



CDMX
CIUDAD DE MÉXICO



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO
DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACIÓN EN
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

"ANTICONCEPTIVO MÁS UTILIZADO EN PUÉRPERAS ADOLESCENTES"

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA

PRESENTADO POR LA
DRA. ADRIANA SÁNCHEZ REYES

PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

DIRECTOR DE TESIS
DRA. LOURDES GARCÍA LÓPEZ

- 2017 -



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.



CDMX
CIUDAD DE MÉXICO



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

SECRETARIA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MEXICO
DIRECCION DE EDUCACIÓN E INVESTIGACION
SUBDIRECCION DE POSGRADO E INVESTIGACION

CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACION EN
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

"ANTICONCEPTIVO MAS UTILIZADO EN PUERPERAS ADOLESCENTES"

TRABAJO DE INVESTIGACION CLINICA

PRESENTADO POR LA
DRA. ADRIANA SANCHEZ REYES

PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

DIRECTOR DE TESIS
DRA. LOURDES GARCIA LOPEZ

- 2017 -

"ANTICONCEPTIVO MÁS UTILIZADO EN PUÉRPERAS ADOLESCENTES"

Autor: Dra. Adriana Sánchez Reyes.

Vo. Bo.

Dr. Juan Carlos de la Cerda Ángeles


Profesor Titular del Curso de Especialización en
Ginecología y Obstetricia.

Vo.Bo.

Dr. Federico Lazcano Ramírez



Director de Educación e Investigación



DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN
E INVESTIGACIÓN
SECRETARÍA DE
SALUD DEL DISTRITO FEDERAL

ANTICONCEPTIVO MÁS UTILIZADO EN PUÉRPERAS ADOLESCENTES"

Autor: Dra. Adriana Sánchez Reyes.

Vo. Bo.

Dra. Lourdes García López



Director de Tesis.

Gestor de Calidad y Médico Adscrito al Servicio de
Ginecología y Obstetricia del Hospital Materno Infantil Inguarán

AGRADECIMIENTOS

A Dios por permitirme alcanzar una meta más en mi vida.

A Valentina mi mamá por haberme educado, por sus consejos y el amor que siempre me brindo, por cultivar e inculcar ese sabio don de la responsabilidad, en donde quiera que te encuentres, quiero que sepas que te estaré eternamente agradecida por darme la vida.

A Leonel mi papá, por el apoyo y paciencia para culminar la especialidad.

A Lupe, Manuel, Carlos, Leticia, Javi y Chucho mis hermanitos por su amor, apoyo y cariño incondicional.

A la Universidad Nacional Autónoma de México, porque a lo largo de mi vida ha sido mi segundo hogar.

A la Facultad de medicina de la UNAM, ya que de ella recibí mi formación profesional, brindándome la oportunidad de cursar mis estudios de especialización y por los excelentes profesores de los que tuve la oportunidad de aprender.

A la Secretaría de Salud de la Ciudad de México, mi gran institución, le agradezco el abrirme las puertas para realizar mi especialidad y trabajar con los grandes maestros, que me brindaron sus conocimientos y apoyo para continuar día a día, porque cada momento vivido durante estos años son únicos.

A la Dra. Lourdes García López, mi asesora de tesis, por las horas dedicadas, su apoyo y la paciencia que siempre me transmitió, así como sus oportunos señalamientos y escrupulosas revisiones que enriquecieron el presente escrito.

Al Dr. Juan Carlos de la Cerda Ángeles, titular del curso, por brindarme la oportunidad de trabajar con él, su paciencia, conocimiento y accesibilidad mostrada en todo momento.

A la Dra. Carolina Salinas Oviedo por su paciencia y disposición mostrada en todo momento para la realización de esta tesis.

Un especial agradecimiento a la Dra. Jounnet Gil Márquez, por la motivación para concluir con éxito este proyecto de tesis, por su don de enseñanza, sencillez y capacidad de trabajo, así como por brindarme el honor y la oportunidad de trabajar con ella.

A Rebeca, Laura y Edith, mis compañeras y amigas de especialidad, por la solidaridad, comadrería, apoyo incondicional y el buen humor de tantos momentos juntas durante estos cuatro años.

A todas las personas que directa e indirectamente ayudaron a realizar este proyecto.

DEDICATORIAS

A mis padres pilares fundamentales en mi vida, mi hermana Guadalupe, apenas y tienes idea de lo que significas para mi, mi amiga, mi hermana, mis logros son tuyos también. A mis hermanos Manuel, Leticia, Jesús, Javier y Carlos por su apoyo incondicional. A mis sobrinos porque llenan de alegría cada día de mi vida.

ÍNDICE

	PAGINA
RESUMEN	
I. INTRODUCCIÓN	1
II. MATERIAL Y MÉTODOS	29
III. RESULTADOS	32
IV. DISCUSIÓN	40
V. CONCLUSIONES	44
VI. RECOMENDACIONES	45
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	46

RESUMEN.

Objetivo: Identificar de acuerdo a registros de puérperas adolescentes del Hospital Materno Infantil Inguarán si utilizan métodos de planificación familiar.

Material y Método: Estudio observacional, retrospectivo, descriptivo y transversal; En el cual mediante el censo de la base de datos del Hospital Materno Infantil Inguarán, se obtienen expedientes de pacientes adolescentes, las cuales cursaron su puerperio en el año 2015, para la revisión y recolección de datos, se elabora una cedula de información con las siguientes variables: edad, escolaridad, estado civil, edad de inicio de vida sexual, número de gestas, número de partos, cesáreas, abortos y método de planificación familiar. Empleando para el análisis estadístico y captura de resultados, el sistema SPSS y Excel, obteniendo medidas de tendencia central, de dispersión, frecuencias y porcentajes.

Resultados: Obteniendo un total de 780 expedientes de adolescentes puérperas, entre 12 a 19 años de edad, atendidas en el HMI Inguarán en el año 2015, se eliminan 7 los cuales no cumplían con los criterios de inclusión por encontrarse pacientes aún embarazadas, quedándonos un total de 773 expedientes incluidos, de los cuales 697 correspondientes a un 90% contaban con método de planificación familiar, 29 (4%) no aceptaron método de planificación familiar, y en 47 expedientes (6%) no se reporta el uso de algún anticonceptivo. El método mayormente utilizado es el Implante subdérmico con una frecuencia de 254 pacientes correspondiente al 33%, seguido por el dispositivo intrauterino (DIU) T cobre con 134 usuarias (17%), en tercer lugar tenemos al hormonal Inyectable trimestral con un 14%; en lo que respecta a los métodos definitivos se encuentra a la oclusión tubárica bilateral (OTB) en 22 pacientes correspondiente a un 2%.

Conclusión: De acuerdo a los análisis de resultados realizados se afirma que las pacientes adolescentes del HMI Inguarán posterior a un evento obstétrico sí utilizan métodos de planificación familiar, eligiendo mayormente a los métodos temporales siendo el primer sitio para el implante subdérmico, seguido por el DIU T de cobre, con una baja frecuencia, de los métodos definitivos como la OTB, aunque se registra una buena aceptación anticonceptiva en nuestra población, probablemente debida a un nivel de escolaridad en su mayoría preparatoria (61%), aún falta información y orientación medica tanto a pacientes como a personal de salud (médicos, enfermeras, trabajadores sociales, etc.) acerca del método idóneo en el puerperio siendo el DIU T de cobre el recomendado por la Organización Mundial de la Salud (OMS). También se observó que a menor inicio de vida sexual mayor es la renuencia a uso de método de planificación familiar.

Palabras clave. Adolescente, Puerperio, Método de Planificación familiar.

I. INTRODUCCIÓN.

El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) reportó en el 2010 que el 18% de la población mundial se encontraba en edad de 10-19 años, el 88% vivían en países en desarrollo y de estos un 19% han tenido un embarazo antes de los 18 años de edad. De los siete millones de nacimientos de madres adolescentes menores de 18 años, dos millones son menores de 15 años.¹

De acuerdo a estadísticas del Banco Mundial, en América Latina y el Caribe se presentan las mayores tasas de embarazo en adolescentes (172 nacimientos por cada 1000 mujeres de entre 15 y 19 años de edad), seguido por África subsahariana y en tercer lugar el sur de Asia (con 108 y 73 nacimientos, respectivamente). Si bien las tasas están disminuyendo en todo el mundo, en América Latina este proceso ha sido extremadamente lento, al parecer por las condiciones de desigualdad socioeconómica que presenta la región.²

Datos de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID 2009) señalan que en México residen 119.9 millones de personas, de las cuales 51.3% son mujeres y 48.7% son hombres. De estos 22.4 millones son adolescentes de 10 a 19 años de edad. De acuerdo al Consejo Nacional de Población (CONAPO), 11.1 millones de adolescentes tienen entre 15 y 19 años de edad.

En reportes existentes a nivel nacional, la proporción de población de 10 a 19 años que ha iniciado su vida sexual pasó de 15% en 2006 a 23% en 2012. De acuerdo con los datos últimos disponibles (2009), la edad promedio del inicio de la vida sexual en las mujeres mexicanas adolescentes es de 15.9 años. Como consecuencia de estas tendencias, también el porcentaje de nacimientos en madres adolescentes aumentó de 15.6% a 18.7% entre 2003 y 2012 respectivamente.³

De acuerdo a los últimos registros en el país (2009), tomados del perfil epidemiológico del adolescente en México, el número total de personas que utilizaron algún método de planificación familiar fue de 37, 255,218, de los cuales solamente 2, 932,227 corresponden a adolescentes de 10 a 19 años; es decir, sólo el 8% del total corresponde al grupo de edad que estudiaremos; de estos 51.6% declara ser usuaria de algún método, 15.4% ex usuaria, 31.8% nunca ha usado pero conoce métodos y 1.2% nunca ha usado ni conoce métodos anticonceptivos.

Un porcentaje de 37.6% de mujeres entre 15 y 19 años de edad, dijeron haber usado un método en su primera relación sexual, un porcentaje bajo, pero mayor en comparación al reportado por las mujeres de los demás grupos etarios (33.7% de las mujeres de 20 a 24 años y 9.3% de las mujeres de 45 a 49 años).

