UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

CONOCIMIENTO Y UTILIZACIÓN DE ANTI CONCEPCIÓN
EN MUJERES MAYORES DE 40 AÑOS

Estudio descriptivo realizado con mujeres que asistieron a la
Consulta Externa de la Clínica de Especialidades de APROFAM,
en el mes de septiembre del año 2001.

Tesis

Presentada a la Honorable Junta Directiva
de la Facultad de Ciencias Médicas de la
Universidad de San Carlos de Guatemala

Por

JESSICA JUDITH CASTAÑEDA REYES

En el acto de su investidura de:

MEDICA Y CIRUJANA

Guatemala Octubre de 2001.

INDICE

I.	INTRUDOCION.....	1
II.	DEFINICION DEL PROBLEMA.....	3
III.	JUSTIFICACION.....	6
IV.	OBJETIVOS.....	8
V.	REVISION BIBLIOGRAFICA.....	9
VI.	MATERIAL Y METODOS.....	27
VII.	PRESENTACION Y ANALISIS DE RESULTADOS.....	31
VIII.	CONCLUSIONES.....	43

I. INTRODUCCION.

El embarazo en mujeres mayores de 40 años es un alto riesgo tanto como para la madre como para el feto; es por ello que las mujeres a esta edad aun necesitan el uso de métodos anticonceptivos. Esta población tiene muchos mitos sobre el tema, pareciendo ser que el conocimiento generalizado a esta edad es que la mujer ya no necesita ningún método anticonceptivo, aumentando la frecuencia de embarazos no deseados, y riesgosos.

Para conocer cual es el conocimiento que tienen las mujeres mayores de 40 años sobre los métodos anticonceptivos y si utilizan los mismos, se realizó el presente estudio con 333 mujeres que consultaron a la clínica de especialidades de APROFAM, en el mes de Septiembre de 20001, a las cuales se les realizó un cuestionario.

Entre los hallazgos más importantes encontramos que de las mujeres mayores de 40 años un 65% si utilizan algún método anticonceptivo, siendo el que utilizan con más frecuencia la Ligadura de Trompas; el conocimiento que poseen con relación al tema es que a mayor nivel de escolaridad mayor es el conocimiento que presentaron.

Creer que el uso de anticonceptivos a esta edad es dañino para su salud, pero a pesar de ello sí lo consideran necesario, ya que están consientes que pueden quedar embarazadas lo que podría ser más dañino para su salud.

Se sugiere implementar charlas con respecto a los métodos anticonceptivos a las mujeres en su post-parto inmediato, en pacientes que consulten a la clínica de Papanicolaou, o inclusive a otro servicio de salud, dando información clara, acertada y objetiva, orientada hacia desechar los mitos y creencias que tiene la población

femenina a esta edad y a todas las edades e inculcar en la mujer mayor de 40 años sexualmente activa la visita al ginecólogo para utilizar algún método anticonceptivo, para evitar un embarazo de alto riesgo.

II. DEFINICION DEL PROBLEMA.

La planificación familiar es reconocida no sólo como una intervención clave para mejorar la salud de las mujeres y los niños, sino también como un derecho humano. La base para actuar en planificación familiar, como está establecido en el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y Desarrollo de la ONU en el año 2000, debe hacer posible que las mujeres y las personas puedan decidir libremente y responsablemente acerca del número y espaciamiento de los embarazos, tener la información y el conocimiento para hacerlo, asegurar una elección informada y poner a la disposición una gama de métodos seguros y eficaces. (14)

Las mujeres mayores de 40 años es uno de los grupos de mayor riesgo para embarazos no deseados, ya que hay muchos mitos en esta población acerca del uso de anticonceptivos; pareciendo ser que el conocimiento generalizado a esa edad es que la mujer, ya no necesita ningún método anticonceptivo, poniendo el embarazo en riesgo a la madre y al feto. (2,11)

Los hombres y las mujeres de esta edad no tienen conocimiento con respecto a la anticoncepción a su edad, ni de la amplia gama de anticonceptivos que están a su disposición; esto quizá se deba por un lado a la falta de educación sexual que la población tiene y porque la planificación familiar muchas veces se ve con cierta reserva por las costumbres, tradiciones y el deficiente nivel educacional de nuestra población. (13)

Se necesita dar información actualizada sobre los métodos anticonceptivos, para que con ella se explique ampliamente del tema a las parejas y así ayudarles a que utilicen el método anticonceptivo de su preferencia en forma efectiva y satisfactoria, protegiéndose

así al mismo tiempo de ciertos efectos negativos para la salud que pueden prevenirse.

La planificación familiar continúa siendo un gran progreso, durante décadas hemos avanzado de muchas maneras, por ejemplo: ahora la planificación familiar se considera un derecho humano, la mayoría de personas están enteradas de la planificación familiar, y esta es apoyada por la comunidad, y en algún momento dado las parejas en el mundo han utilizado algún método anticonceptivo. (2,10)

Cuando las parejas sexuales presumiblemente fértiles no utilizan ningún método anticonceptivo, alrededor del 90% de las mujeres concebirá dentro de un año. (2)

La planificación familiar ayuda a las mujeres proporcionándoles protección contra el embarazo no deseado, salvando las vidas de muchas mujeres por embarazos de alto riesgo o de los abortos en circunstancias peligrosas.

Si todas las mujeres pudieran prevenir un embarazo de alto riesgo, el número de muertes maternas podría reducirse en un 25%.

La planificación familiar contribuye a que tanto los hombres como las mujeres, puedan cuidar a sus familias. A través del mundo, los hombres opinan que planificar la familia los ayuda a poder proporcionar a ellas una vida mejor, la situación económica de la gente va mejorando, tienen mejor capacidad de proveerles alimentos, ropa, vivienda y educación, y si las parejas tienen menos hijos en el futuro, se evitarán que la población mundial actual de 5,900 millones de personas se duplique en un lapso menor de 50 años. (8,9)

Las demandas futuras sobre los recursos naturales como el agua y los suelos fértiles serán mayores y todos tendrán menor oportunidad de tener una mejor vida.

En el presente estudio se analizó el uso de anticonceptivos en mujeres mayores de 40 años, valorando la calidad de conocimiento que presenta dicha población sobre las técnicas anticonceptivas, y a la vez evidenció los mitos y creencias que poseen las mujeres a esta edad sobre el uso de anticonceptivos; con el fin de proponer acciones encaminadas a cubrir el aspecto de información sobre anticoncepción en este especial grupo de mujeres previniendo así la morbi-mortalidad materna y fetal.

III. JUSTIFICACION.

Es importante determinar la calidad y cantidad de conocimientos que las mujeres mayores de 40 años poseen con respecto a los métodos anticonceptivos, ya que la mayoría de ellas tiene una falsa seguridad de no quedar embarazadas. (6)

En la planificación familiar son evidentes las influencias sociales, religiosas y políticas, por lo que el médico debe continuar fortaleciendo, capacitando y prescribiendo los diferentes métodos anticonceptivos, en áreas o en grupos donde las creencias de su uso hacen que las mujeres mayores de 40 años aun puedan quedar embarazadas, a la vez educar y concientizar en dicha población los riesgos que un embarazo a esta edad conlleva.

La magnitud del problema es grande, ya que la mujer a esa edad sigue siendo fértil, además representa un número considerable dentro de la población femenina.

Si las personas tienen información adecuada acerca de los métodos anticonceptivos y varias técnicas de ellas que puedan tener como opción el elegir, sin presión, ni coacción, hay más probabilidades de que se sientan satisfechas y sigan practicando la planificación familiar.

