



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN**

**SECRETARÍA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL
DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN**

**CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACIÓN EN
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**

**“COMPARACIÓN DE LA ACEPTACIÓN DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN
EMBARAZO DESEADO Y NO DESEADO EN ADOLESCENTES DURANTE EL
PUERPERIO INMEDIATO”**

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN SOCIOMÉDICA

**PRESENTADO POR
DRA. JESSICA GUADALUPE ALVAREZ TORRES**

**PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**

**DIRECTOR DE TESIS
DRA. LOURDES GARCÍA LÓPEZ**

2013



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.

**“COMPARACIÓN DE LA ACEPTACIÓN DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN
EMBARAZO DESEADO Y NO DESEADO EN ADOLESCENTES DURANTE EL
PUERPERIO INMEDIATO”**

Autora: Jessica Guadalupe Álvarez Torres.

Vo. Bo.
Dr. José Antonio Memije Neri

Profesor Titular del Curso de Especialización en
Ginecología y Obstetricia

Vo.Bo.
Dr. Antonio Fraga Mouret

Director de Educación e Investigación

“COMPARACIÓN DE LA ACEPTACIÓN DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN EMBARAZO DESEADO Y NO DESEADO EN ADOLESCENTES DURANTE EL PUERPERIO INMEDIATO”

Autora: Jessica Guadalupe Álvarez Torres.

Vo. Bo.
Dra. Lourdes García López

Director de tesis
Médico Adscrito Hospital Materno Infantil Inguarán

Vo.Bo.
Dra. Carolina Salinas Oviedo

Asesor Metodológico
Jefe de Enseñanza e Investigación
Hospital Materno Infantil Cuauteppec.

AGRADECIMIENTOS

A Dios por permitirme completar este ciclo tan importante de mi vida.

A mi familia por su comprensión hacia mi profesión, que más que profesión es mi forma de vida, gracias, sin su amor y apoyo incondicional no habría sido posible culminar esta etapa.

A mis amigos gracias por estar ahí siempre, su cariño y apoyo es fundamental en mi vida.

A mis médicos adscritos por su tiempo, tolerancia y sobre todo por sus enseñanzas voluntarias e involuntarias.

A mis compañeros por compartir esta etapa llamada residencia, les deseo el mayor éxito en el desarrollo de su vida profesional; me llevo grandes amigos, se que nuestra amistad continuará a pesar de que este ciclo académico termine.

A mis pacientes por permitirme aprender de ellos, son el mejor libro de medicina que puede existir, espero haber podido retribuir un poco de tanto que me dieron.

Al Dr. Carrera por crear en mí el interés por el tema de embarazo no deseado.

A la Dra. Caro por su tiempo, esfuerzo, facilidades y apoyo para terminar este trabajo de investigación.

A la Dra. Lourdes García, sin usted simplemente no existiría esta tesis, gracias.

A mi querido Hospital Inguarán, a su personal y sus pacientes, tomen la presente tesis como una forma de reconocimiento por todo lo que me brindaron.

A la Secretaría de Salud del Distrito Federal, mi querido “Depa” por darme la oportunidad y las herramientas para convertirme en médico especialista.

ÍNDICE

RESUMEN

I. INTRODUCCIÓN	1
II. MATERIAL Y MÉTODOS	26
III. RESULTADOS	33
IV. ANÁLISIS	45
V. DISCUSIÓN	50
VI. CONCLUSIONES	54
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	56

RESUMEN

Objetivo: Comparar la aceptación de métodos de planificación familiar en adolescentes con embarazo deseado vs embarazo no deseado durante el puerperio inmediato en el Hospital Materno Infantil Inguarán en el período de abril a mayo de 2012.

Material y métodos. Se realizó un estudio sociomédico, observacional, descriptivo, analítico, prospectivo y transversal. Se incluyeron mujeres menores de 19 años, en puerperio inmediato, hospitalizadas, que aceptaron contestar una encuesta para valorar las características generales de la población y su actitud hacia el embarazo y la planificación familiar. Para el análisis, se utilizó Excel y SPSS, los cuales permitieron realizar el análisis estadístico y la presentación de los resultados con apoyo de cuadros y gráficos.

Resultados: No hubo diferencia estadística al comparar las variables aceptación de planificación familiar y deseo de embarazo. Sin embargo se encontró que sí influye en la aceptación de un método el que se oferte y se informe.

