



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS SUPERIORES
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HERMOSILLO, SONORA

“MÉTODO ANTICONCEPTIVO DE ELECCIÓN EN PACIENTES POSPARTO.”

**QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALIDAD EN MEDICINA
FAMILIAR**

PRESENTA

DRA. DINORA MARIZA CARRILLO OLIVAS

Hermosillo, Sonora

Febrero de 2007



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.



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS SUPERIORES
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HERMOSILLO, SONORA

“MÉTODO ANTICONCEPTIVO DE ELECCIÓN EN PACIENTES POSPARTO.”

**QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALIDAD EN MEDICINA
FAMILIAR**

PRESENTA

DRA. DINORA MARIZA CARRILLO OLIVAS

Hermosillo, Sonora

Febrero de 2007

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios por permitirme continuar en el camino.

Agradezco a mis dos hijas, por haber soportado, el tiempo no dedicado.

Agradezco a mi esposo, por su apoyo brindado.

Te agradezco a Tì que siempre me observaste en silencio.

Al Doctor Efraín Lauterio García, por el apoyo brindado durante este tiempo.

A mis compañeros y amigos de generación, por haberme apoyado en las
buenas y en las malas

” Método Anticonceptivo, elegido en el posparto”

**PRESENTA:
DRA. DINORA MARIZA CARRILLO OLIVAS**

AUTORIZACIONES

DR. EFRAÏN LAUTERIO GARCÌA
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÒN EN MEDICINA
FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES DEL IMSS
Y ASESOR DE TESIS

PROFESOR MIGUEL NORZAGARAY
ASESOR DE METODOLOGÌA DE TESIS

DR JESÙS RAMÒN MORENO DIAZ
COORDINADOR CLÌNICO DE EDUCACIÒN E INVESTIGACION

Hermosillo, sonora

Febrero del 2007

“Método Anticonceptivo, elegido en el post parto”

PRESENTA:

DRA. DINORA MARIZA CARRILLO OLIVAS

DR. MIGUEL ANGEL FERNANDEZ ORTEGA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
UNAM

DR FELIPE DE JESUS GARCIA PEDROSA
COORDINADOR DE INVESTIGACION
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
UNAM

DR.ISAIAS HERNANDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
UNAM

ÍNDICE

	Pág.
CAPITULO I. MARCO TEÓRICO	7
1.1. Definición de Planificación Familiar	7
1.2. Elección de Métodos Anticonceptivos posparto	7
1.3. Anticonceptivos hormonales	7
1.4. Otros Métodos Anticonceptivos	8
1.5. Anticoncepción en el hombre	9
1.6. Educación a los jóvenes en relación a métodos anticonceptivos	10
CAPITULO II MATERIAL Y MÉTODOS	13
2.1. Planteamiento del problema	13
2.2. Justificación	13
2.3 Objetivos	13
2.4. Criterios de inclusión y de exclusión	14
2.5. Variables	14
2.6. Definición conceptual de las variables	14
2.7. Tamaño de la muestra	14
2.8. Cédula de recolección de datos	14
2.9. Descripción del estudio	14
2.10. Aspectos éticos	15
2.11. Análisis de datos	15
2.12. Resultados	15
2.12.1. Descripción de variables	17
2.12.2. Correlación de variables de interés	21
CAPITULO III. DISCUSIÓN, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	27
3.1. Discusión	27
3.2. Conclusiones	29
3.3. Recomendaciones	30
BIBLIOGRAFÍA	31
Anexos	33

INTRODUCCION

En este trabajo se logró probar el objetivo que consiste en determinar el método anticonceptivo de elección en mujeres posparto que acudieron a la consulta externa del consultorio No 22 de la UMF No 37 del Instituto Mexicano del Seguro Social de Hermosillo, Sonora. Se realizó un estudio prospectivo, transversal, descriptivo y observacional que corresponde a un diseño de encuesta descriptiva. Durante el periodo de estudio de enero a diciembre del año 2005, a todas aquellas mujeres que acudieron a la consulta externa del consultorio No 22 en el posparto y que eligieron un método anticonceptivo Registrados en el formato de consentimiento informado de la consulta externa.

Los resultados son los siguientes : de las mujeres posparto 94 (100%) que acudieron por método anticonceptivo fueron elegidos de la siguiente manera: el 42.5% (n:40) aceptaron dispositivo intrauterino, el 38.2% (n:36) oclusión tubaria bilateral, el 8.5% (n: 8) hormonal oral, 5.3% (n:5) hormonal inyectable, y el 5.3% (n:5) preservativo.

Se observo en este estudio que de las mujeres en posparto que acudieron por un método anticonceptivo eligen el que creen conveniente por lo cual es necesario orientarlas, ya que todas las mujeres corren un riesgo elevado de quedar embarazadas después del posparto y deben recibir un asesoramiento que abarque las diferentes opciones de anticoncepción; la eficacia, las contraindicaciones y los efectos secundarios de estos métodos.

Asimismo, el médico familiar debe aprovechar la oportunidad para aconsejarlas acerca de una anticoncepción regular más eficaz.

CAPITULO I. MARCO TEÓRICO

1.1. Definición de Planificación Familiar

El termino “anticoncepción” se refiere a los diversos métodos para evitar el embarazo que pueden ser medicas y de otro tipo empleados por el hombre o la mujer (1) .A esto se le llama planificación familiar, que es un derecho de las parejas, para elegir el número de hijos y el momento de su nacimiento. También es la prevención de embarazos no deseados en personas fértiles sexualmente activas (2).

1.2. Elección de Métodos Anticonceptivos posparto

Para elegir un método anticonceptivo hay que tomar en cuenta varios factores como: Historia médica, quirúrgica, obstetrica, ginecológica, número de parejas, frecuencia de relaciones sexuales, historia familiar (3).

1.3. Anticonceptivos hormonales

El consumo de anticonceptivos orales inició en 1960 y las mujeres de entonces actualmente están en su vida media y sana, se aclara esto porque se ha relacionado la toma de anticonceptivos con cáncer de mama y en un estudio se les evaluó y el resultado ha sido similar para las consumidoras como las no consumidoras.(4) Los anticonceptivos orales pueden ser combinaciones de estrógenos y progestagenos o solo progestagenos y su modo de empleo es una tableta cada 24 horas por 21 días y 7 días de descanso formando un periodo de 28 días con un 99.5% de efectividad (5) .

Del método anticonceptivo hormonal inyectable existen en dos presentaciones diferentes y se aplica en una sola inyección intramuscular (IM) profunda en el

glúteo o en el brazo aplicándose los primeros cinco días del inicio del ciclo menstrual (6).

Una esta compuesta de acetato de medroxiprogesterona que es un progestágeno de 150 mg y se aplica cada 3 meses. (7)

El implante anticonceptivo es un progestageno de acción prolongada disponible en sistema Norplant que contiene levonorgestrel en seis pequeñas cápsulas de silastic que se insertan vía subcutánea en la parte inferior del brazo y todos los días liberan contracepción por cinco años (8) .

Parche anticonceptivo transdérmico contiene 150 mg de norelgestromna y 20 mg de etinilestradiol y se coloca en región superior del brazo, nalgas y se aplica una vez por semana por 3 semanas seguidas y una semana de descanso sin él (9).

Los anticonceptivos de urgencia se usan en las primeras 72 horas postcoito no protegido y contiene levonorgestrel 0.75 mg en dos dosis (cada 12 horas) en un tratamiento bien tolerado y existe otro tipo que es levonorgestrel 1.5 mg a dosis única se considera más efectivo (10). La mini-píldora es de progestágeno y contiene 0.25 mg de noretindrona ó 0.075 mg de norgestrel. Su eficacia es ligeramente mas baja que los anticonceptivos combinados y se toma el primer día de la menstruación y después todo el tiempo que se desee la anticoncepción (11).