Aparte del mayor riesgo de diabetes y de alta presión arterial, las mujeres de más de 35 años tienen un mayor riesgo de tener problemas de placenta y sangrado durante el embarazo. (1,2)

Las madres primerizas de más de 30 años tienen el doble de probabilidades que aquellas de poco más de 20 años de tener dificultades durante el parto. El estudio de 1995 de la escuela de Medicina de Mount Sinai comprobó que es más común que la segunda etapa del parto sea más prolongada y que el feto sufra consecuencias en las madres de mayor edad. Esta puede ser la razón, al menos en parte, por la que se practican más intervenciones de cesárea entre las mujeres mayores de 30 años. (1)

En el presente estudio se analizó el uso de anticoncepción en mujeres mayores de 40 años, valorando la calidad de conocimiento que presenta dicha población sobre las técnicas anticonceptivas, y a la vez evidenció los mitos y creencias que poseen las mujeres a esta edad sobre el uso de anticonceptivos, con el fin de proponer acciones encaminadas a cubrir el aspecto de divulgación e información sobre los anticonceptivos en este especial grupo de mujeres previniendo así la morbi-mortalidad materna y fetal.

IV. OBJETIVOS.

OBJETIVO GENERAL:

Describir el conocimiento y utilización de anticonceptivos en mujeres mayores de 40 años, en la Clínica de APROFAM, en el mes de Julio de 2001.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Determinar el porcentaje de conocimientos del tema, de acuerdo al nivel escolar, la edad y el estado civil de la población.
2. Determinar cual método anticonceptivo es el más conocido.
3. Determinar el porcentaje de las mujeres que consideran un embarazo a esta edad como un riesgo materno y fetal.
4. Determinar cual es el método anticonceptivo más usado.
5. Determinar las creencias y mitos para la anticoncepción en mujeres mayores de 40 años.

V. REVISION BIBLIOGRAFICA.

ANTICONCEPCION EN LAS MUJERES MAYORES DE 40 AÑOS.

1.Generalidades: .

El tema de la anticoncepción en mujeres de 40 años de edad y mayores presenta retos especiales para el médico. Muchos factores desconocidos participan en la fisiología normal de las mujeres de este grupo etáreo y muchas variables complican la decisión de cual es el método anticonceptivo más adecuado. Es una experiencia común parara las mujeres perimenopáusicas, presentar hemorragia (a veces profusa) y ciclos irregulares. Se sabe bien que los ciclos anovulatorios aumentan con la edad, también es bien conocido que la ovulación continúa hasta la menopausia, por tanto las mujeres mayores de 40 años necesitan todavía una forma confiable de anticoncepción particularmente en vista que continúan teniendo actividad sexual. (1)

El climaterio suele ser considerado un período prolongado de la vida de la mujer y se inicia a partir de los 35 años de edad; es dividido en tres fases: pre-menopausia, menopausia y post-menopausia. En el período entre los 40 y 50 años de edad, disminuye la función ovárica, decrece la fertilidad y se da una progresiva atrofia de los tejidos estrógeno dependientes. Esta década puede ser sintomática para muchas mujeres, intensificandose el síndrome premenstrual, apareciendo oleadas de calor, retorno de la dismenorrea, se establecen estados de ánimo cambiantes o fuera de control, los ciclos menstruales se hacen impredecibles y los

desempeños menstruales pueden ser abundantes o prolongados. Esta sintomatología puede ser intolerable y afectar adversamente la vida de la mujer. (1,2,5)

Hay estudios actuales que afirman que una solución segura y efectiva para muchos de estos síntomas en mujeres saludables, no hipertensas ni fumadoras en riesgo de embarazo, es el uso de anticonceptivos orales de microdosis. Además la píldora mejora la vaginitis hipertrófica, al parecer evitan en parte la pérdida de masa ósea que se inicia a partir de los 35 años y evitan en parte la disminución del colágeno cutáneo. (4,8)

Cada vez hay mayor información de que muchas mujeres mayores de 40 años de edad requieren no sólo protección anticonceptiva, sino también tratamiento de reposición hormonal por los síntomas climatéricos que se saben ocurren durante estos años. Tales mujeres todavía menstrúan y persiste el riesgo de embarazo. Además hay un peligro creciente relacionado con el parto en este grupo etáreo, que pone en peligro la vida.

Tradicionalmente, el tratamiento de reposición hormonal se reservaba para la posmenopausia. (5,6)

Los datos disponibles indican que es aconsejable un tratamiento combinado si se da terapéutica de reposición a las mujeres de este grupo de edad. Muchas pruebas sugieren que los estrógenos solos pueden ser insuficientes y debe añadirse progesterona para prevenir hiperplasia endometrial, disminuir el riesgo de cáncer mamario y evitar la pérdida ósea. Así, en la premenopausia es preferible administrar un producto que brinde protección anticonceptiva, alivie los síntomas casi menopáusicos, brinde protección cardiovascular y tenga propiedades de conservación ósea.(1,10,11)

En las mujeres que se encuentran cerca de la menopausia los consejos sobre anticoncepción constituyen un asunto más difícil porque es imposible predecir cuándo ha finalizado la fertilidad. (1,2,3)

Los resultados de un estudio realizado por el Centro de Especialidades de APROFAM, en mujeres de 40 a 50 años, en 1999 avalan la opinión de que la ovulación se relaciona más estrechamente con la regularidad de la menstruación que con la edad. Cuando la menstruación se mantuvo regular hubo evidencia de ovulación en casi todos los ciclos. Una historia reciente de oligomenorrea o de un aumento de la duración del ciclo se asoció con una frecuencia disminuida pero no con el cese completo de la ovulación. Ni siquiera la presencia de "calores", amenorrea y niveles elevados de hormona foliculoestimulante garantiza en forma absoluta la ausencia de una ovulación posterior. (1,7,9)

Se ha observado la presencia de folículos primordiales con ovocitos aparentemente normales en ovarios de mujeres de más de 50 años de edad.(2)

2.Historia de la anticoncepción:

En el primer texto médico del que se tiene noticia, El Papiro de Petri, de 1850 antes de Cristo, figuraban ya las recetas anticonceptivas. Una aconsejaba el uso de excremento de cocodrilo mezclado con una pasta que servía como vehículo, que era insertado en la vagina; otra receta consistía en una irrigación de la vagina con miel y bicarbonato de sodio nativo natural. El segundo texto importante, El Papiro de Ebers, contiene la primera referencia a un tapón de hilo medicado... (Tritúrese con una debida de miel, humidézcase el hilo con ello y colóquese en la vulva de la mujer). (13,14)

En la historia de la anticoncepción, la referencia bíblica citada con más frecuencia es un pasaje del Génesis, capítulo 38: "Pero Onán, sabiendo que la prole no sería suya, cuando entraba a la mujer de su hermano se derramaba en la tierra para no dar prole a su hermano".(13)

La primera referencia griega sobre la anticoncepción, se encuentra en el libro de Aristóteles Historia Animalium, del siglo IV antes de Cristo que decía: "Algunos impiden la concepción untando la parte de la matriz en la que cae el semen con aceite de cedro o con un unguento de plomo o con incienso mezclado con aceite de olivo". La mención más antigua en un texto chino es de Sb Ssu Mu, (tómese algo de aceite y de mercurio y fríase sin parar y tómese una píldora tan grande como una semilla de yayuba con el estómago vacío e impedirá la preñez para siempre). La religión islámica no se oponía a la anticoncepción y el coitus interruptus figuraba en primer lugar como un método mencionado en las más antiguas tradiciones del profeta. (7)

Soranos, el ginecólogo más importante de la antigüedad, hizo la descripción más brillante y original sobre las técnicas anticonceptivas antes del siglo XIX. "Un anticonceptivo se diferencia de un abortivo en que el primero no permite que tenga lugar la concepción, mientras que el último destruye lo que ha sido concebido".(13)

