



**SECRETARIA DE SALUD DEL ESTADO DE GUERRERO  
HOSPITAL GENERAL ACAPULCO**

**PROTOCOLO DE TESIS PARA OBTENER EL DIPLOMA DE LA  
ESPECIALIDAD EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA**

***“ANTICONCEPCION POSTEVENTO OBSTETRICO: PANORAMA  
ACTUAL EN EL HOSPITAL GENERAL ACAPULCO”***

**PRESENTA: DR. ALAN MAXIMO GONZALEZ**

**RESIDENTE DE CUARTO AÑO EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA.**

**ASESOR CONCEPTUAL: DRA. SILVIA VELASCO AGUIRRE**

**ASESOR METODOLOGICO: DRA. SILVIA ORTEGA BARRIOS**

*ACAPULCO, GUERRERO.*

*MAYO 2014*



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

## ÍNDICE

Introducción: .....	3
Antecedentes: .....	5
Planteamiento del Problema.....	7
Justificación.....	8
Objetivos.....	11
Marco Teórico.....	12
Metodología.....	15
Cronograma.....	27
Presupuesto.....	28
Resultados.....	29
Discusión.....	40
Conclusión.....	40
Bibliografía.....	42

## **INTRODUCCIÓN:**

Planificación Familiar es una herramienta que contribuye a salvar vida de mujeres y niños, y mejora la calidad de vida del núcleo familiar y por ende de la sociedad en conjunto. Es considerada una de las mejores inversiones posibles para mantener la salud y el bienestar de las mujeres, niños y las comunidades.<sup>1</sup> El hecho de contar y de acudir a servicios de planificación familiar, le permite a las parejas elegir, de manera informada, el método anticonceptivo que mejor se adapte a sus necesidades para controlar su fecundidad y el espaciamiento de los embarazos.<sup>2</sup>

La falta de información, o bien la adquisición de conocimientos erróneos sobre la existencia de anticonceptivos, así como, la ausencia de asesoría, consejería deficiente, la postura de algunas las barreras para conseguir los métodos anticonceptivos por inexistencia de servicios, los costos, las diferencias culturales, lingüísticas y la inequidad de género representan factores particularmente importantes para el uso adecuado de anticonceptivos.<sup>3</sup>

La importancia de llevar a cabo un acercamiento al rubro de la planificación familiar particularmente en la etapa del puerperio estriba en el hecho de que podremos objetivar la evolución de la Anticoncepción Post-Evento Obstétrico (APEO), cómo se encuentran las tasas de aplicación de los diversos métodos anticonceptivos que se ofertan en el Hospital General Acapulco, por ende, podremos tener un panorama general de cuáles son las opciones anticonceptivas más preferidas o aceptadas y sobre todo destacando que podremos determinar estadísticamente cual es el estado actual del APEO en lo que podemos considerar la población más vulnerable, las adolescentes.

El apoderarnos de la información arriba mencionada, nos permitirá tener un panorama muy cercano de la forma en que en el estado de Guerrero se lleva a cabo el fenómeno de la anticoncepción, esto soportado en el hecho de que el Hospital General Acapulco es el nosocomio de mayor atención a la población abierta del estado, (lo que por supuesto involucra muchos municipios marginados y población que vive en condiciones de pobreza), y también se erige probablemente como el principal centro hospitalario de referencia de muchas localidades del sur del país como Oaxaca, y Michoacán. Por ende se podrán trazar estrategias dirigidas a los eslabones más vulnerables de toda la maquinaria del rubro de planificación familiar, con especial énfasis a la población adolescente, de todos sabido el grupo etario más vulnerable y proclive de padecer las repercusiones delicadas y sensibles en la calidad de vida y desarrollo social.

## **ANTECEDENTES:**

Se sabe que desde el comienzo de la historia se ha reconocido la necesidad de prevenir el embarazo con medidas que van desde la práctica de abortos o infanticidios realizados durante las largas migraciones, hasta los sacrificios humanos y las grandes guerras, participando en diferente grado en el control del crecimiento de la población. Además, es probable que sólo algunos privilegiados tuvieran acceso a estos métodos desconocidos para gran parte de la población, principalmente por la expansión de diversas prácticas religiosas que durante dos milenios han enseñado que la anticoncepción es un pecado.

Estos conceptos nos ayudan a entender la gran explosión demográfica que se presenta en los últimos dos siglos en todo el mundo, ya que se calcula que en tiempos de Jesucristo existían en el mundo 200 millones de personas. Trascurrieron 1,830 años para alcanzar los 1,000 millones. En los siguientes 100 años se duplicó a 2,000 millones y esta cantidad, a su vez, se duplicó en los siguientes 45 años alcanzando 4,000 millones en 1975,<sup>4</sup> para finalmente alcanzar los 6,000 millones en octubre de 1999 según los registros del Fondo de Población de las Naciones Unidas.<sup>5</sup>

Este fenómeno demográfico provoca problemas sociales, económicos, culturales, políticos y ambientales que indiscutiblemente repercuten en la calidad de vida de cada individuo y en el desarrollo social de cada país; lo cual generó la necesidad de establecer políticas de población y de salud tendientes a disminuir la fecundidad, ofreciendo alternativas viables considerando su idiosincrasia y garantizando la decisión libre y voluntaria.

En México el embarazo adolescente ya forma parte de la agenda pública en materia de salud y educación, sin embargo, algunas veces se aprecia que los resultados no son los que se han proyectado como metas. De acuerdo a las cifras del Banco Mundial, la reducción en los últimos años fue marginal. En el año 2012, en el país se tenían 63 embarazos adolescentes por cada mil mujeres. Esta cifra es superior a los de otros países latinoamericanos como Costa Rica, Uruguay, Chile o Perú.<sup>6</sup>

En la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, (ENSAUT) en 2006 reportó que la tasa de embarazo en niñas y adolescentes de entre 12 y 19 años fue de 79 por cada mil mujeres entre estas edades. Por su parte, el censo de 2010 del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) estimó que uno de cada seis nacimientos acontece en jóvenes de 15 a 19 años, (16.1%) siendo el Estado de México, Chiapas, Veracruz, Jalisco y Puebla, las entidades con mayor concentración de adolescentes en condiciones de maternidad; así mismo, los datos que el Banco Mundial dio a conocer en el 2009, señalan que para ese año, por cada mil mujeres adolescentes en el país, existían 69 embarazadas o que habían tenido un hijo.

Es importante señalar que el hecho de asumir responsabilidades en momentos inadecuados para su realización, así como actitudes propias de la adolescencia frente a la maternidad, puede provocar desequilibrios y crisis físicas, emocionales o sociales. Entre las consecuencias psicológicas del comportamiento sexual de las jóvenes se encuentran: represión, restricciones, sensación de aprisionamiento y disfuncionalidad en el seno familiar.

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:**

Actualmente las políticas de salud dadas las condiciones sociodemográficas a nivel mundial convergen en diseñar planes o estrategias con fines preponderantemente preventivos, lo anterior demostrado y fundamentado en los altos costos económicos y sanitarios al ejercer medicina curativa poniendo de lado la faceta preventiva, que ha demostrado por una parte reducir los costes en el sistema de salud y por otra parte mejorar las condiciones de salud y calidad de vida de la población. Dicho lo anterior, se afirma que; la planificación familiar consiste en una rama importante de la medicina preventiva, que tiene una gran repercusión en la salud de la humanidad.

El siglo XXI destaca por traer consigo un importante cambio en la historia demográfica de México, dado que el contingente de los jóvenes es cada vez mayor, representado con ello un virtual potencial de desarrollo en ciernes, No obstante, dicho éxito como partícipes en el mejoramiento del país está envuelto en las circunstancias del sendero a la adultez. Los recursos tanto materiales como abstractos con los que ésta población cuenten, serán especialmente determinantes en sus roles a futuro, por tal motivo, hacer hincapié en la educación, la salud sexual y reproductiva asegurará que miles de jóvenes vivan en condiciones basadas en los derechos humanos y el apoderamiento y acceso a recursos y oportunidades imparciales y equitativas para su desarrollo integral.

El tema del embarazo ocupa un espacio importante en la agenda pública y mediática del país, máxime en el contexto de las adolescentes. Esto es así porque particularmente en estas últimas, su incidencia desde el año 2006 va en aumento a pesar de los esfuerzos hechos por las instituciones educativas y de salud del país. Es así que la anticoncepción debe ser un tema de atención primordial en nuestro país, preferentemente en poblaciones indígenas y en los espacios de alta densidad migratoria ya constituye un problema de salud pública y social.



## **JUSTIFICACIÓN:**

Desde hace años, el sistema educativo mexicano incluye en sus programas de estudio, temas de educación sexual; no obstante los embarazos no han disminuido, y se manifiesta una importante paradoja, los adolescentes principalmente los que habitan áreas urbanas conocen métodos anticonceptivos, no les da vergüenza hablar de temas de sexualidad y un número importante no se cohíbe a la hora de solicitar anticonceptivos en los centros de salud, y en las farmacias, sin embargo, un porcentaje significativo no los usa.

Al respecto, es importante destacar que la falta de información, o bien, la adquisición de conocimientos erróneos sobre la existencia de anticonceptivos, así como la ausencia de asesoría, la consejería deficiente, la postura de algunas religiones, las barreras para conseguir los métodos anticonceptivos por inexistencia de servicios, los costos, las diferencias culturales y lingüísticas y la inequidad de género representan factores particularmente importantes para el uso adecuado de anticonceptivos.<sup>3</sup> La inequidad de género en el ámbito de la salud se refiere a las desigualdades injustas, innecesarias y prevenibles que existen entre las mujeres y los hombres en el estado y la atención de salud.<sup>7</sup>

Diversas investigaciones han mostrado que el uso de métodos anticonceptivos, el número ideal de hijos, y la negociación de uso del condón están estrechamente ligados a la relación de género en la pareja.<sup>8</sup>

Las acciones de prevención anticonceptiva deben ser dirigidas por las condiciones socioculturales de México a toda la población en términos generales, sin embargo en este trabajo investigaremos particularmente el rubro de la atención obstétrica y la anticoncepción en las mujeres atendidas en el Hospital General Acapulco que acudieron en estado de gravidez y que secundariamente se llevó a cabo la resolución obstétrica por cualquier vía (parto, cesárea, aborto).

Para ejemplificar la magnitud del fenómeno abordado en México, señalaré datos estadísticos que nos muestran claramente la dimensión del problema que se vive en el país, únicamente para hacer corolario, en los últimos cincuenta años, uno de cada tres embarazos es no deseado o no planeado.<sup>9</sup> El promedio de nacidos vivos en la región dentro del período 2000-2005 fue de 11 millones 780 mil personas, de los cuales 2 millones 100 mil (17.82%) fueron concebidos por madres cuyas edades se encontraban entre los 15 y 19 años.<sup>10</sup>

Al realizar investigación se obtendrá un panorama estadístico de cómo se comportan tanto las tasas de natalidad en el HGA, distinguiendo entre adolescentes y adultas, así como lo concerniente al programa de Anticoncepción Postevento Obstétrico, es decir, los porcentajes de cobertura en métodos anticonceptivos particularmente el dispositivo intra-uterino (DIU), hormonales y Oclusión Tubaria Bilateral (OTB).

La razón de por qué llevar a cabo el punto de corte en cuanto a el grupo etario es que en general, la información disponible sobre el uso de anticonceptivos en adolescentes muestra que existen mayores tasas de fracaso, menores tasas de continuidad y un menor cumplimiento en comparación con el uso de anticonceptivos en los adultos, además existen múltiples aristas que se relacionan directa e indirectamente con el tema de la salud sexual y reproductiva particularmente en la población adolescente, como son la mortalidad asociada al estado de grávido, deserción escolar, desempleo, alteraciones emocionales, sociales, disfunción del seno familiar, delincuencia, y muchas otras, por lo que es de vital importancia conocer el impacto de la anticoncepción en esta población.

