



ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE JESÚS
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
CLAVE 3295 -12



PLANIFICACIÓN FAMILIAR

TESINA

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:
ALCÁNTARA JIMÉNEZ ILSE PAULINA

ASESOR:
MTRA. EDITH TAMARA MIRANDA TERRAZAS

CIUDAD DE MÉXICO, AGOSTO 2019



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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



ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE JESÚS
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
CLAVE 3295 -12



L.E.O. SILVIA BALDERAS BARRANCO
UNIDAD DE INVESTIGACIÓN
PRESENTE:

Adjunto a la presente me permito a enviar a usted la Tesina Profesional:

PLANIFICACIÓN FAMILIAR

Elaborado Por:

ALCÁNTARA JIMÉNEZ ILSE PAULINA

Una vez reunidos los requisitos establecidos por la Legislación Universitaria, apruebo su contenido para ser presentada y defendida en el examen profesional, que se presentara para obtener el título de Licenciada en Enfermería y Obstetricia.

ATENTAMENTE

MTRA. EDITH TAMARA MIRANDA TERRAZAS



ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE JESÚS
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
CLAVE 3295 -12



AUTORIZACIÓN DEL TRABAJO

LIC. MANOLA GIRAL DE LOZANO
DIRECTORA GENERAL DE INCORPORACIÓN Y
REVALIDACIÓN DE ESTUDIOS (UNAM)
PRESENTE:

Me permito informar a usted que el trabajo escrito:

PLANIFICACIÓN FAMILIAR

Elaborado por:

<u>ALCÁNTARA</u>	<u>JIMÉNEZ</u>	<u>ILSE PAULINA</u>	<u>413502557</u>
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre	Núm. De Cuenta

Alumno (s) de la carrera de Licenciatura en Enfermería y Obstetricia

Reúne (n) los requisitos académicos para su impresión.

Ciudad de México a 1 de febrero de 2019

Mtra. Edith Tamara Miranda Terrazas

Nombre y Firma del Asesor de Tesis

Dra. Tomasa Juárez Caporal

Nombre y Firma
Director Técnico de la Carrera



ESCUELA DE ENFERMERIA DE
HOSPITAL DE JESUS
CLAVE 3295-12 UNAM

Sello de la Institución



Agradecimientos

A Dios

Por haberme permitido llegar hasta este punto y haberme dado salud para lograr mis objetivos, además de su infinita bondad y amor.

A mi madre Ma. Teresa Jiménez Ramírez

Gracias a mi mamá por ser la principal promotora de mis sueños, gracias a ella por cada día confiar, creer en mí y en mis expectativas, gracias por estar dispuesta a acompañarme cada larga y agotadora noche de estudio; por siempre desear y anhelar lo mejor para mi vida, gracias por cada consejo y por cada una de sus palabras que me guiaron durante mi vida.

Gracias a Dios por la vida de mi mamá, también porque cada día bendice mi vida con la hermosa oportunidad de estar y disfrutar al lado de las personas que sé que más me aman, y a las que yo sé que más amo en mi vida, gracias a Dios por permitirme amar a mi mamá.

A mi Tía Mónica Jiménez Ramírez y Marco Iván kidder

Por haberme apoyado en todo momento, por sus consejos, sus valores, por la motivación constante que me ha permitido ser una persona de bien, pero más que nada, por todo su amor... Te amo gracias por todo.

A mi Hijo Ian Alexis Chino Alcántara

Querido hijo, a través de estas líneas te agradezco por los momentos sacrificados en nuestra vida como familia, que requirió el cumplimiento de esta tesina, gracias por entender el significado del sacrificio, gracias por siempre estar presente a mi lado.



ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE JESÚS
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
CLAVE 3295 -12



Gracias hijo mío por ser la fuente de mi esfuerzo y todas las energías requeridas, gracias por ser el motor de mi vida, el motor que siempre este encendido.

Finalizo estas líneas diciéndote, que espero entiendas y comprendas la recompensa que espera a cada sacrificio que realizamos entre tú y yo. El tiempo será el mejor juez, y estas líneas serán el mejor testigo entre el sacrificio y el éxito.

iiiiiiTE AMO!!!!!!

A mi Esposo Carlos Antonio Chino Alvarado

Gracias a mi esposo por entenderme en todo, gracias a él porque en todo momento fue un apoyo incondicional en mi vida, fue la felicidad encajada en una sola persona, fue mi todo reflejado en otra persona a la cual yo amo demasiado, y por la cual estoy dispuesta a enfrentar todo y en todo momento.

Con tu amor y tu bondad no tienen fin, me permites sonreír ante todos mis logros que son resultado de tu ayuda, y cuando caigo me pones a prueba, aprendo de mis errores y me doy cuenta para que mejore como ser humano, y crezca de diversas maneras.

A mis abuelos Rebeca Ramírez y Alberto Jiménez (QEPD)

Por amarme y apoyarme siempre en cada momento esto también se los debo a ustedes.

A mi Hermano Emilio Alcántara Jiménez

Por estar conmigo y apoyarme siempre Gracias.



ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE JESÚS
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
CLAVE 3295 -12



A mi Asesora a la Maestra Edith Tamara Miranda Terrazas

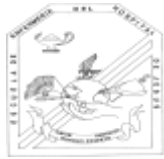
Le Agradezco por haberme brindado la oportunidad de recurrir a su capacidad y conocimiento científico, así como también haberme tenido toda la paciencia del mundo en guiarme durante todo el desarrollo de la tesina

Gracias a mi Universidad, por haberme permitido formarme y en ella, gracias a todas las personas que fueron partícipes de este proceso, ya sea de manera directa o indirecta, gracias a todos ustedes, fueron ustedes los responsables de realizar su pequeño aporte, que el día de hoy se vería reflejado en la culminación de mi paso por la Universidad.

Gracias a la vida por este nuevo triunfo, gracias a todas las personas que me apoyaron y creyeron en la realización de esta tesina.

Gracias por siempre...

Ilse Paulina Alcántara Jiménez.



ÍNDICE

Agradecimientos	1
Introducción	6
Objetivo general.....	11
Objetivo específico	11
1. Conceptos	12
2. Antecedentes históricos de la planificación familiar en México.....	14
2.1 La planificación familiar en Colombia y América latina	17
3. Epidemiología	19
4. Origen de los métodos anticonceptivos.....	26
5. Métodos anticonceptivos.....	28
5.1 Métodos hormonales orales.....	29
5.1.1 Hormonales orales que sólo contienen progestina.....	32
5.2 Métodos hormonales inyectables.....	34
5.2.1 Hormonales combinados inyectables que contienen estrógeno y progestina.....	34
5.2.2 Hormonales inyectables que sólo contienen progestina.....	36
5.3 Método hormonal subdérmico.....	38
5.4 Dispositivo intrauterino.....	41
5.4.1 Diu con progestina	43
5.5 Oclusión tubaria bilateral.....	44
5.6 Vasectomía.....	45
5.7 Métodos de barrera y espermicidas	47
5.7.1 Métodos de barrera.....	47
5.7.2 Espermicidas	48
5.8 Métodos naturales o de abstinencia periódica	50
5.8.1 Método de calendario, del ritmo o de Ogino-Knaus.....	51
5.8.2 Método de la temperatura	51
5.8.3 Método del moco cervical o de Billings	52



ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE JESÚS
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
CLAVE 3295 -12



5.8.4 Método sintotérmico.....	53
6. Marco jurídico de la planificación familiar	54
7. Modelo del cuidado de enfermería y planificación familiar	58
7.1 Metaparadigma de enfermería.....	60
7.2 Metodología de enfermería.....	61
8. Metodología	67
9. Conclusión	68
10. Recomendaciones	69
<i>BIBLIOGRAFÍA</i>	70



Introducción

Se selecciona el tema de planificación familiar ya que por la experiencia en el centro de salud en el cual se realizó el servicio social y se percibió la poca información que los usuarios tienen se consideró importante abarcar en los adolescentes ya que muchas veces presentan problemas y creen que con embarazarse saldrán de ellos y es por eso que ha habido muchas muertes materno-infantil.

En el presente trabajo se presenta inicialmente los conceptos básicos relacionados con la planificación familiar como un contexto elemental para la comprensión del tema, así mismo se relata una breve historia de la planificación familiar de México, Colombia y América latina.

Resaltando los avances epidemiológicos que año tras año se van dando durante las últimas tres décadas en México se han realizado grandes esfuerzos por mejorar la salud reproductiva de la población, lo que han contribuido a prevenir los embarazos no planeados y disminuir los niveles de fecundidad.

El programa nacional de salud y el programa de acción de salud reproductiva 2013-2018, plantean estrategias que se impulsaran a que los mexicanos que disfruten de una vida sexual, reproductiva, satisfactoria, saludable y sin riesgos; con absoluto respeto a sus derechos y su libre decisión

Los servicios de planificación familiar han incorporado la elegibilidad de los métodos anticonceptivos, orientación, consejería, consentimiento informado, derechos sexuales y reproductivos, así como el derecho a libre decisión.

Durante la última década se incrementaron las acciones de salud e información, se amplió la oferta de los métodos anticonceptivos y se impulsaron acciones para atender la salud sexual y reproductiva, la condición de la mujer ha ido mejorando paulatinamente y se reconoce cada vez más su participación.



ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE JESÚS
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
CLAVE 3295 -12



Desde una perspectiva sociodemográfica se sabe que cuando el crecimiento acelerado de la población rebasa la capacidad social para producir y distribuir satisfactores suficientes se presentan diversos tipos de problemas sociales, económicos y de salud pública como el abastecimiento insuficiente de los servicios básicos y de los relacionados a la salud. en este sentido la planificación familiar se concibe como un medio para regular el crecimiento poblacional que contribuye a una dinámica demográfica acorde con el desarrollo general del país y permite mejorar las condiciones de vida de la población.

Dando también a conocer la historia de los métodos anticonceptivos que se utilizaban en siglos anteriores y como año con año se fue modificando los métodos anticonceptivos.

La capacidad de la mujer para decidir si quiere embarazarse y en qué momento tiene una repercusión directa en la salud y bienestar. La planificación familiar permite espaciar los embarazos y puede posponerlos en los jóvenes que tienen mayor riesgo, también se puede evitar embarazos en mujeres de edad que sea comprobado que las mujeres que tiene más de cuatro hijos se enfrentan con un riesgo mayor de muerte materna. Al reducir la tasa de embarazos no deseados, la planificación familiar también disminuye la necesidad de efectuar abortos peligrosos.

La planificación familiar tiene importantes consecuencias para la salud reproductiva de la población. En efecto, contribuye a disminuir la morbilidad y mortalidad materna infantil a través del espaciamiento de los embarazos, el inicio tardío de la reproducción y su limitación en situaciones de riesgo para la salud de la mujer y en el conocimiento de la reproducción redujeron los efectos negativos de los métodos de planificación familiar.



Se da a conocer el marco jurídico que se aplica en la planificación familiar como normas y leyes, así mismo en el capítulo siete el modelo del cuidado de enfermería una breve historia y la evolución de esta misma, en el capítulo siete punto uno el metaparadigma de enfermería que cumple con características de neutralidad y universalidad, enfocadas a los aspectos o núcleos de las disciplinas de la enfermería se presentan las bases del proceso en cinco etapas que son valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación

Planteamiento del problema

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

La planificación familiar es un aspecto fundamental para lograr el bienestar y la salud de las mujeres que permite el desarrollo de distintas comunidades. Entre sus beneficios se encuentra:

- ❖ Prevenir los riesgos para la salud relacionados con el embarazo en las mujeres
- ❖ Permite espaciar los embarazos
- ❖ Contribuye a posponer los embarazos en mujeres jóvenes y adolescentes
- ❖ Permite que las mujeres puedan decidir cuántos hijos desean tener
- ❖ Disminuye la necesidad de realizar abortos de alto riesgo
- ❖ Reduce la mortalidad infantil

En la actualidad la planificación familiar queda englobada en el concepto de salud reproductiva, que viene definida por la OMS como un estado de bienestar físico, mental y social, y no simplemente la ausencia de enfermedades y dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo, sus funciones y sus procesos. La salud reproductiva se centra en desarrollar el potencial de cada



ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE JESÚS
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
CLAVE 3295 -12



persona en reducir riesgos, en potenciar la maternidad consciente y responsable tratando de evitar los embarazos no deseados o peligrosos.