La primera descripción de un condón se encontró en la obra de Falopio, cuya pretensión fue lograr la protección contra la sífilis, aunque existen otras teorías sobre el origen de esta vaina. Se ha sugerido que algún trabajador de un matadero medieval tuvo la ocurrencia de que las membranas delgadas de un animal lo protegían contra la infección. El origen de la palabra "condón" también es

desconocido; una de las teorías favoritas es que se llama así por el nombre del inventor, el señor Condón o Cotón, un cortesano de Carlos II; otros evocan la etimología latina *Condus*, que para los romanos significa receptáculo. En 1870 aparece el primer preservativo de caucho, de calidad aún mediocre y poco práctico. En 1930, con el desarrollo del látex, aparece el nuevo preservativo, más fino y más sólido. (1,14)

Los espermicidas ya eran conocidos desde la antigüedad y su desarrollo comenzó cuando en 1677 Van Leewenhock, Spallanzi descubrió que el pH de la solución de semen se disminuía al añadir vinagre, y como consecuencia, los espermatozoides perdían su eficacia. El primer paso del avance en relación con el desarrollo de los espermicidas se manifestó en 1885 cuando el inglés Walter Rendel descubrió el primer óvulo anticonceptivo sobre la base de manteca de cacao y quinina. A finales del siglo XIX, algunos fabricantes norteamericanos propusieron tapones vaginales compuestos de manteca de cacao y de ácido bórico. (11,14)

La idea del diafragma parece remontarse a tiempos muy antiguos. En el siglo XVIII, Casanova recomendaba la colocación en el fondo de la vagina la mitad de un limón exprimido cuyo jugo tenía la reputación de actuar como espermicida. En 1882, el doctor C.Hasse comunicó la primera definición detallada del diafragma moderno. En 1908 fue descubierto por K. Kafka. (1)

La idea de que existe un período estéril procede de la antigüedad, donde se pensaba que la época más favorable para la concepción eran los días inmediatamente antes de la menstruación y después de la menstruación, una teoría que hoy se sabe que es incorrecta. En 1920 se concibió la teoría moderna del período estéril por Kysaky Ogino y Knauss. (13)

El método de la temperatura basal fue establecido por Van del Velde en Alemania en 1984 y el método modificado basado en la secreción del mucus desarrollado por Dorairaj es una variante del método de la ovulación.(1)

El origen de los dispositivos intrauterinos es desconocido y parece situarse hacia 1863 donde se le llamaban elevadores porque servían para elevar el útero retroverso y estaban hechos de una talla de aleación de Zinc y Cobre. El primer dispositivo intrauterino específicamente anticonceptivo era un anillo de tripa de seda de gusano fabricado en 1909 por el doctor Richter. En 1931, Graefenber notificó el uso de una estructura también de tripa de gusano de seda forrada de plata alemana. (5)

La espiral de Marguillies, el primer DIU de segunda generación fue introducido en 1960. Dos años después, Lippes introdujo un DIU en forma de doble S y el primero que se elaboró con un hilo colgante de nylon.(14)

Desde finales del siglo XIX se sospechaba que los ovarios segregaban una sustancia que inhibía la ovulación, pero hubo que esperar hasta 1934, año en que Corner y Beard aislaron la progesterona. El profesor Haberlandt inyectó conejos con productos ovariales y placentarios, pero no tuvo resultados. Más tarde comenzó a experimentar con la implantación de ovarios de animales embarazadas en hembras normales, lo cual produjo en éstas una esterilidad temporal. Sobre la base de estos estudios creó una tableta llamada Infecundin, que no está escrito que se probara en humanos. (13,14)

Es a partir de 1950 que el doctor Gregory Pincus y el doctor John Rock comenzaron a realizar diferentes trabajos con compuestos hormonales, y en 1956 el doctor Pincus anuncia en Puerto Rico el descubrimiento de la píldora. (1,14)

El uso de anticoncepción desde la antigüedad nos demuestra que la sociedad, independientemente de su punto de vista, ha comprendido la necesidad de utilizar estas técnicas y que debido a su evolución, que en primer lugar estuvieron más influidas por las costumbres y las creencias, algunas todavía con vigencia, hoy contamos con anticonceptivos eficaces, inocuos y económicos.(1,13)

METODOS ANTICONCEPTIVOS.

Las mujeres entre 40 y 50 años tienen un perfil general que responde a una mujer casada, siendo en su mayoría trabajadoras en su propio hogar, asimismo mantienen una vida sexual activa, sin embargo aunque la media de relaciones sexuales no disminuye en esta edad, hay una especie de abandono de la preocupación por usar métodos anticonceptivos, esta circunstancia convierte a este grupo en riesgo de embarazos no deseados, siendo una edad en la que todo el mundo, sobre todo las propias mujeres y las personas en salud, no miden el riesgo de embarazo. (3,5)

Entre este grupo de edad se ha visto mayor incidencia de obesidad, diabetes, hipertensión arterial e incluso hábito de fumar, características que inciden al momento de seleccionar la metodología contraceptiva. (4,9)

En el Hospital de Madrid de Obstetricia, del Dr. Helkink en un estudio del año 2000 aseguran que a pesar de que las mujeres acuden a revisión rutinaria de un 90 por ciento, tan solo un 2.6 por ciento, solicitan revisión y tratamiento en anticoncepción. Y no lo usan porque la mayoría cree que a partir de esta edad no pueden

quedar embarazadas. Por lo tanto este grupo poblacional esta utilizando mal la contracepción.(3,10)

Deben considerarse todos los métodos anticonceptivos, realizar una evaluación amplia discutiendo los riesgos y ventajas. Es importante informar sobre los métodos quirúrgicos definitivos como la salpingectomía la vasectomía. La anticoncepción quirúrgica voluntaria puede considerarse el mejor método para algunas parejas bien informadas, es el método que goza de mayor popularidad en este grupo etáreo. Es muy probable que la terminación de la fecundidad, al considerar la pareja que ha completado su deseo reproductivo, sea el objetivo de las parejas de mayor edad.(1,2,7)

Permitir a las mujeres que elijan un método anticonceptivo entre una variedad de buenas opciones es una forma de animarlas a que continúen usando cualquier método, el asesoramiento de los efectos secundarios posibles y una buena respuesta a las inquietudes en materia de salud también pueden mejorar el uso. (6).

DIFERENTES METODOS ANTICONCEPTIVOS.

METODO	MECANISMO DE ACCION	% DE FALLAS	EFFECTOS ADVERSOS
Sin método	Ninguno	85	Ninguno
Espermaticida	Inactivación del esperma	21,6	Irritación
Ritmo, Temperatura Moco Cervical	Evitar el coito durante días fértiles	19,2	Ninguno
Diafragma o capuchón cervical	Mecanismo de barrera e inactivación del esperma	12	Infección vaginal o del tracto urinario.
Condón	Barrera mecánica	18.5	Reacciones alérgicas.-
Anticonceptivos combinados orales o intramusculares	Supresión de la ovulación cambios en el moco cervical y en el endometrio.	0.3	Riesgo de tromboembolia, infarto al miocardio e hipertensión en fumadoras mayores.
Progesterona sola: intramuscular o subdérmica	Cambios en el moco cervical y endometrio, posible supresión de la ovulación	3.5	Sangrado irregular.
Dispositivo Intrauterino	Inhibición de migración espermática, fertilización o transporte del óvulo.-	4.5	Enfermedad inflamatoria pélvica, perforación uterina

METODOS ANTICONCEPTIVOS.

