasectomía. Centro Nacional de Equidad y Género y Salud Reproductiva, Secretaría de Salud. México 2007.
17. Moss DA, Russel TC, Moss JB. Advantages of the No-Scalpel Vasectomy Technique. American Academy of Family Physicians. 2012; 85 (12).
18. Wahab A, Anwar M, Ali F, Hasnain-Abass S, Vasectomy: An experience of 5000 cases. International Journal of Surgery. 2011; 15 (3): 155 – 156.
19. Prieto DCE, Méndez CR, Medina CJL, Trujillo HB, Vázquez C. Vasectomía Sin Bisturí: Experiencia de 10 años. RevMed IMSS 2004; 42 (4): 337 – 341.
20. Farrok-Eslamou HR, Eslami M, Abdi-Rad I, Eilkanizadeh B. Evaluating success of non-scalpel vasectomy by ligation and excision with fascial interposition in a large prospective study in Islamic republic of Iran. Eastern Mediterranean Health Journal. 2011; 17 (6): 517 – 522.

21. Córdoba BD, Sapién LJ, Valdepeña ER, Patiño OS, Castellanos HH. Vasectomía: Reseña de 25 años en el centro de cirugía ambulatoria de ISSSTE. *RevEspMedQuir* 2011; 16 (1): 33-38.
22. De la Fuente RR, Bernal MA, Ontiveros D, Silva OF. Complicaciones de la vasectomía sin bisturí en un consultorio de Medicina Familiar. *Archivos en Medicina Familiar* 2010; 12 (2): 43-49.
23. Manual técnico de vasectomía sin bisturí. México 2009. Centro Nacional de Equidad y Género y Salud Reproductiva.
24. SharlipID, Belker AM, Honig S, Labrecque M, Marmar JL, Ross LS, et al. Vasectomy: AUA Guideline. *American Urological Association Education and Research. The Journal of Urology.* 2012; 188 (1): 2482 – 2491
25. Gómez JM, Romero CI, Moreno SA, Santos AD. Historia Natural del aclaramiento de espermatozoides en el semen tras la vasectomía. *Actas Urol Esp.* 2004; 28 (4): 286-289.
26. Lujan M, Almudena V, Turo J, Pascual C, Nevado M. Práctica de la vasectomía en un municipio urbano. Consideraciones prácticas para el seguimiento. *Arch Esp Urol* 2010; 63 (9): 797-802.
27. García MJ, Solano SL. Aceptación y rechazo de vasectomía en hombres del medio rural. *Rev Med IMSS.* 2005; 43 (3): 205-214.
28. Declaracion de helsinki de la asociacion medica mundial, Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos, Adoptada por la 18ª Asamblea Médica Mundial, Helsinki, Finlandia, junio 1964.
29. Ley general de salud, Aspectos éticos de la investigación en seres humanos, Capítulo 1, Última Reforma DOF 24-04-2013.
30. Lara RR, Velázquez RN, Reyes ME. Vasectomía sin bisturí. Perfil de usuario y resultados. *Rev Obstet. Mex* 2010; 78 (4):226 – 231.
31. Sepúlveda TF, Fleck LD, Sánchez J, y cols. Vasectomía sin bisturí: Resultados de un cohorte de 309 pacientes. *Rev Chil Cir.*2014; 66 (2): 158 – 162.
32. Flores HP, Jiménez HJ, Madrigal LH, Ponce RR. Perfil del varón que elige Vasectomía sin bisturí en un Centro de Salud de la Ciudad de México: 15 años de experiencia. *Rev Aten Fam* 2014; 21 (1):12-15.

7. ANEXOS

Anexo 1: Técnica de la vasectomía sin bisturí

Los pasos de la técnica quirúrgica son los siguientes:

1. Fijación del pene. Se fija el pene a la parte baja del abdomen.
2. Antisepsia dl área quirúrgica. Se lleva a cabo mediante la aplicación de solución de iodopovidona en espuma en el escroto y las partes adyacentes de los músculos; es recomendable aplicarla a una temperatura adecuada (tibia) para evitar el reflejo al frío de los músculos dartos y cremastérico.
3. Colocación de los campos estériles.
4. Identificación de la zona ideal para la infiltración anestésica. Dividiendo de manera imaginaria en tres partes; se identifica la zona ideal para la infiltración; esta se sitúa en la unión del tercio medio y superior de la división imaginaria del escroto y a nivel del rafé medio.
5. Localización y aislamiento del conducto deferente derecho. Mediante la técnica de los tres dedos; el cirujano coloca el dedo pulgar en forma perpendicular en la unión de los tercios medio y superior del rafé; con el dedo medio colocado por detrás del escroto se palpa el conducto y se desplaza hacia debajo del pulgar; sosteniendo el conducto entre los dedos pulgar y medio, se coloca el índice por arriba del pulgar creando una ventana entre ellos, a través de la cual se aplicará la anestesia.
6. Infiltración de anestesia. Una vez fijado el conducto deferente derecho, se procede a infiltrar de forma subcutánea y formar un habón en la piel mediante la inyección lenta de aproximadamente 0.5ml de Lidocaína simple al 1 o 2%; una vez formado el habón dérmico, se introduce con cuidado la aguja en forma paralela al conducto deferente y dentro de la fascia espermática externa, en dirección al anillo inguinal se infiltran 2.5ml más.

