



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 94

Motivo de elección del método de planificación familiar según el riesgo reproductivo en mujeres que acuden a un servicio especializado

TESIS
QUE PARA OPTAR EL TITULO DE
MEDICO FAMILIAR

PRESENTA:
ROBERTO GARCIA MAYA

TUTOR
DR. RODRIGO VILLASEÑOR HIDALGO
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR, UNAM
PROFESOR ADJUNTO DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA
FAMILIAR
DE LA UMF NO. 94 IMSS NORTE

Ciudad Universitaria Cd. Mx. 2019



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN NORTE DEL DF.
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 94

PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN TITULADO:

**MOTIVO DE ELECCION DEL METODO DE PLANIFICACION FAMILIAR SEGÚN
EL RIESGO REPRODUCTIVO EN MUJERES QUE ACUDEN A UN SERVICIO
ESPECIALIZADO**

CON FINES DE TITULACIÓN PARA LA ESPECIALIDAD
EN MEDICINA FAMILIAR

Presenta:

Investigador asociado

Dr. García Maya Roberto
Médico residente del tercer año
Curso Especialización en Medicina Familiar
Unidad de Medicina Familiar No. 94
Matrícula: 97361956
Domicilio: Nezahualpilli s/n Chimalhuacán
Estado de México
Correo electrónico: rgmaya1300@hotmail.com
Celular 5527268579

Investigador responsable

Dr. Villaseñor Hidalgo Rodrigo
Profesor Adjunto del curso de especialización en Medicina Familiar
Unidad de Medicina Familiar No. 94
Matrícula: 99366361
Domicilio: Camino Antiguo San Juan de Aragón 235
Colonia Ampliación Casas Alemán
Teléfono: 57672977 ext. 21407
Correo electrónico: rodriguin6027@gmail.com

Ciudad de México, Julio del 2019

ÍNDICE

Resumen	3
Marco teorico.....	4
Introducción.	4
Antecedentes.	5
Justificacion.....	19
Planteamiento del problema.....	20
Pregunta de investigacion.	21
Objetivo de estudio.....	22
General:	22
Específicos:.....	22
Espectativa empirica.	22
Especificacion de las variables.....	22
Material y metodos.	23
Universo de estudio.	23
Muestra de estudio.....	23
Determinación del tamaño de la muestra.....	24
Lugar en donde se desarrollará el estudio.	24
Diseño del estudio.....	24
Criterios de seleccion.	24
Descripcion del instrumento de medicion.....	24
Descripcion de hoja de recoleccion de datos.....	25
Procedimiento para integrar la muestra	25
Procesamiento de los datos	26
Tipo de muestreo.	26
Análisis estadísticos.	26
Consideraciones éticas.	27
Riesgo de la investigacion.....	27

Contribuciones y beneficios del estudio para los participantes y la sociedad en su conjunto.....	28
Confidencialidad.....	28
Condiciones para el consentimiento informado.	28
Forma de selección de los participantes.....	28
Balance riesgo beneficio.	28
Recursos.....	29
Referencias.	30
Anexos	
Instrumento de evaluacion	33
Consentimiento informado	34
Cronograma de actividades.	35

MOTIVO DE ELECCION DEL METODO DE PLANIFICACION FAMILIAR SEGÚN EL RIESGO REPRODUCTIVO EN MUJERES QUE ACUDEN A UN SERVICIO ESPECIALIZADO

*Villaseñor-Hidalgo R, *García-Maya R

Resumen integrado

Antecedentes: el riesgo reproductivo es esa probabilidad que tiene una mujer no gestante sufra algún daño durante el proceso de la reproducción, debido a causas de carácter biológico, psicológico y social, existiendo casos en que este tipo de riesgo define el tipo de método de planificación familiar, es decir, si se recomienda o no un embarazo y a qué plazo; sin embargo, por situaciones diferentes a las médicas, algunas mujeres eligen métodos por otros motivos que para los profesionales de la salud pueden significar un área de oportunidad educativa.

Objetivo: determinar el motivo de elección del método de planificación familiar según el riesgo reproductivo en mujeres que acuden a un servicio especializado.

Materiales y método: estudio observacional, descriptivo, transversal y prolectivo en mujeres en edad reproductiva que acuden al servicio de planificación familiar de la Unidad de Medicina Familiar No. 94 del Instituto Mexicano del Seguro Social, se les evaluará el riesgo reproductivo, recabará el método de planificación aceptado y el principal motivo de su elección; se utilizará estadística descriptiva para el análisis, y los resultados se presentan en tablas y gráficos.

Recursos e infraestructura: mujeres, investigadores, material de papelería y los recursos financieros quedan a cargo del investigador.

Tiempo a desarrollarse: dos años

Palabras clave: riesgo reproductivo, método de planificación familiar, mujer en edad reproductiva.

* Profesor adjunto del Curso de Especialización en Medicina Familiar. UMF No 94 IMSS.

**Médico Residente de Medicina Familiar. UMF No. 94 IMSS.

MARCO TEÓRICO

Introducción

El riesgo reproductivo es la posibilidad que tiene una mujer no gestante de padecer una problemática en el proceso de reproducción. Y de tener un alto riesgo reproductivo, es considerado como un problema de salud pública, y a si mismo incrementa la razón de mortalidad materna.

Promover la salud reproductiva es de gran importancia para la prevención de enfermedades, complicaciones e incluso la muerte durante la etapa de reproducción. Lo principal que se tendría que abordar en estos casos es la educación en salud a toda mujer y hombre que se encuentren en edad reproductiva.

El propósito en este estudio es tener el conocimiento del porque pacientes con alto riesgo reproductivo seleccionan métodos de planificación familiar temporales y de baja durabilidad y no permanentes. Esto con el fin de poder educar adecuadamente a toda mujer con alto riesgo reproductivo.

El médico familiar es privilegiado por la posición que ocupa, ya que es el primero que podría detectar el riesgo de toda población femenina en edad reproductiva y llevar a cabo medidas para actuar sobre ellas.

ANTECEDENTES

Riesgo reproductivo

Se define como la probabilidad que tiene una mujer no gestante de sufrir daño durante el proceso de la reproducción. Este puede ser de carácter biológico, psicológico y social, estos no son valorados de la misma forma en toda mujer, lo que nos quiere decir que el mismo factor de riesgo no afecta de la misma forma a toda mujer, por lo que se tiene que realizar un enfoque y análisis en cada situación. (1)

La salud reproductiva es encontrarse en homeostasis en relación al completo bienestar físico, mental y social, y no solo ausencia de afecciones o patologías. Además de tener una sexualidad con adecuada responsabilidad, que sea satisfactoria y segura, con la libertad de concebir hijos cuando lo desee. (2)

La concepción de salud reproductiva nos menciona que mujeres y hombres tienen el derecho de elegir métodos de control de fertilidad, los cuales sean seguros, eficaces, fáciles de obtener y aceptables, que las parejas tengan acceso sin limitación a servicios de salud apropiados, que permitan a las mujeres tener un seguimiento durante la gestación y que ofrezcan a las parejas tener un hijo sano. (3)