1.4. Otros Métodos Anticonceptivos

El DIU o dispositivo intrauterino en la actualidad existen dos tipos que son el TCU de cobre y los que contienen una carga de progesterona el cual es útil en personas cercanas a la menopausia y en las que tienen sangrados muy abundantes ya que disminuye el flujo (12).

Espuma, crema, jalea, óvulos anticonceptivos; se encuentran disponibles sin prescripción y son fáciles de usar y muy eficaces si se utilizan bien, contienen nonoxinol-9 u octoxinol-9 (13).

La planificación “sintotèrmica” natural se basa en observación del moco cervical elástico y claro y el aumento de la temperatura corporal basal, cerca de dos semanas después de iniciada la menstruación (14).

En las mujeres después de los 35 años se acortan los ciclos menstruales porque los ovarios disminuyen lentamente su función por tal motivo de les recomienda la Oclusión Tubaria Bilateral (OTB) como método anticonceptivo (15). La OTB actualmente se practica con electrocoagulación bipolar laparoscópica o aplicación de un anillo de plástico sobre las trompas uterinas o por medio de mini laparotomía con resección tubaria de Pomeroy (16).

1.5. Anticoncepción en el hombre

El preservativo es un excelente anticonceptivo, es muy seguro usándolo adecuadamente y sobre todo previene de las enfermedades de transmisión sexual (17).

Vasectomía; es un método de esterilización masculina con menor índice de morbilidad y menor costo que cualquier otro anticonceptivo y consiste en el cierre de la luz del conducto deferente bloqueando el paso de espermatozoides desde los testículos (18). Actualmente se realiza con instrumento punzante para hacer la incisión en el escroto denominada “Vasectomía sin bisturí” (19).

En un estudio de pacientes vasectomizados se reportó que el 10% notó cambios en su vida social como: aumento de las relaciones sexuales, leve impotencia y aumento de la “ansiedad” por lo cual se cree es importante reforzar la información

en planificación familiar y se les debe insistir en los exámenes de control con espermatobioscopias e informarles el riesgo de no realizarlos (20).

1.6. Educación a los jóvenes en relación a métodos anticonceptivos

Los adolescentes son cada vez más activos sexualmente, la provisión de información y los servicios de salud reproductiva sigue siendo un asunto muy espinoso y las actitudes de los padres y la sociedad son un importante obstáculo en esta área (21).

El abordaje preventivo consiste en: propiciar la apertura de servicios de anticoncepción, respetar las diversas ideas, las religiones, dar información adecuada y necesaria, brindar información adecuada de los métodos anticonceptivos y acceso a los mismos, promoviendo y respetando los derechos a decidir (22).

Actualmente hay centros de jóvenes de anticoncepción y sexualidad, con estrategias como: información y asesoramiento, profesionales de la salud, educación y trabajo social, problemas psicosociales de la salud reproductiva y sus objetivos generales son prevenir embarazo en la adolescencia, prevenir enfermedades de transmisión sexual y sus consecuencias (23).

Todos los anticonceptivos tienen beneficios o perjuicios, por tal motivo hay que ofrecer y elegir el más adecuado para cada persona.

Existen una variedad de métodos, y lo que se pretende es educar a los adolescentes y a los adultos para mejor comprensión de la problemática actual, ya que en realidad no es tener un hijo sino que son muchos la cadena de problemas a lo que lleva la situación presente si no se está preparado tanto física, económica y emocionalmente para enfrentar tal responsabilidad.

Tanto el foro nacional como las instituciones públicas de la sociedad civil tienen el propósito de extender y arraigar una sólida cultura demográfica en nuestro país. Esto depende de una buena medida del perfil del país, siendo necesario una transformación en el plano de actitudes, los valores y las aspiraciones de las personas. La política de la población se propuso fortalecer el contenido social y educativo de sus acciones y depositó en ellas el compromiso de potenciar las capacidades de las personas mediante un proceso de “educación para la conciencia” con un sentido claro de cómo mejorar sus vidas, cuáles son sus derechos y cómo ejercerlos; alentar la reflexión sobre el curso de la vida y sobre sus preferencias reproductivas, poder elegir entre diversas opciones, tener libertad de elección, la responsabilidad y el conocimiento maduro de nuestros recursos, límites y posibilidades. El desarrollo de campañas de comunicación en prensa, radio, televisión y cine con lemas fáciles de recordar como: “vámonos haciendo menos para vivir mejor”, “pocos hijos para darles más”, “la familia pequeña vive mejor” y “planificar es cuestión de querer” y redes telefónicas como: de joven a joven y planificatel, para ayudar en la toma de decisiones de las personas.

La bioética no es la ética de la biología, su idea central es “el respeto a la vida humana” (24).

La ley del consentimiento informado con conocimiento se aplica de manera peculiar a la práctica de la atención prenatal y al consejo genético.

El embarazo en las adolescentes es un problema que en los últimos años ha tenido mayor repercusión sobre el individuo, la familia y la comunidad, por lo tanto es necesario capacitar a los adolescentes en cuanto a su madurez psicoafectiva.

La no existencia en nuestro medio de programas de atención de salud específicos

para este grupo poblacional, nos lleva a proponer un programa de atención para adolescentes embarazadas con cuidados integrales para gestantes, utilizando la atención primaria, el enfoque de riesgo y auto cuidado, como estrategias para promover la participación efectiva de la embarazada, su pareja y el grupo familiar para el logro de sus metas de salud.

El adolescente necesita un guía en las actividades que se clasifican en: 1) tener relaciones amistosas con ambos sexos, 2) sentir que es tomado en cuenta por los demás, 3) estudio y trabajo adaptado a su capacidad, 4) disfrutar de actividades recreativas y saludables, 5) pensar en el futuro, 6) tener confianza en sí mismo con el reconocimiento de sus capacidades y limitaciones.

Los adolescentes llegan a ser fértiles aproximadamente de 4-5 años antes de ser emocionalmente maduros, es el porque de las elevadas cifras de embarazo en adolescentes, siendo un problema para él, su familia y la sociedad (25).

CAPITULO II MATERIAL Y MÉTODOS

2.1. Planteamiento del problema

¿Cuál es el método anticonceptivo más solicitado por pacientes posparto en la consulta externa de la Unidad de Medicina Familiar No. 22 del IMSS?

2.2. Justificación

Conocer cuál es el método anticonceptivo elegido por el paciente al término de su embarazo después de mostrarle cual es el método que más le conviene. Ayudará a la pareja a tener el número de hijos que desean y el momento oportuno para recibirlos con previa preparación para una reproducción responsable y así crear un hijo sano, deseado y amado.

No existe el “mejor método” de planificación familiar, cada pareja debe escoger libremente, con ayuda y orientación del médico familiar el método más recomendable de acuerdo a su edad, número de hijos que desea tener, tipo de actividad sexual y de acuerdo a sus necesidades.

2.3 Objetivos

Objetivo general

Determinar el método anticonceptivo de elección en mujeres posparto que acudieron a la consulta externa del consultorio No 22 de la UMF No 37 del – Instituto Mexicano del Seguro Social de Hermosillo, Sonora.

Objetivos específicos

Asociar la elección del método anticonceptivo con las variables del estudio (edad, ocupación, estado civil, religión, escolaridad, vía de término de embarazo y número de embarazos)

2.4. Criterios de inclusión y de exclusión

Se incluyeron a mujeres en posparto que acudan a la consulta externa del consultorio No 22 de la UMF No. 37 durante el periodo de estudio y que desean que se les aplique un método anticonceptivo.

Se excluyeron a mujeres embarazadas, pacientes menopáusicas, pacientes en edad fértil no embarazadas, pacientes en posparto pero sin intención de que se les aplique un método anticonceptivo.

2.5. Variables

Variable Independiente.- Mujer en el posparto.

Variable Dependiente.- Método anticonceptivo.

