



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA



DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD ACADÉMICA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 23 TUXTLA GUTIÉRREZ, CHIAPAS

USO Y MANEJO DE LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS EN DERECHOHABIENTES DE
LA U.M.F. NUM. 43 DEL IMSS DE PICHUCALCO, CHIAPAS

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

PRESENTA:

JUÁREZ JUÁREZ JOSÉ LUIS

TUXTLA GUTIÉRREZ, CHIAPAS

2006



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.

USO Y MANEJO DE LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN DERECHOHABIENTES DE
LA U.M.F. NUM. 43 DEL IMSS DE PICHUCALCO, CHIAPAS

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

PRESENTA:

JUÁREZ JUÁREZ JOSÉ LUIS

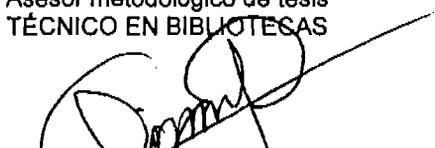
AUTORIZACIONES

DR. MANUEL ZARRABAL GONZÁLEZ

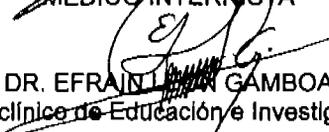
Profesor titular del curso de especialización en medicina familiar para médicos generales en
Tuxtla Gutiérrez, Chiapas


~~LIC. RAFAEL CULEBRO TRUJILLO~~

Asesor metodológico de tesis
TÉCNICO EN BIBLIOTECAS


DR. GABRIEL GÓMEZ MONTES

Asesor del tema de tesis
MÉDICO INTERNISTA


DR. EFRAÍN GAMBOA

Coordinador clínico de Educación e Investigación Médica

USO Y MANEJO DE LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN
DERECHOHABIENTES DE LA U.M.F. Num. 43 DEL IMSS DE
PICHUCALCO, CHIAPAS

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

JUÁREZ JUÁREZ JOSÉ LUIS

AUTORIZACIONES:

DR. MIGUEL ÁNGEL FERNÁNDEZ ORTEGA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

DR. FELIPE DE JESÚS GARCÍA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

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

NOMBRE: José Luis

Juárez Juárez

FECHA: 16/10/2007

FIRMA:

DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
U.N.A.M.

**USO Y MANEJO DE LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS
EN DERECHOHABIENTES DE LA U.M.F. NUM. 43 DEL
IMSS DE PICHUCALCO, CHIAPAS**

ÍNDICE

TITULO	4
ÍNDICE GENERAL.....	5
MARCO TEÓRICO.....	6
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	35
JUSTIFICACIÓN.....	37
OBJETIVOS.....	39
DISEÑO METODOLÓGICO.....	40
MATERIAL Y MÉTODOS.....	44
RESULTADOS.....	47
DISCUSIÓN.....	54
CONCLUSIÓN.....	56
BIBLIOGRAFÍA.....	57
ANEXOS.....	60

MARCO TEÓRICO.

ANTECEDENTES GENERALES.

La anticoncepción consiste en utilizar métodos, que permite a la pareja tener relaciones sexuales, impidiendo la capacidad reproductiva de un individuo o una pareja en forma temporal o permanente.^{1, 2, 3}

El Papiro Kahum (Egipto 1850) describe el uso de pesarios vaginales elaborados con estiércol de cocodrilo y el Papiro Ebers (1550 a.C.) detalla tampones elaborados con plumón embebido en jugo de acacia fermentada. Soranos, un médico griego que vivió en Roma en el siglo II d. C. Describió tampones vaginales de lana embebida de aceite, ácido, miel, goma de cedro, granada y pulpa de higo para impedir la concepción.⁴

El condón se conocía bien desde el siglo XVI, como método profláctico contra la enfermedad venérea. En los Estados Unidos se había iniciado un movimiento activo de control de la maternidad desde 1830 estimulado principalmente por Robert Dale Owen y por el doctor Charles Knowlton. La fisiología moral (1830) fue el primer libro sobre el control de la natalidad que se publicó en los Estados Unidos. En 1927 se fundó el Comité de Investigación sobre el Control de la Natalidad, el cual hizo funcionar 12 clínicas en Inglaterra y Escocia. En este año Margaret-Sanger organizó en Ginebra la primera Conferencia Mundial sobre población, para formar la Federación Internacional de Paternidad Planeada. En 1959 la planeación familiar recibió el respaldo médico oficial en un acuerdo de la Asociación Norteamericana de Salubridad Pública.⁵

En 1974 se abren los programas de Planificación Familiar en México.^{2, 6} Se sabe que la mitad de la población del mundo tiene menos de 25 años de edad, y el 80% de los 1.500 millones de habitantes que tiene entre 10 y 24 años viven en los países en desarrollo. La adolescencia es un período de transición, su comienzo y la duración es variable, además marca el final de la niñez y crea los cimientos para la edad adulta. Esta marcada por cambios independientes en el cuerpo, en la mente y en las relaciones sociales; de ahí que sea un

período de aprendizaje, en el cual es común cometer errores al elegir la pareja sexual y al controlar la fecundidad.^{3,16}

En América Latina y el Caribe, entre el 2 y el 16% de las mujeres habían tenido relaciones sexuales antes de los 20 años sin haberse casado. En los Estados Unidos es del 43%. En el caso de México es del 45% y en cuanto a las mujeres de 15 y 19 años que se encuentran en unión y usan algún método anticonceptivo es del 30%. El 34.8% corresponde a las mujeres que han tenido un hijo antes de los 20 años.²³

En Estados Unidos se obtuvieron datos de National Survey of Family Growth en 1988, mostrando que el porcentaje de mujeres no casadas entre 15-19 años de edad que habían tenido actividad sexual aumentó de 28.6% en 1970 a 51.5% en 1988.¹⁸ Más de 1 millón de adolescentes, la mayoría solteras, se embarazan por año; o sea uno de cada 10 adolescentes entre 15 y 19 años.¹⁰

De acuerdo a los resultados de las Encuestas de Demografía y Salud (EDS), realizadas en 9 países como (Brasil, Ecuador, Colombia, El Salvador, Guatemala, México, Perú, República Dominicana y Trinidad y Tóbagó). Aproximadamente la mitad de las mujeres entre 20 y 24 años, inician sus relaciones sexuales (dentro o fuera del matrimonio) en comparación con las adolescentes de Estados Unidos que fue del 75%.²³

Datos de una muestra de 4.248 estudiantes chilenos entre 11 y 19 años de edad, se encontró que el 21% de las mujeres y 36% de los varones habían iniciado relaciones sexuales a una edad promedio de 15 y 14 años de edad respectivamente.¹⁷

En la Encuesta Nacional sobre Fecundidad y Salud diseñada por la Dirección General de Planificación Familiar de la Secretaría de Salud de México, el 32.7% de los adolescentes reveló haber tenido relaciones sexuales al menos en una ocasión. La edad promedio del inicio de las relaciones sexuales en las mujeres fue a los 17 años.²⁴

Todo esto aunado a una deficiente educación sexual, no es difícil entender que 20% del total de embarazos ocurran en mujeres menores de 20 años. El embarazo en la mujer

adolescente es un problema médico y social de gran importancia. Existen factores sociales como la pérdida de la autoestima, bajo rendimiento escolar, el modelo familiar o social ausente y poca oportunidad de trabajo que influyen en el inicio de la vida sexual del adolescente y como consecuencia final el embarazo. Por otro lado consideremos las complicaciones médicas que se generan en un embarazo, que van desde una anemia, hasta aquellas que pueden ser fatales para la madre y el feto, como la preeclampsia, el parto prematuro, retardo en crecimiento intrauterino en las enfermedades de transmisión sexual (ETS).^{10, 17, 19}

En Guatemala el 12% de los nacimientos fueron no deseados. El 21% de las guatemaltecas de 15-19 años habían tenido un hijo o estaban embarazadas al momento de realizar la Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil (ENSMI) en 1995.²⁰

Otro de los problemas es el aborto. A nivel nacional, la tasa estimada de aborto (el número anual de abortos por cada 1000 mujeres de 15-49 años) durante el período de 1970-1980 varió de 22 por 1000 en el Brasil y México a 31 por 1000 en Colombia. La tasa de aborto de la región sudoeste y del Distrito Federal, aumentó desde 1977 a 1987, y luego disminuyó entre 1987-1992, a medida que aumentó el uso de anticonceptivos.²⁵

Se estima que el porcentaje de embarazos que terminan en abortos inducidos varía entre el 17% en México al 35% en Chile, a pesar del constante aumento en los niveles de la prevalencia de anticonceptivos ya que en varios países las complicaciones de aborto son la segunda causa más importante de hospitalización.²³

Otra problemática de gran importancia que se presenta en los adolescentes son las Enfermedades de Transmisión Sexual. De acuerdo a las estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), las enfermedades de transmisión sexual son las causantes por lo menos de 250 millones de nuevas infecciones entre ellas 120 millones de Tricomoniasis, 50 millones de Clamidias, 30 millones de Condilomas, 25 millones de Gonorrea, 20 millones de Herpes, 3.5 millones de Sífilis y 2 millones de lesiones chancroides.²¹

Las enfermedades de transmisión sexual o venéreas (ETS), representan uno de los problemas sanitarios contemporáneos más importantes en Estados Unidos. Estas entidades alteran mucho al individuo (trastornos incurables, así como mortales), a sus contactos inmediatos y a la sociedad. El grupo de edad con el riesgo más elevado de casi todas las enfermedades de transmisión sexual es el de adolescentes.¹⁸ Se estima que desde el comienzo de la epidemia mundial de SIDA, hasta el primero de diciembre de 1996, se presentaron más de 3.1 millones de casos. Por otro lado el programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA), estima que en 1996 se han producido más de 3.1 millones de infecciones nuevas de VIH, es decir, aproximadamente 8,500 por día, 7500 de ellas en adultos y 1000 en niños. Por último tenemos que en la actualidad 22.6 millones de personas viven con la infección por el VIH o el SIDA. Aproximadamente el 42% de los 21.8 millones de adultos que viven con VIH/SIDA son mujeres. La mayor parte de los adultos recién infectados tienen menos de 25 años de edad.²²

ANTECEDENTES ESPECÍFICOS.

En los últimos 30 años, en América Latina y el Caribe se duplicó la población de jóvenes de entre 10 y 19 años, que actualmente asciende a 96 millones. Si incluimos la población correspondiente de los Estados Unidos y Canadá, el total asciende a 134 millones de adolescentes. El grupo representa casi el 20% de la población del continente americano. En algunos países la proporción llega al 25% (El Salvador, Guatemala, Honduras, México y Nicaragua), mientras que en los Estados Unidos apenas alcanza el 14%.