En lo que respecta al método más utilizado, los porcentajes son: el condón masculino (39%), DIU T cobre (23%), inyecciones y pastillas (10% cada uno), implante subdermico (6%) y, con 1% o menos, pastilla de emergencia, parche anticonceptivo, condón femenino y otros.^{4,5}

Por entidad federativa, en México los estados con las proporciones más altas de usuarias de métodos anticonceptivos son: Chihuahua (59.3%), Baja California Sur (58.1%), Nayarit (57.7%), Colima (56.7%) y Baja California (56.2%); Sin embargo los siguientes estados tienen los porcentajes de usuarias más bajos: Chiapas (40.4%), Oaxaca (42.8%), Michoacán de Ocampo (46.2%), Guanajuato (47.3%) y Guerrero (47.8 %).^{6,7}

Respecto al puerperio en adolescentes existen escasos registros, se observa que posterior a haber tenido un hijo el método lo reciben en el hospital después de un evento obstétrico, y este es principalmente el DIU T cobre; sin embargo, este porcentaje es menor que el de las mujeres de 20 a 29 años (56%) o el de las de 30 a 34 años (58%) lo que muestra la necesidad de reforzar los programas de prevención secundaria del embarazo en adolescentes.⁷

Se debe tener en consideración que la Planificación Familiar puede evitar más del 30% de la mortalidad materna y el 10 % de la mortalidad infantil si las parejas establecen intervalos intergenésicos de dos años.

Los embarazos cuyos intervalos son cortos dentro del primer año después del parto son los que presentan el mayor riesgo para la madre y el recién nacido ya que conllevan mayores riesgos relacionados con resultados adversos como el nacimiento prematuro, el bajo peso al nacer y los neonatos pequeños para la edad gestacional.

Las mujeres que se embarazan dentro de los seis meses del último parto tienen 7,5 veces más riesgo de sufrir un aborto inducido y 1,6 veces de riesgo de muerte fetal. Es probable que las puérperas no se den cuenta que pueden embarazarse aunque estén en el período de lactancia. Un estudio realizado se reveló que el 15 % de las mujeres que amamantan quienes no usaban el método anticonceptivo con amenorrea de lactancia concibieron antes de reanudar la menstruación.^{8,9}

El Puerperio es el periodo que sigue a la expulsión del producto de la concepción, en el cual los cambios anatomo-fisiológicos propios del embarazo se revierten al estado pregestacional.

Tiene una duración de 6 semanas o 42 días y se clasifica en puerperio inmediato, mediato y tardío.

Puerperio inmediato: Periodo que comprende las primeras 24 horas.

Puerperio mediato: Periodo que abarca del segundo al séptimo día.

Puerperio tardío: Periodo que incluye del 8 al día 42.¹⁰

La raíz etimológica de la palabra adolescencia proviene del latín ad: a, hacia y oléscere de oleré: crecer. Por lo tanto la adolescencia es un proceso hacia el crecimiento, que marca el final de la niñez y crea los cimientos para la edad adulta. Es considerada como una etapa en la que convergen muchos cambios y reestructuraciones de la personalidad, integrada por las características físicas, emotivas, sexuales y mentales, expuestas a configuraciones naturales, culturales, religiosas, políticas, familiares y sociales.^{8,11}

La Organización Mundial de la Salud (OMS), considera población adolescente a la que se encuentra entre 10 y 19 años de edad y destaca que ellos representan un porcentaje importante de la población en todas las regiones del mundo. La adolescencia puede variar en cada individuo, en cuanto a edad y duración, pero se contempla entre los 10 y 19 años. Ubicando la adolescencia temprana de 10 a 14 años y la adolescencia tardía de 15 a 19 años.^{4, 12}

Los métodos anticonceptivos son objetos, sustancias, y procedimientos que se utilizan de manera voluntaria, para regular la capacidad reproductiva de una persona o una pareja con el fin de evitar un embarazo no planeado. Se clasifican en dos grandes grupos: métodos temporales y métodos definitivos.

Los temporales son aquellos cuyo efecto dura el tiempo que se les emplea. Si la pareja desea tener más hijos, la mujer puede embarazarse al suspender su uso. Los definitivos evitan el embarazo de manera permanente y se recurre a ellos cuando la pareja tiene fertilidad satisfecha.¹³

La adopción de un método de planificación familiar es opción individual, no existe un método de aplicación universal, debe ser seguro, eficaz, fácil de usar y con la evidencia científica disponible establecida en los criterios de elegibilidad de la OMS.

Categoría 1: Para las mujeres con estas condiciones, el método no plantea ningún riesgo y puede usarse sin restricciones.

Categoría 2: Para las mujeres con estas condiciones, los beneficios de usar el método generalmente contrarrestan ampliamente los riesgos teóricos o comprobados. Las mujeres que tienen estas condiciones en general pueden usar el método, pero tal vez sea apropiado que el proveedor supervise el uso.

Categoría 3: Para las mujeres con estas condiciones, los riesgos del método generalmente son superiores a los beneficios. Las mujeres con estas condiciones en general no deben usar el método. Sin embargo, si no se dispone de otros métodos o si éstos no son aceptables, el proveedor de servicios de salud puede decidir que el método es apropiado, según la gravedad de la condición. En tales casos, es esencial que el proveedor supervise el uso.

Categoría 4: Para las mujeres con estas condiciones, el método plantea un riesgo inaceptable para la salud y no debe usarse.^{5, 12}

Según la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) el consejo anticonceptivo es una práctica sanitaria, dirigida a personas sanas en la que se aporta información equilibrada y objetiva de cada método anticonceptivo para que en el contexto del individuo o la pareja se escoja el más idóneo, y así conseguir un óptimo estado de salud sexual y reproductiva y debemos considerar: Factores dependientes del método: Perfil del método y los factores dependientes de la mujer: Perfil de la usuaria.⁹

Perfil del método. En esta apartado debemos de considerar las características de un método anticonceptivo que incluyen:

1.- Eficacia: es la capacidad de un método anticonceptivo para impedir la gestación y se mide con: Índice de Pearl. Desde dos puntos de vista se evalúa a la eficacia como: Eficacia teórica (Índice de Pearl); la que se obtiene con el uso perfecto de cualquier método anticonceptivo, siendo en otras palabras la tasa de embarazo por 100 mujeres en un año con uso del método en condiciones óptimas. Efectividad real, la que se obtiene en condiciones normales de uso, condicionada por posibles fallos humanos en su utilización.

2.- Seguridad: Es la capacidad de alterar positiva o negativamente la salud de la usuaria. Aquí valoramos los efectos secundarios, tanto beneficiosos como adversos. Si los riesgos superan a los beneficios esta desaconsejado su uso.

3.- Reversibilidad: Es la capacidad de recuperar la actividad reproductiva al interrumpir un método. Todos son reversibles salvo la esterilización.

4.- Posibles efectos beneficiosos añadidos no contraceptivos

5.- Facilidad o complejidad de uso: Si es muy complejo disminuye la efectividad.

6.- Relación con el coito.

7.- Precio.^{14,15}

Perfil de la usuaria: Para que la eficacia teórica del método se aproxime lo máximo posible a la eficacia de uso debemos tener en cuenta por parte de la usuaria: Frecuencia de relaciones, tipo y número de parejas, edad, motivación y capacidades personales, objeto de la contracepción y cumplimiento.¹⁶

Además existen factores personales que influyen en la elección del método adecuado como: edad de la usuaria, antecedentes patológicos, hábitos tóxicos, estado de salud actual, percepción individual de riesgos (conocer efectos secundarios y efectos beneficiosos y desmontando falsas creencias), aceptación; que dependerá de experiencias previas, condicionantes culturales y religiosas y capacidades personales.¹⁷

4.1.3.1. Porcentaje de mujeres que tienen un embarazo no deseado durante el primer año de uso de un método anticonceptivo

MÉTODO ANTICONCEPTIVO	% de embarazos en el primer año (Índice de Pearl)		% de mujeres que continúan usándolo un año después
	Uso habitual	Uso perfecto	
Ningún método	85	85	-
Espemicidas	29	18	42
Coitus Interruptus	27	4	43
Abstinencia periódica	24	1-9	51
Ogino		9	
Método ovulación		3	
Térmico-sintomático		2	
Post-ovulación		1	

Tabla 1 Organización Mundial de la Salud, Criterios médicos de elegibilidad para el uso de Anticonceptivos Cuarta edición, 2012.

MÉTODO ANTICONCEPTIVO	% de embarazos en el primer año (índice de Pearl)		% de mujeres que continúan usándolo un año después
	Uso habitual	Uso perfecto	
Esponja (con espermicida)			
Mujeres no nulparas	32	20	46
Mujeres nulparas	16	9	57
Diafragma (con espermicida)	16	6	57
Preservativo			
Femenino	21	5	49
Masculino	15	2	53
AOC	8	0,3	68
Parche transdérmico	8	0,3	68
Anillo vaginal	8	0,3	68
Progestágenos inyectables	3	0,3	56
Inyectable combinado	3	0,05	56
DIU cobre	0,8	0,6	78
Sistema intrauterino de levonorgestrel	0,1	0,1	81
Implantes de progestágenos	0,05	0,05	84
Esterilización femenina	0,5	0,5	100
Esterilización masculina	0,15	0,10	100

0 - 1 Muy efectivo 2 - 9 Efectivo 10 - 30 Algo efectivo

Tabla 2. Organización Mundial de la Salud, Criterios médicos de elegibilidad para el uso de Anticonceptivos Cuarta edición, 2012.

Los métodos anticonceptivos en las adolescentes no puérperas, se pueden clasificar en los siguientes:

- Recomendables/preferentes: preservativo, anticoncepción hormonal combinada (oral, anillo vaginal y transdérmica), anticoncepción hormonal por vía oral de solo gestágeno.
- Aceptables: dispositivo intrauterino (DIU), anticoncepción hormonal de depósito (inyectable e implantes), diafragma (asociado a espermicidas).
- Poco aceptables: métodos naturales, coito interrumpido, anticoncepción quirúrgica.
- De urgencia: anticoncepción poscoital.¹⁸

En general, las adolescentes son elegibles para usar cualquier método de anticoncepción y deben tener acceso a una variedad de opciones anticonceptivas. La edad en sí no constituye una razón médica para negar cualquier método a las adolescentes así lo señala los derechos reproductivos de los adolescentes.