Palabras clave: adolescentes, embarazo no deseado, aceptación planificación familiar.

I. INTRODUCCION

I.1 Antecedentes

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud el concepto Salud Sexual y Reproductiva se define como “el estado de completo bienestar físico, mental y social en todos aquellos aspectos relativos a la reproducción”. Este enfoque de la salud reproductiva da un alto valor al derecho de hombres y mujeres a regular su fecundidad en forma segura y efectiva, a tener un embarazo y parto sin riesgos para la salud, a tener y criar hijos saludables, a comprender y disfrutar su propia sexualidad, y a permanecer libres de enfermedad, incapacidad o muerte asociadas con el ejercicio de la sexualidad y la reproducción. (1)

Garantizar la salud de las mujeres y sus derechos reproductivos es un ordenamiento reconocido en diversos instrumentos internacionales que el Estado mexicano ha asumido.

Planificación familiar

La Organización Mundial de la Salud define la planificación familiar como “una manera de pensar y vivir adoptada voluntariamente por individuos y parejas que se basa en conocimientos, actitudes y decisiones tomadas con sentido de responsabilidad para promover la salud y el bienestar de la familia y, secundariamente, de la comunidad”. (1)

Los métodos anticonceptivos o de planificación familiar, son aquellos que impiden o reducen significativamente las posibilidades de una fecundación en mujeres fértiles que mantienen relaciones sexuales de carácter heterosexual. Contribuyen en la toma de decisiones sobre el control de la natalidad y la prevención de embarazos no deseados. (1)

Los métodos anticonceptivos modernos aparecieron de forma oficial y se perfeccionaron en la segunda mitad del siglo XX, se distinguieron por su alta efectividad y seguridad, y porque por primera vez en la historia de la humanidad dieron una visión diferente a las prácticas reproductivas, permitiendo a la pareja planear el número de hijos que desea tener. No obstante, en gran medida se continúa marginando a la mujer en cuanto a decidir por sí misma.

En todos los países se ha dado un incremento sistemático en el uso de métodos de planificación familiar y especialmente de métodos modernos; esto último fue posible gracias a una mayor producción, eficiencia y calidad de medios anticonceptivos, la disponibilidad de programas públicos y privados de planificación familiar y los cambios culturales en las actitudes hacia la valoración y aceptación del uso de métodos de planificación familiar.

Como es de esperarse la prevalencia de métodos modernos de planificación familiar es mayor en los países que se encuentran en un estado avanzado de desarrollo; así como entre las mujeres de mayor condición social, de zonas urbanas o con mayor educación, esto sugiere, como se demuestra en diversos estudios, que la educación

y la urbanización juegan un papel importante como medio para cambiar los valores de los individuos, acerca del tamaño ideal de familia, así como también sobre la aceptación y uso de métodos modernos de planificación familiar. Sin embargo, el incremento en el uso de métodos modernos se ha dado en todos los grupos sociales, con una convergencia a un mayor uso de los mismos. (2)

En México la fecundidad ha descendido en las últimas décadas como consecuencia de las políticas de población y el uso de anticonceptivos modernos, en contexto con otros factores que promueven una menor fecundidad, como son la urbanización, la incorporación de la mujer al mercado de trabajo, más años de escolaridad y en general cambios de valores y cultura.

Sin embargo existen cuestiones importantes que aún necesitan atenderse, entre ellas establecer servicios que respondan a las necesidades y expectativas reproductivas de los usuarios de los servicios de planificación familiar, identificar los estratos de la población con necesidades no satisfechas de anticoncepción y establecer programas que los incluyan, promover el respeto al derecho de las mujeres y parejas de decidir sobre el número y espaciamiento de sus hijos.

La fecundidad de una población resulta de las expectativas reproductivas (los hijos que las mujeres y las parejas desean tener) y de su acceso a los medios que les permiten cumplir con estas expectativas (especialmente los métodos anticonceptivos). Para que la fecundidad y en consecuencia el crecimiento demográfico de un grupo social, un país o una región disminuyan, es esencial que su

población aspire a un menor número de hijos y tenga acceso a los medios para lograrlo. De esta manera, los embarazos no deseados se reducirían al mínimo (3)

Las deficiencias en los servicios de salud reproductiva y salud sexual son causa de casi una quinta parte de la carga mundial de morbilidad y mortalidad prematura, y de una tercera parte de las enfermedades y defunciones de las mujeres en edad de procrear (UNFPA, 2004).