2.6. Definición conceptual de las variables

Variable Independiente:

Posparto.- Después de parir, que significa a su vez después del final del embarazo.

Variable Dependiente:

Método anticonceptivo: Se refiere a los diferentes métodos existentes para evitar un embarazo.

2.7. Tamaño de la muestra

La técnica de muestreo, fue no probabilística por conveniencia.

2.8. Cédula de recolección de datos

Se captaron los datos en dos formatos; uno elaborado previamente (anexo 1) y otro de consentimiento informado (anexo 2) para proceder al análisis correspondiente.

2.9. Descripción del estudio

Una vez que el proyecto de investigación fue revisado y aprobado por el Comité Local de Investigación, se pidió autorización al Director de la Unidad de Medicina Familiar No. 37 del IMSS. Posteriormente se analizaron los formatos de

consentimiento informado recabados durante el periodo de estudio para revisar que tipo de método anticonceptivo fue elegido.

2.10. Aspectos éticos

La factibilidad de éste estudio es posible ya que se cuenta con los recursos humanos y materiales, así como, el área física para su realización. Según la Ley General de Salud, en el apartado concerniente a investigación para la salud, título V, Artículo 98 y 100. Este estudio queda dentro del grupo sin riesgos para sujetos estudiados por tratarse de tipo descriptivo, en el cuál no se realizarán maniobras de intervención a los sujetos. Cumple con las normas, reglas e instructivos del Instituto Mexicano del Seguro Social, en materia de investigación en salud.

2.11. Análisis de datos

Se utilizó estadística descriptiva: con medidas de tendencia central. Los datos obtenidos se registraron en concentrados y se procesaron de la siguiente manera: para datos nominales se organizaron en cuadros de frecuencias y se representaran por medio de gráficas, para análisis se utilizaron porcentajes. Además se aplicó estadística inferencial: se aplicó la prueba “t de Student” para variables numéricas y la prueba “Chi cuadrada” para variables categóricas; se definió significancia estadística cuando $p < 0.05$.

2.12. Resultados

Los resultados son los siguientes : de las mujeres posparto 94 (100%) que acudieron por método anticonceptivo fueron elegidos de la siguiente manera: el 42.5% (n:40) aceptaron dispositivo intrauterino, el 38.2% (n:36) oclusión tubaria

bilateral, el 8.5% (n:8) hormonal oral, 5.3% (n:5) hormonal inyectable, y el 5.3% (n:5) preservativo.

Se encontró que el rango de edad de las pacientes es el mismo entre las pacientes que usan el preservativo, la hormona inyectable y el DIU es en promedio 21.6 ± 1.6 años ($p > 0.30$). Las pacientes que usan OTB tienen edades alrededor de los treinta años. El grupo de pacientes que prefieren usar preservativos si presenta menor edad.

En el primer embarazo los anticonceptivos mas usados son el DIU (60%) y las hormonas (28%); así como el uso de los preservativos.

Después del segundo embarazo las pacientes usaban por igual el DIU (52%) y la OTB (41%). En el tercer o más embarazos, las pacientes se decidieron exclusivamente por OTB (96%).

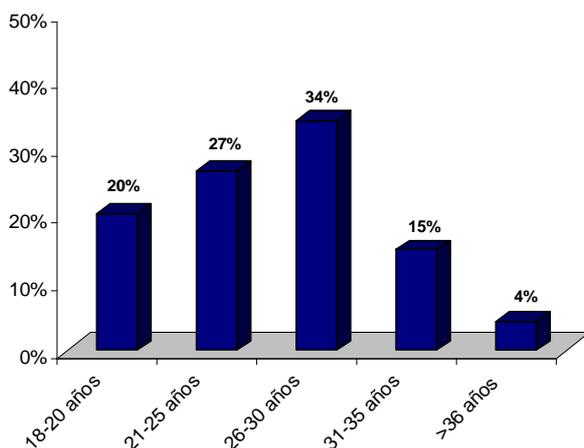
Según estado civil las casadas prefirieron el DIU o la OTB mientras que las solteras el uso de preservativo y en segundo término los hormonales.

No existió diferencia significativa de acuerdo al nivel de escolaridad en el uso de anticonceptivos pero si en la preferencia especifica por un método, menos nivel escolar prefiere el preservativo.

2.12.1. Descripción de variables

1. Edad

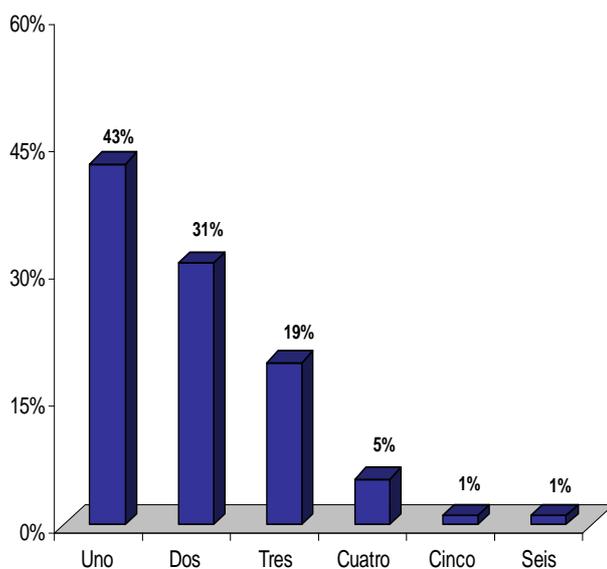
La edad promedio de las pacientes fue de 26 ± 5.3 años, en un rango de edad entre 18 a 39 años, la edad más común fue de 20 años (9.6%).



Rango	Frec.	Porcentaje
18-20 años	19	20.0%
21-25 años	25	27.0%
26-30 años	32	34.0%
31-35 años	14	15.0%
>36 años	4	4.0%
Total	94	100%

2. Número de partos

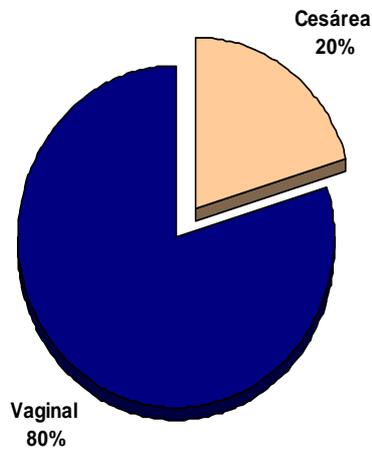
El 73.4% de las pacientes tenía entre 1 y 2 hijos.



No. de Partos	Frec.	Porcentaje
Uno	40	42.6%
Dos	29	30.9%
Tres	18	19.1%
Cuatro	5	5.3%
Cinco	1	1.1%
Seis	1	1.1%
Total	94	100%

3. Vía de parto

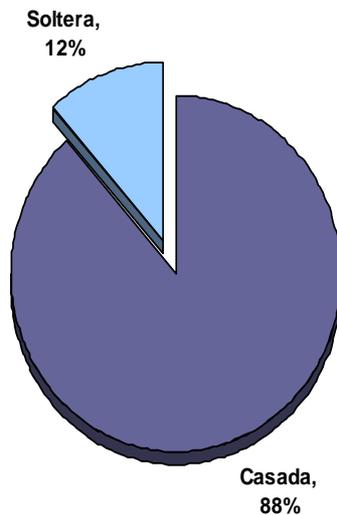
El 80% de las pacientes tuvieron el parto por vía vaginal.



Vía de parto	FREC.	Porcentaje
Cesárea	19	20.2%
Vaginal	75	79.8%
Total	94	100%

4. Estado civil

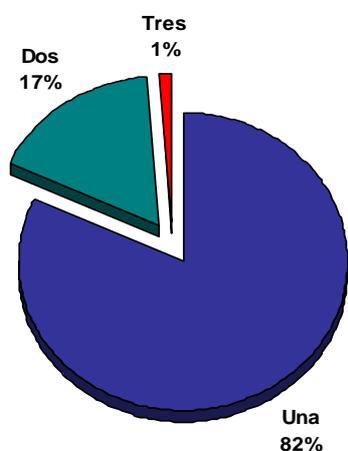
Más del 88% de las pacientes eran casadas, el 11.7% eran mujeres solteras.



