

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

11226

90
2ej



FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADOS E INVESTIGACION

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES
PARA LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

UNIDAD ACADEMICA CLINICA HOSPITAL 30-01-00 XALAPA, VER

FRECUENCIA DE UTILIZACION DE LOS METODOS
DE PLANIFICACION FAMILIAR EN LOS MEDIOS
RURAL Y URBANO DEL MUNICIPIO DE XALAPA



TRABAJO DE INVESTIGACION QUE
PARA OBTENER EL DIPLOMA DE:

ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

P R E S E N T A :

DR. ALFONSO ORTEGA SILVA

COORDINACION DE ENSEÑANZA
E INVESTIGACION

CLINICA HOSPITAL 30-01-00 XALAPA, VER

CLINICA HOSPITAL I.S.S.S.T.E. 1999

X A L A P A

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

271447

[Handwritten signature]



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.

TRABAJO DE INVESTIGACION QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA
DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR PRESENTA:

A L F O N S O O R T E G A S I L V A

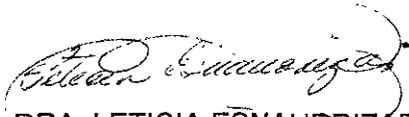
FRECUENCIA DE UTILIZACION DE LOS METODOS DE
PLANIFICACION FAMILIAR EN LOS MEDIOS RURAL Y URBANO
DEL MUNICIPIO DE XALAPA, VER.



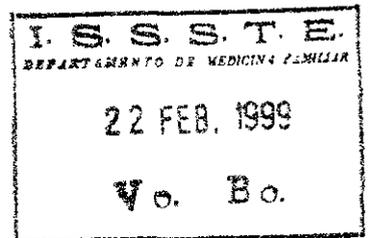
DR. ENNIO GARCÍA GÓMEZ
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN
MEDICINA FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES EN LA
CLINICA HOSPITAL 30-01-00 EN XALAPA, VER.



DR. MIGUEL ANGEL HERNANDEZ HERNANDEZ
ASESOR DE TESIS
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR U.N.A.M.



DRA. LETICIA ESNAURRIZAR JURADO
JEFA DEL DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN MÉDICA
CONTINUA Y MEDICINA FAMILIAR DEL I.S.S.S.T.E.



FAMILIAR EN LOS MEDIOS RURAL Y URBANO DEL MUNICIPIO DE

XALAPA

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALIZACION
EN MEDICINA FAMILIAR PRESENTA :

ALFONSO ORTEGA SILVA

AUTORIZACIONES :

~~DR. MIGUEL ANGEL FERNANDEZ ORTEGA~~

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

U.N.A.M.



DR. ARNULFO IRIGOYEN CORIA

COORDINADOR DE INVESTIGACION DEL DEPARTAMENTO DE
MEDICINA FAMILIAR U.N.A.M.

~~DR. ISAIAS HERNANDEZ TORRES~~

~~COORDINADOR DE DOCENCIA DEPARTAMENTO DE MEDICINA
FAMILIAR U.N.A.M.~~

I N D I C E

	PAGS.
MARCO TEORICO _____	1
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA _____	49
JUSTIFICACION _____	50
OBJETIVOS _____	51
METODOLOGIA _____	52
DESCRIPCION DE RESULTADOS _____	55
DISCUSION _____	64
CONCLUSIONES _____	65
BIBLIOGRAFIA _____	67
ANEXOS _____	69

MARCO TEORICO

Definición: La planificación familiar es el control de la población reducido a un nivel individual en vez de nacional o global. (1)

La planificación familiar es un derecho humano de los padres de familia para determinar libre y responsablemente el número y espaciamiento de sus hijos. (2)

Anticoncepción es el conjunto de métodos que permite a la pareja tener relaciones sexuales sin riesgo de embarazo. Esta puede ser temporal o definitiva, se trata de impedir el encuentro entre el óvulo que desprende el ovario cada mes y los espermatozoides que son depositados en la vagina en cada relación sexual y suben hacia el cuello uterino. (3,4).

La población mundial aumenta vertiginosamente, se calcula que desde los orígenes de la raza humana han nacido unos setenta y siete mil millones de niños, la población mundial actual es de aproximadamente tres mil millones de personas, este crecimiento tiene que detenerse, ya que en cien años más cubrirá todas las partes habitables del mundo y las consecuencias no son fácilmente imaginables. Debe tenerse en cuenta que el crecimiento de la población para los

países altamente capitalizados es lento con tendencia a ser nulos y que para los países clasificados como subdesarrollados aumenta tasas elevadas calculándose que para el año 2 000 del 78 % de los 6 500 millones de habitantes del planeta corresponderán a los países subdesarrollados. En México, con problemas demográficos estrechamente ligados a sus características socioculturales, nacen 4 458 niños diariamente, por lo que su población aumenta cada año 1 657 305; crece a un ritmo aproximadamente de 3.2 %. el índice demográfico de nuestro país ocupa uno de los primeros lugares en el mundo, triplicándose el número que teníamos en el año 1930 y se cuadruplicara en el año 2000 (5, 18, 4, 20).

Los programas de planificación familiar se abren en México en el año 1974 con los siguientes objetivos:

Evitar el riesgo a la salud de los embarazos no deseados (8, 20).

Dar mejor atención materna y más prolongada al niño durante la primera infancia, al reducir la frecuencia de los embarazos.

Crear la conciencia a la población de las ventajas de planificar la familia para su propio bienestar. Crear sentido de responsabilidad respecto a la natalidad y sus consecuencias. (5, 6, 7, 8, 20).

Los Métodos de Anticoncepción de que se dispone actualmente en nuestro país son:

- 1) **Métodos Naturales**: Método del Coito Interrupto (20)
Método del Ritmo(ORIGE KNAUS 13).
Método de la Temperatura
Método del Moco Cervical ó de Billings
- 2) **Métodos Mecánicos**: Preservativo ó Condón (20).
Dispositivo Intrauterino (14, 15, 17).
- 3) **Anticonceptivos Hormonales**: Secuenciales ó Combinados y de Deposito (3, 4, 9, 12, 20).
- 4) **Métodos Químicos**: En forma de jaleas, espumas, tabletas u óvulos vaginales con sustancias espermicidas (13, 15).
- 5) **Métodos Definitivos**: Salpingoclasia y Vasectomía.

Las técnicas de detección de ovulación y abstinencia periódica en especial el método sintotérmico, son opciones excelentes para la mujer que, por razones personales o religiosas prefiere este enfoque, esas mujeres tienen una actitud madura respecto al cumplimiento por lo cual este tipo de programa representa una elección eficaz y aceptable (20).

Los métodos anticonceptivos de barrera se han utilizado por siglos. Antes de la aparición de los Anticonceptivos Orales, D.I.U., Diafragma, Tapón Cervical o el Condón constituían las formas principales de planificación familiar su popularidad disminuyó durante los años setenta y principio de los ochenta, pero el temor creciente a las enfermedades de transmisión sexual ha revivido su uso. La esponja con Nonoxinol 9 y el tapón de cavidad cervical con borde, puede introducirse poco antes del coito e interfieren menos con la espontaneidad, es más desde el principio requieren menos espermicida y aunque el coito se repita la aplicación adicional es innecesaria. (13, 14, 15).

Tanto contra embarazo como enfermedad sexual, el uso del Condón tradicional de Latex ha aumentado en forma notable además, varios dispositivos nuevos tales como el tapón para glándula, la bolsa vaginal y el condón femenino están en proceso de valoración.

Los dispositivos intrauterinos tienen una larga historia y en cierto modo controvertido, los primeros no contenían medicamentos pero, los siguientes en desarrollarse, fueron los de cobre. Puesto que estos son de menor tamaño y producen menos síntomas, como cólicos, hemorragias y expulsión, con él termino sustituyeron a otros dispositivos. Entre 1984 y 1986 los fabricantes descontinuaron la producción de dispositivos con Progestina, las razones para esta posible conducta fueron la publicidad adversa generada por el escudo de DALKON, dispositivo que causo numerosas lesiones y algunas muertes; desato la actitud negativa hacia los D.I.U. misma que persiste aun entre numerosos médicos y usuarias, siendo responsable de muchas demandas injustas relacionadas con dispositivos.

Con la comercialización en 1988, del dispositivo para GARD de cobre, este sistema experimenta un renacimiento, tiene un promedio de falla menor de uno por ciento que los anticonceptivos bucales (20).

Los anticonceptivos orales continúan siendo la forma más común de regulación reversible de la fertilidad. En numerosos estudios de laboratorio se midió el impacto de los hormonales orales combinados de dosis reducidas y los multifásicos sobre el metabolismo de lípidos y carbohidratos. En casi todos los casos los cambios encontrados son

mínimos. De hecho, la mayor parte de datos indicativos de un riesgo aumentado de enfermedad cardiovascular por el uso de hormonales orales se baso en estudios de productos de dosis elevadas. Por el contrario, las investigaciones recientes apoyan la propuesta de los hormonales orales de dosis reducidas con llevan poco riesgo de enfermedad cardiovascular.