Aproximadamente la mitad de las mujeres de entre 20 y 24 años en los nueve países de las Encuestas de Demografía y Salud (EDS) (Brasil, Colombia, Ecuador, El Salvador, Guatemala, México, Perú, La República Dominicana y Trinidad y Tobago) iniciaron sus relaciones sexuales antes de cumplir los 20 años.

En América Latina y el Caribe entre el 2 y el 6% de las mujeres hablan tenido relaciones sexuales antes de los 20 años de edad sin haberse casado. Así mismo en la Encuesta Nacional sobre Fecundidad y Salud diseñada por la Dirección General de Planificación Familiar de la Secretaría de Salud de México, 32.7 de los adolescentes reveló

haber tenido relaciones sexuales al menos en una ocasión; por otro lado señaló que la edad promedio del inicio de las relaciones sexuales en las mujeres fue a los 17 años y en los hombres a los 16 años.

Como ya hemos mencionado que los adolescentes se encuentran en un proceso de cambios biopsicosociales, por lo que al iniciar su actividad sexual, lo hace sin una responsabilidad sobre su fecundidad y si a todo esto le agregamos una deficiente o nula educación sexual, no es difícil entender que 20% del total de embarazos ocurran en mujeres menores de 20 años. Sin embargo la falta de uso de métodos anticonceptivos parece no deberse únicamente al hecho de que los adolescentes desconozcan o tengan problemas para obtener los métodos, si no al hecho de que la desaprobación social hace que un buen número de relaciones sexuales no sean premeditadas (28% de los casos) por lo que no se toman las precauciones debidas.

Si consideramos que el embarazo a cualquier edad es un evento biopsicosocial sumamente importante, lo será aún más en la adolescente embarazada, ya que a menudo va acompañado de una serie de situaciones

adversas como son los riesgos biológicos, haciendo hincapié en este punto que cuanto menor sea la edad mayor será el riesgo. Dentro de este ámbito tenemos:

Complicaciones obstétricas.

- Deficiente atención médica durante el embarazo, toxemias del embarazo y del parto prematuro.
- Anemia.
- Desproporción céfalo pélvica.
- Distocias mecánicas y dinámicas.
- Parto prolongado y difícil.
- Muerte.

Abortos provocados y sus complicaciones.

- Perforaciones uterinas

- Hemorragias.
- Infecciones.

Aumento de la morbilidad infantil.

- Prematurez.
- Bajo peso al nacer.
- Enfermedades congénitas.

Por todo lo anterior, no es difícil creer datos tan asombrosos y preocupantes tales como que a nivel mundial, el embarazo es la principal causa de muerte entre las mujeres de 15 a 19 años. Así mismo en la mayoría de los países latinoamericanos y del Caribe, la maternidad y aborto están clasificados entre las cinco primeras causas de muerte entre las mujeres de 15 a 19 años. Por otra parte la organización Panamericana de la Salud señaló que en México la muerte materna es la segunda causa de muerte más común en mujeres de 15 a 24 años de edad.

Se cuentan con datos que en el Distrito Federal, la mortalidad materna ocupa el tercer lugar de muerte de las mujeres de 15 a 25 años de edad. En cuanto a la mortalidad infantil de hijos de madres entre 15 y 19 años de edad era de 103 por 1000 y de madres menores de 15 años de 104.5 por 1000. Otro problema trascendente es el aborto, el cual a nivel nacional la tasa estimada de aborto (el número anual de abortos por cada 1000 mujeres de 15-49 años), durante el período de 1970-1980 varió de 22 por 1000 en Brasil y México a 31 por 1000 en Colombia.

Dependiendo de la posibilidad de recobrar la fertilidad, los métodos anticonceptivos se clasifican en:

Temporales:

- a) Naturales o de abstinencia periódica
- b) De barrera y espermicidas o espermatocidas
- c) Hormonales orales

- d) Hormonales Inyectables
- e) Hormonales subdérmicos
- f) DIU.

Permanentes ó definitivos:

- a) Oclusión Tubaria Bilateral
- b) Vasectomía. ^{7,3}

Métodos temporales.

Métodos naturales (Lactancia prolongada).

En agosto de 1988 se reunió en Bellagio, Italia un grupo internacional de expertos, el resultado de esta conferencia fue la declaración conocida como el Consenso de Bellagio que establece: cuando una madre amamanta a su hijo completa o casi completamente y permanece en amenorrea (haciendo caso omiso de cualquier sangrado vaginal que ocurra antes de los 56 días de postparto) tiene una protección mayor del 98% durante los primeros seis meses después del parto. Estos Lineamientos se convirtieron en los fundamentos del método de lactancia y de la amenorrea (MELA). ⁸

Las mujeres que no amamantan reanudan la menstruación de uno a tres meses después del nacimiento, pero las mujeres que amamantan durante los dieciocho meses experimentan amenorrea hasta de ocho a trece meses, finalmente retornan las ovulaciones y la menstruación, inclusive entre las mujeres que continúan amamantando y no se puede predecir el inicio de la ovulación en una mujer individual. ⁴

Coitus Interruptus.

Debido a que solo se trata de retirar el pene de la vagina cuando la eyeculación es inminente completándolo fuera, no es necesario gastar ni utilizar dispositivos técnicos. Sin embargo para que tenga éxito, se requiere de buen control, gran motivación y sentido de responsabilidad, para proteger a la compañera sexual.

Este método no es nada satisfactorio en hombres con eyeculación precoz. Se ha comunicado un índice de fracasos de 6.7 por 100 mujeres por años. ^{4,9}

En la actualidad se enseñan tres versiones de Planificación Familiar natural:

- a) *El método del ritmo calendario*, llamado también Ogino o de Ogino Knauss consiste en predecir la fecha aproximada de la ovulación, después de haber observado doce ciclos menstruales consecutivos. ¹

Con este método el primer día del período fértil, se calcula restando 18 de la cantidad de días del ciclo más corto durante 6 a 12 meses de observación. El último día del período fértil se calcula restando dos días de la duración del ciclo más largo observado (Ogino) y del mismo modo pero con un criterio más restrictivo para Knauss restando 17 y 13. ^{4,10}

Las mujeres que usan este método deben estar alertas para las interferencias provocadas por las tensiones, viajes, enfermedades y medicamentos para abstenerse en los ciclos expuestos a estas influencias: Wade y cols. Encontraron una tasa de embarazos del dos por ciento. ⁹

- b) *El método del moco cervical* (también conocido como método de Billings) el parámetro utilizado es un signo clínico accesible a la mujer como son las variaciones cíclicas del moco cervical observable a nivel de la vulva. ¹⁰

Muchas mujeres pueden notar la producción de un moco claro y acuoso los días inmediatamente previos a la ovulación. Bajo la influencia de los estrógenos, el moco aumenta en cantidad y se torna progresivamente más cristalino, resbaloso, elástico y en ocasiones hemático, hasta alcanzar un día pico (ovulación). Después el moco se torna escaso y seco, bajo la influencia de la progesterona, hasta el inicio de la siguiente menstruación.

Se puede permitir el coito durante los días secos inmediatamente después de la menstruación. Con posterioridad la pareja debe abstenerse hasta el cuarto día después del día seco. La tasa de embarazo es de 23%.^{9,4}

En este método, el primer día de abstinencia se predice a partir del calendario, restando 21 de la aparición del ciclo menstrual más corto en los 6 meses precedentes o del primer día en que se detecta el moco.

c) El método de la temperatura corporal basal. La elevación de la temperatura corporal señala que el cuerpo lúteo está produciendo progesterona y por lo tanto, que ha ocurrido la ovulación.⁴

Cuando se utilizan las curvas de temperatura basal para señalar la ovulación limitando el coito a las fechas posteriores a la desviación térmica, la tasa de éxito es cercana al 100%. Según Marshall cuando se utiliza combinado con la curva de temperatura basal, este método tiene una tasa de falla de 6.6/100 mujeres por año.⁹

Las **ventajas** de estos métodos son:

Carecen de efectos colaterales

No tienen costo

Los **requisitos** necesarios para su uso son:

Se necesita una fuerte motivación

Cooperación de la pareja

Necesidad de ciclos regulares

Buena resolución de la conflictiva sexual

Instrucción adecuada.

Dadas las características fisiológicas y psicológicas de los adolescentes, la posibilidad de su práctica es limitada. ¹⁰

Métodos mecánicos o de barrera.

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

Condón:

Condón o preservativo es una funda o cubierta de plástico (látex) que se aplica en el pene erecto para evitar el paso de espermatozoides. ⁷

El desarrollo del condón se atribuye al anatomista italiano del siglo XVI Falopio. Los primeros condones se fabricaron del intestino animal. El nombre se atribuye al Dr. Condom, cortesano de Carlos II (1661-1685). ¹

Los condones actuales se suelen fabricar de goma de látex. Hay un preservativo cubierto con espermaticida y 0.5 gr. de nonoxinol-9, en la superficie interna y externa que inmoviliza a los espermatozoides eyaculados y reduce las tasas de embarazos. ⁹

Forma de uso del condón:

Debe usarse un condón o preservativo nuevo en cada relación sexual y desde el inicio del coito.

Cada condón puede usarse una sola vez.

Debe verificarse la fecha de manufactura, la cual no deberá ser mayor a cinco años.

Se desenvuelve el condón sobre el pene erecto, hasta llegar a la base del pene, evitando la formación de burbujas de aire. Cuando el hombre no este circuncidado debe retraer el prepucio hacia la base del pene antes de colocar el condón. Hay que dejar entre el condón y la cabeza del pene un espacio de más o menos un centímetro y medio; este espacio permitirá que se deposite allí el esperma de la eyaculación. Después de la eyaculación se debe retirar el pene de la vagina cuando aún este erecto, sostener el condón por la base del pene para evitar que se derrame el semen o permanezca el condón en la cavidad vaginal.^{3,1}

Ventajas:

Previenen las ETS, incluyendo VIH/SIDA, así como el embarazo.

Previenen ETS durante el embarazo.

Seguros. Ningún efecto colateral por hormonas.

Ofrecen contracepción ocasional sin necesidad de tener que seguir en plan diario.

Pueden usarse sin necesidad de visitar primero a un proveedor de salud.

Son fáciles de conseguir.

Desventajas:

Alergia al látex (puede ocasionar escozor).

Pueden disminuir la sensación.

