

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
MEDICO CIRUJANO
DEPARTAMENTO DE EVALUACION PROFESIONAL



“FRECUENCIA DE USO DE MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN LA POBLACIÓN FEMENINA EN EDAD FÉRTIL QUE SE ENCUENTRA EN CONTROL EN EL PROGRAMA DE SALUD REPRODUCTIVA DEL CENTRO DE SALUD RURAL DISPERSO DE MAXTLECA DE GALEANA EN 2013”

TESIS

**PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
MEDICO CIRUJANO**

PRESENTAN:

M.P.S.S. JOSE ALBERTO MORENO TAPIA

M.P.S.S. JONATHAN ADAIR FLORES GONZALEZ

DIRECTOR DE TESIS:

M. EN C. WENCESLAO FAJARDO ROJO

REVISORES:

DR. EN C.S. VÍCTOR MANUEL ELIZALDE VALDEZ

E. EN GINE-O FIDEL MARTÍNEZ PINAL

TOLUCA, ESTADO DE MÉXICO, 2013

“Frecuencia de uso de métodos de planificación familiar en la población femenina en edad fértil que se encuentra en control en el Programa de Salud Reproductiva del Centro de Salud Rural Disperso de Maxtleca de Galeana en 2013”

ÍNDICE

	Pág
RESUMEN	5
I.- MARCO TEORICO	
1.- Frecuencia	
1.1. Definición de frecuencia.....	7
2.- Planificación familiar	
2.1. Definición de planificación familiar	7
2.2. Índice de Pearl.....	8
2.3. Clasificación de Métodos Anticonceptivos.....	8
3.- Métodos anticonceptivos	
Métodos Temporales	
3.1. Anticonceptivos Orales.....	9
3.1.2 Anticonceptivos Orales Combinados (AOC).....	9
3.1.3. Anticonceptivos Orales de solo Progestina.....	13
3.2. Hormonales Inyectables.....	15
3.2.1 Hormonales inyectables combinados	16
3.2.2. Hormonales inyectables solo de Progestina	19
3.3. Hormonales subdérmicos (Implante).....	21
3.4.- Métodos Mecánicos	
3.4.1. Dispositivo Intrauterino de cobre.....	23
3.4.2. Dispositivo intrauterino medicado (Mirena).....	26
3.5. Métodos de Barrera	
3.5.1. Condón o Preservativo.....	28
3.6.- Métodos Naturales	
3.6.1. Método de calendario, del ritmo o de Ogino-Knaus.....	30
3.6.2. Método de la Temperatura basal.....	30
3.6.3 Método del moco cervical o de Billings.....	31
3.6.4 Método sintotérmico.....	32
3.6.5 Coito Interrumpido.....	32

Métodos definitivos	
3.7.1 Oclusión tubarica Bilateral.....	33
3.7.2 Vasectomía.....	34
4.- Monografía de Maxtleca de Galeana	
4.1. Generalidades	37
4.2 Población y aspectos demográficos.....	37
II.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	
II.1 Argumentación.....	38
II.2 Pregunta de investigación	39
III.- JUSTIFICACIONES	
III.1 Académica.....	39
III.2 Epidemiológica.....	40
IV.- HIPOTESIS	
IV.1 Elementos de la Hipótesis.....	45
IV.1.1 Unidades de observación.....	45
IV.1.2 Variables.....	45
IV. 1.2.1Dependiente.....	45
IV.1.2.2 Independiente.....	45
IV.1.3 Elementos lógicos.....	45
V.- OBJETIVOS	
V.1 Objetivo general.....	45
V.2 Objetivos Específicos.....	45
VI.- METODO	46
VI.3 Operacionalización de las variables.....	46
VII. IMPLICACIONES ÉTICAS	48
VIII. RESULTADOS	49
IX. CONCLUSIONES	64
X. RECOMENDACIONES	65
XI.BIBLIOGRAFÍA	66
XII.- ANEXOS	
XII.1 Tarjeta con de control de usuarias de planificación familiar.....	69

RESUMEN

Introducción: Debido a la explosión demográfica a nivel mundial, la planificación familiar ha logrado prevenir el embarazo no deseado, y así mismo ha disminuido la morbimortalidad materno-fetal por lo que es importante conocer la frecuencia y uso de métodos de planificación familiar.

Objetivo: Determinar cuál es la frecuencia y uso de métodos de planificación familiar en las mujeres en edad fértil que se encuentran en el Programa de Salud reproductiva del Centro de Salud Rural Disperso Maxtleca de Galeana.

Materiales y métodos: Se realizó un estudio descriptivo, transversal y retrospectivo, obteniendo la información de los expedientes clínicos y de las Tarjetas de planificación familiar; encontrando un total de 71 usuarias.

Resultados: De las 71 usuarias encontramos que la oclusión Tubárica bilateral representa el 34 %, implante subdérmico con 32%, seguido de preservativo y DIU de cobre con 10%, DIU medicado con 7%, hormonales orales 6% y hormonales inyectables con 1%. El grupo etario con mayor número de usuarias se ubica en el rango de 20 a 35 años con el 59%. En cuanto al estado civil de las usuarias predominan las casadas con el 66%. Respecto a la escolaridad encontramos que la que predomina es la secundaria con 48%. El motivo por el que decidieron usar algún método de planificación principalmente es la situación económica con 46%.

Conclusiones: El método que con mayor frecuencia se usa es la Oclusión Tubárica Bilateral; siendo las mujeres casadas y mayores de 35 años quienes prefieren su uso.

SUMMARY

Introduction: Due to global population explosion, family planning has succeeded in preventing unwanted pregnancy, and likewise maternal-fetal morbidity and mortality has decreased. That is why is important to know the frequency and use of family planning methods.

Objective: Determine the frequency and use of family planning methods among women of childbearing age who are in the reproductive health programme of the rural health center Maxtleca de Galeana.

Materials and Methods: A descriptive, cross-sectional and retrospective, obtaining information from medical records and family planning cards, finding a total of 71 users.

Results: Of the 71 users we found that bilateral tubal occlusion represents 34%, 32% of the patients use subdermal implant, followed by condoms and copper IUDs with 10% , 7% medicated IUDs (Myrena), oral contraception represents a 6 % and monthly injectable hormonal with 1% . The age group with the largest number of users is located in the range of 20 to 35 years with 59%. In terms of marital status the users are married in 66%.

Regarding schooling it was found that middle school predominates with 48%. The reason they decided to use some form of planning is primarily their economic situation in 46%.

Conclusions: The method most often used is the Bilateral Tubal Occlusion, being married women over 35 who prefer it.

MARCO TEÓRICO

FRECUENCIA

Definición:

La frecuencia de cualquier valor x particular es el número de veces que ocurre un valor en el conjunto de datos.

La frecuencia relativa de un valor es la fracción o proporción de veces que ocurre el valor

$$\text{Frecuencia relativa de un valor} = \frac{\text{Número de veces que ocurre el valor}}{\text{Numero de observaciones en el conjunto de datos}}$$

Por ejemplo: el conjunto de datos se compone de 200 observaciones

X = el número de cursos que un estudiante toma en este semestre. Si 70 de estos valores X son 3, entonces

Frecuencia de valor X 3: 70

Frecuencia relativa del valor X 3: $70/200 = 0.35$

Si se multiplica una frecuencia relativa se obtiene un porcentaje; en el ejemplo de cursos universitarios, 35% de los estudiantes de la muestra están tomando 3 cursos. Las frecuencias relativas o porcentajes, por lo general interesan más que las frecuencias mismas. En teoría a las frecuencias relativas deberán sumar 1, pero en la practica la suma puede diferir un poco por el redondeo. (1)

PLANIFICACION FAMILIAR

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

de este derecho es independiente del género, la edad y el estado social o legal de las personas. (2)

INDICE DE PEARL

Índice de Pearl: Es la técnica más común utilizada en los estudios clínicos para medir la efectividad del método anticonceptivo, y se nombró así por Raymond Pearl, quien la utilizó por primera vez en 1933. (3)

Éste es el número de embarazos por cien mujeres en tratamiento por año. (4)

Generalmente se publican dos Índices de Pearl diferentes a partir de estudios de métodos de control de la natalidad (3)

- **Uso típico o común:** el cual se refiere a los promedios de falla para la gente que no siempre utiliza de forma consistente o correcta el método para control de la natalidad. (3)
- **Uso perfecto:** el cual se refiere a los promedios de falla para aquellos que siempre lo utilizan de forma consistente y correcta.(3)

CLASIFICACION DE LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS:

Los métodos anticonceptivos se utilizan para regular la capacidad reproductiva de un individuo o una pareja con el fin de evitar embarazos no deseados. Dependiendo de la posibilidad de recobrar la fertilidad se clasifican en temporales y permanentes, y son los siguientes (2):

TEMPORALES:

1.- Hormonales:

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

2.- De barrera:

- a) Preservativo
- b) Diafragma

3.- Mecánicos:

- a) DIU
- b) Dispositivo intrauterino con levonorgestrel.

4.- Naturales:

- a) Método de calendario, del ritmo o de Ogino-Knaus
- b) Método de la temperatura
- c) Método del moco cervical o de Billings
- d) Método sintotérmico.
- e) Coito Interrumpido

5.- Químicos:

- a) Espermicidas

PERMANENTES:

- 1.- Oclusión tubaria bilateral
- 2.- Vasectomía

METODOS ANTICONCEPTIVOS

- METODOS TEMPORALES

Métodos hormonales orales:

Son métodos temporales y se clasifican a su vez en (2):

- Combinados que contienen estrógeno y Progestina.
- Los que contienen solo Progestina.

Hormonales orales combinados:

Formulación: Contienen un estrógeno sintético: etinil estradiol (20-50 µg) o mestranol (50 - 100 µg). Las dosis diarias recomendables no deben exceder de 35 µg de etinil estradiol o de 50 µg de mestranol. Además del estrógeno contienen una de cualesquiera de las siguientes progestinas sintéticas derivadas de la 19

Nortestosterona: noretisterona (400 µg-1mg), norgestrel (300-500 µg), levonorgestrel (50-250 µg), gestodeno (75 µg), norgestimato (250 µg) y desogestrel (150 µg), o derivadas de la 17 hidroxiprogesterona: acetato de clormadinona (2 mg) y acetato de ciproterona (2 mg). (2)

Indicaciones: Los anticonceptivos hormonales combinados orales están indicados para mujeres en edad fértil con vida sexual activa, nuligestas, nulíparas o multíparas, incluyendo adolescentes, y mujeres de más de 40 años que deseen un método temporal de alta efectividad y seguridad y que acepten la responsabilidad de la ingesta diaria de las tabletas o grageas en las siguientes circunstancias (2):

- Antes del primer embarazo.
- En el intervalo intergenésico.
- En posaborto inmediato.
- En posparto o poscesárea, después de la tercera semana, si la mujer no está lactando.
- Tengan cualquier edad, incluyendo adolescentes y mujeres de más de 40 años (5)
- Fumen cigarrillos—si son menores de 35 años de edad (5).
- Tengan o hayan tenido anemia en el pasado (5).
- Tengan várices (5).
- Estén infectadas con VIH, estén o no en terapia antirretroviral (5).

Criterios Médicos de Elegibilidad para Anticonceptivos orales combinados (AOC): (6).

Lactancia exclusiva o casi exclusiva: dar a los 6 meses posparto o cuando la leche materna no sea el alimento principal.

Si amamanta parcialmente se puede dar a las 6 semanas posparto.

Si no amamanta se puede iniciar a las 3 semanas posparto.

No si fuma y tiene 35 años o más.

No en enfermedad hepática.

No en hipertensión arterial descontrolada (TA menor 140/90).

No en diabetes mellitus 2 de larga evolución (20 años) con daño a órgano blanco.

No si tienen eventos previos de EVC, Trombosis, IAM.

No si tiene o ha tenido CA mama o de cérvix.

No si tiene migraña.

No si toma anticonvulsivantes, barbitúricos, rifampicina.

Evitar 2 semanas antes y después de alguna cirugía.

Las mujeres infectadas de VIH, con SIDA, o en terapia antirretroviral (ARV) pueden utilizar AOC con seguridad.

Lactancia: No hormonales, o solo de progestina. (2)

Efectos secundarios (5):

1.- Cambios en los patrones de sangrado, incluyendo:

- Sangrado más leve y de menos días
- Sangrado irregular
- Sangrado infrecuente
- Sin menstruación

2.- Cefaleas

3.- Mareos

4.- Náuseas

5.- Mastalgia

6.- Cambios de peso

7.- Cambios de humor

8.- Acné (puede mejorar o empeorar, pero, en general mejora)

Otros cambios físicos posibles:

Incremento de unos pocos puntos en la presión arterial (mm Hg).

Cuando el incremento de la presión se debe al AOC, la presión arterial cae rápidamente al interrumpir su uso.

Beneficios para la salud de los AOC: (5).

Ayuda a proteger contra:

- Riesgo de embarazo

- Cáncer de endometrio.
- Cáncer de ovario.
- Enfermedad pélvica inflamatoria sintomática.

Puede ayudar a proteger contra:

- Quistes ováricos.
- Anemia por deficiencia de hierro.

Reduce:

- Calambres menstruales
- Problemas del sangrado menstrual
- Dolor de ovulación
- Vello excesivo en rostro o cuerpo
- Síntomas de síndrome de ovario poliquístico, (sangrado irregular, acné vello excesivo en rostro o cuerpo)
- Síntomas de endometriosis (dolor pélvico, sangrado irregular)

Presentación y Forma de administración: (2).

Los anticonceptivos hormonales combinados orales, en el primer ciclo de tratamiento, deben iniciarse preferentemente dentro de los primeros cinco días del ciclo menstrual y no se requiere de método de respaldo. (2).

También pueden iniciarse en cualquier momento, siempre y cuando se tenga la certeza de que no hay embarazo. En este caso debe usarse simultáneamente un método de barrera durante los primeros siete días de la administración del método. (2).

- En las presentaciones de 21 tabletas o grageas se ingiere una tableta o gragea diaria durante 21 días consecutivos, seguidos de siete días de descanso sin medicación. Los ciclos subsecuentes deben iniciarse al concluir los siete días de descanso del ciclo previo independientemente de cuándo se presente el sangrado menstrual.

- En las presentaciones de 28 tabletas o grageas se ingiere una de éstas, que contienen hormonas, diariamente durante 21 días consecutivos, seguidos de siete días durante los cuales se ingiere diariamente una tableta o gragea que contiene

hierro o lactosa. Los ciclos subsecuentes se inician al concluir el previo, independientemente de cuándo se presente el sangrado menstrual. (2).

