

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

17226
2e
46

Facultad de Medicina
División de estudios Superiores
Instituto Mexicano del Seguro Social

Grado de respuesta de los Métodos
Quirúrgicos de Planificación Familiar
Voluntaria en la U.M.F. No 1 Puebla Pue.

T E S I S

Que para obtener el Título de :
Especialista en Medicina Familiar

P R E S E N T A

LUVIA CAMPUZANO NARCIA

Puebla Pue., 1985.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



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 está 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.

I N D I C E

CAPITULO		PAGINA
	INTRODUCCION	1
I	ANTECEDENTES	4
II	JUSTIFICACION	39
III	HIPOTESIS	40
IV	OBJETIVOS	40
V	DISEÑO DE INVESTIGACION	41
VI	DESARROLLO DE LA INVE- TIGACION	42
VII	TABLAS O GRAFICAS	46
VIII	CONCLUSIONES	47
IX	BIBLIOGRAFIA	49

Por altas tasas de natalidad y mortalidad y, -
al año 2000, por bajas tasas de natalidad y -
mortalidad; en ambos casos, el crecimiento es
alrededor del 1% anual.

México es un país con un alto crecimiento
demográfico. En el período de 1900-1950, la po-
blación casi se duplicó, repitiéndose éste fe-
nómeno en solo veinte años, 1950-1970, época-
que coincide con la etapa de mayor crecimen-
to económico y social.

La política de población de México ha es-
tablecido metas de crecimiento demográfico al
año de 1988 y al 2000. Con los programas que-
se realizan sobre educación en población, co-
municación y planificación familiar, se pre-
vió que para el año 1988 se tendrá una tasa -
de crecimiento del 1.8% anual. A fin de siglo
se pretende que México disminuya su tasa a -
proximadamente al 1% anual. Esto significa -
que se tendría una población de cien millones
de continuar la tendencia histórica en el cre-
cimiento se llegaría a ciento treinta y dos -
millones.

La esperanza de vida en nuestro país, ha
aumentado, gracias a los esfuerzos realizados-
en la prestación de ciertos servicios públi -

cos la mejoría en la alimentación y en la higiene. Sin embargo, aún no se ha alcanzado la esperanza de vida de algunos países europeos como Suecia en 75 años.

No obstante los esfuerzos realizados por la administración pública en los últimos cuarenta años, la población requiere aún importantes incrementos en sus condiciones de bienestar. Hoy hay más escuelas, más atención médica existen más consultorios rurales, los niveles de alimentación han mejorado. Sin embargo, el aumento acelerado de la población, contribuye a que éstas realizaciones no sean suficientes para alcanzar mejores niveles de vida.

Tal situación constituye un desafío para las políticas de desarrollo del país, y ratifica el enfoque mexicano de una política de población humanista, cuyas metas involucran un mejoramiento de las condiciones de vida que propician una disminución del crecimiento demográfico del país. Población y desarrollo son y deben ser un concepto integral.

La educación tiene una gran influencia en el comportamiento demográfico de la población, así como la alimentación, las condiciones de salud, la actividad en el trabajo y otras que-

condicionan los niveles de fecundidad, mortalidad, emigración, etc.

Se observa que cuando el nivel escolar en la mujer es más alto, el número de hijos es menor.

Al final del período reproductivo, las mujeres sin instrucción, tienen un promedio de seis hijos, y las que tienen mayor preparación además de retrasar el nacimiento del primer hijo, disminuye su promedio a tres.

Es importante destacar la participación de la mujer en las actividades económicas, principalmente en el sector de profesionistas, administrativos y, de servicios

I. ANTECEDENTES DE LA PLANIFICACIÓN.F.

Para más de la mitad de las parejas del mundo, la decisión fundamental de tener un hijo o cuando tenerlo, es rara vez una decisión verdadera. A pesar de los progresos alcanzados en la última década, pocas parejas disponen de información adecuada sobre las implicaciones que tiene para la salud de la madre una gestación inoportuna, pocas se enteran del impacto que tuvo sobre su comunidad su decisión en materia de fecundidad, y pocas tienen acceso a -

métodos modernos de planificación familiar. Para reducir éstas brechas en la planificación de la familia, muchos gobiernos han comenzado a ampliar los programas respectivos, extendiendo servicios al nivel de la comunidad y en ocasiones usando la presión que ejercen grupos afines para promover la aceptación de los métodos anticonceptivos y de la familia poco numerosa.

Es cierto también que hoy más que nunca, las parejas están planificando efectivamente el tamaño de sus familias. En la primera mitad de la década de los setentas, el uso de anticonceptivos orales, dispositivos intrauterinos y la esterilización de los hombres, así como de las mujeres (los tres métodos de mayor efectividad para impedir embarazos no deseados), aumentaron marcadamente, tanto en los países avanzados como en los subdesarrollados sin embargo, a pesar de los incrementos dramáticos que se alcanzaron, la mayoría de las parejas sigue todavía sin usar éstos métodos. - persisten viejas prácticas anticonceptivas y - prejuicios antiguos en contra de ellos. Leyes arcaicas hacen difícil la obtención de técnicas anticonceptivas, lo cual evita poder es -

paciar el número de hijos.

Por cierto, los registros de abortos legales e ilegales que se producen cada año, son testigos del hecho que muchas decisiones en materia de planificación de familia se adoptan después del hecho. El hospital del EL Salvador Stycos, de la Universidad de Cornell, informa que una de cada cinco mujeres que ingresan, sufre de complicaciones derivadas de la terminación ilegal de un embarazo. En Moscú, los informes indican que hay dos abortos por cada nacimiento. Las mujeres de menos de veinte años, tienen una proporción sorprendentemente grande de niños nacidos tanto en países ricos como en pobres, por igual a pesar de que la evidencia demuestra que al postergar el primer embarazo hasta pasada la adolescencia, se reduce la mortalidad de las enfermedades maternoinfantiles. De muchas y variadas formas, el número de embarazos inoportunos y la enorme concurrencia del aborto en todas las clases y grupos sociales, señalan la necesidad insatisfecha de algún método anticonceptivo.

La planificación familiar, en un tiempo colección de mitos folklóricos, se ha convertido en una ciencia y una empresa, a medida que-

aumentó el interés por controlar la fecundidad, evolucionó una amplia variedad de técnicas y métodos; algunas adaptaciones de antiquísimas prácticas, otras, producto de investigaciones recientes. La legislación del aborto, la creciente aceptación de la esterilización, y el lento pero constante aumento del número de mujeres que usan anticonceptivos orales, todos son argumentos contundentes de que muchas parejas quieren y buscan realmente una opción en servicios de planificación familiar.