Factores de riesgo reproductivo

Factores de riesgo materno

Edad materna avanzada se considera de alto riesgo cuando la gestante tiene una edad superior a los 35 años de edad, varios son los estudios que comentan que ha esta edad tiene mayor prevalencia de abortos espontáneos, malformaciones congénitas, estado hipertensión y diabetes gestacional. (5)

Embarazo en edad temprana es aquel que se produce entre el inicio de la edad fértil y finalizar la etapa de adolescencia, la organización mundial de la salud hace mención que es entre los 10 y 19 años de edad. El embarazo a edad temprana puede generar complicaciones biológicas como estado hipertensivo, ruptura prematura de membranas, infecciones, parto prematuro, recién nacidos de bajo peso y anemia materna, al igual se encuentran problemas en su entorno, problemas psicológicos y sociales, esto sobre todo en menores de 15 años de edad. (6)

Estado nutricional materno involucra tanto en exceso como por defecto, en el caso de tener un índice de masa corporal por debajo de 20, el riesgo que se genera para el bebe al nacer para presentar bajo peso, se duplica. 7 Mientras en el caso de presentar un índice de masa corporal por arriba de 29, la complicaciones posibles son diabetes gestacional, macrosomia, estado hipertensivo, muerte fetal, y aumenta el número de cesáreas, defectos del tubo neural, cardiacos del feto. El problema de la obesidad cada día va en aumento y con ello el desarrollo de gran variedad de patologías, por eso la gran importancia de abordarlo desde la primera consulta en todo paciente, ya sea para prevenirlo o tratarlo. (6,7)

Nivel socioeconómico y estilo de vida bajo, se ve involucrado los principales hábitos de vida que son perjudiciales en el embarazo, como lo son el habito tabáquico, que es factor de riesgo para parto prematuro y el síndrome de muerte súbita del lactante, a si como el consumo de alcohol, que genera aborto o muerte fetal, defectos congénitos y trastornos fetales. 8

Antecedentes médicos maternos

Enfermedad de base materna.

Las enfermedades crónicas como lo son Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial, enfermedades autoinmunes, renales, metabólicas, son enfermedades que aumenta el riesgo reproductivo de toda mujer, pueden ser causantes de alteración es en la mujer embarazado y al producto.

Antecedentes obstétricos

Síndrome de ovario poliquístico, esta patología dificulta la gestación, pero al igual provoca mayor tasa de parto prematuro, diabetes gestacional, aborto involuntario y preeclamsia.(9)

Multiparidad o nuliparidad, en una mujer con múltiples embarazos, más de 5 embarazos genera mayor probabilidad de atonía uterina, por lo contrario que se generen contracciones inadecuadas durante el embarazo, hemorragias después del parto, placenta previa.

Abortos previos de repetición, estos aumenta un 35% en mujeres que hayan tenido tres abortos previos. Así como en partos pretérminos anteriores, aumenta la probabilidad de presentar uno nuevamente y la esterilidad en tratamiento de 2 años, cuando estos últimos están en tratamiento, este puede generar alteraciones placentarias. (10)

Factores asociados al embarazo actual

Gestación múltiple, incrementa el riesgo de crecimiento intrauterino retardado, que lleva a bajo peso y prematuridad en el recién nacido. Esto podría generar mayor riesgo de anemia, diabetes gestacional e hipertensión gestacional para la madre. (11)

El estado hipertensivo del embarazo se considera una de las complicaciones del embarazo más graves que afecta a países desarrollados y subdesarrollados y se caracteriza por ser una de las principales causas de morbilidad materna y fetal. Hipertensión gestacional: hipertensión que se presenta por primera vez posterior a las 20 semanas de gestación con ausencia proteinuria demostrada por recolección de orina de 24 horas o por cociente proteínas/creatinina urinaria en una muestra al azar. Hipertensión arterial crónica en el embarazo es la hipertensión que está presente antes del embarazo o que es diagnosticada antes

de las 20 semanas de gestación. De acuerdo la etiología puede ser primaria o secundaria.

Preeclampsia es el estado que se caracteriza por la presencia de hipertensión y proteinuria significativa, lo que ocurre por primera vez después de la semana 20 del embarazo, durante el parto o en el puerperio, también es considerada preeclampsia cuando existe hipertensión en el embarazo y un criterio de severidad aun cuando no haya proteinuria demostrada en un primer momento.

Preeclampsia severa o preeclampsia con criterios de severidad, es la preeclampsia con uno o más de los siguientes criterios, síntomas maternos: cefalea persistente o de novo; alteraciones visuales ó cerebrales; epigastralgia o dolor en hipocondrio derecho; dolor torácico o disnea, signos de disfunción orgánica, y en caso de hipertensión severa (sistólica ≥ 160 y/ó diastólica ≥ 110 mm Hg); edema agudo pulmonar o sospecha de desprendimiento placentario.

Alteraciones de laboratorio: elevación de creatinina sérica (> 1.1 mg/dL), incremento de AST o ALT (> 70 IU/L) o deshidrogenasa láctica; disminución de plaquetas $< 100,000/ \text{mm}^3$.

Síndrome HELLP: denominación en inglés (Hemólisis, Enzimas hepáticas elevadas y Plaquetas bajas) es una presentación particular de la preeclampsia severa. (12)

Diabetes mellitus gestacional es una patología que se caracteriza por la intolerancia a los carbohidratos donde se puede generar diversos grados de severidad que se reconoce por primera vez durante el embarazo y que puede o no resolverse después del embarazo. Diabetes pregestacional o preexistente son pacientes conocidas con diabetes tipo 1 ó 2 que se embarazan o se diagnostican durante el primer trimestre. Este tipo de patologías afecta a la evolución del embarazo, puede generar mayor probabilidad de polihidramnios, y amenaza de

parto prematuro; en el feto producir macrosomía, malformaciones e hipoglucemia neonatal. (13)

Rotura prematura de membranas (RPM). Se habla de esta cuando se rompen las membranas ovulares antes de las 37 semanas de gestación, se forma una comunicación de la cavidad amniótica con el exterior, pone en riesgo al binomio (12, 31). Complicaciones que pueden presentar son infecciones, parto prematuro que provoca distress respiratorio neonatal, hemorragia cervical y enterocolitis necrotizante. (14)

Crecimiento intrauterino retardado (CIR). Este se menciona como crecimiento fetal anormal en el cual se produce un desarrollo insuficiente del feto presentando un peso neonatal por debajo del percentil 10. Se han mencionado tres grandes causas, como lo son: Causas fetales intrínsecas como infecciones y malformaciones fetales, causas maternas tales como hábitos tóxicos o enfermedades basales; y problemas placentarios como por ejemplo una implantación anómala de la placenta. (15)

Alteraciones placentarias, como lo son desprendimiento prematuro de placenta, presencia de placenta previa y acretismo placentario. El desprendimiento de placenta provoca una gran morbilidad materna y fetal secundario a una importante hemorragia. La placenta increta consiste en la inserción anómala de las vellosidades coriales en el miometrio lo que constituye una de las principales causas de mortalidad ya que puede producir una hemorragia masiva. En el caso de la placenta previa, ésta se inserta en el tramo inferior del útero, pudiendo llegar a tapar total o parcialmente el orificio del cuello del útero, su incidencia actual es 1 de cada 200 gestaciones, y es responsable del 20% de hemorragias del tercer trimestre de embarazo. (16)