Cabe mencionar que las que se cuentan en el sector salud y que tenemos disponibles para aplicar a las usuarias que deseen este método anticonceptivo son Levonorgestrel 0.15mg etinilestradiol 0.03mg grageas 28 y Desogestrel 0.15mg etinilestradiol 0.03mg 21 tabletas.

Efectividad: La efectividad depende de la usuaria. El mayor riesgo de embarazo es mayor cuando una mujer comienza una caja nueva de píldoras con un retraso de 3 días o más, o cuando omite 3 o más píldoras cerca del inicio, o del final de una caja de píldoras. (2,5).

Índice de Pearl: Con uso típico 1.0, con uso perfecto 0.1. (3,4).

Retorno a la fertilidad de inmediato. No protege frente a Infecciones de Transmisión Sexual. (5).

Hormonales orales de progestina sola:

Son píldoras que tienen una dosis muy baja de progestina sintética sola, similar a la progesterona natural, no contienen estrógenos y se conoce también como “*minipildora*” (2).

Formulación: Existen dos formulaciones que contienen dosis bajas de una progestina sintética, linestrenol 0.5 mg y levonorgestrel 35 µg (no contienen estrógenos). (2).

Indicaciones: Los anticonceptivos hormonales combinados orales están indicados para mujeres en edad fértil con vida sexual activa, nuligestas, nulíparas o multíparas, incluyendo adolescentes, que deseen un método temporal de alta efectividad y seguridad y que acepten la responsabilidad de la ingesta diaria de las tabletas o grageas en las siguientes circunstancias(2).:

- Antes del primer embarazo, inclusive cuando el uso de estrógenos este contraindicado

- En el intervalo intergenésico, inclusive cuando el uso de estrógenos este contraindicado
- En posaborto inmediato
- En posparto o poscesárea, con o sin lactancia.

Criterios Médicos de Elegibilidad para Anticonceptivos orales de progestina sola (6):

Se pueden usar aunque la usuaria este amamantando (comenzando a las 6 semanas)

Se pueden usar en cualquier edad, incluyendo adolescentes y mayores de 40 años

Se pueden usar aunque la usuaria fume, independiendo de su edad y la cantidad de cigarrillos que consume

No se recomienda en enfermedad hepática.

No se recomienda si tiene o ha tenido CA mama

No si toma anticonvulsivantes, barbitúricos, rifampicina ya que se reduce su efectividad.

Las mujeres infectadas de VIH, con SIDA, o en terapia antirretroviral (ARV) pueden utilizar AOC con seguridad.

Efectos secundarios:

1.- Cambios en los patrones de sangrado, incluyendo (5):

- Amenorrea posparto prolongada
- Sangrado frecuente
- Sangrado irregular
- Sangrado infrecuente
- Sin menstruación

2.- Cefaleas

3.- Mareos

4.- Náuseas

5.- Mastalgia

6.- Cambios de peso

7.- Cambios de humor.

Presentación y Forma de administración (5):

Deberá tomarse una tableta diariamente inclusive durante la menstruación a la misma hora, para mejorar la eficacia anticonceptiva.

*Los anticonceptivos hormonales orales que sólo contienen progestina pueden utilizarse en cualquier momento del ciclo, siempre y cuando exista la certeza de que no hay embarazo.

Si la usuaria esta amamantando, se debe iniciar a las 6 semanas posparto; si su menstruación no ha vuelto, puede empezar entre las 6 semanas y los 6 meses y no requiere usar método de respaldo. Si ha presentado menstruación puede usarse en cualquier momento del ciclo, siempre y cuando se tenga la certeza de no estar embarazada, se prefiere iniciar en los primeros 5 días del ciclo, de esta manera no se requiere método de respaldo, si no es así se usara un método de respaldo los primeros 2 días de estar tomando la píldora

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

Efectividad: La efectividad depende de la usuaria. Para mujeres que menstrúan, aumenta el riesgo de embarazo si se retrasa o saltea por completo la ingesta de la píldora. Hay mayor efectividad si la usuaria esta amamantando. (2,5).

Índice de Pearl: Con uso típico 5.0, con uso perfecto 0.5 (4).

Retorno a la fertilidad de inmediato. No protege frente a Infecciones de Transmisión Sexual. (5).

Hormonales inyectables:

Los anticonceptivos hormonales inyectables son métodos temporales de larga acción y se dividen en dos grupos: (2).

- los combinados de estrógeno y progestina, y
- los que contienen sólo progestina.

Métodos Hormonales inyectables combinados

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

Además de estrógeno contienen una de cualesquiera de las siguientes progestinas sintéticas esterificadas derivadas de la 19-nortestosterona: enantato de noretisterona (50 mg), o derivadas de la 17-hidroxiprogesterona: acetato de medroxiprogesterona (25 mg) y acetofénido de dihidroxiprogesterona (75 y 150 mg). (2).

Indicaciones: Los anticonceptivos hormonales inyectables combinados están indicados para mujeres en edad fértil con vida sexual activa, nuligestas, nulíparas o multíparas, incluyendo adolescentes, que deseen un método anticonceptivo hormonal de larga acción e inyectable en las siguientes circunstancias (2).:

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

Criterios Médicos de Elegibilidad para Anticonceptivos inyectables combinados: (6).

Lactancia exclusiva o casi exclusiva: dar a los 6 meses posparto o cuando la leche materna no sea el alimento principal

Si amamanta parcialmente se puede dar a las 6 semanas posparto.

Si no amamanta se puede iniciar a las 3 semanas posparto (de preferencia entre los días 21-28)

No se deben administrar si la usuaria fuma 15 cigarrillos o más y tiene 35 años o más

No se deben administrar si la usuaria tiene alguna enfermedad hepática.

No en hipertensión arterial descontrolada (se puede aplicar si la usuaria tiene TA menor 140/90)

No en diabetes mellitus 2 de larga evolución (20 años) con daño a órgano blanco

No si tienen eventos previos de EVC, Trombosis, IAM.

No si tiene o ha tenido CA mama o de cérvix

No si tiene migraña

Se puede iniciar 2 semanas después de una cirugía mayor

Las mujeres infectadas de VIH, con SIDA, o en terapia antirretroviral (ARV) pueden utilizar este método con seguridad.

Efectos secundarios:

1.- Cambios en los patrones de sangrado, incluyendo (5):

- Sangrado más leve y de menos días
- Sangrado irregular
- Sangrado infrecuente
- Amenorrea

2.- Cefaleas

3.- Mareos

4.- Aumento de peso

5.- Mastalgia

Beneficios para la salud de los inyectables hormonales: (5).

*Ayuda a proteger contra:

- Riesgo de embarazo
- Cáncer de endometrio
- Cáncer de ovario
- Enfermedad pélvica inflamatoria sintomática

Puede ayudar a proteger contra:

- Quistes ováricos
- Anemia por deficiencia de hierro

Reduce:

- Calambres menstruales
- Problemas del sangrado menstrual
- Dolor de ovulación

- Vello excesivo en rostro o cuerpo
- Síntomas de síndrome de ovario poliquístico, (sangrado irregular, acné vello excesivo en rostro o cuerpo)
- Síntomas de endometriosis (dolor pélvico, sangrado irregular)

Presentación y Forma de administración (2).

Existen cuatro tipos de anticonceptivos hormonales combinados inyectables:

- Cipionato de estradiol 5 mg + acetato de medroxiprogesterona 25 mg en 0.5 ml de suspensión acuosa microcristalina. (Disponible en el centro de Salud)
- Valerianato de estradiol 5 mg + enantato de norestisterona 50 mg en 1 ml de solución oleosa. (Disponible en el Centro de Salud)
- Enantato de estradiol 5 mg + acetofénido de dihidroxiprogesterona 75 mg en 1 ml de suspensión acuosa.
- Enantato de estradiol 10 mg + acetofénido de dihidroxiprogesterona 150 mg en 1 ml de suspensión acuosa.

Los anticonceptivos hormonales inyectados se aplican por vía intramuscular profunda en la región glútea.

Si está comenzando dentro de los primeros 5 días de su menstruación, no requiere método de respaldo.

Se pueden usar en cualquier momento del ciclo menstrual, siempre y cuando se tenga la certeza de no estar embarazada, si se aplican después de los primeros 5 días de la menstruación, se requiere usar método de respaldo

Las siguientes aplicaciones se deben usar cada 30 +/- 3 días independientemente de cuándo presente el sangrado menstrual.

Cabe mencionar que este método anticonceptivo es elegible en nuestra unidad de salud, encontrándose en existencia en la siguientes presentaciones: Medroxiprogesterona 25mg /estradiol 5mg solución inyectable 0.5 ml y Noretisterona 50mg /estradiol 5mg solución inyectable de 1 ml

Efectividad: La efectividad depende de la puntualidad. El mayor riesgo de embarazo es cuando la mujer se atrasa en la aplicación o la omite. (2,5).

Índice de Pearl: Con uso típico 3.0, con uso perfecto 0.3 (4).

El retorno a la fertilidad tras la suspensión de las inyecciones, generalmente es en un mes. No protege frente a Infecciones de Transmisión Sexual. (5).

Hormonales Inyectables de progestina sola:

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

Indicaciones: Los inyectables de progestina sola están indicados para mujeres en edad fértil con vida sexual activa, nuligestas, nulíparas o multíparas, incluyendo adolescentes, que deseen un método hormonal de larga acción e inyectable en las siguientes circunstancias: (2).

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

Criterios Médicos de Elegibilidad para Anticonceptivos inyectables de progestina sola: (6).

Se pueden usar a cualquier edad ya sean adolescentes o mayores de 40 años

Se pueden usar aunque la usuaria fume, independiendo de su edad y la cantidad de cigarrillos que consume

Se pueden usar aunque la usuaria este amamantando (comenzando a las 6 semanas posparto)

No se recomienda en enfermedad hepática.

No se recomienda si tiene o ha tenido CA mama

No utilizar si se toma concomitantemente anticonvulsivantes o rifampicina

Efectos secundarios:

- 1.- Cambios en los patrones de sangrado, incluyendo (5):
 - Sangrado más liviano y menos días de sangrado
 - Sangrado irregular
 - Sangrado infrecuente
 - Amenorrea
- 2.- Cefaleas
- 3.- Dolor abdominal
- 4.- Cambios de peso
- 5.- Mareos
- 6.- Cambios de humor.
- 7.- Disminución del impulso sexual

Beneficios para la salud: (5).

- Ayuda a proteger contra el riesgo de embarazo
- Ayuda contra cáncer endometrial
- Ayuda a proteger contra enfermedad pélvica inflamatoria sintomática
- Ayuda a proteger contra anemia ferropénica
- Ayuda para disminuir sintomatología de la endometriosis

Presentación y Forma de administración: (2).

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

- Enantato de noretisterona 200 mg, en ampolleta con 1 ml de solución oleosa.
- Acetato de medroxiprogesterona 150 mg, en ampolleta con 3 ml de suspensión acuosa microcristalina. La aplicación se realiza en forma de inyección intramuscular profunda en la región glútea

Si inicia dentro de los primeros 7 días de la menstruación no requiere usar método de respaldo.

Las inyecciones subsecuentes de DMPA deben aplicarse cada tres meses y las de NET-EN cada dos meses independientemente de cuándo se presente el sangrado.

Cabe mencionar que el método con el que contamos en el sector salud es el bimensual (Enantato de noretisterona 200mg)

Efectividad: Es un método muy eficaz.

Índice de Pearl: Con uso típico 0.3, con uso perfecto 0.3 (4).

Retorno a la fertilidad de inmediato. No protege frente a Infecciones de Transmisión Sexual. (5).

METODO HORMONAL SUBDERMICO (IMPLANTE)

Para este trabajo, se describirá el implante que existe en el sector salud que es el IMPLANON

Formulación: es una varilla de plástico, del tamaño de un fósforo, que liberan una progestina parecida a la progesterona natural (etonorgestrel) eficaz por tres años. (5).

Indicaciones: Los implantes subdérmicos están indicados para mujeres en edad fértil con vida sexual activa, nuligestas, nulíparas o multíparas, incluyendo adolescentes, que deseen un método hormonal de larga acción que no requiere la ingesta o aplicación periódica en las siguientes circunstancias: (2).

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

Criterios Médicos de Elegibilidad para Implante Subdérmico (6).

Se pueden usar a cualquier edad ya sean adolescentes o mayores de 40 años

Se pueden usar aunque la usuaria fume, independiendo de su edad y la cantidad de cigarrillos que consume

Se pueden usar aunque la usuaria este amamantando (comenzando a las 6 semanas posparto)

No se recomienda en enfermedad hepática.

No se recomienda si tiene o ha tenido CA mama

No si toma anticonvulsivantes, barbitúricos, rifampicina ya que se reduce su efectividad.

Las mujeres infectadas de VIH, con SIDA, o en terapia antirretroviral (ARV) pueden utilizar el método con seguridad

Efectos secundarios:

1.- Cambios en los patrones de sangrado, incluyendo (5):

Los primeros meses:

- Sangrado más liviano y menos días de sangrado
- Sangrado irregular que dura más de 8 días
- Sangrado infrecuente
- amenorrea

Después de alrededor un año:

- Sangrado más liviano y menos días de sangrado
- Sangrado irregular
- Sangrado infrecuente

Las usuarias de Implanon, generalmente presentan amenorrea o sangrado infrecuente.

2.- Cefaleas

3.- Dolor abdominal

4.- Acné (puede mejorar o empeorar)

5.- Mastalgia

6.- Cambios de peso

7.- Mareos

8.- Cambios de humor.

9.- Nauseas

Beneficios para la salud: (5)

- Ayuda a proteger contra el riesgo de embarazo
- Ayuda contra la enfermedad pélvica inflamatoria sintomática
- Ayuda a proteger contra anemia ferropénica
- Reducen el riesgo de embarazo ectópico

Presentación y Forma de administración:

El implanon que ya se mencionó es una varilla plástica que libera pequeñas cantidades diarias de una progestina sintética (etonogestrel), se debe colocar en la cara interna del brazo no dominante. Se puede colocar en cualquier momento del ciclo menstrual, siempre y cuando se tenga la certeza de que no hay embarazo. (5)

Si inicia dentro de los primeros 5 días de la menstruación no requiere usar método de respaldo, si se coloca pasado estos 5 días se debe usar un método de respaldo durante los 7 días posteriores a la inserción del implante (5)

Efectividad: Es uno de los métodos más eficaces y de mayor duración (5).