En consecuencia, con la información recabada, se podrán implementar estrategias que puedan permitir a nuestras embarazadas (haciendo hincapié en las adolescentes) tener conocimientos sólidos acerca de los métodos anticonceptivos lo cual redundaría idealmente, en poder aspirar a un proyecto de vida funcional y mejoraría la calidad de vida de nuestras familias mexicanas, por otra parte, por lo menos no perjudicar el desarrollo académico, laboral, social y emocional de las mujeres teniendo herramientas para poder disfrutar de manera responsable de su sexualidad.

## **OBJETIVO GENERAL:**

El objetivo general de esta publicación es entregar una visión estadística de la natalidad y la cobertura de los diferentes métodos anticonceptivos ofertados a las mujeres en el marco del Programa de Anticoncepción Post-Evento Obstétrico (APEO) en el año 2013 en el Hospital General Acapulco englobando dos grupos etarios; menores de 20 años y de 20 años o más.

## **OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- Determinar el número total de mujeres atendidas para conclusión de su estado de gravidez, ya sea por parto, cesárea y aborto.
- Determinar el número de mujeres atendidas por parto vaginal, a nivel general y en mujeres adolescentes y adultas.
- Determinar el número de mujeres atendidas por atención de parto por cesárea, a nivel general y en mujeres adolescentes y adultas.
- Determinar el número de mujeres en que se efectuó atención de Aborto, a nivel general y en mujeres adolescentes y adultas.
- Determinar el porcentaje de cobertura total del Programa de APEO.
- Determinar el porcentaje de usuarias de anticonceptivos hormonales, DIU y OTB en el contexto del Programa de APEO tanto a nivel global como en adolescentes y adultas.
- Comparar los porcentajes de uso de los métodos anticonceptivos entre adolescentes y adultas.
- Identificar los métodos de anticoncepción preferidos por las mujeres atendidas, tanto en mujeres adolescentes como en mujeres adultas.

## **MARCO TEORICO:**

Distintas sociedades en el mundo experimentan un proceso de cambio y buscan alternativas que satisfagan las necesidades actuales y futuras de sus pobladores. En la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo celebrada en El Cairo en 1994 se aceptó que: *“la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria, sin riesgos, con la libertad para decidir procrear cuando y con qué frecuencia”*.<sup>11</sup>

Entendemos por Planificación Familiar: *“el derecho de toda persona a decidir de manera libre, responsable e informada, sobre el número y el espaciamiento de sus hijos y a obtener la información especializada y los servicios idóneos”*.<sup>12</sup>

La Adolescencia según la OMS comprende la etapa de la vida de los humanos entre los 11 a los 19 años, en la cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socioeconómica, fijando su límite a los 20 años. Se considera que un adolescente entra a la edad adulta cuando ha logrado definir cierta estabilidad en su forma de pensar, actuar y sentir, permitiéndole la ejecución de autonomía y adaptación social.<sup>13</sup> En cuanto a dicha población y su relación con los derechos sexuales y reproductivos, podemos definir la anticoncepción en la adolescencia como *“la prestación de un servicio de salud integral, ante la solicitud espontánea de anticoncepción por un o una adolescente de 19 años o menos, o pareja de adolescentes, con vida sexual activa, permanente o esporádica o en riesgo de iniciarla”*.<sup>14</sup>

En México, durante las últimas tres décadas, se han realizado grandes esfuerzos por mejorar la salud reproductiva, lo que contribuye a disminuir los embarazos no planeados, la tasa de fecundidad y la tasa de mortalidad materno-infantil entre otras, de tal manera que el Programa Nacional de Salud 2001-2006 señala que: “el desarrollo económico, el bienestar social, la estabilidad política y la seguridad nacional dependen de la salud de la población”.<sup>12</sup> Es así que el censo de 2010 reportó una población total de 112.3 millones de personas, de ellas, 20.9 millones tienen entre 15 y 24 años, lo que representa cerca de la quinta parte del total de la población. A su vez, un total de 21.9 millones de personas corresponden al grupo de edad entre los 10 y 19 años, de las cuales el 49% son mujeres.<sup>15</sup>

Se cuenta con el respaldo de la Norma Oficial Mexicana de los Servicios de Planificación Familiar (NOM-005 SSA 2-1993) en la cual se menciona que: “La planificación familiar se ofrece con carácter prioritario en el marco amplio de la salud reproductiva, con un enfoque de prevención de riesgos para la salud de las mujeres, los hombres y los niños; sus servicios son un medio para el ejercicio del derecho de toda persona a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de sus hijos, con pleno respeto a su dignidad”.

El embarazo adolescente en México es un fenómeno que tiene alta incidencia y aún peor múltiples consecuencias, una de ellas es la deserción escolar; es común que las adolescentes que estudian y resultan embarazadas interrumpan sus estudios y, con posterioridad al nacimiento solo algunas regresen a la escuela. Además se relaciona con procesos de socialización más precarios e incluso, tiende a afectar el presupuesto de los padres progenitores, quienes en ocasiones asumen buena parte del proceso de crianza, hecho que se intensifica en edades más tempranas (mujeres entre 14 a 17 años). Dentro de la categoría de “madres adolescentes”, las que conforman el grupo mayoritario son las madres solteras, hecho que demuestra que la reproducción entre adolescentes ocurre cada vez más al margen del matrimonio e incluso al margen de la unión como pareja. Tal es así, que, el embarazo adolescente se manifiesta con intensidad y debe ser considerada su atención.

Por lo anteriormente expuesto es necesario inquirir por qué en México se tiene una tasa de embarazo adolescente de 63 por cada mil y en otras naciones como Perú 51, España 11, China 9, Alemania 4; y no se ha podido disminuir en los últimos años.<sup>6</sup> Según la OMS, la tasa más baja en embarazo adolescente la tienen los países europeos, de ellos, el que tiene la mayor incidencia es el Reino Unido, con 26 embarazos por cada mil habitantes, y el de menor incidencia es Suiza con dos por cada mil habitantes, sitio donde la educación sexual se efectúa desde la educación primaria<sup>16</sup>, evidenciando radicalmente que en México queda mucho por hacer para poder educar y sensibilizar a nuestras mujeres en el contexto de sexualidad y por ende, se dimensiona con la justa magnitud el papel que desempeña la Planificación Familiar a nivel de sociedad como a nivel nacional.

Estamos ante un problema que tiene que ser atendido con urgencia. Si bien es cierto que los jóvenes se ven saturados de información sobre sexo y que llegan a la adolescencia a una edad más temprana y que en algunos casos, nada raros, el entorno les sugiere experiencias para estar dentro del contexto, también lo es, que las diferencias que existen con otros países por la incidencia del embarazo juvenil es enorme.

Una posible consecuencia del embarazo en la adolescencia es la deserción escolar, lo cual ocurre por varios motivos, entre ellos: la vergüenza, temor al rechazo y, la experiencia de un ambiente hostil y algunas veces violento que sanciona y juzga sus actos. Por tal motivo, para las adolescentes que experimentan un embarazo, la deserción se puede presentar como un paso obligado.

De acuerdo con el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) los principales riesgos en la salud sexual reproductiva de los adolescentes son: el inicio no planeado, involuntario o desprotegido de su vida sexual; la exposición a embarazos no deseados o planeados en condiciones de riesgo; el riesgo a contagiarse con infecciones de transmisión sexual, de ellas la más grave es el VIH/SIDA. Este problema tiene magnitudes amplias puesto que un gran número de adolescentes menores de 20 años son sexualmente activos y aproximadamente 60% no utiliza métodos anticonceptivos.

Tanta importancia adquiere esta problemática que 90% de los embarazos no planeados de jóvenes se manifiestan en países en desarrollo, de los cuales 38% sucede en Latinoamérica en grupos sociales que viven en pobreza extrema, la desigualdad y la inequidad de género.<sup>17</sup>

Evidentemente, el embarazo tiene una connotación distinta en cada país, y sobre todo, adquiere una mayor trascendencia el papel del embarazo en mujeres adolescentes en dichas regiones. Algunos países europeos, asiáticos o árabes tienen incidencia muy baja, en sentido contrario, otros países de África, Asia y de Latinoamérica tienen una incidencia alta. México, como se muestra en la Tabla 1, en el contexto global, tiene una tasa de fecundidad en adolescentes de 63 nacimientos por cada 1000 mujeres, incluso por arriba de otros países con los que comparte usos, costumbres y muchos otros factores en común.



**Tabla No. 1:** Tasa de Fertilidad en Adolescentes 2012.

PAIS	2012. Tasa de fertilidad.
Suiza	2
Alemania	4
Italia	4
Japón	5
Países Bajos	6
Israel	8
China	9
Arabia Saudita	10
España	11
Reino Unido	26
Turquía	31
Estados Unidos	31
Cuba	43
Puerto Rico	47
Perú	51
Argentina	54
Chile	55
Uruguay	58
Costa Rica	61
<b><u>MEXICO</u></b>	<b><u>63</u></b>
Colombia	69
Brasil	71

*Fuente: Banco Mundial: <http://datos.bancomundial.org/indicador/SP.ADO.TFRT>*

El embarazo adolescente para las agencias internacionales de la salud representa una preocupación prioritaria, tan es así que la Organización Mundial de la Salud (OMS), lo considera un riesgo para la salud de los jóvenes. Las cifras que ofrecen indican que cada año aproximadamente dan a luz 16 millones de mujeres entre los 15 y 19 años, que equivalen al 11% de los nacimientos en el mundo. Las tasas son más altas en países en desarrollo, que no cuentan con una infraestructura educativa y sanitaria capaz de disminuir su incidencia. El joven no es consciente de que existen mayores posibilidades de morir por causas relacionadas con el embarazo que las mujeres adultas. Además los jóvenes entre 15 y 24 años, representaron en el 2009 el 40% de los casos nuevos de VIH.<sup>18</sup>

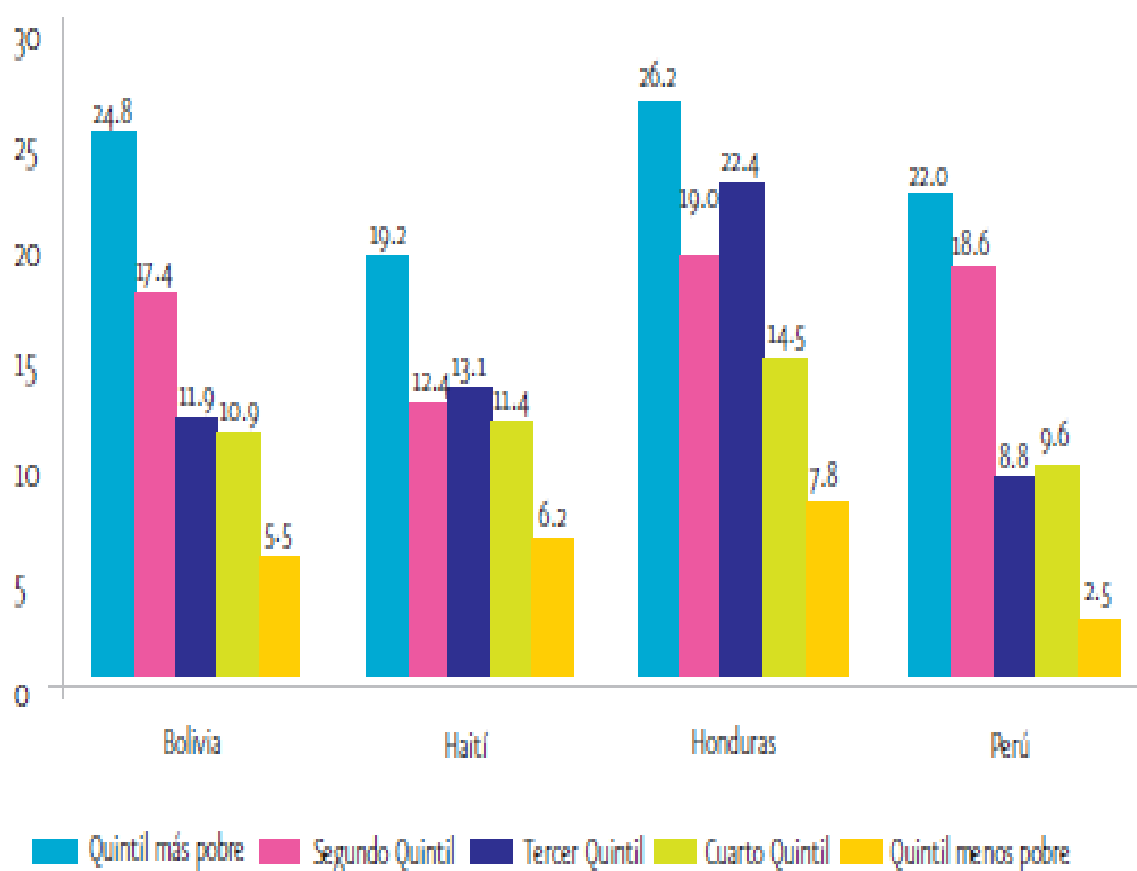
Con base en lo anterior, es fundamental que se atienda este problema para reducir el embarazo adolescente, por ello, la OMS recomienda a los estados que incluyan en sus marcos normativos edades mínimas para contraer matrimonio, campañas permanentes de prevención del embarazo adolescente y órganos responsables que actúen con efectividad, además también fija su postura frente al aborto de las jóvenes donde especifica que si la ley lo permite, los servicios para interrumpir el embarazo en las adolescentes deben ser seguros y no poner en riesgo la vida.<sup>18</sup> Esto es fundamental para prevenir consecuencias en edades adultas y mayores gastos en salud. En la asamblea General de la ONU del 2002, se reconoció la necesidad de “Elaborar y ejecutar políticas y programas nacionales de salud para los adolescentes, así como los objetivos e indicadores correspondientes, para promover su salud mental y física”. De esta forma se cumplirían los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), en particular dos temas fundamentales como son, a) la disminución del embarazo adolescente; y b) detener la “propagación del VIH/SIDA, incluye indicadores como una reducción del 25% entre los jóvenes”.<sup>18</sup>

