



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

HOSPITAL JUAREZ DE MEXICO

BIOLOGIA DE LA REPRODUCCION HUMANA

**Í ANTICONCEPCION EN MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA
CON ENFERMEDADES CRONICODEGENERATIVAS QUE ACUDEN
A LA CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL JUAREZ DE MEXICOÎ**

T E S I S

Registro No. HJM 2039/12-R

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN:

BIOLOGIA DE LA REPRODUCCION HUMANA

PRESENTA EL ALUMNO:

DR. MARTIN ENRIQUE RAMOS RAMOS

TUTOR DE TESIS:

DRA. IMELDA HERNANDEZ MARIN

MEXICO D. F. JULIO 2012



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.

FIRMAS DE AUTORIZACION

DR. CARLOS VIVEROS CONTRERAS
TITULAR DE LA UNIDAD DE ENSEÑANZA
HOSPITAL JUAREZ DE MEXICO

DRA. IMELDA HERNANDEZ MARIN
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE POSGRADO
JEFE DEL SERVICIO DE BIOLOGIA DE LA REPRODUCCION HUMANA
HOSPITAL JUAREZ DE MEXICO
TUTOR DE TESIS

AGRADECIMIENTOS

Al Hospital Juárez de México, por ser nuestra gran casa de enseñanza y por brindarnos la oportunidad de formar parte de el.

A mi profesora la Dra. Imelda Hernández Marin por enseñarme y orientarme en la formación como médico subespecialista en Biología de la Reproducción Humana, por sus consejos y especial asesoría en la elaboración y culminación de este trabajo.

A todas nuestras queridas Pacientes, ya que sin ellas este trabajo no tendría finalidad ni culminación.

A todos aquellos que de alguna manera ya sea directa o indirecta colaboraron conmigo.

A todos, GRACIAS!!!

DEDICATORIA

A **Dios**, por permitirme llegar a este momento tan especial en mi vida, por la familia que me has dado. Por los triunfos y los momentos difíciles, sobre todo aquellos que me han fortalecido más para alcanzar esta meta.

A ti **Mamita**, por estar siempre cuando te necesito y por vivir conmigo todos esos momentos buenos y malos que he tenido, por haberme educado y enseñado el significado de la palabra humildad y por el amor que siempre me has brindado. GRACIAS POR DARME LA VIDA!!! TE QUIERO MUCHO MAMA.

A ti **Papa**, por estar también siempre conmigo en los momentos buenos y malos, te agradezco muchas cosas sobre todo el apoyo que me brindaste para culminar mi carrera, mi especialidad, hoy mi subespecialidad. Gracias por darme ejemplo de vida, de honestidad y responsabilidad. Gracias por aferrarte a esta vida y seguir a mi lado hombro con hombro, luchando día a día para ser mejor ser humano. TE QUIERO MUCHO MI VIEJO DE ORO.

A ustedes **Hermanos (Yanin, Grisel, Oswaldo)**, porque siempre he contado con ustedes en todo, son mis grandes amigos y de verdad LOS QUIERO y LOS ADORO MUCHO aunque a veces no parezca. Gracias porque siempre confiarón en mí y me impulsaron a continuar con mi desarrollo profesional.

INDICE

RESUMEN	6
MARCO TEORICO	7
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	15
PREGUNTA DE INVESTIGACION	16
JUSTIFICACION	17
OBJETIVOS	18
HIPOTESIS	19
MATERIAL Y METODOS	20
DISEÑO	21
CRITERIOS DE SELECCION	22
TAMAÑO DE LA MUESTRA	23
DEFINICION DE LAS VARIABLES	24
ANALISIS DE RESULTADOS	25
FACTIBILIDAD Y ASPECTOS ETICOS	26
RECURSOS HUMANOS, FISICOS Y FINANCIEROS	27
RESULTADOS	28
DISCUSION	34
CONCLUSION	35
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	36
BIBLIOGRAFIA	37
ANEXOS	39

RESUMEN

ANTICONCEPCION EN MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA CON ENFERMEDADES CRONICODEGENERATIVAS QUE ACUDEN A CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL JUAREZ DE MEXICO.

Marco Teórico: Aproximadamente 10% de mujeres en edad reproductiva cursan con una seria enfermedad crónica, la salud reproductiva incluyendo la anticoncepción es frecuentemente ignorada por estas pacientes. De haber embarazo, el riesgo de morbilidad y mortalidad materno-fetal es mayor.

Objetivo: Conocer la cobertura anticonceptiva en mujeres con enfermedades crónico-degenerativas, los métodos anticonceptivos utilizados, la demanda insatisfecha, cuando no emplean ningún método cual es la razón y por último la participación de los médicos especialistas no Ginecoobstetras, no Biólogos de la Reproducción en la identificación de riesgo reproductivo y promoción del uso de anticonceptivos.

Material y Métodos: El estudio se realizó en el Hospital Juárez de México de Noviembre a Mayo del 2012. El investigador identificó a mujeres en edad fértil, portadoras de enfermedad crónico-degenerativa que asistan a la consulta externa del Hospital Juárez de México. Se les invitó a responder un cuestionario, al aceptar participar firmaron un consentimiento informado. El formato de la entrevista fue un cuestionario de salud sexual y reproductiva elaborado por el investigador y basado en cuestionarios elaborados y validados por la Coordinación Normativa de Salud Reproductiva de la secretaria de salud e incluye preguntas como; enfermedad que padecen, paridad, tipo de método anticonceptivo utilizado o causa de no utilización, información por parte del médico no ginecoobstetra sobre riesgos en caso de embarazo o invitación a utilizar un método anticonceptivo. La información de los cuestionarios se vertió en una base de datos del programa SPSS. Se empleo estadística descriptiva.

Resultados: Se encuestaron a 428 pacientes de 15 a 49 años agrupadas en quinquenios. Su Estado Civil: 230 Casadas, 144 Solteras, 33 Viven en Unión Libre, 10 son Viudas, 8 estan Separadas y 3 son Divorciadas. Se agruparon por Enfermedades Endocrinas 110, destacando la DMT2 y Enfermedad de Tiroidea. Enfermedades Renales 102, destacando Insuficiencia Renal Crónica y Aguda, Enfermedades Autoinmunes 85, Destacando Lupus Eritematoso Sistémico, 34 Cardiopatas, Cáncer 52, Neumopatías 28, Neurológicas 17. 325 pacientes tuvieron Vida Sexual desde esporádica hasta varias veces por semana. 103 no tuvieron vida sexual. De las 325 pacientes sexualmente activas, 278 son usuarias de Método de Planificación Familiar y 47 no utilizan ningún método. Lo que traduce una cobertura anticonceptiva del 85.5% (278 de 325). Métodos más utilizados: Son los Definitivos como la Histerectomía y Salpingoclasia 32% (136), Condón 15% (65), Vasectomía 4% (16), Hormonales Orales .7% (3), DIU 11% (48), Hormonales Inyectables 1.4% (6), Coito Interrumpido .9% (4), Sin método 35% (150). De las 47 pacientes no usuarias de método anticonceptivo 23 manifestaron franco deseo de no embarazarse, lo que constituye una demanda insatisfecha de 48.9% . Sobre la participación del Médico Tratante se encontró que a 357 pacientes (83.4%) el médico les indicó que debían utilizar un MPF. Solamente a 71 pacientes (16.6%) no se les informó sobre riesgos y pertinencia de la protección anticonceptiva.

Conclusión: Se requiere atención y consejería por expertos a todas las pacientes en edad fértil, que tienen enfermedades crónico-degenerativas para otorgar el método anticonceptivo más efectivo y adecuado en cada caso contribuyendo en la disminución de la mortalidad materna por causas indirectas.