7. Localización y aislamiento del conducto deferente izquierdo. Mediante la técnica de los tres dedos; el cirujano coloca el dedo pulgar en forma perpendicular en la unión de los tercios medio y superior del rafé; con el dedo medio colocado por detrás del escroto se palpa el conducto y se desplaza hacia debajo del pulgar; sosteniendo el conducto entre los dedos pulgar y medio, se coloca el índice por arriba del pulgar creando una ventana entre ellos, a través de la cual se aplicará la anestesia.
8. Infiltración de anestesia. Una vez fijado el conducto deferente izquierdo, se procede a infiltrar a través del habón antes realizado, se introduce con cuidado la aguja en forma paralela al conducto deferente y dentro de la fascia espermática externa, en dirección al anillo inguinal se infiltran 1.5ml de Lidocaína simple al 1 o 2%.
9. Compresión. Con los dedos pulgar e índice se comprime la piel del habón durante unos segundos para cohibir el sangrado y facilitar la distribución uniforme del anestésico en los tejidos.
10. Toma transdérmica del conducto deferente. Se toma la pinza de anillo con la mano derecha; para tomar el conducto se debe colocar la pinza en un ángulo de 90° en relación al conducto; identificado mediante la técnica de los tres dedos; se toma el conducto aplicando la pinza y presionando los extremos en la piel inmediatamente encima del conducto, conservando el ángulo de 90°. Para facilitar esta maniobra, se ejerce presión hacia arriba con el dedo medio que está colocado por debajo del escroto para resistir el empuje hacia debajo de la pinza.
11. Punción del escroto. Mientras la pinza de anillo sujeta la piel escrotal y el conducto, el cirujano transfiere la pinza a la mano izquierda y desciende el mango hasta una posición horizontal; permitiendo así que el conducto tomado se eleve; con la pinza de disección en la mano derecha, se punciona la piel del escroto que se encuentra inmediatamente por encima del conducto fijado, en el área previamente anestesiada. Con el dedo índice se debe hacer presión ligeramente hacia abajo para estirar la

piel; y se procede a realizar la punción con la rama interna de la pinza manteniéndola en un ángulo de 45° con respecto a la de anillo, aplicando la punta sobre el conducto por delante del borde superior de la pinza de anillo con un movimiento vertical, rápido y agudo, con la finalidad de perforar las capas a una profundidad de 3mm aproximadamente, para incluir todas las fascias del conducto.

12. Disección del conducto. Se retira la rama interna de la pinza de disección y se introduce nuevamente cerrada con el mismo movimiento utilizado para la punción, se abre la pinza en sentido transversal para disecar las fascias no más de 5mm de diámetro; la pinza de anillo permanece en su sitio y cerrada mientras se separan los tejidos; una vez visualizado y aislado el deferente, en un ángulo de 45°, se punciona y se toma con la punta interna de la pinza de disección. Con la punta y sujetando el conducto, se gira la pinza de punción 180° en dirección de las manecillas del reloj y lateraliza al mismo tiempo con la otra mano la pinza de anillo, con el propósito de despegar y exponer un asa del deferente; una vez completamente expuesto, se libera la pinza de anillo y nuevamente en posición vertical se sujeta una porción del conducto con el objeto de disecar la fascia superficial que contiene los elementos vasculares. Con la punta de una de las ramas de la pinza de disección abierta y dirigida hacia arriba, se penetra inmediatamente por debajo del conducto, con el objeto de perforar la fascia superficial sin dañar el plexo vascular. Para liberar la fascia, el cirujano retira la rama de la pinza, la cierra y la vuelve a introducir en el orificio realizado, luego la abre para deslizar la fascia superficial hacia abajo y dejar descubierto el conducto al menos un centímetro.