Infecciones durante el embarazo, se denomina síndrome de TORCH a una agrupación de infecciones como son toxoplasmosis (T), Rubéola (R), infección por citomegalovirus (C), herpes (H) y otras (O). Todas ellas pueden producir alta tasa

de mortalidad fetal, así como malformaciones fetales y alteraciones del sistema nervioso, prematuridad y bajo peso al nacer. (17)

Periodo intergenésico es aquel que se encuentra entre la fecha del último evento obstétrico y fecha de última menstruación (FUM) del siguiente embarazo. Se ha reportado que existe aumento del riesgo materno-fetal en relación a la duración del periodo intergenésico. Sin embargo es importante enfatizar que posterior a un nacimiento vivo, el tiempo recomendado de espera para el inicio del siguiente embarazo es de al menos 18 meses, con un tiempo óptimo de 18 a 27 meses, y no mayor a 60 meses, para reducir el riesgo de eventos adversos maternos, perinatales y neonatales. Por lo anterior, se considera periodo intergenésico corto (PIC) aquel menor a 18 meses y periodo intergenésico largo (PIL) como aquel mayor a 60 meses.

Es importante comentar que la vía de resolución del evento obstétrico puede modificar el número de meses necesarios para aumentar el riesgo de eventos obstétricos adversos en el embarazo subsecuente; el tiempo sugerido para iniciar el siguiente embarazo posterior a un parto vaginal o por cesárea, es de al menos 18 meses mientras que el periodo posterior a un aborto es de 6 meses. La importancia de este tema recae en tomar este periodo intergenésico como un factor de riesgo modificable para evitar eventos obstétricos adversos. (18)

Métodos de planificación familiar

Son aquéllos métodos que se utilizados para impedir la capacidad reproductiva de un individuo o una pareja en forma temporal o permanente.

Dos grupos, los combinados de estrógeno y progestina, y los que contienen sólo progestina.

Hormonales combinados orales que contienen estrógeno y progestina

Estos contienen un estrógeno sintético, el etinil estradiol, o mestranol, al igual contienen progestinas sintéticas derivadas de la 19 Nortestosterona como lo son

noretisterona, norgestrel, levonorgestrel, gestodeno, norgestimato y desogestrel, o derivadas de la 17 hidroxiprogesterona como lo es acetato de clormadinona y acetato de ciproterona. Su efectividad anticonceptiva, brinda protección anticonceptiva del 92 al 99%.

Se encuentran indicados para mujeres en edad fértil con vida sexual activa, nuligestas, nulíparas o multíparas, incluyendo adolescentes, que deseen un método temporal de alta efectividad y seguridad y que acepten la responsabilidad de la ingesta diaria de las tabletas o grageas en las circunstancias, antes del primer embarazo, en el intervalo intergenésico, posaborto inmediato, posparto o poscesárea, después de la tercera semana, si la mujer no está lactando.

Las contraindicaciones de estos son lactancia en los primeros seis meses posparto, embarazo o sospecha de embarazo, tener o haber tenido enfermedad tromboembólica, incluyendo trombosis de venas profundas, embolia pulmonar, accidente cerebrovascular, insuficiencia cardíaca, cardiopatía isquémica, y cardiopatía reumática, tener o haber tenido cáncer mamario o del cérvix, tener o haber tenido tumores hepáticos benignos o malignos, enfermedad hepática aguda o crónica activa o durante la administración crónica de rifampicina o anticonvulsivantes. Tener precaución en hemorragia uterina anormal de etiología no determinada, fumadoras mayores de 35 años de edad, hipertensión arterial, diabetes mellitus no controlada, migraña focal, leiomiomatosis uterina, insuficiencia renal, alteraciones de la coagulación.

Los efectos colaterales en algunas mujeres pueden presentar Cefalea, náusea, vómito, mareo, mastalgia, cloasma, manchado intermenstrual. (2,19)

Hormonales orales que sólo contienen progestina

Encontramos dos formulaciones que contienen dosis bajas de una progestina sintética, linestrenol y levonorgestrel. Bajo condiciones habituales de uso, este método brinda protección anticonceptiva del 90 al 97%.

Se encuentra indicado en mujeres en edad fértil con vida sexual activa, nuligestas, nulíparas o multíparas, incluyendo adolescentes, que deseen un método temporal de alta efectividad y seguridad y que acepten la responsabilidad de la ingesta diaria de las tabletas o grageas, en las siguientes circunstancias, antes del primer embarazo inclusive, cuando el uso de estrógenos esté contraindicado, en el intervalo intergenésico inclusive, cuando el uso de estrógenos esté contraindicado, en el posparto o poscesárea, con o sin lactancia y cuando se deseen anticonceptivos orales, en el posaborto inmediato.

Se encuentra contraindicado en el embarazo o sospecha de embarazo, tener o haber tenido cáncer mamario o del cérvix, tener o haber tenido tumores hepáticos benignos o malignos, enfermedad hepática aguda o crónica activa, durante la administración crónica de rifampicina o anticonvulsivantes. Tener precauciones en hemorragia uterina anormal de etiología no determinada, insuficiencia renal, cardiopatía isquémica, depresión importante, migraña focal.

En el posparto, o poscesárea cuando la mujer esté lactando se debe iniciar después de la sexta semana, en caso de no está lactando puede iniciarse después de la tercera semana. En los efectos colaterales algunas mujeres pueden presentar irregularidades menstruales (hemorragia, manchado prolongado o amenorrea), cefalea, mastalgia. (2,19)

Métodos hormonales inyectables

Estos son métodos temporales de larga acción y se dividen en dos grupos, los combinados de estrógeno y progestina, y los que contienen sólo progestina.

Hormonales combinados inyectables que contienen estrógeno y progestina

Contienen un éster de estradiol como lo son cipionato de estradiol, valerianato de estradiol o enantato de estradiol. Contienen una de cualquiera de las siguientes progestinas sintéticas esterificadas derivadas de la 19-nortestosterona como lo son enantato de noretisterona, o derivadas de la 17-hidroxiprogesterona como lo son acetato de medroxiprogesterona y acetofénido de dihidroxiprogesterona.

Estos se aplican por vía intramuscular profunda en la región glútea, la primera aplicación debe hacerse en cualquiera de los primeros cinco días después de iniciada la menstruación. Las inyecciones subsecuentes deben aplicarse cada 30 +/- 3 días, independientemente de cuándo se presente el sangrado menstrual. La protección anticonceptiva se extiende hasta por 33 días después de la aplicación de la inyección.

Hormonales inyectables que sólo contienen progestina

Contienen una progestina sintética esterificada derivada de la 19-nortestosterona como lo es enantato de noretisterona; o derivada de la 17-hidro-xiprogesterona, acetato de medroxiprogesterona. Su efectividad anticonceptiva es mayor al 99%.

(2,19)

Método hormonal subdérmico

Es un método de planificación familiar temporal de acción prolongada, que se inserta subdérmicamente y consiste en un sistema de liberación continua y gradual de una progestina sintética (no contiene estrógeno). La formula de esta son seis cápsulas de dimetilpolisiloxano que contiene levonorgestrel. Brinda protección anticonceptiva superior al 99% durante el primer año, posteriormente disminuye gradualmente (96.5% al quinto año de uso).

