



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

"CAUSAS POR LAS QUE SE PRESENTA
EL EMBARAZO AUN CON EL USO DE
METODOS ANTICONCEPTIVOS
HORMONALES"

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADA EN ENFERMERIA
Y O B S T E T R I C I A
P R E S E N T A N
ELIZABETH MAYORGA MARTINEZ
MARCELA MIRANDA HERNANDEZ

Asesor: Lic. Ezequiel Canela Núñez



MEXICO, D. F.

1993

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.

INDICE

<u>CONTENIDO.</u>	<u>PÁGS.</u>
INTRODUCCIÓN	1
JUSTIFICACIÓN	2
OBJETIVOS	3
MARCO TEÓRICO	4
1. La Estrategia de Extensión de Cobertura.	
1.1 Antecedentes	5
1.2 Organización	6
1.3 Objetivos	8
1.4 Subsistemas	9
2. MorbiMortalidad MaternoInfantil en el estado de Michoacán.	
2.1 Datos estadísticos generales.	12
2.2 Datos estadísticos del área Cd. Hidalgo módulos III y IV.	15
3. Origen de los métodos anticonceptivos.	
3.1 Antecedentes históricos.	16
3.2 Aceptación de los métodos anticonceptivos a través del tiempo en México.	23

4.	Tipos de métodos anticonceptivos.	
4.1	Clasificación	26
4.2	Indicaciones	28
4.3	Contraindicaciones	30
4.4	Grado de efectividad	33
4.5	Efectos colaterales	34
5.	Métodos anticonceptivos hormonales más utilizados.	
5.1	Presentación	36
5.2	Dosis y administración	38
	RESULTADOS	39
	CONCLUSIONES	97
	ALTERNATIVAS DE SOLUCIÓN	101
	ANEXOS	102
	1. Formato de cuestionario	103
	2. Bibliografía	106

INTRODUCCIÓN.

Uno de los objetivos principales de la Estrategia de Extensión de Cobertura es el de elevar el nivel de aceptación del subprograma de Planificación Familiar, con el fin de proteger la salud Materno-Infantil con enfoque en la población rural dispersa en el estado de Michoacán.

Para llevar a cabo este subprograma existe una coordinación con la Secretaría de Salud, donde se manejan dentro de la planificación familiar dos tipos de hormonales: Por un lado están los orales y por el otro encontramos los inyectables. Los cuales han sido manejados desde el inicio de la Estrategia de Extensión de Cobertura. Dentro del manejo de los hormonales orales la Secretaría de Salud ha utilizado Lofemenal y actualmente Microgynon CD. Como podemos ver los hormonales utilizados han ido cambiando de acuerdo a la disponibilidad de los mismos. Por lo que las usuarias deben adaptarse a estos según su cambio.

De esta situación surge la presente investigación, en el área de Ciudad Hidalgo del estado de Michoacán, donde se investigaron las causas más frecuentes por las que se presentó el embarazo aún con el uso de métodos anticonceptivos hormonales, en 21 usuarias. Para ello se utilizó la metodología, donde se tiene la técnica de recolección de datos, el método de tabulación y procesamiento, cuadros y gráficas con descripción y análisis de uno de ellos.

Al final del trabajo se llegó a la conclusión de que no solo el inadecuado uso del método por parte de la usuaria influye, para que se presente el embarazo aún con el uso de los anticonceptivos hormonales, sino que también factores como el peso, utilización de métodos de apoyo en caso de olvido, la aceptación del método por parte de la pareja de la usuaria y la distorsión que existe del correcto uso del método, influyen también de manera directa para que el embarazo se presente aún con el uso de métodos anticonceptivos hormonales.

JUSTIFICACION

Dentro del servicio social realizado por todo profesionista,este pone en práctica los conocimientos adquiridos durante la formación académica, sin embargo frecuentemente se presentan situaciones contradictorias o fenómenos no contemplados en dicha formación, por lo que surge el cuestionamiento del porque de dicho fenómeno a lo que solo un profundo estudio de investigación responde a interrogantes como la nuestra.

Esto se refiere a que en la Secretaría de Salud los métodos hormonales han ido cambiando según la disponibilidad de los mismos, por lo que las usuarias deben adaptarse a dichos cambios.

De esta situación se genera la inquietud de investigar el uso y manejo adecuados de los métodos hormonales para llevar a cabo la planificación familiar, ya que en las comunidades rurales pertenecientes a los módulos III y VIII de ciudad Hidalgo en el estado de Michoacán, se presentó el embarazo en mujeres que utilizaban métodos anticonceptivos hormonales, esto a raíz del cambio en la dosis y presentación de dichos hormonales.

Por todo esto se realiza el presente trabajo a fin de dar respuesta y alternativas de solución a la problemática encontrada y optimizar el uso, manejo y prescripción de los métodos anticonceptivos hormonales, que utiliza la Secretaría de Salud para el subprograma de planificación familiar en comunidades rurales dispersas.

OBJETIVOS

1. Detectar las causas por las que se presenta el embarazo aún con el uso de métodos anticonceptivos hormonales.
- 2- Plantear alternativas de solución en base a los problemas encontrados.

MARCO

TEORICO

1. LA ESTRATEGIA DE EXTENSIÓN DE COBERTURA.

1.1 ANTECEDENTES.

Uno de los componentes fundamentales del bienestar social es la salud, aunado a una economía equilibrada y a la educación.

En los últimos 50 años el gobierno de la república ha realizado esfuerzos crecientes para atender a la población mas desprotegida que generalmente habita en localidades pequeñas y alejadas, en virtud de que los asentamientos humanos dispersos del país dificultan la instalación de servicios de salud para satisfacer las necesidades de las comunidades rurales.

En México existen 154,016 localidades rurales de las cuales 13,465 son entre 500 y 2,500 habitantes y 140,551 son menores de 500 hab.

La dispersión de la población es tan elevada que el 98.3% de las localidades radica 28.7% de la población total del país, según el XI censo general de población de 1990.

La Secretaría de Salud tiene la responsabilidad de atender a la población abierta del país, la mayor parte de ella habita en el arca rural, en localidades menores de 2,500 habitantes que se encuentran diseminadas en zonas geográficas de difícil acceso y por ello se le considera como población rural dispersa.

Para atender a esta población, la SSA creó en 1985 la estrategia de extensión de cobertura (EEC-SSA), como una herramienta para llevar a cabo la planificación familiar, para así procurar y mejorar el bienestar social. Desde entonces se le encargó a la Dirección General de Planificación Familiar (DGPF) la normatividad, seguimiento y evaluación de la EEC-SSA, mediante una coordinación de las autoridades estatales y la organización de la jurisdicción sanitaria.

1.2 ORGANIZACIÓN

La estrategia de extensión de cobertura se apoya en la infraestructura institucional de la SSA, en las áreas: Central, Estatal y Jurisdiccional.

En el área central, la DGPf cumple funciones de normatividad, programación, evaluación, supervisión, capacitación, promoción e investigación de la EEC.

En el nivel estatal la jefatura de servicios coordinados de salud pública y los servicios estatales de salud tienen a su cargo las funciones de programación, organización, ejecución, supervisión, capacitación, información y evaluación de la EEC, apoyadas por un responsable estatal del programa de planificación familiar.

La EEC-SSA forma parte de la infraestructura de SSA en el nivel jurisdiccional y constituye el componente comunitario de atención para la salud de la población abierta.

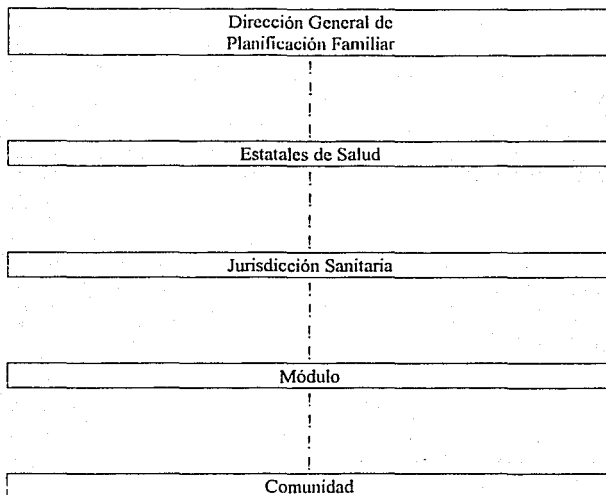
El personal depende del jefe o director de la jurisdicción sanitaria al cual se vincula a través del o los coordinadores médicos jurisdiccionales de la EEC-SSA formando el enlace entre los servicios institucionales de atención médica y el componente comunitario.

La jurisdicción sanitaria tiene la responsabilidad de elaborar la programación local y la distribución de los insumos y materiales, así como la ejecución, supervisión y evaluación de las actividades de la EEC-SSA en cada uno de los módulos de atención comunitaria. Cada módulo se integra en promedio de 10 comunidades rurales dispersas y queda a cargo de una enfermera supervisora, la que se encarga de capacitar y asesorar en servicio al auxiliar de salud, así como de dotarla de los recursos materiales para su trabajo.

La EEC-SSA se compone de los auxiliares de salud, las enfermeras supervisoras y los coordinadores médicos jurisdiccionales. El esquema operativo consiste en la interacción entre un coordinador médico jurisdiccional que conduce las actividades de 4 enfermeras supervisoras y cada una de estas tiene a su cargo coordinar y apoyar el trabajo de 10 auxiliares de salud (1)

(1) Secretaría de Salud, *Estrategia de Extensión de Cobertura*. México, 1993. Pág. 5-9

ORGANIZACIÓN DE LA ESTRATEGIA DE
EXTENSIÓN DE COBERTURA .



FUENTE: SECRETARÍA DE SALUD. ESTRATEGIA DE EXTENSIÓN
DE COBERTURA. MÉXICO, D.F.

1.3 OBJETIVOS

La estrategia de extensión de cobertura tiene tres objetivos principalmente.

I. Proporcionar servicios de planificación familiar y atención primaria a la salud de la población rural.

II. Lograr la participación de la comunidad en la satisfacción de sus necesidades de salud.

III. Contribuir a formar una cultura de salud en la población rural a través de acciones educativas y preventivas.

1.4 SUBSISTEMAS

Los servicios básicos de atención primaria a la salud que se proporciona en la EEC a través del auxiliar de salud, se clasifican en cuatro grandes subsistemas.

- Planificación familiar
- Atención en el embarazo, parto y puerperio.
- Atención al menor de 5 años.
- Actividades varias.

La prestación de servicios comprende la atención de la población, promoción, detección oportuna de cualquier tipo de riesgo para la salud así como la referencia y contrareferencia oportuna al nivel de atención que corresponda.

Es por ello que la EEC con ayuda de la auxiliar de salud y la supervisora se apoya en las siguientes actividades para proporcionar la atención a la comunidad (2).

(2) Secretaría de Salud. *Estrategia de Extensión de Cobertura*. México, 1991. Pág. 8 y 10.

SUBSISTEMA

ACTIVIDADES

Planificación familiar.

- Orientar a la población en los tipos y usos de los métodos anticonceptivos.
- Proporcionar los métodos anticonceptivos en forma gratuita y constante.
- Realizar jornadas quirúrgicas cada 2 meses en el centro de salud.

Atención en el embarazo, parto y puerperio.

- Control y vigilancia de la mujer embarazada.
- Aplicación de toxoide tetánico.
- Orientar a la mujer embarazada en los cuidados higiénico - dietéticos.
- Atención del parto inminente en la comunidad por parte de la auxiliar de salud y/o supervisora de auxiliar de salud.
- Control de la mujer puerpera en el puerperio mediato, inmediato y tardío.