Aun más tranquilizadores son los datos en el sentido de que el riesgo no aumenta después de interrumpir su uso.

Quizá de mas importancia son los beneficios derivados del uso de anticonceptivos orales. En los últimos años se demostró que los hormonales orales reducen el riesgo de anemia por deficiencia de hierro, osteoporosis, cáncer ovárico y de endometrio, enfermedad pélvica inflamatoria, embarazo ectópico y patología mamaria benigna. En fecha más reciente se demostró que la protección contra carcinomas de ovario y endometrio es efectiva muchos años después de suspender el uso de anticonceptivos. (3, 9, 18).

Durante mas de un decenio se ha investigado el uso de implantes hormonales subcutaneos consistentes en un tubo de silicón polimérico que contiene progestina la cual se libera a lo largo de varios años, actualmente muchos países lo utilizan en forma rutinaria en los países

que desean un método de contracepción, por lo practico que son ya que su efectividad es de 5 años en promedio (22).

Cuando el deseo de no tener hijos es firme, la esterilización es la forma más común de control de nacimientos en el mundo principalmente en china, India, y algunos países de Africa en hombres y mujeres. Por supuesto que el procedimiento para la esterilización es menos complicado para el varón que para la mujer. La vasectomía suele efectuarse en el consultorio medico, con anestesia local, en poco tiempo y se relaciona con pocos problemas. Con la aparición del laparoscopio, la esterilización femenina, antes procedimiento hospitalario mayor, hoy en día es fácil de realizar, no obstante puesto que continua siendo un procedimiento intrabdominal, el potencial de complicaciones sigue presente (20, 21).

En base a lo anterior es de interés conocer los métodos que se utilizan en nuestro país sobre todo en el medio rural y urbano; A continuación se dará una descripción mas detallada de cada uno de los métodos de planificación familiar.

METODOS NATURALES O DE ABSTINENCIA PERIODICA.

DESCRIPCION:

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

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

LOS METODOS NATURALES MÁS UTILIZADOS SON:

- Método del Coito Interrupto
- Método de Calendario del Ritmo o de OGINE KNAUS.
- Método de la Temperatura.
- Método del Moco Cervical o de BILLINGS.
- Método Sintotérmico.

INDICACIONES:

Estos Métodos pueden aplicarse en parejas en edad fértil, con vía sexual activa, que requieren regular su fecundación de manera temporal y que no deseen usar un método de mayor efectividad por cualquier causa. Estos métodos brindan protección anticonceptiva del 70 al 80 %.

CONTRAINDICACIONES:

- Riesgo Reproductivo elevado.
- Mujeres con ciclos menstruales irregulares en cuanto a duración y características de la menstruación.
- Inhabilidad de la mujer para reconocer; las características de su ciclo menstrual, cambios en el moco cervical en la temperatura basal y otros síntomas y signos asociados al ciclo menstrual.

En personas que no estén en situación de practicar la abstinencia sexual cuando el método lo requiera (5, 7, 13).

METODO NATURAL COITO INTERRUPTO

Como en su nombre lo indica es la interrupción del acto sexual cuando el varón esta a punto de eyacular; esta se efectúa fuera de la vagina.

INDICACIONES:

Es un método natural que impide la fecundación al no haber contacto del espermatozoide con el óvulo. Es utilizado cuando se planifica la familia por un tiempo corto, ya que su eficacia es de un 75 %.

CONTRAINDICACIONES:

La habilidad nerviosa de la mujer; ya que deja insatisfacción sexual (5, 7, 13).

METODO DE CALENDARIO DEL RITMO O DE OGINE KNAUS.

Como resultado de la observación continua durante un año, la pareja puede estimar el principio de su periodo fértil restando 19 días del ciclo mas corto y calcular el fin del periodo fértil restando 12 días del ciclo mas largo. Durante este tiempo se deben evitar las relaciones sexuales. Debido a que pocas mujeres tienen ciclos menstruales de duración uniforme, a menudo los cálculos del periodo fértil son demasiados amplios y requieren de abstinencia prolongada (13).

METODO DE LA TEMPERATURA.

Este método depende de un solo signo, la elevación de la temperatura corporal basal. La mujer al despertar antes de levantarse, debe efectuar la medición de su temperatura todas las mañanas, en la misma situación, y por la misma vía después de al menos cinco horas de sueño continuo. La medición puede ser oral, rectal, o vaginal, pero la más exacta es la rectal. Se debe efectuar el registro gráfico del resultado de la medición para poder observar los cambios térmicos, que indiquen si se produjo o no ovulación. Estos cambios son generalmente discretos, con una variación de 0.2 a 0.4 grados centígrados. Se registra la temperatura basal diariamente. La pareja debe abstenerse de tener relaciones sexuales entre el primer día de la menstruación y el tercer día consecutivo de temperatura elevada.

la espera de tres días, poselevación de la temperatura, contribuirá a evitar que el óvulo sea fecundado (7, 13).

METODO DEL MOCO CERVICAL O DE BILLINGS.

Para practicar este método la mujer debe tener la capacidad para establecer diferencia entre sequedad, humedad, y mayor humedad en nivel vaginal y vulvar, utilizando un papel higiénico antes de orinar o mediante la toma de moco cervical con el dedo, para verificar su aspecto de elasticidad. Durante el ciclo menstrual ocurren cambios que van de secreciones escasas de moco pegajoso, seguido de otra fase de aumento inicial de niveles de estrógeno, que dan una sensación de humedad y un moco cervical más abundante y lubricante, que se observa cercano a la ovulación, caracterizada por una mayor humedad. El síntoma máximo o cúspide es un moco elástico, que si se toma entre dos dedos se observa filante. La abstinencia sexual debe comenzar el primer día del ciclo menstrual en que se observe el moco abundante y lubricante y se continúa hasta el cuarto día después del día cúspide en que se presenta el síntoma máximo o filantez del moco cervical.

Para poder determinar, con seguridad razonable, las manifestaciones relativas al ciclo menstrual, deben registrarse: las fechas

de inicio y termino de la menstruación, los días de sequedad, de moco pegajoso o turbio y de moco claro y elástico.

El último día de secreción de moco se llama día cúspide se marca con una x y solo puede confirmarse al día siguiente, cuando vuelve el patrón infértil o días secos que determinan el comienzo de la etapa infértil del ciclo menstrual a partir del cuarto día después del cúspide. Los tres días siguientes al día cúspide se marcan 1, 2, 3. los últimos días infértiles del ciclo menstrual comprenden desde el cuarto día después del día cúspide hasta el final del ciclo (13, 10).

DISPOSITIVO INTRAUTERINO.

Los dispositivos intrauterinos son artefactos que se colocan dentro de la cavidad uterina, con fines anticonceptivos de carácter temporal, los tenemos en un cuerpo semejante a una t que es el que se utiliza actualmente, su forma ha sido muy variada como el asa de LIPPES el cual ya esta en desuso ya que la **t de cobre** la cual es de polietileno flexible y contiene un principio activo ó coadyuvante de cobre ó de cobre y plata, y tienen además hilos guías para su localización y extracción. Los dispositivos intrauterinos se obtienen esterilizados en presentación individual acompañados de su insertor; bajo condiciones habituales de uso, este método brinda protección anticonceptiva del 95 al 99 %.

INDICACIONES.

La inserción de D.I.U. esta indicada para mujeres en edad fértil con vida sexual activa, nuligestas, nulíparas o multíparas, incluyen un método anticonceptivo temporal de alta efectividad y seguridad, que no deseen la toma ó aplicación periódica de anticonceptivos hormonales en las siguientes circunstancias:

1. - Antes del primer embarazo.
2. - En el intervalo intergenésico.
3. - En el postparto, trans y postcesarea, con o sin Lactancia.
4. - En el Post aborto.

CONTRAINDICACIONES:

1. - Embarazo ó sospecha de Embarazo.
2. - Utero con Histerometria Menor de 6 cm.
3. - Patología que deforme la Cavidad Uterina.
4. - Carcinoma del Cervix ó del Cuerpo Uterino.
5. - Enfermedad Inflamatoria Pélvica Activa.
6. - Presencia de Corioamnioitis.

PRECAUCIONES:

1. - Hemorragia uterina anormal de etiología a determinar.
2. - Infecciones del tracto genital.
3. - Hiperplasia Endometrial.
4. - Anemia y Padecimientos Hemorragiparos.
5. - Dismenorrea severa.
6. - Antecedentes de enfermedad inflamatoria pélvica.
7. - Antecedente de embarazo ectópico.
8. - Ruptura prematura de membranas.
9. - Trabajo de parto prolongado.

FORMA DE ADMINISTRACION:

El dispositivo intrauterino debe ser insertado en la cavidad uterina.

TIEMPO DE COLOCACION:

El D.I.U. puede ser insertado en los siguientes momentos:

- **PERIODO INTERGENESICO:** El D.I.U. puede insertarse preferentemente durante la menstruación, ó en cualquier día del ciclo menstrual cuando se está razonablemente seguro de que no hay embarazo.
- **POSTPLACENTA :** 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 Cesarea.
- **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.
- **POSTABORTO :** Inmediatamente después del legrado o aspiración endouterina por aborto de cualquier edad gestacional.
- **PUERPERIO TARDIO:** Entre 4 y 6 semanas postaborto, postparto y postcesarea.

