

11217

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO  
INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES PARA LOS  
TRABAJADORES DEL ESTADO**

**"EPIDEMIOLOGÍA DE LA REPRODUCCIÓN"  
EN EL HOSPITAL GENERAL TACUBA**

**TESIS**

**QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALIDAD EN  
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**

**PRESENTA EL**

**DR. JAIME MOLINA MEJIA**

**ASESOR DE TESIS:**

**DR. RENE JAIME TORO CALZADA.**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



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

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

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

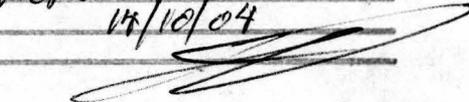
El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición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

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: Jaime Molina

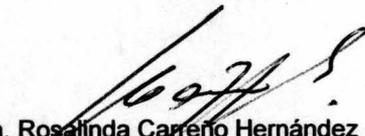
Molina

FECHA: 17/10/04

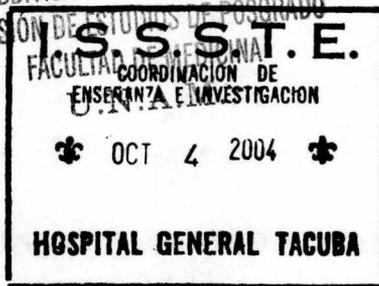
FIRMA: 

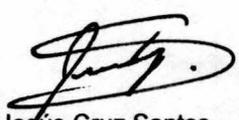
HOSPITAL GENERAL TACUBA  
ISSSTE

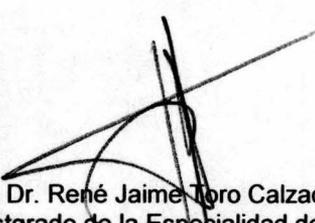


  
Dra. Rosalinda Carreño Hernández  
Directora  
Hospital General Tacuba

  
SUBDIVISIÓN DE ESPECIALIZACIÓN  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO



  
Dr. Jesús Cruz Santos  
Coordinador de Educación e Investigación en Salud  
Hospital General Tacuba

  
Dr. René Jaime Toro Calzada  
Titular del Curso de Postgrado de la Especialidad de Ginecología y Obstetricia  
Coordinador de Ginecología y Obstetricia  
Asesor de Tesis  
Hospital General Tacuba



ESTE NO DEBE  
DE LA BIBLIOTECA

## **AGRADECIMIENTOS.**

A mis padres, por ser mis mejores maestros ante la vida y porque gracias a sus exigencias, comprensión, apoyo y amor he logrado alcanzar esta meta.

A mis hermanos, por sus consejos, cariño, comprensión y ayuda ante las situaciones  
adversas.

A mi esposa, quién me ha apoyado y tolerado mis desvelos sin cuyo amor y comprensión no hubiera sido posible lograr esta meta, gracias pdc.

Al Dr. Rene Jaime Toro Calzada

Por sus valiosos conocimientos en estos años de la especialidad y sobre todo gracias por su apoyo en los momentos difíciles de mi vida, confianza y guía, sin el cual no se habría  
realizado esta tesis.

## INDICE

1) INTRODUCCIÓN.....	1
2) RESUMEN.....	13
3) OBJETIVO GENERAL.....	15
. Objetivos específicos.	
4) MATERIAL Y METODOS.....	16
5) RESULTADOS.....	19
6) GRAFICAS.....	28
7) ANEXO I.....	47
8) DISCUSIÓN.....	48
9) CONCLUSIÓN.....	51
10) BIBLIOGRAFÍA.....	52

## INTRODUCCION.

La epidemiología de la reproducción presenta aspectos metodológicos propios, que la diferencian de los estudios epidemiológicos de otras enfermedades crónicas. La epidemiología de la reproducción abarca un campo muy amplio que se extiende desde los problemas de la fertilidad en la población general hasta los relacionados con el nacimiento y estado de salud del recién nacido.

En los últimos años los avances científicos y tecnológicos en el área de la reproducción humana han sido impresionantes, lo cual generó conocimientos que permiten un manejo de las parejas infértiles más práctico, eficiente y también humano, puesto que los avances no se limitan a ciencia y tecnología<sup>9</sup>

La demanda de los servicios de reproducción se han incrementado notablemente debido a diferentes factores:

- 1) La tendencia de la mujer a posponer los embarazos por su trabajo, ocasionando que decidan embarazarse a edades más avanzadas (más de 30 años o hasta 35 años) lo cual por si solo condiciona un factor de mal pronóstico para su fecundidad.
- 2) Incremento de la efectividad de las técnicas de reproducción asistida.

### 3) Conocimiento de éstas técnicas por la población general<sup>1</sup>.

Es importante recordar que la fertilidad es la capacidad de concebir en un lapso definido, mientras que fecundidad extiende este concepto al incluir la capacidad para concebir y lograr un producto vivo<sup>2</sup>.

La fertilidad es máxima en la mujer entre los 24 y 26 años, declina en forma gradual después de los 30, con caída más acentuada alrededor los 35 años, más por alteraciones en la función ovulatoria o en la viabilidad del óvulo, aunque también se invocan factores como la desciliación tubaria, endometriosis, enfermedad pélvica inflamatoria y disminución de la frecuencia coital<sup>3</sup>

La fecundabilidad se define como la probabilidad de concebir durante un ciclo dado. La probabilidad de no concebir durante un ciclo dado es  $1-f$ . Durante un período breve, la fecundabilidad de una pareja, a menudo, se mantiene estable. Para una cantidad importante de parejas, la probabilidad de concepción es  $f$  para el primer mes,  $f \times (1-f)$  para el segundo mes,  $f \times (1-f)^2$  para el tercer mes y  $f \times (1-f)^{N-1}$  para el enésimo mes. Este modelo permite determinar que la cantidad media de meses necesarios para lograr la concepción es  $1/f$ .

Con este simple modelo estadístico, si se supone que la fecundabilidad de un ciclo menstrual normal es 0.25 y comenzando con 100 parejas, aproximadamente 98 deberían concebir en el curso de 13 ciclos. Por lo que se puede documentar que se mantiene 0.25 en los primeros tres

meses y en los restantes 9 meses disminuye a 0.15. Esto sugiere que toda población numerosa está compuesta por una mezcla heterogénea de parejas.<sup>4</sup>

Con la edad también aumenta la incidencia de abortos espontáneos; así, a los 35 años es casi el doble de la que se observa a los 20 años.<sup>1</sup>

En parejas fértiles hay un 20 a 25% de posibilidades de lograr un embarazo por ciclo, en el que el 20% logra un embarazo en el primer mes, el 60-65% en 6 meses, el 75% en 9 meses y 80-90% en un año. La fertilidad disminuye después de suspender la anticoncepción hormonal pero se recupera pronto, a menos que se hayan utilizado preparados de larga duración por vía parenteral.<sup>8</sup>

La prevalencia de parejas infértiles difiere de acuerdo a la definición establecida. Si nosotros utilizamos la definición más comúnmente empleada, ésta se establece como la ausencia de embarazo posterior a un año de relaciones sexuales sin protección, entonces las parejas infértiles representan del 10 al 15% del total de las parejas.

De acuerdo a la definición de la Sociedad Europea de Reproducción Humana y Embriología se define como la ausencia de embarazo con dos años de exposición coital regular, entonces la prevalencia de parejas infértiles en Europa y Norteamérica es aproximadamente del 5 al 6%.

Se define a la infertilidad primaria cuando no han ocurrido embarazos previos, infertilidad secundaria cuando ya ocurrió un embarazo aunque no necesariamente de un producto nacido vivo.<sup>6</sup>

La definición clínica de infertilidad es relativamente imprecisa, ya que no refleja al amplio espectro de potencial fértil en las parejas que no concibieron en 12 meses. La definición clínica de infertilidad implica la existencia de una cierta dicotomía: o bien se logra un embarazo en 12 meses ( en ese caso, no hay infertilidad) o bien no se logra un embarazo en 12 meses y, por definición, en este caso hay infertilidad.<sup>5</sup>

El embarazo es el resultado de una serie compleja de episodios fisiológicos que tienen lugar en el hombre y en la mujer, y permiten la implantación de un embrión en el endometrio. Como requisitos mínimos, un embarazo requiere la ovulación y la producción de un ovocito competente, la generación de espermatozoides competentes, la proximidad entre el espermatozoide y el ovocito en el tracto reproductor, el transporte del embrión hacia la cavidad uterina y la implantación del embrión en el endometrio.

Es importante recordar que algunos trastornos, por ejemplo los que acusan azoospermia, evidentemente mantienen una relación causa-efecto con la infertilidad. En el caso de otros procesos patológicos, como la endometriosis en estadio I, no existe una relación causa-efecto inequívoca entre la enfermedad y la infertilidad. En estos casos, es preferible decir que existe

una asociación entre la enfermedad y la infertilidad, pero no se demostró claramente una relación causal.<sup>2</sup>

Los factores causales de disminución de la fertilidad en una pareja varían de acuerdo con la población de que se trate; sin embargo las causas de infertilidad pueden ser divididas en cuatro categorías:

- 1) Factor femenino
- 2) Factor masculino
- 3) Mixto
- 4) Inexplicable.

