



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**



**ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA
Y OBSTETRICIA**

**"FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ACEPTACIÓN
DE METODOS ANTICONCEPTIVOS EN PACIENTES
POSTPARTO Y POSTABORTO COMO CONOCIMIENTO
SISTEMATIZADO PARA EL EMPLEO DE LA CONSEJERIA
DE LA ENFERMERA PROFESIONAL EN EL HOSPITAL
GENERA DE SUBZONA Y MEDICINA FAMILIAR
Nº10 DE NUEVO NECAXA, PUEBLA".**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

LIC. EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A N :

ARACELI GARRIDO BARRAGAN

NORMA FRIDA KAMPFNER RODRIGUEZ

PAULA DE AQUINO CABRERA

ASESORA DE TESIS: LIC. ANGELES GANCIA ALBARRAN

MEXICO, D.F., DEL 2000.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

CONTENIDO	PAGINA
Planteamiento del problema	
Introducción.....	3
CAPÍTULOS	
1.- Fundamentación del tema de investigación.....	4
1.1 Descripción de la situación problema.....	4
1.2 Identificación del problema.....	5
1.3 Ubicación del tema de estudio.....	5
1.4 Justificación.....	5
1.5 Objetivos	
1.5.1 Generales.....	7
1.5.2 Específicos.....	7
2.- Marco teórico.....	8
2.1 Salud reproductiva y protección anticonceptiva.....	8
• Introducción.....	8
• Antecedentes Históricos.....	8
• Antecedentes del Programa de Planificación Familiar.....	14
2.2 Anatomía y Fisiología Elemental de los Organos Reproductores....	16
• Aparato Genital Femenino.....	16
• Aparato Genital Masculino.....	19
• Fisiología de la Reproducción.....	21
2.3 Método.....	26
• Definiciones del Método.....	26
• Métodos Anticonceptivos.....	26
• Políticas de Planificación Familiar en la Aplicación de los Métodos Anticonceptivos.....	27
• Clasificación de los Métodos Anticonceptivos.....	28
• Métodos Naturales o de Abstinencia.....	29
• Métodos Anticonceptivos Temporales Hormonales.....	33
• Métodos Anticonceptivos Temporales no Hormonales.....	42
• Métodos Anticonceptivos Permanentes.....	48
2.4 Aborto.....	51
• Conceptos desde el punto de vista Legal y Obstétrico.....	51
• Antecedentes.....	51
2.5 Parto Eutócico.....	52
• Concepto General.....	52
• Complicaciones.....	52
2.6 Cesárea.....	53
• Concepto General.....	53
• Indicaciones.....	53
• Contraindicaciones.....	53
2.7 Salud Reproductiva y Protección Anticonceptiva.....	54
• Marco Jurídico Institucional.....	56

3.- Metodología	60
3.1. Hipótesis	60
3.1 Hipótesis General	60
3.1.2 Hipótesis de Trabajo	60
3.1.3 Hipótesis Nula	60
3.2. Determinación de Variables.....	60
3.2.1 Variables Independientes.....	60
3.2.2 Variables Dependientes.....	60
3.2.3 Modelo de la relación de la Variable.....	61
3.2.4 Definiciones Operacionales.....	61
3.2.4.1 Variable de Método Anticonceptivo.....	61
3.2.4.2 Pacientes Post-Parto y Post-Aborto.....	62
3.3 Tipo y Diseño de Investigación.....	63
3.3.1 Tipo.....	63
3.3.2 Diseño de Investigación.....	64
3.3.3 Cronograma de Trabajo.....	65
3.4 Técnicas e Instrumentos de Investigación.....	65
3.4.1 Observaciones.....	65
3.4.2 Entrevista.....	66
3.4.3 Fichas de Trabajo.....	66
3.4.4 Cuestionario.....	66
4.- Instrumentación Estadística.....	66
4.1 Universo.....	67
4.2 Procesamiento de Datos.....	67
4.3 Comprobación de Hipótesis.....	67
4.4 Análisis e Interpretación de Resultados.....	
5.- Discusión.....	68
6.- Conclusiones.....	70
7.- Anexos y Apéndices.....	73
• .. Cuestionario.....	73
• .. Cédula.....	76
8.- Glosario de Términos.....	77
9.- Referencias Bibliográficas.....	79

PRÓLOGO

Las enfermeras hoy en día buscan nuevas formas de relación entre sí y con las instituciones a las que pertenecen, desean trabajar con una máxima participación que les permita sentir que su "contribución" es valiosa, lo que genera una motivación permanente, cuando se ha logrado la satisfacción personal en el trabajo, puede favorecerse la integración del equipo, que a su vez va a repercutir en la calidad del producto o servicio que se vende. En el terreno de la atención de los servicios de salud la calidad se define como el conjunto de cualidades que constituyen tanto el servicio que se otorga, como el personal que lo realiza, obteniendo como producto final de este proceso, la satisfacción de quien solicita y recibe la atención, así como de quien la brinda.

Es necesario que el personal de enfermería que participa en el programa de salud reproductiva, haga una reflexión sobre las circunstancias particulares, en que reconozcan sus vivencias, experiencias, actitudes, emociones, etc. que pueden afectar su labor como enfermera. Es obvio que como cualquier ser humano, pueda tener situaciones conflictivas en el campo profesional difíciles de superar, sin embargo, lo importante es que sepa identificar la forma como le afecta, e intente buscar alternativas de solución con ayuda profesional, si así lo requiere.

Por otra parte, la enfermera podrá identificar si las personas que acuden a solicitar un servicio y estén atravesando por una situación emocional difícil, en forma temporal o permanente, que pueda estar limitando la posibilidad de ver con objetividad su situación personal y por lo tanto no tomen decisiones oportunas, seguras y responsables.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuáles son los factores que influyen en la aceptación de los métodos de anticoncepción en pacientes postparto y postaborto del Hospital General de Subzona y medicina familiar No. 10 del Instituto Mexicano del Seguro Social, en Nuevo Necaxa, Puebla?

INTRUDUCCIÓN

Esta tesis, se ha estructurado con el objeto de dar a conocer y resaltar la aceptación del programa de planificación familiar a partir de los indicadores de los métodos de anticoncepción, aplicados a pacientes postparto y postaborto del Hospital General de Subzona y Medicina Familiar No. 10 de Nuevo Necaxa, Puebla.

Este trabajo permite establecer un diagnóstico de la situación actual de la baja aceptación de métodos de anticoncepción en pacientes postparto y postaborto, así como también, proponer medidas para elevar los índices de aceptación en la población.

Para realizar el análisis integral y sistematizado de este trabajo, se ha estructurado en los siguientes capítulos:

En el primer capítulo, se describe la identificación del problema, la justificación de la investigación, la ubicación del tema de estudio y los objetivos de la investigación.

En el segundo capítulo se presentan los antecedentes históricos de la evolución de la anticoncepción, anatomía y fisiología elemental de los órganos reproductores, la fisiología de la reproducción, la evolución en cuanto a la planificación familiar, aborto, parto Eutócico, cesárea y métodos anticonceptivos en el Instituto Mexicano del Seguro Social, que fundamentará el trabajo planeado.

En el tercer capítulo, se presenta la metodología, que incluye: las hipótesis, las variables, el tipo y diseño de la investigación y técnicas utilizadas.

En el cuarto capítulo, se presenta la instrumentación estadística en la que se describe el universo, la población y la muestra, así como el procesamiento de datos, la comprobación de las hipótesis, la interpretación de los resultados.

Los últimos capítulos lo ocupan las conclusiones, anexos y apéndices, el glosario de términos y las referencias bibliográficas.

1..... FUNDAMENTACIÓN DEL TEMA DE INVESTIGACIÓN

En este capítulo se presentarán la descripción de la situación problema, la identificación del problema, la justificación, la ubicación del tema de estudio y los objetivos de la investigación.

1.1 DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN DEL PROBLEMA

En el transcurso de casi 10 años entre 1985 y 1995, se han acumulado experiencias y cambios cualitativos en la evolución de los servicios de planificación familiar, entre los cuales mencionaremos los siguientes:

- La aplicación del enfoque de los servicios de protección anticonceptiva.
- La prioridad otorgada a la protección anticonceptiva en pacientes postparto y postaborto en el cuidado de la salud reproductiva.
- La integración conceptual, estructural y operativa de los servicios de planificación así como los de la atención materno infantil, como las dos grandes vertientes del cuidado de la salud reproductiva de la población.
- La aplicación de las técnicas de consejería, en salud reproductiva en las actividades de comunicación educativa interpersonal, en materia de planificación familiar con el fin de asegurar el conocimiento bien informado de toda persona en la adaptación de un método anticonceptivo.

Tomando en cuenta estos cambios cualitativos, y de conformidad con los propósitos del proceso, se ha podido observar que la aceptación de un método anticonceptivo en pacientes postparto y postaborto presenta contrastes diversos, por una parte la promoción masiva de los métodos anticonceptivos, nos hace pensar que la aceptación sería mayor, sin embargo, con los indicadores nacionales la adopción de un método anticonceptivo en el Hospital General de Subzona y Medicina Familiar No. 10 de Nuevo Necaxa, Puebla, en pacientes postparto y postaborto es limitado.

Lo anterior demuestra por una parte, que existe poca o escasa información acerca de los métodos anticonceptivos, y por otra, que la idiosincrasia de la población no permite la total aceptación del método anticonceptivo.

El programa de planificación familiar, es de participación multidisciplinaria, sin embargo actualmente el programa en el Hospital General de Subzona No. 10, descansa en su totalidad en el servicio de medicina preventiva, en el que, solo cuenta con un auxiliar de enfermería en salud pública, observándose que el médico familiar y enfermeras de otros servicios, tales como puerperio de bajo riesgo, proporcionan escasa o nula información acerca del mismo.

1.2 IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

La pregunta que emana del problema en estudio es la siguiente:

¿Cuáles son los factores que influyen en la aceptación de métodos anticonceptivos en pacientes postparto y postaborto, en el Hospital General Subzona y Medicina Familiar No. 10 de Nuevo Necaxa, Puebla?

1.3 UBICACIÓN DEL TEMA DE ESTUDIO

El tema que se estudia en la presente investigación, se ubica genéricamente en el campo de las Ciencias Sociales, Antropología, Sociología, Epidemiología, etc.

En forma específica, esta investigación se ubica también en el campo de las Ciencias de la Salud y la Economía.

Esta investigación se orienta en forma preponderante en las Ciencias Biológicas, con servidores de salud, debido a que su contenido está centrado en la búsqueda de opciones de soluciones de los problemas manifestados en la planificación familiar.

Se ubica también en la Administración General y Administración de Personal, por considerar necesaria la preparación del personal sobre planificación familiar, así como el número de personas participantes en el programa y el cumplimiento de indicadores establecidos para la unidad.

Finalmente, esta investigación se ubica también en el campo Sociocultural, en virtud de que la cultura en general es un bien de consumo que aparece como inversión y factor de desarrollo social, con el que está en estrecha conexión con las necesidades de la población.

1.4 JUSTIFICACIÓN

La presente investigación se justifica ampliamente por las siguientes razones:

La primera, porque conviene conocer que factores influyen en cada paciente, para aceptar cualquier método anticonceptivo a fin de poder combatirlos y lograr la mayor aceptación de los métodos.

La segunda, es en base a los indicadores nacionales del Hospital General de Subzona y Medicina Familiar No. 10, en relación al programa de planificación en aceptantes postparto y postaborto, se denota una no aceptación entre uno y otro.

La tercera, es porque a partir de los datos recabados en la investigación podrán proponerse estrategias tendiendo a elevar los índices de aceptación.

Por último, a través de esta investigación se podrá dar un diagnóstico de la situación actual, que permita corregir y hacer adecuaciones que beneficien el programa.

1.5 OBJETIVOS

1.5.1 Objetivo General

Conocer los factores que influyen en la aceptación de métodos de planificación familiar en pacientes postparto y postaborto del Hospital General de Subzona y Medicina Familiar No. 10, de Nuevo Necaxa, Puebla.

1.5.2 Objetivos Especificados

- Especificar la información proporcionada por el personal médico y paramédico a las pacientes postparto y postaborto.
- Identificar la información proporcionada por el personal médico y paramédico a los pacientes postparto y postaborto.
- Conocer la aceptación de los métodos de planificación familiar a nivel particular.
- Retroalimentar al personal paramédico y médico en base a los resultados obtenidos.

2. MARCO TEÓRICO

2.1 ...SALUD REPRODUCTIVA Y PROYECCIÓN ANTICONCEPTIVA

Introducción

- Antecedentes Históricos de la Anticoncepción

La historia de la anticoncepción se remonta a miles de años, pues esta demostrado que la necesidad de practicarla ha existido toda la vida. En un principio, se llevo a cabo casi siempre con fines personales de evitar un embarazo fuera de la pareja. Posteriormente también surgieron algunas "Indicaciones Médicas, cuando existía peligro para la madre durante el parto, o cuando había la posibilidad de transmitir a la prole enfermedades mentales u orgánicas, aunque estas últimas "Indicaciones" aparecieron solamente hace unos cuantos siglos. Pues bien como señalábamos, la preocupación por evitar un embarazo siempre ha estado presente, solo hasta hace doscientos años empezaron a difundirse los procedimientos contraceptivos con que se contaba, presentando un verdadero avance, apenas hace 25 o 30 años en que la presión de la sobrepoblación, indujo a los científicos e investigadores a desarrollar nuevas y más efectivas técnicas de control de la fertilidad, para poder combatir con armas eficaces, la gran amenaza, que en la actualidad, se cierne contra la humanidad, la explosión demográfica.

Las primeras practicas anticonceptivas, pese a su dudosa eficacia perduraron por milenios, quizás debido a que permanecían en secreto de algunos cuantos, puesto que no existió ninguna divulgación acerca de qué consistían y sobre todo de su poca efectividad, ya que nadie podía confesar lo que hacia.

A ello contribuyó el hecho de que la composición de esos primeros métodos anticonceptivos administrados casa siempre en forma de pócima o de ungüentos de aplicación local, solo la poseían los brujos y sacerdotes de las tribus y algunos pocos más, por lo que su uso y conocimiento estuvo siempre muy limitado.

Desde siempre han existido los métodos anticonceptivos falaces, irracionales o relacionados con rituales mágicos a los cuales las pobres mujeres se han acogido, con poca fortuna desde luego, tratando de evitar la concepción. Así tenemos la muy generalizada costumbre europea durante la edad media, de escupir tres veces en la boca del sapo, la de comer abejas muertas, o las más antiguas: De beber espuma de la boca del camello, caminar tres veces sobre una tumba reciente, colgarse amuletos de todo tipo, hacer hechizos de todas clases o aún esas falacias relacionadas al coito como la de no tener los esposos el orgasmo al mismo tiempo, la de colocarse a la mujer arriba del barón, la de yacer en el postcoito un cónyuge al lado del otro, etc. practicas que ahora parecen imposibles de que se hayan seguido.

Ahora bien, se tiene referencias fehacientes de practicas anticonceptivas desde miles de años antes de nuestra era, en algunos papiros egipcios como el Petrie o "KAHUM", escrito a 1850 años a. C. durante el reinado de Amenhat III y descubrierón en 1899 d. C., en Kahum In Faiyum, en el que señalaban como anticonceptivos una sustancia pegajosa como la miel, con la que se cubría la vagina y el cuello de la matriz, el estiércol de cocodrilo pulverizado y el natro. Otros papiros algo más recientes, 1550 años antes de Cristo, como los "EBRES", "BERLIN", "IN DE RAMASSEAUM", etc., reafirman la acción del estiércol de cocodrilo y señalaban otros componentes o sustancias como la acacia, (que como hoy sabemos produce ácido láctico, que es espermicida), la cual la aplicaban directamente o por medio de un tapón de lino estampado en esta sustancia.

Aunque quizás el método más difundido desde los tiempos primitivos haya sido el coito interruptus (retirada del varón antes de la eyaculación), no aparecen registros de él, hasta hace unos doscientos años, encontrándose claras referencias en la Biblia, en el génesis, capítulo 38, éste mismo libro por esas fechas, relata en el versículo 30, la toma de brebajes y raíces y el uso de esponjas vaginales.

Por su parte los griegos desde el siglo IV antes de Cristo, en forma de escritura y textos médicos, desde Aristóteles en su "HISTORIA ANIMALIUM" hasta Plinio el viejo Discorides, ya se ocupaban de la anticoncepción y se adjudicaban estas propiedades al aceite de cerdo a los ungüentos de plomo o franquinciensio con aceite de oliva y hasta los animales como la araña "Phalanium" (Historia Natural de Plinio el viejo). El "Herbario Griego" de Pandarios Discorides de Anzarbos, señalaban específicamente sustancias viscosas para la aplicación en genitales, amuletos, prescripciones e incluso perlas medicinales. Así mismo, tría la primera relación de anticoncepción definitiva o permanente, al describir "sustancias que causan esterilidad".

Esta inquietud se prosiguió en Roma, en el siglo II por Sonarus (médico griego que ejercía en esa ciudad) en su "Gynaecia", en el siglo V por Caelius Aurelianus y por Aetius en el sexto. Todos estos conocimientos a pesar de estar escritos no se difundieron ampliamente, porque la mayoría de ellos se discutieron solamente con recetas mágicas.

..... Aunque la escuela de Hipócrates recomendaba el uso de la ley de Misy (raíz hierba) y de metales como el cobre, más importantes son las contribuciones de Antoninuos Liberales quién en el siglo II en su libro "Metamorfosis" que contiene la historia de Minos y Pasiphae, relata el uso de preservativos primitivos; y la de soranos el Efesio, recomendados por prestigiados médicos como Aetius de Amida (quien sugirió el uso de vinagre), ya describía los contraceptivos y abortificantes con sus indicaciones y contraindicaciones. De todas estas inquietudes se formo en Europa una tradición de la que después se derivarán los métodos anticonceptivos que se populariza en aquellos lugares en los siglos XVIII y XIX y los primeros años del

presente; aclarando que mucha o casi toda la información posterior llegó a través de las fuentes islámicas, ya que como se sabe el Islamismo no se oponía al aborto ni a la anticoncepción.

Desgraciadamente en la Europa Medieval, la educación en estos menesteres de tipo Monástico y casi siempre bajo supervisión; por lo que nos sorprende que hayan existido por tantos años "descuidado" en las técnicas contra la concepción por parte de los métodos, señalando solo algunas excepciones como los de Arnol de Villanova (1238-1311), médico Catalán que analizó los métodos anticonceptivos desde los mágicos, hasta los protectores vaginales. El anatomista Italiano Falopio quién en 1564 hace la primera descripción completa de un condón hecho de lino, que además de proteger contra las enfermedades se usaba como anticonceptivo; y Hercules de Santonia médico de la corte de Carlos II, quién se dice fue el inventor del preservativo ya como tal, en 1597.

Fueron las civilizaciones Orientales en donde las practicas anticonceptivas eran aceptadas y difundidas, las que llevaron a Europa durante esos oscuros años la información sobre los procedimientos existentes para el control de fertilidad, muchos de los cuales habían sido en la misma Europa. La mayor parte de esa información vino de la India en donde hasta los grandes poemas eróticos vedicos y el Kama Sutra, describen muchos de estos métodos como hierbas, pócimas, fumigaciones, ungüentos y taponés; de China, en donde desde el siglo XVII se encuentran descritos abortivos y conceptivos, sobre todo del Islam.

Así tenemos, uno de los escritores médicos Islámicos más prestigiados, Rhazes en el año 927 en su libro "La Quinta Esencia de la Experiencia", describe métodos anticonceptivos precisos como el coito interruptus, los taponés, los ejercicios para que la mujer expulse el semen, varias medidas y algunos métodos abortivos.

El muy famoso Avicena (980-1072) "Canon" relata varios procedimientos utilizados todavía hoy en día como el mismo coito interruptus, los pesarios, los diafragmas y hasta sugiere precisar las fechas en las que se debe evitar la relación sexual. Igualmente años más tarde Ibn-Al-Jami (1171-1193) hace referencias de jugos, aceites, taponés y pesarios, para evitar el embarazo. Con todos procedimientos y remedios se llega al siglo XVIII.

En Europa se empiezan a difundir todos los condones y los pesarios, aunque persisten las pócimas y los brebajes, en Inglaterra comienzan a aparecer las tiendas (1701) donde se venden los preservativos hechos de intestino de carnero o membrana de pez, así como las técnicas para hacerlos, para usarlos y como fijarlos e inclusive los listones para adornarlos. Y lo más importantes que se empiezan a popularizar y a difundir a pesar de sus detractores, (que fueron muchos) como la Madame de Sevigne quién describía a estos artefactos como "Armadura Contra el Placer y Red Araña Contra el

Peligro". El afamado Casanova por su parte, además de difundir el uso del condón y la maniobra de probarlos con aire, también preconiza el empleo de los pesarios de oro, haciendo alarde de esas tres esfera o canicas, le habían sido de mucha utilidad para evitar el embarazo en sus amantes, durante más de 15 años. Igualmente se atribuye a él, el método de partir el limón por la mitad, exprimiendo su jugo en la vagina y emplear la cascara como capuchón cervical.

En este mismo siglo se iniciaron propiamente los estudios de los espermicidas, ideados desde que en 1677 Antony Van Leewenhoek descubrió los espermatozoides en el semen. En esos años, se empieza a analizar los factores que modificarán su mortalidad y su vitalidad, como el agua de lluvia, el vinagre (quatrefoges 1850) y los anestésicos como el cloroformo (newport 1853).

.....No hay que olvidar aquí, la labor tan loable que los propagandistas Ingleses de la ahora llamada Planificación Familiar hicieron en esos tiempos para beneficio de los humanos, como fueron Jeremías Bentham con su "Momento para Controlar los Nacimientos ", Thomas Maltus: Francis Place y Richard Cáríele, quienes hacen campañas para educar e informar a las masas sobre los distintos procedimientos de utilidad en esa época, al final del siglo XVIII.

Dentro del aspecto de difusión, inicialmente aparecieron las "Octavillas Diabólicas" de Francis Place, que se distribuían a domicilio en Inglaterra y aunque el fin de esta publicación era eminentemente económico se puede considerar como medio de difusión del consejo anticonceptivo.

.....Hubo algunos otros escritos de verdadero valor metódico, como el del Dr. G. Drisdale quién en 1854 publicó en Londres un Libro intitulado "Religión, Física Sexual y Natural", bastante bien documentado en anticoncepción aunque era especialista en enfermedades venereas, pero que por temor lo firmo con un seudónimo y por ello no se le dio su valor real.

Contrariamente a lo que sucede en Europa, en los Estados Unidos se inició un movimiento activo a favor del control de la natalidad, estimulado principalmente por Robert Dale Owen y el Dr. Knowton, así como el Dr. Edward Bliss Foote en sus panfletos. En 1830 apareció el primer libro sobre control de la fertilidad "La Filosofía Moral" y en 1832 el mencionamiento Knowlton que publicó en su folleto "Frutos de la Filosofía" que es quizás el escrito que más trascendencia ha tenido en la difusión del control de la natalidad, pues además de contener conceptos adelantados a todo lo que se publicó 50 años antes, se difundió extensamente en los Estados Unidos y en su versión Inglesa, dió lugar al famoso Juicio de Brad-Basant (1877), quienes al editar en Inglaterra el folleto fueron llevados a Juicio y encarcelados por ello, dando lugar a que la clase media y baja se enteraran del problema de la anticoncepción y la publicación se vendió "Como Pan Caliente", lo que hizo tener una gran difusión.