Actualmente se ha observado un incremento en la natalidad, principalmente en adolescentes, siendo preocupante la desinformación sobre problemática que contrae su salud hasta la concepción del producto, dado que la mayoría de los adolescentes quedan embarazadas en su primera relación sexual pensando que es lo conveniente para hacer a un lado los problemas familiares. Por lo que es importante brindarles información para ejercer el derecho a su sexualidad, pero con la responsabilidad concomitante, partiendo del conocimiento de los métodos anticonceptivos para así tomar decisiones vitales para su desarrollo de forma informadas.

La enfermera comunitaria desempeña un rol fundamental en el aprendizaje en salud de las personas de su comunidad teniendo en cuenta el entorno, en interacción constante con la persona, en el contexto en el que la salud y los hábitos se aprenden utilizando la Educación para la Salud.

Asumimos como definición más completa de Educación para la Salud un proceso que informa, motiva y ayuda a la población a adoptar, mantener prácticas y estilos de vida saludables, propugna los cambios ambientales necesarios para facilitar estos objetivos, y dirige la formación profesional y la investigación hacia esos mismos.

Conociendo la importancia que tiene esta definición y que la medicina en la comunidad tiene como objetivo fundamental la prevención, se hace necesario brindarle a la población en edad fértil y con algún factor de riesgo, el modo de controlar la fecundidad, pues muchos no tienen la motivación suficiente para llevar adelante este control o no conocen cómo realizarlo. Se crea así la actividad de planificación familiar y de anticoncepción, que es un instrumento fundamental de



ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE JESÚS
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
CLAVE 3295 -12



trabajo en el Programa de Riesgo Preconcepcional y que con la participación del médico y la enfermera de la familia adquiere su mayor dimensión, para convertirse en una estrategia de salud, que tiene como fin proteger y mejorar la salud de la familia y de la comunidad.



ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE JESÚS
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
CLAVE 3295 -12



Objetivo general

- A. Determinar que es la planificación familiar
- B. Analizar los criterios de elegibilidad de los métodos anticonceptivo según la última evidencia, para que los profesionales de Enfermería dispongan de herramientas para brindar una atención eficaz a la población.

Objetivo específico

- A. Promover servicios de planificación familiar para proporcionar mejores condiciones de salud en nuestra población y mitigar la morbi-mortalidad materno infantil.
- B. Promover la planificación familiar y disminuir la natalidad de nuestro país.
- C. Dar a conocer las distintas intervenciones que Enfermería realiza durante la consejería de planificación familiar y evitar un embarazo no deseado en adolescentes.
- D. Dar a conocer los diferentes métodos anticonceptivos



1. Conceptos

Asesoramiento preconcepcional: Consejería de planificación familiar, para planear el momento, cantidad de embarazos y tiempo transcurrido entre ellos, ayuda a reconocer el propio estado de salud previo a el embarazo a realizar cambios en las conductas de riesgo y llevar un embarazo saludable

Anticoncepción temporal: Son métodos temporales para las personas que quieren esperar más tiempo entre los embarazos o posponerlos. es servir durante un solo acto de relaciones sexuales o por un periodo específico de tiempo en varios días, meses o años, o mientras continúa usando el método.

Adeptos: Hace referencia a aquel que defiende una cierta causa o que apoya a un líder o a una institución

Calidad de servicios de planificación familiar: Se define en términos de la forma en que los individuos y las parejas reciben atención por el Sistema de Servicios de Planificación Familiar. Esta definición incorpora seis elementos: variedad de métodos anticonceptivos disponibles para la decisión, información que se proporciona a los usuarios, competencia técnica de los prestadores de servicios, relaciones interpersonales de los prestadores de servicios y los usuarios, mecanismos de seguimiento para favorecer la continuidad del uso de los métodos anticonceptivos y, un conjunto apropiado de servicios de salud que incluyan los de planificación familiar.

Contraindicación: Es la situación de riesgo a la salud por la cual no se debe administrar, aplicar o practicar un método anticonceptivo.

Control de natalidad: Conocido como anticoncepción, está diseñado para prevenir el embarazo.



Consentimiento informado: Es la decisión voluntaria del aceptante para que se le realice un procedimiento anticonceptivo, con pleno conocimiento y comprensión de la información pertinente y sin presiones.

Disponibilidad de métodos anticonceptivos: Posibilidad cierta de los usuarios para obtener los métodos anticonceptivos en las instituciones del Sistema Nacional de Salud o para adquirirlos en las farmacias del país.

Embarazo no deseado: Embarazo generalmente accidental, que no es deseado por el progenitor o progenies

Edad fértil o reproductiva: Etapa de la vida del hombre y de la mujer durante la cual se posee la capacidad biológica de la reproducción.

Efectividad anticonceptiva: Es la capacidad de un método anticonceptivo para evitar embarazos en las condiciones habituales de uso, en un periodo de un año.

Género: Se refiere a los conceptos sociales de las funciones, comportamientos, actividades y atributos que cada sociedad considera apropiado para los hombres y mujeres.

Métodos anticonceptivos: Cualquier acción, instrumento o medicación dirigida a evitar la concepción o el embarazo variable.

OTB: Obstrucción tubaria bilateral

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

Practica anticonceptiva: Uso de los diversos métodos anticonceptivos existentes

Periodo intergenésico: Es el intervalo de tiempo que se debe dejar pasar entre un embarazo y otro.



Píldora anticonceptiva oral: Píldora que se usa para prevenir el embarazo. Contiene hormonas que impiden que los óvulos salgan de los ovarios. La mayoría de los anticonceptivos orales contienen estrógeno y progesterina. También se llama píldora anticonceptiva.

Salud reproductiva: Condición de bienestar físico, mental y social en los aspectos relativos al sistema reproductivo en todas las etapas de la vida. La salud reproductiva implica que las personas puedan tener una vida sexual satisfactoria y segura, la capacidad de tener hijos y la libertad de decidir si quieren tenerlos, cuándo y con qué frecuencia.

2. Antecedentes históricos de la planificación familiar en México

La historia de la anticoncepción se remota a miles de años, pues está demostrado que la necesidad de practicarla ha existido toda la vida, se encuentra que Armando Torres Ramírez relata la historia de la planificación familiar el cual se dice que desde los años sesenta por muchos años los investigadores Boris Rubio y Manuel Mateos Cándano, a nivel privado; Jorge Martínez Manautou y Gregorio Pérez Palacios, en el Instituto Nacional de la Nutrición; Sergio Correu en la Fundación para Estudios de la Población; Juan Giner, Ramón Aznar y Roger Lara, en el Instituto Mexicano del Seguro Social; José Antonio Ruíz Moreno, en el Hospital Militar; y José Arias Huerta, en el Centro Materno Infantil Maximino Ávila Camacho, iniciaron la organización de servicios en los cuales se atendían a gran número de mujeres que demandaban métodos anticonceptivos y además en los que se investigaban nuevos hormonales anticonceptivos, las aportaciones fueron presentadas en reuniones y en congresos de ginecología y obstetricia mexicanos de tal manera que lograron que la planificación familiar se empezara a conocer en el medio en el que se desarrollaba y permitieron incluir mayor práctica.



ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE JESÚS
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
CLAVE 3295 -12



Se señala que el día 7 de enero del año 1974 la ley general de población que en el artículo 3º, fracción II señala que la secretaria de gobernación dicto y ejecuto ante las dependencias competentes o entidades correspondientes, las medidas necesarias para realizar programas de planificación familiar atreves de los servicios educativos y de salud pública de que disponga el sector público y vigilar que dichos programas que realicen organismos privados se lleven a cabo con absoluto respeto a los derechos fundamentales del hombre y preserven la dignidad de las familias ya que este texto dio origen a la oficialización de los servicios de planificación familiar en México, la cual responsabilizo al sector salud y al sector educativo de su aplicación y ordeno que esta se llevara a cabo con absoluto respeto los derechos fundamentales del hombre y preservara la dignidad de las familias.

En la misma investigación se ve el crecimiento de la población que prevalecía en ese entonces en México y mundialmente el cual fue un motivo por una gran preocupación en las naciones unidas, teniendo en cuenta la planificación familiar como un elemento clave para la reducción del crecimiento demográfico así mismo elevando el nivel de vida de la población.

Martínez Manautoo Jorge informa que en 1977 se aprueba el primer plan nacional de planificación familiar del sector de salud el cual se definió metas por instituciones y demográficamente para reducir la tasa de crecimiento de población al 2.5 en 1982.

A partir de esas fechas los servicios de planificación familiar se extendió a lo largo del país, ya que al inicio solo era urbano, en el cual personal voluntario realizo campañas para diversificar la oferta de los métodos anticonceptivos y así poder responder a las necesidades específicas de la población.



ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE JESÚS
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
CLAVE 3295 -12



En la década de los años ochenta, el Programa de Planificación Familiar incorporó el enfoque de riesgo y se iniciaron programas de anticoncepción post-evento obstétrico, dando prioridad a grupos específicos de la población identificados como vulnerables. (salud, 2002)

En los años noventa hubo importantes avances, se impulsaron acciones para promover la participación del hombre en la planificación familiar y se crearon los primeros servicios de vasectomía sin bisturí en el país. Asimismo, se publicó en mayo de 1994 la Norma Oficial Mexicana de los Servicios de Planificación Familiar, que incorporó los avances científicos en el contexto nacional e internacional en materia de tecnología anticonceptiva, así como los procesos de orientación-consejería.

En 1995, México fue uno de los primeros países del mundo en implantar un Programa de Salud Reproductiva de cobertura nacional, con una visión holística, vinculando los componentes de planificación familiar, salud sexual y reproductiva de la población adolescente, salud perinatal y salud de la mujer, con perspectiva de género (Gregorio, México 2000) A partir de entonces, las acciones de planificación familiar se han fortalecido.

Así mismo el programa de planificación familiar ha tenido grandes avances durante casi durante 40 años, pero aún enfrenta grandes retos para hacer efectivo el ejercicio del derecho que tienen hombres y mujeres a decidir el número y el espaciamiento de sus hijos. Una característica distintiva ha sido su continua evolución, incorporando los avances científicos y tecnológicos tanto nacionales como internacionales, conforme a las necesidades y prioridades de la población objetivo.



2.1 La planificación familiar en Colombia y América Latina

En Colombia, la tasa global de fecundidad ha venido presentando un descenso significativo durante los últimos años. A mediados de los años sesenta y hasta la mitad de la década de los noventa, el país presentó una caída espectacular en los niveles de fertilidad pasando de 7 hijos por mujer a 3 hijos (Seltzer, 1965to1997), Así mismo, las tasas globales de fecundidad han disminuido en las últimas décadas, llegando incluso a compararse con las tasas alcanzadas por países desarrollados (estadísticas, 1998). Para el período 2002- 2005, el número de hijos por mujer se redujo de 2.6 a 2.4; mientras que el número de hijos por cada mil mujeres en edad reproductiva pasó de 91% a 83% en el mismo período. No obstante, aunque la fecundidad en el país ha disminuido durante las últimas décadas, sigue siendo alta, aún si se compara con otros países con niveles similares de desarrollo (G., 2006).

De acuerdo con Miller (2005), los programas encaminados a apoyar la planificación familiar en el país propuestos principalmente por entidades como la asociación bienestar de la familia (Profamilia) han incidido de alguna manera en la reducción de dicha tasa, posicionando a Colombia como el país latinoamericano que ha presentado un mayor descenso de la tasa de fecundidad a partir de los años setenta.