Con datos de la Encuesta Nacional sobre la Dinámica Demográfica en México 2009 (ENADID 2009) se estimó una tasa global de fecundidad de 2.3 hijos por mujer para ese año. Estimaciones del Consejo Nacional de Población (CONAPO) indican que en 2010 la tasa fue de 2.1.

La demanda insatisfecha, se refiere a personas que aunque no desean más hijos o no quieren embarazarse en determinado momento, no utilizan ningún método anticonceptivo o recurren a los métodos tradicionales, considerados poco efectivos. (4)

La necesidad insatisfecha de planificación familiar disminuye con la edad, siendo significativamente alta entre las adolescentes. Se ha observado que en los países desarrollados la necesidad insatisfecha se concentra entre los más jóvenes, mientras que en los países con menor desarrollo la necesidad insatisfecha es común en todos los grupos de edad. (2)

Estos altos niveles de necesidad insatisfecha por servicios de planificación familiar permiten un amplio margen de acción para intervenir con programas de planificación familiar eficaces que contribuyan a disminuir la fecundidad, especialmente entre las adolescentes. La necesidad insatisfecha de planificación familiar es mayor en los grupos sociales menos favorecidos: mujeres rurales y con menor educación, lo que sugiere la existencia de barreras en el acceso a los servicios de planificación familiar, especialmente entre las mujeres menos favorecidas socialmente de los países de fecundidad alta. (2)

En América Latina se estima que entre 19 y 34% de las mujeres en edad fértil tiene una demanda no satisfecha de métodos anticonceptivos (*The Alan Guttmacher Institute, 1998*).

En números absolutos, esto significa 8 millones de mujeres en Brasil, 1,8 millones en Colombia, 6,7 millones en México, 1,9 millones en Perú y 351 000 en la República Dominicana, que si bien no desean quedar embarazadas, no están utilizando un método efectivo para evitarlo. (4)

Embarazo no deseado

El embarazo no deseado es definido como aquel que ocurre en un momento poco favorable, inoportuno, o que se da en una persona que ya no quiere reproducirse. (3) Aunque en la literatura consultada se maneja indistintamente, es importante diferenciarlo del embarazo no planeado, el cual ocurre, cuando la mujer no tiene en sus planes embarazarse pero acepta el embarazo y por lo tanto tiene al producto.

Mientras que en el embarazo no deseado la mujer queda embarazada sin quererlo, pero por cuestiones personales, sociales y culturales, se ve obligada a tener al producto. (5)

Así mismo un número menor de estudios aborda el tema de embarazo no deseado con una visión más amplia, que incluye variables relacionadas con la pareja, oposición del hombre al uso de métodos anticonceptivos, violación o coacción sexual, o sometimiento por abuso; lo cual lleva a distinguir otro tipo de embarazo, el forzado el cual se define como el confinamiento ilícito de una mujer a la que se ha dejado embarazada por la fuerza, con la intención de modificar la composición étnica de una población o de cometer otras violaciones graves. (5)

Según reportes internacionales los embarazos no deseados son especialmente comunes en adolescentes, mujeres solteras y mayores de 40 años; sin embargo, también se dan en otros grupos de edad; su frecuencia parece ser mayor entre las mujeres de escasos recursos y bajo nivel educativo, aunque ocurren en todas las clases sociales. Sus consecuencias no solo afectan a las mujeres, sino también a los hombres y a las familias.(5)

Ante un embarazo no deseado las mujeres y las parejas enfrentan decisiones difíciles, las opciones que se abren son básicamente dos: continuarlo o interrumpirlo. Cualquiera de estas decisiones tiene consecuencias sobre la salud y la situación social y económica de la mujer, su pareja y su familia. Además de que también influyen en las condiciones de salud y de desarrollo de las sociedades.

Las consecuencias sobre la salud de las mujeres son indirectas: las más graves se derivan del aborto inducido al que las mujeres recurren para tratar de evitar el embarazo no deseado y que se realiza en muchos casos en condiciones de clandestinidad e inseguridad, no obstante la continuación de los embarazos no deseados también tiene consecuencias sobre la salud de la madre y del hijo, ya que estos ocurren con mayor frecuencia en mujeres en ambos extremos de la edad reproductiva, períodos durante los cuales los riesgos son mayores.