En los Estados Unidos, algunas publicaciones médicas para finales del siglo se ocupaban abiertamente de la contracepción. Así se publicaron artículos completos en el Michigan Medieval News en 1882 y el Medical And Surgical Reporter dedicó un número completo en 1888, a la discusión del control de la natalidad. Por último en esos mismos años (1882) Aletta Jacobs inicia la primera clínica para proveer consejo anticonceptivo.

En 1881 se efectúa la primera conferencia Medica Internacional sobre el Control de la Natalidad, a la que acudieron más de 40 profesores de diversos países Europeos. H.A. Allbutt su fama fué mayor por haber sido acusado y condenado a prisión y expulsado del Consejo Médico, por haber publicado y vendido un libro "El Manual de la Esposa", que en realidad era un pequeño libro inofensivo sobre Higiene Domestica y que incluía capítulos sobre cuidados prenatales, atención del bebe y uno sobre "Como Evitar la Concepción". Ahí se relata por primera vez en Inglés el diafragma de Mennsiga, que Allbut había conocido a través de los Holandeses, así mismo hacía referencia a la esponja impregnada, al condón, las duchas, el pesario de quinina de Rendell, el coito interruptus y el ritmo, periodo de seguridad aunque todavía mal escrito.

El juicio y la formación de la liga Malthusiana, trajeron como consecuencia el desarrollo de la industria y el comercio de la anticoncepción. La circulación de folletos y octavillas que contenían instrucciones sobre los anticonceptivos, circularon por millones. La demanda de anticonceptivos fue vertiginosamente en aumento y las ventas se multiplicaron y como John Peel en su libro "Técnica de la Anticoncepción" (donde junto con escritos sobre historia de la anticoncepción de B. Rubio y Dotothy Gallagher), catalogó la venta al menudeo típico en la última década del siglo XIX que ofrecía los siguientes artículos:

- * Condones de hule, "Los Mejores, más Seguros y Empleados con más Frecuencia"... en cinco calidades desde dos a diez shillings la docena.
- * Condones de piel, en dos tamaños (pequeño y normal) y ocho calidades diferentes (incluso "curva española") de tres a veinte shillings la docena.
- * Condones Norteamericanos, a tres shillings y a 5 shillings seis peniques, docena.
- * Pesario "Rendell", supositorio de quimina soluble, a tres shillings, tres peniques la docena.
- * Pesario de Prolapso Mejorados, en tres tamaños, a tres shillings cada uno.
- * Pesario Mensiga con borde de resorte, en tres tamaños, a dos shillings seis peniques o tres shillings seis peniques.
- * Pesario de Globo Inflado, en tres tamaños, a tres shillings, seis peniques cada uno.
- * Esponja Anticonceptiva envuelta en red de seda, a un shillings cada una.
- * Pesario y Condón Combinados, en tres tamaños a cuatro shillings cada par.
- * Compuesto de Química, a un shillings y dos shillings por caja.
- * Jeringas de Vulcanita, tres shillings seis peniques, cada una.

Como se observa fuera de los anticonceptivos hormonales, en cada época ya se contaba en casa con todos los métodos anticonceptivos (aunque más rudimentarios), de los que disponemos ahora.

Y llegamos a la primera mitad del siglo XX aunque ya casi es nuestra era, la debemos concebir como de historia, en especial en este campo, de desarrollo espectacular en los últimos 15 años. Por ello relatamos aquí hechos trascendentales acaecidos en los primeros 60 años de nuestro siglo.

Dentro de los adelantos que la investigación médica logró en esos años destacaron el desarrollo y perfeccionamiento de los diafragmas y capuchones cervicales en celuloide, látex y caucho o hule en varios modelos, como los de Foote y Kafka; de los preservativos en especial los de hule desde grandes firmas como la Good Year y Hancock en los años treinta, iniciaron su producción sustituyendo el látex por hules especiales; un modelo de ellos; los llamados acorazados fueron muy populares habiéndose vendido por millones, ya que se conseguía libremente en las peluquerías; De los espermicidas en forma de óvulos, jaleas y espumas y más recientemente aerosoles que modificaron sus fórmulas para hacerlos más efectivos y tolerables; y sobre todo de los dispositivos intrauterinos, que desde el "Botón de Camisa" de Richer (1909) hasta los activos de cobre de zipper o de hormonas Zafaroni, Pasaron por una larga serie de modelos, formas y configuraciones, anillos (Grafenber 1909), espirales, martillos, aros escudos, Ts. Etc.

Por último a raíz de que Makepeace en 1937, observo que con hormonas tipo de la progesterona, estrógenos y testosterona, se inhibía la ovulación en animales, se hicieron estudios para el descubrimiento (simultaneo aunque separadamente logrado por Pincus y Rock) de la pildora anticonceptiva en 1950. A partir de ahí se derivaron numerosos compuestos hormonales capaces de impedir la ovulación, tanto por vía oral como depósito para aplicación por inyección o colocación local.

Esta creación de la pildora y sus derivados, prácticamente es el punto de culminación para los esfuerzos para lograr anticonceptivos de aplicación general y masiva y así mismo marca el inicio de la aceptación por parte del médico y de las parejas, de la que hoy llamamos planificación familiar.

Igualmente las civilizaciones primitivas, en los pueblos mal denominados salvajes o incivilizados, siempre ha existido la anticoncepción. Lo anterior lo demuestra Norman Hines en su libro "Historia Médica de los Anticonceptivos", en donde relata que los indios Djuka de Sudamérica habían ideado un ingenioso condón vaginal. Una vaina de grano de cerca de 10 centímetros de largo se abre por un extremo y se inserta en la vagina. El extremo cerrado descansa contra el cervix y el extremo abierto recibe en pene, por lo que es probablemente un anticonceptivo razonablemente eficaz. Los hombres y mujeres de Djuka estaban dispuestos a sacrificar una gran parte de su placer sexual. Las mujeres de sumatra se insertan en la vagina una pildora negra con

alto porcentaje de ácido tánico y que actúa como tapón cervical y como espermicida.

Los Thoga, de Africa practican el coito interruptus; los Dahomey de África Oriental usan una raíz comprimida como tapón cervical; en Guinea y Martinica las mujeres se ponen una ducha de jugo de limón mezclado con cáscaras de nueces de caoba. Y a finales del siglo diecinueve, en Java unos médicos blancos descubrieron que el 50 % de las mujeres que examinaron se habían inducido la reflexión uterina.

ANTECEDENTES DEL PROGRAMA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR.

La experiencia en el Instituto Mexicano del Seguro Social acerca del uso de la metodología anticonceptiva, a partir del inicio de la presentación de servicios de planificación familiar, suma alrededor de dos décadas; en la primera de ellas; con fines principalmente de la regulación de la fecundidad y en la segunda, poniendo más énfasis en la aplicación del enfoque de salud y riesgo reproductivo en la prestación de servicios, como una indicación medicopreventiva en el cuidado de la salud reproductiva de la población, que coadyuva a la disminución de morbimortalidad materna perinatal.

En la primera etapa de las actividades de planificación familiar, entre 1973 y 1982, la preocupación central fue el crecimiento acelerado de la población, en el contenido educativo se centró por una parte en las ventajas socioeconómicas de contener el crecimiento de la población resumidas en el lema "LA FAMILIA PEQUEÑA VIVIE MEJOR" y por la otra en el conocimiento y el uso adecuado de los métodos anticonceptivos, en esta etapa para informar a la población social, y de algunos materiales impresos de apoyo a la comunicación internacional sobre los métodos anticonceptivos, la orientación más general de la comunicación educativa fue de carácter informativo.

En la segunda etapa entre 1983 y 1990, corresponde a la transición de la protección anticonceptiva, con un enfoque principalmente demográfico a la aplicación de un informe de salud y riesgo reproductivo, en la promoción y prestación de los servicios de planificación familiar, la preocupación ya fue solamente la regulación de la fecundación y la identificación de los factores de riesgo reproductivo y la protección oportuna eficaz.

La metodología de la comunicación educativa realizada en esta etapa, dirigida a la población, donde la participación de los medios masivos fue muy débil y poco orientada al enfoque de salud y riesgo reproductivo.

Por el contrario en el Instituto Mexicano del Seguro Social, se llevó a cabo un intenso y amplio proceso de comunicación educativa para la capacitación del personal en el enfoque de salud y riesgo reproductivo, para la educación de la población.

En una tercera etapa de consolidación de la aplicación del enfoque que da la salud reproductiva, iniciada con la reestructuración de la subdirección general médica y con la integración conceptual, estructural y operativa de los servicios de planificación y los de atención materno infantil, los contenidos educativos se ampliaron con el concepto de salud reproductiva.

La metodología de la comunicación educativa, dirigida a la población se centró en la comunicación interpersonal desarrollada a nivel de consejería en salud reproductiva, en la cual se procura la mayor participación del usuario de los servicios en la toma de decisiones pertinentes y se orienta a la creación de la conducta reproductiva probable para la salud individual y familiar.

En la tercera etapa adquiere especial importancia la comunicación sobre sexualidad humana, como uno de los retos más importantes en los próximos años para evitar que las nuevas generaciones sufran problemas biológicos, psicológicos y sociales, derivados de los embarazos no deseados o las consecuencias de su reproducción en presencia de factores de riesgo.

Los cambios ocurridos entre 1985 y 1995, entre los cuales se puede mencionar los siguientes:

- La aplicación del enfoque de salud y riesgo reproductivo en la promoción y prestación de los servicios de protección anticonceptiva.
- La prioridad otorgada a la protección anticonceptiva postparto y postaborto en el cuidado de la salud reproductiva.
- La integración conceptual, estructural y operativa, de los servicios de planificación familiar y de los de atención materno infantil, como las dos grandes vertientes del cuidado de la salud reproductiva de la población.
- La aplicación de las técnicas de consejería en salud reproductiva en la actividades de comunicación educativa interpersonal en materia de planificación familiar, con el fin de asegurar el consentimiento informado de toda persona en la adopción de un método anticonceptivo.

La identificación y la valoración de los factores de riesgo reproductivo a sido uno de los criterios que sirvieron de base para la selección del método anticonceptivo más conveniente en cada caso y para la orientación del usuario para un consentimiento bien informado en la adopción de la anticoncepción lo cual a llevado progresivamente a una racionalidad cada vez mayor en la prescripción y en el uso de los métodos anticonceptivos, que van más allá de los parámetros tradicionales de edad y paridad utilizados en la selección de los métodos anticonceptivos, para sustentarse mas en las características y

condiciones específicas de la vida reproductiva de cada persona y a la presencia o no de factores de riesgo reproductivo.

Como consecuencia de lo anterior la conducta anticonceptiva de la población atendida en el Instituto Mexicano del Seguro Social observada con mayor frecuencia, en un inicio en la etapa pregestacional principalmente con métodos hormonales, seguida de un procedimiento en el uso del dispositivo intrauterino como método temporal en la etapa postgestacional, para asegurar el adecuado espaciamiento de un siguiente embarazo y finalmente la oclusión tubaria bilateral, con el fin de limitar el número de hijos en la familia.

2.2 ANATOMIA Y FISIOLÓGIA ELEMENTAL DE LOS ORGANOS REPRODUCTORES

APARATO GENITAL FEMENINO

Para facilitar el estudio del aparato genital femenino, este se divide en órganos genitales externos y órganos genitales internos.

ORGANOS GENITALES EXTERNOS

Son las partes visibles desde el exterior, y comprenden el conjunto de órganos que se encuentran desde el borde inferior del pubis al perine y que generalmente se les conoce con el nombre de vulva.

Son las siguientes:

- Monte pubiano
- Labios mayores.
- Labios menores
- Clitoris
- Vestibulo
- Meato urinario
- Glándula de Bartholini
- Glándula de Skene
- Himen
- Orquilla
- Periné

Monte Pubiano. Prominencia localizada por delante de la sínfis del pubis formada por tejido adiposo y cubierta de piel pigmentada, que en la pubertad se cubre de vello, formando un triángulo de base superior.

Labios Mayores. Constituyen formaciones prominentes en la mujer adulta, que parte del monte pubiano en forma de dos repliegues redondeados y se dirigen hacia abajo y atrás para reunirse en la parte media del periné.

Constituidos por tejido celular, tejido conectivo, y un plexo venoso y parte del ligamiento redondo. Están recubiertos por piel resistente, pigmentada, con glándulas sebáceas y vello. En la mujeres vírgenes se encuentran juntos; en las multiparas abiertos. Su cara interna posee un gran número de glándulas sebáceas que le proporcionan cierto grado de humedad.

Labios Menores. Son dos pliegues de piel, pequeños y delgados planos rojizos, desprovistos de vello, ricos en glándulas sudoríparas y folículos sebáceos, que al adosarse entre si ocluyen el orificio vaginal. Se unen las dos partes anterior y posterior, la unión anterior da lugar al frenillo del clítoris y al prepucio. En la nulípara se encuentran cubiertos por los labios mayores. Estas formaciones se atrofian durante la menopausia, debido a la disminución hormonal.

Clítoris. Órgano homólogo del pene de forma cilíndrica de uno a dos centímetros de longitud situado en la parte superior del introito por arriba del meato urinario; esta constituido por tejido eréctil (dos cuerpos cavernosos), glande y dos pilares que le dan forma y lo fijan del periostio del pubis. Esta provisto de una red venosa y sensitiva (nervio pudendo); Es asiento de sensaciones placenteras durante el acto sexual.

Vestíbulo. Espacio comprendido entre los dos labios menores; contiene el orificio vaginal y las glándulas vestibulares. Se encuentra cubierto por un epitelio escamoso estratificado.

Meato Urinario. Orificio en forma de hendidura por el cual desemboca la uretra hacia el exterior. Esta recubierto por un epitelio transicional.

Glándula de Skene. Son dos y se encuentran una de cada lado de la parte posterolateral del meato uretral; producen moco que lubrica el vestíbulo, estas glándulas se infectan con relativa frecuencia.

Glándulas de Bartholini. También son dos, se ubican en los labios menores y en la pared vaginal, desembocan en el introito, con su mucosidad lubrican la vulva y la parte externa de la vagina. Cuando se infectan se obstruyen la luz del conducto y producen abscesos (Bartholinitis).

Himen. Membrana anular que cubre prácticamente la entrada a la vagina; esta formada por dos capas de tejido fibroso, se rompe al contacto sexual y sus restos se designan Carunculas Mitroformes. Tienen importancia en el medio legal.

Horquilla vulvar. Así se llama el lugar donde se unen los dos labios mayores con los menores en su parte posterior.

Perine. Región comprendida entre la horquilla y el ano; esta constituida por músculos transversos del perine y vulvo cavernosos. Se ve afectado por el trauma que condiciona el parto.

ORGANOS GENITALES INTERNOS

LOS ORGANOS GENITALES INTERNOS SON:

- Vagina
- Utero
 - Cervix
 - Itmo
 - Cuerpo
- Trompas de Falopio
- Porción Interstital
- Porción Istmica
- Porción Ampular
- Ovarios

Vagina. Conducto virtual; músculo membranoso que se extiende desde la vulva hasta el útero; Se relaciona con la vejiga por su cara anterior y con el recto por su cara posterior.

Funciones y dirección. Sirve como:

- a) Conducto escretor del útero (Menstruación, Secreciones)
- b) Organo de la cópula
- c) Conducto del parto

Su dirección es curva hacia dentro y de abajo hacia arriba. Mide de 8 a 10 centímetros de longitud; es muy distensible y tiene y tiene arrugas transversales. Se inserta en el útero formando dos fondos de saco (anterior, posterior y laterales). Se encuentra formada por epitelio pavimentoso, capa muscular y tejido conectivo, se sostiene en su sitio mediante los ligamentos cardinales o de Mackenrodt y músculo elevador del ano.

Utero. Organo muscular, hueco, situado en la parte posterior de la pelvis de forma periforme; esta invertido y aplanado ligeramente en sentido anteroposterior. La cara anterior de este órgano se relaciona con la vejiga, La posterior con el recto, las laterales con los ureteres, y la inferior con la vagina, la cual se inserta en su parte cervical dejando una porción supravaginal y otra intravaginal. Mide de 7 a 8 centímetros de longitud y 5 a 6 centímetros en la parte fundica.

Para estudiar el útero se divide en tres partes:

- a) Cuerpo o parte superior, b) Itmo, que es la zona donde se adelgaza formando una depresión, c) cervix o parte inferior.

El útero está formado por tres capas; Externa, Media e Interna.

Externa, serosa o peritoneo cubre todo el cuerpo excepto la parte inferior, o sea la que se relaciona con la vejiga.

Esta capa origina una serie de refuerzos que dan lugar a los elementos de fijación del útero, que son: a) ligamento redondo, b) ligamento uterosacro, c) ligamento cardinal y d) ligamento ancho.

Media. Muscular Miometrio. Es la más gruesa y resistente; esta formada por fibras musculares lisas dispuestas en capas entrelazadas y mezcladas con tejido elástico constituido por fibras circulares longitudinales y arciformes.

Interna. Endometrio. Capa que reviste la cavidad uterina, que sufre los cambios cíclicos por efecto hormonal y que al desprenderse da lugar a la menstruación. Esta formada por un epitelio columnar que contiene gran cantidad de glándulas y vasos sanguíneos de dos tipos; arterias rectas y arterias en espiral.

Ovarios. Los ovarios son dos órganos ovoides aplanados sólidos y blanquecinos, cada uno de los cuales mide 4 x 3 x 2.4 centímetros; localizados en la porción lateral de la pelvis (fosa ovarica), en íntima relación con la parte distal de la trompa, mediante la fimbria. Se sostiene en su sitio gracias a un engrosamiento del ligamento ancho (mesovario). Los ovarios tienen una parte central (médula) y otra externa (corteza); la primera está constituida de tejido conjuntivo laxo y gran cantidad de vasos; sin embargo, la corteza es asiento del tejido germinativo. Estos órganos son encargados de producir las células reproductivas y esta es la fuente principal de hormonas femeninas: estrógenos y progesterona.

APARATO GENITAL MASCULINO

EL APARATO GENITAL MASCULINO ESTA CONSTITUIDO POR:

TESTICULOS: Son dos glandulares cuya función primordial consiste en producir espermatozoides en su etapa primitiva, son órganos abdominales y un poco antes del nacimiento descienden para ocupar el escroto. Son de forma ovoide y miden 4 x 2.5 x 1.5 se sostienen en su sitio gracias al Cremaster, ya que se contrae con el frío (acercando los testículos hacia el abdomen) y se dilata con el calor (retirándolos), para mantener a los testículos a una temperatura uniforme.

Cada testículo cuenta con varios cuernos de lóbulos y cada lóbulo tiene varios túbulos seminíferos, las paredes interiores del lóbulo seminífero se encuentran formadas por epitelio germinal, el cual produce espermatozoides y las hormonas masculinas.

A partir de la pubertad el tejido germinal empieza a funcionar y continúa haciéndolo durante toda la vida del individuo (espermatogénesis).

Los túbulos seminíferos, aproximadamente 1000 confluyen en la parte superior del testículo y desembocan en el Epidídimo.

Epidídimo.- Este es un conducto de cinco centímetros de longitud que se adosa a la cara posterior de cada testículo de arriba abajo y es el lugar en el que se efectúa la selección natural de los espermatozoides al iniciarse la maduración de estos.

Conducto deferente. Es la continuación del Epidídimo; consiste en un conducto de 30 a 40 centímetros de longitud que sale del Escroto; se dirige al conducto inguinal y lo atraviesa haciéndose en esta forma abdominal, terminando en la base de la vejiga urinaria.

Vesículas Seminales. Son aplicaciones del conducto deferente del tejido membranoso, fácilmente distensible, con capacidad contractil cuya función consiste en coleccionar los espermatozoides para que terminen su proceso de maduración, además de constituir parte de la vía espermática.

Conductos Eyaculadores. Estos parten de las vesículas seminales; son tubos de 15 a 20 milímetros de longitud que desembocan en ambos lados de la uretra prostática.

Uretra. Constituye un conducto más largo en el hombre que en la mujer, mide de 14 a 20 centímetros de longitud por 10 a 20 milímetros de diámetro y se extiende desde el cuello de la vejiga hasta el extremo distal del pene; cumple una doble función: la eliminación de la orina y la eyaculación del esperma.

Próstata. Se trata de un órgano impar de naturaleza glandular ubicado en la parte inferior de la vejiga; rodea la porción inicial de la uretra; mide 30 x 25 milímetros y pesa de 20 a 25 gramos. En el interior tiene varios conductos externos que se abren en la porción prostática de la uretra; a través de ellos vierte su secreción, que forma parte del líquido eyaculado y le da su carácter alcalino.

Glándulas de Cowper. Son dos pequeñas estructuras situadas por debajo de la próstata a los lados de la uretra, de 5 milímetros de longitud, que desembocan en la uretra mediante los tubos externos, con los cuales eliminan una secreción mucosa, espesa, grisácea, de Ph alcalino, que tiene como función lubricar el medio y neutralizar la vagina.

Escroto. Bolsa impar media, situada debajo de la sínfisis púbica, entre los muslos; está constituida por piel delgada, de color oscuro, elástica y distensible, con numerosos pliegues transversales cubiertos de pelos largos y rígidos. Esta piel es rica en glándulas sudoríparas y sebáceas.

Pene. Órgano masculino de copulación; deposita el semen en la vagina, está situado encima del escroto, delante de la sínfisis del pubis. Tiene forma cilíndrica mide 9 a 10 centímetros de longitud y 18 a 20 milímetros en estado flácido y de 15 a 20 centímetros de largo por 3 a 4 centímetros de diámetro en estado eréctil, en promedio. El extremo posterior o raíz del pene está fijo a la

síntesis del pubis por el ligamiento suspensor. En el extremo libre se haya el glande el cual se encuentra cubierto por su capuchón de piel llamado prepucio. El glande es la zona más sensible del pene. El cuerpo de este órgano es cilíndrico con tendencia a circular y esta constituido por tejido eréctil y una envoltura de tejido elástico. El tejido eréctil esta compuesto de los cuerpos cavernosos y el cuerpo esponjoso.

Los cuerpos cavernosos son dos de forma cilíndrica. Y están adosados uno a otro en la parte interior del pene. El cuerpo esponjoso también cilíndrico, tiene un diámetro menor y se ubica en la parte posterior, entre los cuerpos cavernosos. La uretra recorre al pene en toda su extensión. Una piel fina muy movable, lo cubre es de color oscuro en la pared media y posterior, donde tiene un rafé que se continua con el escroto. El tejido eréctil del pene se llena de sangre con mucha rapidez haciendo que este órgano aumente de tamaño y consistencia; al desalojar la sangre queda flácido y disminuye de tamaño.

FISIOLOGIA DE LA REPRODUCCIÓN

EJE HIPOTALAMO-HIPOFISIS-OVARIO.

El hipotálamo regula la secreción de la Adenohipófisis mediante hormonas que, a través del sistema portal, se acumulan en el lóbulo posterior de la hipófisis y estimulan o inhiben la secreción de las hormonas Gonadotrópicas.