De igual forma, (Seltzer, 1965 to 1997) afirman que el papel de la planificación familiar en nuestro país ha sido una de las experiencias con mayor éxito en América Latina. Los autores atribuyen este éxito entre otras cosas a la Asociación de Bienestar de la Familia (PROFAMILIA), la cual se convirtió en uno de los programas privados más eficientes del sector al servicio de una amplia proporción de población.



ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE JESÚS
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
CLAVE 3295 -12



Otro de los factores importantes fue el compromiso asumido por una cantidad importante de instituciones en Colombia, entre las que se encuentra la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina (ASCOFAME), entidad que prestó los primeros servicios de planificación familiar y que contribuyó con las primeras investigaciones en demográfica y estudios de programas de evacuación (Echeverry, 1975). se encuentra la inversión en recursos humanos durante la primera década de actividades dedicadas a impulsar programas de planificación familiar y población y la ayuda internacional provista para programas de planificación familiar, la cual fue de 125 millones de dólares cuando dichos programas se iniciaron (década de los sesenta) y que se destinarían para los 30 años siguientes, siendo El gobierno de los Estados Unidos, a través de la Agencia para el Desarrollo Internacional (USAID) el primer donante bilateral a Colombia.

Ahora bien, de la misma forma que en Colombia, en los países de América Latina y el Caribe el uso de anticonceptivos ha aumentado considerablemente en las dos últimas décadas, aunque de manera heterogénea por país (Bay, 2003). De acuerdo con (Schikolnik.s, 2003) y (Florez c. &, 2002) “la anticoncepción es el determinante próximo de la fecundidad de mayor importancia en el descenso de la fecundidad en la región latinoamericana”. Así, se evidencia que los métodos modernos de planificación familiar han aumentado en todos los países de la región sin excepción. (Florez c. &, 2007) La prevalencia de métodos modernos se ha presentado en mayor medida en aquellos países donde ha disminuido la Tasa Global de Fecundidad (Gillespie & Ahmed s, 2000).

En este documento se llevó a cabo una revisión teórica y empírica de los principales determinantes del uso de métodos de planificación familiar comparada con los países de la Región Latinoamericana y del Caribe. Con los diferentes estudios y la información analizada se encontró que el papel de la planificación familiar en Colombia ha sido una de las experiencias con más éxito en América



Latina; éxito que se atribuye por la mayoría de los autores a la Asociación de Bienestar de la Familia (Profamilia).

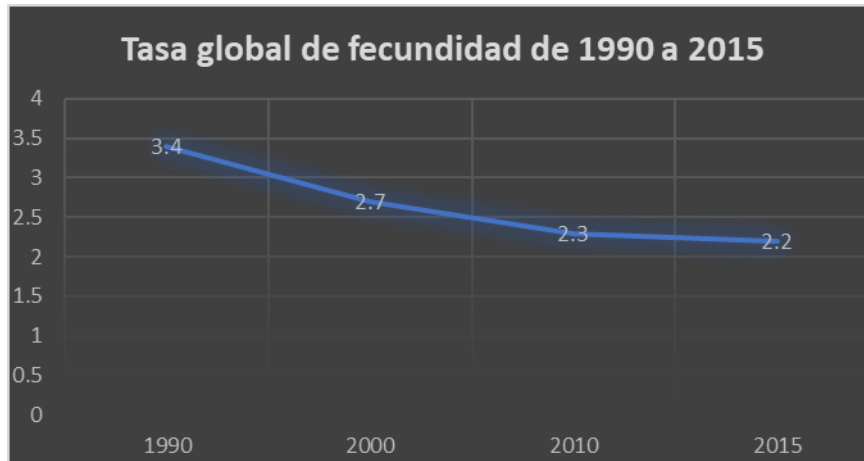
3. Epidemiología

La planificación familiar permite que las personas puedan cumplir sus ideales reproductivos es decir el deseo de tener hijos o no tenerlos, así como la libertad de elegir el número y espaciamiento entre ellos.

Según las estadísticas de la INEGI (Instituto nacional de estadísticas, 1997) el programa de planificación familiar en el país surge en la década de 1960 en esta época el país presentó la tasa más alta de crecimiento poblacional de toda la historia con un porcentaje 3.4% anual, mientras la tasa global de fecundidad (TGF) se ubicó en 7 hijos por mujer lo que se significa que la población se estaría duplicando cada 20 años.

Así mismo en 1974 fue publicada la ley general de población que exhortaba a realizar programas de planificación familiar buscando regular y estabilizar este crecimiento. Otro momento que impacto la historia de la planificación familiar surge partir de la conferencia internacional sobre población y desarrollo (CIPD) ya que el principal objetivo fue asegurar el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos con una perspectiva de género y enfoque cultural.

En 1995 se implementó el programa de salud reproductiva que presenta el enfoque de planificación familiar, así como el de salud sexual y reproductiva, considerando a la población adolescente, la salud perinatal y de la mujer con perspectiva de género. Derivado de estos programas en los que se consideraba la promoción del uso y acceso a métodos anticonceptivos en la cual la tasa de fecundidad ha presentado reducciones constantes pues en 1990 la TGF se encontraba en 3.4 hijos y para el 2015 hubo una baja hasta 2.2.



Fuente: para 1990 y 2000: CONAPO estimaciones de la población de México 1990-2010. para 2010 y 2015: CONAPO. Proyecciones de la población de México 2010-2050.

A la par de esta reducción se evidencia el aumento en conocimiento de métodos anticonceptivos ya que en las últimas décadas se observa un avance significativo pues en 1976 89.0% de mujeres en edad fértil conocen al menos un método anticonceptivo que para el 2014 presenta un alza de 98.7% de esta, lo que significa un aumento entre los años mencionados.

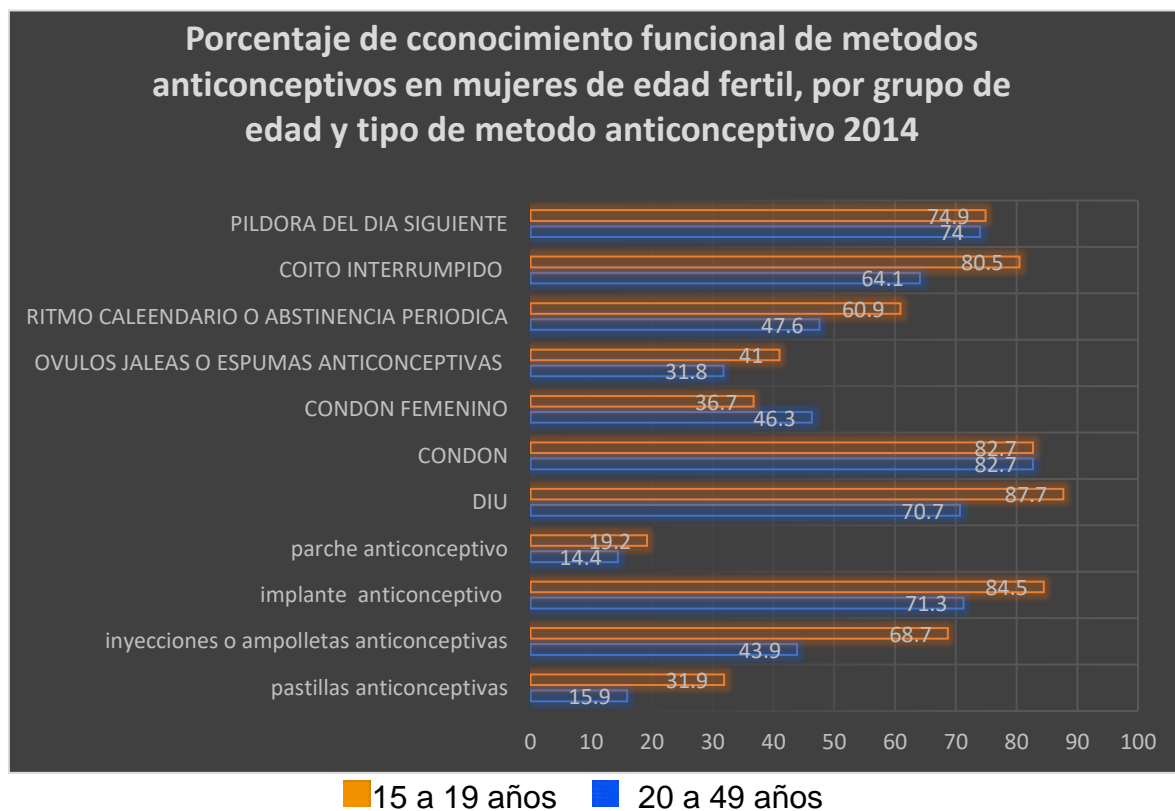


Fuente: para 1976: SPP-IISUNAM. Encuesta mexicana de fecundidad 1976. México D.F. 1979 para 1987: Secretaria de Salud. Encuesta nacional sobre fecundidad y salud. 1987 México, D.F.,1989 para 1992,1997,2009 y 2014: INEGI encuesta nacional de la dinámica demográfica.



La práctica anticonceptiva ha sido analizada especialmente para el grupo de mujeres en edad fértil dado que solían ser consideradas como la población con mayor exposición al riesgo de tener hijos a partir de este supuesto es que los programas de planificación familiar estuvieron dirigidos a este grupo etario. Fue necesario medir el avance de cobertura en ellas el cual en 1976 indicaba que 30.2% de mujeres unidas y en edad fértil, utilizaban algún método, cifra que aumento 42.1% para el 2014.

Los métodos de los cuales las adolescentes tienen menor conocimiento acerca de cómo funcionan son el parche (14.4), pastillas (15.9) y los óvulos, jaleas o espumas (31.8) en tanto que los más conocidos son el condón masculino (82.7), la píldora del día siguiente (74.0) y el implante anticonceptivo (71.3) %





Así mismo el (INEGI, 2014 -2018) realizó una encuesta en la cual verifican la iniciación de las relaciones coitales a una edad temprana, sumando a la poca planeación de este evento, se expone a la población adolescente a tener una mayor probabilidad de embarazarse o adquirir alguna enfermedad de transmisión sexual. Se infiere que las mujeres que tuvieron su primera relación sexual y no contaron con ningún tipo de método fue porque no lo conocían, no sabían dónde obtenerlo o como usarlo (36.2% y el 23% declararon que no planeaban tener relaciones y 20% señalaron que buscaban embarazarse.



Fuente: INEGI. encuesta nacional de la dinámica demográfica 2014 base de datos

La situación demográfica prevaleciente en la mayor parte del mundo condujo a los gobiernos a establecer diferentes políticas y programas en el curso de los últimos años.



ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE JESÚS
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
CLAVE 3295 -12



Los países desarrollados, han demostrado su preocupación por la distribución interna de la población. Así como por el crecimiento exagerado o insuficiente creando nuevas políticas que liberalizan el uso de los métodos anticonceptivos

En nuestro país, ya está en pleno desarrollo y actividad, campañas al respecto que se lleva a cabo por diversos procedimientos pues se ha podido observar que las prestaciones para la planificación familiar han ido aumentando progresivamente, debido a la información que al respecto se ha ido proporcionando.

En la actualidad se dispone de distintas categorías de personal multidisciplinario colaborando en instituciones públicas como privadas dando información y asistencia para la aplicación de métodos anticonceptivos.

Existe un programa nacional de prestaciones de servicios y de educación con fines de llegar a las más apartadas áreas rurales en donde se observa, elevada Morbi mortalidad materno infantil desnutrición y deficiencias nutricionales en el crecimiento y en el desarrollo de las mujeres, niños y la alta natalidad además de embarazos de alto riesgo en mujeres mayores de 35 años.

La Secretaria de Salud mantiene una coordinación con todas las instituciones del país IMSS, ISSSTE y todas las dependencias oficiales y no oficiales que trabajen en el área de la salud por otra parte se han puesto en práctica programas para la ilustración del personal multidisciplinario y público en general ya que es de gran importancia el aspecto educativo de las personas con las que se habrá dirigirse a las parejas para enseñanza y aplicación de los diferentes métodos anticonceptivos.