Las primeras campañas de planificación familiar dependían a menudo solamente de un método y una forma de distribución; frecuentemente desconocían también los prejuicios, tabúes y preocupaciones locales. En 1965, el gobierno de la India hizo del DIU la base de su programa de control de la natalidad.

La Iglesia Católica prohibió en un principio todos los métodos anticonceptivos, a excepción del ritmo, la planificación familiar efectiva, quedó frenada hasta fecha reciente en América Latina predominantemente católica.

Antes de la era moderna, control de la natalidad significaba abstinencia, retiro, (coitus interruptus) aborto primitivo y varios bre

La esterilización voluntaria es verdaderamente el fenómeno anticonceptivo de la década de los setenta. Aunque una vez se le consideró como una forma estremada e indeseable de tratar el control de la natalidad, puede ser que actualmente el número de parejas que se han sometido a ellas exceda al número de las que usan cualquier método anticonceptivo. En 1950 no había más de cuatro millones de parejas en el mundo que dependían de la esterilización para controlar su fecundidad; en 1975, sólo en Europa se efectuaron cuatro millones de esterilizaciones en Corea, el 13% de las parejas casadas que usan anticonceptivos, han elegido la esterilización. En Estados Unidos la cifra superior al 25%; en Puerto Rico, una de cada tres parejas depende de ella. Actualmente, unos ochenta millones de parejas en todo el mundo usan la esterilización como método de **planeación familiar**.

En Europa y América del norte, la esterilización es legal y no está sujeta a reglamentos especiales, excepto en Italia, Francia, Turquía, algunas provincias del Canadá. A pesar de la prohibición total del Vaticano a fines -

de 1976, de ocurrir a la esterilización para impedir el embarazo, se están ejecutando cantidades crecientes de esterilizaciones a mujeres en América Latina particularmente a Colombia. En Sri Lanka, las grandes plantaciones de té, han establecido incentivos en sus programas para alentar a los trabajadores a someterse a la esterilización una vez que sus familias están completas.

Vá en aumento el número de esterilizaciones que se practican en todo el mundo, especialmente porque el proceso quirúrgico necesario se ha simplificado. A fines de la década de los sesentas y principio de los setentas, la vasectomía era la forma de esterilización más popular, porque la esterilización en la mujer requería cirugía mayor abdominal, anestesia general y varios días de hospitalización. En los campos de esterilización de la India, en 1971, donde se efectuaban varios cientos de miles de vasectomías, en breves campañas intensivas ellas representaban casi todas las esterilizaciones llevadas a cabo. Sin que haya disminuido significativamente el interés de las operaciones masculinas, nuevos métodos

quirúrgicos, como la minilaparatomía, han simplificado las esterilizaciones femeninas y, constituyen una parte importante de los programas de planificación familiar en las Filipinas y Tailandia, habiendo sobrepasado a las vasectomías en popularidad en los Estados Unidos.

Especialmente en los países en desarrollo, donde el personal que ha recibido capacitación médica es escaso, el advenimiento de procedimientos simplificados, significa que la esterilización puede trasladarse y ejecutarse fuera de los hospitales y llegar a los pueblos. Algunos nuevos métodos son tan sencillos, que en un programa Bangladesh, las mujeres campesinas, muchas incluso analfabetas han aprendido la técnica y son capaces de ejecutar tubectomías con éxito sorprendente; sus pacientes no presentan tasas de infección mayores que las de los pacientes de médicos adiestrados. Este proyecto sugiere que la esterilización bien puede llegar a ser todavía más común en el futuro.

La píldora sigue de cerca a la esterilización como anticonceptivo preferido. Según la agencia de los Estados Unidos para el desarrollo internacional (USAID), 55 millones de pa-

rejas controlaban su fertilidad con anticonceptivos orales a fines de 1976. Entre las mujeres de los países occidentales industrializados, la píldora tiene una abrumadora popularidad en los países que están comenzando a trazar programas de planificación familiar, la píldora a menudo es el portaestandarte de la nueva revolución anticonceptiva.

Sin embargo, en programas bien establecidos en Corea, Formosa, Hong Kong y Singapur, el número de mujeres que acepta anticonceptivos orales se han nivelado o disminuido. Aunque la píldora sigue siendo el método principal de anticoncepción en muchos países, la creciente preocupación que inspiran las complicaciones que su uso puede tener para la salud, especialmente para las mujeres de edad más avanzada, ha impulsado a muchas a probar otro método.

El condón el anticonceptivo más antiguo y más efectivo, adquirió nueva popularidad y lo usan actualmente unos treinta millones de parejas. Aunque por mucho tiempo no se le consideró digno de confianza y se le encontró inconveniente e indigno de la virilidad del hombre, la

expulsión y, ocasionalmente infección.

Un estudio de mujeres de educación superior en los Estados Unidos sugiere que el diafragma es tan efectivo para evitar el embarazo y tan aceptable para quienes lo usan como los anticonceptivos más modernos. Un año después de comenzar el estudio, solo una de cada cinco mujeres que habían recibido diafragma había discontinuado su uso, más aún la incidencia de embarazos entre esas mujeres refuta la arraigada noción de que el diafragma no es digno de confianza.

El método ideal de planificación familiar debería ser completamente seguro, efectivo, reversible, fácil de obtener y usar, barato, como para que la persona más pobre pueda obtenerlo y culturalmente aceptable. No hay método disponible hasta ahora que reúna todos los criterios. Los métodos más efectivos, aborto, píldora, esterilización y DIU, han mejorado en años recientes y, por cierto, son menos peligrosos que un número limitado de embarazos y más efectivos que el retiro (coitus interruptus), el ritmo o los remedios folklóricos. Sin embargo, la incertidumbre en cuanto a seguridad, cos

to y adaptabilidad, es un argumento en contra de depender solamente de un método único, cualquiera que éste sea.

NUEVAS LEYES, NUEVOS PROGRAMAS.

Los gobiernos comenzaron a eliminar las barreras que hacían difícil o imposible la planificación familiar. Canadá, Estados Unidos, y Alemania proporcionan ahora servicios de planificación familiar libre de costo a las mujeres que perciben ingresos bajos. En gran Bretaña se disponen de todos los anticonceptivos gratis, a través del Servicio Nacional de Salud.

