



**CENTRO UNIVERSITARIO IGUALA  
ESTUDIOS INCORPORADOS A LA UNIVERSIDAD  
NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

CLAVE: UNAM 8963-12 ACUERDO CIRE 21/11 de fecha 28-06-2011

**LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

**FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ACEPTACION O RECHAZO  
DEL DIU U OTB EN MUJERES PUERPERAS DE 16 A 26 AÑOS  
DE EDAD EN EL HOSPITAL GENERAL ADOLFO PRIETO.**

**TESIS**

Que como parte de los requisitos para obtener el título de  
Licenciado en Enfermería y Obstetricia

Presenta:

**C. VALERIA ABIGAIL ALBAVERA JAIMES**

**Asesor:**

LIC. ENF. CONCEPCIÓN BRITO ROMERO

Iguala de la Independencia, Gro., Agosto del 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.



**CENTRO UNIVERSITARIO IGUALA  
ESTUDIOS INCORPORADOS A LA UNIVERSIDAD  
NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

CLAVE: UNAM 8963-12 ACUERDO CIRE 21/11 de fecha 28-06-2011

**LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

**FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ACEPTACION O RECHAZO  
DEL DIU U OTB EN MUJERES PUERPERAS DE 16 A 26 AÑOS  
DE EDADEN EL HOSPITAL GENERAL ADOLFO PRIETO.**

**TESIS**

Que como parte de los requisitos para obtener el título de  
Licenciado en Enfermería y Obstetricia

Presenta:

**C. VALERIA ABIGAIL ALBAVERA JAIMES.**

**Dirigido por:**

LIC. ENF. CONCEPCIÓN BRITO ROMERO

**SINODALES**

LIC. ENF. CONCEPCIÓN BRITO ROMERO \_\_\_\_\_  
Presidente

LIC. ENF. MARTHA ELENA CISNEROS MARTÍNEZ \_\_\_\_\_  
Secretario

M.C.E. VIRGINIA HERNÁNDEZ GARCÍA \_\_\_\_\_  
Vocal

Iguala de la Independencia, Gro., Agosto del 2019

## RESUMEN

Actualmente el crecimiento de la población ha incrementado en estos últimos años debido a la falta de información y orientación a las familias mexicanas, el no saber cómo planificar. Una familia involucra a que otras familias presenten un cierto grado de pobreza y alfabetización por la falta de recursos, pero esto se debe más que nada a la ignorancia que como sociedad se va creando por sus costumbres que son establecidas desde tiempo atrás y que van trascendiendo de generación en generación. El sector salud tiene como tarea brindar información sobre la planificación familiar a toda la población vulnerable, haciéndoles ver la importancia que tiene el saber llevar un control entre un hijo y otro y las ventajas que trae consigo el tener una cierta cantidad de hijos. Propósito: Identificar los factores que influyen en la aceptación o rechazo de DIU u OTB en las mujeres de 16 a 26 años de edad. Método. Descriptivo, exploratorio, cuantitativo. La muestra fue 40 mujeres que han recibido atención obstétrica, que son beneficiarias de seguro popular, del Hospital General Adolfo Prieto. Además se llevó a cabo un estudio retrospectivo de los datos estadísticos de las mujeres que se atendieron en el Hospital General Adolfo Prieto del periodo 1° Enero al 31 de Diciembre del 2016 para conocer los factores que influyen en la aceptación o rechazo de DIU y OTB más frecuentes que se presentan en este grupo de población en estudio. Resultados. El 52.5 % mujeres puérperas aceptan método de planificación familiar y el 47.5% no aceptan método. Las mujeres en estudio mencionaron que las que aceptaron método lo hicieron por que desean planificar (27.5%) y por ser un método confiable (17.5%). De las que no aceptaron método en su mayoría fue porque no quieren método (12.5%), no está de acuerdo la pareja (10%), la pareja la cuidara con preservativo (7.5%) y por querer utilizar otro método (7.5%) siendo estas las principales causas del rechazo a los métodos. Conclusiones. Es de suma importancia educar no solamente a la mujer acerca de los métodos que puede utilizar sino también a la pareja ya que en muchas ocasiones la falta de información hace que no planifiquen el número de hijos que desean tener y el espacio entre cada uno de ellos.

Palabras Clave: Aceptación, rechazo, puérperas.

## SUMMARY

Currently the population growth has increased in recent years due to the lack of information and guidance to Mexican families, not knowing how to plan. A family involves other families presenting a certain degree of poverty and literacy due to the lack of resources, but this is due more than anything to the ignorance that as a society is created by their customs that have been established for a long time and that go beyond from generation to generation. The health sector's task is to provide information on family planning to the entire vulnerable population, making them see the importance of knowing how to keep control between one child and another and the advantages of having a certain number of children. Purpose: To identify the factors that influence the acceptance or rejection of IUD or OTB in women from 16 to 26 years of age. Method. Descriptive, exploratory, quantitative. The sample was 40 women who have received obstetric care, who are beneficiaries of popular insurance, Adolfo Prieto General Hospital. In addition, a retrospective study of the statistical data of the women who attended the Adolfo Prieto General Hospital from January 1 to December 31, 2016 was conducted to know the factors that influence the acceptance or rejection of IUD and OTB. more frequent that occur in this population group under study. Results 52.5% of puerperal women accept family planning method and 47.5% do not accept method. The women in the study mentioned that those who accepted the method did so because they wanted to plan (27.5%) and because it was a reliable method (17.5%). Of those who did not accept the method, it was mostly because they do not want a method (12.5%), the couple does not agree (10%), the couple will take care of it with a condom (7.5%) and want to use another method (7.5%). being these the main causes of the rejection of the methods. Conclusions It is very important to educate not only the woman about the methods she can use but also the couple since in many cases the lack of information means that they do not plan the number of children they want to have and the space between each of them .

Key Words: Acceptance, rejection, puerperal.

## **AGRADECIMIENTOS**

A mis padres:

Porque creyeron en mí, por sacarme adelante, dándome ejemplos de superación y entrega, porque en gran parte gracias a ustedes, hoy puedo ver alcanzada mi meta, ya que siempre estuvieron impulsándome en los momentos más difíciles de mi carrera, y porque el orgullo que siento por mí, fue lo que me hizo llegar hasta el final. Va por ustedes, por lo que valen, porque admiro su fortaleza y por lo que han hecho de mí.

A mis hermanos gracias por haber fomentado en mí el deseo de superación y el anhelo de triunfo en la vida.

Mil palabras no bastarían para agradecerles su apoyo, su comprensión y sus consejos en los momentos difíciles.

A todos, espero no defraudarlos y contar siempre con su valioso apoyo, sincero e incondicional.

**C. VALERIA ABIGAIL ALBAVERA JAIMES**

## **RECONOCIMIENTOS**

Al centro Universitario Iguala por darme la oportunidad de seguir superando al realizarla Licenciatura en Enfermería y Obstetricia incorporada a la Universidad Nacional Autónoma de México

Con todo respeto doy gracias a mí Asesor y Sinodales por su paciencia apoyo al Trabajo de Investigación.

A mis maestros de la licenciatura en Enfermería y Obstetricia que con dedicación y entrega han hecho de nosotros mejores personas y profesionistas, por los conocimientos que nos proporcionaron.

**C. VALERIA ABIGAIL ALBAVERA JAIMES**

## ÍNDICE

	Página
Resumen	i
Summary	ii
Agradecimientos	iii
Reconocimientos	iv
I. Introducción	1
1.1 Planteamiento del Problema	3
1.2 Justificación	6
1.3 Objetivos	7
II. Revisión de la Literatura	8
2.1 Antecedentes	8
2.2 Anticoncepción	14
2.3 Métodos anticonceptivos actuales	16
2.4 Métodos de abstinencia periódica	16
2.5 Métodos de barrera	18
2.6 Anticoncepción hormonal	21
2.7 Métodos quirúrgicos	41
2.8 Marco legal	43
2.9 Marco conceptual	45
III. Metodología	49
IV. Resultados y discusión	62
V. Conclusiones y sugerencias	78
VI. Bibliografía	80
Anexo "A" Consentimiento informado	85
Anexo "B" Instrumento de medición	86



## ÍNDICE DE FIGURAS

No. De figura		Pág.
4.1	Edad	62
4.2	Ocupación	63
4.3	Estado civil	63
4.4	Grado máximo de estudios	64
4.5	Lugar de residencia	65
4.6	Embarazo planeado	65
4.7	Embarazo deseado	66
4.8	Método de planificación familiar antes del embarazo	66
4.9	Cual método utilizo antes de su embarazo	67
4.10	Control prenatal	68
4.11	Trimestre de inicio del control prenatal	68
4.12	Consejería de planificación familiar durante el embarazo	69
4.13	Elección de método de planificación familiar durante el embarazo	70
4.14	Método de planificación familiar elegido	71
4.15	Inicio de vida sexual activa	72
4.16	Número de embarazos	72
4.17	Embarazo a termino	73
4.18	Semanas de gestación	73
4.19	Resolución del embarazo	74
4.20	Acepta método de planificación familiar	74
4.21	Por qué acepta o no método de planificación familiar	75
4.22	Cual método de planificación lleva	76
4.23	El método fue indicado	77
4.24	Tipo de familia	77

## I. INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud sexual como "la integración de los aspectos somáticos, afectivos, intelectuales y sociales del ser sexual por medios que sean positivamente enriquecedores y potencien la personalidad, la comunicación y el amor". También expresa que " todas las personas deben tener una vida sexual satisfactoria y segura, gozando de plena capacidad de reproducirse y libertad de decidir" (Vázquez y Daldevich, 2013).

El enfoque de la planificación familiar es promover un bienestar óptimo de la familia en proceso de tener un hijo, lo que incluye la salud de la madre desde la concepción y durante el parto, un parto seguro y saludable con un neonato sano, o los cuidados de uno de alto riesgo si está indicado, y el establecimiento de una nueva unidad familiar estable. La etapa de crecimiento y desarrollo de la mujer en edad fértil tiene un fuerte impacto sobre los temas relacionados con la concepción que se consideran en esta etapa. De importancia particular son el embarazo a una edad temprana y el embarazo después de los 40 años de edad, pues ambos pueden aumentar el riesgo de complicaciones (Joyce, 2011).

El uso de los métodos anticonceptivos en la actualidad se ve afectado a pesar de los cambios culturales y de los avances en distintos ámbitos en nuestra sociedad, desde aspectos culturales incluyendo la conquista de una mayor autonomía por parte de la mujer sobre su cuerpo, y la toma de decisiones de los jóvenes para utilizar anticonceptivos y así evitar la posibilidad de enfermedades de transmisión sexual y embarazo no deseados, pero siguen existiendo tabúes sobre la sexualidad que afectan a la mayor parte de los sectores sociales, el embarazo adolescente y las relaciones sexuales según Chávez, et al 2009 son tratados con dificultad por los padres y los educadores, mismos que carecen de educación necesaria lo que provocan la ausencia de una educación formal de la sexualidad lo que facilita la distorsión y las dudas de la vida sexual tanto en adolescentes como en adultos (Ayala, 2014).

Con frecuencia, las necesidades de servicios de salud sexual y reproductiva (SSyR) de los adolescentes se malinterpretan, no se reconocen o se subestima, cuando en verdad los jóvenes necesitan y tienen derecho a los servicios de SSyR de calidad. Esto se ve avalado por los siguientes datos: casi la mitad de la población mundial es menor de 25 años, cada año 15 millones de jóvenes de 15 a 19 años de edad dan a luz, las jóvenes menores de 16 años tienen el doble de probabilidades de morir durante el parto que las que tienen un poco más de 20 años de edad, entre 2 y 4 millones de adolescentes de los países en desarrollo se realizan abortos cada año en condiciones de riesgo, el 11% de las jóvenes de 15 a 19 años tienen una necesidad anticonceptiva insatisfecha, así la mitad de las infecciones por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) de todo el mundo se producen en personas menores de 25 años, siete de cada diez casos nuevos de infecciones de transmisión sexual (ITS) corresponden a personas entre 15 y 24 años de edad (Vázquez y Daldevich, 2013).

Un aspecto trascendental de la salud de los adolescentes es el comportamiento reproductivo y especialmente, el problema de las consecuencias psicosociales y fisiológicas del embarazo y del parto en la adolescencia. El rápido aumento de la población de adolescentes y la proporción creciente de las jóvenes que quedan embarazadas constituye un problema actual de salud de importancia indiscutible, debido a las complicaciones del embarazo que pueden observarse en este grupo etario: parto pretérmino, anemia, recién nacido de bajo peso, entre otras, además de las repercusiones sociales desfavorables, como la deserción escolar, la carencia de madres para atender y educar adecuadamente a su hijo y la imposibilidad de proporcionarle un hogar seguro y estable desde el punto de vista emocional. En la práctica clínica, la incorporación de los aspectos subjetivos y sociofamiliares, la visualización de las inequidades de género, la promoción de la autonomía y los derechos, la confidencialidad y preservación del secreto profesional y el respeto por los principios de la bioética son considerados fundamentales (Vázquez y Daldevich, 2013).

En materia de morbilidad materna e infantil es crucial ante las diversas causas donde la población más vulnerable es la mujer dado la multiparidad que se enfrenta, la pobreza, el analfabetismo, la dispersión de las viviendas en las comunidades, los embarazos no deseados, el alto porcentaje de población indígena, embarazos a temprana edad (de 12 a 15 años), en el área rural la mujer se junta o se casa antes de los 18 años (Ayala, 2014).

Este estudio se realizara en virtud de que en el Hospital General Adolfo Prieto de la ciudad de Taxco se ofertan métodos para espaciar los embarazos y el indicador de aceptación es relativamente bajo, por lo que será necesario conocer las razones e identificar los factores que influyen en las mujeres a decidir usar un método, debido que la mujer pueda enfermarse o fallecer asociado a complicaciones durante un embarazo, parto, postparto, los embarazos frecuentes y los espacios intergenecicos menor de dos años, lo que desencadena trastornos en el estado físico, psíquico y social de la mujer.

El objetivo del estudio, será describir los factores que influyen en la aceptación o rechazo de DIU Y OTB en las mujeres de 16 a 26 años de edad, es un estudio de selección y conveniencia, el muestreo se constituirá de 40 mujeres que recibieran atención obstétrica dentro del Hospital General Adolfo Prieto. Los indicadores que se tomaran en cuenta son: religioso, sociocultural, económico y educativo. La información será recolectada a través de un cuestionario estructurado usando la técnica de la entrevista, se aplicaran criterios de inclusión, exclusión y eliminación, se presentara la carta de consentimiento informado como parte de los aspectos éticos.

### **1.1 Planteamiento del problema.**

A nivel mundial, el porcentaje de mujeres en unión que usa métodos anticonceptivos (tradicionales y modernos) es de 60%, cifra que asciende a 73% para los países desarrollados y que oscila entre 57% y 47% para los países en

desarrollo. Entre estos últimos se dan enormes variaciones, como de 6% en Mozambique (África Occidental) y 83% en china. En América Latina y el Caribe, el promedio de prevalencia anticonceptiva es de 70%, porcentaje que sube a 74% para Suramérica y desciende a 64% para Centroamérica de todos los países de la región los de más baja prevalencia anticonceptiva son Haití (28%), seguido por Guatemala (38%) y Bolivia (48%) (Hopkins et al, 2002).

Según la OMS la mortalidad materna es inaceptablemente alta. Cada día mueren en todo el mundo unas 800 mujeres por complicaciones relacionadas con el embarazo o el parto. En 2010 murieron 287 000 mujeres durante el embarazo y el parto o después de ellos. Prácticamente todas estas muertes se produjeron en países de ingresos bajos y la mayoría de ellas podrían haberse evitado (Cheng et al, 2012). En México en el año 2002 al 2007 se registraron 7 mil 366 muertes maternas de las cuales 1,090 correspondieron al estado de México siendo este el primer lugar de la república mexicana. En México y el mundo continúan muriendo mujeres cada día por causas relacionadas con el embarazo durante la gestación, el parto y el puerperio. Más del 99% de estas 7mil 366 muertes, la mayoría son evitables, dado que las soluciones de atención médica para prevenir o tratar las complicaciones son bien conocidas (Aguilar, Mayen, 2008).

De acuerdo a los datos con que se cuenta en el Hospital General Adolfo Prieto en Taxco en el año 2016 se reportaron un total de 2022 eventos de los cuales solo un 62.61% de las pacientes se llevaron método de planificación familiar y solo el 37.39% decidieron no planificar con algún tipo de método.

Debido a la problemática en nuestro país el crecimiento de la población ha incrementado en estos últimos años debido a la falta de información y orientación a las familias mexicanas, el no saber cómo planificar. Una familia involucra a que otras familias presenten un cierto grado de pobreza y alfabetización por la falta de recursos, pero esto se debe más que nada a la ignorancia que como sociedad se va creando por sus costumbres que son establecidas desde tiempo atrás y que

van trascendiendo de generación en generación (Menéndez, Cabrera, 2008). Esto representa un problema para el área de enfermería ya que al darse un periodo intergenesico cortó entre cada embarazo las complicaciones son de mayor riesgo para la madre, debido a esto, a cada paciente se les debe ofrecer el uso del DIU (dispositivo intrauterino) para poder prolongar el siguiente embarazo o la OTB (obstrucción tubarica bilateral) si hay paridad satisfecha y permitir que la mujer se recupere del procedimiento que se le ha realizado (Arillo, 2003).

El sector salud tiene como tarea brindar información sobre la planificación familiar a toda la población vulnerable, haciéndoles ver la importancia que tiene el saber llevar un control entre un hijo y otro y las ventajas que trae consigo el tener una cierta cantidad de hijos (Cheng et al, 2012).

Según una encuesta de alcance nacional realizada por la Sociedad Argentina de Ginecología Infantojuvenil en 2010, es posible contar con la siguiente información, la cual es de mucha utilidad para orientar a los profesionales sobre la realidad de las prácticas sexuales de las adolescentes. En la encuesta se observa los siguientes: Se cuidaron en la primera relación sexual el 68%, los métodos utilizados fueron: preservativo con un 84,4%, preservativo y pastillas con el 7,8%, con pastillas el 2%, coito interrumpido el 4,2% y con el método del ritmo el 0,4%. No se cuidaron en la primera relación sexual el 32%, las razones de la falta de cuidado son: fue una relación inesperada con un 36,1%, la falta de información 20%, él no quiso 13,3%, por que no embaraza la primera vez 9,4%, quería el embarazo con el 3,7% y no contesto 7,8%. Ante una adolescente sexualmente activa que no desea embarazarse, la anticoncepción debería ser, en teoría, una respuesta adecuada y simple; sin embargo, la realidad es más compleja, ya que la adolescente es una paciente particularmente crítica con dificultades para asumir responsabilidades, portadora la mayoría de las letras de información errónea y mitos sexuales (Vázquez, Daldevich, 2013).

Por lo anterior expuesto es importante conocer ¿Qué factores influyen en la aceptación o rechazo de DIU u OTB en mujeres de 16 a 26 años de edad del Hospital General Adolfo Prieto?

## **1.2 Justificación.**

Este proyecto se realiza debido a los antecedentes de vida que presentan las personas en su vida cotidiana. Enfocándonos en el manejo de la vida familiar, de manera que es favorable dar a conocer información que ayude o enriquezca el conocimiento de las demás personas que no tengan bien claro el tema. La anticoncepción post evento obstétrico es un problema al que se enfrenta la mujer y de difícil decisión, aún ahora en que la información es accesible, por ejemplo, consejerías en los centros de salud, muchas de ellas desconocen sobre métodos anticonceptivos y sus fundamentos básicos, enfrentándose a temores de cómo el uso de métodos anticonceptivos, pueden influir en sus cuerpos y en la producción de leche preocupándoles su salud y la de sus hijos.

El crecimiento de la población cada día es mayor, los recursos materiales, económicos, y la disponibilidad de tierras para trabajar se va reduciendo, las fuentes de trabajo es poco, la preparación de las personas para enfrentar los retos del futuro es fuerte, de tal forma el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social a través de sus diferentes Servicios de Salud, están comprometidos a poder satisfacer las diferentes necesidades de la población en materia de Salud, tanto desde el punto de vista curativo y con mayor énfasis en el Área preventiva, dado que “ la capacidad de cuidarse así mismo , el autocuidado ” , resulta la búsqueda de soluciones de problemas de Salud de la forma más práctica, sencilla, posible y accesible a la población

Es importante investigar cuales son los factores que influyen en la aceptación o rechazo de métodos anticonceptivos. La razón que el 79% de las mujeres en edad fértil no utilizan métodos anticonceptivos y esto trae como consecuencia cinco hijos promedio por pareja, pobreza, desnutrición en los niños,

muertes maternas. Es importante para el desarrollo de los conocimientos propios e investigaciones Sociales en el área Hospitalaria sobre los factores que influyen en la aceptación de métodos de planificación familiar y no a nivel comunitario, es de sumo interés conocer en el campo las creencias, prácticas y actitudes respecto en la aceptación o rechazo de métodos de planificación familiar. Además, la presente investigación es de gran utilidad para poder tomar en cuenta en el momento de ofertar los métodos anticonceptivos.

### **1.3 Objetivos.**

#### **1.3.1 General.**

Identificar los factores que influyen en la aceptación o rechazo de DIU u OTB en las mujeres de 16 a 26 años de edad del Hospital General Adolfo Prieto.

#### **1.3.2 Específicos.**

I.3.2.1 Describir los factores socioculturales y económicos que influyen en la aceptación o rechazo de DIU u OTB.

I.3.2.2 Causas del porque las usuarias no aceptación el uso del DIU u OTB.

I.3.2.3 El conocimiento temprano de información sobre el DIU u OTB influye en la aceptación de dichos métodos.

1.3.2.4 Reflexionar sobre las formas de promover y proteger su sexualidad en un sentido responsable y positivo.

1.3.2.5 Indagar en torno a los sentimientos, motivaciones y experiencias acerca de la toma de decisiones relacionadas con ella.

1.3.2.6 Hacer visible y respetar la diversidad sexual en sus múltiples expresiones, para garantizar de esta manera el derecho al acceso a la salud de todas las personas.



## II. REVISION DE LITERATURA.

### 2.1 ANTECEDENTES

La planificación familiar como un derecho humano fue reconocida por primera vez en 1948 en la llamada proclamación de Teherán, en la cual se estableció que los padres tienen el derecho humano básico de determinar libre y responsablemente el número y el espaciamiento de sus hijos, principio que se ha ampliado durante los últimos 25 años. A partir de las conferencias (en 1964), se dieron unas Normas cambiantes, en estas normas los doctores mencionaron que en la sociedad no existía interés por la planificación familiar, con el uso de la píldora y el DIU, que en donde posteriormente hubo mejorías en los métodos anticonceptivos tradicionales (Barella et al, 2002).