Atención al menor de 5 años

- Atención al recién nacido desde el momento del parto.
- Control de peso y talla (Somatometría).

- Control del desarrollo psicomotriz y crecimiento.
- Control de menor con casos de enfermedades Diarreicas e IRA.
- Hidratación oral.
- Esquema básico de vacunación.

Actividades varias.

- Control de casos de colera.
- Manejo de cuadro básico de medicamentos.
- Primeros auxilios.
- Control de las enfermedades más frecuentes de la comunidad como:
 - Fiebre tifoidea.
 - Paludismo.
 - Oncocercosis.
 - Dengue.
 - Enfermedades de la piel.
 - Desnutrición.
 - Obesidad.
 - Hipertensión.
 - Diabetes mellitus.
 - Rabia.
- Aplicación de inyecciones intramusculares.
- Aplicación de sueros.
- Curaciones.(3)

2. MORBI MORTALIDAD MATERNO INFANTIL EN EL ESTADO DE MICHOACÁN.

2.1 DATOS ESTADÍSTICOS GENERALES

Como bien es sabido la mujer embarazada sufre una serie de cambios y trastornos como son: Físicos, emocionales, anatómicos y fisiológicos, así como la relación en pareja, familiar y con los hijos (si estos existen). Es por ello que la mujer debe estar preparada en todos los aspectos como es: Físico, emocional, y económico para poder procrear un nuevo ser.

Una vez que la mujer ha quedado embarazada es necesario que sea atendida por un médico, el cual controlará y guiará a la madre durante su embarazo y hasta el término de este.

Desgraciadamente en el medio rural esto no es posible debido que influyen una serie de factores que lo hace casi imposible, como son: la ideología, la educación, la falta de recursos económicos, médicos y de medios de comunicación, así como la falta de conciencia de lo importante que es traer un hijo al mundo, entre otros.

Aun en la actualidad en México encontramos un alto índice de casos de morbi-mortalidad materno infantil debido a la falta de atención prenatal durante el embarazo. Esto lo observamos con más énfasis en el área rural dispersa.

Específicamente en el estado de Michoacán se observó que las causas de morbilidad en la mujer embarazada no están registradas, como tales; sin embargo durante la presente investigación se detectó que las principales causas de morbilidad que se presentan en la comunidad son:

- Amenaza de aborto.
- Eclamsia.
- Preeclamsia.

Los siguientes cuadros muestran las causas de mortalidad materno-infantil en el estado de Michoacán.

Principales Causas de Mortalidad
Materna en 1991

Causas	Defunciones
1. Aborto	2
2. Causas obstetricas directas	41
- Hemorragia del embarazo y parto	10
- Toxemia del embarazo	7
- Complicaciones del puerperio	6
- Parto obstruido	2
- Otras causas	16
3. Causas obstetricas indirectas	1
Total	<u>44</u>

FUENTE: Subjefatura de servicios de salud. Depto de planificación familiar y salud materno infantil, 1991. del estado de Michoacán.

Principales causas de mortalidad
infantil en 1991.

Causas	Defunciones
1. Ciertas afecciones en el periodo perinatal	889
2. Enfermedades infecciosas intestinales	297
3. Anomalías congénitas	233
4. Neumonía e influenza	162
5. Deficiencias de la nutrición	86
6. Accidentes	61
7. Infecciones respiratorias agudas	41
8. Enfermedades del corazón	26
9. Septicemia	22
10. Bronquitis crónica y la no especificada	21
11. Otras causas	247

Total	<u>2085</u>

FUENTE: Subjefatura de servicios de salud. Depto de planificación familiar y salud materno infantil, 1991. del estado de Michoacán.

2.2 DATOS ESTADISTICOS DEL AREA CIUDAD HIDALGO MODULOS III Y VIII

Los resultados del censo general elaborado en el centro de salud de Cd. Hidalgo muestran las causas de morbi-mortalidad infantil, incluyendo entre otros los módulos III y VIII; en los últimos cinco años. Estos resultados se presentan a continuación:

Principales causas de morbi-mortalidad infantil en el area ciudad hidalgo, en los ultimos cinco años.

1. IRA y bronconeumonía.
2. Ciertas afecciones del periodo perinatal.
3. Enfermedades infecciosas intestinales.
4. Anomalías congénitas.
5. Hipoxia, asfixia y otras afecciones respiratorias del feto y recién nacido.
6. Accidentes.
7. Deficiencia de la nutrición.
8. Neumonía e influenza.
9. Septisemia.
10. Estados morbosos mal definidos.

FUENTE: Censo general del centro de salud Cd. Hidalgo.

3. ORIGEN DE LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS.

3.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS.

Los métodos anticonceptivos utilizados en la actualidad tienen una gran historia que va desde los métodos naturales: Coito interrumpido, lactancia materna y lavados vaginales (conocidos también como métodos primitivos); así como los tradicionales: preservativo, diafragma, espermaticidas locales y continencia periódica (Ogino-Knaus); además de los anticonceptivos hormonales.

Métodos Primitivos.

Coito Interrumpido. Este método es el más antiguo conocido y puesto en práctica para el control de la natalidad, consiste en retirar el pene de la vagina antes de que se produzca la eyaculación. En la biblia viene descrito como el 'pecado de Onán'.

También era utilizado por los griegos y romanos; asimismo el Talamud hace referencia de ello ya que antiguamente se prohibía la eyaculación vaginal durante los primeros 24 meses de lactancia.

Lactancia Materna. Alguien dijo que la "lactancia era el anticonceptivo de la madre naturaleza", y que mientras la mujer lacte no quedará embarazada. Aunque no del todo cierto, tiene su base fisiológica y científica. En 1971 se realizan investigaciones donde se aísla la hormona PRL o prolactina, se investiga y se le relaciona con la lactancia, además de con diversos síndromes que cursan con galactorrea y/o amenorrea, anovulación, hirsutismo y esterilidad femenina.

Mc. Nelly presentó un estudio de 22 mujeres que lactaban, demostrando que la ovulación no aconteció hasta después del primer período menstrual.

Para Potts, según diversas estadísticas, en una porción de mujeres que va de 1 a 7 y de la 20 iniciaron su embarazo siguiente sin haber llegado a menstruar.

Métodos Tradicionales.

Continencia Periódica. Estos métodos se basan en la abstinencia sexual durante los periodos de fertilidad fisiológica. Dentro de este grupo estudiaremos los siguientes:

Método del Ritmo o de Ogino-Knaus.

En 1928 Ogino constato que la ovulación ocurría entre el día 12 y 16 antes de la próxima regla, basandose en su observación personal en el curso de 83 laparotomías. Para un ciclo de 28 días el periodo de fertilidad esta comprendido entre los días 10 y 17 del ciclo.

Knaus, en 1956 se basa en el mismo principio pero siendo mucho mas restrictivo. Según este autor el periodo fértil va desde 3 días antes y uno después, o sea 5 días por ciclo.

Método de la Temperatura Basal (TB)

Se basa este método en oscilación que experimenta la TB a lo largo del ciclo y su relación para detectar la ovulación.

En 1968, Squire señaló dos fases térmicas que tenían lugar a lo largo del ciclo, puntualizandolo correctamente Vandervelde en 1904.

En 1938, Palmers y cols. estudian diversas gráficas de la TB demostrando su valor para determinar la fecha de la ovulación.

Estas fases termicas en un mismo ciclo son debidas a la acción de la progesterona que eleva la temperatura de 2 a 4°C durante la segunda fase del ciclo ovárico, fase postovulatoria o del cuerpo amarillo.

En 1947, en francia, Ferlin utilizó por primera vez el registro de TB, como método anticonceptivo.

Método de la Ovulación o de Billings.

Este método fue desarrollado por John y Lyn Billings. Se basa en la observación de los cambios del moco cervical dependiendo del nivel estrogénico, producido por el desarrollo folicular; el cuello uterino secreta un moco transparente filante y lubricante que tienen las características de la clara de huevo crudo, propiedad que alcanza su máxima expresión preovulatoriamente.

Métodos de Barrera.

Los métodos de barrera tienen como finalidad impedir que los espermatozoides vivos alcancen el canal cervical, sea mecánicamente o mediante inactivación química de los espermatozoides, o bien combinando los dos mecanismos.

El Preservativo.

Dentro de los métodos de barrera se encuentra el preservativo, el cual se menciona desde la mitología griega y los romanos los cuales lo utilizaban para prevenir enfermedades venereas hasta la década de los años 40's. de nuestro siglo. Los primeros preservativos se construyeron con material procedente de la vejiga urinaria de animales, intestino ciego de cerdo, seda, lino o peritoneo. La utilización del caucho para su fabricación apareció en el siglo XIX en Gran Bretaña en donde se fabricaron en 1872. El nombre de condón proviene de un médico inglés el Dr. Condon, otros mencionan que viene del Dr. Condon médico del rey Carlos II de Francia en el siglo XVII, quien intentó con el preservativo frenar la gran fecundidad del monarca.

El Diafragma.

Su historia se remonta al siglo XIX. En 1880 aparece el diafragma en Mensinga, pero en 1830 ya habían aparecido diversos dispositivos mecánicos cuya utilización era dificultosa y existían ciertos riesgos de infección. Se popularizó en la década de los 60s. de nuestro siglo principalmente en Europa. De 1960 a 1970 tuvo gran auge en España y para 1979 solo se obtenía en viajes al extranjero o con una carta de solicitud a Inglaterra; sus dificultades de obtención y la aparición de la píldora disminuyeron el número de usuarias.

Los Espermaticidas.

Por su parte los espermaticidas tienen su primera referencia escrita en los papiros egipcios del año 1850 a.c. A lo largo de todos estos siglos se han venido utilizando con este fin sustancias diferentes: miel y carbonato sódico natural, estiércol animal, agua y vinagre, agua y limón, aceites, y soluciones jabonosas. En el siglo XIX tuvo gran expansión.

Para 1855 se utilizaban los supositorios de quinina desarrollados por Walter Rendel. En 1920 el comité nacional sobre salud materna americano esperaba poder desarrollar un espermaticida que además fuera profiláctico. En 1937 se introduce como contraceptivo vaginal el acetatofenilmercurio y en 1950 se introduce los surfactantes o agentes activos de superficie. (4)

(4) S. Dexeus Frias de Bes y colds. *Anticoncepción*.
Barcelona, 1989 Pags. 14-16

Métodos Hormonales.

El uso de los anticonceptivos hormonales tiene como antecedente mas remoto, el conocimiento de la función endocrinal del ovario que se inició en los primeros años de este siglo y que ha permitido establecer la interrelación entre la ovulación y el funcionamiento de la hipófisis, del endometrio y de otras glándulas.

En los últimos años del siglo XIX se observó que los foliculos ovaricos no se desarrollan durante el embarazo. Ludwig Haverlandt, fisiólogo de la Universidad de Innsbruck, Austria propuso por primera vez la esterilización hormonal en 1921, pero durante 20 años la idea despertó muy poco interes.

Durante esos años se descubrió la estructura molecular de las hormonas sexuales y se acumuló gran conocimiento sobre el control endócrino de la reproducción.

En el año de 1929 Doisy logro aislar la estrona y en 1934 Corner y Allen la progesterona, estas fueron contribuciones que permitieron conocer la estructura química de las hormonas.

La anticoncepción hormonal fué teóricamente posible desde 1930 cuando ya se disponia de la progesterona y el estradiol naturales, sin embargo la utilización presentó problemas, pues por via oral tiene muy poca, casi nula actividad, vida media muy corta y su obtención resultaba complicada, lo anterior estimuló la busqueda de obtención de un producto sintético.