MARCO TEORICO

El concepto de embarazo de alto riesgo es decir un embarazo en el cual el pronóstico materno fetal es potencialmente sub óptimo en comparación con el asociado con un embarazo normal, fue introducido por primera vez hace alrededor de 40 años, a fines de la década de 1960. En consecuencia en ese momento comenzó a centrarse la atención en los aspectos fetales/neonatales y se publicaron estudios en los que se afirmaba que era posible identificar el subgrupo de mujeres embarazadas que requerían de un mayor cuidado como consecuencia de la presencia de factores de riesgo claramente identificables, antes del embarazo o durante el mismo. (1)

Las enfermedades médicas y quirúrgicas que complican el embarazo requieren la colaboración de obstetras, clínicos, cirujanos, anesthesiólogos y varias veces de otros especialistas. Debido a que el embarazo no impide que la mujer padezca enfermedades, los obstetras deben tener un conocimiento práctico de las enfermedades medico quirúrgicas frecuentes en mujeres en edad reproductiva. Del mismo modo los médicos no obstetras deberían estar familiarizados con los efectos que estas enfermedades pueden ejercer sobre la mujer embarazada. (2)

Es importante que los cambios fisiológicos inducidos por los embarazos normales deban interpretarse en relación con sus efectos sobre las alteraciones no obstétricas subyacentes. El embarazo induce cambios fisiológicos profundos en la mayor parte de los sistemas de órganos y esto puede ampliar o confundir la evaluación de las alteraciones médicas o quirúrgicas coincidentes. Un embarazo de alto riesgo puede identificarse realizando una cuidadosa historia médica y obstétrica. (3)

La observación pionera de Aubrey y Nesbitt de que el 20-30% de la población obstétrica contribuye con el 70-80% de la mortalidad y morbilidad perinatales creó la urgencia para el análisis y detección de los embarazos de alto riesgo ya que estas pacientes tienen una mayor probabilidad de complicaciones del embarazo y de muerte durante o después de la gestación. (4)

Identificar con oportunidad a las pacientes con embarazo de alto riesgo permite al personal de salud realizar estudios, tratamientos u otras actividades que contribuyen a disminuir los riesgos de mayor morbilidad y mortalidad. Pero los Ginecoobstetras sobretodo en las instituciones, tenemos un gran problema con otro grupo de pacientes que tienen un riesgo elevado de morir cuando se embarazan, nos referimos a las mujeres con riesgo reproductivo elevado.

Cuando hablamos de mujeres con riesgo reproductivo elevado, nos referimos a aquellas que por sus antecedentes ginecoobstetricos o personales patológicos, tienen una probabilidad incrementada de mayor morbilidad y mortalidad de ocurrir una gestación, ejemplos de estos antecedentes son: antecedentes de preeclampsia en embarazos previos, ser diabética, hipertensa crónica, lúpica, padecer enfermedades auto inmunes o cardiopatías, etc.

El Dr. Gleicher atinadamente señala que el desarrollo de un embarazo médicamente contraindicado, representa una falla de la comunidad médica en brindar el asesoramiento y el tratamiento apropiados, ya que generalmente es resultado de un juicio erróneo respecto de la evolución de la enfermedad en la mujer o la falta de uso de un anticonceptivo apropiado y ya que los obstetras excepcionalmente atienden a estas pacientes antes del embarazo, es esencial una estrecha cooperación entre las diferentes especialidades médicas. (5)

De acuerdo a una estimación de la Organización Mundial de la Salud, del 30 al 50% de los embarazos no son planeados; y el 25% no son deseados, lo que hace considerar una deficiencia en la educación para planear el embarazo y/o el tiempo entre cada uno de estos. En México, la prevalencia de la anticoncepción de las mujeres en edad fértil unidas, era de 30.2 por ciento en 1976; en 1987 la proporción aumentó a 52.7 por ciento; en 1992 ascendió a 63.1 por ciento; y más tarde, a fines de 1997, se incrementó a 68.5 por ciento. Se estima que la prevalencia de uso de métodos anticonceptivos fue de 70.8 por ciento en el 2000. (6)

En el caso de la población derechohabiente del IMSS, la prevalencia anticonceptiva de las mujeres casadas o unidas era de 83.5 por ciento en 1998. Si se considera sólo el uso de métodos modernos, esa prevalencia disminuye a 75.3 por ciento. Se consideran métodos modernos a la operación femenina, la vasectomía, el dispositivo intrauterino, las pastillas, las inyecciones, los implantes subdérmicos, el condón y otros métodos locales, como los óvulos, jaleas, espumas y diafragma. En tanto que los métodos tradicionales incluyen el ritmo y el retiro (7)

La falta de uso de métodos anticonceptivos tiene una repercusión mayor en las mujeres con patología previa o con factores de riesgo que requieran de una mayor vigilancia médica. El impacto de esta situación condujo a la elaboración de métodos anticonceptivos que a través del tiempo se han modificado para mejorar la salud reproductiva. Entendida esta en su contexto más amplio.

Es de vital importancia tomar en cuenta el riesgo reproductivo que puede tener una paciente, desde antes que planee el embarazo, ya que una vez que se embaraza, el embarazo se torna de alto riesgo y por lo tanto tiene mayor probabilidad de agravar su situación clínica e incluso morir durante el periodo grávido-puerperal. (8)

Para definir muerte materna se siguen los criterios de la organización mundial de la salud (OMS)(CIE9) considerándose la muerte de una mujer en el curso de la gestación y durante el plazo de 42 días después de su terminación, con independencia de la duración y localización de la gestación por cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo o por su asistencia, pero no por causas accidentales o incidentales. Según la OMS las causas se pueden dividir en dos tipos:

Causa obstétrica directa. Son las que se producen por alteraciones patológicas propias del estado gravidopuerperal, por intervención, omisión, tratamientos incorrectos o complicaciones resultantes de cualquiera de estos factores.

Causa obstétrica indirecta. Son las que se producen por patología medico-quirúrgica previa o concomitante con el embarazo o puerperio, que no dependen de la gestación, pero que puede agravarse por los cambios fisiológicos del embarazo.

Posteriormente la OMS en la 10ma revisión de la clasificación internacional de las enfermedades (CIE 10) reporta algunas variaciones.

Muerte materna relacionada con la gestación: recoge la definición anterior (CIE-9), pero incluye cualquier causa de muerte, es decir incluyendo causas incidentales o accidentales. Se evita la clasificación etiopatogénica, por lo que la recolecta de los datos parece ser más sencilla y fácil.