En el posparto y poscesárea con lactancia, la inserción debe efectuarse después de la sexta semana del puerperio, la remoción debe efectuarse al cumplir cinco

años de uso, también puede realizarse a solicitud y por decisión de la usuaria en cualquier momento antes de la terminación de la duración total de la protección anticonceptiva. Algunas mujeres pueden presentar hematoma en el área de aplicación, infección local, dermatosis, irregularidades menstruales (hemorragia, manchado por tiempo prolongado o amenorrea), cefalea, mastalgia. (2,19)

Dispositivo intrauterino

Son artefactos que se colocan dentro de la cavidad uterina con fines anticonceptivos de carácter temporal, consisten en un cuerpo semejante a una "T" de polietileno flexible y contienen un principio activo o coadyuvante de cobre o de cobre y plata y tienen además hilos guía para su localización y extracción. Brinda protección anticonceptiva del 95 al 99%. 6.4.4 La inserción del DIU está indicada para mujeres en edad fértil con vida sexual activa, nuligestas, nulíparas o multíparas, incluyendo adolescentes, que deseen un método anticonceptivo temporal de alta efectividad y seguridad, que no deseen la toma o aplicación periódica de anticonceptivos hormonales en las siguientes circunstancias.

Sus contraindicaciones son embarazo o sospecha de embarazo, utero con histerometría menor a 6 cms, patología que deforme la cavidad uterina, carcinoma del cérvix o del cuerpo uterino, enfermedad inflamatoria pélvica activa, presencia de corioamnionitis. Se tiene que tener precauciones en hemorragia uterina anormal de etiología no determinada, infecciones del tracto genital, hiperplasia endometrial, anemia y padecimientos hemorragíparos, dismenorrea severa, antecedente de enfermedad inflamatoria pélvica, de embarazo ectópico, ruptura prematura de membranas, trabajo de parto prolongado. El DIU debe ser insertado en la cavidad uterina, durante el periodo intergenésico, posplacenta, prealta, posaborto, puerperio tardío. No se debe recomendar en mujeres con varios compañeros sexuales y expuestas a enfermedades de transmisión sexual por el riesgo de desarrollar enfermedad inflamatoria pélvica. La duración de la efectividad anticonceptiva de los dispositivos tipo TCU 380A y es de seis a ocho años. El DIU es bien tolerado por la mayoría de las usuarias, los efectos

colaterales son poco frecuentes, generalmente limitados a los primeros meses posteriores a la inserción y se pueden manifestar como dolor pélvico durante el periodo menstrual, aumento de la cantidad y duración del sangrado menstrual. (2,19)

Métodos de barrera

Son métodos anticonceptivos de uso temporal que interfieren la fecundación de manera mecánica. Los métodos de barrera son aquellos que impiden el paso de los espermatozoides por la acción de un obstáculo físico, algunos se acompañan también de la acción de sustancias químicas, para el hombre condón o preservativo que es una bolsa de plástico (látex) que se aplica al pene en erección para evitar el paso de espermatozoides. El condón o preservativo es el único método que contribuye a la prevención de enfermedades de transmisión sexual, incluyendo el SIDA. Brinda protección anticonceptiva del 85 al 97%. (2,19)

METODOS ANTICONCEPTIVOS PERMANENTES

Oclusión tubaria bilateral

Es un método anticonceptivo permanente para la mujer, que consiste en la oclusión tubaria bilateral de las trompas uterinas, con el fin de evitar la fertilización. Brinda protección anticonceptiva mayor al 99%. Este procedimiento está indicado para mujeres en edad fértil con vida sexual activa, nuligestas, nulíparas o multíparas que deseen un método permanente de anticoncepción, en las siguientes condiciones de paridad satisfecha, razones médicas, retardo mental. Entre sus contraindicaciones se encuentra la enfermedad inflamatoria pélvica activa, se debe tener precaución en embarazo o sospecha de embarazo, discrasias sanguíneas no controladas, anemia severa. Este procedimiento puede realizarse en el intervalo, posparto, transcesárea y posaborto. (2,19)

Vasectomía

Es un método anticonceptivo permanente para el hombre, que consiste en la oclusión bilateral de los conductos deferentes, con el fin de evitar el paso de los espermatozoides. Brinda protección anticonceptiva mayor al 99%. Este procedimiento está indicado para hombres en edad fértil con vida sexual activa, que deseen un método permanente de anticoncepción en las siguientes condiciones: fecundidad satisfecha, razones médicas, retardo mental, sus contraindicaciones son criptorquidia, antecedentes de cirugía escrotal o testicular, historia de impotencia. (2,19)

Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos (CME)

Nos hablan sobre las recomendaciones actuales de la Organización Mundial de la Salud, acerca de la seguridad de los diversos métodos anticonceptivos en relación con su uso en el contexto de condiciones médicas y características específicas. En primer lugar, si el método anticonceptivo empeora la condición médica o genera riesgos adicionales para la salud; en segundo lugar, si la circunstancia médica reduce la eficacia del método anticonceptivo. Es necesario sopesar la seguridad del método con los beneficios de prevenir un embarazo no planificado. (19)

La clasificación consta

Categoría 1. Situación donde no existen restricciones al uso de métodos anticonceptivos.

Categoría 2. Situación en la que en general, las ventajas de utilizar un método superan a los riesgos teóricos o demostrados.

Categoría 3. Situación en la que los riesgos teóricos o demostrados superan las ventajas de utilizar un método.

Categoría 4. Situación en la que el uso del método anticonceptivo en cuestión constituye un riesgo inaceptable para la salud.

Hombres y mujeres tiene derecho a la planificación familiar, en la cual incluye información y acceso a métodos anticonceptivos, con la finalidad que las mujeres y las parejas ejerzan el derecho a decidir si quieren o no tener hijos o hijas, cuántos y en qué momento.

El 81,4% de mujeres casadas o unidas entre 15 y 49 años, utilizan algún método anticonceptivo

El 79.5% de mujeres de 12 a 14 años tiene conocimiento sobre los métodos anticonceptivos, comparado con el 98% de mujeres entre 15 y 49 años.

Los anticonceptivos preferidos son: implante subdérmico 38.8%, inyectables 19.4%, OTB femenina 18.1%.

De estas refieren prefieren implante subdérmico por comodidad, inyectable por menos efectos adversos, y la OTB por paridad satisfecha.

La demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos es de 7%, siendo más alta en mujeres casadas con un 8%. De igual manera es mayor en mujeres indígenas con 10.4%.

La evidencia a nivel mundial demuestra que satisfacer la demanda de métodos anticonceptivos y planificación familiar resulta una intervención efectiva en la reducción en el riesgo reproductivo, enfocándonos a salud reproductiva. (23)

Antecedentes científicos

Se ha hecho mención en estudios previos en 1999 que el crecimiento de la población constituye una preocupación a jefes de estado, políticos, sociólogos, economistas, se comentaba que el numero de nacimiento era mayor al de defunciones y que aunado a esto el avance de la tecnología había prolongado el promedio de vida y disminuido las tasas de mortalidad y por estas razones surge el uso de métodos anticonceptivos.

