



**ESCUELA DE ENFERMERÍA DE ZAMORA A.C.
INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE MÉXICO, CLAVE: 8723**



TESIS

**“PREVALENCIA DE METODOS ANTICONCEPTIVOS Y
FACTORES QUE CONDICIONAN SU ELECCION EN LAS
MUJERES QUE ACUDIERON AL SERVICIO DE
PLANIFICACION FAMILIAR DEL CENTRO DE SALUD DE
TINGUINDIN EN EL AÑO 2020”**

QUE PARA OBTENER TÍTULO DE:
LICENCIADO EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA PRESENTA:
LINARES ABOYTE LUIS RAFAEL
No DE CUENTA: 417517162

ASESOR
MTRO. ESPINOZA VALENCIA ROGELIO

ZAMORA DE HIDALGO MICHOACÁN, ENERO 2022



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.

INDICE

INTRODUCCION.....	1
CAPITULO I PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	3
1.1 ACERCAMIENTO A LA PROBLEMÁTICA.....	3
1.2 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	5
PREGUNTAS SUBSECUENTES.....	5
1.3 OBJETIVOS.....	6
OBJETIVO GENERAL.....	6
OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	6
1.4 JUSTIFICACION	7
CAPITULO II REFERENTES TEORICOS/ MARCO TEORICO/ REVISION DE LA LITERATURA.....	9
2.1 CONCEPTOS Y SUPUESTOS.....	9
MARCO TEORICO.....	9
FICHA DE IDENTIFICACION DE TINGUINDIN	9
ANTECEDENTES HISTORICOS (METODOS ANTICONCEPTIVOS)	12
NORMA OFICIAL MEXICANA NOM 005-SSA2-1993, DE LOS SERVICIOS DE PLANIFICACION FAMILIAR	13
FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ELECCION DE METODOS ANTICONCEPTIVOS.....	70

CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD	71
CICLO MENSTRUAL	72
SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA.....	74
METODOS ANTICONCEPTIVOS.....	75
ENFERMERÍA DE PRIMER NIVEL.....	76
CAPITULO III DISEÑO METODOLOGICO	78
3.1 DISEÑO DEL TRABAJO.....	78
TIPO DE ESTUDIO	78
HIPOTESIS DE INVESTIGACION.....	79
HIPOTESIS NULA.....	79
HIPOTESIS ALTERNA.....	79
3.2 VARIABLES	80
VARIABLE DEPENDIENTE	80
VARIABLE INDEPENDIENTE	80
3.3 SUJETOS DE LA INVESTIGACION (POBLACION Y MUESTRA).....	82
3.4 CRITERIOS DE SELECCION.....	83
CRITERIOS DE INCLUSION.....	83
CRITERIOS DE EXCLUSION	83
CRITERIOS DE ELIMINACION	83
3.5 TECNICA DE RECOLECCION DE DATOS.....	84

CAPITULO IV ANALISIS E INTERPRETACION DE LOS RESULTADOS	86
4.1 CONCLUSIONES	86
4.2 TABLAS Y GRAFICOS.....	88
TABLA 1. EDAD DE LAS MUJERES.....	88
TABLA 2. METODO ANTICONCEPTIVO ESCOGIDO.....	88
TABLA 3. METODO ANTICONCEPTIVO DE ACUERDO A LA EDAD	89
TABLA 4. ESTADO CIVIL	90
TABLA 5. ESCOLARIDAD.....	91
BIBLIOGRAFÍAS	92
1. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	94
2. INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCION DE DATOS	95
3. ESTADISTICAS	97
RESULTADOS OBTENIDOS.....	97

AGRADECIMIENTOS

El presente trabajo investigativo lo dedico principalmente a Dios, por ser el inspirador y darme fuerza para continuar en este proceso de obtener uno de los anhelos más deseados.

A mis padres, por su amor, trabajo y sacrificio en todos estos años, gracias a ustedes he logrado llegar hasta aquí y convertirme en lo que soy. Ha sido un orgullo y un privilegio el ser su hijo, son los mejores padres.

A mis hermanos por estar siempre presentes, acompañándome y por el apoyo moral, que me brindaron a lo largo de esta etapa de mi vida.

A todas las personas que me han apoyado y han hecho que el trabajo se realice con éxito en especial a aquellos que me abrieron las puertas y compartieron sus conocimientos.

RESUMEN

Estos métodos se basan en principios naturales, mecánicos y químicos y pueden ser temporales o permanentes. Los métodos anticonceptivos son técnicas que previenen el embarazo. Es fundamental una adecuada planificación familiar que tenga en cuenta las condiciones de vida de la pareja, sus recursos económicos y el tiempo que tiene para sus hijos. La falta de planificación tiene efectos sociales y económicos graves para el país, ya que si no existe una relación equilibrada entre el número de habitantes y los recursos de una nación, se produce un atraso en el desarrollo social, cultural y económico.

Es por esto que el objetivo del presente trabajo es conocer la prevalencia y aquellos factores que se relacionan con la elección de métodos anticonceptivos.

ABSTRACT

These methods are based on natural, mechanical and chemical principles and can be temporary or permanent. Contraceptive methods are techniques that prevent pregnancy. Adequate family planning that takes into account the living conditions of the couple, their financial resources and the time they have for their children is essential. The lack of planning has serious social and economic effects for the country, since if there is not a balanced relationship between the number of inhabitants and the resources of a nation,

there is a delay in social, cultural and economic development.

That is why the objective of this work is to know the prevalence and those factors that are related to the choice of contraceptive methods.

INTRODUCCION

La anticoncepción es uno de los métodos utilizados para controlar el número y el momento de los embarazos. (Casey, 2020) Existen varios métodos anticonceptivos, pero ninguno es totalmente eficaz, más sin embargo, algunos son más fiables que otros. La efectividad suele depender de la minuciosidad con la que se sigan las instrucciones, lo que es más fácil en algunos métodos que otros. La disponibilidad de métodos anticonceptivos altamente eficaces ha ofrecido a la mujer la posibilidad de planificar su maternidad, permitiendo un mejor desarrollo personal y una vida sexual más plena. Se sabe que el uso de métodos anticonceptivos por parte de las mujeres se relaciona con las conductas sexuales y reproductivas, las percepciones que se tienen acerca de la concepción, la edad, el nivel educativo, así como el socioeconómico o la paridad.

Los métodos más conocidos funcionalmente por las mujeres en el país son el condón masculino con 89.5%, el DIU con 87.2%, el implante con 86.8%, el coito interrumpido con 80.7% y la píldora de emergencia con 78.4% (Garcia, 2019). De todos los métodos anticonceptivos distribuidos en México, el parche anticonceptivo es el menos conocido y accesible para la población femenina. Sólo 2 de cada 10 (20.9%) mujeres saben cómo funciona correctamente este método.

Dentro del Municipio de Tingüindín podemos encontrar varios tipos

de métodos anticonceptivos como lo son: el implante, inyecciones mensuales y bimensuales, parches dérmicos, condón masculino, DIU y pastillas anticonceptivas; la orientación en salud sexual y reproductiva es un poco alarmante por todas las problemáticas que existen en nuestra sociedad, la cual afecta a todas aquellas mujeres. Nos podemos encontrar con que los métodos anticonceptivos es una práctica que no es tomada con la seriedad que se necesita para poder llevar a cabo una anticoncepción exitosa, ya que el nivel educativo y el estado civil son un problema y una barrera para cumplir con las indicaciones de dichos métodos.

La elección de este tema se presentó debido a que la prevalencia de métodos anticonceptivos tiene que ver con los factores que se mencionan, cabe destacar que se necesita un abordaje específico e integral, el cual nos permita evaluar y remover los obstáculos para la prevención en cada ámbito, región o grupo de pertenencia. Dicha investigación también surgió por la necesidad que presentan las mujeres en el municipio para mantener su salud sexual y reproductiva, para de esta manera adoptar conductas saludables. En este trabajo se estudia la prevalencia de métodos anticonceptivos y factores que condicionan su elección en las mujeres que acudieron al servicio de planificación familiar del centro de salud de Tingüindín en el año 2020, para que posteriormente con los resultados obtenidos se puedan realizar intervenciones de enfermería que contribuyan a un mejor bienestar.

CAPITULO I PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 ACERCAMIENTO A LA PROBLEMÁTICA

Un anticonceptivo es cualquier método, medicamento o dispositivo que se usa para prevenir el embarazo. Las mujeres pueden elegir entre diferentes tipos de anticonceptivos. Por ello existe la Norma Oficial Mexicana NOM 005-SSA2-1993, de los servicios de planificación familiar la cual es el derecho de toda persona a decidir de manera libre, responsable e informada, sobre el número y el espaciamiento de sus hijos y a obtener la información especializada y los servicios idóneos. (Madden, 2019)

Entre las mujeres que teóricamente se encuentran en necesidad de anticoncepción, el deseo de limitar el número de hijos es el principal objetivo que se persigue al usar métodos anticonceptivos, y su proporción aumenta a medida que los niveles de autonomía y poder de decisión de las mujeres son más elevados. (Casique, 2003). Finalmente, entre aquellas mujeres que se encuentran en la necesidad de anticoncepción pero que no usan ningún método, encontramos que las razones por las cuales no llegan a utilizar algún método son debido a que no llevan a cabo sus derechos reproductivos como mujeres, por la ausencia de conocimiento y por la oposición de los esposos, por consecuencia es que se muestra una reducción significativa de su prevalencia de no utilizar.

Se constata que en Michoacán la mayoría de las mujeres conoce al menos un método anticonceptivo, independientemente del grupo de pertenencia según la edad, situación conyugal, el número de hijos nacidos vivos, la escolaridad, lugar de residencia y la condición de habla de alguna lengua indígena. Por nivel escolar, llama la atención que en las mujeres sin escolaridad se haya registrado un nivel de conocimiento de anticonceptivos de 68.3% en 2009. Por lugar de residencia, el conocimiento de los métodos se redujo más en las áreas rurales con un 89.3%, mientras que en las urbanas encontramos un 97.4%. Pero en la condición de habla de lengua indígena, lo mismo que en las mujeres sin escolaridad, se vuelve a presentar una disminución en el conocimiento de los métodos en las mujeres hablantes de lengua indígena con un 61.6%. (Poblacion, 2011)

Dentro del municipio de Tingüindín podemos encontrar diferentes factores que intervienen en la elección de los métodos anticonceptivos, podemos mencionar que dichos factores son el nivel de conocimiento que presentan las mujeres sobre los métodos, algunas de ellas tienen muy arraigada la creencia de que no es necesario protegerse con algún método para prevenir un embarazo, ya que la pareja es la que tiene la obligación de cuidarlas, muchas de ellas viven retirado de los servicios de salud, lo cual les dificulta el poder acudir por algún método.

1.2 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es prevalencia de métodos anticonceptivos y factores que condicionan su elección en las mujeres que acudieron al servicio de planificación familiar del centro de salud de Tingüindín en el año 2020?

PREGUNTAS SUBSECUENTES

¿Qué prevalencia existe de métodos anticonceptivos en las mujeres que acudieron al servicio de planificación familiar del centro de salud de Tingüindín en el año 2020?

¿Cuáles son los factores que condicionan a la elección de métodos anticonceptivos en las mujeres que acudieron al servicio de planificación familiar del centro de salud de Tingüindín en el año 2020?

1.3 OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Analizar la prevalencia de métodos anticonceptivos y factores que condicionan su elección en las mujeres que acudieron al servicio de planificación familiar del centro de salud de Tingüindín en el año 2020.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Determinar la prevalencia de elección de métodos anticonceptivos en las mujeres que acudieron al servicio de planificación familiar del centro de salud de Tingüindín en el año 2020 mediante datos estadísticos.
2. Conocer los factores que condicionan la elección de métodos anticonceptivos en las mujeres que acudieron al servicio de planificación familiar del centro de salud de Tingüindín en el año 2020.

