



**UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLÁS DE
HIDALGO**

FACULTAD DE ENFERMERÍA

**ACEPTACIÓN Y RECHAZO DE LOS MÉTODOS
ANTICONCEPTIVOS EN MUJERES POST EVENTO
OBSTÉTRICO DERECHOHABIENTES DEL HOSPITAL
GENERAL REGIONAL NO 1 DEL IMSS DE MORELIA,
MICHOACÁN**

TESIS

Que para obtener el título de Licenciada en enfermería

PRESENTA:

GABRIELA LÓPEZ ALEJANDRO

ASESORAS:

M. C. María Cristina Martha Reyes

M. E. y A. S. Martha Isabel Izquierdo Puente

Octubre 2007.

Directivos:

M. C. Josefina Valenzuela Garandilla

Directora de la escuela

Secretaría Académica

L.E.D. Ma.de Jesús Ruíz Reséndiz

Secretaría Administrativa

L. E. D. Ana Celia Anguiano Morán

Mesa de jurado:

Presidenta

M.C. María Cristina Martha Reyes

Primer Vocal

Q.F.B Jazmín Valencia.

Segundo Vocal

DEDICATORIAS

A MIS PADRES: Por estar siempre a mi lado y darme la oportunidad de estudiar y ser alguien en la vida, por haber hecho de mí una mujer con principios y valores, y sobre todo por creer en mi, llenarme y demostrarme su amor en cada segundo de mi vida, los AMO

A MIS HERMANOS: Jorge: Por apoyarme en cada uno de mis dudas y aconsejarme en cada momento, Claudia por enseñarme a ver la realidad de la vida y apoyarme durante toda mi carrera, dándome consejos acerca de lo bueno y lo malo, Fabiola, por ser el pilar de mi inspiración para levantarme día con día y seguir adelante, eres la niña de mis ojos, te amo.

A DIOS: Por la vida que me ha dado y con ella la oportunidad de sentir su infinito amor hacia mí, su compañía y ternura en todas las diferentes situaciones y momentos de mi vida. Porque a pesar de mis debilidades, siempre me haz amado y ahora permites que concluya una etapa más Gracias por ayudarme en cada momento de mi vida.

A MIS MAESTROS: Por compartir entusiastamente conmigo sus conocimientos, comprendiendo en muchas ocasiones, las dificultades que como alumna pase y mostrarme su cariño a través de su mano amiga que me invitó siempre a seguir adelante.

INDICE

| | |
|---|----|
| Resumen | 1 |
| 1.- Introducción | 3 |
| 2.- Planteamiento del problema. | 4 |
| 3.- Justificación. | 5 |
| 4.- Objetivos. | 6 |
| 4.1 Objetivo General | 6 |
| 4.2 Objetivo Específico | 6 |
| 5.- Marco teórico. | 7 |
| 5.1. Historia de los métodos anticonceptivos | 7 |
| 5.2 Planificación familiar | 8 |
| 5.3 Fundamento Jurídico | 10 |
| 5.4 Fundamento Normativo | 13 |
| 5.5 La planificación familiar y los derechos sexuales y reproductivos | 16 |
| 5.6 Aparato reproductor | 19 |
| 5.7 Planificación familiar | 30 |
| 6.- Material y métodos | 39 |
| Diseño del estudio | 39 |
| Población de estudio | 39 |
| Muestra | 39 |
| Criterios de selección. | 40 |

| | |
|-------------------------------|----|
| VARIABLES | 40 |
| Análisis de datos. | 41 |
| 7.- Hipótesis. | 41 |
| 8.- Ética del estudio | 42 |
| 9.-Análisis de los resultados | 52 |
| 10.- Conclusiones | 67 |
| 11.- Propuestas | 69 |
| 12.-Bibliografía. | 70 |
| 13- Anexos. | 72 |

RESÚMEN

López Alejandro Gabriela

TÍTULO: ACEPTACIÓN Y RECHAZO DE LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN MUJERES POST EVENTO OBSTÉTRICO EN DERECHOHABIENTES DEL HOSPITAL GENERAL REGIONAL NO 1 DEL IMSS DE MORELIA, MICHOACÁN. **OBJETIVO GENERAL:** Determinar la frecuencia de aceptación y rechazo de los métodos anticonceptivos en mujeres post evento obstétrico derechohabientes del Hospital General Regional No 1 del IMSS de Morelia, Michoacán en el período de enero a julio del 2007. **MATERIAL Y MÉTODO:** El estudio fue Retrospectivo, Descriptivo. **POBLACIÓN:** Todas las mujeres con post evento obstétrico derechohabientes del Hospital General Regional No 1 del IMSS de Morelia, Michoacán que acudieron para su atención del 1º de enero al 31 de julio del 2007. **MUESTRA.** La muestra fue de 3391 (100%). **HIPÓTESIS:** El 50% de las mujeres con pos evento obstétrico derechohabientes del Hospital General regional No 1 del IMSS de Morelia, Michoacán acepta utilizar métodos anticonceptivos. **RESULTADOS. COMPROBACIÓN DE LA HIPÓTESIS:** El 50% de las mujeres con pos evento obstétrico derechohabientes del Hospital General regional No 1 del IMSS de Morelia, Michoacán acepta utilizar métodos anticonceptivos. De 3391 mujeres con pos evento obstétrico atendidas en el Hospital General regional No 1 del IMSS, 2480 aceptaron utilizar un método anticonceptivo y solo 911 no aceptaron. Para comprobar la hipótesis se utilizó la prueba Chi cuadrada. $X^2 = 72.711$ con una significancia de 0.000 lo que nos indica que se comprueba la hipótesis ya que más del 50% de las mujeres con pos evento obstétrico derechohabientes del Hospital General regional No 1 del IMSS aceptaron utilizar algún método anticonceptivo.

- ❖ La edad mínima de las mujeres estudiada fue de 15 años, la edad mayor de las mujeres fue de 45 años.
- ❖ La edad promedio de la población fue de 23.3 años
- ❖ Se observó que por cada 2 mujeres con pos evento obstétrico derechohabientes del Hospital General Regional No 1 del IMSS, 1 fue atendida por cesárea principalmente por complicaciones
- ❖ De cada 3 mujeres atendidas de parto normal, 2 aceptaron utilizar algún método anticonceptivo.
- ❖ De cada 4 mujeres atendidas de cesárea y aborto, 3 aceptaron llevar algún método anticonceptivo.
- ❖ De cada 4 mujeres atendidas por parto normal 3 aceptaron utilizar el DIU y 1 la OTB y los hormonales menos del 1%

- ❖ De cada 4 mujeres atendidas por cesárea 2 aceptaron utilizar el DIU y 2 la OTB
- ❖ De cada 5 mujeres atendidas por aborto 2 aceptaron utilizar Hormonales, 2 el DIU, 1 la OTB.

Palabras claves:

Métodos anticonceptivos, Planificación Familiar, Post evento obstétrico, parto, cesárea, aborto

1.- INTRODUCCIÓN

La planificación familiar es un conjunto de medidas y normas de carácter prioritario, que tiene por finalidad informar a la mujer y al hombre sobre la inconveniencia del embarazo antes de los 20 años y después de los 35 años, así también de la conveniencia de espaciar los embarazos y reducir su número, todo ello mediante una correcta información anticonceptiva, la cual debe ser oportuna, eficaz y completa a la pareja.

Los métodos anticonceptivos han evolucionado al igual que la prestación de los servicios de Planificación familiar, inicialmente se utilizaron como herramienta para equilibrar el crecimiento de la población, posteriormente se enfocaron a la salud y al riesgo reproductivo y actualmente son componentes esenciales para decidir sobre regulación de la fertilidad.

Se brinda acceso y disponibilidad de nuevos anticonceptivos, seguros y aceptables para satisfacer las necesidades y prioridades de la población usuaria, de acuerdo a las diferentes etapas de su ciclo reproductivo, así como una provisión de métodos anticonceptivos temporales, reversibles que eviten embarazos no planeados y permitan el espaciamiento adecuado.

Se menciona información sobre los beneficios, mecanismos de acción, modos de empleo y posibles efectos secundarios de los métodos anticonceptivos temporales y permanentes no reversibles para el hombre y la mujer, cuando hayan completado sus expectativas reproductivas.

La prestación de servicios de planificación familiar deberá realizarse en un ámbito de privacidad, confiabilidad, confidencialidad, amabilidad y comodidad para la población usuaria, a través de una intervención adecuada entre prestador de servicios y el o la usuaria, eliminando rumores, mitos y tabúes, así como barreras médicas, a fin de mejorar la calidad de la prestación de los servicios.

2.-PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La planificación familiar es el conjunto de medidas y normas que todo gobierno y entidades privadas deben acometer con la finalidad de proporcionar a la familia el disfrute total del pleno empleo, habitación, educación, bienestar social y un número de hijos deseados; mientras que el control de la natalidad consiste en la aplicación de una serie de métodos para evitar la concepción, sin que se interrumpan las relaciones sexuales entre la pareja y no haya peligro para la salud.

La mayor parte de los métodos de control de natalidad son reversibles, es decir, cuando dejan de utilizarse, hombres y mujeres vuelven a ser fértiles. Por el contrario, los métodos quirúrgicos son, en muchos casos irreversibles, es decir, una vez que se recurren a ellos, hay mucha probabilidad que no se vuelva a ser padres.

Cabe mencionar que por diversos factores aún existen mujeres que cuando llegan al término del embarazo no aceptan ningún método anticonceptivo para llevar un mejor control de su planificación familiar.¹

En base a lo referido surge la siguiente pregunta:

¿Cuál es la frecuencia de aceptación y rechazo de los métodos anticonceptivos en mujeres post evento obstétrico derechohabientes del Hospital General Regional No 1 del IMSS de Morelia, Michoacán en el período de enero a julio del 2007?

¹ INSTITUTO Mexicano del Seguro Social, "Manual para el uso de Metodología Anticonceptiva"; Dirección de prestaciones Médicas. Coordinación de Salud Reproductiva y Materno Infantil 2ª Edición 1998, Pág.7

3.- JUSTIFICACIÓN

Aunque la anticoncepción se ha practicado desde hace mucho tiempo, la aparición de modernos agentes anticonceptivos que no sólo resultan más efectivos sino también más cómodos de los antiguos, ha ampliado las posibilidades de elección de la pareja. La amplia gama de métodos permite disponer de un buen anticonceptivo para casi todas las personas que lo deseen.

Es preciso tener en cuenta los riesgos relativos y los beneficios de la utilización de los anticonceptivos, estando evaluados y teniendo en cuenta que se trata de personas sanas. Por lo tanto es importante informarse sobre los grupos de riesgos para los cuales no está recomendado algún tipo de método anticonceptivo. Las técnicas varían en su grado de eficacia y seguridad en su empleo.

Los métodos anticonceptivos han evolucionado al igual que la prestación de los servicios de Planificación familiar, inicialmente se utilizaron como herramienta para equilibrar el crecimiento de la población, luego se enfocaron a la salud y el riesgo reproductivo, actualmente forman parte del concepto de salud y derechos reproductivos, el derecho a la información y la equidad de géneros que son componentes esenciales para decidir sobre regulación de la fertilidad.

En el IMSS de Morelia, el ginecólogo, la enfermera y la trabajadora social, brindan información y consejería a las futuras madres acerca de los métodos anticonceptivos, antes y durante el periodo post parto inmediato.

La influencia del equipo de salud puede ser crucial para postergar la concepción del primer hijo al momento más adecuado, lograr un espaciamiento favorable entre gestaciones, así como para terminar tempranamente la fecundidad, lo cual mejoraría la calidad y la disponibilidad de la atención que reciben las mujeres, garantizando la reducción de la morbilidad del binomio y la mejoría de la familia.

La Licenciada en Enfermería dentro de su formación profesional está preparada para atender a las mujeres en la salud reproductiva, informando y capacitando sobre planificación familiar a fin de que conozcan las ventajas de la utilización de los métodos anticonceptivos después del evento obstétrico, dando seguimiento continuo y atención de las mismas para cualquier duda o pregunta, lo cual permite a las mujeres tener confianza en este profesional.

4.- OBJETIVOS

4.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar la frecuencia de aceptación y rechazo de los métodos anticonceptivos en mujeres post evento obstétrico derechohabientes del Hospital General Regional No 1 del IMSS de Morelia, Michoacán en el período de enero a julio del 2007

4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar la frecuencia de aceptación y rechazo de los métodos anticonceptivos en mujeres post evento obstétrico derechohabientes del Hospital General Regional No 1 del IMSS de Morelia, Michoacán en el período de enero a julio del 2007
- Conocer los métodos anticonceptivos más utilizados por las derechohabientes
- Determinar las causas por las que las mujeres derechohabientes rechazan la planificación familiar

5.- MARCO TEÓRICO

5.1. HISTORIA DE LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

Antropología de los métodos anticonceptivos. Desde los tiempos más remotos se han usado prácticas anticonceptivas, siendo los primeros conocidos el coitus interruptus, el aborto y los lavados vaginales, con agua o sustancia añadida.

Hacia el año 1850 a. de C. durante el reinado de Amenhatll los estudiantes del SAIS, recomendaban a las mujeres pócimas con excremento de cocodrilo, (animal sagrado para la civilización) mucílago fermentado, unida a una mezcla de miel y carbonato sódico (nitrón), colocada en la vagina como método anticonceptivo.

Un tapón de lana o algodón, alrededor del cérvix uterino, descrito en el Talud como método anticonceptivo.

Posteriormente los griegos utilizaban aceite de cedro e incienso mezclado con aceite de oliva y ácido cítrico.

En el Génesis, refiriéndose a Omán, se hablaba del coito interrumpido, diciendo: “Derramaba a tierra para evitar la procreación con su cuñada”.

Los primeros preservativos fueron utilizados por los egipcios como prevención de enfermedades, hechos con vejigas o intestinos de carneros, previamente tratados.

Hipócrates, el médico más conocido de la Antigüedad, nacido en la Isla Cos (460-377 a. de C.), mencionaba como con un tubo de plomo se podían introducir medicamentos en la cavidad uterina.

Demostró científicamente como objetos extraños intrauterinos, impedían la nidación del óvulo fecundado, lo que nos demuestra las prácticas de los DIUS en el siglo IV a. de C.

Hacia los años 1878 e incluso a principio del siglo XX, se describen los pesarios del tallo, que se utilizaban doblemente como anticonceptivos y como abortivos. Se

colocaban intracervicalmente y a veces se introducían en el interior de la cavidad uterina.²

5.2. PLANIFICACIÓN FAMILIAR

La planificación familiar es el conjunto de medidas y normas que todo gobierno y entidades privadas deben acometer con la finalidad de proporcionar a la familia el disfrute total de pleno empleo, habitación, educación, bienestar social y un número de hijos deseado.

Ante la preocupación por el acelerado ritmo en el crecimiento de la población y su impacto en el desarrollo del país, así como el amplio reconocimiento de los derechos humanos, el Gobierno de la República estableció en 1974 las bases jurídicas y leyes para una renovada política de población como parte de una estrategia nacional.