DURACION DE LA PROTECCION ANTICONCEPTIVA.

La protección anticonceptiva que brindan los dispositivos, varía de acuerdo con el principio activo ó coadyuvante que contengan. La duración de la efectividad anticonceptiva de los dispositivos tipo TCU 380a y TCU 220c es de 6 a 8 años y para la multimodal 375 y 250 es de cinco y tres años respectivamente.

Al término del periodo de efectividad del DIU, si la usuaria requiere aun este tipo de método, debe reemplazarse por otro en forma inmediata.

EFFECTOS 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 puede manifestar como; dolor pélvico durante el periodo menstrual y aumento de la cantidad y duración del sangrado menstrual. Si las molestias persisten mas allá de 90 días, debe de considerarse la posibilidad de reemplazarse el D.I.U. y si aun persistiera, se debe retirar y seleccionar otro método anticonceptivo, una complicación inmediata que se puede presentar como accidente durante la inserción del D.I.U., es la perforación uterina; en este caso la usuaria debe ser referida de inmediato a una unidad hospitalaria para su atención (14, 23).

ANTICONCEPTIVOS ORALES.

Los anticonceptivos hormonales orales son métodos temporales y se dividen en dos grupos:

Los combinados de estrógenos y progestina y los que contienen solo progestina.

En lo que respecta a los hormonales combinados orales que contienen Estrógenos y progestina, de estos existen tres tipos de hormonales combinados.

Los que contienen dosis constantes del estrógeno y de la progestina en cada una de las tabletas ó grageas se presentan en cajas de 21 tabletas ó grageas. Algunas presentaciones incluyen siete tabletas ó grageas adicionales que no contienen hormonas, sino solo hierro ó lactosa, resultando ciclos de 28 tabletas ó grageas para administración ininterrumpida.

Las que contienen dosis variables del estrógeno y de la progestina en las tabletas ó grageas que se administren dentro del ciclo de 21 días, se denominan trifásicos por incluir tabletas ó grageas con tres cantidades diferentes de hormonas sintéticas, y aquellas que en el paquete para 21 días contienen 15 tabletas ó grageas con el estrógeno solo, seguidas por

seis tabletas ó grageas con dosis fijas del estrógeno, más alguna progestina sintética se denominan secuenciales.

Bajo condiciones habituales de uso, este método brinda protección anticonceptiva del 92 al 99 %.

INDICACIONES:

Los anticonceptivos hormonales combinados están indicados para mujeres en edad fértil con vida sexual activa, nuligestas, nulíparas ó múltiparas, incluyendo adolescentes.

DURACION DE LA PROTECCION ANTICONCEPTIVA:

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

EFFECTOS COLATERALES:

1. - Céfalea.
2. - Nausea.
3. - Vomito.
4. - Mareo.
5. - Mastalgia.
6. - Cloasma.
7. - Manchado Intermenstrual.

HORMONALES ORALES QUE SOLO CONTIENEN

PROGESTINA.

Existen dos formulaciones que contienen dosis bajas de una Progestina sintética, Linestrenol 0.5 mg. y Levonorgestrel 35 mg. (no contiene Progestágeno).

PRESENTACION: Se presenta en cajas que contienen 35 tabletas.

EFFECTIVIDAD ANTICONCEPTIVA:

Bajo condiciones habituales de uso, este método brinda protección anticonceptiva del 90 al 97 %.

INDICACIONES:

Los anticonceptivos hormonales orales que solo contienen Progestina están indicados para mujeres en edad fértil con vida sexual activa, nuligestas, nulíparas ó 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:

1. - Antes del primer embarazo inclusive, cuando el uso de Estrógenos esté contraindicado.

2. - En el intervalo intergenésico inclusive, cuando el uso de estrógenos esté contraindicado.
3. - En el postparto ó postcesarea, con ó sin lactancia y cuando se deseen anticonceptivos orales.
4. - En el postaborto inmediato.

CONTRAINDICACIONES :

1. - Embarazo ó sospecha de embarazo.
2. - Tener ó haber tenido Cáncer Mamario ó del Cervix.
3. - Tener ó haber tenido tumores hepáticos benignos ó malignos.
4. - Enfermedad hepática aguda ó crónica activa.
4. - Durante la administración crónica de Rifampicina ó anticonvulsionantes.

FORMA DE ADMINISTRACION:

Los anticonceptivos hormonales orales que solo contienen progestina en su primer ciclo de tratamiento deben iniciarse preferentemente el primer dia de la menstruación. Si el inicio se efectuó despues del primero y antes del sexto dia desde el inicio de la menstruación, se deberá usar un método de barrera, como apoyo, se ingiere una tableta diaria incluso durante la menstruación.

Debido a la menor duración de su efectividad anticonceptiva, es necesario tomar la tableta ó gragea a la misma hora.

En el postparto ó postcesarea cuando la mujer esta lactando se debe iniciar despues de la sexta semana. Si no esta lactando puede iniciarse despues de la tercera semana.

Al suspender totalmente la lactancia se puede recomendar el cambio a otro anticonceptivo.

Este método se encuentra contraindicado en las siguientes situaciones:

- Lactancia en los primeros seis meses postparto.
- Embarazo ó sospecha de embarazo.
- Tener ó haber tenido enfermedad tromboembólica,
- Incluyendo trombosis de venas profundas.
- Tener ó haber tenido cáncer mamario ó del Cervix.
- Tener ó haber tenido tumores hepáticos.
- En enfermedad hepática aguda ó crónica activa.

FORMA DE ADMINISTRACION:

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 el sexto ó séptimo día, en este caso deben usarse simultáneamente un

método de barrera durante los primeros siete días de la administración del método.

En las presentaciones de 21 tabletas ò grageas 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 del ciclo previo independientemente de cuando se presente el sangrado menstrual.

En las presentaciones de 28 tabletas se ingiere una de estas, que contienen hormonas, diariamente durante 21 días consecutivos, seguidos de 7 días durante los cuales se ingiere diariamente una tableta que contiene hierro ò lactosa, los ciclos subsecuentes se inician al concluir el sangrado menstrual.

Este método debe suspenderse dos semanas antes de una cirugía mayor selectiva ò durante la inmovilización prolongada de alguna extremidad y reiniciarse dos semanas despues.

DURACION DE LA PROTECCION ANTICONCEPTIVA:

La protección anticonceptiva esta limitada al día en que se ingiere la tableta, si se omiten una ò mas tabletas el método es inefectivo.

EFFECTOS COLATERALES:

Algunas mujeres pueden presentar:

1. - Irregularidades menstruales (hemorragia, manchado prolongado ò amenorrea.
2. - Céfalea.
3. - Mastalgia (8, 22, 24, 28).

ANTICONCEPTIVOS INYECTABLES.

El primero fue el acetato de Medroxiprogesterona, se administra cada tres meses a dosis de 150 mg., ha sido utilizado en todo el mundo desde la década de 1960. en estados unidos, su uso como anticonceptivo fue aprobado apenas en octubre de 1992, aunque había sido empleado para tratar el carcinoma endometrial y renal metastásico. El acetato de Medroxiprogesterona, Progestageno sintético, ha sido administrado en su forma oral para la amenorrea secundaria y la hemorragia uterina secundaria a desequilibrio estrogénico de reemplazo en mujeres menopausicas o postmenopausicas.

El Acetato de Medroxiprogesterona se administra por via intramuscular en la región deltoidea o glutea, no se debe frotar el sitio de la inyección despues de aplicarla porque esto esparce el medicamento en una zona de mayor tamaño, acelera la absorción del fármaco y acorta la duración de su eficacia; impide la ovulación al inhibir la producción de Gonadotropina humana y aumenta la consistencia del moco cervical, produciendo una barrera a la penetración del semen. El efecto de este fármaco es reversible despues de que la mujer deja de aplicarse las inyecciones, pero puede ser que el retorno de la fertilidad sea retardado.

En 70 % de las mujeres estarán embarazadas después de un año de dejar de recibir el medicamento, y el 85 % recuperará la fertilidad en 2 años, el promedio de tiempo para recuperar la fertilidad es de 9-10 meses después de la última inyección.

EFICACIA Y SEGURIDAD

El acetato de Medroxiprogesterona es un agente anticonceptivo muy eficaz, cuya eficacia es comparable a la de la esterilización. Los fracasos ocurren principalmente en las pacientes que se retrasan en la aplicación de sus inyecciones trimestrales.

El anticonceptivo comienza a actuar casi inmediatamente después de la inyección. Si esta es aplicada durante los primeros cinco días del ciclo menstrual, no es necesario utilizar un método anticonceptivo de resguardo. La ovulación no ocurre durante por lo menos catorce semanas después de una inyección de 150 mg por lo que las mujeres que reciben inyecciones anticonceptivas cada tres meses tienen un período mínimo de gracia de dos semanas. Su registro de seguridad se basa en el uso en más de 90 países por más de nueve millones de mujeres, la organización mundial de la salud incluye al Acetato de Medroxiprogesterona en su lista de fármacos esenciales.