Muerte materna tardía. Que amplía el período de inclusión entre el 42 día del parto y menos de un año después de la terminación de la gestación. Incluye, por lo tanto, aquellos fallecimientos posteriores al puerperio, pero que están en clara dependencia con el estado grávido puerperal. (9)

En la República Mexicana la mortalidad materna ha disminuido en los últimos 40 años. Sin embargo, la preeclampsia-eclampsia, la hemorragia y la sepsis puerperal representaron 69.6% del total de muertes maternas en 1996 como causas obstétricas directas. La preeclampsia fue la causa número uno de muerte materna y de morbilidad y mortalidad perinatales. (10)

Podemos apreciar que en el Instituto Mexicano del Seguro Social, durante los últimos años las muertes maternas de manera global han disminuido, sin embargo llama la atención que la mortalidad por causas indirectas se ha incrementado. A nivel nacional en el IMSS en 2001 ocurrieron 230 muertes maternas de las cuales 18.3% fueron por causas indirectas y para 2006 de 158 casos 25.3% fueron por causas indirectas (11)

El tema de la mortalidad materna continua en la agenda mundial de la salud. En la cumbre del milenio de las naciones unidas (2000) se puntualizaron metas específicas de disminución de la mortalidad materna en los llamados objetivos de desarrollo del milenio, concretamente el objetivo 5 busca mejorar la salud materna. México es país firmante de este acuerdo, con ello se comprometió para 2015 a reducir la mortalidad materna en tres cuartas partes en relación al año 1990 (12)

Cuadro 1

Razón y número de defunciones de mortalidad materna 1990-2000, meta al año 2000 y meta del milenio año 2015

Indicador	1990	2000	Meta al año 2000	Meta del Milenio 2015
Razón de mortalidad materna por 100 mil nacimientos (defunciones por cada 100 mil nacimientos)	90.4	72.6	45.2	22.3
defunciones	2,189	1,543	1,094	547

Fuente. Gobierno de la república, anexo del sexto informe de gobierno 2006, p.62

En base a todo lo antes expuesto podemos apreciar la importancia de aconsejar una correcta planificación familiar a la mujer con una enfermedad médica. Esto debe incluir conversaciones sobre las contraindicaciones del embarazo y la elección particular de un método anticonceptivo en presencia de una situación patológica específica.

El asesoramiento previo a la concepción abarca tres aspectos principales. En primer término; los embarazos médicamente contraindicados deben prevenirse debido a consideraciones maternas. En segundo lugar los embarazos de las pacientes con enfermedades médicas deben ser cuidadosamente planificados para maximizar la evolución del feto. En tercer lugar debe elegirse un método anticonceptivo para cada paciente en forma individual.

El asesor tiene la responsabilidad de informar a la paciente y a su familia sobre los potenciales efectos fetales de la enfermedad materna. Se han reconocido asociaciones claras entre enfermedades maternas y efectos fetales posteriores. Como consecuencia en algunas situaciones clínicas se ha vuelto posible prevenir los efectos fetales de las enfermedades maternas por medio de una intervención realizada en el momento oportuno. (13)

La mortalidad es un componente fundamental en la dinámica demográfica de la población y su descenso se ha estudiado bajo dos enfoques complementarios. Por un lado, la transición demográfica, que se refiere al tránsito de regímenes de alta mortalidad y natalidad a otros de niveles bajos y controlados y, por el otro, la transición epidemiológica analiza el cambio paulatino en el perfil de causas de muerte, en el cual desaparecen progresivamente las afecciones infecciosas y parasitarias y predominan las crónicas y degenerativas.

El descenso de la mortalidad en la República Mexicana ha estado fuertemente determinado por el mayor control de las enfermedades transmisibles infecciosas y parasitarias y de las asociadas al parto. El descenso de la mortalidad por estas causas, que afectan sobre todo durante las etapas tempranas de la vida, trajo como consecuencia la transformación de la estructura por edad de las defunciones, trasladando los decesos hacia etapas posteriores e incrementando el peso de las enfermedades crónico-degenerativas.(14)

El cambio en la composición de las causas de muerte se puede explicar por medio de dos enfoques diferentes. Por un lado, la transición epidemiológica en la que las intervenciones de tipo médico y los avances tecnológicos abaten los decesos en edades tempranas y, por otro, la transición de la salud, que enfatiza la importancia de las transformaciones sociales y el comportamiento de las personas, al promover la prevención y el cuidado de la propia salud.

En 1980, de las 429 mil defunciones registradas a nivel nacional, 31.8 por ciento se debió a enfermedades transmisibles, 45.7 por ciento a enfermedades no transmisibles, 15.8 por ciento a accidentes y lesiones y el restante 6.7 por ciento está mal definido. Para 2007, las defunciones registradas fueron poco más de 514 mil: 12.2 por ciento se debieron a enfermedades transmisibles, 75.4 por ciento a enfermedades no transmisibles, 10.7 por ciento a accidentes y lesiones y en 2.1 por ciento de los casos se desconoce la causa de defunción. Las profundas transformaciones en materia de salud, niveles y estilos de vida, así como los adelantos en la tecnología médica, que de manera conjunta han contribuido a reducir la mortalidad y a transformar los patrones de enfermedad y muerte en hombres y mujeres, no han beneficiado por igual a la población que reside a lo largo y ancho de nuestro país ni a la que pertenece a distintos sectores demográficos y estratos socioeconómicos. (15)

En la década de los cuarenta, la población mexicana moría principalmente por enfermedades infecciosas y parasitarias como diarreas y enteritis, neumonía o influenza, paludismo y sarampión. Hoy en día los padecimientos crónico degenerativos como las enfermedades del corazón, los tumores malignos, la diabetes mellitus, las enfermedades cerebrovasculares y los accidentes encabezan la lista de causas de muerte.

Dado el nuevo espectro de la mortalidad, se dice que México vive un fenómeno al que se ha definido como "transición epidemiológica polarizada", porque al mismo tiempo que presenta una etiología de morbilidad y mortalidad propia de países subdesarrollados, observa un patrón también de mortalidad y morbilidad afín al que presentan las naciones industrializadas. Se tiene así que defunciones prácticamente evitables, tales como las enfermedades infecciosas y parasitarias y las afecciones originadas en el periodo perinatal, que siguen teniendo magnitudes relativamente elevadas, coexisten con muertes ocasionadas por enfermedades crónico-degenerativas. (16)

Se ha dicho que las mujeres tienen cierta "protección endócrina" a algunos problemas crónicos y que esta protección se ve limitada por diversos factores de riesgo ambientales y personales o de conducta. Durante los últimos años, la prevalencia de enfermedades crónicas en mujeres se ha incrementado consistentemente.

Uno de los aspectos que se subraya al intentar explicar este fenómeno es el envejecimiento de la población mexicana; sin embargo, los cambios en los riesgos son mucho más rápidos y violentos de los que puede explicar este fenómeno por sí solo. Una de las grandes transformaciones epidemiológicas en México registradas en el curso de las últimas décadas ha sido el incremento de las defunciones por enfermedades del corazón, por tumores y diabetes mellitus.

Las enfermedades del corazón ocupan hoy en día el primer lugar en la estructura de la mortalidad en nuestro país, cuando en 1940 éstas se situaban por su frecuencia, en el noveno lugar de las causas de defunción, en el nivel nacional. Su volumen en el año de 1922 representaba apenas 1.3% del total de fallecimientos registrados; para el año 2000 las enfermedades clasificadas como enfermedades del corazón representaron 15.7%. De ahí que las enfermedades del corazón junto con otras de las consideradas crónico-degenerativas son conocidas como enfermedades del desarrollo. La muerte por causas relacionadas con el embarazo, parto y puerperio ocupan el octavo lugar de mortalidad entre las mujeres de 25 a 64 años de edad con una tasa de 4.3 muertes por cada 100 000 mujeres adultas.

La mortalidad materna es un grave problema de salud pública y es una preocupación latente dentro de las políticas públicas. En el caso de las mujeres, la insuficiencia renal, las causas de embarazo, parto y puerperio y la influenza y neumonía aparecen entre las diez principales causas de mortalidad. (16)

El concepto de salud reproductiva se crea con base en la clásica definición positiva de salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Así, la salud reproductiva se define como el estado de completo bienestar físico, mental y social en todos aquellos aspectos relativos a la reproducción. De acuerdo con esta definición, implica la capacidad para reproducirse, tener un embarazo y parto seguros, llevar el proceso reproductivo a buen término, es decir, dar a luz a un niño sano, que crezca en buenas condiciones. La salud reproductiva se refiere también a la capacidad de regular la fecundidad sin riesgos y escoger el método más conveniente de manera libre e informada, y al derecho a tener una vida sexual satisfactoria y libre de enfermedad. Este concepto toma en cuenta los siguientes enfoques parciales: salud materno-infantil, sobrevivencia en la infancia y maternidad sin riesgos, conceptos todos ellos que de acuerdo con los importantes cambios sociodemográficos hicieron evidente que los enfoques y programas desarrollados durante los setenta y hasta finales de la siguiente década tenían una perspectiva estrecha para abordar todos los aspectos de salud relacionados con la reproducción humana.