La planificación familiar se elevó a un rango constitucional al enmendarse el artículo 4^a de nuestra carta magna, otorgando el derecho a todas las mexicanas y todos los mexicanos a su decisión libre, responsable e informada sobre el tamaño de su familia, estableciendo la equidad de géneros y haciendo explícito el derecho a la salud de toda la población.

En 1974 se creó el Consejo Nacional de Población como un organismo intersectorial para el establecimiento y coordinación de la política de población y de sus líneas de acción, y se promulgó la nueva Ley General de población.

Ante estas acciones y cambios en las políticas de población durante la década de los sesentas, diversas instituciones académicas, de investigación y educación superior, así como organismos de la organización civil, habían iniciado acciones pioneras en el área de la planificación familiar que indudablemente fueron instrumentadas en la sensibilización de toda la sociedad y de diversas estancias gubernamentales a cerca de los beneficios en materia de salud, crecimiento de

² 2006 Federación Mexicana de Ginecología y Obstetricia, calle de Nueva York Número 38, Colonia Nápoles, Cp. 03810, México, D.F. México

población y desarrollo social podían derivarse del establecimiento de un programa nacional de planificación familiar.

Las acciones operativas de planificación familiar se consolidaron en todo el territorio nacional en 1977 y, a partir de entonces se inició un proceso de evolución que permitió ampliar la cobertura del programa y la calidad en la prestación de los servicios.

El programa que inició en el área urbana, se expandió rápidamente al área rural a través de diversas estrategias operativas. En forma simultánea se amplió la oferta de anticonceptivos de gran efectividad y seguridad para la población usuaria, se fortalecieron las campañas de comunicación educativa y comunicación social. En la década de los ochenta el programa de planificación familiar incorporó el enfoque de riesgo, se iniciaron programas anticonceptivos post-evento obstétrico, dando prioridad a grupos específicos de población que se identificaron como vulnerables y de mayor riesgo. Posteriormente se iniciaron acciones de estrategias con el fin de brindar información a la población adolescente.

En los noventa, los programas institucionales, emprendieron actividades tendientes a incorporar en forma activa a los hombres.

Históricamente la responsabilidad de la planificación familiar y el uso de métodos anticonceptivos han recaído en la mujer, a excepción del condón, no existen métodos reversibles y efectivos para el varón.³

³ Guía para el Uso de Métodos Anticonceptivos MEDIMECUM. Guia de Terapia Farmacológica 2004. Adis International Ltd.

5.3. FUNDAMENTO JURÍDICO

Política de población y salud

El fundamento jurídico de la planificación familiar, de la equidad entre los géneros y el derecho a la salud está en el artículo 4^a de la Constitución política. El varón y la mujer son iguales ante la ley. Toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada, sobre el número y espaciamiento de sus hijos. Toda persona tiene derecho a la salud.

La Ley General de la población promulgada en 1974, así como el reglamento, dan sustento jurídico a las acciones en planificación familiar, y contribuyen al incremento de calidad de la vida y bienestar familiar en la población mexicana. La Ley general de población garantiza el elemento de gratuidad en la información y servicios de planificación familiar que otorgan las Instituciones del Sector Público.

“Realizar programas de planificación familiar a través de los servicios educativos y de salud pública de que disponga el sector público y vigilar que dichos programas y los que realizan organismos privados se lleven a cabo con absoluto respeto a los derechos fundamentales del hombre y preserven la dignidad de las familias”.

“Influir en la dinámica de población a través de los sistemas educativos, de salud pública, de capacitación profesional y técnica y de protección a la infancia”.⁴

Ley General de Población, Capítulo I, Art.3º, Fracción II

IV: “Los programas de población procurarán vincular la familia con los objetivos nacionales de desarrollo. Reevaluar el papel de la mujer y el varón en el seno familiar.. Evitar a toda forma de abuso y discriminación individual y colectiva.

⁴ Biden Secretaría de Salud Pág. 23 Y, (Según la OMS)

Reglamento de la Ley General de Población, Capítulo II, Sección III, Art.25, Fracciones I; III y IV

LEY GENERAL DE LA SALUD

Servicios de Planificación Familiar

Artículo 67.- La planificación familiar tiene carácter prioritario. En sus actividades se debe incluir la información y orientación educativa para los adolescentes y jóvenes. Asimismo, para disminuir el riesgo reproductivo, se debe informar a la mujer y al hombre sobre la inconveniencia del embarazo antes de los 20 años o bien después de los 35, así como la conveniencia de espaciar los embarazos y reducir su número; todo ello, mediante una correcta información anticonceptiva, la cual debe ser oportuna, eficaz y completa a la pareja.

Los servicios que se presten en la materia constituyen un medio para el ejercicio del derecho de toda persona a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de los hijos, con pleno respeto a su dignidad.

Quienes practiquen esterilización sin la voluntad del paciente o ejerzan presión para que éste la admita serán sancionados conforme a las disposiciones de esta Ley, independientemente de la responsabilidad penal en que incurran.

En materia de planificación familiar, las acciones de información y orientación educativa en las comunidades indígenas deberán llevarse a cabo en español y en la lengua o lenguas indígenas en uso en la región o comunidad de que se trate.

Artículo 68.- Los servicios de planificación familiar comprenden:

I. La promoción del desarrollo de programas de comunicación educativa en materia de servicios de planificación familiar y educación sexual, con base en los contenidos y estrategias que establezca el Consejo nacional de Población.

II. La atención y vigilancia de los aceptantes y usuarios de servicios de planificación familiar.

III. La asesoría para la prestación de servicios de planificación familiar a cargo de los sectores público, social y privado y la supervisión y evaluación en su ejecución, de acuerdo con las políticas establecidas por el Consejo Nacional de Población.

IV. El apoyo y fomento de la investigación en materia de anticoncepción, infertilidad humana, planificación familiar y biología de la reproducción humana.

V. La participación en el establecimiento de mecanismos idóneos para la determinación, elaboración, adquisición, almacenamiento y distribución de medicamentos y otros insumos destinados a los servicios de planificación familiar.

VI. La recopilación, sistematización y actualización de la información necesaria para el adecuado seguimiento de las actividades desarrolladas.

Artículo 69.- La Secretaría de Salud, con base en las políticas establecidas por el Consejo Nacional de Población para la prestación de servicios de planificación familiar y de educación sexual, definirá las bases para evaluar las prácticas de métodos anticonceptivos, por lo que toca a su prevalencia y a sus efectos sobre la salud.

Artículo 70.- La Secretaría de Salud coordinará las actividades de las dependencias y entidades del sector salud para instrumentar y operar las acciones del programa nacional de planificación familiar que formule el Consejo Nacional de Población, de

conformidad con las disposiciones de la Ley General de Población y de su Reglamento, y cuidará que se incorporen al programa sectorial.

Artículo 71.- La Secretaría de Salud prestará, a través del Consejo Nacional de Población, el asesoramiento que para la elaboración de programas educativos en materia de planificación familiar y educación sexual le requiera el sistema educativo nacional.⁵

5.4. FUNDAMENTO NORMATIVO

La Norma Oficial Mexicana “ De Servicios de Planificación Familiar “ NOM 005-SSA2-1993, fue publicada en el Diario Oficial de la Federación por acuerdo al Comité Consultivo Nacional de Normalización de Servicios de Salud, el 30 de mayo de 1994. Debe señalarse que este documento antecedió al Consejo Universal de salud Reproductiva alcanzado en el Cairo en septiembre de ese mismo año. Esta norma, que incorpora avances de la tecnología anticonceptiva más recientes, es una de las más avanzadas en su tipo.

Disposiciones y principios

La Norma Oficial Mexicana establece, entre otros los siguientes principios fundamentales:

- El derecho de toda la población a recibir información veraz y oportunos sobres anticonceptivos y planificación familiar.
- El acceso universal a los servicios de planificación familiar, en forma gratuita cuando sean otorgados por las Instituciones del Sector Público.

⁵ Instituto Mexicano del Seguro Social; “Manual de Procedimientos de Planificación Familiar” Dirección de Prestaciones México. Coordinación de Salud Reproductiva y Materno Infantil 2ª Edición 1998, Pág. 8

- El acceso a diferentes opciones, métodos y estrategias anticonceptivas, las cuales deben ser proporcionadas con absoluto respeto a la dignidad de los individuos y de las parejas, y del derecho a su libre decisión.
- El acceso y disponibilidad de nuevos anticonceptivos, seguros y aceptables para satisfacer las necesidades y prioridades de la población usuaria, de acuerdo a las diferentes etapas de su ciclo reproductivo.
- La provisión de métodos anticonceptivos temporales, reversibles que eviten embarazos no planeados y permitan el espaciamiento inter genésico adecuado.
- Asegurar que se brinde información sobre los beneficios mecanismos de acción, modos de empleo y posibles efectos secundarios de los métodos anticonceptivos temporales, para obtener el consentimiento de las y los usuarios.
- Asegurar el acceso a métodos permanentes no reversibles, para el hombre y la mujer, cuando hayan completado sus expectativas reproductivas.
- Garantizar la información sobre los procedimientos anticonceptivos permanentes, acompañados de un proceso de orientación-consejería a través de comunicación interpersonal que asegure el consentimiento informado, así como la firma o impresión dactilar de las o los usuarios en los formatos específicos.
- La prestación de servicios de planificación familiar deberá realizarse en un ámbito de privacidad, confiabilidad, confidencialidad, amabilidad y comodidad para la población usuaria, a través de una intervención adecuada entre prestador de servicios y el o la usuaria, eliminando rumores, mitos y tabúes, así como barreras médicas, a fin de mejorar la calidad de la prestación de los servicios.
- Garantizar el derecho a toda usuaria o usuario de métodos anticonceptivos a realizar cambios o interrumpir el uso de los mismos, de acuerdo a sus necesidades.
- Asegurar el acceso a la información y métodos anticonceptivos post-evento obstétrico, incluyendo el post-parto, trans-parto y post-cesárea y post-aborto. En este caso la orientación y consejería deberán iniciarse desde la atención prenatal y no deberán usarse métodos anticonceptivos que interfieran con la lactancia materna.
- La información y prestación de los servicios de planificación familiar deberán otorgarse, considerando la diversidad cultural y étnica de la población.

- Garantizar el acceso universal de información sobre salud reproductiva a la población adolescente tendiendo a prevenir embarazos no planeados o no deseados y enfermedades de transmisión sexual.
- La información de los servicios de planificación familiar se otorgará con una clara perspectiva de género asegurando equidad e igualdad de oportunidades y el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de toda la población, particularmente de las mujeres, promoviendo la activa participación de los varones.

El aborto inducido no constituye bajo ninguna circunstancia un método de planificación familiar.

Información, Educación y Comunicación

El proceso de información, educación y comunicación sobre salud sexual y reproductiva, incluyendo planificación familiar, deberá utilizar la comunicación por medios masivos como prensa, radio y televisión, así como materiales didácticos, promocionales, audiovisuales y gráficos. Con carácter de entretenimiento educativo, que facilite a las diferentes audiencias la comprensión de los mensajes.

Comunicación Social. Promueve entre toda población la nueva cultura demográfica y de salud reproductiva, que permita a hombres y mujeres en edad reproductiva y en particular a los jóvenes comprender los beneficios de posponer la edad de nacimiento del primer hijo o hija, el espaciamiento intergénésico y la terminación temprana de la reproducción. A través de la comunicación social, se promueve la participación activa de la comunidad en materia de planificación familiar, salud de la mujer y salud perinatal. Por otra parte, las acciones en materia de comunicación educativa dirigida al personal operativo de los servicios de salud, tienen como objetivo fundamental mantener un proceso de capacitación y educación permanente sobre el manejo adecuado de los diferentes métodos anticonceptivos y actualización periódica sobre diversos aspectos biomédicos, sociales y demográficos de la reproducción humana.

5.5. LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR Y LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

Los derechos sexuales y reproductivos, los más humanos de todos los derechos, incluyen el derecho de la población a disfrutar de los niveles más altos de la salud sexual y reproductiva y el derecho a su libre decisión.

A partir de los derechos del Cairo y Beijing, los asuntos de población y planificación familiar se convierten en una parte integral de la agenda del desarrollo humano. En términos de salud y derechos sexuales y reproductivos, el mensaje es muy claro: Existen factores claves para sustentar el desarrollo y bienestar de la población; así la información y prestación de servicios de salud reproductiva con calidad, responden a las necesidades de los seres humanos en términos de salud, bienestar familiar y desarrollo.

La nueva visión del concepto integral de salud reproductiva en torno a la salud reproductiva incorpora una serie de acuerdos y compromisos en torno a la salud y desarrollo del individuo, la pareja y la familia.

Los derechos reproductivos incluyen:

El derecho básico de todos los individuos y las parejas a decidir de manera responsable y libre sobre el número y espaciamiento de sus hijos con acceso a información, educación y servicios.

El derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva.

El derecho de adoptar decisiones sobre la reproducción sin sufrir discriminación, coerción o violencia.

Derechos de los Usuarios de Salud Reproductiva:

La población usuaria de los servicios de salud reproductiva y planificación familiar de los sectores públicos, sociales y privados, tienen derecho a:

Información: Enterarse de los beneficios de la práctica de la planificación familiar y de los riesgos potenciales del uso de los métodos anticonceptivos.

Acceso: Recibir atención y servicios de salud reproductiva con calidad.

Elección: Decidir responsable y libremente sobre la práctica de la planificación familiar y el uso de métodos de regulación de la fertilidad.

Privacidad: Recibir información, orientación –consejería y servicios en un ambiente libre de interferencias.

Confiabilidad: Seguridad de que cualquier información personal proporcionada no será divulgada a terceras personas.

Dignidad: Ser tratado con respeto y atención.

Continuidad: Recibir información, servicios y suministros en planificación familiar por el tiempo que sea requerido para asegurar el uso ininterrumpido de un método anticonceptivo.

Opinión: Expresar sus puntos de vista a cerca de la información, métodos y servicios recibidos.

Garantizando los Derechos Reproductivos de la Población

En caso de transgresiones a los lineamientos jurídicos y normativos en la prestación de servicios médicos en general y de salud reproductiva y planificación familiar o violación de los derechos sexuales y reproductivos, los usuarios podrán inconformarse y presentar sus quejas ante la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, o ante la Comisión Nacional de Derechos Humanos.

La Comisión Nacional de Arbitraje Médico, establecida por Decreto Presidencial publicado en el Diario Oficial de la Federación el de 3 junio de 1996, tiene entre sus principales atribuciones:

Brindar asesoría e información a los usuarios y prestadores de servicios médicos sobre sus derechos y obligaciones.

Recibir, investigar y atender las quejas que presenten los usuarios de servicios médicos, por la posible irregularidad en la prestación o negativa de prestaciones de servicios.

“Se consideran prestadores de servicios médicos, las instituciones de salud de carácter público, privado o social, así como los profesionales, técnicos y auxiliares que ejercen libremente cualquier actividad relacionada con la práctica”.