Embarazo adolescente

La Organización Mundial de la Salud define a la adolescencia como el período de vida que se da entre los 10 y 19 años de edad, se caracteriza por una serie de cambios orgánicos, así como por la integración de funciones de carácter reproductivo, acompañados de profundos cambios biopsicosociales de ajuste a un ambiente sociocultural cambiante y en ocasiones hostil.

De acuerdo al Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia, se puede dividir en:

Adolescencia temprana de 10 a 14 años

Adolescencia intermedia de 15 a 17 años

Adolescencia tardía de 18 a 19 años

En la adolescencia, la inmadurez física incrementa los riesgos asociados con el embarazo y el parto, de hecho las menores de 15 años tienen cuatro veces más probabilidad de morir por causas relacionadas con el embarazo que las mujeres de más de 20 años, además de que generalmente se trata de embarazos no deseados.

Por otra parte, los hijos de adolescentes presentan 30% más probabilidad de morir en el primer año de vida a diferencia de los hijos de mujeres adultas (4).

Según la ENADID 2009 se reporta que:

- 15.5% de las mujeres adolescentes han tenido al menos un hijo nacido vivo
- 9.2% de los embarazos ocurridos en el periodo 2004-2009 terminó en aborto
- 13.8% de las mujeres fallecidas en 2009 por muerte materna era menor de 19 años
- La edad media de la primera relación sexual en mujeres de 15 a 49 años fue de 18 años
- Las adolescentes entre 15 y 19 años tenían 1.7 hijos en promedio

Para el año 2009, el 72.5% de las mujeres unidas y en edad fértil (15 a 49 años) usaban algún método anticonceptivo.

La mayoría de las adolescentes (97%) tiene conocimiento sobre métodos anticonceptivos, incluso en el medio rural y entre adolescentes que hablan lengua indígena, el 91.3% y 77.5% respectivamente. No obstante, menos de la mitad, 44.7% de las mujeres de entre 15 y 19 años que están unidas, utiliza métodos anticonceptivos; porcentaje que se reduce a 4.5% entre las adolescentes solteras.

Según las estadísticas de natalidad que presenta el INEGI, en 2008 se registraron 457,929 partos de madres menores de 20 años, que representaron 17.4% del total

de nacimientos registrados ese año; en la mayoría de los casos se trataba de su primer hijo (76.6%), en 18.4% de los casos era el nacimiento de su segundo hijo y en 3.5% se trataba de su tercer hijo.

En México, no se conoce cuántos de los embarazos en adolescentes son deseados; sin embargo, es de suponer que una buena proporción de estas madres jóvenes hubieran preferido evitarlos de haber contado con los recursos para ello.

El embarazo tiene consecuencias no solo a nivel de su salud, sino también sobre sus oportunidades de desarrollo, así, se ha observado que las adolescentes embarazadas abandonan la escuela con mayor frecuencia que el resto, tienen mayor probabilidad de ser madres solteras o solas, van a tener un número mayor de hijos al final de su vida reproductiva y sus oportunidades de alcanzar un trabajo bien remunerado son menores (6).

La prevención de un embarazo no deseado en este grupo de edad es aún más trascendente que en otros momentos de la vida, debido a las consecuencias biológicas y sociales tanto para la madre como para el niño.

En el caso de decidir continuar el embarazo, las madres muy jóvenes (especialmente las menores de 15 años) tienen una mortalidad materna 2.5 veces mayor que las de 20 a 24 años, las adolescentes corren mayor riesgo de ganar poco peso durante el embarazo, sufrir hipertensión inducida por el embarazo, anemia, infecciones de

transmisión sexual y desproporción cefalopélvica, tienen mayor riesgo de sufrir violencia y abuso sexual, así como mayor morbilidad y mortalidad para el neonato.

En general, este conjunto de problemas resulta de una combinación de factores: el bajo nivel socioeconómico, la inmadurez física de la madre, la falta de atención prenatal, los hábitos inadecuados relacionados con la salud (nutrición y tabaquismo, por ejemplo) y la inmadurez emocional.