Edo. Civil	FREC.	Porcentaje
Casada	83	88.3%
Soltera	11	11.7%
Total	94	100%

5. Parejas sexuales

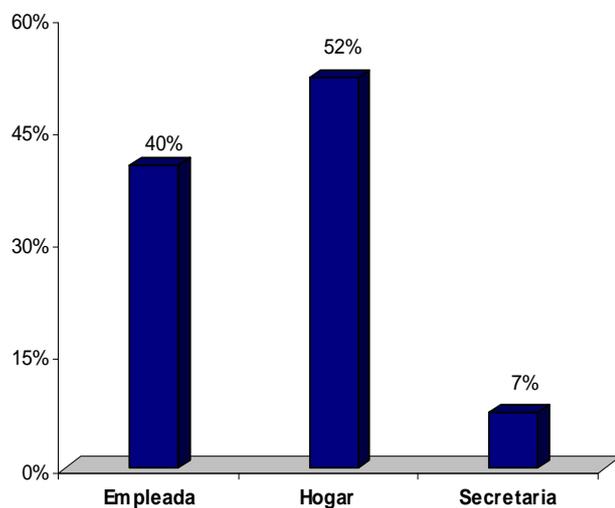
El número promedio de parejas sexuales por paciente fue de 1.2 parejas, solo el 18% declaró haber tenido múltiples parejas.



Parejas sexuales	FREC.	Porcentaje
Una	77	82%
Dos	16	17%
Tres	1	1%
Total	94	100%

6. Ocupación

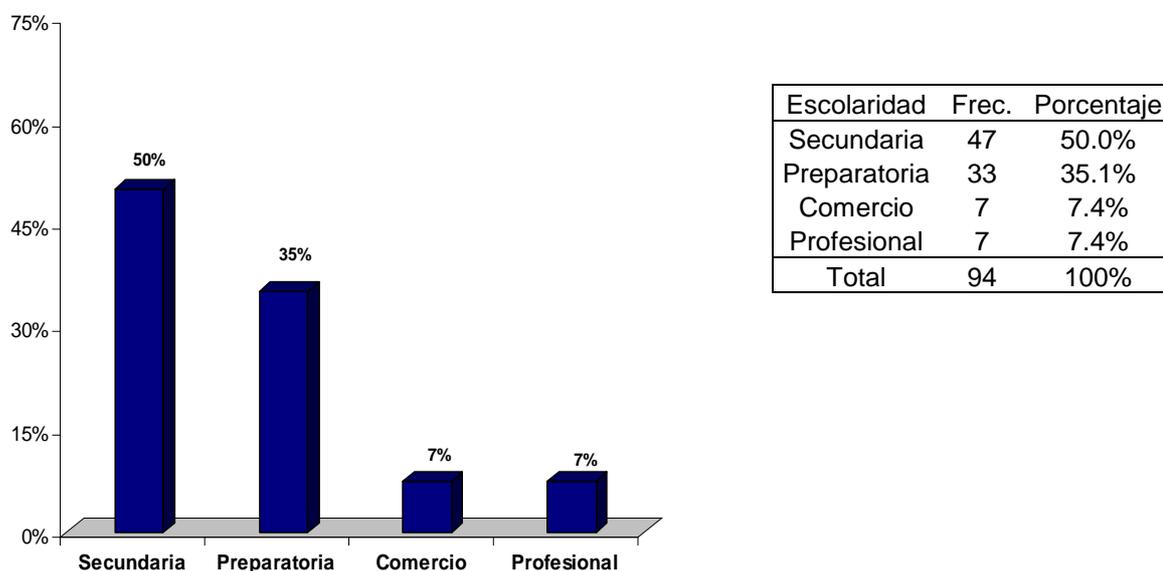
La ocupación más común fue la del hogar (52.1%) seguida por las empleadas (40.4%) y el resto eran otras ocupaciones.



Ocupación	Frec.	Porcentaje
Empleada	38	40.4%
Hogar	49	52.1%
Secretaria	7	7.4%
Total	94	100%

7. Escolaridad

La máxima escolaridad fue la de las pacientes profesionistas (7.4%) y el grado escolar más común fue de secundaria (50% de la muestra).



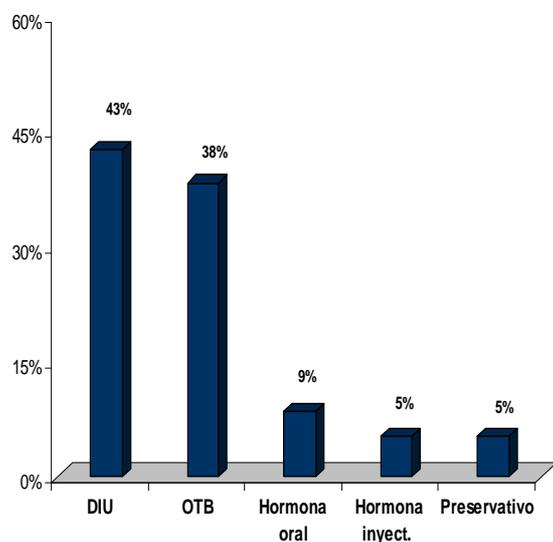
8. Escolaridad – Ocupación – Edad

La edad promedio de las pacientes fue la misma en todas las ocupaciones y escolaridades ($p > 0.05$) y las pacientes más preparadas fueron las empleadas.

Ocupación / Escolaridad	Frec.	%	Edad promedio
Empleada			
Secundaria	15	39%	27.1
Preparatoria	16	42%	25.6
Profesional	7	18%	27.3
Hogar			
Secundaria	32	65%	25.6
Preparatoria	17	35%	26.2
Secretaria			
Comercio	7	100%	25.3

9. Método anticonceptivo

El método anticonceptivo más usado fue el DIU (42.6%), seguido por el OTB (38.3%) y el resto de la muestra fueron otros métodos (19.1%).



Anticonceptivo	Frec.	Porcentaje
DIU	40	42.6%
OTB	36	38.3%
Hormona oral	8	8.5%
Hormona inyect.	5	5.3%
Preservativo	5	5.3%
Total	94	100%

10. Religión

El 100% de las pacientes son de religión católica.

2.12.2. Correlación de variables de interés

Se relacionaron los diferentes tipos de métodos anticonceptivos y las demás variables para conocer los factores que influyen en el uso de uno u otro método anticonceptivo.