Índice de Pearl: Con uso típico 0.05, con uso perfecto 0.05 (4)

Retorno a la fertilidad de inmediato. No protege frente a Infecciones de Transmisión Sexual. (5)

DISPOSITIVO INTRAUTERINO DE COBRE

Formulación: El dispositivo intrauterino (DIU) de cobre es un pequeño almacén de plástico flexible rodeado de mangas o alambres de cobre, Casi todos los tipos de DIU llevan atados uno o dos hilos, o hebras. Los hilos atraviesan el cérvix y quedan colgando en la vagina. (5)

Indicaciones: Los dispositivos intrauterinos de cobre están indicados para mujeres en edad fértil con vida sexual activa, nuligestas, nulíparas o multíparas, incluyendo adolescentes, que deseen un método anticonceptivo temporal de alta efectividad y seguridad que no requiere la ingesta o aplicación periódica en las siguientes circunstancias: (2)

- Antes del primer embarazo

- En posaborto, posparto o poscesárea inmediato con o sin lactancia

Criterios Médicos de Elegibilidad para Dispositivo Intrauterino de cobre: (6)

Se pueden usar a cualquier edad ya sean adolescentes o mayores de 40 años

Se puede utilizar en el posaborto si no hay evidencia de infección (no usar en aborto séptico)

Se pueden usar aunque la usuaria este amamantando

No usar si hay alto riesgo de contraer enfermedad de transmisión sexual (Clamidia y gonorrea)

No es recomendable en usuarias que tengan útero con histerometría menor a 6cm (2)

No se debe usar si la usuaria tiene alguna patología que deforme la cavidad uterina (2)

No usar si hay carcinoma de cérvix o cuerpo uterino (2)

No se debe usar si hay enfermedad pélvica inflamatoria activa(2)

No se debe utilizar si hay evidencia de corioamnionitis (2)

No se debe usar si hubo ruptura prematura de membranas o trabajo de parto prolongado (2)

Las mujeres infectadas de VIH, que no tienen SIDA, pueden usar el método. Si la paciente tiene SIDA, no se recomienda el uso a menos que se encuentre bien clínicamente y en terapia antirretroviral. (5)

Efectos secundarios:

1.- Cambios en los patrones de sangrado, en especial en los primeros 3-6 meses de uso incluyendo: (5)

– Menstruación prolongada y abundante

– Sangrado irregular

– Mayor incidencia de dismenorrea

Beneficios para la salud: (5)

-Ayuda a proteger contra el riesgo de embarazo

- Ayuda contra el cáncer endometrial

- Ayuda a proteger contra anemia ferropénica
- Reducen el riesgo de embarazo ectópico

Riesgos para la salud: (5)

- Puede aumentar la anemia
- Aumenta la incidencia de enfermedad pélvica inflamatoria, sobre todo si la mujer tiene infección por clamidia o gonorrea al momento de la colocación

Complicaciones

Perforación de la pared uterina por el dispositivo o el instrumento utilizado para su inserción, normalmente cicatriza sin tratamiento

Pérdida de embarazo, parto prematuro, o infección, para el raro caso que la mujer quede embarazada estando con el DIU colocado. (5)

Forma de administración: (2,5)

El DIU puede ser insertado en los siguientes momentos:

- Periodo intermenstrual: el DIU puede insertarse preferentemente durante la menstruación o en cualquier día del ciclo menstrual cuando se esté razonablemente seguro de que no hay embarazo.
- Posplacenta: la inserción debe realizarse dentro de los 10 minutos posteriores a la salida de la placenta. Esta técnica puede realizarse después de un parto o durante una cesárea.
- Prealta: al egreso hospitalario se puede hacer la colocación del DIU antes de que la paciente sea enviada a su domicilio, después de la resolución de cualquier evento obstétrico.
- Posaborto: inmediatamente después del legrado o aspiración endouterina por aborto de cualquier edad de embarazo.
- Puerperio tardío: entre 4 y 6 semanas posaborto, posparto y poscesárea.

Efectividad: La duración de la efectividad anticonceptiva de los dispositivos tipo TCu 380A y TCu 220C es de seis a ocho años (que es con el que se cuenta en el centro de salud) y para los Multiload 375 y 250 es de cinco y tres años, respectivamente. Al término del periodo de efectividad del DIU, si la usuaria

requiere aún este tipo de método, debe reemplazarse por otro en forma inmediata a la remoción. (2).

Índice de Pearl: Con uso típico 0.8, con uso perfecto 0.6. (4)

Retorno a la fertilidad de inmediato. No protege frente a Infecciones de Transmisión Sexual. (5)

DISPOSITIVO INTRAUTERINO CON LEVONORGESTREL

En el centro de salud se cuenta con este método anticonceptivo y se encuentra bajo la marca MIRENA

Formulación: El dispositivo intrauterino de levonorgestrel (DIU-LNG) es un dispositivo plástico en forma de T que libera constantemente pequeñas cantidades de levonorgestrel (progestina sintética) cada día. (5)

Indicaciones: Los dispositivos intrauterinos de levonorgestrel están indicados para mujeres en edad fértil con vida sexual activa, nuligestas, nulíparas o multíparas, que deseen un método anticonceptivo temporal de alta efectividad y seguridad que no requiere la ingesta o aplicación periódica (2)

Criterios Médicos de Elegibilidad para Dispositivo Intrauterino con Levonorgestrel: (6)

- Se pueden usar en el posparto a las 4 semanas
- No usar si la usuaria tiene alguna enfermedad hepática
- No se recomienda si tiene o ha tenido cáncer de mama

Efectos secundarios:

1.- Cambios en los patrones de sangrado, incluyendo (2,5):

- Menstruación prolongada y abundante
- Sangrado irregular, infrecuente y de menos días
- Amenorrea

2.-Acne

3.-cefaleas

4.- Mastalgia

- 5.-náuseas y mareos
- 6.- Cambios de humor
- 7.-Aumento de peso

Beneficios para la salud: (5)

- Ayuda a proteger contra el riesgo de embarazo
- Ayuda a proteger contra anemia ferropénica
- Reduce los calambres menstruales y los síntomas de endometriosis (dolor pélvico y sangrado irregular)

Complicaciones (5)

Perforación de la pared uterina por el dispositivo o el instrumento utilizado para su inserción, normalmente cicatriza sin tratamiento
Pérdida de embarazo, parto prematuro, o infección, para el raro caso que la mujer quede embarazada estando con el DIU con levonorgestrel colocado.

Forma de administración:

El dispositivo intrauterino medicado se debe colocar preferentemente dentro de los primeros 7 días de la menstruación, y no se requiere método de respaldo, si se coloca después de estos días, se requiere usar método de respaldo, se puede colocar a las 4 semanas posparto, así mismo dentro de los primeros 7 días posaborto. (2)

Efectividad: La duración de la efectividad anticonceptiva es de cinco años. Al término del periodo de efectividad del DIU, si la usuaria requiere aún este tipo de método, debe reemplazarse por otro en forma inmediata a la remoción. (2).

Índice de Pearl: Con uso típico 0.14, con uso perfecto 0.14. (4)

Retorno a la fertilidad de inmediato. No protege frente a Infecciones de Transmisión Sexual. (5)

CONDON O PRESERVATIVO:

Es una bolsa de Látex que se aplica al pene en erección para evitar el paso de espermatozoides. Algunos contienen además un espermicida (Nonoxinol-9). En nuestro centro de salud no contamos con preservativos con espermicida. (2,5)

Indicaciones: Es un método indicado para el hombre con vida sexual activa, en las siguientes situaciones: (2)

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

Criterios Médicos de Elegibilidad para Preservativos o Condones: (6)

Todos los hombres y mujeres pueden usar condones masculinos con seguridad excepto si presentan alguna reacción alérgica al látex

Efectos secundarios: (5)

Ninguno conocido. Excepto si hay reacción alérgica severa al látex

Beneficios para la salud:

- Ayuda a proteger contra el riesgo de embarazo (5)
- Los preservativos masculinos y femeninos de calidad garantizada son los únicos productos de los que se dispone hoy en día para protegerse de las ITS, entre las que se incluye el VIH. Si se usan correctamente cada vez que se mantienen relaciones sexuales, los preservativos son un medio efectivo para la prevención del VIH en mujeres y hombres. No obstante, aparte de la abstinencia, no existe un método 100% efectivo, y ni siquiera el uso de preservativos ofrece una protección absoluta contra las ITS. Para que estos protejan eficazmente, deben utilizarse correctamente siempre. (7)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) menciona que los usuarios del preservativo tiene dos tercios de posibilidades, respecto a quienes no lo utilizan, de evitar la transmisión de gonorrea, tricomoniasis, o infecciones por clamidias, o sea el preservativo proporciona una protección del 66 %. (8)

Forma de administración: (2,5)

Antes que nada debemos recordar que debe de usarse un preservativo nuevo en cada relación sexual, así mismo cada condón puede ser usado solamente una vez. Debe de verificarse la fecha de caducidad o de manufactura y esta no debe de pasar los 5 años, así vez debe verificarse el empaque, este no debe estar dañado.

Antes de iniciar el contacto sexual, con el pene en erección y ya verificado lo anterior, se procede a abrir el empaque con las manos, (no usar tijeras o los dientes, por riesgo a dañarlo), se debe colocar en la cabeza del pene y desenrollar, hasta la base del pene, se debe verificar que no se haya formado alguna burbuja, posterior a la eyaculación se debe retirar el pene de la vagina cuando aún esté erecto, sostener el condón por la base del pene para evitar que se derrame el semen o permanezca el condón en la cavidad vaginal. Se anudará el preservativo antes de su depósito final en un basurero, evitando derramar el semen.

En caso necesario, se emplearán únicamente lubricantes solubles en agua, nunca en aceite, para evitar la pérdida de efectividad del preservativo

Efectividad: La duración de la efectividad anticonceptiva está limitada al tiempo de utilización del método anticonceptivo. (2,5)

Índice de Pearl: Con uso típico 14, con uso perfecto 3 (4)

Retorno a la fertilidad de inmediato. Disminuye el riesgo de contagio de enfermedades de Transmisión Sexual. (5)

MÉTODOS NATURALES

Los métodos naturales de planificación familiar se definen según la OMS, como aquellos métodos que evitan voluntariamente las relaciones sexuales de la pareja durante la fase fértil del ciclo menstrual para evitar un embarazo no deseado. Esto supone un constante conocimiento de la cronología de la fase fértil de la mujer incluyendo la ovulación. Entre estos métodos se encuentran los siguientes: (9)

Método del calendario, del ritmo o de Ogino-Knaus.

Se basan en los hechos de que la ovulación solo tiene lugar una vez en cada ciclo y ocurre aproximadamente el día 14, el ovulo solamente es capaz de ser fecundado durante 24-36 hrs y los espermatozoides son aptos para fecundar en un periodo de 48-72 hrs. (9)

El japonés Ogino, en 1924 estableció la manera de calcular los días infértiles de la mujer mediante el siguiente calculo: se determina primero durante un año (o 6 meses por lo menos), la duración de cada uno de los ciclos, y se resta 18 al más corto y 11 al mas largo, por ejemplo: si el ciclo más corto fue de **26** y el más largo de **32** . La mujer puede mantener relaciones sexuales sin protección antes del día 8 (26-18) y después del día 21 (32-11). (2,5,9)

Debido a la gran variabilidad del ciclo y a la falta de abstinencia necesaria, los fracasos son relativamente elevados. (9)

Índice de Pearl: en general para los métodos naturales: Con uso típico 25, con uso perfecto 3 -5 (4)

Retorno a la fertilidad de inmediato. Disminuye el riesgo de contagio de enfermedades de Transmisión Sexual. (5)

Método de la temperatura basal:

Este método depende de un solo signo, la elevación de la temperatura corporal basal. La mujer al despertar, antes de levantarse, debe efectuar la medición de su temperatura todas las mañanas, en la misma situación y por la misma vía después de al menos cinco horas de sueño continuo. La medición puede ser oral, rectal o

vaginal, pero la más exacta es la rectal. Se debe efectuar el registro gráfico del resultado de la medición para poder observar los cambios térmicos que indiquen si se produjo o no la ovulación. Este cambio generalmente es discreto, con una variación de 0.2 a 0.5 grados centígrados. (2,5,9)

Se debe registrar la temperatura basal diariamente. La pareja debe abstenerse de tener relaciones sexuales o usar un método de respaldo entre el primer día de la menstruación y el tercer día consecutivo de temperatura elevada. La espera de tres días, poselevación de la temperatura, contribuirá a evitar que el óvulo sea fecundado (5)

Método del moco cervical o Billings:

Para practicar este método, la mujer debe tener la capacidad para establecer diferencia entre sequedad, humedad y mayor humedad a nivel vaginal y vulvar, utilizando un papel higiénico antes de orinar o mediante la toma de moco cervical con el dedo, para verificar su aspecto y elasticidad. Durante el ciclo menstrual ocurren cambios que van de secreciones escasas de moco pegajoso seguido de otra fase de aumento inicial de niveles de estrógenos que dan una sensación de humedad y un moco cervical más abundante y lubricante que se observa cercano a la ovulación, caracterizada por una mayor humedad. El síntoma máximo o cúspide es un moco elástico, que si se toma entre dos dedos se observa filante (es decir, que se estira o elonga como clara de huevo). (5,9)

La abstinencia sexual debe comenzar el primer día del ciclo menstrual en que se observa el moco abundante y lubricante y se continúa hasta el cuarto día después del día cúspide en que se presenta el síntoma máximo o filantez del moco cervical. Para poder determinar, con seguridad razonable, las manifestaciones relativas al ciclo menstrual deben registrarse: las fechas de inicio y término de la menstruación, los días de sequedad, de moco pegajoso o turbio y de moco claro y elástico, de acuerdo con la simbología convencional disponible para el método.

El último día de secreción de moco se llama día cúspide. Se marca con una X y sólo puede confirmarse al día siguiente, cuando vuelve el patrón infértil o días

secos que determinan el comienzo de la etapa infértil del ciclo menstrual a partir del cuarto día después del cúspide. Los tres días siguientes al día cúspide se marcan 1, 2, 3. Los últimos días infértiles del ciclo menstrual comprenden desde el cuarto día después del día cúspide hasta el final del ciclo.