La Adenohipófisis mediante un tipo de pequeñas células Basofílas en el lóbulo anterior produce hormonas gonadotrópicas: hormona estimulante del folículo (HEF), hormona Luteinizante (HL), o estimulante de las células Intestinales (HECI), glucoproteicas solubles y otras glucoproteínas de peso molecular elevado, cuya secreción es controlada por las hormonas hipotalámicas y ováricas, así como por las mismas gonadotrópicas. Estas sustancias aparecen a los nueve años de edad, pero hasta dos años antes de la Menarquia alcanzan niveles mensurables.

En los núcleos hipotalámicos se origina la hormona inhibidora del HEF y la hormona liberadora de HL que, a través del sistema porta estimulan la Adenohipófisis para que produzca HEF y HL, las cuales actúan sobre el ovario, estimulando la maduración ovular, el crecimiento folicular, la ovulación y simultáneamente la producción de estrógenos y progesterona.

CICLO SEXUAL FEMENINO

Antes de la pubertad, los centros hipotalámicos están inhibidos por las estrias terminales de una zona en el complejo amigdalino. La maduración del sistema nervioso central libera al organismo de esta inhibición, con lo que se inicia la pubertad.

CICLO MENSTRUAL

Es el intervalo entre el primer día de flujo menstrual y el día que precede a la siguiente menstruación. Durante el ciclo menstrual ocurren cambios trascendentes en diversos tejidos del aparato genital.

CICLO OVARICO

Este se divide en tres fases:

- a) Folicular o Preovaria
- b) Ovular
- c) Lutea o Postovulatoria

Fase Folicular. Al terminar una menstruación varios folículos son liberados por la acción inhibitoria que sobre la hipófisis ha ejercido el cuerpo amarillo del ciclo anterior; dichos folículos se desarrollan y proceden a madurar por la acción de la HEF que libera la hipófisis. Solo uno alcanza generalmente la madurez, liberando un óvulo; el resto presenta atresia folicular al ir madurando el folículo se desplaza hacia la corteza del ovario y forma el estigma, zona cortical en la que ocurre la ruptura folicular y expulsión del óvulo.

El desarrollo folicular depende de la presencia de las hormonas gonadotropinas HEF y HL; el ovario responde produciendo estrógeno en forma simultanea al crecimiento del folículo y maduración del óvulo. Estas sustancias alcanzan su máximo nivel antes de la ovulación, unas 24 a 48 horas antes de que ocurra la ovulación, existe un aumento súbito de HEF y HL; ésta ultima alcanza un nivel y desempeña un papel más importante en la ruptura folicular.

Fase Ovular, tiene lugar aproximadamente en la mitad del intervalo entre una menstruación y la siguiente (día 14) y depende de la proporción existente entre los niveles de HEF y HL, que se ven afectados por la producción de estrógenos. Varios estímulos ejercen su influencia sobre la ovulación y la conducta del apareamiento en la escala animal, por ejemplo: estímulos sensoriales (vista, oído olfato y tacto), estímulos emocionales y químicos (esteroides ováricos).

Fase Lútea, con la formación del cuerpo amarillo ocurre la producción de progesterona, que pronto alcanza niveles elevados. Las gonadotropias hipofisarias sufren un descenso en sus niveles por la acción inhibitoria que ejercen los estrógenos y la progesterona (retroalimentación), antes de que aparezca el flujo menstrual existe una disminución súbita de estrógenos y progesterona.

CICLO ENDOMETRIAL

- a) Proliferativa
- b) Secretora
- c) Menstrual

Proliferativa o Estrogénica. Esta fase se presenta del 1 al 14avo. día del ciclo y se caracteriza por el desarrollo de los diferentes componentes histológicos del endometrio (vasos glándulas y estomas).

Secretoria o Progestacional. Esta fase ocurre entre el 14 avo y 28avo, día; En ella continua el desarrollo endometrial y aparece secreción en la luz glandular, haciendo propio al endometrio para que ocurra la nidación.

Menstruación: Es un fenómeno vascular; los vasos rectos irrigan la capa basal de endometrio, en tanto que las arterias espirales aportan sangre a los dos tercios internos del mismo, a medida que aumenta el espesor del endometrio, también lo hace la longitud de los vasos, que se tornan más espirales.

El sangrado menstrual ocurre por varias causas:

- a) Desgarro de la pared arteriolar.
- b) Escape sanguíneo a través del epitelio sin formar hematoma
- c) Diapedisis a través de la pared capilar

Hay una vasoconstricción que precede y acompaña a la menstruación, lo que evita una pérdida exagerada de sangre.

Ciclo Cervical.- En los primeros días el moco cervical es opaco y muy poco elástico; el 14avo. día aumenta de tamaño y la capacidad secretoria de las glándulas endocervicales. El moco se torna claro y muy filante, lo cual permite que los espermatozoides penetren fácilmente. Al realizar frotis revela forma de helecho.

Ciclo Vaginal.- La vagina muestra cambios en sus células de descamación; en la primera mitad del ciclo predominan células cornificadas, basófilas y después del día 14 aparecen células Eosinófilas y Naviculares.

EFFECTOS DE LOS ESTRÓGENOS Y LA PROGESTERONA EN EL ORGANISMO

Los estrógenos tienen como función principal propiciar la aparición y conservación de los caracteres típicos (mamas, genitales externos, tejido derivado de los conductos de müller); también influye en la fisiología femenina en general, al actuar sobre el hipotálamo y la hipófisis, la progesterona, en cambio, tiene como misión principal preparar el endometrio para que ocurra la implantación del huevo fecundado y preservar el embarazo; su efecto queda circunscrito al útero, y siempre actúa con un estímulo estrogénico previo.

GAMETOGENESIS.

Para que los óvulos y los espermatozoides puedan dar origen a un nuevo ser necesitan pasar por un proceso de maduración.

MADURACIÓN DE CELULAS GERMINALES

La maduración del óvulo y el espermatozoide tiene por objeto reducir la carga cromosómica de ambas células para que con la fusión de las mismas se integre una célula completa.

Maduración Espermática (espermatogénesis). Los espermatozoides se producen en las células de Leyding de los túbulos seminíferos del testículo por acción de HEF, su producción es continua desde la pubertad a la muerte; para alcanzar su madurez, los espermatozoides requieren de 60 a 70 días, durante los cuales experimentan las etapas que se muestran en seguida, tendientes a tener una reducción cromatinica y redistribución del material hereditario realizado por la meiosis, por medio de la cual de un número diploide de cromosomas pasan a ser células con un número haploide y adquieren forma y función especiales que las hacen aptas para la fecundación.

Los espermatozoides se encuentran suspendidos en una sustancia líquida denominada plasma seminal.

La célula sexual masculina inmadura es la espermatogonia; tiene 44 cromosomas (autosomas) y dos cromosomas sexuales X o Y, por lo que son células diploides. Estas células sufren una división en la cual reducen sus cromosomas a 22 autosomas y un cromosoma sexual, constituyendo los espermatoцитos secundarios o de segundo orden, que son células haploides.

En divisiones sucesivas mantienen su mismo número de cromosomas y reciben el nombre de espermatoцитos secundarios o de segundo orden; al

continuar la maduración celular pasan por la fase de espermátides, que son células sin flagelo. Al madurar totalmente se vuelven células flageladas y adquieren capacidad fecundantes; es entonces cuando se denominan espermatozoides. El espermatozoide normal mide 65 micras.

De cada espermatogonia se originan cuatro espermatozoides, de los cuales dos tienen 22 X y los otros 22 Y en su fórmula cromosómica. Los espermatozoides con cromosomas X, unidos al óvulo, dan lugar a un producto femenino; y los espermatozoides con cromosoma Y, a un varón. La espermatocytosis está regulada por la acción de la hormona estimulante del folículo, producida por la adenohipófisis.

En el cuadro siguiente se muestran las diferentes morfológicas de los dos tipos de espermatozoides, y en la figura 1.17 se aprecian, esquemáticamente, las partes de un espermatozoide.

Algunos espermatozoides pueden presentar alteraciones morfológicas importantes; éstos no deben exceder el 20 % para poder cumplir con su función normal. Las formas dobles son producto de un defecto de disyunción en el proceso de maduración.

En el momento en que ocurre la meiosis pueden producirse anomalías en la distribución cromosómica de los autosomas o de los cromosomas sexuales en los gametos, alteración que repercutirá en la descendencia en caso de que constituyan células fecundantes.

Maduración ovular. (ovogénesis). El óvulo, al igual que el espermatozoide, experimenta un proceso de maduración para estar en condiciones de estar fecundado. La maduración ovular se lleva a cabo en el ovario a partir de las ovogonias, que existen desde el nacimiento en número de 200,000 a 300,000 y que dan lugar a los ovocitos de primer orden, antes de que se rompa el folículo, con lo cual se elimina una célula llamada primer corpúsculo polar.

Cuando se rompe el folículo queda en libertad el óvulo maduro, que tiene únicamente la mitad de su carga cromosómica y es acompañado en su expulsión por el segundo corpúsculo polar.

Al igual que describimos en el proceso de maduración espermática, el óvulo tiene que sufrir unos cambios para adquirir su capacidad fecundante. Este proceso se efectúa en el ovario; al romperse el folículo se libera un óvulo ya maduro. Solo maduran entre 200 y 400 óvulos (uno cada ciclo menstrual), en toda la vida reproductiva de la mujer, es decir, de la pubertad a la menopausia.

La célula germinal femenina inmadura recibe el nombre de ovogonia, y tiene 44 cromosomas (autosomas) y dos cromosomas sexuales xx, es una célula diploide. Al ocurrir la meiosis, los cromosomas se agrupan por parejas,

quedando cada célula con 22 autosomas y un cromosoma x después de la división. La célula de mayor tamaño es el ovocito de segundo orden, y el primer glóbulo o corpúsculo polar; ambas células tiene la misma carga cromosómica.

En una siguiente división, el ovocito secundario da lugar a una célula más grande, el óvulo maduro, y a una célula de menor tamaño, el segundo polar, que también se desintegra.

2.3 ¿QUÉ ES EL MÉTODO?

DEFINICIONES DEL METODO:

Es un proceder ordenado y sujeto a ciertos principios o normas para llegar de una manera segura a un fin u objetivo que se ha determinado de antemano. (1)

Es el camino a seguir mediante una serie de operaciones y reglas prefijadas, aptas para realizar un resultado propuesto (2).

Es la manera razonada de conducir los procesos del pensamiento con el objetivo de llegar a un resultado determinado y preferentemente, al descubrimiento de la verdad (3)

MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

Definición.- Son aquellos que es utilizan para impedir la capacidad reproductiva de un individuo en forma temporal o permanente.

(1) Callejan Aduna Silva, La investigación en Enfermería, pag. 42

(2) OPSIT 42

(3) Bertha Yoshiro Higashida, Ciencias de la Salud, pag. 9

POLÍTICA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN LA APLICACIÓN DE LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS.

- Los servicios de planificación familiar, como parte del cuidado de la salud reproductiva de la población, se proporcionarán respetando el derecho de toda persona a decidir de manera libre, responsable e informada, sobre el número de espaciamiento de sus hijos.
- Las actividades de promoción educativa sobre protección anticonceptiva y sexualidad humana, especialmente de las nuevas generaciones, se consideran la base fundamental, tanto para la aceptación de la metodología anticonceptiva, como el logro de una conducta reproductiva favorable para su salud.
- Las técnicas de consejería en salud reproductiva se aplicarán en la promoción y prestación de los servicios de planificación familiar, a fin de asegurar el consentimiento bien informado de toda persona en la adopción de un método anticonceptivo.
- La promoción y la prestación de los servicios de protección anticonceptiva se orienta prioritariamente a la protección anticonceptiva postparto y postaborto; a los grupos de mujeres con riesgo reproductivo y embarazos de alto riesgo, a los adolescentes, a la población de las áreas rurales y urbanas marginadas y a la población masculina.
- La protección anticonceptiva que se proporciona a la población, se basará en los métodos más seguros y eficaces, con mayores tasas de continuidad en su uso y con menores efectos indeseables.
- Los servicios de protección anticonceptiva se proporcionarán en todas las unidades de atención médica en los tres niveles de atención.
- Los servicios de planificación familiar se proporcionarán a toda persona que lo solicite, sea o no asegurada.
- La capacitación y el estímulo tanto al personal institucional como comunitario que participa en la promoción y en la prestación de los servicios de planificación familiar deberá llevarse a cabo de manera sistemática y continua.

CLASIFICACIÓN DE LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS

Existen diferentes clasificaciones de los métodos anticonceptivos de acuerdo con su uso y su composición.

CLASIFICACIÓN DE LOS METODOS DESDE EL PUNTO DE VISTA HISTÓRICO.

- a) Métodos Primitivos: Coito Interrumpido.
- b) Métodos Tradicionales: Espermicidas, preservativos, Locales, Diafragmas, Método del Ritmo.
- c) Métodos Modernos: Dispositivo intrauterino, y Anticonceptivos Hormonales.
- d) Métodos Permanentes: Oclusión Tubaría Bilateral, Vasectomía.

CLASIFICACIÓN DE LOS MÉTODOS DESDE EL PUNTO DE VISTA DE SU COMPOSICIÓN.

1.- QUIMICOS:

- a) Hormonales Orales
- b) Hormonales Inyectables
- c) Hormonal Subdérmico
- d) Espermicidas
- e) Jaleas
- f) Espumas
- g) Ovulos

2.- DE BARRERA:

- a) Diafragmas
- b) Preservativo

3.- MECANICO:

- a) Dispositivo Intrauterino
 - Siete de Cobre
 - "T" de Cobre
 - Asa de Slip

3.- METODOS QUIRÚRGICOS:

- a) Oclusión Tubaria Bilateral (Mujer)
- b) Vasectomía (Hombre)

4.- NATURALES:

- a) Calendario, del Ritmo de Ogino-Knaus
- b) De la Temperatura
- c) Moco Cervical o Billings
- d) Sintotérmico

CLASIFICACIÓN DE LOS MÉTODOS DE ACUERDO CON SU USO

MÉTODOS TEMPORALES:

- a) Naturales o de Abstinencia
- b) Hormonales: Orales, Inyectables, Subdérmicos.
- c) De Barrera y Espermicida
- d) Mecánicos

MÉTODOS PERMANENTES O DEFINITIVOS:

- a) Oclusión Tubaria Bilateral (Mujer)
- b) Vasectomía (Hombre)

A).- MÉTODOS NATURALES O DE ABSTINENCIA

Descripción.- Son los métodos por medio de los cuales se evita el embarazo, planificando el acto sexual de acuerdo con los periodos fértiles o infértiles de la mujer.

Estos métodos requieren de una alta motivación y participación activa de la pareja, así como de la capacidad de la mujer para identificar los patrones de secreción de moco cervical, temperatura basal y otros síntomas asociados al periodo fértil.

LOS MÉTODOS NATURALES MAS UTILIZADOS SON:

- Método Calendario, del Ritmo o de Ogino-Kanus
- Método de la Temperatura
- Método del Moco Cervical o de Billings
- Método Sintotérmico

Efectividad. En condiciones habituales de uso su efectividad es del 70 al 80%.

Indicaciones. Estos Métodos pueden aplicarse en parejas de edad fértil y vida sexual activa que requieran regular su fecundidad de manera temporal y que no deseen usar un método de mayor efectividad por cualquier causa.

Contraindicaciones. Riesgo reproductivo elevado en mujeres con ciclo menstruales en cuanto a duración y características de la menstruación . Inhabilidad de la mujer para aprender a reconocer las característica de su ciclo menstrual.

En personas que no estén en situación de practicar la abstinencia sexual cuando el método lo requiera.

Precauciones. Desconocimiento de la mujer respecto de las características de su ciclo menstrual por cualquier razón.

FORMAS DE USO DE LOS MÉTODOS NATURALES:

La forma de uso de estos métodos se base en la serie de eventos fisiológicos de un ciclo menstrual, la efectividad de los métodos depende de la capacidad de la usuaria para predecir la fecha de la ovulación con certeza razonable. La capacitación para estos métodos dura de tres a seis ciclos (meses). Requiere de la abstinencia periódica entre 35 y 50% del ciclo. Se debe estudiar el moco cervical, la temperatura basal, las manifestaciones en los anexos, glándulas mamarias y cervix y llevar un registro minucioso diario de los cambios periódicos para la determinación de los patrones de secreción cervical, de la temperatura basal, y otros asociados al periodo fértil.

MÉTODO DEL CALENDARIO, DEL RITMO O DEL OGINO-KNAUS

Como resultado de la observación continua durante un año la pareja puede estimar el principio de su periodo fértil restando 19 días al ciclo más corto y calcula el fin de su periodo fértil restando 12 días del ciclo más largo. Durante ese tiempo se deben evitar las relaciones sexuales, debido a que pocas mujeres tienen ciclos menstruales de duración uniforme, a menudo los cálculos del ciclo del periodo fértil son demasiados amplios y requieren de abstinencia prolongada.

MÉTODO DE LA TEMPERATURA

Este método depende de un solo signo, la elevación de la temperatura basal, la mujer al despertar, antes de levantarse, debe efectuar la medición de la temperatura, todas las mañanas en la misma situación, después de al menos

cinco horas de sueño continuo. La medición puede ser oral, rectal o vaginal, pero la más exacta es la rectal, se debe efectuar el registro gráfico de los resultados de la medición para poder observar los cambios térmicos que indiquen si se produjo o no la ovulación. Este cambio generalmente es discreto con una variación de 0.2 a 0.4°C. Se registra la temperatura basal diariamente. La pareja debe abstenerse de tener relaciones sexuales entre el primer día de la menstruación y el tercer día consecutivo de la temperatura elevada. La espera de tres días, postelevarción de la temperatura, debe hacerse para asegurar que el óvulo no pueda ser fecundado .

METODO DEL MOCO CERVICAL O DE BILLINGS

Para practicar este método la mujer debe tener la capacidad para establecer diferencias entre sequedad, humedad y mayor humedad a nivel vaginal o vulvar, utilizando un papel higiénico antes de orinar o mediante la toma de moco cervical con el dedo, para verificar su aspecto y elasticidad. Durante el ciclo menstrual ocurren cambios que van de secreciones escasas de moco pegajoso, seguido de otra fase de aumento inicial de niveles de estrógenos, que dan una sensación de humedad y un moco cervical más abundante y lubricante que se observa cercano a la ovulación, caracterizada por una mayor humedad. El síntoma máximo o cúspide, es un moco elástico, que si se toma entre los dedos se observa filante, (es decir que estira o elonga como clara de huevo)

La abstinencia sexual debe comenzar el primer día del ciclo menstrual en que se observa el moco abundante y lubricante y se continua hasta cuatro días después del síntoma máximo o filantes del moco cervical.

Para poder determinar, con certeza razonable, las manifestaciones relativas al ciclo menstrual deben registrarse: Las fechas de inicio y termino de la menstruación. Los días de sequedad, de moco pegajoso y turbio y de moco claro y elástico de acuerdo con la simbología convencional disponible para el método.

El último día de secreción de moco se llama día cúspide. Se marca con una "X" y solo puede confirmarse al día siguiente, cuando vuelve el patrón infertil o días secos que determinan el comienzo de la época infertil del ciclo menstrual a partir del cuarto día después del cúspide. Los tres días siguientes al día cúspide se marcan 1,2,3. Los últimos días infértiles del ciclo menstrual comprenden desde el cuarto día después del día cúspide hasta el final del ciclo.

Cuando se desea prevenir el embarazo la pareja debe abstenerse de tener relaciones sexuales:

- Todos los días que se observe secreción de moco cervical hasta el cuarto día después del día cúspide
- Los días de menstruación
- Al día siguiente de la relación sexual en cualquier día seco, antes del día cúspide

PERIODO SINTOTÉRMICO

Este ritmo es denominado así porque combina varios síntomas y signos con la temperatura basal, especialmente cambios en el moco cervical y calculo numérico para determinar el periodo fértil de la mujer. Se puede asociar con otros cambios tales como: Dolor abdominal asociado a la ovulación, hemorragia intermenstrual, cambios en la posición, consistencia, humedad y dilatación del cervix, mastodinia, edema y cambios en el estado de animo.

Los cambios cíclicos del cervix se presentan de manera más uniforme, pero algunas mujeres tal vez no puedan interpretarlos, incluso cuando no existan condiciones anormales, ciertas mujeres no perciben cambios del cervix, ablandamiento, apertura, cambios en la posición y la humedad.

Las aceptantes de estos métodos pueden ser adiestradas por el personal capacitado, aun cuando no sea médico o paramédico. Se requiere de un cambio largo de instrucción inicial y asesoramiento.

LINEAMIENTOS GENERALES PARA SU PRESCRIPCIÓN

Se debe cumplir con los siguientes procedimientos:

- Mantener una estrecha relación entre el prestador de servicio y la pareja usuaria.
- Proporcionar una adecuada información para la cabal comprensión del método.
- La pareja usuaria debe aceptar el compromiso absoluto de abstinencia sexual durante los periodos de fertilidad en el ciclo menstrual, determinados de acuerdo a los procedimientos prescritos para cada método.

Duración anticonceptiva.- La duración de la protección anticonceptiva de los métodos naturales se extiende a su practica constante y correcta.

Efectos Colaterales.- No se describen efectos colaterales atribuibles a estos métodos, sin embargo la falta de colaboración entre los integrantes de la pareja, esto puede ser motivo de desavenencia conyugal y tensión emocional.

Conducta a seguir en caso de efectos colaterales.- Cambio de método.

Seguimiento de la usuaria.- Las visitas de seguimiento serán para evaluación del conocimiento y adhesión al método, así como para el reforzamiento de la consejería de métodos más efectivos.

MÉTODOS ANTICONCEPTIVO TEMPORALES

Definición.- Son todos aquellos recursos que se emplean para prevenir la ocurrencia de un embarazo, únicamente durante el tiempo o en el momento en que se están usando. Al dejar de utilizarlos habitualmente se recupera la fertilidad, es decir, la posibilidad de volverse a embarazar.

MÉTODOS HORMONALES ORALES

Descripción.- Son compuestos hormonales que inhiben la fertilidad de forma temporal.

Tipos:

- a) Hormonales Orales
- b) Hormonales Inyectables
- c) Hormonales subdérmicos

Hormonales Orales.

Se dividen en dos grupos:

- Hormonales combinados que solo contienen estrógenos y progestina
- Hormonales orales que solo contienen progestina

Hormonales Orales Combinados.

DESOGESTREL Y ETINILESTRADIOL

- a) Formulación.- Desogestrel 0.15 mg. Etinilestradiol 0.03 mg.
- b) Presentación.- Envase de 21 Tabletas.
- c) Efectividad.- La efectividad teórica fluctúa del 92 al 99%, sin embargo, en la practica la efectividad depende de la disciplina de uso.
- d) Mecanismo de Acción.- Inhibe la ovulación mediante la supresión en la producción de la hormona folículo estimulante y luteinizante. Produce cambios estructurales en el endometrio. Aumenta la densidad del moco cervical, lo que dificulta la penetración del espermatozoide.
- e) Indicaciones y Criterios.- Es el producto de elección en mujeres menores de 20 años sin antecedentes de gestación.