METODO	VENTAJAS	INCONVENIENTES
Preservativo masculino	Fácil de usar y obtener; es barato y brinda una protección muy efectiva contra algunas enfermedades de transmisión sexual. Los varones comparten la responsabilidad con sus parejas de la planificación familiar.	Algunas parejas se quejan de perder sensibilidad. Necesidad de retirar el pene de la vagina cuando aquel todavía está en erección.
Preservativo femenino	Protege muy eficazmente contra enfermedades de transmisión sexual y SIDA. La mujer no depende del varón para cuidarse.	Es complicado colocarlo. No es barato, es difícil de obtener. Necesita un aprendizaje para su correcto empleo.
Diafragma con espermicida	Sin riesgos para la salud, protege contra en cáncer de cuello de útero.	No es fácil de colocar. No se puede quitar hasta 6 u 8 horas después del coito; debe adaptarlo un médico algunas mujeres encuentran su uso molesto. Son incómodos de llevar, limpiar y guardar.
Dispositivo intra uterino DIU	Fácil de usar; no interfiere en el coito. Se coloca una vez y protege por varios años.	Debe colocarlo un especialista; puede causar hemorragias leves, infecciones, dolores y trastornos en la regla, según el modelo hay que cambiarlo cada 1-5 años.

Píldora y mini píldora	Fácil de usar; no interfiere en el coito; regula los ciclos menstruales; reduce las hemorragias y los dolores de la menstruación.	Deben tomarse todos los días; necesita control periódico; puede tener efectos secundarios como : náusea, o aparición de manchas en la piel durante el período. Fumadoras mayores de 35 años: posibles problemas circulatorios.
Coito interrumpido	No necesita preparación previa ni adicional. Los varones comparten las responsabilidades con sus parejas en la planificación familiar.	Interfiere en el acto coital y en el goce; es difícil de emplear con efectividad ; posibles efectos secundarios en cuanto a disfunción sexual.
Esterilización femenina y masculina	Permanente; no hay riesgos, ni efectos secundarios en la salud.	Costo elevado; posible irreversibilidad después de ser intervenido, la posibilidad de tener hijos es casi nula (la reversibilidad es compleja, cara y poco efectiva).
Método de abstinencia periódica	No necesita nada más que la fecha de ovulación o saber controlar el moco cervical. Los varones comparten la responsabilidad con sus parejas en la planificación familiar.	Muy difíciles de emplear porque obliga a la pareja a largos períodos de abstinencia; se complica cuando la mujer tiene reglas irregulares.
Espermicidas (espumas, óvulos y jaleas vaginales)	Sin riesgos para la salud protege contra algunas enfermedades de transmisión sexual.	Se aplica de 5-30 minutos, antes del coito; efectivos de 30-60 minutos ; pueden ser incómodos y molestos.

EMBARAZO EN MUJERES MAYORES DE 40 AÑOS.

Por mucho tiempo las mujeres que tenían su primer hijo a los 35 años se consideraba madres "de edad", y el número de aquellas que se disponía a concebirlo era muy reducido. Sin embargo se estima que uno de cada 12 bebés nacerá de una madre mayor de 35 años. (3,6,12)

Actualmente a pesar de que los tiempos han cambiado, llama la atención que junto a las adolescentes, las mujeres entre 40 y 50 años sean el grupo de mayor riesgo de embarazos no deseados.(6,12)

Antes de intentar concebir, y sin importar su edad, toda mujer debe consultar a su médico. Una visita al profesional antes de concebir ayuda a asegurar que la mujer se encuentre en el mejor estado posible antes de concebir.(3)

Esta visita al médico antes de concebir es especialmente importante cuando una mujer tiene un problema de salud crónico, como diabetes o alta presión arterial. Estas condiciones, que son mucho más comunes entre las mujeres de más de 30 años de edad, pueden poner en peligro la salud de la mujer embarazada o la de su bebé. Pero la supervisión cuidadosa del médico desde antes de concebir y durante el transcurso de todo el embarazo puede reducir los riesgos relacionados con estas condiciones y, en la mayoría de los casos, resultar en un embarazo saludable. (5)

Por lo general, las mujeres comienzan a experimentar una disminución en su fertilidad a partir de los 30 años de edad. No es raro que a una mujer en la mitad de su tercera década de vida le lleve más tiempo concebir que a una mujer joven. (2,8)

La disminución de la fertilidad que se produce con la edad puede atribuirse, en parte, a una menor frecuencia de la ovulación o a problemas tales como endometriosis, por la cual tejidos similares al que recubre el útero se adhieren a los ovarios o las trompas de Falopio e interfieren con la concepción. (11)

Se ha visto en las consultas, que el 80% de las mujeres entre estos rangos de edad asisten periódicamente al ginecólogo para las revisiones de rigor, solo el 2.6% solicita a su médico un tratamiento anticonceptivo. Más aún si se toma en cuenta que el 60% se mantiene sexualmente activa con más de cuatro relaciones al mes.(1,5)

Las causas de este comportamiento, señalan los autores del informe, se debe en gran medida a la existencia de falsos mitos, como por ejemplo, que a esa edad es muy poco probable que las mujeres queden embarazadas. Por otra parte, otras creen que usar la pastilla después de los 40 años no es aconsejable.(5,7)

COMPLICACIONES MATERNAS.

Según un reciente estudio publicado en el Bristish Medical Journal, el 20% de las gestaciones en mujeres entre 35 años y 40 años y hasta el 50% en las que ya han cumplido 42 años, fracasan por aborto espontáneo, embarazo ectópico (gestación fuera del útero) o muerte del feto. (1,2)

La mayoría de los abortos espontáneos ocurren durante el primer trimestre de embarazo. La tasa de estos abortos en mujeres mayores es considerablemente mayor que entre las mujeres

jóvenes. Los estudios demuestran que en las mujeres de menos de 30 años de edad, el riesgo de aborto espontáneo es de 12 y 15 por ciento; esta cifra aumenta al 25 por ciento a los 40 años de edad. Al tener una mayor edad, la mayor incidencia de anomalías cromosómicas contribuye al riesgo espontáneo. (1,12)

En las maternidades tardías es también más frecuente que aparezcan problemas de hipertensión, procesos varicosos, diabetes y anemia ferropénica, todos ellos controlables por el médico. Los riesgos de una mujer embarazada sana de 35 años no difiere de los de una de entre 20 y 30 años, pero sí hay mayores probabilidades de que las madres de más edad sufran esas dolencias. (1,3,12)

COMPLICACIONES FETALES.

A. Anomalías Fetales:

Los problemas de un embarazo tardío no sólo afectan a la madre. También se debe valorar la incidencia en el bebé de defectos congénitos, como el síndrome da Down. Las cifras son significativas de cada 1,250 niños nacidos de una madre de 25 años sufre esta deficiencia; si la madre tiene 30 años, las probabilidades son de una por cada 952 partos; una de 378 a los 35 años; una de 106 a los 40 y una por cada 30 nacimientos a partir de los 45 años. (1,3,12)

El riesgo de alumbrar un niño con ciertos trastornos cromosómicos incrementa según la edad de la mujer. El trastorno más común es el síndrome de Down, una combinación de retraso mental y anomalías físicas causada por la presencia de un cromosoma 21 adicional (los seres humanos tienen 23 pares de cromosomas). (6)

Los trastornos de origen cromosómico afectan al 0.5% de todos los recién nacidos vivos. Casi todas las anomalías pueden ser diagnosticadas durante el embarazo, sin embargo, sólo se recomienda practicarlas a las mujeres de alto riesgo dado que las pruebas son invasivas (por ejemplo punciones de la placenta) y pueden afectar desfavorablemente el curso del embarazo. (2)

Riesgo de tener un hijo con malformaciones.