La demanda cada vez es mayor para los diferentes métodos de control de la fecundidad es debida en gran parte al uso de medios masivos para la acción por parte de la medicina preventiva y de la salud publica ya que constituye el método

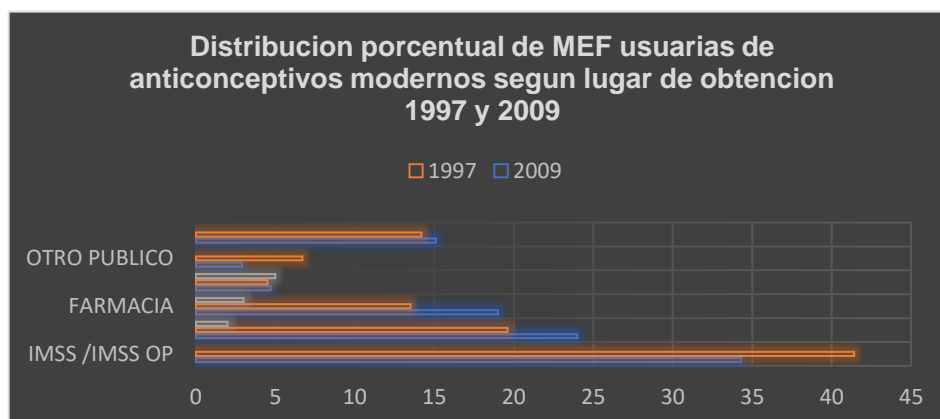


más eficaz para alterar la fecundidad sin necesidad de establecer contacto directo con los individuos cumpliendo así con los objetivos del plan nacional de planificación familiar para disminuir la tasa de crecimiento del país.

Tomar la decisión de planificar requiere de una información general y de la ayuda de personal especializado para obtener dicha ayuda se puede recurrir a los centros de salud de la secretaria de salud, a las clínicas del ISSSTE, del IMSS, y otras instituciones que actualmente proporcionan servicios gratuitos de planificación familiar independientemente que sea derecho habiente o no.

En el 2009 del total de mujeres en edad fértil sexualmente activas (MEFSA) usuarias de anticonceptivos modernos, 34% obtuvo el método en el IMSS (considerando tanto el régimen ordinario como oportunidades), 24% en la Secretaría de Salud, 19% en la farmacia o tienda, 15% en consultorios, clínicas u hospitales privados, y 5% en el ISSSTE. cómo se puede observar, sólo la Secretaría de Salud, las farmacias y tiendas aumentaron su contribución de 1997 a 2009.

Resalta el hecho de que casi el 20% de la MEFSA usuarias de métodos anticonceptivos modernos recurren a las farmacias y tiendas para la provisión de métodos anticonceptivos.





ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE JESÚS
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
CLAVE 3295 -12



Como se observa el IMSS tiene mayor Impacto con respecto al número de usuarias en el uso de métodos de planificación familiar esto es debido a que la mayoría es población cautiva controlada por el médico.

En cuanto a la Secretaria de Salud las usuarias son de bajo nivel socioeconómico a las cuales se les tiene que motivar constantemente para que no abandonen el programa lo que se complica al no ser derechohabientes. por otro lado, en el ISSSTE en lo que se observa una mínima cantidad de usuarias ya que la mayoría son derechohabientes con una condición socio- económica media comparada con la de las dos instituciones anteriores siendo más consciente de su situación familiar.

Posteriormente hubo ciertos avances del 2006 al 2012 en los servicios de planificación familiar y anticoncepción en este marco ha sido fundamental la participación de las instituciones públicas de salud y principalmente en el desarrollo de programa de acción y planificación familiar y anticoncepción En conjunto IMSS, ISSSTE, IMSS Oportunidades, SEDENA, PEMEX y la Secretaría de Salud, registraron 9.3 millones de usuarias activas de planificación familiar (PF) en 2006, pasando a 11.6 millones en 2012 , lo que implica un crecimiento de casi 26%. Ello representó en 2006 una cobertura de usuarias activas de planificación familiar del 54.9% del total de mujeres en edad fértil unidas entre 15 y 49 años (MEFU), la cual se incrementó a 66.7% en 2012. (CONAPO)

Así mismo en el programa de acciones específicos de planificación familiar y anticoncepción 2013-2018 el cual prevalecen rezagos tanto en el país Y en conjunto como en algunas regiones y grupos específicos de la población. De manera particular, destacan los siguientes retos:

- ❖ Asegurar la oferta de anticonceptivos y la calidad de los servicios en todo el país



- ❖ Atender el rezago en áreas y grupos específicos de la población
- ❖ Incentivar la participación del hombre en la planificación familiar y en la paternidad responsable.

4. Origen de los métodos anticonceptivos

En cuanto al origen del condón se sabe que lo usaban no como método anticonceptivo sino como un protector contra la sífilis y se cree que algún matarife medieval pudo haber tenido la ocurrencia de emplear para confeccionarlo las membranas delgadas de algún animal. El origen de la palabra condón puede proceder del latín *condus* que significa receptáculo, o quizás al nombre de su inventor, un tal Condón o Contus, cortesano de Carlos II. Recién en 1870 aparece el primer preservativo de caucho, poco práctico y poco fiable en cuanto a su calidad. Es en 1930 cuando se introduce el preservativo de látex, más fino y más fiable. En nuestros días se emplea silicona para aumentar su sensibilidad y se incorporan colores e incluso gustos variados.

En lo que se refiere a las mujeres, se discute aun el origen de la práctica de introducirles objetos en la vagina, pero una idea nos la puede dar la costumbre de árabes y turcos, mencionada por Hipócrates y Aristóteles, de introducir en los camellos, en su travesía por el desierto, piedras redondas en el útero de las hembras para evitar que tuvieran descendencia. A las mujeres se le han introducido en el útero toda clase de objetos de los más variados materiales (vidrio, marfil, madera, ébano, plata, oro, platino incrustado de diamantes, mientras que los judíos, algo más cuidadosos con la higiene introducían esponjas), pero el primer dispositivo intrauterino específicamente diseñado como método anticonceptivo fue un anillo de fibra de gusano de seda descrito por un médico alemán y una espiral de platino de 1921 que cayó en el olvido hasta que fue resucitado por los trabajos de dos investigadores, uno en Israel y otro en Japón



ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE JESÚS
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
CLAVE 3295 -12



utilizando un material plástico que lo hacía inerte y económico con lo que pudo extenderse a toda la población.

El diafragma, que es uno de los métodos anticonceptivos más utilizados fue descrito en 1882 pero no se popularizó en los Estados Unidos hasta los años 20 del siglo pasado.

El uso de espermicidas para regular la fecundidad se retrae al uso de plantas, y la información disponible sobre las mismas es inagotable. La medicina ayurvédica de la India las menciona. Las especies más interesantes son la Diospyros Tricolor Herne que abunda en África, y la Moringa Oleífera Lam que crece en las zonas tropicales de Asia con efecto abortivo. La primera referencia a las plantas en Grecia data del siglo IV a. C. del libro Historia Animalium de Aristóteles: “Algunos impiden la concepción untando la parte de la matriz en la que cae el semen con aceite de cedro o con un ungüento de plomo o con incienso mezclado con aceite de olivo.” En China se menciona el uso de plantas en el Sub Sus Mu: “Tómese algo de aceite y de mercurio y fríase sin parar y tómese una píldora tan grande como una semilla de yuyuba con el estómago vacío e impedirá la preñez para siempre...” Sorano de Éfeso, padre de la ginecología, también escribió consejos sobre productos para aplicar en la entrada misma del útero, como por ejemplo el aceite de oliva añejo, la resina de cedro o salvado con aceite de mirto, o bien tapar el cuello del útero con una bola hecha de lana que estuviera bien empapada de vino.

Pero el uso de espermicidas comenzó su desarrollo en 1677 cuando Spallanzi descubrió que el pH del semen disminuía al añadir vinagre, de manera tal que los espermatozoides perdían su eficacia. De acuerdo con el inglés Walter Rendel en 1855 descubrió el primer óvulo anticonceptivo a base de manteca de cacao y quinina.



Otra técnica para regular la concepción es la de controlar los periodos fértiles e infértiles de las mujeres ya se trate del método de la temperatura basal establecido por Van de Velde en Alemania en 1928 o del método basado en la secreción del mucus desarrollado por Dorairaj. En 1950 Gregory Pincus y John Rock comenzaron a realizar estudios compuestos, en 1956 anuncian el descubrimiento de la píldora en Puerto Rico.

5. Métodos anticonceptivos

Como ya se mencionó son aquéllos que se utilizan para impedir la capacidad reproductiva de un individuo o una pareja en forma temporal o permanente.

Los métodos anticonceptivos se utilizan para regular la capacidad reproductiva de un individuo o una pareja con el fin de evitar embarazos no deseados. Dependiendo de la posibilidad de recobrar la fertilidad se clasifican en temporales y permanentes, y son los siguientes: (Planificación, 2004)

Temporales

- a) Hormonales orales.
- b) Hormonales inyectables.
- c) Hormonales subdérmicos.
- d) Dispositivo intrauterino.
- e) De barrera y espermicidas.
- f) Naturales o de abstinencia periódica.

Permanentes

- a) Oclusión tubaria bilateral.



b) Vasectomía



5.1 Métodos hormonales orales

Los anticonceptivos hormonales orales son métodos temporales y se dividen en dos grupos: los combinados de estrógeno y progestina, y los que contienen sólo progestina.

Hormonales combinados orales que contienen estrógeno y progestina





Presentación

Existen tres tipos de presentaciones de los anticonceptivos hormonales combinados orales:

Las que contienen dosis constantes beta estradiol y etinilestradiol en cada una de las tabletas o grageas. Se presentan en cajas de 21 tabletas o grageas. Algunas presentaciones incluyen siete tabletas o grageas adicionales que no contienen hormonas, sino sólo hierro o lactosa, resultando ciclos de 28 tabletas o grageas para administración ininterrumpida.

Las que contienen dosis variables del estrógeno y de la progestina en las tabletas o grageas que se administran dentro del ciclo de 21 días, se denominan trifásicos por incluir tabletas o grageas con tres cantidades diferentes de hormonas sintéticas, y Aquellas que en el paquete para 21 días contienen 15 tabletas o grageas con el estrógeno solo, seguidas por seis tabletas o grageas con dosis fijas del estrógeno, más alguna progestina sintética, se denominan secuenciales y no se debe recomendar su uso como anticonceptivo

Efectividad anticonceptiva

- Bajo condiciones habituales de uso, este método brinda protección anticonceptiva del 92 al 99%.

Lineamientos generales para la prescripción

Los anticonceptivos hormonales combinados orales pueden obtenerse en unidades de atención médica y programas institucionales de distribución comunitaria o adquirirse en las farmacias.

Se deben realizar los siguientes procedimientos para su prescripción:



ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE JESÚS
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
CLAVE 3295 -12



- Proporcionar consejería.
- Efectuar interrogatorio.
- Instruir a la mujer en el uso adecuado de las tabletas o grageas.
- Efectuar examen físico en función de capacitación y recursos de los prestadores de servicios y requerimientos de los métodos anticonceptivos, incluyendo toma de la tensión arterial, examen de mamas, examen pélvico y toma de muestra para citología cervicovaginal (Papanicolaou). En caso de adolescentes el examen pélvico y la toma de citología cervicovaginal se pueden diferir para consultas subsecuentes.

Indicaciones

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

- Antes del primer embarazo.
- En el intervalo intergenésico.
- En post aborto inmediato
- En post parto o post cesárea, después de la tercera semana, si la mujer no está lactando.

Contraindicaciones

- Lactancia en los primeros seis meses post parto.
- Embarazo o sospecha de embarazo.