Es difícil asignar un porcentaje exacto para cada una de las categorías, sin embargo se reporta que en general el 35% de los casos de infertilidad se debe a un factor femenino, 30% a un factor masculino, 20% mixtas y un 15% de los casos no se tiene un diagnóstico a pesar de haber hecho una investigación completa.

Estudios numerosos muestran una distribución del factor femenino de la siguiente forma:

- Ovárico: 20-30%
- Tuboperitoneal: 15-20%
- Uterino: 5-10%

- Cervical: 5-10%
- Inmunológico: 5%

En más del 30% existen múltiples factores. <sup>(3)</sup>

El estudio de la pareja infértil debe incluir una historia clínica minuciosa de ambos así como la exploración física completa. Son muy importantes los antecedentes gineco-obstétricos como: crecimiento y desarrollo, menarca y características de la menstruación, métodos anticonceptivos, frecuencia del coito, gestaciones previas y su resolución, tiempo de la infertilidad, así como resultado de evaluaciones y tratamientos anteriores.

En antecedentes personales son importantes: alergias, traumatismos, cirugías pélvicas, signos o síntomas de alteraciones tiroideas, medicamentos o drogas prohibidas.

El examen físico debe incluir peso, talla e índice de masa corporal, crecimiento anormal de la glándula tiroides, secreciones por sus pezones y sus características, signos de androgenización, tumores o alteraciones anatómicas de los órganos del aparato genital interno o externo, alteraciones cervicales y secreciones patológicas.

Con una historia clínica completa, que incluya el examen adecuado a la pareja, debe tenerse idea de la posible causa de infertilidad y también, del factor o los factores responsables. <sup>(4)</sup>

## PLANIFICACIÓN FAMILIAR.

Es el derecho de toda persona a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de sus hijos y ha obtener la información especializada y los servicios idóneos.

**ANTICONCEPCIÓN:** Es el uso de un método anticonceptivo por una mujer, por un hombre o por ambos simultáneamente, antes del primer embarazo, en el intervalo intergenésico y en el posparto.

**MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS:** Son los procedimientos que se utilizan para impedir el embarazo en forma temporal o permanente y se clasifican de la siguiente manera:

### A) Métodos anticonceptivos temporales:

#### 1).- Naturales:

- **Abstinencia sexual periódica:** son métodos que impiden el embarazo, planificando el acto sexual de acuerdo con los infértiles del ciclo menstrual. Se clasifican en método del ritmo o de Ogino-Knauss, método de la temperatura basal, método del moco cervical o de Billings y método sintotérmico. Indicaciones: parejas que no desean usar otros métodos de mayor eficacia por cualquier causa. Contraindicaciones: Riesgo reproductivo

elevado, lactancia, ciclo menstrual irregular, incapacidad de la mujer para reconocer signos y características del ciclo menstrual. Efectividad. 70-80%.

Amenorrea de la lactancia: condición natural de la mujer en el puerperio, durante la cual el riesgo de embarazo antimetabolitos, está disminuido. Se limita a los 4 meses después del parto, siempre y cuando se practique la lactancia en forma exclusiva y frecuente. Indicaciones: mujeres que deseen y puedan amamantar a su hijo. Contraindicaciones: Hepatitis viral activa, VIH/SIDA, uso de reserpina, ergotamina, ciclosporina, cortisona, bromocriptina, medicamentos radioactivos, litio y anticoagulantes y dificultad para tomar el pezón. Efectividad: 98%.<sup>(7)</sup>

## 2) Barrera:

Son métodos anticonceptivos cuyo mecanismo de acción radica en impedir que los espermatozoides se pongan en contacto con la vagina y que penetren al conducto cervical, por acción de un obstáculo físico o químico. Entre los que se encuentran el condón masculino de látex, condón femenino de poliuretano, espermicidas (cremas, óvulos, espumas). Indicaciones: Como apoyo a otros métodos, en períodos pos vasectomía, relaciones sexuales esporádicas. Contraindicaciones: Riesgo reproductivo elevado, alergia o hipersensibilidad al látex o espermicidas, disfunción eréctil.

Efectividad:

Preservativo: 85-97%

Espermicidas: 75-90% (7)

### 3) Dispositivo intrauterino:

Son artefactos que se colocan dentro de la cavidad uterina, con fines anticonceptivos de carácter temporal. Indicaciones: Mujeres en edad fértil con vida sexual activa, nuligestas, nulíparas o multiparas, incluyendo adolescentes que desean un método temporal de alta efectividad en las siguientes circunstancias:

- . Antes del primer embarazo
- . Período intergenésico posparto y transcesárea con o sin lactancia.
- . Postaborto.

#### Contraindicaciones:

- . Embarazo o sospecha de embarazo
- . Histerometría menor a 6cm
- . Patología deformante de la cavidad uterina
- . Ca. de cuello o cuerpo uterino
- . Enfermedad pélvica inflamatoria
- . Corioamnioitis
- . Promiscuidad sexual
- . Enfermedad trofoblástica reciente.

#### Efectos colaterales:

- . Dismenorrea
- . Hipermenorrea

. Secreción vaginal no infecciosa. Efectividad: 95-99% <sup>(7)</sup>

#### 4) Hormonales:

- Orales: Son métodos anticonceptivos cuyo mecanismo de acción radica en suprimir la ovulación y/o modificar la estructura endometrial y el moco cervical.

- Combinados: Contienen un estrógeno sintético (etinilestradiol o mestranol) y una progestina (noretisterona, norgestrel, ciproterona). Indicaciones: Mujeres en edad fértil con vida sexual activa, nuligestas, nulíparas o multíparas incluyendo adolescentes que desee un método temporal de alta efectividad. Contraindicaciones: Embarazo o sospecha de embarazo, lactancia, tener o haber tenido enfermedad tromboembólica, Ca ginecológico, tumores o enfermedad hepática, toma simultánea de rifampicina o anticonvulsivantes.

b) De progestina: Dosis bajas de progesterona sintética (linestrenol o levonorgestrel). Indicaciones: Cuando el uso de estrógenos está contraindicado. Contraindicaciones: Igual que el anterior excepto lactancia y enfermedad tromboembólica.

Efectos colaterales (ambos): Cefalea, náusea, vómito, mareo, mastalgia, cloasma y hemorragia intermenstrual.

Efectividad: Combinados: 92-99%

De progestina: 90-97%. <sup>(7)</sup>

- Inyectables:

a) Combinados: Contienen un éster de estradiol y una progesterina. Indicaciones: Antes del primer embarazo, período intergenésico, posaborto, posparto o poscesárea después de la tercera semana si la mujer no esta lactando. Contraindicaciones: Mismas que los hormonales orales.

b) De progestina: enantato de norestiterona o acetato de medroxiprogesterona. Indicaciones: cuándo el uso de estrógenos esta contraindicado. Contraindicaciones: mismas circunstancias que los hormonales orales.

Efectos colaterales: Irregularidades menstruales, cefalea, náusea, vómito, mareos, mastalgia, aumento de peso. Los de progestina pueden causar amenorrea.

Efectividad: 99% <sup>(7)</sup>

5) Implantes subdérmicos:

Método anticonceptivo temporal de acción prolongada que se inserta subdérmico y consiste en un sistema de liberación continua y gradual de una progestina sintética. Destaca el de seis cápsulas de dimetilpolisiloxano con 36mg de levonorgestrel cada una. Duración 5 años.

Y el de una varilla de etilen vinil acetato (EVA) con 86mg de etonogestrel. Duración 3 años.

Indicaciones: Cuándo está contraindicado el uso de estrógenos y cuándo se desea un método de larga acción.

Contraindicaciones: Embarazo o sospecha de embarazo, Ca. ginecológico, tumores o enfermedad hepática, administración simultánea de rifampicina o anticonvulsivantes.

Efectos colaterales:

- Hematoma local, Infección local, dermatitis, irregularidades menstruales, cefalea, mastalgia y aumento de peso.

Efectividad: 99% el primer año y 96.5% al quinto año de uso.

B) Métodos definitivos:

1) Salpingoclasia: Consiste en la oclusión de ambas trompas existiendo diversas técnicas (pomero, fimbriectomía, aplicación de anillos de Ion, etc). Indicada en pacientes con paridad satisfecha, retardo mental y razones médicas. Contraindicaciones: Enfermedad inflamatoria pélvica activa, condiciones médicas como: Enfermedad tromboembólica, cardiopatía isquémica, hemorragia vaginal no diagnosticado, Ca. vaginal o endometrial, anemia por deficiencia de hierro, deciduoendometritis. No se conocen efectos colaterales.