En 1975 Francia los declaró gratuitos en las clínicas del gobierno. Ese mismo año Singapur legalizó la esterilización por consentimiento de personas casadas de más de 21 años de edad. En 1976 Suecia eliminó todos los obstáculos a la esterilización de personas de 25 años de edad en adelante. Las Filipinas, Paquistán, Sri Lanka, Bangladesh, Corea del Sur, Irán e Irak, han eliminado el requisito de presentar receta para obtener anticonceptivos orales. A mediados de la década de los setenta Francia e Italia legalizaron la publicidad y distribución de anticonceptivos.

Los programas de planificación familiar voluntaria de mayor éxito en los países ricos - así como en los pobres, tienen características comunes. En todos existe una dedicación nacional a proporcionar servicios de planificación familiar, ya sea a través de canales privados - médicos y comerciales o de programas gubernamentales, todos los que por lo general, abarcan el aborto, la esterilización, la píldora y el DIU.

Algunos expertos gubernamentales en planificación familiar, la consideran como parte integral de la atención a la salud materno infantil. Los estudios demuestran que los hijos de madres jóvenes, el hijo menor de familias numerosas y los niños nacidos dentro de aproximadamente un año después de sus hermanos, sufren a menudo de desnutrición, son susceptibles de enfermedades y tienen tasas de mortalidad muy superiores a las de los hijos de mujeres de más de veinte años de edad que han espaciado sus hijos.

En los numerosos países en que la mayoría de los niños nacen fuera del alcance de las instituciones médicas oficiales, los gobiernos

pasan aprietos para construir hospitales con la rapidez suficiente o para modernizar sus estrategias de salud suficientemente pronto como para hacer frente a las necesidades inmediatas en la planificación familiar. La demanda de servicios curativos en las clínicas de salud, absorbe generalmente los esfuerzos de los médicos para integrar plenamente la planificación familiar a los servicios de salud pública especialmente donde escasea el personal médico especializado. Para vencer esos problemas, muchos países han dado capacitación en medicina preventiva a parteras, indígenas y equipo de trabajo en el campo de la salud.

COMO ESTRECHAR LA BRECHA.

Los varios cientos de millones de parejas del mundo que, sin disponer de la ventaja de un anticonceptivo de seguro y digno de confianza corren todavía el riesgo de tener un embarazo no deseado, no planeado, son testigos de que no hay forma fácil de proporcionar servicios que abarquen a toda una nación. En Asia, Africa y América Latina, la planificación familiar está todavía junto con la atención médica básica entre los servicios humanos, de que muy

grandes sectores de la humanidad tienen que prescindir.

Para preparar programas efectivos y crear una atmósfera social y legal en la que la planificación familiar tenga probabilidades de éxito, se requiere gran apoyo gubernamental. Entre 1974 y 1976 más de cuarenta gobiernos tomaron medidas para revisar las leyes y políticas existentes en el campo o para introducir otras nuevas. Al mismo tiempo, las naciones comenzaron a cambiar las leyes y costumbres sociales, como las que afectan la edad de contraer matrimonio y el papel de la mujer en la sociedad, que tienen influencia en la fecundidad. Pocos gobiernos respaldaron estrategias innovadoras que pueden alentar la declinación de la fecundidad o comprometieron los recursos necesarios para lanzar un esfuerzo de amplios bases, destinado a educar plenamente al público respecto a las consecuencias del rápido crecimiento demográfico.

Así como no existe el método anticonceptivo ideal, no hay una forma única de llenar la brecha en el campo de la planificación familiar. Cada país debe encontrar su propio cami-

no trazando programas que respondan con sensibilidad a las realidades culturales políticas y económicas que enfrenta; el programa que tenga más éxito, será el que conecte la oferta y la motivación.

PROGRAMA DE PLANIFICACION FAMILIAR V. EN MEXICO,

Con el fin de ampliar las prestaciones médicas y sociales que el gobierno mexicano brinda a sus ciudadanos y la demanda manifiesta de éstos para regular el tamaño de su familia, durante el mes de Agosto de 1972 se iniciaron las actividades del programa de planificación familiar voluntaria de nuestro país y, dos años después se hicieron modificaciones en la constitución política de los Estados Unidos Mexicanos pasando a ser un programa prioritario bajo responsabilidad federal. El programa consiste en proporcionar por el sector salud nacional tecnología anticonceptiva actualizada eficaz y adecuada así como la información necesaria que permita en forma conciente y voluntaria utilizar reguladores de la fertilidad para beneficio individual familiar y social.

El gobierno de la república en su afán de procurar bienestar y salud a un amplio sector-

de la población marginada del medio rural, dispuso de programas que permiten incorporar cada día mayor número de mexicanos al régimen de solidaridad social por medio del sector salud, - brindando servicios e incorporando el programa de planificación F.V. al medio rural.

La base principal de la realización del programa de planificación F.V. es que en México se ha establecido una política de población con el objeto de influir en su volumen, crecimiento, estructura y distribución, para armonizar los procesos demográficos con los del desarrollo nacional para elevar la calidad de vida de todos los mexicanos.

Actualmente en México se establece el Programa Nacional de Planificación Voluntaria a través de todas las instituciones del sector público. Política gubernamental que tomando en cuenta la libre decisión de la pareja pone a su disposición los criterios educativos que le proporcionan los métodos anticonceptivos que le permiten planificar su familia.

O sea la integración de un programa intersectorial que articule las actividades de otros sectores de la administración relaciona -

dos con factores tales como escolaridad y em-
pleo con las actividades propias de planifica-
ción familiar, la capacitación y adiestramien-
to en materia de planificación F.V. de los tra-
bajadores de salud y la educación así como la
sistematización de programas de comunicación e
educativa integrado a través de los medios masi-
vos.

Para la elaboración de éste programa se a-
nalizaron los antecedentes preparados por las
instituciones integrantes del sector respecto
a la prestación de servicios; se elaboró un
diagnóstico de los logros de cobertura de usua-
rios en el sector público y privado y sus prin-
cipales características, al mismo tiempo se de-
tectaron varios puntos, en los que en un futu-
ro inmediato habrá que poner especial atención
ya sea porque constituyen problemas que no se
resolvieron de una manera completamente satis-
factoria o porque en ése momento, dada la evo-
lución que ha seguido el programa han pasado a
constituirse en los retos a los que habrá de-
enfrentar el programa interinstitucional en
los próximos años.