El concepto de salud de la mujer rebasa el de salud reproductiva, al incluir todo los procesos relacionados con la reproducción, en un sentido amplio, y agregar los problemas propios de la mujer en etapas del ciclo vital previas y posteriores a la edad reproductiva. El conocimiento de los métodos anticonceptivos es un factor fundamental pero no suficiente para propiciar la práctica de la anticoncepción. Y, en efecto, de la población femenina de 15 a 49 años de edad que declaró en 1997 conocer algún método (96.5%), 40.9% no había nunca usado uno. Este porcentaje desciende a 21.0% entre la población femenina en edad fértil casada o unida, que es la de mayor exposición al riesgo de sufrir un embarazo. (17)

Por tipo de método se observan variaciones realmente significativas. Sobresale el bajo porcentaje de mujeres que declararon conocer métodos de reciente incorporación a la gama de posibilidades anticonceptivas para la población, como el Norplant (sólo 14.8%). Esta situación se agudiza en las localidades con un menor número de habitantes. Los métodos más conocidos son: las pastillas (93.6%) y el preservativo (90%) (INEGI, 1997).

El conocimiento de las tendencias de la anticoncepción y de la Planificación Familiar en México ha sido posible gracias a la existencia de datos sociodemográficos provenientes principalmente de encuestas. La evolución de la práctica de la anticoncepción ha ido acompañada de cambios significativos en la preferencia de los diversos métodos anticonceptivos. En el comienzo o fase inicial de los programas oficiales de planificación familiar (1976), las mujeres de 15 a 49 años usuarias de métodos anticonceptivos empleaban hormonales orales, principalmente, seguidos por los métodos tradicionales y el DIU. Con el transcurrir del tiempo, la preferencia de métodos ha ido cambiando en favor de la operación femenina y el dispositivo intrauterino. En 1997, la OTB y el DIU se constituyen en los métodos más utilizados, concentrando 45 y 21 por ciento de las usuarias activas de métodos anticonceptivos, respectivamente, mientras que el empleo de hormonales orales estaba sólo representado por 10.2% de las usuarias.

El incremento de la práctica anticonceptiva, así como las tendencias al uso masivo de ciertos métodos, ha llamado la atención hacia algunos aspectos relacionados con la política de población y los llamados derechos reproductivos. La inquietud nace a raíz de la satisfacción e insatisfacción de las mujeres que han recurrido a la esterilización, pues de acuerdo con los resultados de la Encuesta Nacional de Fecundidad y Salud (ENFES 1987), los cuales si bien mostraron que la mayoría de las mujeres estaban conformes con la decisión de operarse, sugieren la búsqueda de mecanismos institucionales que coadyuven a asegurar que esta decisión sea plenamente consciente e informada. (17)

La mayor prevalencia en el uso de métodos anticonceptivos se ha presentado siempre en las edades centrales (25 a 39 años). Hoy en día este grupo de mujeres presenta niveles en la práctica de la anticoncepción que giran alrededor de 73%. Lo anterior muestra, de alguna manera, que las mujeres adultas fueron y siguen siendo el segmento de la población femenina que más respuesta ha tenido hacia el ejercicio de la regulación de la fecundidad.

A partir de 1987 se nota un incremento importante en el uso de métodos anticonceptivos entre las mujeres de más de 29 años y aunque en menor medida, entre las de 45 a 49 años. Las adolescentes, por el contrario, han tenido una respuesta más tardía, pero a pesar de ser el grupo con los menores niveles de uso de anticonceptivos no se puede negar que éstas han incrementado notablemente su participación. (17)

La aparente incongruencia de comportamiento entre el deseo expreso de no querer tener más hijos y el no uso de métodos anticonceptivos, es menos visible entre las mujeres de más edad, residentes de zonas urbanas y con un nivel de escolaridad mayor.

Uno de los principales problemas de salud pública que afecta a las mujeres en edad reproductiva es la morbilidad materna, porque detrás de las muertes por hemorragias, infecciones, parto obstruido y complicaciones de abortos, existen siempre causas que obedecen, las más de las veces a factores como los siguientes: carencia de cuidados prenatales; de equipo y medicamentos adecuados para atender las complicaciones o emergencias obstétricas; inaccesibilidad a los servicios de planificación familiar con los cuales poder evitar embarazos no deseados, embarazos numerosos o poco espaciados o que ocurren en las edades extremas de la vida de las mujeres; problemas de nutrición, enfermedades infecciosas o de tipo crónico que aumentan las probabilidades de que el embarazo no llegue a buen término. En la magnitud de este problema, se debe además reconocer la cuota de responsabilidad que pesa sobre los servicios de salud y la magnitud de su compromiso en la solución del mismo. La disminución de embarazos por mujer y la mayor atención prenatal y en el parto, ha repercutido, sin duda, en la disminución de las muertes maternas en nuestro país en los últimos 20 años pasando de 94.5 muerte por cada 100 000 nacidos vivos en 1980 a 51 en 1999. Se ha podido observar una relación inversa entre las tasas de mortalidad materna y los indicadores de cobertura prenatal y del parto, y de prevalencia del uso de anticonceptivos. (17)

El nivel que presenta la mortalidad materna es relativamente bajo si se le compara con el de muertes infantiles. Su gran subregistro, que limita conocer la verdadera magnitud del problema, no imposibilita afirmar que el descenso de la mortalidad materna apunta a una más adecuada y oportuna utilización de los servicios de salud, en particular de los de planificación familiar, los cuales por sí solos ayudan a la prevención de los embarazos no deseados y a disminuir el impacto tanto del embarazo/ parto como el del embarazo/aborto. Sin embargo, su prevalencia se considera un indicador de desventaja social de las mujeres en el logro de sus derechos fundamentales y en el ejercicio de la maternidad deseada.

La mortalidad materna en nuestro país suele ocurrir preponderantemente por causas obstétricas directas, o sea por abortos, hemorragias del embarazo y del parto, toxemia del embarazo, complicaciones del puerperio, entre otras de patología similar, la mayoría de ellas esencialmente evitables y que de mejorarse notablemente la atención prenatal, del parto y durante el puerperio podrían repercutir significativamente en el abatimiento de este tipo de fallecimientos. El exceso de intervención médica durante el parto y, en particular, la práctica indiscriminada de la cesárea, puede transformarse en un problema adicional, ya que existen evidencias de que el riesgo relativo de mortalidad materna es superior en el parto por cesárea. (17)