1.4 JUSTIFICACION

Para descubrir la situación de la problemática fue necesario tomar en cuenta la tarjeta para control de usuarias(os) de anticonceptivos, en las cuales se pudo encontrar los factores que intervienen para la elección de algún método anticonceptivo, ya que en dichas tarjetas nos mencionaba la edad, la fecha de su próxima cita, método utilizado, el estado civil y el nivel educativo, siendo estos últimos dos los que nos ayudarían para saber la prevalencia en la elección de métodos, la mayoría de las mujeres que acudían al centro de salud no presentaban un nivel educativo alto, al contrario, el máximo de estudios era la primaria e incluso había algunas de ellas que tenían la secundaria pero incompleta, siendo esto un factor ya que no presentaban un conocimiento adecuado de métodos, solamente conocían por lo que veían en redes sociales o lo poco que llegaban a investigar antes de acudir al centro de salud; por el estado civil pude observar que las mujeres que se encontraban casadas o vivían en unión libre decidían cuidarse con algún método hormonal, más sin embargo la mayoría no sabía los efectos, las indicaciones o si les serviría o no el método, solamente lo usaban porque dentro de la sociedad les decían que era el mejor o por el simple hecho de que personas allegadas a ellas les comentaban que ese les servía, por otra parte las mujeres que no tenían pareja o que no vivan con ella utilizaban más bien métodos de barrera como el condón, aunque algunas de ellas querían algún método hormonal pero por la comodidad de no estar acudiendo tan seguido

al centro de salud por que vivían un poco retirado o la pareja no las dejaba acudir.

En acercamiento en directo con las usuarias que acudían al servicio de planificación familiar en el centro de salud de Tingüindín, se pudo notar que tenían muy poco conocimiento sobre los métodos, al observar yo esa situación les cuestionaba sobre los métodos para poder saber en dónde se encontraba el problema, por lo tanto pedían que se les brindara información sobre el uso correcto de métodos, en donde surgían preguntas tales como: ¿Cuál es la forma correcta de utilizarse?, ¿Cada cuando se utilizan? y ¿Me servirá en base a mi estilo de vida, brindándome así un panorama amplio para saber de dónde comenzar y que puntos tomar.

CAPITULO II REFERENTES TEORICOS/ MARCO TEORICO/ REVISION DE LA LITERATURA

2.1 CONCEPTOS Y SUPUESTOS

MARCO TEORICO

FICHA DE IDENTIFICACION DE TINGUINDIN

Municipio del Estado de Michoacán. Es un poblado de origen prehispánico, sus habitantes sirvieron a los tarascos bajo el mando de Tanganxoán, en las luchas libradas contra los aztecas.

Durante la colonia, el lugar fue conquistado por Cristóbal de Olid en 1533 y se constituyó en "República de Indios", instalándose Alcaldía Mayor y Corregimiento tributario. La doctrina les fue administrada por Hernando de Alfaro, quien les enseñó el castellano de modo que entraron a un temprano comercio con los españoles, intercambiando añiles, maíz, trigo y legumbres.

Para el siglo XVII la población continuó siendo cabecera del partido de indios y se administraba la religión en su lengua (tarasca). (Duarte, 2020)

LOCALIZACIÓN GEOGRÁFICA Y HABITANTES

Tingüindín es uno de los municipios del estado de Michoacán. Con una superficie de 173.919 Km², Con tipo de Urbanización, no urbano. Colinda al norte con los municipios de Villamar y

Tangamandapio; al este con los municipios de Tangamandapio y Los Reyes; al sur con los municipios de Los Reyes y Tocumbo; al oeste con los municipios de Tocumbo, Cotija y Villamar.

Tingüindín es un municipio con 14,934 habitantes (hombres 6,448 y 7,063 mujeres) situado en el Estado de Michoacán de Ocampo.

CARACTERÍSTICAS

Relieve: Formado por el sistema volcánico transversal, la sierra de Patambam y los cerros Grande y de la Vacas.

Clima: Tropical y templado, con lluvias en verano. Tiene una precipitación pluvial anual de 1,100 milímetros cúbicos y temperaturas que oscilan de 6 a 21^o grados centígrados.

Hidrografía: Procede de los ríos San Antonio, Del Muerto y El Tequila.

Flora: Predomina el bosque tropical deciduo, con parota, cirían, guaje, ceiba, guayan, cascalote y el bosque mixto con pino, encino, aile, freno y cedro.

Fauna: Compuesta por liebre, zorrillo, tlacuache, cacomixtle, comadreja, tejón, tusa, armadillo, coyote, conejo, ardilla, venado, pato y guajolote silvestre.

DESARROLLO SOCIAL

Educación: Cuentan con la siguiente infraestructura educacional: preescolar, primaria, secundaria, bachillerato, profesional medio y educación especial.

Salud: La atención a la salud es prestada en el municipio por la Secretaría de Salud del Gobierno del Estado y el Instituto Mexicano del Seguro Social y por la Cruz Roja. El renglón de bienestar social es atendido en sus diferentes vertientes por el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia.

Cultura: El 97.34% de la gente de Tingüindín es católica.

Monumentos Arquitectónicos (La Parroquia de San Miguel Arcángel, La capilla de nuestra Señora de la Asunción, La capilla de San Miguel).

Fiestas y tradiciones (del 28 al 29 de junio fiesta patronal en honor de San Pedro y San Pablo, del 1º al 15 agosto celebración en honor de nuestra señora de la Asunción, el 3 de septiembre acto cívico Natalicio del General Francisco J. Múgica).

DESARROLLO ECONÓMICO

Principales actividades económicas del municipio

Sector primario: Agricultura, ganadería, silvicultura y pesca

Sector secundario: Industria manufacturera, construcción, electricidad y agua

Sector terciario: comercio, transporte y comunicaciones, turismo, administración pública entre otros.

La principal fuente de trabajo se da en el sector primario con un 54.2%, el secundario con un 17.2% y el terciario con un 24.1%, el 4.5% no específico.

ANTECEDENTES
ANTICONCEPTIVOS)

HISTORICOS

(METODOS

Dentro del concepto de la salud reproductiva, la planificación familiar es un derecho humano que implica la facultad que tienen mujeres y hombres de disfrutar de una vida sexual satisfactoria, segura, libre e informada. En México, las políticas públicas en materia de planificación familiar y anticoncepción se remontan a la década de los setenta, cuando la fecundidad y el crecimiento de la población alcanzaron los niveles más altos en la historia del país. Así, en sus primeros años de existencia, la planificación familiar se orientó a reducir las tasas de fecundidad y a disminuir el crecimiento de la población. Más tarde, las acciones se orientaron a mejorar la salud materna e infantil. Y desde 1994, el objetivo principal ha sido asegurar el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de la población con perspectiva de género y enfoque intercultural. (Vinales, 2021)

Todos los métodos han contribuido en conseguir la libertad sexual, y con ello también de *la* liberación de la mujer. Ante este enorme progreso, las leyes morales y civiles se han ido modificando, dejando al descubierto unos cambios profundos en la sociedad, una verdadera revolución económico-social que está teniendo repercusión en la estructura familiar convencional. (Nuñez, 2018) Con ello se ha hecho realidad el pensamiento de Freud cuando en 1.898 dijo: “Teóricamente sería uno de los mayores triunfos de la humanidad, si el acto responsable de la procreación pudiera ser

elevado al nivel de una conducta voluntaria e impersonal, y de esta manera separarla del imperativo de satisfacer un impulso natural”.

NORMA OFICIAL MEXICANA NOM 005-SSA2-1993, DE LOS SERVICIOS DE PLANIFICACION FAMILIAR

Objeto y campo de aplicación

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. El campo de aplicación de esta Norma lo constituyen los servicios de atención médica y comunitaria de las instituciones de los sectores público, social y privado, y regula requisitos para la organización, prestación de servicios y desarrollo de todas las actividades que constituyen los servicios de planificación familiar. Esta Norma es de observancia obligatoria en todas las unidades de salud, para la prestación de los servicios de planificación familiar de los sectores público, social y privado del país. (CNDH, 1994)

Disposiciones generales

5.1 Servicios de planificación familiar

5.1.1 Los servicios de información, orientación, consejería, selección, prescripción y aplicación de anticonceptivos, identificación y manejo de casos de esterilidad e infertilidad, así como de prevención de enfermedades de transmisión sexual y de atención materno infantil, constituyen un conjunto de acciones, cuyo propósito es contribuir al logro del estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad durante el proceso de reproducción y el ejercicio de la sexualidad, así como al bienestar de la población.

5.1.2 Los servicios de planificación familiar que se imparten por personal médico y paramédico de las instituciones de salud, auxiliar comunitario y médicos privados, deben comprender las siguientes actividades:

- Promoción y difusión.
- Información y educación.
- Consejería.
- Selección, prescripción y aplicación de métodos anticonceptivos.
- Identificación y manejo de casos de infertilidad y esterilidad.

5.1.3 La prestación de los servicios de planificación familiar debe ofrecerse sistemáticamente, a toda persona en edad reproductiva que acuda a los servicios de salud, independientemente de la causa que motive la consulta y demanda de servicios, en especial a

las mujeres portadoras de mayor riesgo reproductivo.

5.1.4 Los servicios de planificación familiar deben ser gratuitos cuando sean prestados por instituciones del sector público.

5.1.5 Todo solicitante de los servicios de planificación familiar debe quedar protegido para evitar embarazos no deseados y prevenir el embarazo de alto riesgo, para lo cual, además de la información que reciba, se le debe proporcionar consejería adecuada y, en caso de aceptarlo, se debe prescribir o aplicar algún método anticonceptivo lo cual puede ocurrir desde la primera atención.

5.1.6 Todo usuario puede asistir libremente al servicio de planificación familiar para recibir atención adecuada cuando tenga alguna duda o se presente algún efecto colateral importante imputable al uso del método anticonceptivo, aun cuando no tuviera cita.

5.1.7 El instrumental y los materiales que se empleen para la prestación de servicios de planificación familiar, deben cumplir las condiciones de higiene y esterilización, de acuerdo con los procedimientos propios de cada método.

5.1.8 Los locales donde se presten los servicios de planificación familiar, deben de cumplir las condiciones higiénicas y de limpieza que garanticen la atención a los usuarios sin riesgo para su salud.

5.1.9 Las unidades de atención médica que presten servicios de planificación familiar deben llevar un control de existencias de material anticonceptivo, para garantizar en forma permanente la

prestación de los servicios a que se refiere esta Norma.

5.1.10 Los responsables de las unidades de atención médica deben verificar que el personal efectúe la prestación de los servicios de planificación familiar, atendiendo criterios de calidad, de conformidad con lo señalado por esta Norma.

5.2 Promoción y difusión

La promoción y difusión de los servicios de planificación familiar se deben efectuar a través de acciones de comunicación en medios masivos, participación social y comunitaria, técnicas grupales, entrevistas personales, y visitas domiciliarias para dar a conocer la importancia de la práctica de la planificación familiar para la salud, así como la existencia de los servicios correspondientes en unidades médicas, centros comunitarios de atención y servicios médicos privados.

5.3 Información y educación

Deben impartirse tanto a hombres como a mujeres a nivel grupal o individual y comprender los siguientes aspectos:

- a) Sexualidad y reproducción humana desde los puntos de vista biológico, psicológico y social.
- b) Información y orientación sobre salud reproductiva, con énfasis en los principales factores de riesgo reproductivo en las diferentes etapas de la vida.
- c) Información sobre los métodos anticonceptivos disponibles para hombres y mujeres, su presentación, efectividad

anticonceptiva, indicaciones, contraindicaciones, ventajas y desventajas, efectos colaterales e instrucciones sobre su uso, y si procede, información sobre su costo.

d) Información sobre lo que el usuario debe esperar de los prestadores de los servicios con respecto a asesoría técnica y abastecimiento de métodos anticonceptivos.

e) Información y orientación sobre esterilidad e infertilidad.

5.4 Consejería

5.4.1 Definición

La consejería en Planificación Familiar debe incluir un proceso de análisis y comunicación personal, entre los prestadores de servicios y los usuarios potenciales y activos, mediante el cual se brinden a los solicitantes de métodos anticonceptivos, elementos para que puedan tomar decisiones voluntarias, conscientes e informadas acerca de su vida sexual y reproductiva, así como para efectuar la selección del método más adecuado a sus necesidades individuales y así asegurar un uso correcto y satisfactorio por el tiempo que se desea la protección anticonceptiva.

5.4.2 Características

5.4.2.1 La consejería debe proporcionar información, orientación y apoyo educativo a individuos y parejas, para esclarecer las dudas que pudieran tener sobre los métodos anticonceptivos en cuanto a:

- Sus características.

- Efectividad anticonceptiva.
- Indicaciones.
- Contraindicaciones y precauciones.
- Forma de administración.
- Lineamientos generales para la prescripción.
- Duración de la protección anticonceptiva.
- Seguridad, efectos colaterales y conducta a seguir.
- Necesidad de seguimiento, evaluación y reforzamiento de la protección anticonceptiva.
- Cuando proceda, información sobre el costo.

5.4.2.2 La consejería debe hacer énfasis en la correlación entre los atributos y limitaciones de los métodos anticonceptivos. Se debe poner especial atención en la seguridad, efectividad y duración de la protección anticonceptiva de cada uno de los métodos, así como de sus características, forma de uso, necesidades de seguimiento y participación activa y comprometida de los usuarios.