Los condones pueden debilitarse y romperse durante su uso, si se guardan por tiempo prolongado o en condiciones de demasiado calor, humedad o si se usan con lubricantes manufacturados a base de petróleo.

Se necesita la cooperación del hombre para que la mujer pueda protegerse contra el embarazo o enfermedades. ⁷

Las fallas se deben en gran parte a rotura del preservativo con el depósito del semen en la vagina. El índice de falla suele ser de 6 a 13/100 mujeres por año. ⁸

Diafragma:

El diafragma es un dispositivo mecánico de plástico que debe ajustarse por detrás del pubis y sobre el cuello en el fondo de saco posterior, distendiendo las paredes. ⁹

Los primeros diafragmas comerciales tuvieron que esperar a que se usara el crespón de hule, posteriormente vulcanizado. La primera referencia médica con que contamos, se encuentra en la literatura médica en la que, en 1823, el doctor F. A. Wilde descubre el uso de un pesario de caucho como método cómodo y eficaz para controlar la fertilidad. ⁵

Constituye un método de alta efectividad si se le utiliza acompañado de jaleas o cremas spermicidas. Está constituido por un aro de alambre de acero en espiral recubierto de goma de látex, presenta dos caras una convexa y otra cóncava. Se mantiene en posición mediante la acción de tensión del resorte de aro, el tono muscular de la vagina y el pubis, queda así cubierto el cuello y parte de la pared vaginal anterior. ¹⁰

Existen varios tipos de diafragma determinados por el borde del anillo: en espiral, plano o en forma de arco. ⁴

Este método es uno de los que más requieren el consejo y decisión del médico. Debe efectuarse un examen ginecológico que descarte cualquier proceso patológico que afecte la estática pélvica y comprobación del fondo de saco de Douglas liso y libre.

Debe ser insertado previamente a la relación sexual y no retirarlo hasta transcurrido un mínimo de 6-8 horas. En caso de una segunda relación, transcurrida una hora, colocar una dosis de sustancias espermicidas directamente en la vagina sin remover el diafragma, calculando el tiempo de seguridad a partir de la última relación. ⁹

Contraindicaciones:

- 1.- Deficiente tono muscular de la vagina.
- 2 - Prolapso uterino.
- 3.- Pared vaginal anterior corta.
- 4.- Cervicitis o leucorreas importantes.
- 5.- Cistocele.
- 6.- Incapacidad para aprender su uso.

Se debe valorar para su indicación:

- 1.-Grado de motivación.
- 2.- Madurez psicológica.
- 3.- Nivel cultural.
- 4.- Ausencia de contraindicaciones orgánicas. ^{10.}

Efectos colaterales:

Alergia al látex. También puede aumentar el riesgo de infecciones vesicales, por que el diafragma descansa debajo de la uretra y puede impedir la depuración de la bacteriuria que inevitablemente genera el colto vaginal. ⁴

El Índice de falla es de 2 a 3/100 mujeres al año en un grupo privado y de 23/100 mujeres por año en un estudio efectuado en una clínica de Puerto Rico. ⁹

Capuchones cervicales:

Tienen forma de dedal, este es mucho más pequeño que el diafragma, no contiene anillo metálico en el borde y cubre solo el cuello uterino. Se fabrican en 3 o 4 tamaños que miden entre 22 y 31 mm. ⁵

El capuchón se inserta comprimiéndolo entre el dedo índice y el pulgar, colocándolo a través del introito, la cúpula hacia fuera, luego se presiona suavemente hacia arriba para ubicarlo sobre el cuello uterino. La cúpula debe permanecer comprimida durante varios segundos, lo que indica buena adaptación y la presión lateral suave sobre el borde no debe desalojar el capuchón. ⁴

Una de sus desventajas es que debe elaborarse de acuerdo a la forma de cada cuello y el ajuste debe ser perfecto. También produce cierto grado de irritación cervical.

El capuchón se utiliza durante 24 horas aunque puede prolongarse 2 o 3 días. Algunas mujeres se quejan de mal olor uno o dos días después de la aplicación y el 60% cinco días después. ⁹

Presenta un índice de embarazo de 8 por 100 mujeres por año. ⁴

Métodos anticonceptivos químicos.

Espemicidas:

El compuesto espemicida cuyo objetivo consiste en inmovilizar a los espermatozoides.

En 1885 Rendell logró hacer un supositorio de manteca de cacao soluble que contenía sulfato de quinina.

Una de las primeras tareas del comité de Investigaciones del movimiento de planeación familiar consistió en iniciar estudios acerca de los espermicidas químicos y el resultado fue la obtención del Volpar, que es una serie de productos que contienen pasta y gelatina con acetato fenilmercurio.⁶

En 1950 fueron introducidos los agentes surfactantes, como el nonoxinol-9, que se usan actualmente.

Se presentan en una variedad de formas como: jaleas, cremas, supositorios, tabletas, aerosoles, espumas.¹⁰

Los medicamentos activos en las tabletas vaginales de espuma son ácido tartárico y bicarbonato de sodio. Los aerosoles y las jaleas tienen efectividad inmediata, así que la aplicación debe hacerse antes de media hora antes del coito. Las tabletas requieren de 5-10 minutos para disolverse y ser eficaces.

No debe efectuarse higiene vaginal hasta transcurridas 6 horas como mínimo.

La ventaja de estos es que son baratos, fáciles de usar y no requieren de instrucción alguna. Se recomienda en pacientes que solo desean espaciar sus embarazos o para combinarlos con algún otro método anticonceptivo mecánico.⁹

Bajo condiciones habituales de uso, este método brinda protección anticonceptiva del 75-90% y puede aumentarse en asociación con otros métodos de barrera.³

Métodos hormonales orales.

Son métodos temporales y se dividen en dos grupos:

1) Los combinados de estrógeno y progestina, las cuales contienen un estrógeno sintético: etinilestradiol (20-50g), o mestranol (50-100). Las dosis diaria recomendable no deben exceder de 35 g de etinilestradiol o de 50 g de mestranol.

2) Y los que sólo contienen progestina. Existe dos formulaciones que contienen dosis baja de una progestina sintética, linestrenol 0.5 mg. y levonogestrel 35 g (no contienen estrógeno).³

Su forma de acción de los Anticonceptivos Orales (AO) combinados es que interfieren en la curva de gonadotropinas a la mitad del ciclo y previenen la ovulación. La actividad ocurre a nivel hipotálamo por inhibición de la hormona liberadora hipotalámica, GnRH y de esa manera se bloquea la actividad hipofisaria de las gonadotropinas, produciendo así la supresión ovárica secundaria.

La combinación de estrógenos y progesterona influye produciendo en endometrio delgado y no estimulado, que provoca una menstruación escasa e incluso falta de períodos menstruales.⁹

La administración es durante 21 días comenzando el domingo posterior a un periodo menstrual y luego se suspenden durante 7 días para permitir una hemorragia de privación que imita un ciclo menstrual normal. Existen versiones de 21 y 28 días. Las versiones de 28 proporcionan tabletas placebo para los últimos 7 días.⁴

La administración de los AO que sólo contienen progestina en su primer ciclo de tratamiento deben iniciarse en su primer día de la menstruación, además debe tomarse a la misma hora, por el menor efecto que presentan.

Los AO combinados presentan una protección anticonceptiva del 92-99% y los AO solo con progestina presentan del 90-97%.

Indicaciones de AO combinados:

- Mujeres en edad fértil con vida sexual activa.

- Nuligestas, nullparas, multíparas, adolescentes.
- Antes del primer embarazo.
- En el Intervalo intergenéslico.
- En el posaborto inmediato.
- En el posparto o poscesárea, después de la tercera semana, si la mujer no esta lactando.

Indicaciones de AO solo con progestina:

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

Las contraindicaciones más importantes son los casos de pacientes con trastornos metabólicos previos que sean susceptibles de incrementarse por los efectos metabólicos (mayor frecuencia de fenómenos tromboembólicos, modificaciones en los lípidos séricos, proteínas séricas, hipertensión, alteración de la función tiroidea, etc), así mismo en el caso de los progestágenos solos. En embarazo o sospecha de este, tener o haber tenido cáncer mamario, tromboflebitis, enfermedad arterial, cerebral o coronaria, tumores hepáticos, durante la administración crónica de rifampicina o anticonvulsivantes.

Efectos colaterales:

AO combinados

Cefalea

Náusea

Cefalea

Mareo

Mastalgia

Cloasma

Manchado intermenstrual

AO solo con progestina

Irregularidad menstrual

Amenorrea

Vómito

Mastalgia ^{2,3}

Este es uno de los métodos más utilizados por las adolescentes. Muchas de ellas los prefieren por su baja falla, por estar desvinculado del coito, porque asegura hemorragias regulares y confortables, porque son de fácil acceso y de costo accesible. Pero también son rechazados por: a) tener baja frecuencia de relaciones sexuales, b) esporádicas no planeadas, por temor a la aparición de efectos colaterales, especialmente los que tienen que ver con la imagen corporal (aumento de peso, acné), c) porque no quiere asumir la obligatoriedad de toma diaria, o teme olvidarse. ¹⁰

Métodos inyectables hormonales.

Existen 2 tipos de hormonales inyectables, los combinados que contienen estrógeno y progestina y los que solo tienen progestina.

Dentro de los *hormonales combinados* tenemos 4 tipos.

Los derivados de 17 - hidroxiprogesterona:

Progestágeno

Estrógeno

Acetofénido de Dihidroxioges -
terona (75 y 150mg)

Enantato de Estradiol
(5y10mg).

Acetato de Medroxiprogesterona
(25 mg)

Cipionato de Estradiol
(5 mg).

Los derivados de la 19 - nortestosterona:

Progestágeno

Estrógeno

Enantato de noretisterona
(50 mg)

Valerianato de Estradiol
(5 mg).¹¹

Su efectividad anticonceptiva bajo condiciones habituales de uso es mayor al 99%.

Indicaciones:

Estos anticonceptivos están indicados para mujeres en edad fértil con vida sexual activa, nuligestas, nulíparas, multíparas, adolescentes, en las siguientes circunstancias:

Antes del primer embarazo

En el intervalo intergenésico

En posaborto

En Posparto o poscesárea, después de la tercera semana, si la mujer no está lactando.

Contraindicaciones:

Lactancia en los primeros seis meses posparto.

Embarazo ó sospecha de embarazo.

Tener o haber tenido cáncer mamario o de cervix.

Enfermedad tromboembólica.

Tumores hepáticos benignos o malignos.

Enfermedad hepática aguda o crónica activa.