Cuando se desea prevenir el embarazo, la pareja debe abstenerse de tener relaciones sexuales:

- Todos los días que se observe secreción de moco cervical hasta el cuarto día después del día cúspide.
- Los días de menstruación, y
- Al día siguiente de cualquier relación sexual en días secos, antes del día cúspide (2,5,9)

Método sintotérmico:

Este método es denominado así porque combina varios síntomas y signos con la temperatura basal, especialmente cambios en el moco cervical y cálculo numérico para determinar el periodo fértil de la mujer. Se pueden asociar con otros cambios tales como: dolor abdominal asociado a la ovulación, hemorragia intermenstrual, cambios en la posición, consistencia, humedad y dilatación del cérvix, mastodinia, edema y cambios en el estado de ánimo. Los cambios cíclicos del cérvix se presentan de manera más uniforme, pero algunas mujeres tal vez no puedan interpretarlos, incluso cuando no existan condiciones anormales.

Las aceptantes de estos métodos pueden ser adiestradas por personal capacitado. Se requiere de un periodo largo de instrucción inicial y asesoramiento progresivo. (9)

Coito interrumpido

Consiste en que el hombre retira su pene de la vagina de su compañera y eyacula fuera de la vagina, manteniendo el semen alejado de los genitales externos de la mujer. Se lo conoce también como coitus interruptus o “marcha atrás.” Actúa haciendo que el semen no ingrese al cuerpo de la mujer. (5)

Es uno de los métodos con mayor tasa de fracaso debido a la incapacidad del hombre para determinar el momento exacto de la eyaculación y además por la posibilidad de embarazo por el líquido preeyaculatorio.

Índice de Pearl: Con uso típico 27, con uso perfecto 4 (3,4)

METODOS DEFINITIVOS

Oclusión tubarica 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 fertilización.

(2)

Indicaciones:

Este procedimiento está indicado para mujeres en edad fértil con vida sexual activa, nuligestas, nulíparas o multíparas que deseen un método permanente de anticoncepción, en las siguientes condiciones (2) :

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

Criterios Médicos de Elegibilidad para Oclusión Tubarica bilateral: (6)

Generalmente, si la paciente lo decide puede realizarse a cualquier mujer

No se recomienda si la paciente sufre enfermedad inflamatoria pélvica activa

No si la mujer está embarazada y se debe tener cautela, si padece alguna discrasia sanguínea, anemia severa, adherencias pélvicas(2)

Efectos secundarios:

Raramente efectos de anestesia y complicaciones de cirugía (infección /sangrado)

(5)

Beneficios para la salud: (5)

Protege contra el riesgo de embarazo.

Reduce riesgo de enfermedad pélvica inflamatoria

Puede ayudar a proteger contra cáncer de ovario

Forma de realización: (2)

La oclusión tubaria bilateral debe efectuarse por personal médico debidamente capacitado para su realización.

- El procedimiento puede efectuarse en cualquier día del ciclo menstrual, cuando se esté razonablemente seguro de que no hay embarazo.
- El procedimiento puede manejarse como cirugía de corta estancia en el puerperio de bajo riesgo, en el posaborto y en el intervalo.
- El procedimiento se debe realizar bajo las normas quirúrgicas y de esterilización establecidas, en términos generales se anestesia ya sea local o epidural, y se procede a realizar una incisión infraumbilical, se localizan las trompas uterinas, se ligan y se cortan. Posteriormente se mantiene a la paciente por lo menos 2-6 hrs en observación, pasado este tiempo, puede darse de alta si no hay contraindicaciones. (5)

Efectividad: La duración de la efectividad es permanente, es uno de los métodos más efectivos (2)

Índice de Pearl: Con uso típico 0.5, con uso perfecto 0.5 (4)

Raramente puede haber retorno a la fertilidad y no protege contra enfermedades de Transmisión Sexual. (5)

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. (2)

Indicaciones:

Este procedimiento está indicado para los hombres en edad fértil con vida sexual activa, que deseen un método permanente de anticoncepción, en las siguientes condiciones: (2)

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

Criterios Médicos de Elegibilidad para Vasectomía: (6)

Generalmente, si el paciente lo decide puede realizarse a cualquier hombre.

Se debe realizar con cautela en los siguientes casos:

- Lesión escrotal previa, varicocele o hidrocele
- Criptorquidia unilateral (se realiza en el testículo normal, y luego si hay espermatozoides en una muestra de 3 meses después, se realiza en el otro lado)
- Diabetes mellitus 2, Depresión , Juventud

Se debe postergar una vasectomía cuando se presenten los siguientes casos:

- Infección de transmisión sexual activa
- Punta del pene, conductos espermáticos (epidídimo), o testículos tumefactos, dolorosos o inflamados
- Infección cutánea del escroto o tumoración escrotal
- Filariasis o elefantiasis
- Infección sistémica o gastroenteritis.

Se deben tomar medidas especiales cuando el paciente presenta:

- Hernia inguinal (de ser posible se repara y se realiza la vasectomía en el mismo tiempo quirúrgico, de no ser así, primero se repara la hernia inguinal)
- Criptorquidia bilateral.
- Trastornos de la coagulación

Complicaciones:

Raramente dolor escrotal o testicular que dura meses o años y complicaciones de cirugía (infección /sangrado, equimosis) (6)

Beneficios para la salud:

Protege contra el riesgo de embarazo.

Forma de realización: (2,5)

La vasectomía debe efectuarse por personal médico debidamente capacitado para su realización.

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

Técnica tradicional (con bisturí): Es un procedimiento quirúrgico por el cual se ligan, seccionan o bloquean los conductos deferentes a través de una pequeña incisión en el escroto.

Técnica de Li (sin bisturí): Es un procedimiento quirúrgico por el cual se ligan y seccionan los conductos deferentes a través de una pequeña punción en el rafe escrotal. En ambas técnicas puede utilizarse la electrofulguración para bloquear los conductos deferentes.(1)

La vasectomía no es efectiva en forma inmediata, pueden encontrarse espermatozoides hasta en las siguientes 25 eyaculaciones o hasta tres meses después del procedimiento, por lo cual se debe recomendar el uso de preservativo u otro método para evitar embarazos no deseados hasta que el conteo de espermatozoides sea negativo, o por lo menos durante los próximos 3 meses posteriores a la vasectomía. (2,5)

Efectividad: La duración de la efectividad es permanente, y generalmente es irreversible (5)

Índice de Pearl: Con uso típico 0.1, con uso perfecto 0.1 (4)

Raramente puede haber retorno a la fertilidad y no protege contra enfermedades de Transmisión Sexual. (5)

MAXTLECA DE GALEANA

Maxtleca de Galeana es una localidad perteneciente a Joquicingo Estado de México, Maxtleca deriva del náhuatl, Maxtli , “braguero, calzón”, por lo que su nombre significa “los que llevan las riendas o calzones bien amarrados” . (10)

La comunidad está delimitada por varios poblados, al norte por San Francisco Tepexoxuca, al sur por Zepayautla, y San Juan Xochiaca, Al oeste por el Capulín, y al este por Joquicingo de León Guzmán. Las localidades aledañas a la comunidad son por el norte la Haciendita, de San Pedro Zictepec y El Capulín. (10)

Aspectos demográficos: (11,12)

De acuerdo al último censo nacional de población y vivienda realizado en 2010 la distribución fue la siguiente;

- Población Total: 1,124 personas.
- Población Femenina: 561 personas.
- Población Masculina: 563 personas

La siguiente tabla recaba la información presente en el censo de población y vivienda de 2010 por grupos de edad y porcentaje de cada uno de ellos.

Población de Maxtleca de Galeana					
Edad	Hombres	%	Mujeres	%	Total
0-2 años	45	4	42	3.7	86
2 - 3 años	4	0.3	5	0.4	9
3-5 años	26	2.3	29	2.5	55
5 - 12 años	108	9.6	85	7.5	193
12 - 14 años	32	2.8	34	3	66
15 - 18 años	34	1.3	25	2.2	59
18 - 60 años	288	25.6	306	27.2	594
60 - 64 años	26	2.3	35	3.1	54
65 y mas años	21	1.8	20	1.7	41
Total	563	50.08	561	49.91	1124

Fuente: (17)

II.- Planteamiento del problema

II.1.- Argumentación

El tema de explosión demográfica a nivel mundial y todo lo que conlleva la misma es hoy día uno de los tópicos más polemizados en nuestros tiempos, encontrando como debate la población y su desarrollo en zonas urbanas, debido a que el aumento de la población se presenta en la gran mayoría en núcleos urbanos de mayor desarrollo, encontrando complicaciones como la oferta de empleo, educación, materia prima, emisión de contaminantes; otro argumento de debate es el que se presenta alrededor de las necesidades básicas para cada uno de los nuevos individuos que nacen todos los días, adicionalmente el conflicto entre iglesia y sociedad en donde la primera muestra desacuerdo en cuanto a la toma de decisiones cuando se trata de procrear el mínimo de hijos pues como elemento popular se dice “se deben de tener todos los hijos que Dios mande”, adicionalmente podemos enumerar el evento climático que acompaña a la cada vez mas aumentada población mundial. Encontrando en nuestro país una población estimada de mujeres de 57 481 307 en el año 2010, en donde poco más del 58% de esta población corresponde a mujeres de entre 15 a 54 años.

Hoy México enfrenta una compleja agenda de salud pública. En nuestro país aun padecemos enfermedades de países en vías de desarrollo, como las asociadas a padecimientos infecciosos y desnutrición, y al mismo tiempo enfrentamos retos de países avanzados, como cáncer y enfermedades crónico degenerativas que incluyen la obesidad, dislipidemias, hipertensión arterial y la diabetes mellitus. Junto con esta transición epidemiológica, enfrentamos rezagos inocultables como los elevados índices de mortalidad materno-infantil. (12)

Enfatizando el último enunciado, y haciendo hincapié de la necesidad de disminuir las tasas de natalidad y con ello contribuir a la disminución de los casos registrados de mortalidad materno-infantil a nivel nacional.

La planificación familiar ha logrado prevenir, en una muy alta proporción, el embarazo no deseado; y este efecto, por sí solo, bien podría haber sido su única justificación, ya que del mismo se derivan la mayoría de sus impactos en salud. Sin embargo, además, ha contribuido a disminuir considerablemente las tasas de mortalidad materna, perinatal e infantil, y constituye la mejor medida preventiva para evitar el embarazo de alto riesgo. Su práctica obliga a revisiones ginecológicas periódicas que favorecen la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de las infecciones del tracto reproductivo, así como el diagnóstico oportuno de las displasias cervicouterinas. (13)

En México, la Secretaría de Salud por medio del Instituto de Salud del Estado de México, tiene como programa prioritario la orientación sobre el uso de métodos de planificación familiar y la entrega de estos de manera gratuita a toda aquella persona que así lo requiera en cada una de las unidades de salud dependientes del Instituto, siendo las unidades de Primer Nivel de Atención el espacio más idóneo para la educación de las mujeres y orientación especializada a cerca de los métodos de planificación familiar y su uso adecuado y responsable.

II.2 Pregunta de investigación

¿Cuál es la frecuencia de uso de métodos de planificación familiar en mujeres en edad reproductiva en control que se encuentran dentro del programa de Salud Reproductiva del Centro de Salud de Maxtleca de Galeana?

III.- JUSTIFICACIONES

III.-1.- Académica

La realización de esta investigación servirá para obtener el conocimiento necesario para el correcto uso de determinado método de planificación familiar dependiendo de las condiciones y necesidades de cada usuaria.

III.2.- Epidemiológica

Durante los próximos 40 años la población mexicana se estima aumentara unos 19 millones de habitantes (14), lo cual es indudablemente una cantidad bastante considerable si nos detenemos en pensar en los recursos financieros para la manutención de dichos habitantes, los servicios de salud, educación, la oferta de empleos y todos los costos que incluyen recursos naturales y no naturales.

Es importante también considerar que hoy día la tasa de fecundidad en el Estado de México es de 2.0 hijos hasta el año 2011.

Actualmente los programas de planificación familiar cuentan con el respaldo de instituciones como el Instituto Mexicano del Seguro Social y la Secretaria de Salud a través del Instituto de Salud del Estado de México, el cuestionamiento ahora será cuanta población usa métodos de planificación familiar para prevenir un embarazo no planeado y deseado, y que influye en la toma de decisión.

De acuerdo a su desarrollo económico y social, se estima que en México deberían ocurrir 417 defunciones maternas cada año. Esa es la meta que se ha planteado para el 2015. En la actualidad se presentan en el país 2.1 millones de embarazos cada año y alrededor de 300 mil tienen complicaciones obstétricas. El impacto que estas complicaciones siguen teniendo en el país es enorme ya que 30 mil mujeres quedan con secuelas obstétricas que las convierten en discapacitadas, falleciendo anualmente 1,100 de ellas, lo que provoca una secuela social de 3 mil huérfanos cada año. Vale recordar que el 80 por ciento de estas defunciones maternas son prevenibles. (15)

Una de las estrategias para disminuir la mortalidad materna que ha probado éxito es el acceso universal y gratuito a métodos de planificación familiar, anticoncepción de emergencia y aborto seguro. En México, los derechos reproductivos consagrados en la constitución señalan el derecho de decidir cuándo iniciar la reproducción, cuántos hijos tener y el espaciamiento entre ellos. Lo anterior conlleva tres elementos fundamentales: el conocimiento de la

población sobre los aspectos fisiológicos de la reproducción; la disponibilidad de los métodos para regular la reproducción, y el acceso a los anticonceptivos.(15)

El uso de anticonceptivos ha aumentado en muchas partes del mundo, especialmente en Asia y América Latina, pero sigue siendo bajo en África subsahariana.(16). A nivel mundial, el 61% de las mujeres entre 15 y 49 años, casadas o con pareja, usan algún tipo de protección contraceptiva. En las regiones más desarrolladas, el 69% de las mujeres en ese rango de edad practica la planificación familiar, mientras que en las menos desarrolladas sólo el 59% lo hace. (17)

En los países en desarrollo las mujeres generalmente tienen más hijos de los que quieren. (18)

En relación al conocimiento, en una encuesta realizada en sesenta países durante el 1990 al 2001. se reporta que en treinta y seis de estos, el 95.0% de las mujeres casadas conocen al menos un método anticonceptivo moderno, siendo el método hormonal oral (pastillas), el mundialmente conocido. Si bien es necesario conocer sobre al menos un método anticonceptivo para utilizarlo, el conocimiento de una gama de métodos eficaces es esencial para hacer elección informada, sobre planificación familiar y con esto, aumenta la probabilidad de usarlos. (19)

En México el porcentaje de mujeres en edad fértil que conocen al menos un método anticonceptivo en 2009 es del 98% de las cuales el 72.5% son usuarias de algún método anticonceptivo. (20)

El tipo de método que utilizan las mujeres mexicanas para regular su fecundidad ha cambiado radicalmente en los últimos 25 años. En la fase inicial del programa oficial, el 35.9% de las mujeres en edad fértil usuarias de métodos anticonceptivos, utilizaban las pastillas, el 23.3% utilizaban métodos naturales y el

18.7% empleaba el DIU. Actualmente la situación a cambiado en favor de los métodos de mayor continuidad: la OTB y el DIU. (19)

Porcentaje de mujeres en edad fértil que conoce al menos un método anticonceptivo según grupo de edad, 1976-2009						
Grupos de Edad	1976	1987	1992	1997	2006	2009
Total	89.0	92.9	94.9	96.6	97.4	98.0
15-19	79.8	89.8	90.9	93.4	96.5	97.0
20-24	88.8	94.0	96.1	96.8	97.4	97.9
25-29	93.1	95.2	97.1	98.2	98.1	98.2
30-34	91.3	94.3	97.5	97.9	98.0	98.5
35-39	89.7	92.6	95.9	97.4	97.9	98.5
40-44	86.1	93.3	95.4	97.4	97.8	98.2
45-49	85.9	92.5	93.1	95.8	96.6	97.9

Fuente: Estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en: EMF 1976; ENFES 1987; ENADID 1992, 1997, 2006 y 2009.