El desarrollo de estrogénos sintéticos precedió al de las progestinas (compuesto similar a la progesterona). En 1938 se produjeron en Alemania 2 estrogénos sintéticos, el etinil-estradiol y su 3-metil eter, y el mestranol; ambos exhiben gran actividad por via oral en contraste con el compuesto que les dio origen, el 17 β -estradiol.

Para el año de 1940, el costo de las hormonas sexuales era sumamente alto, lo cual hacia prohibitivo su uso generalizado; esto se debia principalmente a que los métodos para su aislamiento y purificación, a partir de la orina o gónadas animales que eran muy complejas.

Fué entonces que se descubrieron los métodos puramente químicos para obtener estas hormonas a partir del colesterol. Rusell E. Marker, fue uno de los químicos que participó en la búsqueda de una hormona esteroide que fuera abundante y no cara desarrollo un proceso para convertir sapogeninas esteroides de origen vegetal, en progesterona. Su trabajo posteriormente le ha permitido convertir sapogeninas en testosterona.

Después de varios años de exploración en el sureste americano y en México, Marker encontró una buena fuente, una planta del estado de Veracruz llamada "cabeza de negro" y más adelante descubrió que una mejor fuente de sapogeninas es la "raíz del barbasco" (dioscorea composito) que crece en zonas desérticas de México y que desde entonces se utiliza para la síntesis de esteroides sintéticos.

A partir del aislamiento de la progesterona cristalina, en cantidades suficientes, se pudo determinar su estructura, y entonces se inicio la búsqueda de un esteroide sintético progestacional que se pudiera administrar por vía oral, ya que la progesterona no era efectiva por vía oral a menos que se ingeriera en grandes cantidades.

En 1951, Carl Dijerassiy colds. prepararon un análogo 19-Nordela Testosterona que era un compuesto progestacional, que se sintetizó, posteriormente se le conoció como noretinodrel.

En 1956, se había investigado ya los efectos de estos progestágenos en animales por Francis J. Sander y Gregory Pincus, en Puerto Rico fue John Rock que llevó a cabo pruebas clínicas utilizando el noretinodrel y fueron Pincus Rock y Garcia que demostraron que suprimía la ovulación, posteriormente junto con Edris Ricewray, organizaron pruebas clínicas utilizando el primer anticonceptivo oral combinado con 10mg de noretinodrel y de 0.15 a 0.2mg de mestranol.

En 1959 se puso en el mercado esta que fué la primera fórmula de anticonceptivo, desde 1960 se han venido preparando fórmulas con dosis cada vez más bajas.

Posteriormente se han desarrollado compuestos con objeto de elevar la potencia para disminuir la dosis y ofrecer mayor acción.

El acetato de noretindrona tiene alta actividad por vía oral y el enanato de noretindrona tiene actividad prolongada por vía intramuscular, el homólogo de 18-etil de la noretindrona es el norgestrel, otras progestinas 19-norxon, linestrenol y el diacetato de etinodiol que se desarrollaron derivados de la 17-hidroxiprogesterona, como la medroxiprogesterona, en la actualidad se encuentra con compuestos hasta de diez veces más potencia, como la noretindrona o el levonogestrel.

Los esfuerzos para reducir la dosis están enfocados a la progestina fue entonces que se relacionó el uso del anticonceptivo con la trombosis venosa y se estableció que esta relación dependía del estrógeno intentando entonces disminuir esta dosis, los hormonales que actualmente se utilizan contienen una quinta parte del estrógeno sintético y una progestina pero menos de una décima parte de la inicial lo cual a resultado suficiente para mantener una eficacia anticonceptiva, regular adecuadamente el ciclo menstrual y tener menos reacciones adversas no deseadas.(5)

(5) Macedo Cornejo Marina. *Creencias y realidades sobre las reacciones adversas de los anticonceptivos hormonales y su contribución a la desertión de uso, en las comunidades del módulo I de Coyuca de Benítez, Guerrero.* México, 1993. Pags. 40-42.

3.2 ACEPTACIÓN DE LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS A TRAVÉS DEL TIEMPO EN MÉXICO.

La decisión de un individuo o de una pareja sobre el control de la natalidad suele depender de múltiples factores como son: la edad, planes para el futuro, estado civil, y/o relación convencional, situación económica, creencias religiosas, actitudes sexuales, estado de salud y experiencias anteriores. (6) Así también influyen los medios de comunicación, los de salud pública y/o privada que transmitan la información sobre estos, así como la disponibilidad de los mismos.

En México el uso de los métodos anticonceptivos no es nuevo, en su inicio, las actividades de planificación familiar se realizaban de manera independiente con respecto a las políticas de población.

Durante la administración del presidente Plutarco Elías Calles, con la aprobación gubernamental se establecieron clínicas privadas de planificación familiar en 1920. Esta apertura oficial se modificó a partir de 1930 y las actividades se suspendieron de acuerdo con la orientación de la política de población.

Durante varios años la práctica médica individual y hospitalaria en lo que respecta a ginecología y obstetricia, realizaban programas para la prevención del aborto, e investigaciones sobre infertilidad, y se fundó la asociación pro-salud materna, una de las primeras que realizó estudios en este campo en México y América Latina, esta agrupación dejó de prestar sus servicios en 1982.

Fue en el año de 1964 cuando se creó el primer centro de investigación sobre infertilidad y esterilidad, donde se realizaron también los primeros estudios sobre anticonceptivos hormonales orales de dosis bajas.

(6) William H. Masters. *La sexualidad humana*. Tomo I
Barcelona 1987. Pags. 174-175.

La política demográfica de México en la década de los 60's tuvo como consecuencias, el desarrollo de un programa de planificación familiar, cuyo componente de servicios de salud ha estado a cargo principalmente de tres instalaciones del sector salud que son: la Secretaría de Salud (SS), el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE). Los cuales consideran la planificación familiar como un componente prioritario de las actividades del primer nivel de atención, las tres instituciones actúan en el medio urbano; pero solo las dos primeras lo hacen también en las zonas rurales.

La Secretaría de Salud por su parte, lleva a cabo un programa comunitario de salud en el área rural con población dispersa en el que incluye la planificación familiar como una actividad básica del auxiliar de salud, quien promueve el uso y distribuye métodos anticonceptivos entre la población a su cuidado, cubriendo localidades de menos de 2500 habitantes.

Por lo que se refiere al IMSS desarrolla también un programa asistencial y de planificación familiar en el medio rural y cubre más de 3200 localidades mediante unidades médicas que prestan servicios con un médico y una enfermera o un auxiliar de enfermería.

Hasta 1972 ante la decisión de la política de fecundidad los responsables de los programas de salud tomaron la iniciativa de ejecutar acciones específicas. La nueva ley de población (aprobada por el H. Congreso de la Unión en 1973 y publicada en el D.O.F. el 7 de enero de 1974) es el marco de referencia para el inicio legal de la planificación familiar en México en un contexto más integral que incluye los aspectos de desarrollo social y en especial, los de la salud. De 1973 a 1976 influyeron varios hechos en la organización de la política y los programas de planificación familiar en el sector público y privado.

Por una parte lo establecido en el código sanitario en 1973 y el plan nacional de salud para el decenio 1974-1983, y por otra, el plan de acción mundial sobre población de 1974, la ley general de población de ese mismo año y quizá la de iniciación final se dio con la nueva administración este mismo año de 1976.

La Segunda Etapa de la Planificación.

Se ha dado un cambio importante en el desarrollo de la segunda etapa de la planificación familiar (1983-1988), que coincide con la adición al art. 4o. constitucional del derecho a la protección a la salud y con las modificaciones a la ley orgánica, a la administración pública, a la ley del IMSS y del ISSSTE. así como con la redefinición del gabinete de salud y la promulgación de la ley federal de salud en vigor.

Dentro de los objetivos primordiales por los que se ha implementado la planificación familiar en México, se encuentran: el *proteger la salud materno infantil* y mejorar el nivel de vida de la población. Es por ello que la Secretaría de Salud en la EEC. ofrece varios métodos para apoyar la planificación familiar, de los cuales por su demanda dentro del programa y por sus características en general destacan los hormonales, orales e inyectables. De hecho hasta el año de 1984, el método más utilizado en la población mexicana ha sido el de hormonales orales, en los estudios realizados se ha detectado también que los medicamentos administrados por vía parenteral tienen gran aceptación ya que se consideran seguros y potentes.(7)

4. TIPOS DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS.

4.1 CLASIFICACIÓN.

Los diversos sistemas o métodos anticonceptivos son subsidiarios de ser clasificados atendiendo diversos puntos de vista. En esta ocasión se ha consireado el más idoneo aquel que contemple como criterio diferenciador el nivel de acción de cada método.

La clasificación que se obtiene utilizando aquel criterio sera útil tanto científicamente como en el momento de su aplicación práctica, lo cual no representa que aquella sea mejor y otras clasificaciones propuestas no fueran correctas.

Para este fin los métodos anticonceptivos han sido clasificados de la siguiente manera (8):

Métodos No Instrumentales.

- Abstinencia periódica: Ogino Knaus, temperatura basal, etc.
- Lactancia prolongada.
- Coito interrumpido.

Métodos de Barrera.

- Diafragma.
- Esponja vaginal.
- Preservativo.
- Espermaticidas locales.

Métodos Intrauterinos. DIU

- Inertes.
- Liberadores de iones.
- Liberadores de hormonas.

Métodos Hormonales.

- Orales.
- Intramusculares.
- Implantes subdérmicos.

Métodos Quirúrgicos.

- Vasectomía.
- Salpingoclasia.

4.2 INDICACIONES.

Tomando en cuenta la clasificación del punto anterior, diremos que los métodos naturales no tienen ninguna indicación. Por lo que en este capítulo se suprimen.

TIPO DE MÉTODO	INDICACIONES
Preservativo.	<ul style="list-style-type: none">- Durante el posparto y la lactancia.- En procesos infectocontagiosos transmisibles a través de la relación sexual.- Encaso de eyaculación precoz con buena erección.- En relaciones sexuales esporádicas.- Como apoyo a otros métodos anticonceptivos.
Dafragma.	<ul style="list-style-type: none">- Intolerancia a: la pildora, el DIU o inyectable- Relaciones sexuales esporádicas.- Inicio de vida sexual antes del término en el desarrollo corporal.
Espermaticidas.	<ul style="list-style-type: none">- Intolerancia a otro método más eficaz.- Método de apoyo a cualquier otro.(9)

Oral

- Mujeres en edad fértil.
- Menores de 35 años.
- Menstruación regular.
- Con o sin hijos.
- Que desee un método temporal.

Inyectable

- Mujeres mayores de 35 años que no deseen un método definitivo.
- Inmunización con la vacuna antirruabeola.
- Con deficiencia mental.
- Intolerancia a los orales.

DIU

- Mujeres en edad fértil, multiparas o nuliparas que desean espaciar sus embarazos.
- Lactancia.
- Intolerancia a los hormonales.

Vasectomia

- Fecundidad satisfecha.
- Transmisión de algunos padecimientos genéticos.
- Deficiencia mental.

Salpingoclasia

- Paridad satisfecha.
- Retraso mental.
- Transmisión de algunos padecimientos genéticos.(10)

(10) Secretaría de Salud. *Cuaderno Técnico*. Op cit.
Pags. 87, 90, 93-95.