Constituye la segunda opción en mujeres de 20 años con o sin antecedentes de

gestación; que presentan factores de riesgo del tipo de la diabetes mellitus tipo 11,

hipertensión arterial moderada y/o hipercolesterolemia; y que tiene contradicciones para el

uso del dispositivo intrauterino o que no lo aceptan después de una adecuada consejera y

que no son tributarias de la oclusión tubaria bilateral.

f) **Contra Indicaciones:**

- Lactancia
- Neoplasia Maligna de Mama o Útero
- Trombosis o Tromboflebitis
- Hepatopatías
- Insuficiencia Renal Crónica

g) **Precauciones:**

- Hemorragia Uterina Anormal de Etiología no Determinada

h) **Modo de uso:** Este anticonceptivo debe iniciarse durante los primeros cinco días del ciclo menstrual, de preferencia por la noche, a la misma hora por 21 días consecutivos, al terminar el envase descartar por siete días e iniciar el ciclo siguiente.

i) **Efectos Secundarios.**

*Mastalgia

*Sangrando Intermenstrual

*Mareo

j) **Interacciones Medicamentos:** La eficacia anticonceptiva se ve modificada con el uso

simultaneo de algunos medicamentos y otros medicamentos modifican su efectividad con

la administración coincidente con los anticonceptivos.

k) **Conducta a seguir en caso de presentarse efectos secundarios.**

Cuando los efectos secundarios son leves, reforzar la consejería y recomendar a la usuaria continuar con el método, dado que la sintomatología es transitoria y se presenta solamente en los primeros ciclos de uso. En el caso de que se presenten algunos de los siguientes síntomas, suspender los anticonceptivos, cambiar a otro método y reforzar la consejería

* Sospecha de embarazo

*Dolor de Miembros Inferiores

*Persistencia de más de seis

meses de efectos secundarios.

Noretisterona y Etinilestradiol.- (Fuera de Cuadro Básico)

- a) **Formulación.** Noretisterona 0.4 mg. y Etinilestradiol 0.035mg.
- b) **Presentación.** Envase con 21 tabletas.
- c) **Efectividad.** La efectividad teórica fluctúa entre el 92 y 99% sin embargo en la practica depende de la disciplina en su uso.
- d) **Mecanismo de Acción.** Inhibe la ovulación mediante la supresión de la producción de hormona folículo estimulante y luteinizante, produce cambios estructurales en el endometrio, aumenta la densidad del moco cervical, lo que dificulta la penetración del espermatozoide.
- e) **Indicaciones y Criterio de Selección.** Está indicado en mujeres con edades comprendidas entre los 20 y 30 años, sanas sin antecedentes de gestación, sin factores de riesgo reproductivo y que presentan contradicciones absolutas para el dispositivo intrauterino o bien que no lo acepten las usuarias después de una consejería adecuada; que no se encuentren en el periodo de lactancia y que no sean tributarias de la oclusión tubaria bilateral.
- f) **Contraindicaciones:**
 - *Lactancia
 - *Hipertensión Arterial
 - *Hepatopatía
 - *Sospecha o diagnostico de Neoplasia Maligna Mamaria o Uterina
 - *Antecedentes de Trombosis y Tromboflebitis
 - *Insuficiencia Renal Crónica
 - *Mujeres mayores de 35 años y fumadoras
 - *Diabetes Mellitus
 - *Cardiopatía Isquémica y Reumática
- g) **Precauciones:**
 - *Alteraciones en las Pruebas de Coagulación
 - *Hemorragia Uterina Anormal de Etiología no Determinada
- h) **Modo de Uso:** Debe iniciarse durante los primeros cinco días del ciclo menstrual, ingerir una tableta por la noche a la misma hora, por 21 días consecutivos; al terminar el envase descansar por 7 días e iniciar el ciclo subsiguiente. En caso de ausencia de menstruación no empezar con el otro ciclo de tabletas, hasta descartar embarazo.
- i) **Efectos Secundarios:** Durante la administración del medicamento se puede presentar:
 - *Nauseas
 - *Mareo
 - *Mastalgia
 - *Cefalea
 - *Cloasma
 - *Sangrado Intermenstrual
 - *Aumento de Peso
- j) **Interacción Medicamentosa:** La eficacia anticonceptiva se ve modificada con el uso Simultaneo de algunos medicamentos, y otros medicamentos modifican su efectividad con la administración coincidente con los anticonceptivos.
- l) **Conducta a seguir en Caso de Presentarse Efectos Secundarios.** Cuando los efectos secundarios son leves, reforzar la consejería, recomendando a la usuaria continuar con el método, dado que la sintomatología es transitoria y

se presenta solamente en los primeros ciclos de uso. En caso de que se presente alguno de los siguientes síntomas, suspender los hormonales, cambiar a otro método y reforzar la consejería:

- *Sospecha de embarazo
- *Lactancia
- *Cefalea Intensa
- *Dolor Torácico Intenso
- *Dolor de Miembros inferiores
- *Persistencia de más de 6 meses de Efectos Secundarios

MONOHORMONALES ORALES CONTINUOS DE BAJA DOSIS: (FUERA DE CUADRO BÁSICO)

- a) Formulación. Levonorgestrel 0.03 mg.
- b) Presentación. Envase de 35 grageas
- c) Efectividad. Su efectividad es menor que la de los hormonales combinados.
- d) Mecanismo de Acción. Aumenta la densidad del moco cervical disminuyendo la penetración de espermatozoides, produce cambios estructurales en el endometrio, inhibe la ovulación en algunos ciclos menstruales.
- e) Indicaciones y Criterios de Selección: a partir de la séptima semana después del parto y en casos muy seleccionados de mujeres que están lactando que tienen contraindicaciones para el uso del dispositivo, de los estrógenos y después de una adecuada consejería, no aceptan el dispositivo intrauterino.
- f) Contraindicaciones:
 - *Mujeres Mayores de 35 años y fumadoras
 - *Hipertensión Leve y Moderada
 - *Antecedentes de trombosis y Tromboflebitis
 - *Hepatopatía
 - *Sospecha o Diagnóstico de Neoplasia Maligna de Mama o Utero
- g) Interacción Medicamentosa. La eficacia anticonceptiva se ve modificada con el uso Simultaneo de algunos medicamentos, y otros modifican su efectividad con la administración coincidente con los anticonceptivos.

BASES GENERALES PARA EL USO DE HORMONAS ORALES

- a) Lineamientos Generales Para su Prescripción:
 - *Historia Clínica Completa que Incluya Examen Ginecológico
 - *Se Proporcionara Consejería Adecuada, así como Explicación Suficiente sobre su mecanismo de Acción y modo de Uso.
 - *Se Recomienda en caso de Olvido de 1 Gragea Tomar al día Siguiente 2 Grageas.
 - *Se Recomienda en caso de Olvido de 2 Grageas Ingerir 2 Grageas los dos Días

Siguientes y Adicionar Algún Método de Barrera (Condón).

*En caso de que la Usuaría Presente Diarrea y/o Vomito durante la Toma Será conveniente el uso Adicional de un Método de Barrera (Condón).

b) Seguimiento de la Usuaría. Se recomienda la cita al mes de inicio del método y posteriormente cada 3 meses, si se presentan efectos secundarios.

IMPLANTES HORMONALES SUBDERMICOS. (Fuera de Cuadro Básico)

Definición.- Es un método temporal, de acción prolongada, que se inserta subdermicamente y consiste en un sistema de liberación continua y gradual de una progestina sintética y no contiene estrógeno.

- a) Formulación.- Seis cápsulas de Dimetilpolisiloxano, conteniendo cada una 36 mg. De Levonorgestrel
- b) Presentación. Bolsa de plástico sellada y estéril, conteniendo un juego de cápsulas de 34 milímetros de longitud por 24 milímetros de diámetro, las cuales liberan una vez implantadas, un promedio de 30 microgramos de Levonorgestrel.
- c) Efectividad. La efectividad teórica durante el primer año es alrededor del 99% disminuyendo gradualmente hasta el 96.5% o menos durante el quinto año de uso.
- d) Mecanismo de Acción. Aumento de la densidad de moco cervical, lo cual dificulta la penetración del espermatozoide, produce alteraciones estructurales y funcionales del endometrio, produce la inhibición de la ovulación en algunos ciclos menstruales.
- e) Indicaciones y Criterios de Selección. Están indicadas en mujeres menores de 35 años con o sin antecedentes de gestación sin factor de riesgo asociado, que presenten contraindicaciones para el uso de estrógenos o de dispositivo intrauterino y también en mujeres de 35 años tributarias de métodos anticonceptivos definitivos y que no han tomado la decisión.
- f) Contraindicaciones:
 - *Antecedentes de Hepatopatías
 - *Cáncer de Cervix o Mama
 - *Hemorragia Uterina Anormal de Etiología no Determinada
 - *Insuficiencia Renal
- g) Precauciones:
 - *En Mujeres de Peso Mayor de 70 Kilogramos, Existe mayor Posibilidad de falla
 - *Depresión Importnte
- h) Lineamientos Generales para su Prescripción:

*Historia Clínica Completa, Incluyendo Examen Ginecológico

*Proporcionar Consejería Adecuada

i) Técnica de Inserción y Extracción.

Inserción.

El implante se debe insertar durante los primeros 5 días del sangrado menstrual.

En una zona de piel de la cara interna del brazo izquierdo si la mujer es diestra o derecha, o viceversa, previa anestesia local se efectúa una incisión de 2 milímetros, introduciendo las cápsulas con un trocar calibre 10 en dirección opuesta al codo, no requiere sutura, solo un vendotele.

Extracción.

*A los cinco años de su aplicación o antes si la usuaria lo solicita; a través de una

pequeña incisión en el sitio de la aplicación.

j) Efectos Secundarios:

*Irregularidades Menstruales

*Amenorrea

*Cefalea

*Aumento de Peso

*Ocasionalmente Hematoma o Infección en el Sitio de Importe.

a) Interacciones Medicamentosas. La eficacia anticonceptiva se ve modificada con el uso

simultáneo de algunos medicamentos, y otros medicamentos modifican su efectividad con la

administración coincidente con los anticonceptivos.

i) Conducta a Seguir en Caso de Presentar Efectos Secundarios.- En el caso de irregularidades

menstruales se recomienda reforzar la consejería y prescribir: Levonorgestrel de 0.03 mg. 2

veces al día durante 20 días o Etinilestradiol 0.05 mg. Diarios durante 20, días.

Debe efectuarse la extracción Inmediata Bajo las Sigüientes Situaciones:

- Síntomas de Trombosis o Tromboflebitis
- Síntomas de Hepatopatías
- Aumento significativo de peso
- Embarazo

En caso de Expulsión de uno o más implantes, se deberá reemplazar por cápsulas nuevas, sin necesidad de cambiar las que hayan quedado IN SITU.

a) Seguimiento de la Usuaria.- Se recomienda una primera visita al mes de haberse

efectuado la inserción y posteriormente una visita cada 6 meses.

Reiterar a la usuaria

que al término de cinco años concluye su efectividad y puede quedar embarazada aun con los implantes IN SITU.

HORMONALES INYECTABLES

Definición.- Es un método temporal de larga acción y se dividen en dos grupos: los combinados de Estrogeno y Progestina, y los que contienen solo Progestina.

a) **Formulación:**

Acetato de Medroxiprogesterona	25 mg.
Cipionato de Estradiol	5 mg.
Enanato de Noretisterona	50 mg.
Valerianato de Estradiol	5 mg.

b) **PENETRACIÓN.**

*Caja con una ampollita de 0.5 mililitros en suspensión acuosa

*Caja con una ampollita de 3 mililitros en suspensión oleosa.

c) **Efectividad.-** Aplicado los días y de manera indicada se le atribuye 99% al 100%.

d) **Mecanismo de Acción.-** Inhibe la ovulación mediante la suspensión cíclica de la hormona folículo estimulante y luteinizante. Produce cambios estructurales del endometrio, aumenta la densidad del moco cervical dificultando la penetración del espermatozoide.

e) **Indicaciones y Criterios de Selección.-** Indicando en mujeres con edades comprendidas entre 15 y 45 años, que presenten contraindicaciones para el uso del dispositivo intrauterino, o bien que no lo acepten después de una consejería adecuada y que sean tributarias de oclusión tubaria bilateral. Otra indicación será en el postaborto inmediato o en el postparto inmediato de óbito en los que exista contraindicaciones para el uso del dispositivo intrauterino, o bien no lo acepte después de una consejería adecuada.

- f) Contraindicaciones:
- *Lactancia
 - *Embarazo
 - *Hipertensión Arterial
 - *Insuficiencia Venosa Periférica
 - *Hepatopatía
 - *Cardiopatía Isquémica o Reumática
 - *Sospechosa o Diagnóstico de Neoplasia Mamaria o Uterina
 - *Antecedentes de Trombosis o Tromboflebitis
- g) Precauciones:
- *Hemorragia Uterina Anormal de Etiología no Determinada
 - *Migraña Focal
 - *Preoperatorio de Cirugía Mayor Electiva (6 semanas antes)
 - *Alteraciones de las pruebas de coagulación
- h) Modo de uso.- Vía de Administración: Intramuscular. Debe agitarse la ampollita previo a su uso. La primera inyección deberá efectuarse entre el primero y quinto día del inicio del ciclo menstrual, en el postaborto inmediato o en el puerperio inmediato. Las subsiguientes inyecciones se aplican cada treinta días más-menos 3 días. El primer sangrado menstrual se presenta entre dos o tres semanas después de la aplicación.
- i) Efectos Secundarios:
- Sangrado Intermenstrual
 - Amenorrea
- J) Conducta a Seguir en caso de Presentarse Efectos Secundarios.- Los efectos secundarios relacionados con los trastornos menstruales o manchados intermenstruales, suelen presentarse durante los 2 o 3 primeros ciclos y se consideran normales dentro de esta etapa de adaptación, por lo que se sugiere reforzar la consejería y no suspender su uso. En caso de amenorrea, descartar embarazo y aplicar en los primeros 5 días del ciclo. En Caso de que presente alguno de los siguientes síntomas, suspender el hormonal
- Inyectable, cambiar a otro método y reforzar la consejería:
- *Ictericia
 - *Cefalea Intensa
 - *Dolor de Miembros Inferiores*
 - *Dolor Torácico Intenso
- k) Interacción Medicamentosa.- La eficacia anticonceptiva se ve modificada con el uso simultáneo de algunos medicamentos y otros medicamentos modifican su efectividad con la administración coincidente con los anticonceptivos.

BASES GENERALES PARA EL USO DE HORMONALES INYECTABLES.

- a) Lineamientos Generales para su Prescripción:
- Historia clínica completa, incluyendo examen ginecológico.
 - Se proporcionará consejería adecuada, así como explicación suficiente sobre su mecanismo de acción efectos secundarios y modo de uso.
 - En caso de omisión por uno o más meses, seguir esquema inicial.

NO HORMONALES

Descripción.- Son Artefactos o Aditamentos que Impiden La fundación del Ovulo por el
espermatozoide.

Tipos:

- Dispositivo Intrauterino.
- Recursos Anticonceptivos de Barrera.

Dispositivo Intrauterino.-

Es un Cuerpo semejante a una "T" de Polietileno flexible y contiene un principio activo coadyuvante de cobre, o de cobre y plata y tiene además hilos guía para su localización.

a) Descripción.- Son artefactos diseñados para colocarse en la cavidad uterina con fines

anticonceptivos.

En la actualidad se emplean polímeros de plástico, en su extremo caudal, llevan un

monofilamento de plástico para detectar su presencia y facilitar su extracción.

b) Presentación.- Empaque Individual estéril conteniendo un dispositivo intrauterino con 2

camisas de cobre en las ramas horizontales y un alambre de cobre enrollado en rama vertical.

con una superficie total de 380 milímetros cuadrados de cobre, acompañadas de un aplicador.

c) Efectividad.- Este método brinda una protección anticonceptiva del 95%.

d) Mecanismo de Acción.- Produce cambios bioquímicos en el endometrio con aumento en la concentración de Enzimas Lisozomales que actúan como espermicidas, producen infiltración leucocitaria, bloquea la respiración celular del espermatozoide por interferencia del cobre en el ciclo de Krebs, produce alteraciones de la movilidad tubaria.

e) Indicaciones y Criterios de Selección.- Constituye la primera opción en mujeres menores de 35 años, con antecedentes de gestación, con o sin riesgo reproductivo y también en las mujeres de 35 años o más con o sin antecedentes de gestación, sin paridad satisfecha y con otros factores de riesgo reproductivo. Es la primera opción en mujeres menores de 20 años, sin antecedentes de gestación, con riesgo reproductivo.

f) Contraindicaciones:

Etapa de Intervalo intergenésico

- Embarazo o Sospecha del Mismo,
- Patología Congénita o Adquirida que Deforma la Cavidad Uterina.
- Enfermedad Pélvica Inflamatoria Aguda o Crónica.
- Infección genital aguda o Reciente (Gonorrea, Sífilis, Clamidia, etc.)

- Frotis Cervicovaginal con sospecha de Malignidad.
- Cáncer de Cervix o del Cuerpo Uterino
- Utero con Histerometría Menor de 6 centímetros.

Etapa Postparto y Transcesarea:

- Carioamniotitis
- Patología congénita adquirida que deforme la cavidad uterina

Etapa Postaborto:

- Aborto Séptico

g) Precauciones

Etapa de intervalo:

- Anemia con Manifestaciones Clínicas
- Dismenorrea Incapacitante

Etapa de Postparto y Transcesarea:

- Ruptura Prematura de Membranas de 6 horas o más.

- h) Lineamientos Generales para su Inserción.- El Dispositivo intrauterino debe ser aplicado por personal capacitado, previa historia clínica completa y consejería adecuada. La duración de la protección anticonceptiva del dispositivo intrauterino "T" de cobre 380^µ es de 10 años o más. Si al término del periodo de efectividad del dispositivo intrauterino no existe contraindicación médica, se aplicara otro dispositivo intrauterino inmediatamente después de su extracción.
- i) Técnicas.- Debe usarse el aplicador en el postaborto de hasta 12 semanas de edad gestacional y en el intervalo intergenesico, no se recomienda el uso de aplicador en el postaborto de más de 12 semanas, postplacenta, en el postparto inmediato y transcesarea, etapas en las cuales se recomienda las técnicas con pinzas o manual.

TRANSCESAREA

Técnica con piezas.

Esta se lleva a cabo con la ayuda de 2 pinzas Forester o de anillos posterior al alumbramiento, se pinza el borde superior de la Histerometría, se eleva la pinza que sostiene el borde superior de la histerometría y con la otra pinza de anillos se deposita el dispositivo intrauterino en el fondo uterino, retirándola con cuidado para no jalar los hilos guía cuyo extremo distal se dejará a nivel del segmento uterino; no es necesario pasarlos a la vagina.

Técnica Manual:

El dispositivo intrauterino se toma entre los dedos de la mano y a través de la histerometría se deposita en el fondo uterino procurando no jalar los filamentos del dispositivo al retirar la mano

En ambas técnicas se debe tener cuidado en no incluir los hilos guía del dispositivo al efectuar la histerografía.

Posplacenta:

Técnica Manual.- El dispositivo intrauterino se coloca entre los dedos y se introduce a través del cervix depositándolo en el fondo uterino; Al retirar la mano se tiene cuidado de no jalar los filamentos del dispositivo intrauterino, cortando su extremo si fuera necesario.

Técnica con Pinza.- Se utilizan dos pinzas, una curva y otra recta, así como dos valvas vaginales; procediendo de la manera siguiente:

- Se expone el cervix con las valvas vaginales.
- Se toma el cervix con pinzas de anillos recta.
- Se introduce el dispositivo intrauterino con la pinza de anillos curva hasta el fondo uterino, se retira, teniendo cuidado de no jalar los filamentos, los cuales se recortan cuando sea necesario.
- Se retira la pinza de anillos recta y las valvas vaginales.

INTERVALO INTERGENÉSICO

- Se practica exploración bimanual, para precisar las características de los genitales internos.
- Se introduce el espejo vaginal para visualizar el cervix y efectuar limpieza con solución antiséptica.
- Con la pinza de Pozzi se toma el labio anterior del cervix traccionándolo suavemente, se efectúa histerometría, se introduce el dispositivo intrauterino con la ayuda del aplicador, se cortan los hilos a 2 centímetros del orificio cervical y se retira la pinza de Pozzi
- Se verifica que no exista sangrado.
- Se retira el espejo vaginal

POSTABORTO

En los casos de aborto de más de 12 semanas se insertará el dispositivo intrauterino mediante la técnica con pinzas.

En los casos de aborto de menos de 12 semanas se aplicará el dispositivo intrauterino con el aplicador, tal como se explicó en la técnica de inserción en intervalo intergenésico, aplicación del dispositivo intrauterino en prealta (puerperio inmediato), se aplicará en aquellas pacientes que no lo aceptaron en

e l área de Tococirugia o que presentaron alguna contraindicación. una vez controlada esta última y previa consejería, se procederá a insertar mediante técnica con pieza de anillos, tal como se describió para la inserción posplacenta y postaborto.

EXTRACCIÓN DEL DISPOSITIVO INTRAUTERINO

Se efectuara en cualquier momento del ciclo menstrual, traccionando suavemente los filamentos con una pinza.

En el caso de que no se visualicen los filamentos del dispositivo intrauterino se hará lo siguiente:

- Descartar la posibilidad de embarazo
- Tratar de extraerlo con la cánula de Novak
- En el caso de no poderlo hacer se efectuaran radiografías simples de abdomen o ultrasonido pélvico para ubicar el dispositivo intrauterino.
- Si se encuentra en cavidad abdominal, valorar su extracción por Laparoscopia o Laparotomía
- j) Efectos Secundarios
- Polihipermenorrea y/o Dismenorrea, durante los primeros meses posteriores meses posteriores a la inserción, generalmente desaparecen o disminuyen en forma gradual
- k) conducta a seguir en caso de presentarse efectos secundarios o accidentes.- cuando se presente manchado intermenstrual o sangrado intermenstrual, además de reforzar la consejería sobre efectos secundarios, se pueden indicar medicamentos Antiinflamatorios, no esteroideos de tipo de Ketoprofeno a razón de 500mgs. 12 hrs.

En caso de efectos secundarios leves se proporcionara consejería.

En el caso de perforación uterina durante la inserción se enviara para valoración al servicio de Ginecoobstetricia correspondiente.

- h) Conducta a seguir en caso de presentarse efectos secundarios.- Cuando los efectos secundarios son leves recomendar a la usuaria continuar con el método.
- i) Seguimiento de la Usuaria.- La primera revisión de la usuaria al mes de aplicado el dispositivo intrauterino y posteriormente por la demanda de la usuaria en función de efectos colaterales o durante la toma de la muestra de Papanicolau.

PRESERVATIVO O CONDÓN.

- a) Formulación.- Preservativo o condón de hule o látex.
- b) Presentación.- Envase conteniendo un preservativo o condón enrollado, estéril, lubricado con Nonoxinol-9.
- c) Mecanismo de Acción.- Impide el depósito de espermatozoides en la vagina.
- d) Indicaciones:
 - Recurso anticonceptivo transitorio de apoyo a otros métodos
 - Protección contra enfermedades de transmisión sexual incluyendo el SIDA.
 - Contraindicación o intolerancia a otros métodos.
- e) Contraindicaciones:
 - Alteraciones de la función eréctil.
- f) Lineamientos Generales para su Prescripción.- Antes de recomendar este recurso es conveniente proporcionar una consejería adecuada.
- g) Modos de uso:
 - Un preservativo o condón solo debe usarse una vez en cada relación sexual.
 - Se coloca el condón en la punta del pene en erección, desenrollándolo hasta la base del mismo, evitando la acumulación de burbujas de aire en la punta; al término de la relación sexual se retira el pene erecto de la vagina sosteniendo el condón en la base del pene para evitar que se derrame el contenido.
 - El hombre no circuncidado debe retener el prepucio hacia la base del pene antes de colocar el condón.
- h) Efectos Secundarios.- Reacción alérgica al látex.
- i) Seguimiento del usuario.- En cada dotación subsecuente se efectuará consejería orientada a la promoción sobre los métodos anticonceptivos que ofrecen mayor eficacia y continuidad.