En 1989 en la Ciudad de México se publicó en la revista “Salud Mental” una evaluación de un programa de educación sexual, sobre conocimientos, conducta sexual y anticoncepción, en él se llevó a cabo un programa de Educación Sexual para adolescentes denominado “Planeando Tu Vida”, de este se derivó un estudio explicativo con tres mediciones, una antes del curso (febrero de 1989) y otra el término del curso los seis meses de haber impartido el curso (agosto de 1989). Se comparó un grupo de adolescentes de 12 a 19 años de edad pertenecientes a los niveles socioeconómicos bajo y medio. Un total de 1632 estudiantes fueron incluidos en el estudio, 692 mujeres (42.4%) y 940 hombres (57.6 %) (Gama, 2016).

A nivel mundial, el porcentaje de mujeres en unión que usa métodos Anticonceptivos (tradicionales y modernos) es de 60%, cifra que asciende a 73% para los países desarrollados y que oscila entre 57% y 47% para los países en desarrollo. Entre estos últimos se dan enormes variaciones, como de 6% en Mozambique (África Occidental) y 83% en china. “En América Latina y el Caribe, el promedio de prevalencia anticonceptiva es de 70%, porcentaje que sube a 74% para Suramérica y desciende a 64% para Centroamérica de todos los países de la

región los de más baja prevalencia anticonceptiva son Haití (28%), seguido por Guatemala (38%) y Bolivia (48%) (Blanco, 2014).

El integrante de ipas-Mexico, Alexis Hernández Gonzales, especifico que de acuerdo con cifras oficiales, en Guerrero el 61.4% de mujeres entre 15 y 49 años utiliza un método anticonceptivo “se trata del segundo estado con menor cobertura anticonceptiva en el país, ya que el promedio nacional es del 72.5%. Destaco que el desconocimiento de métodos anticonceptivos en el estado es de 4%, por encima del nivel nacional que es del 2% del total de la población (García et al., 2007). En la presente Norma se informa acerca de las disposiciones generales y específicas, y técnicas, para la prestación y aplicación de métodos anticonceptivos, desde los naturales hasta aquellos que son derivados de los avances científicos y tecnológicos recientes que han demostrado ser seguros y efectivos (Mosquera et al, 2003).

[NOM 005-SSA2-1993](#) Esta adecuación se establece en el contexto de que todos los individuos, sin importar su sexo, edad, raza, condición social o política, credo o preferencias sexuales, tienen el derecho a información y a tomar decisiones libres e informadas, a la protección de la salud a alcanzar el mejor estado de salud posible y a obtener la atención con los avances y mejores condiciones que el desarrollo científico técnico y socio económico. La planificación familiar muestra un carácter prioritario dentro del marco amplio de la salud sexual y reproductiva, con un enfoque de prevención del riesgo para la salud de las mujeres, los hombres, los hijos y su aplicación está determinado por el ejercicio del derecho de toda persona a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de sus hijos, con pleno respecto a su dignidad (Pérez, 1993).

La Anticoncepción de Urgencia (AU) es la utilización de un fármaco o dispositivo para prevenir un embarazo después de una relación sexual coital desprotegida o en la que se haya producido un potencial fallo del método

anticonceptivo (Macias, Molina, 2012). Esta medida se integró en la Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva del Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. El objetivo fue facilitar el acceso sin necesidad de prescripción médica a todas las mujeres que la necesiten, independientemente de su lugar de residencia y en el plazo necesario para garantizar su eficacia. De este modo se pretende contribuir también a la reducción de embarazos no deseados, especialmente entre las jóvenes y las adolescentes, así como del número de interrupciones voluntarias del embarazo (Ku, 2010).

La planificación se utiliza a veces como un sinónimo de control de la natalidad. En este sentido los servicios médicos de planificación familiar facilitan información sobre los distintos métodos anticonceptivos y ofrecen asistencia médica especializada para conseguir espaciar los embarazos deseados así como para evitar los embarazos no deseados y la cronología de los embarazos (Parra, Navarro, 2011). La finalidad última de la planificación familiar consiste en mejorar la salud de la madre, sus hijos y la familia en general. En este sentido, las medidas preventivas de salud básicas reconocidas son: espaciamiento de los partos, limitación del tamaño de la familia, programación de los nacimientos (Calderón, 2014).

El dispositivo intrauterino debe ser introducido y extraído del útero por un profesional de la salud, normalmente un ginecólogo. El DIU permanece en el útero continuamente mientras que no se desee el embarazo. Dependiendo del tipo de DIU puede tener una permanencia y duración entre 3 y 10 años (el modelo de cobre T 380A es eficaz hasta por 10 años) (Mendoza, 2013). Ya que se constituye como la mejor alternativa con la que cuenta una familia para planear el tamaño óptimo del hogar, y para garantizar una adecuada salud sexual y reproductiva; así mismo, para la sociedad en general el uso adecuado de métodos de planificación es una herramienta de vital importancia para controlar las altas tasas de fecundidad. El crecimiento de la población y el tamaño de las familias se han estudiado ampliamente por las implicaciones que genera sobre variables tan

relevantes como el crecimiento económico, el empleo, la pobreza y la calidad de vida de los hogares. De esta manera, la fecundidad es considerada como uno de los elementos más importantes del crecimiento poblacional, encontrándose dentro de sus determinantes principales, el estrato socioeconómico, la jefatura femenina, el nivel educativo, el empleo femenino, el aborto, y el uso de la planificación familiar (Abaj, 2007).

Los primeros Dispositivos intrauterinos (DIU) se idearon a principios del siglo pasado, aunque su utilización solo se generalizó en las últimas décadas. Los DIU modernos se han usado ampliamente desde los años sesenta y se han rediseñado para mejorar su seguridad y eficacia. A lo largo de la historia se han elaborado de varias formas y tamaños y se han fabricado de diversos materiales incluidos el plástico y el acero inoxidable. La historia de los DIU es muy antigua. Se cuenta que el médico Hipócrates, hace unos 2500 años, fue el precursor de este método, ya que descubrió el efecto anticonceptivo que se derivaba de la colocación de un cuerpo extraño en el interior del útero; preferentemente le introducía a sus pacientes una semilla de zanahoria salvaje, auxiliado por un tubo de plomo. Ciertas mujeres de las clases adineradas (ricas al fin y al cabo) utilizaban unos “pesarios”, así se les denominaba a esos antiguos dispositivos intrauterinos que consistían en una esfera de oro de 18 mm de diámetro, que se insertaba en la vagina antes del acto sexual. Cleopatra, la famosa y bella egipcia, era fan a este método. No obstante, se dice que fueron los árabes los reales inventores del dispositivo intrauterino. Para evitar la preñez de las camellas, en las largas travesías por el desierto, les introducían semillas de dátiles o les colocaban un aro en el útero. Lo que hacía el aro era producir una infección leve en el útero que impedía la fertilización y la fijación del óvulo. Aunque esto resulta un poco difícil de creer, debido a que la vagina de las camellas es bastante larga y, además, el cérvix está cerrado, es importante conocer cómo desde muchos años antes de nuestra era se decía que si algo estaba dentro del útero se podía prevenir la gestación (Veliz et al, 2015).

En 1960, Lazer Marguelis desarrolla en el Mt Siná Hospital de New York, el primer dispositivo plástico con memoria y en 1962 el doctor Jack Lippes, de Búfalo presenta en la primera conferencia internacional sobre DIU, celebrada en New York, sus experiencias con su dispositivo de memoria que tenía un filamento en su extremo distal para su extracción. Con las tres ideas básicas del Asa de Lippes: plástico, aplicador e hilo tractor, se desarrollan muchos modelos más (Veliz et al, 2015). En los años setenta se descubre que si se le agrega cobre aumenta la eficacia del DIU, apareciendo así el siete de cobre y la T de cobre 200 sobre la base del diseño en forma de T creado por Tatum y la demostración de los poderes anticonceptivos del cobre hecho por Zipper en Chile. Posteriormente se desarrolla el dispositivo liberador de levonorgestrel, que además de su eficacia anticonceptiva es terapéutico en la dismenorrea y la menorragia (Olaza et al, 2012).

El dispositivo intrauterino (DIU) es un aparato de plástico suave o de cobre que un médico inserta en el útero. Cada dispositivo tiene un hilo de nylon que sirve para que la mujer revise si está en el lugar correcto. Cuando es necesario, el médico utiliza esta cuerda para retirarlo fácilmente. Su efectividad esta entre el 90% y 99%. Se cree que el DIU funciona porque interfiere en la implantación del óvulo fecundado en las paredes del útero, aunque algunos de ellos también liberan pequeñas cantidades de progesterona para evitar el embarazo. El dispositivo produce cambios fisiológicos en el revestimiento del útero que impiden a los espermatozoides llegar hasta el óvulo. No hay embarazo si el óvulo y el espermatozoide no se unen. El DIU puede dejarse dentro del útero durante largas temporadas sin ocasionar molestia. El DIU bajo supervisión médica puede permanecer de dos a cinco años en el útero, siendo efectivo todo el tiempo (Veliz et al, 2015).

El DIU hormonal es de plástico de unos 3 centímetros que se coloca en el interior del útero. Su estructura en forma de T permite una mayor adaptación a la cavidad uterina. Su modo de actuar es muy parecido al natural que produce el

organismo de la mujer. Es decir, este dispositivo hormonal libera de forma continuada cantidades muy pequeñas de progesterona. Debido a su modo de actuar a nivel del útero, produce una disminución de la duración y de la cantidad de sangrado menstrual, mejorando el dolor abdominal durante la regla. El DIU de cobre es parecido al hormonal, en su tamaño y colocación, solo que cambian algunas características como que el DIU de cobre libera partículas de cobre para prevenir el embarazo, usted no debe usar el DIU de cobre si es alérgica al cobre, con el DIU de cobre se pueden tener sangrados mensuales más abundantes (Veliz et al, 2015).

OTB. La primera referencia escrita de una esterilización tubárica (ET) es del año 1880, su autor fue SS. Lungren de Toledo en EE. UU. y se realizó en el transcurso de una cesárea. Consistió en realizar un punto en la trompa. Posteriormente otros autores aportaron su técnica: Madlener en 1919 realizó un bucle con la trompa anudando un hilo por debajo (Cayuela, 2005). Porro en 1876 hizo una cesárea con la intención secundaria de ligar las trompas. Thomas sugirió en 1885 la sapingoligadura en forma opuesta a la técnica de Porro (Torres, 2015). Posteriormente, en 1930, Pomeroy desarrolla la técnica que es totalmente vigente en la actualidad y se realiza en el transcurso de laparotomías y cesáreas. Es el mismo bucle que luego se corta la trompa sobrante. Fue en 1962 cuándo Raul Palmer realizó la primera ET por laparoscopia (ETL). Lo hizo con un electrodo de corriente monopolar coagulando el tercio medio de la trompa. Jacques Rioux del Canadá aportó la energía bipolar para realizar la ETL en 1973 y que aún sigue vigente en la actualidad como técnica (López, 20014).

En Suiza, Bosch en 1936 hizo la primera esterilización tubaria por laparoscopia. Hajime Uchida en 1940 desarrolla su técnica, la cual puede ser hecha de intervalo o post puerperal. Subsecuentemente publicaría su experiencia sobre más de 20.000 esterilizaciones tubarias en más de 28 años sin fallas conocidas. Comienza en 1960 la era de la masificación de la laparoscopia; la esterilización por ese método inicia con la electrocoagulación unipolar de la Trompa de Falopio. Las fallas con esta técnica y problemas de seguridad

derivados, conducen a la invención del Clip de Hulka, el anillo de Yoon, hecho de silicona y la pinza Filshie (clip de Filshie). La Minilaparotomía (técnicas de Uchida, Pomeroy, o Parkland) eran más comunes en el periodo de postparto inmediato, hechos por la misma cesárea o por vía periumbilical inmediatamente después de los partos vaginales (Torres, 2015). En el año 1998 se inició un ensayo clínico multicéntrico en fase II en cinco hospitales de EE. UU., Australia, Bélgica y en Sabadell (España), con los dispositivos intratubáricos Essure (Conceptus Inc) (Cayuela, 2005).

De acuerdo a la NORMA OFICIAL MEXICANA, NOM 005-SSA2-1993, De los Servicios de Planificación Familiar en su apartado respecto a la Oclusión tubaria bilateral la cual se define como 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. Y hace referencia a la efectividad anticonceptiva que bajo condiciones habituales de uso, este método brinda protección anticonceptiva mayor al 99% (Pérez, 1993).

En el 2000 se inició un estudio piloto multicéntrico con un mayor número de casos y de centros para confirmar los buenos resultados de la fase II. Ambos ensayos tienen prevista su finalización en el año 2010. En julio del 2001 se observó la aprobación de la CE para su uso clínico y en octubre del 2002 fue la FDA la que dio su aprobación para EE. UU. En el año 2009, la FDA aprobó otro método de ETH llamado Adiana (Vancaille, 2008) para su uso clínico (Cayuela, 2005).

## **2.2 Anticoncepción.**

La consulta por anticoncepción es una consulta de urgencia y no se debe condicionar ni postergar la prescripción de un anticonceptivo a la espera de exámenes o análisis no determinantes. La selección del anticonceptivo más adecuado sigue siendo un problema difícil de resolver. La mayoría de adolescentes, no obstante, pueden tomar una decisión adecuada después de

haber sido informados sobre los diversos métodos, sus peligros, sus efectos colaterales y sus proporciones de fracaso. Para esto, es preciso tener en cuenta algunas dificultades relacionadas con: falta de información o conocimientos distorsionados, escasos centros asistenciales específicos, características propias de la personalidad de la paciente, vergüenza ante la consulta que involucra sexualidad, mensajes contradictorios de los pares y actitudes negativas del profesional, ya sean verbales gestuales (Vázquez, Daldevich, 2013).

En la orientación sobre un método anticonceptivo en una adolescente, el profesional debe valorar algunos aspectos; entre ellos: maduración física, maduración psíquica, motivación para la anticoncepción, frecuencia de relaciones sexuales, expectativas frente a un posible embarazo, estabilidad de la pareja, nivel sociocultural y posibilidad de controles periódicos. Los objetivos de una intervención profesional comprometida deben apuntar a: el uso correcto del método anticonceptivo, la disminución del embarazo no deseado, la disminución del número de abortos y una sexualidad placentera y sin riesgos (Vázquez, Daldevich, 2013).

Para el profesional de la salud, es imprescindible: poseer un conocimiento acabado de los diferentes métodos anticonceptivos (MAC), respetar los derechos de los adolescentes, independientemente de las propias creencias, reconocer las decisiones de los adolescentes acerca de su sexualidad genital, conocer las dificultades de los adolescentes para elegir y utilizar un MAC (Vázquez, Daldevich, 2013).

Entender la concepción facilita la comprensión de las medidas que pueden tomarse para evitar el embarazo. La planificación familiar consiste en la prevención del embarazo hasta el momento deseado. Pueden usarse diversas medidas para prevenir la fertilización del óvulo femenino. La abstinencia, o abstención del coito, es el único método 100% seguro para evitar un embarazo accidental. Los beneficios añadidos de la abstinencia incluyen la disminución del



riesgo de enfermedades de transmisión sexual. Otras medidas incluyen métodos disponibles con y sin receta médica. Los métodos que consisten en una barrera contra el semen también reducen el riesgo de transmisión de enfermedades (Joyce, 2011).

Asimismo, es fundamental que el profesional tratante conozca los Criterios Médicos de Elegibilidad de la OMS que se utilizan constantemente en la página web para iniciar el uso de métodos anticonceptivos, los cuales se resumen básicamente en cuatro categorías: Categoría I: no existen restricciones al uso del método, categoría II: las ventajas son mayores que los inconvenientes teóricos o demostrados, y puede utilizarse dentro de determinados parámetros, categoría III: condiciones en las cuales no se recomienda utilizar el método, pero pueden existir excepciones en determinados casos y categoría IV: uso contraindicado. Estos criterios son aplicables a todos los métodos anticonceptivos y consideran edades, patologías y situaciones especiales. Además, se debe incluir la anticoncepción en la lactancia y las de emergencia como situaciones especiales (Vázquez, Daldevich, 2013).

### **2.3 Métodos anticonceptivos actuales:**

La elección del anticonceptivo requiere de enseñanza para el paciente y de vigilancia en busca de complicaciones, cuando esté indicado. Tanto el varón como la mujer pueden usar diferentes métodos durante sus años fértiles. Algunos individuos tienen problema con la fertilidad al discontinuar los anticonceptivos. Así, cuando una pareja busca el embarazo, pueden cambiar a un método no farmacológico de control de la natalidad durante un cierto tiempo antes de discontinuar por completo la anticoncepción (Joyce, 2011).

**2.4 Métodos de abstinencia periódica:** son los que describen a continuación

#### **2.4.1 Coito interrumpido:**

Retirar el pene antes de la eyaculación para prevenir la introducción de semen en la vagina. Esta medida no tiene un costo; sin embargo, su fiabilidad está limitada debido a que puede haber fuga de semen antes de que el varón perciba la eyaculación (Joyce, 2011).

#### **2.4.2 Método del ritmo o de abstinencia periódica:**

Consiste en abstenerse de tener sexo en los momentos de fertilidad (período de ovulación de la mujer). Esta medida no es costosa, pero requiere de un monitoreo preciso del ciclo menstrual, el cual puede ser irregular en la adolescencia, lo que dificulta el monitoreo (Joyce, 2011). La responsabilidad del uso debería ser compartida, no protege contra las infecciones de transmisión sexual y no hay requisitos previos para su uso, salvo la consejería. La adolescente tiene que aprender a reconocer el periodo fértil de su ciclo menstrual y las características de cada uno de los métodos. Solo podrían utilizarlos las mujeres con ciclos regulares, bajo riesgo de adquirir ITS, con una pareja muy motivada para su cumplimiento y que tengan capacidad de aprendizaje para su implementación. Por lo tanto, no se recomiendan si presentan ciclos irregulares, en el posparto, durante la lactancia o en la adolescencia (Lewitan, 2013).

#### **2.4.3 Método Ogino-Knaus o método de cálculo por el calendario:**

Los días fértiles se obtienen mediante cálculos numéricos, por lo que se deben controlar los ciclos menstruales durante todo un año previo al uso de este método. La mujer tiene que restar 18 al número de días de duración del ciclo más corto que tiene en su registro y, luego, restarle 11 al número de días de duración del ciclo más largo. La tasa de fracasos se amplía, porque las ovulaciones irregulares se producen con relativa frecuencia (Lewitan, 2013).

#### **2.4.4 Método de la temperatura basal:**

Se sustenta en que, desde la ovulación hasta la menstruación, la temperatura normalmente se eleva medio grado centígrado, debido al efecto

termogénico de la progesterona. El período de seguridad es a partir del segundo a tercer día del ascenso de la temperatura; de esta forma, este queda limitado a alrededor de 10 días en que pueden mantenerse relaciones sexuales. La mujer se debe tomar la temperatura de la misma manera (oral, rectal o vaginal) y a la misma hora todas las mañanas antes de levantarse, y registrarla en un gráfico (Lewitan, 2013).

#### **2.4.5 Método de Billing o del moco cervical:**

Se fundamenta en los cambios del moco cervical. Cerca del periodo de la ovulación, aumenta el moco, el cual se vuelve más filante; estos son los días fértiles, por lo tanto, son los días de abstinencia. Antes de estos días, y después de ellos, el moco es escaso (días infértiles). Cabe destacar que el moco también se altera ante la existencia de infecciones locales. Dado que en los primeros años de la adolescencia los ciclos menstruales no son totalmente regulares ni ovulatorios, este método no es el más aconsejable para esta etapa de la vida (Lewitan, 2013).

#### **2.4.6 Método de lactancia/ amenorrea.**

Los requisitos para su empleo son los siguientes: lactancia exclusiva al lactante, amenorrea y hasta los primeros 6 meses posparto. Las mujeres que no reúnan los tres criterios o que no deban utilizar más el método de lactancia/ amenorrea (MELA) deberán iniciar el uso de manera inmediata de otro método anticonceptivo, si no desean un embarazo (Vázquez, Daldevich, 2013).

#### **2.5 Métodos de barrera:**

Son aquellos que actúan como un obstáculo físico para el paso del espermatozoide a la cavidad uterina. Pueden ser usados por el hombre (preservativo) o pro la mujer (preservativo, diafragma, espermicidas, esponjas) (Lewitan, 2013).

### **2.5.1 Preservativo masculino o condón:**

Es un método bastante seguro como anticonceptivo, más aun si se lo acompaña de óvulos o jaleas espermicidas, y es el de mayor efectividad para prevenir la transmisión de VIH y otras enfermedades de transmisión sexual. Es importante explicar cómo se usa (Lewitan, 2013). El condón es para contener el semen o bloquear la entrada al cuello uterino, es económico. Los condones se encuentran disponibles en muchos comercios, aunque algunas personas sienten vergüenza de comprarlos y es posible que se rompan (Joyce, 2011).

### **2.5.2 Preservativo femenino:**

Consiste en una vaina lubricada usada por la mujer dentro de su vagina durante la relación sexual. Posee dos anillos, uno a cada extremo; un anillo está en el extremo cerrado de la vaina o preservativo y se coloca en el interior de la vagina, mientras que el otro se encuentra en el extremo abierto y se ubica en el extremo exterior de esta. En la cara interna del preservativo femenino hay un lubricante con base de siliconas. Si la mujer usa el preservativo en todas las relaciones sexuales y sigue las instrucciones adecuadamente, su efectividad es de entre el 88-95%. No hay datos exactos sobre su efectividad en la protección de las infecciones de transmisión sexual (Lewitan, 2013).

#### **2.5.2.1 Modo de colocación:**

Insertar el anillo interno y empujarlo hacia el fondo de la vagina. Con el dedo índice presionar el anillo interno hacia adentro de la vagina hasta que pase el hueso pubiano. El anillo exterior del preservativo femenino se coloca entre los labios menores de la vagina; unos centímetros de este deben quedar afuera del cuerpo. De forma posterior, se debe guiar el pene del hombre dentro del preservativo femenino para que no penetre en la vagina durante la relación sexual. Una vez concluida esta, para retirar el preservativo femenino hay que apretar y plegar delicadamente el anillo externo para mantener el esperma dentro del condón, y luego empujarlo hacia afuera delicadamente. No se lava ni se vuelve a usar, sino que se debe descartar (Lewitan, 2013).