Administración crónica de rifampicina o anticonvulsivantes.³

Para algunas mujeres el uso de anticonceptivos inyectables mensuales, puede ser el mejor método de planificación familiar. Estas mujeres deben tener entre 15-40 años, no fumadoras, con menstruaciones regulares, con deseo de retorno inmediato a la fertilidad

después de la discontinuación del inyectable elegido como método de regulación de la fertilidad. ¹¹

Forma de administración:

La aplicación de los anticonceptivos hormonales combinados es por vía intramuscular profunda en la región glútea.

La primera aplicación debe hacerse en los primeros cinco días después de iniciada la menstruación, si el método se inicia después del quinto día del ciclo menstrual debe usarse simultáneamente un método de barrera durante los primeros siete días, después de la inyección. Las inyecciones subsecuentes deben aplicarse cada 30+/-3 días, independientemente de cuando se presente el sangrado menstrual. ³

Efectos colaterales:

Nausea

Vómito

Edema

Mastalgia

Aumento de peso cíclico

Cefalea

Telangiectasia

Irritabilidad. ¹⁰

Hormonales inyectables que solo contienen progestina.

Los resultados provenientes del estudio sobre el empleo de formulaciones esteroides como anticonceptivos inyectables de acción prolongada en progestina sola, aparecieron a mediados de los 60.

Contienen una progestina sintética esterificada derivada de la 17 hidroxiprogesterona: acetato de depomedroxiprogesterona (AMPD), 150 mg, la cual su primera aplicación debe efectuarse en cualesquiera de los primeros siete días después del inicio del ciclo menstrual. Las inyecciones subsecuentes son cada 3 meses independientemente de cuando se presente el sangrado.

Derivado de la 19 nortestosterona: enantato de noretisterona (EN-NET), 200 mg, la cual la primera aplicación debe efectuarse en cualesquiera de los primeros siete días después del inicio del ciclo menstrual, las inyecciones subsecuentes, se aplican cada dos meses independientemente de cuando se presente el sangrado. ¹¹

Efectividad:

Son de alta eficacia, con un índice anual de embarazos menor de 1% en usuarias. ⁹

Indicaciones:

Mujeres en edad fértil con vida sexual activa.

Nuligestas, nullípara, o multíparas, adolescentes.

Antes del primer embarazo.

Intervalo intergenésico.

Mujeres en posparto o poscesárea con o sin lactancia.

En el posaborto.

Contraindicaciones:

Embarazo o sospecha de este.

Cáncer mamario o cervical.

Tumores hepáticos benignos o malignos.

Enfermedad hepática aguda o crónica activa.

Durante la administración de rifampicina o anticonvulsivantes. ³

Tienen pocos efectos colaterales además de las alteraciones menstruales y el goteo irregular, acné, aumento de peso cíclico, depresión.

Los síntomas más frecuentes en los primeros ciclos de tratamiento son: náusea, vómito, epigastralgias y cefaleas.

El AMPD provoca más hemorragia y goteos que el EN-NET.

Por otro lado también tienen beneficios como que no hay datos que afecte en forma permanente la fertilidad, cerca del 80% de las mujeres que las suspenden se embarazan dentro de los siguientes 12 meses. Y beneficios no anticonceptivos: aumento en la cantidad de leche en algunas mujeres lactando que tomen AMPD y reducción en el riesgo de enfermedad inflamatoria pélvica (EIP).^{9, 10, 11}

Método hormonal subdérmico.

Es un método anticonceptivo temporal, de acción prolongada, que se inserta subdérmicamente y consiste en un sistema de liberación continua y gradual de progestina sintética.³

Formulación.

Seis cápsulas flexibles de polidimetilsiloxano de 34 mm de longitud y 2.4 mm de diámetro, que contienen cada una 36 mg. de levonorgestrel; liberando un promedio diario de 30 mg. de levonorgestrel.

Su efectividad anticonceptiva es superior al 99%, durante el primer año. Posteriormente disminuye (96.5%), por lo que al final del 5° año, los implantes se hacen menos eficaces y hay que extraerlos.¹²

Las **Indicaciones** son: para mujeres en edad fértil con VSA, con patrón menstrual regular. Antes del primer embarazo, inclusive cuando el uso de estrógenos este contraindicado. Intervalo intergenésico, posparto, poscesárea con o sin lactancia, en el posaborto inmediato.

Sus **contraindicaciones** son: en embarazo o sospecha de este, cáncer mamario o cervical, tumores hepáticos, enfermedad hepática aguda o crónica, durante la administración de rifampicina o anticonvulsivantes.

Sus **efectos colaterales** son: irregularidades menstruales, hematoma en el área de aplicación, infección local, dermatosis, cefalea, mastalgia.^{3,10}

Forma de administración. Las cápsulas deben insertarse subdérmicamente en la cara interna del brazo, siguiendo las normas y técnicas quirúrgicas. Deben ser incisiones pequeñas, se colocaran en forma de abanico, de manera que entre el primer y sexto implante formen un ángulo de unos 75°. La inserción deberá efectuarse durante los primeros 7 días del ciclo menstrual u otro día siempre que se tenga la seguridad de que no hay embarazo.

En posparto o poscesárea con lactancia deberá efectuarse el método después de la sexta semana del puerperio. El método debe ser realizado por el personal de salud capacitado.¹²

Dispositivo Intrauterino (DIU).

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

Estos DIU disponibles consisten en un cuerpo semejante a una "T" de polietileno flexible y contienen un principio activo o coadyuvante de cobre o de cobre y plata, además tienen hilos guía para su localización y extracción.³

El primer DIU fue diseñado en 1909 por el Dr. Richard Richter, el cual era un anillo flexible hecho de crin, que es un material de sutura obtenido del gusano de seda. Este anillo hizo posible por primera vez en la historia de la humanidad una separación permanente de la reproducción.¹³

Efectividad anticonceptiva:

Da una protección del 95 al 99%.

Existen 3 tipos de DIU:

- DIU inertes de plástico (hule lippes) o de acero inoxidable (anillos chinos).
- DIU con cobre, como el Tcu-380 A, el Cu-200, el Tcu-220, el Multiload (ML Cu-250 y ML Cu-375) y el Nova T.
- DIU que contienen una hormona esteroidea, p.e. progesterona o levonorgestrel) que se libera continuamente.¹⁴

Indicaciones:

Mujeres en edad fértil con VSA.
Antes del primer embarazo.
En el intervalo intergenésico.
Posparto, trans y poscesárea, con o sin lactancia.
Posaborto.

Contraindicaciones:

Embarazo o sospecha de este.
Útero con histerometría menor a 6 cm.
Patología que deforme la cavidad uterina.
Cáncer de cervix o útero.
Enfermedad inflamatoria pélvica activa.
Corioamnioitis.³

Técnica de inserción de DIU.

La inserción es precedida por un examen pélvico para determinar el tamaño y la posición del útero, así como para descartar una patología pélvica.

Con la ayuda de un espejo vaginal, se visualizará el cérvix y se hará limpieza del cuello uterino, empleando una gasa con solución antiséptica.

Empleando una pinza Pozzi, se toma el labio anterior del cuello uterino y se tracciona suavemente. Con un histerómetro de preferencia maleable se determina la longitud de la cavidad uterina. Esta debe medir como mínimo 6 cm, si es menor no se debe insertar. Una vez terminada la inserción, se retira la pinza Pozzi, se verifica que no exista hemorragia en los sitios de prensión, se recortan los hilos guía a 2 cm del orificio externo del cérvix, finalmente se retira el espejo.⁴

Existen otras técnicas dependiendo el caso por ejemplo: en inserción posplacenta existen 2 técnicas con pinza y manual; así como para transcesárea. En el posaborto se realiza la antes descrita.

La duración de la efectividad anticonceptiva de los dispositivos tipo Tcu 380^a y Tcu 220 es de seis a ocho años y para Multiload 375 y 250 es de cinco y tres años respectivamente.³

Mecanismo de acción.

El DIU provoca una respuesta inflamatoria. Los DIU de cobre liberan continuamente una pequeña cantidad del metal y producen una respuesta inflamatoria mayor. Todos los DIU estimulan la formación de prostaglandinas en el útero, hecho compatible con la contracción del músculo liso y la inflamación.⁴

Efectos colaterales.

Dolor pélvico durante el período menstrual.

Aumento de la cantidad y duración del sangrado menstrual.

Su complicación inmediata que puede ser durante su inserción es la perforación uterina y enfermedad inflamatoria pélvica. ⁹

La progesterona en los DIU tiene una liberación diaria de 35 a 45 mg, durante un año y produce cambios endometriales parecidos a los provocados por los hormonales combinados. ²

Métodos definitivos.

Oclusión tubaria bilateral:

Es un método anticonceptivo permanente para la mujer que consiste en la oclusión tubaria bilateral de las trompas uterinas con el fin de evitar la esterilización. ³

La tasa de fracasos no llega al 1% durante el año siguiente a la intervención en el caso de las técnicas más utilizadas.

Sus **Indicaciones** son para mujeres en edad fértil con VSA, al poco tiempo de un parto vaginal, en combinación con una cesárea, inmediatamente después de un aborto no séptico o durante un periodo en que la mujer no haya tenido ningún embarazo reciente, paridad satisfecha, retardo mental. ¹⁵

Contraindicaciones:

Enfermedad inflamatoria pélvica activa.

Forma de aplicación.

En la actualidad el procedimiento puede ser por:

- Salpingectomía y ligadura.

- Salpingotomía (fimbriectomía).
- Técnicas de Pomeroy, Uchida e Irving.
- Mecánica por aplicación de anillos de Yon o electro fulguración.

Las vías de acceso a la cavidad abdominal puede ser por: minilaparotomía, laparoscopia, histeroscopia o colpotomía. ⁴

Efectos colaterales.

No se conocen efectos colaterales asociados directamente al método. Ocasionalmente pueden presentarse problemas asociados al procedimiento anestésico o quirúrgico (hemorragia o infección). ¹⁵

Seguimiento de la usuaria.

La primera revisión es a la primera semana poscirugía para revisión de la herida quirúrgica Posteriormente presentarse a consulta si se presentara: a) sintomatología urlnaria, b) dolor pélvico, abdominal o torácico severo, c) hemorragia en la herida quirúrgica, d) fiebre y e) dolor local en la herida quirúrgica. ³

Vasectomía.

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

Su efectividad de protección anticonceptiva es mayor al 99%. ¹

Indicaciones.

Fecundidad satisfecha.

Razones médicas.

Retardo mental.

Contraindicaciones.

Antecedentes de cirugía escrotal o testicular

Historia de impotencia.³

Forma de aplicación.