Efectividad: 99%

2) Vasectomía: Consiste en la oclusión bilateral de los conductos deferentes, con el fin de evitar el paso de los espermatozoides. Existe la técnica tradicional con bisturí y la técnica de Li (sin bisturí). Indicada en retardo mental, razones médicas y fertilidad satisfecha. Contraindicaciones: Criptorquidea, antecedente de cirugía escrotal o testicular e historia de impotencia sexual.

No se conocen efectos colaterales asociados con el método.

Efectividad: 99%.<sup>7</sup>

## **RESUMEN.**

En México, se considera que aproximadamente 10 al 15% de las parejas son infértiles. Las causas de la infertilidad pueden ser divididas en:

- Factor Femenino
- Factor masculino
- Mixto
- Inexplicable.

Se realizó un estudio para valorar el índice de fecundidad de nuestra población y de los embarazos no planeados el análisis de los métodos anticonceptivos utilizados.

Se realizó un estudio longitudinal, observacional, prospectivo y abierto en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital General Tacuba, del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los trabajadores del Estado, durante el periodo comprendido del 01 de Mayo del 2004 al 15 de Agosto del 2004. Se recabaron los datos obtenidos por una cédula de recolección de datos conteniendo edad de la paciente, estado civil, número de embarazos anteriores contando abortos, si era embarazo planeado o no planeado, si recibió algún tratamiento para embarazarse, si utilizaba algún método anticonceptivo cuando se embarazo y ¿cuál?.

Se analizaron 350 pacientes divididos en dos grupos de embarazos planeados (194) y embarazos no planeados (156).

El tiempo de espera para lograr el embarazo fue mayor a los doce meses con 18.5% y su acumulativo fue de 82.7%. En lo que respecta a los embarazos no planeados 64 (41.1%) utilizaba algún método de planificación familiar y el de más utilizado fue el método del calendario con 18 pacientes (28.1%).

## **OBJETIVO GENERAL.**

El objetivo del presente estudio es el conocer el panorama epidemiológico de la fecundación en nuestros derechohabientes.

## **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

Conocer el índice de fecundidad de nuestra población, para poder determinar cuando una pareja es sujeta de estudio formal para investigar causas de infertilidad y sugerir factores de pronóstico .

Conocer el patrón psicológico social de nuestras embarazadas con respecto a la aceptación de la gestación.

Conocer la frecuencia de embarazos planeados, deseados y no deseados de nuestra población.

Conocer los métodos anticonceptivos cuya falla inciden en la fecundación no planeada.

## **MATERIAL Y METODOS.**

El estudio se llevó a cabo de manera longitudinal, observacional, prospectivo y abierto en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital General Tacuba, del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE), durante el período comprendido del 01 de Mayo del 2004 al 15 de Agosto del 2004.

A todas las pacientes que tuvieron parto o cesárea se les sometió a interrogatorio directo mediante aplicación de una encuesta en el período comprendido (anexo 1).

Se incluyeron un total de 351 pacientes entre los 15 y 40 años de edad.

El grupo total de pacientes se dividió en dos grupos:

- Problema (pacientes que son sometidas a interrogatorio en su puerperio inmediato del rango de 15 a 40 años de edad con embarazo planeado).
- Testigo (pacientes que son sometidas a interrogatorio en su puerperio inmediato del rango de 15 a 40 años de edad con embarazo no planeado).

Embarazo planeado: No utilizaba método anticonceptivo al momento de embarazarse y estaba buscando el embarazo.

Embarazo no planeado: Utilizaba método anticonceptivo y/o no buscaba el embarazo.

Los criterios de inclusión son:

- Mujeres que se encuentren en su puerperio inmediato.
- Mujeres entre la edad de los 15 a 40 años.

Los criterios de exclusión son:

- Pacientes que han sido sometidas a tratamiento de infertilidad y de pérdida gestacional recurrente.
- Pacientes con patología tiroidea, diabética e hipertensa.

Los criterios de eliminación son:

- Todas aquellas pacientes que no acepten la encuesta realizada y contestarla en forma incompleta.

Para su análisis, los dos grupos se dividieron por grupos etareos de 5 años (15 a 20 años, 21 a 25 años, 26 a 30, 31 a 35, 36 a 40). Se comparó el índice de fecundidad y los métodos anticonceptivos entre sí a través de chi cuadrada.

Se utilizaron recursos humanos (médicos residentes de primer año de Ginecología y Obstetricia) y secretaria del servicio, así como recursos físicos a base de equipo de cómputo con programa Excel.

No ameritó autorización del Comité de Etica, ni del Comité de Tejidos del hospital por el tipo de investigación.

## RESULTADOS.

En el presente estudio, se incluyeron 350 pacientes de las cuales 194 (55.4%) pertenecieron al grupo problema y 156 (44.5%) al grupo testigo. (Gráfica 1).

En relación al estado civil en ambos grupos se observó que 242 pacientes (69.2%) son casadas, 52 (14.8%) son solteras y 56 (15.9%) viven en unión libre. (Gráfica 2).

Dentro del grupo problema en relación al estado civil encontramos que 138 pacientes (71.1%) son casadas, 28 (14.4%) son solteras y 28 (14.4%) viven en unión libre. (Gráfica 3).

En el grupo testigo encontramos que 106 (67.9%) son casadas, 26 pacientes (16.6%) son solteras y 24 (15.3%) viven en unión libre. (Gráfica 4).

En el grupo problema el tiempo de espera para lograr un embarazo resultó de la siguiente forma:

Al mes con un total de 22 pacientes que equivalen al 11.3%.

A los dos meses con un total de 14 pacientes (7.2%).

A los tres meses 30 pacientes (15.4%).

A los cuatro meses 20 pacientes (10.3%)

A los cinco meses con un total de 4 pacientes (2.0%)

A los seis meses con un total de 20 pacientes (10.3%)

A los siete meses no se registro a ningún paciente

A los ocho meses con un total de 10 pacientes (5.1%)

A los nueve meses con un total de 2 pacientes (1%)

A los diez meses dos pacientes (1%)

A los once meses dos pacientes (1%)

A los doce meses 36 pacientes (18.5%)

A los trece meses un total de 4 pacientes (2.0%)

A los catorce meses no se registro a ningún paciente

A los quince meses con un total de 28 pacientes que equivalen al 14.4%) (Gráfica 5).

Y el porcentaje acumulativo sería:

Al mes = 22 pacientes (11.3%)

Al segundo Mes = 36 pacientes (18.5%)

Al tercer mes = 66 pacientes (33.9%)

Al cuarto mes = 86 pacientes (44.2%)

Al quinto mes = 90 pacientes (46.2%)

Al sexto mes = 110 pacientes (56.5%)

Al séptimo mes = 110 pacientes (56.5%)

Al octavo mes = 120 pacientes (61.6%)

Al noveno mes = 122 pacientes (62.2%)

Al décimo mes = 124 pacientes (63.2%)

Al onceavo mes = 126 pacientes (64.2%)

A los doce meses = 162 pacientes (82.7%)

A los trece meses = 166 pacientes (84.7%)

A los catorce meses = 166 pacientes (84.7%)

Y a los quince meses = 194 pacientes (100%).

El índice de fecundidad mensual resultó de la siguientes manera:

Al primer mes de 11.3%, a los dos meses de 8.13%, a los tres meses de 18.9%, a los cuatro meses de 15.6%, a los cinco meses de 3.7%, a los seis meses de 19.2%, a los siete meses de 0%, a los ocho meses de 11.9%, a los nueve meses de 2.7%, a los diez meses de 2.7%, a los once meses de 2.8%, a los doce meses de 52.9%, a los trece meses de 12.5%, a los catorce meses de 0% y a los quince meses de 28%. (Gráfica 6 ).

En ambos grupos en relación a embarazos previos, 88 pacientes (25.1%) existía el antecedente de 2 embarazos, en 86 pacientes (24.5%) con un embarazo, en 64 pacientes (18.2%) con tres embarazos, en 28 pacientes (8%) con cuatro embarazos, en 14 pacientes (4%) con cinco embarazos, en 4 pacientes (1.1%) con siete embarazos , en dos pacientes (0.5%) con seis embarazos y sin el antecedente de ninguno a un total de 64 pacientes que equivalen al 18.2%. (Gráfica 7).

En lo que respecta a los grupos de edad el de mayor número correspondió entre los 31 a 35 años con 125 pacientes (35.7%), seguidos por el de 26 a 30 años con 91 pacientes (26%), el de 21 a 25 años con 55 pacientes ( 15.7%), el de 36 a 40 años con 50 pacientes (14.2%) y por último el de 15 a 20 años con 29 pacientes (8.2%). (Gráfica 8).

En los embarazos planeados por edad encontramos 5 pacientes entre los 15 a 20 años (17.2%), entre los 21 a 25 años a 35 pacientes (63.6%) , entre los 26 a 30 años a 53 pacientes (58.2%), entre los 31 a 35 años a 64 pacientes ( 51.2%), entre los 36 a 40 años a 23 pacientes que equivalen al 46%. En lo que respecta a los embarazos no planeados encontramos a 24 pacientes entre los 15 a 20 años (82.7%), entre los 21 a 25 años a 20 pacientes (36.3%), entre los 26 a 30 años a 38 pacientes (41.7%), entre los 31 a 35 años a 61 pacientes ( 48.8%) y entre los 36 a 40 años a 27 pacientes (54%). (Gráfica 9).