Edad Materna	Riesgo de Mongolismo.	Riesgo otra Anomalía.
20	1/1667	1/526
22	1/1429	1/500
24	1/1250	1/476
26	1/1176	1/476
28	1/1053	1/435
30	1/952	1/384
32	1/769	1/323
34	1/500	1/238
36	1/294	1/156
38	1/175	1/102
40	1/106	1/66
41	1/82	1/53
42	1/64	1/42
43	1/50	1/33
44	1/38	1/26
45	1/30	1/21
47	1/18	1/13
48	1/14	1/10
49	1/11	1/8

Tomado de Hook EB: rates of chromosome abnormalities at different ages. 2000.

B. Macrosomía:

Los recién nacidos grandes presentan riesgos importantes debidos a una dificultad en el parto, y la distocia de hombros es una causa principal de morbilidad. Las mujeres mayores de 35 años tienen incidencia más alta de recién nacidos macrosómicos cuando se las compara con las mujeres más jóvenes. (2)

C. Parto pretérmino, óvito fetal y retardo del crecimiento intrauterino

En mujeres más de 35 años la incidencia de recién nacidos de bajo peso está aumentada debido al parto pretérmino espontáneo o inducido así como al retardo del crecimiento fetal. (2)

En un estudio de la escuela de medicina de Mount Sinai, las mujeres de 35 años o más no tenían más probabilidades de dar a luz un bebe sin vida o un bebé prematuro que aquellas de entre 20 y 30 años, las de 35 tenían más problemas durante el embarazo. (13)

Las mujeres de entre 35 a 39 años de edad eran ligeramente más proclives a tener bebés con peso bajo al nacer que las mujeres de menos de 30 años . (1)

Un estudio realizado en Suecia demostró la probabilidad de que las madres primerizas de entre 30 y 34 años de edad tuvieran un bebé con bajo peso al nacer, un bebé prematuro o un bebé de crecimiento retardado es entre 1.2 y 1.4 veces mayor que entre las madres que tienen entre 20 y 24 años. El riesgo de las madres primerizas de entre 35 y 39 años de edad era entre 1.2 y 1.9 veces mayor que una mujer joven, y a partir de los 40 años de edad era de

1.4 y 2 veces mayor. De manera similar, un estudio realizado en la Universidad de Washington en 1993 demostró que las mujeres de 40 años de edad o más tenían más del doble de probabilidades de tener un bebé prematuro o con peso bajo al nacer que aquellas de entre 20 y 24 años. El estudio sueco también comprobó que las mujeres mayores de 30 años tenían un riesgo considerablemente mayor de dar a luz un feto sin vida que las mujeres más jóvenes. (1,3)

COMPLICACIONES DEL PARTO

Los riesgos de una mujer embarazada de alrededor de 35 años de edad que se encuentra sana no son muy diferentes de los de una mujer de entre 20 y 30 años. (5)

En lo que respecta al parto, la edad de la madre influye en las posibles complicaciones. El riesgo de cesárea se multiplica según aumenta la edad de la gestante, el parto de las primíparas de más de 35 años es más difícil. Los tejidos en mujeres de esa edad son menos flexibles y se alarga el período de dilatación, lo que produce una expulsión más lenta que, a su vez, entraña mayor riesgo de sufrimiento para el feto. Así, ante la menor posibilidad de daño fetal, se practica cesárea. (5,6)

Las mujeres primerizas mayores de 30 años, generalmente enfrentan un parto más complicado, lento y doloroso. En estos casos el 80% es sometida a cesárea. También son más propensas a tener gemelos o trillizos. (13)

Aparte del mayor riesgo de diabetes y de alta presión arterial, las mujeres de más de 35 años tienen un mayor riesgo de tener problemas de placenta y sangrado durante el embarazo. (1,2)

Los problemas de placenta más comunes son la placenta previa, en la que la placenta cubre parcial o totalmente el cuello del útero; el desprendimiento prematuro de la placenta de la pared del útero. Ambos problemas pueden poner en peligro la salud de la madre y del bebé, pero es posible prevenir estas complicaciones mediante una intervención de cesárea. (1,3,13)

Las madres primerizas de más de 30 años tienen el doble de probabilidades que aquellas de poco más de 20 años de tener dificultades durante el parto. El estudio de 1995 de la escuela de Medicina de Mount Sinai comprobó que es más común que la segunda etapa del parto sea más prolongada y que el feto sufra consecuencias en las madres de mayor edad. (13)

Esta puede ser la razón, al menos en parte, por la que se practican más intervenciones de cesárea entre las mujeres mayores de 30 años. (1)

VI MATERIAL Y METODOS

A. METODOLOGIA.

1. TIPO DE ESTUDIO:

Descriptivo - Transversal.

2. SUJETO DE ESTUDIO:

Mujeres mayores de 40 años que asistieron a la consulta externa de la Clínica de Especialidades de APROFAM, en el mes de Septiembre de 2001.

3. MUESTRA DE ESTUDIO:

333 mujeres.

Se determinó de acuerdo a la tabla para estudios descriptivos, del centro internacional de investigaciones para el desarrollo CI I D. (ver anexo)

4. CRITERIOS DE INCLUSION:

Mujeres mayores de 40 años, que asistieron a la consulta externa de la Clínica de Especialidades de APROFAM, que usan o no algún método anticonceptivo.

5. CRITERIOS DE EXCLUSION:

Mujeres menores de 40 años.

Mujeres mayores de 40 años que no deseen participar voluntariamente en el estudio.

6. VARIABLES A ESTUDIAR:

Nombre	Definición Conceptual	Definición Operativa	Tipo de Variable	Unidad de Medida
Conocimiento sobre anticonceptivos	Noción, idea, información sobre algún tema	Cuestionario	Nominal	Respuestas de la 5 a la 18
Utilización	Uso de algo. En este caso uso de anticonceptivos	Cuestionario	Nominal	-Si o No. -DIU -Espermicidas. -Anticonceptivo oral. - Anticonceptivo inyectado.
Edad	Tiempo de vida de una persona desde su nacimiento hasta la muerte.	Cédula de vecindad.	Intervalo	Años o meses.
Escolaridad	Duración de los estudios en cualquier centro docente.	Según la respuesta de la paciente.	Ordinal.	-Primaria. -Secundaria. -Diversificado. -Universidad.
Estado Civil	Condición de cada individuo en relación con los derechos y obligaciones civiles.	Según la respuesta de la paciente.	Nominal	-Viuda. -Soltera. -Casada. -Unión de hecho.
Mitos y Creencias	Acción de creer en la posibilidad de una cosa, fantasía,	Cuestionario	Nominal	Preguntas de la 14 a la 17.

7.- INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN Y MEDICIÓN DE LAS VARIABLES:

Cuestionario, que consta de 17 preguntas. El cuestionario esta dividido en cuatro partes la primera parte o "A" son los datos generales de la paciente, la segunda parte o "B" que evalúa la utilización de las técnicas anticonceptivas; la cual consta de 4 preguntas. La tercera parte o "C", que evalúa el conocimiento de la población sobre el tema; la cual se le dará un valor de 10 puntos por cada pregunta que contesten bien, siendo 9 preguntas en total, se calificará de la siguiente forma:

0-40 pts: Malo.

41-60 pts: Regular.

61-80 pts: Bueno.

81-90 pts: Muy bueno.

Y la cuarta parte o "D" que nos evidencia las creencias y mitos de la población con respecto a las técnicas anticonceptivas, la cual consta de 4 preguntas.