13. Ligadura de los extremos del conducto. Sin retirar la pinza de disección, el cirujano toma con esta el hilo de sutura (seda 3-0) para pasarlo por debajo del asa del conducto y proceder a ligarlo; la ligadura del segmento se realiza mediante dos ligaduras; una al extremo abdominal y

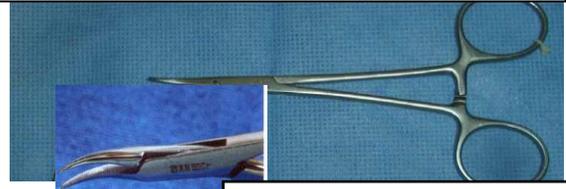
otra en el extremo testicular; separadas de tal forma que permitan extirpar un centímetro aproximadamente del conducto. La tensión que se debe aplicar al nudo debe ser la necesaria para comprimir el conducto pero sin que rompa la sutura; se recomienda realizar tres nudos en cada ligadura.

14. Corte del conducto. Una vez realizadas las ligaduras en los dos extremos del asa, con el hilo suavemente tensionado, se corta el conducto 2 milímetros por arriba de ambas ligaduras; en este momento, después de corroborar que no hay sangrado en los extremos o en la fascia, se realiza el corte de la ligadura (sutura) para liberar el conducto.
15. Interposición de la fascia. Con la finalidad de incrementar la efectividad del procedimiento, se recomienda crear una barrera con la fascia cubriendo el extremo abdominal del conducto; se procede a la ligadura de la fascia, que se realiza de manera que se envuelva dicho extremo; posteriormente se realiza de igual modo con el conducto contralateral; después de realizar la aplicación de la fascia se corta el hilo liberando el extremo y se guarda en la bolsa escrotal; esto se debe realizar de igual manera en el conducto contralateral.
16. Localización y aislamiento del conducto deferente izquierdo.
17. Extracción del conducto deferente izquierdo.
18. Disección del conducto deferente izquierdo.
19. Ligadura del conducto deferente izquierdo.
20. Corte del conducto deferente izquierdo.
21. Interposición de la fascia.
22. Aplicación de parche. Posterior a verificar que no haya sangrado, se coloca un vendote para cerrarlo; sobre este se coloca una gasa estéril que se fija al escroto.
23. Colocación de suspensorio. Se debe colocar inmediatamente el suspensorio con la finalidad de mantener inmóvil el escroto para los cuidados postoperatorios inmediatos.

INSTRUMENTAL NECESARIO PARA VASECTOMÍA SIN BISTURÍ

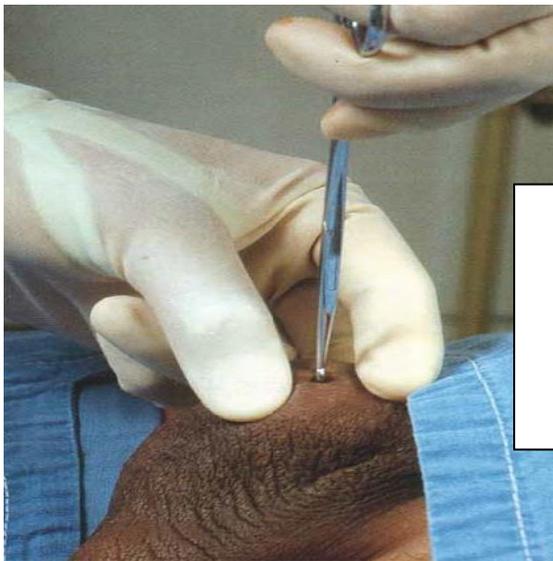


Pinza de anillo



Pinza de punción
o
disección

TÉCNICA DE VASECTOMÍA SIN BISTURÍ



Toma transdérmica
del
conducto deferente

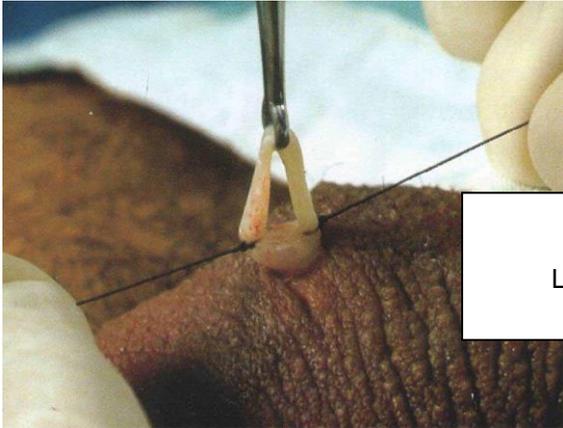
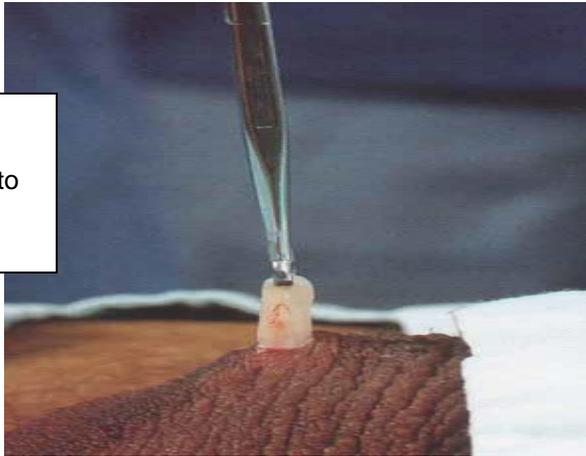