En lo que respecta a embarazos planeados en relación a tiempo de espera entre los 15 a 20 años con 5 pacientes embarazándose al mes 4 (80%) y a los dos meses una paciente (20%). El porcentaje acumulativo sería al mes con 4 pacientes (80%) y a los dos meses con 5 pacientes (100%) y con un índice de fecundidad mensual al mes del 80% y a los dos meses del 100%, con un promedio del 90%. (gráfica 10).

En el grupo de 21 a 25 años con 35 pacientes embarazándose al mes 12 pacientes (34.2%), a los dos meses con 2 pacientes (5.7%), a los tres meses 5 pacientes (14.2%), a los cuatro

meses 5 pacientes (14.2%), a los cinco meses 0 pacientes, a los seis meses con una paciente (2.8%), a los siete meses 0 pacientes, a los ocho meses con 5 pacientes (14.2%), a los nueve meses con una paciente (2.8%), a los diez, once, doce, trece y catorce meses sin ningún paciente y a los 15 meses con 4 pacientes (11.4%).

El porcentaje acumulativo al mes sería con 12 pacientes (34.2%), a los dos meses con 14 pacientes (39.9%), a los tres meses con 19 pacientes (54.1%), a los cuatro meses con 24 pacientes (68.3%), a los cinco meses con 24 pacientes (68.3%), a los seis meses con 25 pacientes (71.1%), a los siete meses con 25 pacientes (71.1%), a los ocho meses con 30 pacientes (85.3%), a los nueve meses con 31 pacientes (88.1%), a los diez meses con 31 pacientes (88.1%), a los once meses con 31 pacientes (88.1%); a los doce meses con 31 pacientes (88.1%), a los trece meses con 31 pacientes (88.1%), a los catorce meses con 31 pacientes (88.1%) y a los 15 meses con 35 pacientes (100%).

El índice de fecundidad mensual sería de 34.2% al mes, a los dos meses de 6.06%, a los tres meses de 16.1%, a los cuatro meses de 19.2%, a los cinco meses de 19.2%, a los seis meses de 4.76%, a los siete meses de 4.76%, a los ocho meses de 2.5%, a los nueve meses de 6.6%, a los diez meses de 0%, a los once meses de 0%, a los doce meses de 0%, a los trece meses de 0%, a los catorce meses de 0% y a los 15 meses de 100%, con un promedio del 11.6%. (Gráfica 11).

En el grupo de 26 a 30 años con 53 pacientes en el que al mes encontramos a una paciente (1.8%), a los dos meses con 9 pacientes (16.9%), a los tres meses con 14 pacientes (26.4%), a los cuatro meses con 10 pacientes (18.8%), a los cinco meses con 2 pacientes (3.7%), a los seis meses con 14 pacientes (26.4%), a los siete y ocho meses sin ningún paciente, a los nueve meses con 2 pacientes (3.7%), a los diez, once, doce, trece, catorce meses con 0 pacientes y a los 15 meses con 2 pacientes (3.7%).

El porcentaje acumulativo al mes con una paciente (1.8%), a los dos meses con 10 pacientes (18.7%), a los tres meses con 24 pacientes (45.1%), a los cuatro meses con 34 pacientes (63.9%), a los cinco meses con 36 pacientes (67.6%), a los seis meses con 50 pacientes (94%), a los siete meses con 50 pacientes (94%), a los ocho meses con 50 pacientes (94%), a los nueve meses con 52 pacientes (97.7%), a los diez meses con 52 pacientes (97.7%), a los once meses con 52 pacientes (97.7%), a los doce meses con 52 pacientes (97.7%), a los trece meses con 52 pacientes (97.7%), a los catorce meses con 52 pacientes (97.7%) y a los quince meses con 54 pacientes (100%).

El índice de fecundidad mensual al mes de 1.8%, a los dos meses de 17.3%, a los tres meses de 32.5%, a los cuatro meses de 34.4%, a los cinco meses de 10.5%, a los seis meses de 82.3%, a los siete meses de 82.3%, a los ocho meses de 82.3%, a los nueve meses de 66.6%, a los diez meses de 0%, a los once meses de 0%, a los doce meses de

0%, a los trece meses de 0%, a los catorce meses de 0% y a los quince meses de 100%, con un promedio del 50.8%. (Gráfica 12).

En el grupo de 31 a 35 años con 64 pacientes embarazándose al mes 2 pacientes (3.1%), a los dos meses con 2 pacientes (3.1%), a los tres meses con 9 pacientes (14%), a los cuatro meses con 5 pacientes (7.8%), a los cinco meses con dos pacientes (3.1%), a los seis meses con 3 pacientes (4.6%); a los siete, ocho, nueve meses con 0 pacientes, a los diez meses con 2 pacientes (3.1%), a los once meses con dos pacientes (3.1%), a los doce meses con 25 pacientes (39%), a los trece meses con 2 pacientes (3.1%), a los catorce meses con 0 pacientes y a los quince meses con 11 pacientes (17.1%).

El porcentaje acumulativo al mes con 2 pacientes (3.1%), a los dos meses con 4 pacientes (6.2%), a los tres meses con 13 pacientes (20.2%); a los cuatro meses con 18 pacientes (28%), a los cinco meses con 20 pacientes (31.1%), a los seis meses con 23 pacientes (35.7%), a los siete meses con 23 pacientes (35.7%), a los ocho meses con 23 pacientes con 35.7%), a los nueve meses con 23 pacientes (35.7%), a los diez meses con 25 pacientes (38.8%), a los once meses con 27 pacientes (41.9%), a los doce meses con 52 pacientes (80.9%), a los trece meses con 54 pacientes (84.0%), a los catorce meses con 54 pacientes (84%) y a los quince meses con 65 pacientes (100%).

El índice de fecundidad mensual al mes de 3.1%, a los dos meses de 3.2%, a los tres meses de 15%, a los cuatro meses de 9.8%, a los cinco meses de 4.3%, a los seis meses de 6.8%, a los siete meses de 6.8%, a los ocho meses de 6.8%, a los nueve meses de 6.8%, a los diez meses de 4.8%, a los once meses de 5.1%, a los doce meses de 67.5%, a los trece meses de 16.6%, a los catorce meses de 16.6% y a los quince meses de 100%, con un promedio del 12.3%. (Gráfica 13).

En el grupo de 36 a 40 años con 23 pacientes: al mes y a los dos meses 0 pacientes, a los tres meses con 2 pacientes (8.6%), a los cuatro y cinco meses con 0 pacientes, a los seis meses con dos pacientes (8.6%), a los siete, ocho, nueve, diez y once meses con 0 pacientes, a los doce meses con 6 pacientes (26%), a los trece meses con 2 pacientes (8.6%), a los catorce meses con 0 pacientes y a los 15 meses con 11 pacientes (47.8%).

El porcentaje acumulativo al mes es de 0%, a los dos meses del 0%, a los tres meses con dos pacientes (8.6%), a los cuatro meses con dos pacientes (8.6%), a los cinco meses con dos pacientes (8.6%), a los seis meses con 4 pacientes (17.2%), a los siete meses con 4 pacientes (17.2%), a los ocho meses con 4 pacientes (17.2%); a los nueve meses con 4 pacientes (17.2%), a los diez meses con 4 pacientes (17.2%), a los once meses con 4 pacientes (17.2%), a los doce meses con 10 pacientes (43.2%), a los trece meses con 12 pacientes (51.8%), a los catorce meses con 12 pacientes (51.8%) y a los quince meses con 23 pacientes (100%).

El índice de fecundidad mensual al mes es de 0%, a los dos meses del 0%, a los tres meses de 8.6%, a los cuatro meses de 0%, a los cinco meses de 0%, a los seis meses de 9.5%, a los siete meses de 9.5%, a los ocho meses de 0%, a los nueve meses de 0%, a los diez meses de 0%, a los once meses de 0%, a los doce meses de 31.5%, a los trece meses de

0%, a los catorce meses de 0% y a los 15 meses del 100%, con un promedio del 4.1%. (Gráfica 14).