La Comisión Nacional de los Derechos Humanos, que se estableció por Ley el 6 de junio de 1990, es responsable de proteger los derechos humanos que otorga el orden jurídico mexicano, a todos los mexicanos y extranjeros que se encuentren en el territorio nacional. Así mismo, hace lo necesario para la promoción, observancia, estudio y divulgación de los derechos humanos contenidos en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, así como los establecidos en los tratados internacionales suscritos por México.

Cabe mencionar que el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), es una de las instituciones de salud que se ha preocupado por el apego al marco legal propio de los programas de planificación familiar con el propósito de orientar y preservar el total y absoluto respeto a la población sobre su decisión libre, voluntaria y bien informada en la adopción de un método anticonceptivo de acorde con su salud y expectativas reproductivas, es por eso que el Instituto establece como estrategia fortalecer el proceso de comunicación, el consentimiento informado, el cual asegura la comprensión de la información en la toma de decisión voluntaria.

El IMSS es responsable de más del 50% de la salud reproductiva de las familias mexicana. Esta situación hace que el consentimiento informado y la consejería se conviertan en piedra angular de la calidad en la atención de la salud reproductiva.

Este formato, además de ser un documento legal, favorece que el personal de salud adopte medidas adecuadas de acuerdo a las respuestas plasmadas en este documento, esto permitirá aclarar dudas e inquietudes que el usuario o usuaria tengan de los métodos utilizados en planificación familiar.⁶

⁶ Ley General de Salud. Hatcher, R. Y col. Lo esencial de la tecnología anticonceptiva. Programa de Información en Población de la Universidad Johns Hopkins, Population

5.6. APARATO REPRODUCTOR

El proceso de reproducción sexual se caracteriza por la participación de gametos células sexuales especializadas que se producen en el interior de las gónadas.

Las gónadas masculinas en los animales son los testículos y producen espermatozoides, mientras que en los vegetales son los estambres y se encargan de producir granos de polen.

Las gónadas femeninas en los animales son los ovarios, estructuras productoras de óvulos; en los vegetales es el pistilo y se encarga de la producción de ovocélulas o macrogametofitos femeninos.

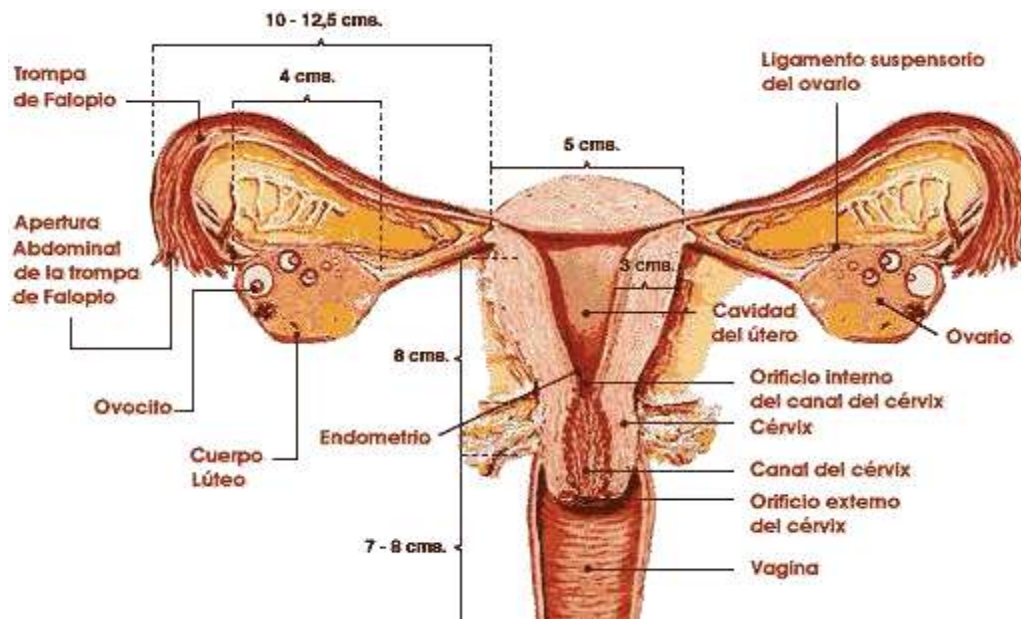
SISTEMA REPRODUCTOR FEMENINO

ORGANOS

GENITALES

FEMENINOS

INTERNOS



Este sistema está ubicado en la parte inferior del abdomen y consta de los siguientes órganos:

Dos glándulas sexuales llamadas ovarios, los cuales están comprometidos de manera compleja en la función reproductiva y desempeña en el organismo femenino dos funciones principales:

1- Gametogénica: a través de la cual lleva la maduración a las células germinales primitivas.

2- Esteroidogénica: por la producción de hormonas sexuales, mediante las cuales ejerce múltiples influencias de orden metabólico y asegura la maduración morfológica funcional.

Dos trompas de Falopio: participan activamente los distintos procesos de reproducción.

1- Transporte y capacitación de los espermatozoides.

2- Capacitación y transporte del óvulo.

3- Fecundación.

4- Transporte y nutrición del embrión en las primeras fases del desarrollo.

Útero: Destinado a recibir el producto de la concepción o bien como blanco de las hormonas esteroides. El útero aparece como una terminal de la acción coordinada de las hormonas sexuales y durante el embarazo las secreciones de la unidad feto-placentaria.

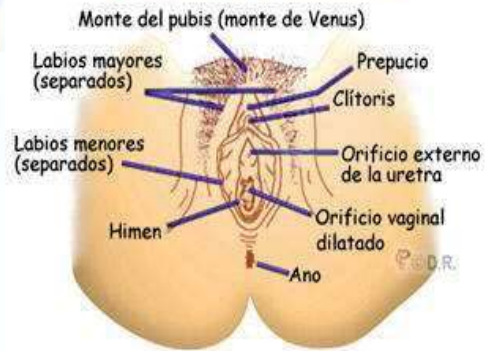
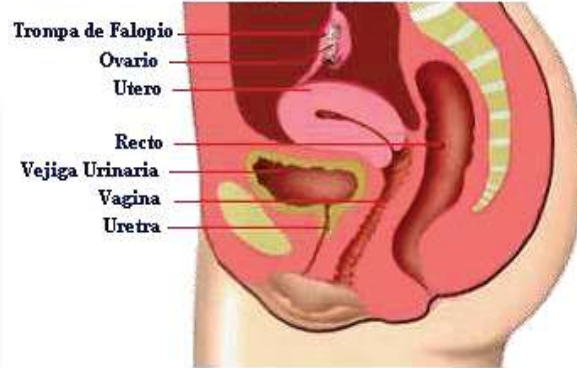
Vagina: es considerada como protagonista de las siguientes funciones:

1- Es el órgano de copulación. Desempeña este rol dada su conformación anatómica particular y por las modificaciones activas y pasivas (dilatación, alargamiento y distensión) que sufre en respuesta a los estímulos sexuales.

2- En la vagina se producen algunos fenómenos precoces de la fecundación (coagulación y posterior).⁷

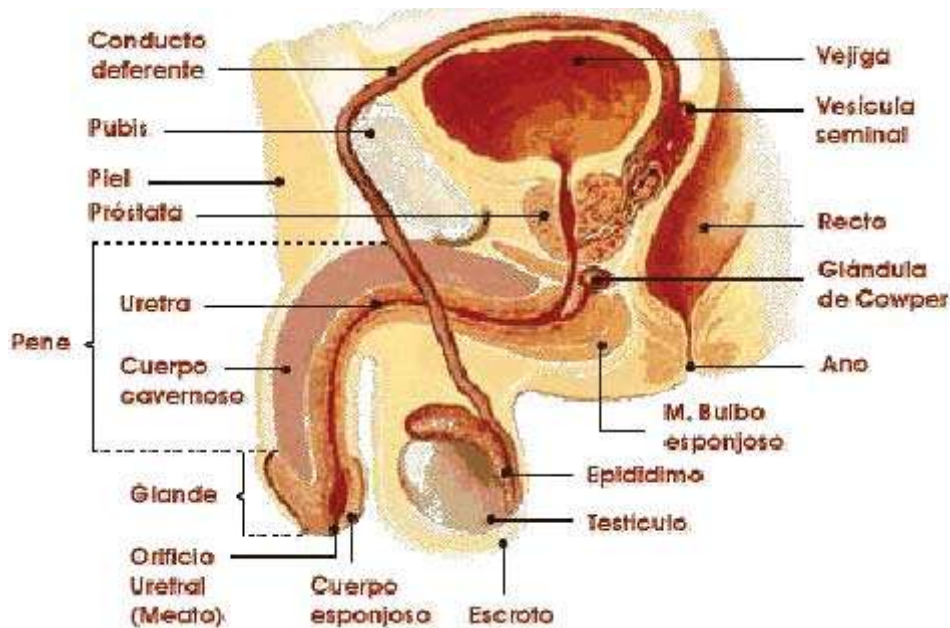
⁷ Sexualidad en México. Ivonne Szasz y Susana Lerner .

Aparato reproductor femenino



APARATO REPRODUCTOR MASCULINO

En el hombre también existen los órganos genitales internos y los externos. Los externos están formados por el PENE y los TESTICULOS. Los órganos internos son: la próstata, el epidídimo, los conductos deferentes, las vesículas seminales, la uretra y las glándulas de Cowper.



EL APARATO REPRODUCTOR MASCULINO

Se componen de los testículos, el conducto deferente, la vesícula seminal, el pene, el escroto y la próstata. Los testículos están situados dentro de una bolsa denominada escroto, la cual tiene un departamento para cada testículo. Su forma es ovalada, de consistencia elástica, un peso entre 12 y 18 gramos, y una longitud entre los 30 y los 50 cm. Al igual que luego veremos con el pene, estas medidas son un término medio, no queriendo decir que por arriba o por abajo sean consideradas

anormales. Todas son normales mientras cumplan la misión para las que fueron creadas.

En su interior y protegidos por un tejido fibroso, se encuentran los espermatozoides, los cuales penetran en el canal que une los testículos con las vesículas seminales y de allí salen al borde interno del testículo hasta llegar a la vesícula seminal, un reservorio de una longitud de 5-6 centímetros. Posteriormente, en la eyaculación, se mueven a través de la uretra, con sus largos 15-18 centímetros, y son expulsados al exterior o al interior del canal vaginal de la mujer.

Parece ser que el mecanismo fisiológico por el cual se produce la eyaculación masculina se debe al roce del glande del pene contra las paredes de la vagina, lo cual hace que las paredes musculares de las vesículas seminales se contraigan y viertan su contenido en la uretra, en donde se unen al líquido prostático y de allí salen al exterior, ayudados por diversos centros nerviosos situados en la región sacra y lumbar. La excitación de estos nervios depende de muchos factores, entre ellos la imaginación, el amor, el morbo, las caricias y las posiciones o técnicas adoptadas.⁸

PRÓSTATA

Es una glándula del aparato sexual masculino situada debajo de la vejiga urinaria y por delante del recto que envuelve la uretra y cuyo peso al llegar a la edad adulta es de unos 20 grs. Aproximadamente.

FUNCIÓN DE LA PRÓSTATA

La próstata produce más del 15% del volumen total del líquido seminal y es imprescindible para el transporte y capacidad de fertilización de los espermatozoides.

⁸ Texto tomado y editado de la Salud Sexual y Reproductiva en la Adolescencia: Manual Educativo para Prestadores de Servicios de Salud. De José Ángel Aguilar Gil y Beatriz Mayén Hernández. Celsam, Explora México 2001

GENITALES EXTERNOS

El pene es el órgano de la copulación, su función es llevar el espermatozoides al aparato genital femenino durante el coito. Es además órgano de micción, pues alberga la porción final de la uretra.

Nace en la parte anterior del periné. Adosado a la ramas isquiopubianas, se dirige hacia la sínfisis donde se hace libre, se rodea de una cubierta cutánea y se incurva hacia abajo pendiendo libremente por delante del pubis.

Se pueden considerar en el pene dos porciones: una posterior o perineal, el glande, y otro anterior o libre. La parte anterior en estado de flacidez o reposo es blanda y cilíndrica y cuelga verticalmente. En erección aumenta de tamaño, se hace dura y se transforma en un prisma triangular, y alcanza una longitud de 15-16 cm. El glande está cubierto por un pliegue o piel llamado prepucio. Es como un capuchón y puede replegarse hacia atrás para dejar al descubierto la cabeza del pene, excepto en los niños recién nacidos. Poco después del nacimiento, a algunos niños, se les extirpa esta piel en un proceso llamado circuncisión.

El escroto o bolsa escrotal es la superficie cutánea que cubre los testículos. La bolsa escrotal se divide en dos mitades, correspondientes a cada testículo y sus estructuras adyacentes. Se encuentra dividida por un rafe medio.

La función principal del escroto es mantener y controlar la temperatura natural de los testículos. En determinadas ocasiones, especialmente cuando hace frío, las fibras musculares del escroto hacen que todo el saco se contraiga o se encoja, acercando los testículos al cuerpo para mantenerlos más calientes. En otras condiciones, como cuando hace calor, o se está en relajación completa, el escroto se vuelve más flojo y suave, con la superficie lisa. Entonces los testículos cuelgan más separados del cuerpo, para así mantenerse más frescos.

Es habitual que la bolsa escrotal izquierda descienda algo más que la derecha. Es una piel sensible, fina y de color oscuro, caracterizada por pliegues transversales, muy irrigada y rica en terminaciones nerviosas, que le otorgan su característica sensibilidad.⁹

GENITALES INTERNOS

Los testículos, o gónadas masculinas son dos órganos de situación simétrica, cuelgan dentro del escroto, por debajo del pene y poseen doble función, producir espermatozoides y hormonas. La forma de los testículos es ovoidea, con un tamaño medio aproximado de 40 a 50 mm. de largo, 2,5 mm. de espesor y unos 30 mm. de anchura. Su peso ronda los 20 gr. son de color blanco-azulado, debido a la capa albugínea que los envuelve, y de consistencia muy dura. La albugínea es una cápsula de tejido conjuntivo, inextensible y de color blanco que rodea al testículo. Se encuentran en la región inguinal y salen del abdomen a través del conducto inguinal, situándose por debajo del pene y por delante del periné.

A partir de la pubertad, se fabrican espermatozoides en cada testículo. El desarrollo de un espermatozoide individual tarda aproximadamente diez semanas. Cada mes se producen miles de millones de espermatozoides, con una ligera disminución en los últimos años. Si los espermatozoides no son eyaculados, simplemente se destruyen y son absorbidos por el tejido de los testículos. **El espermatozoide** tiene tres partes: una cabeza, un cuello y una cola. La cabeza lleva 23 pares de cromosomas, que llevan la contribución del hombre a la herencia genética del niño. La otra mitad es aportada por el óvulo o huevo femenino, que también contiene 23 cromosomas. El cuello y el cuerpo del espermatozoide contienen materia que puede ser convertida en energía, de tal forma que el espermatozoide puede moverse por sí mismo después de haber sido eyaculado por el hombre. La cola del espermatozoide se mueve hacia adelante y hacia atrás, como un renacuajo para permitir que el espermatozoide

⁹ Herbert, Martin. Vivier con Adolescentes, Editorial Planeta, México 2001

avance por la vagina, suba por el útero y llegue hasta las trompas de Falopio. El espermatozoide se mueve a unos 14 ó 16 cm. por hora. El proceso de producción de espermatozoides se llama espermatogénesis, y normalmente transcurren 60 a 72 días mientras un espermatozoide madura.