Para contribuir a dimensionar correctamente la magnitud de la problemática, es importante mencionar que a diferencia de otros grupos de edad, las jóvenes de 15 a 19 años, corren mayores riesgos durante el embarazo y la concepción de sus hijos, y tienen mayores posibilidades de complicaciones y mortalidad. Por otra parte, la maternidad temprana limita las oportunidades de que las jóvenes completen su educación, lo que se traduce en mínimas posibilidades de acceder a mejores puestos de trabajo e ingresos, pero también, los hijos de madres adolescentes corren mayor riesgo de nacer prematuramente, con bajo peso y de padecer malnutrición, discapacidad grave a largo plazo y muerte durante la infancia, en comparación con los hijos de madres de mayor edad.<sup>19</sup>

La zona de Latinoamérica, ha registrado una tasa de fecundidad de mujeres de 15 a 19 años visiblemente mayor a la media global, (únicamente superada por los índices de la región africana, los más altos del mundo). En algunos países latinoamericanos, los riesgos de ser madre adolescente entre las mujeres pobres se ha incrementado tanto en áreas urbanas como rurales. En dichos países, la tasa específica de fecundidad adolescente en el quintil más pobre, llega a ser hasta cinco veces mayor que la del quintil más rico (Gráfica 1).

**Gráfica No. 1:**

**Porcentaje de madres adolescentes (15-19 años) en condición de pobreza.  
América Latina (2003-2005)**

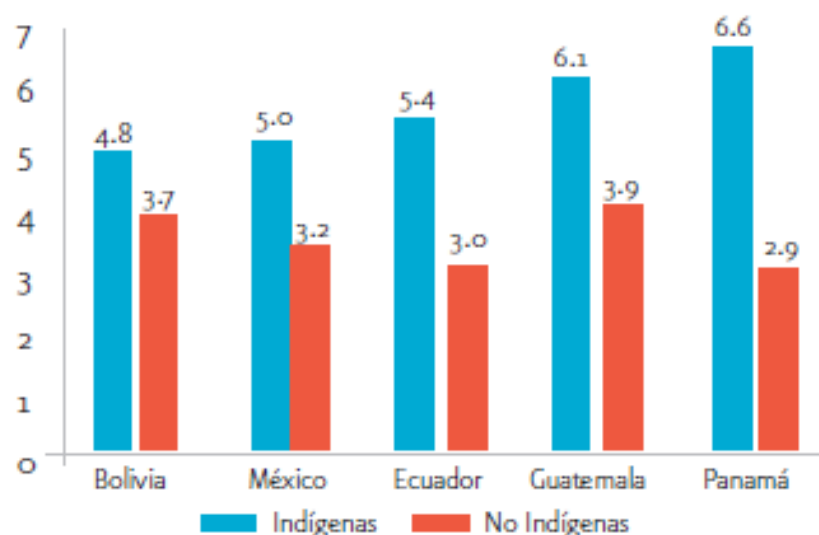


*Fuente: Encuestas de Demografía y Salud y de los centros para el Control y la Prevención de Enfermedades.*

Llama la atención otro aspecto que constituye la fuerte relación entre los índices de pobreza y los altos niveles de fecundidad y fecundidad no deseada, ya que en todos los países de la región latinoamericana, los mayores índices se presentan entre las mujeres con menor nivel socioeconómico, donde las mujeres indígenas sobresalen incluso dentro de este grupo como se muestra en la Gráfica 2.

**Gráfica No. 2:**

**Promedio global de fecundidad de mujeres indígenas y no indígenas en condiciones de pobreza. América Latina (Censos 2000)**



*Fuente: Proyecto BID/CELADE. La Población Indígena y Afrodescendiente a partir de los Censos.*

De acuerdo a un estudio realizado en once países, más del 50% de los menores de 17 años, ha tenido relaciones sexuales. Así mismo, se encontró que en diez de estos países, alrededor de un tercio de las mujeres entre 20 y 24 años habían tenido su primer hijo antes de los 20 años.<sup>20</sup>

Esta cifra asciende a 50% de mujeres del mismo rango de edad en países como Guatemala, Honduras y Ecuador. También se sabe que mujeres cuyo primer hijo nació durante su adolescencia tendrán dos a tres hijos más que las mujeres cuyo primer embarazo fue a partir de los 20 años, dicho fenómeno se acentúa en las zonas rurales, donde las tasas de fecundidad para adolescentes son las más altas de la región.

En la Tabla 2, podemos destacar que el embarazo adolescente es mayor en personas con menor nivel de escolaridad. Esto no hace más que comprobar que el camino diseñado por los países europeos es efectivo, la educación sexual que se imparte en niveles elementales tiene efectos positivos.

**Tabla 2:**

**América Latina (países y años seleccionados): Proporción de madres o embarazadas primerizas, de 15 a 19 años**

País y fecha	Sin educación	Primaria	Secundaria o más	Total
Bolivia, 1989	26.30	28.70	9.40	17.20
Bolivia, 1998	51.50	28.90	8.80	13.70
Brasil, 1986	21.00	16.60	4.30	13.30
Brasil, 1996	54.40	28.30	14.10	18.00
Colombia, 1986	26.20	22.30	6.90	13.60
Colombia, 2000	45.50	33.70	15.00	19.10
Guatemala, 1995	39.10	23.00	4.80	21.10
Guatemala, 1998/1999	40.50	25.60	9.20	21.60
Perú, 1986	25.90	22.30	7.40	12.70
Perú, 2000	36.90	26.40	9.20	13.00
República Dominicana, 1986	47.10	21.20	8.10	17.40
República Dominicana, 1999	31.10	27.00	13.80	20.80

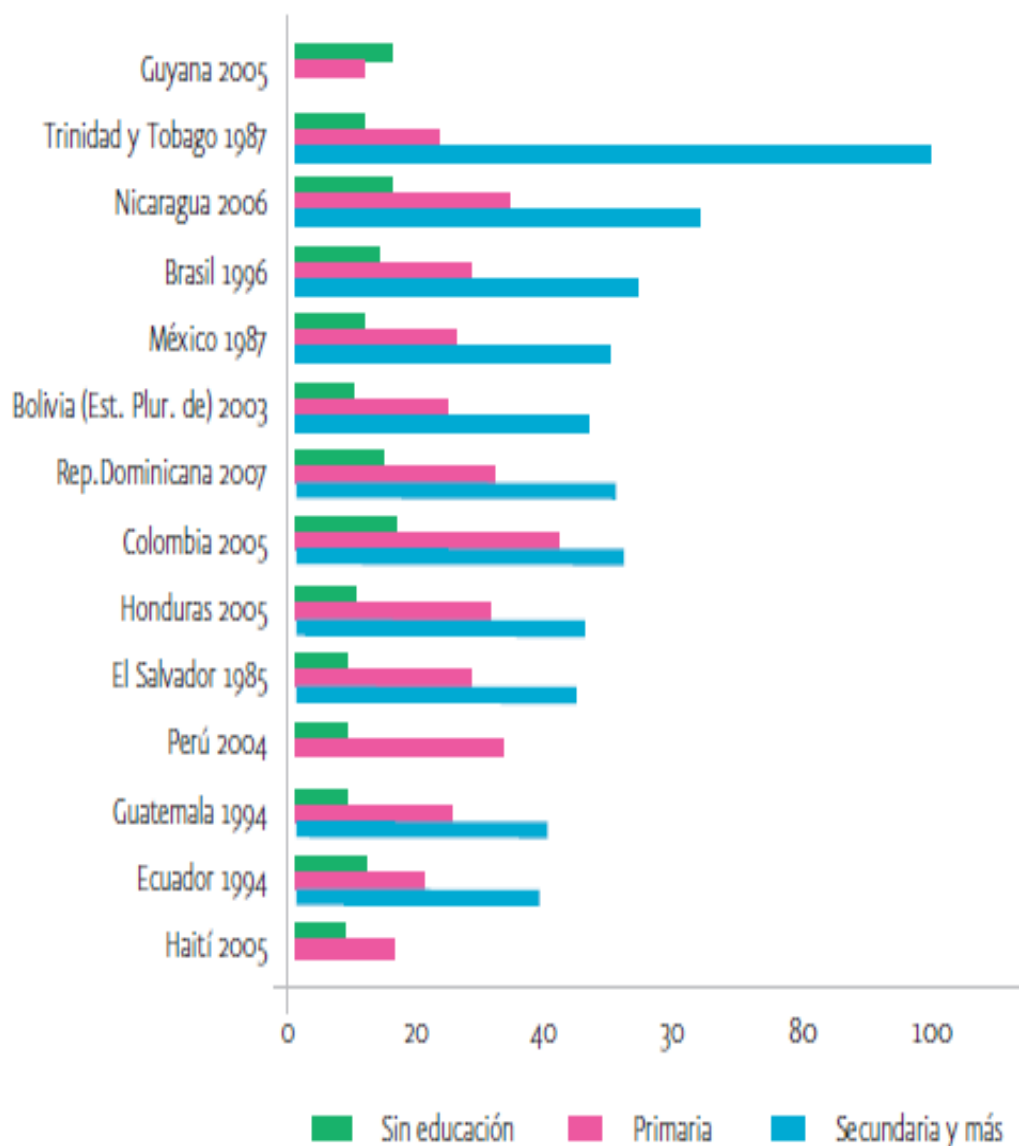
Fuente: Encuesta de Demografía y Salud. [www.measuredhs.com](http://www.measuredhs.com)

Indudablemente esta situación nos lleva a afirmar que las acciones educativas tempranas tienen mejores resultados para prevenir el embarazo adolescente, que la información que se recibe en casa por parte de los padres. La misma tabla indica que los grupos vulnerables que no tienen acceso a la educación por su situación de marginalidades, son propensos a ser padres a temprana edad, alcanzando porcentajes mayores a 50%.