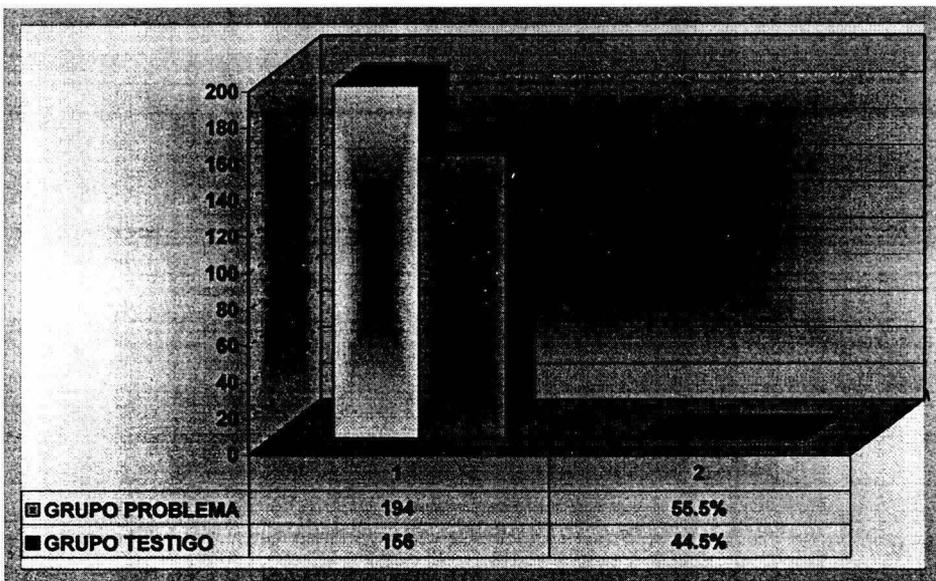
En el grupo de embarazo no planeado, 64 pacientes (41.1%) utilizaban algún método de planificación familiar en relación a 92 (58.9%) sin el antecedente del uso de los métodos. (Gráfica 15).

En el mismo grupo; 18 (28.1%) utilizaba como método el calendario, 13 pacientes (20.3%) el DIU, en 9 (14%) el hormonal inyectable, en 8 (12.5%) el preservativo y en otras 8 pacientes (12.5%) el coito interruptus, en 6 (9.3%) el hormonal oral y en dos pacientes (3.1%) al esposo se le había realizado la vasectomía. (Gráfica 16).

## **GRAFICAS**

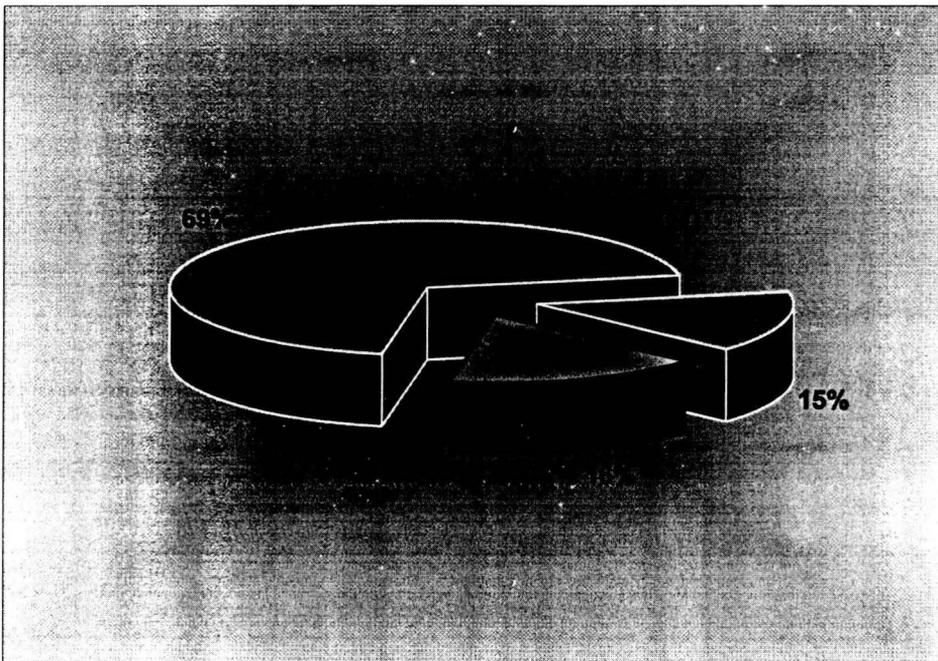
## GRUPOS DE ESTUDIO.

### GRAFICA 1



## ESTADO CIVIL EN AMBOS GRUPOS DE ESTUDIO.

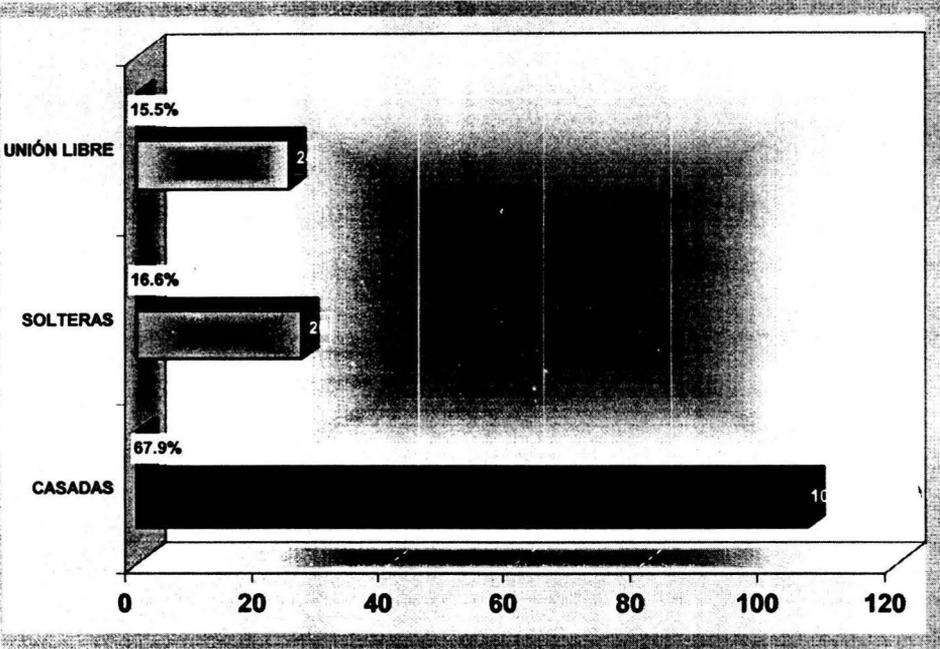
### GRAFICA 2



- 69.2% Son casadas.
- 16% viven en unión libre.
- 15% son solteras.

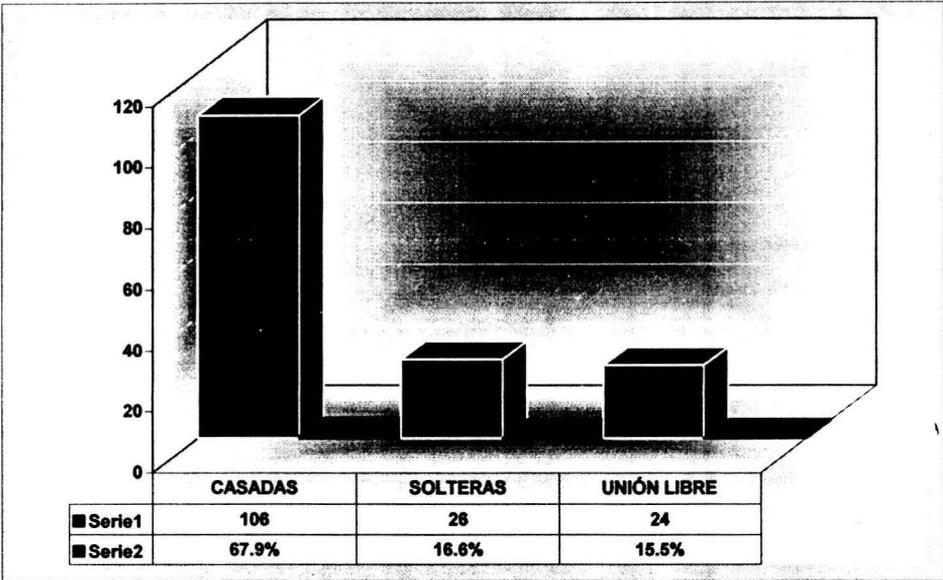
**EMBARAZOS PLANEADOS Y ESTADO CIVIL.**

**GRAFICA 3**



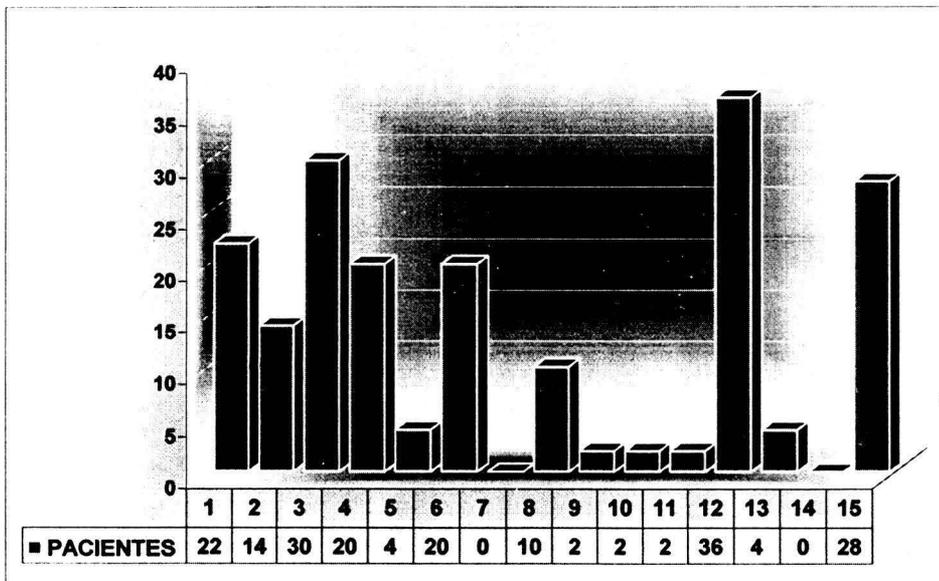
**EMBARAZOS NO PLANEADOS Y ESTADO CIVIL.**