METAS DEL PROGRAMA.

En este momento es un hecho bien establecido que México es un país donde la fecundidad ha empezado a descender. Las curvas de fecundidad muestran disminuciones significativas entre 1975 y 1981; la tasa global de fertilidad registró un promedio de 5.2 hijos nacidos vivos por mujer para 1979 y de 4.1 para 1981. Por último, la tasa de crecimiento de la población descendió de 3.2% en 1976 a 2.4% en 1982. Esta nueva fase en el comportamiento reproductivo de la población nos permite pronosticar que la población mexicana entró definitivamente en la segunda etapa de transición demográfica en donde el ritmo futuro de crecimiento poblacional dependerá principalmente de lo que ocurra con los niveles de fecundidad

MÉTODOS EMPLEADOS EN PLANIFICACION FAMILIAR EN NUESTRO PAIS.

El médico y el trabajador de salud disponen actualmente de unas 10 a 12 categorías generales de métodos empleados en la planificación familiar, los cuales dividen en 2 grupos principales, temporales y definitivos.

 a) Temporales:

- Coitus interruptus..... TRADICIONALES
 - Otros
 - Ritmo NATURALES
 - Lactancia
 - Condón LOCALES
 - Diafragma
 - Capuchón cervical
 - Espermaticidas
 - DIU
 - La píldoraHORMONALES
 - Los inyectables.
-

 b) Definitivos:

- La vasectomía (hombre)
- Salpingoclasia (mujer).

La decisión de cual de los métodos es el más apropiado para el individuo o la pareja debe basarse en consideraciones personales y médicas y deben ser siempre tomadas por la pareja o el individuo que habrán de utilizarlo, después de haber sido plenamente informados.

No existe un método ideal aplicable a todas las circunstancias, por lo que es necesario que en la selección se considere las diversas opciones y que el método escogido por el individuo o la pareja se ajuste a sus necesidades y condiciones personales de salud.

MÉTODOS TRADICIONALES.

Consideran en éste grupo algunos métodos y prácticas que tienen sus raíces en conceptos tradicionales en la medicina popular.

DUCHA POST-COITAL.

El mecanismo de acción supone la evacuación del semen eyaculado en el canal vaginal femenino, inmediatamente después del acto sexual a través de un lavado vaginal, la eficacia de éste método se considera muy baja pues investigaciones modernas demuestran que 90 segundos después que los espermatozoides son depositados en la vagina, alcanzan el canal cervical y comienzan a migrar a través de él.

COITUS INTERRUPTUS.

Consiste en que el varón interrumpa el acto sexual antes de alcanzar el orgasmo y la eyaculación, retirando el pene de la vagina y genitales externos de la mujer, evitando de es

ta manera que los espermatozoides formen el la-
go vaginal y alcancen el canal cervical. El va-
rón no debe reintroducir el pene en la vagina-
antes que pasen varias horas, ya que puede in-
troducir espermatozoides en el tracto genital-
femenino, a través de eyaculado remanente que-
permanezca en la uretra. Requiere de una alta-
motividad de la pareja por lo que está sujeto-
a numerosos fracasos.

MÉTODOS NATURALES.

Se denominan así a aquellos métodos en -
los que no hay interferencia en el curso natu-
ral de los eventos vinculados con el acto se -
xual.

ABSTINENCIA.

Por consideraciones religiosas y cultura-
les proporcionas importantes de jóvenes, em -
plean la abstinencia sexual, no existe ninguna
base para considerar que éste método pueda es-
tar asociado a complicaciones u efectos secun-
darios, no produce ningún trastorno orgánico.

LACTANCIA MATERNA.

Durante la lactancia la hipófisis segre -
ga elevadas cantidades de prolactina y la pro-
ducción así como la excreción de las gonadotro

pina folicul~~o~~estimulante y luteoestimulante se encuentran parcialmente inhibidas, de ésta forma se produce un estado anovulación. Su efecto anticonceptivo decrece con el tiempo y también con la producción láctea, cuando la lactancia se asocia a la alimentación artificial, la protección que confiere decrece pudiendo producirse la ovulación y la fecundación e implantación inmediata antes de que se produzca la primera menstruación, en el 10% de las mujeres en éstas condiciones. Se aconseja que las mujeres que lactan sean protegidas por un método adicional de preferencia el DIU.

EL RITMO.

Se consideran los métodos que utilizan como principio restringir la relación sexual en el período fértil de la mujer. Este método se basa en el conocimiento que se tiene sobre el tiempo de vida del óvulo y del espermatozoide en el aparato genital femenino, y sobre los cambios que ocurren en la ovulación. Con éste método la tasa de embarazo es elevada aunque hay parejas que lo practican cuidadosamente y pueden obtener mejores resultados. Este método no puede ser practicado con las mujeres que -

tienen irregularidad menstrual.

RITMO CALENDARIO.

Este trata de estimar el día en que se presenta la ovulación, la mujer debe llevar un control preciso de la duración de sus ciclos menstruales por cuatro a seis meses y así determinar el día en que ocurre la ovulación, estableciendo entonces el período de días antes y después de la ovulación en los cuales no debe tener relaciones sexuales.

EL RITMO TERMOMÉTRICO.

Se basa en detectar la ovulación por el cambio de la temperatura basal que se produce como efecto de la secreción de progesterona por el cuerpo amarillo. La mujer debe tomar diariamente su temperatura oral en condiciones basales y llevar un registro, después de la ovulación se produce una elevación en la temperatura basal de medio grado centígrado, pudiendo reiniciar la pareja las relaciones sexuales tres días después, pues se considera que el óvulo no dura más de 48 horas la dificultad del método consiste en que el cambio de temperatura es muy pequeño y difícil de observar.

RITMO POR EL MOCO CERVICAL

Se basa en la observación diaria por la mujer de las características del moco que se grega el canal cervical uterino. Durante la primera mitad del ciclo, por efecto de los estrógenos, el moco que es inicialmente seco, se convierte en una secreción fluida al ocurrir la ovulación y comenzar la producción de progesterona, el moco vuelve a convertirse en una secreción espesa y escasa. Para practicar éste método, la mujer debe aprender a obtener diariamente con los dedos, pequeñas muestras de moco cervical observando sus características de cantidad, fluidez, apariencia y transparencia. La dificultad de éste procedimiento estriba en que para la mujer resulta molesto hacer una manipulación diaria de los genitales siendo difícil además juzgar sobre las características del moco cervical.