La testosterona es la principal hormona masculina de todo un grupo colectivamente llamado andrógenos. Éstos se producen principalmente en los testículos, aunque también se fabrican cantidades muy pequeñas en las glándulas suprarrenales. Los testículos y las glándulas suprarrenales del hombre producen también una cantidad muy pequeña de estrógeno, la hormona sexual femenina. La producción de testosterona es estimulada e influida por un sistema de señales muy complejo en el que intervienen la glándula pituitaria y el hipotálamo. El crecimiento y desarrollo del pene, de los testículos y del escroto, así como la aparición del vello púbico, el crecimiento de la barba y otros caracteres sexuales secundarios, son el resultado de los elevados niveles de testosterona que se producen en la pubertad y después de ella. La testosterona influye también en el impulso e interés sexuales, de forma que un nivel bajo de testosterona ocasiona un nivel bajo en la libido o impulso sexual.

Podemos decir que los túbulos seminíferos forman parte de los testículos, alojados en su parte interior. Están formados por dos tipos de células: por un lado las células de Sertoli y por otro las células del epitelio germinativo. Entre los tubos seminíferos se encuentra un tejido conectivo laxo, en cuyo interior se encuentran las células intersticiales o de Leydig, que son las encargadas de la función endocrina de secreción de hormonas sexuales.¹⁰

Los conductos seminíferos confluyen en unos conductos cortos, estrechos y rectilíneos denominados tubos rectos. Estos, a su vez, terminan en una red de canalículos dotados de un epitelio cubico de capa única, situada en la red testicular.

¹⁰ Donald R. Astergard Manual de Gineco-Obstetricia 1ª Edición Editorial Pax México D.F.

La red testicular se une al epidídimo por medio de los conductos eferentes, que están enrollados sobre sí mismo adquiriendo forma cónica, con el vértice alejándose del testículo.

El epidídimo se sitúa en la parte posteriosuperior del testículo, se divide en tres partes: cabeza, cuerpo y cola, constituidas respectivamente por los conductillos eferentes, las sinuisodales del conducto y el conducto extendido. Mientras el epidídimo mide unos 5 cm. de longitud, el conducto que lo forma, que se encuentra muy replegado sobre sí mismo, puede alcanzar hasta 6 m. Está rodeado por tejido conjuntivo y cubierto por una envoltura similar a la del testículo denominada albugínea epididimaria. Los espermatozoides permanecen en los epidídimos hasta que se destruyen y son absorbidos por el tejido circundante o hasta que son eyaculados.

Al epidídimo le sigue el conducto deferente, que culmina en el conducto eyaculador.

Unido a cada testículo existe en cada testículo un estrecho tubo llamado **vaso deferente**. Cada vaso mide unos 40 cm. de longitud y 2 mm. de diámetro si bien su luz tiene un diámetro de unos 0,5 mm. debido fundamentalmente a la gruesa capa muscular que le rodea. Es de forma cilíndrica y sigue un trayecto muy complicado, pues sale desde la cola del epidídimo, corriendo paralelo a éste por su cara interna y por la parte superior del testículo, hasta llegar a un punto en la porción anterior de este último, en el que, gracias a un acodamiento asciende hasta el orificio externo del conducto inguinal. Recorre dicho conducto, llega a la pelvis y desemboca en el conducto eyaculador, que se forma por la confluencia del conducto deferente y la vesícula seminal.

Las vesículas seminales se configuran como unos conductos tortuosos que se repliegan sobre sí mismos, situados entre vejiga y recto, con dirección oblicua hacia fuera, atrás y arriba. Tienen forma piriforme, con un progresivo aumento de su tamaño desde su origen en el conducto deferente hasta su final en fondo de saco ciego. Mide

cada una de ellas 5-6 cm., y a lo largo de las mismas se distinguen un cuello, un cuerpo y un fondo.¹¹

La próstata es un complejo de glándulas tubuloalveolares incluidas en la masa muscular desarrollada en la porción inicial de la uretra masculina, debajo de la vejiga urinaria. Su tamaño y forma se aproxima al de una castaña. Se encuentra en una encrucijada urogenital, pues agrupa sus elementos en tono al inicio de la uretra, en el punto donde terminan los conductos eyaculadores. Se relaciona también con el aparato esfinteriano vesical. Pueden distinguirse en éste órgano una capa superior, un vértice, una cara anterior, una cara posterior y dos caras laterales. El volumen de la próstata varía según la edad. Poco desarrollada en la infancia, crece bruscamente durante la pubertad, hasta alcanzar los a veinte o veinticuatro años su completo desarrollo. En el adulto mide unos 25-30 mm. de altura , por 40 mm. de anchura y 25 mm. de espesor. Pesa entre 20-25 gr. En cuanto a la constitución interna de la próstata, se distinguen 3 anillos glandulares, que reciben el nombre de periuretral, medio y periférico.

A partir de la pubertad, la próstata segrega una sustancia que, al igual que el fluido de la vesícula seminal, sirve de nutrición al espermatozoide y aumenta su capacidad de movimiento.

Las glándulas de Cowper también se llaman glándulas Bulbo-uretrales o de Mery-Cowper. Son glándulas tubulo-alveolares, del tamaño de un guisante, que se sitúan en número de dos, a ambos lados de la extremidad posterior del bulbo de la uretra. Más concretamente, se ubican en el espesor del músculo transverso profundo del periné, o en la parte posteroinferior del esfínter estriado de la uretra.

En la uretra masculina se distinguen tres regiones: la uretra prostática, la uretra membranosa y la uretra cavernosa. La primera de ellas tiene una longitud de unos 3 cm. y en ella desembocan la próstata y los conductos deferentes pares. La uretra membranosa es la más corta, con una longitud aproximada de 2,5 cm., y en ella

¹¹ Suárez Muñoz La Educación Sexual a los niños y jóvenes mexicanos, Suárez-Muñoz Ediciones 1999.

se encuentra el esfínter externo. El segmento más largo corresponde la uretra cavernosa, que tiene 15 cm. de longitud y termina en el meato uretral.

Vesículas seminales

En número de dos, las vesículas seminales constituyen reservorios músculos membranosos en los cuales se acumula la esperma entre las eyaculaciones. Situadas en el espesor de la aponeurosis de Denonvilliers, presentan una forma alargada y piriforme de superficie irregular. Se le describe un extremo super externo o fondo y un extremo inferointerior o cuello que se une al conducto deferente correspondiente, dando origen a los conductos eyaculadores que penetran en la próstata para ir a desembocar en la uretra prostática a nivel del verum montanum. Tiene una dirección oblicua hacia abajo, hacia delante y hacia adentro. Están situadas por detrás y por debajo de la vejiga y por encima de la próstata.

Vejiga Urinaria: La vejiga urinaria es un órgano subperitoneal, impar y medio, que es principalmente un reservorio de orina. A causa de la filtración glomerular que es continua se crea un flujo de orina de 1ml/min. Es por este motivo que para evitar tener que estar orinando todo el rato exista un reservorio que pueda almacenar. A partir de 200ml la vejiga empieza a enviar señales para provocar el reflejo de micción. Tiene una forma triangular doble. Contiene un tejido propio llamada parásito que la rodea juntamente con los conductos deferentes y las vesículas seminales masculinas.¹²

5.7. PLANIFICACIÓN FAMILIAR

Es un proceso en el que la mujer decide **cuantos hijos quiere tener y cuando quiere tenerlos**. Se inicia cuando la mujer empieza a tener relaciones sexuales y permanece durante toda su edad reproductiva (hasta la menopausia).

¹²Higashida, B., Ciencias de la Salud, 2ª Edición, Mc Graw-Hill/ Interamericana de México,2001

Una buena planificación familiar requiere de la buena comunicación entre la pareja, y de la educación que ésta reciba acerca de los métodos de anticoncepción, salud materno infantil, y otros temas relacionados.¹³

MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

Métodos Naturales: Método del ritmo, del Moco Cervical, de la Temperatura Basal.

Métodos de Barrera: Preservativo, Diafragma cervical, Óvulos Vaginales, etc.

Métodos Hormonales: Anticonceptivos orales (píldora), Inyecciones (mensuales, bimensuales, trimestrales), Implantes (Norplant), Parches y los Anillos Vaginales. En este grupo también podemos clasificar a la anticoncepción de urgencia (Pastillas de Levonorgestrel).

Dispositivos intrauterinos (DIU): T de Cobre, DIU que libera progesterona.

Métodos Quirúrgicos: Bloqueo Tubárico Bilateral (Ligadura de Trompas), Vasectomía.

MÉTODO ANTICONCEPTIVO NATURAL

Son aquellos métodos que **se basan en la fisiología (función) hormonal de normal de la mujer**, en los cuales hay abstención de hacer relaciones sexuales durante la ovulación (momento en el cual el óvulo sale del ovario) y los días cercanos a ella (días de riesgo para quedar embarazada)

Es necesario saber:

Que el ciclo ovárico de la mujer empieza con la menstruación, es decir que **el primer día del ciclo es el primer día de la menstruación**, y que el último día del ciclo

¹³ Enciclopedia Microsoft Encarta 2002. Apuntes Pedagógicos. José Ortega.

es un día antes de la próxima menstruación. **Todo el ciclo dura aproximadamente 28 días.**

Que la ovulación se da a mitad del ciclo aproximadamente (14 día), que se acompaña de un discreto aumento de la temperatura corporal ($< 1\text{ }^{\circ}\text{C}$) en relación a los días pre-ovulatorios del ciclo, y que la secreción vaginal se vuelve de mayor viscosidad (el moco es mas abundante, espeso y claro, y se extiende con mayor facilidad). Es la época con mayores posibilidades de que la mujer salga embarazada.

Permite hacer relaciones sexuales: 8 días después de iniciada la menstruación y 8 días antes de la fecha próxima probable

Prohíbe hacer relaciones sexuales cuando el moco se hace muy viscoso y al tratar de separarlo entre los dedos (entre el primer dedo y segundo dedo p.e.) se extiende más de 3cm de longitud.

TEMPERATURA BASAL

Permite tener relaciones sexuales a partir de la tercera noche en que la mujer a comprobado un aumento de su temperatura corporal (menos de 1 grado centígrado) hasta la próxima menstruación. La mujer debe medirse la temperatura vaginal, cada mañana y confeccionar una gráfica, alrededor de la mitad de su ciclo verá que la temperatura se eleva, es el momento más peligroso, pero luego de tres días ya no hay peligro.

Estos métodos se prefieren usar en aquellas mujeres muy responsables

También se considera a la **lactancia materna exclusiva** como un método anticonceptivo natural, aunque si una mujer esta dando de lactar para mayor seguridad se recomienda el uso de algún otro método complementario a partir del primer mes posterior al parto. ¹⁴

¹⁴ Norman A. Beischer. Obstetricia Práctica Editorial. Latinoamericana México 1999

MÉTODO ANTICONCEPTIVO DE BARRERA

Son aquellos métodos que **impiden el ascenso de los espermatozoides** hacia la cavidad uterina, ya sea formando una barrera mecánica (preservativo, diáfragma) o química (óvulos vaginales, jaleas, etc) o la combinación de ambos.

PRESERVATIVO

Se le conoce como condón, el cual debe recubrir totalmente el pene, único método anticonceptivo que ayuda a prevenir el SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual.

DIAFRAGMA

Es un dispositivo colocado en la mujer dentro del introito vaginal. Es poco usado por su dificultad en la colocación, y molestias que genera

OVULOS VAGINALES

Tienen contenido espermicida, se debe colocar la mujer un óvulo quince minutos antes de la relación sexual, y dejarlo allí por lo menos 6 horas después de haber terminado la relación para que tenga efecto.

MÉTODO ANTICONCEPTIVO HORMONAL

Son aquellos métodos basados en el uso de hormonas sexuales (estrógenos y/o progestágenos), cuyos objetivos finales son impedir que se desarrolle la ovulación en la mujer, y generar condiciones adversas en la vagina, cervix y endometrio que impidan que se llegue a realizar la fecundación (unión del espermatozoide con el ovulo).

ANTICONCEPTIVOS ORALES COMBINADOS

Son fármacos de contenido hormonal que **contienen estrógenos y progestágenos**, que se deben tomar diariamente por vía oral para evitar el embarazo, son muy eficaces.

Fumadora y mayor de 35 años, enfermedad hepática, antecedentes de Cáncer de mama o útero, de tromboembolia, presencia de enfermedad venosa grave, afección cardíaca, diabetes, hipertensión mal controlada.

En algunos casos: cefaleas persistentes, depresión, hipertensión, aumento de peso

TRIAGYNON, MELIANE, OVOPLEX, MICROGYNON, NORDETTE, TRICICLOMEX, TRIQUILAR

ANTICONCEPTIVOS ORALES DE SOLO PROGESTAGENOS

Son fármacos que **solo contienen progestágenos**, y que también se toman diariamente, se usan en aquellas mujeres que están dando de lactar, que tienen anemia o no pueden recibir estrógenos.

Sangrado uterino anormal no diagnosticado, antecedentes de tromboemolismo y cáncer de mama.

CERAZET, OVRETTE

INYECCIONES

Consiste en colocarse inyecciones de contenido hormonal, al igual que los anticonceptivos orales, puede haber de contenido combinado (estrógenos y progestágenos) o de solo progestágenos. Se pueden aplicar cada uno, dos o tres meses.

Según el contenido hormonal, las contraindicaciones serán las mismas que las de los anticonceptivos orales.

La mayoría deja de menstruar, algunas aumentan de peso, y otras refieren sangrado frecuente y en escasa cantidad (spotting)

TOPASEL (mensual), NORISTERAT (bimestral), DEPOPROVERA (trimestral)

IMPLANTES

Consiste: En la implantación debajo de la piel del brazo de cápsulas delgadas y flexibles que contienen levo-norgestrel ó desogestrel, progestágenos que se liberan sostenidamente y ejercen su función. El método dura entre 3 a 5 años.

Mujeres con peso menor a 50 kg ó mayor a 70 kg, mujeres que anteriormente no hayan usado algún método hormonal, y mujeres que tengan alguna contraindicación en los métodos anticonceptivos hormonales anteriores.

Aumento o disminución de peso, alteraciones en el sangrado menstrual, dolor mamario

NORPLANT, JADELLE, IMPLANON

PARCHES

Es un método hormonal que consiste en adherir a la piel parches de uso semanal (3 parches durante los primeros 21 días del ciclo, y un periodo de descanso de 7 días).