Tipos de técnicas quirúrgicas: técnica con bisturí y técnica de Li sin bisturí.

Técnica con bisturí: se realiza una pequeña incisión en el escroto y bloquea los conductos que llevan los espermatozoides desde los testículos.

Técnica de Li sin bisturí: se utiliza una perforación pequeña por la cual se ligan y seccionan los conductos deferentes.

En ambas técnicas puede utilizarse electro fulguración para bloquear los conductos deferentes, también son técnicas rápidas seguras y efectivas. El hombre puede tener erecciones y eyaculaciones. No es efectivo en forma inmediata, la pareja debe usar otro método durante las primeras 20 eyaculaciones o los primeros tres meses.⁷

Efectos colaterales:

Equimosis.

Infección de la herida quirúrgica.

Granuloma.

Hematoma.

Conducta a seguir:

Reposo, aplicación alterna de hielo en el escroto, descansar 2 días, no tener relaciones sexuales por 7 días, usar suspensorio o calzoncillo ajustado por 7 días, tomar analgésicos y antiinflamatorios.^{3,7}

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

La adolescencia es un periodo de transición de niño a adulto, en el cual se presentan cambios corporales y psicosociales, considerándose así como una etapa de aprendizaje en la que el adolescente puede cometer errores al elegir su pareja sexual y también en el control de la fecundidad. Por otro lado, cada vez más, los adolescentes inician su actividad sexual a temprana edad, además en la mayoría de los casos poseen un deficiente y erróneo conocimiento de las funciones reproductivas al igual que de los métodos anticonceptivos. Por otra parte, éstos últimos se ven modificados por patrones sociales y culturales en conjunto, trayendo como consecuencia resultados negativos como lo es el embarazo no deseado, abortos inducidos y las enfermedades de transmisión sexual (ETS), incluyendo VIH/SIDA. ^{3, 10, 25, 26}

Según cifras provenientes del Fondo para la población de las Naciones Unidas (UNFPA), el embarazo en el adolescente representa poco más del 10% de todos los nacimientos a nivel mundial.²⁴ En México puede señalarse a groso modo que cada año nacen alrededor de dos millones de niños, de éstos el 25% son productos de madres adolescentes.²⁷

Sin embargo, la adolescente puede elegir por el aborto, teniendo así otro problema de vital importancia, ya que muchas de las veces la adolescente no cuenta con suficiente recursos económicos, llevándola a acudir a clínicas clandestinas, en donde se puede encontrar personal no capacitado, o bien medidas higiénicas deficientes, acrecentándose de esta manera complicaciones que van desde una sepsis uterina hasta la muerte.²⁸

Según el Consejo Estatal de Población en el estado de Chiapas existe una población de 3.920,892 habitantes y en el municipio de Pichucalco es de 29,357; de los cuales 14,735 son hombres y 14,622 mujeres, teniendo una población de entre 15 y 19 años de 3574. Y un total de derechohabientes de entre 15 y 19 años de 1285 en la U.M.F. Num. 43 del IMSS de Pichucalco, Chiapas. Según censo poblacional adscrita a Medicina Familiar.

Esta investigación la he considerado importante, ya que a pesar de los programas sobre Salud Reproductiva, continúan prevaleciendo altas cifras estadísticas de la problemática antes mencionada. También, no olvidemos que el derechohabiente debe estar capacitado, ya que a futuro será el que orientará a nuevas generaciones. Por lo tanto planteamos lo siguiente:

¿Cual es el uso y manejo de los métodos anticonceptivos en derechohabientes de la U.M.F. num. 43 del IMSS de Pichucalco, Chiapas?

JUSTIFICACIÓN.

Se sabe que la mitad de la población del mundo tiene menos de 25 años. En los últimos 30 años, en América Latina y el Caribe se duplicó la población de Jóvenes de entre 10 y 19 años, que actualmente asciende a 96 millones. Dentro de este grupo de edad se encuentran los adolescentes, los cuales están en un período de transición, que marca el final de la niñez y el inicio para la edad adulta, presentando cambios biopsicosociales, de ahí que sea una etapa de aprendizaje donde es común cometer errores al elegir la pareja sexual y al controlar su fecundidad.³

Datos obtenidos del Nacional Survey of Family Growth en 1998 mostró que en Estados Unidos el porcentaje de mujeres no casadas entre 15 y 19 años de edad que habían tenido actividad sexual aumentó de 28.6% en 1970 a 51.5% en 1988 (18). Actualmente existen 11 millones de adolescentes sexualmente activas, así como 1 millón de adolescentes, la mayoría solteras, se embarazaban por año¹⁰

En la Encuesta Nacional sobre Fecundidad y Salud diseñada por la Dirección General de Planificación Familiar de la Secretaría de Salud de México, 32.7 % de los adolescentes reveló haber tenido relaciones sexuales al menos en una ocasión. Así mismo señaló que la edad promedio del inicio de las relaciones sexuales en las mujeres fue a los 17 años y en los hombres a los 16.

La anticoncepción consiste en utilizar métodos, que permiten a la pareja tener relaciones sexuales, impidiendo la capacidad reproductiva de un individuo o una pareja, en forma temporal o permanente.^{1, 2, 3} Esto trae implicaciones importantes y negativas para el adolescente, por ejemplo: los abortos, sobre todo los clandestinos, siendo esto a nivel mundial la principal causa de muerte entre las mujeres de 15 a 19 años. En México la Organización Panamericana de la Salud señaló que la muerte materna es la segunda causa más común en mujeres de 15 a 24 años de edad. Otro problema trascendente es el aborto, el cual a nivel nacional la tasa estimada (el número anual de abortos por cada 1000 mujeres de 15-49 años) durante el período de 1970-1980, varió de 22 por 1000 en Brasil y México a 31 por 1000 en Colombia. En cuanto a las Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS), cada

año ocurren más de 333 millones de nuevos casos de ETS curables y 1 millón de nuevos casos de infección por VIH. ⁷

Considerando dicha problemática este tema es importante para el individuo como derechohabiente con diferentes culturas y estilos de vida, pues en este momento puede tener vida sexual o bien estar inclíndola sin tener responsabilidad sobre su fecundidad. Por otra parte el objeto primordial del derechohabiente de la U.M.F. num. 43 del IMSS de Pichucalco, Chiapas, radica en adquirir conocimientos amplos y actuales, para poder orientar y educar a la población en general sobre el ámbito sexual, ayudando a su desarrollo integral.

OBJETIVOS.

GENERAL.

Determinar el uso y manejo de los métodos anticonceptivos en derechohabientes de la U.M.F. num. 43 del IMSS de Pichucalco, Chiapas.

ESPECÍFICOS.

- 1.- Determinar el uso y manejo de los métodos anticonceptivos temporales en la mujer.
- 2.- Determinar el uso y manejo de los métodos anticonceptivos definitivos en la mujer.
- 3.- Determinar el uso y manejo de los métodos anticonceptivos temporales en el hombre.
- 4.- Determinar el uso y manejo de los métodos anticonceptivos definitivos en el hombre.

METODOLOGÍA

El presente estudio es de tipo: Observacional

Descriptivo

Prospectivo

Transversal

Población de estudio:

Hombres y mujeres derechohabientes del IMSS de 15 a 19 años de edad.

Lugar de estudio:

Unidad Médica Familiar Num. 43 del IMSS de Pichucalco, Chiapas.

Tiempo de estudio:

Del 15 al 30 de Agosto del 2006.

Tipo de muestra:

No probabilística por cuota.

Universo de estudio:

1210 derechohabientes de 15 a 19 años de edad.

Tamaño de la muestra:

Número de pacientes que se encuestara será de 120 en ambos turnos.

Criterios de inclusión.

Todo hombre y mujer de 15 a 19 años de edad que lleguen a la consulta de medicina familiar.

Criterios de exclusión.

Todo hombre y mujer que no conteste el cuestionario completo.

Criterios de eliminación.

Todo hombre y mujer de 15 a 19 años de edad que lleguen a la consulta de medicina familiar que no sean derechohabientes.

VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	INDICADOR
Edad	Números de años cumplidos	Cuantitativa Discontinua	15-19 años
Sexo	Tipo de género	Nominal	Hombre Mujer
Estado civil	Relación en la que se encuentra un individuo con una pareja	Nominal	Casado (a) Soltero (a) Unión libre Viudo (a) Divorciado (a)
Escolaridad	Grado de estudios de la persona encuestada	Nominal	Primaria Secundaria Preparatoria Universidad
Religión	Tipo de orden religiosa a la que pertenece	Nominal	Católica Protestante Evangélica Históricas Pentecostales Iglesia del dios vivo Testigos de Jehová Mormones Otras Ninguna

Método anticonceptivo	Forma para planificar y/o llevar una vida sexual activa sin fecundidad	Nominal	Naturales. De barrera. Hormonales orales. Hormonales inyectables. Hormonales subdermicos. DIU. Permanentes.
--	---	----------------	--

MÉTODO PARA CAPTAR LA INFORMACIÓN

Método o procedimiento para captar la información.

Esta será de acuerdo a la encuesta que se aplicara a 120 pacientes derechohabientes de la UMF Num. 43 del IMSS en el municipio de Pichucalco Chiapas.

Elaboración de datos:

Aquí es importante resaltar que todos los datos se representarán de acuerdo al modelo que se implante en la encuesta y se graficarán actividades, así como diseños de cuadros para llevar un mejor control.

Análisis de información:

Una vez obtenida y seleccionada la información se procederá al análisis para su interpretación posterior en los resultados.

Presentación de los resultados:

Al finalizar todo el proceso de Investigación y analizada concienzudamente toda la información en su conjunto se presentará en graficas y cuadros correspondientes haciendo referencia a los anexos pertinentes que se presenten en los resultados.

Consideraciones éticas:

Este proyecto de investigación se apegará a la ley general de salud y a las normas éticas. Se someterá a evaluación por el consejo de Investigación del Instituto Mexicano del Seguro Social del HGZ No. 2. La información será confidencial, se protegerá la privacidad de los encuestados involucrados en el estudio.

El estudio será descriptivo, observacional, prospectivo y transversal, sin implicación de riesgos para la salud, intimidad y derechos individuales de los encuestados, así mismo se realizara el consentimiento informado sobre el objetivo de este trabajo de investigación. Además se ajusta a las normas e instructivos institucionales en materia de investigación científica.