MÉTODOS LOCALES.

EL CONDON O PRESERVATIVO.

Es una cubierta de forma de saco elástico que se coloca sobre el pene antes del acto sexual y retiene el semen eyaculado, previ-

niendo de ésta manera su depósito en la vagina si se realiza un nuevo acto sexual, es necesario utilizar un nuevo preservativo, si se realiza en forma correcta su efectividad es elevada con tasas de embarazo del orden del tres por ciento.

MÉTODOS VAGINALES.

Es aconsejable la utilización asociada a un método mecánico de barrera y un espermaticida.

EL DIAFRAGMA.

Es una semiesfera de hule latex con un borde semirígido que una vez ubicado en la vagina recobra su forma circular, forma una barrera que impide a los espermatozoides el acceso al cervix. Debe instalarse antes de la relación sexual.

EL CAPUCHON CERVICAL.

Es un dispositivo de latex en forma de dedal que debe cubrir completamente el cervix puede dejarse ubicado por semanas, pero puede desplazarse con facilidad y además produce pequeñas lesiones mecánicas.

ESPERMATICIDAS.

Son sustancias que destruyen los esper-

matozoides, se emplean colocándolos en la vagina antes de la relación sexual debe ubicarse en la vagina veinte o treinta minutos antes del acto sexual para obtener una adecuada dispersión de los componentes. Su eficacia es baja con una frecuencia de embarazos no deseada del veinte por ciento, cuando su uso se combina con el diafragma o las esponjas vaginales, su eficacia aumenta. Están contraindicados cuando existe patología vaginal uterina o pélvica.

ESPONJAS VAGINALES.

Se deben colocar antes del coito, su mecanismo de acción semejante al del diafragma.

DISPOSITIVO INTRAUTERINO.

Cuerpo extraño que colocado en la cavidad intrauterina actúa por medio de reacciones locales medicamentosas o no para evitar la concepción.

Clasificación:-

- 1.- No medicados: asa de Lippes
- Coil
- Saf t Coil
- Antigón F
- Ypsilon
- Escudo de Dalkon -
- Shields.

2.-Medicados:

- Con cobre: 7Cu. TCu 200. TCu 220 c. -
- Con progesterona: Progestasert.

El asa de Lippes de un material plástico llamado silastic, sólo existe en tamaño D que es el mayor y el que se adapta al tamaño real de la cavidad uterina, la mayoría de éstos dispositivos se encuentran en desuso por la alta incidencia de infecciones agregadas y el alto índice de fallas.

Medicados: Se distinguen principalmente dos elementos agregados al dispositivo, el cobre y la progesterona, éste último se encuentra en desuso por el alto índice de salpingitis. El de mayor uso en la actualidad es el dispositivo que contiene cobre a distintas concentraciones el mejor ejemplo es la T Cu, con diferentes cantidades de cobre que son: 200, 220, 230, 300 y 380. De éstos el más usado es el T Cu 220 que es el que menos reacciones adversas ha presentado con el mayor índice de efectividad.

Mecanismos de acción:

- son locales
- actúan inmediatamente después de la inserción.
- desaparece la acción rápidamente después de-

la extracción

- no se modifica con la menstruación
- no alteran la integridad e integración del eje hipotálamo-hipófisis-ovario.

Contraindicaciones: Padecimientos inflamatorios, infecciones e infestaciones cervicovaginales, si existe o hay duda de la presencia de una gestación.

Complicaciones: Se ha demostrado que existe mayor posibilidad de embarazo ectópico cuando se utiliza el DIU.

La reacción inflamatoria local del endometrio, de las trompas sobre todo en el primer mes post-aplicación, el accidente de perforación de útero a distintos niveles por una mala técnica de aplicación.

MÉTODOS HORMONALES.

Los preparados hormonales son asociaciones de compuestos derivados de las hormonas gástricas, estradiol y progesterona y existen numerosas preparaciones y formas administrativas

MECANISMO DE ACCIÓN:

- Eje hipotálamo-hipófisis inhiben la secreción de gonadotropinas.
- Ovarios: anovulación.
- Endometrio: medio no receptivo a la implantación.
- Cervix: hostilidad a la penetración.
- Trompas uterinas: afectan la migración e implante.

EFFECTOS-SECUNDARIOS

- Aumento de peso corporal
- Cambios en la presión arterial
- Nauseas y vómitos.
- Mareos.
- Tensión mamaria.
- Cefálea.
- Nerviosismo.
- Alteraciones de la libido.
- Cloasma o acné
- Hemorragia intermenstrual.

CONTRAINDICACIONES:

- Neoplasia estrógeno-dependiente.
- Cáncer de mama.
- Hepatopatía aguda, o crónica.
- Antecedente de enfermedad tromboembólica
- Anomalía menstrual no diagnosticada.
- Embarazo.
- Otras (hiperlipidemia y prediabetes).

CONTRAINDICACIONES RELATIVAS.

- Depresión.
- Cefalalgia migrañosa.
- Leiomiomas uterinos.
- Hipertensión arterial.
- Epilepsia.
- Oligomenorrea y amenorrea.

HORMONALES INYECTABLES.

Existen dos preparados inyectables de -
larga duración que se emplean como anticoncep-
tivos: El acetato de medroxiprogesterona, con

una duración de tres meses y el enantato de noretisterona con un efecto de 84 días. Tienen la ventaja de estar constituidos por un progestágeno puro sin mezcla estrogénica, por lo que su utilización está libre de los problemas metabólicos vinculados a los estrógenos sin embargo provocan a menudo trastornos de la menstruación, así como amenorrea, lo cual no es bien aceptado por algunas usuarias. Actualmente se encuentra en desuso en el Instituto Mexicano del Seguro Social.

EFFECTOS COLATERALES.

- Irregularidad menstrual
- Aumento de la frecuencia de nódulos mamarios
- retorno tardado de la fecundidad

VENTAJAS.

- No presenta efectos adversos en la lactancia.
- Útiles en negligencias del uso de anticonceptivos hormonales.

VIGILANCIA DE LA MUJER CON ANTICONCEPTIVOS HORMONALES.