- Tener o haber tenido enfermedad tromboembólica, incluyendo trombosis de venas profundas, embolia pulmonar, accidente cerebrovascular, insuficiencia cardíaca, cardiopatía isquémica, y cardiopatía reumática.
- Tener o haber tenido cáncer mamario o del cérvix.
- Tener o haber tenido tumores hepáticos benignos o malignos.
- Enfermedad hepática aguda o crónica activa.
- Durante la administración crónica de rifampicina o anticonvulsivantes.

5.1.1 Hormonales orales que sólo contienen progestina

Presentación

Se presenta en cajas que contienen 35 tabletas o grageas.

Efectividad anticonceptiva

- Bajo condiciones habituales de uso, este método brinda protección anticonceptiva del 90 al 97%.

Lineamientos generales para la prescripción

Los anticonceptivos hormonales orales que contienen sólo progestina pueden obtenerse en unidades de atención médica y programas institucionales de distribución comunitaria o adquirirse en farmacias.

Se deben realizar los siguientes procedimientos para su prescripción:

- Proporcionar consejería.
- Efectuar interrogatorio.
- Instruir a la mujer en el uso adecuado de las tabletas o grageas en forma diaria ininterrumpida.



- Efectuar examen físico en función de capacitación y recursos de los prestadores de servicios y requerimientos de los métodos anticonceptivos incluyendo: toma de la tensión arterial, examen de mamas, examen pélvico y toma de muestra para citología cervicovaginal (Papanicolaou). En caso de adolescentes, el examen pélvico y la toma de muestra para citología cervicovaginal, puede diferirse para consultas subsecuentes.

Indicaciones

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

- Antes del primer embarazo inclusive, cuando el uso de estrógenos esté contraindicado.
- En el intervalo intergenésico inclusive, cuando el uso de estrógenos esté contraindicado.
- En el post parto o post cesárea, con o sin lactancia y cuando se deseen anticonceptivos orales.
- En el post aborto inmediato.

Contraindicaciones

- Embarazo o sospecha de embarazo.
- Tener o haber tenido cáncer mamario o cérvico uterino.
- Tener o haber tenido tumores hepáticos benignos o malignos.



- Enfermedad hepática aguda o crónica activa.
- Durante la administración crónica de rifampicina o anticonvulsivantes.

5.2 Métodos hormonales inyectables

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

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



5.2.1 Hormonales combinados inyectables que contienen estrógeno y progestina

Presentación

Existen cuatro tipos de anticonceptivos hormonales combinados inyectables:

- Cipionato de estradiol 5 mg + acetato de medroxiprogesterona 25 mg en 0.5 ml de suspensión acuosa microcristalina.
- Valerianato de estradiol 5 mg + enantato de noretisterona 50 mg en 1 ml de solución oleosa.



- Enantato de estradiol 5 mg + acetofénido de dihidroxiprogesterona 75 mg en 1 ml de suspensión acuosa.
- Enantato de estradiol 10 mg + acetofénido de dihidroxiprogesterona 150 mg en 1 ml de suspensión acuosa.

Efectividad anticonceptiva

- Bajo condiciones habituales de uso, este método brinda protección anticonceptiva mayor al 99%.

Lineamientos generales para la prescripción

Los anticonceptivos hormonales combinados inyectables pueden obtenerse en unidades de atención médica y en programas de distribución comunitaria o adquirirse en las farmacias.

- Se deben realizar los siguientes procedimientos para su prescripción:
 - Proporcionar consejería.
 - Efectuar Interrogatorio.
 - Instruir a la mujer en el uso adecuado de los inyectables.
 - Efectuar examen físico, en función de capacitación y recursos de los prestadores de servicios y requerimientos de los métodos anticonceptivos incluyendo: toma de la tensión arterial, examen de mamas, examen pélvico y toma de muestra para citología cervicovaginal (Papanicolaou). En caso de adolescentes el examen pélvico y la toma de muestra para citología cervicovaginal, puede diferirse para consultas subsecuentes.
 - Se deben utilizar jeringas y agujas estériles que sean desechables.



Indicaciones

Estos anticonceptivos están indicados para mujeres en edad fértil con vida sexual activa, nuligestas, nulíparas o multíparas, incluyendo adolescentes, que deseen un método anticonceptivo hormonal de larga acción e inyectable, en las siguientes circunstancias:

- Antes del primer embarazo.
- En el intervalo intergenésico.
- En post aborto.
- En post parto, o post cesárea después de la tercera semana, si la mujer no está lactando.

Contraindicaciones

- Lactancia en los primeros seis meses posparto.
- Embarazo o sospecha de embarazo.
- Tener o haber tenido cáncer mamario o de cérvix.
- Tener o haber tenido enfermedad tromboembólica incluyendo trombosis de venas profundas, embolia pulmonar, accidente cerebrovascular, insuficiencia cardíaca, cardiopatía isquémica y cardiopatía reumática.
- Tener o haber tenido tumores hepáticos benignos o malignos.
- Tener enfermedad hepática aguda o crónica activa.
- Durante la administración crónica de rifampicina o anticonvulsivante

5.2.2 Hormonales inyectables que sólo contienen progestina

Presentación



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

- Enantato de noretisterona 200 mg, en ampolleta con 1 ml de solución oleosa.
- Acetato de medroxiprogesterona 150 mg, en ampolleta con 3 ml de suspensión acuosa microcristalina.

Efectividad anticonceptiva

- Bajo condiciones habituales de uso, este método brinda protección anticonceptiva mayor al 99%.

Lineamientos generales para la prescripción

Los anticonceptivos inyectables que sólo contienen progestina se pueden obtener en unidades de atención médica, y en programas de distribución comunitaria o adquirirse en las farmacias con prescripción médica.

- Se deben realizar los siguientes procedimientos para su prescripción:
 - Proporcionar consejería.
 - Efectuar interrogatorio.
 - Instruir a la mujer en el uso adecuado de las inyecciones.
 - Efectuar examen físico en función capacitación y recursos del prestador de servicios y requerimientos de los métodos anticonceptivos incluyendo: toma de la tensión arterial, examen de mamas, examen pélvico y toma de muestra para citología cervicovaginal (Papanicolaou). En caso de adolescentes, el examen pélvico y la toma de citología cervicovaginal se pueden diferir para consultas subsecuentes.



- Se debe tener especial atención para evitar el uso indistinto de anticonceptivos hormonales combinados inyectables y los que sólo contienen progestina, en razón de su diferente formulación y duración de efectividad.

- Se deben utilizar jeringas y agujas estériles que sean desechables.

Indicaciones

Estos anticonceptivos están indicados para mujeres en edad fértil con vida sexual activa, multigestas, nulíparas o multíparas, incluyendo adolescentes, que deseen un método temporal de larga acción e inyectable, en las siguientes circunstancias:

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

- En el intervalo intergenésico, inclusive cuando el uso de estrógeno esté contraindicado.

- Mujeres en el post parto o post cesárea, con o sin lactancia y deseen un método inyectable.

- En el post aborto.

Contraindicaciones

- Embarazo o sospecha de embarazo.

- Tener o haber tenido cáncer mamario o cérvico uterino

- Tener o haber tenido tumores hepáticos benignos o malignos.

- Tener enfermedad hepática aguda o crónica activa.

- Durante la administración crónica de rifampicina o anticonvulsivantes

5.3 Método hormonal subdérmico



Es un método anticonceptivo temporal, de acción prolongada, que se inserta sub dérmicamente y consiste en un sistema de liberación continua y gradual de una progestina sintética (no contiene estrógeno).



Presentación

Seis cápsulas con dimensiones individuales de 34 mm de longitud por 2.4 mm de diámetro transversal, que liberan en promedio 30 µg diarios de levonorgestrel

Efectividad anticonceptiva

Bajo condiciones habituales de uso este método brinda protección anticonceptiva superior al 99% durante el primer año. Después disminuye gradualmente (96.5% al quinto año de uso).

Lineamientos generales para la prescripción



Tanto las inserciones como las remociones de los implantes subdérmicos deben ser realizados por personal de salud capacitado para ello, bajo supervisión médica.

Se deben realizar los siguientes procedimientos:

- Proporcionar consejería.
- Efectuar interrogatorio.
- Indicar el uso de métodos anticonceptivos de barrera y espermicidas en caso de tener relaciones sexuales el día de la inserción.
- Efectuar examen físico incluyendo: toma de la tensión arterial, examen de mamas, examen pélvico y toma de muestra para citología cervicovaginal (Papanicolaou). En caso de adolescentes, el examen pélvico y la toma de muestra para citología cervicovaginal puede diferirse a consultas subsecuentes.

La remoción debe efectuarse al cumplir cinco años de uso. También puede realizarse a solicitud y por decisión de la usuaria en cualquier momento antes de la terminación de la duración total de la protección anticonceptiva. Si procede se puede efectuar la inserción de nuevos implantes o cambiar a otro método anticonceptivo.

Indicaciones

Este método está indicado para mujeres en edad fértil con vida sexual activa, multigestas, nulíparas o multíparas, incluyendo adolescentes con patrón menstrual regular, que deseen un método anticonceptivo hormonal de larga acción que no requiere de la toma o aplicación periódica, en las siguientes circunstancias:

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



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

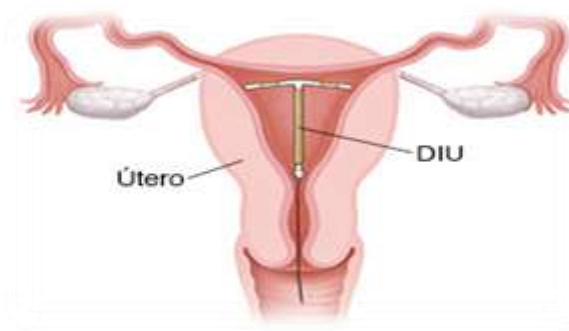
Contraindicaciones

- Embarazo o sospecha de embarazo.
- Tener o haber tenido cáncer mamario o del cérvix.
- Tener o haber tenido tumores hepáticos benignos o malignos.
- Enfermedad hepática aguda o crónica activa.
- Durante la administración crónica de rifampicina o anticonvulsivantes.

5.4 Dispositivo intrauterino

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

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





Efectividad anticonceptiva

Bajo condiciones habituales de uso, este método brinda protección anticonceptiva del 95 al 99%.

Lineamientos generales para la prescripción

El DIU debe ser aplicado:

- Después de proporcionar consejería.
- Por personal capacitado en la exploración del aparato genital femenino y en las diversas técnicas de inserción.
- Siguiendo las recomendaciones específicas para cada tipo de DIU.
- Cumpliendo las técnicas de asepsia y antisepsia.
- No se debe recomendar en mujeres con varios compañeros sexuales y expuestas a enfermedades de transmisión sexual por el riesgo de desarrollar enfermedad inflamatoria pélvica

Indicaciones

La inserción del DIU está indicada para mujeres en edad fértil con vida sexual activa, nuligestas, nulíparas o multíparas, incluyendo adolescentes, que deseen un método anticonceptivo temporal de alta efectividad y seguridad, que no deseen la toma o aplicación periódica de anticonceptivos hormonales en las siguientes circunstancias:

- Antes del primer embarazo.
- En el intervalo intergenésico.
- En el posparto, trans y pos cesárea, con o sin lactancia.



- En el posaborto.

Contraindicaciones

- Embarazo o sospecha de embarazo.
- Útero con histerometría menor a 6 cms.
- Patología que deforme la cavidad uterina.
- Carcinoma del cérvix o del cuerpo uterino.
- Enfermedad inflamatoria pélvica activa.
- Presencia de corioamnionitis.
- Puede permanecer en el útero por 3 a 5 años
- También puede tratar el sangrado menstrual abundante y reducir los cólicos.

5.4.1 Diu con progestina

Es un dispositivo de plástico en forma de t que contiene un sistema liberador de levonorgestrel.