Ante un embarazo que en la adolescente no se está en condiciones de llevar a término, la joven suele carecer de conocimientos, recursos y orientación para resolver su situación; al estar vulnerable, recurre a los métodos más peligrosos con el fin de interrumpir el embarazo; asimismo, el miedo a la censura la lleva a retrasar la asistencia a los servicios de salud para buscar ayuda frente a las complicaciones derivadas de un aborto incompleto, esta cadena de acontecimientos lleva a un mayor frecuencia en la morbilidad y mortalidad en las adolescentes.

Puede afirmarse que el embarazo no deseado, no planeado y forzado es un evento invisible para las estadísticas y no percibido adecuadamente por la sociedad, cuya magnitud real resulta difícil de calcular. De este modo se ocultan sus implicaciones sociales, médicas, culturales, económicas, éticas y de derechos humanos, y se subestiman las cifras de embarazos no deseados; otro punto a debatir que pudiera estar influyendo en la variante de los resultados es la temporalidad entre el evento y la entrevista, ya que algunos estudios abordan a las mujeres durante el embarazo, lo

que subestima las cifras, y otros lo hacen de manera retrospectiva, al momento de diagnosticar el embarazo, lo cual quizá refleje una sobreestimación. (5)

No hay reportes de estadísticas confiables sobre embarazo no planeado, no deseado o forzado en México ya sea en adolescentes o en adultos; sin embargo, de acuerdo con estimaciones realizadas en los años 90, el 40-60% de los embarazos en México son no deseados, estimándose que el 17% terminan en abortos inducidos y el 23% restante en nacimientos no deseados (*The Alan Guttmacher Institute, 1994*).

Para fines del presente estudio, es importante mencionar la definición de puerperio, por ser el período en que se interrogó a las pacientes, así, se define como la etapa que se inicia al terminar el tercer período del parto y que concluye con la involución de los órganos genitales maternos. Su duración aproximada es de 6 a 8 semanas(7)

Metodologías y resultados previos

En los Estados Unidos casi la mitad de todos los embarazos son identificados como no deseados, de las mujeres que se someten a un aborto el 54% utilizó algún anticonceptivos durante el mes en que quedaron embarazadas, sin embargo gran parte de este uso fue ineficaz, debido a información incorrecta en un 49% de los usuarios de condones y el 76% de las usuarias de la píldora. (8)

Entre las mujeres que tienen un aborto, alrededor de la mitad llegan a tener un aborto de repetición. *Upadhyay* y cols. realizaron en 2006, en San Francisco, un estudio basado en la teoría de la educación, "Momento de enseñanza", la cual

postula que cuando surge una situación única en la que una persona se relaciona con un asunto o problema, el interés personal aumenta el potencial de escuchar y aprender para evitar el problema de nuevo en el futuro. Se dio seguimiento durante un año a pacientes entre 15 y 24 años que se habían realizado una interrupción de embarazo al momento del estudio y mujeres sin antecedente de aborto, encontrando que las mujeres que se inscribieron en el estudio el día de su aborto tuvieron 20% más probabilidades de dejar el método anticonceptivo que las mujeres que nunca han tenido un aborto, por lo que concluyen que la experiencia de tener un embarazo no deseado y el aborto, no conduce a cambios de comportamiento que protegen contra embarazo no deseado.(8)

Najafian en Irán durante 2010 realizó un estudio transversal sobre factores relacionados y prevalencia de embarazo no deseado, encontrando consistencia en las variables, tales como bajo nivel de escolaridad, edad mayor de 35 años, multigestas, situación económica baja. Por lo cual concluye la gran importancia de identificar los factores relacionados con el embarazo no deseado para así prevenirlo y disminuir su incidencia.(9)

En Guadalajara se realizó un estudio de casos y controles de octubre de 2005 a mayo de 2006, en donde se evaluó si el embarazo adolescente se encontraba vinculado con la presencia de maltrato fetal, entendiéndose este como no llevar adecuado control prenatal, consumir drogas legales e ilegales durante el embarazo y la violencia física dirigida a la mujer embarazada. Los resultados concluyen que si

hay un mayor riesgo de presentar maltrato fetal en mujeres adolescentes, la forma más frecuente es por una deficiente atención prenatal (10).