4.3 CONTRAINDICACIONES.

TIPO DE MÉTODO	CONTRAINDICACIONES
Preservativo	<ul style="list-style-type: none">- Intolerancia al lubricante o latex.
Diafragma	<ul style="list-style-type: none">- Si presenta cualquier anomalía morfológica genital.- Posparto inmediato.- Rechazo psicológico al método.
Espermaticidas	<ul style="list-style-type: none">- Si presenta lesiones genitales.- Reacciones alérgicas.(11)

(11) S. Dexeus. *Anticoncep.*. Op cit. Pags 28-32

Oral

- Tromboflebitis, trastornos tromboembólicos, enfermedad cerebro vascular, coronariopatías o antecedentes de estos trastornos.
- Trastornos de la función hepática.
- Sospecha o certeza de embarazo.
- Tumores mamarios benignos o malignos.
- Hemorragia genital anormal.
- Deseo de lactancia.
- Diabetes.
- Nefropatías.
- Hiperlipidemias.
- Tabaquismo.
- Miomatosis uterina.
- Hipertensión arterial.
- Epilepsia.

Injectable

- Nuliparas y adolescentes.
- Se incluyen las mencionadas para los hormonales orales.

DIU

- Malformaciones congénitas de vagina o útero, estenosis de cervix.
- Sospecha o presencia de embarazo.
- Miomatosis uterina.
- Sospecha o presencia de cáncer uterino.
- Insuficiencia cardíaca.
- Anemia severa.

- Antecedentes de embarazo ectópico.
- Dismenorrea incapacitante.
- Hemoglobinopatías, leucemia y alteraciones de la coagulación.
- Sangrado genital anormal.
- Cervicitis, endometritis o anexitis agudas o crónicas.
- Parto o cesarea con ruptura de membranas de 6 o más horas de evolución.
- Aborto complicado.
- Corioamnioitis.
- Atonia uterina en el posparto inmediato.
- Accidentes quirúrgicos o anestésicos durante la cesarea.

Vasectomía

- Tumores testiculares.
- Varicocele.
- Cuagulopatías o uso de anticagulantes.

Salpingoclasia

- Si no existe paridad satisfecha.
- Toxemia gravídica precedente.
- Infección pélvica aguda o potencial.
- Grandes tumoraciones pélvicas. (12)

(12) Secretaría de Salud. *Manual de normas.. Op cit.*
Pags. 148, 153 y 155.

4.4 GRADO DE EFECTIVIDAD

Para poder valorar el grado de efectividad de un método anticonceptivo es necesario tomar en cuenta el uso, manejo e información que se tiene sobre el mismo.

Dentro de este capítulo es importante mencionar que los métodos naturales constituyen el mínimo de eficacia debido a que además de provocar trastornos psicológicos y físicos en la pareja, existen también, una serie de elementos que debe manejar principalmente el hombre para evitar la eyaculación, aunque esto no se logra en un 100%.

El preservativo ofrece una protección del 88 al 97% solamente si su uso es correcto.

La efectividad teórica de los anticonceptivos orales es de una regulación en la fertilidad que oscila entre 0.4 y 0.7 embarazos por 100 años/mujer, lo que deja ver la elevada protección que ofrece. La efectividad real puede llegar a ser hasta de 2.6 embarazos durante un año en un grupo de 100 mujeres, la cual se relaciona más con fallas por parte de la usuaria en el uso del método que por el hormonal mismo.

La efectividad en el DIU ofrece el 98.6% de seguridad. (13)

(13) Secretaría de Salud. *Manual de normas..* Op cit.
Pags 151,159 y 169

4.5 EFECTOS COLATERALES

Todos los métodos anticonceptivos tanto naturales, como mecánicos y hormonales presentan efectos colaterales o secundarios.

Los efectos colaterales de los métodos naturales como el coito interrumpido y la abstinencia periodica son:

En el varón.

- Sentimiento de frustración.
- Impotencia sexual.
- Hipertrofia prostática.
- Retención urinaria.
- Eyaculación precoz.

En la mujer.

- Congestión pélvica.
- Frigidez.
- Insatisfacción sexual.

En los métodos de barrera los efectos secundarios son:

Preservativo:

- Puede llegar a inhibir el apetito sexual.
- Puede provocar irritación en el miembro de varón.

Diafragma:

- Reacciones alérgicas.
- Crecimiento o proliferación de staphylococcus aureos.
- Shock tóxico.

Espermaticidas:

- Reacciones alérgicas.

En los métodos hormonales orales son:

- Exceso de gestagenos.
- Mastalgia.
- Propensión a candidiasis vaginal.
- Amenorrea pospildora.
- Hirsutismo.
- Disminución de la libido.
- Aumento de la grasa femenina, de leucorrea y del tamaño del útero.
- Hipermenorrea.
- Aumento del peso no ciclico.
- Bulimia.
- Cansancio fatigabilidad y depresión.
- Varices.
- Acné y pelo graso.
- Nauseas y vómitos.
- Cloasma.
- Pérdida de peso.
- Síntomas vasomotores.(14)

Los efectos secundarios en los inyectables son:

- Sangrado abundante o goteo intermenstrual.
- Nauseas.
- Amenorrea.(15)

(14) S. Dexeus. *Anticoncep.*. Op cit. Pags. 28-47

(15) *Diccionario de especialidades farmacéuticas*. 35a. Edición
México, 1989.

5. MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS HORMONALES MAS UTILIZADOS.

5.1 PRESENTACIÓN.

Los tipos de anticonceptivos hormonales se presentan en dos:

- **Orales.**

- **Inyectables.**

Dentro de los hormonales orales encontramos :

1. AHO combinados o monofásicos.

Estos pueden ser monofásicos de dosis bajas con 30mcg de etinilestradiol o equivalente, estos contienen estrógeno y progestágeno en dosis suficiente para producir los efectos requeridos.

Monofásicos de dosis altas 50mcg de etinil estradiol o equivalente, puede ser con contenido alto de progestágeno (una con efecto progestágeno alto y otra con acción antiestrogenica fuerte) o de una formula combinada más estrogenica.

Los anticonceptivos orales más frecuentemente empleados en la actualidad consisten en esta combinación de una parte estrogenica y de una parte progestágeno tomados diariamente durante tres semanas y omitidos durante una semana, periodo durante el cual se produce hemorragia uterina por supresión, el estrógeno es el etinil estradiol o su eter-3 metilo (mestranol) que se metaboliza en seguida en etinil estradiol por otra parte se emplea diasetato de etinodiol, noretinodrel y levonogestrel.

2. AHO continuo/progestágenos orales solos / minipildora.

La llamada minipildora o progestágeno oral de dosis continua consiste solamente en 0,5mgs. o menos de un agente progestágeno en dosis diaria este método no ha tenido gran difusión a causa de la incidencia mucho mayor de hemorragias irregulares y de la mayor frecuencia de embarazos.

Un progestágeno solo, presumiblemente trastorna a la fertilidad sin inhibir la ovulación, al provocar un moco cervical que impide la penetración del espermatozoides y altera la maduración del endometrio, la forma suficiente para frustrar la implantación de un blastocito.

Este método podría ser útil para mujeres que no toleran las reacciones adversas del estrógeno y están dispuestas a aceptar eficacia menor que la del método combinado. No obstante evidencias recientes indican la posibilidad de que algunos progestágenos tengan vinculación con trastornos vasculares, incluso hipertensión.(16)

Los anticonceptivos orales los encontramos en diferentes presentaciones entre ellos los orales combinados, compuestos formados por un progestágeno y no más de 50mcg de un estrógeno; también hay de dosis menor compuesto de levonogestrel 0.15mg + etinil estradiol 0.03mg. Su presentación es de 21 a 28 pastillas. Tanto las píldoras como las minipildoras o microdosis vienen en presentación de 21 y 28. Las píldoras de 28, (21 son grageas activas y 7 contienen fumarato ferroso) y las microdosis de 28 (21 grageas son activas y 7 son placebos).

Los hormonales inyectables son compuestos de enantato de noretisterona a dosis de 200mg cada 2 meses y hay compuestos de acetofenido de dihidroxiprogesterona 150mg + 10mg de enantato de estradiol cada mes.(17)

(16) S. Dexeus. *Anticoncep.*. Op cit. Pag. 53

(17) *Diccionario de especialidades.* Op cit.

5.2 DOSIS Y ADMINISTRACIÓN.

Lofemenal, hormonal oral combinado de microdosis se encuentra disponible en las unidades aplicativas de la Secretaría de Salud desde 1986.

Su presentación es un paquete de burbujas plasticas que contienen 21 tabletas blancas con 0.3mgs de norgestrel y 30mcg de etinil estradiol cada una, además de siete tabletas color marron que contienen 75mgs de fumarato ferroso cada una.

Debe administrarse una tableta diariamente a intervalos no mayores a 24 hrs. Por espacio a 21 días consecutivos seguidas de una tableta color marron por 7 días mas.

En el primer ciclo la toma de anticonceptivos se llevará a cabo al 5o. día de haber iniciado la menstruación y los posteriores se continuará inmediatamente después de haber ingerido la última tableta marron del ciclo anterior.(18)

En el microgynon CD se inicia a tomar el tratamiento el primer día del ciclo (igual al primer día de la menstruación), tomando de la zona roja del embase la gragea del día de la semana correspondiente la cual contiene 0.15mgs de levonogestrel y .03mgs de etinil estradiol, despues se continua sin interrupción tomando una gragea cada día durante todo el tiempo que se desee. Durante el tratamiento ininterrumpido se presentan hemorragias por privación en intervalos de 4 semanas.

NOTA : A causa del excepcionalmente reducido contenido hormonal microgynon cd no desarrolla por completo su acción hasta tres semanas despues de haber comenzado el tratamiento por lo que al iniciar el primer embase, es aconsejable adoptar durante las tres primeras semanas medidas adicionales, no hormonales como el preservativo.(19)

(18) Secretaría de Salud. *Manual de normas..* Op cit. Pag. 151

(19) Shering *Anticonceptivos Hormonales* 1990. Pags. 30-31

RESULTADOS

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

CUADRO No. 1

EDAD DE LAS MUJERES EN CONTROL DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

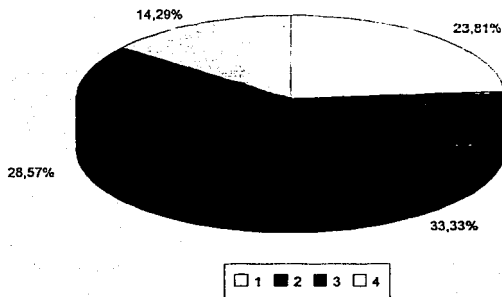
EDAD	Fo.	%
21-25	5	23,81%
26-30	7	33,33%
31-35	6	28,57%
36-40	3	14,29%
TOTAL	21	100,00%

FUENTE: ENCUESTAS APLICADAS EN LOS MESES DE AGOSTO Y SEPTIEMBRE DE 1993 A LAS MUJERES DE LAS COMUNIDADES PERTENECIENTES A LOS MÓDULOS III Y VIII Y EL CENTRO DE SALUD CD. HIDALGO, EN CONTROL DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR QUE PRESENTARON EMBARAZO AÚN CON EL USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS HORMONALES.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

EDAD DE LAS MUJERES EN CONTROL DE PLANIFICACION FAMILIAR

GRAFICA No. 1



- 1.- De 21 a 25 años
- 2.- De 26 a 30 años
- 3.- De 31 a 35 años
- 4.- De 36 a 40 años

FUENTE: CUADRO No 1

La edad de las mujeres en control de planificación familiar a las que se les aplicó la encuesta oscila entre 21 y 40 años de edad, correspondiendo el 33.33% a las mujeres entre 26 y 30 años, el 28.57% corresponde a las mujeres de 31 a 35 años, el 23.81% a las mujeres de 21 a 25 años y el 14.29% a las mujeres entre 36 y 40 años.