Las mismas contraindicaciones de los anticonceptivos orales combinados

Los mismos efectos de los anticonceptivos orales combinados

EVRA

ANILLOS VAGINALES

Consiste: En la aplicación vaginal, una vez por mes, de un anillo liberador de hormonas anticonceptivas en el fondo de la vagina. La forma de uso es fácil, y se debe poner el día 3 del ciclo y retirarlo el día 24.

Las mismas contraindicaciones de los anticonceptivos orales combinados

Los mismos efectos de los anticonceptivos orales combinados.¹⁵

DISPOSITIVO INTRAUTERINO (DIU)

Es un método anticonceptivo, que se basa en la colocación dentro de la cavidad uterina de un elemento que con efecto mecánico, químico, u hormonal; impide que los espermatozoides lleguen a fecundar los óvulos, ya que son inmovilizados, o destruidos para que no cumplan su función. Se diferencian de los métodos de barrera porque los DIU actúan a nivel de cavidad uterina, mientras que los de barrera lo hacen a nivel vaginal.

T DE COBRE

Es el dispositivo intrauterino más conocido, que lo implanta el médico, mediante una técnica sencilla, y que libera cobre para hacer su efecto. Se cambia cada 10 años, pero puede retirarse en cualquier momento

Enfermedad inflamatoria pélvica, dolor pélvico crónico, sangrado menstrual abundante, tumores del aparato genital, cáncer de cuello uterino en todos sus estadios, antecedentes de embarazo ectópico, malformación uterina, , paciente con conductas de riesgo para enfermedades de transmisión sexual y embarazo.

Mayor duración del sangrado menstrual, en algunos casos dolor pélvico

DIU HORMONAL

Es un dispositivo en forma de T, como el anterior que libera progesterona. Se cambia una vez al año.

¹⁵ Servicios de Obstetricia del Instituto Mexicano del Seguro Social. Tratado de Obstetricia. Tratado de Fisiología

MÉTODO ANTICONCEPTIVO QUIRÚRGICO

Es un método que consiste en el bloqueo quirúrgico de los conductos que sacan a las células de la fecundación de su almacenamiento (espermatozoides u óvulos)

BLOQUEO TUBARICO BILATERAL

En la mujer se bloquean las trompas de Falopio, impidiendo que el óvulo sea liberado a la cavidad uterina, así este no podrá encontrarse con el espermatozoide. Se le conoce también como "Ligadura de trompas"

Mujeres menores de 30 años.

Mujeres inseguras de haber completado el número de hijos deseados.

Rara vez dolor pélvico crónico

VASECTOMIA

En el varón se bloquean los conductos deferentes, que impiden que los espermatozoides salgan al exterior del pene. Es necesario cuidarse con otro método durante las primeras 20 relaciones sexuales, pues pueden haber quedado espermatozoides por debajo del lugar de bloqueo que pueden provocar un embarazo no deseado

Hombres inseguros de haber completado el número de hijos deseados.¹⁶

¿QUÉ MÉTODO ANTICONCEPTIVO ELEGIR?

Se debe elegir el método **de acuerdo a la facilidad de uso, posibilidades de cumplirlo y efectividad anticonceptiva**. Para ello se debe consultar al médico de los posibles efectos adversos y contraindicaciones en relación al organismo de la persona que lo va a usar.

¹⁶www.gogle.com// Servicios de Tocoginecología. Ministerio de Salud Pública. Normas en Obstetricia Tomo1

Se recomienda que **la decisión en el uso debe ser voluntaria**, y en la medida de lo posible en común acuerdo con la pareja.

¿CÚANDO ES RECOMENDABLE REINICIAR EL USO DE ANTICONCEPTIVOS DESPUES DE HABER TERMINADO UNA GESTACIÓN NORMAL?

Se dice que la lactancia materna es un método anticonceptivo, **a veces** se recomienda en una mujer que esta dando de lactar, empezar con algún método anticonceptivo especial (progestágenos) **al mes de haber finalizado su embarazo**, este método especial no debe influir en la secreción de la leche para el niño. Hay anticonceptivos hormonales especiales para eso.

El DIU se puede colocar inmediatamente después del parto o esperar un tiempo prudencial después del parto hasta que la cavidad uterina haya vuelto a su tamaño..

El Bloqueo Tubárico Bilateral se puede hacer junto a un parto por cesárea, o pocas horas después del parto, sino se tendría que esperar un tiempo prudencial para que el útero haya vuelto a su tamaño normal, en la que se empleará otra técnica de abordaje.

Es necesario saber que una mujer puede salir gestando otra vez, a las pocas semanas de haber tenido un parto, sin que le haya venido alguna menstruación. Es importante consultar con su médico acerca de los métodos de anticoncepción tan pronto haya finalizado el embarazo.

ANTICONCEPCIÓN DE URGENCIA

Se usa cuando una mujer a tenido una relación sexual en las 72 horas previas, en la que involuntariamente ha estado desprotegida, o ha sido víctima de una violación. Como su mismo nombre dice es de urgencia, no se recomienda su uso continuado porque es menos eficaz que los anticonceptivos hormonales convencionales (solo es eficaz en el 98%), porque genera mas molestias y porque es de mayor costo. A este método también se le conoce como el de la píldora del día siguiente.

Se pueden encontrar en las farmacias con el nombre de **NORLEVO** o **POSTINOR**, que cada comprimido contiene 0,75 mg de levonorgestrel, se debe tomar los dos comprimidos juntos en una sola toma (hay estudios que dicen que es mejor que la opción de dar un comprimido cada 12 horas). También hay otros principios farmacológicos diferentes al levonorgestrel que se pueden utilizar como anticoncepción de urgencia que tu médico te puede recetar.

Las contraindicaciones: Sospecha de embarazo o de proceso tromboembólico activo.

Los inconvenientes: Su ingestión puede producir: náuseas, cefalea, mareos, vómitos, u otras molestias hasta en los 10 días posteriores a su ingesta.

6. MATERIAL Y MÉTODO

6.1. DISEÑO DEL ESTUDIO

- **RETROSPECTIVO**
- **DESCRIPTIVO**

6.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

POBLACIÓN. Todas las mujeres con post evento obstétrico derechohabientes del Hospital General Regional No 1 del IMSS de Morelia, Michoacán que acudieron para su atención del 1º de enero al 31 de julio del 2007

MUESTRA. La muestra fue de 3391 (100%) mujeres con post evento obstétrico derechohabientes del Hospital General Regional No 1 del IMSS de Morelia, Michoacán que acudieron para su atención del 1º de enero al 31 de julio del 2007

6.3. CRITERIOS

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Todas las mujeres con pos evento obstétrico derechohabientes del Hospital General Regional No 1 del IMSS de Morelia, Michoacán que acudieron para su atención del 1º de enero al 31 de julio del 2007.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Todas las mujeres con pos evento obstétrico derechohabientes del Hospital General Regional No 1 del IMSS de Morelia, Michoacán que acudieron para su atención del antes del 1º de enero y después del 31 de julio del 2007.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

Todas las mujeres con pos evento obstétrico derechohabientes del Hospital General Regional No 1 del IMSS de Morelia, Michoacán que acudieron para su atención del 1º de enero al 31 de julio del 2007 pero que su expediente se encontró incompleto.

6.4. VARIABLES

VARIABLE DEPENDIENTE

Métodos anticonceptivos

- Hormonales
- DIU
- OTB

VARIABLE INDEPENDIENTE

Mujeres pos evento obstétrico

- Parto
- Cesárea
- Aborto

6.5. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LOS DATOS

El análisis de los datos se llevaron a cabo por medio de la estadística descriptiva del Programa SPSS versión 11.0, los resultados se presentan en tablas y gráficos elaborados con el programa Windows XP.

7. HIPÓTESIS

El 50% de las mujeres con pos evento obstétrico derechohabientes del Hospital General regional No 1 del IMSS de Morelia, Michoacán acepta utilizar métodos anticonceptivos

8. CONSIDERACIONES ÉTICAS

La información que sea proporcionada estará garantizada por la confiabilidad y el resguardo que tendré como investigador.

Se respetará la voluntad de las usuarias para no colaborar en la misma, por tanto su participación será voluntaria.

DECLARACIÓN DE HELSINKI DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL

INTRODUCCIÓN

La Asociación Médica, mundial ha promulgado la declaración de Helsinki como una propuesta de principios éticos que sirva para orientar a los médicos y a otras personas que realicen investigación médica en los seres humanos. La investigación médica en los seres humanos incluye la investigación del material humano o de información identificables.

La declaración de Ginebra de la Asociación Médica Mundial vincula al médico con la fórmula “velar solícitamente y ante todo por la salud de mi paciente”, y el código internacional de ética médica afirma que: “el médico debe actuar solamente en el interés del paciente al proporcionar atención médica que pueda tener efecto de debilitar la condición mental y física del paciente”. La investigación biomédica en seres humanos debe ser realizada solamente por personas científicamente calificadas, bajo la supervisión de una persona médica con competencia clínica. La responsabilidad por el ser humano siempre debe recaer sobre una persona con calificaciones médicas, nunca sobre el individuo sujeto a investigación, aunque este haya otorgado su consentimiento.

PRINCIPIOS BÁSICOS PARA TODA INVESTIGACIÓN

En la investigación médica, es deber del médico proteger la vida, la salud, la intimidad y la dignidad del ser humano.

La investigación médica en los seres humanos debe conformarse con los principios científicos generalmente aceptados, y debe apoyarse en un profundo

conocimiento de la bibliografía científica, en otras fuentes de información pertinente así como experimentos de laboratorio correctamente realizados y en animales, cuando sea oportuno.

Cuando es menor de edad puede en efecto dar su consentimiento, este debe obtenerse además del consentimiento de su tutor legal.

Al investigar, hay que prestar atención adecuada a los factores que puedan perjudicar el medio ambiente. Se debe también cuidar del bienestar de los animales utilizados en los experimentos.

El proyecto y el método de todo procedimiento experimental en seres humanos deben formularse claramente en un protocolo experimental. Este debe enviarse, para consideración, comentario, consejo, y cuando sea oportuno, aprobación, aun comité de evaluación ética especialmente designado, que debe ser independientemente del investigador, del patrocinador o de cualquier otro tipo de influencia indebida. Se sobreentiende que este comité independientemente debe actuar en conformidad con las leyes vigentes en el país donde se realiza la investigación experimental. El investigador tiene la obligación de proporcionar información del control al comité, en especial sobre todo incide adverso grado. El investigador también debe presentar al comité, para que revise la información sobre financiamiento, patrocinadores, afiliaciones institucionales, otros posibles conflictos de interés e incentivos para las personas del estudio.

El protocolo de la investigación debe hacer referencia siempre a las consideraciones éticas que fueran del caso, y debe indicar que se han observado los principios enunciados en esta declaración.

Todo proyecto de investigación médica en seres humanos debe ser precedido de una cuidadosa comparación de los riesgos calculados con los beneficios previsibles para el individuo o para otros. Esto no impide la participación de voluntarios sanos en la investigación médica. El diseño de todos los estudios debe estar disponible para el público.

Los médicos deben abstenerse de participar en proyectos de investigación en seres humanos a menos de que estén seguros de que los riesgos inherentes han sido adecuadamente evaluados y de que es posible hacerles frente de manera satisfactoria. Deben suspender el experimento en marcha si observan que los riesgos que implican son más importantes que los beneficios esperados o si existen pruebas concluyentes de resultados positivos o beneficiosos.

La investigación médica en seres humanos solo debe realizarse cuando la importancia de su objetivo es mayor que el riesgo inherente y los costos para el individuo. Esto es especialmente importante cuando los seres humanos son voluntarios sanos. La investigación médica solo se justifica si existen posibilidades razonables de que la población sobre la que se investiga se realiza, podrá beneficiarse de sus resultados.

Para tomar parte en un proyecto de investigación, los individuos deben ser participantes voluntarios e involuntarios

Siempre debe respetarse el derecho de los participantes en la investigación a proteger su integridad. Debe tomarse toda clase de precauciones para resguardar la intimidad de los individuos, la confidencialidad de la investigación sobre su integridad física y mental de su personalidad.

En toda investigación en seres humanos, cada individuo potencial debe recibir información adecuada acerca de los objetivos, métodos, fuente de funcionamiento, posible conflictos de interés, afiliaciones institucionales del investigador, beneficios calculados, riesgos previsibles e incómodos derivados del experimento.

La persona debe ser informada del derecho de participar o no en la investigación y de retirar su consentimiento informado y voluntario de la persona. Si el consentimiento no se puede obtener por escrito el proceso para obtenerlo debe ser documentado formalmente ante testigos.

CÒDIGO DE NUREMBERG

Experimentos médico permitidos. Son abrumadoras las pruebas que demuestran que algunos tipos de experimentos médicos en seres humanos, cuando se mantienen dentro de límites bien definidos, satisfacen generalmente la ética de la profesión médica. Los protagonistas de las prácticas de experimentos en humanos justifican su puntos de vista basándose en que tales experimentos dan resultados provechosos para la sociedad, que no pueden ser procurados mediante otros métodos de estudios. Todos están de acuerdo, sin embargo en que deben conservar ciertos principios básicos para poder satisfacer conceptos morales, éticos y legales.

1. Es absolutamente esencial el consentimiento voluntario de sujeto humano.

Esto significa que la persona implicada debe tener capacidad legal para dar consentimiento; su situación debe ser tal que pueda ser capaz de ejercer una elección libre, sin intervención de cualquier elemento de fuerza, fraude, engaño o acción u otra forma de constreñimiento o coerción; debe tener suficiente conocimiento y comprensión e los elementos implicados que le capaciten para hacer una decisión razonable e ilustrada.

Este último elemento requiere que antes de que el sujeto de experimentación acepte una decisión afirmativa debe conocer la naturaleza, duración y fines de experimento, el método y los medios con los que será realizado; todos los inconvenientes y riesgos que pueden ser esperados razonablemente y los efectos sobre su salud y persona que pueden posiblemente originarse de su participación en el experimento.

El deber y la responsabilidad para asegurarse de la calidad del consentimiento residen en cada individuo que inicie, dirija o este implicado en el experimento. Es un deber y responsabilidad personales que no pueden ser delegados impunemente.

2. El experimento debe ser tal que de resultados provechosos para el beneficio de la sociedad, no sea obtenible por otros métodos o medios y no debe ser de naturaleza aleatoria o necesaria.