LA PRINCIPAL VENTAJA:

Es que la paciente recibe un anticonceptivo de acción prolongada sin tener que recordar que debe tomar una tableta diaria en relación a los anticonceptivos orales, otra ventaja son la intimidad y la libertad para dejar de pensar en la contracepción durante algún tiempo, disminuye el riesgo de cáncer de endometrio y de ovario y puede ser benéfico en caso de endometriosis.

DESVENTAJAS:

Del mismo modo que cualquier progestageno de acción prolongada, el acetato de medroxiprogesterona puede producir hemorragia irregular, hemorragia intermenstrual escasa, y tarde o temprano amenorrea. Si la paciente no tolera estos efectos, lo único que debe hacer es dejar que transcurra el periodo de tres meses de eficacia y cambiar de método. Algunas mujeres refieren nauseas, mareos, cefalea, cambios en el estado de animo, aumento de peso, caída del cabello o crecimiento de este, cambios en la piel o disminución de la libido. la aplicación cada tres meses implica la necesidad de aconsejar a la paciente y de contar con un sistema de control.

SELECCION DE PACIENTES:

La medroxiprogesterona inyectable es adecuada para una gran variedad de pacientes

1. - Mujeres que olvidan que deben tomar una tableta anticonceptiva diaria.
2. - Mujeres jóvenes que llevan una vida sexual activa y que desean evitar el embarazo.
3. - Mujeres en quienes están contraindicados los estrógenos o los Anticonceptivos Orales.
4. - Mujeres que han tenido el número de hijos deseados pero que no desean la esterilización.
5. - Mujeres que padecen enfermedades crónicas, como Anemia de Células Falciformes, Diabetes Mellitus, Enfermedades Renales, Hipertensión Arterial, ó Crisis Convulsivas.
6. - Mujeres con enfermedades mentales, en quienes es más fácil administrar inyecciones que las tabletas diarias.

CONTRAINDICACIONES ABSOLUTAS:

Enfermedades hepáticas activas, problemas trombóticos, sospecha o certeza de embarazo, infarto al miocardio o cáncer de mama (22, 24).

HORMONALES COMBINADOS INYECTABLES QUE CON

ESTROGENO Y PROGESTINA:

Contienen un Ester de Estradiol:

- Cipionato de Estradiol (5 mg.)
- Valeraniato de Estradiol (5 mg.) ó
- Enantato de Estradiol (5 y 10 mg.).

Las dosis recomendadas del Ester de Estradiol no deben exceder de 5 mg al mes.

Ademas de estrógenos contienen una de cualquiera de las siguientes progestinas sintéticas esterificadas derivadas de la 19-nortestosterona: Enantato de Noretisterona (50 mg), ó derivadas de la 17-hidroxiprogesterona: acetato de Medroxiprogesterona(25 mg).

- Existen 4 tipos de anticonceptivos hormonales combinados inyectables:

- Cipionato de Estradiol 5 mg. + acetato de Medroxiprogesterona 25 mg.
- Valeraniato de Estradiol 5 mg + Acetofenico de Dihidroxiprogesterona 75 mg
- Enantato de Estradiol 5 mg + Enantato de Norestisterona.
- Enantato de Estradiol 10 mg + Acetofénico de dihidrociprogesterona 150 mg

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 postaborto
- En postparto, ó postcesarea despues de la tercera semana, si la mujer esta lactando.

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

CONTRAINDICACIONES:

Lactancia en los primeros seis meses postparto, embarazo o sospecha de embarazo.

- Tener o haber tenido cáncer mamario o de cervix.
- Tener o haber tenido enfermedad tromboembólica.
- Tener o haber tenido tumores hepáticos benignos o malignos.
- Tener enfermedad hepática aguda o crónica activa.

Durante la administración crónica de rifampicina o anticonvulsionantes.

FORMA DE ADMINISTRACION:

Los anticonceptivos hormonales combinados inyectables se aplican por via intramuscular profunda de la región glutea.

La primera administración 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. Las inyecciones subsecuentes deben aplicarse cada 30 +/- 3 días, independientemente de cuando se presente el sangrado menstrual.

Después de un aborto se puede iniciar la administración del hormonal 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.

Los efectos colaterales son similares a los que se presentan con la administración de hormonales con Progestina (23, 25, 30).

ANTICONCEPTIVO SUBDERMICO.

El sistema NORPLANT que contiene LEVONORGESTREL, ha estado disponible en los estados unidos desde 1990 su uso ha sido aprobado en mas de 17 países y lo utilizan mas de dos millones de mujeres en todo el mundo. los implantes consisten en seis cápsulas del copolimero dimetilsiloxano/metilvinil silaxano (silastic), cada una de las cuales contiene 36 mg. de levonorgestrel en forma cristalina. Cada cápsula mide 34 mm. de longitud y 2.4 mm de diametro. Los componentes farmacéuticos han sido utilizados durante varios años, al ser implantados por debajo de la dermis en el brazo, las cápsulas liberan una dosis pequeña y constante de progestageno hacia la circulación.

SEGURIDAD Y EFICACIA:

Los implantes de levonorgestrel constituyen el primer avance importante en contracepción desde el desarrollo de los anticonceptivos orales hace 30 años, la concentración constante de levonorgestrel es un anticonceptivo muy eficaz.

DESVENTAJAS:

Una tercera parte de las mujeres que utilizan los implantes de levonorgestrel experimentan cuadros de hemorragia prolongada o irregular y en un 10 % ocurre amenorrea. Estos cambios ocurren mas a menudo durante el primer año y en unos dos años los periodos menstruales de la mayoría de las mujeres vuelven a ser regulares y previsibles del mismo modo que otros compuestos que contienen progestagenos, los implantes de levonorgestrel pueden causar nauseas, aumento de peso, caída del cabello y cambios en la piel son razones validas para extraerlos, el hecho de que los implantes se perciban debajo de la piel hace que sea menos privado que algunos otros métodos de control de natalidad, la utilización de un método quirúrgico para su aplicación es considerado molesto por algunas mujeres y la necesidad de retirar los tubos de SILASTIC al terminar su efecto.

SELECCIÓN DE LAS PACIENTES:

Mujeres jóvenes que llevan una vida sexual activa y que no desean un embarazo durante por lo menos cinco años, pero que también desean pronto retorno a la fertilidad.

- Mujeres que desean un método anticonceptivo a largo plazo.

- Mujeres que quienes están contraindicados los estrógenos ó los anticonceptivos orales.
- Mujeres que olvidan que deben tomar una tableta anticonceptiva diariamente ó que tienen dificultades con otros métodos.
- Mujeres que han tenido el numero de hijos deseados, pero que no desean la esterilización.

CONTRAINDICACIONES ABSOLUTAS:

Tromboflebitis activa ó padecimientos tromboembolicos, hemorragia vaginal cuyo origen no ha sido diagnosticado.

- Enfermedades hepáticas activas.
- Cáncer de mama probable ó confirmado.
- En mujeres que toman rifampicina, fenobarbital, y otros medicamentos anticonvulsivantes (8, 28, 30, 32).

DISPOSITIVO INTRAUTERINO.

Los dispositivos intrauterinos son artefactos que se colocan dentro de la cavidad uterina, con fines anticonceptivos de carácter temporal, los tenemos en un cuerpo semejante a una t que es el que se utiliza actualmente, su forma ha sido muy variada como el asa de LIPPES el cual ya esta en desuso ya que la t de cobre la cual es de polietileno flexible y contiene un principio activo ó coadyuvante de cobre ó de cobre y plata, y tienen ademas hilos guías para su localización y extracción. los dispositivos intrauterinos se obtienen esterilizados en presentación individual acompañados de su insertor ; bajo condiciones habituales de uso. este método brinda protección anticonceptiva del 95 al 99 %.

INDICACIONES:

La inserción de D.I.U. esta indicada para mujeres en edad fértil con vida sexual activa, nuligestas, nulíparas o multíparas, incluyendo adolescentes que deseen un metodo anticonceptivo temporal de alta efectividad y seguridad, que no deseen la toma ó aplicación periódica de anticonceptivos hormonales en las siguientes circunstancias :

1. - Antes del primer embarazo.
2. - En el intervalo intergenésico.
3. - En el postparto. trans y postcesarea. con o sin lactancia.
4. - en el postaborto.

CONTRAINDICACIONES:

1. - Embarazo o sospecha de embarazo.
2. - Utero con histerometría menor de 6 cm.
3. - Patología que deforme la cavidad uterina.
4. - Carcinoma del cervix ó del cuerpo uterino.
5. - Enfermedad inflamatoria pélvica activa.
6. - Presencia de corioamnioitis.