Por lo que podemos ver que la mayoría de las mujeres encuestadas se encuentran dentro del límite recomendado para el uso de anticonceptivos hormonales. Lo cual no está condicionado a la efectividad de los mismos. (Ver cuadro y gráfica 1)

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

CUADRO No. 2

USO DE ANTICONCEPTIVOS HORMONALES DE ACUERDO AL GRADO DE ESCOLARIDAD

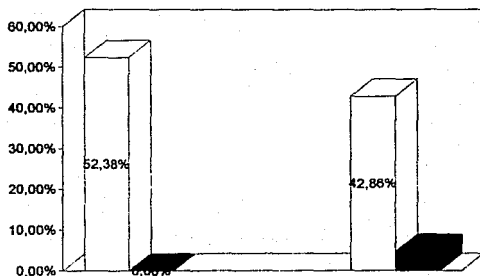
USO DEL METODO	ESCOLARIDAD				TOTALES			
	PRIMARIA		SECUNDARIA		ALFABETA		ANALFABETA	
	Fo.	NT	Fo.	NT	Fo.	%	Fo.	%
CORRECTO	4	3	3	1	11	52,38%	0	0,00%
INCORRECTO	2	7	0	0	9	42,86%	1	4,76%
TOTALE	6	10	3	1	20	95,24%	1	4,76%

FUENTE: MISMA DEL CUADRO No. 1

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

USO DE ANTICONCEPTIVOS HORMONALES DE ACUERDO AL GRADO
DE ESCOLARIDAD

GRAFICA No. 2



USO CORRECTO - ALFABETA : 52.38%
USO CORRECTO - ANALFABETA : 0%
USO INCORRECTO - ALFABETA : 42.86%
USO INCORRECTO - ANALFABETA : 4.76%

FUENTE: CUADRO No 2

Un factor importante para el manejo de los anticonceptivos hormonales por parte de la usuaria es el nivel educativo de las mismas, ya que influye para el entendimiento de las instrucciones en la utilización de estos.

Podemos observar que el nivel educativo predominante en las usuarias es a nivel primaria no terminada, siendo esta un 47.5% mientras que el 28.5% terminaron la educación primaria. Para la educación secundaria solo el 14,25% la concluyeron y el 4.75% solo la iniciaron. Es importante mencionar que el 5% de las usuarias no tienen educación alguna. (Ver cuadro y gráfica 2)

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

CUADRO No. 3

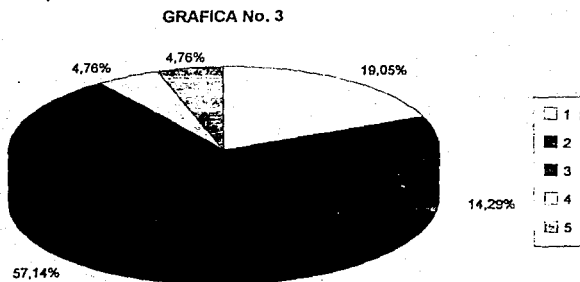
**INICIO DE LA MENARCA DE LAS MUJERES EN CONTROL DE
PLANIFICACIÓN FAMILIAR**

EDAD EN AÑOS	Fo.	%
12	4	19,05%
13	3	14,29%
14	12	57,14%
15	1	4,76%
16	1	4,76%
TOTAL	21	100,00%

FUENTE: MISMA DEL CUADRO No. 1

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

INICIO DE LA MENARCA DE LAS MUJERES EN CONTROL DE
PLANIFICACION FAMILIAR



- 1.- INICIO DE LA MENARCA A LOS 12 AÑOS
- 2.- INICIO DE LA MENARCA A LOS 13 AÑOS
- 3.- INICIO DE LA MENARCA A LOS 14 AÑOS
- 4.- INICIO DE LA MENARCA A LOS 15 AÑOS
- 5.- INICIO DE LA MENARCA A LOS 16 AÑOS

FUENTE: CUADRO No 3

Dentro de los cambios biológicos secundarios en la mujer esta el inicio del período menstrual o menarca, el cual indica la capacidad de la mujer para poder procrear, este inicio de madurez biológica lo encontramos con mayor frecuencia a los 14 años de edad en las mujeres encuestadas, ocupando un 57.14%; un 19.05% a la edad de 12 años y un 14.29% a los 13 años, mientras que solo el 4.76% se observa a la edad de 15 y 16 años respectivamente.

Este acontecimiento tan importante para la mujer se maneja únicamente como dato informativo para este estudio, sin influir en el resultado del mismo: ya que solo forma parte de la historia clínica. (Ver cuadro y gráfica 3)

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

CUADRO No. 4

**INICIO DE VIDA SEXUAL ACTIVA DE LAS MUJERES EN
CONTROL DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR**

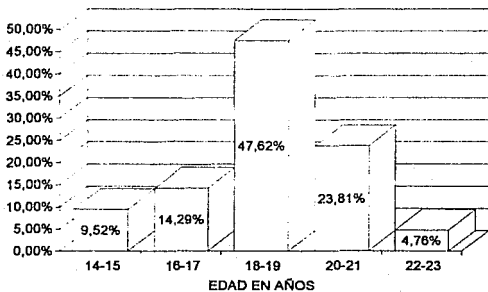
EDAD EN AÑOS	Fo.	%
14-15	2	9,52%
16-17	3	14,29%
18-19	10	47,62%
20-21	5	23,81%
22-23	1	4,76%
TOTAL	21	100,00%

FUENTE: MISMA DEL CUADRO No. 1

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

INICIO DE VIDA SEXUAL ACTIVA DE LAS MUJERES EN CONTROL
DE PLANIFICACION FAMILIAR

GRAFICA No. 4



FUENTE: CUADRO No 4

En las comunidades estudiadas la edad de inicio de vida sexual activa como primera instancia se encuentra entre los 18 y 19 años de edad representando el 47.62% mientras que el 23.81% comprende la edad de 20 a 21 años, el 14,29% entre los 16 y 17 años, el 9.52% para 14 y 15 años y el 4.76% para 22 y 23 años.

Es importante mencionar que la mayoría de las señoras señalan la edad de inicio de vida sexual activa, tomando en cuenta la edad en que se casan, ya que por cuestiones culturales y religiosas niegan haber tenido vida sexual activa antes del matrimonio, y por estas mismas costumbres el inicio de hormonales no es igual al de las relaciones sexuales, sino posteriormente al nacimiento de 1 o más hijos, por lo que este no es un factor determinante para que se presente el embarazo aún con el uso de los anticonceptivos hormonales. (Ver cuadro y gráfica 4)

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

CUADRO No. 5

GESTAS DE LAS MUJERES EN CONTROL DE P.F.

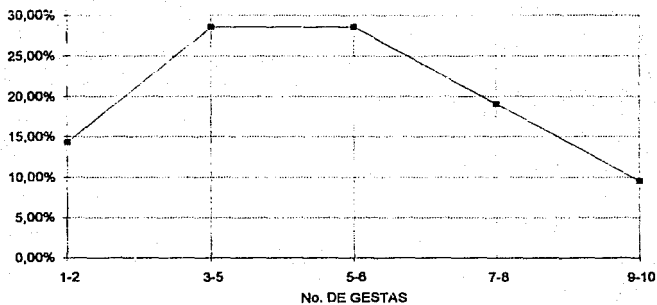
No.	Fo.	%
1-2	3	14,29%
3-5	6	28,57%
5-6	6	28,57%
7-8	4	19,05%
9-10	2	9,52%
TOTAL	21	100,00%

FUENTE: MISMA DEL CUADRO No. 1

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

GESTAS DE LAS MUJERES EN CONTROL DE P.F.

GRAFICA No. 5



FUENTE: CUADRO No 5

Uno de los objetivos principales de la planificación familiar en el área rural es el mejoramiento de la calidad de vida para la madre y el hijo. Para lo cual el número de embarazos no debe de ser elevado.

Sin embargo en los módulos III y VIII de Cd Hidalgo, observamos que el índice mayor de embarazos en las mujeres encuestadas es entre 3 y 6 embarazos. Siendo este un 57.14% mientras que el 19.05% es entre 7 y 8 embarazos, siguiendo el 14.29% entre 1 y 2 embarazos y finalmente el 9.52% entre 9 y 10 embarazos.

Con los datos anteriores podemos observar que el índice de embarazos aún es elevado, pese a la promoción que se realiza en cuanto a planificación familiar se refiere. (Ver cuadro y gráfica 5)

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

CUADRO No. 6

PARTOS DE LAS MUJERES EN CONTROL DE P.F.

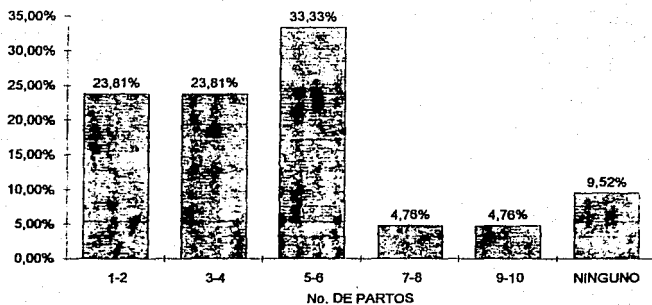
No.	Fo.	%
1-2	5	23,81%
3-4	5	23,81%
5-6	7	33,33%
7-8	1	4,76%
9-10	1	4,76%
NINGUNO	2	9,52%
TOTAL	21	100,00%

FUENTE: MISMA DEL CUADRO No. 1

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PARTOS DE LAS MUJERES EN CONTROL DE P.F.

GRAFICA No. 6



FUENTE: CUADRO No 6

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

CUADRO No. 7

ABORTOS DE LAS MUJERES EN CONTROL DE P.F.

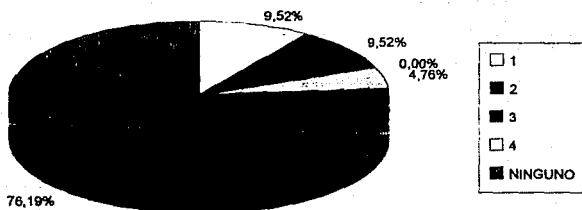
No.	Fo.	%
ABORTO!		
1	2	9,52%
2	2	9,52%
3	0	0,00%
4	1	4,76%
NINGUNO	16	76,19%
TOTAL	21	100,00%

FUENTE: MISMA DEL CUADRO No. 1

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

ABORTOS DE LAS MUJERES EN CONTROL DE P.F.

GRAFICA No. 7



FUENTE: CUADRO No 7

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

CUADRO No. 3

CESAREAS EN LAS MUJERES EN CONTROL DE P.F.

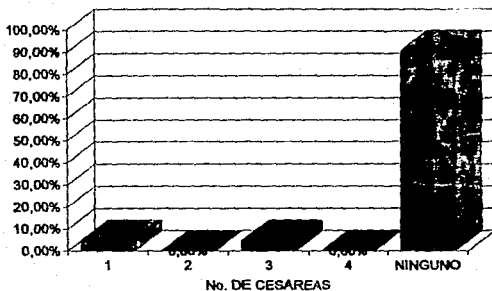
No.	Fo.	%
CESAREA		
1	1	4,76%
2	0	0,00%
3	1	4,76%
4	0	0,00%
NINGUNO	19	90,48%
TOTAL	21	100,00%

FUENTE: MISMA DEL CUADRO No. 1

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

CESAREAS EN LAS MUJERES EN CONTROL DE P.F.

GRAFICA No. 8



FUENTE: CUADRO No 8

Uno más de los objetivos principales de la planificación familiar en el área rural es disminuir al máximo la tasa de muerte materna, que es de 3.4 (según el último dato de 1991) en el estado de Michoacán.

Por ello cabe mencionar los antecedentes obstétricos más relevantes de nuestra población en estudio, como son, la frecuencia de partos, abortos y cesareas.