DIAFRAGMA.

- a) Formulación.- Es una semiesfera de hule flexible que tiene un reborde en forma de anillo.
- b) Presentación.- Una pieza en un estuche.
- c) Mecanismo de Acción.- Impide la penetración de los espermatozoides al interior del útero.
- d) Indicación:
 - Recurso anticonceptivo transitorio o de apoyo a otros métodos.
 - Contraindicaciones o intolerancia a otros métodos.

- e) Contraindicaciones:
 - Alergia o hipersensibilidad al látex o al espermicida.
 - Situaciones vaginales que no permitan su retención.
 - Retroversión de útero.
 - Malformaciones de vagina.
 - Prolapso uterino.
 - Desgarro perineal extenso.
 - Patología Cervical
 - Cisto rectocele Importante.
 - Fístula vaginal.
 - Cuando cause dolor, presión o incomodidad.
 - Infecciones urinarias de repetición.
- f) Lineamientos generales para su Prescripción.- Requiere prescribirse por personal médico o paramédico capacitado para medir y valorar las características de la vagina e indicar el tamaño adecuado del diafragma.
- g) Modo de Uso.- Colocación IN SITU:
- h) Precauciones:
 - Incapacidad de la mujer para colocarse el diafragma. .
 - Insatisfacción sexual por la pareja.
- i) Duración de la Protección Anticonceptiva.- Tiempo limitado de utilización correcta del método.
- j) Efectos Colaterales:
 - Dolor.
 - Presión o incomodidad que desaparece al retirarlo.
 - Favorece la presencia de infecciones de vías urinarias.
- k) Conducta a Seguir en caso de Efectos Colaterales.- Cambiar a otro método.
- l) Seguimiento de la Usuaría.- Las visitas de seguimiento serán para reforzar las instrucciones de uso, evaluar las dimensiones correctas del diafragma y se procede a dar consejería de métodos más efectivos.

ESPERMICIDAS.

- a) Formulación.- Son sustancias químicas que impiden el paso de los espermatozoides, inactivandolos antes de que penetren al útero. Por lo general son Surfactantes que pueden administrarse a través de diversos vehículos: cremas óvulos: cremas y espumas en aerosol. Las diversas presentaciones contienen un vehículo y un espermicida de Nonoxinol-9.
- b) Efectividad.- En condiciones habituales de uso su efectividad es del 75 al 90% y puede incrementarse en asociación con otros métodos de barrera.
- c) Presentaciones:
 - Cremas.- Tienen de vehículo ácido Estearico y derivados o Glicerina. El espermicida es Nonoxinol-9.

- Ovulos.- El vehículo es manteca de cacao Glicerina Estearina o jabón, el espermicida es Bencetonio, Nonoxinol-9, Polietilenglicol de Monoisotifenol, Eter o Ester Polisacarido del Acido Polisulfurico.
 - Espumas en Aerosol.- El vehículo es el Polietilenglicol, Glicerina o Hidrocarburos y Freon. EL espermicida es Nonoxinol-9.
- d) Indicaciones.- Estos métodos están indicados en mujeres de edad fértil, nuligestas, nuliparas y multiparas que deseen un método temporal de efectividad medica, en las siguientes condiciones:
- Contraindicaciones para el uso de Anticonceptivos Hormonales.
 - Durante la Lactancia.
 - Para aumentar la Eficacia Anticonceptiva de otros Métodos de Barrera.
 - En el Periodo de Postvasectomia inmediato.
- e) Contraindicaciones:
- Hipersensibilidad a alguno de los componentes de la formula.
- f) Modo de uso.- Aplicarse dentro de la vagina de 5 a 15 minutos antes del coito.
- g) Lineamientos Generales para su Prescripción,. Se debe explicar a las usuarias sobre la necesidad de respetar el tiempo de espera antes del coito a partir de su aplicación vaginal, así como evitar el aseo postcoito en forma inmediata, con el fin de lograr el efecto anticonceptivo de los espermicidas.
- h) Efectividad.- Dependiendo del tipo de producto empleado será limitada a una hora a partir de la aplicación del espermicida en la vagina.
- i) Efectos Colaterales.- Su uso puede producir en la pareja fenómenos de inflamación local en personas sensibles, a los ingredientes de la formulación o reacciones alérgicas.
- j) Conducta a seguir en caso de efectos colaterales.- Cambio de método.
- k) Seguimiento de la usuaria.- Las visitas de seguimiento serán para reforzar las instrucciones de uso, así como consejería de métodos más efectivos.

MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS PERMANENTES

OCLUSIÓN TUBARIA BILATERAL

- a) Descripción.- Método anticonceptivo permanente para la mujer, que consiste en la oclusión quirúrgica bilateral de las trompas de falopio la cual se puede practicar en el intervalo intergenesico, en postparto o transcesarea.
- b) Efectividad.- Este método proporciona una protección anticonceptiva mayor del 99%.
- c) Mecanismo de Acción.- Impide el paso de los espermatozoides a las trompas de falopio evitando la fecundación del óvulo
- d) Indicaciones y Criterios de Selección:

Indicación:

- Paridad Satisfecha
- Riesgo Reproductivo
- e) Contraindicaciones:
 - Enfermedad Inflamatoria Pélvica
 - Discracias Sanguíneas
- f) Precauciones.- En el Postparto, cuando el recién nacido presente complicaciones que comprenden su sobrevivencia dependiendo del número de hijos vivos.
- g) Lineamientos Generales para su realización:
 - Consejería adecuada
 - Autorización por escrito de la usuaria (firma o huella) o de su representante legal (consentimiento informado).
 - Valoración del riesgo quirúrgico y anestésico.
- h) Técnicas Quirúrgicas, Anestésica y Vías de Acceso.
 - La oclusión tubaria se puede hacer por diferentes técnicas, pero se recomienda la Pomeroy y modificarla.
 - Este procedimiento quirúrgico puede realizarse bajo anestesia local más sedación, bloqueo Epidural o anestesia general
 - La vía de acceso a la cavidad abdominal puede ser Laparoscopia, Minilaparotomía, Colpotomía e Histeroscopia.
- Efectos Secundarios:
 - No se conocen efectos secundarios asociados directamente al método.
- i) Seguimiento de la usuaria.- La primera visita posterior a la cirugía debe ser a los siete días y después cuando ella así lo requiera.

VASECTOMIA:

- a) Descripción.- Método anticonceptivo permanente para el hombre, que consiste en la oclusión quirúrgica bilateral de los conductos deferentes.
- b) Efectividad.- Brinda una protección anticonceptiva del 99%.
- c) Mecanismo de acción.- Impide el paso y expulsión de espermatozoides en la eyaculación.
- d) Indicaciones - Control Permanente de la fertilidad en aquellos hombres con:
 - Número de hijos deseados.
 - Riesgo reproductivo de la pareja.
 - Retraso mental
- Contraindicaciones:
 - Antecedentes de cirugía escrotal o testicular
 - Criptorquidea
- f) Precauciones:
 - *Hernia inguinoescrotal
 - *Hidrocele
 - *Varicocele
 - *Infección del área operativa

- g) Lineamientos Generales para su Realización:
- Consejería adecuada
 - Protocolo de cirugía ambulatoria
 - Autorización por escrito del usuario (firma o huella) o de su representante legal (consentimiento Informado)
- h) Técnicas Quirúrgicas:
- Tradicional con Bisturi
 - Li, sin Bisturi
- A nivel institucional por sus ventajas se recomienda la técnica quirúrgica de Li, en la cual previa anestesia local, se ligan y seccionan los conductos deferentes a través de una pequeña punción en Rafe Escrotal.
- i) Complicaciones:
- Del procedimiento quirúrgico y en forma ocasional:
 - Hematoma
 - Granuloma
 - Equimosis
 - Infección de la herida quirúrgica
- j) Recomendaciones Postoperatorias:
- Conducta a seguir en caso de presentarse complicaciones:
- Suspender relaciones sexuales por una semana
 - Usar suspensorio o calzón ajustado durante una semana
 - Analgésicos en caso necesario, así como la aplicación de hielo sobre el área quirúrgica cada 30 minutos.
- k) Seguimiento del usuario:
- Revisión a los 7 días del acto quirúrgico.
 - Espermatoscobioscopia a los 3 meses o después de las primeras 25 eyaculaciones, esto en caso de ser positiva, se recomienda un examen nuevo al mes y si persistiera positivo, valorar conducta a seguir, durante este tiempo la pareja debe usar algún método temporal.

2.4. ABORTO

CONCEPTO DESDE EL PUNTO DE VISTA LEGAL Y OBSTETRICO.

LEGAL.- Aborto es la interrupción del embarazo en cualquier época de la gestación, antes de que el feto llegue a término. ⁽¹⁾

OBSTETRICO.- Es la interrupción del embarazo antes de que el producto sea viable es decir, incapaz de vivir fuera de la cavidad uterina en forma independiente. ⁽²⁾

ANTECEDENTES

La frecuencia con la que ocurre la interrupción del embarazo dentro de los seis primeros meses, es algo muy difícil de precisar en la práctica. Ustedes pueden encontrar la incidencia más variada en diferentes estadísticas que consulten; hay varios factores que explican el porqué de ésta dificultad. Ocurre con frecuencia que muchos abortos pasan como incidentes no registrados desde en punto de vista médico; se trata de mujeres que tienen retrasos de 10 días, tres semanas, un mes inclusive, después tienen una pérdida sanguínea, un poco profusa más abundante que la regla normal y creen que por que se les retraso ahora viene más abundante, después siguen menstruando normalmente y aquel incidente se quedó sin registrar, fué un aborto. Otras veces la mujer oculta intencionalmente la ocurrencia del aborto.

No tienen ustedes la idea de la cantidad de abortos criminales que se producen; esto queda sin registro también porque voluntariamente la mujer oculta el incidente que tubo de haber perdido ese embarazo. Otras señoras si saben que tiene un aborto, después de un retraso menstrual arrojan el embrión y las secundinas, pero no le dan importancia.

El aborto es uno de los problemas médico-sociales más antiguos de la humanidad, porque tienen elevada frecuencia (número de casos de una enfermedad u otro fenómeno en un año) y una elevada prevalencia (casos nuevos y antiguos hasta el momento actual), debido a que generalmente es provocado por personas inexpertas, tiene un elevado índice de morbimortalidad. Una buena parte del presupuesto con que cuentan las instituciones hospitalarias se dedica a la atención de las complicaciones del aborto inducido y se ha observado que el número de abortos criminales es mayor en países donde las familias viven en malas condiciones económicas, donde las mujeres no tienen las mismas oportunidades que los hombres, donde

¹ Benzol/Perrol. Manual de obstetricia y Ginecología p.302

² OPSIT P.303

la sociedad condena a la madre soltera por falsos perjuicios. Nuestro código penal data de 1931 y las leyes ya no se adaptan a nuestra realidad, por lo que ha sido muy discutido por algunos autores que consideren debería modificarse y debería reglamentarse e institucionalizarse el aborto para que él público sepa donde acudir. Se piensa que con esto disminuiría el clandestinaje evitando daños que en muchos casos son irreparables principalmente en los casos de mujeres desamparadas social y afectivamente.

Algunos Psiquiatras que están a favor de esta reglamentación hacen incapie en las consecuencias de embarazos no deseados que pueden deteriorar las relaciones de la pareja y que el hijo no deseado es un candidato al síndrome del niño maltratado.

Por otra parte hay personas que señalan los peligros de legalizar el aborto; piensan que en México, por factores culturales negativos, gran parte de la población no acude al médico, que al crecer la demanda de abortos los servicios de asistencia se volverían insuficientes y que debido a la estructura socioeconómica de nuestra población, los sectores más beneficiados serían los de clase media alta.

En la mayor parte de los países, la interrupción deliberada del embarazo está reglamentada por la ley. La reglamentación varía según los países desde la prohibición total hasta la libertad completa.

2.5 PARTO EUTOCICO

CONCEPTO GENERAL.-

Es el acto fisiológico de la mujer, mediante el cual el producto de la concepción ya viable, es desalojado del útero a través del canal vaginal y puesto en contacto con el mundo exterior. ⁽¹⁾

Complicaciones.-

El término Distocia se emplea, para designar un parto difícil o prolongado y se define como la perturbación o anomalía del mecanismo del parto, causada por factores maternos, fetales o mixtos que interfieren con la evolución fisiológica del mismo.

⁽¹⁾ Higashhida Hirise, Bertha Yoshico. Ciencias de la Salud. pag. 234.

2.6 CESAREA

CONCEPTO GENERAL.-

Se le denomina operación cesárea; a la intervención quirúrgica que tienen por objeto extraer el producto de la concepción a través de una incisión de la piel abdominal y uterina.

Indicaciones.-

No cabe duda, que la operación cesárea constituye un procedimiento que ha salvado muchas vidas; tanto de madres como de sus hijos. A medida que pasa el tiempo se cuenta cada vez más con mejores recursos quirúrgicos y las indicaciones del procedimiento se multiplican.

Las causas que motivan la operación pueden ser maternas o fetales y en ocasiones son mixtas al existir indicaciones de ambas partes.

Las indicaciones de la operación cesárea se dividen en Absolutas, aquellas en que no existe otro recurso que practicar la cesárea; Relativas, cuando se indica este procedimiento porque ofrece mayores ventajas aun en el caso que sea posible atender el parto por vía vaginal, y Electivas, más conveniente para la madre con base en ciertos factores justificantes o bien porque la paciente solicita se realice dicho procedimiento.

Contraindicaciones:

- Embarazo de termino sin patología materno fetal.
- Embarazo de termino en pacientes con pelvis útil para trabajo de parto.
- Contraindicaciones relativas.
- Embarazo y/o óbito fetal.
- Embarazo de termino más cardiopatía.
- Embarazo y polidramnios

Complicaciones.-

A pesar de que con la técnica actual, la cesárea se ha convertido en un procedimiento frecuente y casi rutinario en la resolución de problemas obstétricos pueden presentarse algunas complicaciones unas inmediatas y otras tardías.

Inmediatas.-

- Prolongación de la incisión hacia los lados lesionados, los grandes vasos uterinos dando lugar a hematomas.

- Lesiones de vejiga recto e intestino.

Tardías -

- Hematomas de pared abdominal.
- Dehiscencias de herida y/o Eventraciones.
- Fístulas de recto y vejiga.

2.1 SALUD REPRODUCTIVA Y PROTECCIÓN ANTICONCEPTIVA.

Debe reconocerse que las actividades relacionadas con la atención materno infantil, constituyen un campo de acción con gran tradición en las instituciones de salud, en tanto que la incorporación y difusión de los anticonceptivos modernos, como parte de las actividades englobadas bajo la denominación de planificación familiar es relativamente reciente.

Conceptualmente, la planificación familiar evoluciono en el Instituto Mexicano del Seguro Social, a partir de su enfoque principalmente demográfico a su identificación como una de sus acciones básicas de la promoción y protección de la salud de la población, que permitan la procreación en las edades más favorables de la vida reproductiva de la mujer; Un adecuado espaciamiento de los embarazos y que eviten en lo general los embarazos de alto riesgo; es decir la aplicación de un enfoque de salud y riesgo reproductivo en la promoción y la prestación de los servicios de protección anticonceptiva, a los cuales se convierten así en una indicación medicopreventiva en el cuidado de la salud materno infantil.

La reproducción y la alimentación son los dos procesos más importantes para la sobrevivencia de la humanidad: la reproducción para la conservación de la especie y la alimentación para la conservación de la vida y la salud del individuo.

En la evolución del hombre, conforme se produjo el desarrollo extraordinario del cerebro, que le permitió la capacidad maravillosa de pensar, de tener conciencia de sus actos y poder decidir su conducta la reproducción fue evolucionando, de ser prácticamente una consecuencia de un primitivo instinto sexual, a la posibilidad de ser cada vez más consecuencia de una decisión inteligente de la pareja humana para formar una familia.

La transformación del instinto sexual, es un acto humano de gran responsabilidad individual, y social, se hace posible solamente cuando el individuo tiene un conocimiento suficiente y veras de los principales aspectos relacionados con la reproducción humana.

RIESGO REPRODUCTIVO

Se le define como la probabilidad aumentada que tiene la mujer o su futuro hijo de sufrir enfermedad, lesión o muerte, en el caso de ocurrir un embarazo en presencia de ciertos factores o condiciones de la madre a los cuales se les llama "FACTORES DE RIESGO REPRODUCTIVO", es decir todos aquellos factores que se asocian de manera muy estrecha con un aumento de la probabilidad de que ocurra muerte materna o perinatal.

La aplicación de este concepto de riesgo reproductivo en el cuidado de la salud de la mujer, tiene como finalidad evitar que ocurran embarazos de alto riesgo, mediante la identificación de las mujeres en edad fértil no embarazadas, que tengan factores de riesgo reproductivo y se ofrece la protección anticonceptiva de ellas como indicación médico preventiva, para evitar un embarazo en condiciones desfavorables para la salud.

RIESGO OBSTETRICO

La aplicación del concepto de riesgo en mujeres embarazadas: es decir el "Riesgo Obstétrico" permite identificar a las mujeres con embarazo de alto riesgo, con la finalidad de proporcionarles atención médica especializada y oportuna, según el tipo de complicaciones que presenten y reducir y evitar los daños a la salud de la madre y el hijo.

FACTORES DE RIESGO REPRODUCTIVO

Los factores de riesgo reproductivo son características o condiciones de la mujer, que aumentan la probabilidad de que si se embaraza ocurran complicaciones que puedan causar su muerte, la de su hijo o ambos.

Debe comprenderse que las mujeres que tienen uno o más de los factores de riesgo reproductivo, no forzosamente van a sufrir ella o sus hijos enfermedad, lesión o muerte; pero si debe reconocerse y aceptarse que la probabilidad de que ello ocurra es mayor.

MARCO JURIDICO INSTITUCIONAL

Los sesenta fueron, en el campo de lo demográfico, los años de la reflexión, los estudiosos de la materia reconocieron que, aun cuando no fuera el factor fundamental, el alto crecimiento poblacional, por tiempo indefinido, podría constituirse en una limitante para un mayor y mejor desarrollo de la sociedad.

Esta preocupación dio lugar a un cambio en la política de la población, que se adaptaría al nuevo contexto demográfico actual y futuro, en función de la realidad económica, social y de los recursos naturales del país. La nueva ley fue expedida en enero de 1974 y en ella se asienta el objetivo central de la política de la población, definido en su artículo primero: Regular los fenómenos que afectan a la población en cuanto a su volumen, estructura, dinámica y distribución en el territorio nacional, con el fin de lograr que participe justa y equitativamente de los beneficios del desarrollo económico y social.

El nuevo marco jurídico se propone racionalizar el proceso demográfico, de acuerdo a valores y metas consecutivas en el momento histórico por el que atravesaba México, fue preciso considerar las características del elevado incremento de la población y su distribución territorial y situar las relaciones entre condiciones demográficas y socioeconómicas, en un contexto dinámico para adecuarse recíprocamente, los artículos 4, 11, y 73, fracción XVI de la Constitución Política de México son el fundamento para legislar en materia de población y específicamente, en el conocimiento a la planificación familiar.

La primera disposición postula la igualdad plena entre el varón y la mujer y ordena promover la organización y desarrollo de la familia; así mismo eleva a rango de garantía individual el derecho que de toda persona tiene que decidir, de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de sus hijos.

A diferencia de la Ley anterior, que era esencialmente poblacionista, el nuevo ordenamiento jurídico pretende modificar el proceso demográfico mediante una política que tome en cuenta el volumen, estructura, la dinámica y disposición de la población y enfatiza que la política poblacional no es un sustituto del desarrollo si no, por el contrario, es parte del mismo. La Ley reitera que la política de población tendrá, como en todo momento un respeto absoluto a las libertades fundamentales del hombre y a la dignidad de la familia. Establece que el Ejecutivo Federal por conducto de la Secretaría de Gobernación, dictara, promoverá, y coordinara, en su caso todas las medidas que sean necesarias para atender los problemas demográficos nacionales y definirá las normas e iniciativas de conjunto y la coordinación de programas que

en materia demográfica, corresponda realizar a las diversas dependencias, el Poder Ejecutivo y a las demás entidades del sector público.

Entre los objetivos señalados por la Ley, están los que se refieren a realizar programas de planificación familiar a través de los servicios educativos y de salud de que dispone el sector público, con el propósito de regular racionalmente y estabilizar el crecimiento de la población; disminuir la mortalidad; influir en la dinámica de la población a través de los sistemas educativos, de salud pública, de capacitación profesional y técnica y de protección a la infancia; Promover la plena integración de la mujer al proceso económico, educativo, social y cultural; Impulsar la plena integración de los grupos marginados al desarrollo nacional, y promover la movilización de la población entre distintas regiones de la República con el objetivo de adecuar su distribución geográfica las posibilidades del desarrollo regional, de los principales lineamientos que marca la Ley.

Parte de estos objetivos están ya considerados en la Ley de 1947 y el cambio fundamental se refiere a regular racionalmente y estabilizar el crecimiento de la población, con lo cual se pretende una disminución demográfica mediante programas de servicios médicos en planificación familiar, de educación y de comunicación.

La nueva Ley crea el consejo nacional de población, que tiene a su cargo la planeación demográfica del país, con objeto de incorporar los principios de la política de población en los programas de desarrollo económico y social que se formulen dentro del sector gubernamental, y vincular los objetivos de estos con las necesidades que plantean los fenómenos demográficos. A diferencia de las leyes anteriores en las que se establecían consejos de orden consultivo, el nuevo organismo es una instancia del Ejecutivo Federal con funciones sustantivas en la materia de política de población, y responsabilidad de llevar a cabo programas y acciones, con los objetivos y estrategias que se establezcan.

Un aspecto sobresaliente en las responsabilidades del consejo es la integración de la política de población a los programas de desarrollo, lo cual implica que esta política forme parte de la concepción general del desarrollo y se una activamente a la consecución de los grandes objetivos nacionales.

El consejo esta conformado por la Secretaría de Gobernación cuyo titular es el Presidente del mismo, y por los titulares de las Secretarías de Educación Pública, Secretaría de Hacienda y Crédito Público, de Relaciones Exteriores, del Trabajo y Previsión Social, de Programación y Presupuesto y de la Reforma Agraria. Cuando se trate de asuntos de la competencia y de otras dependencias y organismos del sector público, el presidente del consejo podrá solicitar de sus titulares que acudan a las sesiones que considere pertinentes. El reglamento de la Ley General de Población dice que para la aplicación de las

disposiciones de la Ley y de su mismo reglamento de la Secretaría de Gobernación "Se auxiliaría, entre otros organismos, de las demás dependencias del Ejecutivo Federal, de los Ejecutivos Locales, de los Ayuntamientos y de las Autoridades Judiciales."