En lo que respecta al puerperio existen consideraciones especiales por la OMS para el uso de métodos de planificación familiar, no importando edad, solo considerando si la paciente continúa con lactancia o no continúa con ella.^{5, 8,19}

Tabla 3. Organización Mundial de la Salud, Criterios médicos de elegibilidad para el uso de Anticonceptivos Cuarta edición 2012.

CONDICIÓN	AOC/P/AV	AIC	AOPS	AMPD EN-NET	Implantes LNG/ETG	DIU-Cu	DIU-LNG
I = inicio, C = continuación, LM = lactancia materna							
POSPARTO (mujeres que no estén amamantando)							
a) < 21 días							
(i) sin otros factores de riesgo para TEV	3 [†]	3 [†]					
(ii) con otros factores de riesgo para TEV	3/4 [†]	3/4 [†]					
b) ≥ 21 días a 42 días							
(i) sin otros factores de riesgo de TEV	2 [†]	2 [†]					
(ii) con otros factores de riesgo para TEV	2/3 [†]	2/3 [†]					
c) > 42 días							
	1	1					
POSPARTO (amamantando o no, incluso después de la cesárea)							
a) < 48 horas incluida la inserción inmediatamente después del alumbramiento de la placenta							
						1	1=Sin LM 3=LM
b) ≥ 48 horas a < 4 semanas							
						3	3

CONDICIÓN	AOC/P/AV	AIC	AOPS	AMPD EN-NET	Implantes LNG/ETG	DIU-Cu	DIU-LNG
I = inicio, C = continuación, LM = lactancia materna							
c) ≥ 4 semanas						1	1
d) Sepsis puerperal						4	4
OBESIDAD	2	2	1	1	1	1	1
a) Índice de masa corporal (IMC) ≥ 30 kg/m ²							
b) Menarquia a < 18 años e índice de masa corporal (IMC) ≥ 30 kg/m ²	2	2	1	AMPD = 2 EN-NET = 1†	1	1	1
TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA (TVP)/ EMBOLISMO PULMONAR (EP)							
a) Historia de TVP/EP	4	4	2	2	2	1	2
b) TVP/EP agudas	4	4	3	3	3	1	3
c) TVP/EP y recibe terapia anticoagulante	4	4	2	2	2	1	2
d) Historia familiar de TVP/EP (familiares de primer grado)	2	2	1	1	1	1	1
e) Cirugía mayor							
(i) con inmovilización prolongada	4	4	2	2	2	1	2
(ii) sin inmovilización prolongada	2	2	1	1	1	1	1
f) Cirugía menor sin inmovilización	1	1	1	1	1	1	1

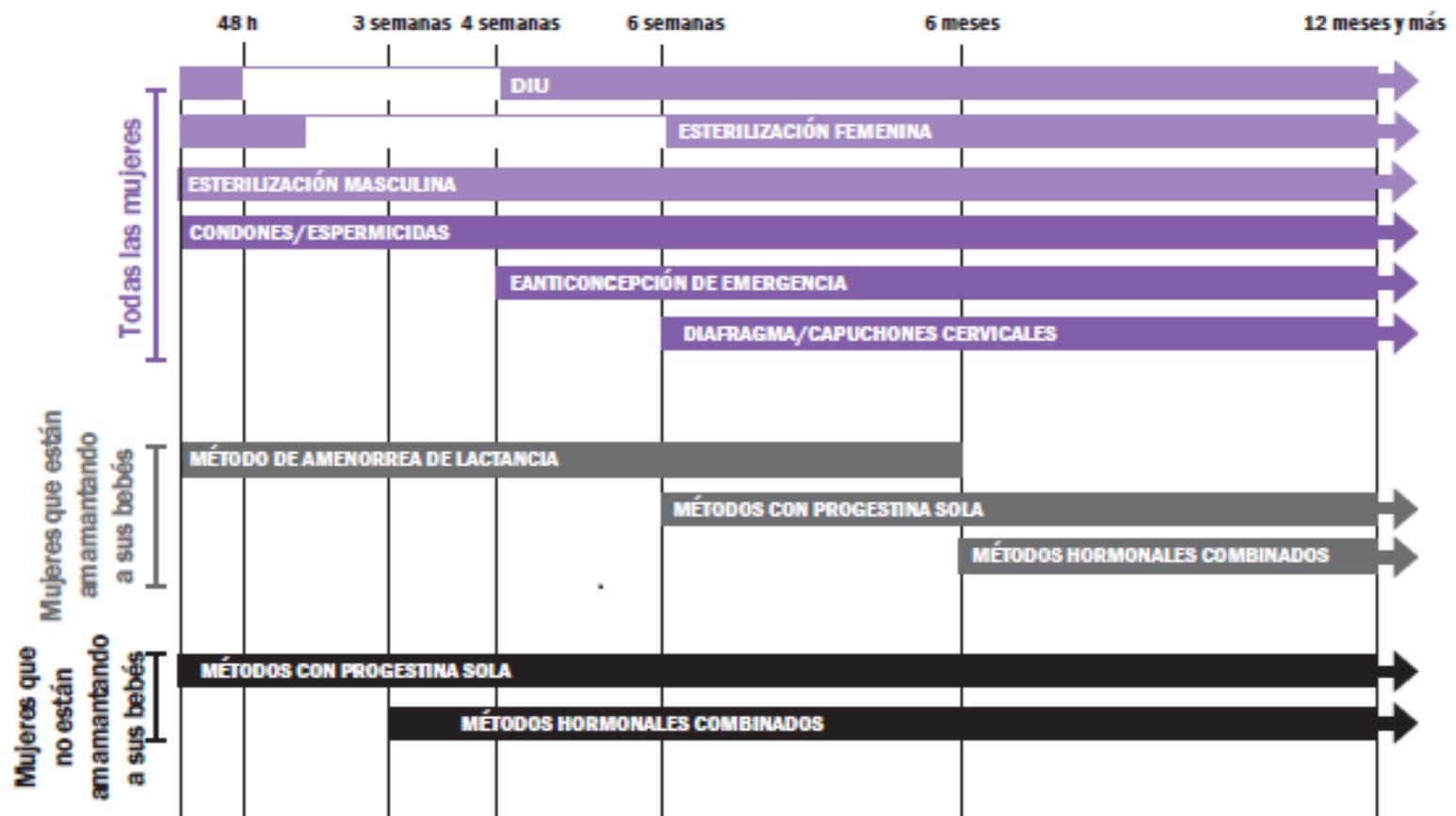


Figura 1. Estrategias para la programación de la planificación familiar posparto, Organización Mundial de la Salud 2014.

Métodos permanentes.

La esterilización femenina voluntaria es el método de planificación familiar definitivo que más se usa en el mundo. Consiste en cerrar y cortar o atar ambas trompas de Falopio, para impedir que los óvulos se unan con los espermatozoides y sean fertilizados. La esterilización tubárica posparto es la más eficaz de todas. El resultado de un gran estudio metacéntrico prospectivo realizado por el Collaborative Review of Sterilization (CREST) mostro que la técnica más eficaz era la salpingectomía posparto, dependiendo de la técnica utilizada se presenta un riesgo de embarazo tardío.¹⁹

La esterilización masculina o vasectomía, es un procedimiento quirúrgico menor en el que los conductos deferentes, se atan y se cortan para impedir que los espermatozoides se mezclen con el semen. El semen eyaculado que no contiene espermatozoides no puede fecundar el óvulo. Desde el punto de vista técnico, la vasectomía es más segura y más sencilla de realizar que la esterilización femenina y se está utilizando cada vez más en muchos países en desarrollo.¹⁹

Métodos temporales.

Los dispositivos intrauterinos (DIU) que existen actualmente son muy seguros y se encuentran entre las opciones anticonceptivas más eficaces disponibles.

El DIU que se usa frecuentemente es la T de cobre, cuya eficacia puede durar 5 años. Este dispositivo tiene una espiral de cobre en el tallo vertical de la “T” y una placa del mismo material en cada uno de los brazos horizontales. Las usuarias experimentan tasas de fracaso muy bajas; menos de uno por ciento anual, cifra comparable con la de la esterilización femenina.⁵

Entre las ventajas del DIU de cobre, aparte de su seguridad y alta eficacia, pueden mencionarse las siguientes:

- Tiene efecto prolongado y es fácilmente reversible; por lo general, la fertilidad regresa muy pronto después de la extracción.
- No tiene efectos secundarios sistémicos.
- Rara vez ocurren complicaciones, como la perforación o expulsión.
- Las mujeres que están amamantando pueden usarlo sin peligro

Dentro de sus desventajas se pueden mencionar las siguientes: Calambres y alteraciones en patrón menstrual de tipo hiperpolimenorrea, anemia por deficiencia de hierro secundario, estos constituyen la razón principal por la que las mujeres dejan de usar el DIU, aunque esos efectos no requieren la extracción del dispositivo. Los efectos secundarios son más comunes durante los primeros meses después de la inserción, pero generalmente éstos disminuyen con el tiempo. Cabe mencionar que también se ha asociado a un incremento en riesgo de enfermedad pélvica inflamatoria.^{2,20}

En lo que respecta a la colocación del Dispositivo intrauterino (DIU) en el puerperio, se puede colocar en posparto o intracesárea, sin temor a aumentar la incidencia de morbilidad y otras complicaciones. Existen muchas evidencias en la literatura médica que favorecen el uso del DIU postevento obstétrico, demostrando mayor aceptación por parte de estas usuarias, al compararlas con las de inserción de DIU clásico.

- Inserción pos placenta: es la que se realiza dentro de los primeros 10 minutos que siguen al alumbramiento, ya sea después de un parto vaginal o de cesárea.
- Inserción en el posparto inmediato: cuando se inserta el DIU en la primera semana del puerperio, usualmente en las primeras 48 horas.
- Inserción puerperal o tardía: entre las 1-6 semanas del puerperio; en este tipo de inserción el riesgo de perforación uterina es más acentuado.
- Inserción pos puerperal (o de intervalo): cuando se realiza entre las 6-8 semanas luego del parto.²⁰

Anticoncepción hormonal.- Es importante conocer que en mujeres que lactan no se deben usar preparados que contengan estrógenos (anovulatorios orales, parches, inyectables mensuales, anillo vaginal), pues inhiben la lactancia al alterar los receptores de prolactina en las glándulas mamarias. La alternativa que podemos utilizar a partir de la sexta semana en mujeres que lactan y

tercera en las que no lo hacen, se pueden iniciar libremente los preparados de solo progestinas (inyectable trimestral, implantes subdérmicos, mini píldora).¹²

Mecanismo de acción: Todos los tipos de anticonceptivos hormonales previenen el embarazo mediante dos mecanismos principales.