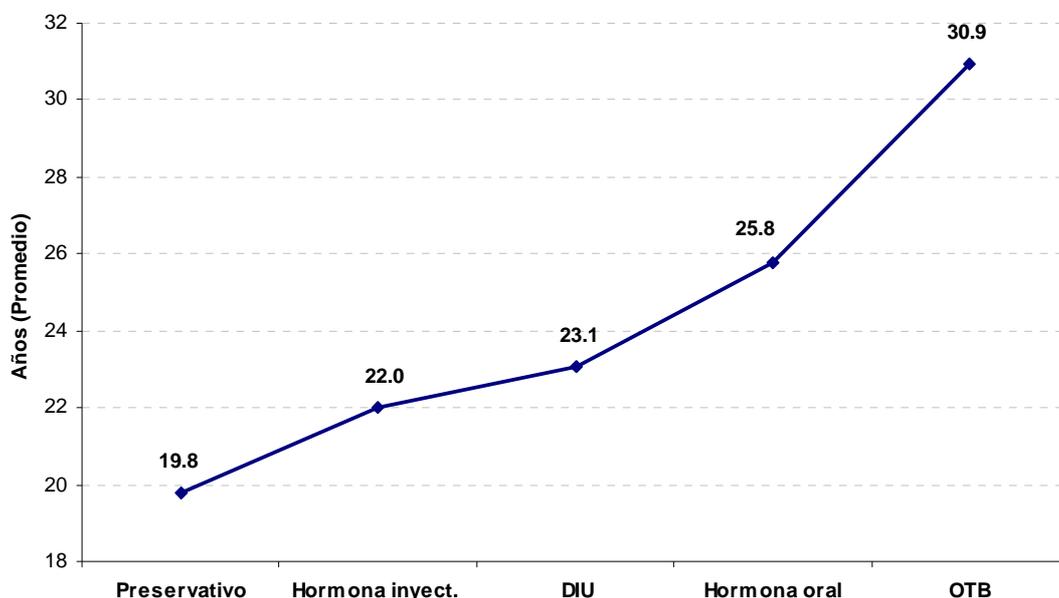
1. Método anticonceptivo - Edad

Se encontró que el rango de edad de las pacientes es el mismo entre las pacientes que usan el preservativo, la hormona inyectable y el DIU, tienen la misma edad promedio 21.6 ± 1.6 años ($p > 0.30$).

El uso del DIU, la hormona oral y la OTB tienen estadios de edad diferentes, las edades promedio de los tres grupos de pacientes son diferentes significativamente ($p \leq 0.001$) pero las pacientes que usan OTB tienen edades alrededor de los treinta años.

Si existen diferencias significativas en la edad promedio de las pacientes que usan hormonas inyectadas y las que usan la píldora ($p \leq 0.057$).

El grupo de pacientes que prefieren usar preservativos si presenta menor edad promedio que las pacientes que usan OTB y DIU ($p \leq 0.01$).



	Edad	p
Hormona oral	< OTB	0.001
OTB	> Preservativo	0.001
Hormona oral	< inyectable.	0.05
DIU	< Hormonal oral	0.05
Preservativo	< DIU	0.05
Hormonal inyectable.	= DIU	0.52
Preservativo	= inyectable.	0.2

Anticonceptivo	Media	DE*
DIU	23.1 ±	3.48
OTB	30.9 ±	3.89
Hormonal oral	25.8 ±	3.15
Hormonal inyectable	22.0 ±	3.16
Preservativo	19.8 ±	1.48

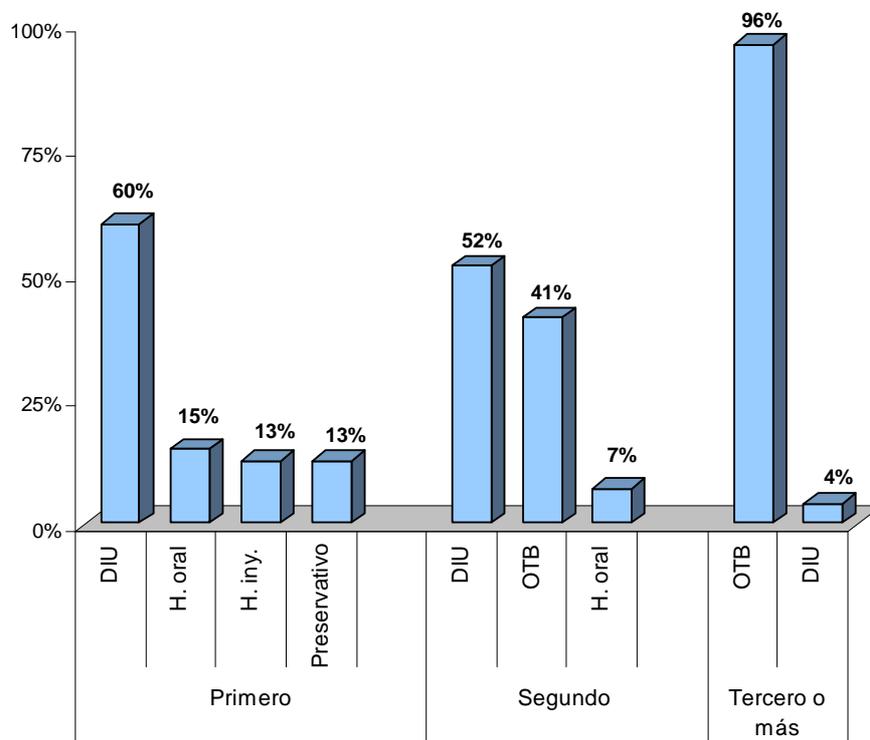
*Desviación estándar

2. Método anticonceptivo – Número de embarazo

En el primer embarazo los anticonceptivos más usados son el DIU (60%) y las hormonas (28%); fue en el primer embarazo cuando se usan los preservativos.

En el segundo embarazo las pacientes usaban por igual el DIU (52%) y la OTB (41%).

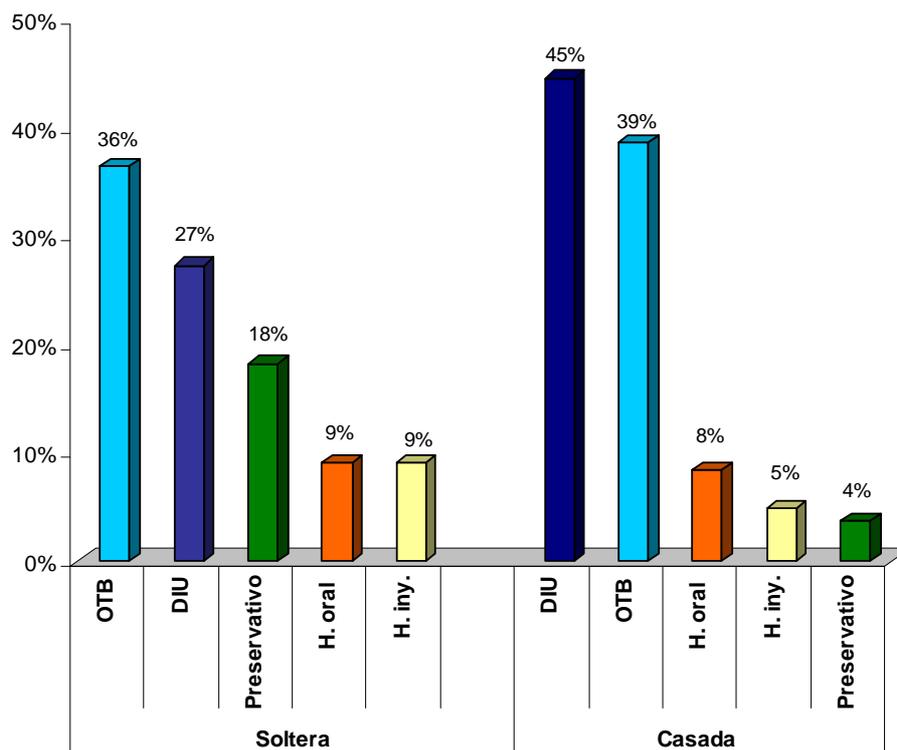
En el tercer o más embarazos, las pacientes usaban casi exclusivamente el OTB (96%).