3. El experimento debe ser proyectado y basado sobre los resultados de experimentación animal y de un conocimiento de la historia natural de la enfermedad o de otro problema bajo estudio, de tal forma que los resultados previos justificaran la realización del experimento.
4. El experimento debe ser realizado de tal forma que se evite todos sufrimientos físicos y mentales innecesarios y todo daño.
5. No debe realizarse ningún experimento cuando exista una razón a priori que lleve a creer el que pueda sobrevenir muerte o daño que lleve a una incapacitación, acepto, quizás, en aquellos experimentos en que los médicos experimentales sirven también como sujetos.
6. El grado de riesgo que ha de ser tomado no debe exceder nunca el determinado por la importancia humanitaria del problema que ha de ser resultado con el experimento.
7. Deben realizarse preparaciones propias y proveerse de facilidades adecuadas para proteger al sujeto de experimentación contra posibilidades, incluso remotas, de daño, incapacitación o muerte.
8. El experimento debe ser realizado únicamente por personas científicamente calificadas. Debe exigirse a través de todas las etapas del experimento el mayor grado de experiencia (pericia) y cuidado en aquellos que realizan o están implicados en dicho experimento.
9. Durante el curso del experimento el sujeto humano debe estar en libertad de interrumpirlo si ha alcanzado un estado físico o mental en que la continuación del experimento le parezca imposible.
10. Durante el curso del experimento el científico responsable tiene que estar preparado para terminarlo en cualquier fase, si tiene una razón para creer con toda probabilidad, en el ejercicio de la buena fe que se requiere de el una destreza mayor y un juicio cuidadoso de modo que una continuación del experimento traerá como resultado daño, discapacidad o muerte del sujeto de investigación.

CÒDIGO ÈTICO PARA INVESTIGACIÓN BIOMÈDICA

Para normar la conducta del investigador hay reglas generales y reglas específicas. Hay que señalar que no existe código o reglamento que pueda cubrir todas las situaciones que puedan presentarse en la investigación biomédica. Por lo anterior se hacen necesarios comités o comisiones que analicen los casos individualmente y que tomen decisiones basándose en dichas reglas. El seguimiento de estas reglas es importante para proteger no solo a los pacientes sino también a los investigadores y a las instituciones de investigación, que no están exentos de las leyes que castigan delitos penales, civiles o una conducta no ética. Los principios básicos que deben regir la investigación con humanos en biomédica son los siguientes:

La investigación científica con seres humanos debe basarse en principios de honestidad y respeto a la dignidad y los derechos humanos de los participantes.

En la investigación con humanos el interés y bienestar del individuo debe prevalecer sobre el interés de la ciencia y de la sociedad.

La investigación biomédica con humanos es aceptable siempre y cuando la importancia y trascendencia de los objetivos sean acordes con los riesgos para el participante.

No es admisible una investigación que comprometa las posibilidades de un paciente de acceder a los mejores métodos de diagnósticos y tratamiento en vigor.

La investigación con seres humanos debe seguir los principios científicos generalmente aceptados en su diseño y ejecución, incluyendo bases teóricas sólidas y una metodología apropiada. Esta investigación deben ser conducidas por investigadores calificados en el área con la participación de investigadores clínicos familiarizados con la patología en estudio.

Para poder realizar una investigación con seres humanos con participación de investigadores de biomédicas, todos los protocolos deben ser revisados y autorizados por la comisión de bioética.

Dado lo trascendente de las investigaciones genéticas en seres humanos estas deben analizarse con cuidado extremo atendiendo los códigos en vigor en el país así como las recomendaciones de agencias internacionales. Se recomienda la lectura de la declaración universal del genoma humano y los derechos humanos (UNESCO). La comisión de bioética trabaja actualmente en la elaboración de una propuesta institucional que será dada a conocer en el futuro.

CÓDIGO DE ÉTICA DE LAS ENFERMERAS MEXICANAS

CONCEPTOS ETICOS APLICADOS A LA ENFERMERIA

Adoptado por el Consejo Internacional de Enfermeras en mayo de 1973

Las enfermeras tienen cuatro responsabilidades fundamentales: promover la salud, prevenir las enfermedades, restaurar la salud y aliviar el sufrimiento.

La necesidad de cuidados de enfermería es universal. El respeto por la vida, la dignidad y los derechos del ser humano son condiciones esenciales de la enfermería.

No se hará distinción alguna fundada en consideraciones de nacionalidad, raza, religión, color, edad, sexo, opinión política o posición social.

La enfermera proporciona servicios de enfermería al individuo a la familia y a la comunidad, y coordina sus actividades con otros grupos con los que tiene relación.

LA ENFERMERA Y LAS PERSONAS

La primera responsabilidad de las enfermeras es la consideración de las personas que necesitan su atención profesional.

Al proporcionar atención, la enfermera crea un medio en el que se respetan los valores, las costumbres y las creencias de la persona.

La enfermera mantiene reserva sobre la información personal que recibe y juzga juiciosamente cuando ha de compartirla con alguien.

LA ENFERMERÍA Y EL EJERCICIO DE LA ENFERMERÍA

La enfermera es responsable de su actuación profesional y de mantener válida su competencia por medio de una educación continua.

La enfermera mantiene la máxima calidad de atención posible al aceptar o delegar responsabilidades.

Cuando realiza una actividad profesional, la enfermera debe mantener en todo momento la conducta irreprochable que corresponde a su profesión.

LA ENFERMERA Y LA SOCIEDAD

La enfermera comparte con los demás ciudadanos la responsabilidad de iniciar y apoyar actividades que satisfagan las necesidades de salud y sociales de la colectividad.

LA ENFERMERA Y SUS COMPAÑEROS DE TRABAJO

La enfermera coopera con las personas con las que trabaja en el campo de la enfermería o en otros campos.

La enfermera debe obrar en consecuencia cuando las atenciones que recibe alguien son puestas en peligro por un colega u otra persona.

LA ENFERMERA Y LA PROFESIÓN

A las enfermeras corresponde la principal responsabilidad en la definición y la aplicación de las normas deseables relativas al ejercicio y la enseñanza de la enfermería.

Las enfermeras contribuyen activamente al desarrollo del acervo de conocimientos propios de su profesión.

Por medio de sus asociaciones profesionales las enfermeras participaran en el establecimiento y mantenimiento de condiciones de trabajo de enfermería que sean económica y socialmente justas.

JURAMENTO PARA ENFERMERAS

FLORENCE NIGHTINGALE

" Juro solemnemente ante Dios y en presencia de esta asamblea llevar una vida digna y ejercer mi profesión honradamente.

Me abstendré de todo cuanto sea nocivo o dañino, y no tomare ni suministrare cualquier substancia o producto que sea perjudicial para la salud.

Haré todo lo que este a mi alcance para elevar el nivel de la enfermería y considerare como confidencial toda información que me sea revelada en el ejercicio de mi profesión, así como todos los asuntos familiares en mis pacientes.

Seré una fiel asistente de los médicos y dedicare mi vida al bienestar de las personas confiadas a mi cuidado"

El juramento de Florence Nightingale fue redactado por una comisión especialmente nombrada por el Colegio Farrand del Hospital Harper, de Detroit, en el año 1893...Se decidió darle este nombre porque él simboliza la enfermera ideal.

CÓDIGO DE ÉTICA DE ENFERMERÍA

- La responsabilidad fundamental de la enfermera tiene tres aspectos: conservar la vida, aliviar el sufrimiento y fomentar la salud.
- La enfermera debe aplicar en todo momento las normas más elevadas de los cuidados de enfermería y conducta profesional.
- La enfermera no sólo tiene que estar bien preparada para ejercer sino que tiene que mantener sus conocimientos y capacidades al elevado nivel que corresponda.
- Deben respetarse las creencias religiosas del paciente.
- La enfermera mantendrá reserva sobre la información personal que reciba.
- La enfermera conoce no sólo sus responsabilidades sino también las limitaciones de su función profesional; recomienda o da tratamiento médico sin orden del médico sólo en caso de urgencia e informa a éste lo más pronto posible.
- La enfermera tiene la obligación de llevar a cabo con inteligencia y lealtad las órdenes del médico y de negarse a participar en procedimientos no éticos.
- La enfermera mantiene la confianza en el médico y demás miembros del equipo de salud: la incompetencia o conducta no ética de los miembros del equipo sólo deben exponerse a la autoridad competente.
- La enfermera tiene derecho a una remuneración justa y sólo acepta esa compensación según prevea el contrato real o implícito.
- La enfermera no permite que su nombre sea utilizado para la publicidad de productos ni en relación con ninguna otra forma de publicidad personal.
- La enfermera coopera y mantiene una relación armoniosa con los miembros de otras profesiones y con sus colegas de enfermería.
- La enfermera en su vida privada mantiene una conducta irreprochable que acredite a su profesión.
- La conducta personal de la enfermera no debe descuidar conscientemente las normas de comportamiento aceptadas de la comunidad en que vive y trabaja.
- La enfermera debe participar y compartir con otros ciudadanos y otras profesiones de salud la responsabilidad de iniciativas tendientes a satisfacer las necesidades de salud del público locales, estatales, nacionales e internacionales.

9. RESULTADOS Y ANÁLISIS DE LOS DATOS

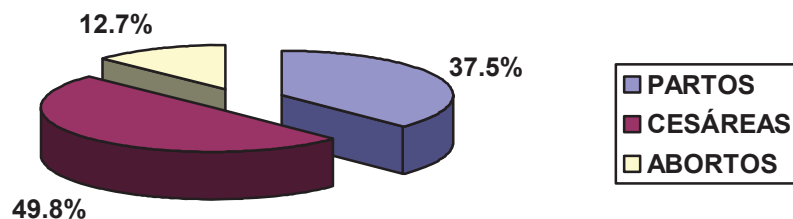
Cuadro No 1

CLASIFICACIÓN POST EVENTO DE LAS MUJERES DERECHOHABIENTES DEL HOSPITAL GENERAL REGIONAL No.1 DEL IMSS EN MORELIA, MICHOACÁN. OCTUBRE DEL 2007

| EVENTOS POST OBSTÉTRICOS | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|---------------------------------|-------------------|-------------------|
| PARTOS | 1271 | 37.5% |
| CESÁREAS | 1690 | 49.8% |
| ABORTOS | 328 | 12.7% |
| TOTAL | 3391 | 100.0% |

Fuente: Estadísticas del IMSS de Morelia, Michoacán. Octubre del 2007

GRÁFICO No 1



Fuente: Cuadro No 1

Interpretación: De acuerdo a la clasificación los eventos post obstétricos de las mujeres derechohabientes del Hospital Regional No 1 del IMSS en Morelia se encontró: que el 49.8% (1690) parto por cesárea, el 37.5% (1271) fue por parto normal y el 12.7% (328) se les realizó aborto.

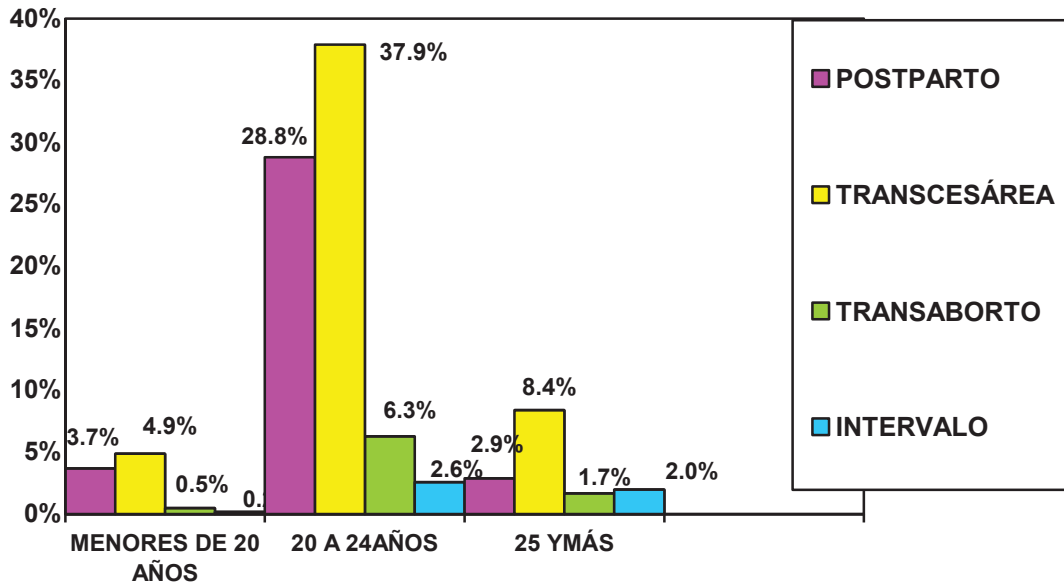
GRÁFICA NO. 2

PROGRAMAS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR ACEPTANTES DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS SEGÚN GRUPOS DE EDAD

| EVENTOS | - de 20 años | | 20- 24 AÑOS | | 25 Y MÁS | | TOTAL | |
|--------------|--------------|------|-------------|-------|----------|-------|-------|--------|
| | F | % | F | % | F | % | F | % |
| POSPARTO | 127 | 3.7% | 975 | 28.8% | 97 | 2.9% | 1199 | 35.4% |
| TRANSCESÁREA | 166 | 4.9% | 1286 | 37.9% | 284 | 8.4% | 1736 | 51.1% |
| TRANSABORTO | 16 | 0.5% | 215 | 6.3% | 59 | 1.7% | 290 | 8.6% |
| INTERVALO | 8 | 0.2% | 87 | 2.6% | 71 | 2.0% | 166 | 4.9% |
| TOTAL | 317 | 9.3% | 2563 | 75.6% | 511 | 15.1% | 3391 | 100.0% |

Fuente: Estadísticas del IMSS de Morelia, Michoacán. Octubre del 2007

GRÁFICA No 2



Fuente: Cuadro No 2

INTERPRETACIÓN: De acuerdo a la clasificación de los programas de planificación familiar en mujeres derechohabientes del Hospital General Regional No 1 del IMSS en Morelia se encontró que en mujeres menores de 20 años el 3.7%(127) fueron posparto, el 4.9%(166) transcesárea, el 0.5%(16) transaborto y el 0.2% (8) tienen un intervalo de tiempo. De 20 a 34 años el 28.8%(975) fueron posparto, el 37.9%(1286) transcesárea, el 6.3%(215) transaborto y el 2.6% (87) tienen un intervalo de tiempo, de 25 años y más el 2.9%(97) fueron posparto, el 8.4%(284) transcesárea, el 1.7%(59) transaborto y el 2.0% (71) tienen un intervalo de tiempo.

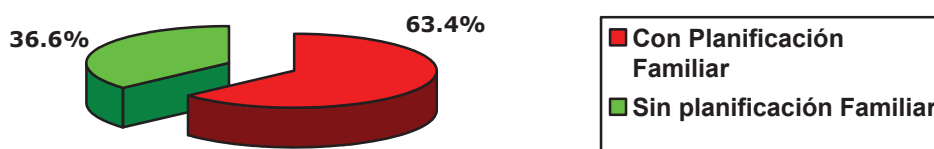
Cuadro No 3

CLASIFICACIÓN DE PARTOS NORMALES DE LAS MUJERES DERECHOHABIENTES DEL HOSPITAL GENERAL REGIONAL No. 1 DEL IMSS EN MORELIA, MICHOACÁN. OCTUBRE DEL 2007

| PARTOS | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|----------------------------|-------------------|-------------------|
| Con Planificación Familiar | 806 | 63.4% |
| Sin planificación Familiar | 465 | 36.6% |
| TOTAL | 1271 | 100.0% |

Fuente: Estadísticas del IMSS de Morelia, Michoacán. Octubre del 2007

GRÁFICO No 3



Fuente: Cuadro No 3

Interpretación: De acuerdo a la clasificación de los partos de las mujeres derechohabientes del Hospital Regional No 1 del IMSS en Morelia se encontró: que el 63.4% (806) son partos con planificación familiar, el 36.6% (465) fue por parto sin planificación familiar.