De la estructura de la mortalidad materna por causas sobresalen por su mayor prevalencia y concentración de decesos: la toxemia del embarazo y la hemorragia del embarazo y del parto, los cuales en conjunto explicaban en 1999, 60.9% de la mortalidad materna. La mayoría de las causas de muerte materna denotan en nuestro país una disminución en su prevalencia en los últimos 20 años, con excepción de la toxemia del embarazo y de las causas obstétricas indirectas que reflejan un incremento entre 1990 y 1999. De ahí que la importancia de estos fallecimientos radique en su evitabilidad la cual depende de su identificación temprana durante la vigilancia prenatal, de la buena capacidad resolutoria de los servicios hospitalarios de salud materna y de la prevención eficiente del embarazo no deseado. (17)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La mortalidad materna es un problema de salud pública a nivel nacional, al paso del tiempo las tasas de mortalidad no han disminuido en la proporción esperada, la disminución de las muertes maternas no debe obedecer a un compromiso de cumplimiento con los objetivos del nuevo milenio, sino más bien como una retribución de la sociedad a las mujeres. Dentro de los Hospitales de Ginecología y Obstetricia de la SSA la mortalidad materna por causas obstétricas directas ha mostrado alguna disminución, pero este decremento ha sido acompañado de un aumento de las muertes por causas indirectas, en algunos casos las mujeres han deseado y buscado el embarazo, pero en otros el mismo ocurre sin ser deseado o planeado. Por lo anterior surgió la inquietud de conocer el porcentaje de cobertura anticonceptiva en mujeres con enfermedades crónico degenerativas que acuden a la consulta externa del Hospital Juárez de México. En el entendido de que las muertes maternas por causas indirectas (atribuibles a enfermedad crónico degenerativas) se pueden evitar si las pacientes con riesgo reproductivo elevado son usuarias de un método anticonceptivo.

PREGUNTA DE INVESTIGACION

¿Cuál es la cobertura anticonceptiva en mujeres en edad reproductiva con Enfermedades Crónicas degenerativas que acuden a la consulta externa del Hospital Juárez de México?

JUSTIFICACION

El desarrollo de un embarazo médicamente contraindicado, representa una falla de la comunidad médica en brindar el asesoramiento y el tratamiento apropiados a la paciente, la anticoncepción en mujeres con enfermedades crónico-degenerativas es primordial en la prevención y disminución de la mortalidad materna. Los resultados de esta investigación, pueden poner de manifiesto algunas fallas en la anticoncepción de este grupo de enorme riesgo reproductivo, de existir fallas, se podrán implementar estrategias que permitan mejorar la cobertura y/o los métodos empleados. Como lo es la creación de una clínica de anticoncepción y salud reproductiva en el servicio de Biología de la Reproducción Humana que brinde atención, promoción e información sobre métodos anticonceptivos en pacientes con riesgo reproductivo elevado y demás usuarias.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Conocer el porcentaje de cobertura anticonceptiva en mujeres en edad reproductiva con enfermedades Crónicas degenerativas que acuden a la consulta externa del Hospital Juárez de México.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

Conocer el tipo de método anticonceptivo que utilizan las mujeres en edad reproductiva con enfermedades Crónicas degenerativas que acuden a la consulta externa del Hospital Juárez de México.

Conocer la razón por la cual las mujeres en edad reproductiva con enfermedades Crónicas degenerativas que acuden a la consulta externa del Hospital Juárez de México no usan un método anticonceptivo.

Conocer la demanda insatisfecha de anticoncepción en mujeres en edad reproductiva con enfermedades Crónicas degenerativas que acuden a la consulta externa del Hospital Juárez de México.

Conocer la participación de los médicos especialistas no Biólogos de la Reproducción Humana, no Ginecoobstétricas, en la promoción de métodos anticonceptivos en pacientes de alto riesgo reproductivo.

HIPOTESIS

No amerita por tratarse de un estudio transversal descriptivo.

MATERIAL Y METODOS

El estudio se realizo en el Hospital Juárez de México de Noviembre a Mayo del 2012. El investigador identifico a mujeres en edad fértil, portadoras de enfermedad crónicadegenerativa que asistan a la consulta externa del Hospital Juárez de México. Se les invito a responder un cuestionario, al aceptar participar firmaron un consentimiento informado.

El formato de la entrevista fué un cuestionario de salud sexual y reproductiva elaborado por el investigador y basado en cuestionarios de salud sexual y reproductiva validados por la Coordinación Normativa de Salud Reproductiva de la secretaria de salud e incluye preguntas como; enfermedad que padecen, paridad, tipo de método anticonceptivo utilizado o causa de no utilización, información por parte del médico no ginecoobstetra, no biólogo de la reproducción sobre riesgos en caso de embarazo o invitación a utilizar un método anticonceptivo.

La información de los cuestionarios se virtio a una base de datos del programa SPSS. Se empleo estadística descriptiva.

DISEÑO

Tipo de estudio: Transversal y descriptivo.

CRITERIOS DE SELECCIÓN

CRITERIOS DE INCLUSION:

Mujeres en edad reproductiva (15 a 49 años), con enfermedades crónicas degenerativas.

Mujeres con enfermedades Crónicas degenerativas que asistieron a la consulta externa del Hospital Juárez de México de la SSA.

Mujeres con enfermedades Crónicas degenerativas que aceptaron participar en la encuesta y firmaron el consentimiento informado.

CRITERIOS DE EXCLUSION:

Pacientes las cuales no firmaron el consentimiento informado.

Encuestas mal contestadas, incompletas o ilegibles.

Pacientes con enfermedades crónicas degenerativas en menopausia.

TAMAÑO DE LA MUESTRA

El tamaño de la muestra se calcula en 385 encuestas de acuerdo a la siguiente fórmula:

$$n = \frac{Z^2 pq}{e^2}$$

Donde:

n= tamaño de muestra

z²= nivel de confianza

p=variabilidad positiva

q=variabilidad negativa

e²=precisión o error.

Se consideró un nivel de confianza de 95% y variabilidad positiva y negativa de 50% para ambos casos ya que se desconoce la cobertura que se puede esperar en este grupo específico.

DEFINICION DE LAS VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	NIVEL DE MEDICION	UNIDAD DE MEDICION
Edad	Tiempo de vida transcurrido desde el nacimiento hasta el momento de la entrevista.	Cuantitativa	Discreta	Valor numérico en años
Gestas	Número de embarazos	Cuantitativa	Discreta	Valor numérico expresado con números romanos
Partos	Número de hijos nacidos por vía vaginal	Cuantitativa	Discreta	Valor numérico expresado con números romanos
Cesáreas	Número de hijos nacidos por vía abdominal	Cuantitativa	Discreta	Valor numérico expresado con números romanos
Abortos	Número de embarazos terminados antes de la semana 20 de gestación o con producto de la concepción menor de 500 gr.	Cuantitativa	Discreta	Valor numérico expresado con números romanos
Uso de Método anticonceptivo	Utilización de fármacos, sustancias, aditamentos o procedimientos quirúrgicos, que sirven para evitar la procreación.	Cualitativa	Nominal	OTB Vasectomía DIU Pastillas Hormonas Implante Preservativo Óvulos Ritmo Histerectomía Ninguno
Enfermedades crónicas degenerativas	Enfermedades de larga duración y por lo general de progresión lenta y con graves daños a quien la padece.			Patología agregada 1. Hipertensión 2. Diabetes 3. Hipotiroidismo 4. Hipertiroidismo 5. Insuficiencia Renal 6. Cardiopatía 7. Lupus eritematoso 8. Otras
Demanda Insatisfecha	Pacientes que no desean tener hijos adicionales, y a pesar de ello no utilizan ningún método anticonceptivo.	Cualitativa	Dicotómica	Si No
Participación del Médico	Información de existencia de riesgo reproductivo y promoción de uso de anticonceptivos.	Cualitativa	Dicotómica	Si No

ANALISIS DE RESULTADOS

Se realizo un análisis descriptivo con las medidas de tendencia central y de dispersión.

FACTIBILIDAD Y ASPECTOS ÉTICOS

Este estudio no contraviene ninguna declaración conocida en relación a derechos humanos, bioética e investigación. Fue factible realizar este estudio debido a que es un estudio transversal descriptivo, en donde las pacientes estuvieron en libertad de elegir el contestar una encuesta, al aceptar participar firmaran un consentimiento informado para dicho fin.