1. La inhibición total o parcial de la ovulación. Las hormonas que contienen estos anticonceptivos hacen que el hipotálamo y la glándula pituitaria reduzcan la producción de las hormonas necesarias para el desarrollo folicular y la ovulación.
2. El espesamiento del moco cervical, causado por la progestina. El moco más espeso actúa como una barrera contra los espermatozoides, dificultándoles la entrada a la cavidad uterina. Si la mujer ovulara, esta barrera de moco reduce considerablemente las probabilidades de que el óvulo sea fecundado.²¹

Anticonceptivos orales (AO).- Existen dos tipos, los que contienen estrógeno y progestina, anticonceptivos orales combinados (AOC) y las que contienen sólo progestina (PSP). Los AOC se categorizan comúnmente como pastillas de dosis baja o de dosis alta, según el contenido de estrógeno. Las pastillas de baja dosis, contienen generalmente entre 30 y 35 microgramos (mcg) del estrógeno etinil estradiol. Las pastillas de alta dosis contienen 50 mcg (0,05mg) de etinil estradiol. En uso típico, los AOC generalmente son considerados más eficaces que las PSP. Sin embargo, las PSP son muy eficaces para las mujeres

que están amamantando y no afectan a la producción ni la calidad de la leche como ocurre con los AOC. A continuación se muestran algunas ventajas asociadas al uso de AO:

- Cuando se usan en forma sistemática y correcta, su tasa de prevención de embarazos es superior al 99 por ciento.
- El efecto anticonceptivo de los AO es reversible y, cuando dejan de tomarse, la fertilidad regresa rápidamente. Esto hace de ellos una buena opción para retrasar y espaciar los embarazos.
- Las complicaciones graves son sumamente raras
- Se han relacionado con la protección a las mujeres contra el cáncer ovárico y del endometrio

De igual forma se mencionan las desventajas asociadas a los AO:

- Cuando no se usan en forma correcta y sistemática, se reduce la eficacia.
- Con frecuencia, tienen efectos secundarios (náuseas, mareos, sensibilidad mamaria anormal, dolores de cabeza, cambios de estado de ánimo y aumento de peso).
- Pueden plantear riesgos de salud para un número reducido de mujeres (problemas cardiovasculares, entre ellos el tromboembolismo, apoplejía y quizás ataque cardíaco).
- Los AO no protegen contra las ITS, incluido el VIH

- Quistes ováricos funcionales y dolor pélvico (Generalmente en PSP).⁷

Los hormonales orales combinados son el método de elección para adolescentes no puérperas que mantienen relaciones sexuales frecuentes. Posee una alta eficacia anticonceptiva: el Índice de Pearl (IP) es del 0,3% con el uso perfecto y del 8% con el uso típico.^{4.16}

Pastillas anticonceptivas de emergencia. (PAE).- Se refiere a las píldoras utilizadas para prevenir el embarazo poco después de haber tenido un coito sin protección, no debe tomarse como una forma habitual de anticoncepción. Después del uso, se debe iniciar o continuar un método habitual si no se desea el embarazo, son un régimen especial de píldoras sólo de progestina o de anticonceptivos orales combinados. Se pueden usar en cualquier momento durante el ciclo menstrual y más de una vez durante un ciclo, si es necesario. Puesto que se recetan por un tiempo breve, estas píldoras de emergencia casi no tienen contraindicaciones (es decir, las condiciones que hacen que su uso no sea aconsejable). Esto quiere decir que casi todas las mujeres que por razones médicas no pueden usar con regularidad las píldoras anticonceptivas que contienen estrógeno, sí pueden usar las PAE, en cuanto al mecanismo de acción se dice que el efecto anticonceptivo ocurre antes de la implantación. Cuando ya hay implantación, las PAE ya no surten efecto. Por lo tanto, no perturbarán ni perjudicarán un embarazo ya establecido.¹⁶

Hormonal Inyectable.- El trimestral, es para uso intramuscular que contiene 150 mg de acetato de medroxiprogesterona, convencionalmente se ha sugerido la primera dosis durante los primeros días del ciclo con el fin de lograr inhibir la ovulación desde el primer mes; sin embargo, si por alguna razón no se puede en ese momento, no es necesario esperar hasta la próxima menstruación, solo debemos estar razonablemente seguros de que no hay una gestación en curso y se puede aplicar. En posparto se sugiere hacerlo a la sexta semana, en el posaborto o si existe alguna razón logística que obligue a su inicio antes se puede hacer (categoría 3 de criterios de elegibilidad de la OMS). Es uno de los métodos temporales de mayor efectividad y con menor diferencia entre el uso teórico y el uso típico. Su uso protege contra anemia ferropenia, dismenorrea y cáncer endometrial.

La disminución del riesgo de cáncer endometrial ha sido hasta del 80%, protección que perdura aun después de suspender el medicamento. No existe la posibilidad de infertilidad permanente asociada a este método, lo que sucede es que al ser un método de larga duración puede demorarse el retorno de la fertilidad después de suspenderlo. Se ha encontrado ovulación en usuarias desde el cuarto mes de la última inyección, pero algunas pueden demorar unos pocos meses más en ovular.^{2,5,12}

Implantes subdérmicos.- Método seguro, altamente eficaz y rápidamente reversible. Debido a que es un método de solo progestágeno puede ser

utilizado por mujeres con alguna contraindicación para el empleo de estrógenos. Existen varios tipos de implantes no absorbibles que utilizan algún progestágeno, actualmente se usan los de una barra; Es una excelente elección durante la lactancia materna, pues no la afecta. Se puede aplicar a partir de la tercera a sexta semanas después del parto, o durante la menstruación e inmediatamente posterior a un aborto. También es posible de insertar en cualquier momento siempre y cuando estemos seguros de que la mujer no está embarazada, pero se requiere en este caso protección adicional durante una semana. Los implantes deben colocarse y retirarse mediante un procedimiento quirúrgico que requiere personal debidamente capacitado.

Debido a que los niveles séricos de progestágenos se mantienen bajos y no se administran estrógenos, este método anticonceptivo de larga actividad no causa efectos secundarios serios; sin embargo, es posible que aparezca alteración del patrón menstrual como efecto secundario, molesto para algunas mujeres y atribuible a la administración mantenida del progestágeno. La aparición de efectos secundarios serios es muy rara y no muy diferente a la observada en la población general. Las usuarias que pesen más de 80 kg deben saber que los implantes de LNG disminuyen su eficacia después del cuarto año de uso, por lo que deben cambiarlo.^{12,16}

Los sistemas intrauterinos (SIU MIRENA) liberadores de hormonas.- Constituyen un nuevo método de anticoncepción hormonal. Tienen forma de T y

se insertan en el útero. Sin embargo, a diferencia de los DIU, los SIU contienen progestina que se libera lentamente en el útero. El SIU de LNG reduce considerablemente el dolor, la duración y la cantidad del sangrado menstruales. Sin embargo, puede causar manchado y sangrado irregular.^{2,20}

Métodos de barrera

1.1. Preservativo femenino: Hecho de poliuretano que puede controlar la mujer y que, si se utiliza de forma adecuada, proporciona una protección adicional en la vulva frente a ETS. Requiere insertar el anillo flexible dentro de la vagina antes de la penetración. Tiene un mayor costo que el preservativo masculino, mayor tasa de fallos y un peor cumplimiento por desplazamientos durante el coito.

1.2. Preservativo masculino (condón): Método anticonceptivo con la pareja habitual o para combinar con métodos anticonceptivos hormonales o DIU (doble protección). Ofrece una alta eficacia anticonceptiva, protege frente a las ITS y las displasias cervicales, no tiene efectos secundarios sistémicos, no necesita prescripción médica, es asequible, relativamente barato y fácil de llevar consigo. El miedo a la disminución del placer sexual, las dificultades para negociarlo con la pareja, la falta de información y la asociación de su uso con relaciones sexuales promiscuas son aspectos que condicionan su utilización. La tasa de

rotura oscila entre el 0,5 y el 3%¹⁴. Las personas alérgicas al látex pueden utilizar preservativos de tactylon, de poliuretano o de elastómero termo-plástico, con precios superiores a los de látex.

1.3. Diafragma: Semiesfera de látex que se coloca en el fondo vaginal. Es un método inocuo, no requiere la colaboración del varón, de bajo costo, puede colocarse antes de la relación sexual y ofrece cierta protección frente a las ITS, ya que cubre el cuello uterino. Se utiliza en combinación con crema espermicida. Precisa de un buen asesoramiento y aprendizaje de su colocación, y requiere manipulación de los genitales. Puede colocarse en el momento del coito o hasta 6 h antes, impregnado de crema espermicida. Se comprobará que el cérvix queda cubierto por el diafragma y debe permanecer en la vagina hasta 6 h después del coito. ^{13,14}

Método de Amenorrea de la lactancia (MELA).- Es una opción anticonceptiva para la mujer en el postparto, para que sea eficaz, la mujer debe usarlo durante los primeros seis meses de postparto, estar amenorréica y estar amamantando plenamente o casi plenamente. Los estudios han demostrado que el MELA ofrece más del 98 por ciento de protección contra el embarazo siempre y cuando existan esas tres condiciones, siendo eficaz hasta un periodo de 12 meses.⁷

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Los adolescentes son una población en alto riesgo, considerada demasiado mayores para ir al pediatra y demasiado jóvenes para ir al médico general, se han descuidado y los servicios de salud no han prestado atención a los problemas propios de esta edad, como los trastornos alimentarios, los cambios hormonales y emocionales, pero sobre todo en aquellos cambios correspondientes al área de salud reproductiva, particularmente en lo que concierne a planificación familiar y a la consecuencia de presentar un segundo embarazo no deseado.

Algunos factores que se asocian son: un primer embarazo no planeado, el pertenecer a una familia numerosa, falta de comunicación, la escolaridad, pobre soporte social, el tipo de relación con su pareja, escasa información sobre sexualidad y sobre métodos para planear una familia.