Punción escrotal



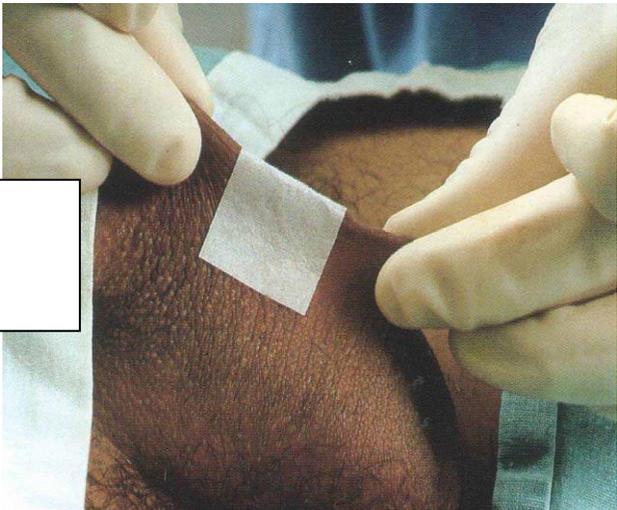
Disección de la fascia

Exposición y toma del conducto deferente



Ligadura del segmento

Colocación de parche



Anexo 2: Procedimiento Operativo y Flujograma del solicitante

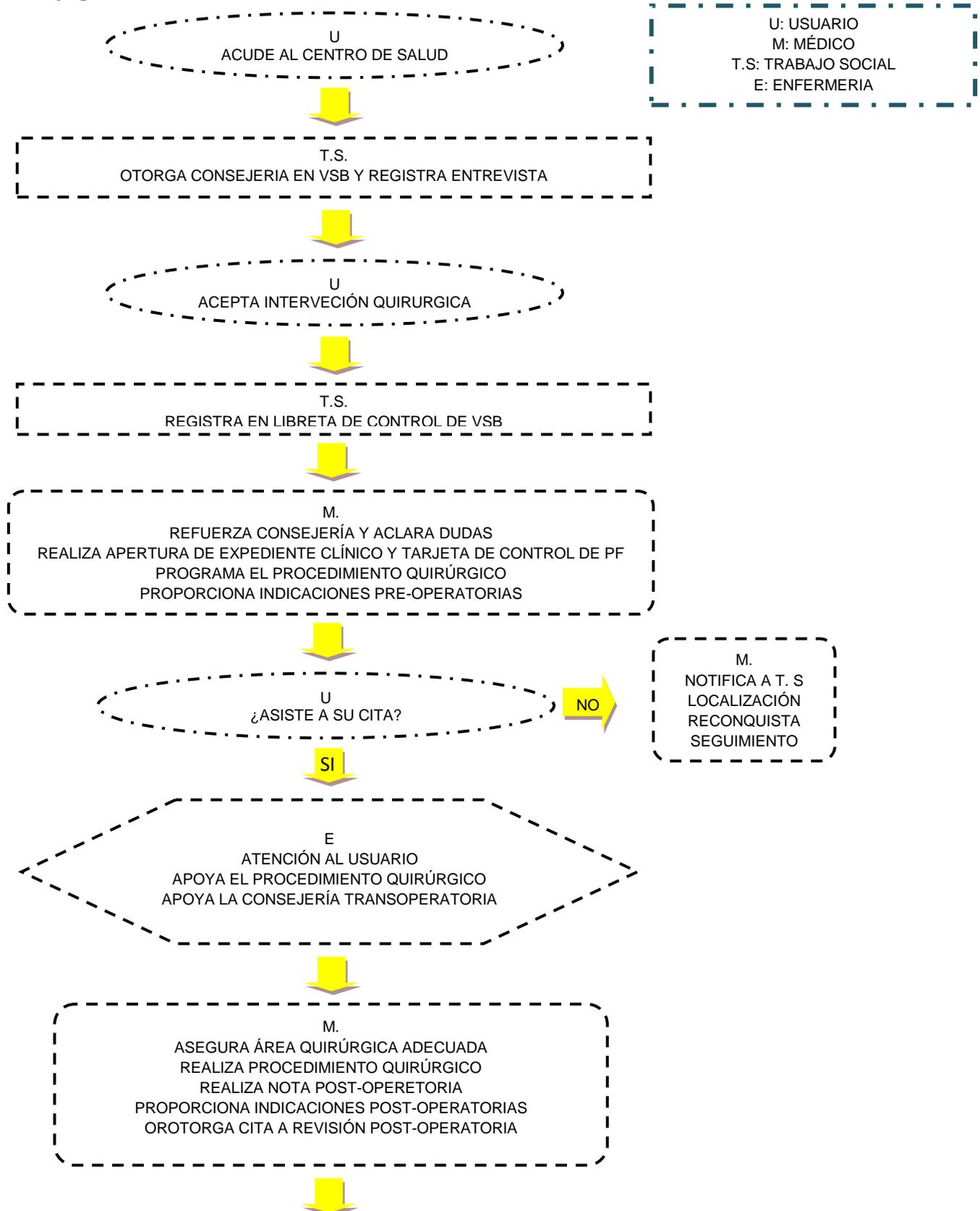
ACTIVIDAD	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN
1	Personal de la unidad	Cuando el usuario acude a la unidad médica para solicitar información sobre el método de V. S. B, debe ser enviado al Servicio de Trabajo social.
2	Trabajo Social	<ol style="list-style-type: none"> 1. Proporciona consejería específica en V. S. B al usuario aclarando dudas. 2. Lo canaliza con el médico responsable del programa V. S. B. 3. Si la persona acepta el procedimiento, la registrará en la libreta de control de datos.
3	Médico responsable del programa V. S. B	<ol style="list-style-type: none"> 1. Elabora la historia clínica para verificar que el usuario está en condiciones adecuadas para recibir el procedimiento quirúrgico (formato específico); en caso de detectar algún problema que contraindique el procedimiento de V. S. B deberá referirlo con el médico que le corresponda aclarando que una vez solucionado su problema se revalorará para realizar el procedimiento. 2. En caso de aceptación se recabará el consentimiento informado, explicando de manera clara el motivo del mismo; se llevan a cabo otras especificaciones adicionales en pacientes con enfermedad mental que le imposibilite a tomar decisiones. 3. Proporcionar indicaciones sobre las indicaciones pre-operatorias entregando al usuario el formato firmado con la fecha y hora de la intervención quirúrgica. 4. En caso de que el paciente no asista a su cita programada deberá notificar al servicio de Trabajo Social y enfermería