### **2.5.3 Diafragma vaginal:**

Es una membrana de látex provista de un aro de metal flexible, que está recubierto del mismo látex. La mujer lo debe colocar la vagina hasta 6 horas antes, y debe cubrir el cuello del útero para impedir la entrada del semen. Se presenta en distintos tamaños, y es el médico quién debe tomar la medida para decidir cuál es el que se ajusta a cada mujer, además de enseñar a usarlo (Lewitan, 2013). El diafragma (capuchón de goma recubierto de espermicida se coloca sobre el cuello uterino) se utiliza para bloquear y matar a los espermatozoides que intentan llegar al útero. El uso de un diafragma puede requerir una visita al profesional de servicios de salud para su ajuste. La mujer debe recordar ponérselo y este debe sentirse cómodo antes de iniciar el contacto sexual. Su uso aumenta las probabilidades de infecciones urinarias y si el diafragma se desliza pierde eficacia (Joyce, 2011).

Para aumentar su seguridad, se debe de usar simultáneamente una jalea espermicida. Se retira 8 horas después de la última relación sexual y, como no es descartable, para su cuidado se debe lavar, secar y guardar con talco. Antes de cada nuevo coito, si está colocado, hay que aplicar más espermicida en el interior de la vagina. También es necesario comprobar la correcta colocación del diafragma antes de cada acto. Después del coito, la mujer debe mantener el diafragma en su posición durante al menos 8 horas, pero nunca más de 24 horas (Lewitan, 2013).

Con este dispositivo sólo se pueden utilizar lubricantes acuosos, ya que los de base oleosa, como la vaselina, pueden dañar la estructura del caucho y provocar desgarros y perforaciones. Por otra parte, se tiene que examinar con regularidad; esto se realiza al mirarlo a trasluz o al llenarlo de agua para comprobar si tiene algún orificio. Hay que cambiarlo cada dos años, aproximadamente, y siempre que se ganen o pierdan más de 9 kg de peso, después de un embarazo y tras cualquier intervención quirúrgica de la pelvis. Por lo general, las adolescentes no suelen presentar contraindicaciones orgánicas

para su uso, pero requiere una fuerte motivación. Actualmente, su indicación y utilización es excepcional (Lewitan, 2013).

#### **2.5.4 Espermicidas:**

Ejercen su acción por contacto sobre la superficie de la membrana de los espermatozoides. Las sustancias disponibles en nuestro medio son el nonoxinol-9 y el cloruro de benzalconio, en distintas presentaciones farmacéuticas, como óvulos, cremas, geles, tabletas y esponjas (Vázquez, Daldevich, 2013). Sirve como una barrera química para matar los espermatozoides antes de su entrada al útero. El espermicida está disponible en el comercio, pero puede causar irritación cutánea (Joyce, 2011). Es necesario instruir a la adolescente acerca de su colocación 15 minutos antes del coito, y en el caso de cremas y geles, no debe superar la hora. No se debe realizar higiene vaginal hasta 6 horas después del coito. Es un método de mediana eficacia, por lo que se aconseja sólo usarlo como complemento de otros métodos de barrera (Vázquez, Daldevich, 2013).

##### **2.5.4.1 Esponjas espermicidas:**

Son descartables y están hechas de poliuretano impregnado con nonoxinol-9 cloruro de benzalconio (1 g); liberan 125mg del espermicida en 24 horas, y no deben retirarse hasta 6 horas después de la última relación sexual. Cumplen una doble acción: de barrera y química (Vázquez, Daldevich, 2013).

#### **2.6 Anticoncepción hormonal:**

La anticoncepción hormonal (AH) lleva practicándose desde hace más de 40 años, y la discusión de los aspectos relacionados con la planificación familiar constituye un aspecto fundamental de la salud sexual y reproductiva de las mujeres en las revisiones periódicas (Martínez, 2005). Los anticonceptivos hormonales (ACH) están compuestos por hormonas sintéticas semejantes a las producidas por los ovarios (estrógenos y progesterona). La anticoncepción hormonal basa su elevada efectividad en la inhibición de la ovulación como mecanismo de acción. Los ACH pueden estar compuestos sólo de progestágenos

o por estrógenos y progestágenos de forma combinada. Su efectividad alcanza al 99% si su utilización es correcta (Vázquez, Daldevich, 2013).

Requisitos para prescribir un anticonceptivo hormonal: Valorar factores de riesgo, descartar patologías previas que pudieran agravarse con su uso, conocer el perfil de la paciente y descartar contraindicaciones. Examen clínico: la OMS determina que para comenzar la anticoncepción hormonal solo se requiere un interrogatorio adecuado, la toma de la tensión arterial y la evaluación del peso. De modo posterior a la indicación del anticonceptivo hormonal combinado (ACH), se podrán complementar los siguientes estudios: examen genitomamario, colpocitología y laboratorio de rutina. Clasificación de los ACH según la vía de administración: anticonceptivos orales (ACO), anticonceptivos inyectables, sistema de liberación intrauterino, anillos vaginales, parches e implantes (Vázquez, Daldevich, 2013).

### **2.6.1 Anticoncepción oral:**

Pastillas anticonceptivas o sólo "pastillas", que suprimen la ovulación, alteran el moco cervicouterino y hace más delgada la pared endometrial. Su eficacia es mayor que con las medidas que no requieren de receta, aunque los cambios hormonales pueden aumentar el riesgo de complicaciones. Esta medida es costosa y requiere de vigilancia médica; además, en ciertos individuos, " la pastilla" puede aumentar el riesgo de cáncer. Otro factor de riesgo para cáncer, es el consumo de nicotina, deben evitarse si se toman anticonceptivos orales (Vázquez, Daldevich, 2013).

Es un método ampliamente aceptado por las adolescentes, debido a su alta efectividad, estar desvinculado del coito, asegurar menstruaciones regulares y aliviar la dismenorrea. No obstante, algunas lo rechazan por las siguientes razones: tener baja frecuencia de relaciones sexuales, carecer de pareja estable, temor a los efectos colaterales, principalmente los relacionados con el aumento de

peso, temor por su fertilidad futura o al cáncer y por no querer asumir la obligación de la toma (Lewitan, 2013).

Se inicia el tratamiento el primer día del ciclo menstrual. La toma diaria, seguida de un descanso o placebo, sin requerir interrupción programada. Es importante recordar que estos anticonceptivos presentan interacción con algunas drogas, como analgésicos (anifenazona aminopiridina), anticonvulsivantes (fenacetina, fenobarbital, fenitoína), antibióticos (rifampicina) y algunos hipoglucemiantes (Lewitan, 2013).

Los anticonceptivos orales se pueden clasificar en: combinados (dosis alta, baja y ultrabaja), secuenciales (no se usan) y progestágenos solos (minipíldora o POP). Los anticonceptivos orales combinados están compuestos por la asociación del etinilestradiol o valerato de estradiol más un gestágeno que podrá ser de: 1.a generación de noretindrona, 2.a generación de levonorgestrel y de 3.a generación de gestodeno, norgestimato, desogestrel, drospirenona, dienogest. Su mecanismo de acción es a través de la inhibición de la ovulación por supresión del pico de hormona luteinizante (LH), la alteración de la motilidad del epitelio tubario, la creación de un moco hostil a la penetración espermática y la alteración de la motilidad espermática (Lewitan, 2013).

Las contraindicaciones absolutas son: embarazo, antecedentes de tromboflebitis o trastornos tromboembólicos, tromboflebitis venosa profunda, enfermedad cerebrovascular, coronariopatías, cáncer de mama, cáncer de endometrio u otra neoplasia estrógenodependiente, hemorragia genital sin diagnóstico, ictericia colestática del embarazo, antecedentes de ictericia previo al uso de ACO, tumor hepático benigno o maligno y diabetes mellitus con alteraciones vasculares (Lewitan, 2013).

Anticoncepción hormonal oral (AHO) con etinilestradiol (EE) y drospirenona (DRSP) (Yasmine, Yasminelle, Yas). La DRSP es un derivado de la



espirolactona, tiene actividad progestacional, antiminerlocorticoide y antiandrogénica, interesantes para contrarrestar el efecto del EE sobre la retención de sodio, aumento de peso y elevación de la tensión arterial en las mujeres susceptibles. No es diurético. Presenta un Índice de Pearl global de 0,57 y una tasa estable de sangrado intermenstrual y manchado (1% y 9,3% respectivamente) (Huber y cols., 2000).

La tasa de abandonos de 20-30% se debe principalmente a problemas de sangrado, cefaleas, náuseas/vómitos y aumento de peso. En estudios específicos, comparando un AHO con desogestrel (DSG), las mujeres que recibieron DRSP presentaron menor prevalencia del síndrome premenstrual (SPM), menor puntuación de sentimientos de afecto negativos (ansiedad, irritabilidad, tristeza) y menor aumento de peso. La pauta extendida con 24 días del preparado hormonal y sólo 4 días libre de hormona, parece reducir la incidencia de síntomas asociados a la deprivación hormonal (dolor pélvico, cefaleas, hinchazón y tensión mamaria) aumentando la eficacia. Y aunque sea comercializado haciendo hincapié en las posibles ventajas de este tipo de anticonceptivo sobre aspectos de la "calidad de vida de las mujeres" relacionados con el temor al aumento de peso, cambios de humor y acné, las recientes evidencias no parecen apoyar una ventaja clara de este preparado respecto a otros AHC (Martínez, 2005).

### **2.6.2 Minipíldora:**

Se llama minipíldora o píldora que contiene sólo progesterona (POP) porque, a diferencia de los anticonceptivos orales combinados, no contiene estrógenos. Los progestágenos utilizados son: levonorgestrel 0,30 mg, linestrenol 0,50 mg desogestrel 0,75 mg. De acuerdo con el principal mecanismo de acción de cada progestágeno, ya sea inhibidor de la ovulación (desogestrel) o modificador del moco cervical, podrían ser utilizados con alta eficacia anticonceptiva (Vázquez, Daldevich, 2013).

### **2.6.3 Anticoncepción hormonal de emergencia:**

Según la OMS, la anticoncepción hormonal de emergencia (AHE) consiste en métodos anticonceptivos que pueden ser utilizados después de una relación sexual no protegida para prevenir un embarazo no deseado. Son métodos seguros, efectivos y simples de utilizar para la mayoría de las mujeres que pudieran necesitarlos. La pastilla anticonceptiva de urgencia puede administrarse hasta 3 días después del coito para evitar la implantación de un óvulo fecundado en la pared uterina. El noviembre de 1999, el Comité de Expertos de la OMS en Medicamentos Esenciales incorporó ambos métodos (de Yuzpe y de gestágeno solo-levonorgestrel) en la lista de Drogas Esenciales, y otorgó a la AHE la categoría 1 dentro de los Criterios de Elegibilidad, ya que no posee contraindicaciones para su uso (Vázquez, Daldevich, 2013).

Régimen combinado (método de Yuzpe): 100 mcg de EE-500 mcg de levonorgestrel (LNG) cada 12 horas. Régimen gestageno sólo: 0,75 mg de LNG cada 12 horas, 1,5 mg dosis única. Las indicaciones para su uso son las siguientes: relaciones sexuales no protegidas, uso incorrecto o accidente en el uso de un método anticonceptivo, violaciones. Los efectos adversos más frecuentes son: náuseas, vómitos, mareos, fatiga y cefalea. No hay descritos eventos cardiovasculares ni de enfermedad tromboembólica. Tampoco se conocen efectos teratogénicos sobre el feto en caso de ingesta en la fase folicular temprana (Vázquez, Daldevich, 2013).

La efectividad disminuye a medida que el tiempo transcurre: menos de 24 horas 95%, entre las 25-48 horas 85% y entre las 49-72 horas 58%. El retraso en la ingestión de la primera dosis incrementa el riesgo de embarazo en un 50% cada 12 horas. En la mayoría de los embarazos que se evitan, el acto sexual ha precedido a la ovulación. La AHE no es efectiva si existe un embarazo y no altera su curso. La inhibición de la ovulación y la alteración de la migración espermática son los únicos mecanismos comprobados hasta el momento (Vázquez, Daldevich, 2013).

Durante los primeros 14 días de la toma de las grageas, se debe emplear adicionalmente un método anticonceptivo no hormonal (con excepción de los métodos del ritmo y de la temperatura. Si se usan en el posparto, se recomienda comenzar la toma seis semanas después del nacimiento; sin embargo, en circunstancias especiales, cuando no se disponga de otro método más apropiado o aceptado por la adolescente, el equipo de salud puede considerar adelantar el comienzo de la toma. Esa debe ser diaria, a la misma hora y sin descansos (Vázquez, Daldevich, 2013).

#### **2.6.4 Anticoncepción inyectable:**

De acuerdo con su aplicación, se puede clasificar en: mensual (de primera y segunda generación), bimestral (no disponible), trimestral (no disponible). La anticoncepción inyectable debe administrarse según las siguientes indicaciones: En mujeres que no recibían previamente un anticonceptivo, la primera inyección se debe aplicar el primer día del ciclo menstrual, luego cada 30 días + 3 días, independientemente del sangrado menstrual. En mujeres que recibían previamente un anticonceptivo oral de 28 comprimidos, la primera inyección se debe aplicar el día que se debía comenzar con el nuevo ciclo de píldoras, es decir, al día siguiente de finalizado el envase, Luego cada 30 días + 3 días. Se debe indicar método de barrera adicional los primeros 7 días y aclarar que no protege contra las ITS. Algunos de los efectos secundarios que se pueden presentar son: cefaleas, molestias gástricas, náuseas, tensión mamaria, variaciones de peso, depresión, alteraciones del ciclo, etc. (Vázquez, Daldevich, 2013).

La inyección Depo Provera de solo progestina se administra alrededor de cada tres meses para suprimir la ovulación, espesar el moco del cuello uterino y adelgazar la pared endometrial. Requiere de una visita al servicio médico. Las complicaciones pueden incluir aumento de peso, disminución de la libido y menor densidad ósea. La inyección con una combinación de progestina y estrógeno se administra una vez al mes para prevenir la ovulación, espesar el moco del cuello uterino y adelgazar la pared endometrial. Debe administrarse cada mes y es

posible que la mujer experimente mayor sensibilidad de las mamas o náuseas. (Vázquez, Daldevich, 2005).

### **2.6.5 Anillos vaginales:**

Este método consiste en un aro de 4 mm de diámetro en su espesor, con un diámetro total de 54 mm. Está compuesto por un derivado de una goma de silicona, y contiene 15 mcg de etinilestradiol y 120 mcg de etonogestrel (metabolito activo del desogestrel) de liberación diaria. Se inicia el tratamiento del primer día del ciclo y se utiliza un anillo por ciclo durante 3 semanas, seguidas de una semana de descanso. En la semana de descanso, aparece el sangrado menstrual. Se caracteriza por: inhibir la ovulación como los anticonceptivos orales, es tan eficaz como los ACO (anticonceptivo oral combinado), las hormonas se liberan desde la inserción, la mucosa vaginal es apropiada para la absorción de hormonas esteroideas (Lewitan, 2013).

#### **2.6.5.1 Anillo anticonceptivo mensual (NuvaRing):**

NuvaRing es un anillo transparente, de 54 mm de diámetro por 4 mm de grosor que contiene 2,7 mg de EE y 11,7 mg de etonogestrel (ENG), y libera diariamente a razón de 15 ug de EE y 120 ug de ENG al día. Cada anillo se coloca en la vagina, donde permanece durante tres semanas. Se retira y se deja un período libre de uso del anillo de una semana, durante la que se presenta el sangrado. Clínicamente hay menos sangrado intermenstrual que con otros AHO. NuvaRing inhibe completamente la ovulación durante el período de uso normal de 3 semanas y también durante el uso extendido hasta 5 semanas. En estudios de farmacocinética se observa un ligero descenso de las concentraciones de ENG y EE durante las tres semanas y hasta 35 días, y no se comprometería la inhibición de la ovulación si se prolongará hasta 5 semanas el uso del anillo. Los niveles plasmáticos de EE con el anillo son menores que con el parche (OrthoEvra) o con un AHC de 30 ug de EE (Martínez, 2005).

### **2.6.6 Anticoncepción transdérmica, parche anticonceptivo semanal (Evra):**

Estos parches son anticonceptivos asociados a una sustancia química que intensifica la penetración; pasan a la sangre a través de la piel y contienen estrógeno y progestágeno. Actúan al inhibir la ovulación, como cualquier anticonceptivo hormonal combinado. Son autoadhesivos que cubren una superficie de 20 cm<sup>2</sup>, liberando 20 mcg/día de etinilestradiol (EE) y 150 mcg/día de norelgestromin. Se aplican primer día del ciclo menstrual y luego el mismo día de la semana durante tres semanas, seguidas de una semana de descanso durante la cual se produce el sangrado por privación. Su eficacia es comparable a la de los ACO, pero disminuye en pacientes cuyo peso corporal supera los 90 kg. (Lewitan, 2013).

El anticonceptivo semanal consiste en un parche de 4,5 cm de diámetro y menos de 1 mm de grosor. Cada parche contiene 6 mg de norelgestromina (NGTMN) y 0,6 mg de EE, libera diariamente 20 ug de EE y 150 ug de NGTMN, el principal metabolito activo del norgestimato (NGT). El parche se aplica una vez a la semana (en abdomen, hombro o nalga) durante tres semanas consecutivas seguidas de una semana libre de parche por ciclo. La absorción transdérmica evita el efecto de primer paso hepático. No se han identificado alteraciones clínicamente significativas en parámetros de laboratorio asociados al uso del parche (Van den Heuvel y cols., 2005). Las mujeres que usan parche (OrthoEvra) están expuestas a un 60% más de nivel plasmático de estrógeno que si tomaran un AHO de 35 ug EE (Martínez, 2005).

### **2.6.7 Implantes subdérmicos:**

El implante es un sistema de cápsulas delgadas de plástico flexible que se coloca bajo la piel en la parte interior del brazo. Libera una cantidad muy pequeña de progesterona sintética que inhibe la ovulación y espesa el moco cervical. La efectividad del implante, que puede alcanzar el 99,5%, comienza 24 horas después de la inserción y dura 3-5 años. Se requiere una pequeña cirugía con

anestesia local para insertarlo y retirarlo. No protege contra las ITS. En general, no es un método aceptado por las adolescentes por su visibilidad, a pesar de ser muy efectivo (Lewitan, 2013).

#### **2.6.7.1 Tipo de implantes subdérmicos:**

Monovarilla (Implanon) implante que libera etonorgestrel (3-keto-desogestrel), metabolito biológicamente activo del desogestrel (DSG) y proporciona protección anticonceptivas durante 3 años y de doble varilla (Jadelle) de una mezcla de cristales del esteroide y polímero que liberan levonorgestrel (LNG) una tasa constante durante 5 años. En ambos casos, se obtienen los máximos niveles séricos de ETNG o de LNG en la primera semana tras la inserción, y van declinando lentamente durante los 3-5 años, respectivamente. Tras su retirada, los niveles séricos son indetectables en una semana (Balasch, 2005).

El mecanismo de acción anticonceptivo consiste en una combinación de: interrupción del crecimiento folicular y de la ovulación, espesamiento del moco cervical y alteración del endometrio (Croxatto, 2002). La tasa acumulada de embarazo para Jadelle al cabo de 5 años es inferior a 1 por 100, aunque es mayor entre mujeres menores de 25 años o con peso superior a 70 kg (Giménez y Cusidó, 2009). En una revisión sistemática no se encontraron diferencias en la eficacia anticonceptiva Implanon y Jadelle (French y Cols., 2000). El implante debe insertarse entre el día 1 y 5 del ciclo natural o durante el intervalo libre de toma del AHC (Balasch, 2005).

Como con cualquier otro método anticonceptivo de sólo gestágeno (MSG), las alteraciones del sangrado constituyen la principal causa de abandono de uso del implante (45% en todos los ensayos clínicos). Los trastornos de sangrado son prácticamente inevitables en las usuarias de implantes. Son más frecuentes durante los primeros meses y tienden a disminuir con el tiempo. La mayoría de mujeres presentan sangrado prolongado o irregular durante el primer año, que con

el tiempo tiende a mejorar. Es menos frecuente la amenorrea con Jadelle, pero relativamente frecuente con Implanon (Balasch, 2005).

La presencia de efectos secundarios durante el primer año y disminuir progresivamente: quistes ováricos, mareos, cefaleas, tensión mamaria, cambios de humor, hirsutismo, acné, etc., y son motivo de extracción muy raras veces (<2%). La tasa varía entre los diferentes estudios, y no se han realizado estudios comparativos. La tasa de continuidad elevada (entre 33 y 78% a los cinco años). Las complicaciones durante la inserción (infección o expulsión) varían entre 0-0,5%, sin aparentes diferencias entre sistemas. La tasa de complicaciones durante la extracción varía entre 0,2-7%. Globalmente, los implantes constituyen un método anticonceptivos de elevada eficacia y seguridad, de larga duración, reversible, no relacionado con la actividad sexual y con pocos efectos secundarios. Es importante, desde el punto de vista de las usuarias, que los proveedores de este método proporcionen buen asesoramiento y fácil acceso para el seguimiento y la retirada, cuando se solicite (Balasch, 2005).

Pautas continuas, periodicidad del sangrado: la protección anticonceptiva de la AH actual la proporciona el gestágeno, al evitar el pico de LH y la ovulación, espesar el moco cervical y atrofiar el endometrio. El estrógeno sirve para estabilizar el endometrio y para elegir cuando menstruar. Hay evidencia de la seguridad de las diferentes combinaciones de patrones de sangrado: "ausente": gestágenos solos, o pauta combinada continua, trimestral: seasonale, mensual: pautas 21/7 o 24/4, a conveniencia: cada 4-5-6 semanas (Martínez, 2005).

El propósito fisiológico de la menstruación es preparar el útero para el embarazo, por lo que el sangrado por privación mensual en la mujer que usa AHC para evitar el embarazo no tiene este propósito. Las pautas clínicas de los AHC actuales se diseñaron para responder a un patrón culturalmente aceptado. El uso de AHC podría dissociarse de la necesidad de anticoncepción y pasar a ser

una indicación para el tratamiento de los síntomas relacionados con la regla (Martínez, 2005).

### **2.6.8 Dispositivos intrauterinos.**

El dispositivo intrauterino o DIU es una pequeña pieza, usualmente plástica y flexible, que debe ser introducida y extraída del útero por un profesional de la salud calificado. Permanece en el útero de forma continua mientras no se desee el embarazo, y su duración varía entre 5-10 años. La presencia del dispositivo en el útero estimula la liberación de leucocitos y prostaglandinas por parte del endometrio, como parte de una reacción al cuerpo extraño. Estas sustancias son hostiles para el espermatozoide. Por otra parte, la presencia de cobre incrementa el efecto espermicida. Los DIU no poseen elementos protectores contra una ITS (Vázquez, Daldevich, 2013).