En algunos estudios se observa que existen programas dirigidos a la adolescente embarazada para la prevención de un segundo embarazo y se han aplicado dirigiéndose al problema de manera muy particular, o bien utilizando una combinación de enfoques, sobre todo hacia la información sobre la vida sexual y reproductiva.

Dentro de la investigación sobre sexualidad en el mundo se han realizado importantes aportaciones en torno a los temas de embarazo adolescente,

Infecciones de Transmisión Sexual, uso de anticonceptivos en adolescentes, entre otros. Sin embargo el estudio en Métodos de Planificación Familiar en Adolescentes de México se inicia en fecha relativamente reciente. En lo que respecta a las adolescentes puérperas y la anticoncepción se conocen de acuerdo a los criterios de elegibilidad de la OMS los métodos recomendables para esta etapa, sin embargo los registros que se tienen no muestran realmente cual es el método utilizado en esta etapa.

Ante este panorama se formuló la siguiente interrogante:

¿Cuál es el método de planificación familiar mayormente utilizado posterior a un evento obstétrico en adolescentes del Hospital Materno Infantil Inguaran durante el año 2015?

JUSTIFICACION.

La edad promedio del inicio de la vida sexual en las mujeres mexicanas de 15 a 19 años es de 16 años. Como consecuencia de estas tendencias, también el porcentaje de nacimientos en madres adolescentes aumentó de 15.6% a 18.7% entre 2003 y 2012, considerando que la adolescencia es un período de la vida con necesidades específicas de salud y de derechos, así como un tiempo para desarrollar conocimientos y habilidades, aprender a manejar las emociones y las relaciones, así como adquirir la información necesaria para llevar a cabo una

sexualidad responsable. Según estadísticas mexicanas gran parte de la población adolescente sexualmente activa no cuenta con un método de planificación familiar.

Y en el caso del puerperio en adolescentes existe reporte que menciona al DIU T de cobre como principal método utilizado, a diferencia del panorama internacional en donde según estadísticas el método más utilizado en adolescentes puérperas es el Implante subdermico aun en la lactancia. De acuerdo a los criterios de elegibilidad de la OMS el método más recomendado es el DIU T de cobre en puérperas con o sin lactancia materna, dentro del puerperio inmediato y mediato.

La Secretaría de Salud de la Ciudad de México es una institución que proporciona atención a población abierta en la cual no existen datos de la incidencia de puérperas adolescentes tardías y métodos de planificación familiar utilizados en ellas, al ser principalmente las pacientes adolescentes una población de alta vulnerabilidad por el gran descuido y desinformación que se les ha mostrado y al venir en incremento el número de embarazos en dicha población, siendo conocido el riesgo al que se exponen en una segunda gestación sobre todo si el periodo intergénésico es menor a 2 años, mayores son las complicaciones materno-fetales que se presentan. Es importante conocer el comportamiento en cuanto a planificación familiar en nuestra

población y saber si se llevan a cabo los criterios de elegibilidad de la OMS en nuestra población.

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION.

General.

Identificar de acuerdo a registros de puérperas adolescentes del Hospital Materno Infantil Inguarán, si utilizan métodos de planificación familiar.

Específicos.

- Determinar la población de adolescentes puérperas del Hospital Materno Infantil Inguarán
- Identificar los métodos anticonceptivos elegidos por las pacientes puérperas adolescentes del Hospital Materno Infantil Inguarán.
- Identificar el número de gestas, partos, cesáreas y abortos de las pacientes estudiadas.
- Relacionar el inicio de vida sexual con el uso de métodos de planificación familiar en las pacientes estudiadas.

II. MATERIAL Y MÉTODOS.

TIPO DE INVESTIGACIÓN.- Clínica.

DISEÑO DEL ESTUDIO: Observacional - descriptivo – retrospectivo y transversal.

DEFINICIÓN DEL UNIVERSO.- Mujeres adolescentes de 12 a 19 años de edad, con antecedente de haber cursado puerperio postparto, postcesárea o postaborto inmediato, con colocación de método de planificación familiar en el Hospital Materno Infantil Inguaran durante el año 2015.

Ubicación temporal y espacial de la población.- Información del Servicio de estadística y archivo clínico del Hospital Materno Infantil Inguaran, capturada durante el año 2015.

Unidades de observación.

- Criterios de inclusión: Expedientes completos de puérperas adolescentes, de 10 a 19 años de edad quien conto con internamiento por puerperio de Enero a Diciembre de 2015 con colocación de método de planificación familiar del HMI Inguaran.
- Criterios de eliminación: Expedientes incompletos.
- Criterios de no inclusión y criterios de interrupción: No hubo

Determinación de la población.- Se obtuvo mediante el censo de la base de datos del Hospital Materno Infantil Inguarán de los registros de las pacientes adolescentes puérperas en el año 2015, con y sin método de planificación familiar.

VARIABLES.

VARIABLE	TIPO	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	CALIFICACIÓN
Edad	Contexto	Tiempo transcurrido desde el nacimiento de la paciente hasta el estudio	Cuantitativa discontinua	Años
Escolaridad	Contexto	Estudios cursados en el sistema forma de educación.	Cualitativa ordinal	Analfabeta, primaria, secundaria, licenciatura
Estado Civil	Contexto	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto	Cualitativa nominal	Soltera, casada, viuda, unión libre.
Gestas	Contexto	Embarazos que hasta el momento ha cursado.	Cuantitativa discontinua	Número
Partos	Contexto	Eventos obstétricos que han sido partos vaginales	Cuantitativa discontinua	Número
Cesáreas	Contexto	Eventos obstétricos que han sido partos abdominales	Cuantitativa discontinua	Número
Abortos	Contexto	Eventos obstétricos con expulsión de productos menores de 20 semanas de gestación o menor a 500gr, así mismo como ectópicos.	Cuantitativa discontinua	Número
Inicio de vida sexual	Contexto	Edad a la cual la paciente refiere su primer relación sexual	Cuantitativa discontinua	Años
Método de Planificación Familiar.	Compleja	objetos, sustancias, y procedimientos que se utilizan de manera voluntaria para regular la capacidad reproductiva de una persona o una pareja con el fin de evitar un embarazo no planeado	Cualitativa nominal	Hormonal Inyectable, Hormonal Oral, Implante subdermico, Parches de liberación prolongada, PAE, DIU T cobre, DIU Mirena, OTB, Condón Masculino.

PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS ESTADÍSTICO.-

Se empleó Excel, y SPSS para la captura y análisis de datos. Se obtuvo estadística descriptiva. Medidas de tendencia central, de dispersión, frecuencias y porcentajes. Se elaboraron figuras y cuadros.

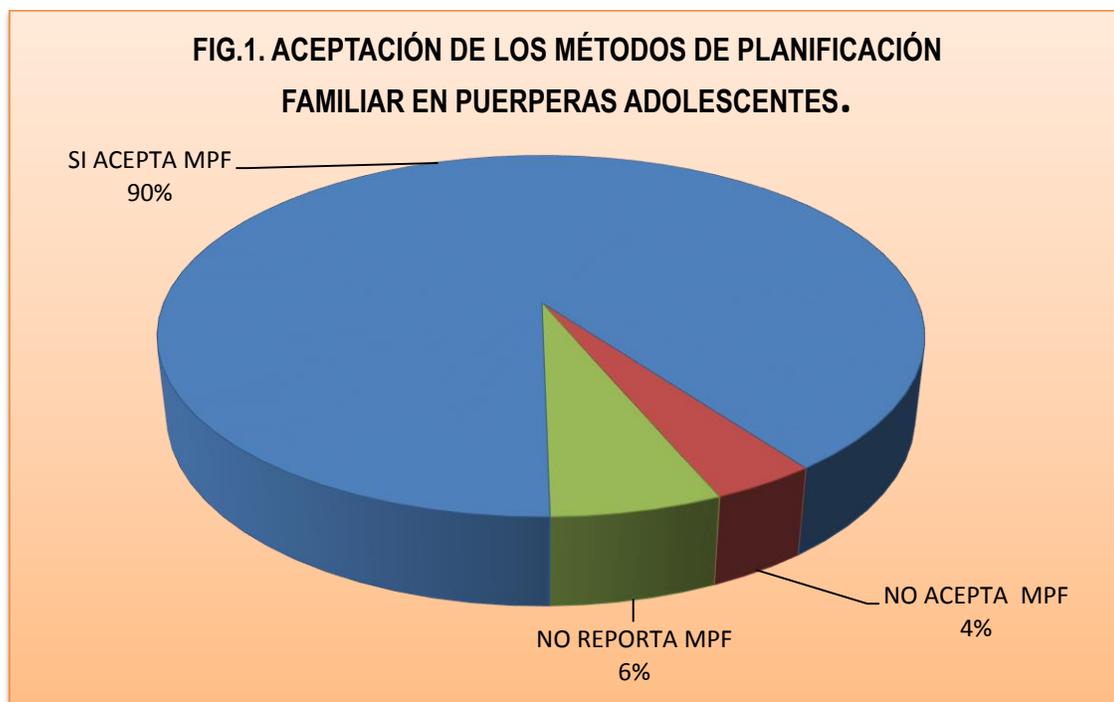
ASPECTOS ÉTICOS.

Se trata de un estudio sin riesgo, conforme a lo establecido en la Ley General de Salud.

III. RESULTADOS.

De acuerdo al censo estadístico del Hospital Materno Infantil Inguarán durante el año 2015 se egresaron un total de 780 pacientes adolescentes puérperas de entre 12 a 19 años de edad; de los cuales 7 expedientes fueron eliminados para el presente estudio, por corresponder a pacientes aún embarazadas.

De los 773 expedientes totales incluidos en este estudio, se encontró que el 90%, correspondía a pacientes que contaban con algún método de planificación familiar, 4% de ellos correspondientes a 29 expedientes, no aceptaron método de planificación familiar y en 47 expedientes (4%) no se reporta el uso de algún anticonceptivo (Fig.1)



Fuente. Registró en Archivo clínico de Hospital Materno Infantil Inguarán 2015

En el cuadro I.- Se muestran los porcentajes y frecuencias de los métodos anticonceptivos otorgados a puérperas adolescentes del HMI Inguarán en el 2015. Siendo los métodos temporales mayormente aceptado mostrando en primer lugar a el Implante subdérmico con 254 usuarias correspondiente a un 33%, seguido por el dispositivo intrauterino T cobre con 134 pacientes (17%), sin embargo para los métodos definitivos como la oclusión tubárica bilateral solo tenemos un total de 18 pacientes representando el 2% del total. De igual forma se registran las 29 pacientes (4%) que no aceptaron método anticonceptivo y los 47 expedientes (6%), en los que no se refiere uso de algún método.