PRECAUCIONES:

1. - Hemorragia uterina anormal de etiología a determinar.
2. - Infecciones del tracto genital.
3. - Hiperplasia endometrial.
4. - Anemia y padecimientos hemorragiparos.
5. - Dismenorrea severa.
6. - Antecedentes de enfermedad inflamatoria pélvica.
7. - Antecedente de embarazo ectópico.
8. - Ruptura prematura de membranas.
9. -. Trabajo de parto prolongado.

FORMA DE ADMINISTRACION.

El dispositivo intrauterino debe ser insertado en la cavidad uterina.

TIEMPO DE COLOCACION.

El D.I.U. puede ser insertado en los siguientes momentos:

- PERIODO INTERGENESICO: El D.I.U. puede insertarse preferentemente durante la menstruación, ó en cualquier día del ciclo menstrual cuando sé esta razonablemente seguro de que no hay embarazo.
- POSTPLACENTA: La inserción debe realizarse dentro de los 10 minutos posteriores a la salida de la placenta esta técnica puede realizarse despues de un parto o durante una cesarea.
- PREALTA: al egreso hospitalario se puede hacer la colocación del D.I.U. antes de que la paciente sea enviada a su domicilio, despues de la resolucion de cualquier evento obstétrico.
- POSTABORTO: inmediatamente después del legrado o aspiración endoutérina por aborto de cualquier edad gestacional.
- PUERPERIO TARDIO: entre 4 y 6 semanas postaborto, postparto y postcesarea.

DURACION DE LA PROTECCION ANTICONCEPTIVA.

La protección anticonceptiva que brindan los dispositivos varía de acuerdo con el principio activo ó coadyuvante que contengan. La duración de la efectividad anticonceptiva de los dispositivos tipo TCU 380a y TCU 220c es de 6 a 8 años y para la multimodal 375 y 250 es de cinco y tres años respectivamente.

Al término del periodo de efectividad del D.I.U., si la usuaria requiere aun este tipo de método, debe reemplazarse por otro en forma inmediata.

EFFECTOS COLATERALES.

En general, el D.I.U., 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 puede manifestar como; dolor pélvico durante el periodo menstrual y aumento de la cantidad y duración del sangrado menstrual. si las molestias persisten mas allá de 90 días, debe de considerarse la posibilidad de reemplazarse el D.I.U. y si aun persistiera, se debe retirar y seleccionar otro método anticonceptivo, una complicación inmediata que se puede presentar como accidente durante la inserción del D.I.U., es la perforación uterina; en este caso la usuaria debe ser referida de inmediato a una unidad hospitalaria para su atención (3, 23, 24, 25).

OCCLUSION TUBARIA BILATERAL.

DESCRIPCION.

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. su efectividad en condiciones habituales de uso, este método brinda protección anticonceptiva mayor al 99 %.

INDICACIONES.

Este procedimiento esta indicado para mujeres en edad fértil o en vida sexual activa, nuliparas, ó multíparas que deseen un método permanente de anticoncepción, en las siguientes condiciones: paridad satisfecha, razones medicas, retardo mental.

CONTRAINDICACIONES.

Enfermedad inflamatoria pélvica activa.

TIEMPO DE REALIZACION.

Este procedimiento puede realizarse en el intervalo postparto. transcesarea y postaborto.

TIPOS DE TECNICA QUIRURGICA.

Esta dependerá del criterio clínico, de la experiencia del medico que realice el procedimiento y de la disponibilidad del instrumental, equipo y material necesario, la vía de acceso a la cavidad abdominal puede ser por Minilaparotomía, Laparoscopia, Histereroscopio Colpotomia.

El procedimiento de oclusión tubaria puede ser por :

- Salpingoclasia y ligadura.
- Salpingoclasia (fimbriectomia).
- Técnica de Pomeroy, Uchida e Irving.
- Mecánica por aplicación de anillos de YOON ó Electrofulguración. (28, 31, 32).

MÉTODOS DE BARRERA Y ESPERMICIDAS.

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

MÉTODOS DE BARRERA.

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.

CONDON ó PRESERVATIVO:

Es una bolsa de plástico (LATEX) que se aplica al pene en erección para evitar el paso de espermatozoides; algunos contienen además un espermicida como lo es el nonoxinol-9, es el único método que contribuye a la prevención de enfermedades de transmisión sexual.

EFFECTIVIDAD ANTICONCEPTIVA.

Bajo condiciones habituales de uso su efectividad es del 85 al 97 %.

INDICACIONES:

Es un método indicado en las siguientes condiciones :

- Como apoyo a otros métodos anticonceptivos.
- En personas con actividad sexual esporádica.
- Como apoyo en las primeras 25 eyaculaciones posteriores a la realización de vasectomía.
- Cuando además hay riesgo de exposición a enfermedades de transmisión sexual, incluyendo al S.I.D.A.

CONTRAINDICACIONES:

Alergia ó hipersensibilidad al LATEX ó al espermicida.

Disfunciones sexuales asociadas a la capacidad eréctil.

ESPERMICIDAS.

DESCRIPCION.

Son sustancias químicas que impiden el paso de espermatozoides, inactivandolos antes de que penetren al útero. Por lo general son surfactantes que pueden administrarse a través de diversos vehículos: cremas, óvulos, y espuma en aerosol.

EFFECTIVIDAD.

Este método brinda protección del 75 al 90 % y puede incrementarse en asociación con otros métodos de barrera. Las presentaciones son en cremas, óvulos, y espuma en aerosol.

INDICACIONES :

Estos métodos están indicados para mujeres en edad fértil con vida sexual activa, nuligestas, nulíparas ò multíparas, incluyendo adolescentes que deseen un método temporal de efectividad media, en las siguientes condiciones :

- Contraindicación para el uso de anticonceptivos hormonales:
- Durante la lactancia.
- Para aumentar la eficiencia anticonceptiva de otros métodos de barrera.
- En periodo inmediato de post vasectomía.

FORMA DE ADMINISTRACION:

Aplicarse dentro de la vagina de 5 a 20 minutos antes de cada coito, según la recomendación de cada uno.

Duración de la protección anticonceptiva : dependiendo del tipo de producto empleado, será limitada a una hora a partir de la aplicación del espermicida en la vagina.

EFFECTOS COLATERALES.

Reacciones alérgicas a los componentes de la formula. (9, 12,16, 17, 18).

VASECTOMIA.

DESCRIPCION.

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.

EFFECTIVIDAD ANTICONCEPTIVA.

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

INDICACIONES.

Esta indicada para hombres en edad fértil con vida sexual activa, que deseen un método permanente de anticoncepción en las siguientes condiciones; fecundidad satisfecha, razones medicas y retardo mental.

CONTRAINDICACIONES.

- Criptorquídea.
- Antecedentes de Cirugía Escrotal ó Testicular.
- Historia de Impotencia.

El tipo de técnica quirúrgica se encuentra comprendido en; la técnica tradicional con bisturí y la de li sin bisturí, la primera consiste en una pequeña incisión en el escroto por medio de la cual se ligan,

seccionan ó bloquean los conductos deferentes; la técnica de LI en esta se realiza una pequeña punción en el RAJE ESCROTAL por medio de la cual se ligan y seccionan los conductos deferentes. En ambas técnicas puede utilizarse la electrofulguración para bloquear los conductos deferentes.

La vasectomía no es efectiva en forma inmediata, pueden encontrarse espermatozoides hasta en las siguientes 25 eyaculaciones ó 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 (28, 29).

ANTICONCEPTIVOS EN INVESTIGACION

Los agonistas de la hormona liberadora de gonadotropina (GN-RHAs) constituyen otra alternativa hormonal para inhibir la ovulación de manera reversible y para reducir la producción de hormonas esteroides ováricas a concentraciones bajas ; se encuentra actualmente en estudios clínicos de fase i.

RU 486 (MIFEPRISTONE) falta mucho tiempo para que este anticonceptivo sea comparable con los otros anticonceptivos orales se trata de una Progesterona sintética que es una Antiprogesteronas en si es una hormona compleja que tiende a alterar los ciclos. Desempeña una función como anticonceptivo postcoito eficaz, ò anticonceptivo de la mañana siguiente, pero es probable que transcurra mucho tiempo antes de que este disponible en estados unidos (27, 32).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cual es el porcentaje de utilización de los métodos de planificación familiar en los medios rural y urbano del municipio de Xalapa, Veracruz, del 1^{ro} de febrero al 31 de marzo de 1995?

JUSTIFICACION

La motivación para realizar este estudio es en base a las marcadas tendencias de crecimiento demográfico que existen en nuestro Municipio.

Ya que en nuestro país nacen 4,458 niños diariamente por lo que la población aumenta cada año 1 627,305; crece a un ritmo aproximado de 3.2 %. El índice demográfico ocupa uno de los primeros lugares en el mundo; triplicándose él numero que teníamos en el año 1930 y se cuadruplicara en el año 2 000.

Los programas de planificación familiar se abren en México en el año de 1974, y es importante conocer el impacto en el medio rural y urbano.