La frecuencia más alta en partos es de 5 a 6 ocupando el 33.33%, mientras que entre 1 a 4 ocupa el 47.62% y el 9.52% lo ocupan de 7 a 10 y las nuliparas respectivamente. Estas últimas ocupan el mismo porcentaje en los casos de 1 y 2 abortos. (Ver cuadro y gráfica 6)

El porcentaje más alto en abortos lo ocupan las 16 mujeres que no han abortado siendo de 76.19% y solo una a tenido 4 abortos ocupando el 4.76% restante. (Ver cuadro y gráfica 7)

En cuanto a cesareas se refiere, encontramos que a 19 mujeres no se les ha realizado operación cesarea, esto es el 90.48% y solo a 2 mujeres se les ha realizado 1 y 3 cesareas respectivamente ocupando cada una el 4.76% . (Ver cuadro y gráfica 8)

Según los datos obtenidos el número de partos es proporcional al número de embarazos (ver cuadro 5 y 6) siendo estos atendidos generalmente en la comunidad en condiciones insalubres, poniendo en riesgo la vida de la madre y el niño.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

CUADRO No. 9

**NÚMERO DE HIJOS VIVOS DE LAS MUJERES EN CONTROL EN
 RELACIÓN A SU EDAD.**

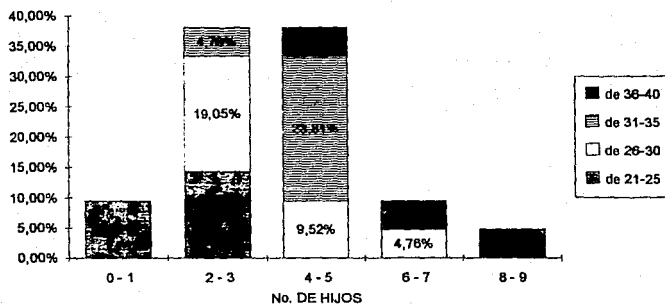
EDAD HIJOS	DE 21 A 25		DE 26 A 30		DE 31 A 35		DE 36 A 40	
	Fo.	%	Fo.	%	Fo.	%	Fo.	%
0 - 1	2	9,52%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
2 - 3	5	14,29%	4	15,00%	1	4,76%	0	0,00%
4 - 5	0	0,00%	2	9,52%	5	23,81%	1	4,76%
6 - 7	0	0,00%	1	4,76%	0	0,00%	1	4,76%
8 - 9	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	1	4,76%
TOTAL	5	23,81%	7	33,33%	6	28,57%	3	14,29%

FUENTE: MISMA DEL CUADRO No. 1

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

NUMERO DE HIJOS VIVOS DE LAS MUJERES EN CONTROL EN
 RELACION A SU EDAD

GRAFICA No. 9



FUENTE: CUADRO No 9

Como se ha ido mencionando anteriormente la salud materna se encuentra influida por el número de hijos en relación a su edad.

Dentro de las comunidades estudiadas 5 mujeres entre 31 a 35 años de edad tienen entre 4 a 5 hijos ocupando estas el 23.81%, 4 mujeres de 26 a 30 años y 3 de 21 a 25 años tienen de 2 a 3 hijos ocupando el 19.04% y el 14.29% respectivamente, 2 mujeres de 26 a 32 años que tienen de 4 a 5 hijos con el 9.52%.

Cabe destacar que 3 mujeres de 36 a 40 años tienen de 4 a 9 hijos siendo este un dato considerable (ver cuadro y gráfica 9) es decir que la multiparidad en las comunidades rurales es aún elevada.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

CUADRO No. 10

**PESO DE LAS USUARIAS EN CONTROL DE P.F. EN RELACIÓN
A SU TALLA.**

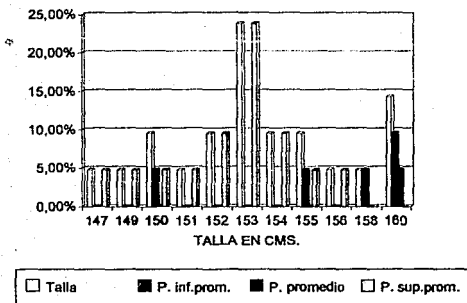
CMS	TALLA		PESO INF. AL PROM.		PESO PROMEDIO		PESO SUP. AL PROM.	
	Fo.	%	Fo.	%	Fo.	%	Fo.	%
147	1	4,76%	0	0,00%	0	0,00%	1	4,76%
149	1	4,76%	0	0,00%	0	0,00%	1	4,76%
150	2	9,52%	1	4,76%	0	0,00%	1	4,76%
151	1	4,76%	0	0,00%	0	0,00%	1	4,76%
152	2	9,52%	0	0,00%	0	0,00%	2	9,52%
153	5	23,81%	0	0,00%	0	0,00%	5	23,81%
154	2	9,52%	0	0,00%	0	0,00%	2	9,52%
155	2	9,52%	1	4,76%	0	0,00%	1	4,76%
156	1	4,76%	0	0,00%	0	0,00%	1	4,76%
158	1	4,76%	1	4,76%	0	0,00%	0	0,00%
160	3	14,29%	2	9,52%	1	4,76%	0	0,00%
TOTAL	21	100,00%	5	23,81%	1	4,76%	15	71,43%

FUENTE: MISMA DEL CUADRO No. 1

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PESO DE LAS USURIAS EN CONTROL DE P.F. EN RELACION A SU
 TALLA

GRAFICA No. 10



FUENTE: CUADRO No 10

Sabemos que los hormonales (en especial los preparados con estrógenos) tienen cierta afinidad por el tejido adiposo, lo que nos hace pensar que si el 71.43% de las usuarias cuentan con peso mayor al ideal, entonces esta pueda ser una causa importante para que las concentraciones plasmáticas de hormonales en el organismo no sean suficientes para inhibir la ovulación; por lo que este factor de sobre peso se convierte en uno más de los motivos por los que se presenta el embarazo aún con el uso de los mismos. (Ver cuadro y gráfica 10)

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

CUADRO No. 11

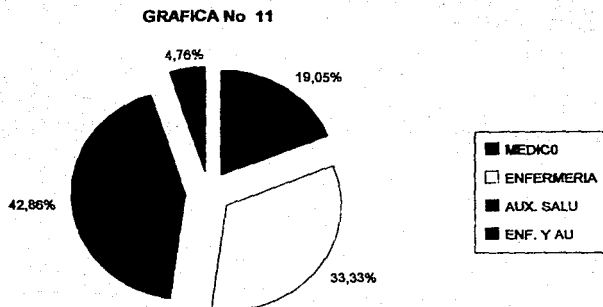
PERSONAL QUE PRESCRIBE EL MÉTODO

PERSONAL	F_o	%
MEDICO	4	19,05%
ENFERMERIA	7	33,33%
AUX. SALU	9	42,86%
ENF. Y AU	1	4,76%
TOTAL	21	100,00%

FUENTE: MISMA DEL CUADRO No. 1

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PERSONAL QUE PRESCRIBE EL METODO



FUENTE: CUADRO No 11

Uno de los factores más importantes para que se cumpla el porcentaje de efectividad de los métodos anticonceptivos, es el grado de información con que cuenta la usuaria, el cual es brindado por el personal que lo prescribe. La prescripción de dichos métodos esta manejada por el personal médico, de enfermería y la auxiliar de salud, estas últimas son quienes influyen directamente en la información que recibe la usuaria.

En la población estudiada encontramos que el 42.86% de las usuarias recibieron información por parte de la auxiliar de salud, el 33.33% por parte del personal de enfermería, el 19.05% por parte del médico y el 4.76% restante por la enfermera y la auxiliar. (Ver cuadro y gráfica 11)

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

CUADRO No. 12

INDICACIONES DE USO DE LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVO.

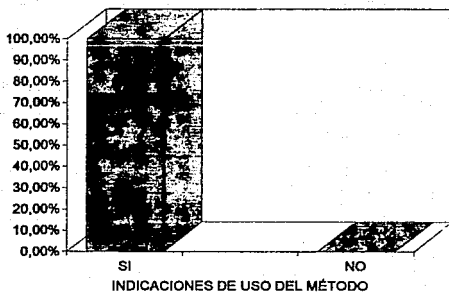
USO	Fo.	%
SI	21	100,00%
NO	0	0,00%
TOTAL	21	100,00%

FUENTE: MISMA DEL CUADRO No. 1

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

INDICACIONES DE USO DE LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS

GRAFICA No. 12



FUENTE: CUADRO No 12

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

CUADRO No. 13

**UTILIZACIÓN DE LOS MÉTODOS SEGÚN LAS INDICACIONES
POR PARTE DE LAS USUARIAS.**

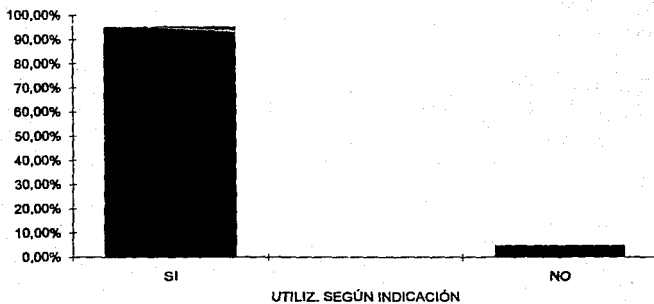
UTILIZACIÓN SEGÚN INDICACION	Fo.	%
SI	20	95,24%
NO	1	4,76%
TOTAL	21	100,00%

FUENTE: MISMA DEL CUADRO No. 1

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

UTILIZACIÓN DE LOS METODOS SEGUN LAS INDICACIONES POR
PARTE DE LAS USUARIAS

GRAFICA No. 13



FUENTE: CUADRO No 13

Otro de los factores que permiten la efectividad de los métodos anticonceptivos es que la usuaria reciba información para utilizar el método y que lo lleve a cabo según lo indicado. Ahora bien en los datos obtenidos el 100% de las usuarias informan haber recibido indicaciones de uso, y solo el 95.24% las llevan a cabo, siendo el 4.76% restante quien no respetó las indicaciones argumentando que era más sencillo utilizarlo conforme a sus costumbres. (Ver cuadros y gráficas 12 y 13)

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

CUADRO No. 14

INICIO EN LA TOMA DE ANTICONCEPTIVOS ORALES

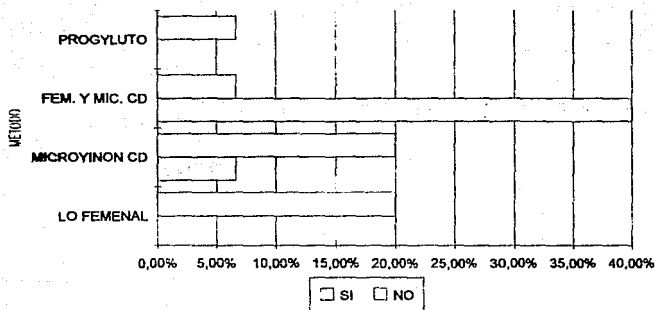
MÉTODO	INICIO CORRECTO			
	S I		N O	
	Fo.	%	Fo.	%
LO FEMENAL	0	0,00%	3	20,00%
MICROYINON CD	1	6,67%	3	20,00%
FEM. Y MIC. CD	6	40,00%	1	6,67%
PROGYLUTO	0	0,00%	1	6,67%
TOTAL	7	46,67%	8	53,33%