8.- EJECUCIÓN DE LA INVESTIGACIÓN:

- Se solicitó a la Jefatura de la Clínica de especialidades de APROFAM, permiso para la realización del presente estudio.
- Se le pasó el cuestionario voluntario a las mujeres mayores de 40 años que consulten a dicha clínica.
- Se tabuló la información obtenida del cuestionario y se analizarán los datos.
- Se presentan los resultados a la Unidad de Tesis de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

9.- ASPECTOS ETICOS:

La presente información no compromete la vida moral y social de las personas entrevistadas, siendo un estudio, directamente cognoscitivo y eminentemente voluntario. La responsabilidad de este trabajo corre únicamente por parte del autor.

B. RECURSOS.

1. Materiales Físicos:

Biblioteca de APROFAM.
Biblioteca de la Facultad de Ciencias Médicas.
Instalaciones de la Clínica de Especialidades de APROFAM.
Libros y Revistas de consulta.
Internet.
Computadora personal y de la Universidad.
Cuestionario pasado a las personas de la muestra.
Materiales de escritorio.

2. Humanos:

Personal del departamento de APROFAM.
Médicos del departamento de Especialidades de APROFAM.
Personal de Biblioteca.
Estudiante de la carrera de medicina que elabora el trabajo de campo.

3. Económicos:

-Reproducción de material bibliográfico.....	Q.50.00
-Gastos para la elaboración del protocolo.....	Q.150.00
-Gastos para la elaboración del informe final....	Q.100.00
-Impresión de tesis	Q.850.00
- TOTAL	<hr/> Q.1150.00

VII. PRESENTACION Y ANALISIS DE RESULTADOS.

Utilización de anticoncepción en mujeres mayores de 40 años,
estudio descriptivo realizado con mujeres que asistieron a la
consulta externa de la Clínica de Especialidades de APROFAM en el
mes de septiembre del año 2001.

CUADRO No. I
CONOCIMIENTO DE LOS ANTICONCEPTIVOS EN
RELACION AL NIVEL DE ESCOLARIDAD.
APROFAM, SEPTIEMBRE 2001.

ESCOLARIDAD	CONOCIMIENTO								TOTAL	
	MALO		REGULAR		BUENO		MUY BUENO			
NINGUNO	21	32%	40	63%	4	6%	0	0%	65	20%
PRIMARIA	44	34%	62	48%	23	18%	0	0%	129	39%
BASICOS	22	29%	41	54%	13	17%	0	0%	76	23%
DIVERSIFICADO	9	17%	19	37%	24	46%	0	0%	52	16%
UNIVERSIDAD	2	18%	2	18%	6	55%	1	9%	11	3%
TOTAL	98	29%	164	49%	70	21%	1	1%	333	100%

FUENTE: Boleta de Datos.

ANALISIS DE CUADRO No. I.

En el cuadro No.I , se relaciona el nivel de escolaridad y la calidad de conocimiento con respecto a los métodos anticonceptivos en general, mostrando que las mujeres que no cursaron ningún grado de estudio, junto con las que cursaron algún grado de primaria y básicos, tienen un conocimiento regular sobre las técnicas anticonceptivas, y las que cursaron algún grado de diversificado y de estudios universitarios tiene un conocimiento bueno sobre las técnicas anticonceptivas, lo que evidencia que si existe correlación de la calidad y cantidad de conocimiento de anticoncepción con el nivel de escolaridad, ya que a mayor nivel de escolaridad mejor conocimiento, pero en general la calidad de conocimiento de la población estudiada fue regular, esto muestra que a pesar de que ya se cuenta con educación sexual en las escuelas y colegios, esta es deficiente, trayendo como consecuencia la creación por parte de la población de mitos con respecto a los métodos anticonceptivos disminuyendo la salud reproductiva de las parejas.

CUADRO No. II
METODO ANTICONCEPTIVO QUE LAS MUJERES
MAYORES DE 40 AÑOS CONOCEN Y UTILIZAN
APROFAM, SEPTIEMBRE 2001.

METODO ANTICONCEPTIVO	QUE MAS CONOCEN		QUE MAS USAN	
Anticonceptivos orales	158	47%	28	13%
Anticonceptivos inyectables	42	13%	2	0.90%
Dispositivo Intrauterino (DIU)	59	18%	51	23%
Preservativos	74	22%	7	3%
Ligadura de trompas uterinas	0	0%	132	60%
TOTAL	333	100%	220	100%

Fuente: Boleta de datos.

ANALISIS DEL CUADRO No.II.

En la actualidad existe una amplia gama de métodos anticonceptivos, de los cuales la mujer puede hacer uso, de acuerdo a sus necesidades. La mujer mayor de 40 años es aún fértil, teniendo muchas veces ciclos menstruales irregulares pero a pesar de ello, esta edad todavía existe ovulación, por lo que la mujer necesita anticoncepción para evitar un embarazo de riesgo a esta edad. En la población estudiada, el anticonceptivo que más conocen son los anticonceptivos orales (158 mujeres), seguido de los preservativos (74 mujeres), y en tercer lugar el dispositivo intrauterino (59 mujeres). De las mujeres que utilizan anticoncepción, el método que más se utiliza es la ligadura de trompas, siendo esta una técnica anticonceptiva definitiva, (132 mujeres), seguido del dispositivo intrauterino (51 mujeres), y en tercer lugar los anticonceptivos orales (28 mujeres) A pesar que la ligadura de trompas es la más usada en esta población, es la menos conocida dentro de ellas, concluyendo que no es una técnica que la mujer elije por ella misma sino puede que sea el médico quien lo recomienda. Esto muestra que la población en general no conoce las técnicas de anticoncepción que existen, y las técnicas que más se conocen son las que se han dado a conocer por medios de comunicación, por lo que se necesita divulgar todos los métodos anticonceptivos que existen para que la mujer a esta y a todas las edades elija entre la variedad lo que ella necesita y considere mejor para su bienestar.

CUADRO No.III.
CONSIDERAN LAS MUJERES MAYOERES DE 40 AÑOS QUE
UN EMABRAZO ARRIBA DE ESTA EDAD
TIENEN RIESGO MATERNO-FETAL.
APROFAM, SEPTIEMBRE 2001.

EDAD	RIESGO MATERNO-FETAL				TOTAL	
	SI	NO				
40-45 años	134	60%	89	40%	223	66%
46-49 años	88	88%	12	12%	100	30%
50-60 años	8	80%	2	20%	10	3%
TOTAL	230	69%	103	31%	333	100%

Fuente: Boleta de datos.

ANALISIS DEL CUADRO No.III

Las mujeres mayores de 40 años, aún necesitan anticoncepción para evitar un embarazo ya que es muy riesgoso tanto para ella como para el feto. Muchas de las mujeres dentro de este rango de edad creen que ya no pueden quedar embarazadas por lo que no utilizan anticoncepción, aumentando así el riesgo de un embarazo no deseado y la mortalidad materna y fetal que esta tan aumentada en nuestro país. Dentro de la población estudiada, un 69% de las mujeres consideraron que si es de riesgo el embarazo a esta edad, y solo un 31% no consideraron el embarazo un riesgo, lo que demuestra que las mujeres mayores de cuarenta años, están conscientes de las consecuencias que conlleva el embarazo. Esto es de suma importancia, ya que conociendo el riesgo y educando a la población de la fertilidad que posee podremos aumentar el índice de utilización de anticoncepción a esta edad, disminuyendo así la tasa de embarazos no deseados, y la mortalidad materna - fetal.

CUADRO No.IV.
UTILIZACIÓN O NO DE METODO ANTICONCEPTIVO, METODO
ANTICONCEPTIVO USADO Y DURACIÓN DE ESTE
EN MUJERES MAYORES DE 40 AÑOS.