Existe la hipótesis de que una mejor calidad en la interacción, cliente- proveedor incrementa el uso y el conocimiento de métodos anticonceptivos.(19)

En relación a la planificación familiar y el nivel educativo de la mujer, muchos estudios han documentado una relación positiva entre el nivel educativo de la mujer y su conocimiento sobre métodos anticonceptivos, su demanda por servicios de salud y supervivencia de sus hijos. Se dice que "personas más educadas tendrán un mayor conocimiento sobre los beneficios de la planificación familiar y demás prácticas de la salud sexual y reproductiva". Adicionalmente, la evidencia señala que los programas de planificación familiar pueden disminuir las diferenciales de tasas de fertilidad entre mujeres con altos y bajos niveles educativos. (21).

Porcentaje de mujeres en edad fértil unidas que usan métodos anticonceptivos según grupo de edad, 1976-2009						
Grupos de edad	1976	1987	1992	1997	2006	2009
Total	30.2	52.7	63.1	68.5	70.9	72.5
15-19	14.2	30.2	36.4	45.0	39.4	44.7
20-24	26.7	46.9	55.4	59.3	57.8	62.9
25-29	38.6	54.0	65.7	67.8	65.8	66.5
30-34	38.0	62.3	70.1	75.4	74.9	73.1
35-39	37.9	61.3	72.6	76.1	78.4	80.2
40-44	25.1	60.2	67.4	74.5	77.7	81.1
45-49	11.8	34.2	50.5	61.4	72.5	74.8

Fuente: Estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en: EMF 1976; ENFES 1987; ENADID 1992, 1997, 2006 y 2009.

La prevalencia de uso de cada uno de los métodos anticonceptivos en una población dada, depende de múltiples factores que van desde la disponibilidad y acceso a los métodos, hasta las creencias y aspectos culturales que afectan la elección del mismo. A nivel mundial los estudios reportan una gran variedad de cifras dependiendo del área geográfica que se analiza. (22)

Como observación general obvia, los métodos cuya efectividad no depende directamente de que la mujer o la pareja los cumpla de una manera correcta, tienen mayor efectividad y mejor adherencia, como es el caso de los métodos quirúrgicos, los dispositivos y los implantes. Los métodos hormonales, tanto orales como parenterales, tienen menor adherencia y por lo tanto menor efectividad, aunque son bastante eficaces. (23)

De acuerdo con estadísticas del 2009 de la CONAPO el método de mayor uso en las mujeres en edad fértil de la población mexicana es la Oclusión Tubarica Bilateral, superando a métodos hormonales, de barrea y tradicionales. (24)

Distribución porcentual del tipo de método que usan actualmente las mujeres en edad fértil unidas, 2009	
Método anticonceptivo	Porcentaje
Pastillas ¹	5.8
DIU	16.1
Oclusión tubaria bilateral	50.1
Vasectomía	3.1
Inyecciones ²	7.9
Locales ³	10.1
Métodos tradicionales	7.0

Fuente: Estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en la ENADID 2009.

1/ Incluye la píldora de emergencia con 0.04%.

2/ Incluye implante y parches anticonceptivos con 1.5 y 0.9%.

3/ Incluye el condón femenino con .09%, condón masculino con 10.0%.

Según la DESA (Department of Economic and Social Affairs) perteneciente a la ONU en América Latina, de cada diez mujeres que usan contracepción, nueve confían en los métodos más modernos y avanzados. Así, los más comunes son la esterilización, con 21%; los dispositivos intrauterinos, 14%; y las pastillas anticonceptivas, 7%. (17)

De acuerdo a la Encuesta Nacional De Salud Materna e Infantil en Ecuador, la esterilización femenina ocupa el primer lugar como preferencia de uso con el 24.1 por ciento (condición de primer método que mantiene en las últimas cinco encuestas). Le sigue la píldora (13.3%), el DIU (10.1%), con un nivel mantenido en los últimos 10 años. El método del ritmo tiene una preferencia de 7.5 % y el retiro o coito interrumpido de 5.7 %. (25)

Con los datos anteriores nos encontramos que en América Latina y México existe coincidencia en la preferencia de la Oclusión Tubarica bilateral como método de planificación familiar seguido del Dispositivo Intauterino.

IV.- HIPOTESIS

El método de planificación familiar que con mayor frecuencia se utiliza en las mujeres en edad fértil que se encuentran dentro del programa de Salud reproductiva en el Centro de Salud Rural Disperso Maxtleca de Galeana es la oclusión tubarica bilateral

IV.1.- Elementos de la hipótesis

IV.1.1.- Unidades de observación

Población femenina en edad reproductiva que se encuentre en control en el programa de Salud Reproductiva del Centro de Salud Rural Disperso Maxtleca de Galeana.

IV.1.2.- Variables

IV.1.2.1.- Dependiente

Frecuencia de uso de métodos de planificación familiar.

IV.1.2.2.- Independiente

Tipo de método más usado de planificación familiar.

IV.1.3.- Elementos lógicos

El que tipo que predomina es la Oclusión Tubarica Bilateral.

V.- OBJETIVOS

V.1.- Objetivo General

Determinar cuál es la frecuencia y uso de métodos de planificación familiar en las mujeres de edad fértil del Centro de Salud Rural Disperso Maxtleca de Galeana.

V.2.- Objetivos específicos

- Determinar que método se utiliza con mayor frecuencia de en cada grupo de edad.

- Determinar que método se utiliza con mayor frecuencia de acuerdo a la escolaridad de la usuaria
- Establecer por que motivo la usuaria desea planificar su familia.
- Determinar que método se utiliza con mayor frecuencia en relación a la religión de la usuaria
- Determinar que método se utiliza con mayor frecuencia en relación al estado civil de la usuaria.

VI.- METODO

Se realizó un estudio descriptivo, transversal y retrospectivo, en la comunidad de Maxtleca de Galeana donde se tomó la información requerida de los expedientes clínicos y de las tarjetas de control de usuarias de planificación familiar, del Centro de Salud de la comunidad, contando con la autorización previa de la Jurisdicción de Tenango del Valle.

El universo de trabajo elegido fue mujeres en edad fértil de entre 15 y 49 años del Centro de Salud de dicha comunidad que se encuentran en control dentro del Programa de Salud Reproductiva.

Se excluyeron a la mujeres de la comunidad que no se encuentran en control dentro del Programa de Salud reproductiva y se eliminaron a las mujeres que no están en edad fértil así como las que se encuentran en baja temporal de dicho programa.,

VI.1.- Operacionalización de las variables

Variable	Definición teórica	Definición operacional	Nivel de medición	Indicadores	Ítem
Frecuencia de uso de métodos de planificación familiar	El número de veces que ocurre un valor en un conjunto de datos	Número de mujeres que usen determinado método de planificación familiar	Cuantitativa Discreta	0-100%	
Edad fértil	Etapas de la vida durante	Años referidos en	Cualitativa Discreta	<20 años	

	la cual se posee la capacidad biológica de la reproducción.	la historia clínica por la mujer.		20 a 35 >35	
Escolaridad	Tiempo que se asiste a la escuela o centro de enseñanza	Años escolares cursados.	Cualitativa ordinal	Primaria Secundaria Preparatoria Licenciatura	
Religión	Conjunto de creencias o dogmas respecto o acerca de la divinidad	Creencia que profesa la mujer	Cualitativa nominal	Católica Evangélica Testigo de Jehová Cristiano Otras	
Tipo de método de planificación familiar	Aquellos que se utilizan para impedir la capacidad reproductiva de un individuo o una pareja en forma temporal o permanente	Método de planificación familiar que usa la mujer en edad fértil	Cualitativa nominal	Preservativo Inyectables Oral DIU OTB Implante subdérmicos Parche	
Estado civil	Situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes.	Estado civil que la usuaria refiere en la historia clínica.	Cualitativa nominal	Soltera Casada Unión libre Divorciada Viuda	

VII.- IMPLICACIONES ETICAS

Para la realización de esta investigación, no se revelaran los nombres, ni datos personales de las usuarias que se encuentren inscritos en el Programa de Planificación Familiar del Centro de Salud Rural Disperso Maxtleca de Galeana, únicamente se obtendrán datos con fines estadísticos de la Tarjeta de Seguimiento del Programa de Planificación Familiar y del Sistema de Información en Salud (SIS).

VIII. RESULTADOS

El estudio se llevó a cabo en la Comunidad de Maxtleca de Galeana, perteneciente al Municipio de Joquicingo, Estado de México, mediante la revisión de las tarjeteas de control de usuarias de método de planificación familiar en el mes de junio del 2013.

Del total de tarjetas revisadas todas cumplieron los criterios de elegibilidad siendo un total de 71 tarjetas.

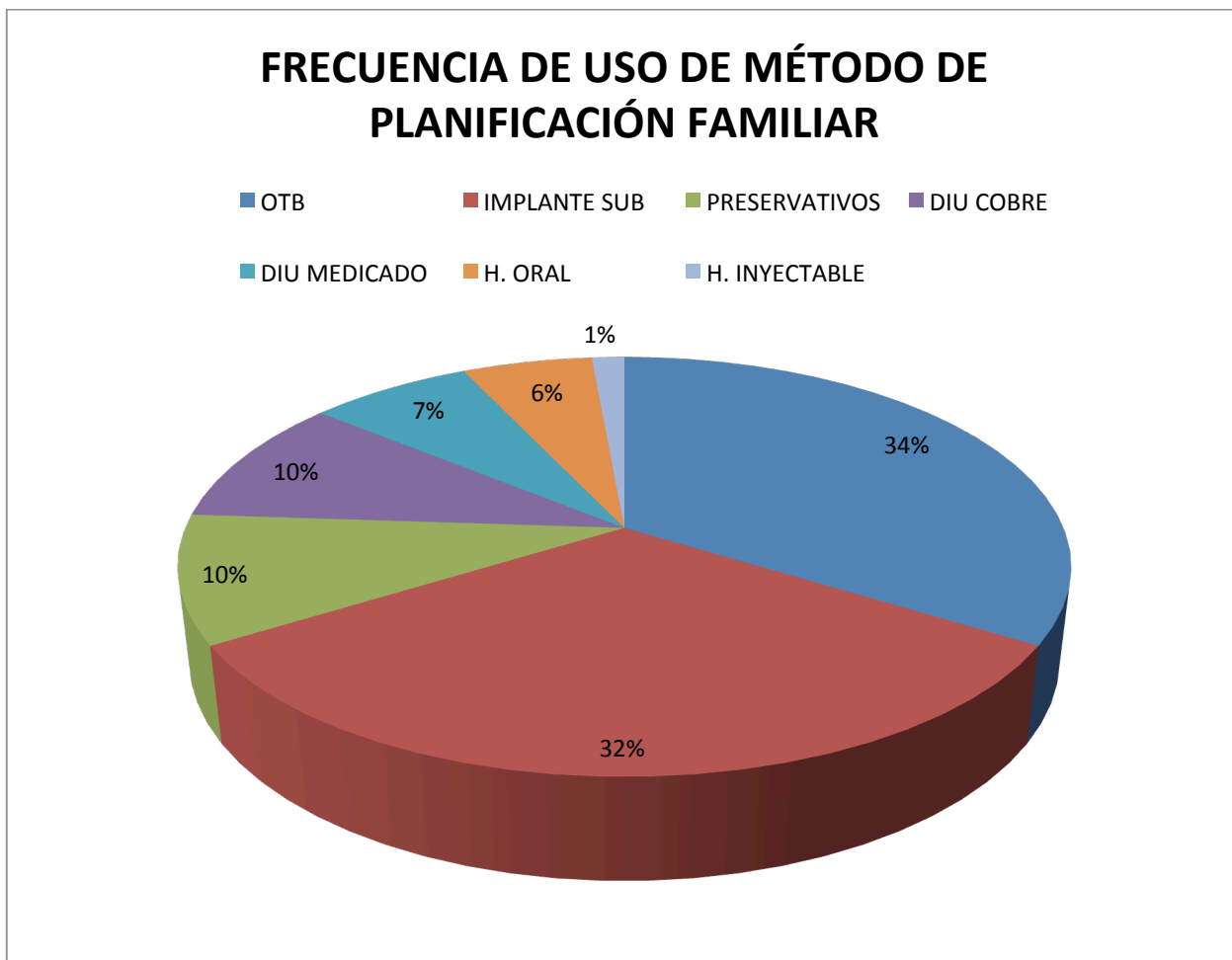
De la investigación realizada podemos concluir que el método de planificación familiar que tiene mayor frecuencia de uso es la Oclusión Tubárica Bilateral con 24 usuarias que representan el 34%, seguido del Implante subdérmico en segundo lugar con 32%, en tercer lugar se encuentran el uso de preservativo y DIU de cobre con el 10%, DIU medicado con 7%, en penúltimo lugar se encuentra los Hormonales orales con 6% y en último lugar con tan solo 1 usuaria los Hormonales inyectables.