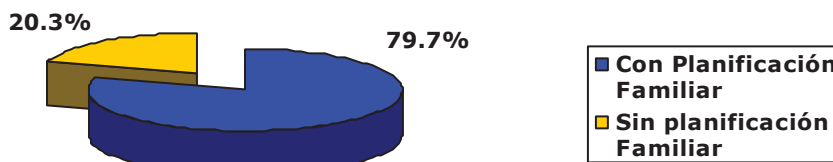
Cuadro No. 4

CLASIFICACIÓN DE PARTOS POR CESÁREAS DE LAS MUJERES DERECHOHABIENTES DEL HOSPITAL GENERAL REGIONAL No. 1 DEL IMSS EN MORELIA, MICHOACÁN. OCTUBRE DEL 2007

| CESÁREAS | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|----------------------------|-------------------|-------------------|
| Con Planificación Familiar | 1346 | 79.7% |
| Sin planificación Familiar | 344 | 20.3% |
| TOTAL | 1690 | 100.0% |

Fuente: Estadísticas del IMSS de Morelia, Michoacán. Octubre del 2007

GRÁFICO No 4



Fuente: Cuadro No 4

Interpretación: De acuerdo a la clasificación de los partos por cesáreas de las mujeres derechohabientes del Hospital Regional No 1 del IMSS en Morelia se encontró: que el 79.7% (1346) son partos por cesáreas con planificación familiar, el 20.3% (344) fueron partos por cesáreas sin planificación familiar.

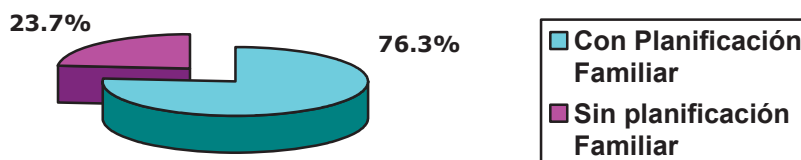
Cuadro No. 5

CLASIFICACIÓN DE ABORTOS EN LAS MUJERES DERECHOHABIENTES DEL HOSPITAL GENERAL REGIONAL No. 1 DEL IMSS EN MORELIA, MICHOACÁN. OCTUBRE DEL 2007

| ABORTOS | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|----------------------------|------------|------------|
| Con Planificación Familiar | 328 | 76.3% |
| Sin planificación Familiar | 102 | 23.7% |
| TOTAL | 430 | 100.0% |

Fuente: Estadísticas del IMSS de Morelia, Michoacán. Octubre del 2007

Gráfico 5



Fuente: Cuadro No 5

Interpretación: De acuerdo a la clasificación de los abortos en las mujeres derechohabientes del Hospital General Regional No 1 del IMSS en Morelia se encontró: que el 76.3% (328) son abortos con planificación familiar, el 23.7% (102) fueron abortos sin planificación familiar.

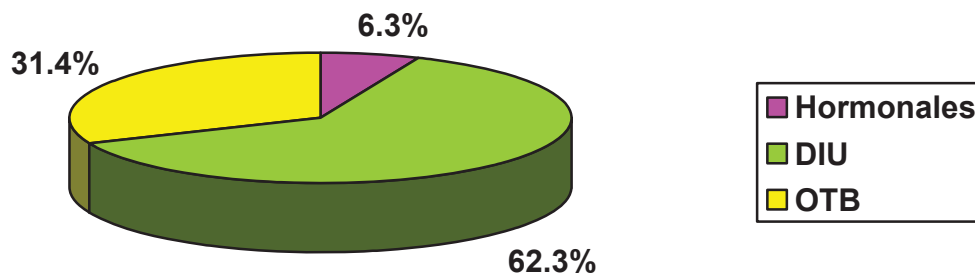
Cuadro No. 6

CLASIFICACIÓN DE LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS UTILIZADOS POR LAS MUJERES DERECHOHABIENTES DEL HOSPITAL GENERAL REGIONAL No. 1 DEL IMSS EN MORELIA, MICHOACÁN. OCTUBRE DEL 2007

| MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|--------------------------------|-------------------|-------------------|
| HORMONALES | 157 | 6.3% |
| DIU | 1547 | 62.3% |
| OTB | 778 | 31.4% |
| TOTAL | 2482 | 100.0% |

Fuente: Estadísticas del IMSS de Morelia, Michoacán. Octubre del 2007

Gráfico 6



Fuente: Cuadro No 6

Interpretación: De acuerdo a la clasificación de los métodos anticonceptivos utilizados por las mujeres derechohabientes del Hospital General Regional No 1 del IMSS en Morelia se encontró: que el 62.3% (1547) usan el DIU para su planificación familiar, el 31.3% (778) se realizaron la obstrucción tubárica ovaria (OTB) y el 6.3%(157) se les proporcionó hormonales.

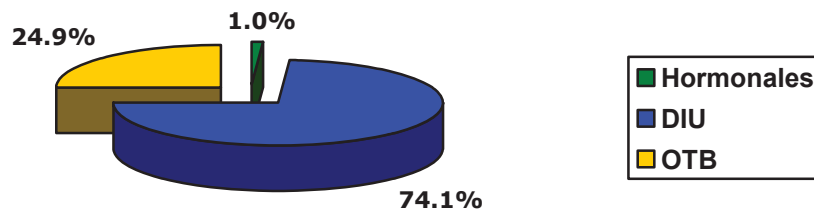
Cuadro No. 7

MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS POST PARTO DE LAS MUJERES DERECHOHABIENTES DEL HOSPITAL GENERAL REGIONAL No. 1 DEL IMSS EN MORELIA, MICHOACÁN. OCTUBRE DEL 2007

| PARTO | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|--------------|-------------------|-------------------|
| Hormonales | 8 | 1.0% |
| DIU | 597 | 74.1% |
| OTB | 201 | 24.9% |
| TOTAL | 806 | 100.0% |

Fuente: Estadísticas del IMSS de Morelia, Michoacán. Octubre del 2007

GRÁFICO No 7



Fuente: Cuadro No 7

Interpretación: De acuerdo a la clasificación de métodos anticonceptivos pos parto utilizados por las mujeres derechohabientes del Hospital General Regional No 1 del IMSS en Morelia se encontró: que el 74.1% (597) uso el DIU para su planificación familiar, el 24.9% (201) se realizó la Obstrucción tubárica (OTB) y el 1.0% (8) aceptó usar hormonales.

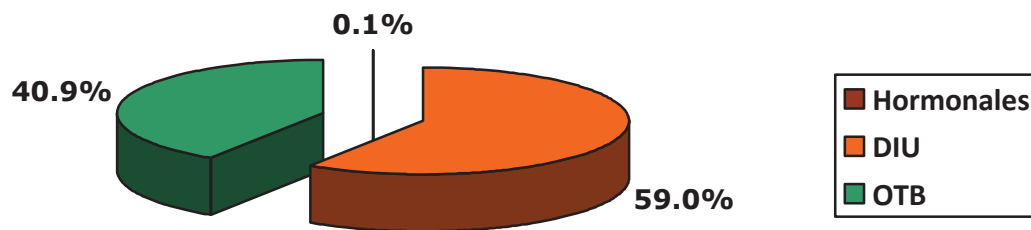
Cuadro No. 8

MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS POST CESÁREAS DE LAS MUJERES DERECHOHABIENTES DEL HOSPITAL GENERAL REGIONAL No. 1 DEL IMSS EN MORELIA, MICHOACÁN. OCTUBRE DEL 2007

| CESÁREA | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|----------------|-------------------|-------------------|
| Hormonales | 1 | 0.1% |
| DIU | 794 | 59.0% |
| OTB | 551 | 40.9% |
| TOTAL | 1346 | 100.0% |

Fuente: Estadísticas del IMSS de Morelia, Michoacán. Octubre del 2007

GRÁFICO No 8



Fuente: Cuadro No 8

Interpretación: De acuerdo a la clasificación de métodos anticonceptivos pos cesárea utilizados por las mujeres derechohabientes del Hospital General Regional No 1 del IMSS en Morelia se encontró: que el 59% (794) aceptaron el DIU, el 40.9% (551) se realizaron la OTB y el 0.1% (1) aceptó hormonal.

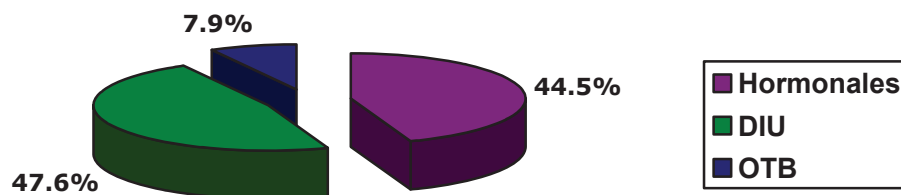
Cuadro No. 9

MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS POST ABORTO DE LAS MUJERES DERECHOHABIENTES DEL HOSPITAL GENERAL REGIONAL No. 1 DEL IMSS EN MORELIA, MICHOACÁN. OCTUBRE DEL 2007

| ABORTO | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|---------------|-------------------|-------------------|
| Hormonales | 146 | 44.5% |
| DIU | 156 | 47.6% |
| OTB | 26 | 7.9% |
| TOTAL | 328 | 100.0% |

Fuente: Estadísticas del IMSS de Morelia, Michoacán. Octubre del 2007

GRÁFICO No 9



Fuente: Cuadro No 9

Interpretación: De acuerdo a la clasificación de los métodos anticonceptivos pos aborto utilizados por las mujeres derechohabientes del Hospital General Regional no 1 del IMSS en Morelia se encontró: que el 47.6 (156) aceptaron el DIU, el 44.5% (146) aceptaron realizarse la OTB y el 7.9% (26) aceptó hormonal.

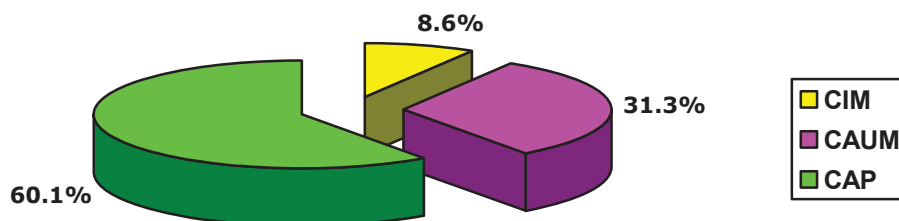
Cuadro No. 10

CAUSAS DE LA NO PLANIFICACIÓN DE LAS MUJERES DERECHOHABIENTES DEL HOSPITAL GENERAL REGIONAL No. 1 DEL IMSS EN MORELIA, MICHOACÁN. OCTUBRE DEL 2007

| CAUSAS DE LA NO PLANIFICACIÓN | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|--------------------------------------|-------------------|-------------------|
| CIM | 78 | 8.6% |
| CAUM | 285 | 31.3% |
| CAP | 547 | 60.1% |
| TOTAL | 911 | 100.0% |

Fuente: Estadísticas del IMSS de Morelia, Michoacán. Octubre del 2007

GRÁFICA No. 10



Fuente: Cuadro No 10

Interpretación: De acuerdo a la clasificación de la causas de la no planificación de las mujeres derechohabientes del Hospital General Regional No 1 del IMSS en Morelia se encontró que el 60.1% (545) no aceptaron el método por contraindicaciones en amenaza de parto prematuro (CAP), 31.3% (285) por falta de información del personal de salud de la unidad médica y el 8.6% (78) por contraindicaciones médicas.

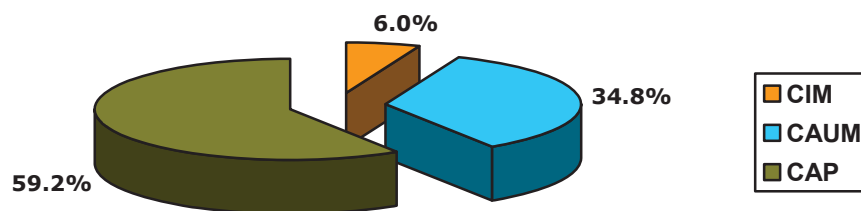
Cuadro No. 11

CAUSAS DE LA NO PLANIFICACIÓN DE LAS MUJERES POST PARTO EN DERECHOHABIENTES DEL HOSPITAL GENERAL REGIONAL No. 1 DEL IMSS EN MORELIA, MICHOACÁN. OCTUBRE DEL 2007

| CAUSAS DE LA NO PLANIFICACIÓN | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|-------------------------------|------------|------------|
| CIM | 28 | 6.0% |
| CAUM | 162 | 34.8% |
| CAP | 275 | 59.2% |
| TOTAL | 465 | 100.0% |

Fuente: Estadísticas del IMSS de Morelia, Michoacán. Octubre del 2007

GRÁFICA NO.11



Fuente: Cuadro No 11

Interpretación: De acuerdo a la clasificación de la causas de la no planificación de las mujeres post parto derechohabientes del Hospital General Regional No 1 del IMSS en Morelia se encontró que el 59.2% (275) no aceptaron el método por contraindicaciones en amenaza de parto prematuro (CAP), 34.8% (162) por falta de información del personal de salud de la unidad médica y el 6.0% (28) por contraindicaciones médicas.

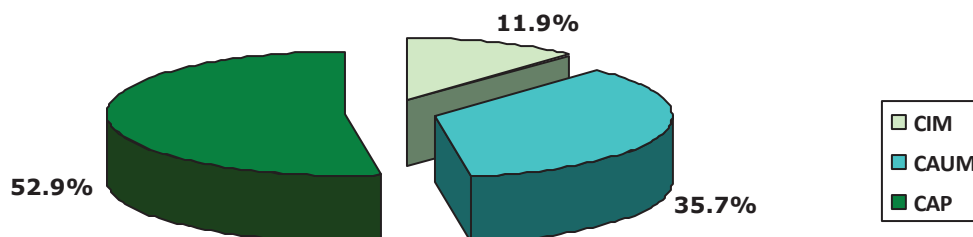
Cuadro No. 12

CAUSAS DE LA NO PLANIFICACIÓN DE LAS MUJERES POST CESÁREA EN DERECHOHABIENTES DEL HOSPITAL GENERAL REGIONAL No. 1 DEL IMSS EN MORELIA, MICHOACÁN. OCTUBRE DEL 2007

| CAUSAS DE LA NO PLANIFICACIÓN | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|-------------------------------|------------|------------|
| CIM | 41 | 11.91% |
| CAUM | 121 | 35.71% |
| CAP | 182 | 52.90% |
| TOTAL | 344 | 100.0% |

Fuente: Estadísticas del IMSS de Morelia, Michoacán. Octubre del 2007

GRÁFICA NO.12



Fuente: Cuadro No 12

Interpretación: De acuerdo a la clasificación de la causas de la no planificación de las mujeres post cesárea derechohabientes del Hospital General Regional No 1 del IMSS en Morelia se encontró que el 59.2% (275) no aceptaron el método por contraindicaciones en amenaza de parto prematuro (CAP), 34.8% (162) por falta de información del personal de salud de la unidad médica y el 6.0% (28) por contraindicaciones médicas.