De acuerdo con la mayoría de las investigaciones, el mecanismo primordial por el cual ejerce su acción anticonceptiva el DIU medicado con cobre - en concordancia con lo señalado por la OMS- se llevaría a cabo en el periodo de prefertilización (Vázquez, Daldevich, 2013). El DIU evita que el semen entre en contacto con el óvulo y previene la implantación. Si se añade progestina, también se observan los efectos hormonales engrosamiento de la pared uterina y adelgazamiento de la pared endometrial. No se observan efectos sistémicos. Pueden presentarse patrones menstruales irregulares (Joyce, 2011).

#### **2.6.8.1 Tipos de DIU:**

Los DIUs liberadores de cobre, atendiendo a la superficie de exposición uterina, se consideran: DIUs de baja carga, menos de 300 mm<sup>2</sup> de cobre: su eficacia anticonceptiva disminuye a partir del tercer año y DIUs de alta carga, más de 300 mm<sup>2</sup> de cobre: incorporan más filamento de cobre, manguitos de cobre y/o el agregado de un alma de plata o de oro. La duración del efecto anticonceptivo se extiende más allá de los 5 años (Balasch, 2005).



El DIU-Cu no es el método de primera elección en la mujer nulípara, pero tampoco constituye una contraindicación para su uso; tiene categoría 2 entre los criterios de elegibilidad de la OMS. Las indicaciones y contraindicaciones son las mismas que para las mujeres con paridad previa. La bibliografía mundial y local no revela una mayor incidencia de complicaciones ni efectos adversos significativos que en las pacientes con partos previos. En caso de tener que indicarlo, debe enfatizarse sobre la importancia de un comportamiento sexual adecuado y la utilización del "doble método" (DIU más preservativo, de forma sistemática) (Lewitan, 2013).

Las situaciones en las que sí está recomendado como primera elección, independientemente de que se trate de una paciente nulípara incluso adolescente, son: pacientes en tratamiento con medicación teratogénica, pacientes con contraindicación para otros métodos (medicación que interactúa con la anticoncepción hormonal, imposibilidad de utilizar métodos de barrera, etc.) y pacientes con discapacidad mental o con dificultad para el uso de otro método. Sólo el antecedente de EPI actual o en los últimos tres meses contraindica la colocación del DIU. El manejo clínico es el mismo que para las mujeres con paridad previa (Lewitan, 2013).

El GyneFix es un nuevo tipo de DIU que no tiene armazón rígido y se fija en el miometrio del fundus. Consiste en un hilo de sutura no reabsorbible sobre el que se hallan enhebradas seis vainas de cobre con una superficie total de 330 mm<sup>2</sup>. El extremo superior del filamento lleva un nudo por el que, mediante un instrumento especial de inserción, queda fijado en el fundus. Es totalmente flexible y no presenta incompatibilidad dimensional (Wildemeersch y cols., 1999). El factor más importante en la buena aceptación y eficacia de este DIU es su correcta inserción (Balasch, 2005).

El SIU-LNG (Mirena) consiste en una estructura en forma de T impregnada de sulfato de bario, que la hace radioopaca, con un depósito alrededor de la rama

vertical. El depósito vertical consiste en un cilindro hecho de una mezcla de 52 mg de LNG y un copolímero, cubierto por una membrana de silastic, que regula la liberación de LNG a razón de 20 ug/día durante al menos 5 años. La administración local de LNG produce altas concentraciones endometriales responsables de la supresión uniforme de la proliferación endometrial y decidualización del estroma. Los niveles de LNG detectables en plasma son bajos (0,1-0,4 ng/ml), insuficientes para afectar a la ovulación, pero responsables de algunos efectos secundarios adversos (Balasch, 2005).

#### **2.6.8.2 Eficacia anticonceptiva de los DIUS.**

En 34 ensayos clínicos aleatorizados (ECA) que recogían más de 50.000 mujeres en 16 comparaciones de varios dispositivos, los DIU-Cu presentaron una elevada protección frente al embarazo, que duraba hasta 12 años en el caso del TCU380A (Kulier, 2006). La tasa de fallos es mayor para los de baja carga que para los de alta carga, con tasas de embarazo inferiores en torno al 1% al año. La eficacia del SIU-LNG es similar a la de los DIU-Cu alta carga. Se debe preferir DIUs de alta carga de cobre, > 300 mm<sup>2</sup>, porque tienen la menor tasa de fallos (CdC-SEC, 2001). No hay datos disponibles que comparen diferentes DIU en subgrupos especiales, como las mujeres nulíparas (Balasch, 2005).

La duración del efecto anticonceptivo de los DIU-Cu de alta carga y del SIU-LNG es de 5 años. Es recomendable agotar el período de eficacia del DIU, y no cambiarlo antes, para reducir el riesgo de infección, perforación y expulsión asociado al momento de la inserción. Cuando se ha insertado un DIU-CU de alta carga en una mujer de más de 40 años, tras informarle del descenso natural de la fertilidad, puede continuar con el mismo DIU hasta un año después de la última menstruación. El SIU-LNG tiene una duración de su efecto anticonceptivo de 5 años. La Guía FSRH recomienda que las mujeres que reciben un SIU-LNG después de los 45 años para anticoncepción, pueden continuar su uso hasta 7 años, o hasta que no precisen más anticoncepción. La amenorrea no es indicador fiable de anovulación (Balasch, 2005).

### **2.3.12.3 Mecanismo de acción de los DIUS:**

No existen evidencias concluyentes sobre el mecanismo de acción anticonceptivo de los DIU, aunque numerosos experimentos apoyan la idea de que los DIUs de cobre impiden el transporte espermático y evitan la fecundación por diferentes mecanismos: reacción local a cuerpo extraño, acción gameticida, interfiriendo con la implantación. Además, el SIU-LNG, ejerce un efecto a nivel endometrial, hostil a la migración espermática, que dificulta la fecundación (Martínez, 2005). Se acepta que el mecanismo de acción anticonceptivo del DIU es fundamentalmente preconceptivo (Balasch, 2005).

Los efectos terapéuticos y contraceptivos del SIU-LNG se basan en la acción local del LNG. Las concentraciones intrauterinas de LNG son 1.000 veces superiores que con los implantes subcutáneos de progesterona. Se producen cambios en la morfología endometrial, el moco cervical y la función ovárica, junto a una reacción frente a cuerpo extraño desencadenada por la presencia del dispositivo. Todos estos efectos contribuyen inicialmente a evitar la fertilización, aunque el fracaso de la implantación puede actuar como mecanismos secundario en algunas mujeres, en algunos ciclos (Balasch, 2005).

### **2.6.8.4 Momento de la inserción:**

Un DIU se puede insertar con seguridad, sin aumento de riesgo de complicaciones, en cualquier momento del ciclo, si existe seguridad razonable de que no hay embarazo. Debido al efecto tóxico del cobre, el DIU-Cu es eficaz desde el momento de la inserción. Por ello, si ha habido coito no protegido y hay riesgo de embarazo, se puede insertar un DIU-Cu como método de anticoncepción de emergencia (AE), si se realiza antes de la implantación (hasta 5 días después del primer coito no protegido o hasta 5 días después de la fecha más cercana prevista de ovulación) (FSRH, 2007). El SIU-LNG debe insertarse en los primeros 7 días del ciclo, o aconsejar método anticonceptivo complementario durante los próximos 7 días, tiempo que precisa para conseguir protección anticonceptiva. La inserción durante la regla permite excluir con mayor seguridad un embarazo. En

cambio puedes ser más difícil identificar signos de infección. Se puede retirar un DIU caducado e insertar uno nuevo a continuación (Balasch, 2005).

Tras la inserción del SIU-LNG frecuentemente se observa sangrado intermenstrual durante los 2-3 primeros meses. Aumenta el número de días de sangrado/pérdida hemática, pero disminuye el volumen total de sangre menstrual. Con el uso continuado, se reduce extraordinariamente la cantidad de sangrado menstrual, y al cabo del primer año aproximadamente un 20% de mujeres presentan amenorrea, llegando al 50% a los 5 años (Balasch, 2005).

Para una adecuada colocación del DIU se requiere informar del procedimiento a la mujer y respetar normas de prevención de infecciones. Es recomendable obtener un consentimiento informado. El DIU se inserta lo más cerca del fundus posible, siguiendo las normas del fabricante. La técnica de inserción dependerá del diseño del DIU. Se distinguen cuatro técnicas distintas: técnica de empuje (Gynet), de retirada (Multiload), de empuje y retirada (NovaT-380, Mirena), técnica de enclavamiento (Gynefix) (Balasch, 2005).

Muchas mujeres experimentan molestias durante el proceso de inserción, pero menos del 5% refieren dolor moderado o intenso. Las molestias se reducen con analgésicos (por ejemplo ibuprofeno 30 minutos antes de la inserción). Se producen reacciones vagas y laceraciones cervicales en menos del 1% de las mujeres. Se puede utilizar dilatadores, con o sin anestesia paracervical, en casos de canal cervical estrecho, sin aumento de la tasa de expulsión. Puede resultar útil la aplicación de 1 comprimido vaginal de misoprostol una hora antes de la inserción, si se prevén dificultades (Balasch, 2005).

#### **2.6.8.5 Inserción postparto/post cesárea:**

Si se ha previsto en el curso de las visitas prenatales, se procederá a realizar la inserción de un DIU inmediatamente tras la expulsión de la placenta, antes de que transcurran 10 minutos (inserción inmediata postplacentaria, IPPI)

depositando con la mano el DIU en el fondo de la cavidad uterina. Se recomienda conocer la técnica de inserción postplacentaria. No es aconsejable realizar la inserción entre las 48 horas y las 4 semanas posteriores al parto, por riesgo de expulsiones (Balasch, 2005).

#### **2.6.8.6 Inserción postaborto:**

Se puede realizar inmediatamente si no hay infección. Si la hay, se recomienda escoger otro método eficaz. Cuando remita, si no hay peligro de otra infección ni embarazo se puede colocar tras 3 meses del aborto (Balasch, 2005).

#### **2.6.8.7 Inserción durante la lactancia:**

Se puede realizar la inserción en mujeres que lactan, sin riesgo aumentado de expulsiones o perforaciones. Tras la inserción del DIU es conveniente: instruir sobre los posibles efectos secundarios aumento cantidad de regla, sangrado intermenstrual; recomendar evitar coito, tampones y baños de inmersión durante los cinco días posteriores; indicar la posibilidad de analgésicos si aparece dolor en los días siguientes; remarcar que el DIU no protege de ITS, y recomendar encarecidamente mantener una relación mutuamente monógama durante el uso del DIU, o utilizar el preservativo en caso de relación con pareja no habitual; enseñar a la mujer a autoexplorar la presencia de los hilos en cuello, si se muestra receptiva; programar una revisión tras la siguiente regla, en las 4-6 semana siguiente (Balasch, 2005).

Es muy importante explicar en qué situaciones debe acudir a la consulta sin cita previa: dolor pélvico intenso, retraso menstrual o regla atípica, síntomas de embarazo o infección, cambió de pareja, siempre que tenga preguntas, problemas o preocupaciones. Los controles posteriores serán los establecidos para cualquier mujer sexualmente activa (Balasch, 2005).

#### **2.6.8.8 Efectos secundarios:**

Los DIU-Cu producen generalmente aumento y duración de la cantidad de pérdida hemática con la menstruación y sangrado intermenstrual, no es fuerte en los primeros meses tras la inserción. El aumento de sangrado parece estar relacionado con el efecto local del cobre en el endometrio, detectándose un aumento de liberación de prostaglandinas. Es el efecto secundario que motiva más extracciones (Balasch, 2005).

El efecto secundario más frecuente que motiva la extracción del SIU-LNG es la alteración del patrón del sangrado y los efectos hormonales secundarios (tensión mamaria, cambios de humor, acné). Tras la inserción del SIU-LNG se produce un aumento del número de días de sangrado, aunque disminuye la cantidad total de sangrado, Durante los tres primeros meses, y después disminuye, presentando amenorrea el 20% de las usuarias al cabo del primer año. Es fundamental realizar un buen asesoramiento previo a la inserción del SIU-LNG (Martínez y cols., 2001). Los efectos secundarios en general son más frecuentes al inicio del tratamiento y hacia el tercer mes de uso van decreciendo progresivamente (Balasch, 2005).

Como en otras formas de contracepción de sólo progestágenos (Norplant o píldora de progesterona) se han detectado quistes de ovario funcionales en ecografías entre las 6 semanas y 12 meses postinsección entre el 12% y el 30% de usuarias de SIU-LNG. Los quistes desaparecen espontáneamente en los meses siguientes, sin precisar la extracción del SIU-LNG. Se relaciona con trastornos menores del eje hipotálamo-hipófiso-ovárico que conducen alteraciones del desarrollo folicular, rotura y posterior formación de quistes. La inserción de un SIU-LNG no parece acompañarse de alteraciones significativas del metabolismo de los hidratos de carbono, los parámetros de la coagulación, las enzimas hepáticas o los lípidos plasmáticos (Balasch, 2005).

### **2.6.8.9 Efectos beneficiosos:**

Los DIU-Cu presentan como principal efecto beneficioso su elevada eficacia contraceptiva. Tras la inserción de un DIU-LNG, por la profunda inhibición del crecimiento endometrial que se produce, ha demostrado utilidad en:

- a) Tratamiento de hipermenorrea/menorragia
- b) Tratamiento del dolor asociado a la endometriosis y/o adenomiosis.
- c) Tratamiento de la dismenorrea.
- d) Reducción del riesgo de embarazo ectópico.
- e) Prevención de la enfermedad pélvica inflamatoria, por la modificación (espesamiento) del moco cervical y la disminución del sangrado.
- f) Reducción de la incidencia y crecimiento de miomas.
- g) Tratamiento de la hiperplasia: con el SIU-LNG se obtiene una supresión endometrial más uniforme y se precisa en menos tiempo para que el útero alcance la supresión endometrial.
- h) Protección endometrial en tratamiento hormonal substitutivo, en combinación con estrógeno oral o transdérmico (Balasch, 2005).

### **2.6.8.10 Complicaciones:**

1. Expulsión: La complicación más frecuente de los DIUs es la expulsión, cuya consecuencia más grave, si pasa inadvertida, es el embarazo no intencionado. Las expulsiones son más frecuentes en los primeros meses tras la inserción, por lo que es importante realizar una visita de control post-inserción en algún momento de transcurridas las primeras 4-6 semanas. Se comprueba la presencia de los hilos en canal cervical, no siendo imprescindible la exploración sistemática mediante ecografía (Balasch, 2005).

2. Embarazo: Si el embarazo es intrauterino y el DIU permanece en la cavidad uterina, hay que intentar retirar el DIU mientras sea posible. Si la mujer decide interrumpir el embarazo, se extraerá el DIU durante la intervención. Si no se puede extraer, hay que explicar que aproximadamente el 50-60% de todos los embarazos intrauterinos pueden terminar en abortos espontáneos si no se extrae

el DIU. Esto supone una frecuencia 2,5-5 veces mayor que en mujeres no portadoras de DIU. Más de la mitad de los abortos espontáneos de las usuarias de DIUs ocurre en el segundo trimestre. No se ha observado mayor riesgo de aborto séptico. El DIU que queda in situ durante la gestación se ha asociado también con mayor frecuencia de parto prematuro, pero no se ha observado aumento de defectos congénitos, anomalías genéticas o mola (Balasch, 2005).

El uso de DIU en sí no aumenta el riesgo de ectópico, pero si se produce un embarazo con un DIU in situ, es más probable que sea extrauterino. Ante una mujer portadora de DIU que presenta pérdidas intermenstruales de reciente aparición, tras una regla un "poco rara" o síntomas de embarazo, se debe descartar siempre la posibilidad de un embarazo ectópico. Se puede presentar un embarazo ectópico en una mujer portadora de un SIU-LNG, que puede plantear dificultades diagnósticas (Balasch, 2005).

3. Enfermedad pélvica inflamatoria (EPI): Para la mayoría de las mujeres la anticoncepción intrauterina es una opción segura. Las infecciones del tracto genital superior se producen cuando los microorganismos patógenos ascienden desde el cuello del útero a invadir el endometrio y las trompas de Falopio, causando una reacción inflamatoria. Si se tiene en cuenta los criterios de selección de usuarias, la incidencia de EPI entre los diferentes estudios multicéntricos es muy baja, y en una revisión de 13 estudios multicéntricos de la OMS, el riesgo de desarrollar EPI es 6,3 veces mayor durante los 20 días tras la inserción que en cualquier momento posterior (Mohllaje, 2006). Tras los 20 días post inserción, el riesgo permanece constante (1,4 por 1.000 mujeres/año) (Martínez, 2005).

Si en la historia médica se detecta el riesgo aumentado de ITS (edad <25 años, o nueva pareja, o más de una pareja en el último año, o la pareja tiene otras parejas), se debe ofrecer pruebas de detección adecuadas. Si los síntomas o signos están presentes: realizar las pruebas de diagnóstico, tratamiento y esperar



los resultados y pues poner la inserción del DIU hasta la resolución; no está recomendado el empleo de antibióticos profilácticos; no se recomienda el cribado de ITS; la EPI entre las usuarias del DIU está principalmente relacionada con el proceso de inserción y el riesgo de base de las ITS. Las condiciones que representan un riesgo inaceptable si se inserta un DIU son: EPI actual; cervicitis purulenta actual; infección por chlamydia o gonorrea; continuación/inicio en TBC pélvica conocida, sepsis puerperal y aborto séptico (Balasch, 2005).

4. Presencia de organismos tipo *Actinomyces*: en el frotis citológico es un hallazgo relativamente frecuente entre portadoras de un DIU (5,9% en portadoras de Tcu380A), sobre todo durante períodos largos. La actinomicosis pélvica es una enfermedad grave que puede requerir la histerectomía y doble anexectomía. La relación entre ambos cuadros es motivo de controversia. La recomendación en caso de ausencia de síntomas es no tratar, dejar el DIU in situ y mantener una actitud expectante, mientras no aparezcan otros síntomas (Balasch, 2005).

5. Perforación: El riesgo de perforación uterina con un DIU es bajo, con una frecuencia que varía entre 0 y 1,3 perforaciones por cada 1.000 inserciones. La mayoría de perforaciones se cree que están relacionadas con el procedimiento de la inserción. Se debe sospechar perforación cuando se detecta una histerometría superior a la que indicaría el tacto bimanual previo, cuando la cánula de inserción penetra más distancia de la prevista, si la mujer se queja de dolor intenso durante la inserción, o cuando no se observan los hilos en las revisiones posteriores (siempre hay que cerciorarse de la situación del DIU). La perforación de la pared uterina puede ser parcial, y posteriormente el DIU emigra, pudiendo perforar diferentes órganos o vísceras, llegando a provocar perforación y obstrucción intestinal, vesical, adherencias y esterilidad. Cuando es las revisiones posteriores no se observan los hilos, hay que realizar las exploraciones complementarias pertinentes: ecografía, radiografía simple de abdomen (Balasch, 2005).

6. Fertilidad futura: Tanto los implantes liberadores de 30 ug/día de LNG, los SIU-LNG liberadores de 20 ug/día de LNG y los DIUs liberadores de cobre con superficie >300 mm<sup>2</sup> se asocian con fertilidad normal tras uso y la duración de uso no afecta a las tasas de embarazo (Balasch, 2005).

## **2.7 Métodos quirúrgicos:**

Habitualmente, no se recomiendan en las adolescentes debido a que son mujeres que no han cumplido su paridad, a su irreversibilidad y a que no protegen contra las ITS. Se indican en situaciones muy especiales (Lewitan, 2013).

La Ley Nacional 26.130 de Contracepción Quirúrgica, sancionada en el año 2006, establece que todas las personas capaces y mayores de edad (mayores de 18 años), pueden acceder a la ligadura tubárica y a la vasectomía de manera gratuita. Estos métodos anticonceptivos están disponibles para ser elegidos y deben ser incluidos en las consejerías en salud sexual y reproductiva. Antes de sancionada la ley, la anticoncepción quirúrgica quedaba reservada a las situaciones en las que el médico consideraba que un embarazo podía representar un riesgo para la salud de la mujer. A partir de la sanción de la Ley 26.130, son las personas las que deciden si desean adoptar o no este método anticonceptivo (Oizerovich, 2015).

### **2.7.1 Ligadura tubárica (LT):**

La ligadura tubárica es un método anticonceptivo permanente para la mujer, que consiste en la oclusión (mediante la ligadura, sección u obstrucción) bilateral de las trompas de falopio, con el fin de evitar la unión de las gametas (óvulo-espermatozoide). Su mecanismo de acción la oclusión (mediante la ligadura, sección u obstrucción) bilateral de las trompas de falopio evita que los óvulos liberados por los ovarios puedan desplazarse a través de las trompas y, por lo tanto, no entran en contacto con los espermatozoides. La LT es un método altamente efectivo, alcanzando el 99,5% de efectividad (Oizerovich, 2015).

### **2.7.2 Vasectomía:**

La vasectomía es un método anticonceptivo permanente quirúrgico, seguro y sencillo, que consiste en la ligadura de los conductos deferentes a nivel escrotal con el fin de impedir el pasaje de los espermatozoides provenientes del testículo. La baja adopción de este método por parte de la población de algunas sociedades en las que la vasectomía está legalmente aceptada puede explicarse en parte por algunos mitos, como el que identifica la fertilidad con la potencia sexual. La difusión de la información a la población acerca de las características de este método, así como una adecuada consejería, podrá hacer de la vasectomía un recurso anticonceptivo más, disponible para todos aquellos que lo requieran. Su mecanismo de acción a partir de la ligadura de los conductos deferentes, se impide el pasaje de los espermatozoides al líquido seminal, se eyacula semen pero éste no contiene espermatozoides, con lo cual no se produce el embarazo y su eficacia anticonceptiva es mayor al 99,5% si se respeta el cuidado anticonceptivo en los tres meses posteriores a la cirugía (Oizerovich, 2015).

### **2.7.3 ESSURE**

Este dispositivo consiste en un muelle expansible compuesto por una aleación de titanio (44%) y níquel (56%) con unas medidas de 4 cm de longitud por 0,8 mm de diámetro cuando está plegado. La función del muelle es anclarse en el interior de la trompa para quedar inmovilizado. Por su interior y adosado a un eje central de acero transcurren unas fibras polietileno tereftalato (dacrón). Este dispositivo está ubicado en el interior de un catéter. Para su manejo dispone de un mango que conecta por medio de un soporte metálico aleje de acero del dispositivo. Selección de pacientes: el procedimiento es irreversible por lo que sólo deben ser candidatas aquellas pacientes que hayan decidido no tener más hijos (Cayuela, 2005).