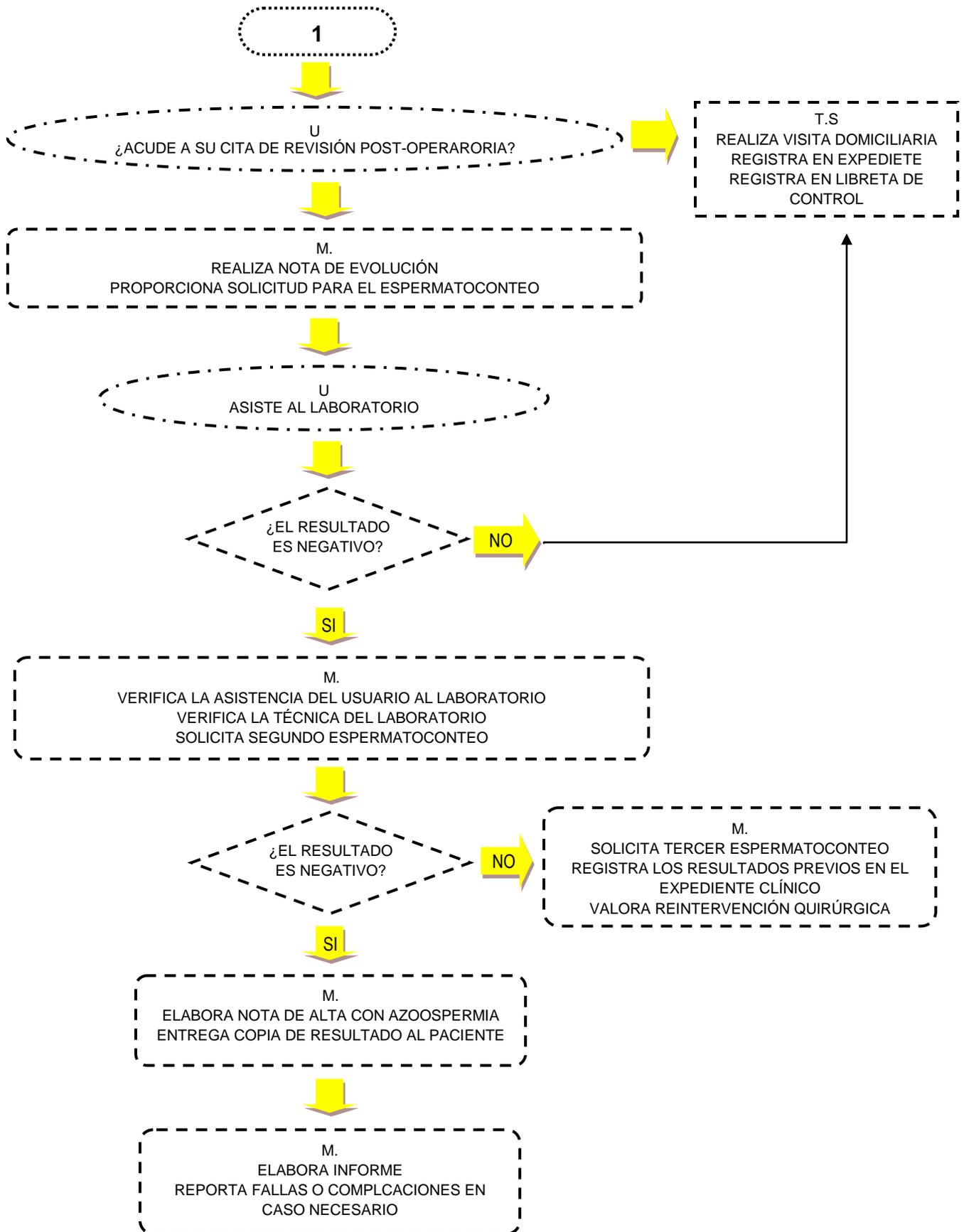
		para iniciar la reconquista del mismo.
4	Trabajo Social	Inicia la reconquista y elabora el formato correspondiente; registra en libreta de control e informa al médico solicitante.
5	Enfermería	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cuando el usuario se presenta en fecha y hora indicada, pregunta si viene acompañado, toma signos vitales y confirma que haya seguido las indicaciones pre-operatorias. Proporciona la bata quirúrgica y lo pasa al área quirúrgica. 2. Apoya al médico en la realización de procedimiento quirúrgico y proporciona consejería al usuario como distractor durante la cirugía.
6	Médico responsable del programa V. S. B	<ol style="list-style-type: none"> 1. Realiza el procedimiento quirúrgico 2. Al terminar proporciona al usuario lo siguiente: Indicaciones post-operatorias, aviso importante y receta médica. 3. Realizar la nota post-operatoria 4. Indicar cita para la revisión a los siete días de efectuada la cirugía y lo registra en la tarjeta de control de usuario PF-5 para su control. Indica al usuario la importancia de asistir a sus citas de revisión post-operatorias y estudio de espermatoconteo y la necesidad de que mientras no sea dado de alta deberá usar un método anticonceptivo temporal (él o su pareja).
7	Médico responsable del programa V. S. B	<ol style="list-style-type: none"> 1. En la cita a los siete días posteriores a la V. S. B. verifica que no existan complicaciones y registra los datos en las notas de evolución de historia clínica. 2. Recuerda al usuario que después de 25 eyaculaciones como mínimo o en un lapso de tres meses se requiere efectuar su estudio de espermatoconteo. Mientras tanto indica seguir utilizando MPF. Proporciona dotación de preservativos. Entrega la orden de estudio de espermatoconteo explicando en que consiste este y lo