Control a los tres meses y cada año. En cada cita debe vigilar exploración ginecológica, T.A., peso corporal, exploración mamaria, glicemia en ayunas, bilirrubinas en suero, evitar el tabaquismo, D.C.C. anual.

El riesgo asociado al uso de los anti -

conceptivos hormonales, se incrementa con la edad y se indica que éstos preparados no deben utilizarse en mujeres de más de 35 años - especialmente si se encuentran en riesgos asociados como obesidad, hipertensión y tabaquismo.

Por el múltiple mecanismo de acción de los hormonales son los más efectivos de todos salvo los quirúrgicos, la tasa de embarazo es del 1% o menos.

MÉTODOS DEFINITIVOS.

Interrumpir la continuidad del aparato genital en el varón o en la mujer, impiden - por lo tanto la reproducción. Produciendo una esterilización permanente.

LA VASECTOMIA

Es una operación de cirugía menor que - requiere solamente anestesia local y que interrumpe el conducto deferente en su recorrido a través de la porción escrotal alta, es - una técnica fácil y muy popular en algunos - países desarrollados. La vasectomía hecha - en individuos sanos y psicológicamente bien - adaptados no afecta significativamente el - balance hormonal masculino, el deseo sexual,

la capacidad de erección, o de eyaculación - del semen es un procedimiento simple y destinado a bloquear el paso del espermatozoides a través del conducto deferente. Existen diversas técnicas para su realización. El varón puede mantenerse fértil hasta algunas semanas - después de la cirugía, por retener espermatozoides con capacidad fecundante en las vesículas seminales durante este lapso de tiempo.

SALPINGOCLASIA .

Los procedimientos quirúrgicos para ocluir la luz tubaria ligandola o seccionandola y ligandola a través de una insición de la pared abdominal, son múltiples, y se practica desde hace lustros, observandose en algunos procedimientos complicaciones severas. Ultimamente uno de los procedimientos practicados es la aplicación de corriente de coagulación a las trompas de falopio bajo control laparoscópico; sin embargo la morbilidad varía entre menos de uno a 6%. Las complicaciones referidas son: Hemorragia de los vasos del mesosalpinx de la unión tubo-ovárica, del ligamento ancho de los vasos epigas-

tricos, quemaduras de la piel del operador, etc. Para evitar éste peligro se ha efectuado la aplicación de clips especiales en las trampas de falopio o anillos de silicón, ésta última técnica iniciada por Yoon ha demostrado efectividad y un mínimo de complicaciones, utilizándose a la fecha las siguientes técnicas de ligadura y sección tubaria: Pomeroy, Fimbrectomía, Madelener, aldrich, Urchida, e Irving.

La efectividad de las técnicas quirúrgicas es muy alta y va de 0.04 a 0.5 embarazos por cien años-mujer.

MÉTODOS DE ESTERILIZACIÓN.

-Esterilización femenina

Ligadura de trompas: Dispone de varias técnicas.

-Ligadura tubaria laparoscópica

-Vía de acceso vaginal (culdotomía) para la ligadura tubaria.

- Acceso a través de una pequeña incisión abdominal.

-Otros métodos como; Culdoscopia e Histeroscopia, Ciliación de pinza tubaria, e Histerectomía

-Esterilización Masculina: -Vasectomía.

CRITERIOS PARA SELECCION DE METODOS

Debe basarse en la consideración de factores personales y factores médicos.

Factores personales: Entre los más im -

portantes se encuentra la edad, condición ma-
rital, factores religiosos o culturales.

Factores Médicos: Se consideran la pari-
dad, la historia médica previa y el estado
de salud. No es apropiado métodos poco efec-
tivos a parejas que ya tiene muchos hijos y-
que deben ser protegidos con método eficaz. -

La paciente con enfermedades en las que
el embarazo en sí está contraindicado no se
prescribe métodos de baja efectividad, en és-
tos casos se recurre a métodos quirúrgicos.-

ACEPTABILIDAD.

Es el deseo inicial de la pareja o indi-
viduo de emplear el método prescrito. Si el
método es bien aceptado, se puede tener cier-
ta seguridad de que se le utilizará de mane-
ra apropiada y de que ésto conducirá a un u-
so continuo. La continuidad en el uso de los
métodos es uno de los criterios o indicado-
res para juzgar sobre su aceptabilidad.

EFFECTIVIDAD.

Un método efectivo es el que previene -
el embarazo de una manera segura, éste con -

cepto está por lo tanto cercano a lo que en términos populares se describe como "seguridad". La efectividad teórica del método, depende de sus características y mecanismos de acción prácticamente todos los métodos son altamente efectivos desde el punto de vista teórico sin embargo existen fallas que se traducen en embarazos y la incidencia de embarazos no deseados es un buen indicador de la efectividad de los métodos.

NUMERO DE PAREJAS QUE USAN ANTICONCEPTIVOS - EN EL PAIS.

	%	%	%
Método	1976	1979	1982
-Píldora-	33.9	33.0	29.7
-Salpingoclasia	8.9	23.5	28.1
-DIU	18.7	16.1	13.8
-Vasectomía	0.6	0.6	0.7
-Inyectables	5.6	6.7	10.6
-Métodos locales	7.0	5.0	4.1
-Métodos tradicionales	23.3	15.1	13.0

II. JUSTIFICACION.

Este estudio tiene el propósito de investigar la aceptación de los métodos definitivos en planificación familiar en la U.M.F. No. 1 del IMSS Puebla, por medio de un análisis retrospectivo de las intervenciones quirúrgicas realizadas durante los meses de Ene

ro de 1984, conocer lo que indujo a la pareja a aceptarlo mediante el análisis de diferentes variables, conocer los efectos secundarios a corto plazo del método, y, conocer los beneficios que se obtuvieron a nivel económico, social y familiar.

III.- HIPOTESIS

Existe más aceptación por la salpingo-clasia que por la vasectomía en los usuarios de la U.M.F. No.1 del IMSS Puebla.

IV. OBJETIVOS.

1.- Identificar las indicaciones de los métodos definitivos en la planificación familiar, aplicados a pacientes con alto riesgo obstétrico.

2.- Identificar las indicaciones de los métodos definitivos en planificación familiar en el post-parto y post-aborto inmediato.

3.- Conocer la aceptación de los métodos definitivos en planificación familiar en la U.M.F. No.1 del IMSS de Puebla.