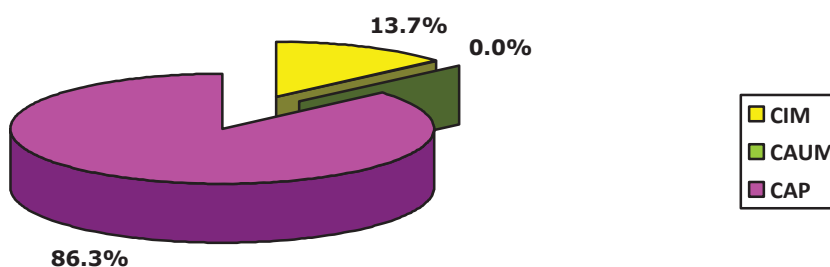
Cuadro No. 13

CLASIFICACIÓN DE LAS CAUSAS DE LA NO PLANIFICACIÓN DE LAS MUJERES POST ABORTO EN DERECHOAHABIENTES DEL HOSPITAL GENERAL REGIONAL No. 1 DEL IMSS EN MORELIA, MICHOACÁN. OCTUBRE DEL 2007

| CAUSAS DE LA NO PLANIFICACIÓN | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|-------------------------------|------------|------------|
| CIM | 14 | 13.7% |
| CAUM | 0 | 0 |
| CAPP | 88 | 86.3% |
| TOTAL | 102 | 100.0% |

Fuente: Estadísticas del IMSS de Morelia, Michoacán. Octubre del 2007

GRÁFICA NO.13



Fuente: Cuadro No 13

Interpretación: De acuerdo a la clasificación de la causas de la no planificación de las mujeres post aborto derechohabientes del Hospital General Regional No 1 del IMSS en Morelia se encontró que el 86.3% (88) no aceptaron el método por contraindicaciones en amenaza de parto prematuro (CAPP), el 13.7% (14) por contraindicaciones médicas.

10. CONCLUSIONES

COMPROBACIÓN DE LA HIPÓTESIS

El 50% de las mujeres con pos evento obstétrico derechohabientes del Hospital General regional No 1 del IMSS de Morelia, Michoacán acepta utilizar métodos anticonceptivos

De 3391 mujeres con pos evento obstétrico atendidas en el Hospital General regional No 1 del IMSS, 2480 aceptaron utilizar un método anticonceptivo y solo 911 no aceptaron.

Para comprobar la hipótesis se utilizó la prueba Chi cuadrada.

$X^2 = 72.711$ con una significancia de 0.000 lo que nos indica que se comprueba la hipótesis ya que más del 50% de las mujeres con pos evento obstétrico derechohabientes del Hospital General regional No 1 del IMSS aceptaron utilizar algún método anticonceptivo.

- La edad mínima de las mujeres estudiada fue de 15 años , la edad mayor de las mujeres fue de 45años.
- La edad promedio de la población fue de 23.3 años
- De cada 3 mujeres atendidas de parto normal, 2 aceptaron utilizar algún método anticonceptivo.
- De cada 4 mujeres atendidas de cesárea y aborto, 3 aceptaron llevar algún método anticonceptivo.
- De cada 4 mujeres atendidas por parto normal 3 aceptaron utilizar el DIU y 1 la OTB y los hormonales menos del 1%

- De cada 4 mujeres atendidas por cesárea 2 aceptaron utilizar el DIU y 2 la OTB
- De cada 5 mujeres atendidas por aborto 2 aceptaron utilizar Hormonales, 2 el DIU, 1 la OTB.

11. PROPUESTAS

- Promocionar el derecho que tiene la población a recibir información veraz y oportuna sobre anticonceptivos y planificación familiar, esto por medio de rotafolios, es un auxiliar que consiste en una serie de láminas que por medio de ilustraciones y textos se desarrolla el tema, el útil para grupos que no sean mayores de 50 personas.
- El acceso a diferentes opciones, métodos y estrategias anticonceptivas, las cuales se deben de proporcionar con absoluto respeto a la dignidad de los individuos y de las parejas, y del derecho a su libre decisión, hablarles de cada uno de los métodos que existen y cuales son los de mayor seguridad tanto para su salud como para planificar su vida como pareja, brindándoles todo el apoyo que pidan y con la merecida amabilidad y respeto que se merecen.
- Orientación y consejería iniciales desde la atención prenatal y no deberán usarse métodos anticonceptivos que interfieran con la lactancia materna. Informales desde la consulta externa cuales son los cuidados y precauciones que se deben de tomar durante el embarazo y posteriormente tanto para la madre como para el bebé, darles las diferentes opciones de métodos anticonceptivos sin que interfieran en la salud de ambos, proporcionales a su vista que conozcan cuáles son los métodos anticonceptivos que existen y como son.
- La información y prestación de los servicios de planificación familiar deberán otorgarse, considerando la diversidad cultural y étnica de la población. Debemos de informar a la gente mediante carteles, son un medio masivo, proporcionan a golpe vista información llamando la atención por sus diferentes colores y dibujos, de igual manera respetando la cultura de cada persona, pero como personal de salud hablarles de las ventajas que nos deja el usar un método anticonceptivo como planificación familiar y reiterándoles que es por el bien tanto de la mujer como los hijos.

12. BIBLIOGRAFÍA

1. INSTITUTO Mexicano del Seguro Social, "Manual para el uso de Metodología Anticonceptiva"; Dirección de prestaciones Médicas. Coordinación de Salud Reproductiva y Materno Infantil 2ª Edición 1998, Pág.7
2. FEDERACIÓN MEXICANA DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA, calle de Nueva York Número 38, Colonia Nápoles, Cp. 03810, México, D.F. México 2006
3. MEDIMECUM. Guía para el Uso de Métodos Anticonceptivos Guia de Terapia Farmacológica 2004. Adis International Ltd. Biden Secretaría de Salud Pág. 23 Y, (Según la OMS)
4. INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL;"Manual de Procedimientos de Planificación Familiar" Dirección de Prestaciones México. Coordinación de Salud Reproductiva y Materno Infantil 2ª Edición 1998, Pág. 8
5. HATCHER, R Ley General de Salud.. Y col. Lo esencial de la tecnología anticonceptiva. Programa de Información en Población de la Universidad Johns Hopkins, Population
6. SZASZ Ivonne y Susana Lerner. Sexualidad en México
7. AGUILAR GIL José Ángel y Beatriz Mayén Hernández Texto tomado y editado de la Salud Sexual y Reproductiva en la Adolescencia: Manual Educativo para Prestadores de Servicios de Salud. De. Celsam, Explora México 2001
8. HERBERT, Martin. Vivier con Adolescentes, Editorial Planeta, México 2001
9. DONALD R. Astergard Manual de Gineco-Obstetricia 1ª Edición Editorial Pax México D.F.
10. SUÁREZ Muñoz La Educación Sexual a los niños y jóvenes mexicanos, Suárez-Muñoz Ediciones 1999.
11. HIGASHIDA, B., Ciencias de la Salud, 2ª Edición, Mc Graw-Hill/ Interamericana de México, 2001

12. ORTEGA José Enciclopedia Microsoft Encarta 2002. Apuntes Pedagógicos.
NORMAN A. Beischer. Obstetricia Práctica Editorial. Latinoamericana México
1999
13. Servicios de Obstetricia del Instituto Mexicano del Seguro Social. Tratado de
Obstetricia. Tratado de Fisiología
14. www.gogle.com// Servicios de Tocoginecología. Ministerio de Salud
Pública. Normas en Obstetricia Tomo1
15. DR. DE LA FUENTE Juan Ramón. Secretaría de Salud “Derecho a libre
Decisión. Dirección General de Salud Reproductiva 2001. Pág.78-82
16. Sexualidades en México. Instituto Mexicano del Seguro Social Manual de
Procedimientos de Planificación Familiar. Edición 1998 Pág. 8
17. El anteproyecto del *Código de Enfermería*. Dr. Tesfamicael Ghebrehiwet,

13. ANEXOS

DISCUSIÓN PARTO Y CESÁREA

El parto es un proceso natural que sólo requiere un poco de atención al niño en el momento de nacer y una ayuda a la madre después. Los síntomas inequívocos empiezan por la pérdida del tapón mucoso, que se irá soltando poco a poco, entre siete y dos días antes del parto. Aparecen también las contracciones, al principio suaves.

Se debe medir la frecuencia (entre 15 y 30 minutos al principio) y su duración (15 ó 20 segundos). Cuando las contracciones se repitan cada tres minutos durante media hora, es el momento oportuno de acudir al hospital.

Una cesárea es un tipo de parto en el cual se practica una incisión quirúrgica en el abdomen (laparotomía) y el útero de la madre para extraer uno o más fetos. Suele practicarse cuando un parto vaginal podría conducir a complicaciones médicas.

Se recomienda la cesárea cuando el parto vaginal puede ser arriesgado para el niño o la madre. Algunas posibles razones son:

- Trabajo de parto prolongado o distocia
- Sufrimiento fetal aparente
- Sufrimiento maternal aparente
- Complicaciones como pre-eclampsia o eclampsia
- Nacimientos múltiples
- Mala colocación del bebe, (cabeza hacia arriba en lugar de hacia la pelvis)
- Presentación anormal
- Inducción del trabajo de parto fallida

- Parto instrumental fallido
- Bebé muy grande (macrosomía)
- Placenta muy baja o placenta previa
- Pelvis contraída
- Evidencia de infección intrauterina
- Algunas veces, cesárea previa

MÁS ACERCA DE LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

Que **el aborto no es un método anticonceptivo**, y que en muchos países está prohibido ser inducido.

Que los DIU y los anticonceptivos de emergencia **no son abortivos**.

Que **la decisión en el uso de un método es voluntaria**, y que en lo posible debe ser una decisión compartida con la pareja.

Que en el mundo sabemos que cada vez somos mas personas, y que **un niño al nacer, se merece tener un futuro seguro con educación, alimentación, salud, vivienda y amor**, para que posteriormente pueda desarrollarse.

Que el inicio de relaciones sexuales depende de los valores que la persona haya adquirido a lo largo de su vida, y de la responsabilidad que tenga que afrontar si de ello resultaría una gestación.

Se debe recordar que una mujer puede salir gestando otra vez, a las pocas semanas que haya tenido un parto, sin que le haya venido alguna menstruación.

Que las personas con antecedentes de cáncer de mama, tromboembolia, enfermedad cardiaca, epilepsia, enfermedad hepática, migraña, etc., deben ser evaluadas por su médico antes de decidirse por el uso de algún método anticonceptivo.

Que antiguamente había DIU en forma de espiral y dejaron de usarse por su alta tasa de fallas ¹⁷

CONTRAINDICACIONES DE LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

Si se sospecha de alguna de las siguientes situaciones:

- ✓ Sospecha de embarazo
- ✓ Cefalea intensa
- ✓ Alteraciones visuales
- ✓ Dolor torácico intenso
- ✓ Disnea
- ✓ Dolor de miembros inferiores
- ✓ Ictericia
- ✓ Persistencia o intolerancia de efectos colaterales, por más de seis meses

POSIBLES EFECTOS SECUNDARIOS

- ✓ Náuseas
- ✓ Vómitos
- ✓ Cefalea
- ✓ Sangrados inter-menstruales
- ✓ Falta de sangrado
- ✓ Alteraciones de carácter
- ✓ Disminuir el deseo sexual

CAUSAS DE NO PROTECCIÓN ATRIBUIBLES

- ✓ Ruptura prematura de membranas
- ✓ Aborto séptico
- ✓ Cavidad uterina deformada

¹⁷ Secretaría de Salud "Derecho a libre Decisión. Dr. Juan Ramón de la Fuente. Dirección General de Salud Reproductiva 2001. Pág.78-82

- ✓ Infección tracto genital
- ✓ Hemorragia post evento obstétrico
- ✓ Quirófano no disponible
- ✓ Método no disponible
- ✓ Información insuficiente
- ✓ Información inadecuada
- ✓ Omisión en la entrega
- ✓ Vasectomizado
- ✓ Efectos secundarios
- ✓ No desea método natural y/o de barrera¹⁸

GLOSARIO

APARATO REPRODUCTOR: El proceso de reproducción sexual se caracteriza por la participación de gametos células sexuales especializadas que se producen en el interior de las gónadas.

EL EMBARAZO: Es normal que durante el embarazo la mujer sufra de dolores de cabeza y de estómago, náuseas y estreñimiento. No es recomendable que se tomen medicamentos como laxantes, calmantes o aspirina para aliviar los dolores.

LA MENOPAUSIA: Es la desaparición de las hormonas femeninas.

LOS TUMORES: Los tumores o fibromas del útero pueden causar hemorragias durante la menstruación. En estos casos se debe hacer una histerectomía.

¹⁸ Sexualidades en México. Instituto Mexicano del Seguro Social Manual de Procedimientos de Planificación Familiar. Edición 1998 Pág. 8

LOS QUISTES: son tumores de contenido líquido. Al igual que cualquier tumor se deben de eliminar.

PLANIFICACIÓN FAMILIAR: Es un proceso en el que la mujer decide **cuantos hijos quiere tener y cuando quiere tenerlos**. Se inicia cuando la mujer empieza a tener relaciones sexuales y permanece durante toda su edad reproductiva (hasta la menopausia).

ANTICONCEPCIÓN: Son todos los métodos o procedimientos que puedes usar para prevenir un embarazo no deseado.

UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLÁS DE HIDALGO

FACULTAD DE ENFERMERÍA

Se está realizando un estudio sobre aceptación y rechazo de los métodos anticonceptivos en mujeres con pos evento obstétrico en el Hospital General Regional No 1 del IMSS de Morelia, con el objetivo de determinar las causas por las que dejan de utilizarlos por lo que le solicitamos participe en forma voluntaria en este estudio.

Conteste las siguientes preguntas:

- 1.-¿Cual es tu edad?
- 2.-¿Hasta que grado escolar cursaste?
- 3.-¿Cuál es tu estado civil?
- 4.-¿ Cual es tu ocupación?
- 5.-¿Cuántos hijos tienes?
- 6.- ¿Cuántos abortos has tenido?

7.-¿Qué método anticonceptivo utiliza?

8.-¿ Cuales son las causas por las que no utiliza método anticonceptivo?

9.- ¿has presentado alguna patología?

10.-¿Cuántos partos normales has tenido?

11.-¿Cuántas cesáreas te han realizado?

12.-¿Qué complicaciones ha presentado por no utilizar planificación familiar?

Muchas gracias por tu participación