**GRAFICA 4**



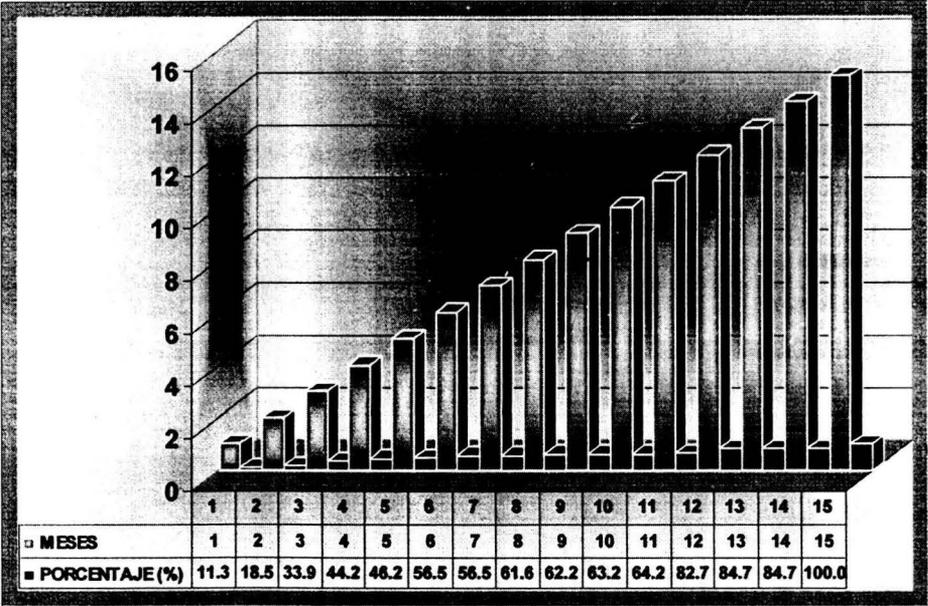
## EMBARAZOS PLANEADOS Y TIEMPO DE ESPERA.

GRAFICA 5



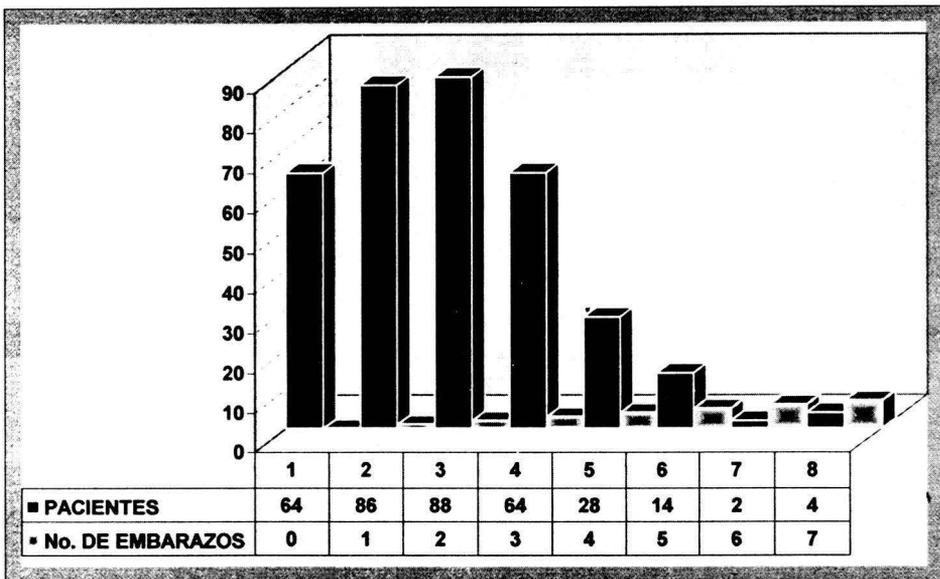
**PORCENTAJE ACUMULATIVO EN LOS EMBARAZOS PLANEADOS.**

**GRAFICA 6**



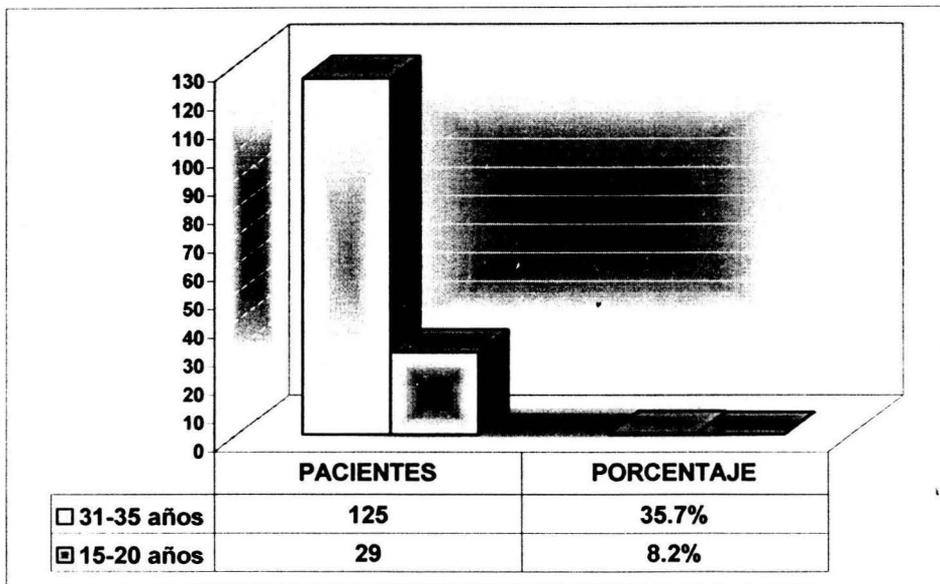
**RELACION DE EMBARAZO PREVIO EN AMBOS GRUPOS DE ESTUDIO.**

**GRAFICA 7**



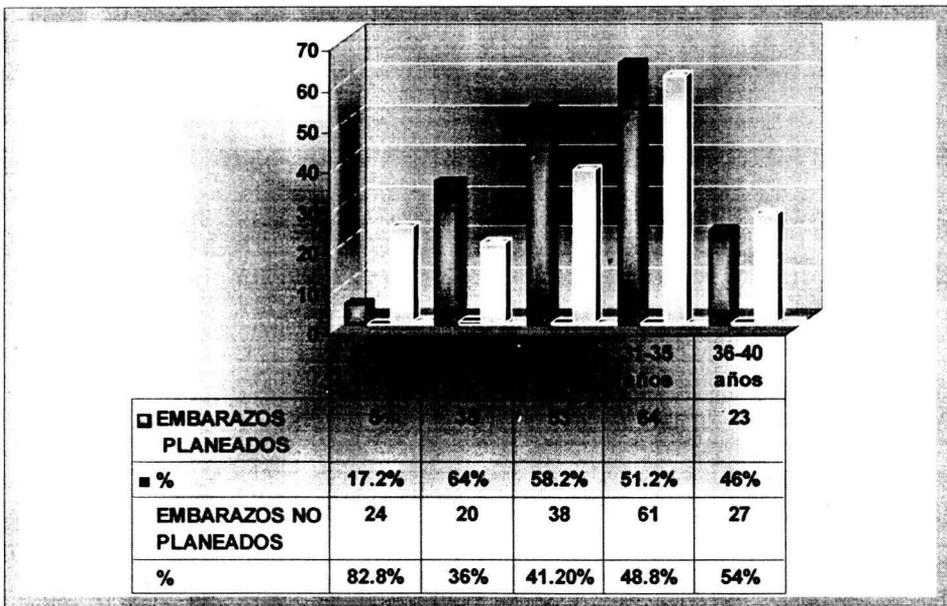
## GRUPOS ETAREOS.