Cuadro I. - Métodos anticonceptivos utilizados en puérperas adolescentes.

MÉTODO	NÚMERO	%
Implante subdérmico	254	33%
Dispositivo intrauterino (DIU) T de cobre	134	17%
Hormonal inyectable	105	14%
DIU Mirena	77	10%
Condón masculino	47	6%
Parches	28	4%
Hormonal oral	22	3%
Oclusión tubárica bilateral	18	2%
Pastillas anticonceptivas de emergencia	12	1.6%
No acepta Método de planificación familiar	29	4%
No se refiere método de planificación familiar	47	6%
TOTAL	773	100%

Fuente. Registró en Archivo clínico de Hospital Materno Infantil Inguaran 2015

Resultado de datos sociodemográficos y antropométricos.-

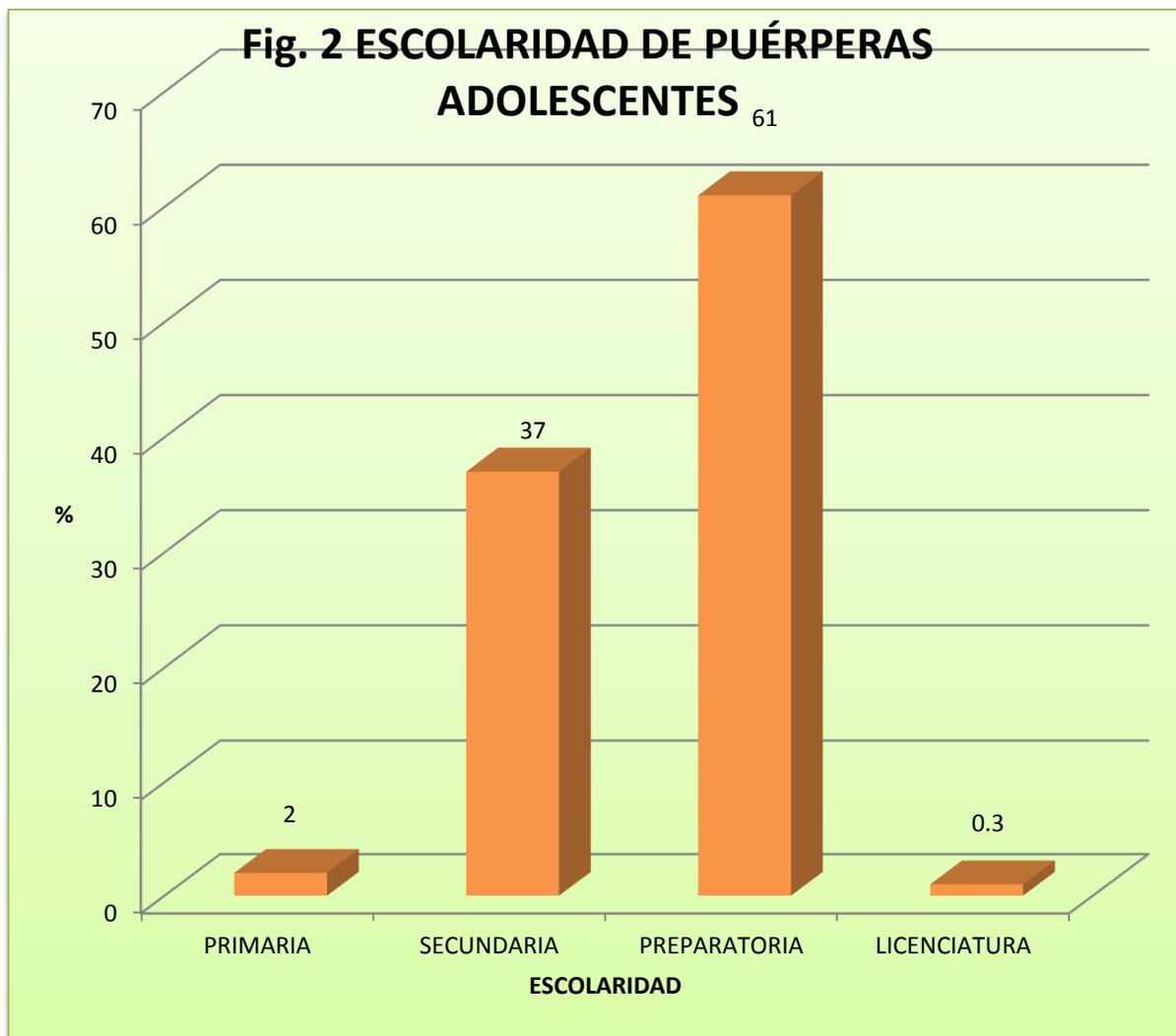
Edad: La edad de las 773 pacientes incluidas en el estudio se integró en el rango de 12 a 19 años (Cuadro II). La media de edad fue de 18 años con desviación estándar de 1.41, el mayor número de usuarias se ubico en los 19 años de edad.

Cuadro II. Edad de las adolescentes puérperas

PRUEBA ESTADISTICA	EDAD
Media	18
DS	1.41
Rango	7
Mínimo	12
Máximo	19

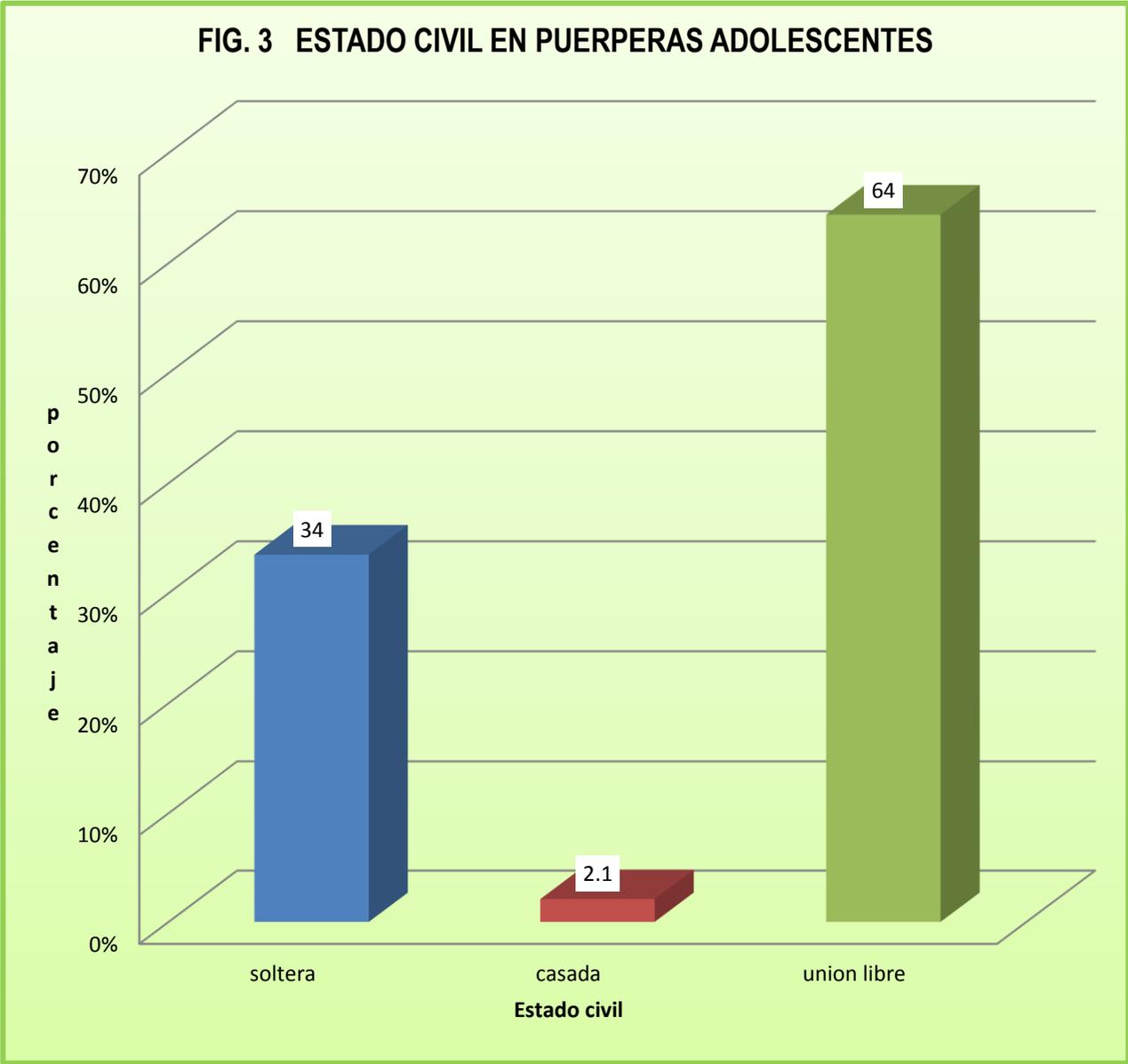
Fuente. Registró en Archivo clínico de Hospital Materno Infantil Inguaran 2015

Escolaridad. En cuanto a el nivel educativo de las pacientes que se incluyeron en el estudio el mayor porcentaje corresponde al grado de preparatoria con 471 expedientes siendo un 61%, en segundo lugar encontramos a las adolescentes con escolaridad secundaria con 287 registros (37%), cabe mencionar que con nivel licenciatura solo 2 pacientes fueron registradas correspondientes a un 0.3%.