Esto ayudaría a investigar cuales eran los métodos anticonceptivos más utilizados y los factores que condicionan esa elección. 22

Estudios que se han realizado han estimado la razón de mortalidad materna en el año 2016, donde se observa que se tuvo 20.8 defunciones por cada 100 mil nacimientos estudiados. Por mencionar las principales causas de defunción son la enfermedad hipertensiva, edema y proteinuria en el embarazo, parto y puerperio en un 33.3%, y hemorragia obstétrica, aborto y embolia obstétrica en 11.1%. Los estados que han reportado mayor número de defunciones son Puebla, Chiapas, Ciudad de México, Jalisco, Nuevo León, Sinaloa, Sonora y Veracruz. El grupo con mayor Riesgo de Mortalidad Materna es de 45 a 49 años. 21

Otros estudios mencionan que la salud materno infantil es uno de los indicadores que miden el nivel de desarrollo de un país y la calidad de la atención en salud prestada a la madre, que como resultados da recién nacido sanos y que sin la madre sufra complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio. Comentan que se conocen ya muchos factores que pueden llevar a una mujer al riesgo obstétrico, de tal forma que el médico de primer nivel pueda identificar estos factores para dar una atención integral preventiva en el riesgo existente, para logran un bienestar ara la madre e hijo. 4

El Médico Familiar ocupa una posición afortunada que le da una visión para detectar el riesgo de toda la población femenina en edad reproductiva, y poner en práctica medidas para actuar sobre ellas con la cooperación interactiva de la comunidad, la evaluación de sus necesidades sentidas y la gestión intersectorial. 3

Todas las parejas e individuos tienen derecho a decidir libre y responsablemente el número de hijos que desean tener y el periodo para su nacimiento, así como tener información, educación y recursos al respecto. Por lo que llevan a cabo estrategias, como son uso de métodos de planificación familiar, de los cuales, los anticonceptivos preferidos son: implante subdérmico 36.5%, usuarias refieren que

no es necesario el cambio del mismo mensualmente, su eficacia, y mínimos efectos adversos, parches 19.4%, usuarias refieren no ser un método invasivo, OTB femenina 18.1%, usuaria refiere usarlo por paridad satisfecha. En mujeres no usuarias comentan que por los efectos adversos como son subir de peso, acné, trastornos mestúrales, problemas cardiovasculares, molestias locales, no son participes en su uso. Sin embargo, en otras se tiene falta de conocimiento sobre el tema y prefieren no usar métodos de planificación familiar.

JUSTIFICACIÓN

Estudios que se han realizado para calcular la Razón de Mortalidad Materna en el año 2016, es de 20.8 defunciones por cada 100 mil nacimientos estudiados. Las principales causas de defunción son la enfermedad hipertensiva, edema y proteinuria en el embarazo, parto y puerperio en un 33.3%, y hemorragia obstétrica, aborto y embolia obstétrica en 11.1%. Los estados que han reportado mayor número de defunciones son Puebla, Chiapas, Ciudad de México, Jalisco, Nuevo León, Sinaloa, Sonora y Veracruz. El grupo con mayor Riesgo de Mortalidad Materna es de 45 a 49 años. 21

La tasa de mortalidad materna y la perinatal en el recién nacido son indicadores que reflejan las condiciones de vida de la mujer, la morbilidad subyacente y la calidad de vida en una sociedad. Tratándose de una crisis no normativa, (paranormativa, accidentales o no esperadas), en donde la familia se ve envuelta a experiencias adversas, la cuales pueden producir estrés, el cual afecte el correcto desarrollo familiar causando una disfunción en la mismo o aumentando el grado disfuncional.

Mencionemos que la salud reproductiva es de gran importancia para la prevención de la enfermedad y la muerte durante la etapa de la reproducción. Dentro de los principales instrumentos para lograr adecuada salud reproductiva, son la

educación en salud, manejar el concepto de riesgo reproductivo, que se menciona como la probabilidad de sufrir un daño durante el proceso de la reproducción que afectara a la madre y al feto o al recién nacido. 1-3

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La tasa de mortalidad materna y la perinatal en el recién nacido son indicadores que reflejan las condiciones de vida de la mujer, la morbilidad subyacente y la calidad de vida en una sociedad.

La mortalidad materna se define como la muerte de una mujer durante el embarazo, parto o dentro de los 42 días siguientes al término del mismo, debido a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales.

Las principales causas de muerte materna en nuestro país continúan siendo atribuidas a la enfermedad hipertensiva del embarazo y la hemorragia obstétrica, que corresponden al grupo de causas de mortalidad materna directa; no obstante, en hospitales donde se atiende a población femenina con problemas médicos crónicos y sistémicos, requieren que, si estas mujeres se encuentran en edad reproductiva, se reduzca la posibilidad de embarazo, ya que con frecuencia el estado gestacional puede agravar los problemas médicos existentes, lo que predispone a una pérdida del control establecido en la evolución de la enfermedad de base, o bien exponer a los fetos a fármacos potencialmente teratogénicos, los que son administrados a sus madres.

El riesgo reproductivo incluye al riesgo preconcepcional, que consiste en la probabilidad que tiene una mujer no gestante de sufrir daño~ (ella o su producto) durante el proceso de la reproducción. El riesgo puede ser de carácter biológico, psicológico y social. Las causas de este riesgo pueden ser diversas, tales como enfermedades crónicas, condiciones psicológicas y factores sociales.

Mencionemos que ya una vez que se conocen los factores de riesgo, la forma en cómo elegir un método anticonceptivo, la interrogativa es porque mujeres con alto riesgo reproductivo continúen seleccionando métodos anticonceptivos temporales y de baja durabilidad. Esto nos deja en una problemática ya que la efectividad de los métodos es alta, pero tiene un rango de falla y esto pueda generar un embarazo de alto riesgo, donde corran peligro tanto madre como feto o recién nacido.

Tengamos en cuenta que una crisis es un evento de la vida, presente y pasado, que ocasiona cambios en la funcionalidad de los miembros de la familia. Los eventos críticos incrementan la tensión dentro del grupo familiar y cuando estos no son manejados adecuadamente pueden conducir al deterioro de la salud familiar. Las crisis pueden ser normativas que se relacionan con la etapa del ciclo vital de la familia, estas son esperadas o que forman parte de la evolución de la vida.

También están presentes las crisis paranormativas, que son experiencias adversas o inesperadas. Dentro del tema que se aborda podemos considerar que el tener un alto riesgo reproductivo y llegar a la conclusión de tener un método anticonceptivo temporal se puede considerar una norma paranormativa, en otro de los casos, el llegar a tener una complicación durante el embarazo, y llegar al grado de correr un riesgo alto de afección de salud tanto de madre como para el feto o recién nacido, todo esto lo consideramos como normas para normativas. Esto puede ocasionar una disfunción familiar. Por eso pensemos que abordar este tema, es de gran importancia para las mujeres con alto riesgo reproductivo y sus familias, para tener conocimiento, del por qué llegar ellas a esas decisiones y poder hacer algo al respecto.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál el motivo de elección del método de planificación familiar según el riesgo reproductivo en mujeres que acuden a un servicio especializado?