La población mundial se calcula que desde los orígenes de la humanidad han nacido setenta y siete mil millones de niños, la población mundial actual es de 3 mil millones de personas y de no detenerse este crecimiento se calcula que en 100 años mas cubrirá todas las partes habitables del planeta afectando la producción de los insumos agropecuarios y las consecuencias serian funestas. El Estado de Veracruz con 8 millones de habitantes le corresponden a Xalapa 650 mil, la marginación y la pobreza van de la mano con el crecimiento demográfico por lo cual es importante conocer el impacto de los métodos de planificación familiar.

OBJETIVOS

GENERAL.-

Determinar la frecuencia de utilización de los métodos de Planificación Familiar que se utilizan en el Medio Rural y del Medio Urbano.

ESPECÍFICOS.-

1. - Conocer el porcentaje de entrevistados con VSA que pertenecen al medio urbano y al medio rural.
2. - Determinar los porcentajes de utilización de distintos métodos de Planificación Familiar en el medio urbano y rural
3. - Conocer la frecuencia de métodos temporales y definitivos en el área urbana y rural.
4. - Conocer el porcentaje de parejas en vida sexual activa que no utilizan métodos de Planificación Familiar.
5. - Detectar el número de personas en vida sexual activa que utilizan métodos de Planificación Familiar
7. - Determinar el número de hijos vivos de los entrevistados.
8. - Conocer el número de parejas que desean tener más hijos y las que no desean tener.
8. - Determinar total de embarazos de las mujeres entrevistadas.

METODOLOGIA

a) TIPO DE ESTUDIO.

- Descriptivo
- Prospectivo
- Comparativo
- Transversal

b) POBLACION, LUGAR, Y TIEMPO.

Este estudio se realizó en el Municipio de Xalapa, el cual cuenta con, una población de 350 mil habitantes; en tres congregaciones rurales Xolostla con población de 720 habitantes, Castillo Chico con 320 y Tronconal con 1200, pertenecientes al Municipio de Xalapa y en dos colonias populares que comprenden entre las dos una población de 4 800 habitantes; también son del mismo municipio; en Febrero y Marzo del año 1995.

c) TIPO DE MUESTRA : No aleatoria por cuotas.

d) CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y ELIMINACIÓN

Dentro de los primeros se encuentran:

1. - Familias integradas.
2. - Personas con vida sexual activa.
3. - Personas en edad reproductiva.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

2. - Familias Desintegradas.
3. - Personas mayores de 40 años.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN:

1. - Las personas que manifestaban no tener vida sexual activa

e) INFORMACIÓN A RECOLECTAR (VARIABLES DE MEDICIÓN)

Vida Sexual Activa

CUALITATIVAS

Medio

Método

Número de hijos vivos

CUANTITATIVAS

Número de Embarazos

f) PROCEDIMIENTO :

Se realizó una encuesta casa por casa con el apoyo de encuestadores voluntarios del D.I.F. Municipal de Xalapa, Veracruz solicitando autorización a los jefes de manzana en las colonias urbanas, a los Comisariados Ejidales en las congregaciones y a las personas encuestadas; se les doto de cédulas de recolección de datos, realizándose porcentajes, barras, y pasteles.

g) CONSIDERACIONES ETICAS.

Este trabajo se realizó en base a la declaración de Helsinki. Adaptada de la 18va. Asamblea Medica Mundial en Tokio Japón, 1975 y en base al reglamento de la Secretaria de Salud Vigente en nuestro País, publicado en el diario oficial de la federación del 26 de enero de 1982.

DESCRIPCION DE RESULTADOS

Se encuestaron 1000 pacientes de los cuales se excluyeron 172, quedando para el estudio 828, familias desintegradas y personas mayores de 40 años.

En el medio urbano de 222 parejas con vida sexual activa se detecto que 79 parejas utilizan métodos temporales los que corresponde a un 36 %, las preferencias por los métodos definitivos fueron de 71 parejas, lo que correspondió al 32 %, y el restante 32 % para las parejas que no llevan un método, fueron 153 que correspondió a un 69 % y las que no llevan ningún método fue de 31 % que corresponde a 68 parejas. En lo que respecta a las que quieren tener mas hijos fueron 71 parejas que corresponde a un 32 % y las que no desean tener mas hijos son 150 que corresponde a un 68 %, estos resultados se apreciaran mejor en las gráficas 1, 2, y 3.

En el medio rural de 192 parejas en vida sexual activa que utilizan métodos temporales fueron 53, que corresponde a un 28 %, las que utilizan métodos temporales fueron 61 que correspondió a un 32 %, y las que no llevan ningún método fueron 76 parejas que corresponden a un 40 %. En lo que respecta a las que no desean tener hijos fueron 57 %

que equivale a 109 parejas, y las que quieren tener mas hijos son 82 parejas que equivale al 43 %. Las parejas encontradas sin método fueron 76 o sea un 40 % y las que si llevan método fueron 76 o sea un 40 % y las que si llevan método fueron 115 lo que equivale a un 60 %, gráficas 4, 5, y 6.

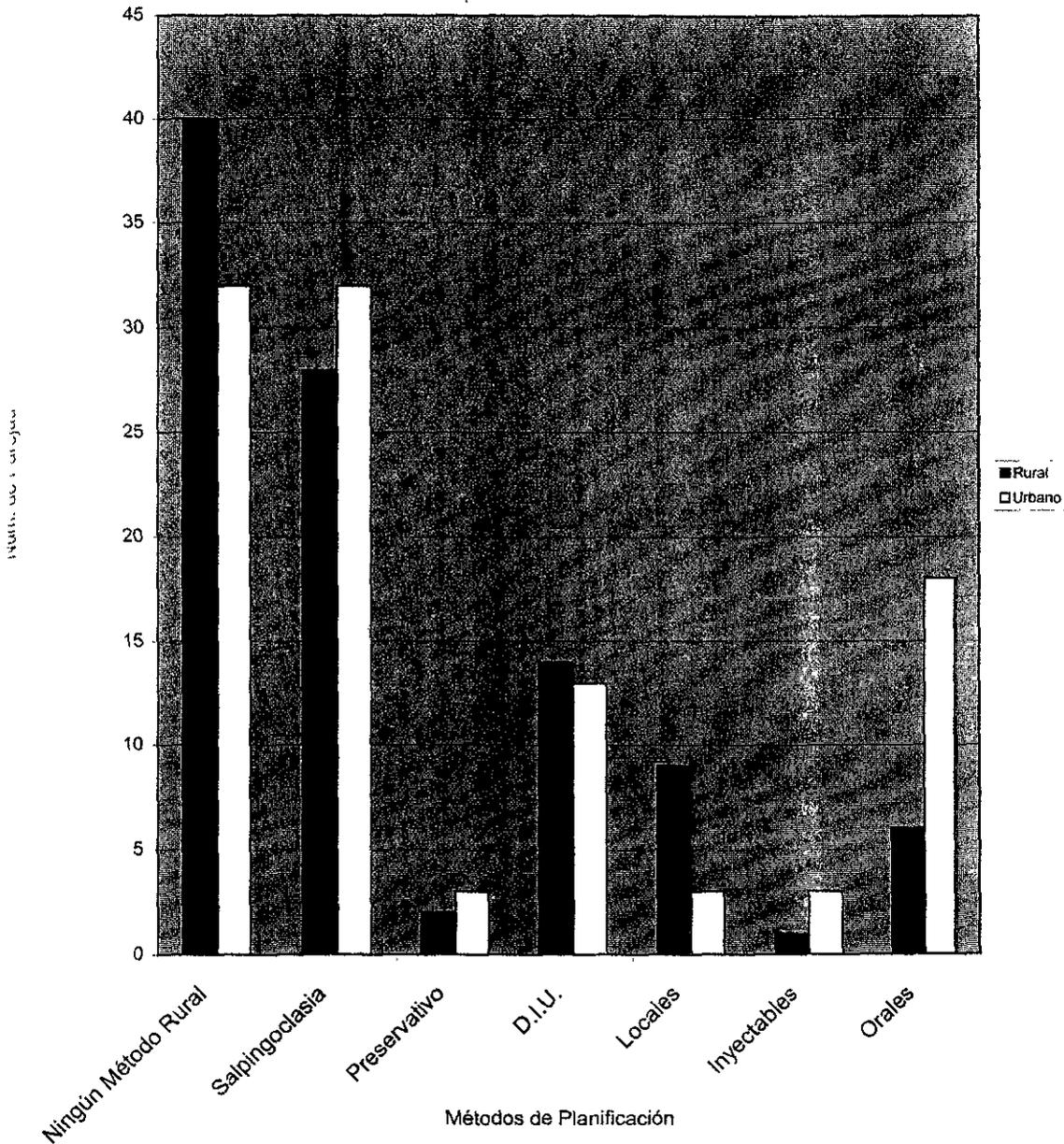
De las parejas encuestadas en el medio urbano tuvieron 646 embarazos, de los cuales tienen 579 hijos vivos por lo cual la mortalidad fue de 67.

De las parejas encuestadas en el medio rural tuvieron 606 embarazos de los cuales tienen 525 hijos vivos por lo cual la mortalidad fue de 81.