		<p>canaliza al laboratorio.</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Otorga cita para control con resultados de espermatoconteo. 4. En caso de no acudir a su cita deberá notificar a los servicios de trabajo social y enfermería para la localización del usuario.
8	Trabajo Social o Enfermería	Realiza la localización del usuario y elabora el reporte correspondiente; lo anexa al expediente clínico, registra en la libreta de control e informa al médico solicitante.
9	Laboratorio	Ratifica la información proporcionada al usuario sobre los requisitos para realizar el espermatoconteo e indica la fecha en la que debe presentarse con el médico responsable para conocer su resultado.
10	Médico responsable del programa V. S. B	<ol style="list-style-type: none"> 1. Recibe resultados de laboratorio y lo analiza, registra en el expediente y la historia clínica. 2. En caso de que el espermatoconteo resulte negativo, procede a dar de alta al usuario. Indicando que puede realizar su actividad sexual sin uso de MPF. Anota en la historia clínica y elabora nota de alta entregando copia de la misma al usuario. 3. En caso de resultado positivo, procede de la siguiente manera: <ol style="list-style-type: none"> a. Verifica que el usuario haya asistido al laboratorio a su espermatoconteo en el momento correcto. b. Verifica que la técnica del laboratorio haya sido adecuada. c. Compara el número reportado de espermatozoides con la concentración normal de 200 mlls x mL o más. d. Si el número reportado de espermatozoides es menor de 200 mlls x mL deberá realizar de nuevo un examen después de 10 eyaculaciones o un mes; si se mantienen con las mismas cifras o se incrementa deberá revalorarse la intervención quirúrgica. e. Elabora informe de complicaciones o fallas en el formato correspondiente.