RECURSOS HUMANOS, FISICOS Y FINANCIEROS

En este estudio los recursos económicos fueron cubiertos por el investigador para la recolección de datos se dispuso de bolígrafos, impresión de las encuestas y del consentimiento informado. Las encuestas fueron aplicadas por el investigador en el edificio de consulta externa del Hospital Juárez de México de la SSA.

RESULTADOS

Se encuestaron a 428 pacientes que acudieron a la Consulta Externa del Hospital Juárez de México, portadoras de algún tipo de Enfermedad Crónica degenerativa, en edad reproductiva de 15 a 49 años agrupadas en quinquenios. (Tabla 1).

De las 428 entrevistadas su Estado Civil: 230 Casadas, 144 Solteras, 33 Viven en Unión Libre, 10 son Viudas, 8 están Separadas y 3 son Divorciadas. (Tabla 2).

Se agruparon por Enfermedades Endocrinas 110, destacando la DMT2 y Enfermedades Tiroideas. Enfermedades Renales 102, destacando Insuficiencia Renal Crónica y Aguda, Enfermedades Autoinmunes 85, Destacando Lupus Eritematoso Sistémico, 34 Cardiopatas, Cáncer 52, Neumopatías 28, Neurológicas 17. (Gráfica 1).

Del total de pacientes entrevistadas (428) 325 pacientes tuvieron Vida Sexual desde esporádica hasta varias veces por semana. 103 no tuvieron vida sexual. (Tabla 3).

De las 325 pacientes sexualmente activas, 278 son usuarias de Método de Planificación Familiar y 47 no utilizan ningún método. Lo que traduce una cobertura anticonceptiva del 85.5% (278 de 325). (Tabla 4).

Métodos más utilizados: Son los Definitivos como la Histerectomía y Salpingoclasía 32% (136), Condón 15% (65), Vasectomía 4% (16), Hormonales Orales .7% (3), DIU 11% (48), Hormonales Inyectables 1.4% (6), Coito Interrumpido .9% (4), Sin método 35% (150). (Tabla 5).

La causa de no utilización de ningún método de 47 pacientes se muestra en la Tabla 6.

De las 47 pacientes no usuarias de método anticonceptivo 23 manifestaron franco deseo de no embarazarse, lo que constituye una demanda insatisfecha de 48.9% .

Sobre la participación del Médico Tratante se encontró que a 357 pacientes (83.4%) el médico les indicó que debían utilizar un MPF y les habló sobre los riesgos existentes en caso de embarazo.

Solamente a 71 pacientes (16.6%) no se les informó sobre riesgos y pertinencia de la protección anticonceptiva. En este Grupo se encuentran 24 pacientes no usuarias de ningún método.

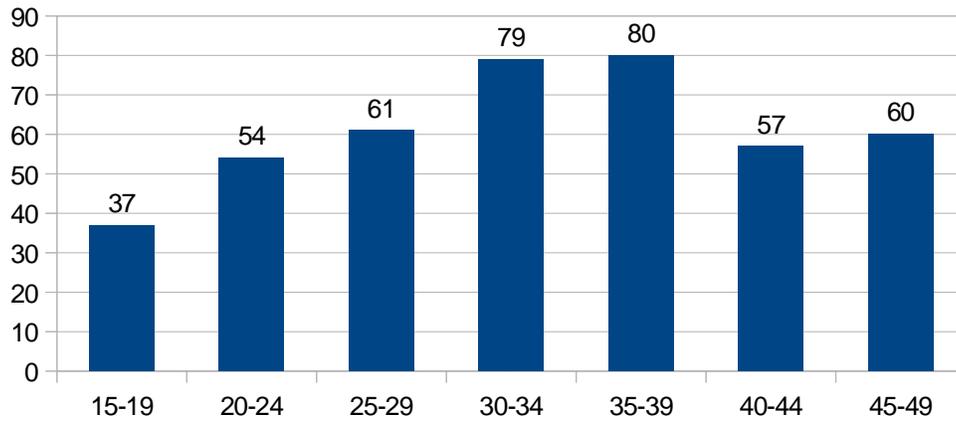
Tabla 1
Distribución por grupos de edad.

Edad	Frecuencia
15-19	37
20-24	54
25-29	61
30-34	79
35-39	80
40-44	57
45-49	60
Total	428

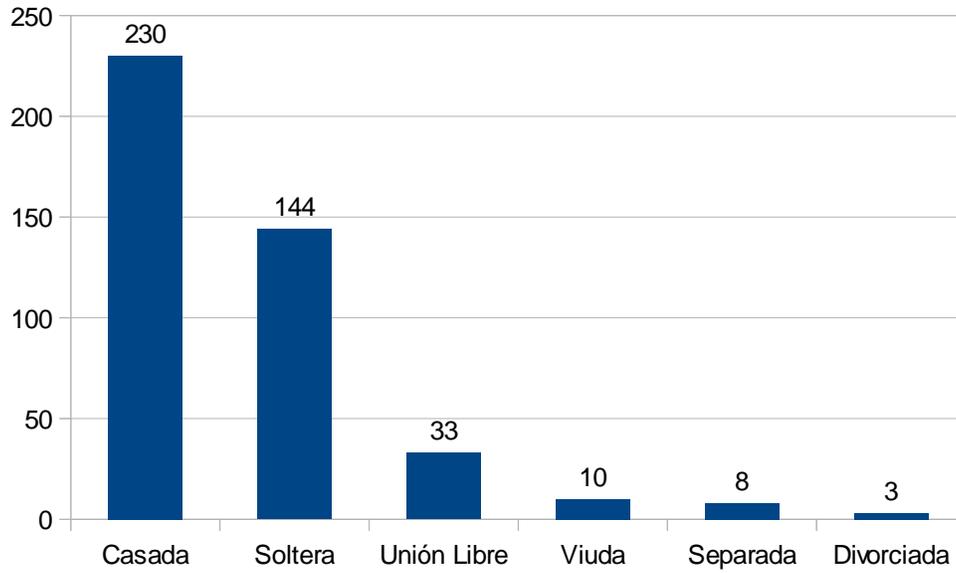
Tabla 2
Estado Civil.

Estado Civil	Frecuencia	Porcentaje
Casada	230	53%
Soltera	144	34%
Unión Libre	33	8%
Viuda	10	2%
Separada	8	2%
Divorciada	3	1%

Grupo De Edades



Estado Civil



Grupo de Enfermedades

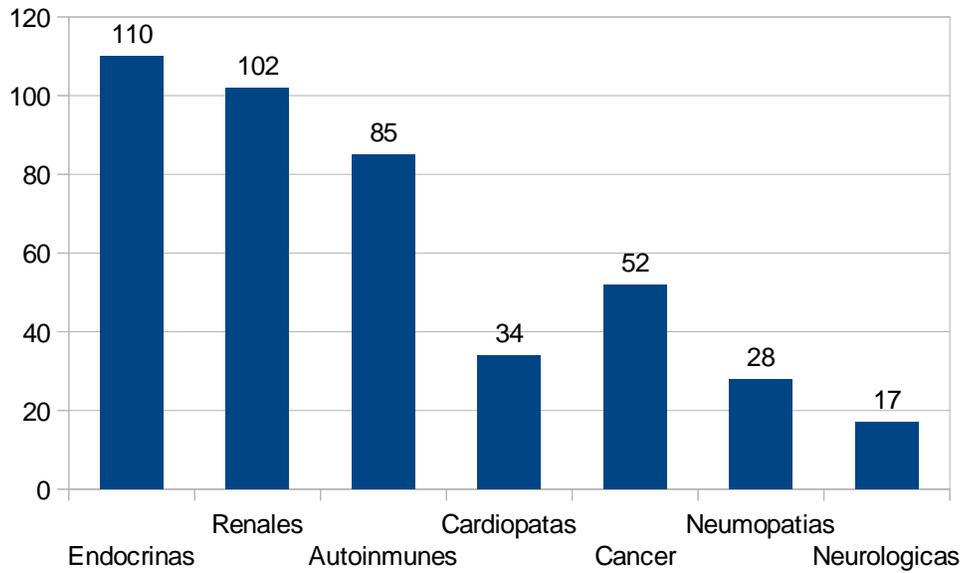


Tabla 3
Periodicidad de la actividad sexual.