El embarazo no deseado sigue siendo un grave problema de salud pública que en los Estados Unidos representa el 49% de todos los embarazos, e independientemente de la vía de resolución conlleva riesgos que repercuten en la morbilidad y mortalidad de la mujer y el producto de la gestación. Se realizó en Estados Unidos un estudio prospectivo de 2 años para valorar si el hecho de haber presentado un embarazo no deseado era factor de riesgo para presentarlo nuevamente. Se encontró que de las mujeres que habían presentado un embarazo no deseado, 27% lo experimentó nuevamente, comparado con 17% de las mujeres sin embarazos no deseados previos. Así mismo se encontró que la edad fue el predictor más fuerte para que se presentara este hecho, menores de 20 años de edad tenían 3 veces mayor probabilidad; así como el tener un grado de estudios menor a la secundaria presentaba 3 veces más riesgo de presentar embarazo no deseado. (11)

En una encuesta realizada en California se encontró que el 49% de las mujeres de 18-44 años, fueron consideradas en riesgo de embarazos no deseados, y el 9% de esta población tenía sexo sin protección. Cuando se le preguntó su principal razón para no usar ningún método anticonceptivo, un tercio de las mujeres declaró que no se consideran estar en riesgo (12)

En un estudio realizado por Trussell en que se estima que aproximadamente el 49% de los embarazos en Estados Unidos son no deseados, se analiza que los costos son significativos, independientemente del resultado que la mujer elige para su embarazo. Casi la mitad (48%) de las mujeres de 15 a 44 años han experimentado un embarazo no deseado y casi un tercio (31%) han experimentado el nacimiento de un embarazo no deseado. Casi un tercio (30%) de las mujeres de 15 a 44 en los Estados Unidos han experimentado uno o más abortos inducidos, 4 de cada 10 (42%) embarazos no deseados terminan en un aborto inducido. A todo esto se agrega el problema que implican las incapacidades o incluso la salida de la mujer del área laboral. Se ha observado que la mayoría de los embarazos no deseados entre las usuarias de anticonceptivos se deben al uso incorrecto o inconsistente, este hallazgo indica la necesidad de un mayor uso de métodos de acción prolongada que no requieren de la adhesión: esterilización masculina y femenina, Dispositivos, hormonales inyectables, el implante; además de métodos duales y de la anticoncepción de emergencia que pueden llevar a disminuir los costos totales por embarazos no deseados. El estudio concluye que los costos médicos directos de los embarazos no deseados en 2002 fue de 5 billones de dólares mientras que el ahorro de costos médicos directos debido al uso de anticonceptivos puede ser de 19 millones de dólares.(13)

En 2010, se publicaron en Estados Unidos los Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos 2010 que proporciona orientación basada en la evidencia para elegir un método anticonceptivo basado en la seguridad relativa de los métodos anticonceptivos para las mujeres con determinadas características o condiciones

médicas, incluyendo las mujeres en puerperio. Recientemente, evaluaron la evidencia respecto a la seguridad de la combinación de uso de anticonceptivos hormonales durante el puerperio. Estas recomendaciones actualizadas indican que las mujeres después del parto no deben usar anticonceptivos hormonales combinados durante los primeros 21 días postparto debido al alto riesgo de tromboembolismo venoso (TEV). Durante 21-42 días después del parto, las mujeres sin factores de riesgo de TEV en general, pueden iniciar anticonceptivos hormonales combinados, pero las mujeres con factores de riesgo de TEV o cesárea reciente, no deben usar estos métodos. Después de 42 días después del parto, no existen restricciones sobre el uso de anticonceptivos hormonales combinados en función del estado después del parto se aplican (14)

Los Estados Unidos tienen la más alta tasa de natalidad en adolescentes de los países desarrollados. El repetir un embarazo dentro los 24 meses del último nacimiento es experimentado por 20 – 66% de las madres adolescentes y aumenta el riesgo de los pobres resultados maternos y fetales, el desempleo, la pobreza (15)

A pesar de sus beneficios potenciales, el dispositivo intrauterino sigue siendo infrautilizado, en los Estados Unidos por las mujeres de todas las edades y la investigación ha demostrado barreras para su uso después del parto y sobre todo de la población adolescente. Un estudio retrospectivo encontró que sólo el 60% de las mujeres recién paridas que solicita un DIU lo obtiene, esperando una media de 60.5 días después del parto para su inserción. (6)