Embarazo	Anticonceptivo	Frec.	Porcentaje
Primero n=40	DIU	24	60%
	Hormona oral	6	15%
	Hormona iny.	5	13%
	Preservativo	5	13%
Segundo n=24	DIU	15	52%
	OTB	12	41%
	Hormona oral	2	7%
Tercero o más n=25	OTB	24	96%
	DIU	1	4%

3. Método anticonceptivo – Estado civil

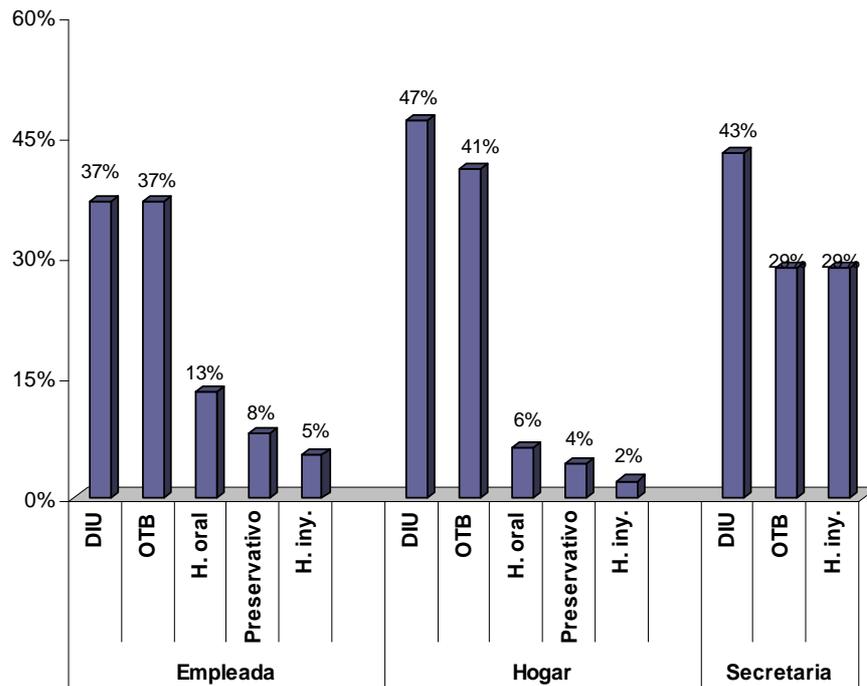
El uso del DIU y la OTB fueron similares en los dos grupos (casadas y solteras) pero el grupo de casadas preferían mayormente estos métodos que las solteras, éstas últimas usaban la opción del preservativo antes que las hormonas.



Estado Civil	Anticonceptivo	Frec.	% por grupo	% de total
Soltera n=11	DIU	3	27%	3%
	OTB	4	36%	4%
	Preservativo	2	18%	2%
	H. oral	1	9%	1%
	H. inyectable.	1	9%	1%
Casada n=83	DIU	37	45%	39%
	OTB	32	39%	34%
	H. oral	7	8%	7%
	H. inyectable.	4	5%	4%
	Preservativo	3	4%	3%

4. Método anticonceptivo – Ocupación

Los métodos anticonceptivos más usados en los tres grupos de pacientes fueron en primer lugar el DIU (un promedio de 42% en los tres grupos), en segundo lugar la OTB (35% promedio).

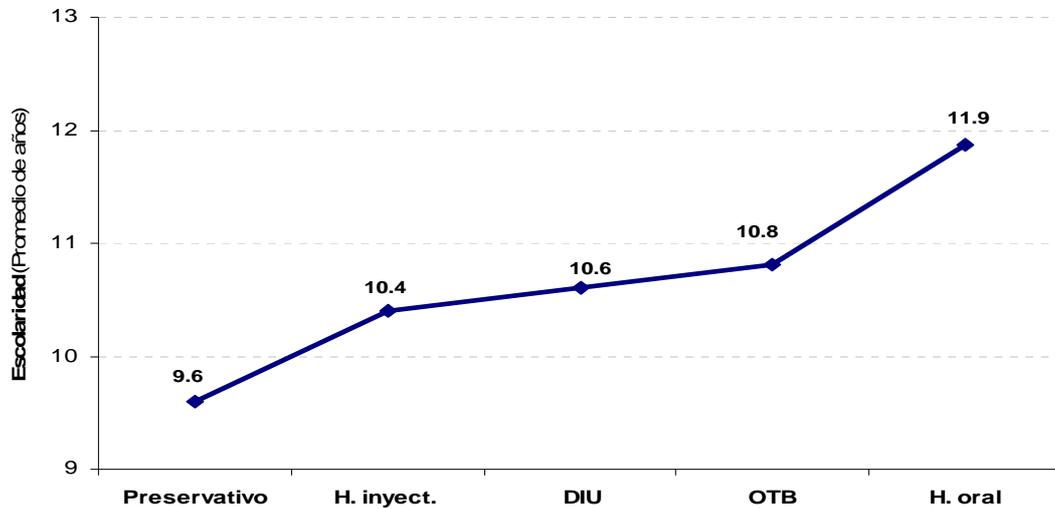


Ocupación	Anticonceptivo	Frec.	% por grupo	% de total
Empleada n=38	DIU	14	37%	15%
	OTB	14	37%	15%
	H. oral	5	13%	5%
	Preservativo	3	8%	3%
	H. inyectable.	2	5%	2%
Hogar n=49	DIU	23	47%	24%
	OTB	20	41%	21%
	H. oral	3	6%	3%
	Preservativo	2	4%	2%
	H. inyectable.	1	2%	1%
Secretaria n=7	DIU	3	43%	3%
	OTB	2	29%	2%
	H. inyectable.	2	29%	2%

4. Método anticonceptivo – Escolaridad

Se compararon los años promedio de escolaridad de cada grupo que utilizaba alguno de los métodos anticonceptivos y resultó que no existen diferencias significativas entre ellos ($p > 0.13$), es decir que los años de estudio y el tipo de método anticonceptivo que usan no están relacionados. Pero si existen diferencias que son expresadas en la gráfica, las pacientes que usan el preservativo presentan menor escolaridad que las pacientes que usan hormonas

orales. (Nota: Para éste análisis se definió la escolaridad como el total de años de estudio del nivel educativo terminado, secundaria 6 años, comercio 11 años, preparatoria 12 años, y profesional 16 años de escolaridad)



Anticonceptivo	Media	DE*
DIU	10.6	± 1.69
OTB	10.8	± 2.30
Hormona oral	11.9	± 2.90
Hormonal inyectable	10.4	± 1.34
Preservativo	9.6	± 1.34
*Desviación estándar		

CAPITULO III. DISCUSIÓN, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

3.1. Discusión

La mayoría de las pacientes son jóvenes en edad reproductiva, que esto se observa en el 70% de las pacientes que tienen entre 1 y 2 hijos, éstos resultados con semejantes con lo encontrado por Castañeda (2005) donde el promedio fue entre uno y tres hijos (26).

El estado civil más del 85% de las pacientes eran casadas. La ocupación más común fue la del hogar (52%) seguido por las empleadas (40%) y el resto eran otras ocupaciones.

A los adolescentes y jóvenes se les recomienda, en las campañas de publicidad, el uso del preservativo por su eficacia y facilidad de uso; en el estudio se encontró que jóvenes y adolescentes usaban el condón (18 a 20 años en promedio) y el DIU (20-26 años) así como también el uso de la píldora hormonal oral (23-28 años) se presentaron en la juventud, principalmente.

Los anticonceptivos hormonales son reportados en la bibliografía como métodos utilizados más comúnmente por mujeres de edad media (20-30 años), por su eficacia anticonceptiva temporal (máximo de tres meses) mismo que concuerda con lo observado en éste estudio, la edad de las pacientes que utilizaban la hormona inyectable o oral era entre los 22 a 25 años de edad.

El uso de métodos anticonceptivos como el DIU, la hormona inyectable, la hormona oral y la OTB se presentaron en edades promedio mayores a los 25 años de edad y con más de 2 embarazos.

Con relación al número de parejas sexuales (promedio fue 1.2 parejas), solo el 18% declaró haber tenido múltiples parejas, y son las mujeres que usaron todos anticonceptivos de baja duración y que no comprometen la fertilidad a largo plazo

(menos de tres meses de duración, específicamente la hormona inyectable), el preservativo, la hormona inyectable y el DIU, tienen la misma edad promedio 21.6 ± 1.6 años ($p > 0.30$).