#### **2.7.3.1 Mecanismo de acción:**

El objetivo del dispositivo es producir una obstrucción mediante una fibrosis del canal endotubárico. Las fibras de dacrón inducen una respuesta tisular

benigna caracterizada por la presencia de macrófagos fibroblastos y colágeno que invaden el dispositivo creando un segundo y definitivo anclaje. El estudio de Valle (2001) con pacientes voluntarias que debían someterse a una histerectomía y a las que inserto los dispositivos 3 meses antes de la histerectomía, demuestra histológicamente la obstrucción tubarica. Los estudios de la fase II y III también demuestran con la histerosalpingografía a los 3 meses de la inserción que se produce una obstrucción tubarica (Martínez, 2005).

#### **2.7.4 ADIANA:**

Aprobado por la FDA para su uso clínico en julio del 2009, consiste en un catéter que contiene un electrodo de radiofrecuencia y una matrix porosa. El catéter se introduce en las trompas por canulación con un histeroscopio de flujo continuo que tenga un canal de trabajo de 5 Fr. Una vez que se ha canulado la trompa se aplica una corriente de 3 W durante 60 min' que eleva la temperatura de los tejidos hasta 64°. Después de la colocación se introduce la matriz porosa que mide 3,5 mm de longitud por 1,5 mm de diámetro y se deposita en la zona coagulada. A lo largo de 3 meses se produce una fibrosis que oblitera la trompa. A los 3 meses es necesario realizar una HSG para comprobar que las trompas están obstruidas (Cayuela, 2005).

#### **2.8 Marco legal.**

Los derechos de las mujeres y las niñas son parte de los Derechos Humanos Universales. En la Argentina, los derechos sexuales y reproductivos están protegidos específicamente por la ley 25.673 de "Salud Sexual y Procreación Responsable" y su decreto reglamentario 1282/03. Existen, además, otras normas concordantes y complementarias. Estas herramientas normativas están potenciadas por la Constitución Nacional en su artículo 19, por los Tratados Internacionales de Derechos Humanos que la integran (tienen su misma jerarquía; cfr. art. 75 inc. 22 C.N.), y por el resto de los tratados, declaraciones y conferencias internacionales a las cuales nuestro país adhirió, como la

Convención sobre los Derechos del Niño y la Convención de Eliminación de toda forma de Discriminación contra a la Mujer (Vázquez, Daldevich, 2013).

La Ley 25.673 es la que crea el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. Sus objetivos principales incluyen "alcanzar para la población el nivel más elevado de salud sexual y procreación responsable con el fin de que pueda adoptar decisiones libres de discriminación, coacciones o violencia", "prevenir embarazos no deseados", "promover la salud sexual de los adolescentes" y "garantizar a toda la población el acceso a la información, orientación, métodos y prestaciones de servicios referidos a la salud sexual y procreación responsable", entre otros (Art. 2). Asimismo, garantiza el suministro de métodos y elementos anticonceptivos de carácter reversible, no abortivos y transitorios, en el marco del Programa Médico Obligatorio (PMO) (Lewitan, 2013).

En la Ley 26.061 de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes se definen las responsabilidades de la familia, la sociedad y el estado en relación con el derecho a la salud, la educación, la recreación y la participación ciudadana. Esta fue promulgada en octubre de 2005. A partir del marco legal vigente en nuestro país, se desprende que los adolescentes tienen los siguientes derechos sexuales y reproductivos: conocer y disfrutar de una vida sexual plena, libre de discriminación, presión o violencia, decidir si mantener o no relaciones sexuales y con quién, ser escuchados en un ambiente de confianza, respeto y apoyo, acceder de forma gratuita a consultas sobre salud sexual y reproductiva y métodos anticonceptivos (preservativos, anticoncepción hormonal oral, anticoncepción hormonal de emergencia, DIU, anticoncepción hormonal inyectable y, a partir de los 18 años, anticoncepción quirúrgica), recibir información clara, comprensible y completa sobre métodos anticonceptivos en un marco de confidencialidad, respeto y privacidad, decidir con información y de forma autónoma qué método anticonceptivo utilizar, recibir una atención segura en el embarazo y el parto, recibir atención después de un aborto, acceder a la prevención, diagnóstico y tratamiento de las ITS y el VIH/sida (Lewitan, 2013).

En los servicios de salud, los adolescentes tienen derecho a: recibir trato cordial y respetuoso por parte de todas las personas que los atienden, ser atendidos en lugares apropiados y cómodos que permitan privacidad, recibir atención y cuidados sin discriminación de ningún tipo (edad, estado civil, raza, nacionalidad/origen, orientación sexual, etc.), ser escuchados con atención y tiempo suficiente, recibir información en un lenguaje sencillo y claro, recibir respuestas a todas sus dudas, la explicación de forma clara y tantas veces como sea necesario del diagnóstico, el tratamiento o los estudios que se deben hacer, incluidos los beneficios y posibles complicaciones, poder elegir, cuando esto sea posible, el tratamiento y el momento para realizarlo, el respeto por su cuerpo, su intimidad, su historia personal, su tiempo y sus decisiones, permanecer internados el tiempo necesario para la recuperación, ni más ni menos, ser respetados en su intimidad, la reserva de la información sobre su salud y su vida sexual y reproductiva que confían al personal de salud; esta debe ser considerada confidencial y está amparada por el secreto médico, los adolescentes son sujetos de derechos y los profesionales de la salud que informen, prescriban y provean métodos anticonceptivos se encuentran protegidos por el marco legal que les brinda la Constitución Nacional (Lewitan, 2013).

## **2.9 Marco conceptual**

### **2.9.1 La salud reproductiva.**

Dentro del marco de la salud tal y como la define la OMS, aborda los mecanismos de la procreación y el funcionamiento del aparato reproductor en todas las etapas de la vida. Esta concepción de la salud reproductiva supone que las mujeres y los hombres puedan elegir métodos de control de la fertilidad seguros, eficaces, asequibles y aceptables, que las parejas puedan tener acceso a servicios de salud apropiados que permitan a las mujeres tener un seguimiento durante su embarazo y que ofrezcan a las parejas la oportunidad de tener un hijo sano (Castañeda, 2008).

### **2.9.2 Método anticonceptivo.**

Es aquel que impide o reduce significativamente las posibilidades de una fecundación o un embarazo en las relaciones sexuales. Los métodos anticonceptivos contribuyen decisivamente en la toma de decisiones sobre el control de la natalidad (número de hijos que se desean o no tener), la prevención de embarazos, así como en la disminución del número de embarazos no deseados (Aceves et al., 2002).

### **2.9.3 Planificación familiar.**

La planificación familiar permite a las personas tener el número de hijos que desean y determinar el intervalo entre embarazos. Se logra mediante la aplicación de métodos anticonceptivos y el tratamiento de la esterilidad (en esta nota se aborda solo la anticoncepción) (Cocom, 2017).

### **2.9.4 Embarazo.**

El embarazo o parto, es un término que comprende el periodo de gestación reproductivo humano. Éste comienza cuando el espermatozoide de un hombre fecunda el ovulo de la mujer y éste ovulo fecundado se implanta en la pared del útero (Dapuez, 2009).

### **2.9.5 Enfermedades de Transmisión Sexual.**

También son conocidas como enfermedades de transmisión sexual (ETS) o clásicamente como enfermedades venéreas, son un conjunto de entidades clínicas infectocontagiosas agrupadas por tener en común la misma vía de transmisión: se transmiten de persona a persona solamente por medio de contacto íntimo que se produce, casi exclusivamente, durante las relaciones sexuales, incluyendo el sexo vaginal, el sexo anal y el sexo oral (Leininger, 2011).

### **2.9.6 Dispositivo Intrauterino.**

El DIU (Dispositivo Intrauterino) es un objeto pequeño de plástico (polietileno) flexible que mide 4 cm aproximadamente. Existen varios tipos de DIU, los más comunes son:

- Los que contienen cobre
- Los que liberan la hormona progestina (Terra, 2010).

### **2.9.7 Aplicación de DIU o DIU de Intervalo.**

Técnica realizada por médico o enfermera debidamente capacitados, previa consejería, elección informada, consentimiento informado, valoración de la usuaria y teniendo en cuenta los procedimientos seleccionados y criterios de elegibilidad. Se deben dar instrucciones a la usuaria postaplicación (Ruiz et al, 2015).

### **2.9.8 DIU Postevento Obstétrico.**

Técnica realizada por médico debidamente entrenado, previa consejería, elección informada, consentimiento informado, valoración de la usuaria y de acuerdo a los procedimientos seleccionados y criterios de elegibilidad. El dispositivo puede aplicarse intraceseárea, postparto en las primeras 48 horas o postaborto. Ministerio de Salud – Dirección General de Promoción y Prevención Norma Técnica para la Atención de Planificación Familiar a Hombres y Mujeres. Se deben dar instrucciones postaplicación y en la cita de puerperio visualizar si los hilos han descendido para recortarlos. Dar nueva cita para los tres meses postaplicación para terminar de recortar los hilos. Se debe insistir a la usuaria que el DIU no protege de enfermedades de transmisión sexual (Cruz, 2006).

### **2.9.9 Oclusión Tubaria Bilateral**

Es un método de anticoncepción permanente o definitivo que se realiza en aquellas mujeres que tienen el número de hijos deseado y no quieren tener más embarazos, y que han recibido previamente consejería; este procedimiento de anticoncepción se realiza en la mujer después de un parto, aborto, durante la cesárea o en cualquier momento que la mujer decida no tener más hijos (Quintanilla, 2002).



### **2.9.10 Esterilización Quirúrgica Femenina**

Técnica realizada por médico debidamente entrenado, previa consejería, elección informada, consentimiento informado, valoración de la usuaria y de acuerdo a los procedimientos seleccionados y criterios de elegibilidad. El procedimiento se puede realizar en intervalo postparto o intracesárea y siempre deben utilizarse materiales de sutura absorbibles. Es preciso entregar instrucciones postoperatorias e informar a la usuaria que la cirugía no protege contra las enfermedades de transmisión sexual. Ministerio de Salud – Dirección General de Promoción y Prevención Norma Técnica para la Atención de Planificación Familiar a Hombres y Mujeres (Cruz, 2006).

### **2.9.11 Derechos Reproductivos**

Se fundamentan en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente sobre el número de hijos, el tener acceso a elegir métodos seguros, eficaces, asegurables y aceptables de planificación familiar, que para el control de su fecundidad, acceso a servicios adecuados de atención de la salud que permitan al embarazo y parto transcurrir en condiciones de seguridad y ofrezcan a las parejas las mayores posibilidades (Hernández, et al, 2014).

### **2.9.12 Embarazo en niñas o adolescentes**

Aunque la adolescente está en edad fértil, el enfoque de la intervención de enfermería en este momento con frecuencia radica en un embarazo no deseado o en brindar cuidados integrales en caso de un embarazo adolescente. El conocimiento y la consideración a la etapa del desarrollo la niña pueden contribuir a planificar cuidados apropiados para la edad, en especial durante el embarazo. El reconocer que el estrés del embarazo puede tener un impacto sobre el crecimiento y desarrollo de la niña permite a la enfermera a anticipar alteraciones o regresiones en el desarrollo y planificar los cuidados en forma correspondiente (Joyce, 2011).

### **III. METODOLIGIA.**

#### **Diseño metodológico**

Este presente estudio tiene un enfoque cualitativo, debido a que se relacionaran los factores obtenidos en aceptar o rechazo del DIU u OTB. Es de carácter exploratorio ya que se tratara con pacientes femeninas de 16 a 26 años que han recibido atención obstétrica y descriptiva porque se describen los factores que intervienen en la aceptación o rechazo del DIU u OTB. Se realizara una encuesta que cuenta con trece ítems que serán combinadas de forma abierta y opcional de sí y no.

#### **Universo y muestra:**

El universo de estudio está compuesto por 40 mujeres que han recibido atención obstétrica, que son beneficiarias de seguro popular en el Hospital General “Adolfo Prieto” de Taxco de Alarcón Gro, de la Secretaria de Salud. La muestra es a conveniencia, ya que se tomara en cuenta a las mujeres que recibieron atención obstétrica durante el mes de julio del 2017 y para conocer la incidencia y prevalencia se tomó en cuenta los datos estadísticos del 1° de enero al 31 de diciembre del año 2016 de las mujeres que recibieron atención obstétrica en el hospital.

#### **Criterios de selección:**

Criterios de inclusión:

- Mujeres que han recibido atención obstétrica, comprendidas en las edades de 16 a 26 años.
- Consentimiento informado por la puerpera.

Criterios de exclusión:

- Mujeres que no deseen participar en el estudio de investigación y que no se cuente con el consentimiento informado.

Criterios de eliminación:

- Cuestionarios incompletos.
- Consentimiento informado no firmado.

### Operacionalización de las variables.

Variable	Definición		Dimensiones	Indicador	Escala de medición
	Conceptual	Operacional			
Factores que influyen en la aceptación o rechazo de DIU u OTB.	Son las causas directas que afectan la decisión de las mujeres al momento de elegir el método con el que se cuidaran después del parto.	Son todas las condiciones que favorecen o limitan a las mujeres puerperas a utilizar el DIU u OTB.	Socio demográficas	Edad          Nivel de educación	16 años 17 años 18 años 19 años 20 años 21 años 22 años 23 años 24 años 25 años 26 años  Primaria no terminada Primaria terminada Secundaria no terminada Secundaria terminada

					Preparatoria no terminada
					Preparatoria terminada
					Licenciatura no terminada
				Ocupación	Ama de casa Trabaja Estudia y trabaja
				Estado civil	Unión libre Casadas Madres solteras
				Lugar de residencia	Rural Urbano
				Embarazo planeado	Si No
				Embarazo deseado	Si No
				Método de planificación antes del embarazo	Si No Cual
				Control prenatal	Si No

					Trimestre de inicio
				Consejería de planificación familiar durante el embarazo	Si No
				Elección de método de planificación familiar durante el embarazo	Si No Cual
				Inicio de vida sexual activa	Años
				No. de embarazos	
				Embarazo a termino	Si semanas No semanas Aborto
				Resolución del embarazo	Vaginal Abdominal LUI

				Acepta método de planificación familiar	Si No Por que Cual Indicado si o no
				Tipo de familia	Nuclear Extensa Monoparental

### **Materia y método:**

Instrumento (cuestionario): Fue dirigida para conocer los factores que influyen en la aceptación o rechazo del DIU u OTB. El cuestionario que consta de 13 preguntas combinadas con la finalidad del estudio.

Trabajo de campo se programaron entrevistas previas con los responsables de la institución de salud con las púerperas para obtener su aprobación y colaboración, así como se observó la ética y confiabilidad de las respuestas sobre los factores que influyen en la aceptación o rechazo del DIU u OTB. El cuestionario fue tomado del protocolo de investigación “Nivel de aceptación de métodos de planificación familiar en el pos evento obstétrico”, realizado en el Hospital Dr. Luis F. Nachon de Veracruz

La recolección de datos de las mujeres en puerperio se realizó en el Hospital General “Adolfo Prieto” de la secretaria de salud de Taxco de Alarcón, Gro., se les explico el propósito del estudio y participaran dando su consentimiento

informado, posteriormente contestaran las preguntas, sin presiones de la encuestadora.

### **Análisis de datos.**

De acuerdo a las variables consideradas se realizara el siguiente plan de análisis.

Para determinar los factores que influyen en la aceptación o rechazo del DIU u OTB se utilizan modelos matemáticos como la estadística descriptiva para analizar los datos del estudio.

### **Análisis estadísticos.**

El análisis estadístico se realizara con el programa SPSS v.24 y para la graficación de los resultados se utilizara el programa de Excel 2010.

### **Ética del estudio.**

Para este trabajo se consideraron los aspectos Éticos del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la salud, de acuerdo al Título Segundo de los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos, Capítulo 1, de los siguientes artículos que a la letra dice:

Artículo 13. En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar.

Artículo 14. La investigación que se realice en seres humanos deberá desarrollarse conforme a las siguientes bases:

- I. Se ajustara a los principios científicos y éticos que la justifiquen;

- II. Se fundamentará en la experimentación previa realizada en animales, en laboratorios o en otros hechos científicos;
- III. Se deberá realizar sólo cuando el conocimiento que se pretenda producir no pueda obtenerse por otro medio idóneo;
- IV. Deberán prevalecer siempre las probabilidades de los beneficiados esperados sobre los riesgos predecibles,
- V. Contará con el consentimiento informado y por escrito del sujeto de investigación o su representante legal, con las excepciones que este Reglamento señala;
- VI. Deberá ser realizada por profesionales de la salud a que se refiere el artículo 114 de este Reglamento, con conocimiento y experiencia para cuidar la integridad del ser humano, bajo la responsabilidad de una institución de atención a la salud que actúe bajo la supervisión de las autoridades sanitarias competentes y que cuente con los recursos y materiales necesarios, que garanticen el bienestar del sujeto de investigación;
- VII. Contará con el dictamen favorable de las Comisiones de Investigación, Ética y la de Bioseguridad, en caso, y
- VIII. Se llevará a cabo cuando se tenga la autorización del titular de la investigación de atención a la salud y, en su caso, de la Secretaria, de conformidad con los artículos 31, 62, 69, 71, 73 y 88 de este Reglamento.

Artículo 15.- Cuando el diseño experimental de una investigación que se realice en seres humanos incluya varios grupos, se usarán métodos aleatorios de selección para obtener una asignación imparcial de los participantes en cada grupo y deberán tomarse las medidas pertinentes para evitar cualquier riesgo o daño a los sujetos de investigación.



Artículo 16.- En las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo sólo cuando los resultados lo requieran y esté los autorice.

Artículo 17.- Se considera como riesgo de la investigación a la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio. Para efectos de este Reglamento, las investigaciones se clasifican en las siguientes categorías;

I.- Investigación sin riesgo: Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquéllos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta;

II.- Investigación con riesgo mínimo: Estudios prospectivos que emplean el riesgo de datos a través de procedimientos comunes en exámenes físicos o psicológicos de diagnóstico o tratamiento rutinarios, entre los que se consideran: pesar al sujeto, pruebas de agudeza auditiva; electrocardiograma, termografía, colección de excretas y secreciones externas, obtención de placenta durante el parto, colección de líquido amniótico al romperse las membranas, obtención de saliva, dientes deciduales y dientes permanentes extraídos por indicación terapéutica, placa dental y cálculos removidos por procedimientos profilácticos no invasores, corte de pelo y uñas sin causar desfiguración, extracción de sangre por punción venosa en adultos en buen estado de salud, con frecuencia máxima de dos veces a la semana y volumen máximo de 450 Ml., en dos meses, excepto durante el embarazo, ejercicio moderado en voluntarios sanos, pruebas psicológicas a individuos o grupos en los que no se manipulará la conducta del sujeto, investigación con medicamentos de uso común, amplio margen terapéutico, autorizados para su venta, empleando las indicaciones, dosis y vías de

administración establecidas y que no sean los medicamentos de investigación que se definen en el artículo 65 de este Reglamento, entre otros, y

III.- Investigación con riesgo mayor que el mínimo: Son aquéllas en que las probabilidades de afectar al sujeto son significativas, entre las que se consideran: estudios radiológicos y con microondas, ensayos con los medicamentos y modalidades que se definen en el artículo 65 de este Reglamento, ensayo con nuevos dispositivos, estudios que incluyan procedimientos quirúrgicos, extracción de sangre 2% del volumen circulante en neonatos, amniocentesis y otras técnicas invasoras o procedimientos mayores, los que empleen métodos aleatorios de asignación a esquemas terapéuticos y los que tengan control con placebos, entre otros.

Artículo 18.- El investigador principal suspenderá la investigación de inmediato, al advertir algún riesgo o daño a la salud del sujeto en quien se realice la investigación. Asimismo, será suspendida de inmediato cuando el sujeto de investigación así lo manifieste.

Artículo 19.- Es responsabilidad de la investigación de atención a la salud proporcionar atención médica al sujeto que sufra algún daño, si estuviere relacionado directamente con la investigación, sin perjuicio de la indemnización que legalmente corresponda.

Artículo 20.- Se entiende por consentimiento informado el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal autoriza su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos y riesgos a los que se someterá, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna.

Artículo 21.- Para que el consentimiento informado se considere existente, el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal deberá recibir una

explicación clara y completa, de tal forma que pueda comprenderla, por lo menos, sobre los siguientes aspectos:

I.- La justificación y los objetivos de la investigación;

II.- Los procedimientos que vayan a usarse y su propósito, incluyendo la identificación de los procedimientos que son experimentales;

III.- Las molestias o los riesgos esperados;

IV.- Los beneficios que puedan observarse;

V.- Los procedimientos alternativos que pudieran ser ventajosos para el sujeto;

VI.- La garantía de recibir respuestas a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación y el tratamiento del sujeto;

VII.- La libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio, sin que por ello se creen prejuicios para continuar su cuidado y tratamiento;

VIII.- La seguridad de que no se identificará al sujeto y que se mantendrá la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad;

IX.- El compromiso de proporcionarle información actualizada obtenida durante el estudio aunque ésta pudiera afectar la voluntad del sujeto para continuar participando;

X.- La disponibilidad de tratamiento médico y la indemnización a que legalmente tendría derecho, por parte de la institución de atención a la salud, en el caso de daños que la ameriten, directamente causados por la investigación, y

XI.- Que si existen gastos adicionales, éstos serán absorbidos por el presupuesto de la investigación.

Artículo 22.- E consentimiento informado deberá formularse por escrito y deberá formularse por escrito y deberá reunir los siguientes requisitos:

I.- Será elaborado por el investigador principal, indicando la información señalada en el artículo anterior y de acuerdo a la norma técnica que emita la Secretaria;

II.- Será revidado y, en su caso, aprobado por la Comisión de Ética de la institución de atención a la salud;

III.- Indicará los nombres y direcciones de dos testigos y la relación que éstos tengan con el sujeto de investigación;

IV.- Deberá ser firmado por dos testigos y por el sujeto de investigación o su representante legal, en su caso. Si el sujeto de investigación no supiere firmar, imprimirá su huella digital y a su nombre firmará otra persona que él designe, y

V.- Se extenderá por duplicado, quedando un ejemplar en poder del sujeto de investigación o de su representante legal.