Recursos para la Investigación:

HUMANOS: - 1 Especialista en Medicina Interna
- 1 Especialista en Ginecología y Obstetricia
- 1 Bibliotecario

MATERIALES: Hojas de papel blancas
Bolígrafos
Lápices
Una computadora

FINANCIEROS: Los propios del investigador.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

	MAYO 2006	JUNIO 2006	JULIO 2006	AGOSTO 2006	SEPT. 2006	OCT. 2006	NOV. 2006	DIC. 2006
ELECCIÓN DEL TEMA								
REVISIÓN DE LA LECTURA								
ELABORACIÓN DEL PROTOCOLO								
REVISIÓN DEL PROTOCOLO								
PRESENTACIÓN DEL PROTOCOLO								
MODIFICACIÓN DEL PROTOCOLO								
EVALUACIÓN DEL PROTOCOLO POR EL COMITÉ								
INICIO DE INVESTIGACIÓN								
RECOLECCIÓN DE DATOS								
ANÁLISIS Y CODIFICACIÓN DE DATOS								
INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS								
CONCLUSIÓN DEL ESTUDIO								
ENTREGA DEL ESCRITO FINAL								

RESULTADOS.

Para análisis de resultados se contó con un total de 120 derechohabientes que acudieron a consulta de medicina familiar, dentro de la investigación fue excluido 1 derechohabiente, por no estar dentro del rango de edad de la población de estudio.

De un total de 119 derechohabientes encuestados 59 fueron del sexo femenino correspondiente al 49.9% y 60 fueron del sexo masculino correspondiente al 50.1% (tabla I grafica I).

Tabla porcentual según sexo de los encuestados

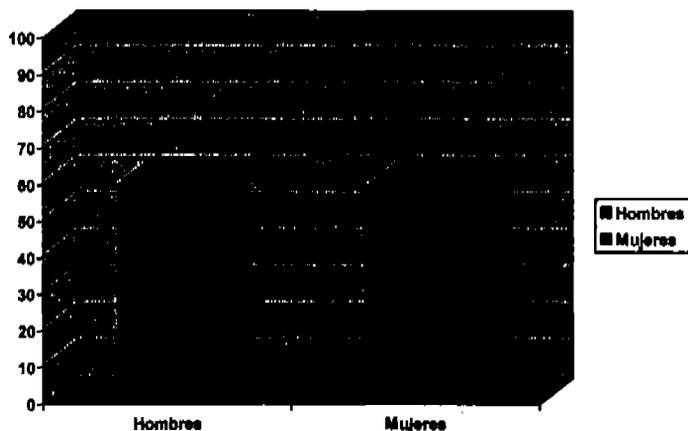
TABLA I

Hombres		Mujeres		Total
No	%	No	%	
60	50.1	59	49.9	100%

FUENTE: ENCUESTA ANEXO 2

Grafica según sexo de los encuestados

GRAFICA I



FUENTE: ENCUESTA ANEXO 2

Del total de los encuestados 4 son de 15 años de edad corresponde al 3%, 10 de 16 años de edad corresponde al 8%, 32 de 17 años corresponde al 27%, 39 de 18 años corresponde al 33% y 34 de 19 años corresponde al 29% (tabla II, grafica II).

Tabla porcentual según edad de los encuestados

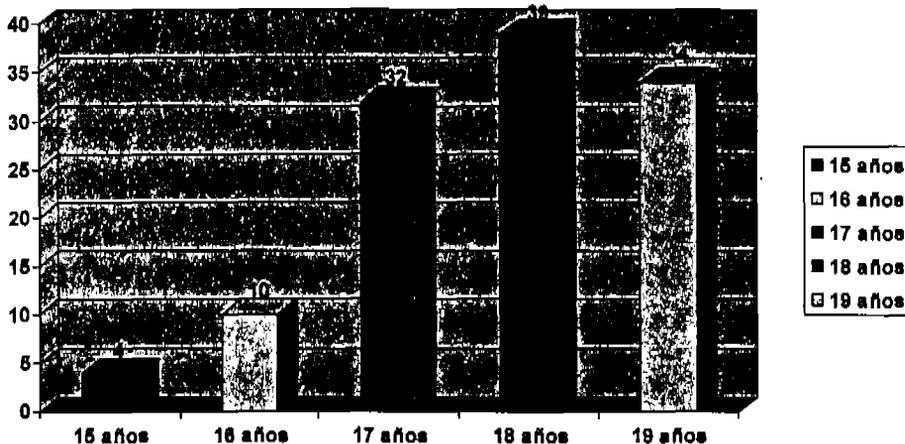
TABLA II

15 años		16 años		17 años		18 años		19 años		Total
No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	
4	3	10	8	32	27	39	33	34	29	100%

FUENTE: ENCUESTA ANEXO 2

Grafica según edad de los encuestados

GRAFICA II



FUENTE: ENCUESTA ANEXO 2

De la población encuestada 95 son solteros correspondiendo al 80% y 24 casados equivalente al 20% (tabla III, grafica III).

Tabla porcentual según estado civil de los encuestados

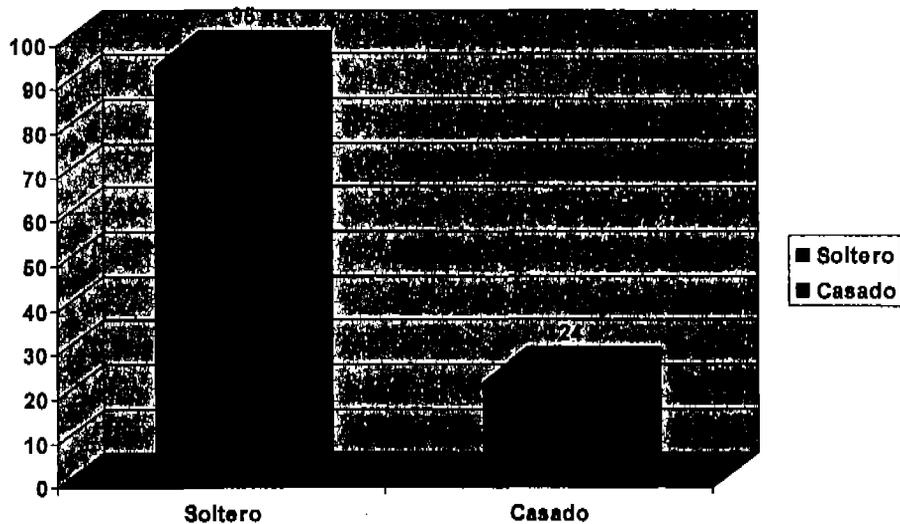
TABLA III

Solteros		Casados		Total
No	%	No	%	
95	80	24	20	100%

FUENTE: ENCUESTA ANEXO 2

Grafica según estado civil de los encuestados

GRAFICA III



FUENTE: ENCUESTA ANEXO 2

Dentro de estos el grado de escolaridad corresponde al 2% de nivel primaria (2), 18% nivel secundaria (22), 70% nivel preparatoria (83) y el 10% son universitarios (12), (tabla IV, grafica IV).

Tabla porcentual según escolaridad de los encuestados

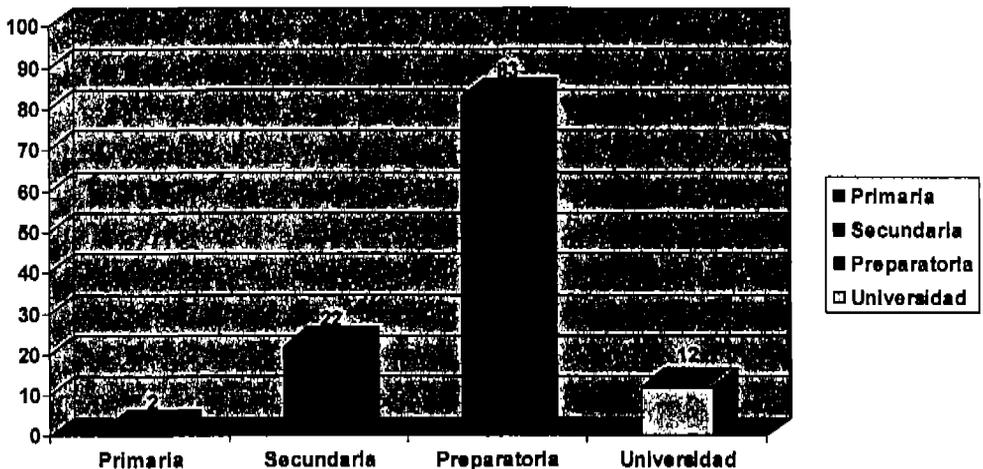
TABLA IV

Primaria		Secundaria		Preparatoria		Universidad		Total
No	%	No	%	No	%	No	%	
2	2	22	18	83	70	12	10	100%

FUENTE: ENCUESTA ANEXO 2

Grafica según escolaridad de los encuestados

GRAFICA IV



FUENTE: ENCUESTA ANEXO 2

En el parámetro de la religión de los encuestados se encontró que el 1% es de religión Apostólica (1), 1% Creyente (1), y 1% Politeísta (1), el 2% Mormón (2), 3% Protestante (3), el 3% Cristiana (3), 3% Nazareno (3), 3% Testigos de Jehová (3), 3% Pentecostés (3), 7% Adventista (9), 19% Ninguna (24) y el 54% corresponde a la Católica (tabla V, grafica V).

Tabla porcentual según religión de los encuestados

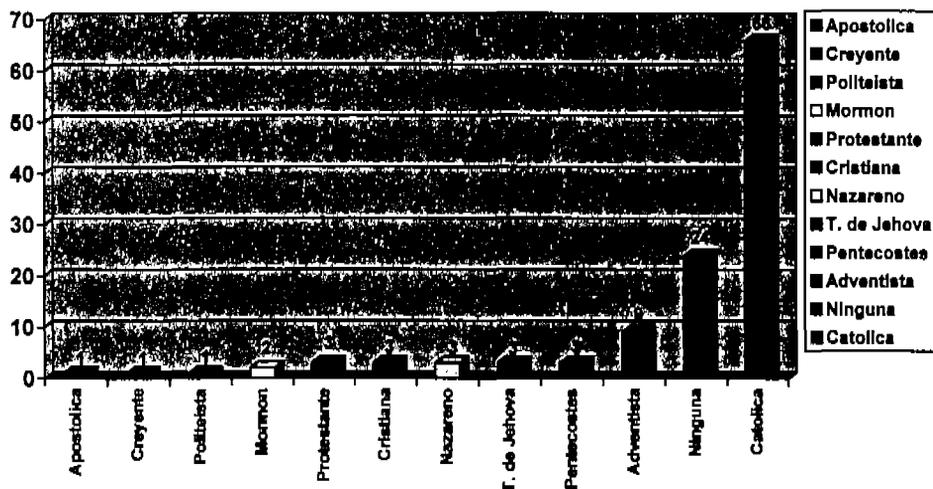
TABLA V

Apostólica		Creyente		Politeísta		Mormón		Protestante		Cristiana		Nazareno		T. de Jehová		Pentecostes		Adventista		Ninguna		Católica		Total
No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	
1	1	1	1	1	1	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	9	7	24	19	66	54	100%

FUENTE: ENCUESTA ANEXO 2

Grafica según religión de los encuestados

GRAFICA V



FUENTE: ENCUESTA ANEXO 2

El método de planificación familiar que refirieron utilizar arrojó los siguientes resultados: 5 utilizan DIU 4%, 4 Hormonal Oral 3%, 8 Hormonal Inyectable 7%, 39 Ninguno 33%, 59 Preservativo 49%, 1 C. Interruptus 1%, 3 Naturales o Abstinencia 3% (tabla VI, grafica VI).