La máxima escolaridad fue la de profesionista (7%) y el grado escolar más común fue de secundaria (50% de la muestra), es notoria la baja escolaridad de las personas que asisten a consulta externa al IMSS.

La edad promedio fue la misma en todas las ocupaciones y escolaridades ($p > 0.05$), el método anticonceptivo más usado fue el DIU (43%), seguido por el OTB (38%) y el resto de la muestra fueron otros métodos (19%), a las mujeres casadas se les recomendó el DIU en consideración de su vida sexual, ya que como una medida preventiva, las mujeres solteras pueden tener múltiples parejas sexuales y el riesgo de infección es más probable.

3.2. Conclusiones

- a) Existen relaciones entre la selección del método anticonceptivo y algunas de las variables demográficas, tales como la edad, estado civil, número de embarazos.
- b) La escolaridad es un factor muy influyente en la vida sexual de las pacientes.
- c) Las pacientes entrevistadas regularmente no mencionaron las características de sus parejas sexuales, esto de alguna manera indica la soledad en la que se desarrollan las mujeres embarazadas, ya sean casadas o solteras.
- d) Los programas de promoción de no embarazo, aunados a los costos que implican, además del miedo a el compromiso para toda la vida, empujan a las mujeres a automedicarse, a veces con consecuencias.

3.3. Recomendaciones

Promover la asistencia de las mujeres en edad fértil a la consulta de planificación familiar, para lograr una mejor orientación en anticoncepción y el control de su fecundidad.

Garantizar la disponibilidad de los métodos anticonceptivos cuando lo solicite la paciente

Impartir pláticas sobre métodos de planificación familiar incluyendo los centros escolares.

Incrementar el trabajo de orientación y consejería por parte del personal de salud, dándole participación a la comunidad, a la pareja y a la familia, para promover comportamientos saludables y concebir el embarazo en el momento más oportuno.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Corigliano MA Danakas, GT, Pietrentoni, Practical guide to the careo f gynecologic obstetric patient. San Luis ,2004 Mosby.M. Pág 120
- 2.- Mariana Guilligan. Anticoncepción. Medicina familiar y practica ambulatoria .Editorial medica Panamericana 2001 .Pág. 277.
- 3.- Hatcher RA et al. Contraceptive technology, 16 Ed. Nueva York 2004, Irvington publishers P 41 Autor Maria A Md.
- 4.- Rossing MA, Stanford JL, Weis NS .Oral contraceptives use and risk of Breast Cancer in meddle aged women, 2004. 1(4). Pág. 939.
- 5.-FERRI Consultor Clínico .Diagnostico y tratamiento en Medicina Interna. Harcourt Océano 2001. P 41.
- 6.- Mayeay E. Inyectable contraception, the National procedures Institute: Louisiana State University Medical Center 2001. Pág. 124
- 7.- Kaunitz AM. Inyectable long-acting contraceptives. Clin Obstret Gynecol 2001. 2(1). 44.
- 8.- Kovolevsky G et al. Norplant and other Implant contraceptives. Obstret Gynecol. 2002 ; 2(1); 345.
- 9.- Lawrence M, Tierney Jr. Diagnostico clínico y tratamiento ginecología. Manual Moderno. 2005 3(2); 713
- 10.- Von Hertzen H. Dosen mifepristone on two regiment of levonogestrel for emergency contraception: a two multicentre randomized trial. Lancet 2002; 2(2); 360.
- 11.- Seibert C. Presenbing oral contraceptives for women older then 35 years of age. Ann Intern Med 2003 3(4); 138.
- 12.- Revista Médica Colombiana de Asociación de Obstetricia y Ginecología No 82-70 2006. Pág. 220.
- 13.- Gil. Medicina preventiva y salud pública 8va ed. Barcelona. Salvat 2002 Pág. 36.
- 14.- Arevalo Met al .Efficacy a new method contraception 2002. 1(2). P 65.
- 15.- Navarro CJ, Navarro JM. El climaterio .Edit Masson .2001 P 3-9.
- 16.- Westoff C. Tubal sterilization. Foeus on the US experience. Fertil steril 2002; 1(2);73.

- 17.- Centro Superior de Investigaciones Científicas. La fecundidad en España por grupos de edad 1985-2005 Madrid. Editorial Ciencias Médicas. Pág 26
- 18.- Dra. D. Castillo. Carvajal Revista Médica Herediana. Lima, 2004. 15 (3). Pág 77
- 19.- Danforth Dn. Control de la reproducción humana. Tratado de obstetricia de Williams. Editorial medica Panamericana 2004 P. 1279-82.
- 20.- Family Healt Internacional. Esterilización masculina y femenina: Network en español, 2003, 18(1). P.34
- 21.- Uriza G .Rev. Colom Obstet Ginecol. 2005; 50 (2);45-48
- 22.- Luna VM. Revista Colombiana Médica. Corporación editora medica del valle 2005; 36 (3) supl 1; 14-24.
- 23.- Sexualidad en los adolescentes. Centro de investigaciones sociológicas. Estudio y encuestas. Madrid. CIS 2006.
- 24.- Marchbanks PA. Oral contraceptives and the risk of breast cancer. N Engl J Med 2002; 2(2): 346.
- 25.- Instituto Nacional de estadística .Encuesta de fecundidad. Madrid. INE, 2006.
- 26.- Castañeda SO. Causas de No Aceptación de Métodos de Planificación Familiar en Mujeres que Acuden a Atención Puerperal en la Unidad de Medicina Familiar No. 1 de Sonora. 13a Reunión de Investigación servicios de Salud de Sonora, Dirección General de Enseñanza y Calidad, Secretaría de Salud Pública, Ed. Gobierno del Estado de Sonora, 2005.

Anexo 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____ reconozco que me han informado sobre los beneficios que representa para mi el cuidado de mi salud utilizar un método anticonceptivo.

Que en la elección del método se han considerado mis expectativas reproductivas, personales y mi condición de salud.

Por lo que declaro que se me informo lo siguiente:

*Existen métodos: anticonceptivos temporales y definitivos para mi y mi pareja.

*Los métodos temporales se utilizan para espaciar los embarazos y los disponibles en el IMSS son: los hormonales orales e inyectables (pastillas e inyecciones), el implante subdérmico, el dispositivo intrauterino (DIU) y el preservativo.

*Los métodos definitivos y permanentes son: la oclusión tubaria bilateral o salpingoclasia (ligadura de trompas) para la mujer y vasectomía para el hombre y estos se eligen cuando se ha decidido no tener más hijos.

*Que para la aplicación de métodos como el implante, la vasectomía y la salpingoclasia es necesario el empleo de anestesia.

*Que tanto los métodos temporales como los métodos definitivos llegan a fallar y por lo tanto, existe la posibilidad de quedar embarazada o embarazar a mi pareja.

*Que he comprendido todas y cada una de las posibles molestias o efectos no deseados que puedo tener al usar el método elegido.

*Que tengo derecho y me comprometo a acudir a revisión médica en caso de duda o molestia o cuando se me indique.

*Que es mi decisión libre, consciente e informada aceptar el uso de:

Firmo este CONSENTIMIENTO por mi libre voluntad en presencia de un testigo y sin haber estado sujeta(o) a ningún tipo de coerción para hacerlo.