5.4.2.3 La consejería debe tomar en cuenta en todo momento, que la decisión y consentimiento responsable e informado de los usuarios deben ser respetados en forma absoluta.

5.4.2.4 El consejero debe constatar que los aceptantes han recibido y comprendido la información completa sobre las características, usos y riesgos de los diferentes métodos anticonceptivos, así como de su responsabilidad por el buen uso de ellos.

5.4.2.5 La consejería debe dar particular atención a los siguientes grupos e individuos:

- a) adolescentes
- b) usuarios que solicitan métodos de anticoncepción permanente
- c) individuos que presentan limitaciones físicas o psíquicas que puedan afectar su capacidad de decisión.
- d) en el posparto y pos cesárea cuando el recién nacido presente problemas de salud que comprometan su supervivencia.

5.4.2.6 La consejería debe proporcionar información completa sobre los diferentes métodos anticonceptivos, tanto a los nuevos usuarios o aceptantes, como a los usuarios activos, con el fin de esclarecer dudas.

5.4.2.7 La aceptación de métodos anticonceptivos permanentes debe ir precedida por consejería y se debe ratificar por escrito por el usuario e incluir este documento en la ficha individual o expediente clínico personal.

5.4.3 Perfil del prestador de servicios que proporciona consejería.

La consejería debe ser impartida por cualesquiera de los integrantes del personal de salud que hayan recibido capacitación especial. Para realizar una labor eficaz, el consejero debe establecer un diálogo ágil con el usuario potencial, así como observar, hacer preguntas relevantes y escuchar. Asimismo, debe

estar bien informado sobre todos los métodos anticonceptivos existentes, aspectos básicos de sexualidad y reproducción humana, incluyendo los lineamientos para la identificación y manejo de casos de esterilidad e infertilidad, factores de riesgo reproductivo, elementos del entorno sociocultural y familiar y saber transmitir esta información en forma clara y accesible a los usuarios, para lo cual debe auxiliarse de material educativo adecuado.

5.4.4 Tiempo y lugar para efectuar la consejería.

La consejería puede impartirse en las diferentes oportunidades de consulta o visita que el usuario potencial haga al prestador de servicio y puede llevarse a cabo en las unidades médicas de consulta, externa y hospitalización, en los centros de atención comunitaria o en el domicilio de los usuarios potenciales y activos. No debe efectuarse bajo situaciones de presión emocional.

5.5 Selección, prescripción y aplicación de métodos anticonceptivos

5.5.1 Los métodos anticonceptivos se utilizan para regular la capacidad reproductiva de un individuo o una pareja con el fin de evitar embarazos no deseados. Se clasifican en temporales y permanentes, y son los siguientes:

1. Temporales

- a) Hormonales orales.
- b) Hormonales inyectables.
- c) Hormonales subdérmicos.

- d) Dispositivo intrauterino.
- e) De barrera y espermicidas.
- f) Naturales o de abstinencia.

2. Permanentes

- a) Oclusión tubaria bilateral.
- b) Vasectomía.

5.5.2 Para la adecuada selección, prescripción y aplicación de métodos anticonceptivos se deben efectuar:

- Interrogatorio.
- Examen físico en función de capacitación y recursos de los prestadores de servicios, así como de los requerimientos de los métodos anticonceptivos.
- Valoración de riesgo reproductivo.
- Consejería que garantice selección informada de un método específico por el usuario.
- Señalamiento de la efectividad, duración de la protección anticonceptiva, efectos colaterales e indicaciones sobre el uso.
- Seguimiento de los usuarios de métodos anticonceptivos, para detectar oportunamente embarazo, uso incorrecto del método y efectos colaterales.
- Referencia a otra unidad de salud, cuando no exista la

posibilidad de proporcionar el método anticonceptivo seleccionado.

- Localización y promoción de la reincorporación de usuarios inasistentes al control periódico.

5.5.3 Cuando la mujer se encuentre en periodo de lactancia, se deben preferir métodos anticonceptivos no hormonales, o bien, utilizar únicamente los que contienen sólo progestina.

5.5.4 Cuando, además de la prevención de embarazos no deseados, se desee evitar el contagio de enfermedades de transmisión sexual, incluyendo al SIDA, deberá usarse el condón o preservativo, solo o en asociación con otro método, ya que es el único método que contribuye a evitar dichas enfermedades.

5.6 Identificación y manejo de casos de esterilidad e infertilidad

Para propósitos de esta Norma:

5.6.1 Definición de esterilidad: incapacidad que presente un individuo, hombre o mujer, en edad fértil, para lograr un embarazo por medios naturales, después de un periodo mínimo de 12 meses de exposición regular al coito, sin uso de métodos anticonceptivos.

5.6.2 Definición de infertilidad: incapacidad de la pareja o del individuo (mujer) para poder llevar a término la gestación con un producto vivo, después de dos años de exposición regular al coito, sin uso de métodos anticonceptivos.

6. Métodos anticonceptivos

Métodos anticonceptivos son aquéllos que se utilizan para impedir la capacidad reproductiva de un individuo o una pareja en forma temporal o permanente.

6.1 Métodos hormonales orales

Son métodos temporales y se dividen en dos grupos: los combinados de estrógeno y progestina y los que contienen sólo progestina.

6.1.1 Hormonales combinados orales que contienen estrógeno y progestina

6.1.1.1 Formulación

Contienen un estrógeno sintético: etinil estradiol (20-50 µg) o mestranol (50 - 100 µg). Las dosis diarias recomendables no deben exceder de 35 µg de etinil estradiol o de 50 µg de mestranol.

Además del estrógeno contienen una de cualesquiera de las siguientes progestinas sintéticas derivadas de la 19 Nortestosterona: noretisterona (400 µg-1mg), norgestrel (300-500 µg), levonorgestrel (50-250 µg), gestodeno (75 µg), norgestimato (250 µg) y desogestrel (150 µg), o derivadas de la 17 hidroxiprogesterona: acetato de clormadinona (2 mg) y acetato de ciproterona (2 mg).

6.1.1.2 Presentación

Existen tres tipos de presentaciones de los anticonceptivos hormonales combinados orales:

- Las que contienen dosis constantes del estrógeno y de la progestina en cada una de las tabletas. Se presentan en cajas de 21 tabletas. Algunas presentaciones incluyen siete tabletas adicionales que no contienen hormonas, sino sólo hierro o lactosa, resultando ciclos de 28 tabletas para administración ininterrumpida.
- Las que contienen dosis variables del estrógeno y de la progestina en las tabletas que se administran dentro del ciclo de 21 días, se denominan trifásicos por incluir tabletas con tres cantidades diferentes de hormonas sintéticas.
- Aquellas que en el paquete para 21 días contienen 15 tabletas con el estrógeno solo, seguidas por seis tabletas con dosis fijas del estrógeno, más alguna progestina sintética, se denominan secuenciales y no se debe recomendar su uso como anticonceptivo.

6.1.1.3 Efectividad anticonceptiva

Este método brinda protección anticonceptiva del 92 al 99%.

6.1.1.4 Indicaciones

Están indicados para mujeres en edad fértil con vida sexual activa, nuligestas, nulíparas o multíparas, incluyendo adolescentes, que deseen un método temporal de alta efectividad y seguridad y que acepten la responsabilidad de la ingesta diaria de las tabletas en las siguientes circunstancias:

- Antes del primer embarazo.

- En el intervalo intergenésico.
- En posaborto inmediato
- En posparto o poscesárea, después de la tercera semana, si la mujer no está lactando.

6.1.1.5 Contraindicaciones

- Lactancia en los primeros seis meses posparto.
- Embarazo o sospecha de embarazo.
- Tener o haber tenido enfermedad tromboembólica, embolia pulmonar, accidente cerebrovascular, insuficiencia cardíaca, cardiopatía isquémica, y cardiopatía reumática.
- Tener o haber tenido cáncer mamario o del cérvix.
- Tener o haber tenido tumores hepáticos.
- Enfermedad hepática aguda o crónica activa.
- Durante la administración crónica de rifampicina o anticonvulsivantes

6.1.1.6 Precauciones

- Hemorragia uterina anormal de etiología no determinada.
- Fumadoras mayores de 35 años de edad.
- Hipertensión arterial.
- Diabetes mellitus no controlada.
- Migraña focal.

- Leiomiomatosis uterina.
- Insuficiencia renal.
- Alteraciones de la coagulación.

6.1.1.7 Forma de administración

- Los anticonceptivos hormonales combinados orales, en el primer ciclo de tratamiento, deben iniciarse preferentemente dentro de los primeros cinco días del ciclo menstrual. También pueden iniciarse al sexto o séptimo día. En este caso debe usarse simultáneamente un método de barrera durante los primeros siete días de la administración del método.
- En las presentaciones de 21 tabletas se ingiere una tableta diaria durante 21 días consecutivos, seguidos de siete días de descanso sin medicación. Los ciclos subsecuentes deben iniciarse al concluir los siete días de descanso.
- En las presentaciones de 28 tabletas se ingiere una de éstas, que contienen hormonas, diariamente durante 21 días consecutivos, seguidos de siete días durante los cuales se ingiere diariamente una tableta que contiene hierro o lactosa. Los ciclos subsecuentes se inician al concluir el previo.
- Este método debe suspenderse dos semanas antes de una cirugía mayor electiva o durante la inmovilización prolongada de alguna extremidad y reiniciarse dos semanas después.

6.1.1.8 Lineamientos generales para la prescripción

Pueden obtenerse en unidades de atención médica y programas institucionales de distribución comunitaria o adquirirse en las farmacias.

Se deben realizar los siguientes procedimientos para su prescripción:

- Proporcionar consejería.
- Efectuar interrogatorio.
- Instruir a la mujer en el uso adecuado de las tabletas.
- Efectuar examen físico en función de capacitación y recursos de los prestadores de servicios y requerimientos de los métodos anticonceptivos, incluyendo toma de la tensión arterial, examen de mamas, examen pélvico y toma de Papanicolaou.

6.1.1.9 Duración de la protección anticonceptiva

La protección anticonceptiva está limitada a cada uno de los ciclos durante los cuales se ingieren las tabletas en forma correcta.

6.1.1.10 Efectos colaterales

Algunas mujeres pueden presentar:

- Cefalea.
- Náusea.
- Vómito.
- Mareo.
- Mastalgia.
- Cloasma,

6.1.1.11 Conducta a seguir en caso de presentarse efectos colaterales

- En caso de sintomatología leve, reforzar la consejería y recomendar a la usuaria que continúe el uso del método.
- Suspender el uso del método, reforzar consejería y ofrecer cambio de método

6.1.1.12 Conducta a seguir en caso de uso irregular del método anticonceptivo

- En caso de olvido de una tableta tomar al día siguiente dos.
- En caso de olvido de dos tabletas consecutivas ingerir dos tabletas durante los dos días siguientes, y adicionar un método de barrera por siete días.
- En caso de olvido de tres tabletas consecutivas, el método ya no es efectivo. Se debe suspender la ingestión de las tabletas restantes, utilizar un método de barrera durante el resto del ciclo y reiniciar la ingestión de tabletas en el siguiente ciclo menstrual.
- La diarrea y el vómito intensos pueden interferir con la efectividad de las tabletas.

6.1.1.13 Seguimiento de la usuaria

Se efectuará mediante una visita inicial al mes y posteriormente cada año a partir del inicio del uso del método o antes si es necesario. En cada visita se reforzará la consejería, se vigilará el uso correcto del método, la satisfacción con el mismo, la posible aparición de efectos colaterales y cuando proceda, se dotará a la usuaria de las tabletas. En la primera visita y en cada una de las

subsecuentes se pueden prescribir y/o entregar hasta cuatro ciclos.

6.1.2 Hormonales orales que sólo contienen progestina

6.1.2.1 Formulación

Existen dos formulaciones que contienen dosis bajas de una progestina sintética, linestrenol 0.5 mg y levonorgestrel 35 µg (no contienen estrógenos).

6.1.2.2 Presentación

Se presenta en cajas que contienen 35 tabletas.

6.1.2.3 Efectividad anticonceptiva

Este método brinda protección anticonceptiva del 90 al 97%.

6.1.2.4 Indicaciones

Los anticonceptivos hormonales orales que sólo contienen progestina están indicados para mujeres en edad fértil con vida sexual activa, nuligestas, nulíparas o multíparas, incluyendo adolescentes, que deseen un método temporal de alta efectividad y seguridad y que acepten la responsabilidad de la ingesta diaria de las tabletas, en las siguientes circunstancias:

- Antes del primer embarazo.
- En el intervalo intergenésico.
- En el posparto o poscesárea, con o sin lactancia y cuando se deseen anticonceptivos orales.
- En el posaborto inmediato.