CUADRO 1. FRECUENCIA DE USO DE MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

MÉTODO DE PLANIFICACIÓN	NÚMERO	%
OCCLUSIÓN TUBÁRICA BILATERAL	24	34
IMPLANTE SUBDERMICO	23	32
PRESERVATIVOS	7	10
DIU DE COBRE	7	10
DIU MEDICADO	5	7
HORMONAL ORAL	4	6
HORMONAL INYECTABLE	1	1
TOTAL	71	100

FUENTE: RECOLECCIÓN DE DATOS

GRÁFICA 1



FUENTE: CUADRO 1

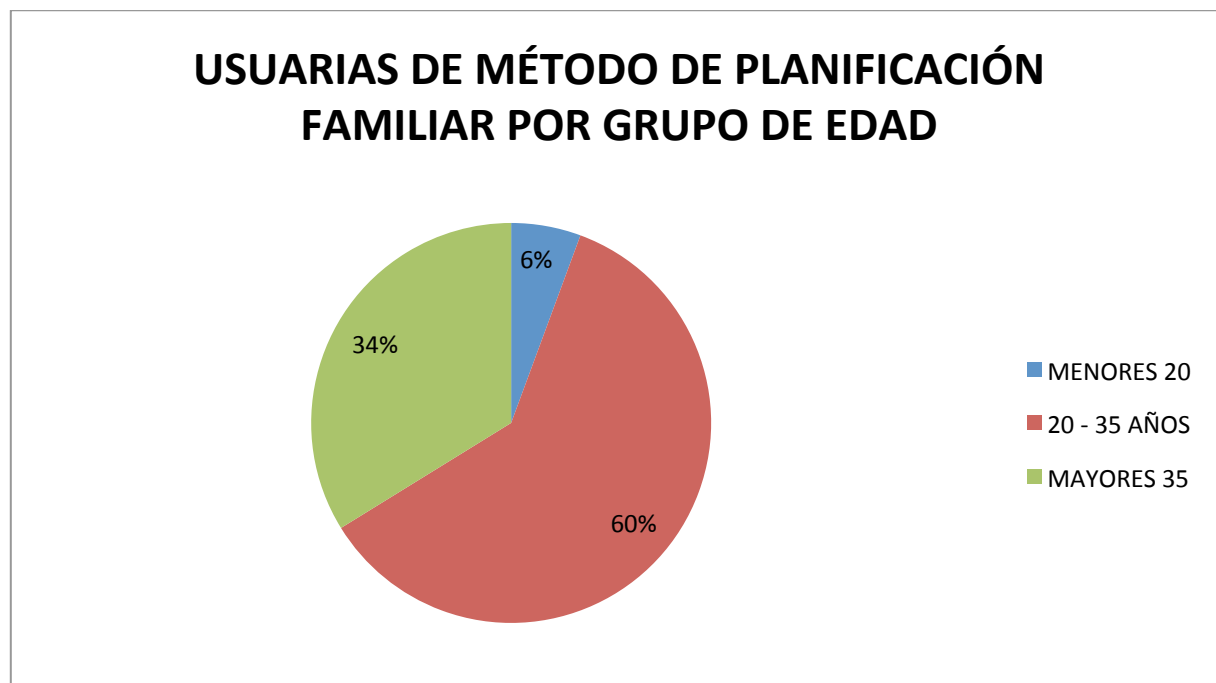
El grupo etario que se ubica con mayor población se encuentra en el rango de 20-35 años con 42 mujeres que representan el 59 %; seguido en segundo lugar el rango mayor de 35 años con 24 mujeres representando el 34% y por último se encuentra el grupo menor de 20 años con 5 usuarias representando el 7%.

CUADRO 2. USUARIAS DE MÉTODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR POR GRUPO DE EDAD

EDAD	MENOR 20 AÑOS	20 -35 AÑOS	MAYOR DE 35 AÑOS	TOTAL
NÚMERO	4	43	24	71
PORCENTAJE	6	60	34	100

FUENTE: RECOLECCION DE DATOS

GRAFICA 2



FUENTE: CUADRO 2

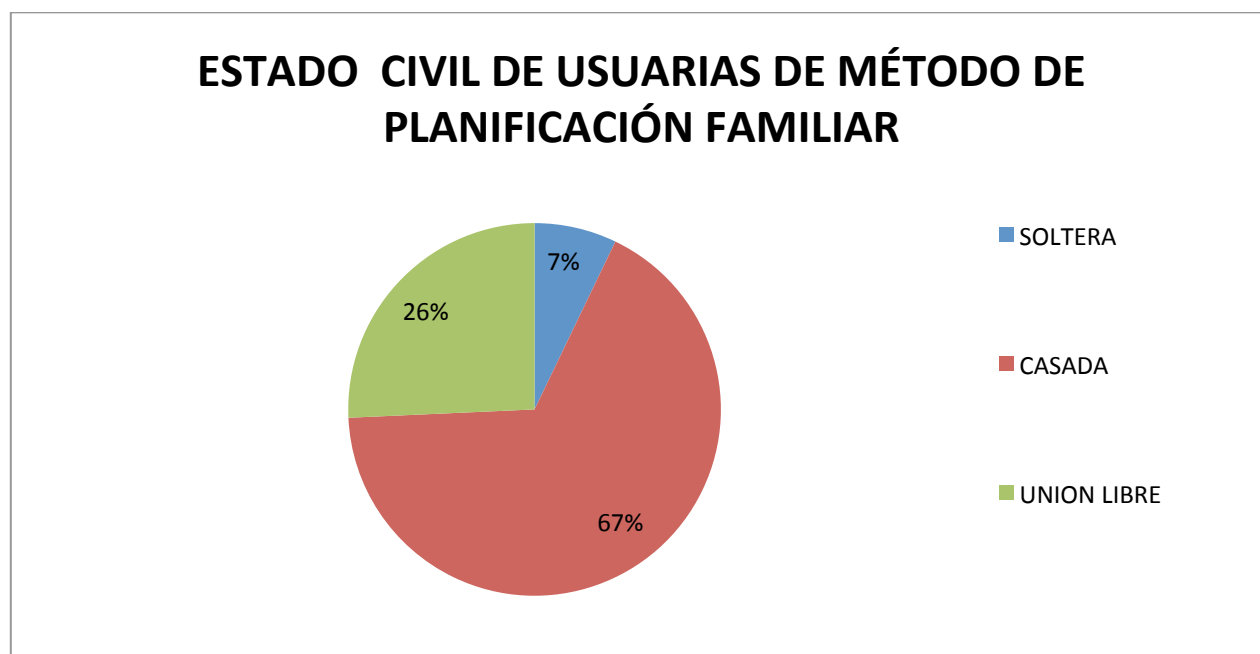
El estado civil predominante entre las usuarias es Casada con un 66%, seguido de la Unión libre con un 25% y por último Soltera con 9%, cabe señalar el bajo porcentaje de mujeres solteras que utilizan algún método anticonceptivo, lo que confirma que la población estudiada conserva sus costumbres tradicionalistas. También es importante hacer notar que no hay usuarias de método de planificación familiar viudas o divorciadas.

CUADRO 3. ESTADO CIVIL DE USUARIAS DE MÉTODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

ESTADO CIVIL	SOLTERA	CASADA	UNION LIBRE	TOTAL
NÚMERO	5	48	18	71
%	7	67	26	100

FUENTE: RECOLECCION DE DATOS

GRÁFICA 3



FUENTE CUADRO 3

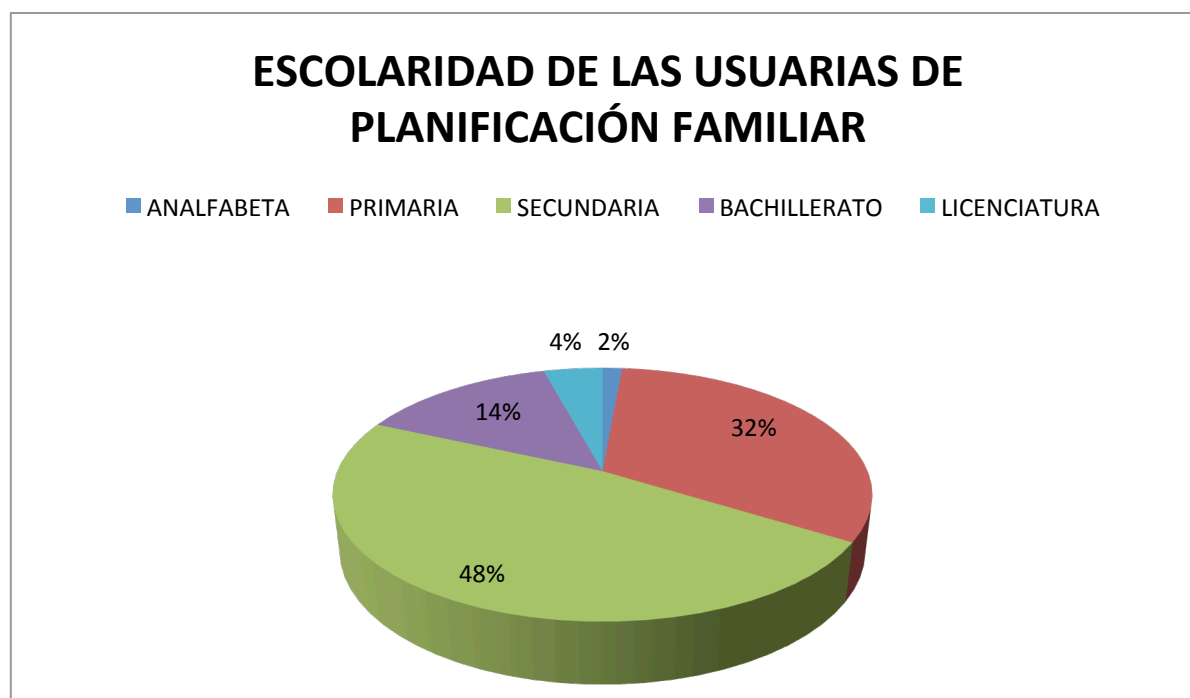
Respecto a la escolaridad de las usuarias se encuentra que el predominante es la secundaria con un 48%, seguido de la primaria con un 32%, mientras que en tercer lugar está el bachillerato con 14%, le sigue la licenciatura con 4% y en último lugar una usuaria analfabeta que representa el 2%, con esto se puede observar que el nivel educativo de la comunidad se encuentra rezagado.

CUADRO 4. ESCOLARIDAD DE LAS USUARIAS DE MÉTODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

ESCOLARIDAD	NÚMERO	PORCENTAJE
ANALFABETA	1	2
PRIMARIA	23	32
SECUNDARIA	34	48
BACHILLERATO	10	14
LICENCIATURA	3	4
TOTAL	71	100

FUENTE: RECOLECCION DE DATOS

GRÁFICA 4



FUENTE: CUADRO 4

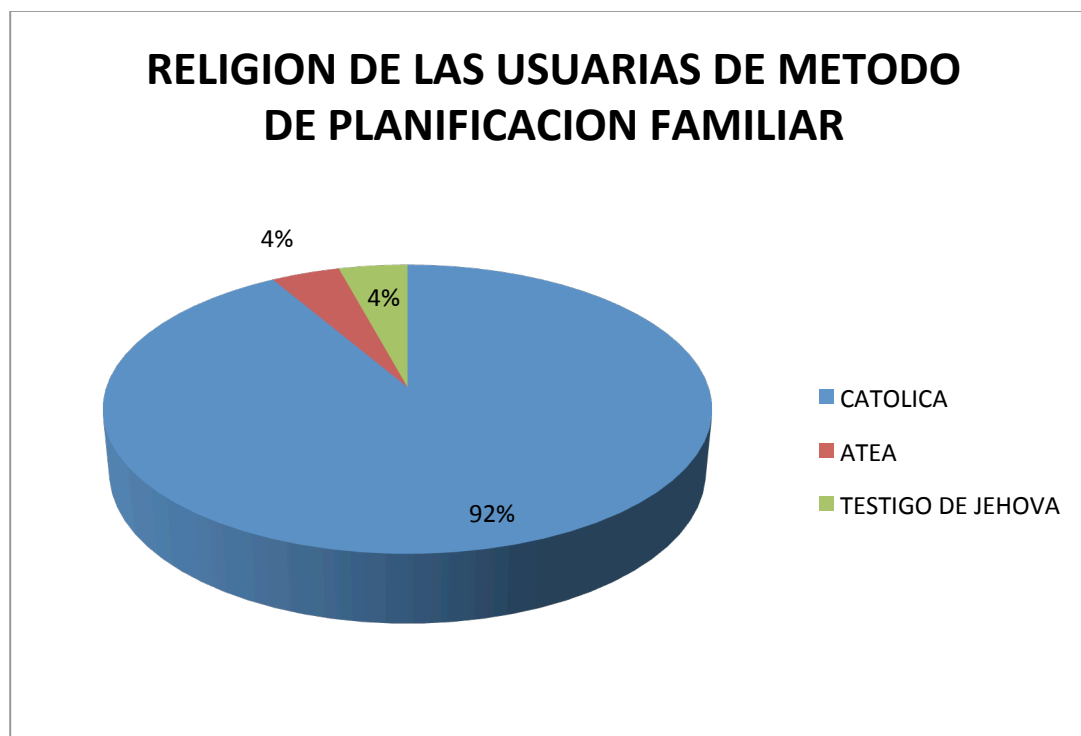
De acuerdo a la religión de las usuarias encontramos que las creencias católicas son las predominantes con un 92%, seguido de Ateas y Testigo de Jehova con 4% cada una.

CUADRO 5. RELIGIÓN DE LAS USUARIAS DE MÉTODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

RELIGIÓN	NÚMERO	%
CATÓLICA	65	92
ATEO	3	4
TESTIGO DE JEHOVA	3	4
TOTAL	71	100

FUENTE: RECOLECCION DE DATOS

GRÁFICA 5



FUENTE CUADRO 5

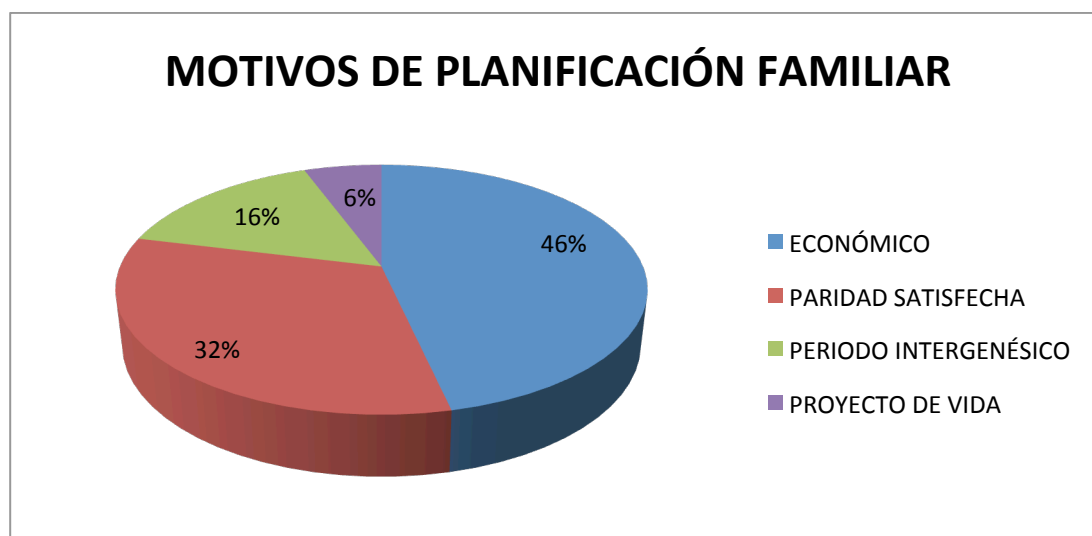
En cuanto al motivo por el cual la usuaria decidió utilizar algún método de planificación familiar encontramos que en primer lugar acudían por motivos económicos por un método de planificación familiar con un 46% de las usuarias, seguido de la paridad satisfecha con un 32%, siendo el periodo intergenésico y el proyecto de vida de la usuaria los motivos menos importantes.