De esta forma queda constituido al marco institucional dentro del esquema de organización administrativa del gobierno federal, y se establece que el Ejecutivo Federal, por conducto del Consejo Nacional de Población formula los programas técnicos de la política demográfica del país a fin de que las diferentes dependencias y entidades públicas incluyan en sus programas de desarrollo económico y social los servicios y recursos que se requieren para cumplir con dichos planes, el consejo con base en las evaluaciones que se efectúen del estado que guarda el desarrollo nacional, propondrá las prioridades y objetivos de los planes y programas demográficos, jerarquizará los recursos e inversiones que se requieran, así mismo, el consejo mantendrá un proceso de evaluación de sus estrategias y de los resultados de sus planes, para adecuarlos a los cambios sociales y económicos del país.

Para el cumplimiento de sus fines, el Consejo Nacional de Población cuenta con la Secretaría General, que tiene a su cargo funciones que en el orden técnico y administrativo deberá realizar el propio consejo y efectuar, ante autoridades y organismos correspondientes, las gestiones necesarias para el cumplimiento de los acuerdos y fines que este le encomiende.

La organización y funciones que en materia de población desarrolla la Secretaría General, están inscritas en la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal. La Política de Población también se ubica en el contexto de la nueva ley de planeación que entro en vigor en 1983 y que sustituye a la antigua Ley sobre Planeación General de la República de 1930.

A partir de la instalación del consejo nacional de población en marzo de 1974, se inician las primeras acciones de la nueva política de población de México. Entre las más relevantes destaca la promoción, junto con otras dependencias del Ejecutivo Federal, de reformas a los artículos 4,5,30, y 123 de la Constitución, para confirmar el Marco Jurídico apropiado para la nueva Ley Política de población. En este sentido, el artículo 4 establece igualdad jurídica del varón y la mujer y el derecho de toda persona a decidir, libre, responsable e informadamente, sobre el número y espaciamiento de sus hijos; Con ello México se convierte en el segundo país del mundo en consagrar, dentro de su Ley fundamental, el derecho a la planificación familiar. Yugoslavia lo había hecho pocos meses antes, en el mismo año de 1974.

La administración de 1976-1982 dio especial atención al establecimiento de programas específicos con metas cuantitativas de crecimiento poblacional, como un elemento de apoyo a los objetivos económicos a mediano y largo plazos. Paralelamente, se llevaron a cabo los estudios para formular metas

demográficas a nivel de las entidades federativas que fueran congruentes con las metas nacionales, y estuvieran de acuerdo con el contexto socioeconómico de cada unidad.

Además de las metas demográficas corresponden a la "Política de crecimiento natural".

Se establecieron líneas de "Política de Migración Interna", que descansaron en tres estrategias fundamentales: de retención de población, de reorientación de las corrientes migratorias y de reubicación de la población. Con ello se pretendía avanzar en la racionalización de la distribución poblacional en el territorio, tal como lo indica la ley general de población. En el orden internacional la política fue fundamentalmente selectiva, atendido a la ubicación geopolítica y a las necesidades de nuestro desarrollo nacional.

Cabe además destacar la participación del Consejo Nacional de Población en los dos foros mundiales de análisis sobre la población, convocados y auspiciados por el Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas; La conferencia de población celebrada en 1974 en la ciudad de Bucarest, y la conferencia internacional de población realizada en la ciudad de México, en Agosto de 1984, que fue convocada para evaluar las experiencias alcanzadas por cada país en la ejecución del plan de acción mundial sobre población y que reunió a representantes de 149 países, significativo para nuestro país el amplio reconocimiento de la comunidad internacional a la experiencia y logros alcanzados en la ejecución de nuestra política de población que incluso tiene su corolario en el premio de población de las Naciones Unidas, que el Consejo Nacional de Población de México recibió en el año de 1986.

En otro sentido, en los últimos años también se han desarrollado nuevos marcos jurídicos e institucionales a nivel de las entidades federativas. Se promovió la organización de consejos estatales de población, los cuales forman parte de la administración de los gobiernos estatales, y su función es formular y coordinar programas de población, atendiendo a las particulares condiciones socioeconómicas y culturales de cada entidad, de acuerdo con los objetivos, metas y estrategias de la política en la materia.

En el marco de descentralización de la política de población, se han promovido además, la creación de Consejos municipales de Población para establecer medios de acuerdo a las necesidades locales. Con estas acciones de orden jurídico, institucional y de planeación, la política de la población de México queda integrada en sus tres ámbitos de la Organización Político-Administrativa: El Federal, el Estatal y Municipal; se pretende así una coordinación efectiva para solucionar los problemas demográficos que afectan a la población, con el fin último de incrementar el bienestar de los habitantes de México.

3. METODOLOGÍA

3.1. Hipótesis

3.1.1. General 1

H

__1: La información que proporciona el personal de enfermería y médico sobre los métodos anticonceptivos es insuficiente por lo que influye en la no aceptación de los mismos, en pacientes post-parto y post-aborto del Hospital General de Sub Zona y Medicina Familiar No.10.

3.2.1 Trabajo

H

__2: A mayor información sobre planificación familiar mayor será la aceptación de los métodos anticonceptivos en pacientes post-parto y post-aborto del Hospital General de Sub Zona y Medicina Familiar No.10.

3.1.3 Nula

H

__0: No existe relación entre la información que proporciona el personal de enfermería y médico y la aceptación de los métodos anticonceptivos en pacientes post-parto y post-aborto del Hospital General de Sub Zona y Medicina Familiar No.10.

3.2. Determinación de variables

3.2.1. Variables independientes pacientes post-parto y post-aborto

Indicadores

- *Eficiencia
- *Recomendaciones
- *Manejo por el usuario
- *Acceso a métodos
- *Efectos secundarios

3.2.2 Variables dependientes, métodos anticonceptivos

Indicadores

- Edad
- Paridad

- Intervalo intergenésico
- Métodos anticonceptivos utilizados anteriormente
- Métodos propuestos
- * Hormonales
- * DIU

- Preservativo
- Técnica utilizada
- Idiosincrasia en la relación al uso de métodos
- Participación de la pareja en la toma de decisión de métodos

3.2.3 Modelo en relación causal de la variable.

Variable Independiente		Variable Dependiente
Pacientes Post-parto y Post-aborto	+	Métodos de Planificación Familiar

3.2.4. Definiciones operacionales

3.2.4.1. Variable de métodos anticonceptivos

Por Bertha Yoshiro Higachida, el uso de métodos capaces de impedir el embarazo son casi tan antiguos como la humanidad ⁽¹⁾

Como se fue conociendo la anatomía y fisiología del sistema reproductor, se fueron perfeccionando los métodos anticonceptivos conocidos que permitan a la pareja tener relaciones sexuales con un riesgo mínimo de embarazo. Según los médicos asociados al Hospital de Gineco-Obstetrica No.3 del Instituto Mexicano del Seguro Social: son un conjunto de métodos, que permiten a la pareja tener relaciones sexuales sin riesgo de embarazo. Que pueden ser temporales o definitivos y tratan de impedir un encuentro entre el óvulo que desprende del ovario cada mes y los espermatozoides que son depositados den la vagina en cada relación sexual y suben hacia el cuello. ⁽²⁾

.....La Norma Oficial Mexicana de los servicios de planificación familiar dice que los métodos anticonceptivo son aquellos que se utilizan para impedir la capacidad reproductiva de un individuo o una pareja en forma temporal o permanente. (3)

¹ op cit Higachida Hirose, Bertha Yosshico, Ciencias de la Salud p.383

² Asociación de Médicos Gineco-Obstetricos del I.M.S.S.

(3) Norma Oficial Mexicana de los servicios de Planificación Familiar. P.3

Características de los métodos anticonceptivos:

- Aceptabilidad. Un método puede ser muy efectivo, sin embarazo no aceptado por la pareja de acuerdo con sus características raciales, culturales y socioeconómicas.
- Inocuidad. No debe atentar contra la salud, tanto de la pareja como del hijo en caso de que se produzca el embarazo.
- Reversibilidad. Debe permitir a la pareja tener hijos cuando lo desee.
- Eficacia. En este caso es la capacidad para evitar el embarazo por el lapso de tiempo deseado por la pareja; pueden ser temporales hasta definitivos e irreversibles.
- Facilidad de aplicación. Un método difícil de aplicar no sería utilizado por la población.
- Bajo costo. Que el costo no sea elevado donde la institución no se vea en la necesidad de reservarse su distribución.

3.2.4.2 Pacientes post-parto y post-aborto

El parto según Benson-Perrol, es el proceso normal constituido por contracciones uterinas involuntarias, eficaces que culminan con borradura cervical progresiva y dilatación con descenso y expulsión del neonato y placenta ⁽¹⁾

Mondragón expresa.- Que el trabajo de parto es un fenómeno dinámico que pasa de una etapa a otra en forma insensible(1).

- Preparto: Es la etapa de formación del segmento uterino y de la maduración cervical.
- Prodomos de trabajo de parto: Es la etapa en que ocurre irregularidad en la dinámica uterina.
- Trabajo de parto: etapa en que la dinámica uterina es regular y efectiva y consta de:
 - Primer periodo o fase de borramiento y dilatación cervical.
 - Segundo periodo o fase de expulsión del feto.
 - Tercer periodo o etapa alumbramiento.
- * Post-parto.- Es el periodo asociado a la condición fisiológica de la mujer después de la resolución por vía vaginal de un embarazo mayor de 20 semanas
- * Post-Cesarea.- Es el periodo asociado a la condición fisiológica de la mujer, después de la resolución quirúrgica abdominal de un embarazo. ⁽²⁾

⁽¹⁾ Benson/Perrol. Manual de Obstetricia y Ginecología. p. 155

⁽²⁾ Mondragón, Hector. Obstetricia Básica Ilustrada. p. 171

- Benson/Perrol dice que el aborto: Es la terminación del embarazo antes de que finalice la vigésima semana de gestación.⁽³⁾
- Según Mendoza: Aborto es la expulsión del huevo intrauterino durante las primeras 20, semanas de embarazo, el producto pesa menos de 500 gramos y no tiene un nombre especial, se llama producto de aborto.⁽⁴⁾
- Mondragón dice: Aborto es la expulsión del producto de la concepción antes de que ocurra la viabilidad.⁽⁵⁾
- Castelazo Ayala dice: Aborto es la interrupción del embarazo cuando el producto de la concepción todavía no es viable, y el límite de viabilidad convencionalmente se a colocado al final del sexto mes.⁽⁶⁾
- La Asociación de Médicos del Hospital de Ginecología y Obstetricia No.3 del Instituto Mexicano del Seguro Social, establece que Aborto, es la terminación de un embarazo, antes de que el feto sea viable.⁽⁷⁾
- La Enciclopedia Médica de Selecciones del Readers Digest, Concepto de Aborto es: La interrupción de la gestación antes de que el feto haya adquirido condiciones de viabilidad para continuar su desarrollo fuera del claustro materno.⁽⁸⁾
- Según Normanda/ Rohweder, aborto es el final del embarazo antes de que haya alcanzado el estado de viabilidad.⁽¹⁾
- Post-parto es el periodo asociado a la condición fisiológica de la mujer después de la resolución de la interrupción del embarazo menor de 20 semanas.

3.3 tipo y diseño de la investigación

De acuerdo a la clasificación de la guía de tesis, procesos de atención de enfermería y trabajos académicos para titulación de la Doctora Lasty Balserio Almario por lo que se considera:

3.3.1 Tipo

Observacional

Es aquella en la que se presencia un fenómeno sin modificar intencionalmente sus variables, y consideramos que nuestra investigación entra en este tipo, ya que se ha contemplado que el Hospital General de Sub Zona y Medicina

⁽³⁾ Op sit Benson/Perrol. Manual de Obstetricia y ginecología. p. 303

⁽⁴⁾ Mendoza.

⁽⁵⁾ Op sit Mondragón Hector. Obstetricia Básica Ilustrada. P. 272

⁽⁶⁾ Castelazo Ayala. Obstetricia Tomo I. p. 432

⁽⁷⁾ Asociación de Médicos Gineco-Obstetricia del IMSS. Segunda Edición. 1984. p.231

⁽⁸⁾ La Enciclopedia Médica de Selecciones del Readers Digest. El Gran Libro de la Salud. p. 733.

⁽¹⁾ Nordmark / Rohweder. Bases científicas de la Enfermera. p. 198

Familiar No. 10 de Nuevo Necaxa, Puebla; no todo el equipo multidisciplinario participa en la información de planificación familiar que se proporciona al paciente, lo que redundó a través de la nota de alta en la cual salen sin ningún método anticonceptivo ⁽²⁾

Retrospectiva

Es aquella que se hará en la revisión de los expedientes, cédulas de pacientes, o individuos que han sido previamente estudiados, sin que se hayan precisado las condiciones de estudio. Así consideramos a nuestro estudio por hacer una revisión de seis meses atrás de expedientes en pacientes post-parto y post-aborto y su aceptación de métodos anticonceptivos ⁽³⁾

Transversal

Es aquella en la que se examinan las características de un grupo en un momento dado o durante un tiempo limitado, nuestro estudio cae aquí debido a que se tomara únicamente a pacientes post-parto y post-aborto, atendidos en el Hospital General de Sub Zona y Medicina Familiar No.10 de Nuevo Necaxa, Puebla de octubre de 1995 a marzo de 1996 ⁽⁴⁾

Diagnóstica

Por establecer la situación del problema de planificación familiar y la aceptación de un método en el Hospital General de Sub Zona y Medicina Familiar No. 10 de Nuevo Necaxa, Puebla ⁽⁵⁾

3.3.2 Diseño de Investigación

La presente tesis, parte de la motivación que se inicia con la búsqueda de un problema real con la intención de identificar sus causas y posibles soluciones.

Una vez identificado se procede a establecer un cronograma de actividades donde se especifica tiempo y actividades para iniciar la conformación de la tesis, la cual fue revisada desde sus inicios con la Asesora.

Para la integración de la tesis, fue necesario la revisión de bibliografía requerida, acudiendo a la biblioteca de la Unidad Universitaria seleccionando la literatura de acuerdo al tema de estudio y ciencias afines elaborándose fichas de trabajo.

⁽²⁾ Balsorio Lasty. Investigación de Enfermería, p. 86

⁽³⁾ Idem Balsorio Lasty Investigación de Enfermería, p. 86

⁽⁴⁾ Idem

⁽⁵⁾ Idem

Para establecer el universo de trabajo, se selecciono solo a las pacientes con el requisito de post-parto y post-aborto en un tiempo determinado para la utilización de los métodos de planificación familiar y no se tomaron en cuenta a pacientes que solicitaran en otra fase de su vida reproductiva el método, para el cual se realizo la revisión de expedientes.

En reuniones de trabajo, se establecieron las variables principales con sus indicadores en función de datos que arrojan información relevante al problema planteado, y así identificar lo que lo originan y poder plantear una alternativa de solución. Se utilizó el modelo de Lasty Balseiro, y se siguió el método científico. Una vez recabada gran parte de la información, se tiende a integrar en cada una de sus partes el trabajo para la revisión con la Asesora.

Una vez revisado se procede a la redacción del texto definitivo y entrega del mismo.

3.3.3 Cronograma de Trabajo

Fases de la investigación

Calendario, titulo, planteamiento 8 al 12 de

Del problema y consulta de fuentes octubre de 1996.

Marco teórico, metodología del 12 al 30

Tipo, y diseño de investigación de octubre de 1996.

Instrumentación estadística 1º al 30 nov.
1996

Redacción de Borrador 1º al 11 dic.
1996

Redacción del texto definitivo 1º al 31 ene.
1997

3.4. Técnicas e instrumentos de investigación.

3.4.1 Observación

Registro sistemática de lo que vemos y oímos. Se parte de la observación para llevar a cabo la siguiente investigación, debido a que fue precisamente la observación la que motivo el presente trabajo ya que se observaba que las pacientes post-parto y post-aborto se egresaban sin ningún método anticonceptivo, posiblemente la información proporcionada sobre los métodos anticonceptivos era insuficiente y/o inadecuada por lo tanto al realizarse la evaluación de la unidad de detecta que el porcentaje de aceptantes de métodos anticonceptivos en pacientes post-parto y post-aborto era nulo.

3.4.2. Entrevista.

Es un encuentro previo entre el o los investigadores y la o las personas a investigar, que permite la comunicación.

Se realiza conjuntamente con el cuestionario proporcionando ayuda en caso necesario a la persona entrevistada, consistiendo esta en aclarar las preguntas que considera confusas y dando oportunidad de expresión o de expresar libremente las opiniones al respecto.

3.4.3 Fichas de Trabajo

Tienen por objeto recoger el material con que avanzamos en el proceso de investigación. Para estructurar el marco teórico conceptual nos vimos en la necesidad de realizar fichas que arrojan la información relevante a la investigación que nos ocupa, pues fue necesario contar con un buen número de conocimientos que sirven de apoyo para justificar el trabajo realizado.

3.4.4. Cuestionarios

Recurso técnico para la captación de datos en el proceso de la investigación científica. Se realiza la aplicación de 90 cuestionarios. Se aplica prueba piloto y en base a los resultados se reestructura el cuestionario retomando el aspecto social, religioso y cultural de la población.

4. INSTRUMENTACIÓN ESTADÍSTICA

Corresponde a 90 mujeres atendidas en el periodo de enero a junio de 1996 en el hospital General de Sub Zona y Medicina Familiar No. 10 de nuevo Necaxa, Puebla.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Se incluirían a todas las pacientes post-parto y post-aborto, atendidas en el Hospital General de Sub Zona y Medicina familiar No. 10 en el periodo de enero a junio de 1996.

CRITERIOS DE EXCLUSION

No se incluirán a pacientes atendidas, post-parto y post-aborto en otro periodo.

POBLACIÓN

Corresponde al numero de pacientes de post-parto y post-aborto que egresaron sin método de planificación familiar.

Se estudiaron 90 parejas en el periodo comprendido de enero a junio de 1996 en el Hospital General de Sub Zona y Medicina Familiar No. 10 Nuevo Necaxa, Puebla.

4.2. PROCESAMIENTO DE DATOS

Una vez concluida la recopilación de la información a través del cuestionario y cédula aplicadas a la población seleccionada se procede a realizar una cuantificación de la información por pregunta estableciéndose un análisis para poder tener los porcentajes que se manifiestan a través de los cuadros y gráficas que se muestran más adelante.

Se analiza cualitativamente la información donde se obtienen las conclusiones y comentarios que arroja la presente investigación.

4.3. COMPROBACIÓN DE HIPOTESIS

En base a las hipótesis establecidas que a la letra rezan:

H1 La información que proporciona el personal de enfermería y médico sobre los métodos anticonceptivos es insuficiente por lo que influye en la no aceptación de los mismos en pacientes post-parto y post-aborto del Hospital General de Sub Zona y Medicina Familiar No.10 de Nuevo Necaxa, Puebla.

H2 a mayor información sobre planificación familiar mayor será la aceptación de los métodos anticonceptivos en pacientes post-parto y post-aborto del Hospital General Sub Zona y Medicina Familiar No.10.

En relación a la hipótesis H1 sobre la información que proporciona el personal de enfermería el porcentaje es de 27.77% y la información que proporciona el médico en porcentaje es de 16.66% denota que el personal de enfermería es quién proporciona mayor información más sin embargo sigue siendo relevante el valor que los pacientes post-parto y post- aborto dan a la información que reciben del medico.

Concluyendo que la información es insuficiente y repercute en la aceptación de los métodos anticonceptivos.

H2 A mayor información sobre planificación familiar, mayor será la aceptación de métodos anticonceptivos.

Por lo que se hace necesario que el personal de enfermería se comprometa en el programa de consejería en salud reproductiva y planificación familiar para que su trabajo tenga más calidad profesional y el número de aceptantes en pacientes post-parto y post-aborto se incremente en base a los indicadores que se manejan para el Hospital General de Sub Zona y Medicina Familiar No.10.

HO La hipótesis nula se contradice en el sentido de que si hay relación entre la información que proporciona la enfermera y el médico para una aceptación de métodos anticonceptivos posterior al parto y aborto, mas sin embargo, también influye el medio social en que los derecho-habitantes se desenvuelven, incluso

para no aceptar mas que métodos naturales o negar la aceptación de métodos anticonceptivos que ofrece el Hospital General de Sub Zona y –medicina Familiar No. 10.

5. DISCUSIÓN

Definitivamente se observa que la información proporcionada tanto por el personal de enfermería y médico es insuficiente para la aceptación o no aceptación de los métodos anticonceptivos que debería darse de manera relevante antes de que la mujer quede embarazada y pueda tener un aborto o llegar a termino del embarazo donde ella y su pareja tengan plena conciencia y responsabilidad sobre la salud reproductiva que los atañe y tengan decidido el método anticonceptivo ideal que utilizaran y de los que proporcione el Hospital General de Sub Zona y Medicina Familiar No.10 del IMSS, llegado el momento de la atención en la resolución del parto o del aborto.

En la actualidad la población mundial es aproximadamente de 4,500 millones de habitantes, de los cuales un 74.4% vive en los países en desarrollo económico y el 23.6% restante en países desarrollados. Se estima que los primeros tienen 32 nacimientos por cada 1000 habitantes anualmente, mientras que en los países desarrollados, esta cifra es de 16 nacimientos por cada 1000. México es uno de los países que tiene mayor población y una de las más altas tasas de crecimiento en comparación al resto del mundo.

Sin embargo en los últimos años se han presentado modificaciones en la conducta reproductiva de México que han conducido a un descenso en la fecundidad, donde el conocimiento que tiene la mujer respecto al uso de los métodos anticonceptivos, es muy importante. Existe variedad en los anticonceptivos, lo que ofrece alternativas a la mujer al utilizar algún método según sean sus necesidades, la confianza sobre el método y su continuidad.

Se destacan dos temas relevantes en las mujeres que usan métodos anticonceptivos para evitar embarazos:

- 1.- La condición de uso por método.
- 2.- La continuidad en el uso.

1.- De la condición de uso se obtiene las tasas de prevalencia y estructura por métodos, donde se analizan a las mujeres usuarias, las que usaron y la mujeres que nunca han utilizado un método anticonceptivo.

* Condición de uso y estado civil, el uso de método anticonceptivo por las mujeres según sea su situación conyugal es similar, si en el momento se encuentran unidas o no.

* **Condición de uso y lugar de residencia.** La mujer del área metropolitana urbana y semiurbana (es decir con servicios urbanos) tienen un mayor uso que la mujer rural y que incluso nunca los llega a utilizar.

* **Condición de uso y grupo de edad.** la edad influye en la condición de uso de métodos donde el uso mayor lo es igualmente en el abandono. Los grupos de más incremento son de 25-29 años y 30-34 años para los fines del programa de planificación familiar tiene sentido el concepto de espaciamiento del embarazo en las edades con mayor riesgo y limitación, o de menor abandono en el uso.

* **Condición de uso y escolaridad.** la escolaridad parece ser uno de los determinantes que más influye en el uso de métodos anticonceptivos.

La escolaridad se manifiesta una vez más en el conocimiento que tienen las mujeres acerca de los métodos para evitar el embarazo, a mayor escolaridad, las proporciones del uso de los métodos aumentan.

La escolaridad de la mujer refleja también la suspensión en el uso de métodos.