6.1.2.5 Contraindicaciones

- Embarazo o sospecha de embarazo.
- Tener o haber tenido cáncer mamario o del cérvix.
- Tener o haber tenido tumores hepáticos.

- Enfermedad hepática aguda o crónica activa.
- Durante la administración crónica de rifampicina o anticonvulsivantes.

6.1.2.6 Precauciones

- Hemorragia uterina anormal de etiología no determinada.
- Insuficiencia renal.
- Cardiopatía isquémica.
- Depresión importante.
- Migraña focal.

6.1.2.7 Forma de administración

- Los anticonceptivos hormonales orales que sólo contienen progestina en su primer ciclo de tratamiento deben iniciarse preferentemente el primer día de la menstruación. Si el inicio se efectúa después del primero y antes del sexto día desde el inicio de la menstruación, se deberá usar un método de barrera, como apoyo, durante siete días.
- Es necesario tomar la tableta a la misma hora.
- En el posparto, o poscesárea cuando la mujer esté lactando se debe iniciar después de la sexta semana. Si no está lactando puede iniciarse después de la tercera semana.
- Al suspender totalmente la lactancia se puede recomendar el cambio a otro método anticonceptivo.

6.1.2.8 Lineamientos generales para la prescripción

- Pueden obtenerse en unidades de atención médica y programas institucionales o adquirirse en farmacias.

Se deben realizar los siguientes procedimientos para su

prescripción:

- Proporcionar consejería.
- Efectuar interrogatorio.
- Instruir a la mujer en el uso adecuado de las tabletas en forma diaria ininterrumpida.
- Efectuar examen físico en función de capacitación y recursos de los prestadores de servicios y requerimientos de los métodos anticonceptivos incluyendo: toma de la tensión arterial, examen de mamas, examen pélvico y toma de Papanicolaou.

6.1.2.9 Duración de la protección anticonceptiva

La protección anticonceptiva está limitada al día en que se ingiere la tableta. Si se omiten una o más tabletas el método es inefectivo.

6.1.2.10 Efectos colaterales

- Irregularidades menstruales.
- Cefalea.
- Mastalgia.

6.1.2.11 Conducta a seguir en caso de presentarse efectos colaterales

- Cuando hay amenorrea y antecedente de ingestión irregular de la tableta se debe descartar la existencia de embarazo.
- En caso de sintomatología leve, se debe reforzar la consejería y recomendar a la usuaria continuar el uso.
- El uso del método se debe suspender si se presenta: embarazo confirmado o intolerancia a las alteraciones del ciclo menstrual.

6.1.2.12 Conducta a seguir en caso de uso irregular del método anticonceptivo

- En caso de olvido de una o más tabletas se debe adicionar un método de barrera, descartar la posibilidad de embarazo y luego reiniciar el uso de las tabletas o cambiar método.
- La diarrea y el vómito intensos pueden interferir con la efectividad de las tabletas.

6.1.2.13 Seguimiento de la usuaria

- Se debe efectuar mediante una visita inicial al mes y posteriormente al menos cada año o cuando se estime necesario por el prestador del servicio o la usuaria.
- En la primera visita y en cada una de las subsecuentes se pueden prescribir y/o entregar hasta cuatro ciclos de tabletas.

6.2 Métodos hormonales inyectables

Los anticonceptivos hormonales inyectables son métodos temporales de larga acción y se dividen en dos grupos: los combinados de estrógeno y progestina y los que contienen sólo progestina.

6.2.1 Hormonales combinados inyectables que contienen estrógeno y progestina

6.2.1.1 Formulación

- Contienen un éster de estradiol: cipionato de estradiol (5 mg), valerianato de estradiol (5 mg) o enantato de estradiol (5 y 10 mg). Las dosis recomendables del éster de estradiol no deben exceder de 5 mg al mes.

- Además de estrógeno contienen una de cualesquiera de las siguientes progestinas sintéticas esterificadas derivadas de la 19-nortestosterona: enantato de noretisterona (50 mg), o derivadas de la 17-hidroxiprogesterona: acetato de medroxiprogesterona (25 mg) y acetofénido de dihidroxiprogesterona (75 y 150 mg).

6.2.1.2 Presentación

Existen cuatro tipos de anticonceptivos hormonales combinados inyectables:

- Cipionato de estradiol 5 mg + acetato de medroxiprogesterona 25 mg en 0.5 ml de suspensión acuosa microcristalina.
- Valerianato de estradiol 5 mg + enantato de noretisterona 50 mg en 1 ml de solución oleosa.
- Enantato de estradiol 5 mg + acetofénido de dihidroxiprogesterona 75 mg en 1 ml de suspensión acuosa.
- Enantato de estradiol 10 mg + acetofénido de dihidroxiprogesterona 150 mg en 1 ml de suspensión acuosa.

6.2.1.3 Efectividad anticonceptiva

Bajo condiciones habituales de uso, este método brinda protección anticonceptiva mayor al 99%.

6.2.1.4 Indicaciones

Estos anticonceptivos están indicados para mujeres en edad fértil con vida sexual activa, nuligestas, nulíparas o multíparas, incluyendo adolescentes, que deseen un método anticonceptivo

hormonal de larga acción e inyectable, en las siguientes circunstancias:

- Antes del primer embarazo.
- En el intervalo intergenésico.
- En posaborto.
- En posparto, o poscesárea después de la tercera semana, si la mujer no está lactando.

6.2.1.5 Contraindicaciones

- Lactancia en los primeros seis meses posparto.
- Embarazo o sospecha de embarazo.
- Tener o haber tenido cáncer mamario o de cérvix.
- Tener o haber tenido enfermedad tromboembólica incluyendo trombosis de venas profundas, embolia pulmonar, accidente cerebrovascular, insuficiencia cardíaca, cardiopatía isquémica y cardiopatía reumática.
- Tener o haber tenido tumores hepáticos benignos o malignos.
- Tener enfermedad hepática aguda o crónica activa.
- Durante la administración crónica de rifampicina o anticonvulsivantes.

6.2.1.6 Precauciones

- Hemorragia uterina anormal de etiología no determinada.
- Fumadoras mayores de 35 años de edad.
- Hipertensión arterial.
- Diabetes mellitus no controlada.

- Migraña focal.
- Leiomiomatosis uterina.
- Insuficiencia renal.
- Alteraciones de la coagulación.

6.2.1.7 Forma de administración

- Los anticonceptivos hormonales combinados inyectables se aplican por vía intramuscular profunda en la región glútea.
- La primera aplicación debe hacerse en cualquiera de los primeros cinco días después de iniciada la menstruación. También puede iniciarse en cualquier momento, si se está razonablemente seguro de que la usuaria no está embarazada. Si el método se inicia después del quinto día del ciclo menstrual debe usarse simultáneamente un método de barrera durante los primeros siete días después de la inyección. Las inyecciones subsecuentes deben aplicarse cada 30 +/- 3 días, independientemente de cuando se presente el sangrado menstrual.
- Las usuarias de anticonceptivos inyectables que sólo contienen progestina pueden cambiar al hormonal combinado inyectable recibiendo la primera aplicación de éste en el día programado para su inyección. Posteriormente se debe aplicar cada 30 +/- 3 días independientemente de cuando se presente el sangrado menstrual.
- En el posparto, o poscesárea cuando la mujer no efectúa lactancia, la administración del hormonal combinado inyectable se puede iniciar después de la tercera semana.

- Después de un aborto se puede iniciar la administración del hormonal combinado inyectable a las dos semanas.
- Estos anticonceptivos deben suspenderse 45 días antes de una cirugía mayor electiva, o durante la inmovilización prolongada de alguna extremidad y reiniciarse dos semanas después.

6.2.1.8 Lineamientos generales para la prescripción

- Los anticonceptivos hormonales combinados inyectables pueden obtenerse en unidades de atención médica y en programas de distribución comunitaria o adquirirse en las farmacias.
- Se deben realizar los siguientes procedimientos para su prescripción:
 - Proporcionar consejería.
 - Efectuar Interrogatorio.
 - Instruir a la mujer en el uso adecuado de los inyectables.
- Efectuar examen físico, en función de capacitación y recursos de los prestadores de servicios y requerimientos de los métodos anticonceptivos incluyendo: toma de la tensión arterial, examen de mamas, examen pélvico y toma de muestra para citología cérvico-vaginal (Papanicolaou). En caso de adolescentes el examen pélvico y la toma de muestra para citología cérvico-vaginal, puede diferirse para consultas subsecuentes.
- Se deben utilizar jeringas y agujas estériles que sean desechables.

6.2.1.9 Duración de la protección anticonceptiva

La protección anticonceptiva se extiende hasta por 33 días después de la aplicación de la inyección. La aplicación de inyecciones subsecuentes después de 33 días a partir de la anterior no garantiza protección anticonceptiva.

6.2.1.10 Efectos colaterales

Algunas mujeres pueden presentar:

- Irregularidades menstruales.
- Cefalea.
- Náusea.
- Vómito.
- Mareo.
- Mastalgia.
- Incremento de peso corporal.

6.2.1.11 Conducta a seguir en caso de presentarse efectos colaterales

- En casos de sintomatología leve, se debe reforzar la consejería y recomendar a la usuaria que continúe el uso del método, ya que esta sintomatología puede ser transitoria y comúnmente se presenta sólo en los primeros meses de uso.
- Suspender el uso del método si se presentara alguna de las siguientes situaciones:
 - Sospecha de embarazo.
 - Cefalea intensa.
 - Alteraciones visuales.

- Dolor torácico intenso.
- Disnea.
- Dolor de miembros inferiores.
- Ictericia.
- Intolerancia a las irregularidades del ciclo menstrual.
- Persistencia o intolerancia de efectos colaterales más allá de seis meses.

6.2.1.12 Conducta a seguir en caso de uso irregular del método anticonceptivo

- Para asegurar la efectividad del método es indispensable que las inyecciones subsecuentes se apliquen con un intervalo máximo de 33 días. No es recomendable aplicarlas antes de 27 días.
- Si se omite la aplicación de la inyección en el periodo adecuado, deben prescribirse métodos de barrera y diferir la inyección al siguiente ciclo menstrual.
- Si la aplicación de la inyección se efectuó tardíamente (después de 33 días), deben adicionarse métodos de barrera durante el resto de ese ciclo menstrual.

6.2.1.13 Seguimiento de la usuaria

Se debe efectuar mediante una visita inicial a los 30 días y posteriormente cada año o cuando se estime necesario por el prestador del servicio o la usuaria. En cada visita se reforzará la consejería, se valorará la satisfacción con el método, la posible aparición de efectos colaterales y cuando proceda se aplicará la siguiente inyección. En la primera visita y en cada una de las

subsecuentes se pueden entregar varias ampolletas, pero sólo tres o cuatro son programáticamente razonables. El número de ampolletas que se proporcionen puede estar determinado por razones programáticas, logísticas o financieras, incluyendo la capacidad de la usuaria de pagar en un sistema de recuperación de cuotas.

6.2.2 Hormonales inyectables que sólo contienen progestina

6.2.2.1. Formulación

Contienen una progestina sintética esterificada derivada de la 19-nortestosterona, enantato de noretisterona (200 mg); o derivada de la 17-hidro-xiprogesterona, acetato de medroxiprogesterona (150 mg).

6.2.2.2 Presentación

Existen dos tipos de anticonceptivos hormonales inyectables que sólo contienen progestina:

- Enantato de noretisterona 200 mg, en ampolleta con 1 ml de solución oleosa.
- Acetato de medroxiprogesterona 150 mg, en ampolleta con 3 ml de suspensión acuosa microcristalina.

6.2.2.3 Efectividad anticonceptiva

Bajo condiciones habituales de uso, este método brinda protección anticonceptiva mayor al 99%.

6.2.2.4 Indicaciones

Estos anticonceptivos están indicados para mujeres en edad fértil con vida sexual activa, nuligestas, nulíparas o multíparas, incluyendo adolescentes, que deseen un método temporal de larga

acción e inyectable, en las siguientes circunstancias:

- Antes del primer embarazo, inclusive cuando el uso de estrógenos esté contraindicado.
- En el intervalo intergenésico, inclusive cuando el uso de estrógeno esté contraindicado. - Mujeres en el posparto o poscesárea, con o sin lactancia y deseen un método inyectable.
- En el posaborto.