4.- Valorar el conocimiento previo de los métodos definitivos en planificación familiar en los aceptantes.

5.- Identificar las complicaciones.

6.- Conocer el nivel social, cultural y económico de las aceptantes y su influencia en la aceptación de los métodos definitivos de planificación familiar.

7.- Conocer los beneficios de la aplicación de métodos definitivos en planificación familiar en los aceptantes.

LIMITES.

1.- Geográficos: U.M.F. No.1 IMSS Pue. -

2.- Cronológicos: Varones y mujeres a quienes se les practicó métodos definitivos de Planificación F.V. del 1.º de Enero al 30 de Junio de 1984.

3.- Universo de trabajo: Derechohabientes adscritos a la U.M.F. No.1 Puebla en los cuales se aplicó el método definitivo de Planificación Familiar Voluntaria.

V. DISEÑO DE LA INVESTIGACION.

1.- Presentación del tema a investigar ante el maestro titular de la residencia de M.Familiar No.1 Pue. y ante el asesor de la investigación.

2.- Recolección de bibliografía reciente en relación a los programas de planificación familiar.

3.- Presentación y entrega de protocolo de investigación ante el maestro titular de la residencia de M.F. en la U.M.F. No.1 Pue.

4.- Reuniones periódicas con el asesor de la investigación cada dos semanas para revisión del desarrollo de la investigación. -

5.- Revisión de las formas de registro quirúrgico para obtención del nombre, No. de afiliación y/o registro en quienes se practican métodos definitivos de P.F.V. durante el período comprendido entre el 1o. de Enero al 30 de Junio de 1984.

6.- Obtención del archivo de la unidad del total de expedientes de pacientes en don de se les practicó el método definitivo de P.F.V. en el período estudiado.

7.- Estudio analítico y retrospectivo así como evolución, de acuerdo al expediente y las notas de evolución de los pacientes so metidos al método definitivo en la unidad.

8.- Análisis de las variables estudiadas en la U.M.F. No.1 IMSS Pue.

VI. DESARROLLO DE LA INVESTIGACION.

El análisis retrospectivo de las variables estudiadas en la U.M.F. No.1 IMSS Pue.

tomadas de los expedientes de aquellos en quienes se practicó el método definitivo de P.F.V. durante el período comprendido del 1.º de Enero al 30 de Junio de 1984, mostrando los siguientes resultados.

En éste período de tiempo se efectuaron 315 salpingoclasias y 8 vasectomías de las cuales se estudiaron cuatro personas vasectomizadas y 46 con salpingoclasia.

1.- Edad: Edad promedio en que se realizó la salpingoclasia fué de 28 años; edad menor: 21 años y Mayor: Cuarenta años.

Edad promedio en que se realizó la vasectomía 38 años, edad menor: 36 años, edad mayor: 42 años.

2.- Sexo: Masculino 4

Femenino 46.

3.- Razón que motivó el procedimiento: Paridad satisfecha 65%. Indicaciones médicas 19%. Mejoría estado socio-económico 10%. Se ignora 6%.

4.- Embarazos: promedio de 8 embarazos el mínimo con dos y el máximo con 12 embarazos.

5.- Escolaridad: 3 analfabetas. 7 con primaria. 11 con secundaria. 12 profesión -

media. 6 profesión superior.

6.- Nivel socio-económico: Este nivel de los derechohabientes adscritos a ésta unidad es mediano y está en relación con la escolaridad.

7.- Inicio de vida sexual: Edad promedio: 18 años, siendo la menor 14 años y la mayor 32 años.

8.- Promedio de hijos vivos: 8.

9.- Métodos anticonceptivos previos: hormonal el 48.7% DIU el 36.5% negativos 14.8%

10.- Indicación de procedimiento:

Multiparidad	75.5%
Toxemia	8.4%
Embarazo de alto riesgo	6.0%
Hipertensión arterial	8.4%
Diabetes mellitus	1.5%

11.- Técnica quirúrgica: Pomeroy 66.5%
Laparoscopia 32.4% y Vasectomía 2.1%.

12.- Complicaciones trans-operatorias: -
En ningún caso se presentaron algún tipo de complicaciones.

13.- Complicaciones post-quirúrgicas: -
Positivas en el 1.4% caracterizada por dehiscencia de herida, post-infección. negativas en el 98.6% solo en la salpingoclasia.

Tiempo en que se realizó el método definitivo de Planificación Familiar.

Post-parto 52%

Post-aborto 5%

Transcudánea 5%

Programada 38%

15.- Proceso infeccioso: 1.4% en salpingoclasia, negativo en vasectomía.

Molestias Post-quirúrgicas

Salpingoclasia dolor en sitio de la herida quirúrgica en el 24%. Negativas en el 76%.

Vasectomía dolor en el sitio de la herida en el 10%. 90% negativo.

Aceptó el paciente el método definitivo de P.F.V.

En ambos casos el 100%.

Beneficios que se obtuvieron con la aplicación del método definitivo de P.F.V.:

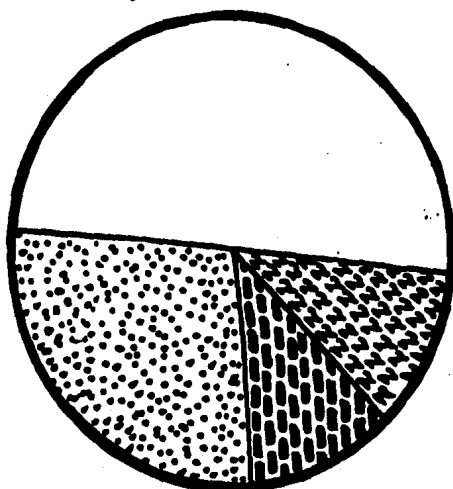
Familiar en el 42.2%

Salud en el 18.6%

socioeconómico en el 38.9%.

TIEMPO EN QUE SE REALIZO EL METODO DEFINITIVO
DE PLANIFICACION FAMILIAR VOLUNTARIA EN LOS -
PACIENTES ESTUDIADOS

EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NUMERO UNO
PUEBLA PUE.