Actividad Sexual	Frecuencia	Porcentaje
De 1 a 7 veces a la semana	142	33.2%
Cada 15 días	62	14.7%
Cada mes	43	10%
Ocasionalmente	35	8.2%
No ha tenido relaciones sexuales en los últimos 12 meses	103	33.9%
	428	100%

Tabla 4

Cobertura Anticonceptiva y Demanda Insatisfecha.

		Con MPF 278	Cobertura Anticonceptiva 85.5%
428 Pacientes	Con Vida Sexual 325	Sin MPF 47 (No desean Embarazo 23)	Demanda Insatisfecha 48.9%
Sin Vida Sexual 103			

Tabla 5

Tipos de Métodos Utilizados.

Método	Frecuencia	Porcentaje
Sin Método	150	35%
Histerectomía y Salpingoclasia	136	32%
Condón	65	15%
DIU	48	11%
Vasectomía	16	4%
Implante e Inyectables	6	1.4%
Coito Interrumpido	4	.9%
Pastillas	3	.7%
Total	428	100%

Tabla 6

Motivos por los que no utilizan método de planificación familiar.

Motivo para no utilizar ningún método	Frecuencia
Desea embarazarse	13
Por presencia o antecedente de efectos colaterales	11
Por enfermedad de ella o su pareja	8
Desidia	5
Esta lactando	2
Se acerca a la menopausia	2
No sabe como se usan	3
Infertilidad	3
Total	47

DISCUSION

La cobertura anticonceptiva del 85.5% podría considerarse muy buena, incluso mayor que la reportada a nivel nacional que era de 74.5% en el 2003 de acuerdo a cifras de la encuesta nacional de salud reproductiva (14).

Sin embargo, si consideramos que de 325 mujeres con vida sexual 47 no utilizan ningún método, 65 utilizan condón, 4 el coito interrumpido y 3 hormonales orales, tenemos que 119 pacientes (36.6%) se encuentran en riesgo de embarazo por falta de uso de métodos anticonceptivos de alta efectividad y continuidad, por lo tanto solamente 63.4% de las pacientes con vida sexual, se encuentran con protección anticonceptiva de alta efectividad y continuidad.

Por otra parte, la demanda insatisfecha en este grupo de pacientes, es muy alta (48.9%), comparada con la demanda insatisfecha de la población general, que oscila aproximadamente en un 12% (15).

En cuanto a la participación de los médicos, esta, parece ser buena, ya que a más de 83% de las pacientes se les advirtió de la pertinencia de uso de métodos anticonceptivos y el riesgo en caso de embarazo, sin embargo considerando el riesgo de muerte de estas pacientes ya sea por agravamiento o descontrol de su patología de fondo, o por el riesgo de preeclampsia sobreagregada, es conveniente incrementar la promoción de anticoncepción efectiva en prácticamente el 100% de las mujeres en riesgo, incluso en aquellas que desean embarazarse, al menos hasta que el médico les indique que su enfermedad esta controlada y puedan embarazarse.

Decir que 119 pacientes de 325 mujeres con enfermedad crónico-degenerativa, en edad fértil y con vida sexual tienen riesgo de embarazo, por falta de uso de método, o por el empleo de métodos poco efectivos como el condón o el coito interrumpido, es alarmante y nos lleva a considerar que aunque los médicos no ginecoobstetras y no biólogos de la reproducción humana realizan alguna intervención, esta no es suficiente.

En relación a las pacientes sin vida sexual, tenemos que tener en cuenta, que son un grupo de riesgo, ya que si de momento no tienen actividad sexual, nada impide que en cualquier momento las tengan, y con ello, la posibilidad de un embarazo no planeado. De manera que a este grupo, también se les debe proporcionar consejería, para evitar un embarazo no planeado.

CONCLUSION

Se requiere atención y consejería por expertos a todas las pacientes en edad fértil, que tienen enfermedades crónico-degenerativas para otorgar el método anticonceptivo más efectivo y adecuado en cada caso.

Todas las acciones que se realicen para incrementar la cobertura anticonceptiva, sin duda contribuirán en la disminución de la mortalidad materna por causas indirectas. Es conveniente la creación de una clínica de planificación familiar que contribuya de manera determinante en el incremento de dicha cobertura.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

	Agosto	Sept	Oct	Nov	Dic	Enero	Feb	Marzo	Abril	Mayo
Elaboración de antecedentes	xxx									
Elaboración del proyecto		xxx	xxx							
Registro del proyecto			xxx							
Aplicación de cuestionarios				xxx	xxx	xxx	xxx	xxx		
Análisis de resultados y conclusiones									xxx	
Entrega de proyecto terminado.										xxx

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Burrow ó Duffy òComplicaciones Médicas durante el Embarazoö 5ta edición 2001.
Editorial Médica Panamericana. Buenos Aires Argentina. Pp. 1-23.
- 2.- L. Cabero. D. Saldiver. E. Cabrillo. òMedicina perinatalö 2da edición 2007.
Editorial Médica Panamericana S.A. Madrid España. Pp. 973-312.
- 3.-Fernando Arias M. D. Ph. D. òPractical Guide To High ó Risk Pregnancy and Deliveryö 2da Edición 1999. Mosby Year Book St. Louis Missouri. Pp. 3-20.
- 4.- Dr. Ralph C. Benson. òDiagnostico y Tratamiento Ginecoobstétricoö 3era Edición. 2000
Editorial Manual Moderno. S.A. de CV. México. Pp. 501-520.
- 5.- Gleicher N. òPrinciples of medical careö 3era. Edición 2005. Editorial Médica Panamericana. Argentina. Pp. 1-13.
- 6.- Programa de Acción: Salud reproductiva. Secretaría de salud, primera edición 2001.
Impreso y hecho en México pp. 15-21.
- 7.- Conceptos Básicos sobre Demografía y Salud Reproductiva. Primera Edición, noviembre del 2002. Coordinación de Salud Reproductiva. División Sociodemográfica, Instituto Mexicano del Seguro Social.
- 8.- David A. Grimes, MD, Daniel R. òContracepción for Women with Medical Problemsö Volumen 168 número 6 parte 2 Junio 1993 American Journal of Obstetrics and Gynecology.
- 9.- L. Cabero, D. Saldiver, E. Cabrillo. òObstetricia y Medicina Materno Fetalö. 1era Edición. 2007 Editorial Panamericana Buenos Aires Argentina. Pp. 1090-1110.
- 10.- Daniela F. González Echeverría. òMortalidad Materna, una tarea inconclusaö 2006. Fundar, Centro de Análisis e investigación. A.C. Diseño e impresión: Mono Comunicación S.A. de C.V. México.
- 11.- Fuente: Comités Institucionales de Estudios en Mortalidad Materna 2007 Coordinación de Salud Reproductiva. IMSS.
- 12.- Cumbre del milenio, organizada por las Naciones Unidas entre el 6 y el 8 de Septiembre del 2000. [Http://millenniumindicators. Un.org/unsd/mdg/Home. AspX](http://millenniumindicators.Un.org/unsd/mdg/Home.AspX).
- 13.- Samuel Karchmer K. Carlos Fernández. òObstetricia y Medicina Perinatal Temas selectosö. 1era Edición Colegio Mexicano de Especialistas en Ginecología y Obstetricia. Impresión: Marketing y publicidad de México. Pp. 63-70.