Tabla porcentual según método de planificación familiar que utilizan

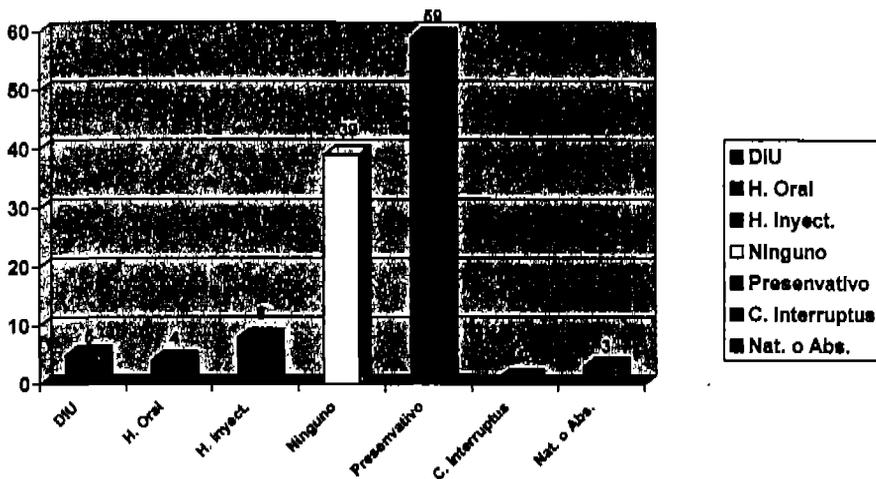
TABLA VI

DIU		H. Oral		H. Inyectable		Ninguno		Preservativo		C. Interruptus		Nat. o Abs.		Total
No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	
5	4	4	3	8	7	39	33	59	49	1	1	3	3	100%

FUENTE: ENCUESTA ANEXO 2

Grafica según método de planificación familiar que utilizan

GRAFICA VI



FUENTE: ENCUESTA ANEXO 2

El medio por el que conocieron uso y manejo de los métodos de planificación familiar fue: 6 por Ninguno 5%, 7 por Otros 6%, 13 por Revistas 11%, 14 por Libros 12%, 17 por T.V. 14%, 19 por Sector Salud 16%, 20 por Escuela 17% y 23 por medio de Pláticas 19% (tabla VII, grafica VII).

Tabla porcentual según medio por el que conoció el uso y manejo del método de planificación familiar

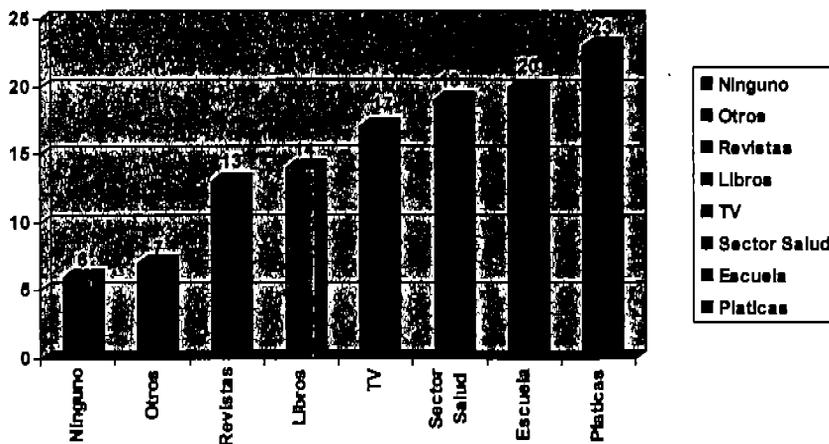
TABLA VII

Ninguno		Otros		Revistas		Libros		T.V.		Sector Salud		Escuela		Pláticas		Total
No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	
6	5	7	6	13	11	14	12	17	14	19	16	20	17	23	19	100%

FUENTE: ENCUESTA ANEXO 2

Grafica según medio por el que conoció el uso y manejo del método de planificación familiar

GRAFICA VII



FUENTE: ENCUESTA ANEXO 2

DISCUSIÓN.

A pesar de que ya se hablaba de los métodos anticonceptivos desde el siglo II d.C. en Roma, en Egipto desde 1850, en México se abren los programas de Planificación Familiar desde 1974, ^{2,6} se continúa observando hasta estas fechas, una precaria información acerca de estos métodos, por consiguiente toda la problemática que esta trae consigo como: embarazos no deseados, abortos inducidos, ETS, incluyendo VIH/SIDA.

Nuestro universo de trabajo se encuentra en el grupo de adolescentes de 15 a 19 años de edad, el cual esta en un proceso de cambios corporales como psicológicos, en donde la niñez se deja a un lado para dar paso a la fase de adulto, así mismo esta marcado por una percepción de un nuevo Yo y concluye al tener una clara diferenciación del Yo, para poderlo compartir con una nueva pareja,³ por lo que el adolescente comete errores al elegir a su pareja sexual y también en el control de su fecundidad.

Cabe señalar, que los que menos conocen sobre métodos anticonceptivos son los adolescentes. En nuestro estudio encontramos que un 67% de los derechohabientes encuestados tienen vida sexual. Esto afirma lo que Rosales Aujang y otros señalan sobre los programas que el IMSS ofrece en los módulos dirigidos a los derechohabientes.³¹

En cuanto al uso y manejo de los métodos anticonceptivos, nos encontramos que la mayoría de los derechohabientes los conocían, sin embargo, no sabían manejarlos suficientemente, por ejemplo: Método del Coitos Interruptus, refirieron conocerlo un 1%, otro método que nos llamo mucho la atención por que es el mas utilizado fue el condón, en un 49% del total de los encuestados. Con respecto a este último Prendes Labrada en un estudio que realizo en otra población, encontró una similitud con nuestro estudio en el uso del condón.³²

Lo anterior, ha hecho que estas cifras sean preocupantes, ya que el adolescente esta llevando a cabo su vida sexual a muy temprana edad, y aunque algunos de ellos están utilizando métodos anticonceptivos, tienen el riesgo de caer en una de las problemáticas al no saber utilizarlos correctamente.

Por otro lado, su primera fuente de información sobre los métodos anticonceptivos fue por medio de pláticas en un 19%, percatándonos de que existe una dispersión de la responsabilidad en la impartición de conocimientos acerca de este tema por parte de los padres, así como del sector salud, que ofrece servicios de Salud Reproductiva. En el estudio que refiere Prendes Labrada considera que el 48.6% tiene conocimiento regular sobre Planificación Familiar y en 1 de cada 4 hombres el nivel de conocimiento es malo, esto sustenta lo que en nuestro estudio demuestra sobre el conocimiento que tienen los varones en cuanto a Planificación Familiar.³²

CONCLUSIONES.

Los métodos anticonceptivos hoy en día constituyen un método de planificación familiar, su importancia radica en el uso y manejo de los mismos por parte de los derechohabientes. Por otro lado la gran mayoría de la población estudiada (100%), un 67% refirió tener vida sexual activa.

Lo anterior refleja que existen algunos factores que intervienen para adoptar cualquier tipo de contracepción por un lado, y por el otro, el grado de cultura arraigada en la población adolescentes viviendo una vida sexual acelerada.

Lo que si es factible es que los organismos del sector salud refuercen sus estrategias de difusión sobre metodología anticonceptiva en grupos más representativos en el caso de la adolescencia.

Sabemos que los esfuerzos en materia de planificación aún siguen siendo un arduo trabajo, por lo tanto es menester unir fuerzas y buscar las estrategias oportunas para que la población en general se encuentre mayor informada y así prevenir los embarazos no deseados, enfermedades de transmisión sexual y rechazo por parte de la sociedad, sin embargo es importante tomar en cuenta lo siguiente:

- 1.- Mayor atención en estos tipos de grupos de edades donde recae el mayor porcentaje de los embarazos no deseados y por lo consiguiente los abortos clandestinos.
- 2.- Que la Secretaría de Salud debe intervenir en aquellos lugares en donde se practican clandestinamente abortos con una mala técnica de manejo.
- 3.- Es necesario que las Instituciones que integran el Sector Salud como el ISSTE, IMSS, SSA, IDH, entre otros amplíen la cobertura en materia de orientación en este grupo de edad, así como también enfocar programas de orientación a los adolescentes y jóvenes en las instituciones educativas.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Michel, J. Toda la verdad sobre los anticonceptivos.—Mexico: [s.N]. 1981, Pp. 27,55,81,127
- 2- Toledo, A, González, G. y Kassem, J. Ginecología y Obstetricia.— 3ª. ed.— México: Méndez Editores,1994, p. 957, 998,992.
- 3.- Fuente, J de la, Narro, J. Bonilla, J. Camacho, R. Tamayo, J. Pérez, G. Manual de los Servicios de Planificación Familiar, S.S.A. 1998, p., 35, 103, 104,105, 106, 108, 111, 114,116-128, 129, 131.
- 4.- Larry J. Copeland, John F. Jarrel, James A. Mc Gregor, Ginecología.—Buenos Aires: Editorial Panamericana, 1998, p. 1, 155, 158, 159, 162, 163, 164, 177,178.
- 5.- Peel, J. Potts, M. Técnicas de control de la natalidad.—México: Editorial Diana, 1974, p 15-31, 76, 80,88.
- 6.- Guzmán, S. Snow, R. Aitken, L. Perspectivas Internacionales en Planificación Familiar, publicación anual de The Alan Guttmacher Institute, número especial 1997, p. 28.
- 7.- Hatcher, R A. Rinehart, W. Blackburn, R. Geller, JS. Shelton, JD. Lo esencial de la tecnología anticonceptiva, publicado por programas de información en población centro, para programas de comunicación Baltimore 1999, p.4-13, 11-3, 11-5, 10-4, 10-10, 10-12.
- 8 – Canto de Cetina T, Polanco Reyes L. La amenorrea de la lactancia como método de planificación familiar. Salud Pública de México ene-feb 1996: 38(1):58-63.
- 9.- Jones HW, Wentz AC, Burnett LS. Tratado de Ginecología de —Novak.—11ª. Ed.— México: Interamericana, McGraw Hill, 1991, Pp.. 186,197,200, 202, 204, 205, 206.