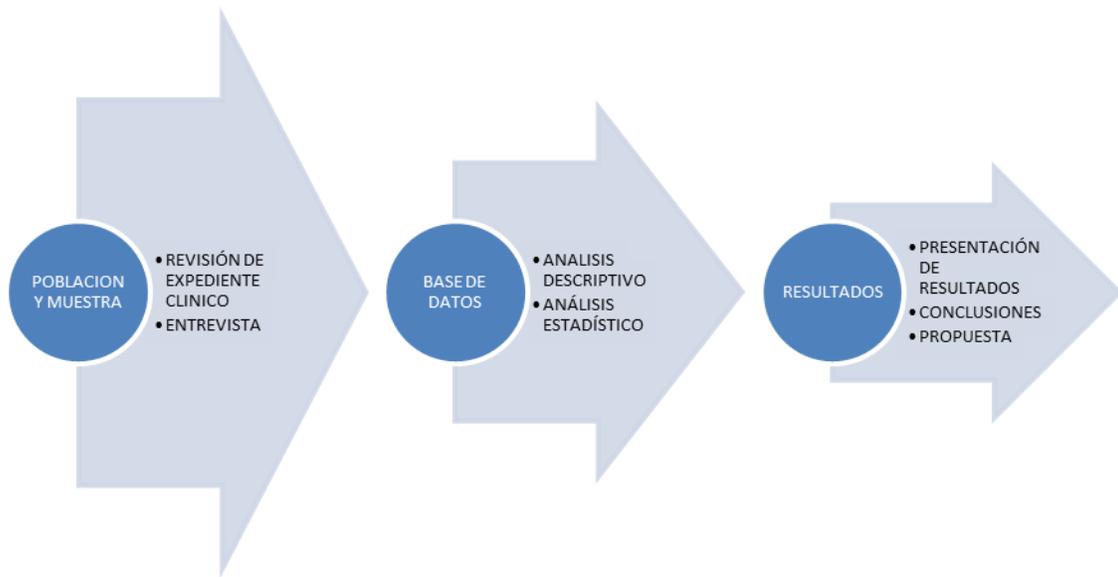
		<ol style="list-style-type: none"> 4. En caso de que el usuario no regrese a realizarse el segundo espermatoconteo, notificará a los servicios de trabajo social y enfermería para la localización del usuario para su seguimiento y control.
<p>11</p>	<p>Trabajo Social o Enfermería</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Realiza la localización del usuario y elabora el reporte correspondiente; lo anexa al expediente clínico, registra en la libreta de control e informa al médico solicitante. 2. Si el usuario no asiste a sus citas posteriores a la V. S. B., se anotará en el reporte el motivo por el cual ya no asistirá el usuario al servicio para ser dado de alta, con la finalidad de justificar por escrito y firmado de conformidad del paciente.
<p>12</p>	<p>Personal de los Centros de capacitación o Servicios de V. S. B.</p>	<p>Deberá establecer estrategias de seguimiento y control para lograr por lo menos el 60% de los usuarios dados de alta con azoospermia.</p>

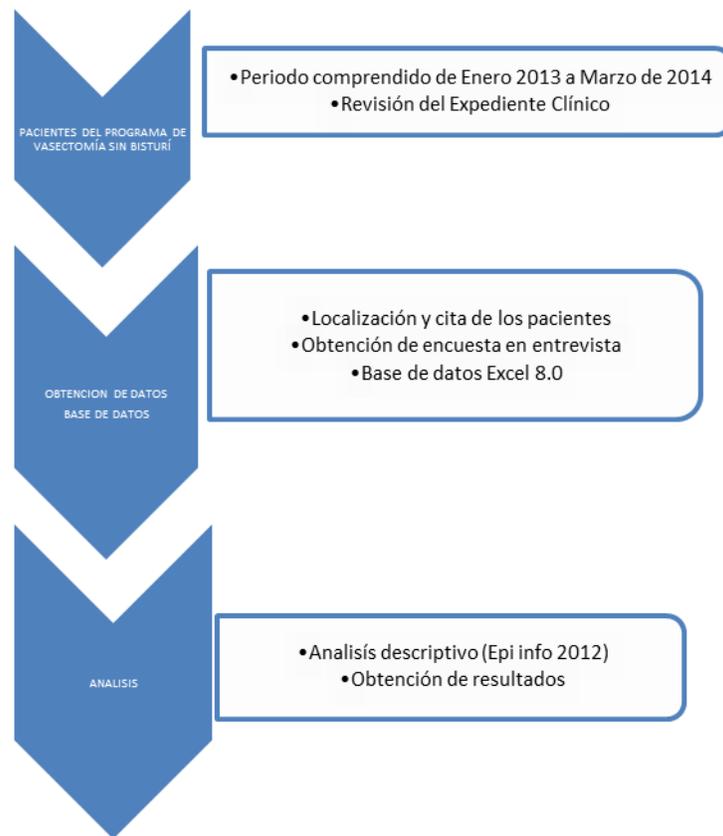
Flujograma del solicitante





Anexo 3: Diseño de la investigación





Anexo 4: Cronograma

Anexo 5: Encuesta

SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA DEL DISTRITO FEDERAL
CENTRO DE SALUD DR. JOSÉ CASTRO VILLAGRANA
CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