### GRAFICA 8



**DISTRIBUCIÓN DE AMBOS GRUPOS DE ESTUDIO POR EDAD.**

**GRAFICA 9**



**TIEMPO DE ESPERA (PORCENTAJE ACUMULATIVO).**

<b>MESES</b>	<b>PACIENTES</b>	<b>PORCENTAJE</b>	<b>PORCENTAJE ACUMULATIVO</b>	<b>INDICE DE FECUNDIDAD MENSUAL</b>
1	22	11.3%	11.3%	11.3%
2	14	7.2%	18.5%	8.13%
3	30	15.4%	33.9%	18.9%
4	20	10.3%	44.2%	15.6%
5	4	2%	46.2%	3.7%
6	20	10.3%	56.5%	19.2%
7	0	0%	56.5%	0%
8	10	5.1%	61.6%	11.9%
9	2	1%	62.2%	2.7%
10	2	1%	63.2%	2.7%
11	2	1%	64.2%	2.8%
12	36	18.5%	82.7%	52.9%
13	4	2%	84.7%	12.5%
14	0	0%	84.7%	0%
15	28	14.4%	100%	28%

**INDICE DE FECUNDIDAD MENSUAL EN EMBARAZO PLANEADO.**

**GRUPO DE 15-20 AÑOS.**

**GRAFICA 10**

<b>MESES</b>	<b>No. DE PACIENTES</b>	<b>PORCENTAJE</b>	<b>PORCENTAJE ACUMULATIVO</b>	<b>INDICE DE FECUNDIDAD MENSUAL</b>
1	4	80%	80%	80%
2	1	20%	100%	100%
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				

**INDICE DE FECUNDIDAD MENSUAL EN EMBARAZO PLANEADO.**

**GRUPO DE 21-25 AÑOS .**

**GRAFICA 11**

<b>MESES</b>	<b>No. DE PACIENTES</b>	<b>PORCENTAJE</b>	<b>PORCENTAJE ACUMULATIVO</b>	<b>INDICE DE FECUNDIDAD MENSUAL</b>
1	12	34.2%	34.2%	34.2%
2	2	5.7%	39.9%	6.06%
3	5	14.2%	54.1%	16.1%
4	5	14.2%	68.3%	19.2%
5	0	0	68.3%	19.2%
6	1	2.8%	71.1%	4.76%
7	0	0	71.1%	4.76%
8	5	14.2%	85.3%	2.5%
9	1	2.8%	88.1%	6.6%
10	0	0	88.1%	0%
11	0	0	88.1%	0%
12	0	0	88.1%	0%
13	0	0	88.1%	0%
14	0	0	88.1%	0%
15	4	11.4%	100%	100%

**INDICE DE FECUNDIDAD MENSUAL EN EMBARAZO PLANEADO.**

**GRUPO DE 26-30 AÑOS.**

**GRAFICA 12**

<b>MESES</b>	<b>No. DE PACIENTES</b>	<b>PORCENTAJE</b>	<b>PORCENTAJE ACUMULATIVO</b>	<b>INDICE DE FECUNDIDAD MENSUAL</b>
<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1.8%</b>	<b>1.8%</b>	<b>1.8%</b>
<b>2</b>	<b>9</b>	<b>16.9%</b>	<b>18.7%</b>	<b>17.3%</b>
<b>3</b>	<b>14</b>	<b>26.4%</b>	<b>45.1%</b>	<b>32.5%</b>
<b>4</b>	<b>10</b>	<b>18.8%</b>	<b>63.9%</b>	<b>34.4%</b>
<b>5</b>	<b>2</b>	<b>3.7%</b>	<b>67.6%</b>	<b>10.5%</b>
<b>6</b>	<b>14</b>	<b>26.4%</b>	<b>94%</b>	<b>82.3%</b>
<b>7</b>	<b>0</b>	<b>0%</b>	<b>94%</b>	<b>82.3%</b>
<b>8</b>	<b>0</b>	<b>0%</b>	<b>94%</b>	<b>82.3%</b>
<b>9</b>	<b>2</b>	<b>3.7%</b>	<b>97.7%</b>	<b>66.6%</b>
<b>10</b>	<b>0</b>	<b>0%</b>	<b>97.7%</b>	<b>0%</b>
<b>11</b>	<b>0</b>	<b>0%</b>	<b>97.7%</b>	<b>0%</b>
<b>12</b>	<b>0</b>	<b>0%</b>	<b>97.7%</b>	<b>0%</b>
<b>13</b>	<b>0</b>	<b>0%</b>	<b>97.7%</b>	<b>0%</b>
<b>14</b>	<b>0</b>	<b>0%</b>	<b>97.7%</b>	<b>0%</b>
<b>15</b>	<b>2</b>	<b>3.7%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

**INDICE DE FECUNDIDAD MENSUAL EN EMBARAZO PLANEADO.**

**GRUPO DE 31-35 AÑOS.**

**GRAFICA 13**

<b>MESES</b>	<b>No. DE PACIENTES</b>	<b>PORCENTAJE</b>	<b>PORCENTAJE ACUMULATIVO</b>	<b>INDICE DE FECUNDIDAD MENSUAL</b>
1	2	3.1%	3.1%	3.1%
2	2	3.1%	6.2%	3.2%
3	9	14%	20.2%	15%
4	5	7.8%	28%	9.8%
5	2	3.1%	31.1%	4.3%
6	3	4.6%	35.7%	6.8%
7	0	0%	35.7%	6.8%
8	0	0%	35.7%	6.8%
9	0	0%	35.7%	6.8%
10	2	3.1%	38.8%	4.8%
11	2	3.1%	41.9%	5.1%
12	25	39%	80.9%	67.5%
13	2	3.1%	84%	16.6%
14	0	0%	84%	16.6%
15	11	16%	100%	100%

**INDICE DE FECUNDIDAD MENSUAL EN EMBARAZO PLANEADO.**

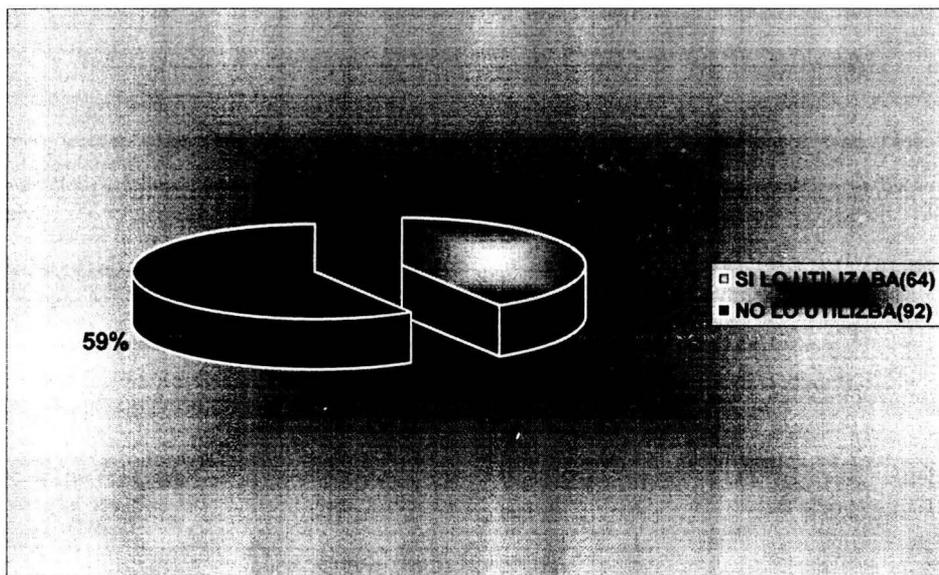
**GRUPO DE 36-40 AÑOS.**

**GRAFICA 14**

<b>MESES</b>	<b>No. DE PACIENTES</b>	<b>PORCENTAJE</b>	<b>PORCENTAJE ACUMULATIVO</b>	<b>INDICE DE FECUNDIDAD MENSUAL</b>
1	0	0%	0%	0%
2	0	0%	0%	0%
3	2	8.6%	8.6%	8.6%
4	0	0%	8.6%	0%
5	0	0%	8.6%	0%
6	2	8.6%	17.2%	9.5%
7	0	0%	17.2%	0%
8	0	0%	17.2%	0%
9	0	0%	17.2%	0%
10	0	0%	17.2%	0%
11	0	0%	17.2%	0%
12	6	26%	43.2%	31.5%
13	2	8.6%	51.8%	0%
14	0	0%	51.8%	0%
15	11	48.2%	100%	100%

## EMBARAZO NO PLANEADO Y MÉTODO ANTICONCEPTIVO.

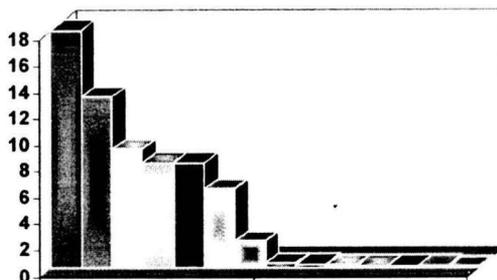
GRAFICA 15



**METODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR MAS UTILIZADO EN  
EMBARAZO NO PLANEADO.**

**GRAFICA 16**

**MÉTODO DE PLANIFICACIÓN**



	PACIENTES	PORCENTAJE
■ CALENDARIO	18	28.1%
■ DIU	13	20.3%
■ INYECTABLE	9	14%
■ PRESERVATIVO	8	12.5%
■ COITO	8	12.5%
■ ORAL	6	9.3%

## **ANEXO I**

## HOJA DE RECOLECCION DE DATOS

1).- Edad: \_\_\_\_\_ Estado civil: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

2).- Número de embarazos anteriores contando abortos: \_\_\_\_\_

3).- Embarazo planeado: \_\_\_\_\_

(No utilizaba método anticonceptivo al momento de embarazarse y estaba buscando el embarazo).