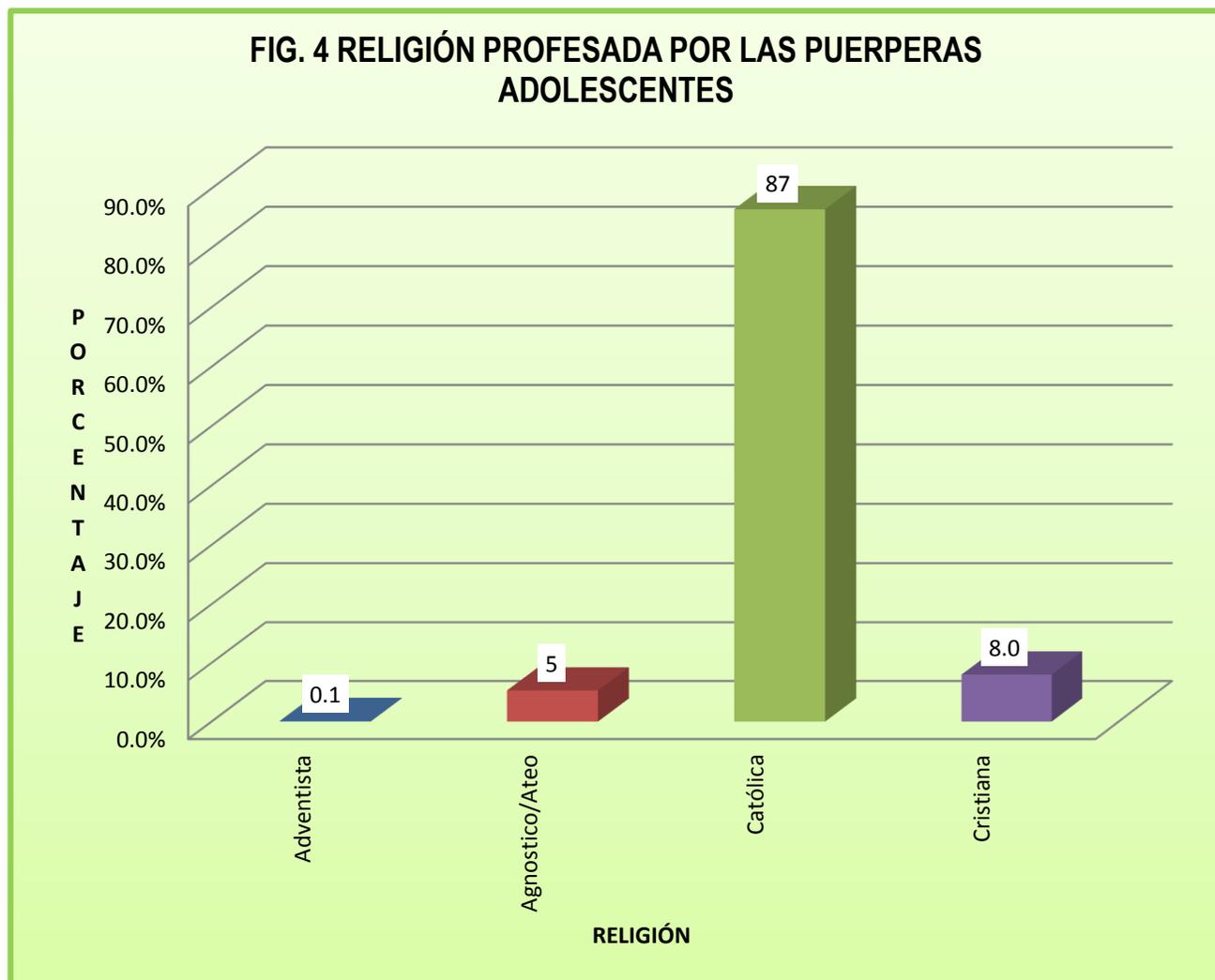
Fuente. Registró en Archivo clínico de Hospital Materno Infantil Inguaran 2015

Estado Civil. Respecto a este rubro de las 773 pacientes incluidas el mayor porcentaje con un 64% lo obtuvo el estado civil unión libre con un total de 498 puérperas, en segundo lugar las solteras con un 34% dado por 259 pacientes y solo 16 (2.1%) casadas, ninguna refirió ser viuda, divorciada o separada.



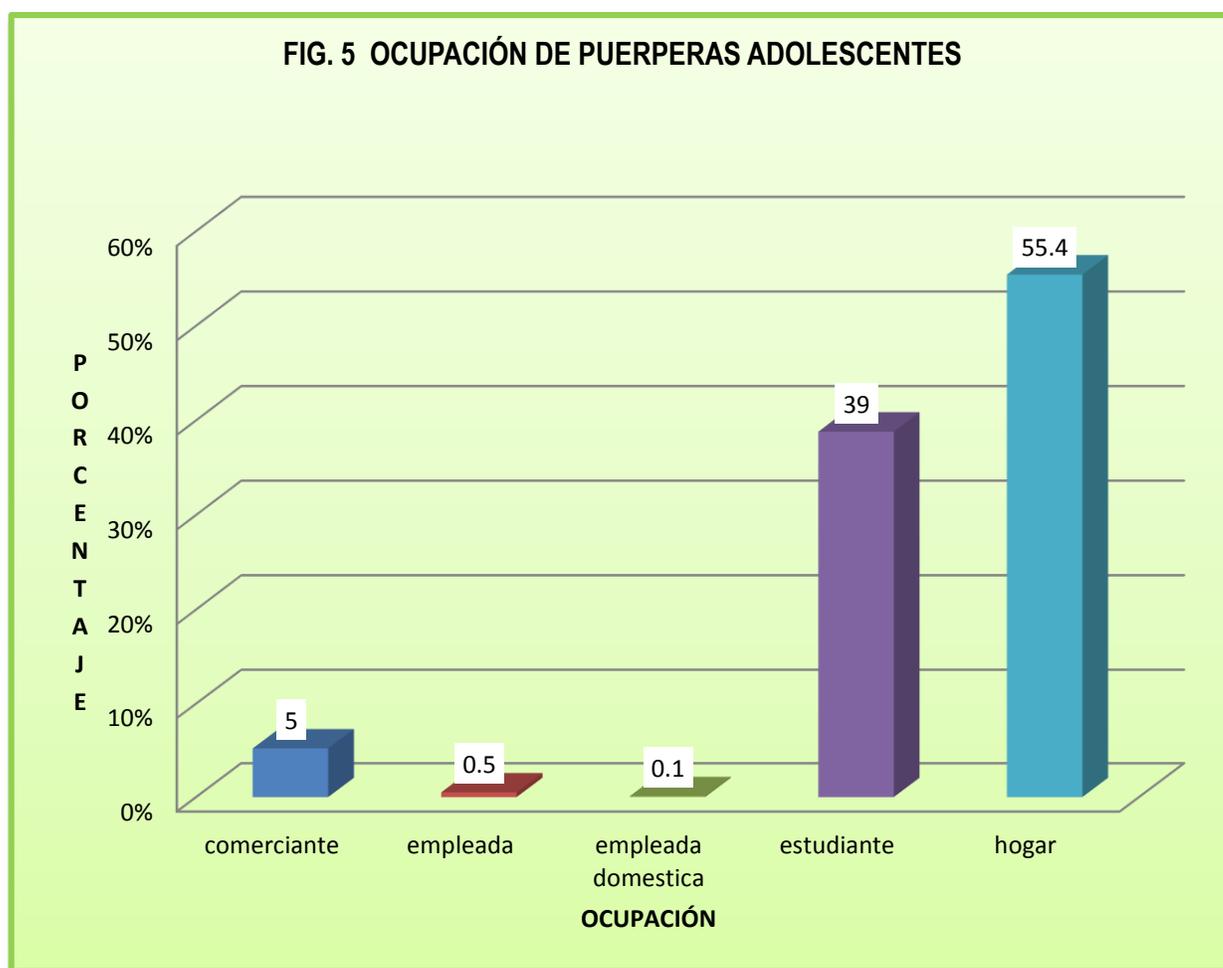
Fuente. Registro en Archivo clínico de Hospital Materno Infantil Inguaran 2015

Religión. El 87% se encontró profesan la religión católica con un total de 669 expedientes, en el otro extremo se encuentran aquellas pacientes que negaron ser devotas de alguna religión o creencia con 5% con 41 expedientes.



Fuente. Registro en Archivo clínico de Hospital Materno Infantil Inguaran 2015

Ocupación. La mayor parte de las mujeres que integraron el estudio se dedican a labores del hogar con un total de 428 expedientes que representa a un 55.4%, de manera decreciente con 300 expedientes aquellas dedicadas a ser estudiantes, representando un 39%, lo cual es ligeramente equiparable con el nivel de escolaridad y en su minoría empleadas 4 (0.5%). Como se muestra en la Fig. 5



Fuente. Registro en Archivo clínico de Hospital Materno Infantil Inguaran 2015

Resultados de antecedentes Gineco- Obstetricos.

Inicio de vida sexual. Del total de expedientes incluidos en el estudio se encontró que la edad de inicio de vida sexual en la población Adolescente del Hospital Materno Infantil Inguaran durante el 2015, muestra una media de 15 años, con un rango de 7 años y una DS 2.94

Parejas sexuales. Se encontró una media de 1 PS, con un rango de 4 y una desviación estándar de 0.61

Número de gestas. La mayoría de los registros encontrados nos mostraron que la gran mayoría de las pacientes eran primigestas, con una media de 1 embarazo, con un rango de 6, y DS 0.57

Partos, abortos y cesáreas. Respecto a la vía de resolución de los eventos obstétricos registrados tenemos lo siguiente: una media para partos de 1, con un rango de 3 y una DS de 0.58: para abortos con una media de 0, un rango de 3 y DS de 0.50, para finalizar en cuanto a las cesáreas tenemos una media de 0, un rango de 5 y una DS de 0.51, (Cuadro III).

Cuadro III: Antecedentes Ginecológicos y Obstétricos de puérperas adolescentes

PRUEBA ESTADISTICA	IVS	PS	GESTAS	PARTOS	CESAREAS	ABORTOS
Media	15	1	1	1	0	0
Mediana	16	1	1	1	0	0
Moda	16	1	1	1	0	0
DS	2.94	0.61	0.57	0.58	0.51	0.50
Varianza	8.66	0.37	0.33	0.33	0.26	0.25
Rango	7	4	6	3	4	3
Mínimo	12	1	1	0	0	0
Máximo	19	5	7	3	4	3

Fuente. Registro en Archivo clínico de Hospital Materno Infantil Inguaran 2015.

IV. DISCUSION.

El presente trabajo de investigación, se llevo a cabo con el propósito de identificar cual era la aceptación de la anticoncepción en el puerperio, por parte de las pacientes adolescentes del Hospital Materno Infantil Inguarán durante el año 2015. De igual forma conocer cuál es el método de planificación familiar que mayormente se elige en esta población, la cual es tan vulnerable de presentar complicaciones en un segundo evento obstétrico.