### **Principios éticos para las investigaciones de salud en seres humanos.**

Toda investigación en seres humanos debiera realizarse de acuerdo con tres principios éticos básicos: respeto por las personas, beneficencia y justicia. En forma general, se concuerda en que estos principios -que en teoría tienen igual

fuerza moral– guían la preparación responsable de protocolos de investigación. Según las circunstancias, los principios pueden expresarse de manera diferente, adjudicárseles diferente peso moral y su aplicación puede conducir a distintas decisiones o cursos de acción. Las presentes pautas están dirigidas a la aplicación de estos principios en la investigación en seres humanos.

El **respeto por las personas** incluye, por lo menos, dos consideraciones éticas fundamentales:

a) Respeto por la autonomía, que implica que las personas capaces de deliberar sobre sus decisiones sean tratadas con respeto por su capacidad de autodeterminación; y

b) Protección de las personas con autonomía disminuida o deteriorada, que implica que se debe proporcionar seguridad contra daño o abuso a todas las personas dependientes o vulnerables.

La **beneficencia** se refiere a la obligación ética de maximizar el beneficio y minimizar el daño. Este principio da lugar a pautas que establecen que los riesgos de la investigación sean razonables a la luz de los beneficios esperados, que el diseño de la investigación sea válido y que los investigadores sean competentes para conducir la investigación y para proteger el bienestar de los sujetos de investigación. Además, la beneficencia prohíbe causar daño deliberado a las personas; este aspecto de la beneficencia a veces se expresa como un principio separado, **no maleficencia** (no causar daño).

La **justicia** se refiere a la obligación ética de tratar a cada persona de acuerdo con lo que se considera moralmente correcto y apropiado, dar a cada uno lo debido. En la ética de la investigación en seres humanos el principio se refiere, especialmente, a la **justicia distributiva**, que establece la distribución equitativa de cargas y beneficios al participar en investigación. Diferencias en la distribución de cargas y beneficios se justifican sólo si se basan en distinciones moralmente

relevantes entre las personas; una de estas distinciones es la vulnerabilidad. El término "vulnerabilidad" alude a una incapacidad sustancial para proteger intereses propios, debido a impedimentos como falta de capacidad para dar consentimiento informado, falta de medios alternativos para conseguir atención médica u otras necesidades de alto costo, o ser un miembro subordinado de un grupo jerárquico. Por tanto, se debiera hacer especial referencia a la protección de los derechos y bienestar de las personas vulnerables.

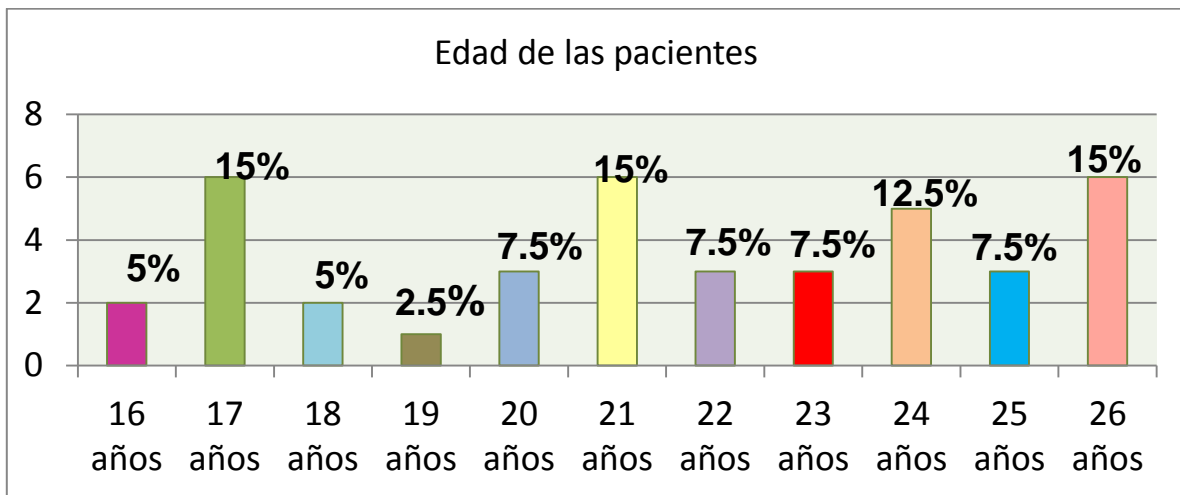
La justicia requiere también que la investigación responda a las condiciones de salud o a las necesidades de las personas vulnerables. Las personas seleccionadas debieran ser lo menos vulnerables posible para cumplir con los propósitos de la investigación. El riesgo para los sujetos vulnerables está más justificado cuando surge de intervenciones o procedimientos que les ofrecen una esperanza de un beneficio directamente relacionado con su salud. Cuando no se cuenta con dicha esperanza, el riesgo debe justificarse por el beneficio anticipado para la población de la cual el sujeto específico de la investigación es representativo.

#### IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.

##### ANÁLISIS ESTADÍSTICOS

El análisis estadístico se realizara con el programa SPSS v.24 y para la graficación de los resultados se utilizara el programa de Excel 2010.

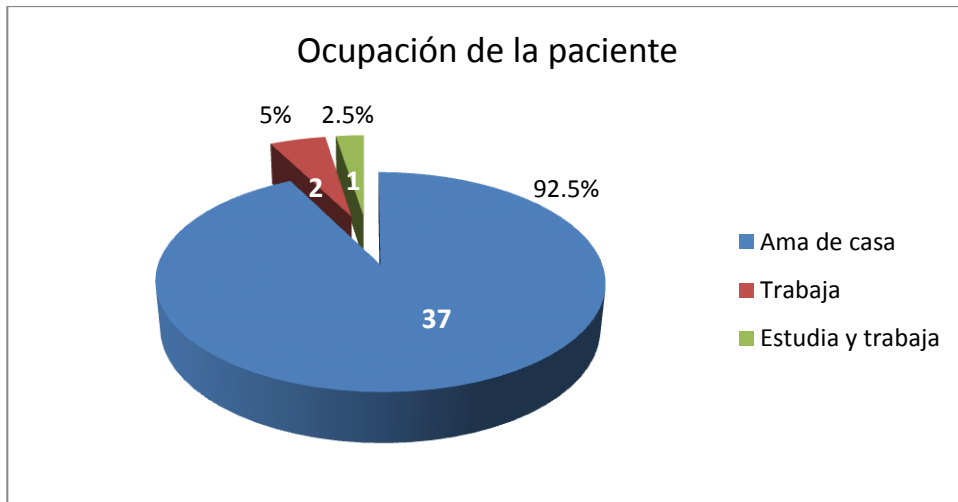
Figura No. 4.1 Edad



*Fuente:* Cuestionario para identificar los factores que influyen en la aceptación o rechazo del DIU u OTB en las mujeres puérperas del Hospital General “Adolfo Prieto” de Taxco de Alarcón Gro., N= 40

La edad mínima de las pacientes encuestadas fue de 16 años y la edad máxima fue de 26 años, la media es de 6.53 y la mediana es de 6.50, el 45% de mujeres puérperas está conformado por las edades de 17, 21 y 26 años de edad y el 2.5% de mujeres puérperas fue de 19 años a las que fue realizadas el menor número de encuestas.

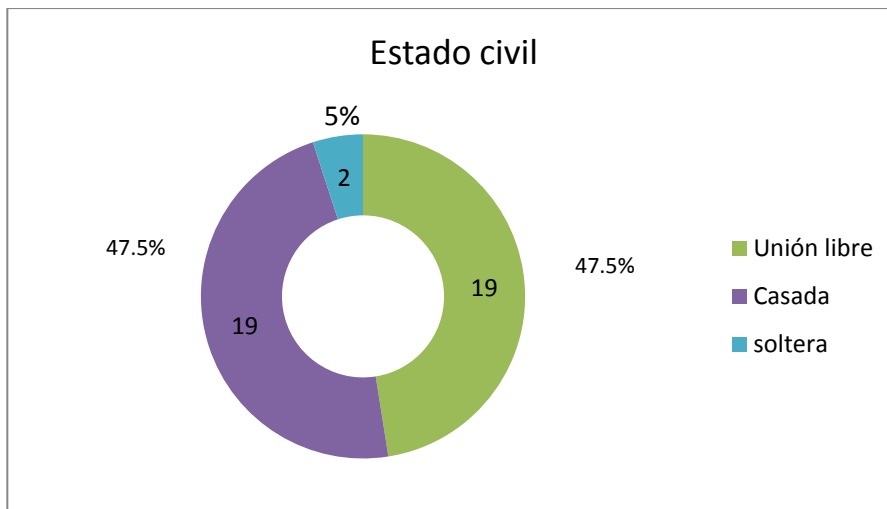
Figura No. 4.2 Ocupación



*Fuente:* Cuestionario para identificar los factores que influyen en la aceptación o rechazo del DIU u OTB en las mujeres púerperas del Hospital General “Adolfo Prieto” de Taxco de Alarcón Gro., N= 40

El 92.5% de mujeres encuestadas su ocupación es ama de casa, el 5% de mujeres encuestadas son trabajadoras de diferentes oficios y el 2.5% de mujeres encuestadas estudian y trabajan.

Figura No. 4.3 Estado civil

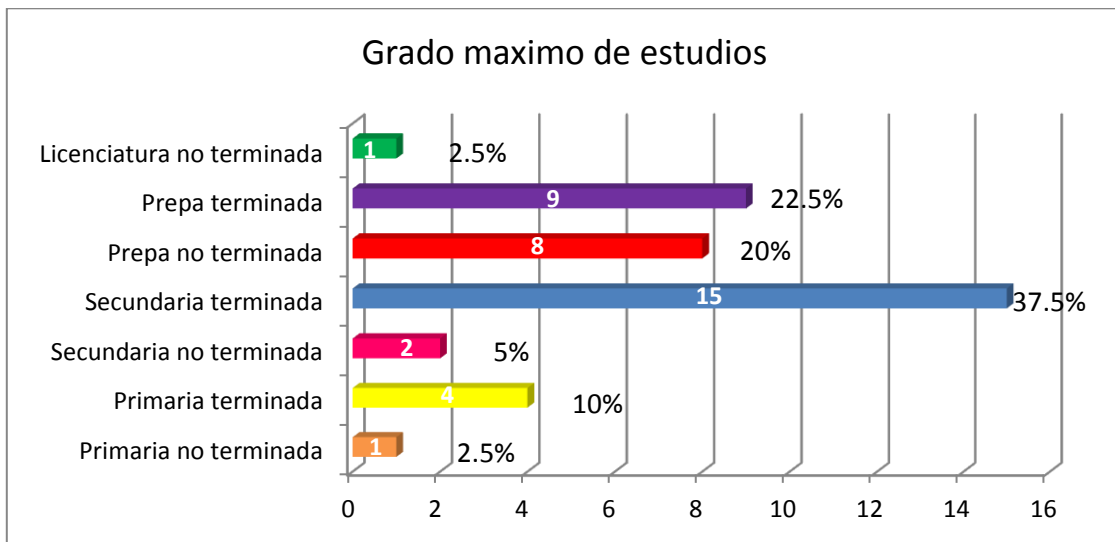


*Fuente:* Cuestionario para identificar los factores que influyen en la aceptación o rechazo del DIU u OTB en las mujeres púerperas del Hospital General “Adolfo Prieto” de Taxco de Alarcón Gro., N= 40



El 47.5% de mujeres puérperas viven en unión libre, el 47.5% son casadas, el 5% son solteras.

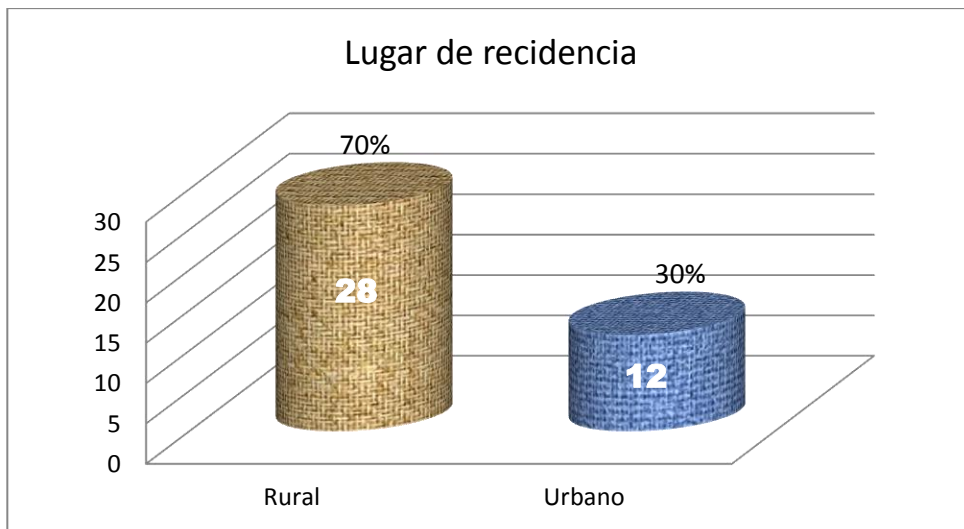
Figura No. 4.4 grado máximo de estudios



*Fuente:* Cuestionario para identificar los factores que influyen en la aceptación o rechazo del DIU u OTB en las mujeres puérperas del Hospital General “Adolfo Prieto” de Taxco de Alarcón Gro., N= 40

El 2.5 % de mujeres puérperas no termino la primaria, el 10 % si la termino, el 5 % no termino la secundaria, el 37.5 % si la termino, el 20 % no termino la preparatoria, el 22.5 % si la termino y el 2.5 % no termino la licenciatura.

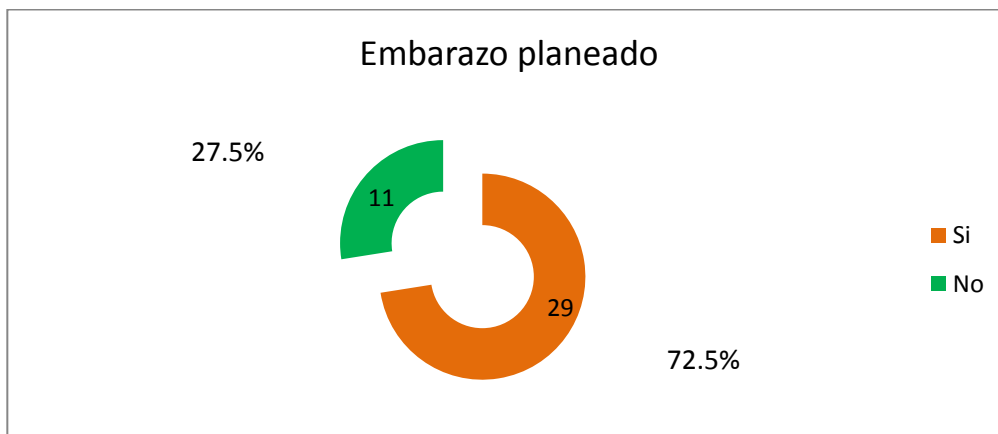
Figura No. 4.5 lugar de residencia.



*Fuente:* Cuestionario para identificar los factores que influyen en la aceptación o rechazo del DIU u OTB en las mujeres puérperas del Hospital General “Adolfo Prieto” de Taxco de Alarcón Gro., N= 40

El 70 % de mujeres encuestadas son de residencia rural, el 30 % de mujeres encuestadas son de residencia urbana.

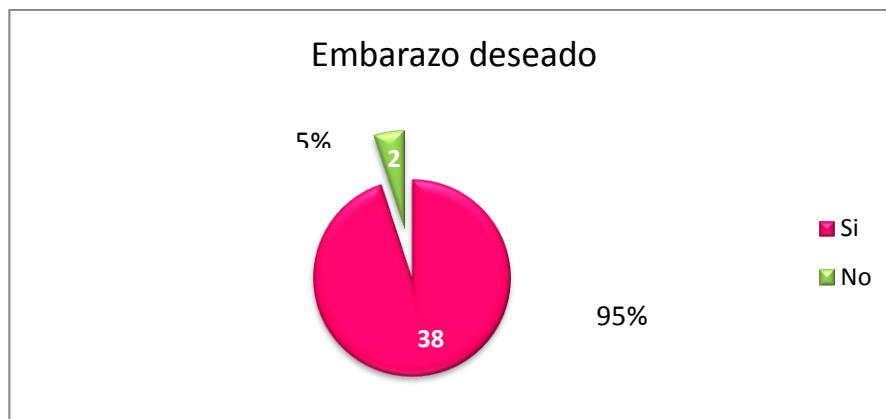
Figura No. 4.6 embarazo planeado



*Fuente:* Cuestionario para identificar los factores que influyen en la aceptación o rechazo del DIU u OTB en las mujeres puérperas del Hospital General “Adolfo Prieto” de Taxco de Alarcón Gro., N= 40

El 72.5% de mujeres puérperas fue planeado su embarazo y El 27.5% no fue planeado su embarazo.

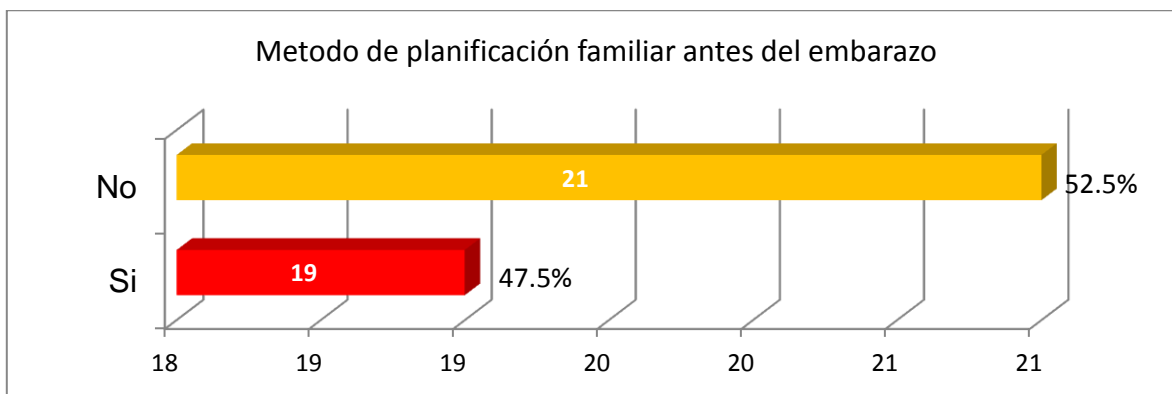
Figura No. 4.7 embarazo deseado



Fuente: Cuestionario para identificar los factores que influyen en la aceptación o rechazo del DIU u OTB en las mujeres puérperas del Hospital General "Adolfo Prieto" de Taxco de Alarcón Gro., N= 40

El 95 % de mujeres puérperas fue de embarazo deseado y El 5 % fue de embarazo no deseado.

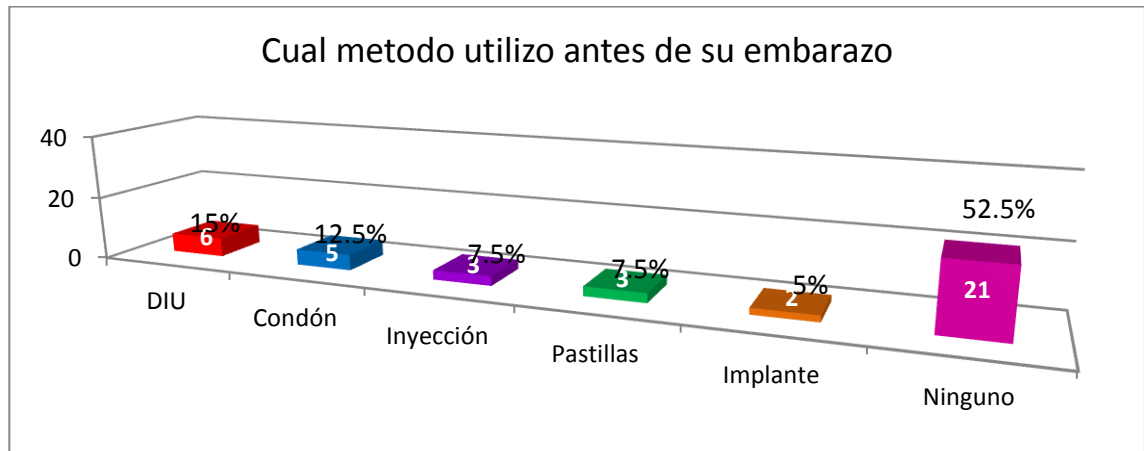
Figura No. 4.8 Método de planificación familiar antes del embarazo



Fuente: Cuestionario para identificar los factores que influyen en la aceptación o rechazo del DIU u OTB en las mujeres puérperas del Hospital General "Adolfo Prieto" de Taxco de Alarcón Gro., N= 40

El 47.5 % de mujeres puérperas si utilizo método de planificación familiar antes del embarazo y el 52.5 % no utilizo método de planificación familiar antes del embarazo.

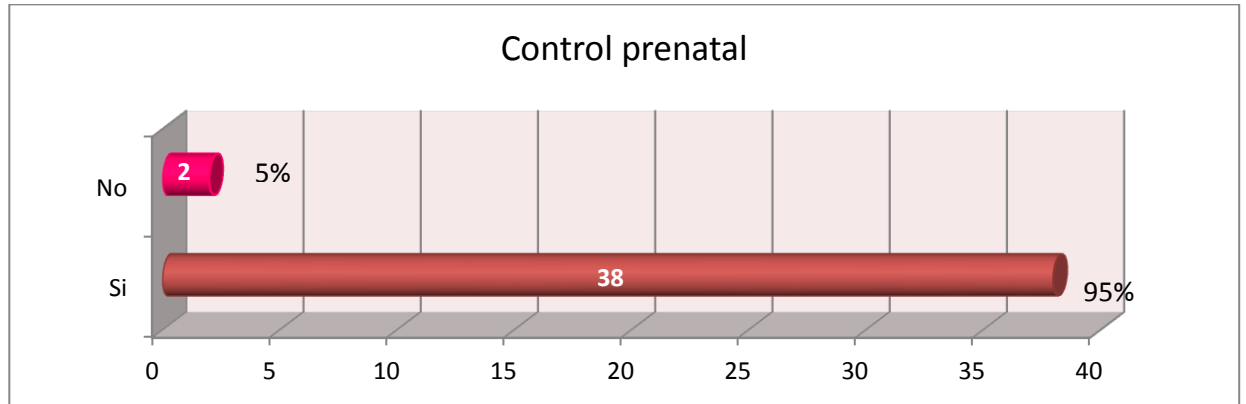
Figura No. 4.9 Cual método utilizo antes de su embarazo



*Fuente:* Cuestionario para identificar los factores que influyen en la aceptación o rechazo del DIU u OTB en las mujeres puérperas del Hospital General “Adolfo Prieto” de Taxco de Alarcón Gro., N= 40

El 15 % de mujeres puérperas utilizaron el DIU antes de su embarazo, el 12.5 % utilizo el condón, el 7.5 % utilizo inyecciones, el 7.5 % utilizo pastillas anticonceptivas, el 5 % utilizo implante y el 52.2 % no utilizaron ningún método anticonceptivo antes de su embarazo.