OBJETIVOS DE ESTUDIO

General:

Determinar el motivo de elección del método de planificación familiar según el riesgo reproductivo en mujeres que acuden a un servicio especializado.

Específicos:

Nombrar los motivos por los cuales eligen el método de planificación familiar las mujeres que acuden a un servicio especializado.

Identificar el método de planificación familiar que con más frecuencia se acepta por las mujeres que acuden a un servicio especializado

Conocer el tipo de método de planificación familiar elegido que prevalece según el tipo de riesgo reproductivo en mujeres que acuden a un servicio especializado.

ESPECTATIVA EMPÍRICA

La falta de consejería es el principal motivo de elección del método de planificación familiar en el 70% con un alto riesgo reproductivo en el 80% de las mujeres que acuden a un servicio especializado.

ESPECIFICACIÓN DE LAS VARIABLES

-Variables de estudio

- ✓ Motivo de elección del método de planificación familiar: se define como la causa principal u origen por el cual se decide aceptar el uso de cierto método de anticonceptivo (19), para fines del estudio es la razón por la cual se dice aceptar algún método de planificación familiar, su indicador es la razón que refiera la participante, es una variable de tipo cualitativa

policotómica en escala de medición nominal con las categorías de desconoce su riesgo reproductivo, paridad no satisfecha, plan de método definitivo, recomendación médica, miedo a OTB y otras.

- ✓ Riesgo reproductivo: se define como la probabilidad que tiene una mujer no gestante sufra algún daño durante el proceso de la reproducción, debido a causas de carácter biológico, psicológico y social (1), para fines del estudio, su indicador son los 16 ítems del formato MF-5 el cual evalúa el tipo de riesgo reproductivo, es una variable de tipo cualitativa dicotómica en escala de medición ordinal con las categorías de bajo riesgo reproductivo (menos de 4 puntos) y alto riesgo reproductivo (más de 4 puntos).

-Variables descriptora

- ✓ Método de planificación familiar elegido:

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño de estudio

Observacional, descriptivo, transversal y prolectivo.

Universo de estudio

Mujeres en edad reproductiva que acuden a un servicio especializado en planificación familiar.

Población de estudio

Mujeres en edad reproductiva que acuden a un servicio especializado en planificación familiar derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Muestra de estudio

Mujeres en edad reproductiva que acuden a un servicio especializado en planificación familiar derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social adscritas a la Unidad de Medicina Familiar No. 94.

Determinación del tamaño de la muestra.

No se calcula debido a que se considerarán a todas las mujeres que acuden al servicio de planificación familiar de la UMF No 94 del IMSS en el periodo comprendido de agosto a octubre del 2019.

Lugar en donde se desarrollará el estudio.

Unidad de Medicina Familiar Número 94 del IMSS.

CRITERIOS DE SELECCIÓN

- De inclusión:
 - Mujeres mayores de 18 años.
 - Derechohabientes de la UMF No. 94 del IMSS.
 - Que acudan al servicio de planificación familiar.
 - Que acepten participar de manera voluntaria ingresar a la investigación bajo consentimiento informado.

- De no inclusión:
 - Que no respondan de manera completa la hoja de recolección de datos.

DESCRIPCIÓN DE INSTRUMENTO DE MEDICIÓN

El cuestionario MF-5/200 de la Vigilancia prenatal, riesgo reproductivo y riesgo obstétrico. Es un formato del expediente clínico de medicina familiar para el registro de los datos clínicos y paraclínicos obtenidos, así como el de las acciones medico preventivas realizadas durante la vigilancia del embarazo, la referencia y la contrareferencia. Es un cuestionario obtenido del documento Procedimiento para otorgar atención materna Perinatal en las Unidades Medicas de Primero y Segundo Nivel de Atención del IMSS. Donde se toman datos como edad, peso, talla, escolaridad, gestas, partos, abortos, cesáreas, antecedentes personales patológicos, antecedentes obstétricos, tabaquismo y alcoholismo. Donde se realiza una suma del puntaje y se clasifica en bajo y alto riesgo

” Formato del expediente clínico de medicina familiar para el registro de los datos clínicos y paraclínicos obtenidos, así como el de las acciones médico preventivas realizadas durante la vigilancia del embarazo, la referencia y la contrareferencia. Es un cuestionario obtenido del documento Procedimiento para otorgar atención materna Perinatal en las Unidades Médicas de Primero y Segundo Nivel de Atención del Instituto Mexicano del Seguro Social elaborado por Dr. Roberto A. Ruiz Rosas. Jefe de la División de Atención Ginecobstétrica y Perinatal. Donde se obtiene información obstétrica principalmente, a si como antecedentes patológicos, para poder medir el riesgo reproductivo

Se complemento con cuestionario autorizado por Dra. Judith Corona (medico de consultorio de Planificación Familiar) el cual es una serie de preguntas que indagan información relacionada al uso de métodos de panificación familiar temporales en mujeres con alto riesgo reproductivo alto. De los cuales se consideraron, uso de método de planificación familiar, tipo de método de planificación familiar y el motivo de por qué usan este método.

DESCRIPCION DE HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

En un formato ex profeso elaborado con la colaboración de la Dra. Judith Magdalena Corona Lara (responsable del servicio de planificación familiar del turno matutino), se recolectará la información del estudio, a cual incluye un folio de identificación, el formato MF-5/200 para la vigilancia prenatal, riesgo reproductivo y riesgo obstétrico, y los dos ítems para que plasmen el motivo y el tipo de método de planificación familiar elegido.

PROCEDIMIENTO PARA INTEGRAR LA MUESTRA

Una vez autorizado el protocolo de investigación por el comité local CLIS 3511, el investigador de la UMF No. 94 del IMSS notificará a las autoridades, y con apoyo del servicio de planificación familiar, posterior a su atención médica se identificarán a las mujeres mayores de edad, y por medio de una entrevista de manera cordial con previa presentación, se les realizará una atenta invitación a participar en el estudio, explicando de manera clara y concisa con lenguaje entendible en qué consiste el estudio y su participación en el mismo, una vez aceptando participar se procede a obtener el consentimiento informado, posteriormente se aplica la hoja de recolección de datos, una vez obtenido los datos, se agradecerá la participación.

Procesamiento de los datos

Una vez que se recolecto la información se generará una base de datos con ayuda del programa estadístico Excel de Microsoft, a fin de organizar los resultados obtenidos para su posterior análisis.

Tipo de muestreo

No probabilístico por conveniencia.

Programa de trabajo.

Durante nuestro primer año de la residencia se llevó a cabo el seminario de investigación y se seleccionó el tema para la tesis, se realizó el anteproyecto con búsqueda bibliográfica, marco teórico y el instrumento de estudio. Posteriormente en el segundo y tercer año de la residencia se consolida el protocolo, y se solicita su autorización, para posteriormente aplicar la hoja de recolección de datos, después se obtienen los resultados, realización de tablas, gráficas y se realizan los análisis de resultado y conclusiones para ser entregado y revisado por el asesor.

ANALISIS ESTADISTICO

Se realizará por medio de estadística descriptiva, y el comportamiento de las variables se presentarán en cuadros y gráficos.