14.- La salud reproductiva en México, Análisis de la encuesta nacional de salud reproductiva 2003. Secretaría de Salud, Centro regional de investigaciones multidisciplinarias, UNAM México, 2007.

15.- <http://www.conapo.gob.mx/00cifras/00salud/República/rm052.gif>.

16.- Gómez de León Cruces, José y V. Partida, Niveles, tendencias y diferenciales de la mortalidad en La población de México, CONAPO y Fondo de Cultura Económica, México, 2001.

17.- Cárdenas, Rosario (2001), *Las causas de muerte en México*, en La población de México: tendencias y perspectivas sociodemográficas hacia el siglo XXI, pp. 109-144, CONAPO y Fondo de Cultura Económica, 2001.

HOSPITAL JUAREZ DE MEXICO
BIOLOGIA DE LA REPRODUCCION HUMANA
HOJA DE RECOLECCION DE DATOS

ANTICONCEPCION EN MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA CON ENFERMEDADES CRONICODEGENERATIVAS.

MUJERES DE 15 A 49 AÑOS DEMANDANTES DE CONSULTA DE: MEDICINA INTERNA, ENDOCRINOLOGIA, REUMATOLOGIA, NEFROLOGIA, NEUROLOGIA, CARDIOLOGIA, NEUMOLOGIA.

<p>1.-¿Qué enfermedad padece usted?</p> <p>Hipertensión í í í 1 Diabetes í í í í 2</p> <p>Hipotiroidismo í í í í 3 Hipertiroidismo í í .4</p> <p>Insuficiencia Renal í í ..5 Cardiopatía í í í ..6</p> <p>Lupus eritematoso í í ..7 Asma í í í í í 8</p> <p>Dislipidemia í í í ..9 Cáncer í í í í ..10</p>	<p>2.- ¿Cuántos años cumplidos tiene usted?</p> <p>15 A 19 AÑOS í ..1 35 A 39 AÑOS í í í 5</p> <p>20 A 24 AÑOS í ..2 40 A 44 AÑOS í í í 6</p> <p>25 A 29 AÑOS í ..3 45 A 49 AÑOS í í í 7</p> <p>30 A 34 AÑOS í í 4</p>
<p>3.-¿ Actualmente usted?</p> <p>Vive en unión libre?.....1</p> <p>Es casada?.....2</p> <p>Es viuda?.....3</p> <p>Es divorciada?.....4</p> <p>Es separada?.....5</p> <p>Es soltera?.....6</p>	<p>4.- ¿Cuántos embarazos ha tenido? _____</p> <p>¿Cuántos partos? _____</p> <p>¿Cuántas cesáreas? _____</p> <p>¿Cuántos abortos? _____</p>
<p>5.- Actualmente ¿Qué hacen o qué método usan usted o su pareja para no embarazarse?</p> <p>Operación femenina, OTBí í í í í í ..01</p> <p>Le quitaron la matrizí í í í í í í í ..02</p> <p>Operación masculina, vasectomíaí ..03</p> <p>Dispositivo, DIUí í í í í í í í í í ..04</p> <p>Pastillas í í í í í í í í í í í í í ..05</p> <p>Inyecciones Mensuales í í í í í í ..06</p> <p>Implante Subdérmicoí í í í .í í í í ..07</p> <p>Condón, preservativoí í í í í í í í ..08</p> <p>Óvulos, jaleas, espumas, diafragmaí 09</p> <p>Ritmo o retiróí í í í í í í í í í í í í í ..10</p> <p>NO USAN NINGUN METODOí í í í í í í ..11</p>	<p>6.- ¿Cuál es la razón principal por la que actualmente no está usando un método? (CIRCULE SOLO UNA OPCION DE RESPUESTA)</p> <p>Desea embarazarseí í í í í í í í í í í í í 01</p> <p>No tiene relaciones sexualesí í í í í í í ..02</p> <p>Temor a efectos colateralesí í í í í í í í ..03</p> <p>Tuvo efectos colateralesí í í í í í í í í ..04</p> <p>Su pareja se oponeí í í í í í í í í í í í ..05</p> <p>No sabe cómo se usan los métodosí í í ..06</p> <p>Está lactandoí í í í í í í í í í í í í í ..07</p> <p>Por menopausiaí í í í í í í í í í í í í í ..08</p> <p>Por infertilidadí í í í í í í í í í í í í í ..09</p> <p>Su religión no se lo permiteí í í í í í í ..10</p> <p>Está en la cuarentenaí í í í í í í í í í í í ..11</p> <p>Por enfermedad de ella o su parejaí í í ..12</p> <p>Por desidiaí í í í í í í í í í í í í í í ..13</p> <p>Otra razóní í í í í í í í í í í í í í í ..14</p> <p>(Especifíque)</p> <p>7.- Si usted no utiliza ningún método, indique si desea embarazarse SI_____ NO_____</p>
<p>8.- En los últimos 12 meses ¿cada cuánto ha tenido relaciones sexuales?</p> <p>De 1 a 7 veces a la semanaí í í í í í í í í í ..1</p> <p>Cada quincenaí í í í í í í í í í í í í í ..2</p> <p>Cada mesí í í í í í í í í í í í í í í í ..3</p> <p>Ocasionalmenteí í í í í í í í í í í í í í ..4</p> <p>No ha tenido relaciones sexuales en los últimos 12 mesesí í í í í í í í í í í í í í í ..5</p>	<p>9.-El médico que está tratando su enfermedad le indicó que debe utilizar un método anticonceptivo? SI_____ NO_____ Recuerda cual? _____</p>
<p>10.- El médico que está tratando su enfermedad le comentó los riesgos que tiene si se llega a embarazar? SI_____ NO_____</p>	<p>Teléfono: _____ Peso: _____ Talla: _____</p> <p>IMC: _____ EXPEDIENTE: _____</p>

HOSPITAL JUAREZ DE MEXICO

BIOLOGIA DE LA REPRODUCCION HUMANA

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACION DE PROYECTOS DE INVESTIGACION CLINICA.

México D. F. A _____ Mes _____ Año 2012

Por medio de la presente se me invita y acepto participar en el proyecto de investigación titulado ñANTICONCEPCION EN MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA CON ENFERMEDADES CRONICODEGENERATIVAS.

Previa autorización del H. Comité local y ética bajo registro No. HJM 2039/12-R que tiene por objetivo: ¿Conocer qué porcentaje de pacientes con enfermedades crónicas utilizan anticonceptivos y que tipo de métodos anticonceptivos son los más usados?

Los investigadores me han explicado que mi participación consistirá en responder por escrito una encuesta.

Estoy enterada de que este estudio no tiene ningún riesgo para mi persona. Comprendo que los resultados que se obtengan son para beneficio de pacientes con estos padecimientos.

El investigador principal se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier duda que se plantee sobre el proceso, riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente sin que ello afecte la atención médica que recibo del hospital y personal que en él labora. El investigador me ha dado la seguridad de que todos los datos relacionados con mi privacidad serán manejados de forma confidencial.

NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE

NOMBRE Y FIRMA DEL TESTIGO