* **Conocimiento.** en muchos casos la "noción" sobre los métodos anticonceptivos, no quiere decir que la pareja que ha oído hablar de ellos en realidad los conozca y menos aún que sepa como se usan.

2.- Continuidad en el uso de métodos anticonceptivos.

La continuidad en la anticoncepción se utiliza para medir la proporción de mujeres que acumulan duraciones de uso del primer método y cualquier método subsecuente sin embarazarse. Esta es la medida más empleada para evaluar programas ya que los cambios pueden ser sanos y el impacto de un programa se deriva del uso eficaz de algún método.

La continuidad en el método se mide a través de las proporciones de mujeres que independientemente de la fuente de obtención, acumulan diferentes duraciones de uso en un anticonceptivo sin embarazarse ni cambiar de método. Las diferencias en el grado de escolaridad, el lugar de residencia y la condición de actividad no parecen determinar variaciones sustanciales en las tasas de continuidad de primer método.

Dentro de las instituciones que componen el sector público se detecta una mayor continuidad en el IMSS en relación a las pastillas y en cuanto al dispositivo.

Las variaciones de los métodos de acuerdo a las fuentes de obtención se observa para las pastillas una continuidad mayor por parte de la aceptación del sector público. Pero también se observa un mayor abandono por efectos colaterales, lo que sugiere que las pastillas es un método bastante socorrido por estas usuarias, quienes dejan el uso del método en buena parte por el deseo de embarazo. El dispositivo es el método que presenta mayor continuidad superando aún las pastillas.

6. CONCLUSIONES

El análisis de los resultados obtenidos del cuestionario aplicado demuestran que las pacientes post-parto y post-aborto, no se encuentran en desconocimiento de la existencia y uso de los métodos anticonceptivos e incluso en algún momento de su vida los han utilizado. Invariablemente el decir que las pacientes conocen gran parte de los métodos anticonceptivos no todas han sido usuarias de uno o todos los métodos. La información que recibe la paciente no solo se ha concretado al medio que las rodea sino que se destaca el papel de la enfermera como educadora pero que aún no es lo suficientemente relevante para concientizar a la paciente que se encuentra en el post-parto y post-aborto para iniciar el control de la fertilidad como el momento ideal para evitar un embarazo próximo donde la paciente pueda tener riesgo en su salud, por lo que la paciente deja esa decisión para un momento posterior como lo va a demostrar el proceso estadístico, en el momento de realizar el cuestionario de las 90 pacientes ecuestadas 85 ya se encontraban usando un método y solo 5 no los utiliza por situaciones muy particulares.

Al desarrollar el proceso estadístico se notara que en base a las respuestas que se fueron obteniendo las preguntas mas relevantes fueron:

- El conocimiento de los métodos anticonceptivos.
- Si han usado los métodos anticonceptivos que ofrece el IMSS
- La confianza que sienten sobre los métodos de planificación familiar que ofrece el IMSS.
- Las molestias o incomodidades que sienten al utilizar los métodos anticonceptivos.
- El personal que ha proporcionado más información.
- La participación en pareja al elegir un método de planificación familiar.
- Si prefieren usar un método natural.

Concluyendo que el conocimiento de los métodos anticonceptivos no quiere decir que se usan de una manera continua y responsable, además que la paciente es quien decide que momento los va a utilizar.

La información que se proporciona sigue siendo insuficiente en consejería y planificación familiar lo que hace necesario una capacitación más profunda a éste respecto.

Que la información que prevalece en la población aunada a su idiosincrasia es de gran trascendencia para que las pacientes post-parto y post-aborto no acepten los métodos que ofrece el Hospital General de Sub Zona y Medicina Familiar No. 10 para cuidar su salud reproductiva y evitar embarazo "tal vez" no deseados o de alto riesgo.

La presente investigación no es única en su género pues tenemos conocimientos de la realización de otros ensayos con temática similar, sin embargo, consideramos que dada las circunstancias y la zona donde se realizó éste protocolo no podríamos establecer un punto de comparación puesto que no se realizó a población abierta ni con la infraestructura que fueron realizados los demás de tal manera que los resultados de nuestra investigación se contraponen con lo editado en la encuesta de planificación familiar Conapo 1995 publico en la revista del Consumidor número 236, México del mes de octubre de 1996.

De los datos mostrados, surgen como recomendaciones las siguientes:

-La importancia que tiene generalizar la aplicación del enfoque de salud y riesgo

reproductivo en la prestación de los servicios de protección anticonceptiva.

-La importancia de capacitar al personal de salud que participa en la prestación de los servicios de planificación familiar y salud reproductiva.

- La necesidad de reforzar los programas de información educación y comunicación sobre planificación familiar, especialmente la comunicación interpersonal individualizada a través de la consejería.

- Aumentar la capacidad de oferta de servicios y mejorar la calidad, ampliando la gama de métodos anticonceptivos para la población, enfatizando el acceso y la disponibilidad de aquellos de mayor efectividad.

**UNIVERSIDAD AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
SISTEMA DE UNIVERSIDAD ABIERTA
LICENCIATURA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA**

CUESTIONARIO Y CEDULA PARA APLICAR A 90 MUJERES DE POSTPARTO Y POSTABORTO ATENDIDAS EN EL HOSPITAL GENERAL DE SUBZONA Y MEDICINA FAMILIAR No.10, DE NUEVO NECAXA, PUEBLA; DE ENERO A JUNIO DE 1996.

PRESENTAN

- ARACELI GARRIDO BARRAGAN**
- NORMA F. KAMPFNER RODRIGUEZ**
- PAULA DE AQUINO CABRERA**

ASESOR DE TESIS

LIC. ANGELES GARCIA ALBARAN

- | | |
|----------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Una comadre | <input type="checkbox"/> Un médico |
| <input type="checkbox"/> Una enfermera | <input type="checkbox"/> Todos |
| <input type="checkbox"/> Ninguno | |

11. ¿Ha recibido información de cuando es el momento más adecuado para iniciar un método anticonceptivo?

- | | |
|-----------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
|-----------------------------|-----------------------------|

12. ¿Le gustaría utilizar un método anticonceptivo?

- | | |
|-----------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
|-----------------------------|-----------------------------|

13. ¿Cuál?

- | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Pastillas | <input type="checkbox"/> Inyectables |
| <input type="checkbox"/> Preservativo | <input type="checkbox"/> Dispositivo intrauterino |
| <input type="checkbox"/> Vasectomía | <input type="checkbox"/> Salpingoclasia |
| <input type="checkbox"/> Naturales | |

14. ¿Conoce cuáles son los riesgos de un próximo embarazo?

- | | |
|-----------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
|-----------------------------|-----------------------------|

15. ¿Utiliza actualmente algún método de planificación familiar?

- | | |
|-----------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
|-----------------------------|-----------------------------|

16. ¿Cuál?

- | | |
|-----------------------------------------|---------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Pastillas | <input type="checkbox"/> Preservativo |
| <input type="checkbox"/> Vasectomía | <input type="checkbox"/> Dispositivo intrauterino |
| <input type="checkbox"/> Salpingoclasia | <input type="checkbox"/> Naturales |

17. ¿En qué lugar se le otorgó?

- | | |
|-------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> IMSS | <input type="checkbox"/> ISSSTE |
| <input type="checkbox"/> SSA | <input type="checkbox"/> ISSSTEP |
| <input type="checkbox"/> Particular | |

18. ¿Ustedes como pareja están de acuerdo en llevar un método de planificación familiar que ofrece el IMSS?

- | | |
|-----------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
|-----------------------------|-----------------------------|

19. ¿Cuál?

- | | |
|-----------------------------------------|----------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Pastillas | <input type="checkbox"/> DIU |
| <input type="checkbox"/> Preservativo | <input type="checkbox"/> Prefiero Otro |
| <input type="checkbox"/> Vasectomía | <input type="checkbox"/> Ninguno |
| <input type="checkbox"/> Salpingoclasia | |

20. ¿Cuál otro?

- | | |
|------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Naturales | <input type="checkbox"/> Inyectables |
| <input type="checkbox"/> Ninguno | |

21. ¿El no aceptar el método se debe a:

No los conozco

Mi pareja no quiere

Abortos anteriores

La religión me lo prohíbe

Madre soltera

Primigesta añosa

22. ¿Durante la lactancia de sus hijos anteriores sin usar ningún método se embarazó?

SI

NO

7.2 CEDULA

-Edad _____

-Paridad _____

-Intervalo _____ intergenésico

-Métodos anticonceptivos utilizados anteriormente

-Idiosincrasia en relación de métodos anticonceptivos:

Los acepta

()SI

()NO

-Participación de la pareja en la elección de un método anticonceptivo:

()SI

()NO

-Principales efectos secundarios encontrados:

-Controla y acude a revisión del método anticonceptivo empleado:

()SI

()NO

-Desea un embarazo próximo:

()SI

()NO

-Conoce las indicaciones al decidir sobre un método anticonceptivo:

()SI

()NO

-Conoce las contraindicaciones al decidir sobre un método anticonceptivo:

()SI

()NO

GLOSARIO DE TERMINOS

ACEPTABILIDAD.- Calidad aceptable; estudiar la aceptación de una proposición.

ANEMORREA.- Ausencia de menstruación por más de 90 días

Anticonceptivos.- Son aquellos que se utilizan para impedir la capacidad reproductiva de un individuo o una pareja en forma temporal o permanente.

CICLO MENSTRUAL.- Periodo de 28 días más o menos 5 días comprendido entre dos menstruaciones durante el cual se lleva a cabo la maduración del folículo ovárico, la ovulación y la formación de un cuerpo luteo.

CONSENTIMIENTO INFORMADO.- Es la decisión voluntaria del aceptante para que se le realice un procedimiento anticonceptivo con pleno conocimiento y comprensión de la información pertinente y sin presiones.

CONTRAINDICACIONES.- Es la situación de riesgo a la salud por la cual no se debe administrar, aplicar o practicar un método anticonceptivo.

CRONOGRAMA.- Es donde se materializa la planificación, organización y distribución de tiempo y actividades que requiera el trabajo de investigación.

EFFECTIVIDAD ANTICONCEPTIVA.- Es la capacidad de un método anticonceptivo para evitar un embarazo en las condiciones habituales de uso, en un periodo de un año.

EFICACIA.- Relación que existe entre la calidad de objetos logrados y número de objetivos planeados.

FACTOR DE RIESGO.- Característica o circunstancia personal, ambiental o social de los individuos o grupos asociados con un aumento de la probabilidad de ocurrencia de un daño.

FECUNDIDAD.- Incidencia efectiva de nacimientos de una población. No debe confundirse este termino con fertilidad.

HEMORRAGIA.- Escape de sangre de los vasos.

HIPERTENSIÓN ARTERIAL.- Cifras de tensión arterial anormalmente elevadas.

HIPOTESIS.- Suposición de una cosa posible, de la que se saca una consecuencia:

H1: Hipótesis General

H2: Hipótesis de Trabajo

H3: Hipótesis Nula.

INDICADOR.- Expresión del desempeño a través de la relación cuantitativa entre 2 variables que intervienen dentro del mismo proceso.

INVESTIGACIÓN.- Proceso metódico de indagación de conocimientos acerca de la realidad objetiva.

MULTIPARAS: Mujer que ha tenido dos o más embarazos con producto viable.

METODOS: Obra que contiene ordenados, los principales elementos de un arte o ciencia.

NULA.- Sin mérito ni valor.

NULIPARA.- Mujer que nunca ha tenido un producto viable.

POSTPARTO.- Es el periodo asociado a la condición fisiológica de la mujer después de la resolución por vía vaginal de un embarazo mayor de 20 semanas.

POSTCESAREA.- Es el periodo asociado a la condición fisiológica de la mujer después de la resolución quirúrgica de un embarazo de 20 semanas.

POSTABORTO.- Es el periodo asociado a la condición fisiológica de la mujer después de la resolución de la interrupción del embarazo menor de 20 semanas.

RIESGO REPRODUCTIVO.- Probabilidad que tienen tanto la mujer en edad fértil, como su producto potencial, de experimentar enfermedades o muerte en caso de presentar un embarazo.

SALUD REPRODUCTIVA.- El estado de completo bienestar físico mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad durante el proceso de reproducción.

USUARIO.- Persona que utiliza un método anticonceptivo o le ha sido practicado alguno de los métodos anticonceptivos permanentes.

BIBLIOGRAFIA

1. MONDRAGON Castro Hector.- *Obstetricia Básica Ilustrada*. Trillas, 1995, 882p.
2. A BEISCHER/V. MACKAY. *Asistencia por la enfermera Durante el Puerperio. Obstetricia Práctica con Cuidado del Recién Nacido*, Editorial Interamericana, México, D.F: 1979, 238p.
3. BEVERLY Ritter DuGas. *Métodos de Control Prenatal. Manual de Enfermería Práctica*, Grupo Editores Mediterráneo, S.A. México, D.F., 1986, 739p.
4. BENSON/PERROL. *Manual de Obstetricia y Ginecología*. Tr. Esperanza Torres, México, La Prensa Medica Mexicana, 1984, 523p.
5. INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL. *Jefatura de Servicios de Planificación Familiar. Contenidos Didácticos para el Curso Básico de Orientación Sexual para Personal Multidisciplinario*, México, 1983, 126p.
6. LOPEZ Ibor J.J. *Planificación Familiar y Anticonceptivos Biblioteca Básica de la Educación Sexual*, Editores Universo, S.A., México, D.F. 28 de Abril 1983, 216p.
7. Mc. GGRAW-HILL/HIGASHIGA. *Ciencias de la Salud. Segunda Edición*, 1991, Interamericana de México, S.A. de C.V., 535p.
8. MENDEZ Oteo Francisco. *Planificación. Asociada de Médicos del Hospital de Ginecología y Obstetricia*, No 3 del I.M.S.S., A.C., México, 1982, 1001p.
9. P. CHOW/A. DURND N./FEIDMAN/A. MILLS. *Planificación Familiar. Manual de Enfermería Pediátrica*, Editorial Limusa, México, D.F., 1983. 822p.
10. RUBIOS/SACRISTAN. *Obstetricia I antología*, México, S.U.A. 1995, 737p.
11. STANLEY W. Jacobet. *Anatomía y Fisiología Humana*. Tr. Felix García Roig, México, Interamericana, 1976, 535p.
12. SMITH/QUINTANILLA L./LAFARGA, J./COX K. *Guía para capacitadores en Salud Sexual*. I.P.P.F./RHO., New York, 1989., 460p.
13. SHULTZ/WILLIAMS. *Programación de Objetivos en la Educación Sexual*, Editorial Pax, México, 1975, 328p.

14. MANUAL PARA EL USO DE LA METODOLOGIA ANTICONCEPTIVA, DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MEDICAS, COORDINACION DE SALUD REPRODUCTIVA Y MATERNO INFANTIL, OCTUBRE 1996, MÉXICO, D.F., 36P.

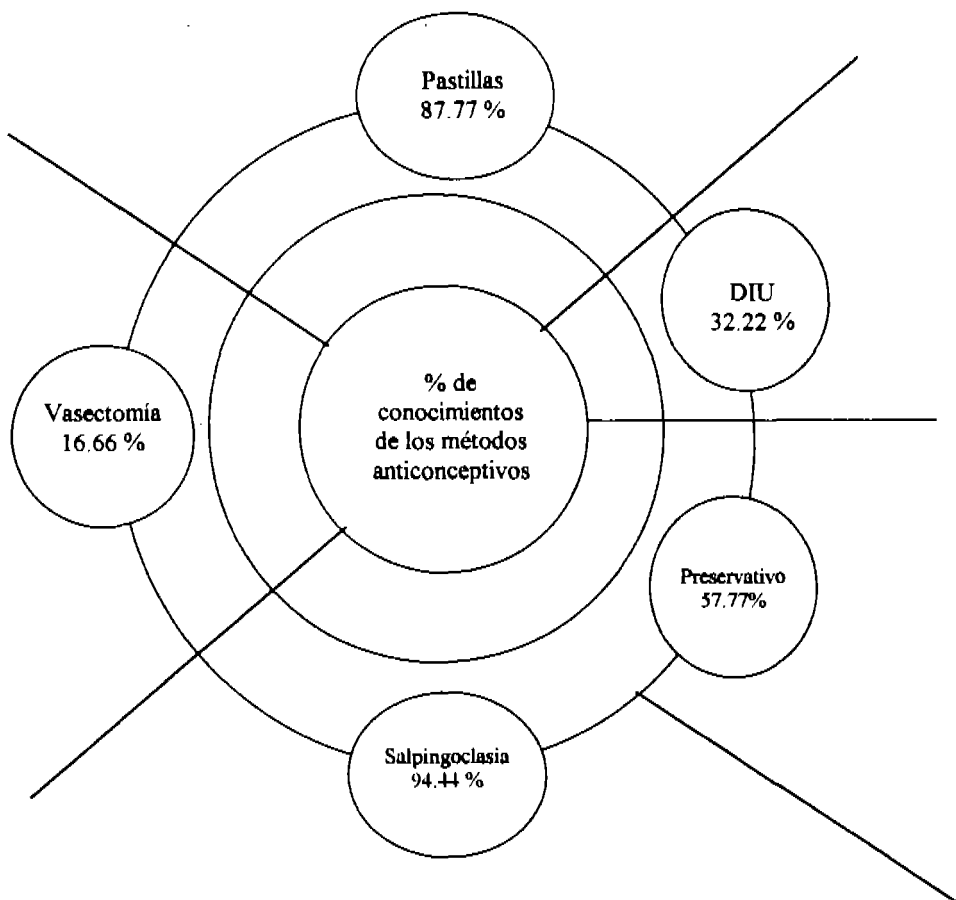
15. RUIZ Velazco Víctor. Aspectos Básicos de los Métodos de Planificación Familiar. Editor Francisco Méndez, México, D.F., 1979.

1.- ¿Cuáles son los métodos de planificación familiar que conoces?

Métodos	Num.	Porcentaje
Pastillas	79	87.77%
DIU	29	32.22%
Vasectomía	15	16.66%
O.T.B.	85	94.44%
Preservativo	52	57.77%

2.- ¿Cuáles métodos de planificación natural conoce?

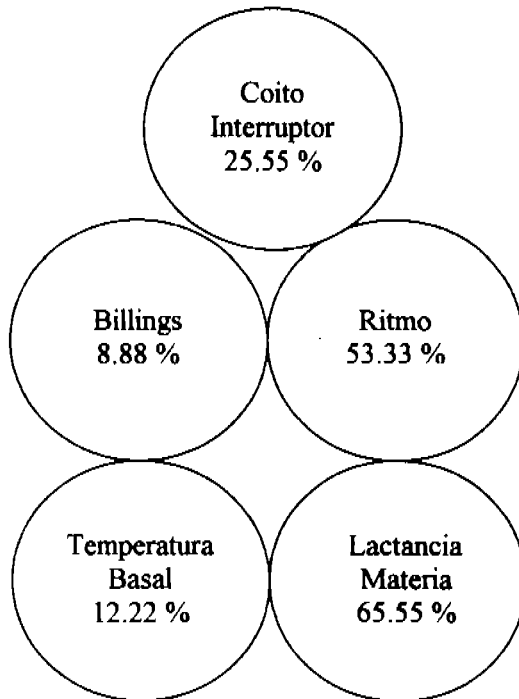
Métodos	No.	Porcentaje
Coito Interruptus	23	25.55%
Billings	8	8.88%
Ritmo	48	53.33%
Temperatura Basal	11	12.22%
Lactancia Materna	59	65.55%



1.- ¿Cuáles son los métodos de planificación que conoces?

Métodos	Núm.	Porcentaje
Pastillas	79	87.77 %
DIU	29	32.22 %
Vasectomía	15	16.66 %
O.T.B.	85	94.44 %
Preservativo	52	57.77 %

2. ¿Cuáles métodos de planificación familiar naturales conoce?



2. ¿Cuáles métodos de planificación natural conoce?

Métodos	No.	Porcentaje
Coito Interruptor	23	25.55 %
Billigs	8	8.88 %
Ritmo	48	53.33 %
Temperatura Basal	11	12.22 %
Lactancia Materna	59	65.55 %

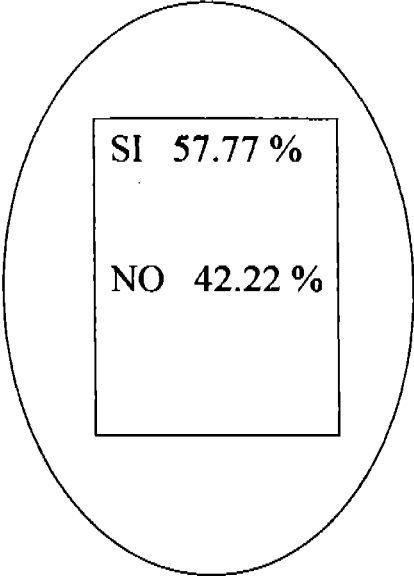
3. ¿Conoce usted como se coloca el dispositivo intrauterino?

75.86 % SI

24.13 % NO

3. ¿Conoce usted como se coloca el dispositivo intrauterino?

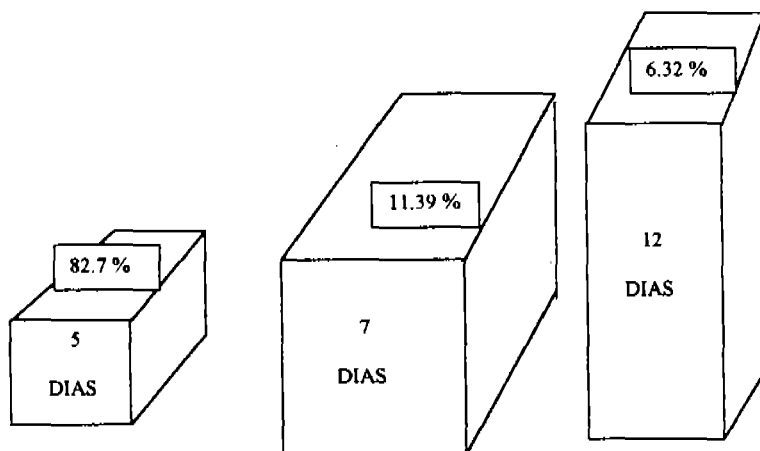
	Núm.	Porcentaje
SI	22	75.86 %
NO	7	24.13 %



4. ¿Sabe como usar el preservativo?

	Núm.	Porcentaje
SI	52	57.77 %
NO	38	42.22 %

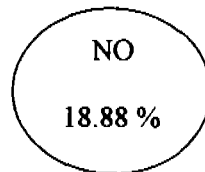
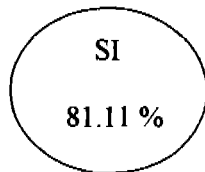
5. ¿Sabe a partir de que día se inicia a tomar las pastillas?



5. ¿Sabe a partir de que día se inicia a tomar las pastillas?

Días	Núm.	Porcentaje
5	65	82.27 %
7	9	11.39 %
12	5	6.32 %

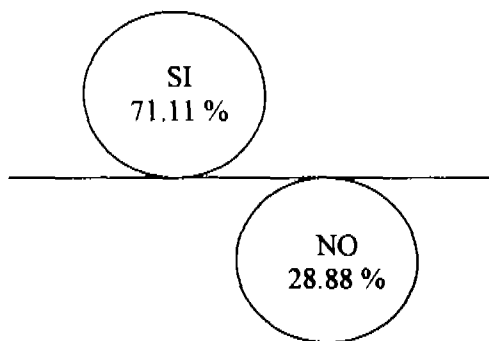
6. ¿Ha utilizado algún método de planificación familiar del Seguro Social?