EDAD	Usa anticoncepción		METODO			TIEMPO		
	SI	NO	DIU	ACO	Lig.Trompas	7m-1a	2a-4a	5a-7a
40-45 años	123	99	39	25	51	25	38	41
46-49 años	95	6	16	2	76	4	30	49
50-60 años	2	8	0	0	2	0	0	1
TOTAL	220	113	55	27	129	29	68	91

Fuente: Boleta de datos.

ANALISIS DE CUADRO No.IV.

Las mujeres mayores de 40 años tienen la creencia que por el rango de edad que se encuentran, ya no pueden quedar embarazadas, por lo que muchas de ellas no utilizan ningún método anticonceptivo, desconociendo que a esta edad la mujer todavía es fértil, por lo que necesita prevenir un embarazo de alto riesgo. El cuadro anterior nos muestra que del total de la población, 220 utiliza algún método anticonceptivo y 113 mujeres no lo utiliza, esto nos evidencia que mas de la mitad de las mujeres encuestadas, creen que aún pueden quedar embarazadas, optando al uso de anticoncepción. El anticonceptivo que las mujeres a esta edad utilizan con mayor frecuencia es la ligadura de trompas, conociendo que este método quirúrgico definitivo probablemente, no lo escogió a esta edad, ya que el tiempo que con más frecuencia utilizaron este método es de 5 a 7 años, evidenciando que ellas escogieron mucho antes de los 40 años.

CUADRO No. V
CREENCIA DE LAS MUJERES MAYORES DE 40 AÑOS SOBRE
EL DAÑO DE LOS ANTICONCEPTIVOS A LA SALUD
Y SOBRE LA NECESIDAD DE ANTICONCEPCION A ESTA
EDAD.
APROFAM, SEPTIEMBRE 2001.

CREENCIA	NUMERO	PORCENTAJE
Son dañinos	294	88%
No son dañinos	39	12%
Si necesita anticoncepción	296	89%
Ya no necesita anticoncepción	37	11%

FUENTE. Boleta de datos.

ANALISIS DE CUADRO No.V

La planificación familiar es la clave para mejorar la salud de las mujeres y los niños, haciendo posible que las personas puedan decidir libremente y responsable acerca del número de embarazos y el espaciamiento de los mismos, contribuyendo al bienestar físico y económico de la familia. La anticoncepción es necesaria para las mujeres mayores de 40 años ya que aun presentan ciclos ovulatorios, la población dentro de este rango de edad tiene la creencia que es dañino utilizar anticoncepción, por lo que no la utiliza aumentando así el riesgo de un embarazo de alto riesgo, poniendo su salud en peligro. De la población estudiada, un 88% de las mujeres consideró que los anticonceptivos son dañinos para la salud, y solo un 12% no lo son. Un 89% refirió necesitar aún las técnicas anticonceptivas y solo un 11% ya no cree que las necesitan, con esto deducimos que la población estudiada considera que los anticonceptivos a su edad son

dañosos pero los necesitan, por lo que debemos educar a la población y darle a conocer los beneficios de usar anticoncepción a toda edad y tratar de quitar la creencia que estos producen daño a la salud, orientando adecuadamente a la población sobre los efectos que producen los mismos.

CUADRO No. VI
CREENCIA DE LAS MUJERES MAYORES DE 40 AÑOS SOBRE
LAS CONSECUENCIAS DE USAR ANTICONCEPCIÓN A ESTA
EDAD .
APORFAM, SEPTIEMBRE 2001.

EFECTOS	NUMERO
NAUSEA	2
MAREOS	2
CEFALEA	61
INSOMNIO	32
AUMENTO DE PESO	153
PROBLEMAS CARDIACOS	3
INFECCIONES VAGINALES	1
ALTERACIONES MENSTRUALES	32
AUMENTO DEL RIESGO DE CANCER	63
AUMENTO DE FORMACION DE VARICES	99
ALTERACION DEL SISTEMA NERVIOSO	133

FUENTE: Boleta de datos.

ANALISIS DE CUADRO No.VI

Las mujeres mayores de 40 años es uno de los grupos de mayor riesgo para embarazos no deseados, ya que hay muchos mitos en esta población acerca del uso de anticonceptivos, por la falta o mala educación sexual que la población tiene y porque la planificación

familiar muchas veces se ve con cierta reserva por las costumbres, tradiciones y el deficiente nivel educacional de nuestra población. Entre las creencias que las mujeres mayores de 40 años tienen, sobre las consecuencias de usar anticoncepción a esta edad, se encuentran en orden de frecuencia: alteración del sistema nervioso, aumento de peso, aumento de riesgo de formación de varices, y aumento del riesgo de cáncer.

CUADRO No. VII.
CREENCIA SOBRE LA PROBABILIDAD DE EMBARAZO EN
MUJERES MAYORES DE 40 AÑOS.
APROFAM, SEPTIEMBRE 2001.

PROBABILIDAD	NUMERO	PORCENTAJE
MENOS QUE UNA JOVEN	102	31%
IGUAL QUE UNA JOVEN	222	67%
MAS QUE UNA JOVEN	9	3%
TOTAL	333	100%

Fuente: Boleta de datos.

ANALISIS CUADRO No.VII

Las mujeres mayores de 40 años son fértiles, tienen ciclos menstruales y ciclos ovulatorios por lo que persiste el riesgo de embarazo de alto riesgo, y del parto que pone en riesgo la vida de la mujer, la mayoría de mujeres de este rango de edad tiene

la creencia que a su edad ya no puede quedar embarazada, por lo que ya no necesita anticoncepción, dentro del grupo estudiado un 67% de ellas consideraron que la probabilidad de un embarazo a su edad comparado con una mujer joven es el mismo, esto nos muestra que esta población ésta consciente que aun puede quedar embarazada y que tiene el mismo riesgo que una mujer joven por lo que necesita anticoncepción.

IX. CONCLUSIONES.

- 1.- El grupo de mujeres estudiadas de 40 a 60 años, usa en un 66% algún método anticonceptivo, siendo el más usado la ligadura de trompas.
- 2.- La calidad de conocimiento de los métodos anticonceptivos es malo en un 29%, regular en un 49%, y bueno en un 21%, y a mayor nivel de escolaridad de las encuestadas, mayor es el porcentaje de conocimiento.
- 3.- El método anticonceptivo más conocido son los anticonceptivos orales y el menos conocido la ligadura de trompas.
- 4.- Del total de pacientes en estudio, un 69% consideran el embarazo a esta edad como un riesgo materno-fetal y un 31% no consideran el embarazo un riesgo.
- 5.- En términos generales las creencias sobre las consecuencias del uso de algún método anticonceptivo son acertadas en un 50% de las pacientes ; además más de la mitad de ellas consideran que los métodos anticonceptivos a esta edad son dañinos, pero a pesar de ello recomiendan el uso de alguno.

X. RECOMENDACIONES.

- 1.- Se sugiere implementar charlas con respecto a los métodos anticonceptivos a las mujeres en su post-parto inmediato, en pacientes que consulten a la clínica de Papanicolaou, o inclusive a otro servicio de salud.

- 2.- Información clara, acertada y objetiva sobre los métodos anticonceptivos en general orientada hacia desechar los mitos y creencias que tiene la población femenina a esta edad y a todas las edades.

- 3.- Inculcar en la población, que toda mujer mayor de 40 años sexualmente activa, debe acudir con el ginecólogo para utilizar un método anticonceptivo, para evitar un embarazo de alto riesgo.

XI. RESUMEN

La planificación familiar es un derecho, e interviene en el bienestar de la salud de mujeres y niños. El propósito de esta es que las mujeres escojan libremente y de forma responsable el momento del embarazo.