6.2.2.5 Contraindicaciones

- Embarazo o sospecha de embarazo.
- Tener o haber tenido cáncer mamario o del cérvix.
- Tener o haber tenido tumores hepáticos benignos o malignos.
- Tener enfermedad hepática aguda o crónica activa.
- Durante la administración crónica de rifampicina o anticonvulsivantes.

6.2.2.6 Precauciones

- Hemorragia uterina anormal de etiología no determinada.
- Insuficiencia renal
- Cardiopatía isquémica.
- Depresión importante.
- Migraña focal.
- Mujeres que deseen embarazarse en un periodo menor a 9 meses después de suspender el anticonceptivo. - Alteraciones de la coagulación.

6.2.2.7 Forma de administración

- Los anticonceptivos hormonales inyectables que sólo contienen progestina se aplican por vía intramuscular profunda en la región glútea.
- La primera aplicación debe efectuarse en cualesquiera de los primeros siete días después del inicio del ciclo menstrual.
- Las inyecciones subsecuentes de DMPA deben aplicarse cada tres meses y las de NET-EN cada dos meses independientemente de cuando se presente el sangrado.
- En el posparto, cuando la mujer esté lactando, la aplicación de estos anticonceptivos inyectables debe efectuarse después de la sexta semana.
- En el posaborto la primera aplicación puede efectuarse inmediatamente.

6.2.2.8 Lineamientos generales para la prescripción

- Los anticonceptivos inyectables que sólo contienen progestina se pueden obtener en unidades de atención médica, y en programas de distribución comunitaria o adquirirse en las farmacias con prescripción médica.
- Se deben realizar los siguientes procedimientos para su prescripción:
 - Proporcionar consejería.
 - Efectuar interrogatorio.
 - Instruir a la mujer en el uso adecuado de las inyecciones.
 - Efectuar examen físico en función capacitación y recursos del prestador de servicios y requerimientos de los métodos

anticonceptivos incluyendo: toma de la tensión arterial, examen de mamas, examen pélvico y toma de muestra para citología cérvico-vaginal (Papanicolaou). En caso de adolescentes, el examen pélvico y la toma de citología cérvico-vaginal se pueden diferir para consultas subsecuentes.

- Se debe tener especial atención para evitar el uso indistinto de anticonceptivos hormonales combinados inyectables y los que sólo contienen progestina, en razón de su diferente formulación y duración de efectividad.
- Se deben utilizar jeringas y agujas estériles que sean desechables.

6.2.2.9 Duración de la protección anticonceptiva

- La protección anticonceptiva conferida por NET-EN, se extiende por lo menos a los 60 días que siguen a la inyección, aunque en general es más prolongada.
- La protección anticonceptiva conferida por DMPA, se extiende por lo menos a los 90 días que siguen a la inyección, aunque en general es más prolongada.

6.2.2.10 Efectos colaterales

Algunas mujeres pueden presentar:

- Irregularidades menstruales.
- Amenorrea.
- Cefalea.
- Mastalgia.
- Aumento de peso.

6.2.2.11 Conducta a seguir en caso de presentarse efectos colaterales

- En caso de sintomatología leve, reforzar la consejería y recomendar a la usuaria que continúe el uso del método.
- Suspender el uso del método si se presentara alguna de las siguientes situaciones:
 - a) Sospecha de embarazo.
 - b) Intolerancia a las irregularidades del ciclo menstrual.

6.2.2.12 Conducta a seguir en caso de uso irregular del método anticonceptivo

- La aplicación de NET-EN puede efectuarse hasta dos semanas después de la fecha programada, sin necesidad de adicionar otro método. Aunque no es aconsejable, también puede aplicarse hasta dos semanas antes de la fecha programada para inyecciones subsecuentes.
- La aplicación de DMPA puede efectuarse hasta cuatro semanas después de la fecha programada, sin necesidad de adicionar otro método. Aunque no es aconsejable, también puede aplicarse hasta cuatro semanas antes de la fecha programada para inyecciones subsecuentes.

6.2.2.13 Seguimiento de la usuaria

- Se debe efectuar mediante una visita inicial y posteriormente cada año, o cuando se estime necesario por el prestador del servicio o la usuaria.
- En cada visita se reforzará la consejería, se vigilará el correcto uso del método, la satisfacción con el mismo, la

posible aparición de efectos colaterales y cuando proceda se aplicará la siguiente inyección.

- En la primera visita y en cada una de las subsecuentes se pueden entregar varias ampollas, pero sólo tres o cuatro son programáticamente razonables. El número de ampollas que se proporcione puede estar determinado por razones programáticas, logísticas o financieras, incluyendo la capacidad de la usuaria de pagar en un sistema de recuperación de cuotas.

6.3 Método hormonal subdérmico

Es un método anticonceptivo temporal, de acción prolongada, que se inserta subdérmicamente y consiste en un sistema de liberación continua y gradual de una progestina sintética (no contiene estrógeno).

6.3.1 Formulación

Seis cápsulas de dimetilpolisiloxano que contiene cada una 36 mg de levonorgestrel.

6.3.2 Presentación

Seis cápsulas con dimensiones individuales de 34 mm de longitud por 2.4 mm de diámetro transversal, que liberan en promedio 30 µg diarios de levonorgestrel.

6.3.3 Efectividad anticonceptiva

Bajo condiciones habituales de uso este método brinda protección anticonceptiva superior al 99% durante el primer año. Después disminuye gradualmente (96.5% al quinto año de uso).

6.3.4 Indicaciones

Este método está indicado para mujeres en edad fértil con vida sexual activa, nuligestas, nulíparas o multíparas, incluyendo adolescentes con patrón menstrual regular, que deseen un método anticonceptivo hormonal de larga acción que no requiere de la toma o aplicación periódica, en las siguientes circunstancias:

- Antes del primer embarazo, inclusive cuando el uso de estrógenos esté contraindicado.
- En el intervalo intergenésico, inclusive cuando el uso de estrógenos esté contraindicado.
- En el posparto o poscesárea, con o sin lactancia.
- En el posaborto inmediato.

6.3.5 Contraindicaciones

- Embarazo o sospecha de embarazo.
- Tener o haber tenido cáncer mamario o del cérvix.
- Tener o haber tenido tumores hepáticos benignos o malignos.
- Enfermedad hepática aguda o crónica activa.
- Durante la administración crónica de rifampicina o anticonvulsivantes.

6.3.6 Precauciones

- Hemorragia uterina anormal de etiología no determinada.
- Insuficiencia renal.
- Cardiopatía isquémica.
- Depresión importante.
- Migraña focal.

- Debe considerarse la posibilidad de disminución de la efectividad del método después de dos años de uso en mujeres con peso mayor de 70 kilogramos.

6.3.7 Forma de administración

Las cápsulas deben insertarse subdérmicamente en la cara interna del brazo siguiendo las normas y técnicas quirúrgicas recomendadas para el método. La inserción debe efectuarse preferentemente durante cualesquiera de los primeros siete días del ciclo menstrual o en cualquier otro día, siempre que se tenga la seguridad razonable de que no hay embarazo. En el posparto y poscesárea con lactancia, la inserción debe efectuarse después de la sexta semana del puerperio.

6.3.8 Lineamientos generales para la prescripción

Tanto las inserciones como las remociones de los implantes subdérmicos deben ser realizados por personal de salud capacitado para ello, bajo supervisión médica.

Se deben realizar los siguientes procedimientos:

- Proporcionar consejería.
- Efectuar interrogatorio.
- Indicar el uso de métodos anticonceptivos de barrera y espermicidas en caso de tener relaciones sexuales el día de la inserción.
- Efectuar examen físico incluyendo: toma de la tensión arterial, examen de mamas, examen pélvico y toma de muestra para citología cérvico-vaginal (Papanicolaou). En

caso de adolescentes, el examen pélvico y la toma de muestra para citología cérvico-vaginal puede diferirse a consultas subsecuentes.

La remoción debe efectuarse al cumplir cinco años de uso. También puede realizarse a solicitud y por decisión de la usuaria en cualquier momento antes de la terminación de la duración total de la protección anticonceptiva. Si procede se puede efectuar la inserción de nuevos implantes o cambiar a otro método anticonceptivo.

6.3.8.1 Técnica de inserción y remoción

6.3.8.1.1 Inserción

Se deben utilizar jeringas y agujas estériles que sean desechables, para aplicar la anestesia.

Se debe utilizar trócar estéril.

La mujer debe estar acostada cómodamente, boca arriba, mientras se insertan los implantes.

Brazo seleccionado: Izquierdo si es diestra, derecho si es zurda.

Sitio de la implantación: Las cápsulas pueden colocarse bajo una zona de piel sana en la cara interna del brazo.

La piel se lava con agua y jabón, luego se pincela con un antiséptico.

Se aplica anestesia local y se hace una incisión de 2 mm. Las cápsulas se introducen por la incisión en forma de abanico abierto bajo la piel a través de un trócar calibre 10, en dirección opuesta al codo. No se requiere sutura. Se aplica un vendotele. Los implantes

primero y sexto deben quedar formando un ángulo de 75 grados entre ellos.

6.3.8.1.2 Remoción

Conviene localizar las cápsulas manualmente, sin guantes y marcarlas con pluma o bolígrafo.

Se sigue el mismo procedimiento que para la inserción en cuanto a técnicas de asepsia, antisepsia y anestesia. La anestesia es muy importante, se debe de colocar bajo los implantes en su extremo más inferior. Se hace una pequeña incisión por la que se extraen las cápsulas una a una, empezando por las que estén más accesibles.

Si se dificulta extraer uno o dos implantes dejar que cicatrice y reintentar la extracción. En caso necesario usar radiología o ultrasonido para su localización y si no es posible la extracción del total de implantes, referir a la usuaria a una unidad hospitalaria para la solución del problema.

6.3.9 Duración de la protección anticonceptiva

Hasta cinco años después de la inserción.

6.3.10 Efectos colaterales

Algunas mujeres pueden presentar:

- Hematoma en el área de aplicación.
- Infección local.
- Dermatitis.
- Irregularidades menstruales.
- Cefalea.
- Mastalgia.

6.3.11 Conducta a seguir en caso de presentarse efectos colaterales

- Reforzar la consejería en relación a la inocuidad de las irregularidades menstruales y mantener los implantes insertados.
- En caso de intolerancia a las irregularidades menstruales se deben remover los implantes.
- En caso de embarazo se deben retirar los implantes inmediatamente.

6.3.12 Conducta a seguir en caso de presentarse problemas con los implantes

- En caso de expulsión de uno o más implantes deben reemplazarse por cápsulas nuevas, sin necesidad de remover o cambiar las no expulsadas.
- En caso de ruptura de una o más cápsulas, éstas deben removerse y reemplazarse por cápsulas nuevas sin necesidad de cambiar el resto.

6.3.13 Seguimiento de la usuaria.

La primera visita debe efectuarse dentro del primer mes a partir de la inserción y después cada año, hasta completar los cinco años de efectividad del implante para su sustitución o cambio de método según el deseo de la usuaria. Siempre que sea posible, a intervalos anuales, debe tomarse muestra para citología cérvico-vaginal (Papanicolaou).

Debe instruirse a la usuaria para que en caso de dudas o problemas relacionados al método, acuda a consulta en cualquier momento.

6.4 Dispositivo intrauterino

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

6.4.1 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.

6.4.2 Presentación

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

6.4.3 Efectividad anticonceptiva

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

6.4.4 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.

6.4.5 Contraindicaciones

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

6.4.6 Precauciones

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

6.4.7 Forma de administración

El DIU debe ser insertado en la cavidad uterina.

6.4.7.1 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.

6.4.8 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.

6.4.8.1 Técnica de inserción del DIU

Para la inserción de DIU durante el intervalo intergenésico, el puerperio mediato 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 mediato (prealta) no debe usarse el insertor.

6.4.8.1.1 Intervalo intergenésico

Se debe informar a la usuaria de cómo será el procedimiento de inserción y de 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.

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.

6.4.8.1.2 Inserción posplacenta

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

6.4.8.1.2.1 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.
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 30 cm de longitud.

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.

6.4.8.1.2.2 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 peridural para la atención del parto.

6.4.8.1.3 Transcesárea

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

6.4.8.1.3.1 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.
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.

6.4.8.1.3.2 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.

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

6.4.8.1.4 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 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.

6.4.8.1.5 Prealta

El DIU puede aplicarse previamente a la 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.

6.4.9 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.

6.4.10 Efectos colaterales

En general, el DIU es bien tolerado por la mayoría de las usuarias. Los efectos colaterales son poco frecuentes, 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.

6.4.11 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.

- 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.

6.4.12 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.