La brecha de información y acceso a servicios entre la población de madres jóvenes y no jóvenes se incrementa cuando se segmentan niveles educativos (Gráfica3 y Tabla 3), lo cual apoya la tesis de esta variable como factor relevante sobre la maternidad adolescente, a la que hace evidente la desventaja de las jóvenes de menor instrucción, tanto en oportunidades laborales como el incremento de su situación de vulnerabilidad.

**Gráfica 3:**

## Proporción de madres adolescentes en América Latina y el Caribe según su nivel educativo (1990 - 2000 aproximadamente)



Fuente: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía/Comisión Económica para América Latina y el Caribe/ UNFPA, "Grado de avance de las metas de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo relacionadas a la salud en América Latina y el Caribe, 2009".



**Tabla 3:**

### Proporción de madres adolescentes en América Latina según su nivel educativo (durante el año 2000)

Países	Sin educación	Rezagada <sup>b</sup>	Secundario y más
Argentina (2001)	27.0	29.8	5.9
Brasil (2000)	25.1	25.3	5.7
Chile (2002)	30.2	37.8	7.6
Costa Rica (2000)	30.3	21.5	2.8
Paraguay (2002)	30.0	24.6	4.4

Fuente: (CELADE/CEPAL/UNFPA) "Grado de avance de las metas de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo relacionadas a la salud en América Latina y el Caribe, 2009".

Mortalidad es otro apartado importante como tema asociado con la educación sexual de los jóvenes, ya que a pesar de que ésta es relativamente baja en comparación con otros grupos etarios, distintos estudios muestran que en la región latinoamericana en 1997, en la población de 15 a 19 años, la causaron accidentes, homicidio, suicidio, y patología relacionada al parto y puerperio.<sup>21</sup>

## **METODOLOGÍA:**

### **POBLACIÓN Y LUGAR:**

Las pacientes de este estudio se tomaran de los registros del servicio de Planificación Familiar del Hospital General Acapulco, una institución de referencia de segundo nivel, que atiende a población de bajos recursos afiliada al seguro popular o población no derechohabiente a otro sistema de salud que cumplan con los criterios de selección y que hayan sido atendidas en dicho hospital en el periodo comprendido de Enero del año 2013 a Marzo del 2014.

### **TIPO DE ESTUDIO:**

Retrospectivo, Longitudinal, Descriptivo.

### **CRITERIOS DE INCLUSION, EXCLUSION, Y ELIMINACIÓN:**

#### **CRITERIOS DE INCLUSION:**

- ✓ Mujeres en las que se llevó a cabo su resolución obstétrica por parto vaginal
- ✓ Mujeres en las que se llevó a cabo su resolución obstétrica por parto por cesárea
- ✓ Mujeres que cursaron con Síndrome de Aborto y que fue necesaria la evacuación uterina por cualquier método.

#### TAMAÑO DE LA MUESTRA:

Se incluirán a todas las pacientes que cumplan los criterios de selección en el periodo comprendido de Enero del año 2013 a Marzo del año 2014.

#### METODO:

Se efectuará una revisión de los archivos pertenecientes al servicio de Planificación Familiar del Hospital General Acapulco del periodo arriba señalado, y de ellos, se realizará la contabilización del número total de pacientes atendidas para resolución obstétrica en dicho nosocomio, distinguiendo el comportamiento estadístico de la cobertura anticonceptiva en dichas mujeres, únicamente contempladas las que aceptaron el uso de hormonales de cualquier índole, DIU, y OTB.

#### VARIABLES:

1. Parto: Es la cantidad de embarazos resueltos por vía vaginal.
2. Cesárea: Es la cantidad de embarazos resueltos por vía abdominal.
3. Abortos: Cantidad de Embarazos que no llegaron a su término en el momento de su expulsión, no sobrepasando las 20 semanas de gestación o menos de 500 gr de peso.
4. Dispositivo Intrauterino (DIU): Es un artefacto de polietileno que se coloca dentro de la cavidad uterina, con fines anticonceptivos de forma temporal.
5. Oclusión Tubaria Bilateral (OTB): Es un método anticonceptivo permanente para la mujer, que consiste en la obstrucción bilateral de las salpinges.
6. Anticonceptivos Hormonales: Método anticonceptivo temporal, que consiste en la aplicación de progestinas sintéticas de distinta duración y que puede ser aplicado por distintas vías de administración.

## CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES:

	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Sep	Oct	Nov
Presentación del Protocolo			X							
Captura de datos				1 -30						
Análisis de Información					1-3					
Redacción de Trabajo						4-15				
Aprobación por Enseñanza						16-22				
Impresión del trabajo						23-29				
Presentación de tesis										X

## **PRESUPUESTO:**

### **RECURSOS HUMANOS, FISICOS Y FINANCIEROS.**

Recursos Humanos: Personal encargado del servicio de Planificación Familiar del Hospital General Acapulco.

Recursos Físicos: Espacio físico para revisión de expedientes clínicos, así como acceso a los mismos para recolección de la información necesaria concerniente al servicio de Planificación familiar.

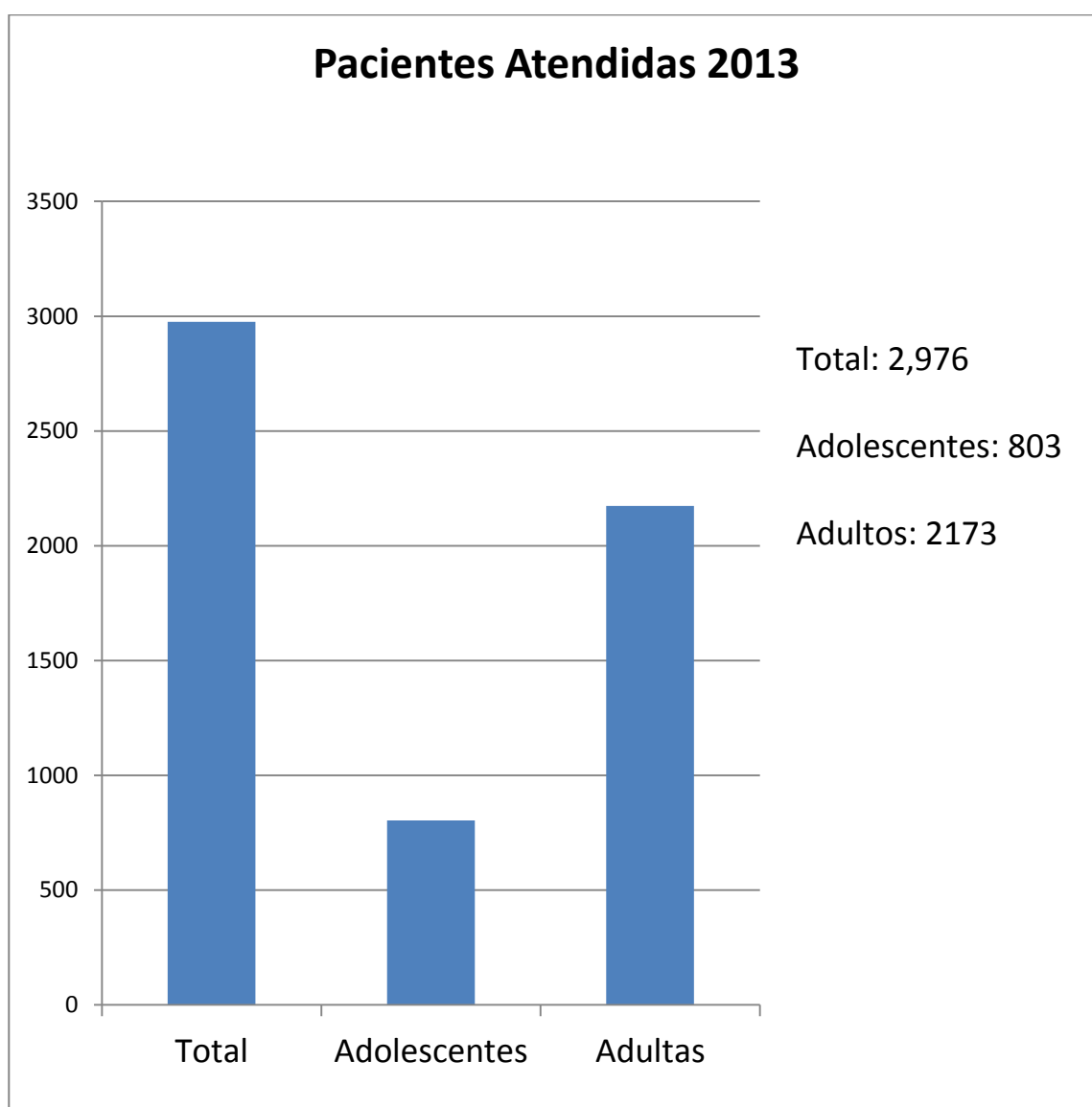
Recursos Económicos: Se llevará a cabo por parte del investigador, teniendo un cálculo de presupuesto aproximado de \$2,000.00 pesos mexicanos.

- Hojas
- Lapiceros y bolígrafos.
- Toner para impresión de hojas de captura de datos
- Equipo de cómputo para realización del Protocolo/Tesis correspondiente.
- CD grabable y memoria USB para manejo y entrega de datos y avances del trabajo de investigación.

## **RESULTADOS:**

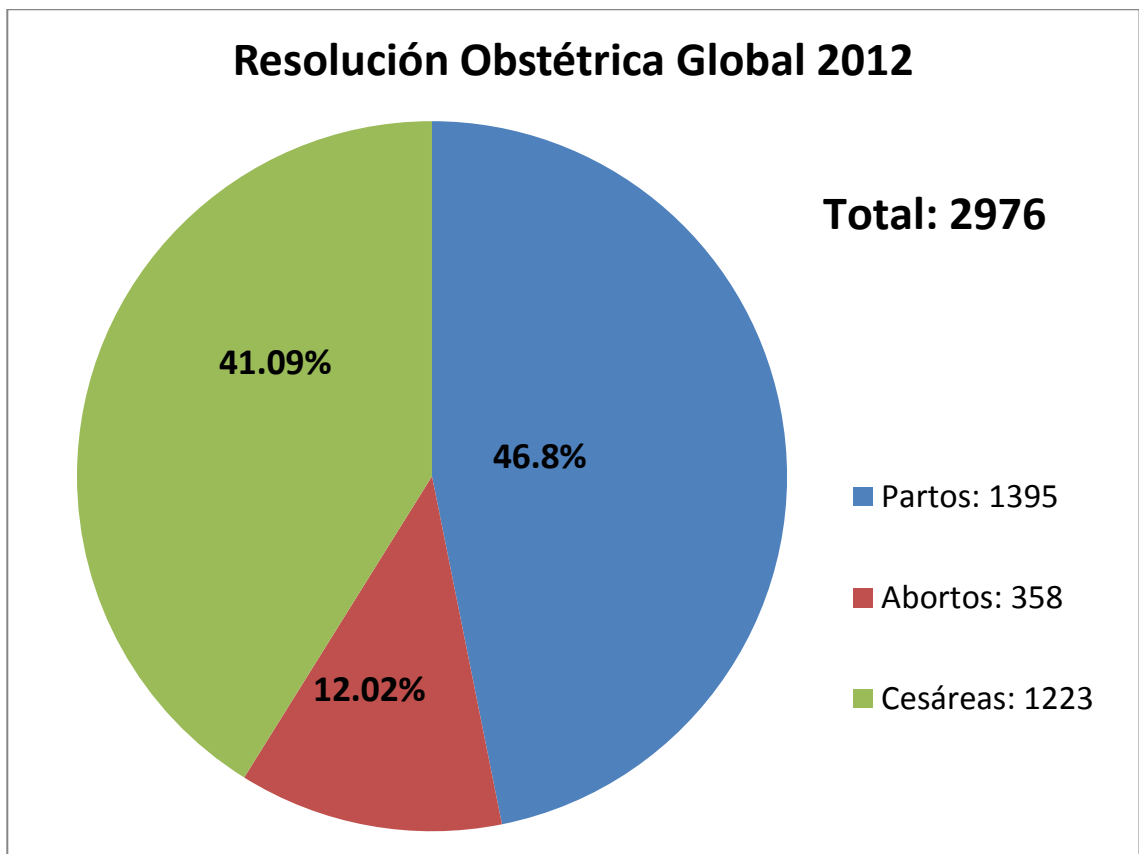
La revisión de expedientes arrojó los siguientes datos. Durante el año 2013 en el Hospital General Acapulco se atendió un total de 2,976 mujeres para resolución de su estado gravídico, de las cuales 803 (26.98%) corresponden a las adolescentes y 2,173 (73.017%) a adultas. Ver gráfica 4.