Efectividad anticonceptiva

La efectividad anticonceptiva es mayor al 99% con una duración de 5 años

Contraindicaciones

- Dolor mamario
- Irregularidades menstruales
- Suspensión de la menstruación
- Quistes funcionales del ovario



5.5 Oclusión tubaria bilateral

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

Efectividad anticonceptiva

- Bajo condiciones habituales de uso, este método brinda protección anticonceptiva mayor al 99%.

Lineamientos generales para la prescripción

Por ser de carácter permanente, este método en particular requiere de:

- Un proceso amplio de consejería previa a su realización.
- Autorización escrita del consentimiento informado de la usuaria (firma o huella dactilar) o de su representante legal.
- Valoración del riesgo quirúrgico y cuando proceda, del riesgo anestésico.
- La oclusión tubaria bilateral debe efectuarse por personal médico debidamente capacitado para su realización.
- El procedimiento puede efectuarse en cualquier día del ciclo menstrual, cuando se esté razonablemente seguro de que no hay embarazo.
- El procedimiento puede manejarse como cirugía de corta estancia en el puerperio de bajo riesgo, en el posaborto y en el intervalo.
- El procedimiento se debe realizar bajo las normas quirúrgicas y de esterilización establecidas.
- Siempre que se cumplan los criterios para la selección del método, la edad y paridad de la mujer no serán factores de contraindicación del método.



Indicaciones

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

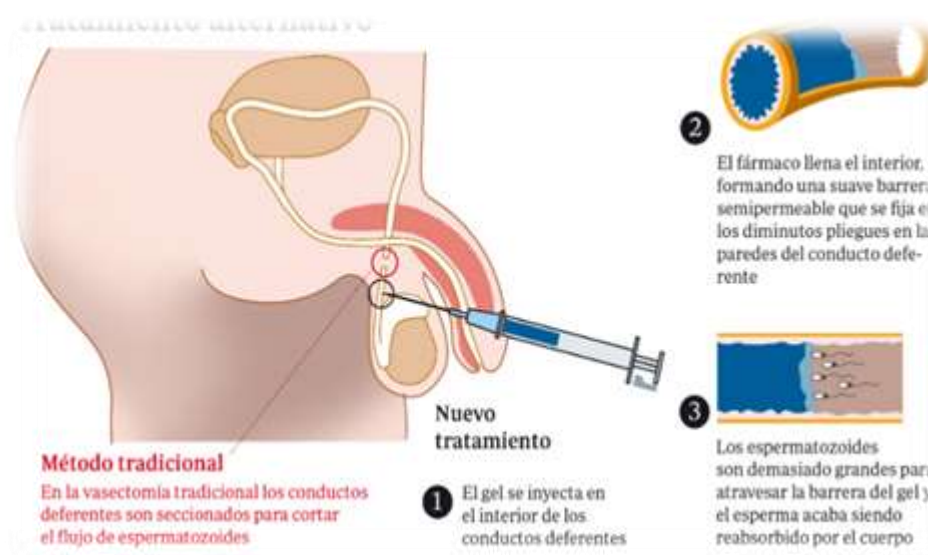
- Paridad satisfecha.
- Razones médicas.
- Retardo mental.

Contraindicaciones

- Enfermedad inflamatoria pélvica activa

5.6 Vasectomía

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





Efectividad anticonceptiva

- Bajo condiciones habituales de uso, este método brinda protección anticonceptiva mayor al 99%

Lineamientos generales para su prescripción

Por ser de carácter permanente, este método en particular requiere de un proceso amplio de consejería previo a su realización.

- Autorización escrita del consentimiento informado del usuario (firma o huella dactilar) o de su representante legal.
- El procedimiento debe ser realizado por personal médico debidamente capacitado.
- El procedimiento puede manejarse como cirugía ambulatoria en unidades de primer nivel de atención.
- El procedimiento se debe realizar bajo las normas quirúrgicas y de esterilización establecida y con anestesia local.
- Siempre que se cumplan los criterios para la selección del método, la edad y fecundidad no serán factores de contraindicación.

Indicaciones

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

- Fecundidad satisfecha.
- Razones médicas.



- Retardo mental.

Contraindicaciones

- Criptorquidia.
- Antecedentes de cirugía escrotal o testicular.
- Historia de impotencia

5. 7 Métodos de barrera y espermicidas

Son métodos anticonceptivos de uso temporal que interfieren la fecundación de manera mecánica o química.

5.7.1 Métodos de barrera

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

Para el hombre: Condón o preservativo: es una bolsa de plástico (látex) que se aplica al pene en erección para evitar el paso de espermatozoides. Algunos contienen además un espermicida (Nonoxinol-9). El condón o preservativo es el único método que contribuye a la prevención de enfermedades de transmisión sexual, incluyendo el SIDA.

Efectividad anticonceptiva

Bajo condiciones habituales de uso, este método brinda protección anticonceptiva del 85 al 97%.

Lineamientos generales para la prescripción



Se puede obtener en unidades de atención médica, en programas de distribución comunitaria y de mercadeo social o mediante adquisición libre en farmacias y otros establecimientos comerciales.

Indicaciones

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

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

Contraindicaciones

- Alergia o hipersensibilidad al plástico (látex) o al espermicida.
- Disfunciones sexuales asociadas a la capacidad eréctil.

5.7.2 Espermicidas

Son sustancias químicas que impiden el paso de los espermatozoides, inactivándolos antes de que penetren al útero. Por lo general son surfactantes que pueden administrarse a través de diversos vehículos: cremas, óvulos y espuma en





aerosoles. Las diversas presentaciones contienen un vehículo y un espermicida.

Efectividad

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

Lineamientos generales para la prescripción

Se debe explicar a las usuarias sobre la necesidad de respetar el tiempo de espera antes del coito a partir de la aplicación intravaginal, así como evitar el aseo poscoital en forma inmediata, con el fin de lograr el efecto anticonceptivo de los espermicidas

Indicaciones

Estos métodos están indicados para mujeres en edad fértil con vida sexual activa, nuligestas, nulíparas o multíparas, incluyendo adolescentes que deseen un método temporal de efectividad media, en las siguientes condiciones:

- Contraindicación para el uso de anticonceptivos hormonales.
- Durante la lactancia.
- Para aumentar la eficacia anticonceptiva de otros métodos de barrera.
- En periodo inmediato pos-vasectomía.

Contraindicaciones

- Hipersensibilidad a alguno de los componentes de la formulación



5.8 Métodos naturales o de abstinencia periódica

Son los métodos por medio de los cuales se evita el embarazo, planificando el acto sexual de acuerdo con los periodos fértiles e infértiles de la mujer.

Estos métodos requieren de una alta motivación y participación activa de la pareja, así como de la capacidad de la mujer para identificar los patrones de secreción de moco cervical, temperatura basal y otros síntomas asociados al periodo fértil.

Los métodos naturales más utilizados son:

- Método del calendario, del ritmo o de Ogino-Knaus.
- Método de la temperatura.
- Método del moco cervical o de Billings.
- Método sintotérmico.

Efectividad

Bajo condiciones habituales de uso, estos métodos brindan protección anticonceptiva del 70 al 80%.

Indicaciones

Estos métodos pueden aplicarse en parejas en edad fértil, con vida sexual activa, que requieran regular su fecundidad de manera temporal y que no deseen usar un método de mayor efectividad por cualquier causa.

Contraindicaciones

- Riesgo reproductivo elevado.
- Mujeres con ciclos menstruales irregulares en cuanto a duración y características de la menstruación.



- Inhabilidad de la mujer para reconocer: las características de su ciclo menstrual, cambios en el moco cervical, en la temperatura basal y otros síntomas y signos asociados al ciclo menstrual.

Forma de uso de los métodos naturales

La forma de uso de estos métodos se basa en la serie de eventos fisiológicos de un ciclo menstrual. La efectividad de los métodos depende de la capacidad de la usuaria para predecir la fecha de la ovulación con seguridad razonable. La capacitación para estos métodos dura de tres a seis ciclos (meses). Requiere de la abstinencia periódica entre 35 al 50% del ciclo. Se deben estudiar el moco cervical, la temperatura basal, las manifestaciones en los anexos, glándulas mamarias y el cérvix y llevar registro minucioso diario de los cambios periódicos para la determinación de los patrones de secreción cervical, de la temperatura basal y otros asociados al periodo fértil.

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

Como resultado de la observación continua durante un año, la pareja puede estimar el principio de su periodo fértil restando 19 días del ciclo más corto y calcula el fin del periodo fértil restando 12 días del ciclo más largo. Durante este tiempo se deben evitar las relaciones sexuales. Debido a que pocas mujeres tienen ciclos menstruales de duración uniforme, a menudo los cálculos del periodo fértil son demasiado amplios y requieren de abstinencia prolongada.

5.8.2 Método de la temperatura

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



resultado de la medición para poder observar los cambios térmicos que indiquen si se produjo o no la ovulación. Este cambio generalmente es discreto, con una variación de 0.2 a 0.4 grados centígrados. Se registra la temperatura basal diariamente. La pareja debe abstenerse de tener relaciones sexuales entre el primer día de la menstruación y el tercer día consecutivo de temperatura elevada. La espera de tres días, pos-elevación de la temperatura contribuirá a evitar que el óvulo sea fecundado.

5.8.3 Método del moco cervical o de Billings

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

Para poder determinar, con seguridad razonable, las manifestaciones relativas al ciclo menstrual deben registrarse: las fechas de inicio y término de la menstruación, los días de sequedad, de moco pegajoso o turbio y de moco claro y elástico, de acuerdo con la simbología convencional disponible para el método.



El último día de secreción de moco se llama día cúspide. Se marca con una X y sólo puede confirmarse al día siguiente, cuando vuelve el patrón infértil o días secos que determinan el comienzo de la etapa infértil del ciclo menstrual a partir del cuarto día después de la cúspide. Los tres días siguientes al día cúspide se marcan 1, 2, 3. Los últimos días infértiles del ciclo menstrual comprenden desde el cuarto día después del día cúspide hasta el final del ciclo.

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

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

5.8.4 Método sintotérmico

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

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

Lineamientos generales para la prescripción



Se debe cumplir con los siguientes procedimientos:

- Mantener una estrecha relación entre el prestador de servicio y la pareja usuaria.
- Proporcionar una adecuada información para la cabal comprensión del método.
- La pareja usuaria debe aceptar el compromiso absoluto de abstinencia sexual durante los periodos de fertilidad en el ciclo menstrual determinados de acuerdo con los procedimientos descritos para cada método.

Duración de la protección anticonceptiva

La duración de la protección anticonceptiva de los métodos naturales se extiende a su práctica constante y correcta.

- En personas que no estén en situación de practicar la abstinencia sexual cuando el método lo requiera

6. Marco jurídico de la planificación familiar

En México, las acciones de planificación familiar y anticoncepción están respaldadas jurídicamente tanto por la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y otros documentos normativos y legislativos de carácter nacional, como por un conjunto de tratados, convenciones y acuerdos internacionales, entre los que destaca la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD), celebrada en el Cairo, Egipto, en 1994.

En el ámbito nacional, los principales ordenamientos de tipo jurídico en los que se sustentan las acciones de planificación familiar y salud reproductiva son las siguientes:

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, que en su Artículo 4° señala que toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos.



Leyes

1. Ley General de Población, que en su Artículo 3º, Fracción II, señala que la Secretaría de Gobernación dictará y ejecutará o en su caso promoverá ante las dependencias competentes o entidades correspondientes, las medidas necesarias para realizar programas de planeación 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 realicen organismos privados, se lleven a cabo con absoluto respeto a los derechos fundamentales del hombre y preserven la dignidad de las familias, con objeto de regular racionalmente y estabilizar el crecimiento de la población, así como lograr el mejor aprovechamiento de los recursos humanos y naturales del país Diario Oficial de la Federación, 1974. (DOF, 1974)
2. Ley General de Salud, que en su Artículo 3º señala que la planificación familiar es materia de salubridad general, y en sus Artículos 67 a 71 se incluyen diversas disposiciones que le otorgan a la planificación familiar su carácter prioritario, definen los diferentes servicios que incluye la planificación familiar, y le otorga a la Secretaría de Salud la facultad de coordinar las actividades de las dependencias y entidades del Sector Salud para instrumentar y operar las acciones de planificación familiar.