CUADRO 6. MOTIVOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

MOTIVO	NÚMERO	PORCENTAJE
ECONÓMICO	33	46
PARIDAD SATISFECHA	23	32
PERIODO INTERGENÉSICO	11	16
PROYECTO DE VIDA	4	6
TOTAL	71	100

FUENTE: RECOLECCION DE DATOS

GRÁFICA 6.



FUENTE CUADRO 6

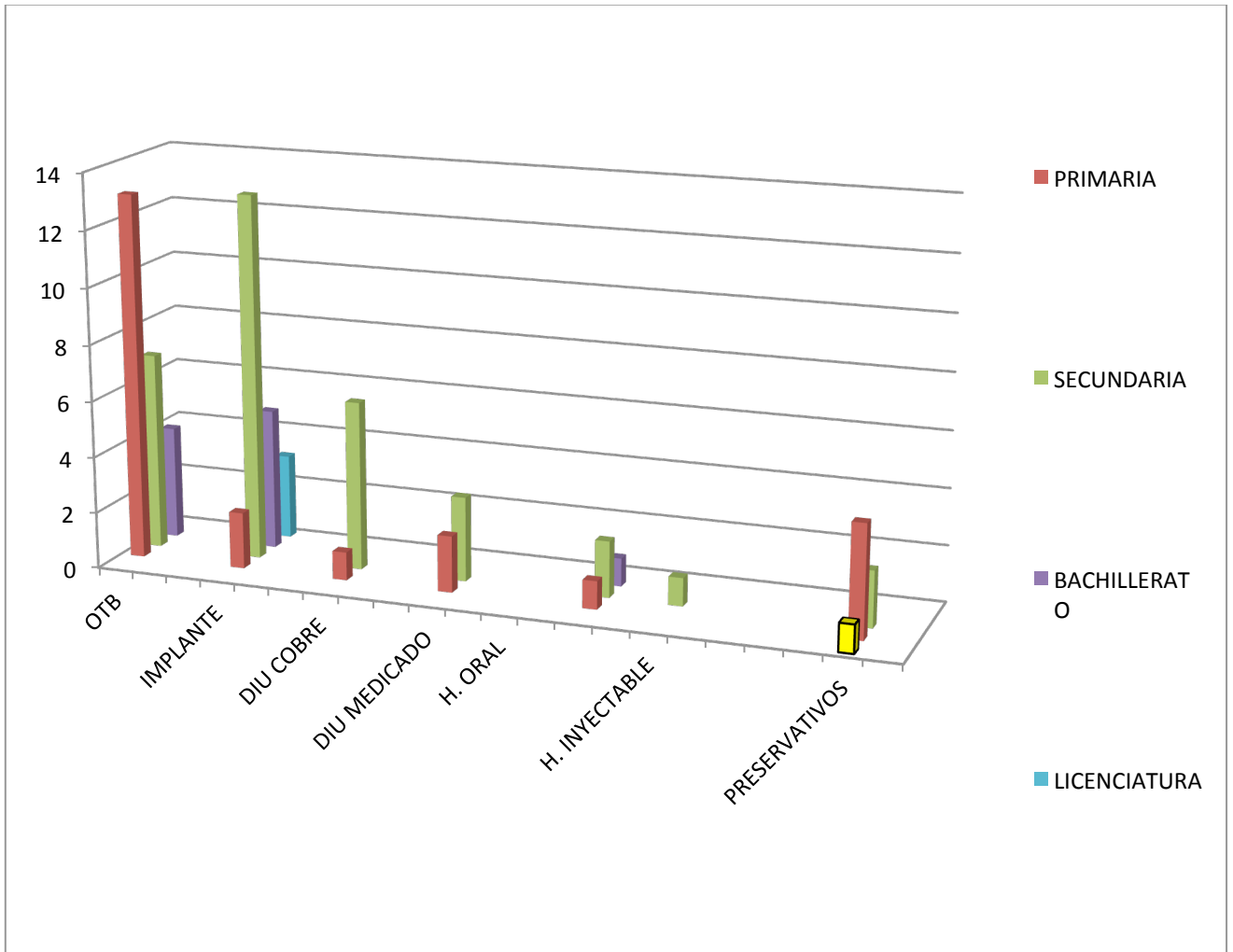
De acuerdo a la escolaridad de la usuaria encontramos que el método con mayor frecuencia de uso en quienes solo cursaron la primaria es la OTB con 13 usuarias, mientras que en las de secundaria, bachillerato y licenciatura el predominante es el implante subdérmico, y la única usuaria analfabeta usa preservativos.

CUADRO 7. FRECUENCIA DE USO DE MÉTODO DE PLANIFICACIÓN DE ACUERDO A LA ESCOLARIDAD DE LA USUARIA.

	ANALFABETA	PRIMARIA	SECUNDARIA	BACHILLERATO	LICENCIATURA	TOTAL
OTB		13	7	4		24
IMPLANTE		2	13	5	3	23
DIU COBRE		1	6			7
DIU MEDICADO		2	3			5
H. ORAL		1	2	1		4
H. INYECTABLE			1			1
PRESERVATIVOS	1	4	2			6
TOTAL	1	23	34	10	3	71

FUENTE: RECOLECCION DE DATOS

GRÁFICA 7. FRECUENCIA DE USO DE MÉTODO DE PLANIFICACIÓN DE ACUERDO A LA ESCOLARIDAD DE LA USUARIA.



FUENTE CUADRO 7

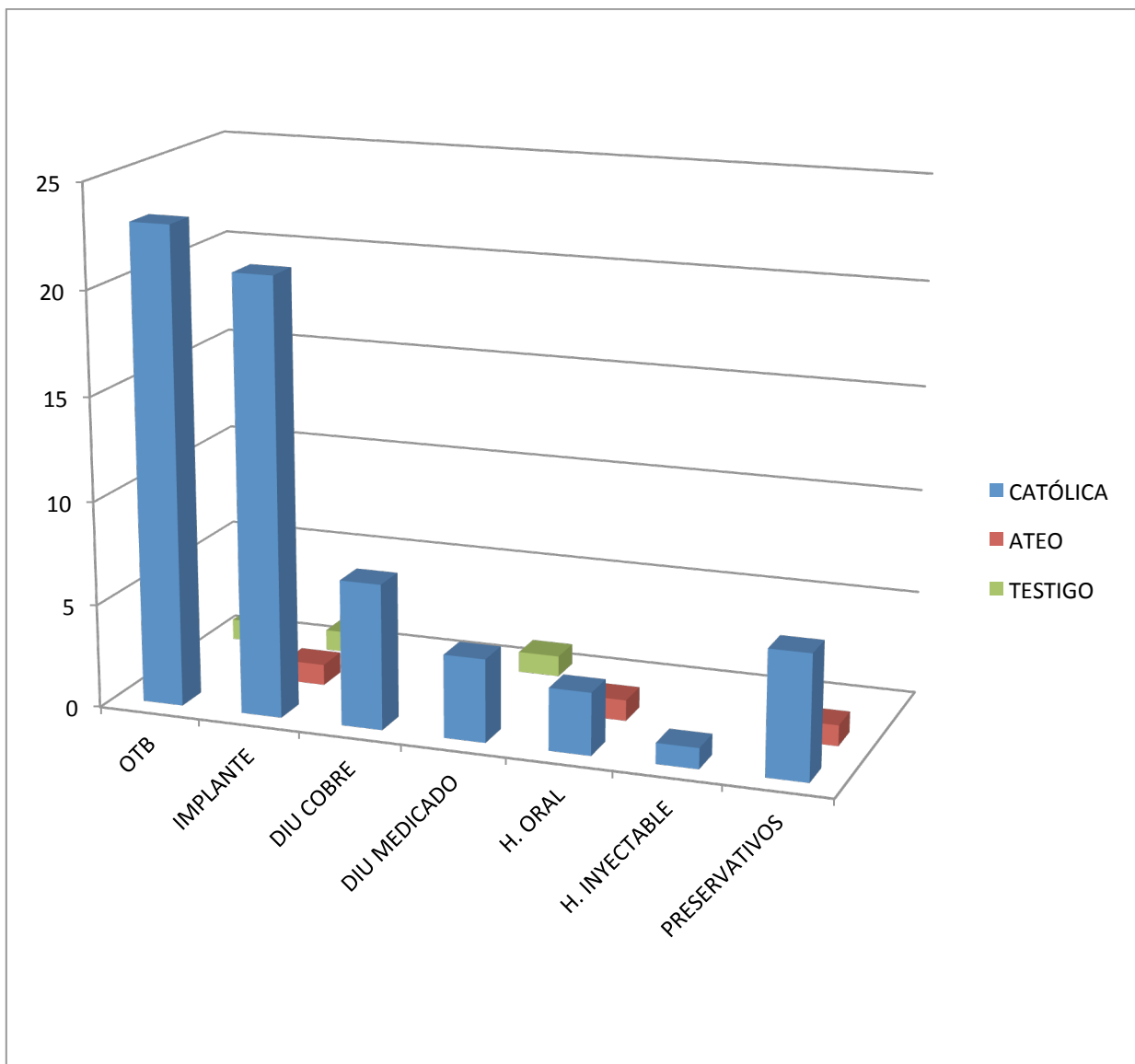
En relación a la creencia religiosa encontramos que las mujeres católicas prefieren la OTB con 23 usuarias, mientras que las Testigo de Jehová y ateas no tienen preferencia por algún método en específico.

CUADRO 8. FRECUENCIA DE USO DE MÉTODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR DE ACUERDO A LA RELIGIÓN DE LA USUARIA

	CATÓLICA	ATEO	TESTIGO	TOTAL
OTB	23		1	24
IMPLANTE	21	1	1	23
DIU COBRE	7			7
DIU MEDICADO	4		1	5
H. ORAL	3	1		4
H. INYECTABLE	1			1
PRESERVATIVOS	6	1		7
TOTAL	65	3	3	71

FUENTE RECOLECCION DE DATOS

GRÁFICA 8. FRECUENCIA DE USO DE MÉTODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR DE ACUERDO A LA RELIGIÓN DE LA USUARIA



FUENTE: CUADRO 8

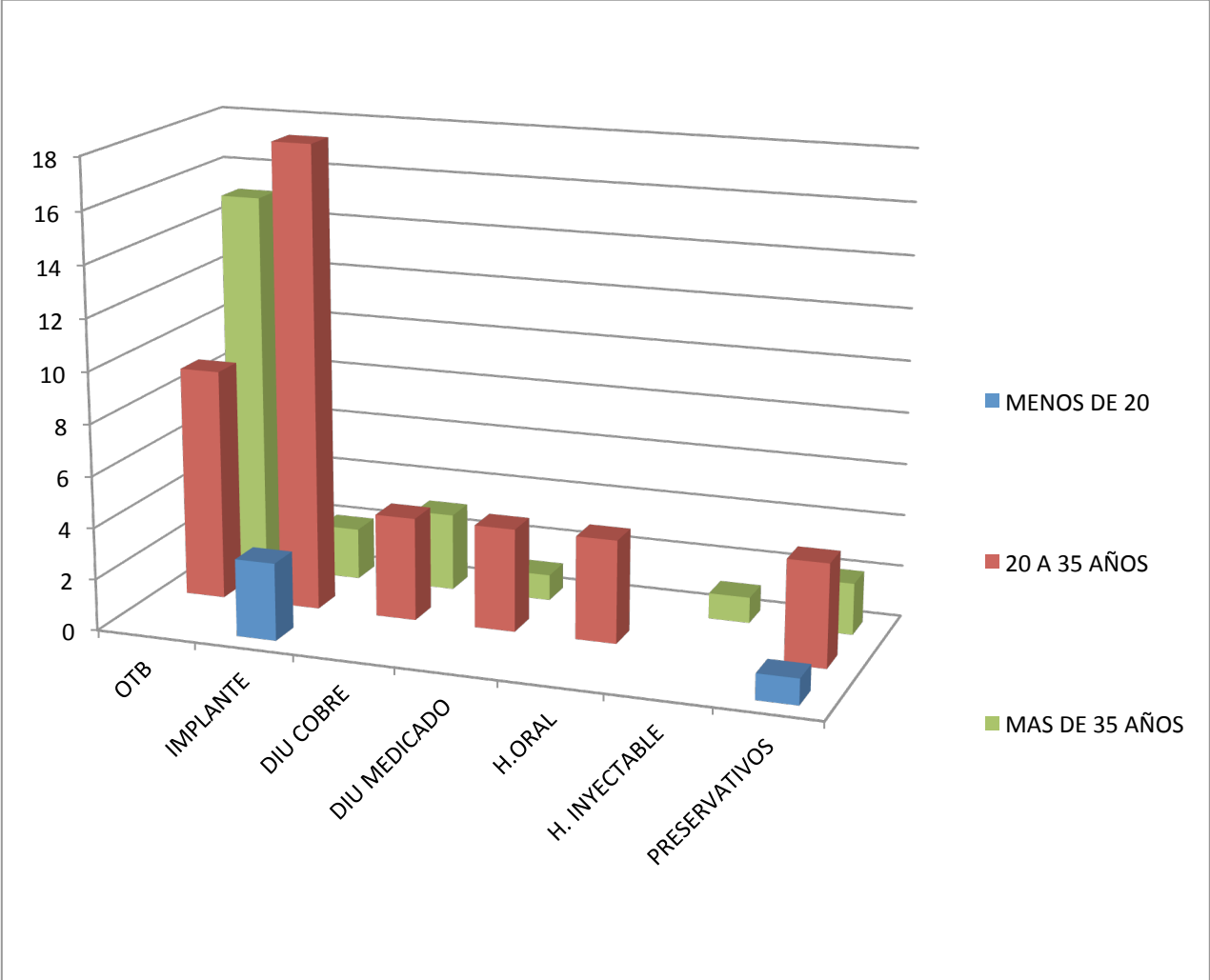
De acuerdo al grupo de edad de la usuaria el de mayor frecuencia de uso de método de planificación familiar para las menores de 20 años y de 20 a 35 años es el implante subdérmico, mientras que para el grupo de mayores de 35 años es la OTB.