**Gráfica 4:**

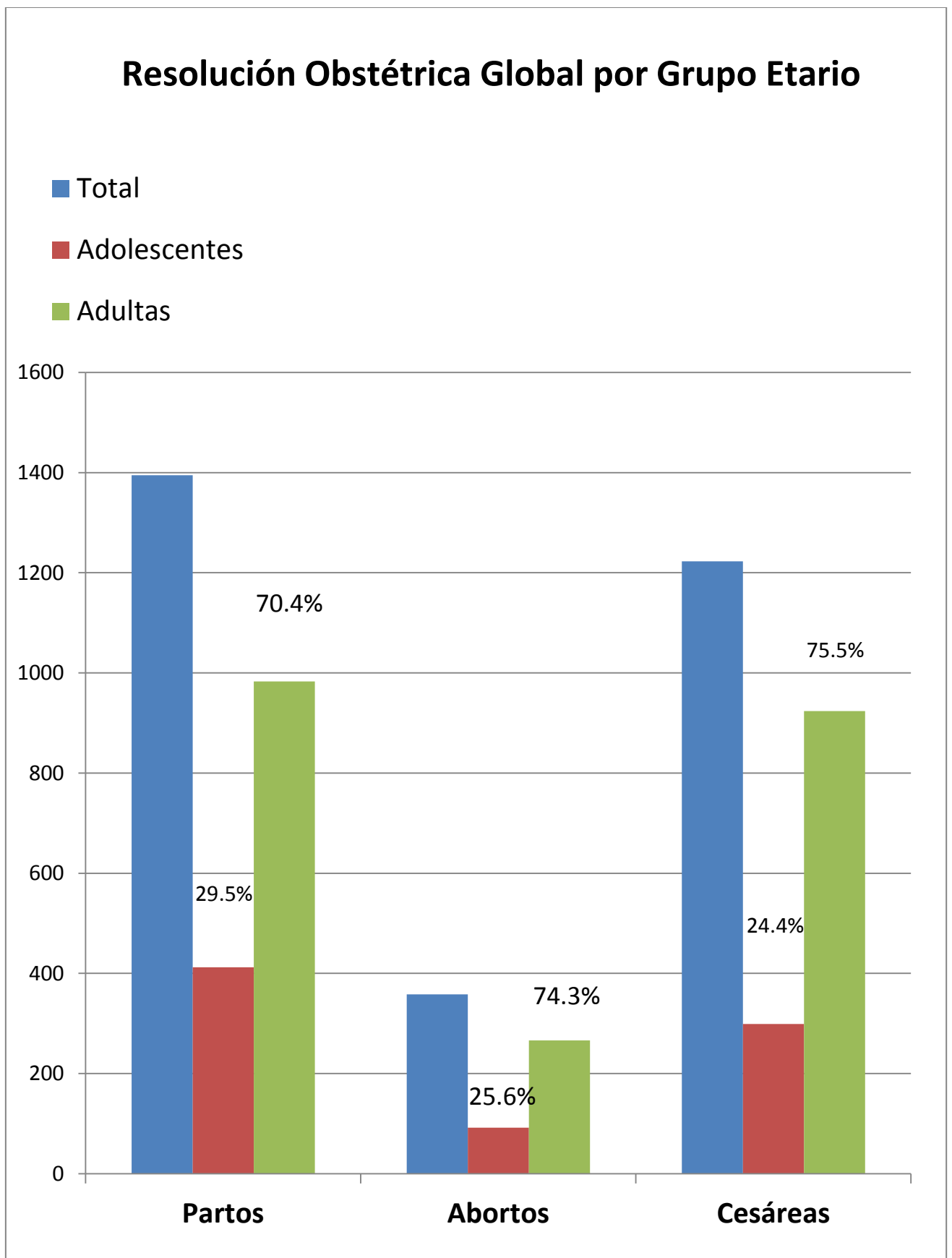


Acerca del tipo de resolución obstétrica, en cuanto a tipo y grupo etario se encontró que un mil trescientos noventa y cinco mujeres (46.8%), corresponde a el número de mujeres atendidas por parto vaginal, 412 adolescentes (29.5%) y 983 adultas (70.4%), además trescientos cincuenta y ocho a abortos (12.02%), 92 de ellas adolescentes (25.69%) y 266 adultas (74.30%). Por último, en el rubro de cesáreas, un mil doscientos veintitrés es el total (41.09%), de las cuales adolescentes 299 (24%.4) y adultas 924 (75.5%). Ver Gráfica 5 y 6.

**Gráfica 5:**



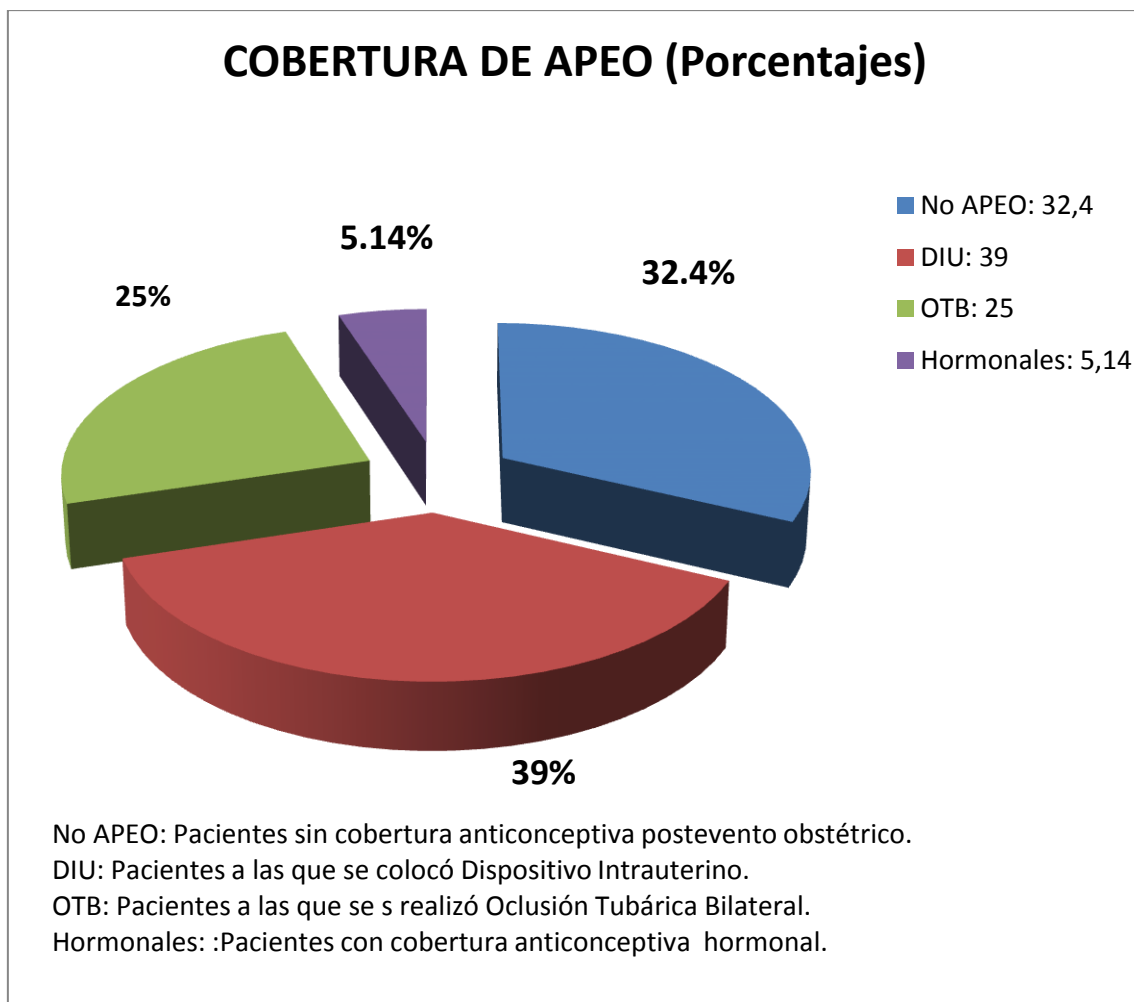
**Gráfica 6:**





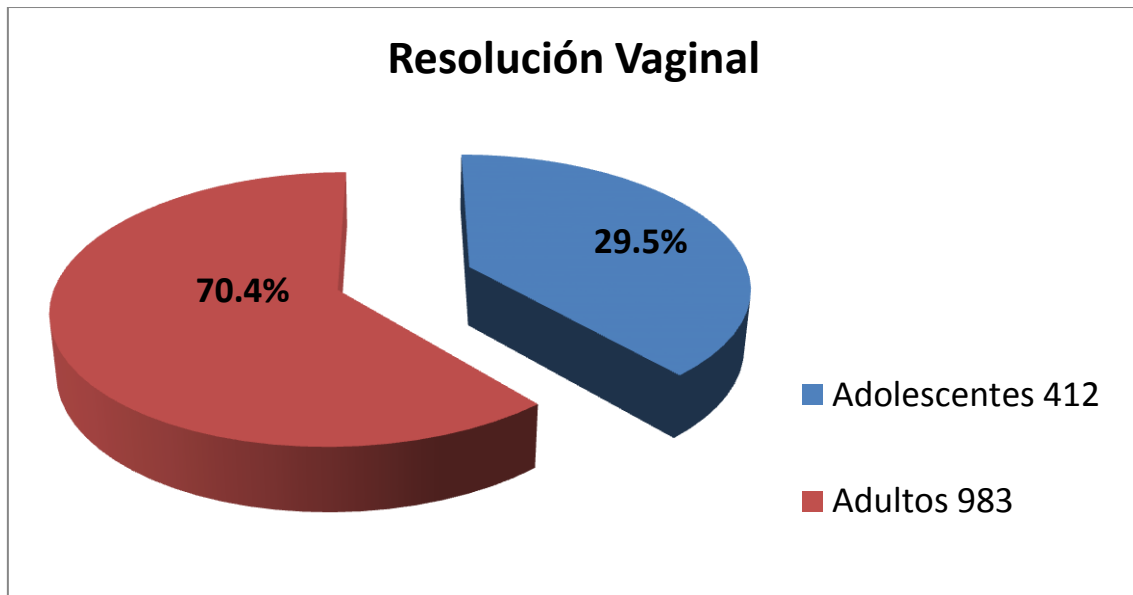
En el rubro de anticoncepción (Gráfica 7), del total de mujeres atendidas (2,796), 976 (32.4%) no tuvieron cobertura anticonceptiva, 67.50% (2,009) si la tuvieron, predominando el uso de DIU con 39%, OTB 25%, y por último hormonales con 5.14%.