Embarazo no planeado: \_\_\_\_\_

(Utilizaba método anticonceptivo y/o no buscaba el embarazo).

Si contesta planeado, pasar a la pregunta 4.

Si contesta no planeado pasar a la pregunta 6.

4).- ¿Desde cuándo busco el embarazo antes de que ocurriera?

- |                                  |                                  |                                   |   |
|----------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 1 mes   | <input type="checkbox"/> 5 meses | <input type="checkbox"/> 9 meses  | <input type="checkbox"/> 13 meses         |
| <input type="checkbox"/> 2 meses | <input type="checkbox"/> 6 meses | <input type="checkbox"/> 10 meses | <input type="checkbox"/> 14 meses         |
| <input type="checkbox"/> 3 meses | <input type="checkbox"/> 7 meses | <input type="checkbox"/> 11 meses | <input type="checkbox"/> 15 meses.        |
| <input type="checkbox"/> 4 meses | <input type="checkbox"/> 8 meses | <input type="checkbox"/> 12 meses | <input type="checkbox"/> Más de 15 meses. |

5).- ¿Recibió algún tratamiento para embarazarse?

- A) Si  B) No

Si la respuesta es A suspender encuesta.

6).- ¿Utilizaba algún método anticonceptivo cuando se embarazó?

- A) Si  B) No

7).- ¿Cuál?

- |                              |                            |
|------------------------------|----------------------------|
| A) DIU _____                 | D) Calendario _____        |
| B) Hormonal oral _____       | E) Coito interruptus _____ |
| C) Hormonal inyectable _____ | F) Preservativo _____      |
|                              | G) vasectomía y OTB _____  |

## DISCUSIÓN.

Con el paso del tiempo, el problema de la infertilidad ha ido en incremento, por varias razones epidemiológicas, sociales y poblacionales. Las mujeres cada vez más se dedican a su desarrollo profesional, posponiendo su deseo de fertilidad, lo que consecuentemente conforme pasa la edad es más difícil la gestación. Por otro lado, mientras más contactos sexuales sin protección y casuales provoca un aumento en la proliferación de enfermedades de transmisión sexual, con el consecuente deterioro de el factor tuboperitoneal.

Por otro lado, tenemos una población trabajadora, la cual no conocemos su índice de fertilidad, que la literatura nos menciona alrededor del 20%, pero también sabemos que el índice de fertilidad va descendiendo conforme aumenta la edad.

En el presente estudio es de llamar la atención que solo cerca del 70% de las se encuentran casadas, mientras que el 16% aproximadamente en unión libre, por lo que tendríamos un 86% de uniones aparentemente estables. Es de llamar la atención que en el grupo donde los embarazos fueron planeados y potencialmente deseados persiste un porcentaje alto de solteras (14.4%). Lo que nos demuestra que son mujeres que desean tener hogares sin la figura paterna o por lo menos no les es indispensable.

Conforme a la literatura vemos que a los 6 meses de intentar el embarazo el 56.5% ya se había embarazado y que a los 14 meses solo el 84.7% estaba embarazada, siendo esta cifra menor que la esperada en la literatura. En cuanto al índice de fecundidad esta fue variando durante los diferentes meses teniendo un pico a los 6 y 12 meses, probablemente teniendo en cuenta que la encuesta realizada fue contestada directamente por la paciente, sin ninguna orientación del

encuestador para no orientarla a ninguna respuesta, pero resultó contraproducente, porque probablemente al responder las encuestas, las pacientes no realizaron el esfuerzo suficiente para determinar con exactitud el inicio de su intento en el embarazo, siéndoles más fácil responder a los 6 o al año. Sea como fuera el índice de fecundidad global de todo el grupo fue de 12.6%.

Aunque fueron pocas pacientes en el rango de 15-20 años, encontramos que el índice de fecundidad es del 90%, ya que a los 2 meses el total de las pacientes estaban embarazadas. En el rango de 21-25 años es de hacer notar que a los 6 meses el 71% ya se encontraban embarazadas con un índice de fertilidad del 11.6%.

Más sorprendente es que en el grupo de 26 a 30 años a los 6 meses el 94% ya se encontraban embarazadas, con un índice de fertilidad del 50.8%, esto presenta un cuadro que no correspondería con la declinación esperada de la fertilidad con el grupo más joven. La explicación que tendríamos es que siempre existe la variable de la frecuencia y calidad de las relaciones sexuales, que muy probablemente refleje este índice, en que la reserva ovárica es normal y que la frecuencia del coito es importante. Esto dejaría abierto a una nueva investigación en el que se preguntara por la frecuencia del coito. Esto también se reforzaría con el grupo de 15-20 años en que por novedad y generalmente ser estudiantes haya más predisposición a tener con mayor frecuencia coitos.

En el grupo de 31-35 años solo el 35% de las pacientes estaba embarazada a los 6 meses disminuyendo el índice de fecundidad promedio al 12.3%. Esto demuestra el descenso de la fertilidad tanto por frecuencia de coito como por reserva ovárica. Esto es más evidente en el

grupo de 36 a 40 años que solo el 17.2% estaba embarazada a los 6 meses y el 25.8% al año, el resto embarazándose posterior a 15 meses, sin poder especificar cual fue el rango mayor, siendo su índice de fecundidad del 4.1% . Aquí evidentemente el factor de la reserva ovárica juega un papel importante.

Es de hacer notar que el ideal que persigue el Programa nacional de Planificación Familiar es que todos los embarazos sean planeados y por ende deseados. De los embarazos no planeados solo el 41.1 % se utilizaba método anticonceptivo, lo anterior nos preocupa porque nos muestra la necesidad de hacer énfasis en la promoción de la anticoncepción para evitar estos embarazos no planeados, aunque fueran deseados. Además, el promover la educación en salud porque de las pacientes que utilizaban algún método, hasta el 28% utilizaba el método del calendario y el 12% el coitos interruptus, lo que nos hace un total de 40% con método con un alto índice de falla. Siendo que estos métodos no se deberían promover ni publicitar para que las pacientes no se confiaran en ellos.

Otro aspecto que nos llama la atención es la adecuada educación a los pacientes que se les realizan la vasectomía para que tengan su espermocuento de control para evitar los embarazos posteriores a las mismas, que afortunadamente solo fueron el 3%

Como enseñanza, podríamos concretar que la educación para la salud se tiene que reforzar.

## **CONCLUSIONES.**

La fecundidad de nuestra población fue del 12% anual como promedio.

Se confirma que al avanzar la edad, la posibilidad de embarazo disminuye en forma importante hasta un 3% de las pacientes que sabemos que tarde o temprano se van a embarazar.

Que en el grupo de edad de 26 a 30 años el aumento de la fecundidad probablemente se deba a las características y frecuencia del coito.

Que el porcentaje de embarazos no deseados y/o no planeados aun es muy alta y que la educación para la salud en el Programa de Planificación Familiar todavía tiene muchos rezago.

Que se deben eliminar ciertos métodos en la propaganda al publico para que no sean utilizados más.

## **BIBLIOGRAFÍAS.**

- 1) Efraín Pérez Peña. Estudio de la pareja estéril. Atención integral de la infertilidad. 2003; 9-29.
- 2) Smith, Samuel MD; Pfeifer. Diagnosis and Management of female infertility. The Journal of the American Medical Association. Vol. 290 (13), 1 October 2003, p1767-1770.
- 3) J. Remohí, A. Pellicer, C. Simón, J. Navarro. Edad de la mujer y fertilidad. Reproducción humana 2002; 59-65.
- 4) Yen Jaffe, Barbieri. Infertilidad. Endocrinología de la reproducción. 4ta. Edición, 2001; 600-629.
- 5) Víctor M. Brugh III. Male Factor Infertility. Endocrinology and Metabolism Clinics. Volume 32. Number 3. September 2003.
- 6) Boletín de la Asociación Mexicana de Medicina de la Reproducción. Vol. 1, No. 1, Mayo de 2002.
- 7) Normas y Procedimientos de Ginecología y Obstetricia 2002, INPer; p141-145.
- 8) Sherwin, J. R. A; Smith, S. K. Primary Unexplained Infertility. The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism. Volume 87 (8). August 2002, p.3953-3960.
- 9) Templeton, Allan. The role of the assisted reproductive Technologies. American Journal of Obstetrics and Gynecology. Volume 190 (4), April 2004, p.894-898.