DIFUSIÓN DEL ESTUDIO

El presente trabajo se proyectará como un medio de apoyo para todo médico familiar y se buscará publicar en una revista médica indizada.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Riesgo de la investigación

El estudio se encuentra regido por los lineamientos internacionales de buenas prácticas clínicas, lineamientos nacionales bajo la supervisión de la comisión federal para la protección contra riesgos sanitarios (COFEPRIS), así como las reglas internas institucionales. Se contempla con un riesgo mínimo, debido a que es un estudio observacional, y su maniobra está basada en la aplicación de cuestionarios por medio de una entrevista.

Normas de apego

Este proyecto se apega a lo establecido en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, artículo 4to, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 6 de abril de 1990. El reglamento de la ley general de salud, publicado en el Diario Oficial de la Federación, el 6 de enero de 1987. El acuerdo por el cual se crea la comisión interinstitucional de investigación en Salud, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 19 de Octubre de 1983.

El acuerdo por el que se dispone el establecimiento de coordinaciones de proyectos prioritarios de salud, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 24 de Octubre de 1984. La declaración de Helsinki de 1964 y sus modificaciones de Tokio en 1975, Venecia en 1983 y Hong Kong en 1989. El manual de Organización y Operación del Fondo para el Fomento de la Investigación Médica. Se informará a las autoridades de la unidad, donde se llevará a cabo el estudio y los resultados encontrados se mantendrán en forma confidencial para uso

exclusivo del departamento de enseñanza e Investigación de la UMF No. 94 de la Ciudad de México.

Contribuciones y beneficios del estudio para los participantes y la sociedad en su conjunto

El beneficio del estudio es poder ofrecer un panorama general de los motivos por los cuales las mujeres eligen métodos anticonceptivos, así como mostrar el comportamiento del tipo de riesgo reproductivo y métodos que eligen; además, recibirán una orientación respecto al riesgo obtenido y el método elegido, sobre todo en casos cuyo motivo de elección no sea un criterio médico con alto riesgo reproductivo y que eligen métodos temporales.

Confidencialidad

De acuerdo a las normas nacionales e internacionales, los registros deberán ser anónimos, es decir se establecerá un folio para identificar a los participantes.

Condiciones para el consentimiento informado

Los términos para la participación se explicarán en lenguaje coloquial en el consentimiento informado (anexo 3); además, el investigador explicará este documento hasta cerciorarse que el paciente y los testigos han entendido cabalmente lo que se les ha explicado. Las participantes serán invitadas a la investigación de manera voluntaria, y deberá de entender que puede acceder o no, asimismo que puede seguir o salir del estudio en el momento que ella lo desee con la seguridad de que no tendrá represión alguna, además de que se les explicará que los investigadores no forman parte de la atención médica que recibe en el instituto.

Forma de selección de los participantes

Cualquier mujer mayor de edad que acude al servicio de planificación familiar, en cumplimiento con los criterios de selección, es susceptible de ingresar a la investigación; los investigadores obtendrán a los participantes del protocolo por conveniencia, previo consentimiento informado con firma del paciente o del representante legal y con firma de los testigos.

Balance riesgo beneficio

El estudio no representa ningún riesgo para las participantes, por otra parte, pueden tener el beneficio de recibir orientación sobre el motivo por el cual eligen el método de planificación familiar, además de la información respecto al método de planificación y el tipo de riesgo reproductivo documentado.

RECURSOS

1. Humanos: investigadores involucrados.
2. Físicos: instalaciones de la UMF No. 94 del IMSS.
3. Materiales: fotocopias, plumas, lápices, plumas y hojas blancas.
4. Tecnológicos: equipo de cómputo.
5. Financieros: aportados por el investigador.

REFERENCIAS

1. Dra. V. Herrera, Dr. J. Oliva. Dr. F. Rodríguez. Riesgo reproductivo. Riesgo preconcepcional. 2015
2. Roberto Tapia Coyer. Norma Oficial Mexicana, Nom 005-SSA2-1993. De los servicios de Planificación Familiar. 2014
3. Mariela Prendes Labrada, Wilfredo Guibert Reyes, Isabel González Gómez y Elsa Serrano Borges. Riesgo preconcepcional en la consulta de planificación familiar Revista Cubana Medicina Integral. 2014
4. Dra. Rosa Patricia Renteria Huerta. Factores de riesgo preconcepcional en mujeres en edad fértil de la UMF 23. Facultad de Medicina. 2016
5. Félix Dasio Ayala Peralta, Enrique Guevara Ríos, Miguel Ángel Rodríguez Herrera. Edad materna avanzada y Morbilidad obstétrica. Revista Perú Investigación Materna Perinatal. 2016

6. Iván Torres, Carlos E Aguilar, Erick J Flores, Onassis J López, Isis Flores. Embarazo en adolescentes, riesgo obstétrico durante el parto y puerperio inmediato. Revista Especializada en Ciencias de la Salud. Universidad Nacional Autónoma de Honduras. 2015
7. R. Devlieger, B.R.H. Van den Bergh. Obesity and pregnancy, an epidemiological and intervention study from a psychosocial perspective. 2014
8. Andrea Espatarella. Tabaquismo durante el embarazo. American Thoracic Society. 2014
9. Irina Winnykamien, Albano Dalibón y Pablo Knoblovits. Síndrome de Ovario Poliquístico. Servicio de Endocrinología, Metabolismo y Medicina Nuclear, Hospital Italiano de Buenos Aires 2017
10. José. M. Bajo Arenas. Orientaciones para valoración del riesgo laboral y la incapacidad temporal durante el embarazo. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. 2015
11. Diagnostico y manejo del embarazo múltiple. Instituto Mexicano del Seguro Social. México Secretaria de Salud. 2013
12. Prevención, diagnostico y tratamiento de la Preeclamsia. Secretaria de Salud. Evidencias y recomendaciones. 2017
13. Diagnostico y tratamiento de diabetes en el embarazo. México. Secretaria de Salud. Evidencias y recomendaciones. 2016
14. Diego A Téllez, Santiago Ramírez, Nathalia S Parada, Julián A Fernández Niño. Inducción del parto versus manejo expectante en ruptura prematura de membranas pretérmino. Universidad de Santander Colombia. 2017
15. Dr Eduardo A. Valenti. Dr Nicolás Avila Dra. Sofía Amenabar Dr. Edgar Zanuttini Dr. Horacio Crespo. Restricción del Crecimiento Intrauterino. Federación Argentina de Sociedades de Ginecología y Obstetricia. FASGO. 2017
16. Sergio Ávila Darcia. Tommy Alfaro Moya Johnny Olmedo Soriano. Placenta Previa y Acretismo Placentario. Revista Clínica de la Escuela de Medicina. Costa Rica. 2016

17. Fernanda Cofré, Luis Delpiano, Yenis Labraña, Alejandra Reyes, Alejandra Sandoval y Giannina Izquierdo Síndrome de TORCH. Diagnóstico y tratamiento pre y post natal. Comité Consultivo de Infecciones Sociedad Chilena de Infectología, 2016
18. Abraham Zavala-García, Heidy Ortiz-Reyes, Julie Salomon Kuri, Carla Padilla, Raymundo Preciado Ruiz. Artículo de revisión. Periodo intergenesico. Revista Chilena de Ginecología y Obstetricia. 2018
19. Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos. Organización Mundial de la Salud. Tercera edición 2018
20. Criterios Médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos. Organización Mundial de la Salud. Quinta edición. 2015
21. Informe de vigilancia Epidemiológica. Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Dirección General de Epidemiología, 2017