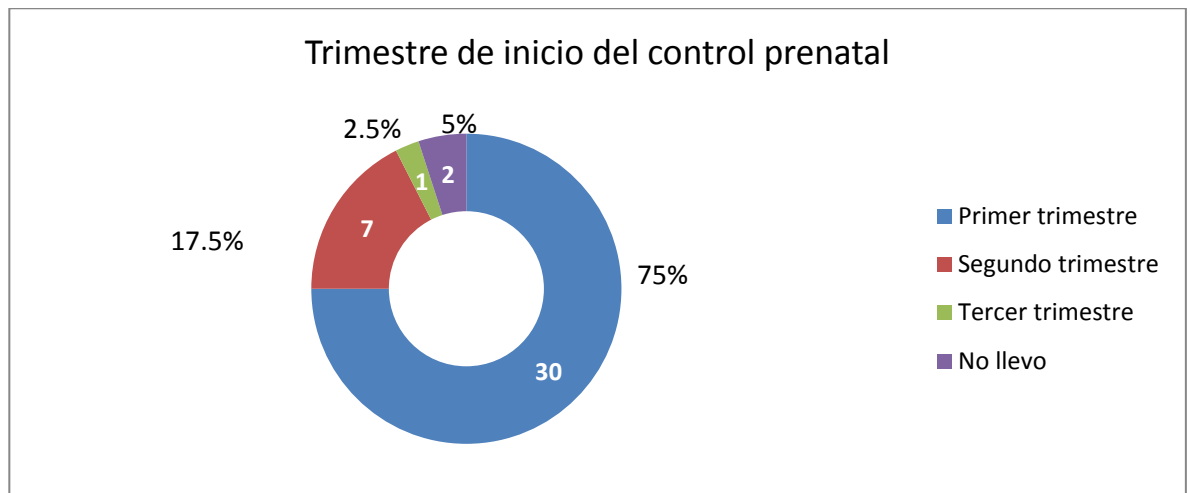
Figura No. 4.10 Control prenatal



*Fuente:* Cuestionario para identificar los factores que influyen en la aceptación o rechazo del DIU u OTB en las mujeres puérperas del Hospital General “Adolfo Prieto” de Taxco de Alarcón Gro., N= 40

El 95 % de mujeres puérperas si llevaron control prenatal y el 5 % no llevaron control prenatal.

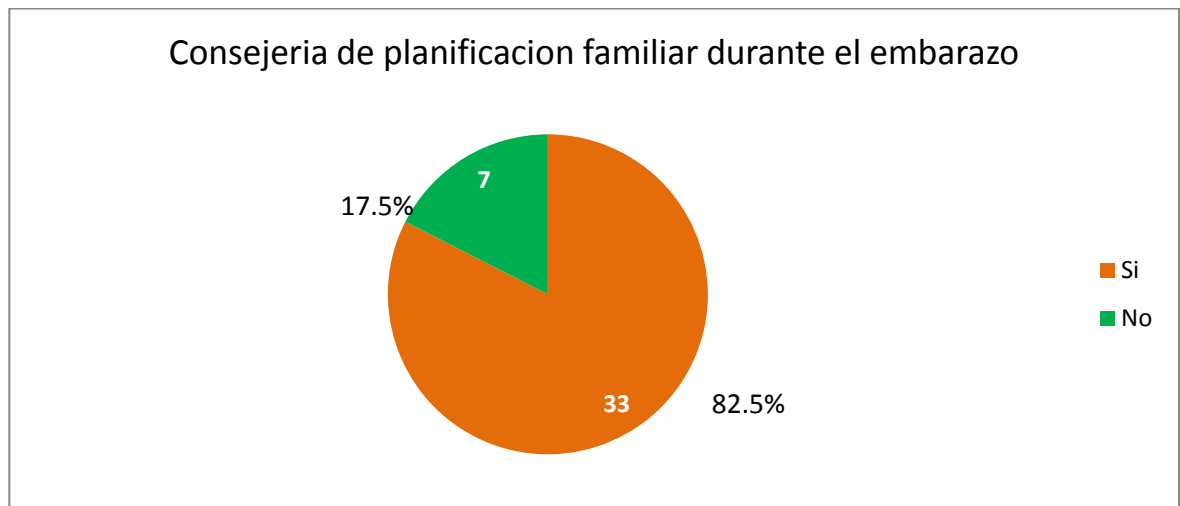
Figura No. 4.11 Trimestre de inicio del control prenatal



*Fuente:* Cuestionario para identificar los factores que influyen en la aceptación o rechazo del DIU u OTB en las mujeres puérperas del Hospital General “Adolfo Prieto” de Taxco de Alarcón Gro., N= 40

El 75 % de mujeres puérperas iniciaron control prenatal en el primer trimestre, el 17.5 % iniciaron en el segundo trimestre, el 2.5 % iniciaron en el tercer trimestres y el 5 % no llevo control prenatal.

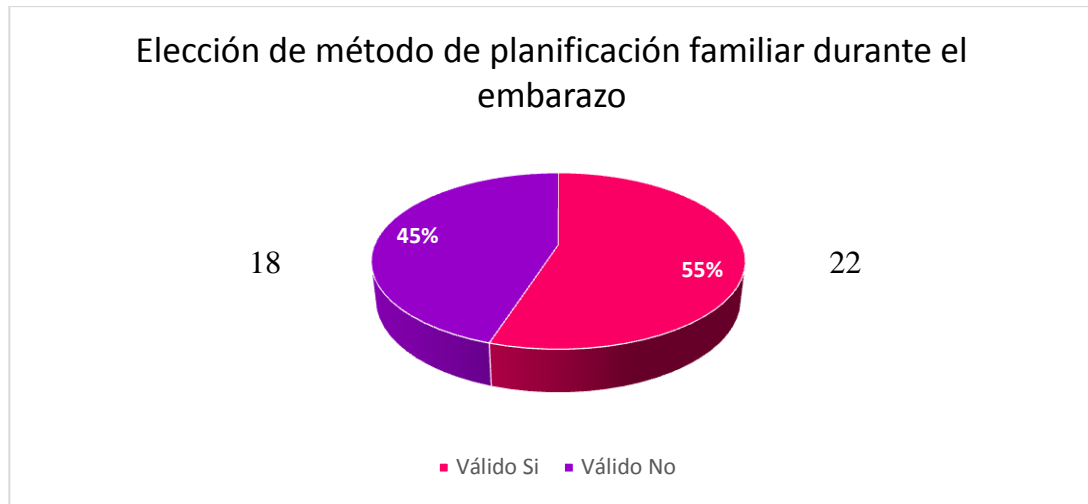
Figura No. 4. 12 Consejería de planificación familiar durante el embarazo



*Fuente:* Cuestionario para identificar los factores que influyen en la aceptación o rechazo del DIU u OTB en las mujeres puérperas del Hospital General "Adolfo Prieto" de Taxco de Alarcón Gro., N= 40

El 82.5 % de mujeres puérperas si recibieron consejería de planificación familiar durante el embarazo y el 17.5 % no recibieron.

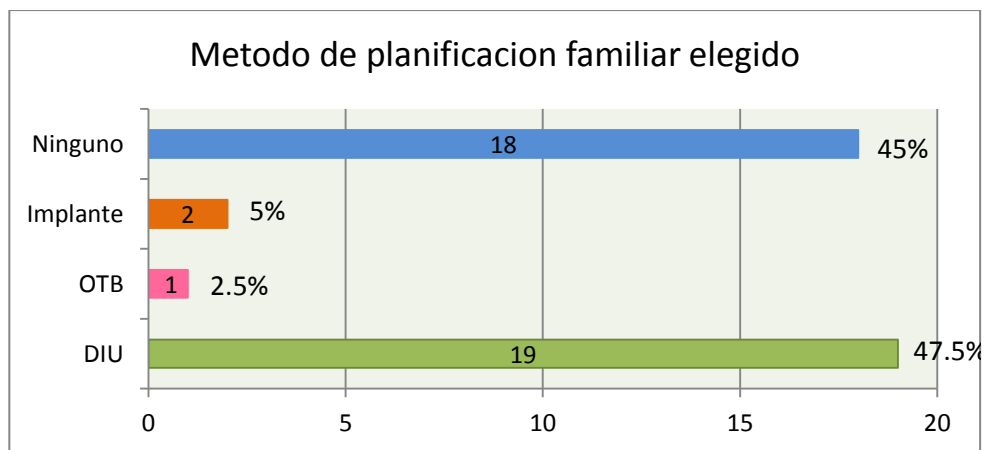
Figura 4.13 Elección de método de planificación familiar durante el embarazo



*Fuente:* Cuestionario para identificar los factores que influyen en la aceptación o rechazo del DIU u OTB en las mujeres puérperas del Hospital General “Adolfo Prieto” de Taxco de Alarcón Gro., N= 40

El 55 % de mujeres puérperas eligieron método de planificación familiar durante el embarazo y el 45 % no eligieron.

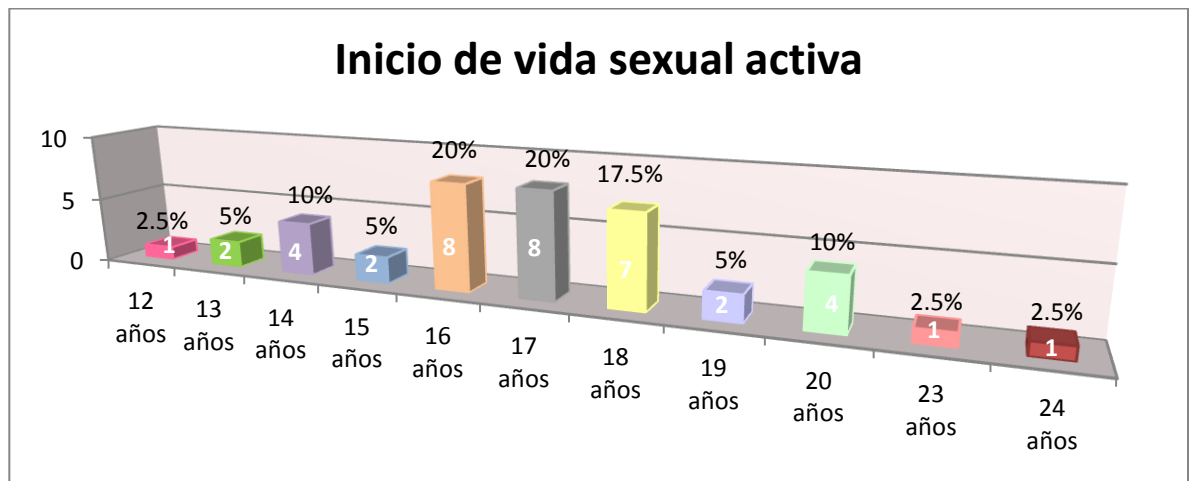
Figura No. 4.14 Método de planificación familiar elegido



*Fuente:* Cuestionario para identificar los factores que influyen en la aceptación o rechazo del DIU u OTB en las mujeres puérperas del Hospital General “Adolfo Prieto” de Taxco de Alarcón Gro., N= 40

El 47.5% de mujeres puérperas eligieron el DIU durante su embarazo, el 2.5 % eligieron la OTB, el 5% eligieron el implante y el 45% no eligió ningún método durante su embarazo.

Figura No. 4.15 Inicio de vida sexual activa

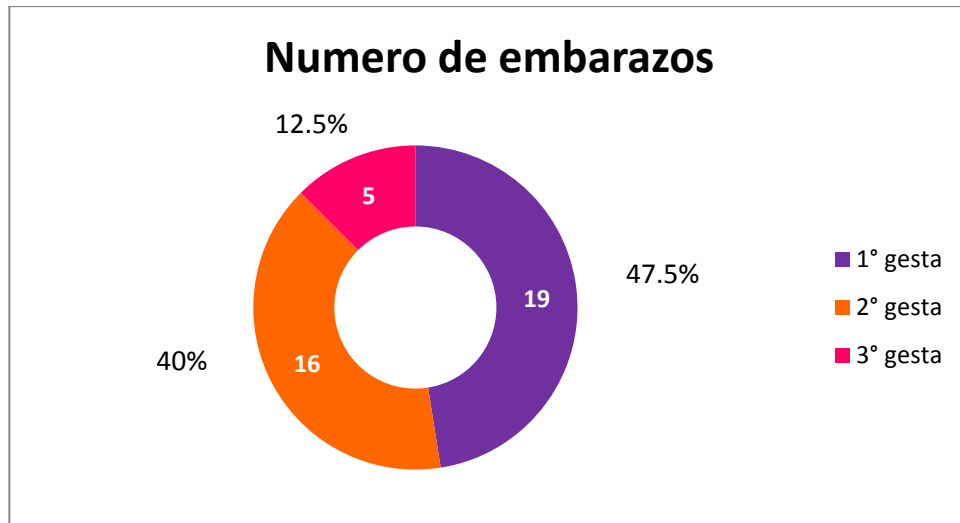


*Fuente:* Cuestionario para identificar los factores que influyen en la aceptación o rechazo del DIU u OTB en las mujeres puérperas del Hospital General “Adolfo Prieto” de Taxco de Alarcón Gro., N= 40

El 40 % de mujeres puérperas inicio su vida sexual a los 16 y 17 años de edad.



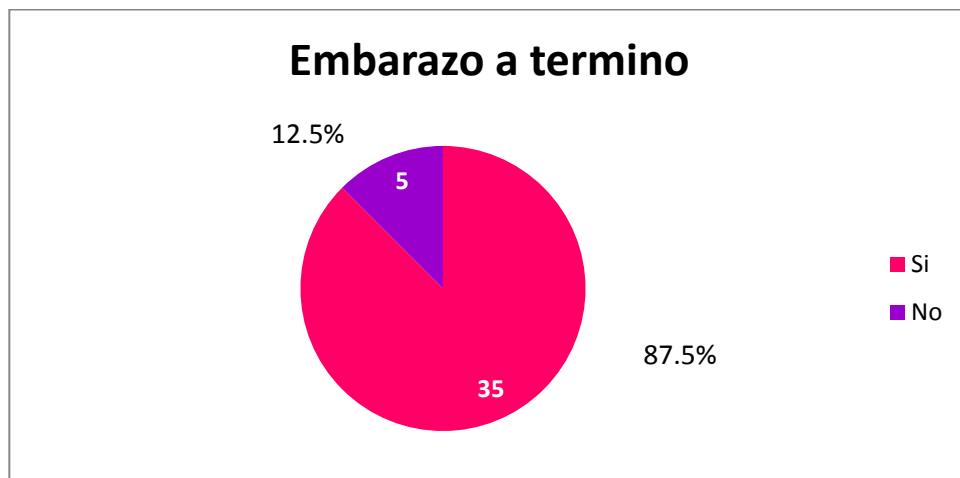
Figura 4.16 Número de embarazos



*Fuente:* Cuestionario para identificar los factores que influyen en la aceptación o rechazo del DIU u OTB en las mujeres puérperas del Hospital General “Adolfo Prieto” de Taxco de Alarcón Gro., N= 40

El 47.5 % de mujeres puérperas son gesta 1, el 40 % son gesta 2 y el 12.5 % son gesta 3.

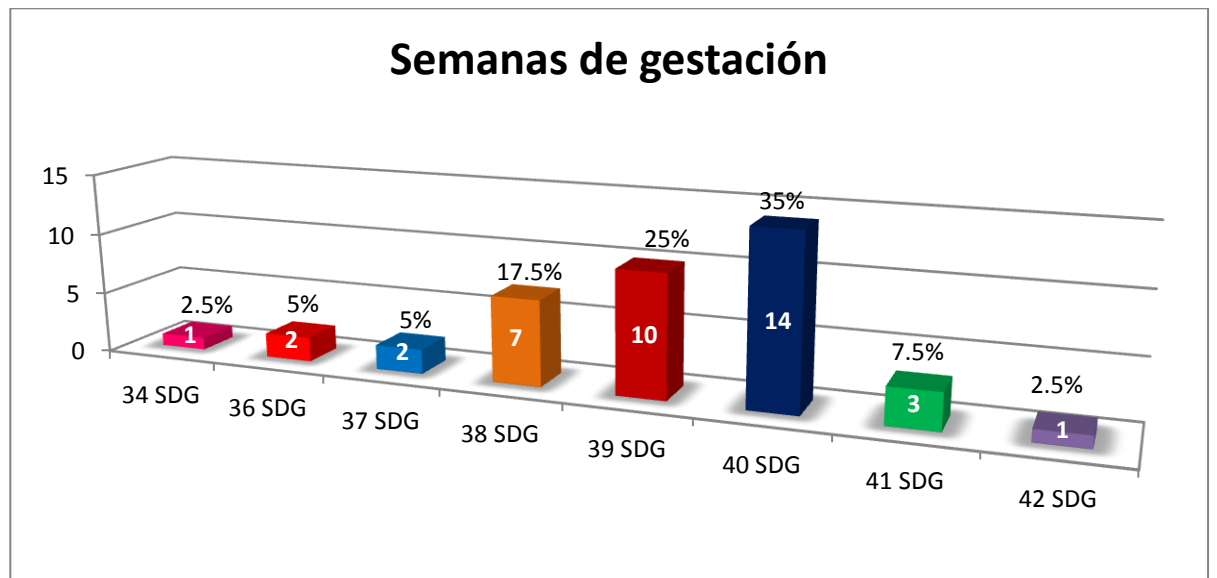
Figura No. 4.17 Embarazo a término



*Fuente:* Cuestionario para identificar los factores que influyen en la aceptación o rechazo del DIU u OTB en las mujeres puérperas del Hospital General “Adolfo Prieto” de Taxco de Alarcón Gro., N= 40

El 87.5 % de mujeres puérperas llevaron a término su embarazo y el 12.5 % no llegaron a término su embarazo.

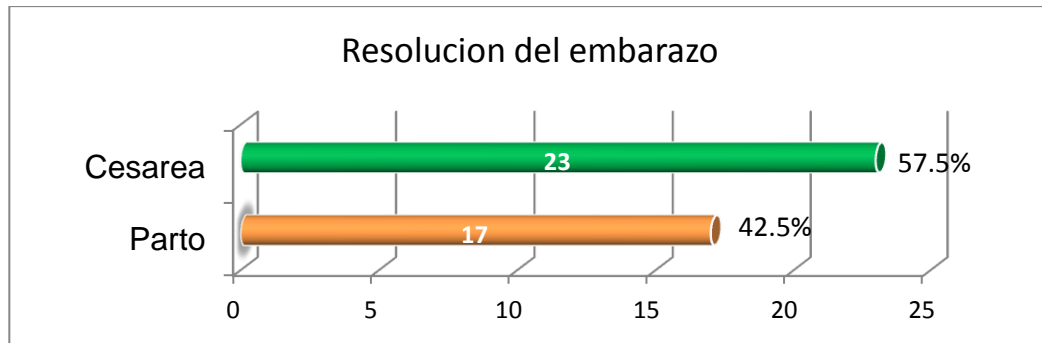
Figura No. 4.18 Semanas de gestación



*Fuente:* Cuestionario para identificar los factores que influyen en la aceptación o rechazo del DIU u OTB en las mujeres puérperas del Hospital General “Adolfo Prieto” de Taxco de Alarcón Gro., N= 40

El 35% de mujeres puérperas llegaron a término su embarazo de 40 SDG y el 2.5% fue de 34 SDG.

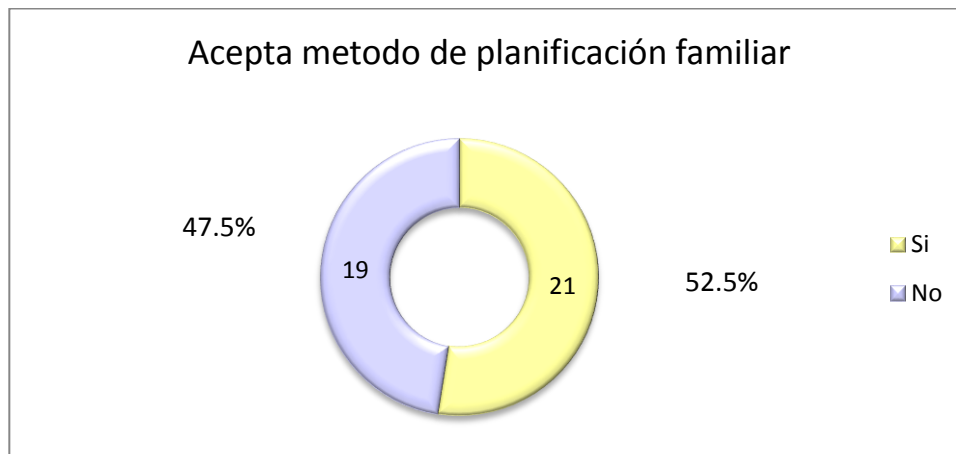
Figura No.4.19 Resolución del embarazo



*Fuente:* Cuestionario para identificar los factores que influyen en la aceptación o rechazo del DIU u OTB en las mujeres puérperas del Hospital General "Adolfo Prieto" de Taxco de Alarcón Gro., N= 40

El 42.5 % fue de puerperio fisiológico y El 57.5 % fue de puerperio quirúrgico.