Reglamentos

3. Reglamento de la Ley General de Población, que en la Sección II del Capítulo Segundo incluye diversas disposiciones para regular las acciones de planificación familiar, entre las que se incluye la gratuidad de los



servicios cuando éstos sean otorgados por dependencias y organismos del sector público (Artículo 16).

4. Reglamento de la Ley General de Salud, que en su Artículo 17 faculta a los establecimientos de carácter privado para colaborar, entre otros servicios básicos de salud, con la prestación de servicios de planificación familiar. Además, en su Capítulo V (Artículos 116 al 120), incluye diversas disposiciones para la prestación de servicios de planificación familiar.

Normas Oficiales Mexicanas

5. Norma Oficial Mexicana, NOM-005-SSA2-1993, De los servicios de planificación familiar, cuya actualización se publicó en el Diario Oficial de la Federación (DOF) del 21 de enero de 2004, con Nota aclaratoria publicada en el DOF el 16 de junio de 2004. Su objetivo es uniformar principios, criterios de operación, políticas y estrategias para la prestación de los servicios de planificación familiar en México. Su campo de aplicación lo constituyen los servicios de atención médica y comunitaria de las instituciones de los sectores público, social y privado En el marco de la salud reproductiva, las acciones de planificación familiar también se relacionan con otras Normas Oficiales Mexicanas, las cuales se relacionan a continuación:
6. Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios para la prestación del servicio. DOF 06-01-1995.17
7. Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM 010- SSA2-1993, Para la prevención y control de la infección por virus de la inmunodeficiencia humana, DOF el 10-11-2010.18
8. Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-190- SSA1-1999. Prestación de servicios de salud Criterios para la atención médica de la



violencia familiar, para quedar como NOM-046-SSA2-2005. Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención, publicada en el DOF 16-04-2009.

9. Norma Oficial Mexicana NOM 014-SSA2-1994, Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer cérvico uterino, actualizada en 2007 y publicada en el DOF el 31-05-2007.
10. Norma Oficial Mexicana NOM-041-SSA2-2011, Para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama, actualizada en 2011. DOF el 09-06- 2011.
11. Norma Oficial Mexicana NOM-035-SSA2-2012, Para la prevención y control de enfermedades en la perimenopausia y postmenopausia de la mujer. Criterios para brindar la atención médica. DOF 07-01-2013.
12. Norma Oficial Mexicana NOM-034-SSA2-2002, Para la prevención y control de defectos al nacimiento. DOF el 27-10-2003.
13. Norma Oficial Mexicana NOM-024-SSA3-2012, Sistemas de información de registro electrónico para la salud. Intercambio de información en salud. DOF el 30-11-2012.
14. Modificación de la Norma Oficial Mexicana NOM-168- SSA1-1998, del expediente clínico, para quedar como NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico. DOF 15-10-2012.

En el contexto internacional, las acciones de planificación familiar se fundamentan en las recomendaciones emanadas de diversas conferencias internacionales sobre población y derechos humanos llevadas a cabo en el seno de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), en las que se han abordado temas relacionados con la salud, la salud sexual y reproductiva, así como con los derechos sexuales y reproductivos.



Las unidades de atención médica que presten servicios de planificación familiar deben llevar un control de existencias de material anticonceptivo, para garantizar en forma permanente la prestación de los servicios.

7. Modelo del cuidado de Enfermería y planificación familiar

Contexto histórico del cuidado de enfermería

Históricamente el cuidado existe desde el comienzo de la vida de acuerdo con Collieré su historia se perfila a través de dos grandes orientaciones: la primera se escribe desde el principio de la historia de la humanidad para asegurar la continuidad de la vida y la segunda se vincula en lucha contra la muerte. Desde tiempos remotos Florence Nightingale preocupada por las condiciones del ambiente en entorno al paciente y el cuidado de enfermería, hizo importantes mejoras a las prácticas de enfermería al comprobar que los cuidados brindados tenían una importante influencia en los resultados finales de atención.

Cabe mencionar que en su momento el hacer de enfermería se vinculó con saberes de otras disciplinas, preponderantemente con la disciplina médica y obedeció una fuerte dependencia, a partir de los años sesenta se reconoce la importancia de la disciplina que impulsa el desarrollo y fortalecimiento de la enfermería, este incremento de conocimiento puso relieve delimitar tanto la naturaleza del objeto de estudio de la disciplina, como el ámbito de actuación profesional.

A mediados del siglo xx mucho de los esfuerzos de los profesionales de la enfermería estuvieron dirigidos a resolver esta cuestión, iniciando un periodo caracterizado por la creación de modelos teóricos que tratan de esclarecer el hacer de los profesionales de enfermería.



ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE JESÚS
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
CLAVE 3295 -12



En 1980 fue una etapa de desarrollo importante en la teoría de la enfermería caracterizado como una transición del periodo pre-paradigmático al paradigmático tal como lo declaro Hardy, 1978 y Fawcett 1984, los paradigmas (modelos) prevalentes ofrecían perspectivas para la práctica respecto a los modelos conceptuales de enfermería.

Un modelo conceptual proporciona un marco de referencia distinto para sus partidarios que les explica como observar e interpretar los fenómenos de interés para la disciplina, define los conceptos de persona, entorno, salud y enfermería según su marco y se diferencian de los modelos que proponen una dirección o acción que pueda probarse.

Jacqueline Fawcett propone como primer componente al metaparadigma dentro de la estructura jerárquica del conocimiento contemporáneo de enfermería y la relación

Entre sus conceptos cuidado, persona, salud y entorno como núcleo de la disciplina, parten del reconocimiento de que cada persona es un ser nuevo, existencial y esencial de un paradigma conceptualizado. Cabe mencionar que Fawcett define el metaparadigma como un conjunto de conceptos globales que identifican los fenómenos particulares de interés para una disciplina, así como las proporciones globales que afirman las relaciones entre ellos.

Estos modelos sirven de guía para la práctica, formación, investigación y gestión de los cuidados, orientan la práctica de la enfermería proporcionándole una descripción de la meta que se persigue del rol y de los cuidados.

Los elementos del modelo del cuidado de enfermería tienen como objetivo fortalecer la estructura disciplinar en el proceso de cuidar de enfermería.



Uno de sus principales objetivos es estandarizar el cuidado de enfermería en el sistema nacional de salud en México, a través de la integración de sus elementos metodológicos.

El modelo de cuidado de enfermería tiene enfoque integral y sistemático aplicable a los tres niveles de atención fortaleciendo con ello la toma de decisiones en la atención primaria de la salud.

El modelo del cuidado de enfermería se integra por cuatro elementos disciplinares básicos de la enfermería, aplicable en el ámbito ambulatorio y hospitalario.

7.1 Metaparadigma de enfermería

El metaparadigma de enfermería cumple con características de neutralidad y universalidad, enfocadas a los aspectos o núcleos disciplinares que la enfermería requiere para definir su esencia en virtud de su naturaleza epistemológica. Para la concentración del contenido, objetivos e implementación del modelo del cuidado.

Cuidado de enfermería

Acción encaminada a hacer por alguien lo que no puede hacer la persona por sí sola con respecto a sus necesidades básicas

Salud

Completo estado de bien estar en los aspectos físicos, mentales y sociales y no solamente en la ausencia de la enfermedad.

Persona

Individuo, familia, grupo o comunidad entendido desde el marco holístico humanista

Entorno/ medio ambiente



Condiciones ambientales, tienen influencia tanto en los cuerpos como en las mentes que mejora condiciones de vida modifica el estado social de la población.

7.2 Metodología de enfermería.

Proceso de atención de enfermería

Es una herramienta metodológica que permite otorgar cuidados a las personas sanas o enfermas a través de una atención sistematizada.

A continuación, se presentan las fases del proceso con el enfoque de planificación familiar:

1) Valoración:

En la etapa de valoración permite estimar el estado de salud, familia o comunidad, respuestas humanas y fisiopatológicas con las que se logra el conocimiento integral de la persona o grupo en caso de planificación familiar se realiza una serie de preguntas en la cual se Interroga cuando tuvo su menarca, edad, fecha Ultima de menstruación, cuantas parejas sexuales tiene o a tenido, datos gineco obstétricos intervalo Intergenésico, la edad del primer embarazo, fecha del ultimo evento obstétrico si desea tener más hijos o no, cuando fue la última vez que se realizó papanicolaou, si presenta o no alguna enfermedad crónico-generativa. (Anexo 1)

2) Diagnostico

Posteriormente a la valoración se realiza un diagnóstico que se define como un juicio clínico sobre las respuestas humanas de la persona, familia o comunidad ante procesos vitales o problemas de salud reales o potenciales de acuerdo con la valoración realizada acerca de la planificación familiar A continuación se presenta



algunas etiquetas diagnósticas de enfermería relacionadas al proceso de determinación.

- Código NANDA 00042 Riesgo de respuesta alérgica al látex
- Código NANDA 00126 Conocimientos deficientes
- Código NANDA 00161 Disposición para mejorar los conocimientos
- Código NANDA 00184 Disposición para mejorar la toma de decisiones

3) Planeación

Se inicia después de haber formulado los diagnósticos de enfermería y consiste en las estrategias diseñadas para reforzar las respuestas humanas de los servicios de planificación familiar

Es así como en esta etapa del PAE, inicia el plan de cuidados de enfermería, avanzando de la ejecución a la evaluación y así sucesivamente de forma cíclica y dinámica. El PAE cuenta con características de ser un proceso sistematizado, dinámico, interactivo y flexible.

Se debe efectuar a través de acciones de comunicación en medios masivos y participación social

Se debe impartir información a adolescentes, hombres y mujeres en edad fértil y darles a conocer los pros y los contras de tener una vida sexual activa con responsabilidad y así mismo evitar infecciones de transmisión sexual y tomar en cuenta los siguientes puntos para llevarlo a cabo:

- ❖ Información y orientación sobre salud reproductiva
- ❖ Información sobre los métodos anticonceptivos disponibles



- ❖ Información sobre lo que el usuario debe esperar con respecto a asesoría técnica y abastecimiento de métodos anticonceptivos.

4) Ejecución

Para la aplicación de esta etapa se utilizará como herramienta las recomendaciones emitidas por las guías de práctica clínica (GPCE).

Esta integración conduce el hacer de Enfermería a la práctica basada en evidencias y ello se establece protocolos de cuidados para las mejores prácticas.

Las intervenciones de enfermería establecidas en la GPCE de planificación familiar

- ❖ El personal de salud deberá de ofrecer servicios de planificación familiar a hombres y mujeres antes de la concepción incluso si no tienen hijos.
- ❖ El personal de enfermería deberá de informar y asesorar sobre la preconcepción y la planificación familiar para todas las mujeres con diabetes en edad fértil.
- ❖ Promover servicios de planificación familiar integral a pacientes en estado postaborto con orientación y entrega de método de elección
- ❖ Promover métodos eficaces para la planificación familiar para evitar embarazos y abortos inseguros reduciendo así la morbi-mortalidad materna y la infertilidad secundaria.
- ❖ Promover el uso de métodos de planificación familiar y dar a conocer las consecuencias de los periodos intergenésicos cortos.
- ❖ Promover y mejorar el acceso a la planificación familiar integral a través de la información, servicios y suministros de los métodos.
- ❖ Facilitar el acceso a servicios de planificación familiar a hombres y mujeres y parejas que reciben atención para VIH.



ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE JESÚS
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
CLAVE 3295 -12



- ❖ Recomendar el uso del doble método con condón para la prevención del VIH y anticonceptivos hormonales para la prevención de un embarazo no planeado.
- ❖ Recomendar el uso de hormona inyectable bimensual para las pacientes post evento obstétrico como método anticonceptivo que permita la lactancia materna.
- ❖ Recomendar a las adolescentes el uso de implante subdérmico para espaciar o prevenir los embarazos.
- ❖ Integrar los servicios de planificación familiar con los servicios de prevención y atención y tratamiento de VIH.
- ❖ El personal de salud deberá informar y aconsejar a los usuarios sobre los efectos secundarios comunes de su método anticonceptivo, así como corregir los conceptos erróneos acerca de los mimos
- ❖ El personal de salud deberá de implementar los programas de planificación familiar de forma integral con las clínicas de atención de VIH
- ❖ El personal de enfermería deberá educar sobre los métodos de planificación familiar respetando creencias religiosas y culturales.
- ❖ Sensibilizar sobre el uso de métodos de planificación familiar para cambiar la percepción a cerca de estos y así sean aceptados por la pareja y los familiares de mayor influencia.
- ❖ Los consejeros de los servicios de planificación familiar Deberán detectar a las usuarias que sufren violencia por la pareja.
- ❖ Los servicios de planificación familiar deberán de detectar y canalizar a otros servicios correspondientes a mujeres afectadas por violencia de compañero íntimo.



- ❖ Fomentar la planificación familiar y el asesoramiento preconcepcional, especialmente en adolescentes con tendencia de trastorno alimentarios y depresión.
- ❖ Realizar asesoría adecuada e individualizada para aumentar el apego al uso de los métodos de planificación familiar.
- ❖ El personal sanitario deberá incluir en la promoción de la planificación a los padres de adolescentes embarazadas a través de la visita domiciliará y otros programas.
- ❖ Recomendar la realización de la oclusión tubárica bilateral y la vasectomía para aquellas personas con paridad satisfecha.
- ❖ Implementar acciones con grupos de autoayuda en los servicios de planificación familiar para captar más población en riesgo.
- ❖ Brindar asesoramiento prenatal mediante el uso de folletos para promover la planificación familiar.
- ❖ Proporcionar información y educación acerca de la planificación familiar en el periodo de posparto, para disminuir el número de embarazos no planificados.
- ❖ El personal de enfermería deberá de realizar visitas domiciliarias para promover los métodos de planificación familiar.
- ❖ Dar consejería a través de entrevistas motivacionales personalizadas haciendo hincapié en objetivos personales.
- ❖ Ofrecer consejería y el método de elección antes del alta hospitalaria.

Consejería

La consejería en Planificación Familiar debe incluir un proceso de análisis y comunicación personal, entre los prestadores de servicios y los usuarios potenciales y activos, mediante el cual se brinden a los solicitantes de métodos anticonceptivos, elementos para que puedan tomar decisiones voluntarias



ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE JESÚS
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
CLAVE 3295 -12



- ❖ En la consejería se debe brindar información, orientación y apoyo para que el paciente pueda aclarar sus dudas sobre los métodos anticonceptivos en cuanto a Sus características:
- ❖ Efectividad anticonceptiva.
- ❖ Indicaciones.
- ❖ Contraindicaciones y precauciones.
- ❖ Forma de administración.
- ❖ Lineamientos generales para la prescripción.
- ❖ Duración de la protección anticonceptiva.
- ❖ Seguridad, efectos colaterales y conducta a seguir.
- ❖ Necesidad de seguimiento, evaluación y reforzamiento de la protección anticonceptiva.
- ❖ La consejería debe de hacer énfasis en estos puntos ya mencionados para que el paciente se encuentre informado sobre todas las características específicas del método anticonceptivo teniendo en cuenta las necesidades y características individuales y de pareja ya que es importa poner atención en la efectividad del método anticonceptivo y de las características que presenta para la efectividad del método seleccionado.
- ❖ Se debe tomar en cuenta en todo momento, que la decisión y consentimiento responsable e informado de los usuarios deben ser respetados en forma absoluta y no se debe inducir la aceptación de un método anticonceptivo en especial.
- ❖ Se debe constatar que los aceptantes han recibido y comprendido la información completa sobre las características, usos y riesgos de los diferentes métodos anticonceptivos, así como de su responsabilidad por el buen uso de ellos



- ❖ La aceptación de métodos anticonceptivos permanentes (oclusión tubaria bilateral y vasectomía) debe ir precedida por consejería y se debe ratificar por escrito por el usuario e incluir este documento en la ficha individual o expediente clínico personal. Este documento debe describir el conocimiento del aceptante sobre la irreversibilidad del procedimiento.

5) Evaluación

La evaluación es la fase donde se determina el logro de los resultados esperados determinados en la planeación ese logro puede ser total, parcial o nulo. (Anexo 3)

En la cual conforme a planificación familiar es importante verificar que los pacientes tengan un buen control de acuerdo la consulta mes con mes y así llevar el control con la tarjeta pf5 (Anexo 2).

Lograr que la comunidad esté informada y orientada para un buen desarrollo de planificación familiar.

Que los adolescentes estén informados sobre los métodos anticonceptivos y así evitar embarazos no deseados y abortos.

Dar la información adecuada y evitar enfermedades de transmisión sexual y VIH sida.

Disminuir la Morbi-mortalidad infantil en México

8. Metodología

La metodología de esta investigación documental fue una revisión bibliográfica, documental, descriptiva, transversal, el tipo de diseño del estudio metodológico que se utilizó para esta investigación documental fue de tipo descriptivo



Esta investigación se realizó en un periodo de tiempo del mes de septiembre del año 2018 al mes de enero del 2019 para su realización se llevó a cabo una búsqueda de información, utilizando herramientas electrónicas tales como:

- ❖ Búsquedas por internet a través de diferentes buscadores virtuales, predominante con Google <http://www.google.com>.
- ❖ Diversos portales institucionales públicas de la Secretaria de Salud, por ejemplo: comisión permanente de enfermería, instituto nacional de estadística y geografía (INEGI), Consejo nacional de población (CONAPO), guías de práctica clínica de enfermería (GPCE).
- ❖ Así como diferentes artículos relacionados con la planificación familiar nacionales e internacionales
- ❖ Marco jurídico de la planificación familiar

Los resultados que se obtuvieron de dicha búsqueda representaron un fácil acceso y manejo de información para su análisis y posterior presentación

9. Conclusión

En esta investigación se revisó la tendencia histórica de la planificación familiar, su evolución dejando ver los logros que sean alcanzado año tras año en esta materia, el conocimiento de los métodos anticonceptivos que ayudan a regular la fecundidad, así mismo se conoce las estadísticas sociodemográficas.

En la recolección de los datos se encontró que la participación de las diferentes instituciones públicas y privadas se registraron 9.3 millones de usuarias activas de planificación familiar en el 2006 pasando a un 11.6 millones en el 2012 en lo que implicó un crecimiento del 26% la cual se presentó en el 2006 una cobertura de usuarias activas de (PF) de un 54.9% del total la cual incremento a 66.7 % en el



2012. Sin embargo, prevalecen rezagos tanto en el país como en algunas regiones y grupos específicos de la población nacional.

10. Recomendaciones

Por lo expuesto en este trabajo es recomendable brindar más información a personas de 15 a 49 años y así poder evitar embarazos no deseados, dándoles a conocer los métodos anticonceptivos y aclarando que no todos los protegen de infecciones de transmisión sexual. lo cual se podría mejorar con platicas en las escuelas, centros de trabajo y módulos de información en centros de salud con el fin de promover la información de los métodos de planificación familiar y así dando a conocer los beneficios de usarlos y las consecuencias.

Es importante enfocarse en adolescentes ya que en la actualidad son las que corren más riesgo de muerte materno-infantil, tanto en la ciudad como lugares rurales.

El personal de enfermería deberá implementar los programas de planificación familiar de forma integral con las clínicas de atención de VIH.

El personal de enfermería debe comprometerse más en la Planificación familiar, tanto en promoción como en atención, dado que cuenta con la formación, para impactar positivamente en la salud reproductiva de las diversas comunidades.



Bibliografía

Chackiel, J y Schkolnik, S (2003). América Latina: Los Sectores rezagados en la transición de la fecundidad, Serie Población y Desarrollo

Recuperado de:
https://www.researchgate.net/publication/46164506_Antecedentes_teoricos_y_empiricos_del_uso_de_metodos_de_planificacion_familiar

Consejo Nacional de Población (CONAPO) La Situación Demográfica de México (2010), México (2010)

Recuperado de: [http://www.conapo.gob.mx/en/CONAPO/La Situación_Demográfica_de_méxico](http://www.conapo.gob.mx/en/CONAPO/La_Situación_Demográfica_de_méxico) (2010)

CONAPO. Proyecciones de la Población de México

Recuperado de: <http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Proyecciones>

Echeverry, G.(1975) Development of the Profamilia rural Family planing program in Colombia "En studies in Family Planing

Recuperado de:
https://www.researchgate.net/publication/46164506_Antecedentes_teoricos_y_empiricos_del_uso_de_metodos_de_planificacion_familiar

Flores C& Soto, V. (2007) Fecundidad adolescente y Pobreza Diagnostico y lineamientos de política Bogotá: Departamento Nacional de Planeación, Misión para el diseño de una estrategia para la reducción de la pobreza y la Desigualdad

Recuperado de:
https://www.researchgate.net/publication/46164506_Antecedentes_teoricos_y_empiricos_del_uso_de_metodos_de_planificacion_familiar



Gillespie, D.; Ahmed, S., Tsui, A. y Radloff, S. (2006). "Unwanted fertility among the poor: an inequity?". En: *Bulletin of the World Health Organization, United States Agency for International Development*

Recuperado de:
https://www.researchgate.net/publication/46164506_Antecedentes_teoricos_y_empiricos_del_uso_de_metodos_de_planificacion_familiar

INEGI. *Indicadores sociodemográficos de México (1930-2000)*, México, 200

Recuperado de:
http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/español/bvinegi/productos/integracion/sociodemografica/indisociodem/2001/indi/2001.pdf

Ley General de Población. Art.3 Fracción II Diario Oficial de la Federación (DOF)

Del 7 de enero de (1974)

Recuperado de:

http://www.diputados.gob.mx/leyesBiblio/ref/lgp/lgp_orig_07ene74_ima.pdf

Martínez Manautou, Jorge. *La Revolución Demográfica de México (1970 – 1980)*

Instituto Mexicano del Seguro Social, México, D.F.;(1985)

Recuperado de: <http://www.Salud.gob.mx/indicadores1318/pdf/programa.pdf>

Norma Oficial Mexicana NOM 005-SSA2-1993 De los Servicios de Planificación Familiar, publicada en el DOF (en línea) con nota aclaratoria el 16 de enero del 2004

Recuperado de: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/005ssahtml>

Organización Mundial de la Salud (OMS). Nota descriptiva no 351,



Mayo de(2013)

recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs35/1/es>

Pérez, G. (2006). "Dinámica demográfica y desarrollo regional en Colombia". En: *Documentos de trabajo sobre Economía Regional, Banco de la República*

Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/46164506_Antecedentes_teoricos_y_empiricos_del_uso_de_metodos_de_planificacion_familiar

Secretaría de Salud, *El derecho a la libre decisión... La Planificación Familiar en el contexto De la salud reproductiva; primera edición primera edición (2002). P.17 - 18*

Recuperado de: <http://www.Salud.gob.mx/indicadores1318/pdf/programa.pdf>

Secretaría de Salud. *Programa Sectorial de Salud, (2013-2018). Diario Oficial de la Federación, diciembre 12, 2013.México, Distrito Federal*

Recuperado de: <http://www.Salud.gob.mx/indicadores1318/pdf/programa.pdf>

Seltzer, J y Gómez, F (1998). *Family Planning and Population Programs in Colombia 1965 to 1997. En: Population Technical Assistance Project*

Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/46164506_Antecedentes_teoricos_y_empiricos_del_uso_de_metodos_de_planificacion_familiar



ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE JESÚS
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
CLAVE 3295 -12



Anexos



Anexo 1

Diagrama de atención de enfermería en P.F.