MOTIVO DE ELECCION DEL METODO DE PLANIFICACION FAMILIAR SEGÚN EL RIESGO REPRODUCTIVO EN MUJERES QUE ACUDEN A UN SERVICIO ESPECIALIZADO

Folio: _____

MF-5

<p>1. Edad (años) []</p> <p>20 a 29 [0] 15 a 19 [1] 30 a 34 [1] Menos de 15 ó más de 34 [4]</p> <p>2. Peso habitual (kilos) []</p> <p>50 ó más [0] Menos de 50 [1]</p> <p>3. Talla (centímetros) []</p> <p>Más de 150 [0] 150 ó menos [1]</p> <p>4. Escolaridad materna</p> <p>Secundaria ó mas [0] Primaria ó menos [5]</p> <p>5. F.U.M.</p> <p>Día/Mes/Año [][][][][][][][][]</p> <p>6. F.P.P.</p> <p>Día/Mes/Año [][][][][][][][][]</p> <p>Vida sexual activa [SI] [NO]</p> <p>7. Gesta</p> <p>2 a 5 [0] Primigesta [1] Más de 5 [3]</p> <p>8. Para</p> <p>Menos de 5 [0] 5 ó más [4]</p> <p>9. Abortos</p> <p>0 a 1 [0] 2 [2] 3 ó más [4]</p> <p>10. Cesárea</p> <p>No [0] Si [4]</p>	<p>11. Intervalo entre el último parto y el actual (meses) []</p> <p>13 a 60 [0] Menos de 13 [5] Más de 60 [5]</p> <p>12. El último embarazo</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">Fue de término?</td> <td style="width: 50%;">[SI] [NO]</td> </tr> <tr> <td>El parto fue normal?</td> <td>[SI] [NO]</td> </tr> <tr> <td>Hubo mortalidad perinatal?</td> <td>[SI] [NO]</td> </tr> </table> <p>Número de hijos vivos [] F.R. []</p> <p>13. Antecedentes obstétricos</p> <p>Ninguno patológico [0] Toxemia [4] Polihidramnios [4] Sangrado 3er trimestre [4] Pre término (menos 38 semanas) [4] Bajo peso al nacer (menos 2500grs) [4] Malformación congénita [4] Muerte fetal tardía (más de 28 semanas) [4] Macrosomía (mas de 4000grs) [4] Cirugía pélvica uterina [4] Otros [4]</p> <p>14. Antecedentes personales patológicos</p> <p>Ninguno [0] Hipertensión arterial [4] Diabetes mellitus [4] Infección sistémica [4] Cardiopatía [4] Otros [4]</p> <p>15. Tabaquismo</p> <p>No ó menos de 10 cigarros/día [0] 10 ó más cigarros /día [1]</p> <p>16. Alcoholismo/Toxicomanias</p> <p>No [0] Si [1]</p>	Fue de término?	[SI] [NO]	El parto fue normal?	[SI] [NO]	Hubo mortalidad perinatal?	[SI] [NO]
Fue de término?	[SI] [NO]						
El parto fue normal?	[SI] [NO]						
Hubo mortalidad perinatal?	[SI] [NO]						

1. ¿Qué método de planificación familiar decidió aceptar o es usuaria?

Métodos temporales

2. ¿Cuál es la principal razón por la que decidió usar este método de planificación familiar?

- Falta de consejería
- Paridad no satisfecha
- Prefieren que su esposo se realice vasectomía
- Riesgo de complicaciones de OTB

ANEXO 2 Consentimiento informado



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

(ADULTOS)

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	MOTIVO DE ELECCION DEL METODO DE PLANIFICACION FAMILIAR SEGÚN EL RIESGO REPRODUCTIVO EN MUJERES QUE ACUDEN A UN SERVICIO ESPECIALIZADO
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica
Lugar y fecha:	Unidad de Medicina Familiar No. 94, Ciudad de México, a _____ de _____ del 2019.
Número de registro:	Sin registro.
Justificación y objetivo del estudio:	Justificación: el riesgo reproductivo es esa probabilidad que tiene una mujer que no está embarazada sufra algún daño durante al estarlo, debido a causas de carácter biológico, psicológico y social, los profesionales de la salud, según el riesgo de cada mujer recomiendan en qué momento es mejor o no embarazarse, y se apoyan con métodos de planificación familiar; sin embargo, por situaciones diferentes a las médicas, algunas mujeres eligen métodos por otros motivos que para los profesionales de la salud pueden significar un área de oportunidad educativa. Objetivo: determinar el motivo de elección del método de planificación familiar según el riesgo reproductivo en mujeres que acuden a un servicio especializado.
Procedimientos:	Responder a una serie de preguntas personales respecto a datos sociodemográficos y obstétricos, con la finalidad de obtener la puntuación del riesgo reproductivo, método de planificación elegido y el motivo por el cual lo elige.
Posibles riesgos y molestias:	Tiempo invertido para contestar la encuesta.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Recibir una orientación respecto al método de planificación, así como el motivo de elección y el tipo de riesgo reproductivo obtenido.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	El investigador responsable se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mi seguimiento médico; así como responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se van a llevar a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación.
Participación o retiro:	Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo en el instituto.
Privacidad y confidencialidad:	El Investigador me ha dado la seguridad de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán tratados de forma confidencial en caso de que el trabajo sea publicado.
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	Canalizar al médico familiar en caso de encontrar algún riesgo no detectado por su médico tratante.
Beneficios al término del estudio:	Ofrecer un panorama general de los motivos por los cuales las mujeres eligen métodos anticonceptivos, así como mostrar el comportamiento del tipo de riesgo reproductivo y métodos que eligen.
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a: Investigador Responsable:	Dr. Rodrigo Villaseñor Hidalgo, Matricula: 99366361, teléfono: 5767 27 99 Extensión 21407, correo electrónico: rodriguin6027@gmail.com
Colaboradores:	Dr. García Maya Roberto, Matricula: 97361956, teléfono: 55 27 26 85 79, correo electrónico: rgmaya1300@hotmail.com
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx	

Nombre y firma del sujeto

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio

Clave: 2810-009-013

Anexo 3. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

MOTIVO DE ELECCION DEL METODO DE PLANIFICACION FAMILIAR SEGÚN EL RIESGO REPRODUCTIVO EN MUJERES QUE ACUDEN A UN SERVICIO ESPECIALIZADO

	ENERO A MARZO 2019	ABRIL 2019	MAYO 2019	JUNIO A JULIO 2019	AGOSTO 2019	SEPTIEM BRE 2019
Elaboración de protocolo	P					
	R					
Selección de instrumento	P					
	R					
Elaboración de la hoja de recolección de datos		P				
		R				
Solicitud de revisión por el CLIS 3511			P			
			R			
Recolección de la información				P		
Elaboración de la base de datos					P	
Captura de la información					P	
Procesamiento de datos						P
Análisis de los resultados						P
Elaboración del escrito científico						P

P = Programado

R = Realizado