Como precedente se cuenta con pocos registros a nivel nacional e internacional de la planificación familiar en adolescentes y más aún de datos que nos arrojen el uso de algún método en el puerperio, en poblaciones similares a la nuestra;

en un trabajo de investigación realizado en México, por Allen et al., el cual tuvo una duración de 6 años, incluyendo a mujeres de 15 a 39 años, se concluyo que la mayoría de sus adolescentes incluídas, inician vida sexual a los 19 años, y posterior a evento obstétrico estas eligieron condón como método de planificación familiar en un 50% y el 36% no acepto método alguno.²

Por otra parte Núñez et al, realizo un estudio experimental en el cual relaciono la edad de inicio de vida sexual, el nivel socioeconómico, la religión y el conocimiento teórico previo de la paciente, acerca de la función de cada uno de los métodos de planificación . Se concluyo que las pacientes adolescentes que tuvieron mayor aceptación de alguno método y permanencia hasta 2 años con el mismo, fueron aquellas que tuvieron mejor información del método, un socioeconómico medio o alto, religión católica e inicio de vida sexual a los 17 años.⁷

A nivel internacional, en el estudio de Johnson et al. Se identificó como el método de planificación más utilizado en 600 adolescentes de 15 a 19 años, durante un periodo de 4 años, a los hormonales orales, y la utilización de DIU T de cobre se lleva el primer lugar en púerperas que lactan; cabe resaltar que el 97%, de las pacientes que mencionan, inician su educación sexual desde los 9 años con abundante información en cuanto a métodos de planificación familiar se refiere.¹⁷

En esta tesis se obtuvieron 773 registros de expedientes de adolescentes púerperas que abarco un periodo de 1 año (2015). En la cual se encontró que el método de planificación familiar más utilizado fue el implante subdérmico con un 33%, a diferencia del estudio de Allen et al., en donde se menciona como método de planificación predominante al condón masculino, mismo que en nuestra población solo abarco el 6%. De igual manera en la no aceptación de anticoncepción en el puerperio también las cifras nos benefician respecto al mismo estudio el cual muestra un 36% de renuencia, mientras que en nuestra población estudiada solo un 4% no acepta método.

Sin embargo, en lo que respecta al DIU T de cobre, siendo como se menciono anteriormente por recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud el método anticonceptivo idóneo en el puerperio sobre todo de pacientes que lactan, en nuestra población se ubica en el segundo en frecuencia, semejante a el estudio de Johnson et al., en donde se utiliza el DIU como método principal en el puerperio ; por otra parte, aunque seria interesante, no tenemos datos de la permanencia de método, puesto que no fue una condición para este estudio.

En lo que respecta a los datos de edad se incluyeron solo expedientes de adolescentes entre 12 y 19 años, con una media de 18 años, comparable con el tipo de pacientes incluidos en el estudio de Núñez et al, en lo que respecta a el nivel de escolaridad cabe mencionar que un alto porcentaje se encontraba con nivel bachillerato sin embargo pocas de ellas con nivel licenciatura y comparando la media de edad nos hace pensar que muchas de estas pacientes

no continuaron con sus estudios y quizá no concluyeron con el bachillerato, ocasionando un mayor desconocimiento de los métodos y quizá una disminución en la permanencia de los métodos, arrojando como consecuencia un incremento en los embarazos no deseados. Respecto a la variable religión se encuentra en primer lugar a la católica en ambos estudios incluso a nivel internacional, no demostrándose relación entre esta y la aceptación de algún método anticonceptivo.

De acuerdo al inicio de vida sexual en nuestra población se encuentra una media de 15 años a diferencia de los registros que se tiene de países como España en donde la media es de 17 años de edad, sin embargo en estadísticas de América del Sur y África la media de IVS es equiparable con nuestra población, en donde pudimos observar que a menor edad mayor renuencia a métodos. De acuerdo al número de gestas se encuentra una media de 1 y en cuanto a la resolución del evento obstétrico se encuentra la vía vaginal con una media de 1. De estos datos no se tienen estadísticas a nivel mundial ni nacional.

V. CONCLUSIONES.

Podemos concluir que el método de planificación familiar más elegido posterior a un evento obstétrico en adolescentes de 10 a 19 años del HMI Inguarán en el año 2015 fue el implante subdérmico.

Aunque el método de elección idóneo en el puerperio según los criterios de elegibilidad de la OMS es el DIU T de cobre en nuestro estudio ocupó el segundo lugar en elección.

Nuestras adolescentes púerperas, tiene una aceptación de planificación familiar del 90%, siendo en la mayoría métodos temporales, con un porcentaje bajo de renuencia 4%. Sin embargo valdría la pena conocer los datos de permanencia de método mínimo a 2 años para disminuir los riesgos de morbilidad materna.

Se encontró relación entre la edad de inicio de vida sexual con la elección de algún método de planificación familiar, mostrando mas renuencia a método entre más precoz sea el inicio de vida sexual.

VI. RECOMENDACIONES

Conocemos realmente a vulnerabilidad que presenta la población adolescente, sobre todo en los riesgos elevados de mortalidad materna al exponerse a un embarazo no planeado; a pesar de que pudimos comprobar que nuestra población tiene una buena aceptación anticonceptiva, también es un hecho que nuestro estudio podría ser ampliado teniendo un seguimiento de estas pacientes y corroborar la permanencia del método elegido para cubrir de manera exitosa a dos años posteriores a su evento obstétrico ya que se ha demostrado que es este tiempo el periodo intergenesico mínimo para disminuir ese riesgo de complicaciones en un embarazo posterior.

Orientar al personal correspondiente (médicos, enfermeras, trabajadoras sociales.) mediante talleres, cursos, pláticas, etc. Para que sean los encargados de informar y aplicar los métodos de planificación idóneos individualizando a las pacientes, tomando en cuenta los criterios de elegibilidad de la OMS y las historias clínicas de cada una, con esto se disminuirían los costos en insumos hospitalarios y se tendría una mayor permanencia a 2 años de los métodos con su consecuente disminución de mortalidad materna asociada a un segundo evento obstétrico.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.-

1. **Estrategia Nacional para la prevención de embarazos en adolescentes**, Secretaría de Salud, Dirección General de Información en Salud, México, 2015: 128
2. Allen-Leigh Betania, Villalobos H Aremis, Inicio de vida sexual, uso de anticonceptivos y planificación familiar en mujeres adolescentes y adultas en México, **Revista de Salud Pública de México**, 2013, vol. 55, suplemento 2, 235-240.
3. Instituto Nacional de Estadística y Geografía, Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2014, México, 2015, Boletín No.271/15, 41.
4. Organización Mundial de la Salud, Criterios médicos de elegibilidad para el uso de Anticonceptivos Cuarta edición, 2012, 276.
5. Guía de práctica clínica, Manejo de Anticonceptivos temporales hormonales, en mujeres en edad reproductiva, en el primer y segundo nivel de atención. CENETEC, 2014, 17.
6. Perfil epidemiológico de la población Adolescente en México 2010, Secretaria de Salud, México, 2011. 153.
7. Núñez Mayela, Rocha Georgina, et al., Diferencias en la utilización de métodos de planificación familiar por mujeres adolescentes en Monterrey, México, según el modelo de educación utilizado, **Revista de Salud Pública**, 2009.1-7.

8. Organización Mundial de la Salud, Estrategias para la programación de la planificación familiar posparto, Suiza, 2014:58
9. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, Anticoncepción en la adolescencia, **Progresos en Obstetricia y Ginecología**, España, 2013, No. 57, Vol. 3, 144—150.
10. Paraíso T B, Maldonado Del Valle A, Lopez M P. Contraception in Immigrant Women: Influence of Sociocultural aspects in the choice of Contraceptive method, **SEMERGEN**, 2013, No. 39, Vol.8, 440-446.
11. Petrus S Steyn, Norman D Goldstuck, Contraceptive needs of the adolescent, **Clinical Obstetrics and Gynecology**, 2014, No.28. 891 – 901.
12. Organización Mundial de la Salud, Medical Eligibility Criteria for Contraceptive use Fifth Edition, 2015, 226.
13. Williams L Rebekah, Fortenberry Dennis, Dual Use of Long-Acting Reversible Contraceptives and Condoms among Adolescents, **Journal of Adolescent Health**, 2013, No. 52, 29- 34.
14. Terrell R Lekeisha, Tanner E Amanda, Acceptability of the Vaginal Contraceptive Ring Among Adolescent Women, **J Pediatric Adolescent Gynecology** 2011, No. 24. 204- 210.
15. Friedman Joy O, Factors Associated with Contraceptive Satisfaction in Adolescent Women Using the IUD, **J Pediatric Adolescent Gynecology**, 2015, No. 28, 38-42.

16. Molly J Richards, Jeanelle Sheeder, Adolescents: Their Futures and Their Contraceptive Decisions, **J Pediatric Adolescent Gynecology**, 2014, No. 27 301- 305.
17. Johnson Abigail, Sieving Renne, McRee A Laurie, The Roles of Partner Communication and Relationship Status in Adolescent Contraceptive Use, **Journal of Pediatric Health Care**, 2014, Vol. 29 , No.1. 61-69.
18. Lopez LM, Grey TW, Hiller JE, Education for Contraceptive use by Women after Childbirth, **The Cochrane Library**, 2015, 69
19. Kavanaugh Megan, Jerman Jenna, Moskosky Susan, Meeting the Contraceptive Needs of Teens and Young Adults: Youth-Friendly and Long-Acting Reversible Contraceptive Services in U.S. Family Planning Facilities, **Journal of Adolescent Health**, 2013, No.52. 284 292.
20. Adams H Paula, Intrauterine Device Use in Adolescents, **Journal of Adolescent Health**, 2015, No. 57, 359-360.
21. Ziller M Rashed, Kostev K An, The Prescribing of Contraceptives for Adolescents In German Gynecologic Practices In 2007 and 2011: A Retrospective Database Analysis, **J Pediatric Adolescent Gynecology**, 2013, No. 26, 261-264.
22. Johnson M Katherine, Dodge E Laura, Hacker R Michele, Perspectives on Family Planning Services Among Adolescents at a Boston Community Health Center, **J Pediatric Adolescent Gynecol.** 2015. No.28, 84-90.