POST-PARTO



POST-ABORTO



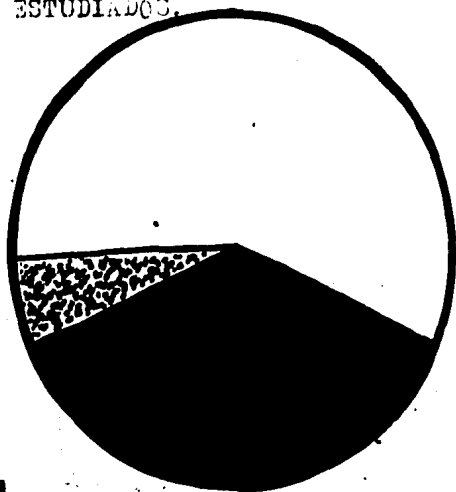
PROGRAMADA



TRANSCESAREA



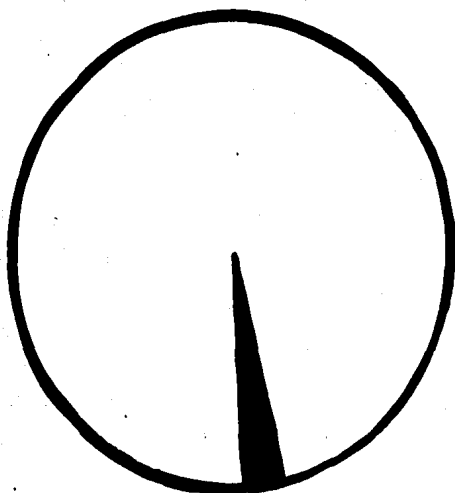
MOLESTIAS Y COMPLICACIONES POST-QUIRURGICAS-
ENCONTRADAS EN LOS EXPEDIENTES DE LOS PACIEN-
TES ESTUDIADOS.



Dolor en sitio de la herida quirúrgica
38 % Salpingoclasia

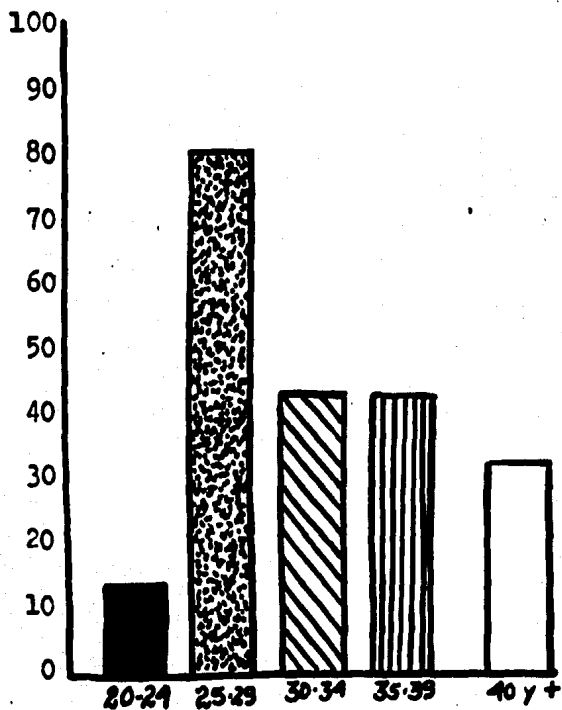


Dolor ardoroso en herida quirúrgica -
5 % Vasectomia



Dehiscencia de herida post-infección
1.4 % en las Salpingoclasias

PORCENTAJE DE ACEPTANTES POR EDAD EN METODO DE
FINITIVO DE PLANIFICACION FAMILIAR VOLUNTARIA.



VIII CONCLUSIONES

Después de analizar en forma retrospectiva y comparativa los expedientes en quienes se practicó método definitivo de Planificación Familiar durante el periodo comprendido del 1o de enero al 30 de junio de 1984 en U.M.F. No 1 del I.M.S.S., Pueblo Pue., se concluye lo siguiente:

- Existe más aceptación por la salpingo-clasia, que por la vasectomía, en los usuarios de ésta Unidad estudiada.

- En ambos grupos estudiados existía información previa al método en el 90% y carencia de la misma en el 10%.

El nivel sociocultural y económico de los aceptantes, es mediano, teniendo una escolaridad de : 6% analfabetos, 34% con Primaria, 32% con Secundaria, 25% Profesional media, 12% Profesión Superior.

- El uso previo del método anticonceptivo fué: hormonal 48.7%, DIU 37.5%, Negativos 13.8%.

La indicación médica para la realización del método fué: Multiparidad el 75.5%, - toxemia 8.4%, embarazo de alto riesgo 6.0% - hipertensión arterial 8.4%, diabetes melli -

tus 1.5%.

La aceptación del paciente al Método definitivo de Planificación Familiar en ambas cosas fué de 100 %.

Complicaciones - Las complicaciones - Post-quirúrgicas, solo se presentaron en la salpingoclasia en el 1.4%.

- Los beneficios que se obtuvieron en la aplicación del Método definitivo de P.F.V fueron: de índole familiar el 42.2%, de salud el 18.6% y socioeconómico el 38.9%.

En éste estudio, se muestra que en nuestro país, persiste el llamado machismo, ya que se da a notar en el número de vasectomías realizadas a comparación de las salpingoclasias, esto hace creer al varón, por falta de información que al someterse a este tipo de intervención habría pérdida de su virilidad, temor al que dirán, tomando en éste caso la mujer la actitud pasiva.

Con relación al grado de aceptación del Método definitivo de P.F.V., en los dos grupos estudiados, fué satisfactorio dado al nivel socio-cultural y económico con que cuenta.

1.- Ackerman N. Diagnóstico y tratamiento de las relaciones familiares. Editorial Orne. México 1974.

2.- Consejo Nacional de Población, México Demográfico, Brevario 1978.

3.- Conn. Medicina Familiar. Capítulo 2. Editorial Interamericana México 1978.

4.- Lesser L. y Stewart W. Psicodinámica Familiar. Práctica Familiar Capítulo 2. México 1972.

5.- International Planned Parenthood Federation. IPPF survey of urgent needs in family planning 1971-1976. London december 1977. 30 p

6.- Peel J. y Potts, M. Técnicas de Control de la Natalidad. Editorial Diana. México 1972.

7.- Programa de Planificación Voluntaria-IMSS, Subdirección General Médica; Jefatura de Servicios de Planificación Familiar. Marzo, 1983. México.

8.- Rueda G.r. Manual de Esterilización - Femenino. Publicado por ACEP Bogotá C. 1976.

9.- Stoques, B. Cómo salvar la brecha en Planificación Familiar. Population Reports. Serie J. No 20. Marzo 1979. U.S.A.