Siempre que sea posible, en la visita anual se debe efectuar toma de muestra para citología cérvico-vaginal (Papanicolaou).

6.5 Oclusión tubaria bilateral

6.5.1 Descripción

Es un método anticonceptivo permanente para la mujer, que consiste en la oclusión tubaria bilateral de las trompas uterinas, con el fin de evitar la fertilización.

6.5.2 Efectividad anticonceptiva

- Bajo condiciones habituales de uso, este método brinda protección anticonceptiva mayor al 99%.

6.5.3 Indicaciones

Este procedimiento está indicado para mujeres en edad fértil con vida sexual activa, nuligestas, nulíparas o multíparas que deseen un método permanente de anticoncepción, en las siguientes condiciones:

- Paridad satisfecha.
- Razones médicas.
- Retardo mental.

6.5.4 Contraindicaciones

Enfermedad inflamatoria pélvica activa.

6.5.5 Precauciones

- Embarazo o sospecha de embarazo.
- Discrasias sanguíneas no controladas.
- Anemia severa.
- En el posparto, cuando el neonato presente problemas de salud que comprometan su supervivencia.
- Falta de movilidad uterina (adherencias).

6.5.6 Forma de aplicación

6.5.6.1 Tiempo de realización

Este procedimiento puede realizarse en el intervalo, posparto, transcesárea y posaborto.

6.5.6.2 Anestesia

Se debe indicar, según el caso, anestesia local más sedación, bloqueo epidural o anestesia general.

Se debe recomendar anestesia local más sedación en el posparto, posaborto e intervalo.

6.5.6.3 Acceso a la cavidad abdominal y técnica quirúrgica

- La selección dependerá del criterio clínico, de la experiencia del médico que realice el procedimiento y de la disponibilidad de instrumental, equipo y material necesarios.
- La vía de acceso a la cavidad abdominal puede ser por minilaparotomía, laparoscopia, histeroscopia o colpotomía.

El procedimiento de oclusión tubaria puede ser por:

- Salpingectomía y ligadura.
- Salpingotomía (fimbriectomía).
- Técnicas de Pomeroy, Uchida e Irving.
- Mecánica: por aplicación de anillos de Yoon o electrofulguración.
- Se debe recomendar como procedimiento de elección la minilaparotomía con la técnica de Pomeroy modificada.
- En todos los casos se debe realizar el procedimiento siguiendo las normas y técnicas quirúrgicas recomendadas por las instituciones del Sistema Nacional de Salud.

6.5.7 Lineamientos generales para la prescripción

Por ser de carácter permanente, este método en particular requiere de:

Un proceso amplio de consejería previa a su realización.

- Autorización escrita del consentimiento informado de la usuaria (firma o huella dactilar) o de su representante legal.
- Valoración del riesgo quirúrgico y cuando proceda, del riesgo anestésico.
- La oclusión tubaria bilateral debe efectuarse por personal médico debidamente capacitado para su realización.
- El procedimiento puede efectuarse en cualquier día del ciclo menstrual, cuando se esté razonablemente seguro de que no hay embarazo.
- El procedimiento puede manejarse como cirugía de corta estancia en el puerperio de bajo riesgo, en el posaborto y en el intervalo.
- El procedimiento se debe realizar bajo las normas quirúrgicas y de esterilización establecidas.
- Siempre que se cumplan los criterios para la selección del método, la edad y paridad de la mujer no serán factores de contraindicación del método.

6.5.8 Duración de la protección anticonceptiva

Este método anticonceptivo es permanente. La aceptante debe estar consciente de esta característica antes de la realización del procedimiento.

6.5.9 Efectos colaterales

- No se conocen efectos colaterales asociados directamente al método.
- Ocasionalmente pueden presentarse problemas asociados al procedimiento anestésico (bloqueo epidural o anestesia general) o quirúrgico (hemorragia o infección).

6.5.10 Conducta a seguir

- Después del procedimiento, la usuaria debe mantenerse en observación por un periodo mínimo de dos a seis horas.
- Tomar analgésico en caso necesario.
- Puede reiniciarse la actividad laboral a los dos días poscirugía, siempre y cuando no implique esfuerzo físico pesado durante los primeros siete días.
- Si después del egreso hospitalario se detecta algún problema de salud asociado con el procedimiento, la mujer debe ser referida en forma inmediata a una unidad hospitalaria para su atención.

6.5.11 Seguimiento de la usuaria

Las revisiones subsecuentes deben programarse; la primera se debe efectuar durante la primer semana poscirugía, para revisión de la herida quirúrgica. Se debe instruir a la paciente para que acuda a consulta si se presenta cualquiera de las siguientes situaciones:

- Sintomatología urinaria.
- Dolor pélvico, abdominal o torácico severo.
- Hemorragia en la herida quirúrgica.
- Fiebre y dolor local en la herida quirúrgica.

En caso de no existir complicaciones, las siguientes revisiones se deben efectuar cada año, en las cuales, siempre que sea posible, se efectuará toma de muestra para citología cérvico-vaginal (Papanicolaou).

6.6. Vasectomía

6.6.1 Descripción

Es un método anticonceptivo permanente para el hombre, que consiste en la oclusión bilateral de los conductos deferentes, con el fin de evitar el paso de los espermatozoides.

6.6.2 Efectividad anticonceptiva

- Bajo condiciones habituales de uso, este método brinda protección anticonceptiva mayor al 99%.

6.6.3 Indicaciones

Este procedimiento está indicado para hombres en edad fértil con vida sexual activa, que deseen un método permanente de anticoncepción en las siguientes condiciones:

- Fecundidad satisfecha.
- Razones médicas.
- Retardo mental.

6.6.4 Contraindicaciones

- Criptorquidia.
- Antecedentes de cirugía escrotal o testicular.
- Historia de impotencia.

6.6.5 Precauciones

- Infección en el área operatoria.
- Hidrocele.

- Varicocele.
- Filariasis (escroto engrosado).
- Hernia inguino escrotal.
- Enfermedades hemorragíparas.

6.6.6 Forma de aplicación

6.6.6.1 Tipos de técnica quirúrgica

Hay dos tipos de procedimiento: la técnica tradicional (con bisturí) y la de Li (sin bisturí).

6.6.6.1.1 Técnica tradicional, con bisturí

Es un procedimiento quirúrgico por el cual se ligan, seccionan o bloquean los conductos deferentes a través de una pequeña incisión en el escroto.

6.6.6.1.2 Técnica de Li, sin bisturí

Es un procedimiento quirúrgico por el cual se ligan y seccionan los conductos deferentes a través de una pequeña punción en el rafe escrotal.

En ambas técnicas puede utilizarse la electrofulguración para bloquear los conductos deferentes.

6.6.7 Lineamientos generales para su prescripción

Por ser de carácter permanente, este método en particular, requiere de un proceso amplio de consejería previo a su realización.

- Autorización escrita del consentimiento informado del usuario (firma o huella dactilar) o de su representante legal.
- El procedimiento debe ser realizado por personal médico debidamente capacitado.

- El procedimiento puede manejarse como cirugía ambulatoria en unidades de primer nivel de atención.
- El procedimiento se debe realizar bajo las normas quirúrgicas y de esterilización establecidas y con anestesia local.
- Siempre que se cumplan los criterios para la selección del método, la edad y fecundidad no serán factores de contraindicación.

6.6.8 Duración de la protección anticonceptiva

Este método anticonceptivo es permanente. El aceptante debe estar consciente de esta característica antes de la realización del procedimiento.

La vasectomía no es efectiva en forma inmediata, pueden encontrarse espermatozoides hasta en las siguientes 25 eyaculaciones o hasta tres meses después del procedimiento, por lo cual se debe recomendar el uso de preservativo u otro método para evitar embarazos no deseados hasta que el conteo de espermatozoides sea negativo.

6.6.9 Efectos colaterales

No se conocen efectos colaterales asociados directamente al método.

Ocasionalmente pueden presentarse problemas asociados al procedimiento quirúrgico:

- Equimosis.
- Infección de la herida quirúrgica.
- Granuloma.

- Hematoma.

6.6.10 Conducta a seguir

- Reposo domiciliario de cuatro horas poscirugía, con aplicación alterna de hielo sobre el área quirúrgica cada 30 minutos, cuando sea posible.
- Puede reiniciarse la actividad laboral a los dos días poscirugía, siempre y cuando no implique esfuerzo físico pesado durante los primeros siete días.
- Se deben suspender las relaciones sexuales por siete días.
- Utilizar suspensorio, traje de baño o calzón ajustado por siete días, mientras esté sentado o de pie.
- Tomar analgésicos y antiinflamatorios en caso necesario.
- Si el usuario detecta algún problema relacionado con la cirugía, debe ser atendido en forma inmediata por personal capacitado.

6.6.11 Seguimiento del usuario

- Las revisiones subsecuentes deben programarse: la visita inicial se efectuará durante la primera semana poscirugía. Las siguientes se deben efectuar anualmente durante los primeros dos años o antes, si el usuario lo considera necesario.
- Se debe efectuar conteo de espermatozoides después de las primeras 25 eyaculaciones o tres meses después del procedimiento quirúrgico. En caso de ser positivo el conteo repetir al mes, si persiste positivo revalorar el caso. Durante

este lapso se debe recomendar a la pareja el uso de otro método anticonceptivo que garantice efectividad.

6.7 Métodos de barrera y espermicidas

Son métodos anticonceptivos de uso temporal que interfieren la fecundación de manera mecánica o química.

6.7.1 Métodos de barrera

6.7.1.1 Descripción

Son aquellos que impiden el paso de los espermatozoides por la acción de un obstáculo físico, algunos se acompañan también de la acción de sustancias químicas.

6.7.1.1.1 Para el hombre

Condón o preservativo: es una bolsa de plástico (látex) que se aplica al pene en erección para evitar el paso de espermatozoides. Algunos contienen además un espermicida (Nonoxinol-9). El condón o preservativo es el único método que contribuye a la prevención de enfermedades de transmisión sexual, incluyendo el SIDA.

6.7.1.1.1.1 Efectividad anticonceptiva

- Bajo condiciones habituales de uso, este método brinda protección anticonceptiva del 85 al 97%.

6.7.1.1.1.2 Indicaciones

Es un método indicado para el hombre con vida sexual activa, en las siguientes situaciones:

- Como apoyo a otros métodos anticonceptivos.
- En personas con actividad sexual esporádica.

- Como apoyo durante las primeras 25 eyaculaciones posteriores a la realización de vasectomía.
- Cuando además hay riesgo de exposición a enfermedades de transmisión sexual, incluyendo al SIDA.

6.7.1.1.1.3 Contraindicaciones

- Alergia o hipersensibilidad al plástico (látex) o al espermicida.
- Disfunciones sexuales asociadas a la capacidad eréctil.

6.7.1.1.1.4 Duración de la protección anticonceptiva

Limitada al tiempo de utilización correcta del método.

6.7.1.1.1.5 Forma de uso

- Debe usarse un condón o preservativo nuevo en cada relación sexual y desde el inicio del coito.
- Cada condón puede usarse una sola vez.
- Debe verificarse la fecha de manufactura, la cual no deberá ser mayor a cinco años.
- Se coloca en la punta del pene cuando está en erección, desenrollándolo hasta llegar a la base del pene. Debe evitarse la formación de burbujas de aire.
- Cuando el hombre no esté circuncidado debe retraer el prepucio hacia la base del pene antes de colocar el condón.
- Posterior a la eyaculación se debe retirar el pene de la vagina cuando aún esté erecto, sostener el condón por la base del pene para evitar que se derrame el semen o permanezca el condón en la cavidad vaginal.

- Se anudará el preservativo antes de su depósito final en un basurero, evitando derramar el semen.
- En caso necesario, se emplearán únicamente lubricantes solubles en agua, nunca en aceite, para evitar la pérdida de efectividad del preservativo.

6.7.1.1.1.6 Lineamientos generales para la prescripción

Se puede obtener en unidades de atención médica, en programas de distribución comunitaria y de mercadeo social o mediante adquisición libre en farmacias y otros establecimientos comerciales.

6.7.1.1.1.7 Efectos colaterales

- Intolerancia al látex o al espermicida.

6.7.1.1.1.8 Conducta a seguir en caso de presentarse efectos colaterales

Reforzar consejería y cambiar a otro método.

6.7.1.1.1.9 Seguimiento del usuario

Las visitas de seguimiento se deben efectuar de acuerdo a las necesidades del usuario, si procede, para proveer condones, para reforzar las instrucciones de uso y la consejería.

FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ELECCION DE METODOS ANTICONCEPTIVOS

El uso de métodos anticonceptivos ha sido un elemento esencial en el descenso de la fecundidad en nuestro país en los últimos 40 años. Esta aseveración puede constatarse a través del modelo de Bongaarts, el cual fue el primero en mostrar que el aumento de la

prevalencia y la efectividad con que se usan los métodos anticonceptivos da lugar a un efecto cada vez mayor en el descenso de la natalidad. (CONAPO, 2005). Lo ideal en anticoncepción es que cada mujer pueda optar por un método adecuado según su edad, condición de salud, estado de convivencia y deseo de embarazarse a futuro. Las razones de abandono más frecuentes incluyen: efectos secundarios, fallas del método, deseo de embarazo, cambio de método, enfermedades subsecuentes y cuestiones económicas o personales. (Barrera, 2020).

CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD

En los CME, se determina la seguridad de cada método anticonceptivo mediante diversas consideraciones en el contexto de la condición médica o de las características médicas relevantes. En primer lugar, si el método anticonceptivo empeora la condición médica o genera riesgos adicionales para la salud; en segundo lugar, si la circunstancia médica reduce la eficacia del método anticonceptivo. (OMS, Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos, 2015)

Clasificación de los CME para el uso de anticonceptivos	
Categoría 1	Situación para la que no existen restricciones al uso del método anticonceptivo.

Categoría 2	Situación en la que, en general, las ventajas de utilizar el método superan a los riesgos teóricos o demostrados.
Categoría 3	Situación en la que, en general, los riesgos teóricos o demostrados superan a las ventajas de utilizar el método.
Categoría 4	Situación en la que el uso del método anticonceptivo en cuestión constituye un riesgo inaceptable para la salud.

Las categorías 1 y 4 son recomendaciones claramente definidas. Para las categorías 2 y 3, puede requerirse un mayor criterio clínico y un atento seguimiento. Con pocas excepciones, todas las mujeres pueden usar de forma segura la anticoncepción de emergencia, los métodos de barrera y los métodos anticonceptivos conductuales, que incluyen el método de amenorrea por lactancia; para ver la lista completa de recomendaciones, consulte el documento entero. Solo el uso correcto y sistemático de los preservativos, masculinos o femeninos, protege contra la transmisión de ITS/VIH. (OMS, Rueda con los Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos, 2015)

CICLO MENSTRUAL

El ciclo menstrual es el patrón mensual del cuerpo para prepararse

para un posible embarazo. En el útero crece un nuevo revestimiento llamado endometrio. Uno de los ovarios libera un ovulo. Y luego, si un espermatozoide no fecunda el ovulo, el endometrio se desprende del útero como periodo menstrual. (Healthwise, 2021). El ciclo menstrual está regulado por la interacción compleja de hormonas: la hormona luteinizante, la hormona foliculoestimulante y las hormonas sexuales femeninas (estrógenos y progesterona). (Knudtson, 2019)

El ciclo menstrual tiene tres fases:

- Folicular (antes de la liberación del óvulo)
- Ovulatoria (liberación del huevo)
- Lútea (después de la liberación del óvulo)

Fase folicular: los niveles de estrógeno y progesterona son bajos. Como consecuencia, se produce la descomposición y el desprendimiento de las capas superiores del revestimiento uterino (endometrio) y tiene lugar la menstruación. En esta fase, el nivel de hormona foliculoestimulante aumenta ligeramente y estimula el desarrollo de varios folículos de los ovarios. Cada folículo contiene un óvulo. Más tarde en esta fase, a medida que la concentración de hormona foliculoestimulante va disminuyendo, solo un folículo sigue su desarrollo. Este folículo produce estrógenos.

Fase ovulatoria: comienza con un aumento en la concentración de las hormonas luteinizante y foliculoestimulante. La hormona luteinizante estimula el proceso de liberación del óvulo (ovulación),

que suele ocurrir entre 16 y 32 horas después de que comience su elevación. El nivel de estrógenos llega a su punto máximo y el nivel de progesterona comienza a elevarse.

Fase lútea: descienden las concentraciones de las hormonas luteinizante y foliculoestimulante. El folículo roto se cierra después de liberar el óvulo y forma el cuerpo lúteo, que produce progesterona. Durante la mayor parte de esta fase, la concentración de estrógenos es alta. La progesterona y los estrógenos provocan un mayor engrosamiento del endometrio, que se prepara para una posible fertilización.

SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

El concepto de salud sexual y reproductiva es definido por el fondo de Población de Naciones Unidas como un “Enfoque integral para analizar y responder a las necesidades de hombres y mujeres respecto a la sexualidad y la reproducción”. (Alvear, 2018)

El Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (ICPD) de 1994 define la salud reproductiva como: “un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos”. El Programa de Acción también declara que el objetivo de la salud sexual “es la optimización de la vida y de las relaciones personales, y no meramente el asesoramiento y la

atención en materia de reproducción y de infecciones de transmisión sexual". (Salud, 2018)

METODOS ANTICONCEPTIVOS

Los métodos anticonceptivos se utilizan para regular la capacidad reproductiva de un individuo o una pareja con el fin de evitar embarazos no deseados. Dependiendo de la posibilidad de recobrar la fertilidad se clasifican en temporales y permanentes, y son los siguientes:

- Temporales
 - a) Hormonales orales.
 - b) Hormonales inyectables.
 - c) Hormonales subdérmicos.
 - d) Dispositivo intrauterino.
 - e) De barrera y espermicidas.
 - f) Naturales o de abstinencia periódica.
- Permanentes
 - a) Oclusión tubaria bilateral.
 - b) Vasectomía.

ENFERMERÍA DE PRIMER NIVEL

La enfermería comunitaria, en su actual concepción, es el reflejo de las transformaciones que el concepto de salud ha sufrido en el transcurso de los años. Este personal ha tenido una actuación consecuente en el contexto actual con importantes aportes a la salud de la población, hecho que lo distingue como promotor del desarrollo humano, que produce no solo cuidados de salud, sino además valores, cualidades que van hacia el mejoramiento de la salud de las personas. (Torres, 2016). El proceso de enfermería en la planificación familiar consiste en proporcionar bienestar óptimo a la familia, cuidados centrados en la familia reuniendo datos de valoración y planeando intervenciones apropiadas para la edad, dirigidas a la familia en proceso de tener un hijo, cabe recalcar que es útil realizar valoraciones de la familia y la comunidad para identificar los factores que contribuyen a posibles problemas con la concepción, el apoyo necesario para la familia en proceso de tener un hijo y los factores de riesgo para problemas durante el embarazo o después del parto. (Holguin, 2017).

Desde Atención Primaria, Enfermería es responsable de las funciones de gestión, investigación, formación y sobre todo de la función asistencial o atención directa en donde Enfermería se encarga de los cuidados en la persona, familia y comunidad. (Sanchez, 2018)

Los servicios de salud sexual y reproductiva tienen como fin brindar

orientación y consejería, permitir el acceso a los métodos anticonceptivos y planificación familiar, realizar la prevención, detección y manejo de las enfermedades relacionadas con la salud sexual y reproductiva tales como: las infecciones de transmisión sexual (ITS), el cáncer ginecológico y la violencia de género. Es dentro de este panorama que las actividades de anticoncepción y planificación familiar deben cumplir su cometido, de ayudar a las personas a alcanzar la fecundidad deseada y contribuir a su desarrollo dentro de una sociedad cada vez más exigente y competitiva. (Fernandez, 2020)

CAPITULO III DISEÑO METODOLOGICO

3.1 DISEÑO DEL TRABAJO

TIPO DE ESTUDIO

Observacional: ya que no realice ninguna intervención, solo se realizó la medición de las variables y no se manipularon.

Enfoque cuantitativo: se recolectaron los datos para comprobar las hipótesis en base al análisis estadístico.

Alcance descriptivo: ya que se realiza previo al análisis de datos con el objetivo de encontrar factores y características importantes del fenómeno de estudio.

Corte transversal: porque se realizó en una sola medición.

HIPOTESIS DE INVESTIGACION

Los factores de elección de métodos anticonceptivos determinan la prevalencia de uso en las mujeres que acudieron al servicio de planificación familiar del centro de salud de Tingüindín en el año 2020.

HIPOTESIS NULA

Los factores de elección de métodos anticonceptivos no determinan la prevalencia de uso en las mujeres que acudieron al servicio de planificación familiar del centro de salud de Tingüindín en el año 2020.

HIPOTESIS ALTERNA

La promoción a la salud de métodos anticonceptivos en el centro de salud interviene en la elección en las mujeres que acudieron al servicio de planificación familiar del centro de salud de Tingüindín en el año 2020.

3.2 VARIABLES

VARIABLE DEPENDIENTE

Nombre de la variable	Métodos anticonceptivos.
Tipo de variable y escala de medición	Cualitativa nominal.
Definición operacional	Los métodos anticonceptivos se utilizan para regular la capacidad reproductiva de un individuo o una pareja con el fin de evitar embarazos no deseados.
Dimensión	Prevalencia de métodos anticonceptivos.
Indicador	<ul style="list-style-type: none">• Hormonal oral• Inyectable mensual• Inyectable bimestral• Implante subdérmico• Dispositivo intrauterino (DIU)• Preservativo femenino• Preservativo masculino• DIU medicado• Parche dérmico• OTB• Vasectomía

VARIABLE INDEPENDIENTE

Nombre de la variable	Mujeres.
Tipo de variable y escala de medición	Cuantitativa discreta.

Definición operacional	El termino deriva del latin y se usa para referirse a una persona del sexo femenino, la cual se diferencia de lo que es el hombre. Una mujer es un individuo que alcanza la edad adulta. Es por este motivo que se convierte en mujer cuando alcanza la pubertad, es decir, su primera menstruación.
Dimensión	Mujeres de 15 a 35 años que acudieron al centro de salud.
Indicador	<ul style="list-style-type: none"> • 15-20 años • 21-25 años • 26-30 años • 31-35 años

Nombre de la variable	Factores de elección.
Tipo de variable y escala de medición	Cualitativa nominal.
Definición operacional	Elemento que influye en algo. De esta manera, los factores son los distintos aspectos que intervienen, determinan o influyen para que una cosa sea de un modo concreto.
Dimensión	Influyen.
Indicador	<ul style="list-style-type: none"> • Edad • Estado civil • Escolaridad

3.3 SUJETOS DE LA INVESTIGACION (POBLACION Y MUESTRA)

Universo: Centro de Salud de Tingüindín.

Población: Se contempló un total de 75 pacientes que acudieron por método de planificación familiar en el año 2020.

Centro de Salud Tingüindín	
15-20 años	23
21-25 años	20
26-30 años	19
31-35 años	13
Total= 75 pacientes	

Muestra: De acuerdo al estudio de investigación la muestra se tomará a conveniencia debido al alto número de población, por lo tanto, se llevará a cabo la recolección de datos tomando en cuenta el total de la misma.

3.4 CRITERIOS DE SELECCION

CRITERIOS DE INCLUSION

Se tomó en cuenta a las pacientes del Centro de Salud de Tingüindín las cuales acudieron por método de planificación familiar en el año 2020.

CRITERIOS DE EXCLUSION

No aplica.

CRITERIOS DE ELIMINACION

No aplica.

CAPITULO IV ANALISIS E INTERPRETACION DE LOS RESULTADOS

4.1 CONCLUSIONES

En este estudio se logra vislumbrar nuestra preocupación hacia las pacientes que acuden al centro de salud de Tingüindín y que no conocen algún método anticonceptivo o que saben de el pero no su modo de aplicación y consecuencias, debido a la falta de información, los conocimientos erróneos, falta de asesoría, vergüenza para solicitar algún método o pedir información sobre ellos y la postura en la inequidad de género. Hemos observado que de las 75 pacientes que fueron parte de este estudio un 38.6% utilizan el implante subdérmico y el 3.9% utilizan el DIU medicado, la OTB y vasectomía.

La escolaridad y el estado civil es un factor que condicionan al uso de métodos anticonceptivos en las pacientes que se incluyeron en esta investigación, ya que por ser un municipio que cuenta con diferentes localidades, existen pacientes las cuales no pueden acudir al centro de salud por la distancia en la que se encuentran y optan por un método fácil y que no les quite demasiado tiempo en consultas y por otro lado están las pacientes que no acuden al centro de salud por que la pareja no les permite cuidarse con ningún método.

La comunicación con el personal de salud es muy importante para poder crear lazos de confianza, de esta manera las pacientes pueden expresar sus dudas sobre todos los métodos para que de esta manera presenten conocimiento y puedan tener autonomía sobre la elección de su anticonceptivo, ya que mientras más informada se encuentre la población sobre los métodos anticonceptivos que están disponibles y de las ventajas y desventajas que tiene cada uno, se estará más seguro de que método elegir.