FUENTE: MISMA DEL CUADRO No. 1

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

INICIO EN LA TOMA DE ANTICONCEPTIVOS ORALES

GRAFICA No.14



FUENTE: CUADRO No 14

Al realizar el interrogatorio directo sobre el inicio en la toma de los anticonceptivos hormonales encontramos que solo el 46.67% lo hacen correctamente dependiendo de la presentación del oral y el 53.33% lo hacen de manera incorrecta (tomando en cuenta las indicaciones de cada presentación). Cabe señalar que una usuaria utilizó progylutón, el cual fue prescrito por un médico del IMSS y donde dicho fármaco solo está indicado como regulador del ciclo menstrual y no como método anticonceptivo. (Ver cuadro y gráfica 14)

Retomando la información anterior (cuadro 12 y 13) vemos que resulta contradictorio, ya que todas las usuarias refieren haber recibido información de uso, afirmando seguir dichas indicaciones. Sin embargo al cuestionar sobre la utilización de cada uno de los diferentes orales encontramos que un gran porcentaje los utilizan incorrectamente.,

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

CUADRO No. 15

HORARIO EN QUE REALIZA LA TOMA DE LOS ORALES

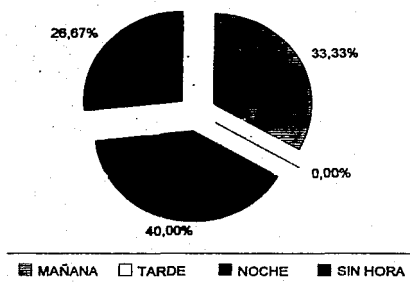
HORARIO	Fo.	%
MAÑANA	5	33,33%
TARDE	0	0,00%
NOCHE	6	40,00%
SIN HORA	4	26,67%
TOTAL	15	100,00%

FUENTE: MISMA DEL CUADRO No. 1

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

HORARIO EN QUE REALIZA LA TOMA DE LOS ORALES

GRAFICA No. 15



FUENTE: CUADRO No 15

Según los datos obtenidos el 73.33% de las usuarias tienen un horario fijo para la toma de las pastillas, mientras que el 26.67%, realiza la toma a la hora que lo recuerda.

Para estos datos debemos considerar que la administración de una tableta debe hacerse diariamente a intervalos no mayores de 24 horas por lo que si existe olvido en una o más ocasiones en la toma de las mismas, las concentraciones hormonales disminuyen y la inhibición en la maduración folicular no es efectiva y como consecuencia de todo ello puede presentarse ovulaciones espontáneas. (Ver cuadro y gráfica 15)

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

CUADRO No. 16

**ACTITUD QUE SIGUEN LAS USUARIAS CUANDO OLVIDAN TOMAR
UNA PASTILLA**

ACTITUD	Fo.	%
TOMA 1 AL SIG. DIA	1	6,67%
TOMA DOS JUNTAS	8	53,33%
TOMA 1 DÍA Y 1 NOCHE	3	20,00%
DEJA DE TOMARLAS	0	0,00%
NO SE LE OLVIDA	3	20,00%
TOTAL	15	100,00%

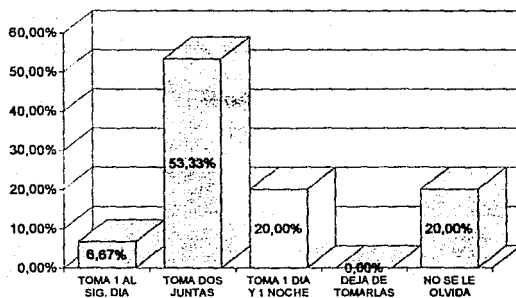
FUENTE: MISMA DEL CUADRO No. 1

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

ACTITUD QUE SIGUEN LAS USUARIAS CUANDO OLVIDAN TOMAR

UNA PASTILLA

GRAFICA No. 16



FUENTE: CUADRO No 16

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

CUADRO No. 17

**UTILIZACIÓN DE MÉTODOS DE APOYO EN CASO DE OLVIDAR
TOMAR LA PÍLDORA**

	Fo.	%
SI	1	8,33%
NO	11	91,67%
TOTAL	12	100,00%

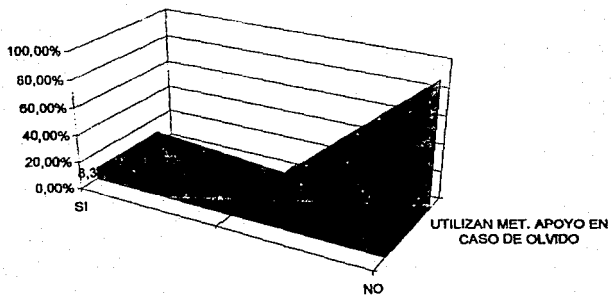
FUENTE: MISMA DEL CUADRO No. 1

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

UTILIZACION DE METODOS DE APOYO EN CASO DE OLVIDAR

TOMAR LA PASTILLA

GRAFICA No. 17



FUENTE: CUADRO No 17

En caso de olvido de una tableta se recomienda tomarsela en la mañana siguiente o tan pronto como la recuerde la usuaria sin suspender la correspondiente a ese día; si el olvido es de dos o más tabletas se recomienda tomar dos tabletas diarias durante los dos siguientes días al olvido y usar un método por el resto del ciclo.

Si se han dejado de tomar tres tabletas seguidas se recomienda suspenderlas usando un método de barrera hasta que ocurra la menstruación e iniciar un nuevo paquete al quinto o primer día del período según sea el oral utilizado.

Comparando esta información con los resultados obtenidos tenemos que el 80% de las usuarias que utilizan el hormonal oral han olvidado tomar sus pastillas, de los cuales el 91.67% no han utilizado métodos de barrera como apoyo y el 8.33% si lo han hecho.

El 20% restante de las usuarias que utilizan el hormonal oral no han olvidado tomar sus pastillas por lo que no utilizan métodos de apoyo.

Una de las causas principales por las que no utilizan el método de barrera como apoyo, es porque las usuarias usan los anticonceptivos hormonales sin que su pareja esté de acuerdo lo cual influye considerablemente para que se presente el embarazo cuando existe olvido en la toma de los mismos. (Ver cuadros y gráficas 16 y 17)

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

CUADRO No. 18

INICIO DE LA APLICACIÓN DEL MÉTODO INYECTABLE

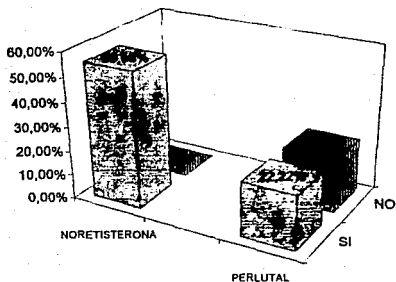
MÉTODO	INICIO CORRECTO			
	SI		NO	
	Fo.	%	Fo.	%
NORETISTERONA	5	55,56%	0	0,00%
PERLUTAL	2	22,22%	2	22,22%
TOTAL	7	77,78%	2	22,22%

FUENTE: MISMA DEL CUADRO No. 1

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

INICIO DE LA APLICACION DEL METODO INYECTABLE

GRAFICA No. 18



FUENTE: CUADRO No 18

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

CUADRO No. 19

FRECUENCIA CON SE APLICAN LA INYECCIÓN

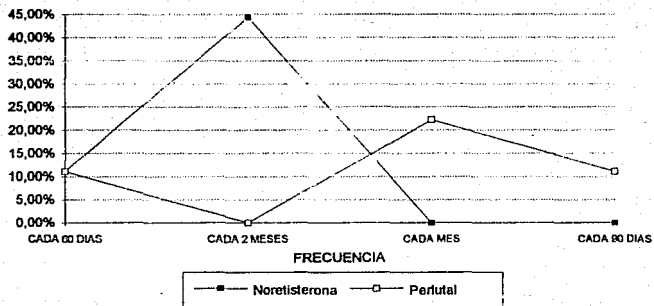
FRECUENCIA	NORETISTERON/		PERLUTAL	
	Fo.	%	Fo.	%
CADA 60 DIAS	1	11,11%	1	11,11%
CADA 2 MESES	4	44,44%	0	0,00%
CADA MES	0	0,00%	2	22,22%
CADA 90 DIAS	0	0,00%	1	11,11%
TOTAL	5	55,56%	4	44,44%

FUENTE: MISMA DEL CUADRO No. 1

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

FRECUENCIA CON QUE SE APLICA LA INYECCION

GRAFICA No. 19



FUENTE: CUADRO No 19

El desarrollo de fármacos anticonceptivos de acción prolongada ofrece a las usuarias que desean planear su familia, la ventaja de espaciar su aplicación y con esto mantener la confidencialidad, hecho que en nuestro medio es de mucha importancia.

En la EEC se dispone del enantato de noretisterona en ampollita de 200mg para ser aplicada cada 60 días, y otras ampollitas no manejadas por la SSA pero utilizadas por unas usuarias es el perlutal compuesto por acetofenido de dihidroxiprogesterona 150mgs mas enantato de estradiol 10mg para ser aplicada cada 30 días.

Retomando los datos obtenidos encontramos que del total de usuarias del método inyectable solo 7 lo iniciaron correctamente cubriendo el 77.78% y el 22.22% restante corresponde a las usuarias que lo iniciaron de forma incorrecta; de estas mismas solo 3 se aplicaron la inyección de acuerdo a las indicaciones correspondientes siendo el 33.33%, mientras que el 66.67% restante continúan la aplicación fuera de las normas establecidas, esto se atribuye al deterioro en la información por parte de la usuaria y la persona que lo prescribe. (Ver cuadros y gráficas 18 y 19)

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

CUADRO No. 20

**ACTITUD QUE TOMAN LAS USUARIOS CUANDO OLVIDAN APLICARSE
 LA INYECCIÓN**

ACTITUD	Fo	%
SE LA APLICA AL ACORDA	1	11,11%
SE LA APLICA CON LA REC	1	11,11%
UTILIZA MET. DE APOYO	0	0,00%
NO SE LE OLVIDA	2	22,22%
SOLO LO UTILIZO 1 VEZ	3	33,33%
NO RESPONDIO	2	22,22%
TOTAL	9	100,00%

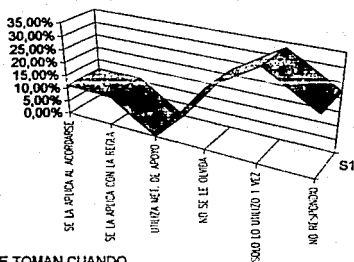
FUENTE: MISMA DEL CUADRO No. 1

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

ACTITUD QUE TOMAN LAS USUARIAS CUANDO OLVIDAN APLICARSE

LA INYECCION

GRAFICA No, 20



ACTITUD QUE TOMAN CUANDO
OLVIDAN LA PILDORA

FUENTE: CUADRO No 20

En este cuadro tenemos que el mayor porcentaje de embarazos en mujeres que utilizaban inyectable corresponde al 33.33% en las cuales sólo se aplicaron en una ocasión.