El embarazo en las mujeres mayores de 40 años es de alto riesgo para la madre y feto. Este grupo de edad posee muchos mitos y creencias con respecto a los métodos anticonceptivos, pensando que ya no los necesitan y por lo mismo es que ha aumentado en embarazo no deseado en dichas mujeres; además creen que la anticoncepción es dañina para la salud.

Para conocer cual es el conocimiento que tienen las mujeres mayores de 40 años con respecto a las técnicas anticonceptivas y si utilizan los mismos, se realizó el presente estudio, tomando 333 pacientes que consultaron a la clínica de APROFAM, en el mes de septiembre de 2001, realizándoles un cuestionario que evaluó el conocimiento, uso, mitos y creencias de dicha población acerca de las técnicas anticonceptivas.

Los hallazgos más importantes que se encontraron son: las mujeres mayores de 40 años, si utilizan algún método anticonceptivo, siendo el más frecuente, uno definitivo como es la Ligadura de Trompas; el conocimiento del tema esta correlacionado con el nivel de escolaridad de las mujeres (a mayor escolaridad mejor conocimiento), y creen que es dañino para la salud usar los anticonceptivos a su edad, pero consideran que aún necesitan usar alguno, ya que aún tienen el riesgo de embarazo, evidenciando que para ellas es más riesgoso el embarazo a esta edad , que utilizar técnicas anticonceptivas.

VIII.REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

1. G. Virginia Upton. Anticoncepción para los años de transición de las mujeres mayores de 40 años. Pensilvania .1999. 809-814p.
2. William Macdonald. Tratado de obstetricia. 20^a. Edición. Ed.panamericana. 1998. 1245-1279
3. Jubilo I nteractiva S.L. Mujeres infravaloran el riesgo de embarazo después de los 40 años.
[http:// www. Jubilo.es.com/google/untilted document.htm](http://www.Jubilo.es.com/google/untilted document.htm).
4. Joselin Salmon. Anticonceptivos orales combinados y mujeres mayores de 35 años.
[http://www. Metline.me.com/google/anticonceptivos.htm](http://www.Metline.me.com/google/anticonceptivos.htm).
5. Universidad de España. Anticoncepción.
[http://www. Webcrawler.com/google/anticoncepción.htm](http://www.Webcrawler.com/google/anticoncepción.htm).
6. FHI : Boletín trimestral de salud, Network en español.
<http://www.Reproline.com/google/anticonceptivos> orales son seguros y muy eficaces.htm.
7. Joselin Montenegro. Anticoncepción en mujeres mayores de 35 años.
<http://www.webcraler.com/google/anticoncepcion> en mujeres mayores de 35 años.htm.

8. Carol Lynn Blaney. California. Temas científicos.
[http://www.network.com/google/necesidades anticonceptivas
después de los 40 años.htm.](http://www.network.com/google/necesidades%20anticonceptivas%20despu%C3%A9s%20de%20los%2040%20a%C3%B1os.htm)

9. Healt Latin America.Anticonceptivos y accidentes
cerebrovasculares.
[http://www.Buena Salud.com/google/anticonceptivos y
accidentes cerebrovasculares.htm.](http://www.Buena%20Salud.com/google/anticonceptivos%20y%20accidentes%20cerebrovasculares.htm)

10. EL MUNDO.Períodico.Sociedad. Estudio/según desprende
de una encuesta a 2,000 españolas.
[http://www.El mundo sociedad.com/google/el mayor riesgo de
emabrazo no deseado, entre los 40 y 50 años.htm.](http://www.El%20mundo%20sociedad.com/google/el%20mayor%20riesgo%20de%20emabrazo%20no%20deseado,%20entre%20los%2040%20y%2050%20a%C3%B1os.htm)

11. Robert A. Hatcher. Lo Esencial de la Tecnología
Anticonceptiva. Programa de información de Johns
Hopkins.1999.cap1-16.

12. Mishell Kirschbaum Morrow. Obstetrics and
Gynecology.30ed. USA. 2000. 49-91p.

13. Roemmers. DAR. Anticoncepción en mujeres mayores de
40 años.
[http://www.Medline e intramed. I nformación
científica.com/medline/anticoncepción en mujeres mayores
de 40 años. htm.](http://www.Medline%20e%20intramed.%20Informaci%C3%B3n%20cient%C3%ADfica.com/medline/anticoncepci%C3%B3n%20en%20mujeres%20mayores%20de%2040%20a%C3%B1os.%20htm)

14. OMS. Salud Reproductiva de la Familia. Criterios de
elegibilidad médica para el uso de anticonceptivos. 1999.S1-S5p.

IX ANEXOS

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA.
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS.
UNIDAD DE TESIS.

ANTICONCEPCION EN MUJERES MAYORES DE 40 AÑOS.
“Conocimiento y utilización de anticoncepción en mujeres mayores de 40 años que asisten a la consulta externa de la Clínica de especialidades de APROFAM, en el mes de Septiembre del año 2001.

Bachiller. Jessica Judith Castañeda Reyes.

Favor conteste las siguientes preguntas que tienen carácter anónimo, voluntario y confidencial. La información obtenida de sus respuestas tienen propósitos puramente investigativos.

Fecha:

No. De boleta:

PARTE No.1 “A”

Datos Generales.

Edad:

Estado civil:

Nivel de escolaridad:

PARTE No.2 “B”

Utilización.

1. Utiliza algún método anticonceptivo?

SI. NO.

2.- Que método anticonceptivo utiliza?

3.- Hace cuanto tiempo usa el método anticonceptivo actual?

1-3 meses.

5 – 7 años.

4-6 meses.

8 – 10 años.

7 meses- 1año.

10 o más.

2 años- 4 años.

4.- Cuantas veces ha cambiado de método anticonceptivo?

1 vez. 3 veces. 5 veces.
2 veces. 4 veces. 6 o más.

Porque.?

PARTE No.3 "C".

Conocimiento.

5.- Sabe usted como actúan los anticonceptivos?

SI NO Cómo...

6.- Si usted usa anticonceptivos; Como lo escogió?

Médico. Vecino. Amiga
Farmacéutico. Otra persona. Familiar

7.- Conoce usted los efectos secundarios de los anticonceptivos?.

SI NO.

1. Cáncer.	3. Mareos
2. Sobrepeso.	4. Irregularidades Menstruales.
5. Otros.	

8.- Conoce usted lo que es un método natural para evitar embarazarse?

SI NO

Que es?

9.- Sabe usted porqué algunos anticonceptivos que vienen en pastillas tienen dos colores?.

SI NO

10.- Que método anticonceptivo conoce para no quedar embarazada?.

1.	2.
2.	4.

11.- Cuál es el método anticonceptivo que más conoce?

12.- Cree usted que una mujer de su edad pueda quedar embarazada:

- Menos que una joven.
- Igual que una joven.
- Mas que una joven.

13.- Considera usted que los anticonceptivos son dañinos para las mujeres mayores de 40 años?

SI NO PORQUE.

PARTE No.4 "D".
Mitos y creencias.

14.- Que cree usted que le sucede a una mujer de su edad que usa anticonceptivos?

1. 3.
2. 4.

15.- Cree usted que a su edad ya no tiene que usar algún método anticonceptivo?

SI. NO. PORQUE.

16.- Que considera usted más dañino para una mujer mayor de 40 años:

1. Usar anticonceptivos.
2. Quedar embarazada.

17.- Si no utiliza algún método anticonceptivo porque razón es ?

Por miedo.

Por desconocimiento.

Porque a su esposo no le gusta.

Otras.