Lugar y fecha

Aceptante

Nombre y firma

No de filiación

Unidad médica adscripción

Testigo

Unidad médica donde se otorgo el método

Personal que otorgo el método

Anexo 2

BASE DE DATOS

	Edad	Emba- Razo	Parto	Edo.Civil	Pareja Sexual	Ocupación	Escolaridad	Anticonceptivo elegido	Religión
1	21	2	Vaginal	casada	1	hogar	preparatoria	DIU	Católica
2	19	1	Vaginal	casada	1	hogar	secundaria	DIU	Católica
3	27	2	Cesárea	casada	1	empleada	secundaria	DIU	Católica
4	19	1	Vaginal	casada	1	empleada	preparatoria	DIU	Católica
5	22	1	Cesárea	casada	1	secretaria	comercio	DIU	Católica
6	27	2	Vaginal	casada	1	empleada	secundaria	DIU	Católica
7	20	1	Vaginal	casada	1	hogar	secundaria	DIU	Católica
8	24	2	Vaginal	casada	1	hogar	secundaria	DIU	Católica
9	25	1	Cesárea	casada	1	hogar	secundaria	DIU	Católica
10	23	1	Vaginal	casada	1	empleada	profesional	DIU	Católica
11	21	1	Vaginal	soltera	2	empleada	preparatoria	DIU	Católica
12	21	1	Vaginal	casada	1	hogar	secundaria	DIU	Católica
13	19	1	Cesárea	casada	1	hogar	secundaria	DIU	Católica
14	28	2	Vaginal	casada	1	empleada	secundaria	DIU	Católica
15	19	1	Vaginal	soltera	1	empleada	secundaria	DIU	Católica
16	26	2	Vaginal	casada	2	hogar	preparatoria	DIU	Católica
17	18	1	Vaginal	casada	1	hogar	secundaria	DIU	Católica
18	20	1	Vaginal	casada	1	hogar	preparatoria	DIU	Católica
19	22	2	Vaginal	casada	1	hogar	secundaria	DIU	Católica
20	26	2	Vaginal	casada	1	hogar	preparatoria	DIU	Católica
21	22	3	Vaginal	casada	1	hogar	preparatoria	DIU	Católica
22	29	2	Vaginal	casada	2	empleada	preparatoria	DIU	Católica
23	18	1	Vaginal	casada	1	hogar	secundaria	DIU	Católica
24	23	2	Vaginal	casada	1	hogar	secundaria	DIU	Católica
25	26	2	Vaginal	casada	1	secretaria	comercio	DIU	Católica
26	20	1	Vaginal	casada	1	empleada	preparatoria	DIU	Católica
27	22	1	Vaginal	casada	1	empleada	preparatoria	DIU	Católica
28	26	2	Cesárea	casada	1	empleada	preparatoria	DIU	Católica
29	29	1	Cesárea	casada	2	empleada	preparatoria	DIU	Católica
30	25	2	Vaginal	casada	1	hogar	preparatoria	DIU	Católica
31	18	1	Vaginal	casada	1	empleada	secundaria	DIU	Católica
32	30	1	Cesárea	casada	1	hogar	preparatoria	DIU	Católica
33	24	1	Vaginal	casada	1	empleada	preparatoria	DIU	Católica
34	26	2	Vaginal	casada	1	hogar	secundaria	DIU	Católica
35	20	1	Vaginal	soltera	1	hogar	secundaria	DIU	Católica
36	20	1	Vaginal	casada	1	hogar	preparatoria	DIU	Católica
37	25	2	Vaginal	casada	1	hogar	preparatoria	DIU	Católica
38	28	1	Vaginal	casada	2	secretaria	comercio	DIU	Católica
39	24	1	Vaginal	casada	1	hogar	secundaria	DIU	Católica
40	20	1	Vaginal	casada	1	hogar	secundaria	DIU	Católica
41	23	2	Vaginal	casada	1	hogar	preparatoria	OTB	Católica
42	25	2	Cesárea	casada	1	empleada	secundaria	OTB	Católica
43	38	2	Vaginal	casada	1	hogar	secundaria	OTB	Católica
44	39	6	Vaginal	casada	2	hogar	secundaria	OTB	Católica
45	34	3	Cesárea	casada	1	hogar	preparatoria	OTB	Católica
46	36	4	Vaginal	soltera	2	empleada	secundaria	OTB	Católica
47	34	4	Vaginal	casada	1	hogar	secundaria	OTB	Católica
48	27	3	Vaginal	casada	1	hogar	secundaria	OTB	Católica
49	26	3	Vaginal	casada	1	hogar	secundaria	OTB	Católica

50	25	2	Vaginal	casada	1	hogar	preparatoria	OTB	Católica
51	29	3	Vaginal	casada	1	hogar	secundaria	OTB	Católica
52	32	3	Cesárea	casada	2	hogar	secundaria	OTB	Católica
53	28	2	Cesárea	casada	1	empleada	preparatoria	OTB	Católica
54	30	3	Vaginal	casada	1	empleada	secundaria	OTB	Católica
55	38	4	Vaginal	soltera	3	empleada	secundaria	OTB	Católica
56	34	2	Vaginal	soltera	2	empleada	preparatoria	OTB	Católica
57	32	3	Vaginal	casada	1	hogar	preparatoria	OTB	Católica
58	30	3	Vaginal	casada	2	empleada	secundaria	OTB	Católica
59	28	2	Cesárea	casada	1	hogar	secundaria	OTB	Católica
60	34	3	Vaginal	casada	1	empleada	profesional	OTB	Católica
61	34	3	Vaginal	casada	2	hogar	secundaria	OTB	Católica
62	28	3	Cesárea	casada	1	empleada	profesional	OTB	Católica
63	29	3	Vaginal	casada	1	hogar	preparatoria	OTB	Católica
64	32	4	Vaginal	casada	1	hogar	secundaria	OTB	Católica
65	30	3	Vaginal	casada	2	hogar	secundaria	OTB	Católica
66	32	3	Vaginal	casada	1	empleada	preparatoria	OTB	Católica
67	28	2	Vaginal	casada	1	secretaria	comercio	OTB	Católica
68	34	3	Cesárea	casada	1	hogar	preparatoria	OTB	Católica
69	28	4	Cesárea	casada	1	empleada	profesional	OTB	Católica
70	30	2	Cesárea	casada	1	empleada	profesional	OTB	Católica
71	29	2	Vaginal	casada	1	secretaria	comercio	OTB	Católica
72	27	3	Cesárea	casada	1	hogar	secundaria	OTB	Católica
73	35	5	Vaginal	casada	2	hogar	secundaria	OTB	Católica
74	32	3	Vaginal	casada	1	hogar	preparatoria	OTB	Católica
75	34	2	Vaginal	soltera	2	empleada	secundaria	OTB	Católica
76	29	2	Cesárea	casada	1	empleada	preparatoria	OTB	católica
77	26	1	Vaginal	casada	1	empleada	preparatoria	Hormonal oral	católica
78	25	2	Cesárea	casada	1	empleada	profesional	Hormonal oral	católica
79	23	1	Vaginal	casada	1	empleada	profesional	Hormonal oral	católica
80	26	1	Vaginal	casada	1	hogar	secundaria	Hormonal oral	católica
81	32	1	Vaginal	casada	2	empleada	preparatoria	Hormonal oral	católica
82	28	2	Vaginal	casada	1	empleada	secundaria	Hormonal oral	católica
83	24	1	Vaginal	soltera	1	hogar	secundaria	Hormonal oral	católica
84	22	1	Vaginal	casada	1	hogar	preparatoria	Hormonal oral	católica
85	20	1	Vaginal	soltera	1	secretaria	comercio	hormonal inyectable	católica
86	18	1	Vaginal	casada	1	empleada	preparatoria	hormonal inyectable	católica
87	22	1	Vaginal	casada	1	hogar	secundaria	hormonal inyectable	católica
88	26	1	Vaginal	casada	1	empleada	secundaria	hormonal inyectable	católica
89	24	1	Vaginal	casada	1	secretaria	comercio	hormonal inyectable	católica
90	22	1	Vaginal	casada	1	empleada	secundaria	preservativo	católica
91	19	1	Vaginal	soltera	2	empleada	secundaria	preservativo	católica
92	18	1	Vaginal	casada	1	hogar	secundaria	preservativo	católica
93	20	1	Vaginal	casada	1	hogar	secundaria	preservativo	católica
94	20	1	Vaginal	soltera	1	empleada	preparatoria	preservativo	católica