**Gráfica 7:**

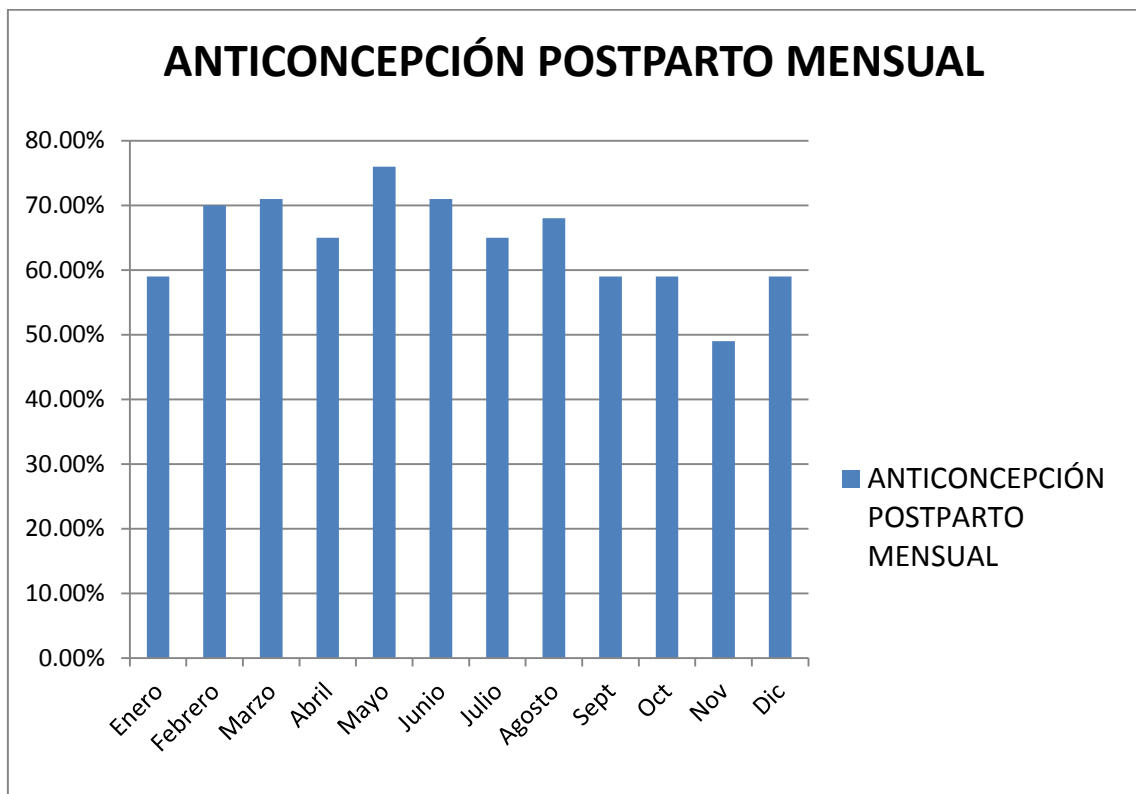


La cobertura anticonceptiva postparto, es decir, el porcentaje de pacientes egresadas posterior a un parto vaginal (Total 1,395) que aceptan un método anticonceptivo fue del 64% anual, el comportamiento mensual en porcentaje se muestra en la gráfica 8 y 9.

**Gráfica 8:**

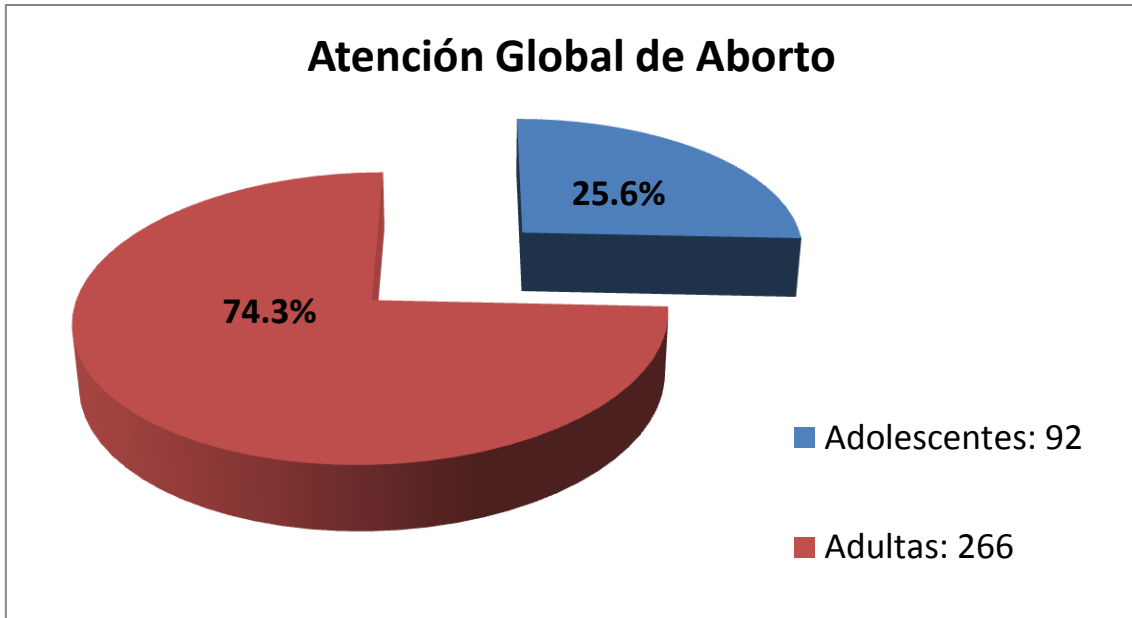


**Gráfica 9:**

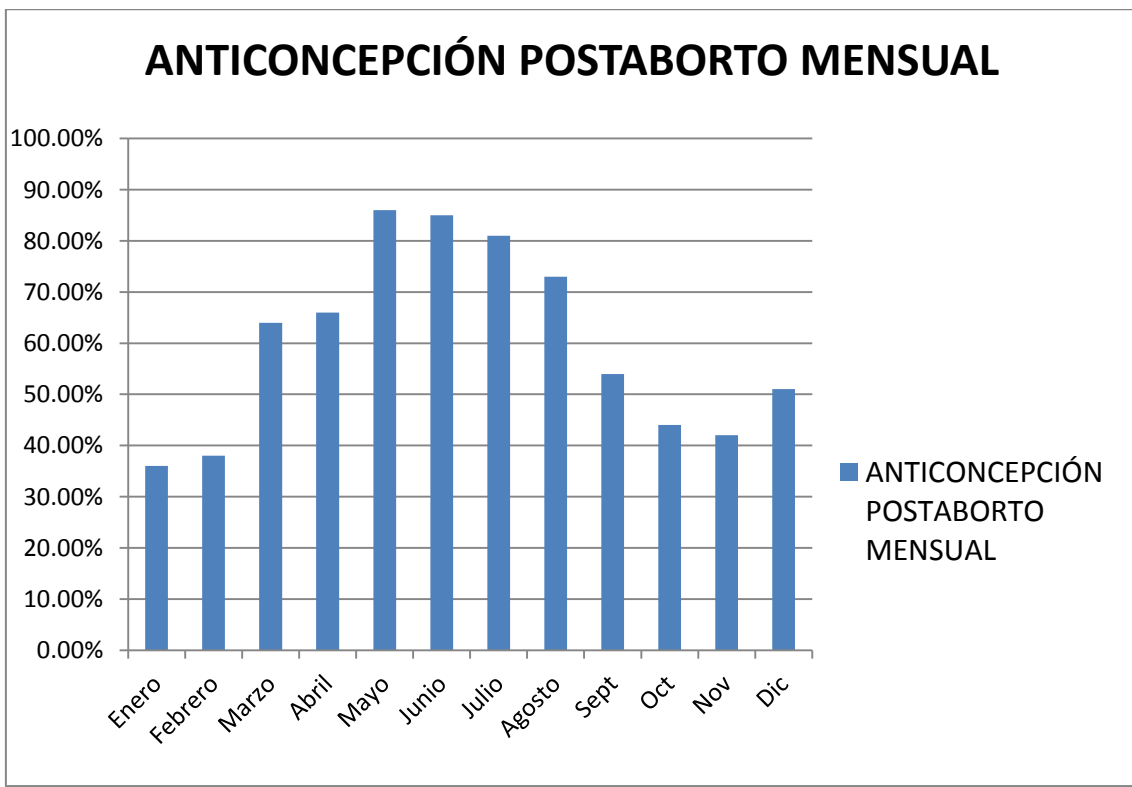


La cobertura anticonceptiva postaborto, es decir, el porcentaje de pacientes egresadas posterior a un aborto (Total 358) que aceptan un método anticonceptivo fue del 60% anual, el comportamiento mensual en porcentaje se muestra en la gráfica 10 y 11.

**Gráfica 10:**

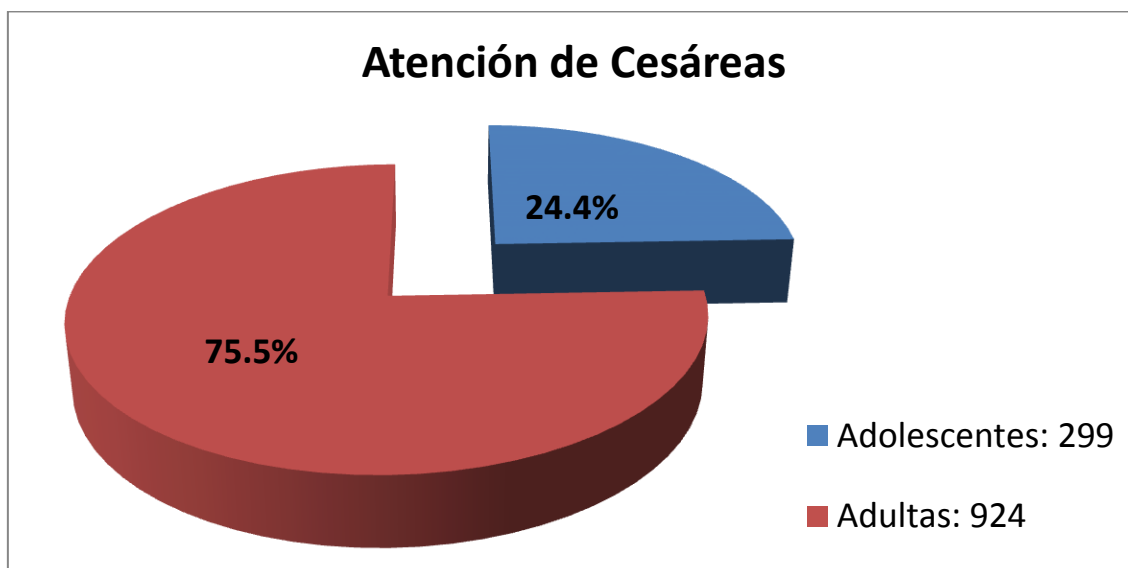


**Gráfica 11:**

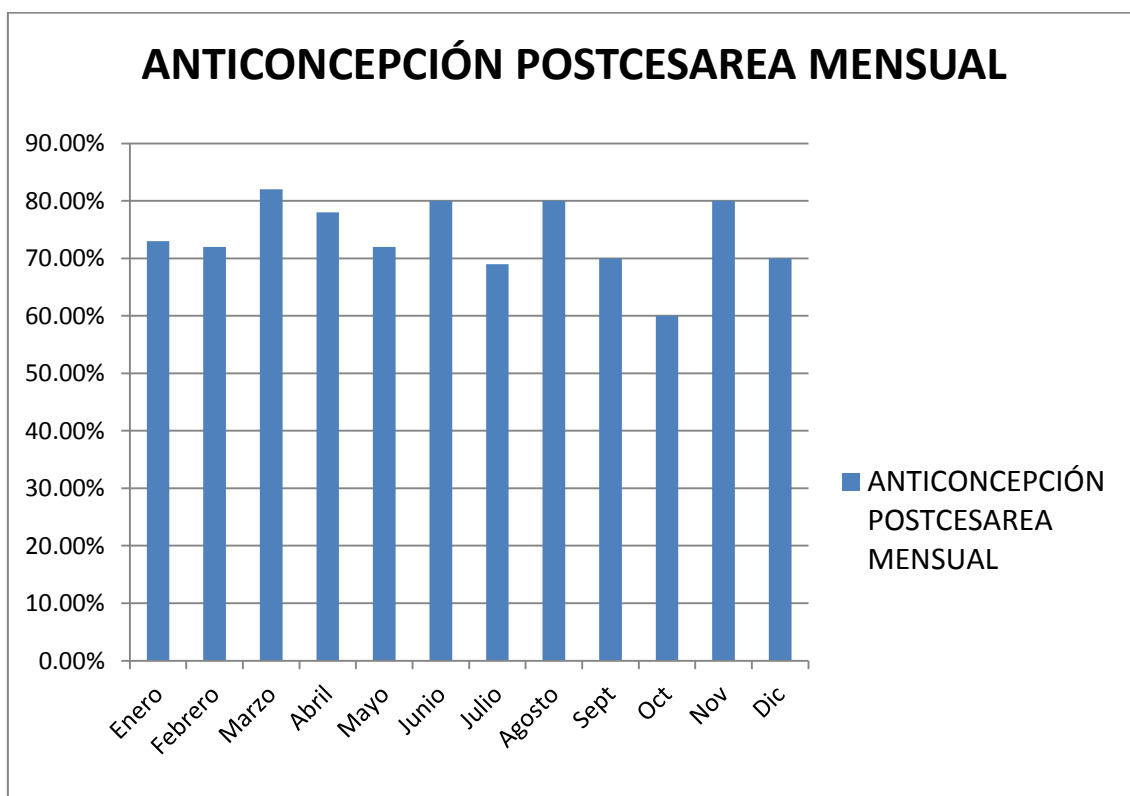


En ese tenor, en el rubro de las cesáreas, es decir, pacientes que se egresaron atendidas por parto vía abdominal, tuvieron de un total de 1,223 un cobertura anticonceptiva de 899 (73.5%), y su correspondiente comportamiento mensual se muestra en la gráfica 12 y 13.

**Gráfica 12:**

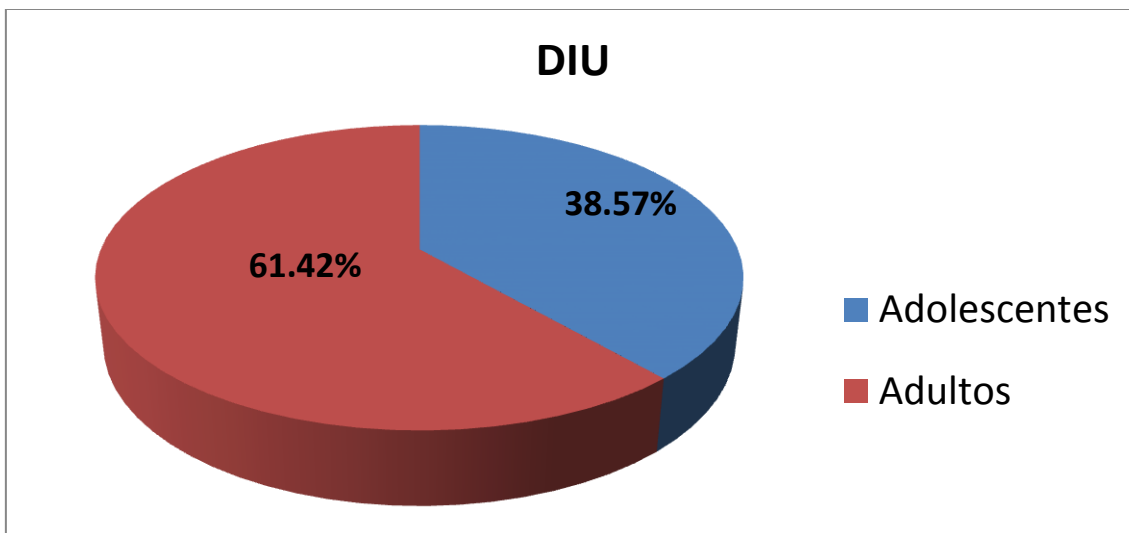


**Gráfica 13:**



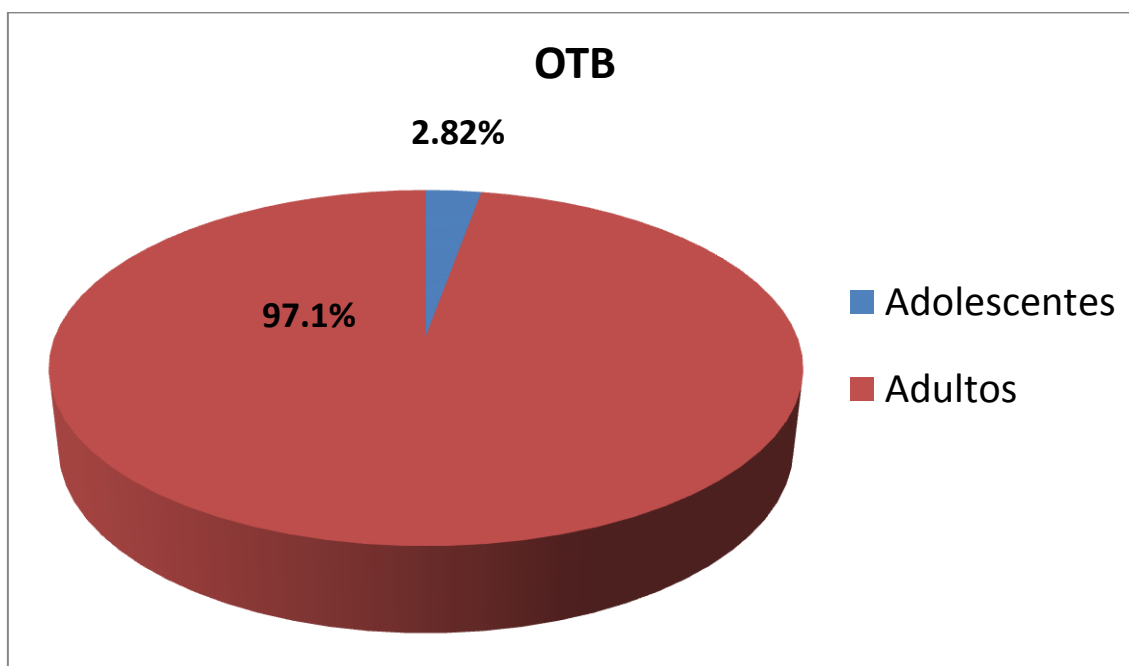
En cuanto a las pacientes a las que se colocó DIU, el 61.42% corresponde a las adultas, y 38.57% a las adolescentes, ver gráfica 14.

**Gráfica 14:**



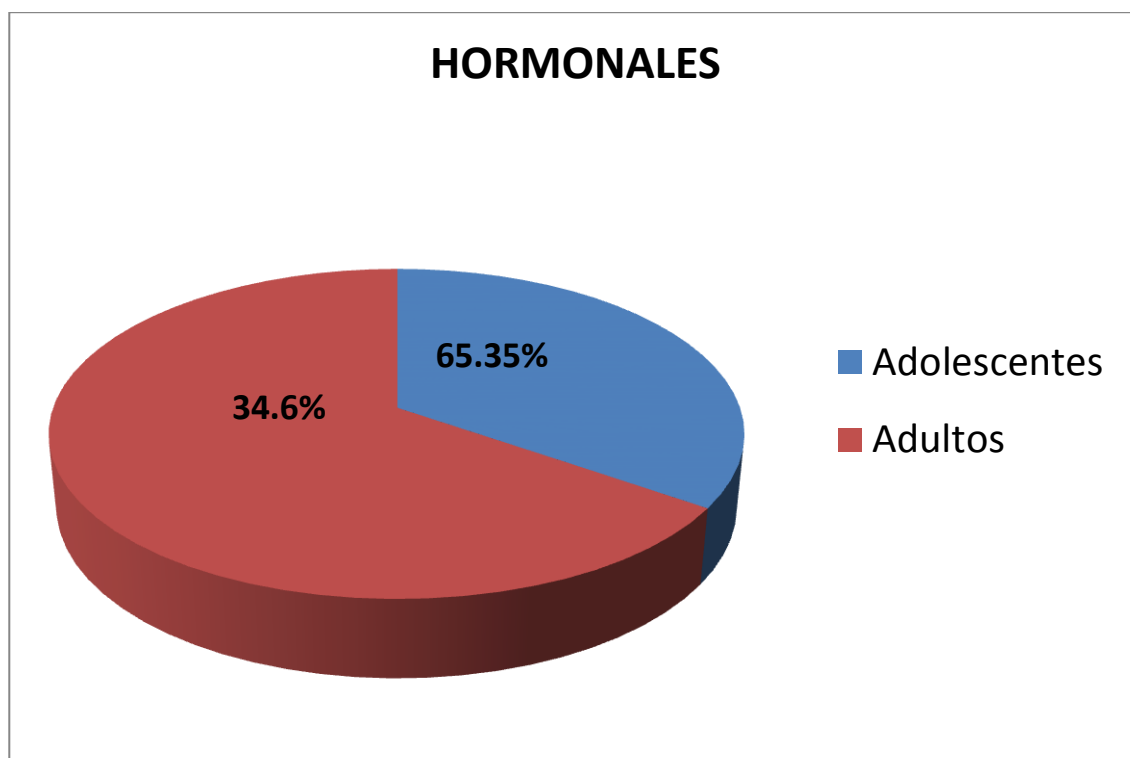
Acerca de las que pacientes que se les efectuó OTB, tenemos que la mayoría, 97.1% se practicó en adultas, y 2.82% en adolescentes, ver gráfica 15.

**Gráfica 15:**



Treinta y cuatro por ciento de las mujeres con cobertura anticonceptiva de tipo hormonal corresponde a las adolescentes y sesenta y cinco por ciento a adultas, ver gráfica 16.

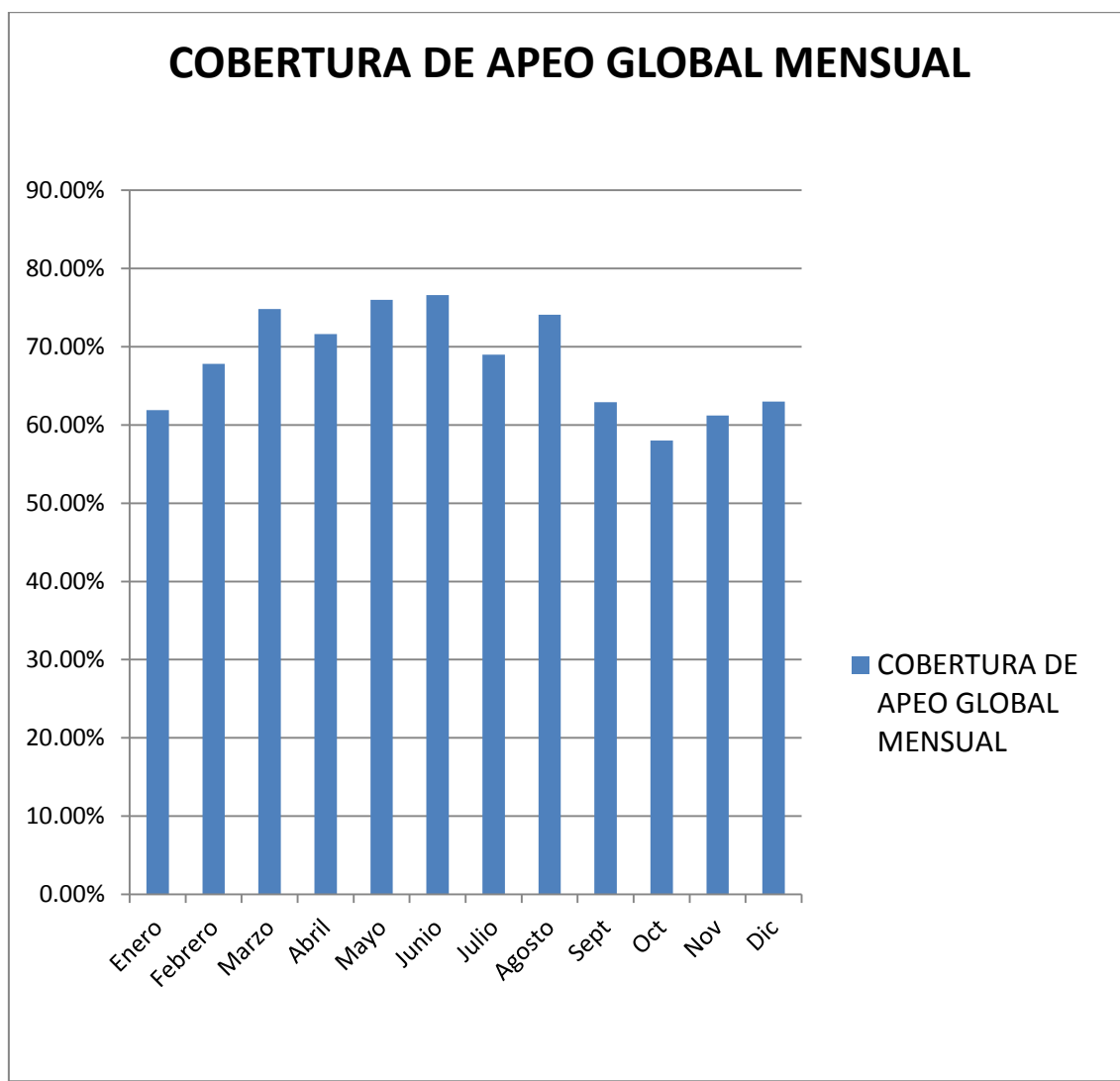
**Gráfica 16:**



Las usuarias activas de anticoncepción, interpretando lo anterior como aquellas aceptantes que continúan utilizando algún método anticonceptivo hasta un determinado momento, fue del 67.5% en el año 2013.

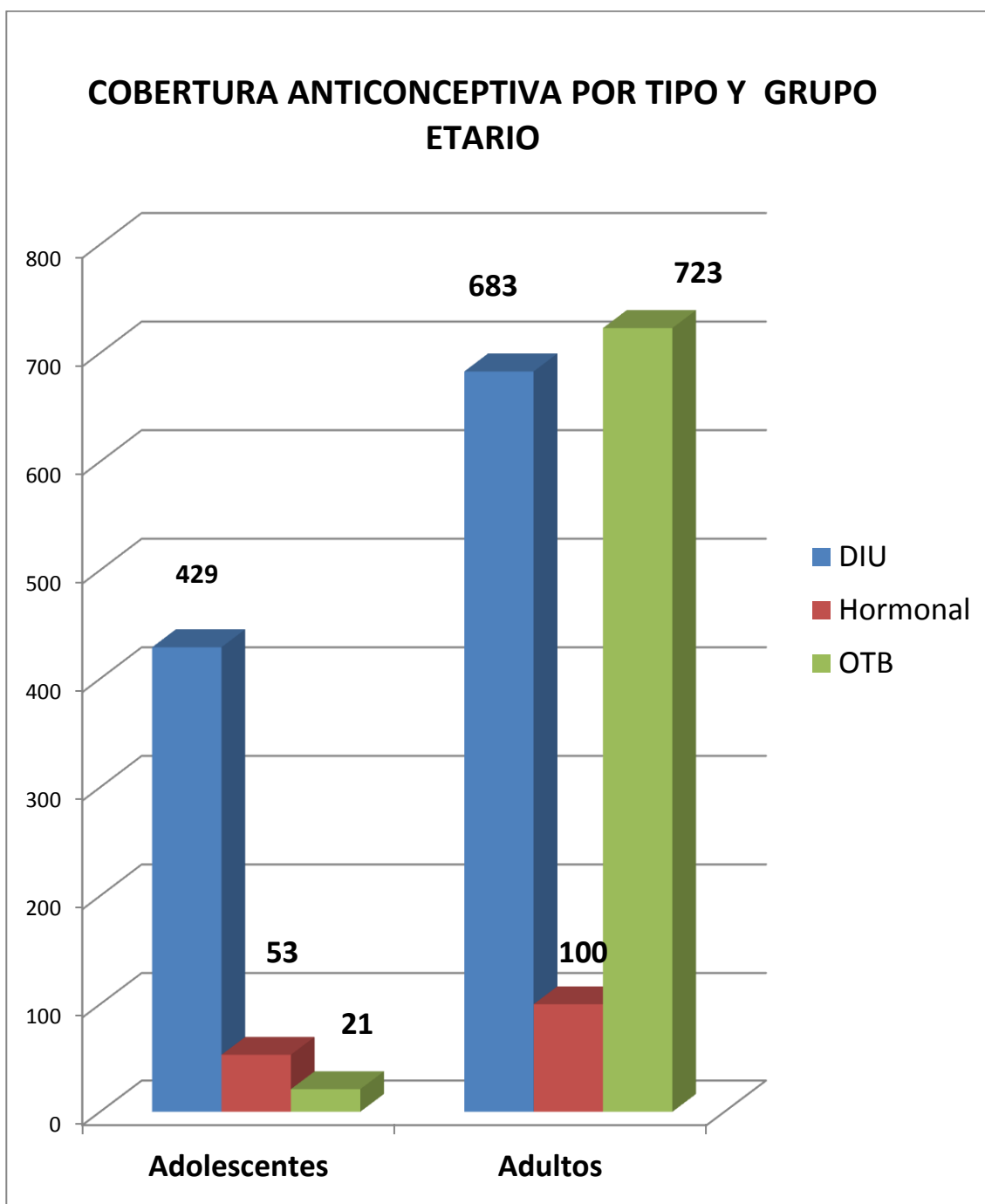
En cuanto a la cobertura de APEO, se ilustra el comportamiento mensual, involucrando el global de anticoncepción, es decir, incluye las tres modalidades analizadas, ver gráfica 17.

**Gráfica 17:**



En la siguiente gráfica se ilustran el número total de pacientes con cobertura APEO clasificada por modalidad anticonceptiva y por grupo etario, ver gráfica 18.

**Gráfica 18:**





## **DISCUSIÓN:**

Con el objetivo de ofrecer a la población un medio que nos permita tener el número de hijos que deseamos, y de esa forma reducir de manera consciente el número de embarazos no planeados, es que se han creado los programas de Planificación Familiar, obteniendo entonces condiciones de salud materno infantil de calidad, y consecuentemente impactar a nivel demográfico y así un mejor desarrollo económico y social.

En ese sentido, las coberturas anticonceptivas en las tres modalidades analizadas nos muestran variaciones mensuales importantes, quizá debido a elementos como los inherentes a la actitud y determinación del personal de salud, o debido por otra parte a la susceptibilidad, apertura y razonamiento en la población blanco, por tal razón, no consideramos conveniente analizar periodos cortos para evaluar el impacto a nivel demográfico, ya que para ejemplificar lo señalado, a nivel mensual, tenemos cubiertas a las pacientes con porcentajes que van desde el 58.5% en Octubre hasta el 76.6% en Junio, ver gráfica 17.

## **CONCLUSIÓN**

Es importante insistir que es de vital importancia trabajar el rubro de Planificación Familiar, en aras de mejorar las condiciones de la salud materno infantil de nuestro país, lo previamente señalado produce la disminución de las tasas de partos y abortos, y por ende en la tasa de fertilidad bruta, desafortunadamente los alcances de este trabajo no logran proyectar una comparación franca entre las tasas nacionales y las de Guerrero, particularmente en Acapulco, debido a que la población analizada es exclusivamente la atendida en el Hospital General Acapulco, independientemente de su derechohabencia o su lugar de residencia, siendo necesaria mayor información estadística que por el momento está fuera de

nuestro alcance. Sin embargo valdría la pena llevar a cabo estudios mayores en cuanto a número de pacientes y a tiempo de estudio para darnos una idea más precisa del comportamiento anticonceptivo de las mujeres atendidas y de la sensibilización proporcionada por nuestro personal de salud, brindándonos un buen parámetro para la evaluación de los cambios estadísticos en materia de Planificación Familiar a nivel local.

Es importante señalar que nos enfrentamos ante un gran reto, el de la problemática de la demografía, por tal motivo debemos involucrarnos más por convicción y determinación para lograr la salud y bienestar de nuestras familias mexicanas, asumiendo el compromiso de garantizar mejores condiciones de salud y desarrollo social para las siguientes generaciones y así lograr en consecuencia un mejor entorno biopsicosocial fundamentado primordialmente en el cimiento de la educación, destacando que la planificación familiar es uno de los medios más eficaces y menos onerosos para mejorar significativamente la calidad de vida en el presente y futuro de nuestra población.

## **BIBLIOGRAFÍA:**

1. Population Reference Bureau. Family planning saves lives. 2<sup>a</sup>. ed. Washington, DC: PRB, 1991.
2. Organización Mundial de la Salud. Comunicación sobre planificación familiar en el marco de la salud reproductiva. Ginebra: OMS, 1997.
3. Langer-Glas A. Embarazo no deseado y el aborto inseguro: su impacto sobre la salud en México. Gac Med Mex 2003; 139: S3-S7.
4. Senanayake P, Potts M. Atlas de Anticoncepción. Enciclopedia de la serie de Medicina visual. Washington: Parhenon Publishing Group 1998; pp:15-20.
5. Fondo de Población de las Naciones Unidas. Declaración de la Dra. Nafis Sadik, Directora Ejecutiva: “Día de los 6,000 millones”. 12 de Octubre de 1999.
6. <http://datos.bancomundial.org/indicador/SP.ADO.TFRT>
7. Organización Panamericana de Salud. Política de la Organización Panamericana de la Salud en materia de igualdad de género. Revista Panamericana. Salud Pública 2006; 19:137-140.
8. Blanc A. “El Efecto del Poder en las Relaciones Sexuales en la Salud Sexual y Reproductiva: Un examen de la evidencia.” Estudios en Planificación Familiar. 2001; 32: 189-213.
9. CEPAL, Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer. Estadísticas para la Equidad de Género. Magnitudes y Tendencias en América Latina, Costa Rica, 2007.

10. [http://www.nacerlatinoamericano.org/ Archivos/ Menu-principal/02\\_informacion%20de%20LA%20y%20Caribe/Indice/04\\_02mads-adolescentes-cont.htm](http://www.nacerlatinoamericano.org/ Archivos/ Menu-principal/02_informacion%20de%20LA%20y%20Caribe/Indice/04_02mads-adolescentes-cont.htm), División de Población de las Naciones Unidas, "World Population Prospects: The 2004 Revisión"
11. Organización de Naciones Unidas. Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. El Cairo, Egipto, Septiembre de 1994.
12. Diario Oficial de la Federación. Norma Oficial Mexicana NOM-005-SA2-1994, Norma Oficial Mexicana de los Servicios de Planificación Familiar.
13. Secretaría de Salud. Dirección General de Salud Reproductiva. "Prevención del embarazo no planeado en los adolescentes." 2002.
14. Molina R, Sandoval, J. "Anticoncepción en la Adolescencia". En Texto: SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN LA ADOLESCENCIA. 2003.
15. CEPAL. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. "Juventud, Pobreza y Desarrollo en América Latina y el Caribe". Primera Reunión Técnica Preparatoria, Julio 2003.
16. [www.who.int/bulletin/volumes/87/6/09-020906/es/](http://www.who.int/bulletin/volumes/87/6/09-020906/es/)
17. [http://www.who.unfpa.org.mx/ssr\\_adolescentes.php](http://www.who.unfpa.org.mx/ssr_adolescentes.php)
18. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs345/es/>
19. [http://www.unicef.org/spanish/specialsession/about/sgreport-pdf/10\\_FertilityFamilyPlanning\\_D7341Insert\\_Spanish.pdf](http://www.unicef.org/spanish/specialsession/about/sgreport-pdf/10_FertilityFamilyPlanning_D7341Insert_Spanish.pdf)
20. Singh S. "Maternidad Adolescente en Países en Desarrollo" Estudios en Planificación Familiar. 1998.
21. Organización Panamericana de la Salud. Health in the Americas. 1998. Vol II.