Estudio realizado en Suecia por Falk y colaboradores establece como objetivo prevenir los embarazos no deseados y para ello pretende establecer un grupo etéreo de riesgo, se desarrollo dicho estudio durante 4 años, encontrando a los 12 meses de seguimiento, 56 (25%) tenían un nuevo embarazo, y de esos, 20 (36%) tuvieron un aborto legal, este estudio muestra que las adolescentes que presentan un embarazo, constituyen un grupo de alto riesgo para futuros embarazos no deseados y el aborto legal.(16)

Durante 2009 Romero y colaboradores realizaron en Guanajuato un estudio transversal para valorar la aceptación de métodos anticonceptivos durante el puerperio inmediato en mujeres con embarazo no deseado y los factores asociados con la aceptación de anticonceptivos. Se obtuvo como resultado que la frecuencia de embarazos no deseados es de 44.7 %, con una aceptación de planificación familiar de 87.8%, además un hallazgo interesante fue que las mujeres con embarazo no planeado aceptaron con mayor frecuencia los anticonceptivos que las pacientes con embarazo planeado (87.8 vs 80.8%). La multiparidad fue el único factor con significancia estadística que se vincula con mayor aceptación de anticonceptivos. (17)

Entre 1992 y 1994 Nuñez U. y colaboradores realizaron en Morelos, México un estudio transversal en el puerperio, investigando sobre el deseo del embarazo en la mujer; se les preguntó si antes de embarazarse desearon el último embarazo, se indagó sobre conocimientos y uso de métodos anticonceptivos posparto. Se encontró que un 17% de todos los nacimientos registrados en la población total en ese periodo

fueron producto de madres adolescentes, de éstas, 22.73% declararon que su embarazo no fue deseado, asimismo, las adolescentes de comunidades urbanas manifestaron no desear el embarazo con mayor frecuencia que las mujeres de comunidades rurales. Un 91.3% de las madres adolescentes enunció la píldora anticonceptiva entre los métodos que conocía, un 84.72% conocía el DIU y 63.68% el condón, sin embargo sólo 35% estaba utilizando algún método. Estos hallazgos sugieren que los programas de planificación familiar tienen un potencial de cobertura aún no alcanzado entre el grupo de adolescentes, especialmente entre las que viven en áreas suburbanas. Asimismo, sugiere la necesidad de insistir en la promoción del uso de métodos anticonceptivos posparto en este grupo considerado de alto riesgo reproductivo (18)

Se realizó en Estados Unidos un estudio en mujeres sexualmente activas y sin planes de embarazo, para valorar en base a encuestas que efectos tendría en su calidad de vida enterarse de un embarazo no deseado, se encontró que 94% de las mujeres se sentirían mal respecto a esta noticia, y la mitad pagaría para evitar ese embarazo. Este estudio concluye que es importante continuar realizando estudios para valorar este impacto sobre todo en el grupo adolescente orientado a mejorar los programas de planificación familiar. (19).

Se realizó en Reino Unido un estudio para valorar de 1991 a 2007 la proporción de repetición de interrupciones de embarazos adolescentes, encontrando un incremento hasta del 68%, se concluye que es de suma importancia mejorar los servicios de

anticoncepción en adolescentes antes de que se repita un embarazo no deseado (20)

Reducir el embarazo no deseado no es algo mágico y siempre habrá un grupo de mujeres y hombres que tengan sexo sin protección o a quien los métodos de planificación les fallen, y al analizar las estadísticas en otros países se observa que el problema no es simple, en Estados Unidos no ha habido grandes cambios, sin embargo en países como Escocia, el porcentaje es de 28% por ello hay que continuar estudiando los factores que llevan a su frecuencia y enfocar programas a mejorarlos. (20)

Los estudios revisados nos reportan una elevada frecuencia de embarazos no deseados predominantemente en las adolescentes, independientemente de que sea en un país desarrollado como Estados Unidos o en vías de desarrollo como el nuestro, por ello se consideró necesario realizar el presente estudio para conocer más el problema y que se considere como línea de investigación prioritaria, con la intención de implementar estrategias y medidas para prevenirlo.