En el desglose de los diferentes métodos se reportaron los siguientes resultados en el medio urbano en las personas encuestadas. salpingoclasia 71 (31.98 %), sin ningún método 70 (31.53 %), hormonales orales 36 (16.2 %); D.I.U. 27 (12.16 %), locales 8 (3.60 %) y preservativos 7 (3.15 %).

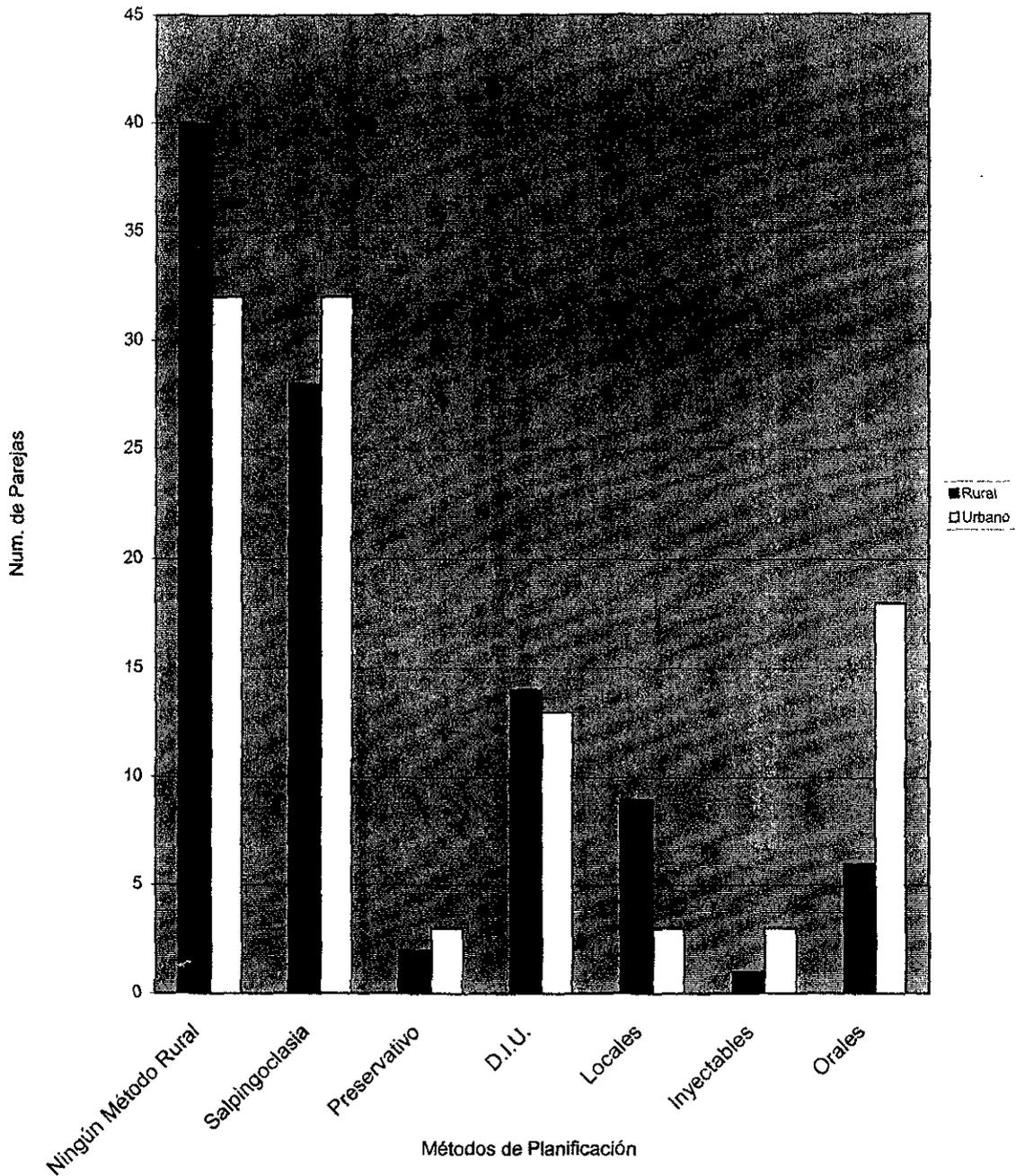
En el medio rural se reportaron los siguientes datos; sin ningún método 84 (43.7 %), salpingoclasia 55 (28.6 %); D.I.U 28 (14.6 %).

COMPARACION DE ANTICONCEPTIVOS UTILIZADOS EN EL MEDIO RURAL Y EN EL MEDIO URBANO



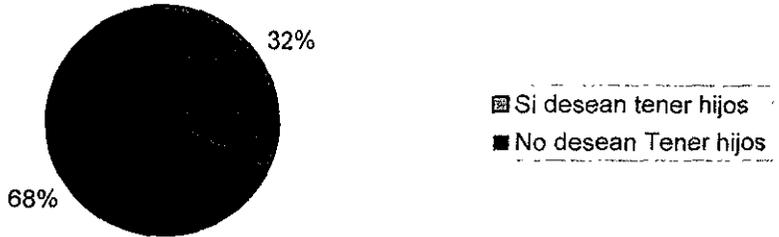
Fuente: Cédula de Recolección de Datos

COMPARACION DE ANTICONCEPTIVOS UTILIZADOS EN EL MEDIO RURAL Y EN EL MEDIO URBANO

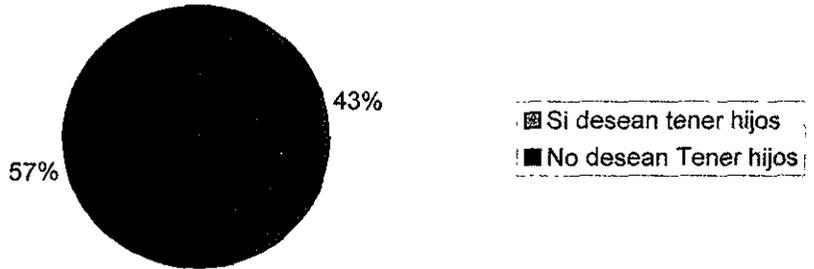


Fuente: Cédula de Recolección de Datos

MEDIO URBANO

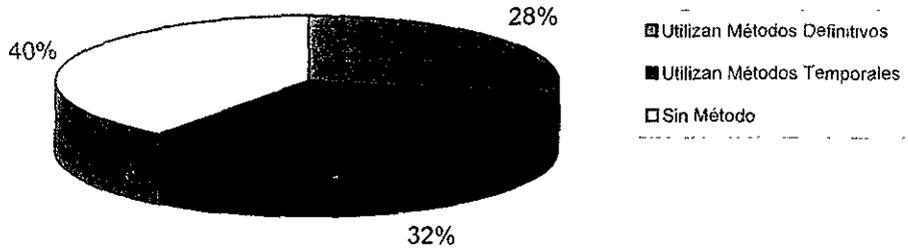


MEDIO RURAL



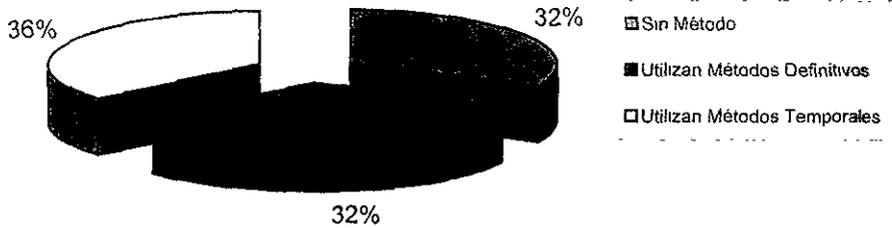
A 192 Parejas con vida Sexual Activa; 82 desean tener más hijos
Fuente: Cédula de Recolección de Datos.

MEDIO RURAL

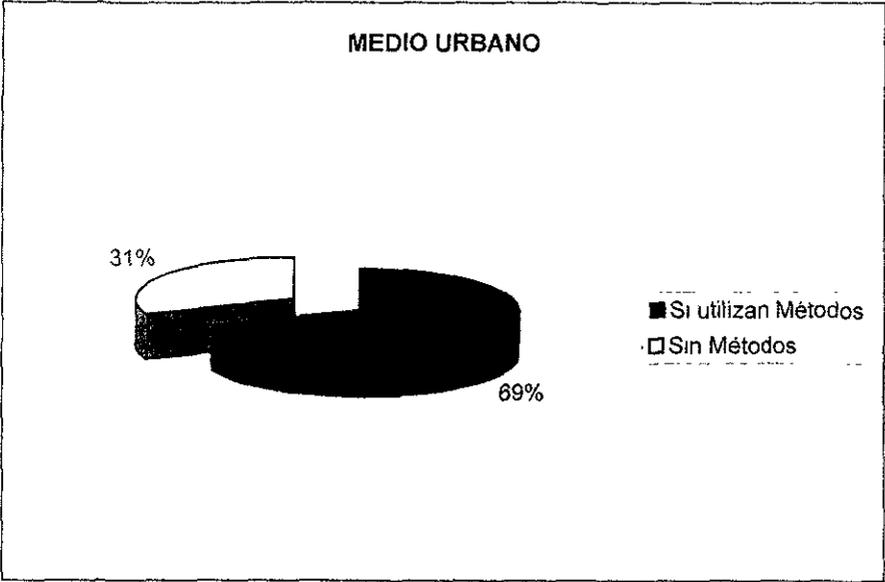


A 192 Parejas en vida Sexual Activa
Fuente: Cédula de Recolección de Datos.