CUESTIONARIO DE SEGUIMIENTO DEL PROGRAMA VASECTOMÍA SIN BISTURÍ DEL CENTRO DE SALUD DR. JOSÉ CASTRO VILLAGRANA

Por este medio se le invita a participar en un estudio de investigación médica. Antes de decidir si participa o no, se deben hacer de su conocimiento y comprensión cada uno de los siguientes apartados.

Este proceso se conoce como consentimiento informado. Siéntase con absoluta confianza para preguntar sobre cualquier aspecto que le ayude a aclarar sus dudas al respecto.

La participación para éste estudio consta en responder una sencilla encuesta de opinión acerca de su experiencia en el programa de Vasectomía sin bisturí de este Centro de Salud.

La presente encuesta se realiza con fines de investigación; con la intención de analizar el seguimiento del programa de vasectomía sin bisturí del Centro de Salud Dr. José Castro Villagrana mismo que usted solicitó y que llevó a cabo en esta unidad de atención durante el año 2013 y 2014; con el propósito de mejorar el servicio otorgado, se le solicita su participación de manera voluntaria y se le informa que se tratará la información obtenida de forma anónima. Usted está en libertad de decidir participar en este estudio.

Si considera que no hay dudas ni preguntas acerca de su participación, puede si así lo desea, firmar la Carta de consentimiento informado que forma parte de este documento.

He leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. He sido informado(a) y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser difundidos con fines educativos para validar y enriquecer la literatura en dicho tema. Convengo en participar de manera voluntaria, en pleno uso de mis facultades mentales y sin ningún tipo de presión en este estudio de investigación.

NOMBRE Y FIRMA

INSTRUCCIONES: Tache la respuesta que considere adecuada y especifique sólo en caso necesario, puede acudir con el entrevistador en caso de tener alguna duda o comentario. Gracias

1. ¿Acudió de manera oportuna y completa para el seguimiento del procedimiento que se le realizó?
SI _____ NO _____
2. ¿Recibió de manera clara las indicaciones del seguimiento, por parte el personal del programa en el centro de salud?
SI _____ NO _____
3. ¿Presentó alguna complicación dentro del procedimiento que le realizaron?
SI _____ NO _____
4. ¿Se le informó de la necesidad de utilizar un método de planificación familiar de manera temporal durante los tres primeros meses posteriores a la vasectomía?
SI _____ NO _____
5. ¿Ese método se le ofreció y otorgó en el centro de salud?
SE OFRECIÓ: SI _____ NO _____ SE OTORGÓ: SI _____ NO _____
6. ¿Se le programó una cita siete días después del procedimiento para control y seguimiento?
SI _____ NO _____
7. ¿Se le otorgó por parte del personal del programa una solicitud para la realización del espermatoconteo tres meses posteriores a la vasectomía?
SI _____ NO _____
8. ¿Acudió a solicitar la cita para el espermatoconteo en el laboratorio del centro de salud?
SI _____ NO _____
9. ¿Se le dio la información acerca del procedimiento y las especificaciones de la muestra en el laboratorio? SI _____
NO _____
10. ¿Acudió con la muestra solicitada el día de su cita para el espermatoconteo?
SI _____ NO _____
11. ¿Le informaron y entregaron su resultado de manera oportuna?
SI _____ NO _____
12. ¿Usted informó el resultado al personal del programa en el centro de salud?
SI _____ NO _____
13. Si presentó algún problema para realizar el seguimiento de la vasectomía de manera adecuada, considera que se debió a:
EL PERSONAL MÉDICO DEL PROGRAMA _____
EL LABORATORIO DEL CENTRO DE SALUD _____
ADMINISTRACIÓN O CITAS INADECUADAS _____
ALGUNA SITUACIÓN PERSONAL _____ LABORAL _____ FAMILIAR _____ OTRA _____
ESPECIFIQUE _____
14. TIENE ALGUNA OBSERVACIÓN, QUEJA O SUGERENCIA RESPECTO AL PROGRAMA Y SEGUIMIENTO DE LA VASECTOMÍA?
SI _____ NO _____

COMENTE:
