



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

TESIS

PRINCIPALES CAUSAS DE RECHAZO DEL DIU DE MUJERES EN  
PUERPERIO MEDIATO EN EL HOSPITAL DE LA MUJER DE  
YAUTEPEC, MORELOS.

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADO EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTAN:

MENDEZ DOMINGUEZ ERIKA LILIAN.

VAZQUEZ ESCOBEDO MARIA GUADALUPE.

ASESOR

MASE. RAUL RUTILO GOMEZ LÓPEZ.

México D, F., Septiembre del 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.

## DEDICATORIA

A mis Padres.

Quienes con su apoyo, cariño, consejo y ejemplo me han otorgado las habilidades y capacidades que me permitirán el día de mañana enfrentar la vida con éxito. Eternamente agradecida, pues de ustedes recibí lo más valioso; el don de la vida y la mejor herencia: mi carrera profesional. Tomada de su mano inicié mi aprendizaje en la vida. Ahora todo lo que soy se lo debo a su ejemplo de tenacidad, valor y amor.

Por haber sido mis mejores amigos.

Les dedico esta tesis.

MENDEZ GARAY JORGE SALVADOR.

DOMINGUEZ GARCIA MARIA DEL ROSARIO.

A mis padres.

Quienes me dieron vida, educación, apoyo y consejos, dedico esta tesis, porque creyeron en mí.

Por haberme apoyado en todo momento, por sus consejos, por su ejemplo de perseverancia y constancia, por sus valores, por la motivación constante que me ha permitido ser una persona de bien, por ser las personas que me enseñaron a ser quien soy, pero más que nada, por su amor incondicional.

VÁZQUEZ MANZANO BERNABE.

ESCOBEDO RAMOS NORMA ALICIA.

Este logro no fuera posible sin su ayuda, su comprensión, apoyo y paciencia, nos sentimos muy orgullosas de haber tenido a un maestro tan bueno como lo es usted; queremos decirle que gracias a su orientación y experiencia que nos brindo, este día estamos culminando nuestra carrera profesional, es inevitable no sentirse orgulloso de increíble hazaña. Con todo nuestro cariño e inmensa gratitud, le dedicamos cada una de está paginas de nuestra tesis.

¡Gracias!

MESE. RAÚL RUTILO GÓMEZ LÓPEZ.

## AGRADECIMIENTO

A ti mi amigo y confidente, por alentarme con tu ejemplo y motivación, con todo mi cariño.  
¡Gracias!

ANASTACIO HUERTA JUAN CARLOS.

Por la amistad, atención, tiempo dedicado y emoción compartida para este logro en nuestras vidas, te agradecemos.

VELAZQUEZ CARMONA RAFAEL.

Ustedes que me brindaron su apoyo, consejos, cuidados y tiempo a todo momento; aún más en aquellos que se tornaron difíciles me alentaron a seguir a delante, anhelando que siempre me preparara para enfrentarme a la vida. Hoy se ven culminados todos esos esfuerzos y deseos iniciándose así una nueva etapa en mi vida en la que siempre estarán en mi corazón. Por ello, a Dios y a ustedes.

¡Gracias!

VÁZQUEZ MANZANO BERNABE.

ESCOBEDO RAMOS NORMA ALICIA.

VÁZQUEZ ESCOBEDO NORMA ALICIA.

VÁZQUEZ ESCOBEDO JOSÉ LUIS.

VÁZQUEZ ESCOBEDO MAYRA ELIZABETH.

ESCOBEDO RAMOS LEONOR.

## ÍNDICE

### INTRODUCCION.

### CAPITULO 1: DIAGNOSTICO SITUACIONAL.

1.1 Aspectos sociodemográficos de la población.....	1
1.1.1 Distribución.....	1
1.1.2 Diversidad.....	2
1.1.3 Educación.....	4
1.1.5 Actividades económicas.....	5
1.1.6 Clima.....	6
1.1.7 Flora y fauna.....	7
1.2 Estudio de campo clínico del Hospital de la Mujer Yautepec Morelos.....	8
1.2.2 Métodos anticonceptivos utilizados en el 2013 y 2014 en Hospital de la Mujer.....	11
1.3 Planteamiento del problema.....	12
1.4 Justificación.....	13
1.5 <i>Objetivo general</i> .....	15
1.6 Objetivos específicos.....	15

### CAPITULO 2: MARCO TEÓRICO REFERENCIAL.

2.1 <i>Sociodemográfico</i> .....	24
2.1.1 La sexualidad.....	24
2.1.2 La elección de pareja.....	24
2.1.3 Actividades espirituales.....	26
2.1.4 Planificación familiar.....	26
2.1.5 Fisiología y anatomía a referencia del DIU.....	27
2.2 <i>Historia del dispositivo intrauterino (DIU)</i> .....	28
2.3 <i>Tipos de DIU</i> .....	31
2.4 <i>MANEJO DEL DIU</i> .....	32
2.5 <i>Anticoncepción post-evento obstétrico (APEO)</i> .....	40
2.6 <i>Puerperio y lactancia con el uso del DIU</i> .....	42
2.7 Antecedentes.....	43
2.7.1 <i>Argumentos de rechazo de dispositivo intrauterino y oclusión tubarica bilateral postparto, en usuarias de una unidad de segundo nivel de Cárdenas, Tabasco, México.</i> .....	43

2.7.2 <i>Costumbres que influyen en la elección de métodos anticonceptivos en usuarias de planificación familiar del C. S. San Fernando, Lima – 2005.</i>	44
2.7.3 <i>Factores que inciden en el uso limitado del DIU en el Salvador.</i>	46
2.7.4 <i>Inserción inmediata posaborto de dispositivos intrauterinos.</i>	47
2.8 Marco legal.	48
2.8.1 Constitución política de los estados unidos mexicanos.	48
2.8.2 Ley general de salud.	48
2.8.3 Normas oficiales mexicanas.	50
2.8.3.1 <i>Norma oficial mexicana, nom 005-ssa2-1993, de los servicios de planificación familiar (ultima actualizacion: 30/11/2003).</i>	50
2.8.3.2 <i>Norma oficial mexicana nom-007-ssa2-1993. Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio.</i>	51
<b>CAPITULO 3: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.</b>	
3.1 <i>Limitaciones del estudio.</i>	53
3.2 Definición de términos.	53
3.2.1 <i>Definición conceptual.</i>	53
3.2.2 <i>Definición operativa.</i>	54
3.3 Diseño.	55
3.4 Universo o población.	55
3.5 Instrumento.	55
3.6 Procedimiento.	56
3.7 Estrategias de análisis.	57
3.8 Ética del estudio.	57
<b>CAPITULO 4: RESULTADOS.</b>	
4.1 Características sociodemográficas.	59
4.2 <i>Principales causas de rechazo del DIU en mujeres en puerperio mediato.</i>	69
4.3 <i>Mujeres que utilizaron el DIU anteriormente</i>	76
4.4 <i>Mujeres que no utilizaron el DIU anteriormente.</i>	88
CONCLUSIONES.	93
SUGERENCIAS.	99
BIBLIOGRAFIA.	101
GLOSARIO DE TÉRMINOS.	103

**ANEXO 1: INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS..... 105**

**ANEXO 2: PERFIL DE EGRESO DEL PASANTE DE LA LICENCIATURA DE ENFERMERIA  
Y OBSTETRICIA. .... 107**

**ANEXO 3: FOTOS..... 110**

## INTRODUCCION.

La mortalidad materna es inaceptablemente alta, cada día mueren en todo el mundo unas 800 mujeres por complicaciones relacionadas con el embarazo o el parto. En 2013 murieron 289 000 mujeres durante el embarazo, parto o después de ellos. Prácticamente todas estas muertes se produjeron en países de ingresos bajos y la mayoría de ellas podrían haberse evitado.

La mayoría de esas complicaciones aparecen durante la gestación; otras pueden estar presentes desde antes del embarazo, pero se agravan con la gestación. Las principales complicaciones, causantes del 80% de las muertes maternas, son:

- Las enfermedades hipertensivas del embarazo (preeclampsia y eclampsia).
- Las hemorragias graves (en su mayoría tras el parto).
- Las infecciones (generalmente tras el parto).
- Los abortos peligrosos<sup>1</sup>.

En México fallecen cada año 1192 mujeres durante el parto o a consecuencia de él. En el periodo que va del año 2003 al 2012, la cifra acumulada es de 11 915 decesos.

---

<sup>1</sup> Organización Mundial de la salud [En línea]. Centro de prensa. Mayo 2014. [Septiembre 2014]. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>

Principales causas de mortalidad materna en México, 2005-2007.

Causas	2005	2006	2007
Total	1,242	1,166	1,097
Aborto	93	94	81
Enfermedad hipertensiva del embarazo	322	344	278
Hemorragia del embarazo, parto y puerperio	304	257	267
Otras complicaciones principalmente del embarazo y parto	181	148	143
Sepsis y otras infecciones puerperales	30	28	28
Complicaciones venosas en el embarazo, parto y puerperio	16	10	9
Otras complicaciones principalmente puerperales	61	49	49
Muerte obstétrica de causa no especificada	5	6	0
Causas Obstétricas indirectas	230	230	242
Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. Décima Revisión. CIE-10. OPS-OMS.			

El intervalo entre los embarazos es importante para la salud de las madres, ya que les permite recuperarse del embarazo, del parto y del esfuerzo que requiere la atención del mismo. La anticoncepción post-parto contribuye a prolongar el periodo intergenésico.

El uso de métodos anticonceptivos ayuda a evitar la mortalidad materna y así poder favorecer la anticoncepción electiva en cada mujer y con ello un periodo intergenésico adecuado.

Siendo Morelos un estado de clima cálido subhúmedo, con una población 84% urbana y 16% rural; donde la prevalencia de la población con un 51.7% es de sexo femenino, 6 de cada 100 personas de 15 años y más, no saben leer ni escribir y su grado de escolaridad es 8.9 (casi el tercer año de secundaria). Los habitantes hablan lengua indígena, su principal actividad económica es la agricultura, ganadería, aprovechamiento forestal, pesca y caza, ante este panorama se tuvo la necesidad de crear un hospital que cubriera las necesidades de la comunidad.

Como parte del Plan Nacional de Salud 2001–2006 y el Plan Maestro de Infraestructura en Salud 2006–2010 se crea el “Hospital de La Mujer “para atender problemas específicos de padecimientos obstétricos y ginecológicos, con la atención de especialistas altamente calificados, operando en el tercer nivel de atención, cubriendo las necesidades de la población y beneficiando a la misma.

De esta manera se aplican las políticas de salud, con los diversos programas, tales como:

1. Programa de Acción Específico Arranque Parejo en la Vida (APV): es de carácter normativo para todo el país y particularmente para los Servicios Estatales de Salud (SESA), en el que se definen tres objetivos generales:

1.1 Fortalecer la capacidad de las mujeres y sus parejas para planificar la familia y participar activamente en el cuidado de la salud materna y perinatal.

1.2 Reducir las brechas existentes en la salud materna e infantil en las entidades federativas y en los municipios de menor desarrollo.

1.3 Mejorar el acceso y calidad de la atención obstétrica por personal calificado e incrementar la capacidad resolutoria de los servicios de atención de emergencia obstétrica y neonatal (2007-2012).

2. Programa de Planificación Familiar y Anticoncepción (2007-2012): la planificación familiar y la anticoncepción es una de las intervenciones más costo-efectivas para reducir la mortalidad materna e infantil; ante el rezago observado en este tema, la administración 2006-2012 definió

este Programa como estratégico y prioritario (Plan Nacional de Desarrollo y Programa Sectorial de Salud-PROSESA.)

3. Acuerdo del H. Consejo Técnico del IMSS para la atención de mujeres sin derechohabiencia, referidas por complicaciones obstétricas desde su programa de extensión IMSS-Oportunidades (desde 2006).

4. Embarazo Saludable: establece que toda mujer con diagnóstico de embarazo deberá ser afiliada al Seguro Popular disminuyendo los costos de bolsillo (desde 2008).

5. Estrategia Integral para Acelerar la Reducción de la Mortalidad Materna en México, en la que se postula que la mortalidad materna puede ser reducida en 40% a 2012 (partiendo de cifras de 2006) si se superan los factores que condicionan las tres demoras de acuerdo con el modelo adoptado por la Organización Mundial de la Salud:

5.1 Demora en buscar atención médica.

5.2 Demora en tener acceso a los servicios de salud, y

5.3 Demora en recibir un tratamiento adecuado (desde mayo de 2009).

6. Convenio Interinstitucional entre Secretaria de Salud (SSA), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) e IMSS por el cual toda mujer que presente una emergencia obstétrica debe ser atendida en cualquier unidad médica de las instituciones mencionadas, sin discriminación por razón del estado de afiliación (desde mayo de 2009).

7. Acuerdos para el Fortalecimiento de las Acciones de Salud Pública en los Estados (AFASPE). Desde la SSA federal se establece este documento como un mecanismo presupuestario, que se firma anualmente entre la SSA y los SESA. Contiene asignación presupuestaria a los 31 programas bajo la rectoría de la Subsecretaría de Prevención y Promoción de Salud, de la SSA y, por ende, todos los relacionados con la atención en salud sexual y reproductiva<sup>2</sup>, donde serán atendidas todas las mujeres que así lo requieran.

---

<sup>2</sup>Observatorio de mortalidad materna en México, [En línea], Programas en marcha. 2011, [Septiembre 2014] <http://www.omm.org.mx/index.php/programas.html>

El Hospital de la mujer cuenta con un servicio de orientación de métodos anticonceptivos, donde se brinda información y consejería. Durante el periodo 2013-2014 a pesar de la información de los métodos anticonceptivos que se brinda a las mujeres por parte del personal de salud, en la estancia hospitalaria de manera personal, no aceptan el dispositivo, es por ello que surge la inquietud de conocer cuáles son las principales causas de rechazo del DIU en mujeres en puerperio mediato en el hospital de la mujer de Yautepec, Morelos.

Para dar respuesta a esta interrogante se realiza y crea el trabajo siguiente, que está conformado de 4 capítulos.

---

## CAPITULO 1: DIAGNOSTICO SITUACIONAL.

### 1.1 Aspectos sociodemográficos de la población.

- Municipios: 33
- Extensión: 4 879 km<sup>2</sup>, el 0.2% del territorio nacional.
- Población: 1 777 227 habitantes, el 1.6% del total del país.
- Distribución de población: 84% urbana y 16% rural; a nivel nacional el dato es de 78 y 22% respectivamente.
- Escolaridad: 8.9 (Casi el tercer año de secundaria); 8.6 el promedio nacional.
- Hablantes de lengua indígena de 5 años y más: 2 de cada 100 personas.
- A nivel nacional 6 de cada 100 personas hablan lengua indígena.
- Sector de actividad que más aporta al PIB estatal: Industrias manufactureras Destaca la producción de los derivados del petróleo y del carbón, industrias química y del plástico y del hule.
- Aportación al PIB Nacional: 1.1%<sup>3</sup>

#### 1.1.1 Distribución.

En Morelos: *Al año 2010, 78% de la población vive en localidades urbanas y el 22% en rurales.*

84 % de la población es urbana



16 % rural



<sup>3</sup> Panorama sociodemográfico de Morelos. Instituto Nacional de Estadística y Geografía; México: INEGI. 2011. [En línea]. [www.inegi.org.mx](http://www.inegi.org.mx)

### 1.1.2 Diversidad.

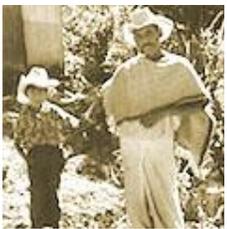
#### Religión.

En el 2010, 78% de la población de Morelos profesa la religión católica.

*A nivel nacional...*

*83% de la población es católica.*

#### Grupos de habla indígena.



Nahuas.



Mixteca.



Catedral de Morelos.

Las lenguas indígenas más habladas en el estado de Morelos son:

Lengua indígena.	Número de hablantes (año 2010).
Náhuatl.	19 509
Lenguas Mixtecas.	5 517
Tlapaneco.	1 531
Lenguas zapotecas	608
FUENTE:	INEGI. Censo de Población y Vivienda 2010.

En Morelos, hay 31 388 personas de 5 años y más que hablan lengua indígena, lo que representa menos del 2%.

*A nivel nacional...* De cada 100 personas que declararon hablar alguna lengua indígena, 14 no hablan español.<sup>4</sup>

<sup>4</sup> Cuéntame información por entidad [en línea]. México, 2014; cuéntame.inegi.org.mx

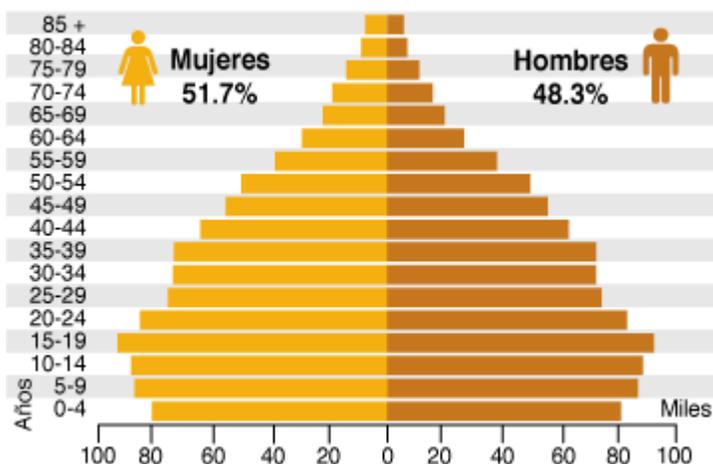
## Porcentaje de la población que habla lengua indígena por entidad federativa (año 2010).

Número de habitantes por municipio:

Clave del municipio.	Municipio.	Cabecera municipal.	Habitantes (año 2010)	017	Puente de Ixtla.	Puente de Ixtla.	61 585
001	Amacuzac.	Amacuzac.	17 021	018	Temixco.	Temixco.	108 126
002	Atlatlahucan.	Atlatlahucan.	18 895	019	Tepalcingo.	Tepalcingo.	25 346
003	Axochiapan.	Axochiapan.	33 695	020	Tepoztlán.	Tepoztlán.	41 629
004	Ayala.	Ciudad Ayala.	78 866	021	Tetecala.	Tetecala.	7 441
005	Coatlán del Río.	Coatlán del Río.	9 471	022	Tetela del Volcán.	Tetela del Volcán.	19 138
006	Cuautla.	Cuautla.	175 207	023	Tlalnepantla.	Tlalnepantla.	6 636
007	Cuernavaca.	Cuernavaca.	365 168	024	Tlaltizapán.	Tlaltizapán.	48 881
008	Emiliano Zapata.	Emiliano Zapata.	83 485	025	Tlaquiltenango.	Tlaquiltenango.	31 534
009	Huitzilac.	Huitzilac.	17 340	026	Tlayacapan.	Tlayacapan.	16 543
010	Jantetelco.	Jantetelco.	15 646	027	Totolapan.	Totolapan.	10 789
011	Jiutepec.	Jiutepec.	196 953	028	Xochitepec.	Xochitepec.	63 382
012	Jojutla.	Jojutla.	55 115	029	Yautepec.	Yautepec de Zaragoza.	97 827
013	Jonacatepec.	Jonacatepec.	14 604	030	Yecapixtla.	Yecapixtla.	46 809
014	Mazatepec.	Mazatepec.	9 456	031	Zacatepec.	Zacatepec de Hidalgo.	35 063
015	Miacatlán.	Miacatlán.	24 990	032	Zacualpan.	Zacualpan de Amilpas.	9 087
016	Ocuituco.	Ocuituco.	16 858	033	Temoac.	Temoac.	14 641

FUENTE: INEGI. Censo de Población y Vivienda 2010. Morelos /Población/Población total por municipio y edad desplegada según sexo.

Habitantes por edad y sexo:



FUENTE: INEGI. Panorama Sociodemográfico de Morelos.

### 1.1.3 Educación.

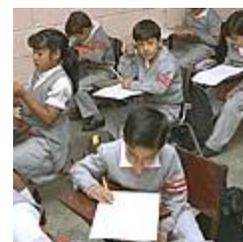
Escolaridad.

En Morelos, el grado promedio de escolaridad de la población de 15 años y más es de 8.9, lo que equivale a prácticamente la secundaria concluida.

En México la población de 15 años y más ha terminado la secundaria (grado promedio de escolaridad 8.6).<sup>5</sup>

De cada 100 personas de 15 años y más...

6.9	No tienen ningún grado de escolaridad.
54.7	Tienen la educación básica terminada.
0.4	Cuentan con una carrera técnica o comercial con primaria terminada.
20.6	Finalizaron la educación media superior.
17.0	Concluyeron la educación superior.
0.4	No especificado.



FUENTE: INEGI. Panorama Sociodemográfico de México, 2011.

### 1.1.4 Analfabetismo.

En Morelos, 6 de cada 100 personas de 15 años y más, no saben leer ni escribir.

*A nivel nacional...son 7 de cada 100 habitantes.*

Porcentaje de población analfabeta en todas las entidades de la República Mexicana (año 2010).

---

<sup>5</sup> idem

### 1.1.5 Actividades económicas.

- Principales sectores de actividad

Sector de actividad económica	Porcentaje de aportación al PIB estatal (año 2009)
Actividades primarias	3.22
Agricultura, ganadería, aprovechamiento forestal, pesca y caza	3.22
Actividades secundarias	34.75
Minería	0.29
Construcción y Electricidad, agua y gas	10.11
Industrias Manufactureras	24.35
Actividades terciarias	62.03
Comercio, restaurantes y hoteles (Comercio, Servicios de alojamiento temporal y de Preparación de alimentos y bebidas).	16.83
Transportes e Información en medios masivos (Transportes, correos y almacenamiento)	9.45
Servicios financieros e inmobiliarios (Servicios financieros y de seguros, Servicios inmobiliarios y de alquiler de bienes muebles e intangibles)	13.93
Servicios educativos y médicos (Servicios educativos, Servicios de salud y de asistencia social)	10.60
Actividades del Gobierno	5.74
Resto de los servicios* (Servicios profesionales, científicos y técnicos, Dirección de corporativos y empresas, Servicios de apoyo a los negocios y manejo de desechos y servicios de remediación, Servicios de esparcimiento culturales y deportivos, y otros servicios recreativos, y Otros servicios excepto actividades del Gobierno )	5.48
Total	100

FUENTE: INEGI. Sistema de Cuentas Nacionales de México. Producto Interno Bruto por Entidad Federativa, 2005-2009.

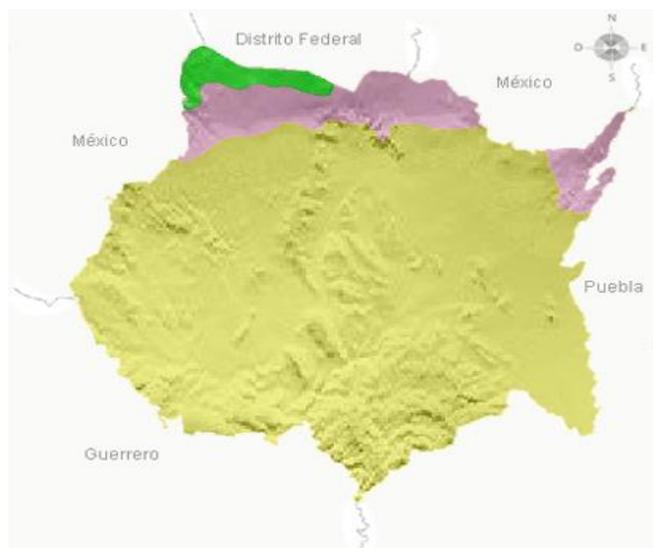
### 1.1.6 Clima.

El clima que predomina es el cálido subhúmedo ya que se presenta en el 87 % de la superficie del estado, el 11% está representado por el clima templado húmedo, localizado en la parte norte del estado, el 2% está representado por clima templado subhúmedo, el cual se localiza hacia la parte noreste y también se presenta una pequeña zona con clima frío. La temperatura media anual del estado es de 21.5°C, la temperatura mínima promedio es de 10°C que se presenta en el mes de enero y la máxima promedio es alrededor de 32°C se presenta en los meses de abril y mayo.<sup>6</sup>



Las lluvias se presentan durante el verano en los meses de junio a septiembre, la precipitación media del estado es alrededor de 900mm anuales.

El clima cálido subhúmedo se estado favorece el cultivo de: caña de azúcar, arroz, sorgo, maíz, jitomate, algodón, cacahuete, cebolla y frijol, entre otros; sus frutos son: melón, mango, limón agrio, papaya y plátano. Como producto de exportación se encuentran las flores y plantas de ornato, orquídeas, nochebuenas, rosas, claveles y geranios.



	Cálido subhúmedo	87%*
	Templado subhúmedo	2%*
	Templado húmedo	11%*

\*Referido al total de la superficie estatal. FUENTE: Elaborado con base en INEGI. Carta de Climas 1:1 000 000.

<sup>6</sup> Cuéntame información por entidad [en línea]. México, 2014; cuéntame.inegi.org.mx

### 1.1.7 Flora y fauna.

- Flora.

Predominan las selvas secas; le siguen en importancia los bosques de coníferas y encinos y los bosques húmedos de montaña. Cerca de los centros urbanos, la cobertura vegetal original ha cambiado por pastizales. El 55.3% de la superficie estatal está dedicado a la agricultura.

FUENTE: CONABIO

- Fauna.

En el bosque de coníferas y encinos: rata y ratón de campo, ardilla, murciélago, mapache, zorrillo, coyote, tlacuache, lince o gato montés, conejo, coatí, tuza, zorra gris, cacomixtle y musaraña. En la selva seca: comadreja, nutria de río y zorrillo listado. Animal en peligro de extinción: zacatucho.

FUENTE: CONABIO

## 1.2 Estudio de campo clínico del Hospital de la Mujer Yautepec Morelos.

### 1.2.1 INFORMACION GENERAL.

*Datos generales.*

NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN: HOSPITAL DE LA MUJER.

DEPENDENCIA: Servicios de salud de Morelos.

ASESORIA: Supervisión operativa de los Servicios de Salud del 3° nivel.

ADMINISTRACION: Supervisor estatal correspondiente al, Edo. de Morelos.

Características.	
Dependencia.	Oficial gubernamental.
Nivel de atención.	Tercer nivel.
Tipo de construcción.	Vertical consta de una planta y un piso.
Número de camas.	Camas censables 81 y no censables 25.
Promedio de días de estancia.	Agudo.
Localización.	Urbano.
Servicio que presta.	De especialidad.

UBICACION: PASEO TLAHUICA # 190, COLONIA PARACAS, YAUTEPEC MORELOS TEL: 01735 394 7997.

VIAS DE COMUNICACIÓN:

Colectivos:

Transporte colectivo estrella Coutla – Cuernavaca.

Transporte colectivo ruta 19 Cuernavaca – Yautepec.

Transporte colectivo ruta 23 Normal- Atlihuayan.



Como parte del Plan Nacional de Salud 2001 – 2006 y el Plan Maestro de Infraestructura en Salud 2006 – 2010 se crea el “Hospital de La Mujer” para atender problemas específicos de padecimientos obstétricos y ginecológicos, con la atención de especialistas altamente calificados, operando en el tercer nivel de atención.

Con la participación del presidente de la República, Lic. Felipe Calderón Hinojosa, Dr. Marco Adame Castillo Gobernador del estado de Morelos y Secretario de Salud en Morelos Dr. Víctor Manuel Caballero Solano, el 08 de enero del 2007 fue formalmente inaugurado en Yautepec.



Morelos el primer Hospital de La Mujer único en su tipo en el estado, se inicia con consulta externa del turno matutino y a partir del mes de noviembre del mismo año se amplía la cobertura a los turnos vespertinos y jornada acumulada.

#### Misión.

Brindar servicios de salud de atención preventiva y curativa a la población no asegurada y la afiliada al sistema de protección social en salud y proteger a la población en general contra los riesgos sanitarios.

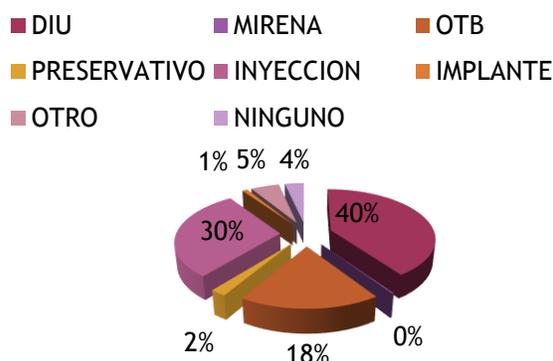
#### Visión.

Aspiramos a ser una institución de salud vanguardista en la prestación de sus servicios asegurando la calidad, equidad, accesibilidad y disponibilidad tecnológica en todos sus programas acciones y atribuciones.

### 1.2.2 Métodos anticonceptivos utilizados en el 2013 y 2014 en Hospital de la Mujer.

El Hospital de la mujer cuenta con un servicio de orientación de métodos anticonceptivos, donde se brinda información y consejería, en el año 2013, 579 pacientes utilizaron el DIU y en el 2014, 837 pacientes, notando un incremento del 18%, En las graficas anteriores se observa que hubo un aumento en el número de pacientes atendidas, pero prevalece el mismo número de porcentaje en la utilización del DIU, los resultados obtenidos arrojan que el mayor número de mujeres atendidas son jóvenes por lo que en ellas influye la opinión de terceras personas acerca de rumores con respecto al uso del DIU.

#### METODOS ANTICONCEPTIVOS 2013

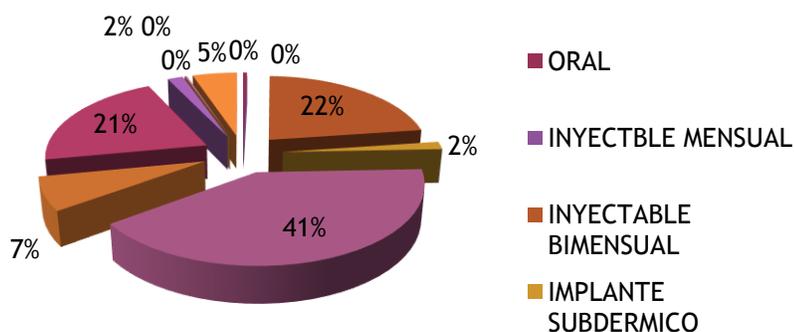


Fuente: Sistema Automático de Egresos Hospitalarios. Hospital de la mujer. 2013-2014

<b>DIU</b>	<b>579</b>
<b>MIRENA</b>	<b>3</b>
<b>OTB</b>	<b>258</b>
<b>PRESERVATIVO</b>	<b>30</b>
<b>INYECCION</b>	<b>424</b>
<b>IMPLANTE</b>	<b>14</b>
<b>OTRO</b>	<b>75</b>
<b>NINGUNO</b>	<b>50</b>

<b>ORAL</b>	<b>9</b>
<b>INYECTBLE MENSUAL</b>	<b>0</b>
<b>INYECTABLE BIMENSUAL</b>	<b>461</b>
<b>IMPLANTE SUBDERMICO</b>	<b>33</b>
<b>DIU</b>	<b>837</b>
<b>DIU MEDICADO</b>	<b>144</b>
<b>QUIRURGICO</b>	<b>430</b>
<b>PRESERVATIVO</b>	<b>37</b>
<b>PARCHE DERMICO</b>	<b>0</b>
<b>ANTICONCEPTIVO DE EMERGENCIA</b>	<b>0</b>
<b>OTRO</b>	<b>5</b>
<b>NINGUNO</b>	<b>106</b>

#### METODOS ANTICONCEPTIVOS UTILIZADOS EN EL PRIMER CUATRIMESTRE 2014



Fuente: Sistema Automático de Egresos Hospitalarios. Hospital de la mujer. 2013-2014

### **1.3 Planteamiento del problema.**

¿Cuales son principales causas de rechazo del DIU en mujeres en puerperio mediato en el hospital de la mujer de Yautepec, Morelos?

## 1.4 Justificación.

Los recursos materiales, económicos, las fuentes de trabajo cada día van disminuyendo, de tal forma que diferentes servicios de salud están comprometidos a satisfacer las diferentes necesidades de la población, tanto desde el punto de vista curativo y con mayor énfasis en el área preventiva, dado que “la capacidad de cuidarse así mismo, el autocuidado” resulta de la búsqueda de soluciones de problemas de salud de la forma más práctica, sencilla y accesible a la población<sup>7</sup>.

Las principales causas de defunción materna en nuestro país continúan siendo la enfermedad hipertensiva del embarazo (preeclampsia y eclampsia), hemorragia obstétrica, sepsis puerperal y complicaciones del aborto. La mayoría de las muertes maternas puede evitarse si las mujeres tienen mayor libertad para determinar su propia salud y sus elecciones de vida en el contexto de familia y comunidad, y si la sociedad le proporcionara los medios para asegurar que el embarazo y el parto tendrá la menor posibilidad de riesgo, reducirá la mala salud utilizando métodos anticonceptivos<sup>8</sup>.

La falta de interés, la inmadurez, la falta de información ante la sexualidad y no tener motivación de superación personal hace que las mujeres tengan embarazos en edad precoz y no vean el panorama al cual son expuestas y sus riesgos, de esta manera se da el rechazo al uso del DIU siendo un método adecuado posterior al parto.

Para tener un buen control del embarazo sin complicaciones y riesgos, debe tener un periodo intergenésico adecuado dependiendo del procedimiento al que se exponga, el uso de métodos anticonceptivos es muy importante ya que nos ayuda a planificar la familia. En situaciones económicas el uso del DIU es de bajo costo y eficaz, al ser una población que no cuenta con otra forma de seguridad social, solo con seguro popular; las zonas geográficas donde se ubican y la ocupación que desempeñan, hace que no cuenten con los suficientes ingresos para llevar una buena calidad de vida, siendo así de vital importancia la planificación familiar.

---

<sup>7</sup>Orem Dorotea, Modelos y Teorías en Enfermería, autocuidado, Pólit, Dense y Colaboradores, 5ta. Edición Editorial, México.

<sup>8</sup>Quintero J Carlos A, Ortiz Edgar I, Unidad 4: anticoncepción y mortalidad materna y perinatal. Federación Colombiana de Asociaciones de Obstetricia y Ginecología. Anticoncepción en Situaciones Especiales Mejor Evidencia. Primera edición. Colombia: Ed.Distribuna ; 2006. Pag. 43

Si bien lo anteriormente mencionado se ha identificado como una demanda en la unidad hospitalaria para responder adecuadamente a la solicitud y actuación preventiva.

Durante el periodo 2013- 2014 a pesar de la información de los métodos anticonceptivos que se brinda a las mujeres por parte del personal de salud, en la estancia hospitalaria de manera personal, no aceptan el dispositivo, es por ello que surge la inquietud de conocer cuáles son las principales causas de rechazo del DIU en mujeres en puerperio mediato en el hospital de la mujer de Yautepec, Morelos.

## **1.5 Objetivo general.**

- Determinar las principales causas de rechazo del DIU en mujeres en puerperio mediato en el hospital de la mujer de Yautepec, Morelos.

## **1.6 Objetivos específicos.**

- Identificar las causas determinadas como parámetros de rechazo del DIU.
- Determinar las causas que impiden la utilización del dispositivo por parte de las parejas.
- Determinar con base en los resultados alternativas de educación factibles para ser aplicados en la comunidad.

## CAPITULO 2: MARCO TEÓRICO REFERENCIAL.

La mortalidad materna es inaceptablemente alta, cada día mueren en todo el mundo unas 800 mujeres por complicaciones relacionadas con el embarazo o el parto. En 2013 murieron 289 000 mujeres durante el embarazo, parto o después de ellos. Prácticamente todas estas muertes se produjeron en países de ingresos bajos y la mayoría de ellas podrían haberse evitado.<sup>9</sup>

Desde 1990 varios países subsaharianos (parte de África situada al sur del Sahara) han reducido a la mitad su mortalidad materna. En otras regiones, como Asia y el Norte de África, los progresos han sido aún mayores. Sin embargo, entre 1990 y 2013 la razón de mortalidad materna mundial (es decir, el número de muertes maternas por 100 000 nacidos vivos) solo ha disminuido en un 2,6% al año, cifra que está lejos de la reducción del 5,5% anual necesaria para alcanzar el ODM5 (ODM - Objetivos de Desarrollo del Milenio adoptados por la comunidad internacional en el año 2000. 5 Mejorar la salud materna).<sup>10</sup>

La razón de mortalidad materna en los países en desarrollo es de 230 por 100 000 nacidos vivos, mientras que en los países desarrollados es tan solo de 16 por 100 000. Hay grandes disparidades entre los países. Pocos tienen razones de mortalidad materna extremadamente altas, superiores incluso a 1000 por 100 000 nacidos vivos. También hay grandes disparidades en un mismo país entre personas con ingresos altos y bajos y entre población rural y urbana.<sup>11</sup>

El mayor riesgo de mortalidad materna corresponde a las adolescentes de menos de 15 años. Las complicaciones del embarazo y el parto son la principal causa de muerte de las adolescentes en la mayoría de los países en desarrollo.<sup>12</sup>

La mayoría de esas complicaciones aparecen durante la gestación; otras pueden estar presentes desde antes del embarazo, pero se agravan con la gestación. Las principales complicaciones, causantes del 80% de las muertes maternas, son:

---

<sup>9</sup> Idem

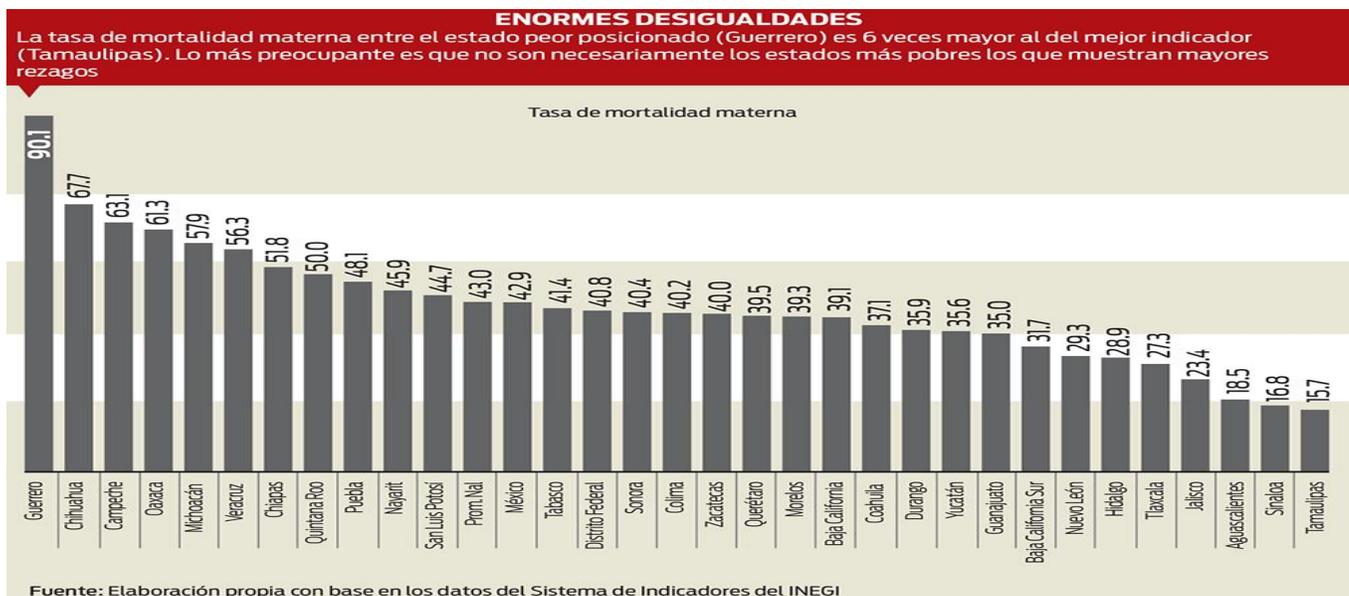
<sup>10</sup> Idem

<sup>11</sup> Idem

<sup>12</sup> Idem

- Las hemorragias graves (en su mayoría tras el parto).
- Las infecciones (generalmente tras el parto).
- La hipertensión gestacional (preeclampsia y eclampsia).
- Los abortos peligrosos<sup>13</sup>.

En México fallecen cada año 1192 mujeres durante el parto o a consecuencia de él. En el periodo que va del año 2003 al 2012, la cifra acumulada es de 11 915 decesos.



A pesar de que los reportes oficiales del país muestran avances, éstos se han dado de manera sumamente lenta<sup>14</sup>.

<sup>13</sup> Organización Mundial de la salud [En línea]. Centro de prensa. Mayo 2014. [Septiembre 2014]. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>

<sup>14</sup> Mario Luis Fuentes [En línea] México social: Mortalidad Materna, signo de inequidad. "Excélsior. México11/03/2014, Nacional." <http://www.excelsior.com.mx/nacional/2014/03/11/948031#imagen-1>

## Principales causas de mortalidad materna en México, 2005-2007.

Causas	2005	2006	2007
Total	1,242	1,166	1,097
Aborto	93	94	81
Enfermedad hipertensiva del embarazo	322	344	278
Hemorragia del embarazo, parto y puerperio	304	257	267
Otras complicaciones principalmente del embarazo y parto	181	148	143
Sepsis y otras infecciones puerperales	30	28	28
Complicaciones venosas en el embarazo, parto y puerperio	16	10	9
Otras complicaciones principalmente puerperales	61	49	49
Muerte obstétrica de causa no especificada	5	6	0
Causas Obstétricas indirectas	230	230	242
Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. Décima Revisión. CIE-10. OPS-OMS.			

En la OMS existen programas internacionales bajo ciertas estrategias que se aplican en un aterrizaje particular en cada uno de los países.

### Estrategias de trabajo principales de la OMS:

- Fortalecimiento de los sistemas de salud y promoción de intervenciones centradas en políticas y estrategias de eficacia probada que favorezcan a los pobres y sean costo-eficaces.
- Vigilancia y evaluación de la carga de mala salud materna y neonatal y de su impacto en las sociedades y en su desarrollo socioeconómico.
- Establecimiento de alianzas con el fin de utilizar del mejor modo posible los escasos recursos disponibles y reducir al mínimo la duplicación de los esfuerzos encaminados a mejorar la salud materna y neonatal.

- Promoción de las inversiones en materia de salud materna y neonatal destacando los beneficios sociales y económicos y subrayando que la mortalidad materna es una cuestión de derechos humanos y de equidad.
- Coordinación de investigaciones que tengan aplicación a gran escala y se centren en la mejora de la salud materna durante el embarazo, antes y después del parto<sup>15</sup>.

Dentro de nuestro país una de esas estrategias es respetar todas esas políticas internacionales, con los diversos programas, tales como:

1. Programa de Acción Específico Arranque Parejo en la Vida (APV): es de carácter normativo para todo el país y particularmente para los Servicios Estatales de Salud (SESA), en el que se definen tres objetivos generales:

1.1 Fortalecer la capacidad de las mujeres y sus parejas para planificar la familia y participar activamente en el cuidado de la salud materna y perinatal.

1.2 Reducir las brechas existentes en la salud materna e infantil en las entidades federativas y en los municipios de menor desarrollo.<sup>16</sup>

1.3 Mejorar el acceso y calidad de la atención obstétrica por personal calificado e incrementar la capacidad resolutive de los servicios de atención de emergencia obstétrica y neonatal (2007-2012).

2. Programa de Planificación Familiar y Anticoncepción (2007-2012): la planificación familiar y la anticoncepción es una de las intervenciones más costo-efectivas para reducir la mortalidad materna e infantil; ante el rezago observado en este tema, la administración 2006-2012 definió este Programa como estratégico y prioritario (Plan Nacional de Desarrollo y Programa Sectorial de Salud-PROSESA.)

3. Acuerdo del H. Consejo Técnico del IMSS para la atención de mujeres sin derechohabiencia, referidas por complicaciones obstétricas desde su programa de extensión IMSS-Oportunidades (desde 2006).

---

<sup>15</sup> Organización Mundial de la Salud, [En línea], Temas de salud <Objetivos de Desarrollo del Milenio> ODMS; Mejorar la salud materna. 2014 [Septiembre 2014]. [http://www.who.int/topics/millennium\\_development\\_goals/maternal\\_health/es/](http://www.who.int/topics/millennium_development_goals/maternal_health/es/)

<sup>16</sup> Idem

4. Embarazo Saludable: establece que toda mujer con diagnóstico de embarazo deberá ser afiliada al Seguro Popular disminuyendo los costos de bolsillo (desde 2008).

5. Estrategia Integral para Acelerar la Reducción de la Mortalidad Materna en México, en la que se postula que la mortalidad materna puede ser reducida en 40% a 2012 (partiendo de cifras de 2006) si se superan los factores que condicionan las tres demoras de acuerdo con el modelo adoptado por la Organización Mundial de la Salud:

5.1 Demora en buscar atención médica.

5.2 Demora en tener acceso a los servicios de salud, y

5.3 Demora en recibir un tratamiento adecuado (desde mayo de 2009).

6. Convenio Interinstitucional entre Secretaria de Salud (SSA), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) e IMSS por el cual toda mujer que presente una emergencia obstétrica debe ser atendida en cualquier unidad médica de las instituciones mencionadas, sin discriminación por razón del estado de afiliación (desde mayo de 2009).<sup>17</sup>

7. Acuerdos para el Fortalecimiento de las Acciones de Salud Pública en los Estados (AFASPE). Desde la SSA federal se establece este documento como un mecanismo presupuestario, que se firma anualmente entre la SSA y los SESA. Contiene asignación presupuestaria a los 31 programas bajo la rectoría de la Subsecretaría de Prevención y Promoción de Salud, de la SSA y, por ende, todos los relacionados con la atención en salud sexual y reproductiva<sup>18</sup>.

El intervalo entre los embarazos es importante para la salud de las madres, ya que les permite recuperarse del embarazo, del parto y del esfuerzo que requiere la atención del mismo. La anticoncepción post-parto contribuye a prolongar el periodo intergenésico.<sup>19</sup>

---

<sup>17</sup> Idem

<sup>18</sup> Observatorio de mortalidad materna en México, [En línea], Programas en marcha. 2011, [Septiembre 2014] <http://www.omm.org.mx/index.php/programas.html>

<sup>19</sup> Idem

El uso de métodos anticonceptivos ayuda a evitar la mortalidad materna y así poder favorecer la anticoncepción electiva en cada mujer y con ello un periodo intergenésico adecuado.

EL DIU de cobre, método anticonceptivo más antiguo a largo plazo, seguro y eficaz, con pocos efectos colaterales, rápidamente reversible y que no requiere de mucha atención, ni por el médico ni por la paciente. No interfiere con la espontaneidad de las relaciones sexuales y por lo tanto, da autonomía y confidencialidad a sus usuarias. Representa una alternativa muy eficaz en relación a la esterilización quirúrgica en aquellas mujeres que no desean más embarazos.

Existen diferentes tipos de DIU, medicados y no, en el sector salud se encuentran disponibles en forma gratuita el DIU de cobre y el DIU medicado con levonorgestrel.

A pesar de estos beneficios y de que existen programas que lo proveen de forma gratuita, el uso del DIU es poco utilizado en muchas regiones en vías de desarrollo donde hay una alta prevalencia de embarazos no planeados, abortos y muertes maternas.<sup>20</sup>

Se desconoce porque teniendo la posibilidad de manejar el dispositivo, las mujeres no lo aceptan, se sabe que muchas de las causas del rechazo del DIU están en relación a opiniones y creencias erróneas de las usuarias.

Al tomar conciencia de la importancia del uso de este método, se genera el interés por conocer las causas que se presentan en las mujeres puérperas, para su rechazo dentro del Hospital de la Mujer en Yauhtepec, Morelos.

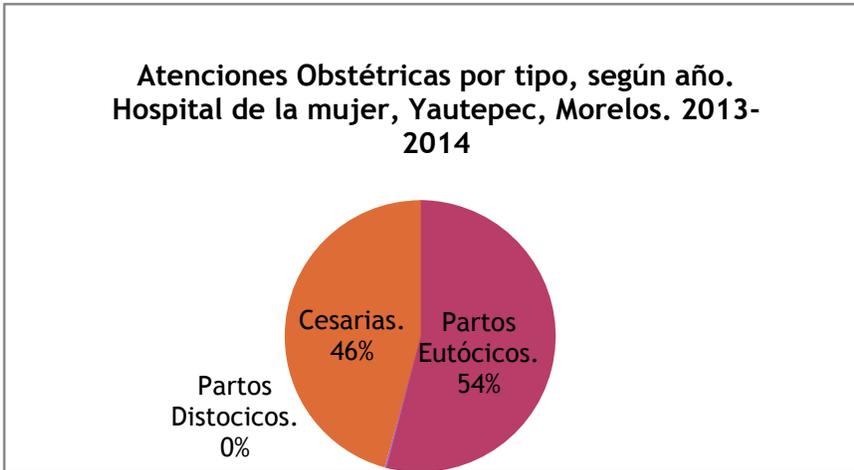
En el Hospital de la Mujer de Yauhtepec se brindaron 5951 atenciones obstétricas totales, de manera informal tenemos los datos.

---

<sup>20</sup> Idem

Atenciones Obstétricas por tipo, según año. Hospital de la mujer, Yautepec, Morelos. 2013-2014								
Año.	Atenciones Obstétricas totales.		Partos Eutócicos.		Partos Distócicos.		Cesáreas.	
	#	%	#	%	#	%	#	%
2013	2491	100	1361	54.64	14	0.56	1116	44.80
2014	3460	100	1855	53.61	0	0.0	1605	46.39
Total	5951	100	3216	54.04	14	0.24	2721	45.72

Fuente: Sistema Automático de Egresos Hospitalarios. Hospital de la mujer. 2013-2014



Fuente: Sistema Automático de Egresos Hospitalarios. Hospital de la mujer. 2013-2014

De las pacientes atendidas, el caso de adolescentes representan un poco más del 40%.

Atención Obstétrica según tipo, conforme clasificación de edad. Hospital de la mujer, Yautepec, Morelos. 2013-2014								
PACIENTES ATENDIDAS SEGÚN GRUPO.	Atenciones Obstétricas totales.		Partos Eutócicos.		Partos Distócicos.		Cesáreas.	
	#	%	#	%	#	%	#	%
Mujeres Adolescentes. (Menores de 21 años)	2426	40.77	1374	42.72	5	35.7	1047	38.49
Mujeres Adultas.	3525	59.23	1842	57.28	9	64.3	1674	61.51
Total	5951	100	3216	100	14	100	2721	100
Fuente: Sistema Automático de Egresos Hospitalarios. Hospital de la mujer. 2013-2014								

## **2.1 Sociodemográfico.**

### **2.1.1 La sexualidad.**

Quiénes somos y lo que somos constituyen el resultado de fuerzas entrelazadas de la herencia, medio ambiente y la autodeterminación<sup>21</sup>.

No existe una edad específica de inicio en las primeras relaciones sexuales coitales, o con penetración, es importante considerar que las relaciones sexuales en la adolescencia forman parte del proceso normal de desarrollo del adolescente, de su bagaje de experiencias personales y de su construcción de un mundo adulto<sup>22</sup>.

Comprender y practicar la sexualidad debidamente puede ser muy deleitable, es uno de los más grandes vínculos entre dos personas. Por otro lado, la ignorancia, los tabús psicológicos y la mala comunicación acerca de la sexualidad puede destruir de modo irreversible una relación potencialmente satisfactoria. Una buena comunicación es esencial para una buena práctica en pareja<sup>23</sup>.

Vivir armoniosamente en pareja es un arte que requiere constancia, técnica e imaginación. Definir y respetar las reglas del juego constituye un buen comienzo en la búsqueda del bienestar. Es muy difícil tener claro a temprana edad quien es uno, para donde va y lo que es lo que se desea de la vida, todavía lo es más contar con la claridad necesaria para definir lo que se quiere y espera de una relación de pareja, a través de la cual nos internamos en un universo común de proyectos y decisiones<sup>24</sup>.

### **2.1.2 La elección de pareja.**

La elección de pareja conyugal, no es solo una decisión promovida por los elementos de estímulos de orden físico y sensorial de base endógena, si no por el extenso cortejo de las motivaciones entre las que el componente instintivo no tiene una prevalencia exclusiva tal

---

<sup>21</sup>Isbetia M. Segnini. Armonía en la pareja. En busca de la felicidad. Primera edición. México: Alfaomeg; 2002 Pag 21

<sup>22</sup>Joana A legret. M. Jesus ,Comellas, Perefont y Jaune Funes. Adolescentes relaciones con los padres, drogas, sexualidad y cultura al cuerpo. Colección familiar y educación. Primera edición. Mexico: Grao.

<sup>23</sup>Marco Marchionl. Planificación social y organización de la comunidad. Sexta edición. México: ed. Popular; 2005 Pag 13

<sup>24</sup>Idem

y como ocurre en el mundo animal<sup>25</sup>.

Al conocer a una persona erróneamente la actividad sexual se toma en primera instancia como parámetro para decir que la relación de pareja es adecuada, sin embargo, se desconocen las características particulares de ambas partes involucradas, y se deja guiar por una formidable atracción física<sup>26</sup>.

Para conocer al otro se necesita de un roce cotidiano que da salir y compartir el mundo exterior con la pareja, solo con el tiempo es que uno puede enamorarse de alguien, de sus cualidades, de sus habilidades, de sus principios, de sus expresiones y valores. De la misma manera es que puede comenzar a aparecer la admiración y el respeto por el otro, los cuales son indispensables para que la relación perdure a lo largo de los años. Tendremos que aceptar a nuestra pareja tal cual es, con el compromiso de que en el futuro no le exigiremos un cambio en su forma de pensar, en gustos o en su sensibilidad, reiteremos cada quien es como es<sup>27</sup>.

El matrimonio no es en definitiva una acción legal, social o emocional; es sobre todo el resultado de una dialéctica que sintetizará el modelo de convivencia deseado y cuyo devenir, desafortunado o fallido, sólo se comprobará en el transcurso de un tiempo a veces incluso muy breve<sup>28</sup>.

En un estudio de 500 hombres y mujeres que terminaron, su primer matrimonio, las principales razones de divorcio eran: infidelidad, pérdida del amor, alcoholismo y falta de comunicación. En las segundas nupcias, la tensión más perjudicial se centraba en los hijastros, el esfuerzo financiero de sostener a dos familias y problemas emocionales no resueltos entre ex cónyuges<sup>29</sup>.

Las parejas deberán recibir orientación acerca de las opciones de métodos anticonceptivos para las etapas de su vida reproductiva, el periodo intergenésico y la prevención de embarazos no planeados, de abortos inducidos y sus graves complicaciones. La planificación familiar salva la vida de la mujer pues reduce el riesgo de

---

<sup>25</sup>Triviño Montoya Baldomero. Psicología de la relación conyugal. Primera edición. Madrid España: Días de santos; 2000 Pag 18.

<sup>26</sup>Idem.

<sup>27</sup> Idem.

<sup>28</sup> Idem.

<sup>29</sup>Idem.

enfermedades y muerte.<sup>30</sup>

### **2.1.3 Actividades espirituales.**

La mejor respuesta a las ansiedades de la vida diaria y a las que experimentamos al enfrentarnos a la condición finita del hombre y su mortalidad es la práctica religiosa. La religión es el esfuerzo del hombre que más le acerca a Dios, 860 millones de personas son católicas.

Los líderes religiosos involucran el nombre de Dios para acciones injustas.

### **2.1.4 Planificación familiar.**

Planificación familiar es el derecho a toda persona a decidir de manera libre, responsable e informada, sobre el número y espaciamiento de sus hijos. La planificación familiar tiene como propósito contribuir a la disminución de los embarazos no planeados y no deseados mediante.

- Prevención.
- Orientación-consejería.
- Atención general y específica.

La anticoncepción debe ser propuesta a la población en un marco de respeto a su identidad cultural, ya que es un derecho universal y básico del ser humano como parte integral del derecho a la salud<sup>31</sup>.

### **2.1.5 Métodos anticonceptivos.**

Los métodos anticonceptivos son aquellos que se utilizan para impedir el embarazo en forma temporal o permanente haciendo hincapié en los posibles efectos desfavorables sobre el organismo<sup>32</sup>.

La anticoncepción debe ser propuesta a la población en un marco de respeto a su identidad cultural, ya que es un derecho universal y básico del ser humano como parte

<sup>30</sup> Organización Mundial de la salud [En línea]. Centro de prensa. Mayo 2014. [Septiembre 2014]. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>

<sup>31</sup> Pedro López Sanchez. Manual clínico de ginecología. Primera edición. México: ciencia y cultura latinoamericana; 1997

<sup>32</sup> Pedro Gillerme Coronel Brizio. Ginecología. Primera edición 2011. Textos Universitarios.

integral del derecho a la salud.<sup>33</sup>

### 2.1.5 Fisiología y anatomía a referencia del DIU.

El útero es un órgano muscular hueco que se ubica en la pelvis femenina, entre la vejiga y el recto. Los ovarios producen los óvulos, que se desplazan a través de las salpinges, una vez que el óvulo abandona el ovario puede ser fertilizado y se implanta en las paredes del útero. La principal función del útero es alimentar al feto en desarrollo antes del nacimiento. Cuando no hay embarazo, el útero mide unos 7 cm de longitud, 5 cm de anchura y 4 cm de espesor. En el embarazo su tamaño aumenta de 32-33 cm, y su peso pasa de unos 50 o 60 g a más de 1 kg; y su capacidad, de 2 o 3 mililitros a 4 o 5 litros<sup>34</sup>.

El cuello uterino o cérvix uterino es la porción fibromuscular inferior del útero que se proyecta dentro de la vagina, aunque, por lo general mide, de 3 a 4 cm de longitud y unos 2,5 cm de diámetro, el cérvix se puede dilatar 10 cm durante el parto para dejar que pase el bebé, y su tamaño puede variar según la edad, el número de partos y el momento del ciclo menstrual de la mujer.<sup>35</sup>

La vagina es un conducto fibromuscular elástico, revestido de membranas mucosas, es parte de los órganos genitales internos de la mujer, se extiende desde el vestíbulo vaginal hasta el cérvix uterino, La longitud de la vagina es de 8 a 11cm como promedio<sup>36</sup>.

---

<sup>33</sup> Idem

<sup>34</sup>Lange Q & A. Obstetricia y ginecología. Octava edición. México: interamericana; 2000 Manuel Viamonte. Al encuentro de la salud felicidad y longevidad. Primera edición. México: Trillas; 1993.

<sup>35</sup> J. A Vanrell X. Iglesias L. I. Cabero. Manual de obstetricia y ginecología para graduados. primera edición. México: ediciones científicas y técnicas Masson ; 1994

<sup>36</sup> Dr. J. P. Greenhill, Dr. Emanuel. A Friedman. Obstetricia. Primera edición. Nueva editorial interamericana; 1997

## 2.2 Historia del dispositivo intrauterino (DIU).

El DIU diseñado por Richter era un anillo flexible hecho de crin de Florencia, que es un material de sutura que se obtiene extrayendo en una sola hebra el líquido del gusano de seda muerto en el momento de que su ciclo comienza a construir su capullo<sup>37</sup>.

Una vez colocado, el anillo demostró ser un dispositivo eficaz de anticoncepción durante meses o años, el diseño y prueba del primer dispositivo intrauterino por Richter se llevó a cabo a pesar de las estrictas leyes que prohibían todas las actividades de control de la natalidad. Médicos habían sido maltratados, privados de su licencia por ejercer y encarcelados por proporcionar servicios de anticoncepción. Una innovación radical como el anillo de Richter debería traer casi con certeza la censura oficial y quizá el enjuiciamiento<sup>38</sup>.

El dispositivo histórico ideado por Richter en 1909 consistía de dos hilos de crin de Florencia arrolladas formando un asa que se constituía en un anillo de aproximadamente 27 mm de diámetro. Los dos hilos estaban unidos entre sí para formar un anillo mediante una espiral de alambre de aluminio y bronce. Richter descubrió que este anillo doble era más efectivo como anticonceptivo que la versión anterior que consiste en un hilo único de intestino de gusano de seda. Richter debe haber colocado dispositivos intrauterinos en muchas mujeres, comenzando quizá en el año de 1900. El diseñó una sonda especial acanalada con un mecanismo de cierre por deslizamiento para prensar el anillo durante la inserción, asegurando la colocación del mismo en la parte alta del fondo uterino. Después de la colocación, los hilos terminales que quedaban expuestos a través del cuello se cortaban un poco por fuera del orificio externo estando así listos para el retiro del dispositivo, recomendaba la inserción del dispositivo 12 semanas después de parto, aconsejando que la misma no se realizase en caso de infección evidente, o sospecha de embarazo<sup>39</sup>.

En el año de 1923 Karl Pust tuvo un intento de revivir el método de la crin de Florencia, aparentemente sin tener conocimiento de los trabajos previos de Richter, publicó una técnica muy similar usando un anillo hecho de tres hebras retorcidas del intestino del gusano de seda.

---

<sup>37</sup> Davis Hugh J.. Dispositivos intrauterinos para la anticoncepción/El DIU; Cap.1 Perspectiva histórica ; México: el manual moderno; 1975 pag.1

<sup>38</sup> Idem; pag. 2

<sup>39</sup> Idem; pag. 3

El dispositivo tenía una cola del mismo material envuelta en hilos de seda. Un botón de vidrio estaba fijo a la cola y Pust considero que este detalle era un adelanto importante. El creía que el botón cervical impedía el ascenso de los espermatozoides. Sostuvo que había controlado personalmente 453 mujeres después de la colocación de su dispositivo sin haber tenido ningún fracaso o complicación seria y dijo haber distribuido más de 23,000 dispositivos de este tipo para que fuesen colocados por otros médicos. Lo sostenido por Pust sobre su dispositivo fue indudablemente exagerado. La gruesa cola envuelta en seda posiblemente tenía una acción perniciosa teniendo un puente desde la vagina que facilitaba la infección ascendente como lo sostuvo Gräfenberg y otros investigadores contrarios al dispositivo de Pust. Los pros y contras de la anticoncepción intrauterina se discutieron en la década de 1920 en una literatura médica voluminosa que crecía lentamente. Por lo general, los Ginecólogos permanecieron en una posición abiertamente opuesta a esta técnica<sup>40</sup>.

Desde el punto de vista práctico la utilización profesional de los dispositivos intrauterinos se inicia con el trabajo de Ernst Gräfenberg al final de la década de 1920. El autor se ocupó del tema con gran lucidez y sus resultados fueron sorprendentemente buenos. El momento en que Gräfenberg se interesó por los dispositivos intrauterinos coincidió con la iniciación del movimiento moderno sobre el control de la natalidad de manera tal que sus trabajos no cayeron en el vacío como había ocurrido con el de sus predecesores<sup>41</sup>.

Al igual que la mayoría de los anticonceptivos, los DIU tienen una larga historia. Sin embargo, la mayor parte de las primeras versiones no eran DIU técnicamente hablando, sino pesarios con vástago, puesto que gran número de los dispositivos se colocaban en la vagina con un vástago que se extendía a través de la abertura cervical hacia el útero. Aunque insertados teóricamente para corregir posiciones uterinas, también inducen abortos así como impiden embarazos. Los dibujos de estos dispositivos, muchos de los cuales estaban patentados, indicaban que frecuentemente también hacían difícil el coito<sup>42</sup>.

En el siglo XX varios médicos alemanes experimentaron con DIU hecho con hilos de cera natural, ya para usarlos como DIU autentico ya como un pesario con vástago. En esta época,

---

<sup>40</sup> Davis Hugh J.. Dispositivos intrauterinos para la anticoncepción/EI DIU; Cap.1 Perspectiva histórica ; México: el manual moderno; 1975 pag.9

<sup>41</sup>Idem; pag.10.

<sup>42</sup>Bollough Vern L., Bonnie Bollough. Los métodos anticonceptivos, una guía para la planificación del embarazo y el control de la natalidad. Tercera castellano 1 ed . Barcelona (España): Editorial Hispano Europes; 2001. Pag. 65.

no obstante, el proceso completo de infección era bien conocido, y sólo unos pocos médicos prescribían tales dispositivos. El primer DIU que se utilizó ampliamente fue un anillo de filamentos y cable plateado desarrollado por Ernst Gräfenberg, Ginecólogo e investigador alemán, que se hizo popular en su país a finales de la década del 1920. En 1934, Tenrei Ota, de Japón, introdujo anillos de oro y de plata dorada, y sostuvo que eran más eficaces que el dispositivo de Gräfenberg, además de ser menos propensos a causar infecciones. El gobierno japonés prohibió durante algún tiempo el uso del dispositivo de Ota y Gräfenberg abandonó su anillo debido a la oposición de los médicos europeos. En ambos casos la oposición surgió a causa del temor de infección uterina<sup>43</sup>.

Cuando finalmente los nuevos antibióticos, tales como la penicilina, superaron muchos de los peligros de la infección uterina, varios médicos empezaron a experimentar con el DIU. El momento crucial ocurrió en una conferencia internacional sobre DIU celebrada en Nueva York en 1962 bajo los auspicios del Population Council. En el curso de la misma, médicos de los Estados Unidos, Israel, Alemania, y otros países informaron sobre sus experiencias favorables con el DIU. Las investigaciones posteriores recibieron el importante estímulo del desarrollo del polietileno, un plástico biológicamente inerte que podía moldearse según la forma que se deseara. Era flexible (y por lo tanto de fácil inserción en el útero) y su función de muelle le permitía volver a su forma previa<sup>44</sup>.

Una de las figuras claves en el desarrollo de un DIU funcional y seguro, y en propiciar un cambio de actitud con respecto a su uso, fue Jack Lippes, un Ginecólogo de Buffalo, Nueva York. Influido por informes sobre el éxito de DIU que habían empezado a utilizarse otra vez en Japón. Lippes experimentó aplicando un anillo de Gräfenberg, hecho de filamentos de seda natural, sobre veinte de sus propias pacientes. Pronto se le presentaron problemas, básicamente al tratar de extraer el dispositivo, dado que carecía de cola, y se veía obligado a utilizar un instrumentó semejante a un ganchillo de croché para su extracción. A Lippes le pareció difícil este procedimiento y empezó a experimentar con el anillo de Ota, al cual unió un cordel que atravesaba el cuello de útero. Aunque esto facilitaba la extracción, en aproximadamente el 20 por ciento de sus casos el anillo de Ota giraba y el muelle se enrollaba en la cavidad uterina. Lippes probó la confección de un lazo de polietileno con un

---

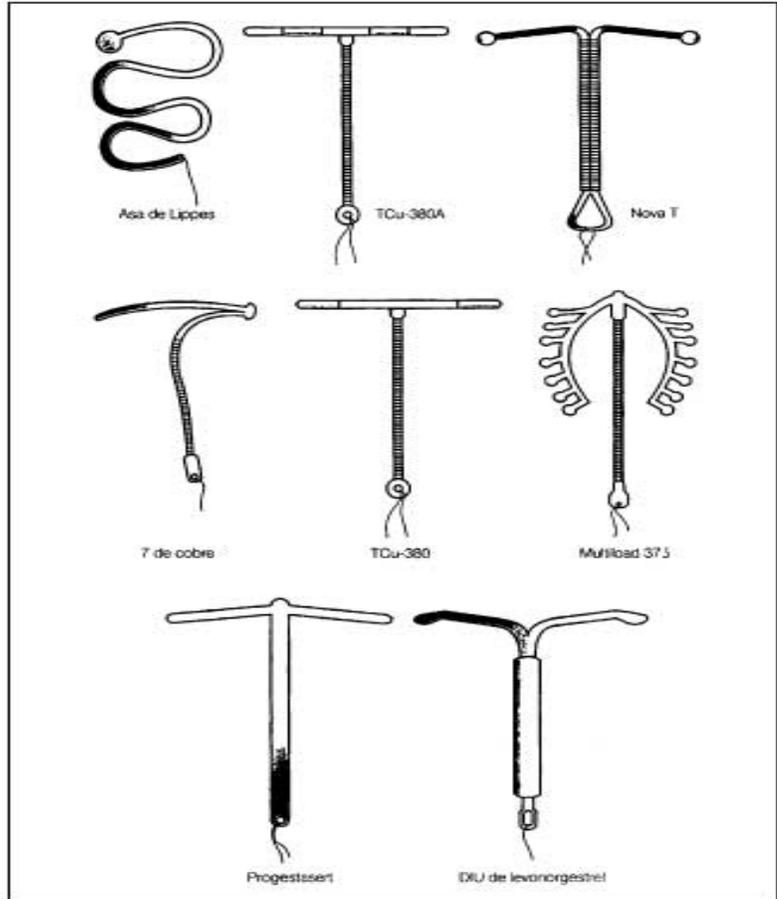
<sup>43</sup>Idem. Pag. 65.

<sup>44</sup> Idem; pag. 66.

monofilamento del mismo material colgando del mismo. Inicialmente esto implicó dificultades, porque era difícil ver el cordel en la vagina, pero después de teñirlo de azul comprobó que podía verlo, y de este modo extraer fácilmente el DIU<sup>45</sup>.

### Evolución de los DIU

En la década de los años 1970 se desarrolló una segunda generación de DIU, con cambios de los lazos sin impregnar de Lippes a los DIU que liberaban cobre, y también DIU que liberan progesteronas en la cavidad uterina. Los dispositivos de cobre tenían algunas ventajas sobre los lazos de Lippes, puesto que algunas marcas de los DIU de cobre presentaban menos probabilidades de ser expelidos, producían menos pérdida de sangre menstrual, eran mejor tolerados por mujeres que todavía no habían tenido hijos, y era más probable que permanecieran en su lugar cuando se insertaban posparto o postaborto<sup>46</sup>.



### 2.3 Tipos de DIU.

Hay dos tipos principales de DIU, los que son inertes basados en cobre y aquellos basados en hormonas que funcionan por la liberación de progestágenos. En los Estados Unidos, por ejemplo, solo se producen dos tipos de DIU, el Paragard de cobre y el hormonal Mirena.

Liberadores de cobre:

T de cobre 380<sup>a</sup> (T-Cu)

Multiload 375 ®;

Nova T ®

<sup>45</sup> Idem; pag.66.

<sup>46</sup>Idem; pag. 70

Flexi-T 300 ®

GyneFix ®

Liberadores de Levonorgestrel:

LevoNova (LNG-20)

Mirena® (T-LNG)<sup>47</sup>

## 2.4 MANEJO DEL DIU.

**DISPOSITIVO INTRAUTERINO:** Los dispositivos intrauterinos son artefactos que se colocan dentro de la cavidad uterina con fines anticonceptivos de carácter temporal.

**DESCRIPCIÓN:** Los dispositivos intrauterinos disponibles consisten en un cuerpo semejante a una "T" de polietileno flexible y contienen un principio activo o coadyuvante de cobre o de cobre y plata y tienen además hilos guía para su localización y extracción.

**PRESENTACIÓN:** Los dispositivos intrauterinos se obtienen esterilizados, en presentación individual, acompañados de su insertor.

**EFFECTIVIDAD ANTICONCEPTIVA:** Bajo condiciones habituales de uso, este método brinda protección anticonceptiva del 95 al 99%.

**INDICACIONES:** La inserción del DIU está indicada para mujeres en edad fértil con vida sexual activa, nuligestas, nulíparas o multíparas, incluyendo adolescentes, que deseen un método anticonceptivo temporal de alta efectividad y seguridad, que no deseen la toma o aplicación periódica de anticonceptivos hormonales en las siguientes circunstancias:

- ✓ Antes del primer embarazo.
- ✓ En el intervalo intergenésico.
- ✓ En el posparto, trans y poscesárea, con o sin lactancia.
- ✓ En el posaborto<sup>48</sup>.

---

<sup>47</sup>Soledad Díaz. DISPOSITIVOS INTRAUTERINOS. [en línea] Instituto Chileno de Medicina Reproductiva. ICMER. 2011[Septiembre 2014]  
[http://www.icmer.org/documentos/anticoncepcion/dispositivos\\_intrauterinos.pdf](http://www.icmer.org/documentos/anticoncepcion/dispositivos_intrauterinos.pdf)

<sup>48</sup> NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-005-SSA2-1993. De los servicios de planificación familiar. México D.F., 20 de abril de 1994. Director general de planificación familiar. Gregorio Pérez Palacios Rubrica.

## CONTRAINDICACIONES

- Embarazo o sospecha de embarazo.
- Útero con histerometría menor a 6 cm.
- Patología que deforme la cavidad uterina.
- Carcinoma del cérvix o del cuerpo uterino.
- Enfermedad inflamatoria pélvica activa.
- Presencia de corioamnionitis.

## PRECAUCIONES

- Hemorragia uterina anormal de etiología no determinada.
- Infecciones del tracto genital.
- Hiperplasia endometrial.
- Anemia y padecimientos hemorrágicos.
- Dismenorrea severa.
- Antecedente de enfermedad inflamatoria pélvica.
- Antecedente de embarazo ectópico.
- Ruptura prematura de membranas.
- Trabajo de parto prolongado.

**FORMA DE ADMINISTRACIÓN:** El DIU debe ser insertado en la cavidad uterina.

**TIEMPO DE COLOCACIÓN:** El DIU puede ser insertado en los siguientes momentos:

- Periodo intergenésico: el DIU puede insertarse preferentemente durante la menstruación o en cualquier día del ciclo menstrual cuando se esté razonablemente seguro de que no hay embarazo.
- Posplacenta: la inserción debe realizarse dentro de los 10 minutos posteriores a la salida de la placenta. Esta técnica puede realizarse después de un parto o durante una cesárea.
- Prealta: al egreso hospitalario se puede hacer la colocación del DIU antes de que la paciente sea enviada a su domicilio, después de la resolución de cualquier evento obstétrico.

- Posaborto: inmediatamente después del legrado o aspiración endouterina por aborto de cualquier edad de embarazo.
- Puerperio tardío: entre 4 y 6 semanas posaborto, posparto y poscesárea<sup>49</sup>.

## **LINEAMIENTOS GENERALES PARA LA PRESCRIPCIÓN.**

### **EL DIU DEBE SER APLICADO:**

- Después de proporcionar consejería.
- Por personal capacitado en la exploración del aparato genital femenino y en las diversas técnicas de inserción.
- Siguiendo las recomendaciones específicas para cada tipo de DIU.
- Cumpliendo las técnicas de asepsia y antisepsia.
- No se debe recomendar en mujeres con varios compañeros sexuales y expuestas a enfermedades de transmisión sexual por el riesgo de desarrollar enfermedad inflamatoria pélvica.

**TÉCNICA DE INSERCIÓN DEL DIU:** Para la inserción de DIU durante el intervalo intergenésico, el puerperio mediano y el posaborto de 12 semanas de edad gestacional o menos, se requiere del insertor que acompaña al DIU. En los periodos posplacenta, transcesárea, posaborto de más de 12 semanas de gestación y el posparto mediano (prealta) no debe usarse el insertor.

**INTERVALO INTERGENÉSICO:** Se debe informar a la usuaria de cómo será el procedimiento de inserción y la importancia de su colaboración durante el mismo. Se debe hacer una exploración pélvica bimanual previa a la colocación del DIU para precisar la forma, tamaño y posición del útero, así como para descartar alguna patología pélvica. Con la ayuda de un espéculo vaginal, se visualizará el cérvix y se hará limpieza del cuello uterino, empleando una gasa con solución antiséptica<sup>50</sup>.

---

<sup>49</sup> NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-005-SSA2-1993. De los servicios de planificación familiar. México D.F., 20 de abril de 1994. Director general de planificación familiar. Gregorio Pérez Palacios Rubrica.

<sup>50</sup> NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-005-SSA2-1993. De los servicios de planificación familiar. México D.F., 20 de abril de 1994. Director general de planificación familiar. Gregorio Pérez Palacios Rubrica.

Empleando pinza de Pozzi, se toma el labio anterior del cuello uterino, y se tracciona suavemente para rectificar el ángulo entre el canal cervical y la cavidad uterina. Con un histerómetro, de preferencia maleable, se determina la longitud de la cavidad uterina. Se registra la distancia entre el orificio cervical externo y el fondo de la cavidad. Si la longitud es menor a 6 cm no debe insertarse el DIU. Si la longitud es mayor a 6 cm se debe insertar el DIU siguiendo los lineamientos señalados en el instructivo de uso, que es proporcionado por el fabricante o en los manuales de procedimientos elaborados por las instituciones del Sistema Nacional de Salud. Una vez terminada la inserción, se retira la pinza de Pozzi, se verifica que no exista hemorragia en los sitios de presión, se recortan los hilos guía a 2 cm del orificio externo del cérvix en caso necesario y se retira el espéculo vaginal.

**INSERCIÓN POSPLACENTA:** Existen dos técnicas para la inserción del DIU: con pinza y manual.

**TÉCNICA CON PINZA:** Esta técnica se realiza con dos pinzas de anillos (Forester), una recta y una curva, así como dos valvas vaginales:

- 1) Se toma el DIU con la pinza de Forester curva, procurando que el tallo vertical de la "T" forme un ángulo de 45 grados con el tallo de la pinza, con el fin de alejar los hilos guía; la pinza se deja a la mano en la mesa de instrumentos.
- 2) Se expone el cérvix con las valvas vaginales y con la pinza Forester recta (no debe usarse pinza de Pozzi), se toma el labio anterior que se tracciona ligeramente para corregir la posición del útero.
- 3) Con la otra mano se introduce la pinza que sostiene el DIU, hasta el fondo de la cavidad uterina.
- 4) Se suelta la pinza que sostiene el labio anterior del cérvix y con la mano libre se palpa la parte más alta del útero<sup>51</sup>.

---

<sup>51</sup> NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-005-SSA2-1993. De los servicios de planificación familiar. México D.F., 20 de abril de 1994. Director general de planificación familiar. Gregorio Pérez Palacios Rubrica.

5) Empujando ligeramente la pinza con el DIU, se confirma que éste esté en el fondo de la cavidad uterina; se abre la pinza liberando el DIU y se la retira cuidando de no jalar los hilos y se cortan éstos a 2 cm por fuera del orificio externo del cérvix. Cuando el DIU tiene hilos de 12 a 15 cm de longitud, éstos no deben ser visibles al través del cérvix si la aplicación es correcta; luego se retira la pinza del cérvix y las valvas vaginales

### **TÉCNICA MANUAL.**

- 1) El DIU se coloca entre los dedos índice y medio con los hilos guía en el dorso de la mano.
- 2) La otra mano se coloca en el abdomen sobre la parte superior del útero.
- 3) Se introduce la mano que porta el DIU a través del cérvix, hasta el fondo de la cavidad uterina y se suelta éste.
- 4) Se retira la mano de la cavidad uterina cuidando de no jalar los hilos guía. Se cortan éstos como se indicó en la técnica con pinza.

Las dos técnicas son satisfactorias y sin diferencia significativa en las tasas de expulsión; sin embargo, se debe recomendar que se use la técnica con pinza para las mujeres a quienes no se les proporcionó anestesia general o bloqueo epidural para la atención del parto<sup>52</sup>.

**TRANSCESÁREA:** La inserción del DIU transcesárea se realiza con las técnicas con pinza y manual.

**TÉCNICA CON PINZA;** Esta técnica se realiza con dos pinzas de anillos (Forester). El procedimiento es el siguiente:

- 1) Después del alumbramiento se limpia la cavidad uterina y se coloca una pinza de Forester en el borde superior de la histerotomía.
- 2) El DIU se toma con una pinza de anillos en la forma que fue descrita para su inserción en posplacenta.

---

<sup>52</sup> NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-005-SSA2-1993. De los servicios de planificación familiar. México D.F., 20 de abril de 1994. Director general de planificación familiar. Gregorio Pérez Palacios Rubrica.

- 3) Con una mano se levanta la pinza que sostiene el borde superior de la histerotomía.
- 4) Con la otra mano se introduce la pinza que lleva el DIU hasta el fondo de la cavidad uterina.
- 5) Se suelta la pinza que sostiene el borde superior de la histerotomía y con esa mano, mediante la palpación en la parte superior del útero, se verifica que la pinza con el DIU se encuentre en el fondo de la cavidad.
- 6) Se libera el DIU y se retira la pinza con cuidado, para no jalar los hilos guía, dejando el extremo distal de éstos en el segmento uterino. No hay necesidad de sacar los hilos a la vagina a través del cérvix, ya que esto ocurre espontáneamente.

Se debe tener cuidado de no incluir los hilos guía del DIU al efectuar la histerorrafia.

### **TÉCNICA MANUAL**

- 1) Se toma el DIU entre los dedos de la mano en la forma ya descrita, para su inserción en posplacenta.
- 2) La otra mano se coloca en la parte más alta del útero para verificar que el DIU llegue al fondo de la cavidad.
- 3) Se introduce la mano que lleva el DIU a través de la histerotomía, hasta el fondo de la cavidad uterina y se suelta éste.
- 4) Se retira la mano de la cavidad cuidando no jalar los hilos guía. El extremo distal de éstos se deja dentro del útero a nivel del segmento, ya que los hilos guía pasan espontáneamente a la vagina<sup>53</sup>.

Se debe tener cuidado de no incluir los hilos guía del DIU al realizar la histerorrafia.

**POSABORTO:** La inserción del DIU en posaborto de 12 semanas o menos, resuelto mediante legrado instrumental o aspiración endouterina, debe efectuarse con el insertor, usando la técnica de aplicación descrita para el intervalo intergenésico. Para los abortos de más de 12

<sup>53</sup> NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-005-SSA2-1993. De los servicios de planificación familiar. México D.F., 20 de abril de 1994. Director general de planificación familiar. Gregorio Pérez Palacios Rubrica.

semanas, resueltos mediante legrado instrumental, se usará la técnica con pinza. Si se hubieren resuelto por legrado digital, la inserción puede hacerse con técnica manual o con pinza, según fue descrito.

**PREALTA:** El DIU puede aplicarse previamente al alta hospitalaria de la mujer, siguiendo la técnica de aplicación con pinza, descrita para la inserción posplacenta y posaborto del segundo trimestre. La inserción del DIU antes del egreso constituye un recurso para aquellas mujeres que no habían aceptado el DIU antes del parto y que después de recibir consejería optan por este método, así como aquellas que hubieren superado la causa de contraindicación o precaución.

### **DURACIÓN DE LA PROTECCIÓN ANTICONCEPTIVA**

La protección anticonceptiva que brindan los dispositivos varía de acuerdo con el principio activo o coadyuvante que contengan. La duración de la efectividad anticonceptiva de los dispositivos tipo TCU 380A y TCU 220C es de seis a ocho años y para los Multiload 375 y 250 es de cinco y tres años, respectivamente. Al término del periodo de efectividad del DIU, si la usuaria requiere aún este tipo de método, debe reemplazarse por otro en forma inmediata a la remoción<sup>54</sup>.

**Efectos colaterales:** En general, el DIU es bien tolerado por la mayoría de las usuarias. Los efectos colaterales son poco frecuente, generalmente limitados a los primeros meses posteriores a la inserción y se pueden manifestar como:

- Dolor pélvico durante el periodo menstrual.
- Aumento de la cantidad y duración del sangrado menstrual.

### **Conducta a seguir en caso de presentarse efectos colaterales.**

Las usuarias que refieran efectos colaterales deben recibir consejería adicional, enfatizando las características y consecuencias del uso del método.

---

<sup>54</sup> NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-005-SSA2-1993. De los servicios de planificación familiar. México D.F., 20 de abril de 1994. Director general de planificación familiar. Gregorio Pérez Palacios Rubrica.

Los efectos colaterales deben ser tratados. Si las molestias persisten más allá de 90 días, debe de considerarse la posibilidad de reemplazar el DIU y si aún persistieran, se debe retirar y seleccionar otro método anticonceptivo.

Una complicación inmediata que se puede presentar como accidente durante la inserción del DIU es la perforación uterina; en este caso la usuaria debe ser referida de inmediato a una unidad hospitalaria para su atención.

### **Seguimiento de la usuaria.**

Las revisiones subsecuentes deben programarse, la primera entre la cuarta y la sexta semanas posteriores a la inserción. Si la aplicación se realizó después de un evento obstétrico se recortarán los hilos del DIU a una distancia de dos centímetros por fuera del orificio externo del cérvix, en caso necesario. La segunda revisión se debe efectuar a los seis meses a partir de la inserción y posteriormente cada año contado a partir de la fecha de aplicación del DIU o cuando la usuaria lo estime necesario. En cada visita clínica debe verificarse la posición correcta del DIU mediante la visualización de los hilos guía, investigar la presencia de efectos colaterales, descartar la presencia de embarazo y detectar la existencia de infecciones cérvico-vaginales. En caso de embarazo, si los hilos son visibles, se retirará el DIU, si los hilos no son visibles no se debe intentar el retiro del dispositivo<sup>55</sup>.

---

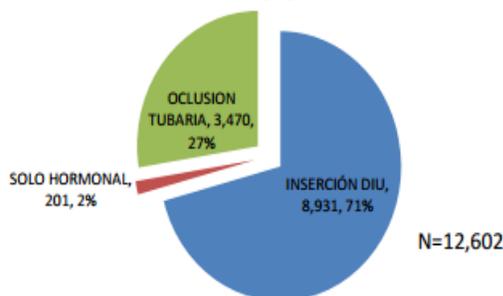
<sup>55</sup> NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-005-SSA2-1993. De los servicios de planificación familiar. México D.F., 20 de abril de 1994. Director general de planificación familiar. Gregorio Pérez Palacios Rubrica.

## 2.5 Anticoncepción post-evento obstétrico (APEO).

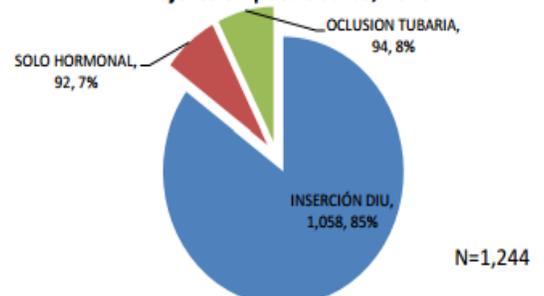
Considerando las atenciones hospitalarias en la Secretaría de Salud, por tipo de atención obstétrica (parto o aborto), se observa que del total de las mujeres que egresaron por parto en 2010 (17,822), 12,602 aceptaron algún tipo de planificación familiar (70.7%). Los métodos más utilizados son DIU (8,931), la Oclusión Tubaria Bilateral - OTB (3,470) y los hormonales (201).

Durante el post-aborto, la cobertura de APEO fue de 50.8%, es decir una de cada dos mujeres recibieron algún método de planificación familiar; de estos, el más utilizado fue el DIU (1,058), seguido de la OTB (94) y en último lugar algún método hormonal (92).

**Anticoncepción post-parto = 70.7%**  
**Tipos de anticoncepción post-evento obstétrico a mujeres en post-parto, 2010**



**Anticoncepción post-aborto = 50.8%**  
**Tipos de anticoncepción post-evento obstétrico a mujeres en post-aborto, 2010**



Fuente: Dirección General de Información en Salud (DGIS). Base de datos Sistema Automatizado de Egresos hospitalarios (SAEH) 2010. [en línea]: Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS). [México]: Secretaría de Salud. <<http://dgis.salud.gob.mx/cubos>> [Consulta: 30 diciembre 2011].

Si se analiza las atenciones por APEO en todos los hospitales del sector salud, se observa que del total de 19,549, la mayor concentración se encuentra en las unidades médicas de la Secretaría de Salud con 70.9% y en el Instituto Mexicano del Seguro Social con 28.3%, siendo el DIU el método que más se utiliza.

### Egresos de aceptantes de métodos de planificación familiar post-evento obstétrico, SNS Morelos 2010

Institución	Anticoncepción post-evento obstétrico Hormonal		Anticoncepción post-evento obstétrico DIU		Anticoncepción post-evento obstétrico Oclusión Tubaria		Total	
	Egresos	%	Egresos	%	Egresos	%	Egresos	%
Secretaría de Salud	293	57.7	10,006	74.9	3,564	62.8	13,863	70.9
IMSS								
Oportunidades	0	0.0	3	0.0	0	0.0	3	0.0
IMSS	213	41.9	3,345	25.0	1,984	35.0	5,542	28.3
ISSSTE	2	0.4	14	0.1	125	2.2	141	0.7
<b>Total</b>	<b>508</b>	<b>100.0</b>	<b>13,368</b>	<b>100.0</b>	<b>5,673</b>	<b>100.0</b>	<b>19,549</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Dirección General de Información en Salud (DGIS). Base de datos de servicios otorgados y programas sustantivos, 2000-2010. [en línea]: Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS). [México]: Secretaría de Salud. <<http://www.sinais.salud.gob.mx>> [Consulta: 09 de julio del 2012].

Si se analiza la atención post-evento obstétrico (APEO) por año en todo el sector salud, se puede observar un incremento anual en este tipo de atención muy modesto. Es necesario seguir estableciendo estrategias que permitan contribuir a una mejor atención de la salud reproductiva después del embarazo.

Respecto al uso de los diferentes tipos de métodos anticonceptivos, se puede observar que el DIU es el más usado, conforme pasan los años su uso se incrementa de 59.7% en el año 2000 a 68.4% en el año 2010. Ocurre lo contrario con la OTB, pasando de 40.3% en 2000 a 29% en el año 2010.

### Egresos de aceptantes de métodos de planificación familiar post-evento obstétrico, SNS Morelos 2000-2010

Año	Anticoncepción post-evento obstétrico Hormonal		Anticoncepción post-evento obstétrico. DIU		Anticoncepción post-evento obstétrico. Oclusión Tubaria		Total	
	Egresos	%	Egresos	%	Egresos	%	Egresos	%
2000		.0	6,647	59.7	4,493	40.3	11,140	100.0
2001		.0	6,546	60.8	4,223	39.2	10,769	100.0
2002	380	3.6	6,298	59.9	3,842	36.5	10,520	100.0
2003	386	3.5	6,859	61.9	3,828	34.6	11,073	100.0
2004	724	5.9	7,520	60.9	4,099	33.2	12,343	100.0
2005	442	3.4	8,335	63.4	4,379	33.3	13,156	100.0
2006	415	2.9	9,088	64.1	4,683	33.0	14,186	100.0
2007	495	3.4	9,188	63.5	4,783	33.1	14,466	100.0
2008	562	3.4	10,780	65.2	5,182	31.4	16,524	100.0
2009	709	3.6	13,132	67.6	5,599	28.8	19,440	100.0
2010	508	2.6	13,368	68.4	5,673	29.0	19,549	100.0

Fuente: Dirección General de Información en Salud (DGIS). Base de datos de servicios otorgados y programas sustantivos, 2000-2010. [en línea]: Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS). [México]: Secretaría de Salud. <<http://www.sinais.salud.gob.mx>> [Consulta: 09 de julio del 2012].

Así, en 2010, en Morelos hay poco menos de 496 mil mujeres en edad fértil (MEF), que representan al 54.0 por ciento de la población femenina total. En 1990 eran 312 mil, 51.1 por ciento del total de mujeres. Es decir, en los últimos 20 años, la población femenina en edades fértiles creció 58.6 por ciento, aunque su volumen se incrementa a velocidades cada vez menores, como ocurre en el conjunto<sup>56</sup>.

## **2.6 Puerperio y lactancia con el uso del DIU.**

El puerperio comprende el periodo entre la expulsión de la placenta y el restablecimiento del tracto reproductor al estado de preembarazo, durante este periodo de tiempo se produce cambios anatómicos, fisiológicos y endocrinológicos que restauran las relaciones entre los órganos pélvicos y aparece de nuevo la menstruación. El retorno del organismo materno al estado preconcepcional es gradual e implica una serie de cambios a nivel sistémico y el aparato genital<sup>57</sup>.

La lactancia materna proporciona el nutriente ideal para el recién nacido, durante los primeros 5 días de lactancia se produce el calostro, líquido amarillento de menor valor calórico que la leche, pero con mayor contenido proteico, además es rico en inmunoglobulina A(IGA).

La leche humana contiene unos 157 elementos conocidos equilibrados para conseguir un desarrollo adecuado del niño. Proporciona todos los requerimientos esenciales de vitaminas, excepto hierro, vitamina D y vitamina K<sup>58</sup>.

Además, debe tener en cuenta la ventaja inmunológica de la lactancia materna, que suministra inmunoglobulinas IgG y la IgM, lactoferrina y lisozima. Desde el punto de vista de la nutrición, la leche materna proporciona una composición proteica fácilmente digerible para los neonatos y permite una absorción de hierro más alta que los preparados comerciales. Los beneficios psicológicos (vínculo madre e hijo), higiénicos y económicos desempeñan también un papel importante<sup>59</sup>.

---

<sup>56</sup>Ipas México. Salud Reproductiva. Información básica del estado de Morelos. [Septiembre 2012] [Septiembre 2014]  
[http://coespomor.gob.mx/investigacion\\_poblacion/salud/salud\\_reproductiva\\_morelos.pdf](http://coespomor.gob.mx/investigacion_poblacion/salud/salud_reproductiva_morelos.pdf)

<sup>57</sup>Vanrell J. A X. Iglesias L. I. Cabero. Manual de obstetricia y ginecología para graduados. primera edición. México: ediciones científicas y técnicas Masson ; 1994

<sup>58</sup>Raúl R. Gómez L, Manual de Obstetricia Conceptos Básicos para la Práctica. Primera versión Mayo 2012

<sup>59</sup>Vanrell J. A X. Iglesias L. I. Cabero. Manual de obstetricia y ginecología para graduados. primera edición. México: ediciones científicas y técnicas Masson ; 1994

## **2.7 Antecedentes.**

### **2.7.1 Argumentos de rechazo de dispositivo intrauterino y oclusión tubarica bilateral postparto, en usuarias de una unidad de segundo nivel de Cárdenas, Tabasco, México.**

Objetivo: Identificar los argumentos de rechazo manifestados por las puérperas derechohabientes usuarias del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Cárdenas, Tabasco, que rechazan métodos de planificación familiar (MPF) postparto de alta continuidad (dispositivo intrauterino y oclusión tubárica bilateral).

Material y métodos: estudio de diseño observacional, prospectivo, transversal y descriptivo. Puérperas, derechohabientes usuarias del IMSS, Cárdenas, Tabasco. Agosto/2006–Marzo/2007.

Muestra por conveniencia: pacientes cuyo parto fue atendido en el Hospital General de Zona No. 2 de Cárdenas, Tabasco, captadas durante el pase diario de visita. Variables: edad, estado civil, número de embarazos, vía del parto, argumento de rechazo del MPF. Los datos se obtuvieron por método de encuesta, previo consentimiento informado. Se estimaron estadísticas descriptivas, y se analizó parcialmente el discurso. Resultados: 183 puerperas de 15 a 44 años de edad. Estado civil predominante 140 casadas (76,5%). Media de embarazos 2, moda 2, mínimo 1, máximo 9.

Vía de atención del parto: 85 vaginales (46,4%), 98 abdominales (53,6%). Aceptantes de MPF 105 (57,4%), rechazantes 78 (42,6%). 18 manifestaron 1 argumento (23%), 60 declararon más de 1 argumento (77%).

Argumento de rechazo manifestado como primera consideración: “mi pareja y/o familia no lo consiente” 34,2%. Explicación brindada con mayor frecuencia como segundo argumento de rechazo: “temor a complicaciones médicas secundarias a éste” 35,6%.

Conclusiones: La cobertura de anticoncepción postparto en la unidad es baja. Los argumentos manifestados por las pacientes al rechazar los MPF, muestran que la mujer posee falta de sentimiento de propiedad sobre su cuerpo; y que existe desinformación sobre el uso, indicaciones, beneficios y riesgos de los métodos de planificación familiar<sup>60</sup>.

### **2.7.2 Costumbres que influyen en la elección de métodos anticonceptivos en usuarias de planificación familiar del C. S. San Fernando, Lima - 2005.**

Objetivo: El objetivo es conocer las costumbres que influyen en la elección de métodos anticonceptivos modernos reversibles, en usuarias del servicio de Planificación Familiar del centro de salud San Fernando; así como también analizar los factores externos a las costumbres que influyen en el uso continuo de métodos anticonceptivos.

Materiales y métodos: Se trata de una investigación Medico – Social, de diseño prospectivo – cualitativo, descriptivo y analítico; en el cuál se entrevistó a 10 informantes claves usuarias del servicio de planificación familiar del centro de salud “San Fernando”; en quienes se indago que costumbres influyeron en la elección de métodos anticonceptivos de planificación familiar a través de entrevistas a profundidad. Las informantes fueron distribuidas en cuatro grupos: Usuarias de anticonceptivos orales combinados, Usuarias de inyectables trimestrales, Usuarias de dispositivos intrauterinos (DIU) y Usuarias de preservativos. Se aplicó el análisis cualitativo mediante la transcripción de entrevistas, elaboración de mapas conceptuales y diagramas de asociación; teniendo cuatro categorías de análisis relacionadas a las costumbres: 1) Precondiciones para la elección del método, 2) Motivación para el uso del método, 3) Aceptabilidad del método, 4) Continuidad del uso del método; con la finalidad de comprender el fenómeno que ejerce la influencia de las costumbres en el uso continuo del método anticonceptivo elegido.

---

<sup>60</sup>Zavala G Marco, Correa C Rosario, Posada A Sergio E, Domínguez L Adela, Barojas S Josefina et al. Argumentos de rechazo de dispositivo intrauterino y oclusión tubárica bilateral postparto, en usuarias de una unidad de segundo nivel de Cárdenas, Tabasco, México. Medicas uis. Revista de los estudiantes de la universidad industrial de Santander.Enero-Abril.

Resultados: Las condiciones relacionadas a la elección de métodos anticonceptivos modernos reversibles se basan principalmente a daños posibles al uso, evitar los menores efectos adversos conocidos como también teniendo la seguridad de su eficacia experimentando su menstruación mensualmente. Lo que motiva el uso es principalmente las características inherentes del método (método simple, económico, independiente del coito, que requiera una intervención médica mínima y menor responsabilidad por parte de quien lo usa). La aceptabilidad inicial se valora principalmente las características que motivo el uso, como también la aceptación de la pareja para el uso continuo del método. El uso continuo, se relaciona con la satisfacción al uso y la motivación que les brinda el proveedor; que se ve afectado por el desabastecimiento del método, optando por la Depo-provera como opción de uso ante esta situación así cursen amenorrea.

Conclusiones: Las principales costumbres que ejercen mayor influencia sobre la elección de un método anticonceptivo moderno reversible son: la presencia de la menstruación, el rol pasivo de la mujer en el cuidado de su salud reproductiva y la dependencia mujer –marido que influyen en la elección del método, como también en su uso continuo. En la elección de un método anticonceptivo moderno reversible hay inequidad de género, desfavorable al sexo femenino por la sobrecarga de roles, deseando un método simple, que le brinde menos preocupaciones y no intervenga en su rutina de vida. El tiempo de protección prolongado, menos visitas al centro de salud y que necesite menor intervención médica motivan la elección tanto como el uso continuo del método anticonceptivo moderno reversible, también este uso continuo se relaciona directamente con la aprobación de uso por la pareja<sup>61</sup>.

---

<sup>61</sup> Shirley Stefany León Palacios. Costumbres que influyen en la elección de métodos Anticonceptivos en usuarias de planificación familiar. [Para obtener el título profesional de Licenciada en Obstetricia]. Lima – Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina Humana; 2006

### 2.7.3 Factores que inciden en el uso limitado del DIU en el Salvador.

Contexto: Si bien el DIU es un método seguro y eficaz en función a su costo, en algunos países su uso es muy bajo y no se conocen claramente las razones por las cuales esto sucede.

Métodos: Para examinar los factores que influyen en el uso limitado del DIU en El Salvador, en 1999 se recopilaron datos mediante tres técnicas diferentes. Dichas técnicas incluyeron entrevistas a fondo con 30 proveedores, 40 visitas a la clínica hechas por clientas simuladas, y 10 grupos focales conducidos, en forma separada, con mujeres esterilizadas, usuarias actuales y ex-usuarias del DIU, y usuarias de otros métodos clínicos de planificación familiar.

Resultados: La mayoría de las clientas de planificación familiar que nunca habían utilizado el DIU tenían una mala impresión de este método, principalmente a causa de los rumores y mitos que habían escuchado al respecto. En forma inversa, casi todas las usuarias del DIU, y la mayoría de los proveedores entrevistados, mantenían una impresión positiva del método. Los proveedores acordaron en que los rumores y los mitos son el principal obstáculo para promover el uso del DIU. Sin embargo, las clientas simuladas indicaron que los proveedores trataron de disipar estos rumores solamente en la mitad de las visitas. La mayoría de los proveedores indicaron que habían hablado con sus clientas acerca del uso del DIU, pero muchas participantes de los grupos focales indicaron que recibieron información sólo sobre el uso de la píldora y la inyección. Según las clientas simuladas, los proveedores mencionaron en forma espontánea la píldora y la inyección con mayor frecuencia que otros métodos anticonceptivos. Si bien 23 de los 30 proveedores entrevistados habían recibido entrenamiento para insertar el DIU, muchos indicaron que no tenían suficiente experiencia.

Conclusiones: Tres obstáculos principales impiden el uso del DIU en El Salvador: los rumores y los mitos acerca del método; la atención insuficiente que se lo presta durante las sesiones de consejería; y la experiencia insuficiente que tienen los proveedores con este método<sup>62</sup>.

---

<sup>62</sup>Karen R. Katz, Laura M. Johnson, BarbaraJanowitz, José M Carranza. Factores que inciden en el uso limitado del DIU en el Salvador: *Perspectivas Internacionales en Planificación Familiar*, número especial de 2002, 3–9

#### **2.7.4 Inserción inmediata posaborto de dispositivos intrauterinos.**

**Objetivos:** Determinar las tasas de inserción inmediata de dispositivos intrauterinos posabortos provocados en 1 672 mujeres que acuden al servicio de legrado, así como las causas de las negativas para aceptar este método anticonceptivo.

**Métodos:** Se realizó un estudio descriptivo transversal en el Servicio de Legrados del Hospital Universitario Ginecoobstétrico «Mariana Grajales» de Santa Clara, en el período comprendido entre enero y junio de 2008.

**Resultados:** Se aceptó utilizar un DIU posaborto en un 38,15 % del total de pacientes sometidas a interrupción de embarazo en el período de estudio, mientras un 19,13 % refiere que no va a utilizar ningún método anticonceptivo posaborto; las principales edades están en relación con el grupo de 20 a 35 años, coincidiendo con el grupo de edad reproductiva de la mujer, con una media de  $23,4 \pm 2,3$  además que en este período se comenzó a instaurar el tratamiento con misoprostol en la totalidad de las adolescentes, por eso los datos no son constantes en cada mes; las principales causas de rechazo del DIU están en relación con el desconocimiento sobre la efectividad del método, la falta de información, el temor al dolor y otros síntomas asociados al mismo y la referencia de rechazo de los DIU.

**Conclusiones:** la inserción posaborto debe considerarse como una posibilidad para las mujeres cuyo método anticonceptivo haya fallado y deban someterse a un aborto pero que desean utilizar un método anticonceptivo a largo plazo<sup>63</sup>.

---

<sup>63</sup> Juan A Suárez G, Mario Gutiérrez M, José Marrero M, María Benavides C, María R Cabrera D, Hilda E Rodríguez M. Inserción inmediata posaborto de dispositivos intrauterinos: Rev Cubana ObstetGinecol v.35 n.4 Ciudad de la Habana oct.-dic. 2009

## **2.8 Marco legal.**

### **2.8.1 Constitución política de los estados unidos mexicanos.**

**Artículo 4.** El varón y la mujer son iguales ante la ley. Esta protegerá la organización y el desarrollo de la familia.

Toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos<sup>64</sup>.

### **2.8.2 Ley general de salud.**

#### **CAPITULO VI - Servicios de planificación familiar.**

**Artículo 67.** .- La planificación familiar tiene carácter prioritario. En sus actividades se debe incluir la información y orientación educativa para los adolescentes y jóvenes. Asimismo, para disminuir el riesgo reproductivo, se debe informar a la mujer y al hombre sobre la inconveniencia del embarazo antes de los 20 años o bien después de los 35, así como la conveniencia de espaciar los embarazos y reducir su número; todo ello, mediante una correcta información anticonceptiva, la cual debe ser oportuna, eficaz y completa a la pareja<sup>65</sup>.

**Artículo 68.** .- Los servicios de planificación familiar comprenden:

La promoción del desarrollo de programas de comunicación educativa en materia de servicios de planificación familiar y educación sexual, con base en los contenidos y estrategias que establezca el Consejo Nacional de Población;

La atención y vigilancia de los aceptantes y usuarios de servicios de planificación familiar;

---

<sup>64</sup>Cámara de diputados. H. congreso de la unión CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS. Constitución publicada en el Diario Oficial de la Federación el 5 de febrero de 1917. Última reforma publicada DOF 07-07-2014[Septiembre 2014]

<sup>65</sup>LEY GENERAL DE SALUD . [en línea] TITULO PRIMERO. Disposiciones Generales.  
[http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/legis/lgs/LEY\\_GENERAL\\_DE\\_SALUD.pdf](http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/legis/lgs/LEY_GENERAL_DE_SALUD.pdf)[Septiembre 2014]

La asesoría para la prestación de servicios de planificación familiar a cargo de los sectores público, social y privado y la supervisión y evaluación en su ejecución, de acuerdo con las políticas establecidas por el Consejo Nacional de Población.

**Artículo 69.** .- La Secretaría de Salud, con base en las políticas establecidas por el Consejo Nacional de Población para la prestación de servicios de planificación familiar y de educación sexual, definirá las bases para evaluar las prácticas de métodos anticonceptivos, por lo que toca a su prevalencia y a sus efectos sobre la salud<sup>66</sup>.

---

<sup>66</sup>LEY GENERAL DE SALUD . [en línea] TITULO PRIMERO. Disposiciones Generales.  
[http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/legis/lgs/LEY\\_GENERAL\\_DE\\_SALUD.pdf](http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/legis/lgs/LEY_GENERAL_DE_SALUD.pdf)[Septiembre 2014]

## **2.8.3 Normas oficiales mexicanas.**

### **2.8.3.1 Norma oficial mexicana, nom 005-ssa2-1993, de los servicios de planificación familiar (ultima actualizacion: 30/11/2003).**

El objeto de esta Norma es uniformar los principios, criterios de operación, políticas y estrategias para la prestación de los servicios de planificación familiar en México, de tal manera que dentro de un marco de absoluta libertad y respeto a la decisión de los individuos y posterior a la consejería, basada en la aplicación del enfoque de salud reproductiva, pueda realizarse la selección adecuada, prescripción y aplicación de los métodos anticonceptivos, así como también la identificación, manejo y referencia de los casos de infertilidad y esterilidad, y con ello acceder a mejores condiciones de bienestar individual, familiar y social<sup>67</sup>.

---

<sup>67</sup> NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-005-SSA2-1993. De los servicios de planificación familiar. México D.F., 20 de abril de 1994. Director general de planificación familiar. Gregorio Pérez Palacios Rubrica.

### **2.8.3.2 Norma oficial mexicana nom-007-ssa2-1993. Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio.**

Objetivo.

Establecer los criterios para atender y vigilar la salud de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y la atención del recién nacido normales.

5.1.2.11.1 Información, educación y comunicación, dirigidas a la pareja para lograr comportamientos saludables respecto del embarazo, el parto y el puerperio.

.1.2.11.3 Orientación-consejería en planificación familiar.

5.2.4.2 Para la atención del puerperio mediato y tardío, se deberá:

- Ofertar sistemáticamente un método anticonceptivo post-evento obstétrico y lograr su aceptación informada, en el caso de no haberse adoptado en el postevento obstétrico inmediato<sup>68</sup>.

---

<sup>68</sup>Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio. México, D.F., a 31 de octubre de 1994.- La Directora General de Atención Materno Infantil, Yolanda Sentiés E.- Rúbrica. Fecha de publicación: 6 de enero de 1995 [Septiembre 2014]

#### 2.8.4 Derechos sexuales y reproductivos.

En 1999, la Asociación Mundial de Sexología pronunció la Declaración Universal de los Derechos Sexuales. Dicha Declaración señala que la sexualidad es parte integral del ser humano, y que para el pleno desarrollo de la persona es necesario la satisfacción de necesidades básicas, como el contacto, la intimidad, la expresión emocional, el placer, la ternura y el amor. También señala que la sexualidad se construye a través de la interacción entre el individuo y las estructuras sociales<sup>69</sup>.

Refiere que los derechos sexuales residen básicamente en los derechos humanos a la libertad, dignidad, salud e igualdad. A los cuales habría que agregar el derecho a no ser discriminado. En este orden de ideas, los derechos que se contextualizaron en el marco de esta Declaración son:

1. El derecho a la libertad sexual.
2. El derecho a la autonomía, integridad y seguridad sexuales del cuerpo.
3. El derecho a la privacidad sexual.
4. El derecho a la equidad sexual.
5. El derecho al placer sexual.
6. El derecho a la expresión sexual emocional.
7. El derecho a la libre asociación sexual.
8. El derecho a la toma de decisiones reproductivas, libres y responsables.
9. El derecho a información basada en el conocimiento científico.
10. El derecho a la educación sexual integral.
11. El derecho a la atención de la salud sexual<sup>70</sup>

---

<sup>69</sup>Isbelia M. Segnini. Armonía en la pareja. En busca de la felicidad. Primera edición. México: Alfaomeg; 2002

<sup>70</sup>La Asamblea General de la Asociación Mundial de Sexología (WAS). Los derechos sexuales son derechos humanos fundamentales y universales. Declaración del 13.º Congreso Mundial de Sexología, 1997, Valencia, España; 26 de agosto de 1999 en el XV Congreso Mundial de Sexología, Hong Kong, República Popular China. [Septiembre 2014]

## CAPITULO 3: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.

### 3.1 Limitaciones del estudio.

Los resultados que se obtengan de la aplicación del instrumento se considerarán fidedignos en cuanto a las respuestas de la mujer, pero se debe tomar con cierta cautela con respecto a la de la pareja, puesto en general no quieren participar en esta entrevista de manera directa.

En cuanto a las mujeres que van a participar en esta investigación se debe de tomar con cierta reserva al ser un grupo heterogéneo por lo cual se debe investigar cuanti-cualitativamente el objeto de estudio.

### 3.2 Definición de términos.

#### 3.2.1 Definición conceptual.

**RECHAZO:** Es el proceso y la consecuencia de resistir, negar o refutar una oposición, una idea, acción o situación<sup>71</sup>.

**METODOLOGIA ANTICONCEPTIVA:** Métodos que impiden o reducen significativamente la posibilidad de una fecundación en mujeres fértiles que mantienen relaciones sexuales que incluyen coito vaginal<sup>72,73</sup>

**DIU:** Es un dispositivo pequeño, plástico y en forma de T que tiene un cordón pegado en el extremo, con el objeto de que usted pueda verificar si el DIU todavía está en su lugar. El DIU se coloca dentro del útero para prevenir el embarazo. La colocación puede hacerse durante una

---

<sup>71</sup> Definición de rechazo - Qué es, Significado y Concepto <http://definicion.de/rechazo/#ixzz3CUp0BQ7z>

<sup>72</sup> Eyssautier de la Mora, Maurice (2006). *Metodología de la investigación: desarrollo de la inteligencia* (5 edición). CengageLearning Editores. p. 97. ISBN 9706863842

<sup>73</sup> Métodos anticonceptivos - Dispositivo Intrauterino en el sitio web Womenshealth.gov, del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU.; consultado el 24 de enero de 2010]

visita al consultorio. Una vez en su lugar, el DIU se mantiene dentro del útero hasta que su médico lo retira<sup>74</sup>.

**PUERPERIO MEDIATO:** Proceso que se inicia al término de la expulsión del feto y finaliza a concluir la involución de los órganos genitales maternos. Su duración aproximada es del segundo al séptimo día<sup>75</sup>.

**CUIDADO DE ENFERMERIA:** Representan un servicio especializado que se distingue de los otros servicios de salud ofrecidos porque está centrado sobre las personas que tienen incapacidades para ejercer el autocuidado. La enfermera completa los déficit de autocuidado causados por la diferencia que se plantean entre las necesidades de autocuidado y las actividades realizadas por la persona (Orem, 1993). Diversas atenciones que preservan y conservan la salud, las cuales un enfermero debe dedicar a su paciente <sup>76</sup> .

### **3.2.2 Definición operativa.**

**RECHAZO:** La negación persistente al no querer la acción que se les brinda dentro del área de la salud.

**METODOLOGIA ANTICONCEPTIVA:** Métodos de planificación familiar que se implementan para la anticoncepción de las parejas, la cual impide o reduce significativamente la posibilidad de una fecundación en mujeres.

**DIU:** Método anticonceptivo que no interfiere con la lactancia materna y es adecuado posteriormente a una gesta, sin poner en riesgo ni comprometer a la usuaria o al producto.

**PUERPERIO MEDIATO:** Proceso posterior al parto que cursa una mujer después de las 24 horas hasta el sexto día.

**CUIDADO DE ENFERMERIA:** La salud emocional, física y psicológica nos puntualiza una serie de intervenciones que se brindan para el buen desarrollo del bienestar integral del paciente.

---

<sup>74</sup>Métodos anticonceptivos - Dispositivo Intrauterino en el sitio web Womenshealth.gov, del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU.; consultado el 24 de enero de 2010]

<sup>75</sup>Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (2007). *Fundamentos de Obstetricia*. Gráficas Marte, S.L. p. 745

<sup>76</sup>Orem, D. E. (1993). *Modelo de Orem. Conceptos de enfermería en la práctica*. Barcelona: Masson -Salvat Enfermería.

### **3.3 Diseño.**

El estudio es de tipo exploratorio, observacional, descriptivo y transversal por conveniencia en mujeres hospitalizadas cursando puerperio mediano cuyo parto o cesárea fueron atendidos en el Hospital de la mujer, en Yautepec, Morelos.

### **3.4 Universo o población.**

Mujeres en puerperio mediano cuyo parto o cesárea fueron atendidos en el Hospital de la mujer en Yautepec, Morelos durante el periodo comprendido del 1 de febrero al 31 de mayo del 2014, se incluyeron pacientes de todas edades, parto atendido por cualquier vía, con producto nacido vivo o muerto y legrado que no presentaban patología agregada que pusiera en riesgo la vida de la paciente, que pudieran entender el español aunque no lo escribieran o lo leyeran.

En cuanto al rechazo del DIU se investigará si las mujeres puérperas se dejan influenciar por la pareja y la opinión de los familiares o conocidos en diversas ocasiones.

### **3.5 Instrumento.**

La técnica de recolección de datos fue a través de una entrevista semiestructurada que compilara los datos de las mujeres puérperas, instrumento que consta de 20 preguntas, realizándose a cada paciente, para ser capturados en una base de datos de Excel, posteriormente valorando los resultados con gráficas de pastel simples, analizando y así se plantearán alternativas de solución con los datos obtenidos.

El instrumento consta de una portada que da a conocer el propósito, así como el título de la investigación y alcance que determinará un espacio por si desea participar la paciente, firme o ponga su huella digital.

Tiene un primer apartado que involucra 13 preguntas cerradas sobre aspectos sociodemográficos de la paciente.

Un segundo apartado con 20 preguntas, de ellas 19 cerradas y 1 abierta que hablan de todo lo referente a la temática de estudio, con las cuales se pretende poder dar respuesta a principales

causas de rechazo del DIU en mujeres en puerperio mediato en el Hospital de la mujer de Yautepec Morelos.

Entrevistas realizadas por día y mes a las mujeres puérperas del Hospital de la Mujer en Yautepec, Morelos.

DIAS	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	
1			2		
2					
3			6		
4		2	1		
5		11			
6		4			
7		11		7	
8			4	6	
9				8	
10		5			
11		5			
12		7		11	
13		5		8	
14		13		1	
15				1	
16				1	
17	3				
18	10				
19	2			1	
20	8			2	
21	7			2	
22				1	
23				1	
24	6				
25	3				
26	2			2	
27	3			2	
28	2			4	
29				3	
30				3	
<b>TOTAL</b>	<b>46</b>	<b>63</b>	<b>13</b>	<b>64</b>	<b>186</b>

Fuente: BASE DE DATOS D.I.U. (DISPOSITIVO INTRAUTERINO). Hospital de la mujer. 2013-2014.

### 3.6 Procedimiento.

El entrevistador se presentaba con la paciente, se le daba a conocer el propósito de la investigación y se aplicaba el instrumento previo consentimiento, haciendo hincapié en que la paciente se podía retirar de este proceso de investigación cuando ella así lo deseara.

La información se obtuvo en el servicio de hospitalización en el segundo día de iniciado su puerperio de la fecha del 1 de febrero al 31 de mayo del 2014, en el turno matutino de lunes a viernes excluyendo días festivos.

Adicionalmente se emplearon métodos cualitativos utilizando técnicas de análisis, con ciertas experiencias de las pacientes que sean acotadas en la entrevista.

### **3.7 Estrategias de análisis.**

Los datos se procesaron por medio electrónico, para texto fue en paquetería del Word 2007, para los cuadros y las gráficas el paquete del Excel 2007 y la explicitación de los resultados se realizarán a través de graficas de pastel que nos determinarán en su conjunto el poder dar respuesta a la pregunta de investigación.

Este tema de investigación pretende dar a conocer al personal de salud las principales causas de rechazo y el porcentaje correspondiente en la población estudiada hacia el uso del DIU en las mujeres puérperas del hospital de la mujer.

Se eligió el tema por conveniencia de los casos de mujeres puérperas que rechazan el DIU como método de planificación familiar en el HOSPITAL DE LA MUJER, así como el uso de otros métodos durante el periodo comprendido del 1 de febrero al 31 de mayo del 2014.

Durante el proceso esperamos conocer datos objetivos que nos permitan determinar las interrogantes de esta investigación, se pretende contribuir con la información de este método, a su vez elementos para formar parte de la planificación familiar y el autocuidado, brindando así una mejor calidad de vida desde una realidad y con ello evitar el prejuicio.

### **3.8 Ética del estudio.**

Todos los procedimientos estarán de acuerdo con lo estipulado en el reglamento de la ley de salud en materia de investigación para la salud.

De acuerdo a las disposiciones generales del Reglamento de la Ley General de salud, Titulo II, capítulo 1:

Artículo 13, fracc. V: Se contó con el consentimiento verbal o escrito de los padres de los prematuros.

Artículo 16: Se protegió el anonimato de los sujetos de investigación al omitir de la cédula su nombre.

Artículo 17, fracc. II: Se consideró una investigación de riesgo mínimo, ya que no implicó la manipulación de condiciones que dañaran la salud física y mental del sujeto en estudio

#### **CAPITULO 4: RESULTADOS.**

#### 4.1 Características sociodemográficas.

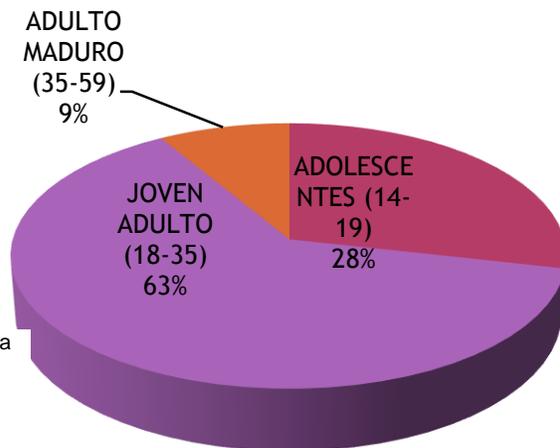
Grafica 1

Cuadro 1

<b>ADOLESCENTES (14-19)</b>	<b>53</b>
<b>JOVEN ADULTO (18-35)</b>	<b>117</b>
<b>ADULTO MADURO (35-59)</b>	<b>16</b>
<b>TOTAL</b>	<b>186</b>

Fuente: Encuesta D.I.U. (DISPOSITIVO INTRAUTERINO). Hospital de la mujer. 2013-2014

#### EDAD DE LAS PACIENTES PUERPERAS EN YAUTEPEC.

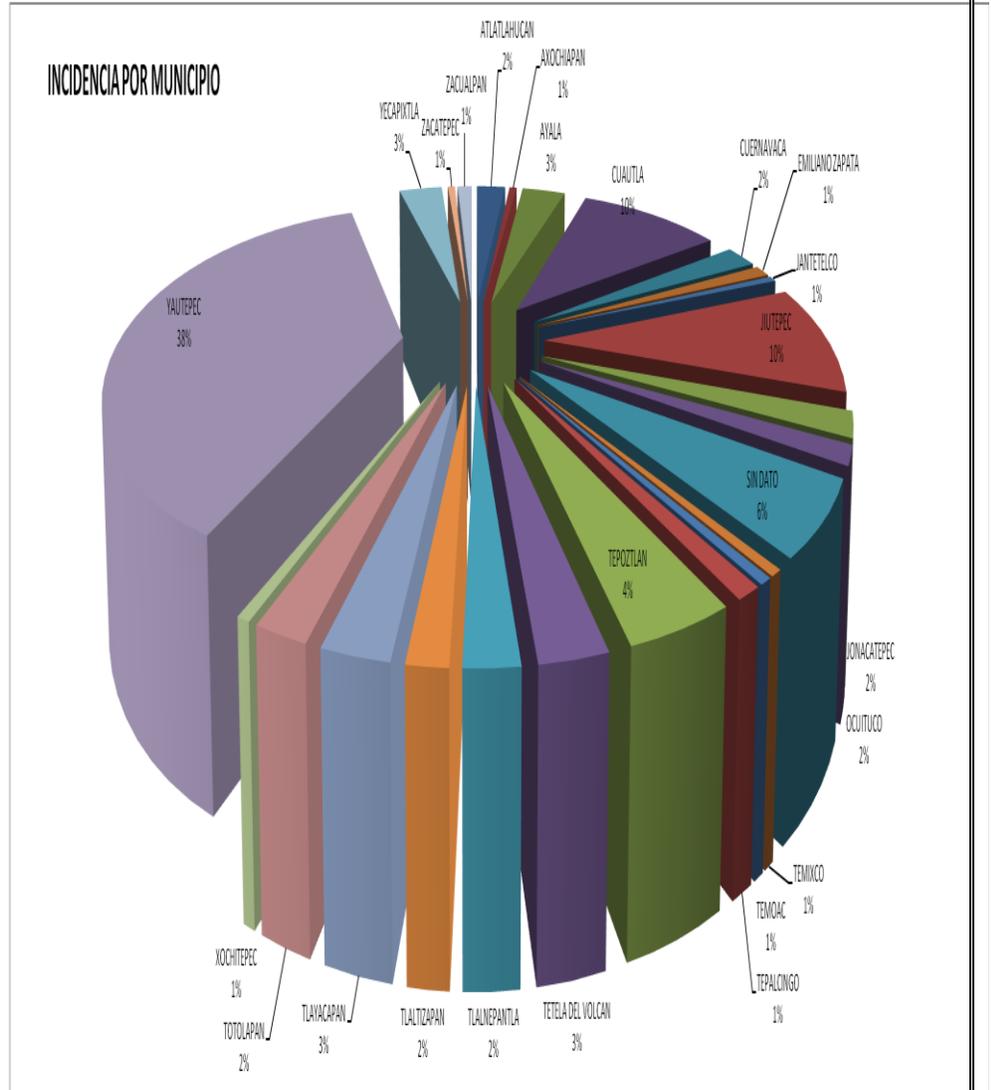


Se observa que la edad prevalente de las pacientes puérperas atendidas en el hospital de la mujer es de un rango de 18-35 años, adultas jóvenes con el 63%, sin embargo, existe un 28% de nuestra población adolescente, menores de edad, dejando con un 9% a los adultas maduras.

Grafica 2

Cuadro 2

MUNICIPIO	INCIDENCIA
ATLATLHUCAN	4
AXOCHIAPAN	1
AYALA	6
CUAUTLA	19
CUERNAVACA	4
EMILIANO ZAPATA	2
JANTETELCO	1
JIUTEPEC	18
JONACATEPEC	4
OCUITUCO	3
SIN DATO	11
TEMIXCO	1
TEMOAC	1
TEPALCINGO	2
TEPOZTLAN	8
TETELA DEL VOLCAN	5
TLALNEPANTLA	4
TLALTIZAPAN	3
TLAYACAPAN	5
TOTOLAPAN	4
XOCHITEPEC	1
YAUTEPEC	70
YECAPIXTLA	6
ZACATEPEC	1
ZACUALPAN	2
	186



Fuente: Encuesta D.I.U. (DISPOSITIVO INTRAUTERINO). Hospital de la mujer. 2013-2014

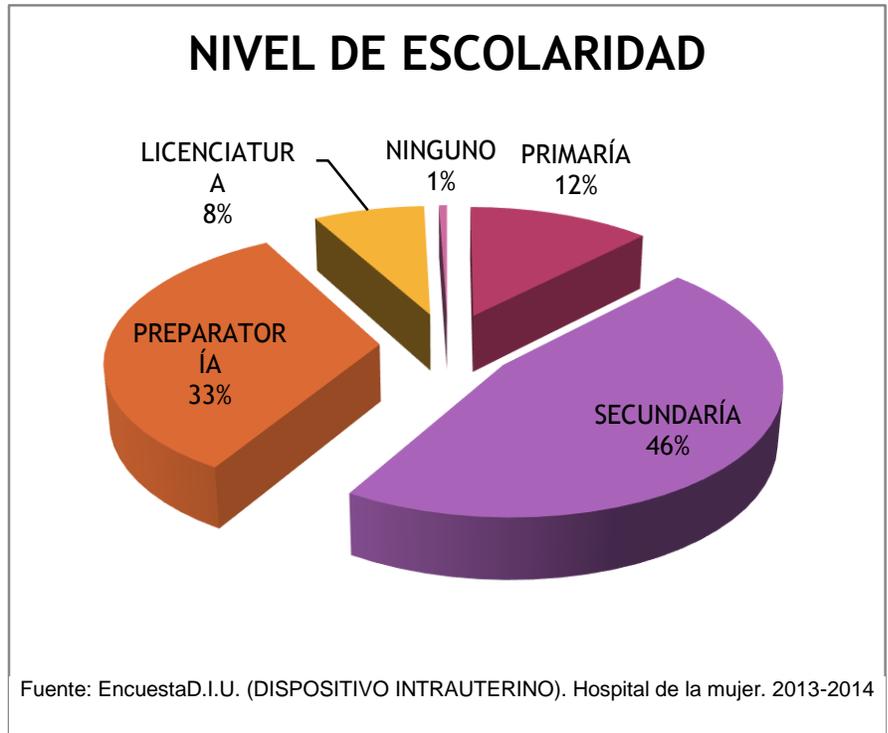
El mayor número de pacientes puérperas atendidas en el hospital de la mujer provienen del municipio de Yautepec, seguido por Cuautla, y Jiutepec, referente al área geográfica de ubicación del hospital.



Grafica 3

Cuadro 3

<b>PRIMARÍA</b>	<b>23</b>
<b>SECUNDARÍA</b>	<b>86</b>
<b>PREPARATORIA</b>	<b>62</b>
<b>LICENCIATURA</b>	<b>14</b>
<b>NINGUNO</b>	<b>1</b>
<b>TOTAL</b>	<b>186</b>



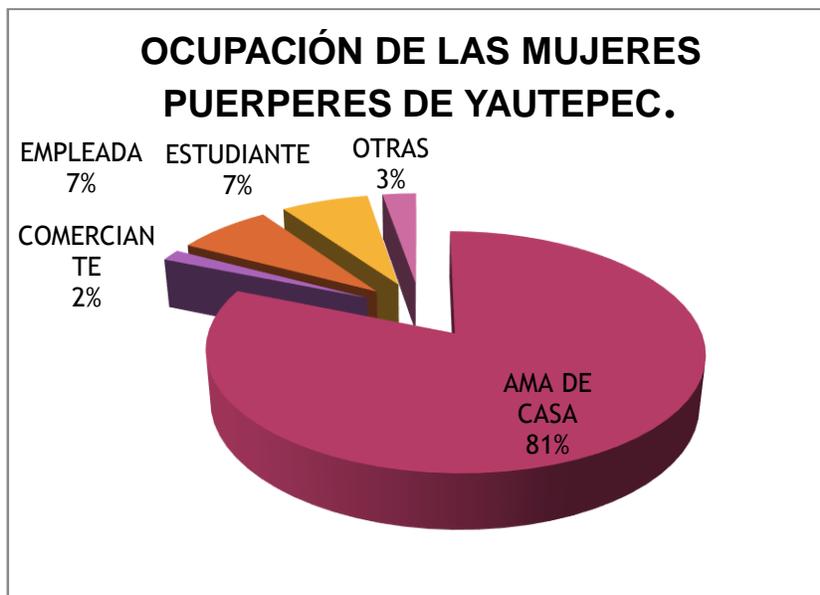
El 46% de las mujeres solo concluyeron la secundaria, preparatoria con el 33%, primaria el 12% y un 1% de nuestra población no tiene ningún estudio.

Cuadro 4

**OCUPACIÓN**

<b>AMA DE CASA</b>	151
<b>COMERCIANTE</b>	3
<b>EMPLEADA</b>	14
<b>ESTUDIANTE</b>	13
<b>OTRAS</b>	5
	186

Grafica 4



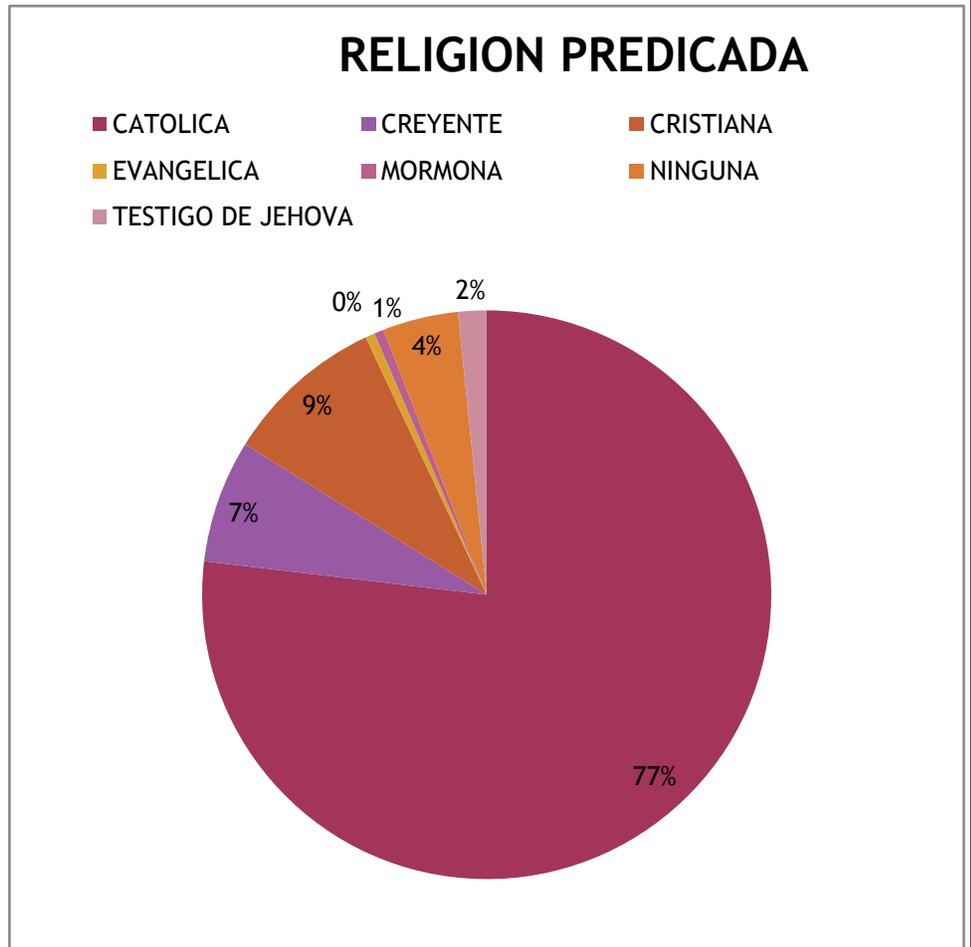
Fuente: Encuesta D.I.U. (DISPOSITIVO INTRAUTERINO). Hospital de la mujer. 2013-2014.

El 81% de nuestra población son amas de casa, 7% de la población son mujeres trabajadoras, de igual porcentaje estudiantes, comerciantes con un 2%, entre otras actividades un 3%.

Cuadro 5

RELIGIÓN	
CATOLICA	143
CREYENTE	13
CRISTIANA	17
EVANGELICA	1
MORMONA	1
NINGUNA	8
TESTIGO DE JEHOVA	3
	186

Grafica 5



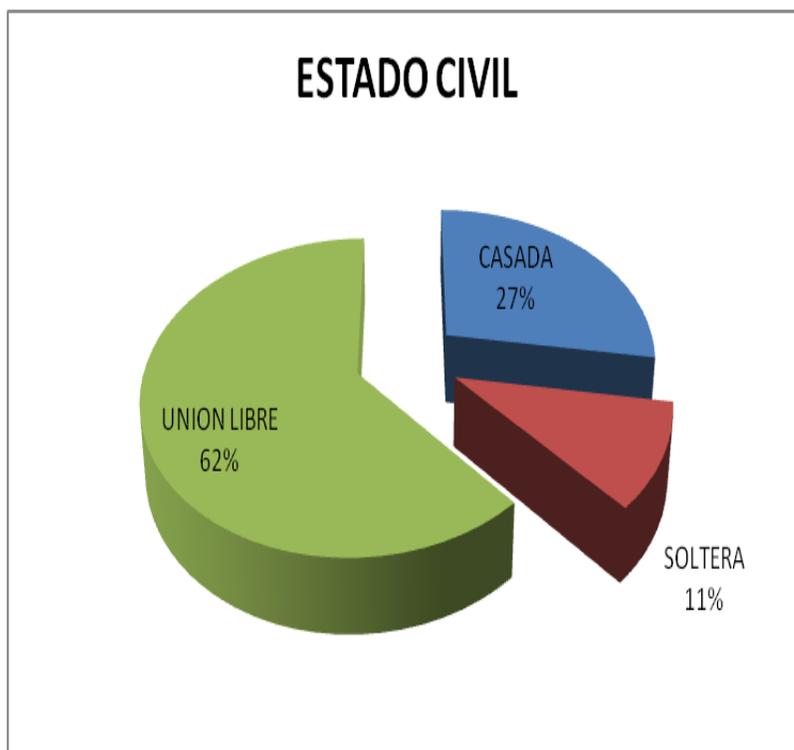
Fuente: EncuestaD.I.U. (DISPOSITIVO INTRAUTERINO). Hospital de la mujer. 2013-2014.

El 77% de la población encuestada pertenece a la religión católica, siguiendo con un 9% la religión cristiana, posterior con un 7% la población creyente, 4% con ninguna, con un mismo porcentaje evangélica y mormona 1%.

Grafica 6

Cuadro 6

CASADA	51
SOLTERA	20
UNION LIBRE	115
	186



Fuente: EncuestaD.I.U. (DISPOSITIVO INTRAUTERINO). Hospital de la mujer. 2013-2014.

62% de las mujeres viven en unión libre, solo un 27% son casadas, el resto de nuestra población, son mujeres solteras que no tienen ningún compromiso de pareja.

Cuadro 7

**NÚMERO DE  
PAREJAS  
SEXUALES**

**PRIMERA** 121

**SEGUNDA** 48

**TERCERA** 15

**CUARTA** 1

**SÉPTIMA** 1

186

Grafica 7



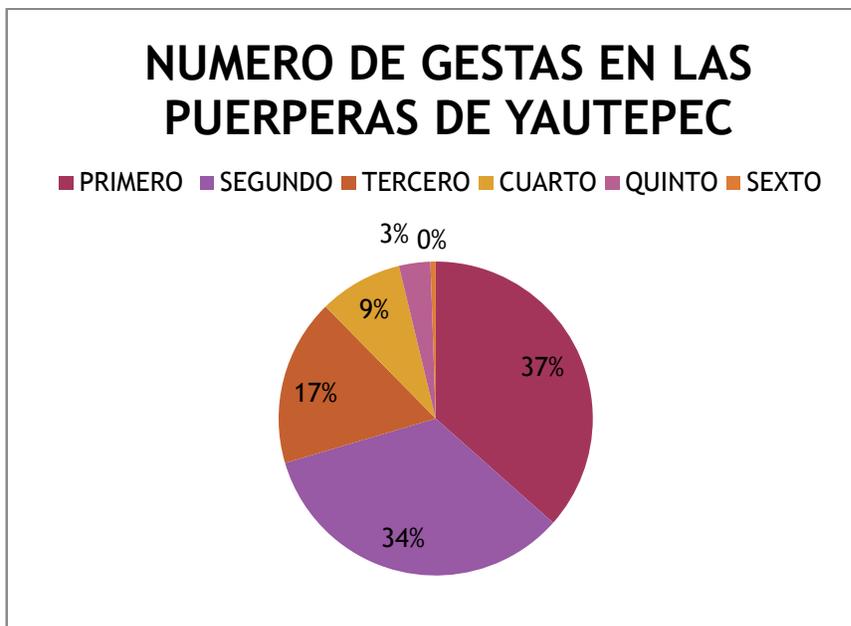
Fuente: EncuestaD.I.U. (DISPOSITIVO INTRAUTERINO). Hospital de la mujer. 2013-2014.

El 65% de nuestra población aseguran haber tenido una sola pareja sexual, se demuestra gráficamente que es mas de la mitad de nuestra población, con el 26% una segunda pareja, tres parejas con un 8%, 4 parejas un 1%, con el mismo porcentaje 7 parejas sexuales.

Cuadro 8

EMBARAZOS	
PRIMERO	68
SEGUNDO	63
TERCERO	32
CUARTO	16
QUINTO	6
SEXTO	1
	186

Grafica 8



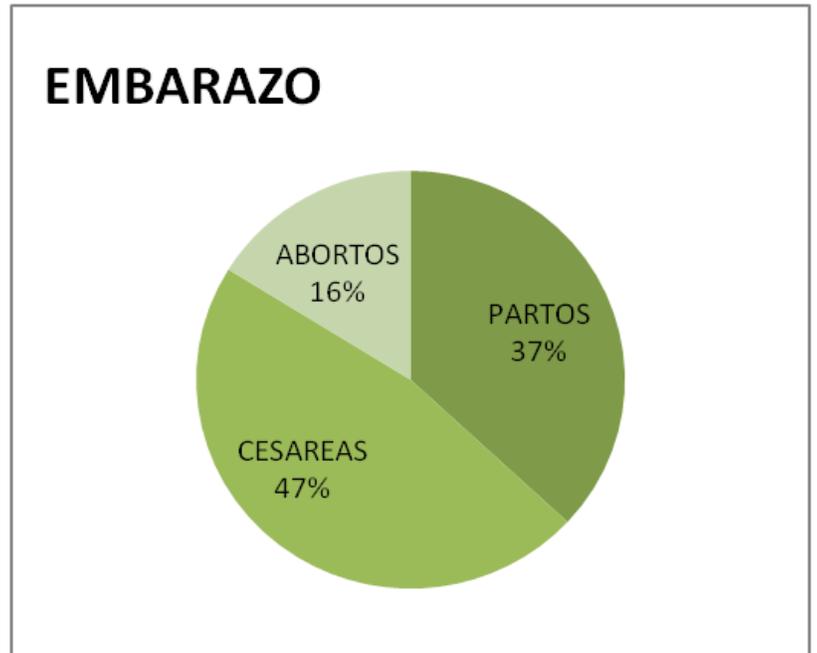
Fuente: Encuesta D.I.U. (DISPOSITIVO INTRAUTERINO). Hospital de la mujer. 2013-2014.

El 37% de las pacientes encuestadas del hospital de la mujer son primigestas, el 34% es su segunda gesta, tercera gesta con el 17%, cuarta gesta con el 9%, quinta gesta el 3% y con la seta gesta el 1%.

Cuadro 9

<b>PARTOS</b>	96
<b>CESAREAS</b>	122
<b>ABORTOS</b>	42
	260

Grafica 9



Fuente: EncuestaD.I.U. (DISPOSITIVO INTRAUTERINO). Hospital de la mujer. 2013-2014

De nuestra población el 47% fueron atendidas por parto quirúrgico, 37% parto normal y con un 16% las eres fueron atendidas por abortos, del total de nuestra población, algunas mujeres son multigestas, por tal motivo el resultado no es igual a 186 entrevistadas.

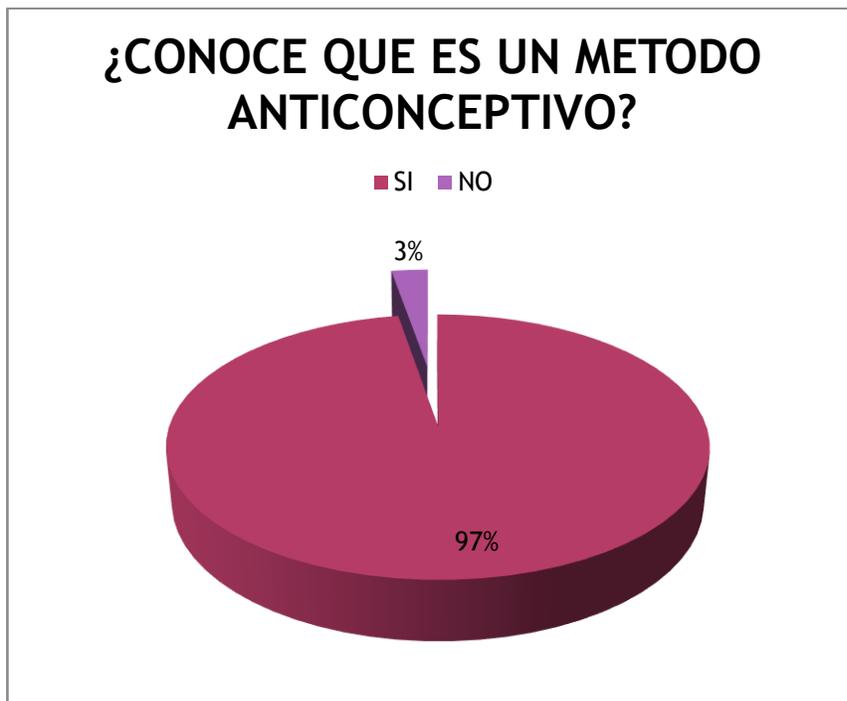
## 4.2 Principales causas de rechazo del DIU en mujeres en puerperio mediato

Cuadro 10

**CONOCE QUE ES UN MÉTODO ANTICONCEPTIVO**



Grafica 10



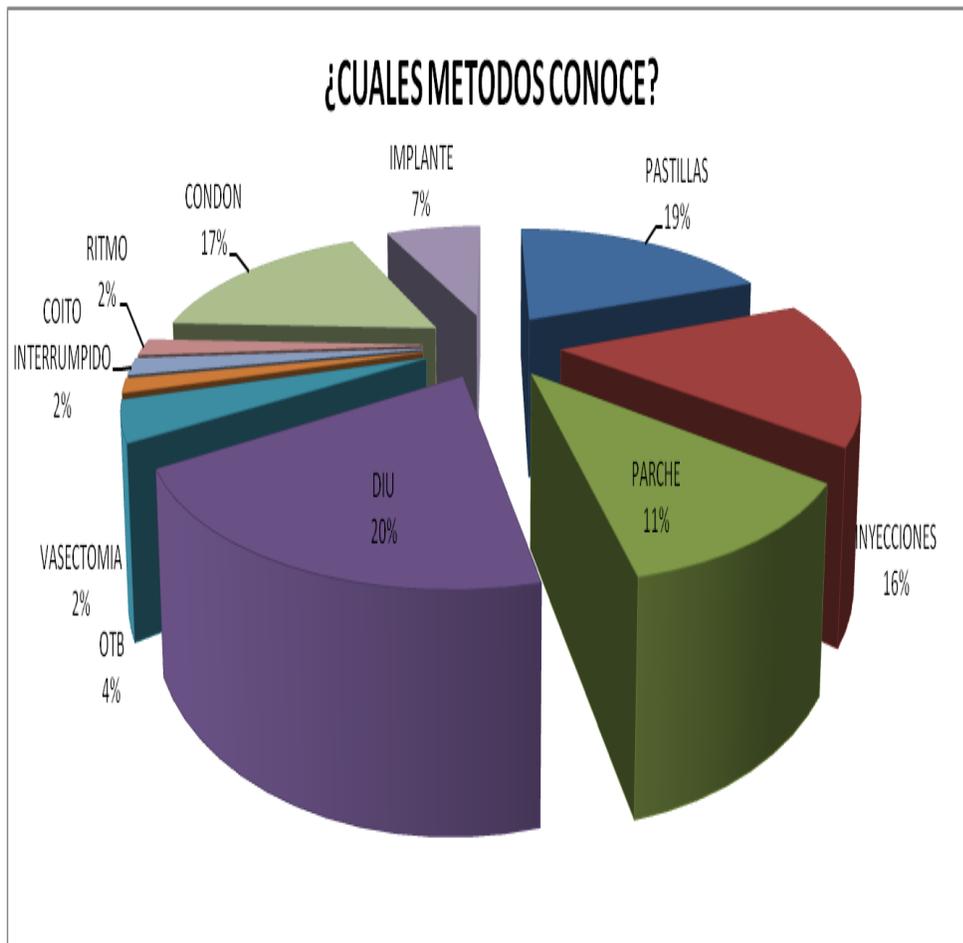
Fuente: EncuestaD.I.U. (DISPOSITIVO INTRAUTERINO). Hospital de la mujer 2013-2014

El 97% de la población asegura conocer que es un método anticonceptivo, solo un 3% de nuestra población no conoce que es un método anticonceptivo.

Grafica 11

Cuadro 11

¿QUÉ MÉTODOS CONOCE?	
PASTILLAS	149
INYECCIONES	124
PARCHE	85
DIU	151
OTB	33
VASECTOMIA	12
COITO INTERRUPTIDO	14
RITMO	14
CONDON	131
IMPLANTE	56
	684



Fuente: EncuestaD.I.U. (DISPOSITIVO INTRAUTERINO). Hospital de la mujer. 2013-2014.

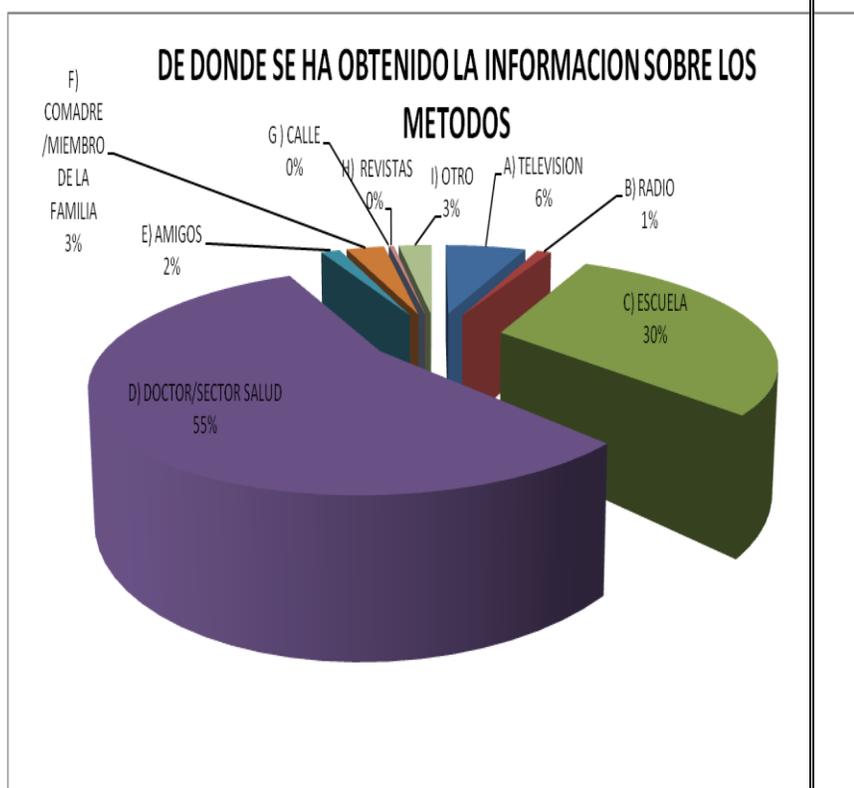
El 20% de nuestra población asegura conocer el DIU que es un total de 151 mujeres, 19% asegura conocer las pastillas con un total de 149, 17% aseguran conocer el uso del condón con 131 puérperas, 16% con el total de 124 las pastillas, con un 11% el parche con un total de 85 puérperas, con un 7% el implante, OTB un 4%, dejando con un bajo porcentaje de conocimiento el coito interrumpido, la vasectomía y el ritmo. (En total nuestras respuestas son de 684, dado a que se eligió más de una opción por lo que nos refieren el total de métodos que se conocen.) En promedio cada paciente refirió conocer 3.6 MPF

Cuadro 12

### ¿DE DONDE HA OBTENIDO LA INFORMACIÓN

A) TELEVISIÓN	17
B) RADIO	3
C) ESCUELA	80
D) DOCTOR/SECTOR SALUD	146
E) AMIGOS	4
F) COMADRE /MIEMBRO DE LA FAMILIA	8
G) CALLE	0
H) REVISTAS	1
I) OTRO	7
	266

Grafica 12



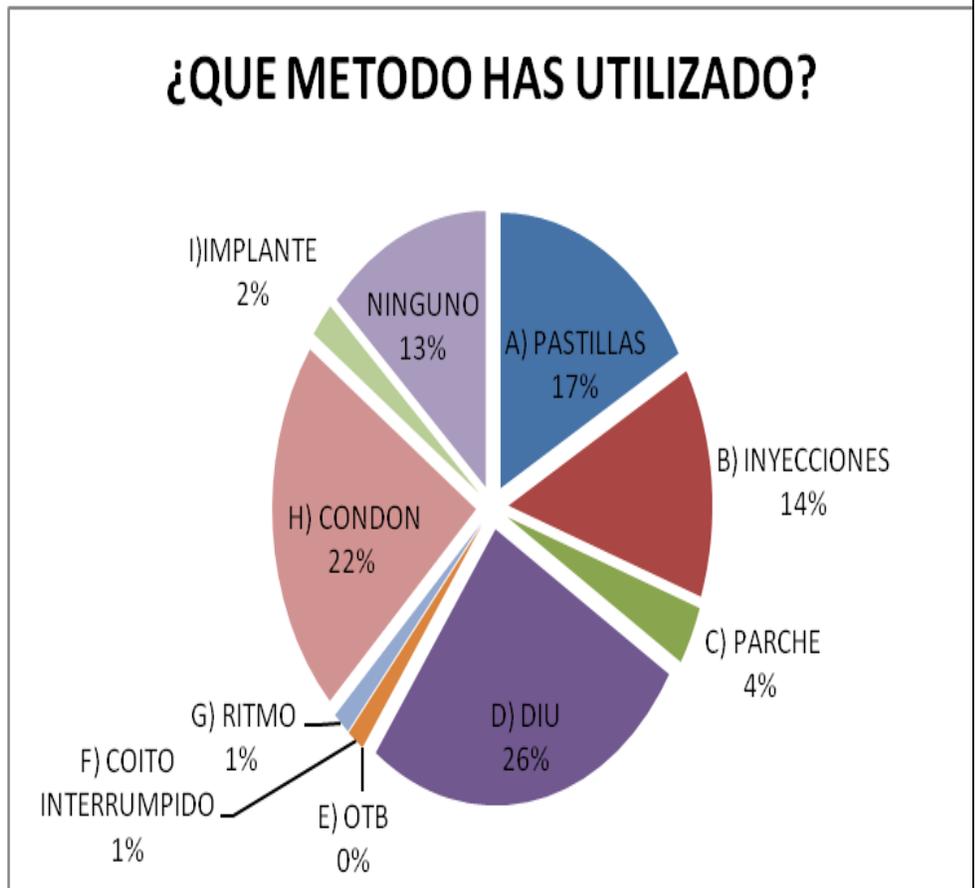
Fuente: Encuesta D.I.U. (DISPOSITIVO INTRAUTERINO). Hospital de la mujer. 2013-2014.

La grafica muestra que el 55% de la población entrevistada obtuvo la información sobre los métodos anticonceptivos por parte del sector salud y/o médico particular, el 30% la información fue brindada en la escuela, el 6% lo recibió del televisor, con un bajo porcentaje de la comadre, la calle, las revistas, radio, amigos u otro medio que no se especifico. (El total es 266 por que las entrevistadas eligieron más de una opción, el total de la población es 186.)

Cuadro 13

¿QUÉ MÉTODO HAS UTILIZADO?	
A) PASTILLAS	50
B) INYECCIONES	39
C) PARCHES	11
D) DIU	76
E) OTB	0
F) COITO INTERRUPTO	4
G) RITMO	4
H) CONDON	65
I) IMPLANTE	7
NINGUNO	33
	295

Grafica 13



Fuente: Encuesta D.I.U. (DISPOSITIVO INTRAUTERINO). Hospital de la mujer. 2013-2014.

Esta grafica muestra el uso de anticonceptivos que refieren haber usado con anterioridad a esta gesta las pacientes encuestadas en algún momento de su vida.

El método más utilizado por las mujeres púerperas en el hospital de la mujer es el DIU con un 26%, 22% con el condón, 17% las pastillas, inyecciones con el 14% el 13% de nuestra población no uso ningún método anticonceptivo, dejando el parche con un 4% implante con 1%, ritmo y coito interrumpido 1%. (El total es 295 por que las entrevistadas eligieron más de una opción. El total de la población es 186).

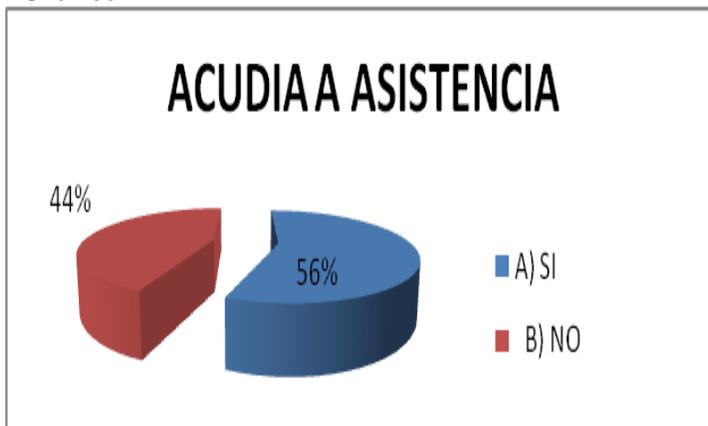
Cuadro 14

**AL USAR ALGÚN MÉTODO Y SURGIR UN PROBLEMA ¿ACUDÍA A ASISTENCIA?**

A) SI	95
B) NO	75
A) MEDICO PRIVADO	14
B) ESPECIALISTA	0
C)SIMILARES	1
D)CENTRO DE SALUD	79
E)OTRO	0
	264

Grafica 15

Grafica 14



Fuente: EncuestaD.I.U. (DISPOSITIVO INTRAUTERINO). Hospital de la mujer. 2013-2014



Fuente: EncuestaD.I.U. (DISPOSITIVO INTRAUTERINO). Hospital de la mujer. 2013-2014.

El 13% de las mujeres puérperas atendidas en el hospital de la mujer no han usado ningún método anticonceptivo, sin embargo, de las que sí los han utilizado, sólo 95 mujeres se atendieron al tener un problema, y como primera opción, por las características de la población se dirigen al centro de salud. (El total es 264 por que las entrevistadas eligieron más de una opción. El total de la población es 186).

Cuadro 15

---

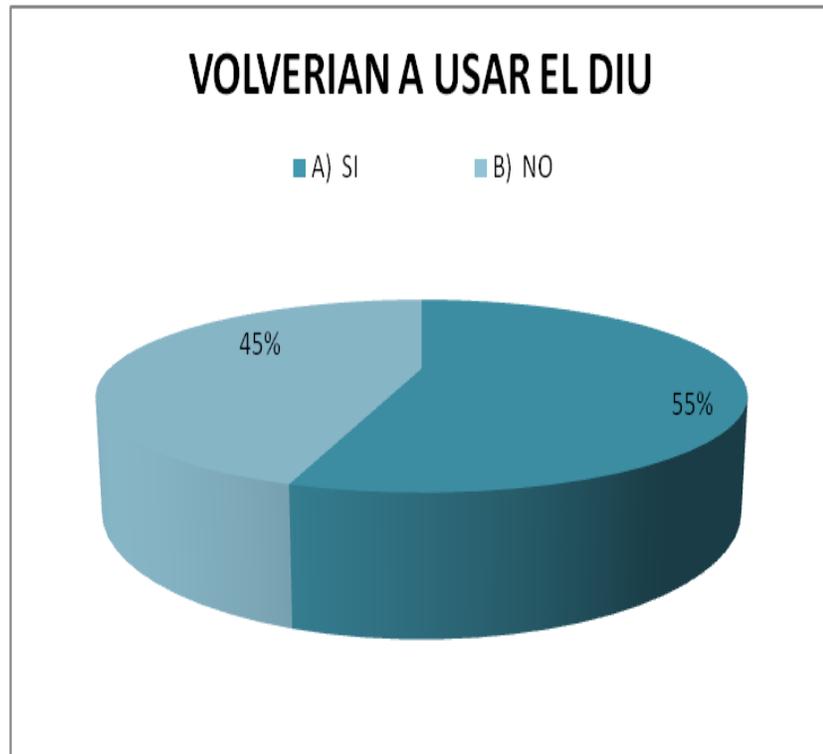
6.- ¿SI YA UTILIZASTE EL DIU, VOLVERÍAS A USARLO?; Y SI NO, ¿LO USARÍAS?

A) SI	99
B)NO	81

	180
--	-----

---

Grafica 16



Fuente: EncuestaD.I.U. (DISPOSITIVO INTRAUTERINO). Hospital de la mujer. 2013-2014.

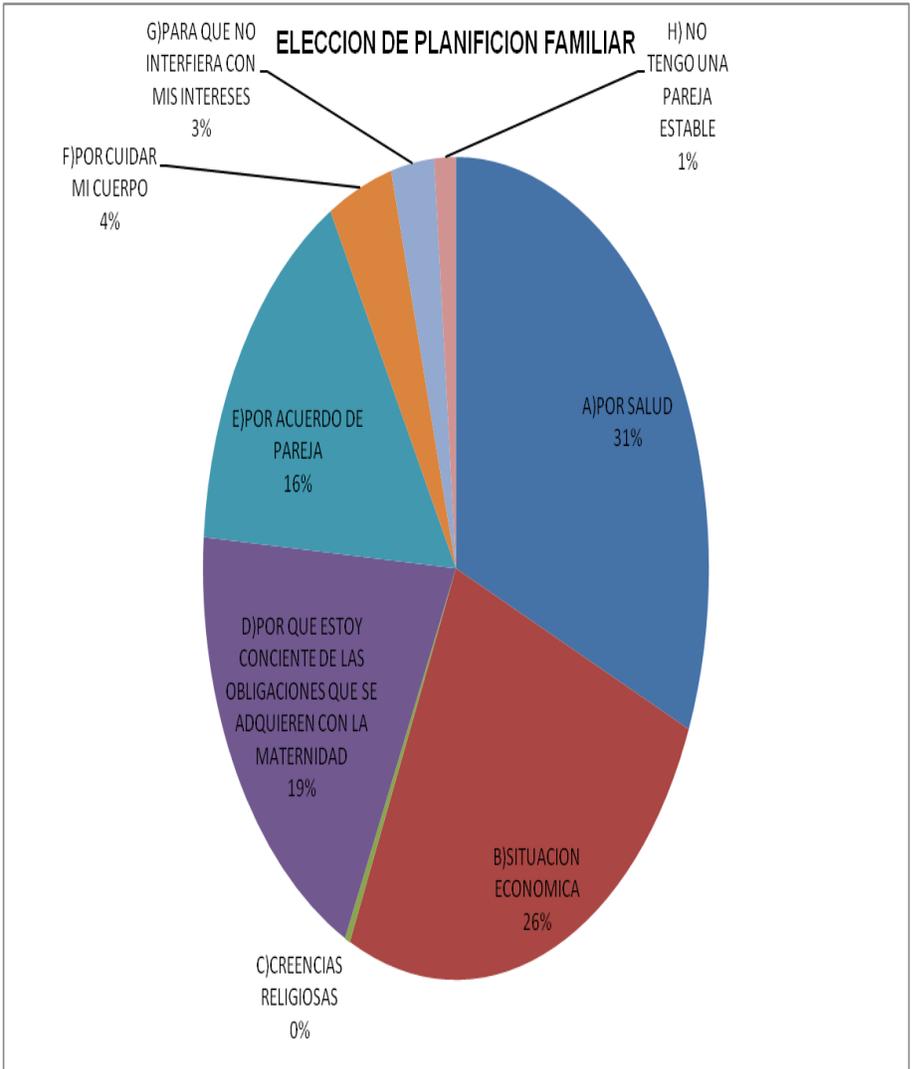
El 55% de las mujeres puérpera del hospital de la mujer utilizaría el DIU, es un poco más de la mitad de nuestra población.

(El total es 180 por que las entrevistadas no eligieron una opción. El total de la población es 186).

Cuadro 16

PARA TI CUAL ES EL INTERES O LA RAZON MAS IMPORTANTE AL ELEGIR PLANIFICAR TU FAMILIA	
A)POR SALUD	91
B)SITUACION ECONOMICA	74
C)CREENCIAS RELIGIOSAS	1
D)POR QUE ESTOY CONCIENTE DE LAS OBLIGACIONES QUE SE ADQUIEREN CON LA MATERNIDAD	55
E)POR ACUERDO DE PAREJA	45
F)POR CUIDAR MI CUERPO	12
G)PARA QUE NO INTERFIERA CON MIS INTERESES	8
H)NO TENGO UNA PAREJA ESTABLE	4
<b>TOTAL</b>	<b>290</b>

Grafica 17



Fuente: EncuestaD.I.U. (DISPOSITIVO INTRAUTERINO). Hospital de la mujer. 2013-2014.

Nuestra población asegura que la importancia de planificación familiar con el uso de métodos anticonceptivos es por cuidar su salud con un 31%, seguido por la situación económica 26%, 19% por que están consientes de las obligaciones que atrae el embarazo, 16% por acuerdo de pareja, dejando con un porcentaje bajo otras opciones. (El total de la población es 186, se muestra un total mayor de opciones, debido a que se eligió más de una respuesta).

### 4.3 Mujeres que utilizaron el DIU anteriormente

Cuadro 17

#### MEJERES QUE UTILIZARON EL DIU ANTERIORMENTE

SI	76
NO	110
<b>TOTAL</b>	<b>186</b>

Grafica 18



Fuente: Encuesta D.I.U. (DISPOSITIVO INTRAUTERINO). Hospital de la mujer. 2013-2014.

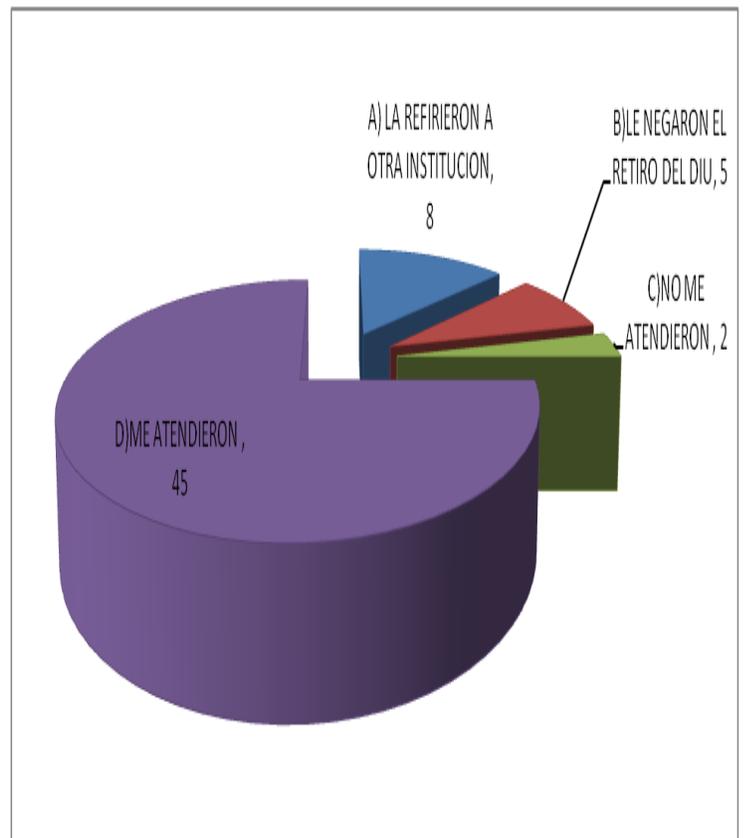
En la grafica 18 se muestran las puérperas que ya utilizaron el DIU, así como las que no. 59% de las puérperas no ha utilizado el DIU, el 41% de la población refieren ya haberlo usado.

Cuadro 18

**AL TENER EL DIU, Y HABERSELE PRESENTADO UN PROBLEMA E IR CON EL PERSONAL DE SALD, QUE SOLUCION LE BRINDARON**

<b>A) LA REFIRIERON A OTRA INSTITUCION</b>	<b>8</b>
<b>B)LE NEGARON EL RETIRO DEL DIU</b>	<b>5</b>
<b>C)NO ME ATENDIERON</b>	<b>2</b>
<b>D)ME ATENDIERON</b>	<b>45</b>
<b>TOTAL</b>	<b>60</b>

Grafica 19



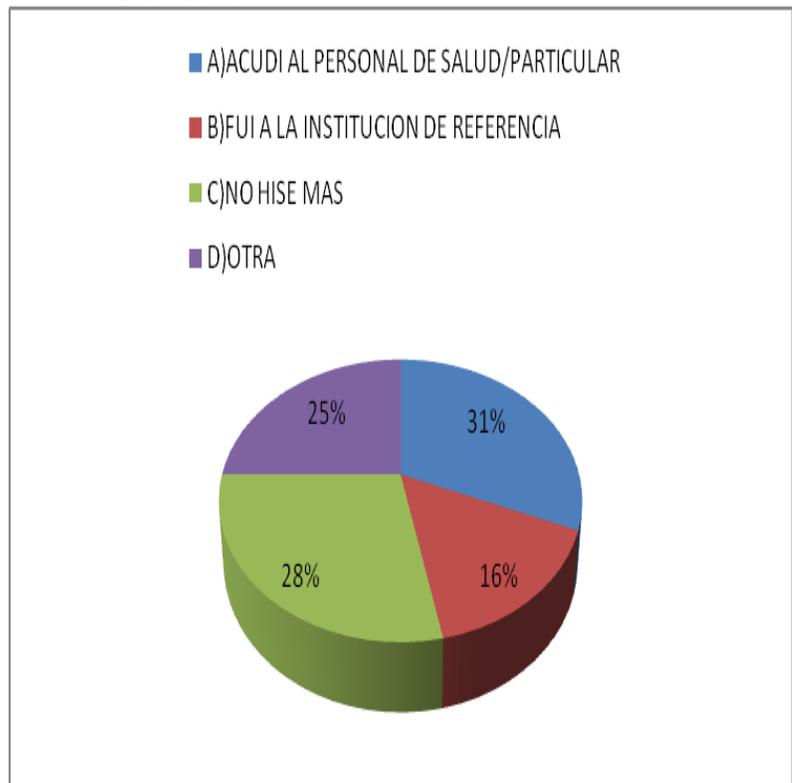
Fuente: Encuesta D.I.U. (DISPOSITIVO INTRAUTERINO). Hospital de la mujer. 2013-2014.

La población encuestada que nos refirió haber usado el DIU fueron 76 mujeres, de este total a 45 las atendieron con un 75%, refiriendo que retiraron el DIU. 16 encuestadas tomaron otras medidas para solucionar el problema que les atrajo el uso del mismo, constando que se les negó la atención y la solución que ellas requerían y esperaban.

Cuadro 19

FINALMENTE QUE MEDIDA TOMO	
A) ACUDI AL PERSONAL DE SALUD/PARTICULAR	10
B) FUI A LA INSTITUCION DE REFERENCIA	5
C) NO HISE MAS	9
D) OTRA	7
<b>Total</b>	<b>31</b>

Grafica 20



Fuente: Encuesta D.I.U. (DISPOSITIVO INTRAUTERINO). Hospital de la mujer. 2013-2014.

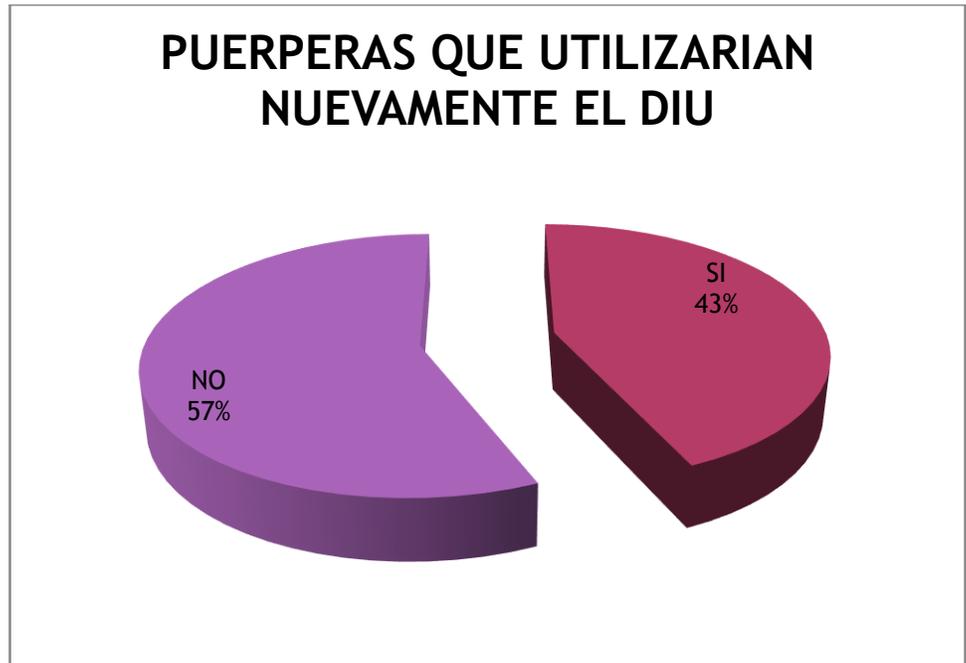
31 encuestadas tomaron otra medida ante el problema que surgió al usar el DIU, por elección decidieron retirarlo. La grafica muestra que 10 acudieron al personal de salud y/o su médico particular y 5 a la institución que les referían, sin embargo es de gran relevancia destacar que una importante porcentaje de nuestra población no hizo más 28%.

Cuadro 20

**VOLVERIA A UTILIZAR EL DIU**

SI	33
NO	43
<b>TOTAL</b>	<b>76</b>

Grafica 21



Fuente: Encuesta D.I.U. (DISPOSITIVO INTRAUTERINO). Hospital de la mujer. 2013-2014.

En la grafica 21 de las puérperas que utilizaron el DIU nuevamente lo usarían el 43% con el total de 33 mujeres que aseguran retomar su uso, el 57% no lo volvería a usar.

Cuadro 21

**TIEMPO DE USO DE DIU**

**MENOS DE 6 MESES** 37

**1 AÑO** 3

**2 AÑOS** 19

**3 AÑOS** 10

**4 AÑOS** 3

**5 AÑOS** 2

**6 AÑOS** 1

**9 AÑOS** 1

**TOTAL** 76

Grafica 22



Fuente: Encuesta D.I.U. (DISPOSITIVO INTRAUTERINO). Hospital de la mujer. 2013-2014.

El 49% de nuestra población ha usado el DIU menos de 6 meses con un total de 37 mujeres, 25% un periodo de 2 años, 13% un periodo de 3 años con un total de 10 puérperas, con tan solo 3% con un total de 2 puérperas 5 años.

Cuadro 22

QUE PERSONAL DE SALUD SE LO COLOCO	
ENFERMERA	45
MEDICO	31
<b>TOTAL</b>	<b>76</b>

Grafica 23



Fuente: Encuesta D.I.U. (DISPOSITIVO INTRAUTERINO). Hospital de la mujer. 2013-2014.

En la grafica 23 se muestra el personal de salud que realizo el procedimiento a la colocación de DIU en las mujeres púerperas del Hospital de la Mujer, con el 59% lo realizo la enfermera y con un 41% el médico.

Cuadro 23

LE RESOLVIERON LAS DUDAS SOBRE EL METODO	
SI	66
NO	10
<b>TOTAL</b>	<b>76</b>

Grafica 24



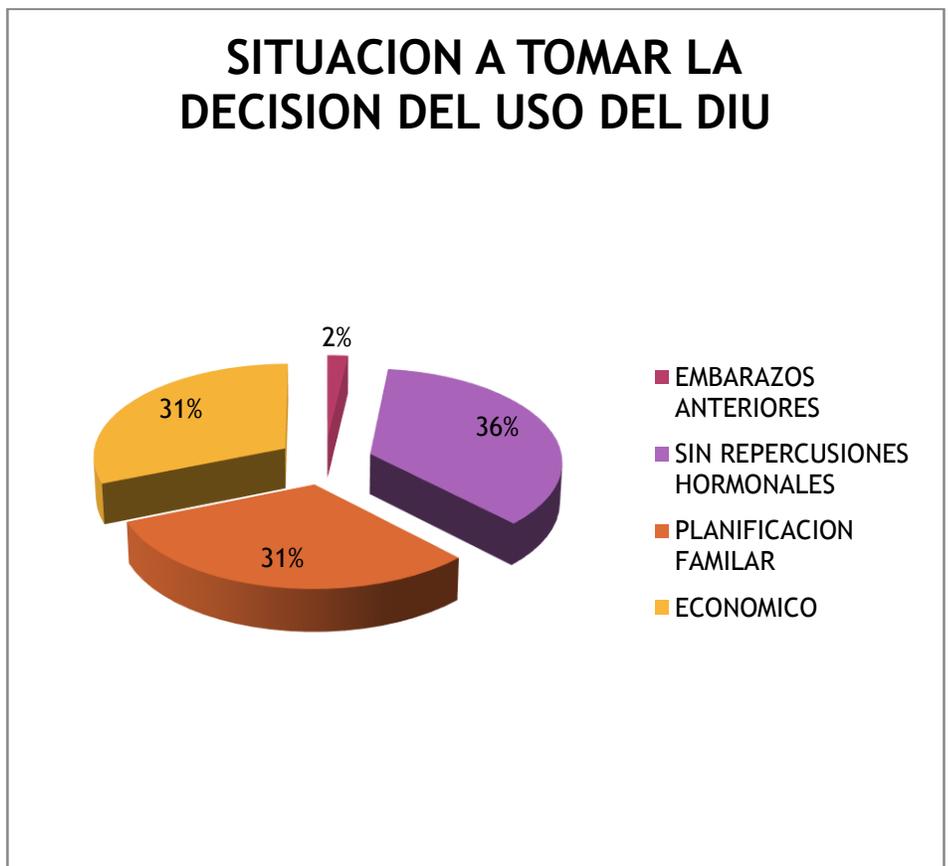
Fuente: Encuesta D.I.U. (DISPOSITIVO INTRAUTERINO). Hospital de la mujer. 2013-2014.

En la grafica 24 se muestran las mujeres a las que les resolvieron las dudas sobre el método del DIU, con un 87% con un total de 66 mujeres, dicen haberles resuelto las dudas que tuvieron acerca de este método, con un 13% las mujeres aseguran que no se les resolvieron las dudas que se tienen o generan ante el DIU.

Cuadro 24

QUE SITUACION LA LLEVO A TOMAR ESA DECISIÓN	
EMBARAZOS ANTERIORES	2
SIN REPERCUSIONES HORMONALES	38
PLANIFICACION FAMILAR	33
ECONOMICO	33
<b>TOTAL</b>	<b>106</b>

Grafica 25



Fuente: Encuesta D.I.U. (DISPOSITIVO INTRAUTERINO). Hospital de la mujer. 2013-2014.

Con un 36% las mujeres nos indican que lo usaron por que no tienen repercusiones hormonales, con un mismo porcentaje de 31% por planificación familiar y que es económico, con un 2% se utilizo por que tuvo embarazo previo.

Cuadro 25

CON QUIEN TOMO ESTA DECISION ACERCA DEL USO DEL METDO	
PAREJA	48
MAMA	23
SUEGRA	0
SOLA	5
AMIGAS	0
<b>Total</b>	<b>76</b>

Grafica 26



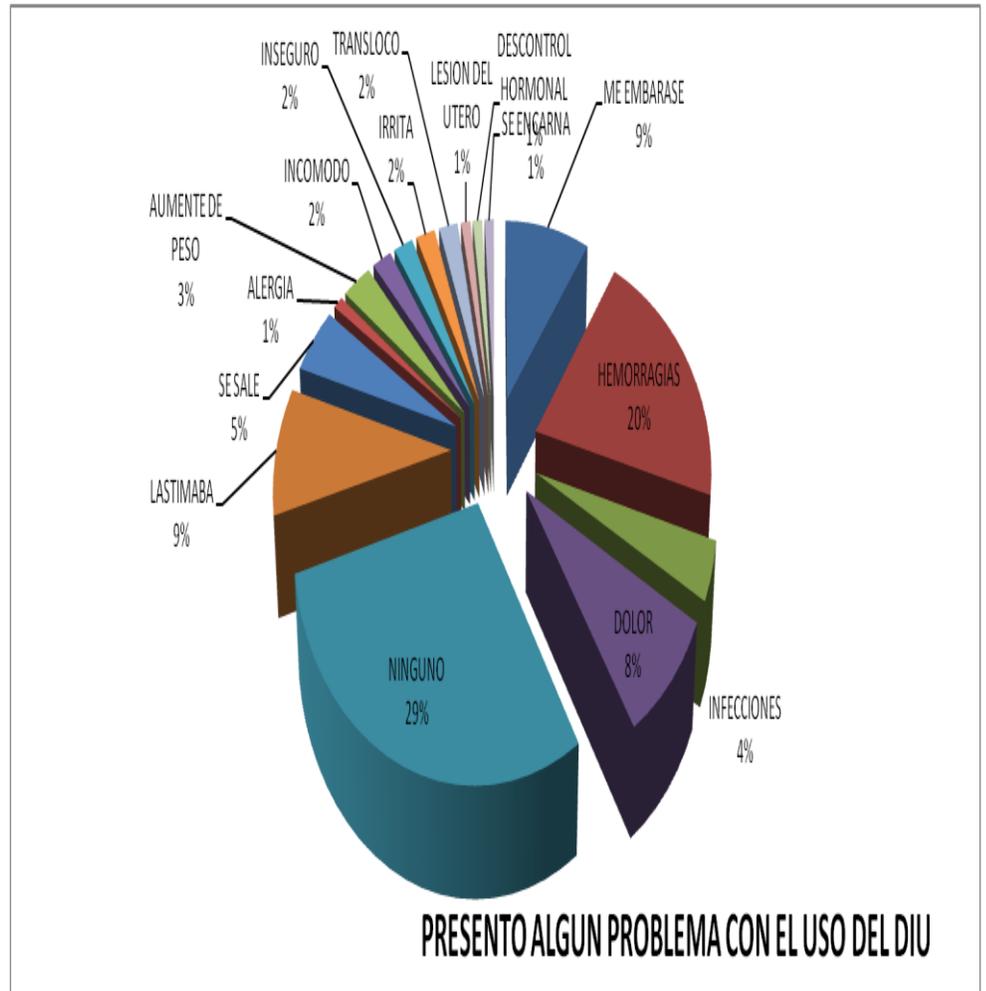
Fuente: Encuesta D.I.U. (DISPOSITIVO INTRAUTERINO). Hospital de la mujer. 2013-2014.

La toma de decisión con un 63% se realizó con la pareja con un total de 48 mujeres, con la mamá un 30% y sola solo un 7%.

Cuadro 26

PRESENTO ALGUN PROBLEMA CON EL USO DEL METODO	
ME EMBARASE	9
HEMORRAGIAS	20
INFECCIONES	4
DOLOR	8
NINGUNO	28
LASTIMABA	9
SE SALE	5
ALERGIA	1
AUMENTE DE PESO	3
INCOMODO	2
INSEGURO	2
IRRITA	2
TRANSLOCO	2
LESION DEL UTERO	1
DESCONTROL HORMONAL	1
SE ENCARNA	1
<b>TOTAL</b>	<b>98</b>

Grafica 27



Fuente: Encuesta D.I.U. (DISPOSITIVO INTRAUTERINO). Hospital de la mujer. 2013-2014.

Las puérperas que utilizaron el DIU como método anticonceptivo presentaron una serie de efectos secundarios, que aseguran no haber tenido conocimiento de los mismos, en nuestra investigación el 29% de las mujeres que ya habían utilizado el DIU no tuvo ningún problema y dicen volver a utilizarlo.

Cuadro 27

RECOMENDARIA ESTE METODO PARA OTRAS MUJERES	
SI	33
NO	43
<b>TOTAL</b>	<b>76</b>

Grafica 28



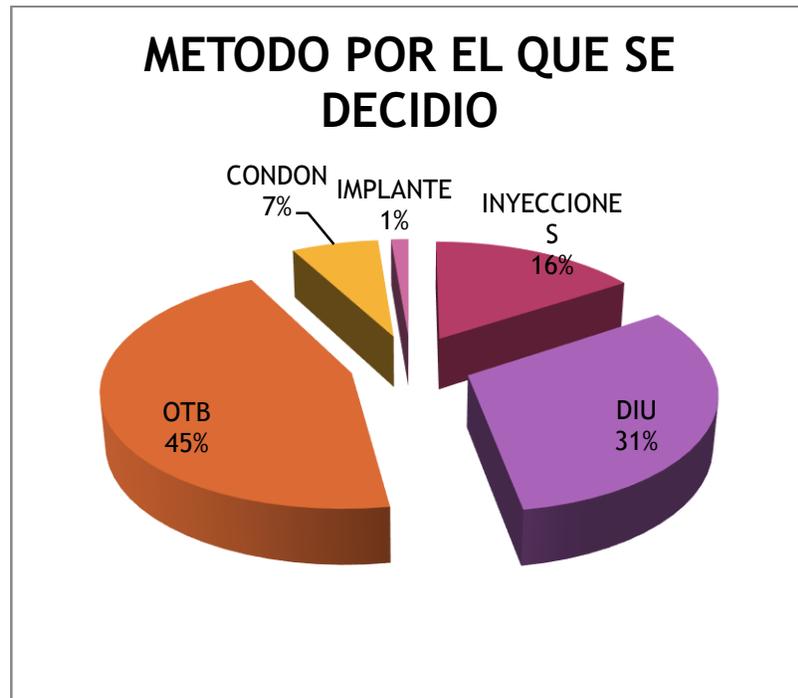
Fuente: EncuestaD.I.U. (DISPOSITIVO INTRAUTERINO). Hospital de la mujer. 2013-2014.

Las mujeres que ya han utilizado el DIU solo un 43% si lo recomendaría, mientras que el 57% con un total de 43 mujeres no lo recomendaría.

Cuadro 28

METODO POR EL QUE SE DECIDIO?	
INYECCIONES	12
DIU	24
OTB	34
CONDON	5
IMPLANTE	1
TOTAL	76

Grafica 29



Fuente: Encuesta D.I.U. (DISPOSITIVO INTRAUTERINO). Hospital de la mujer. 2013-2014.

Posteriormente al haber utilizado el DIU, solo un 31% con un total de 24 pacientes eligió el DIU, con un 45% se tomo la decisión de optar por la OTB, 16% con inyecciones, 7% con condón, y 1% implante.

#### 4.4 Mujeres que no utilizaron el DIU anteriormente.

Cuadro 29

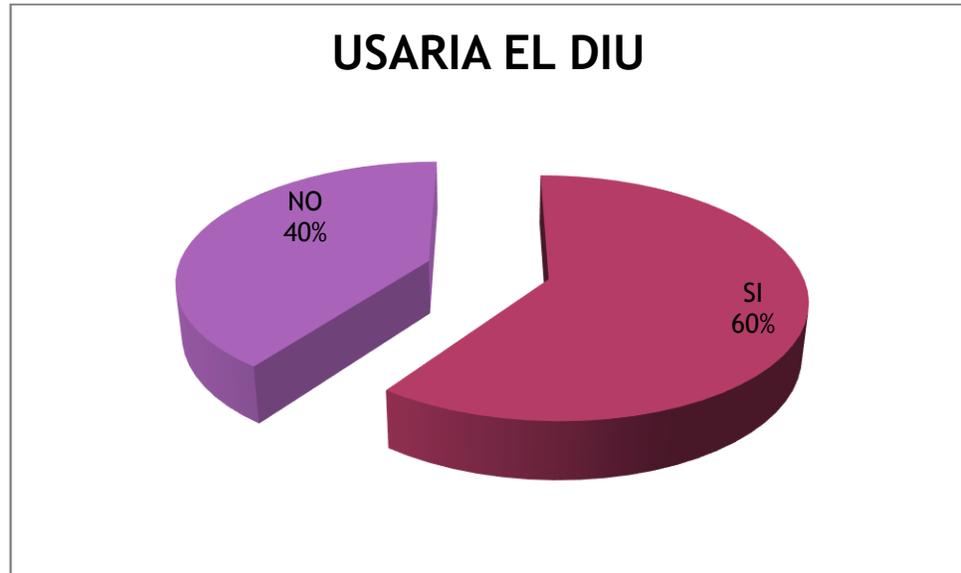
6.- ¿SI YA UTILIZASTE EL DIU, VOLVERÍAS A USARLO?; Y SI NO, LO USARÍAS?

SI 66

NO 44

110

Grafica 30



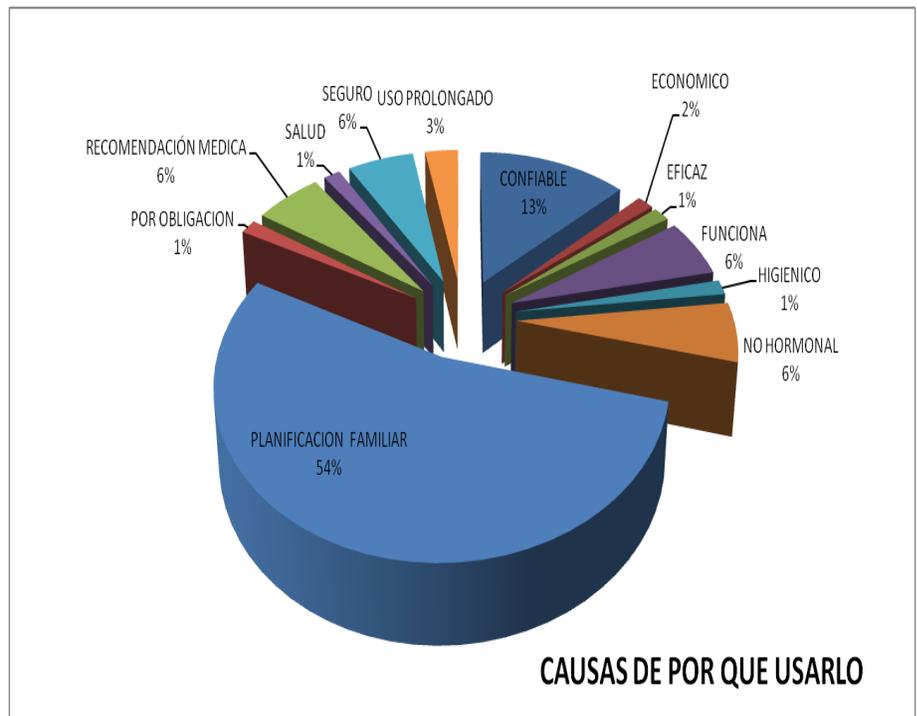
Fuente: EncuestaD.I.U. (DISPOSITIVO INTRAUTERINO). Hospital de la mujer. 2013-2014.

En la grafica 30 se muestra de las mujeres que no han utilizado el dispositivo el porcentaje de las puérperas que lo usarían y el que no, el 40% no lo usaría y el 60% de la población si lo usaría.

Cuadro 30

CAUSA DEL POR QUE USARLO	
CONFIABLE	9
ECONOMICO	1
EFICAZ	1
FUNCIONA	4
HIGIENICO	1
NO HORMONAL	4
PLANIFICACION FAMILIAR	37
POR OBLIGACION	1
RECOMENDACIÓN MEDICA	4
SALUD	1
SEGURO	4
USO PROLONGADO	2
	69

Grafica 31



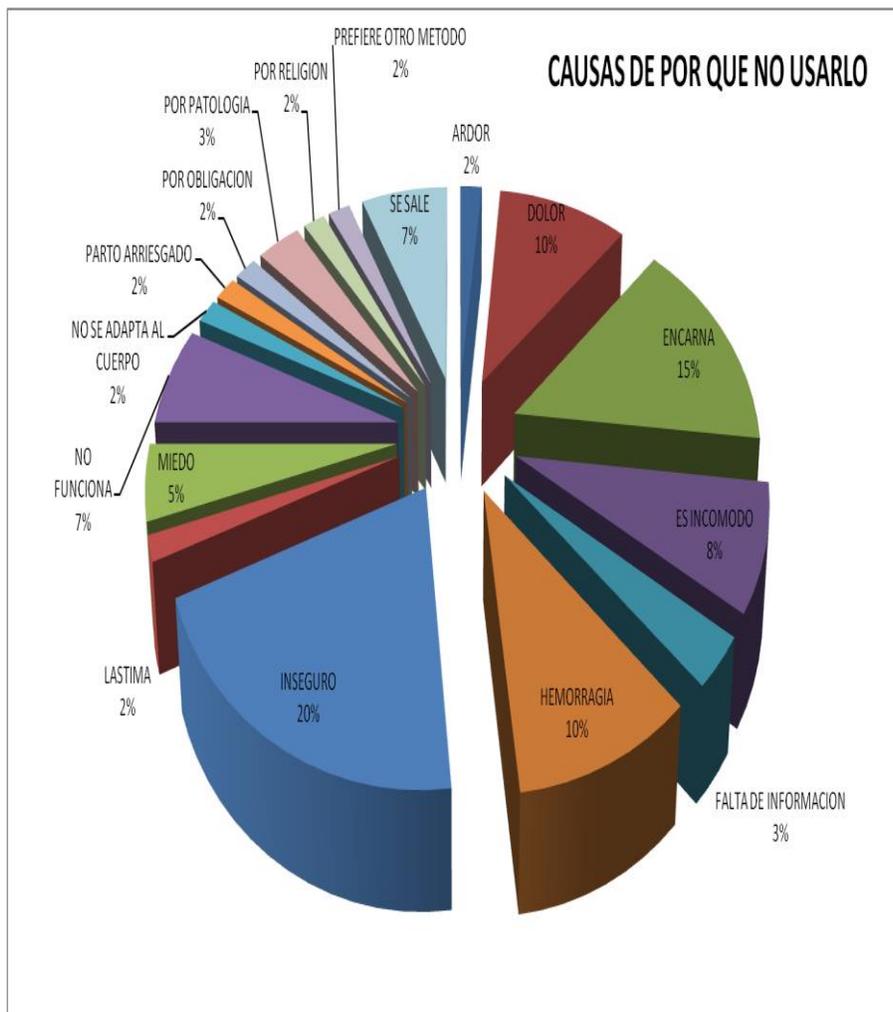
Fuente: Encuesta D.I.U. (DISPOSITIVO INTRAUTERINO). Hospital de la mujer. 2013-2014.

El 45% de nuestra población nos externó las razones porque que usar el DIU. Siendo un 54% la razón más importante la planificación familiar, siguiendo el 13% seguro, dejando razones con menos incidencia; como por salud, es higiénico, funciona, es económico, eficaz y su uso es prolongado.

Cuadro 31

CAUSAS DE POR QUE NO USARLO	
ARDOR	1
DOLOR	6
ENCARNA	9
ES INCOMODO	5
FALTA DE INFORMACION	2
HEMORRAGIA	6
INSEGURO	12
LASTIMA	1
MIEDO	3
NO FUNCIONA	4
NO SE ADAPTA AL CUERPO	1
PARTO ARRIESGADO	1
POR OBLIGACION	1
POR PATOLOGIA	2
POR RELIGION	1
PREFIERE OTRO METODO	1
SE SALE	4
	60

Grafica 32



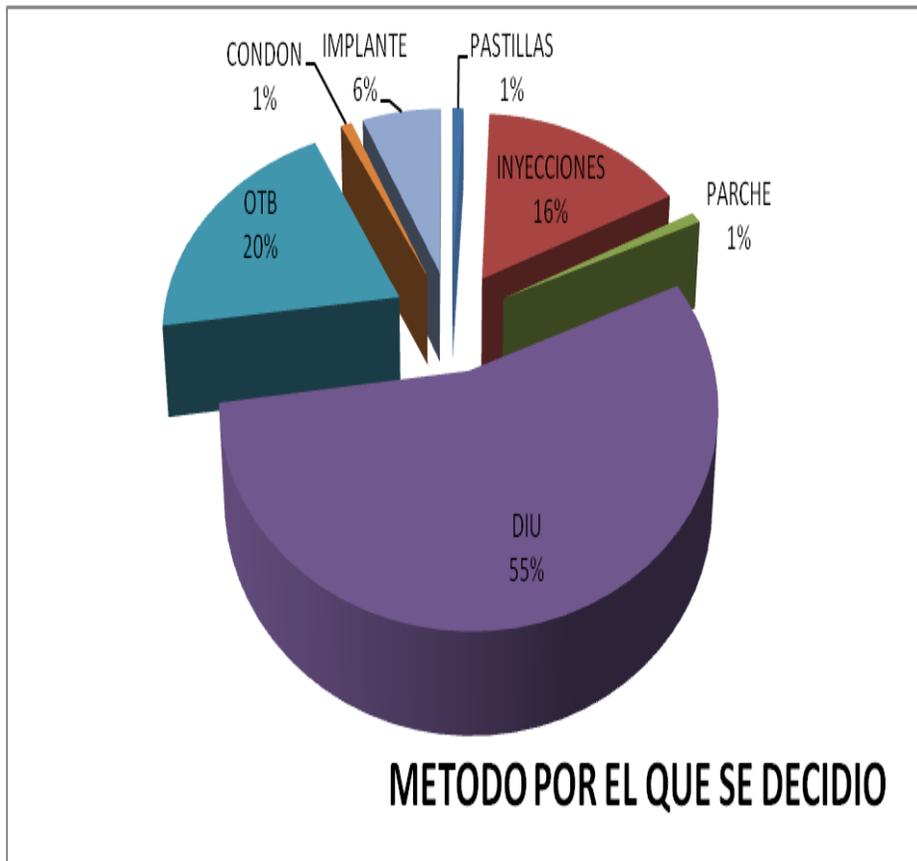
Fuente: Encuesta D.I.U. (DISPOSITIVO INTRAUTERINO). Hospital de la mujer. 2013-2014.

El 55% de nuestra población nos externo las razones porque no usar el DIU, de las más comunes por ser inseguro con el 20%, se encarna 15%, causa hemorragia 10%, causa dolor 10% y es incomodo 8%, siguiendo con otras de menor reincidencia como por patología, por obligación, por religión, se prefiere otro método, no se adapta al cuerpo y se sale.

Cuadro 32

9.- METODO POR EL QUE SE DECIDIO?	
PASTILLAS	1
INYECCIONES	18
PARCHE	1
DIU	60
OTB	22
CONDON	1
IMPLANTE	7
	110

Grafica 33



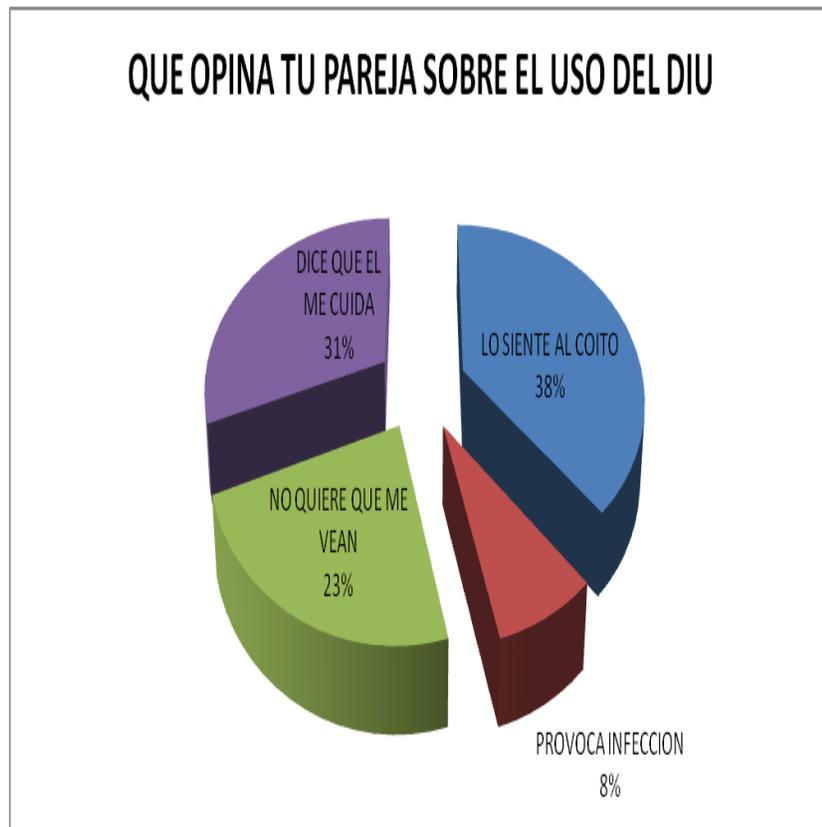
Fuente: Encuesta D.I.U. (DISPOSITIVO INTRAUTERINO). Hospital de la mujer. 2013-2014.

Se observa que el 55% de 110 usuarias que no habían utilizado el DIU lo usarían como método prenatal, siguiendo con OTB por paridad satisfecha con el 20%, 16% con inyecciones, 6% implante, con un pequeño porcentaje el condón, el parche y pastillas.

Cuadro 33

QUE OPINA TU PAREJA SOBRE EL USO DEL DIU	
LO SIENTE AL COITO	5
PROVOCA INFECCION	1
NO QUIERE QUE ME VEAN	3
DICE QUE EL ME CUIDA	4
	13

Grafica 34



Fuente: Encuesta D.I.U. (DISPOSITIVO INTRAUTERINO). Hospital de la mujer. 2013-2014.

Solo 13 mujeres puérperas del hospital de la mujer nos contestaron la interrogante de que era lo que opinaba su pareja sobre el uso del DIU, siendo tan solo el 6.3% de nuestra población, una mínima parte. Plasmando que tienen una negativa ante este método, al decir que lo sienten al momento del coito, provocan infecciones a los dos, solo ellos pueden ver el cuerpo de su pareja y ellos cuidan de ella con un 31%.

## CONCLUSIONES.

La edad prevalente de las pacientes puérperas atendidas en el hospital de la mujer es de un rango de 18- 35 años, provenientes la mayoría de los municipios de Yautepec, seguido por Cuautla, y Jiutepec, estos lugares cuentan con vías de comunicación, acceso a escuelas o servicios de salud, pudiendo obtener asesoría, consejería e información a los temas de interés de la población. La atención se otorga a aquellas mujeres fuera de las áreas respectivas, por motivos de referencia de la unidad de primer nivel o preferencia de las mismas usuarias.

El 46% de las mujeres sólo concluyeron la secundaria, 33% la preparatoria, 12% primaria, 8% licenciatura y solamente el 1% no tienen ningún tipo de escolaridad, las mujeres estudiantes tienen mayor facilidad para obtener información sobre de los métodos anticonceptivos debido a que están cursando algún grado académico. Siendo de estas el 81% amas de casa, 7% de la población son mujeres trabajadoras, el 7% cursan algún grado académico, la amplia gama de posibilidades de conocimiento de los métodos anticonceptivos da accesibilidad a estar informado. Las mujeres trabajadoras tiene un interés mayor con respecto a la planificación familiar, ya que son proveedoras ante la familia, esto las vuelve abiertas al autocuidado. Más de la tercera parte de esta población son amas de casa, por lo tanto nos arroja como resultado que no reciben información por parte del sistema educativo, el interés por parte de las usuarias al uso de un método anticonceptivo y planificación familiar se hace un más complejo por no contar con una continuidad de información actualizada.

La mayoría de la población pertenece a la religión católica; esta no prohíbe la información, así como el uso de métodos anticonceptivos, no es determinante para el uso del DIU en base a que respeta las decisiones de cada persona en cuanto a la planificación familiar, es libre de elección y de uso. El 62% viven en unión libre, 27% casada y un 11% soltera, a pesar de que las mujeres son autosuficientes, la influencia de la familia y pareja hace que duden acerca de cómo cuidarse.

El 65% de nuestra población son adolescentes asegurando haber tenido una sola pareja sexual, siendo la mayoría primigestas, no tenemos especificaciones de la duración de cada relación, pero podemos constatar que la inexperiencia ante el uso de un método anticonceptivo

y extrema confianza en que no pasará nada, hace que exista un embarazo precoz. No existe la elección de algún método anticonceptivo previo al inicio de vida sexual.

La mayor parte de las puérperas fueron atendidas por parto quirúrgico 47%, seguido por parto fisiológico 37% y abortos 16%. Aunque el 97% de la población asegura conocer que es un método anticonceptivo, no tienen la información correcta del uso de los mismos.

La información se obtiene en el sector salud y/o médico particular, gracias a los distintos programas que éstos manejan, así como en la escuela, se percata que las puérperas la interpretan de manera errónea y no se logra que la paciente tenga una elección de algún método anticonceptivo posterior al parto o cesárea, no tomando la debida importancia al periodo intergenésico, después del nacimiento de un bebé es recomendable para la madre esperar mínimo tres años antes de volver a embarazarse, debido a esto el sector salud brinda este servicio de planificación familiar; como servicio gratuito, así poder elegir algún método anticonceptivo, cuidando la salud integral de las mujeres y evitando complicaciones ante otro parto precoz o mortalidad materno-fetal.

La falta de información, rumores y desinterés influyen en la decisión de las pacientes para no elegir como método de planificación familiar el DIU; basándonos en los porcentajes obtenidos nuestra población encuestada nos indica que conoce varios tipos de métodos anticonceptivos, el DIU es el método más utilizado en el Hospital de la Mujer con el 45%.

Se dice que el DIU es de mayor recomendación médica. La causa del porqué no usarlo es la hemorragia, otras causas son de poca incidencia entre nuestra población, sin embargo son importantes para futuros programas. Se tiene conocimiento de los métodos naturales como el ritmo o coito interrumpido, sin embargo se hace referencia que se utilizan escasamente.

La importancia de la planificación familiar con el uso de métodos anticonceptivos es por cuidar principalmente su salud, seguido por la situación económica. Del total de nuestra población encuestada sólo 76 mujeres ya habían usado el DIU.

De la población que uso el dispositivo todas multigestas, con la prevalencia de una duración menor a 6 meses, por problemas secundarios presentados, la decisión del método anticonceptivo en más de la tres cuartas partes de la población y la decisión se tomó en familia,

o pareja, mama o suegra. La negatividad ante el método se presenta por la inadecuada información, la mala interpretación, a la pena que sea observada, el tiempo excesivo requerido de los servicios de salud para su atención; la falta de garantía de privacidad y confidencialidad que se cree que no existe y la nula continuidad de uso del DIU por parte de las pacientes.

Las puérperas que no habían utilizado el DIU, lo usan con miedo por los malos comentarios que les refirieron las mujeres que ya lo habían utilizado, la desinformación y la falta de comunicación con el personal de salud se hace presente al rechazar el DIU.

Las principales causas de las mujeres puérperas del Hospital de la Mujer para la aceptación del DIU es por no afectar el proceso de evolución posterior al embarazo, de igual manera la lactancia que no se ve afectada y es el método disponible que se ofrece en la unidad hospitalaria, que se convierte en la primera elección, de la misma manera para la planificación familiar por consejería del personal de salud a la mujer puérpera.

El miedo que se plantea ante los efectos secundarios que pudieran tener para ellas el uso del DIU y sus parejas, causas de aumento de la cantidad de sangrado, duración prolongada de la menstruación cada mes, incremento de los cólicos menstruales, aparición de flujo vaginal o infecciones vaginales, negatividad de atención del sector salud, la influencia negativa que genera en la decisión de estas mujeres por parte de su familia y que causa hemorragias no permite que lo elijan con plena confianza y que es inseguro para control prenatal; las mujeres que ya habían utilizado el método no volverían a colocarlo porque se les salió, se embarazaron aun con el dispositivo, sus parejas aseguraban sentirlo y causaban descontrol en su menstruación, tanto en el tiempo, como en la cantidad.

El DIU al ser un método del cual se tiene un concepto erróneo y de experiencias negativas, su tiempo de uso es inadecuado y apatía de las usuarias hace que este método no concluya el ciclo de vida, lo generalizan como un método problemático que afecta en su vida sexual, no evita el uso del concón y no protege contra ETS y no cumple con sus necesidades sin peligro.

La colocación del DIU se realiza por personal capacitado en la exploración del aparato genital femenino y en las diversas técnicas de inserción, siguiendo las recomendaciones específicas para cada tipo de DIU, cumpliendo las técnicas de asepsia y antisepsia. Se especifica por las

mujeres puérperas que se tiene mayor confianza de su parte y sus parejas a la colocación del DIU por la Enfermera, en otros de los casos, señalan que sea por parte de una doctora.

Constantemente en las escuelas y sobre todo en el sector salud se brinda información y consultoría sobre los métodos anticonceptivos, las inquietudes que tiene nuestra población se muestran como un tabú, se mal interpreta el uso de este método con la familia, amigos o pareja y esto crea un rechazo de la paciente.

Para la elección de este método se toman varias variables ante la decisión, unas de ellas es la información ya adquirida, la edad, numero de gestas, experiencia de cada puérpera, etc. Ante la entrevista nos marcan gran número de mujeres puérperas que es un requisito de hospital para el egreso y se maneja que este mismo no interfiere con la lactancia y se puede quitar de manera particular, nos indican que se marca una presión a la elección de un método.

La pareja es un elemento de vital importancia ante la decisión de colocarse el DIU, se espera que mediante la comunicación y una conversación se dialogue y se llegue a una respuesta mutua y compartida, sin embargo nos marcan que tanto la pareja como la mama les marcan una respuesta fija ante el uso del método de DIU, la cual la mayoría de las veces es negativa.

La falta de información científica y adecuada hace que nuestra población no tenga una evaluación positiva ante el DIU, erróneamente las mujeres que ya usaron este método muestran su experiencia negativa ante otras mujeres, esto hace que se cree una desconfianza y no dan el valor adecuado a este método, se limitan a solo escuchar y no corroboran lo que se les plantea. El DIU se coloca dentro del área quirúrgica y cuando se desee puede retirarse, El hospital de manera directa da información sobre los métodos anticonceptivos, para que la mujer pueda elegir y decidir sobre su anticoncepción.

Con frecuencia, las mujeres que acuden a solicitar anticoncepción presentan una información distorsionada sobre algunos aspectos que socioculturalmente han sido modificados. En este sentido es conveniente aclarar no solo a los usuarios, sino también a otros profesionales no relacionados con la anticoncepción y el uso del método del DIU.

Se debe de actuar de manera profesional, ética, responsable, respetando la elección de las usuarias ante el uso del DIU, de la misma manera para la elección de algún otro método anticonceptivo, teniendo derecho a la información. Esto significa conocer los beneficios y

disponibilidad del método electo, así como quien lo atiende y que sus preguntas sean respondidas honestamente y correctamente.

Puntos que el personal debe tener en cuenta para brindar atención de calidad a las mujeres puérperas y así favorecer el uso del método del DIU o algún otro método de su elección:

1. Acceso a los servicios y atención con absoluta libertad sin importar sexo, credo, color, estado civil o ubicación.
2. Decidir libremente sobre que método utilizar.
3. Tener capacidad de practicar de forma segura y efectiva la elección de método anticonceptivo.
4. Recibir orientación, consejería sin presencia o interferencia de terceras personas.
5. Que la información que se brinde sea confidencial.
6. Ser tratada con cortesía, respeto y atención por todo el personal de salud.
7. Sentirse cómoda mientras recibe los servicios.
8. Recibir los suministros por el tiempo que sea necesario, según su libre albedrio sin interferencias de ninguna naturaleza.
9. Expresar su punto de vista acerca de los servicios recibidos.

En relación a la información obtenida dentro del periodo de Febrero a Mayo 2014 en el Hospital de la Mujer de Yautepec, Morelos; con respecto a las investigaciones realizadas en Tabasco, Lima, El Salvador y Cuba que buscan conocer la interrogante del ¿Por qué el Rechazo a los Métodos de Planificación Familiar? Se observa que los argumentos que manifiestan las puérperas son:

La Presión y dependencia de la familia y la pareja.

Temor a complicaciones secundarias y al dolor.

Información insuficiente, como beneficios y riesgos.

Intervención médica continúa.

Los rumores y los mitos acerca del método.

El tiempo insuficiente que se le presta durante las sesiones de consejería.

En comparación se concuerda que la mujer no posee determinación y seguridad, la toma de decisiones es ligada a la opinión de la familia y la pareja; tiene temor hacia lo que pudiera

pasar en ellas y durante la relación sexual, los comentarios negativos, la información insuficiente que se les brinda y la continua revisión hace que la población desista de usar los métodos anticonceptivos, que duden y no le den la importancia adecuada a la planificación familiar.

La población que se eligió para la realización de cada investigación, fueron mujeres que ya habían iniciado vida sexual, se encontraban dentro de una unidad hospitalaria de gobierno, por conveniencia y sin exclusión de edad, estado civil, nivel educativo y religión, recabando los datos por medio de una entrevista.

Comparando el estado civil predominante en Tabasco de 140 casadas (76,5%) con el de Yauatepec, la cual es mayor en unión libre con 115 (62%).

Respecto a Lima se excluyeron a las mujeres que no habían utilizado ningún método anticonceptivo, siendo que en el Hospital de la Mujer si se tomó en cuenta su participación. En el Salvador la participación fue de proveedores y mujeres de varias unidades; y en Cuba sólo mujeres con legrado.

Dentro de nuestro campo de estudio las principales causas que las puérperas mencionaron al ya haber utilizado el DIU se presentó con mayor prevalencia del 29% hemorragias, 9% les lastima y se embarazaron y 8% les causa dolor, haciendo constar que de acuerdo a los anteriores artículos, las hemorragias se manifiestan en primera instancia. Suspendiendo el uso, difundiendo información basada a su experiencia y creando duda y temor.

## SUGERENCIAS

### Técnicas:

El manejo, trato y procedimientos que se realizaran preferente por personal de la salud de sexo femenino, es conveniente explicar a la pareja los procedimientos que se realizaran, de la misma manera que ambos se involucren en la información referente al DIU, así como de otros métodos anticonceptivos; de esta manera comprometemos a ambas partes a cuidar y conocer el uso del DIU. Esto dará una visión abierta a este tema, y así podremos hacer una transición de atención en la cual ya no solo se involucrara al sexo femenino, sino también al sexo masculino, porque tendrán la información correcta.

Para que esta información sea correcta, anticipada, amplia y actualizada se deberían de formar talleres de capacitación, donde se indiquen las técnicas, procedimientos, manejos, ventajas, contraindicaciones, etc. De forma personal, en pareja y posteriormente en familia, haciendo una población informada de manera correcta y eliminando el tabú de este tema.

Implementar de manera formal un modulo de perinatología donde se dé un amplia visión de todo lo que conlleva el estar embarazada a todas las mujeres que tienen un control gestante dentro de la unidad.

### Administrativas:

Facilitar la información a través de diferentes vías, creando trípticos, murales, maquetas, en diferentes dialectos y al nivel de la población a la cual se le brindara.

Comprometerse a la prevención de embarazos en edad precoz con un enfoque familiar, no sólo de manera individual.

### Docencia:

El personal de salud debe estar correctamente capacitado para brindar la información adecuada y entendible a la familia, a nivel que la comprendan y principalmente brindar

opciones de uso de métodos anticonceptivos ante las necesidades de cada mujer, de la misma manera implementar programas de planificación familiar en comunidades marginadas.

Integrar a la pareja desde el momento del embarazo, manejando esta etapa de forma integral.

Aclarar, reforzar y brindar información sustentada a las mujeres puérperas del hospital de la mujer, con el apoyo de un tríptico para el uso de este método DIU.

#### Investigación:

Retomar la investigación para que se conozca aun mejor a la población y se tenga una continuidad del trabajo realizado.

Lleva a cabo una evaluación de las sugerencias así como su correcta aplicación.

## BIBLIOGRAFIA.

- Denise F. Polit, Investigación Científica en Ciencias de la Salud. Quinta Edición. México: Mc Graw-Hill Interamericana 1997.
- Donal M, F. Notas para estudiantes de medicina ginecología y obstetricia. Primera edición. Noriega: Limusa; 1990
- Dr. Hugh J. Davis. dispositivos intrauterinos para la anticoncepción; México: el manual moderno; 1975
- Dr. J. P. Greenhill, Dr. Emanuel. A Friedman. Obstetricia. Primera edición. Nueva editorial interamericana; 1997
- Enrique C. Gadow, Angel E. Florillo. Obstetricia en esquemas. Primera edición. Buenos Aires: El Anteno; 2004
- Federación Colombiana de Asociaciones de Obstetricia y Ginecología. Anticoncepción en Situaciones Especiales Mejor Evidencia. Primera edición. Colombia: Ed. Copyright; 2006.
- Helen L. Frederickson, Louise Wilkins Haug. Claves de ginecología y obstetricia. Primera edición. España: Mosby de España; 1993
- Helen L. Frederickson. Secretos de la ginecología. Segunda edición. México: Mc Graw Hill Interamericana ; 2000
- Isbelia M. Segnini. Armonía en la pareja. En busca de la felicidad. Primera edición. México: Alfaomeg; 2002
- J. A Vanrell X. Iglesias L. I. Cabero. Manual de obstetricia y ginecología para graduados. primera edición. México: ediciones científicas y técnicas Masson ; 1994
- James R. Scott, Philip S. Disaia, Charles B. Hammond, Willan N. Spellacy, John D. Gordon Manual de obstetrician y ginecología. Primera edición. México: Mc Graw-Hill Interamericana; 1997
- Joana A legret. M. Jesus ,Comellas, Perefont y Jaune Funes. Adolescentes relaciones con los padres, drogas, sexualidad y cultura al cuerpo. Colección familiar y educación. Primera edición. Mexico: Grao.
- Lange Q & A. Obstetricia y ginecología. Octava edición. México: interamericana; 2000

- Ma. Victoria Barrón R, Belén Carrillo Aranda, Isabel Delgado Solís, José Domingo García Labaju, Francisco Javier Gómez. Metodología Básica de Investigación en Enfermería. Tercera Edición. Madrid España: Díaz de Santos; 2004
- Manuel Viamonte. Al encuentro de la salud felicidad y longevidad. Primera edición. México: Trillas; 1993
- Marco Marchionl. Planificación social y organización de la comunidad. Sexta edición. México: ed. Popular; 2005
- Nicholson J. Eastman, Williadams. Obstetricia. Segunda edición en español. Hispano americana; 1999
- Pedro Guillermo Coronel Brizio. Ginecologia. Primera edición 2011. Textos Universitarios.
- Pedro López Sánchez. Manual clínico de ginecología. Primera edición. México: ciencia y cultura latinoamericana; 1997
- Raúl R. Gómez L, Daniel J Greenwell A. Manual de Obstetricia Conceptos Básicos para la Práctica. Primera versión Mayo 2012
- Triviño Montoya Baldomero. Psicología de la relación conyugal. Primera edición. Madrid España: Días de santos; 2000
- Universidad Nacional Autónoma de México. Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia.[en Línea] México 2011[Septiembre 2014]  
[http://www.eneo.unam.mx/licenciatura\\_en\\_enfermeria/perfilegresoleo.php](http://www.eneo.unam.mx/licenciatura_en_enfermeria/perfilegresoleo.php)
- Vern L. Bollough, Bonnie Bollough. Los métodos anticonceptivos, una guía para la planificación del embarazo y el control de la natalidad. Tercera edición. México: Editorial Hispano Europes; 2001.

## GLOSARIO DE TÉRMINOS

**Aborto:** Expulsión del producto de la concepción de menos de 500 gramos de peso o hasta 20 semanas de gestación.

**Auspicio:** Ayuda o protección a una persona o promoción de un proyecto o idea.

**Bloqueo epidural:** técnica de anestesia y analgesia.

**Corioamnionitis:** inflamación aguda de las membranas placentarias (amnios y corion), de origen infeccioso que se acompaña de la infección del contenido amniótico, esto es, feto, cordón y líquido amniótico.

**Depo-Provera:** un anticonceptivo inyectable.

**Discapacidad:** a la deficiencia auditiva, intelectual, neuromotora o visual, ya sea de naturaleza permanente o temporal, que limita la capacidad de realizar una o más actividades de la vida diaria.

**Distocia:** Anormalidad en el mecanismo del parto que interfiere con la evolución fisiológica del mismo.

**DIU:** Es un dispositivo pequeño, plástico y en forma de T que tiene un cordón pegado en el extremo, con el objeto de que usted pueda verificar si el DIU todavía está en su lugar. El DIU se coloca dentro del útero para prevenir el embarazo. La colocación puede hacerse durante una visita al consultorio. Una vez en su lugar, el DIU se mantiene dentro del útero hasta que su médico lo retira.

**Estudio transversal:** Son estudios diseñados para medir la prevalencia de una exposición y/o resultado en una población definida y en un punto específico de tiempo.

Eutocia: Corresponde al parto normal cuando el feto se presenta en vértice y el proceso termina sin necesidad de ayuda artificial a la madre o al producto.

Histerómetro: Instrumento graduado en centímetros utilizado para medir la cavidad uterina. Puede ser metálico o desechable de plástico o teflón, se utiliza generalmente para la inserción de DIU.

Jurisdicción: Autoridad para gobernar y poner en ejecución las leyes o para aplicarlas, territorio sobre el que se ejerce este poder.

Parto: Conjunto de fenómenos activos y pasivos que permiten la expulsión del producto, la placenta y sus anexos por vía vaginal. Se divide en tres periodos: dilatación, expulsión y alumbramiento.

Pesario: Aparato que se coloca en la vagina para mantener el útero en su posición normal.

Vástago: Tallo nuevo que brota de una planta.

# ANEXO 1: INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

			
HOSPITAL DE LA MUJER		D.I.U. (DISPOSITIVO INTRAUTERINO)	
NOMBRE			EDAD
DOMICILIO			MUNICIPIO
ESCOLARIDAD	OCUPACION		
RELIGION	EDO.CIVIL		
NO. PAREJAS SEXUALES	EMBARAZOS:		
PARTOS	CESAREAS	ABORTOS	
1.- ¿CONOCE QUE ES UN MÉTODO ANTICONCEPTIVO?			
A) SI		B) NO	
2.- ¿CUÁLES CONOCE?			
A) PASTILLAS	B) INYECCIONES	C) PARCHE	D) DUI
E) OTB			
F) VASECTOMIA	G) COITO INTERRUPTIDO	H) RITMO	I) CONDON
J)IMPLANTE			
3.- ¿DE DÓNDE HA OBTENIDO LA INFORMACIÓN ACERCA DE LOS MÉTODOS QUE CONOCE?			
A) TELEVISION	B) RADIO	C) ESCUELA	D) DOCTOR/SECTOR SALUD
E) AMIGOS	F) COMADRE /MIEMBRO DE LA FAMILIA	G ) CALLE	H) REVISTAS
I) OTRO _____			
4.- ¿QUÉ MÉTODO HA UTILIZADO?			
A) PASTILLAS	B) INYECCIONES	C) PARCHE	D) DUI
E) OTB			
F) COITO INTERRUPTIDO	G) RITMO	H) CONDON	I)IMPLANTE
J)NINGUNO			
5.- AL USAR ALGÚN MÉTODO Y SURGIR UN PROBLEMA ¿ACUDÍA A ASISTENCIA?			
A) SI	B) NO	CON: A) MEDICO PRIVADO	
B)CENTRO DE SALUD	C) ESPECIALISTA	D)SIMILARES	F)OTRO
6.- ¿SI YA UTILIZO EL DIU, VOLVERÍA A USARLO?; Y SI NO, LO USARÍA?			
A) SI		B) NO	
7.- CAUSA DEL POR QUE USARLO O NO USAR EL DIU			
1.-			
2.-			
3.-			
¿SON RUMORES QUE HA ESCUCHADO, O LE HA PASADO DIRECTAMENTE A USTED?			
A) RUMORES		B) ME PASO	
8.- PARA USTED CUAL ES EL INTERES O LA RAZON MAS IMPORTANTE AL ELEGIR PLANIFICAR SU FAMILIA ?			
A) POR SALUD	B) SITUACION ECONOMICA	C) CREENCIAS RELIGIOSAS	
D)POR QUE ESTOY CONCIENTE DE LAS OBLIGACIONES QUE SE ADQUIEREN CON LA MATERNIDAD.			
E) POR ACUERDO DE PAREJA	F) POR CUIDAR MI CUERPO	G)PARA QUE NO INTERFIERA	
H)NO TENGO UNA PAREJA ESTABLE		CON MIS INTERESES(ESCUELA, TRABAJO, DIVERSION)	
9.- AL TENER EL DIU, Y HABERSELE PRESENTADO UN PROBLEMA E IR CON EL PERSONAL DE SALUD, QUE SOLUCIÓN LE BRINDARON?			
A) LA REFIRIERON A OTRA INSTITUCION	B)LE NEGARON EL RETIRO DEL DIU	C) NO LA ATENDIERON	
D)ME ATENDIERON FINALMENTE, QUE MEDIDA TOMO?			
A) ACUDI AL PERSONAL DE SALUD/PARTICULAR	B) FUI A LA INSTITUCION DE REFERENCIA		
C)NO HICE MAS		D)OTRA _____	



## **ANEXO 2: PERFIL DE EGRESO DEL PASANTE DE LA LICENCIATURA DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA.**

Uno de los propósitos fundamentales de la Universidad Nacional Autónoma de México es formar profesionales competentes e informados, dotados de sentido social y conciencia nacional para que, vinculados a las necesidades del país, participen con una perspectiva crítica en la promoción de los cambios y transformaciones requeridos por la sociedad.

Conforme con los principios de docencia derivados de la Ley Orgánica de la UNAM, los egresados de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia de la ENEO se distinguen por un desempeño profesional que contribuye a solucionar los problemas de salud que afectan a las grandes mayorías hacen resaltar la importancia de la salud para el avance social y como motor del proceso de desarrollo.

El objeto del estudio de la enfermería es el cuidado a la salud de la persona sana o enferma, en su dimensión integral, con el propósito de que utilice sus capacidades y potencialidades para la vida.

Para cumplir con esta responsabilidad, es necesario que el licenciado en enfermería y obstetricia desarrolle habilidades intelectuales como el análisis, la síntesis, el pensamiento crítico, la capacidad de resolver y plantear nuevos problemas, la búsqueda y manejo de información, a través de diferentes medios, para la toma de decisiones fundamentadas en la planeación del cuidado; para el dominio de los procedimientos y tecnologías básicas del campo de la enfermería transferible a diversas situaciones; para tener actitudes para establecer relaciones personales

favorables, sustentadas en la comprensión y respeto por el otro, así como la disposición para trabajar en los proyectos colectivos de manera crítica y responsable.

El licenciado en enfermería y obstetricia egresado de la ENEO se caracteriza por su capacidad para:

1. Analizar la evolución histórica y prospectiva de la enfermería en el contexto de la atención a la salud en México para reconocer los factores que han determinado la práctica de enfermería y ubicar su desempeño profesional en el campo de la salud.
2. Comprender los factores que condicionan la calidad de vida a fin de analizar la realidad nacional y los problemas prioritarios de salud en relación con la estructura del Sistema Nacional de Salud para definir su participación en el desarrollo de condiciones de vida y comportamientos saludables.
3. Interpretar críticamente los programas de salud en el ámbito nacional, estatal y municipal para participar multiprofesional e interprofesionalmente en las acciones estratégicas, tácticas y operativas que deriven de los programas prioritarios en los tres niveles de atención, particularmente en el fortalecimiento de la atención primaria.
4. Valorar la interacción de los factores que ponen en riesgo la salud del individuo, la familia y la comunidad en sectores específicos para diseñar programas integrales tendientes al mejoramiento de la salud.
5. Brindar servicios de enfermería al individuo, familia y grupos sociales de alto, mediano y bajo riesgo, con base en las necesidades y respuestas humanas, en los sitios donde la persona se desarrolla ó donde acude a atender su salud.
6. Diseñar, ejecutar y evaluar programas de educación para la salud dirigidos a individuos y grupos sociales, mediante estrategias de aprendizaje que propicien la modificación de hábitos y estilos de vida para la conservación de la salud y la autosuficiencia en su cuidado.
7. Aplicar prácticamente el proceso de enfermería sustentado en la teoría sobre el cuidado integral de la persona.
8. Cuidar a la persona en su salud reproductiva durante las etapas pregestacional, gestacional y postgestacional, con base en el proceso de enfermería y el enfoque de riesgo.

9. Aplicar, adaptar y contribuir al desarrollo de la tecnología de enfermería que se requiere para el cuidado de la persona.
10. Ejercer liderazgo para la toma de decisiones en el campo de la enfermería, en la coordinación de los grupos de trabajo y en la participación de la planeación de los servicios de salud.
11. Utilizar la metodología de la investigación en enfermería como herramienta de conocimiento para describir, explicar y predecir los fenómenos relacionados con el cuidado de la salud en el ciclo vital humano.
12. Aplicar las bases generales de la docencia en la formación, actualización y capacitación de recursos humanos en enfermería.
13. Sustentar la práctica de la enfermería en principios éticos y bases legales de la profesión.
14. Acrecentar la cultura de la enfermería con un permanente deseo de superación personal y actualización profesional.
15. Participar en investigaciones sobre el cuidado de enfermería para contribuir al desarrollo del conocimiento disciplinario.
16. Sustentar la práctica profesional de la enfermería en principios filosóficos que guíen su manera de actuar en la búsqueda del conocimiento de los valores personales y el ser humano, así como la consolidación de una filosofía personal de enfermería.

ANEXO 3: FOTOS.