6. Ha utilizado algún método de planificación del Seguro Social.

	Núm.	Porcentaje
SI	73	81.11 %
NO	17	18.88 %

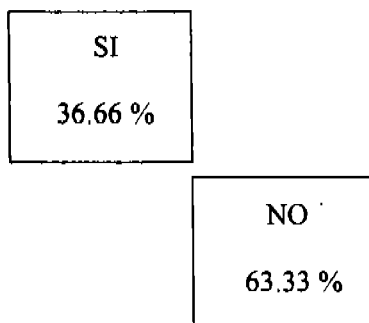
7. Tiene usted confianza sobre los métodos de planificación familiar que ofrece el Seguro Social.



7. Tiene usted confianza sobre los métodos de planificación familiar que ofrece el Seguro Social.

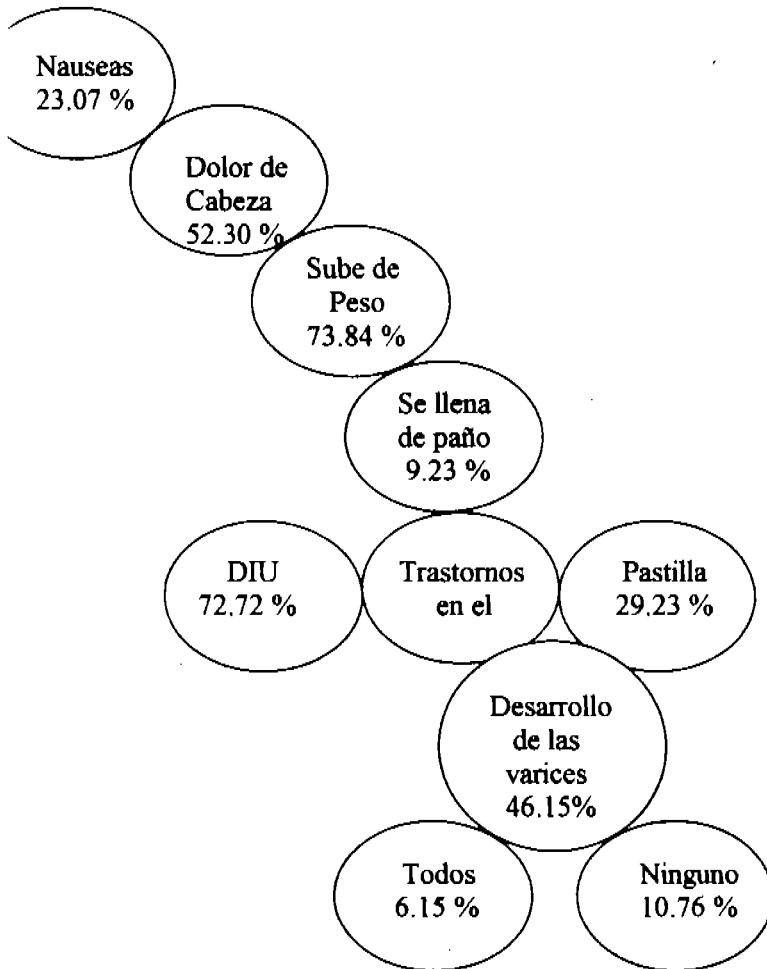
	Núm.	Porcentaje
SI	64	71.11 %
NO	26	28.88 %

8. ¿Los métodos le causan incomodidad por su uso?



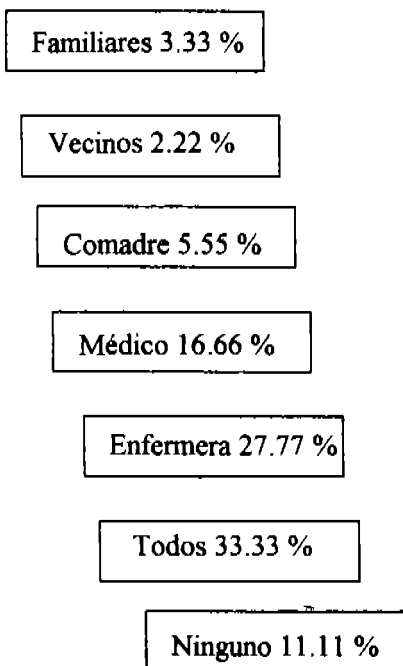
8. ¿Los métodos le acusan incomodidad por su uso?

	Núm.	Porcentaje
SI	33	36.66%
NO	57	63.33%



Síntomas	Núm.	Porcentaje
Nauseas	15	23.07 %
Dolor de cabeza	34	52.30 %
Sube de peso	48	73.84 %
Se llena de paño	6	9.23 %
Trastornos menstruales.		
a) Pastillas.	19	29.23 %
b) Dispositivo Intrauterino.	16	72.72 %
Desarrollo de varices.	30	46.15 %
Todos	4	6.15 % (pastillas)
Ninguno	7	10.76 % (pastillas)

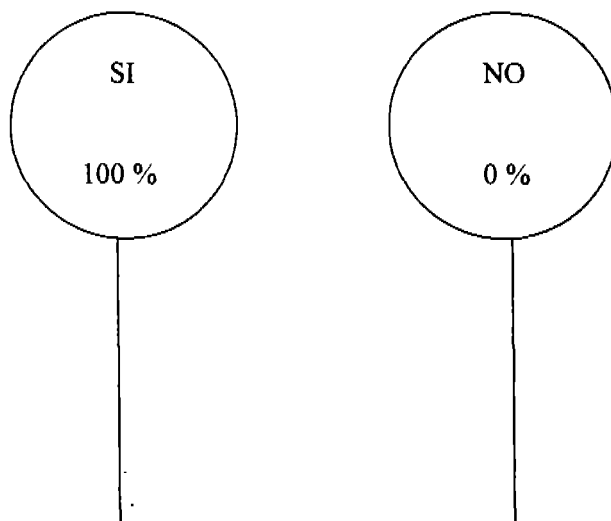
10. ¿Qué personal le ha dado información sobre métodos de planificación familiar?



10. ¿Qué personal le ha dado información sobre métodos de planificación familiar?

	Núm.	Porcentaje
Familiares	3	3.33 %
Vecinos	2	2.22 %
Comadre	5	5.55 %
Médico	15	16.66 %
Enfermera	25	27.77 %
Todos	30	33.33 %
Ninguno	10	11.11 %

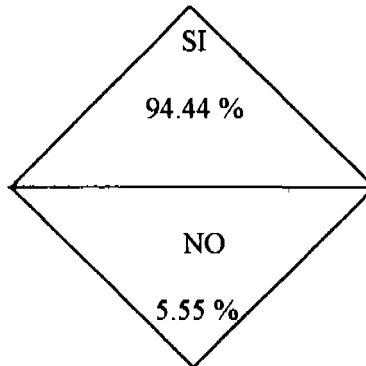
11. ¿Ha recibido información de cuando es el momento más adecuado para iniciar un método de planificación familiar?



11. ¿Ha recibido información de cuando es el momento más adecuado para iniciar un método de planificación familiar?

	Núm.	Porcentaje
SI	90	100 %
NO	0	0 %

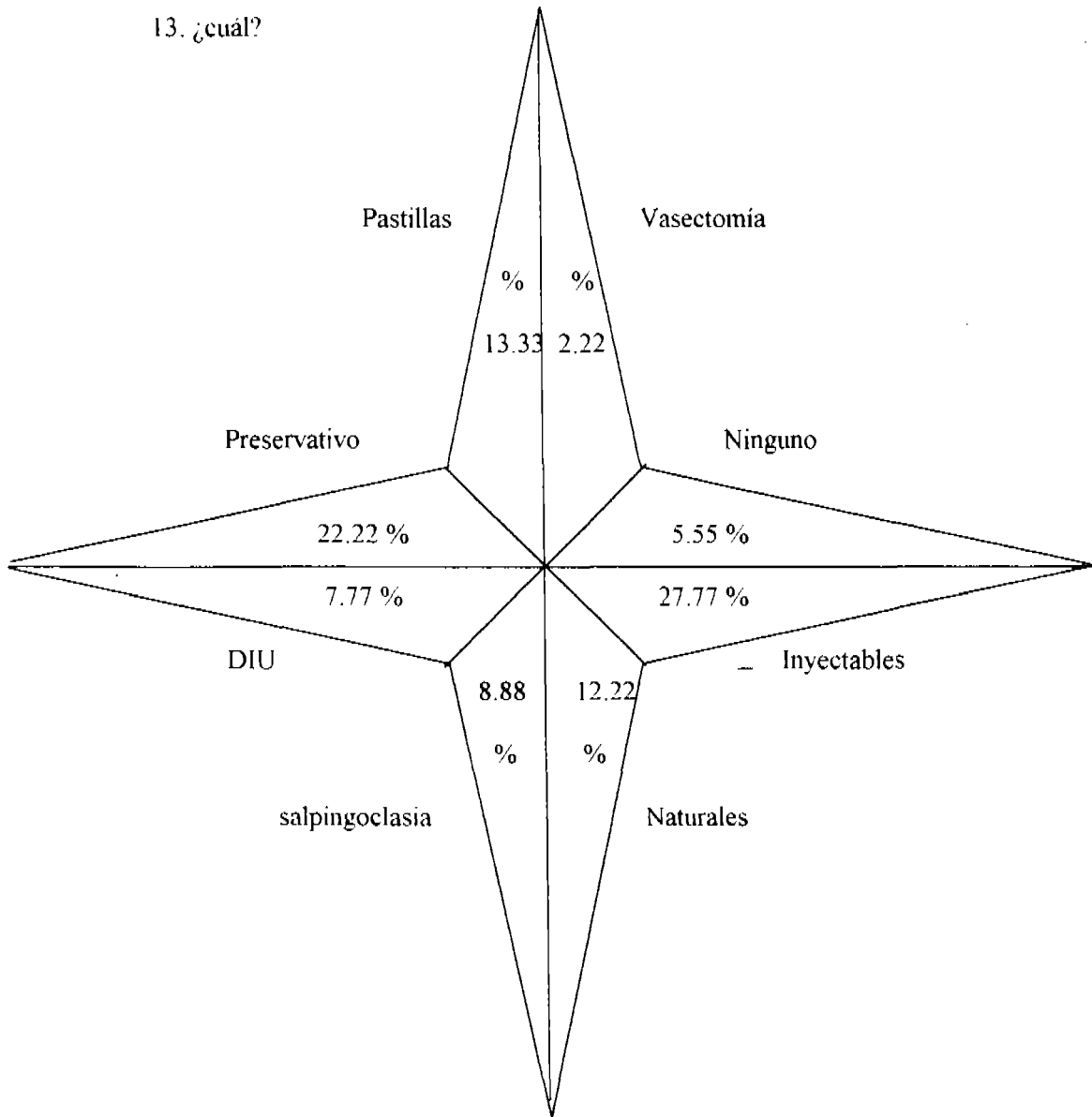
12. ¿Le gustaría húsar un método anticonceptivo?



12. ¿Le gustaría húsar un método anticonceptivo?

	Núm.	Porcentaje
SI	85	94.44 %
NO	5	5.55 %

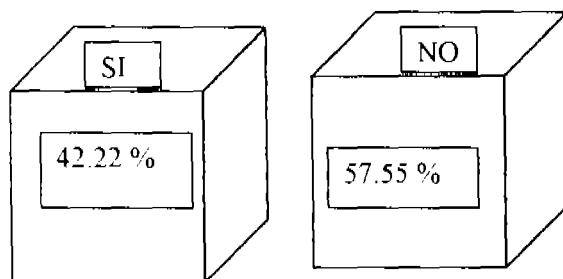
13. ¿cuál?



13. ¿Cuál?

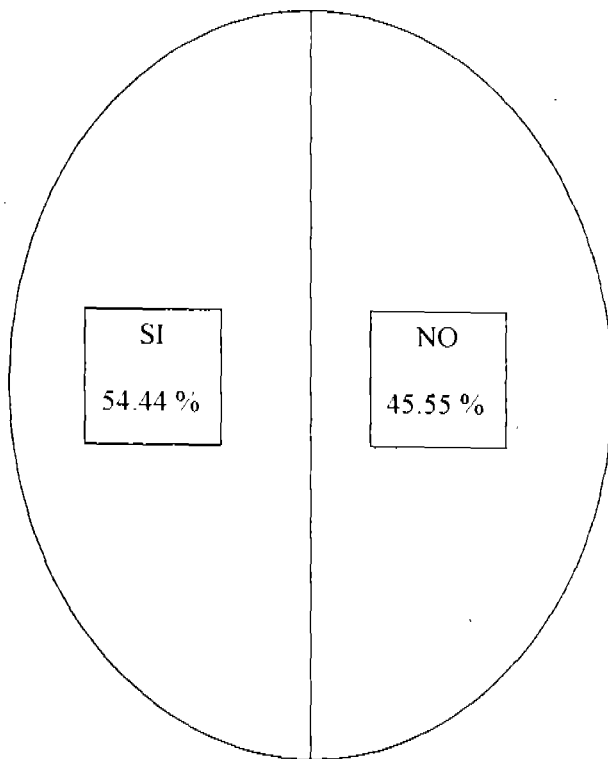
Método	Núm.	Porcentaje
Pastillas	12	13.33 %
Preservativo	20	22.22 %
Vasectomía	2	2.22 %
DIU	7	7.77 %
Salpingoclasia	8	8.88 %
Naturales	11	12.22 %
Inyectables	25	27.77 %
Ninguno	5	5.55 %

14. ¿Conoce cuáles son los riesgos de salud de un próximo embarazo?



14. ¿Conoce cuáles son los riesgos de salud de un próximo embarazo?

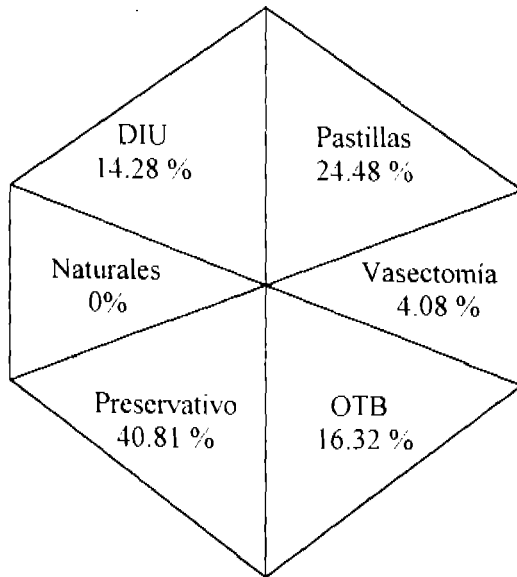
	Núm.	Porcentaje
SI	38	42.22 %
NO	52	57.77 %



15. ¿Utiliza actualmente algún método de planificación familiar?

	Núm.	Porcentaje
SI	49	54.44 %
NO	41	45.55 %

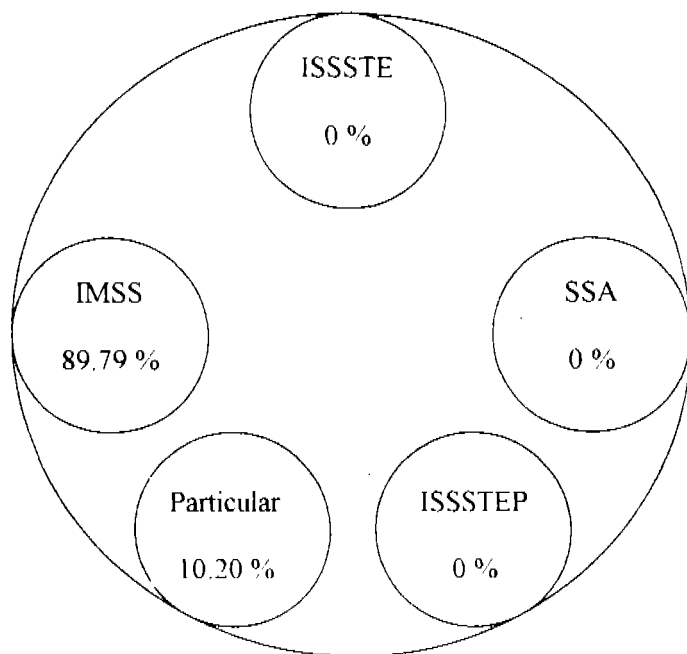
16. ¿Cuál de 49 que lo utilizan?



16. ¿Cuál? de 49 que lo utilizan?

Métodos	Núm.	Porcentaje
Pastillas	12	24.48 %
DIU	7	14.28 %
Preservativo	20	40.81 %
O.T.B.	8	16.32 %
Vasectomía	2	4.08 %
Naturales	0	0%

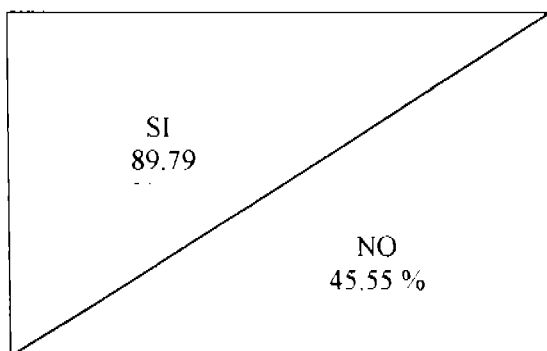
17. ¿En que lugar se le otorgo?



17. ¿En que lugar se le otorgo?

Instituciones	Núm.	Porcentaje
IMSS	44	89.79 %
ISSSTE	0	0 %
Particular	5	10.20 %
SSA	0	0 %
ISSSTEP	0	0 %

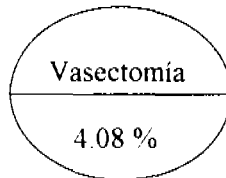
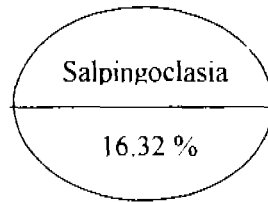
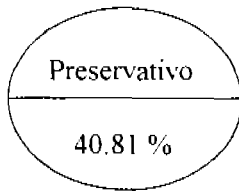
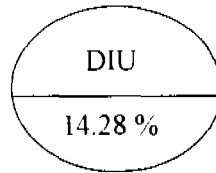
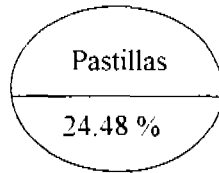
18. ¿ Ustedes como pareja están de acuerdo en llevar un método de planificación familiar de los que ofrece el Seguro Social?



18. ¿Ustedes como pareja están de acuerdo en llevar un método de planificación de los ofrece el Seguro Social?

	Núm.	Porcentaje
SI	44	89.79 %
NO	41	45.55 %

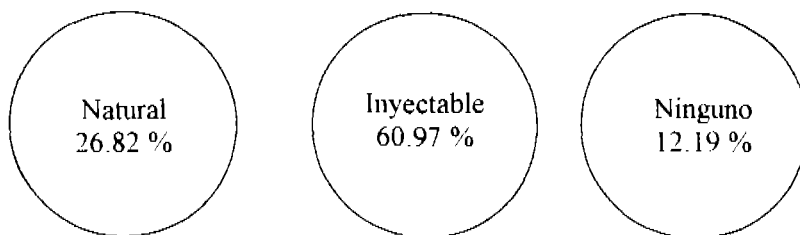
19. ¿Cuál?



19. ¿Cuál?

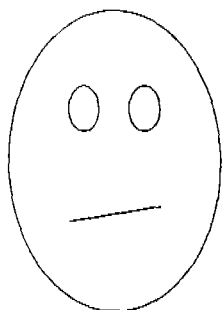
Método	Núm.	Porcentaje
Pastillas	12	24.48 %
DIU	7	14.28 %
Preservativo	20	40.81 %
Salpingoclasia	8	16.32 %
Vasectomía	2	4.08 %

20. ¿Prefiere otro?

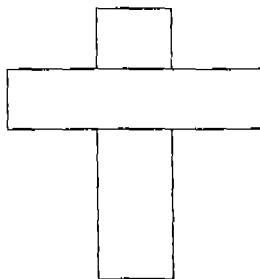


20. ¿Prefiere otro?

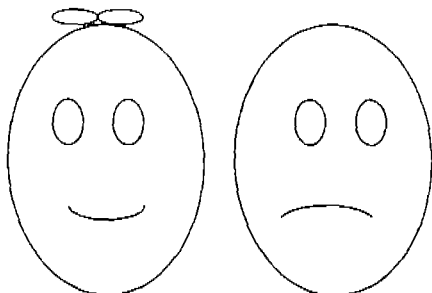
Método	Núm.	Porcentaje
Natural	11	26.82 %
Inyectable	25	60.97 %
Ninguno	5	12.19 %



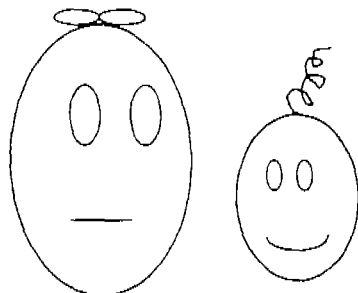
No los conozco 0%



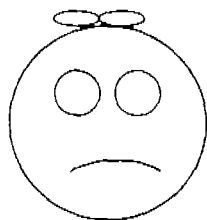
Mi religión no me lo permite. 20 %



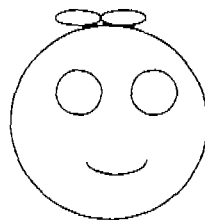
Mi pareja no quiere 20 %



Madre soltera 20 %



Abortos anteriores
20 %

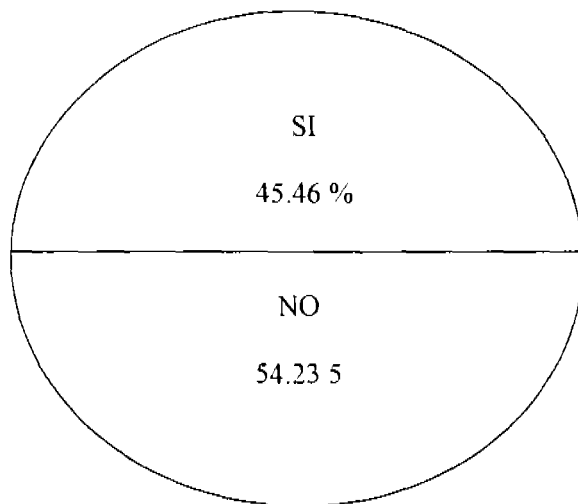


Primigesta añosa
20 %

21. El no acepta el método de planificación familiar se debe:

	Núm.	Porcentaje
No los conozco	0	%
Mi religión no me lo permite.	1	20 %
Mi pareja no quiere.	1	20 %
Madre Soltera	1	20 %
Abortos anteriores	1	20 %
Primigesta añosa	1	20 %

22. ¿Durante la lactancia de sus hijos anteriores sin usar métodos se embarazo?



22. ¿durante la lactancia de sus hijos anteriores sin usar métodos se embarazo?

	Núm.	Porcentaje
SI	27	47.76 %
NO	32	54.23 %