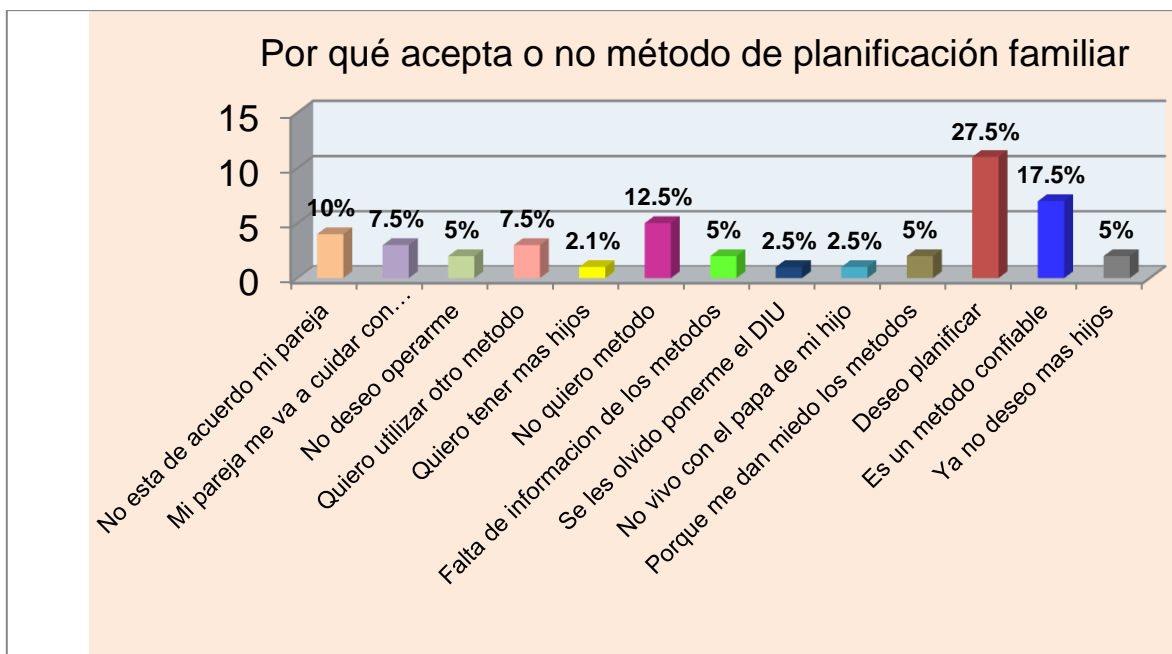
Figura No. 4.20 Acepta método de planificación familiar



*Fuente:* Cuestionario para identificar los factores que influyen en la aceptación o rechazo del DIU u OTB en las mujeres puérperas del Hospital General "Adolfo Prieto" de Taxco de Alarcón Gro., N= 40

El 52.5 % mujeres puérperas aceptan método de planificación familiar y El 47.5% no aceptan método de planificación familiar.

Figura No. 4.21 Por qué acepta o no método de planificación familiar



*Fuente:* Cuestionario para identificar los factores que influyen en la aceptación o rechazo del DIU u OTB en las mujeres puérperas del Hospital General “Adolfo Prieto” de Taxco de Alarcón Gro., N= 40

El 2.5 % de mujeres puérperas que no aceptaron método de planificación familiar, porque no viven con su pareja.

El 17.5 % de mujeres puérperas que aceptaron método de planificación familiar por ser un método confiable.

El 27.5 % de mujeres puérperas que aceptaron método de planificación familiar, porque les interesa planificar.

El 2.5 % de mujeres puérperas no aceptaron método de planificación familiar, porque se les olvido colocarles el DIU.

El 5 % de mujeres puérperas no aceptaron método de planificación familiar, por falta de información de los métodos

El 12.5 % de mujeres puérperas no quisieron método de planificación familiar.

El 5 % de mujeres puérperas no aceptaron método de planificación familiar por temor a ellos.

El 2.5 % de mujeres puérperas no aceptaron método de planificación familiar, porque quieren tener más hijos.

El 5 % de mujeres puérperas aceptaron método de planificación familiar, porque ya no desean más hijos.

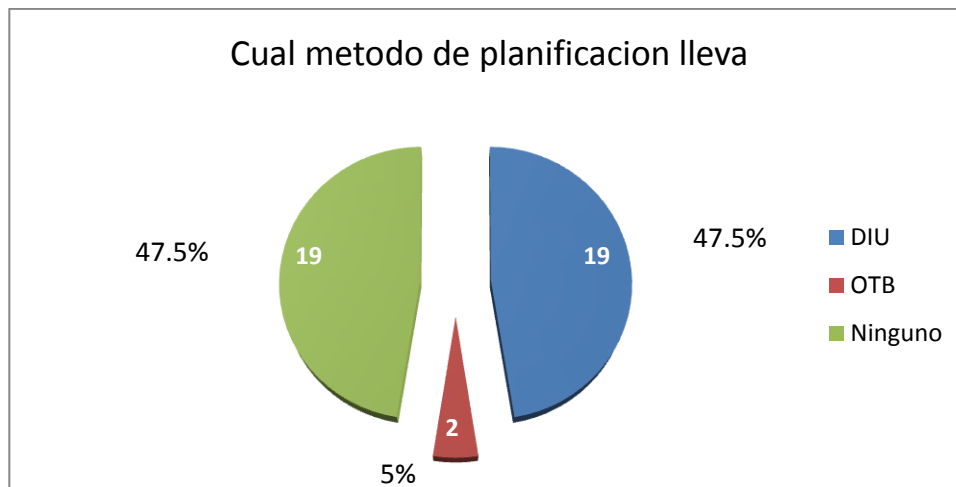
El 5 % de mujeres puérperas no aceptaron DIU u OTB, porque quieren utilizar otro método.

El 2.5 % de mujeres puérperas no aceptaron OTB, por que no desea operarse.

El 5 % de mujeres puérperas no aceptaron el DIU u OTB, porque utilizaran preservativo.

El 7.5 % de mujeres puérperas no aceptaron método de planificación familiar, porque su pareja no estuvo de acuerdo.

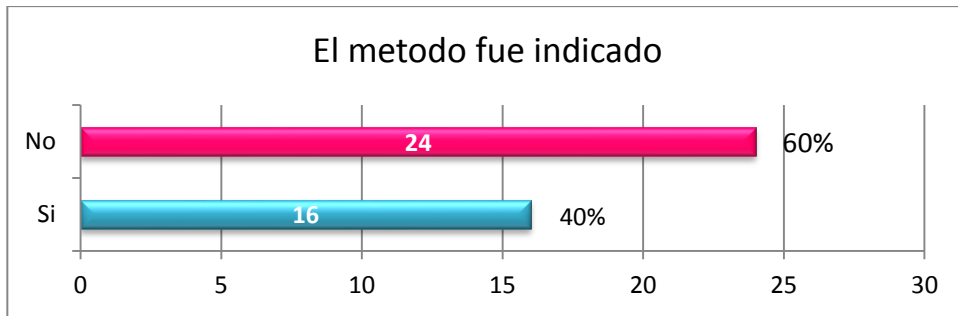
Figura No. 4.22 Cual método de planificación lleva



*Fuente:* Cuestionario para identificar los factores que influyen en la aceptación o rechazo del DIU u OTB en las mujeres puérperas del Hospital General “Adolfo Prieto” de Taxco de Alarcón Gro., N= 40

El 47.5 % de mujeres puérperas se les colocó el método de DIU, el 5 % se les realizó la OTB y el 47.5 % no llevan ningún método.

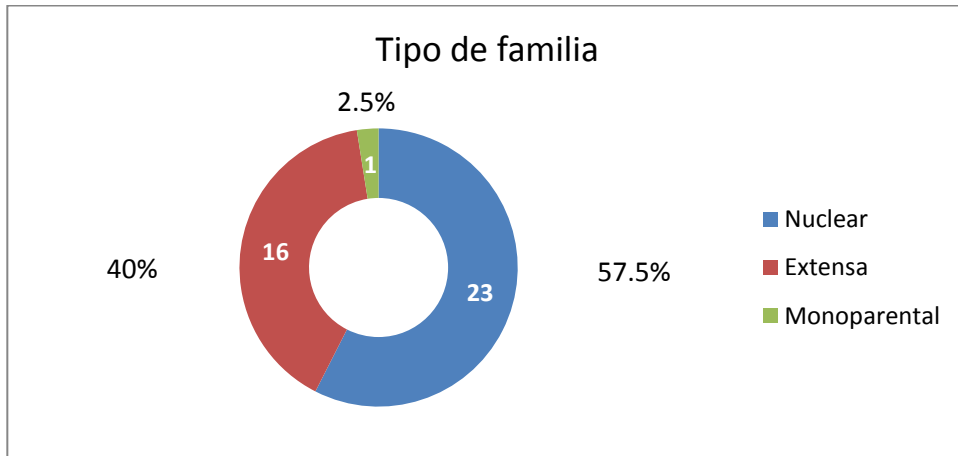
Figura No. 4.23 El método fue indicado



*Fuente:* Cuestionario para identificar los factores que influyen en la aceptación o rechazo del DIU u OTB en las mujeres púerperas del Hospital General “Adolfo Prieto” de Taxco de Alarcón Gro., N= 40

El 40 % de mujeres púerperas se les informo e indico el método de planificación familiar y el 60 % no se les informo.

Figura 4.24 Tipo de familia



*Fuente:* Cuestionario para identificar los factores que influyen en la aceptación o rechazo del DIU u OTB en las mujeres púerperas del Hospital General “Adolfo Prieto” de Taxco de Alarcón Gro., N= 40

El 57.5 % de mujeres púerperas son de familia nuclear, el 40 % son de familia extensa y el 2.5 % son de familia monoparental.

## V. CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS.

En base a los objetivos planteados en la identificación de los factores que influyen en la aceptación o rechazo de DIU y OTB en las mujeres puerperas de 16 a 26 años de edad en el Hospital General Adolfo Prieto, de Taxco de Alarcón, Guerrero, llegamos a la siguiente conclusión:

A nivel institucional, la actitud del personal de enfermería y médicos, deben hacer una proyección e identificación con los con los usuarios de la unidad de salud para influir en la oferta de los métodos que pueden utilizarse después del parto y durante el periodo de lactancia del recién nacido.

Es de suma importancia educar no solamente a la mujer acerca de los métodos que puede utilizar sino también a la pareja ya que en muchas ocasiones la falta de información hace que no planifiquen el número de hijos que desean tener y el espació entre cada uno de ellos.

El grado de madurez que cada mujer tiene al encontrarse en el dilema, por un lado las consecuencias al tener hijos numerosos y por otro las ventajas de tener pocos hijos, espaciados, favoreciendo la disminución de muertes maternas y neonatal, decisión efectuadas con responsabilidad, llevando beneficios directos a la mujer.

La forma como atiende el personal de enfermería y medico a la población demandante influye fuertemente en todos los aspectos de la promoción, educación y comunicación en salud reproductiva es por ello que se enfatiza que ser “amable” es una actitud simple con la que todo ser humano cuenta y hace la diferencia al ofertar los servicios de salud.

## **SUGERENCIAS.**

Promover en todos los servicios de salud un programa educativo, utilizando la estrategia educación en servicio para lograr mayor proporción en conocimiento a la población referente a los beneficios de la planificación familiar.

Fomentar la importancia de socialización del marco legal de la planificación familiar en las instituciones de salud.

Implementar normas a nivel institucional enfatizando la importancia de la actitud del personal hacia la población.



## VI. BIBLIOGRAFIA

- Abaj Mazat Gemma Vitoria. "Factores que influyen en la aceptación de métodos de Planificación Familiar por mujeres Hospitalizadas en la Unidad de Gineco Obstetricia del Hospital Nacional de Chimaltenango". Tesis (Licenciatura en Enfermería) Universidad de San Carlos de Guatemala, Octubre 2007. PP68.  
[http://www.cepal.org/sites/default/files/events/files/conclusiones\\_mayo02\\_0.pdf](http://www.cepal.org/sites/default/files/events/files/conclusiones_mayo02_0.pdf)
- Aceves GML, Morales HH, Ojeda MR, Velasco MV. Salud reproductiva. Programas Integrados de Salud. Instituto Mexicano del Seguro Social, 2002:53-63.
- Aguilar, J. Mayen, B. (2008). Métodos anticonceptivos para adolescentes. Disponible en [www.dgespe.sep.gob.mx/.../S\\_01\\_20\\_Embarazo%20adolescente.pdf](http://www.dgespe.sep.gob.mx/.../S_01_20_Embarazo%20adolescente.pdf)
- Ana Isabel Hernandez Garnica, Mauricio Mendoza, Roberto Perez. (2014). Nivel de aceptación de métodos de planificación familiar en el pos evento obstétrico y su relación con el subsistema conyugal familiar. 20/diciembre/2017, de Hospital Regional Xalapa Sitio web: <https://www.uv.mx/blogs/favem2014/files/2014/06/Tesis-Garnica.pdf>
- Arillo, G. (2003). El inicio de la vida sexual en adolescentes Mexicanas: una aproximación teórica y un análisis de datos de la ENSAR (Tesis de maestría). Recuperado de [www.educrim.org/drupal612/](http://www.educrim.org/drupal612/)
- Ayala Almeyda, Ana Jaqueline. (16-06-2014). Uso de los métodos anticonceptivos en jóvenes desde la perspectiva de género: una visión desde la educación para la salud. 10-01-2018, de Universidad Autónoma del Estado de México Sitio web: <http://ri.uaemex.mx/handle/20.500.11799/66673>
- Barella, J.L., Mesa, I., Cobeña, M. (2002). Conocimiento y actitudes sobre sexualidad de los adolescentes de nuestro entorno. Disponible en [www.samfyc.es/Revista/PDF/v3n4/06](http://www.samfyc.es/Revista/PDF/v3n4/06)

- Blanco J S. Embarazos no deseados en adolescentes. España: Universidad de Jaén. Facultad de Ciencias de la salud. 2014.
- Calderón M S. Percepciones de las madres adolescentes con embarazo reincidente sobre el uso de métodos anticonceptivos, atendidas en el Hospital de Vitarte. Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina Humana; 2014.
- Castañeda-Sánchez O, Castro-Paz LS, Lindoro-López KG. (2008). Causas de no aceptación de métodos de planificación familiar en mujeres que acuden a atención puerperal en una Unidad de Medicina Familiar en Sonora, México. Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), 10, 37-41.
- Cristina López del Burgo. 2014. Píldora del día después: conceptos clave. 12 Enero 2018, de Instituto Cultura y Sociedad (ICS) Sitio web: <http://www.unav.edu/documents/2832169/d46a856c-15ba-46ef-9575-b21dcac0eb0f>
- Cheng I, Che Y, Gülmezoglu AM. Interventions for emergency contraception (Cochrane Review). 2012
- Dapuez, Mariana. Condicionantes en la elección de un método anticonceptivo de las mujeres en edad fértil. [Documento PDF] Argentina: s.n., 2009.
- Dellanira Ruiz de Chávez Ramírez, Pascual Gerardo García Zamora, Cristina Almeida Perales. (Febrero de 2015). Determinantes del Rechazo a la Anticoncepción Post-Evento Obstétrico en Pacientes del Hospital de la Mujer Zacatecana. Revista electrónica semestral en Ciencias de la Salud, 1, 1-11.
- Elia Ku. Causas de necesidad insatisfecha en planificación familiar en mujeres con embarazo no deseado del Instituto Nacional Materno Perinatal. Rev. peru. epidemiol. 2010.
- E. Cayuela (2005). Esterilización Femenina: Elección del Método. En Actualización en Obstetricia y Ginecología Tomo I. (91-102). Madrid: Ergon.
- F. Martínez (2005). Avances en Contracepción Hormonal. En Actualización en Obstetricia y Ginecología Tomo I. (81-90). Madrid: Ergon.

- García D P, Martínez M F, Pintor M A, Caelles F N, Ibañez F F. Anticonceptivos Hormonales. Guía de utilización de Medicamentos. Grupo de investigación en Atención Farmacéutica. Universidad de Granada. 2007.
- Gil H A, Rodríguez G Y, Rivero S M, Hernández R R. Intervención educativa sobre anticoncepción y adolescencia. Revista Arch med Camaguey. 2012.
- Gregorio Pérez Palacios, Norma Oficial Mexicana, NOM 005-SSA2-1993, De los Servicios de Planificación Familiar, Estados Unidos Mexicanos.- Secretaría de Salud, <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/005ssa23.html>
- Juan Balasch (2005). Actualización en Anticoncepción Intrauterina. En Actualización en Obstetricia y Ginecología Tomo I. (103-113). Madrid: Ergon.
- Joyce Y. Johnson (2011). Enfermería materno-neonatal. México: editorial el manual moderno.
- Johns Hopkins y Colaboradores. (2002). Lo esencial de la Tecnología Anticonceptiva 111 Market Place, Baltimore, MD 21202, USA, PP 16-22.
- Leidy Zulema Menéndez Salazar, José Cabrera González. (2008). Factores que influyen en la aceptación o rechazo de métodos anticonceptivos en las mujeres en edad reproductiva de la comunidad de nuevo horizonte santa ana, peten. 10/01/2018, de escuela nacional de enfermeras de guatemala sitio web: <http://studylib.es/doc/5989980/factores-que-influyen-en-la-aceptaci%C3%B3n-o-rechazo-de-m%C3%A9todos>
- Leininger Madeleine M. Teoría de la diversidad y de la universalidad de los cuidados culturales. Martha Raile Alligood y Ann Marriner Tomey. Modelos y teorías en Enfermería. Sèptima Ediciòn. España: ELSEVIER, 2011, Capitulo 22.
- Lewitan Graciela (2013). Ginecología de niñas y adolescentes: Diagnóstico, tratamiento y prevención. 1ª ed. Buenos Aires: Journal.
- López de la Cruz Yoandy. El arraigo del embarazo indeseado y sus fatídicas consecuencias en las culturas indígenas centroamericanas. Rev Cubana Obstet Ginecol, Volumen 36, Número 2, 2006, pp. 13- 20.

- Macias F M, Molina P M. Conocimientos sobre anticoncepción en adolescentes de un preuniversitario del municipio San José de las Lajas. Rev. cienc. méd. La Habana. 2012
- Mendoza Z B. Factores que intervienen en el uso de métodos anticonceptivos en usuarias de una unidad de primer nivel. México: Universidad Autónoma de Querétaro. Facultad de Enfermería; 2013.
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. VADEMECUM FARMACÉUTICO. 2da edición. Guatemala: Magna Terra editores, 2010. pág. 425 al 438. ISBN: 978-9929-561-30-4.
- Mosquera J, Mateus J. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre métodos de planificación familiar, VIH-SIDA y el uso de los medios de comunicación en jóvenes. Colomb Med. 2003.
- Nelson Manuel Cocom Tambriz. (2017). Factores culturales que influyen en la aceptación de métodos de planificación familiar cantón pachipac, nahualá sololá, guatemala, año 2017. 29/noviembre/2017, de Universidad Rafael Landívar Sitio web: <http://recursosbiblio.url.edu.gt/tesiseortiz/2017/09/02/Cocom-Nelson.pdf>
- Nikole Shesira Gama Cabrera. (2016). Factores que influyeron en el abandono de métodos anticonceptivos en puerperas, atendidas en el Hospital San Juan de Lurigancho. 22/enero/2018, de Universidad Nacional Mayor de San Marcos Sitio web: [http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/4733/Gama\\_cn.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/4733/Gama_cn.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Oizerovich, Silvia. (2015). métodos anticonceptivos. 20/diciembre/2017, de ministerio de salud y desarrollo social Sitio web: <http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000589cnt-metodos-anticonceptivos-guia-practica-profesionales-salud.pdf>
- Parra S L, Navarro S A. Nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos y su uso en las relaciones sexuales de los estudiantes de obstetricia de la Universidad Alas Peruanas. Perú. 2011.

- Veliz S M, Aquino Y N, Malqui V R, Eguisquiza V L, Yupanqui D E, Valdivia V E, Benítez A Y. Análisis de la Situación de Salud Hospitalaria: Hospital San Juan de Lurigancho. Perú: Ministerio de Salud. Unidad de Epidemiología y Salud Ambiental. 2015.
- Olaza M A, De la Cruz R Y, Olaza M V. Factores de riesgo relacionados con el abandono de métodos anticonceptivos artificiales en el Centro de Salud Monterrey de Huaraz, 2012. Revista Aporte Santiaguino 2013.
- Quintanilla M. Anticoncepción posparto, transcesárea, poscesárea y posaborto. Secretaría de Salud, México D.F, 2002, pp 9-19.
- Torres I A. Factores que influyen en el abandono de los métodos de planificación familiar en mujeres receptoras del Programa, en el Centro de Salud, Municipio de Santa Lucía la Reforma, Totonicapán, Guatemala. Guatemala: Universidad Rafael Landívar. Facultad de Ciencias de la Salud; 2015.

## ANEXO "A" CONSENTIMIENTO INFORMADO



### CENTRO UNIVERSITARIO IGUALA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

#### CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.

Título de Estudio: factores que influyen en la aceptación o rechazo del DIU U OTB en mujeres puérperas de 16 a 26 años de edad en el hospital general Adolfo Prieto.

Investigador: Valeria Abigail Albavera Jaimes.

Se realizaran el estudio sobre Factores que influyen en la aceptación o rechazo de métodos anticonceptivos en las mujeres que han recibido atención obstétrica en un rango de 16 a 26 años de edad, con el propósito de investigar los factores que influyen en ella y socializar posteriormente su resultado en beneficio de las Instituciones y especialmente a los sujetos a investigar.

El estudio y sus procedimientos han sido aprobados por la Unidad de Tesis, el procedimiento no implica daño previsible e induce responder a una serie de preguntas de acuerdo a indicadores, la participación en el estudio ocupara aproximadamente 20 minutos. La participación es voluntaria, tiene derecho abandonar el estudio cuando quiera, se respetara su confidencialidad. Toda información de estudio será codificado para no relacionarse con usted.

He leído el formulario de consentimiento

Fecha: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma o Huella de la persona

**ANEXO "B" INSTRUMENTO DE MEDICIÓN.**



**CENTRO UNIVERSITARIO IGUALA  
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

FOLIO

**CUESTIONARIO**

Fecha \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_

Edad \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_

Estado civil \_\_\_\_\_ Grado máximo de estudios \_\_\_\_\_

1. Lugar de residencia: \_\_\_\_\_

Rural \_\_\_\_\_ Urbano \_\_\_\_\_

2. Embarazo planeado. Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

3. Embarazo deseado. Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

4. MPF antes del embarazo. Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Cual \_\_\_\_\_

5. Control prenatal. Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Trimestre de inicio \_\_\_\_\_

6. Consejería de planificación familiar durante el embarazo. Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

7. Elección de MPF durante el embarazo. Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Cual \_\_\_\_\_

8. IVSA \_\_\_\_\_ años

9. G \_\_\_\_\_ P \_\_\_\_\_ C \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_

10. Embarazo a término. Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ semanas \_\_\_\_\_ Aborto \_\_\_\_\_

11. Resolución del embarazo. Vaginal \_\_\_\_\_ Abdominal \_\_\_\_\_ LUI \_\_\_\_\_

12. Acepta método de planificación familiar. Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Por que \_\_\_\_\_

Cual \_\_\_\_\_ Indicado Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

13. Familia: Nuclear \_\_\_\_\_ Extensa \_\_\_\_\_ Monoparental \_\_\_\_\_

Fue tomado del protocolo de investigación "Nivel de aceptación de métodos de planificación familiar en el pos evento obstétrico", realizado en el Hospital Dr. Luis F. Nachon de Veracruz