MEDIO URBANO

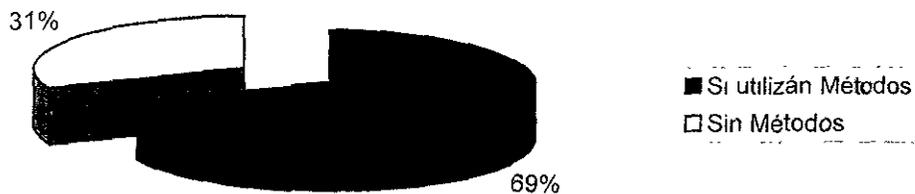


A 222 Parejas con vida Sexual Activa: se les realizó la encuesta
Fuente: Cédula de Recolección de Datos



A 222 Parejas con vida Sexual Activa. se les realizó la encuesta
Fuente: Cédula de Recolección de Datos

MEDIO URBANO



A 192 Parejas en vida Sexual Activa; 82 no llevan ningún método.
Fuente: Cédula de Recolección de Datos

**METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR UTILIZADOS EN LA
CLINICA HOSPITAL 300100 ISSSTE DURANTE EL AÑO 1995**

	Hormónales Orales	D.F.U.	O.F.B.	Vasectomía	Apoyo	Total
Primera Vez	848	492	321	66	339	2066
Subsecuentes	1749	1027	0	0	532	3308
Total	2597	1519	321	66	871	5374

DISCUSION

Llama la atención la no utilización de métodos aceptados por la religión como lo son el método de BILLINGS, el coito interrumpido, el método de la temperatura, el método sintotérmico, el método del calendario ò de OGINE KNAUS los cuales son efectivos cuando se requiere regular la fecundación de manera temporal. Los métodos definitivos en las mujeres están subutilizados, ya que solo en el 32 % de ellas se detectaron, considerando que es un método con un porcentaje de seguridad bastante alto y en los hombres las nuevas técnicas de vasectomía como lo es la de LI en la cual no se utiliza bisturí no es aceptada mas bien es desconocida en las personas encuestadas. El implante subdérmico tan utilizado en países de Asia y del primer mundo como método temporal de larga duración es también desconocido.

Es importante considerar que a nivel institucional en la clínica hospital 30-01-00 en Xalapa, ver; no reconsideran los métodos naturales para fines estadísticos como apoyo esta incluido la utilización de preservativos; el implante subdérmico tampoco es considerado.

CONCLUSIONES

La penetración del médico familiar se debe reforzar para una atención integral de la salud en la cual esta indicada la planificación familiar con lo cual se elevarían los índices de salud de la población en general; y por consiguiente mejorar el nivel de nuestro pueblo; ya que se detecto un alto índice de natalidad y de personas que no llevan ningún método anticonceptivo.

Es importante también el involucramiento de los diferentes sectores de salud para una mejor difusión de los métodos tradicionales y modernos lo cual condicionaría una mayor aceptación en los usuarios, ya que es detectable la no utilización de métodos inocuos de control de la natalidad y el desconocimiento o la no aceptación de las diferentes técnicas de vasectomía tan aceptados en los países con grandes problemas ocasionados por la explosión demográfica, el implante subdérmico que controla el embarazo por un lapso hasta de cinco años utilizado con mucha eficacia en países Asiáticos y en países del primer mundo es totalmente desconocido en nuestro medio.

Autocrítica . . si este estudio se hubiese realizado en comunidades mas alejadas de la capital del estado seria mas fidedigno en cuanto a las preferencias de los métodos de planificación familiar ya que en las comunidades estudiadas se detecto un buen numero de pacientes que trabajan en la ciudad, también en el cuestionario falto investigar la escolaridad y si son derecho habientes de alguna institución de salud, ya que la cultura es un factor importante para la utilización de los métodos de planificación familiar y en caso necesario recabar información de si existen programas de salud en las comunidades.

PROPUESTAS DE SOLUCION

- Impartir Seminarios.
- Capacitar a Trabajadores de Salud.
- Impartir Sesiones Clínicas.

BIBLIOGRAFIA

1. - Novak, Howard, W Jones III, Ane, Colrton, Wentz tratado de ginecología II. edición, pag. Interamericana.
2. - Ayala, bases de la anticoncepción hormonal, bioquímica de Hormonas y esteroides. rev. med. I.M.S.S. 1990; 28; 51.
3. - Alarcon, F. salud reproductiva rev. med. I.M.S.S. 31 (1) 1993, 47.
4. - Ayala A. Almanza, R. Kogan. bases de la anticoncepción hormonal III, metabolismo de las hormonas esteroides y su acción anticonceptiva. rev. med. I.M.S.S. 38. 990; 65.
5. - Rábago A. Mendoza D. os fenómenos demagógicos y la salud reproductiva. rev. med. I.M.S.S. 1993; 49.
6. - Juarez T. planificación familiar y salud reproductiva. rev. med. I.M.S.S. 1993; 52.
7. - Cruz M. comunicación educativa y salud reproductiva. rev. med. I.M.S.S. 1993; 52, 53.
8. - Potts DM, Smith JB. The future of hormonal anticonception. supliil, 1991; 57.
9. - Mc Gregor, Hammill HA. Contraception y sexually transmitted diseases : interactions and oportunities. am j obstet gynecology 1993; 2033.10.-
- 10 -Hannaford PC. Cervical cáncer and methods of contraception 1991; 317.
11. -Skouby SO. Contraception for women. Baillieres clin obstet gynecol. 1991; 493.
12. - Connell EB. barrier contraceptives espermicides and periodic abstinence. curr opin osbtet gynecol 1991 ; 477.
13. - Woods ER, contraceptive choices for adolescents. Pediatric an 1991; 524.
14. - Yang Met. contraception : barriers and spermicides periodic abstinence, and intrauterine devices. curr opin gynecol 2 1990 ; 524.
15. - Fallilove. race gender issues in the sexual transmission of aids clin rev. 1990; 25.
16. - Greydanus de, lamchamp d.contraception in the adolescent preparation for the. clin north an 1990 ; 1205-1214.
- 17 - Trusell, Jetal A. guide to interpreting contraceptive efficact studies. obstet gynecol 1990; 558.
18. - Alexander NI. sexual transmission of human inmunodeficiency virus , virus entry in to the male and female genital tract. programme on adquired inmun deficiency syndrome fertil steril 1990 ; 1.
19. -Toledo A. Kaasem. planification family in gynecology and obstetric no. 3 I.M.S.S., 1993; 983.
20. - Shunquiangu Le, goldstein m. the not scalpel vasectomy the journal of urology, 1991, 341-355.
21. - Bird KD. the use of spermicide containing nonoxynol-9 in the prevention of h.i.v. infection. aids, 1991; 791-796.
22. - Mastroniani, courtland. robinson. contraception.obstet gynecol clinic north am, 1990; 759-774.
23. - Alvarez F. Brache: new insights on the mode of action of intrauterine contraceptive devices in women. fertil steril 1988;768-773.

4. - Brukman RT. mondrend trends in contraception. obstet gynecol clinic north am, 1990; 759-774.
25. - Connell EB. contraceitve myths. set the record straight obg management, 1992 ; 47-48.
26. - Cullins ve. remburg re, blumental pd. norplan welcome new contraceptive option. Contem ob gynecog 1993; 46-60.
27. - F-D-C- reports. ru-486 large us clinical trial suggested by Roussell-Uclaf. the pink sheet, 1993 ; 55-57.
28. - Populations crisis commites. guia de mètodos para el control de la natalidad; 1991.
29. - González G, Martson. vasintejam. no scalpe vasectomy association for voluntary surgycal contraception. New york ; 54.
30. - Who implantes anticonceptivos subdèrmicos de norplant,1991, ginebra : 134.
31. - Who esterilizaciòn femenina. OMS ginebra ; 158.
32. - Kaunitz AM : a new contraceptive options. contemp ob gyn, 1993; 19-34.

CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS.

No. de Casos _____ Medio Rural _____ Urbano _____ Fecha _____

Nombre _____

Domicilio : _____

Comunidad : _____

Vida Sexual Activa SI _____ NO _____

Casado : _____ Soltero: _____

No. de Embarazos _____ Hijos Vivos : _____

Quiere tener mas hijos SI _____ NO _____

Ha utilizado métodos de control de la natalidad SI _____ NO _____

Cuales : Ritmo _____ Espumas _____ Diafragma _____ Preservativo _____

D.I.U. _____ Hormonales Orales _____ Hormonales Inyectables _____

Hormonales Subdèrmicos _____ Vasectomía _____ Salpingoclasia _____