Dos usuarios no olvidaron aplicarse el inyectable pero sí cambiaron de dosis, es decir utilizaban el perlutal que se aplica cada mes y cambiaron a noretisterona que se aplica cada 60 días, y fué cuando el embarazo se presento. Una más se la aplicó al presentarse nuevamente su regla por lo que pudo presentarse la ovulación sin que esta se percatara de ello, y una más se la aplicó cuando se acordó por lo que el efecto de la anterior ampoyeta ya había terminado. (Ver cuadro y gráfica 20)

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

CUADRO No. 21

MÉTODO UTILIZADO CUANDO SE PRESENTÓ EL EMBARAZO

MÉTODO	Fo.	%
ORAL	13	61,90%
INYECTABLE	8	38,10%
TOTAL	21	100,00%

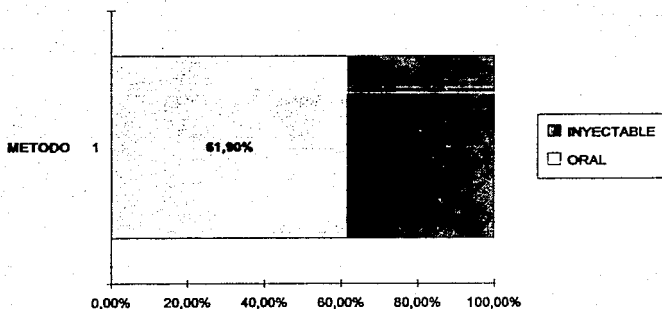
FUENTE: MISMA DEL CUADRO No. 1

NOTA: *CABE MENCIONAR QUE 5 MUJERES SOLO UTILIZARON EL MÉTODO INYECTABLE, 12 METODO ORAL, 2 INICIALMENTE ORAL Y CAMBIARON A INYECTABLE Y 2 MAS UTILIZABAN INYECTABLE Y CAMBIARON A ORAL CUANDO SE PRESENTÓ EL EMBARAZO) EN ELLAS.*

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

METODO UTILIZADO CUENDO SE PRESENTO EL EMBARAZO

GRAFICA No. 21



FUENTE: CUADRO No 21

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES.

De acuerdo a los resultados obtenidos y tomando en cuenta el marco teórico podemos llegar a la siguiente conclusión:

Si bien es cierto que los anticonceptivos hormonales ofrecen un alto índice de efectividad y el riesgo de embarazo es mínimo (como lo muestra el manual de normas de planificación familiar de 1992) donde nos dice que la efectividad oscila entre 0.4 y 0.7 embarazos por 100 años/mujer y que puede llegar a ser hasta de 2.6 embarazos durante un año en un grupo de 100 mujeres, siendo este último por fallas por parte de la usuaria en el uso del método, que por las del hormonal mismo.

Esto no se pudo corroborar con los datos obtenidos ya que no se tuvo acceso a los censos generales de usuarias, pese a que estos sí existen.

También es cierto que existen factores que influyen en el embarazo aún con el uso de los métodos anticonceptivos hormonales.

Dentro de los factores que influyen a la presencia del embarazo aún con el uso de anticonceptivos hormonales es que el nivel educativo de las usuarias es bajo ya que solo llegan a nivel primaria no terminada, y esto conlleva a que la usuaria no tenga suficientes elementos para entender y comprender la mecánica de uso de un método anticonceptivo hormonal, ya que si observamos el 47.63% de las usuarias utilizaron incorrectamente el hormonal y solo el 52.37% lo hicieron correctamente, pese a que todos refirieron haber recibido indicaciones de uso.

Además el nivel cultural que se ve influenciado por la religión católica, que permite que existan mitos y tabues para utilizar un método antoconceptivo; si a esto le aunamos que el esposo no permite que su pareja utilice un método anticonceptivo, esto influye para que la usuaria busque la manera de hacerlo, y no tenga un horario establecido para tomar la píldora; por lo que si los niveles de concentración de estrógenos en plasma disminuye, el riesgo de embarazo puede aumentar.

Ahora bien si la usuaria olvida tomar la pastilla o aplicarse la inyección y no utiliza un método de apoyo entonces esta situación influye porque se incrementa el riesgo de embarazo.

Por otro lado si a estas dos situaciones le agregamos que pese a que la usuaria recibe información y orientación sobre el correcto uso de los métodos y ella antepone, sus creencias, costumbres y experiencia entonces influye a que el uso sea incorrecto.

Por otro lado observamos que el factor edad no es una condicionante para que se presente el embarazo aún con el uso de anticonceptivos hormonales ya que las usuarias cumplen con esta característica para poder utilizar el método.

Sin embargo la presencia de la obesidad en la mayoría de las usuarias puede ser un factor determinante para la presencia del embarazo aún con el uso de los anticonceptivos hormonales, ya que estos preparados tienen afinidad por el tejido adiposo lo que inhibe el óptimo funcionamiento de la píldora, además si tomamos en cuenta que la dosis utilizada es mínima (Como lo contiene el Microgynón CD) entonces la efectividad es dudosa.

Cabe señalar que este producto *Microgynon CD* inicia su acción dos semanas después de haber iniciado el método, y durante este tiempo la usuaria debe utilizar un método de apoyo no hormonal, como el preservativo; esta información muy pocas personas lo saben debido a que no se da a conocer el funcionamiento de cada hormonal oral utilizado, y si el personal de salud no lo conoce y este a su vez no se le indica a la auxiliar de salud para que lo informe a las usuarias, entonces este factor influye a que se presente el embarazo aún con el uso de anticonceptivos hormonales.

Lo anterior se refiere porque 3 de las usuarias que presentaron embarazo nunca olvidaron tomar la pastilla y además iniciaron correctamente la utilización de las mismas.

Con lo anterior nos podemos dar cuenta que no solo el inadecuado uso del método anticonceptivo hormonal influye para que se presente el embarazo aún utilizando estos.

ALTERNATIVAS DE SOLUCIÓN,

1. Fomentar cursos de educación sexual para jóvenes.
2. Orientar a la pareja en la importancia de la planificación familiar y el uso de métodos anticonceptivos para llevarla a cabo.
3. Brindar cursos de actualización al personal de salud y a la auxiliar de salud en aspectos de planificación familiar en cuanto al uso y prescripción de los métodos anticonceptivos con énfasis en:

Las características de la usuaria y la relación que tiene con la efectividad de los hormonales.

Características en la efectividad de cada uno de los preparados hormonales tanto orales como inyectables.

4. Actualizar al personal de salud cada vez que existan cambios en los métodos hormonales e incluir a la auxiliar de salud, para que esta a su vez oriente y concientice a la usuaria sobre la importancia de seguir las nuevas indicaciones.

A N E X O S

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

SECRETARÍA DE SALUD
DIRECCIÓN GENERAL DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

CUESTIONARIO

OBJETIVO: Detectar las causas por las que se presenta el embarazo aún con el uso de métodos anticonceptivos hormonales.

INSTRUCCIONES: El entrevistador debe llenar con veracidad y claridad las preguntas que a continuación se presentan:

Jurisdicción: _____

Comunidad: _____

Módulo: _____

Fecha: _____

I. HISTORIA CLÍNICA DE LA USUARIA.

1. Nombre: _____

2. Edad: _____

3. Edo. civil: _____

4. Religión: _____

5. Escolaridad: _____

6. Menarca: _____

7. IVSA: _____

8. AGO: G: _____ P: _____ A: _____ C: _____

9. No. de hijos vivos: _____

10. Peso: _____ 11. Talla: _____

II. TIPOS DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS.

12. ¿ Sabe lo que son los métodos anticonceptivos? SI ___ NO ___

13. ¿ Sabe para que sirven? SI _____ NO _____

14. ¿ Los ha utilizado? SI _____ NO _____ A VECES _____

15. ¿ Cuales? Oral _____ ¿Cuál? _____

Injectable _____ ¿Cuál? _____

Natural _____ ¿Cuál? _____

DIU _____ Preservativo _____

III. PERSONAL QUE PRESCRIBE EL MÉTODO.

16. ¿ Qué persona le prescribe el método? Médico _____

Enfermera _____ Aux. de salud _____

Otro _____ ¿Quien? _____

17. ¿ Le indica cómo utilizar el método? SI _____ NO _____

18. ¿ Utiliza el método según las indicaciones? SI _____ NO _____

¿Porque? _____

IV. COMO UTILIZA EL MÉTODO

19. ¿ Cuándo inicia a tomar las pastillas?
- a - El primer día de la regla _____
 - b - El quinto día de la regla _____
 - c - Cuando termina la regla _____
 - d - Cuando esta su esposo _____
20. ¿ A que hora se toma la pastilla?
- a - En las mañanas _____
 - b - Al medio día _____
 - c - En la noche _____
 - d - Cuando se acuerda _____
21. Si olvida tomar una pastilla, ¿que hace?
- a - Toma 1 al día siguiente _____
 - b - Toma 2 juntas al día siguiente _____
 - c - Toma 1 por la mañana y 1 por la noche _____
 - d - Deja de tomarlas _____
22. Si olvida tomar una pastilla ¿ utiliza un método de apoyo?
- SI _____ ¿Cuál? _____
- NO _____ ¿Porque? _____
23. ¿Cada cuándo se aplica la inyección?
- a - Cada 60 días _____
 - b - Cada 2 meses _____
 - c - Cada mes _____
 - d - Cuando se acuerda _____
24. ¿ Cuándo se aplica su inyección?
- a - El primer día de la regla _____
 - b - El segundo día de la regla _____
 - c - El quinto día de la regla _____
 - d - Al término de su regla _____
25. Cuando se le olvida aplicarse su inyección ¿que hace?
- a - Se la aplica cuando se acuerda _____
 - b - Se la aplica al presentarse nuevamente su regla _____
 - c - Utiliza un método de apoyo _____ ¿Cuál? _____
26. ¿Qué método utilizaba cuando quedó embarazada?
- a - Oral _____
 - Inyectable _____

BIBLIOGRAFÍA.

BAENA, Paz Guillermina, *Instrumentos de investigación*,
Editores Unidos Mexicanos, México, 1979.

CALERO, Rey, *Método Epidemiológico y salud de la comunidad*,
editorial, McGraw Hill, México, 1989.

GOODE, J. Williams, Paul K. Hatt, *Métodos de investigación social*,
editorial, Trillas.

HAWKINS Higgins, *Enfermería Ginecología y Obstetricia*,
editorial, Harla, México. 1984.,

HOLGUIN, Quiñones Fdo., *Estadística descriptiva*,
UNAM, México, 1975.

KOPNIN, P. V., *Hipótesis y Verdad*,
editorial Grijalbo, México 1969.,

KORN, Francis, Et. Al, *Conceptos y variables de la investigación*,
editorial, Nueva Vision, Buenos Aires Argentina, 1971.

MAO TSETUNG, *Cinco tesis filosóficas*,
editorial en lenguas extranjeras, Pekín, 1971.

MACEDO, Comejo Marina, *Creencias y realidades sobre las reacciones adversas de los anticonceptivos hormonales y su contribución a la deserción de su uso en las comunidades del módulo I de Coyuca de Benitez, Guerrero*, UNAM, México, 1993.

OLDS, *Enfermería Materno Infantil*, editorial, Interamericana, México, 1989.,

PERNOLL, Benson, *Diagnóstico y Tratamiento Gineco-Obstétricos*, editorial, El Manual Moderno, México, 1989.,

ROSENBLUETH, *El Método Científico*, editorial, Ariel, Barcelona, España, 1970.,

SECRETARIA DE SALUD, *Estrategia de Extensión de Cobertura*, México, 1991.

SECRETARIA DE SALUD, *Estrategia de Extensión de Cobertura*, México, 1992.

S. Dexeus, *Anticoncepción*, Barcelona, 1989.

WILLIAMS, Johonson, *La sexualidad Humana*, tomo I, editorial, Grijalbo. Boston, 1986.,

SHERING, AG, *Orientaciones hormonoterápicas*, editorial, Shering AG, México, 1990 ,

Diccionario de Especialidades Farmaceuticas, 35a. edición, México, 1989.

FE DE ERRATAS

PAG.	DICE:	DÉBE DECIR
1	el estado	el estado
1	de uno de ellos	de cada uno de ellos
6 par.7	el tranajo	el trabajo
12 parf.3	debido que	debido a que
17 parf.4	a lolargo	a lo largo
20 parf.6	sintéficos	sintéticos
34	de varón	del varón
36 parf.3	una gente	un agente