- 10.- Zeiguer BK. Ginecología Infanta-Juvenil, 2ª ed.- Buenos Aires: Médica Panamericana, 1998, p. 134, 415,417, 421-423,426.
- 11- Garza J, Hall PE. Avances recientes en regulación de la fertilidad.—México: Editorial Piensa, 1987, p.58, 70, 75,77.
- 12.- Organización Mundial de la Salud, Implantes anticonceptivos subdérmicos de Norplant, Ginebra 1991, p 3, 4, 73,100-103,108.
- 13.- Hugh J. Davls, Dispositivo Intrauterino para anticoncepción.—México: manual moderno, 1975, p 1.
- 14- Organización Mundial de la Salud, Dispositivos Intrauterinos, Printed in Singapur, 1998, p.3.
- 15 - Organización Mundial de la Salud, Ginebra, Esterilización femenina, Printed in Spain, 1993, p.14, 114,115, 119.
- 16.- Potts M, Rooks J, Young B. Perspectivas Internacionales en Planificación Familiar, publicación anual de The Alan Guttmacher Institute, número especial 1999, p. 38.
- 17.- Murria NJ, Zabln LS, Toledo V, Lueng X. Perspectivas Internacionales en Planificación Familiar, publicación anual de The Alan Guttmacher Institute, número especial 1998: 4,10.
- 18.- Brown RT, Cromer BA, Fischer R. Clínicas de Ginecología y Obstetricia, Ginecología pediátrica y de la adolescente 1992;1:190, 217.
- 19.- Calvez C, López P, Escárcega H. mitos y de la planificación familiar. Revista médica La Salle, 1998;19(3):177.

- 20.- Guatemala: Encuesta Nacional de Salud, Materno-Infantil, 1995, Instituto Nacional de Estadística, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y Marco Internacional, Perspectivas Internacionales en Planificación Familiar, publicación anual de The Alan Guttmacher Institute, número especial 1995, p.43.
- 21.- Althaus FA. Perspectivas Internacionales en Planificación Familiar, publicación anual de The Alan Guttmacher Institute, número especial 1992, p.26.
- 22.- Organización Mundial de la Salud. Foro Mundial de la Salud, . 1997;18(314):398.
- 23.- Singh S, Wolf D. Perspectivas Internacionales en Planificación Familiar, publicación anual de The Alan Guttmacher Institute, número especial 1991, p 33,32.
- 24.- Villanueva LA., García E, Pérez M, Martínez H. Características obstétricas de la adolescente embarazada. Ginecología y Obstetricia de México, agosto 1999;67(8):356-360.
- 25.- Singh S, Sedgh G. Perspectivas Internacionales en Planificación Familiar, publicación anual de The Alan Guttmacher Institute, número especial 1997, p. 5, 9-10.
- 26 – Shane B, Chalkley K. De la investigación a la acción, Impresión Sauls Lithograph Company Inc, 1998, p 20.
- 27.- Espinoza A, Anzures B. Adolescente. Revista Médica del Hospital General de México, 1999;62(3):210-215.
- 28 – Gorab A, Hernández L, Rescala E. Río B del, Niesvizki R. La prevención de la infección por el VIH en adolescentes y adultos jóvenes. Salud Pública de México ene-feb 1990;32(1):84-87.
- 29.- Gonzalez Labrador I, Mlyar Pielga E. consideraciones sobre planificación familiar: métodos anticonceptivos. Rev Cubana Med Gen Integr 2001;17(4):367-78.

- 30.- Gómez-Clavellna FJ, y otros. Promoción de Servicios de Planificación Familiar durante Eventos de Participación Comunitaria. Arch Med Fam 1999;1(2):59-66.
- 31.- Rosales Aujang E, Felguérez Flores JÁ. Impacto sociodemográfico de 15 años de planificación familiar. Ginecol Obstet Mex Agosto 2005;73(8):443-50.
- 32.- Prendes Labrada MC, Aparicio Arias Z, Gulbert Reyes W, Lescay Megret O. Participación de los hombres en la planificación familiar. Rev Cubana Med Gen Integr 2001;17(3):216-21.

ANEXOS



ANEXO I



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL**

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMANDO PARA PARTICIPACIÓN EN PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN

Lugar y Fecha _____

Por medio de la presente autorizo que mi _____

Participo en el proyecto de investigación titulado. **USO Y MANEJO DE LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS EN DERECHOHABIENTES DE LA U.M.F. NUM. 43 DEL IMSS DE PICHUCALCO, CHIAPAS**

Registrado ante el comité Local de Investigación en salud con el número _____

El objetivo del estudio es: Determinar el uso y manejo de los métodos anticonceptivos en derechohabientes de la U.M.F. num. 43 del IMSS de Pichucalco, Chiapas

Se me ha explicado que mi participación consistirá en:

Llenar cada uno de los cuestionarios con la mayor sinceridad posible

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio, que son los siguientes:

El investigador principal se ha comprometido a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación o con el tratamiento (en caso de que el proyecto modifique o interfiera con el tratamiento habitual del paciente el investigador se compromete a dar información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mi tratamiento).

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo en el instituto.

El investigador principal me ha dado seguridades de que no se me identificara en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera hacerme cambiar de parecer respecto a mi permanencia de mi representado (a) en el mismo.

Nombre y firma de ambos padres o tutores o del representante legal

Nombre, firma, matrícula del investigador principal.

Números telefónicos a los cuales se puede comunicar en caso de emergencia y/o dudas y preguntas relacionadas con el estudio.

Testigos _____

clave: 2810-009-014



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
 DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
 INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
 DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
 COORDINACIÓN DE SALUD REPRODUCTIVA
 Y MATERNO INFANTIL.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

YO _____ reconozco que me han proporcionado información amplia y precisa sobre los beneficios de usar un método anticonceptivo para cuidar mi salud y prevenir embarazos, por lo que entiendo y declaro lo siguiente:

1. Se me informo que existen métodos anticonceptivos temporales y definitivos para mi y mi pareja.
2. Los métodos temporales disponibles en el IMSS son las Pastillas (hormonales orales), el Dispositivo intrauterino (DIU) y las Inyecciones (hormonales inyectables).
3. Los métodos definitivos son: la ligadura de trompas (Oclusión Tubaria bilateral o Salpingoclasia) para las mujeres y la Vasectomía para los hombres.
4. Que si decidí usar un método definitivo, ya no podré tener mas hijos.
5. 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).
6. Que se me ha informado con amplitud y claridad sobre todas y cada una de las posibles molestias o efectos no deseados que puedo tener al usar el método elegido.
7. Que me comprometo a acudir a revisión médica en caso de llegar a tener alguna duda o molestia o cuando se me indique.

Por lo anterior, es mi decisión libre, consciente e informada aceptar el uso del siguiente método:

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

 Aceptante

 Lugar y fecha

 Nombre y firma (o huella)

 N°. De Afiliación

 Unidad Médica de adscripción

 Testigo

 Nombre y firma

 Unidad Médica donde se otorgo el método

 Personal que otorgo el método

 Unidad Médica

 Nombre, firma y matricula



ENCUESTA PARA LA DETERMINACIÓN DEL "USO Y MANEJO" DE LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN DERECHOHABIENTES DE 15 A 19 AÑOS DE EDAD, DE LA UMF No. 43 DEL MISS DE PICHUCALCO CHIAPAS.

1.-EDAD _____ FECHA _____

2.- SEXO _____

3.- ESTADO CIVIL _____

4.- GRADO DE ESCOLARIDAD _____

5.- RELIGIÓN _____

6.- ¿Qué tipo de método de planificación familiar conoce?

a) De barrera, b) Hormonal orales, c) Naturales o de abstinencia d) Hormonales inyectables, e) Hormonales subdermicos, f) DIU, g) Salpingoclasia, h) Vasectomía.

7.- ¿Qué tipo de método todo de planificación familiar temporal usan los hombres?

a) Preservativo, b) Coitos Interruptus, c) Vasectomía.

8.- ¿Qué tipo de método de planificación familiar definitivo conoce?

a) Salpingoclasia, b) Vasectomía.

9.- ¿Qué tipo de método de planificación familiar definitivo usan los hombres?

a) Vasectomía, b) Preservativos, c) Coltos Interruptus.

10.- ¿Qué tipo de método de planificación familiar usan las mujeres?

a) De barrera, b) Hormonal orales, c) Naturales o de abstinencia, d) Hormonales inyectables, e) Hormonales subdermicos, f) DIU, g) Salpingoclasia, h) Vasectomía.

11.- ¿Qué tipo de método de planificación familiar definitivo usan las mujeres?

a) Salpingoclasia, b) Vasectomía.

12.- ¿Qué método de planificación familiar considera seguro para el hombre?

- a) Preservativo, b) Vasectomía, c) Jaleas o espermaticidas, d) Método de ritmo, e) Coitos interruptus.

13.- ¿Qué método de planificación familiar considera como seguro para la mujer?

- a) De barrera, b) Hormonal orales, c) Naturales o de abstinencia d) Hormonales Inyectables, e) Hormonales subdermicos, f) DIU, g) Salpingoclasia, h) Vasectomía.

14.- Tipo de métodos de planificación familiar que sabe usar.

- a) De barrera o preservativos, b) Hormonal orales, c) Naturales o de abstinencia, d) Hormonales Inyectables, e) Hormonales subdermicos, f) DIU, g) Salpingoclasia, h) Vasectomía, i) Coitos interruptus.

15.- Tipo de método de planificación familiar que utiliza.

16.- Medio de Información por los que conoció el uso y manejo de los métodos de planificación familiar.

Encuesta tomada y modificada de:

Gascón JA, Navarro B, Gascón FJ, Férula LA, Jurado A, Montes G. Sexualidad y fuentes de información en población escolar adolescente. Medicina Familiar (And). 2003; 4 (2): 124-9
Ras E, Lluís M, Subirats R, Pellejo ML, Lara A, Rodríguez MV. La educación sexual en los adolescentes desde la atención primaria. Salud Rural 2004; XXI (3): 89-96.

Para este estudio con la población descrita.