CUADRO 9. FRECUENCIA DE USO DE MÉTODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR DE ACUERDO A LA EDAD DE LA USUARIA

	MENOS DE 20	20 A 35 AÑOS	MÁS DE 35 AÑOS	TOTAL
OTB		9	15	24
IMPLANTE	3	18	2	23
DIU COBRE		4	3	7
DIU MEDICADO		4	1	5
H.ORAL		4		4
H. INYECTABLE			1	1
PRESERVATIVOS	1	4	2	7
TOTAL	4	43	24	71

FUENTE: RECOLECCION DE DATOS

GRÁFICA 9. FRECUENCIA DE USO DE MÉTODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR DE ACUERDO A LA EDAD DE LA USUARIA



FUENTE: CUADRO 9

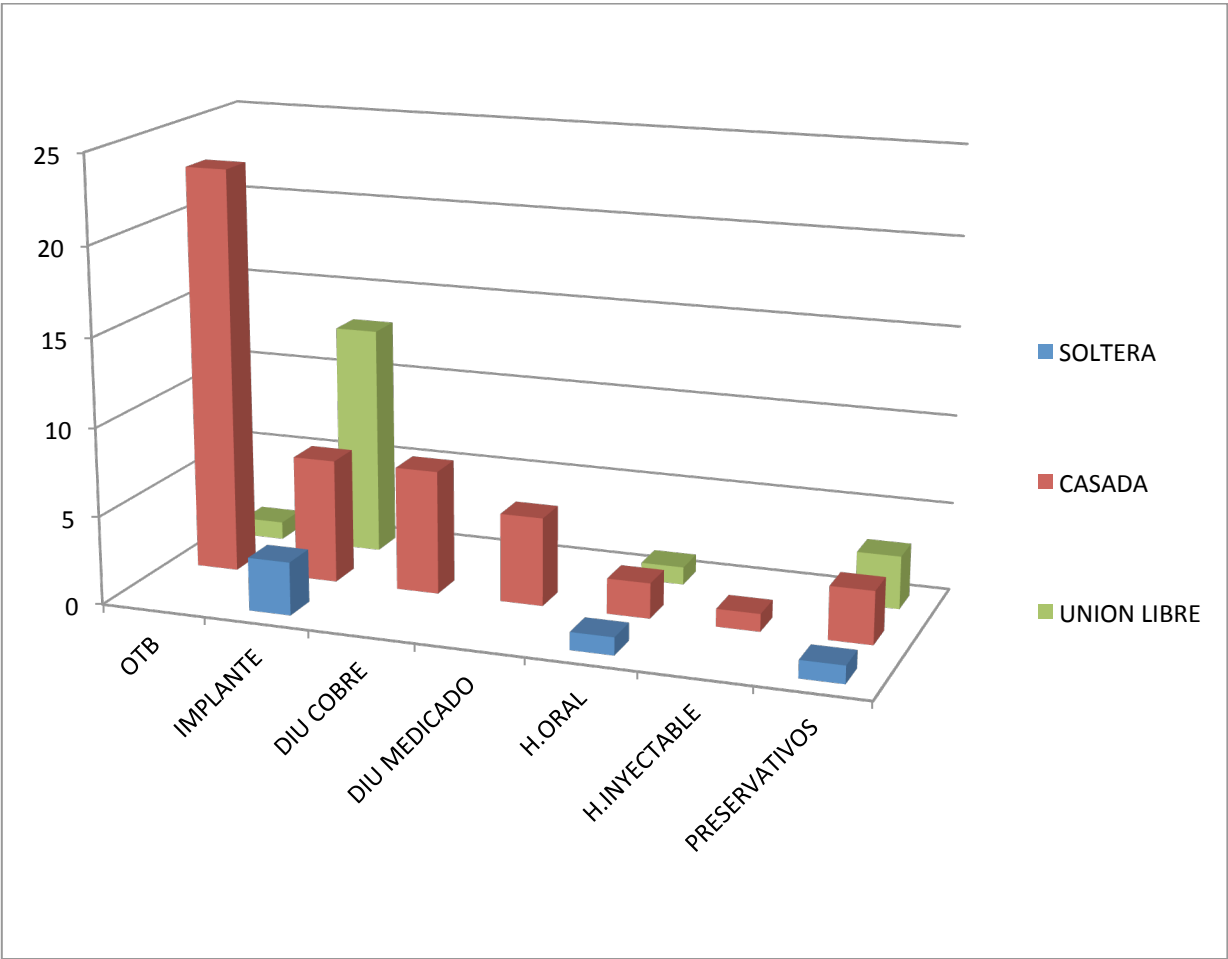
El método con mayor frecuencia de uso en relación al estado civil de la usuaria es el Implante subdérmico para las que se encuentran solteras y en unión libre, mientras que para las casadas el preferido es la OTB.

CUADRO 10. FRECUENCIA DE USO DE MÉTODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR DE ACUERDO AL ESTADO CIVIL DE LA USUARIA

	SOLTERA	CASADA	UNIÓN LIBRE	TOTAL
OTB		23	1	24
IMPLANTE	3	7	13	23
DIU COBRE		7		7
DIU MEDICADO		5		5
H.ORAL	1	2	1	4
H.INYECTABLE		1		1
PRESERVATIVOS	1	3	3	7
TOTAL	5	48	18	71

FUENTE: RECOLECCION DE DATOS

GRÁFICA 10. FRECUENCIA DE USO DE MÉTODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR DE ACUERDO A LA EDAD DE LA USUARIA



FUENTE: CUADRO 10

IX.- CONCLUSIONES

De acuerdo a los resultados obtenidos mediante el análisis de datos de la tarjeta de control de usuarias de Método de Planificación familiar del Centro de Salud Rural Disperso Maxtleca de Galeana se concluye que:

De acuerdo a la edad de las usuarias en menores de 35 años se prefiere el implante subdérmico por ser un método seguro, cómodo y reversible, mientras que en las mayores de 35 años prefieren la OTB por ser un método seguro y permanente.

Según el grado de escolaridad el implante subdérmico tiene un mayor uso en quienes tienen un grado de educación mayor, mientras que la OTB es preferida en las usuarias con un nivel educativo menor.

El estudio demuestra que las usuarias de religión católica prefieren el método de planificación familiar OTB.

En cuanto al estado civil se encontró que las usuaria que tiene una relación de pareja estable prefiere los métodos más eficaces y de duración más prolongada como la OTB y el implante subdérmico; y de estos la oclusión tubárica bilateral es la preferida en las usuarias casadas, y eso concuerda con las estadísticas a nivel nacional de la CONAPO donde la OTB se encuentra en primer lugar en usuarias unidas.

Por tanto la hipótesis propuesta que a letra dice “El método de planificación familiar que con mayor frecuencia se utiliza en las mujeres en edad fértil que se encuentran dentro del programa de Salud reproductiva en el Centro de Salud Rural Disperso Maxtleca de Galeana es la Oclusión Tubárica Bilateral” se demuestra en su totalidad, pues la frecuencia de uso de las mujeres en edad fértil que se encuentran dentro del programa de Salud reproductiva en el Centro de Salud Rural Disperso Maxtleca de Galeana es OTB con 34%, Implante subdérmico 32%, Preservativo y DIU de cobre con 10%, DIU medicado 7%, Hormonal oral 6% y Hormonal inyectable 1%.

X. RECOMENDACIONES

Se considera importante que al realizar la consulta médica de planificación familiar no sólo se tomen en cuenta las características físicas del paciente, la efectividad y efectos secundarios del método sino también el aspecto social de las usuarias en la toma de decisiones del uso de métodos anticonceptivos, ya que de esto depende, en gran parte el éxito de la planificación y con eso el buen desarrollo cultural económico y social de las familias.

Se sugiere presentar los resultados de ésta investigación a la Coordinación Municipal de San Mateo Texcalyacac y a la Jurisdicción Sanitaria de Tenango del Valle del Instituto de Salud del Estado de México, para que tengan conocimiento de la situación de prevalece en dicha comunidad respecto a la Frecuencia de uso de métodos de planificación familiar.

Exhortar al personal de salud del Centro de Salud Rural Disperso Maxtleca de Galeana para dar seguimiento al programa de Planificación Familiar, enfatizando en los hechos sociales, culturales y económicos de los pacientes así como el ampliar los programas de difusión y orientación de dichos programas.

Es importante tratar a las pacientes de manera más personalizada, para que el impacto de la planificación familiar sea mayor.

XI. BIBLIOGRAFIA:

- 1.- L. Devore Jay. Probabilidad y estadística para ingeniería y ciencias. CENGAGE Learning. 8va ed, 2012
- 2.- NORMA OFICIAL MEXICANA, NOM 005-SSA2-1993, De los Servicios de Planificación Familiar Disponible en:
<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/005ssa23.html>
- 3.- Coccio Elina, Eficacia de los métodos anticonceptivos, AMADA. disponible en:
<http://www.amada.org.ar/PDF/eficacia.pdf>
- 4.- Del Barrio Hierro Rafael, Nuevos Métodos de Anticoncepcion Hormonal, Boletín de uso racional de medicamento. Servicio Cantabrio de Salud, año XII, numero 3 , septiembre del 2004, disponible en:
<http://www.scsalud.es/publicaciones/descargar.php?id=4&ld2=3>
- 5.- Planificación Familiar: Un manual Mundial para proveedores; Organización Mundial de la Salud 2009, Disponible en:
http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789275328866_spa.pdf
- 6.- Medical eligibility criteria for contraceptive use 3rd ed. World Health Organization 2004. Disponible en: http://www.who.int/reproductive-health/publications/MEC_3/mec.pdf
- 7.- Información básica sobre la prevención del VIH, ONUSIDA, abril 2008, Disponible en:
http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/dataimport/pub/basedocuments/2008/20080527_fastfacts_prevention_es.pdf

8.- Olmedo-Buenrostro, Bertha Alicia, et. al., Frequency of infection by HIV/AIDS preservative users, Revista cubana de investigaciones biomedicas, 2012. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002012000400008

9.- González Merlo, Ginecología, 8va Ed., Editorial MASSON, 2003.

10.- Mejía Quezada, Yosafat Leonel. Diagnostico de salud Maxtleca de Galeana 2011.

11.- GEM. Atlas del Estado de México, Secretaría de Planeación y Finanzas, Toluca, 1992.

12.- Por un México Sano: construyendo alianzas para una mejor salud. Programa Nacional de Salud 2007-2012, 1ra edición 2007:5

13.- Torres Ramirez Armando. La planificación familiar en el ocaso del siglo XX. Perinatol Reprod Hum 2000; 14: 108-114. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/inper/ip-2000/ip002e.pdf>

14.- Cuadro de datos Mundiales. Population reference bureau: 2009 Disponible www.prb.org

15.- Estrategia Integral para Acelerar la Reducción de la Mortalidad Materna en México.

16.- Organización Mundial de La Salud. Planificación Familiar. 2011 Disponible en www.who.int

17.- Department of Economic and Social Affairs : América Latina, la región con mayor uso de métodos anticonceptivos 2004. Disponible en: <http://www.un.org/spanish/News/>

18.- Conocimiento, Practicas y Uso de Métodos Anticonceptivos en Latinoamérica, Centro latinoamericano Salud y Mujer, 2007. Disponible en www.celsam.org

19.-Vazquez Alma y Suarez Nery Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en la población de 15 a 44 años del área urbana, Cunduacán. Tabasco 2005. HORIZONTE SANITARIO. Disponible en http://www.publicaciones.ujat.mx/publicaciones/horizonte_sanitario/ediciones/2006_mayo_agosto/3_conocimiento_uso_anticonceptivos.pdf

20.-Instituto Nacional de Geografía y Estadística. Censo de Población 2010.

21.- Torres Rodriguez Marisol y Gonzalez Roman Patricia ANTECEDENTES TEÓRICOS Y EMPÍRICOS DEL USO DE MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR Revista Facultad de Ciencias Económicas: Investigación y Reflexión. vol.17 no.2 Bogotá July/Dec. 2009

22.-. Ramón Fernández Et. Al. Métodos anticonceptivos: prevalencia de uso según método en el Hospital "Materno Infantil del Este", Petare. Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela vol 69 numero, marzo 2009. Disponible en http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S0048-77322009000100005&script=sci_arttext

23.- Zulueta Tobon John Jairo, Anticoncepción: ¿cuál método seleccionar? IATREIA / VOL 21/No. 3 / SEPTIEMBRE / 2008

24.- Consejo Nacional de Población, Principales indicadores de Salud Reproductiva 2000

25.- Encuesta nacional de salud materna e infantil en Ecuador. ENDEMAIN 2004. Disponible en http://www.cepar.org.ec/endemain_04/nuevo05/pdf/texto/07_pf.pdf

XII. ANEXOS

XII.1 Tarjeta de control de usuarias de planificación familiar

A. IDENTIFICACIÓN DE LA USUARIA												
NOMBRE DE SOLTERA DE LA USUARIA (APPELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE (S))										No. EXPEDIENTE:		
METODO 1. FECHA DE INICIO:				METODO 2. FECHA DE INICIO:				METODO 3. FECHA DE INICIO:				
B. FECHAS DE CITAS Y CONSULTAS												
AÑO	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE

**SECRETARÍA DE SALUD
TARJETA DE CONTROL DE USUARIAS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR**

PF-5

C. DATOS DE LOCALIZACIÓN, GINECOBSTÉTRICOS Y SOCIODEMOGRÁFICOS						
DOMICILIO:					TELÉFONO:	
FECHA DE NACIMIENTO:			ESCOLARIDAD:		OCUPACIÓN:	
NÚMERO DE EMBARAZOS:	PARTOS:	ABORTOS:	HIJOS VIVOS:	EDAD DEL HIJO MENOR:	CUÁNTOS HIJOS MÁS DESEA TENER:	
MOTIVO POR EL CUAL DESEA PLANIFICAR SU FAMILIA:				OBSERVACIONES:		
D. VISITAS DOMICILIARIAS						
FECHA	MOTIVO			RESULTADO		
E. BAJAS						
FECHA	MOTIVO					