4.2 TABLAS Y GRAFICOS

TABLA 1. EDAD DE LAS MUJERES

15-20	23	30.66%
21-25	20	26.66%
26-30	19	25.33%
31-35	13	17.33%
TOTAL	75	

En la tabla 1 se presenta el rango de edad de las mujeres que utilizan métodos anticonceptivos dándonos con mayor número mujeres de 15-20 (30.66%) y con menor número mujeres de 31-35 (17.33%)

TABLA 2. METODO ANTICONCEPTIVO ESCOGIDO

Hormonal oral	4	5.3%
Inyectable mensual	9	12%
Inyectable bimestral	16	21.3%
Implante subdérmico	29	38.6%
Dispositivo intrauterino (DIU)	0	0%
Preservativo femenino	0	0%
Preservativo masculino	2	2.6%
DIU medicado	1	1.3%
Parche dérmico	12	16%
OTB	1	1.3%
Vasectomía	1	1.3%
TOTAL	75	

En la tabla 2 se presenta el método anticonceptivo escogido dándonos mayor rango el implante subdérmico con 29 (38.6%) y con menor rango el DIU medicado, OTB y vasectomía con 1 (1.3%).

TABLA 3. METODO ANTICONCEPTIVO DE ACUERDO A LA EDAD

Hormonal oral	15-20	2	2.6%
	21-25	0	0%
	26-30	2	2.6%
	31-35	0	0%
Inyectable mensual	15-20	2	2.6%
	21-25	2	2.6%
	26-30	4	5.3%
	31-35	1	1.3%
Inyectable bimestral	15-20	6	8%
	21-25	4	5.3%
	26-30	5	6.6%
	31-35	1	1.3%
Implante subdérmico	15-20	7	9.3%
	21-25	9	12%
	26-30	5	6.6%
	31-35	8	10.6%
Dispositivo intrauterino (DIU)	15-20	0	0%
	21-25	0	0%
	26-30	0	0%
	31-35	0	0%
Preservativo femenino	15-20	0	0%
	21-25	0	0%
	26-30	0	0%
	31-35	0	0%
Preservativo masculino	15-20	1	1.3%
	21-25	0	0%
	26-30	0	0%
	31-35	1	1.3%

DIU medicado	15-20	0	0%
	21-25	1	1.3%
	26-30	0	0%
	31-35	0	0%
Parche dérmico	15-20	5	6.6%
	21-25	3	4%
	26-30	3	4%
	31-35	1	1.3%
OTB	15-20	0	0%
	21-25	0	0%
	26-30	0	0%
	31-35	1	0.75%
Vasectomía	15-20	0	0%
	21-25	1	1.3%
	26-30	0	0%
	31-35	0	0%
TOTAL	75		

En la tabla 3 se presenta el método anticonceptivo escogido de acuerdo a la edad dándonos un mayor resultado en el implante subdérmico mujeres de 21-25 años con 9 usuarias (12%).

TABLA 4. ESTADO CIVIL

SOLTERA	2	2.6%
CASADA	26	34.6%
UNION LIBRE	46	61.3%
SEPARADO	1	1.3%
DIVORCIADA	0	0%
VIUDA	0	0%
TOTAL	75	

En la tabla 4 encontramos el estado civil dándonos un mayor resultado mujeres en unión libre con 46 (61.3%) y con menor resultado mujeres separadas con 1 (1.3%).

TABLA 5. ESCOLARIDAD

PRIMARIA INCOMPLETA	5	6.6%
PRIMARIA COMPLETA	9	12%
SECUNDARIA INCOMPLETA	14	18.6%
SECUNDARIA COMPLETA	17	22.6%
BACHILLERATO INCOMPLETO	9	12%
BACHILLERATO COMPLETO	16	21.3%
TECNICO	0	0%
PROFESIONAL O MAS	5	6.6%
TOTAL	75	

En la tabla 5 se presenta la escolaridad de las usuarias dándonos mayor rango la secundaria completa con 17 (22.6%) y con menor rango primaria incompleta y profesional con 5 (6.6%).

BIBLIOGRAFÍAS

- Alvear, L. M. (2018). Salud sexual y reproductiva. *Programa de formacion de formadores/as en perspectiva de genero y salud*, 14.
- Barrera, L. (2020). Causas de desapego a los métodos anticonceptivos. *Ginecol obstet mex*, 8.
- Casey, F. E. (2020). Introduccion a la anticoncepcion. *Manual MSD*.
- Casique, I. (2003). Uso de anticonceptivos en México: ¿qué diferencia hacen el poder de decisión y la autonomía femenina? *Scielo*, 1.
- CNDH. (30 de 05 de 1994). NORMA OFICIAL MEXICANA NOM 005-SSA2-1993, DE LOS SERVICIOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR . pág. 68.
- CONAPO. (2005). La fecundidad en Mexico: niveles y tendencias recientes, serie de documentos tecnicos mexico.
- Duarte, N. T. (2020). DIAGNOSTICO SITUACIONAL 2020. 41.
- Fernandez, P. (2020). Conocimientos sobre planificación familiar en mujeres dispensarizadas por riesgo reproductivo preconcepcional. *revista cubana de obstetricia y ginecologia*.
- Garcia, A. K. (08 de Mayo de 2019). Sólo 7 de cada 10 mexicanas son o fueron usuarias de métodos anticonceptivos. *El Economista*, pág. 1.
- Healthwise. (2021). Ciclo menstrual. *Cigna*.
- Holguin, M. (2017). Valoracion de enfermeria en la planificacion familiar de la mujer en etapa fertil. *Polo del conocimiento*, 44.

- Knudtson, J. (2019). Ciclo menstrual. *Manual MSD*.
- Madden, T. (2019). Metodos anticonceptivos. *OASH*.
- Nuñez, J. A. (2018). Historia evolutiva de la anticoncepcion. *Anales Ranm*, 1.
- OMS. (2015). Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos. 14.
- OMS. (2015). Rueda con los Criterios medicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos. 8.
- Poblacion, C. N. (2011). Perfi les de salud reproductiva. Michoacán. *Perfi les de salud reproductiva. Michoacán*, 91.
- Salud, O. M. (2018). Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos. *Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas*, 75.
- Sanchez, N. (2018). Papel de enfermeria en atencion primaria. *revista electronica de portales medicos*.
- Torres, M. (2016). Funciones de enfermería en la atención primaria de. 16.
- Vinales, C. G. (2021). La planificacion familiar. *El Excelsior*, 1.

ANEXOS

1. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

	Programado
	Realizado

MES		JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	ENERO
ACTIVIDADES	DIAS	21-25	5-16	1-10	6-30	4-15	8-12	6-22	12-31
SLECCION DE TEMA	P								
	R								
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	P								
	R								
ELABORACION DE JUSTIFICACION, OBJETIVOS, HIPOTESIS	P								
	R								
ELABORACION DEL MARCO TEORICO	P								
	R								
REALIZACION DE MARCO METODOLOGICO	P								
	R								
PROCESAMIENTO DE DATOS	P								
	R								
REDACCION DEL PROTOCOLO FINAL	P								
	R								
PRESENTACION DEL PROTOCOLO	P								
	R								

2. INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCION DE DATOS

NOMBRE DE LA UNIDAD	CLUES	JURISDICCION SANITARIA	ENTIDAD FEDERATIVA
I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN			
SPSS: <input type="checkbox"/>	AFIILIACIÓN SPSS: <input type="text"/>	ENTIDAD DE NACIMIENTO: <input type="text"/>	
FECHA DE NACIMIENTO: <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> <small>dd mm aaaa</small>		EDAD: <input type="text"/>	EXPEDIENTE: <input type="text"/>
NOMBRE (S) <input type="text"/>		APELLIDO PATERNO: <input type="text"/> APELLIDO MATERNO: <input type="text"/>	
SEXO: MUJER <input type="checkbox"/> HOMBRE <input type="checkbox"/>	CURP <input type="text"/>	¿DECLARA PERTENECE A ALGÚN PUEBLO INDÍGENA? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Ⓐ ESCOLARIDAD: <input type="text"/>		Ⓑ ESTADO CIVIL: <input type="text"/> OCUPACIÓN: <input type="text"/>	
DOMICILIO PRIMARIO <input type="text"/>			
OTRO DOMICILIO <input type="text"/>			
TELEFONO: FIJO <input type="text"/> CELULAR: <input type="text"/>			
CORREO ELECTRÓNICO: <input type="text"/>			
II. DATOS GINECOOBSTÉTRICOS			
ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS: PARTOS <input type="checkbox"/> CESÁREAS <input type="checkbox"/> ABORTOS <input type="checkbox"/> NINGUNO <input type="checkbox"/>			
TOTAL DE HIJAS E HIJOS NACIDOS VIVOS: <input type="text"/>		EDAD AL PRIMER EMBARAZO (AÑOS CUMPLIDOS): <input type="text"/>	FECHA DEL ÚLTIMO EVENTO OBSTÉTRICO: <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> <small>dd mm aaaa</small>
¿DESEA TENER MÁS HIJOS?: SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NO SABE <input type="checkbox"/>			
III. ENFERMEDADES DIAGNOSTICADAS			
DIABETES MELLITUS: <input type="checkbox"/>	HIPERTENSIÓN ARTERIAL: <input type="checkbox"/>	SOBREPESO/OBESIDAD: <input type="checkbox"/>	CARDIOPATÍA: <input type="checkbox"/> NEFROPATÍA: <input type="checkbox"/> NO SABE: <input type="checkbox"/> NINGUNA: <input type="checkbox"/>
CÁNCER DE MAMA: <input type="checkbox"/>	CÁNCER CERVICOUTERINO: <input type="checkbox"/>	OTRA: <input type="checkbox"/>	ESPECIFIQUE: <input type="text"/>

IV. MÉTODO ANTICONCEPTIVO		
PRIMER MÉTODO: _____	SEGUNDO MÉTODO: _____	TERCER MÉTODO: _____
FECHA DE INICIO: / /	FECHA DE INICIO: / /	FECHA DE INICIO: / /
dd mm aaaa	dd mm aaaa	dd mm aaaa

V. FECHA DE CONSULTA Y PRÓXIMA CITA					VI. VISITAS DOMICILIARIAS																	
FECHA DE CONSULTA	CLAVE DEL MÉTODO (C)	CANTIDAD OTORGADA	FECHA DE PRÓXIMA CITA	OBSERVACIONES	ACEPTA VISITA DOMICILIARIA SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>																	
/ /			/ /		/ /	(D) RESULTADO <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td> </td></tr> </table>																
/ /			/ /		/ /																	
/ /			/ /		/ /																	
/ /			/ /		/ /																	
/ /			/ /		/ /																	
/ /			/ /		/ /																	
/ /			/ /		/ /																	
/ /			/ /		/ /																	
/ /			/ /		/ /																	
/ /			/ /		/ /																	
/ /			/ /		/ /																	
/ /			/ /		/ /																	
/ /			/ /		/ /																	
/ /			/ /		/ /																	
/ /			/ /		/ /																	

Catálogos de códigos de las variables a registrar según el campo de respuesta.

(A) Escolaridad: 0 Ninguno 1 Primaria incompleta 2 Primaria completa 3 Secundaria incompleta 4 Secundaria completa 5 Bachillerato incompleto 6 Bachillerato completo 7 Técnico 8 Profesional o más	(B) Estado civil: 1 Soltera(o) 2 Casada(o) 3 Unión libre 4 Separada(o) 5 Divorciada(o) 6 Viuda(o)	(C) Método anticonceptivo: 0 Ninguno 1 Hormonal oral 2 Inyectable mensual 3 Inyectable bimestral 4 Implante subdérmico 5 Dispositivo Intrauterino (DIU) 6 Preservativo femenino 7 Preservativo masculino 8 DIU medicado 9 Parche dérmico 10 OTB 11 Vasectomía 12 Otro Especifique: _____	(D) Resultado de la visita 1 Deseo de embarazo 2 Acudirá al centro de salud 3 Cambio de domicilio 4 Fallecimiento 5 Otro Especifique _____
--	--	---	---

3. ESTADÍSTICAS

RESULTADOS OBTENIDOS

- Existe prevalencia en la selección del implante como método anticonceptivo con un rango de 29 mujeres.
- La utilización de métodos anticonceptivos predomina más en la edad de 15-20 años.
- La hipótesis de investigación fue comprobada ya que los factores de elección de métodos anticonceptivos si determinan la prevalencia de su uso en las mujeres de las cuales realizamos el estudio.