I.2 Planteamiento del problema

Entre las instituciones de atención a pacientes en la Ciudad de México que no cuentan con seguridad social (IMSS, ISSSTE, SEDENA, PEMEX), se cuenta con Hospitales de la Secretaría de Salud Federal como H. General de México, H. Juárez, H de la Mujer, H. Gea González; Instituto de Perinatología los cuales brindan

atención a través de cuotas de recuperación; por tal motivo la población más desprotegida acude a instituciones de la Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal, en donde se cuenta con los programas de gratuidad desde hace más de 10 años y desde hace 6 años con el programa de seguro popular, los cuales tienen la cobertura de la mayoría de los padecimientos de manera gratuita, lo que ha llevado a un incremento en la afluencia en éstos hospitales.

Dentro de los hospitales de la Secretaría de Salud del Distrito Federal existen hospitales de especialidades, generales, pediátricos y materno infantiles; entre estos últimos, el de mayor capacidad de atención es el Hospital Materno Infantil Inguarán, con 69 camas censables en Ginecología y Obstetricia y 42 de neonatología, con un área de influencia que abarca las delegaciones: Venustiano Carranza, Cuauhtémoc, Iztacalco y Gustavo A. Madero, además de las pacientes que por cercanía u otras causas se atienden en esta unidad (Estado de México, Iztapalapa, y algunas foráneas).

En el Hospital Materno Infantil Inguarán se reportan en el 2011 los siguientes datos estadísticos: 6750 atenciones obstétricas de menores de 19 años, de ellas el 29.30% (1984) fueron hospitalizadas para su resolución obstétrica (parto, cesárea y legrado). Las cifras anteriores se reportan sin considerar a la población atendida en el programa de Interrupción Legal del Embarazo (ILE) que se manejan de manera ambulatoria.

En general no se cuenta con cifras sobre embarazo no deseado, no planeado y forzado, ni tampoco estadísticas específicas sobre aceptación de planificación familiar en el grupo adolescente en esta unidad.

Lo anterior nos muestra que hay una amplia población de estudio para desarrollar la presente investigación, debido al alto número de adolescentes tratado en este hospital y la disponibilidad actual de diversos métodos de planificación familiar en el hospital como son: preservativos, parches anticonceptivos, implante, DIU de cobre, DIU con levonorgestrel, pastillas anticonceptivas, hormonal inyectable; por ello la decisión de abordar el tema de embarazo adolescente en esta unidad, en donde se espera poder recolectar fácilmente una muestra representativa y puede haber un mayor impacto de los resultados dado el gran número de adolescentes tratadas.

Considerando lo antes expuesto, se plantea la siguiente pregunta de investigación:
¿Cuál es la aceptación de planificación familiar en adolescentes con embarazo deseado y no deseado durante el puerperio inmediato en el Hospital Materno Infantil Inguarán?

I.3 Justificación

El embarazo a cualquier edad es un evento psicosocial sumamente importante, y muchas veces se acompaña de situaciones adversas que pueden atentar contra las embarazadas y el producto de la gestación.

Entre ellas se han observado condiciones psicosociales de pobreza, poco apoyo social y familiar, así como problemas de salud, pues muchas embarazadas son portadoras de enfermedades sistémicas o crónico degenerativas que se manifiestan o complican con el embarazo como son: la hipertensión arterial, la diabetes y otras enfermedades metabólicas; enfermedades carenciales como desnutrición y anemia; enfermedades neoplásicas, además de enfermedades infecciosas y parasitarias. En el grupo adolescente se ha observado que frecuentemente aparecen complicaciones durante el embarazo tales como: preeclampsia, eclampsia, anemia, infecciones de las vías urinarias, infecciones de transmisión sexual -incluyendo el VIH/SIDA-, virus del papiloma humano, aborto, mayor índice de cesáreas entre otras. Estas complicaciones junto con el impacto psicosocial, traen aparejado el incremento de la morbilidad y mortalidad materno infantil.

La gran mayoría de los pacientes que se atienden en Hospitales de la Secretaría de Salud del Distrito Federal pertenece a grupos vulnerables y sin seguridad social, que presentan factores asociados a una mayor frecuencia de embarazos no deseados y el bajo uso de métodos de planificación familiar, por ello la importancia de determinar la incidencia y/o prevalencia de embarazos deseados o no deseados y su relación con la planificación familiar.

Según el Observatorio de Mortalidad Materna en 2010 la razón de mortalidad materna (RMM) indica que por cada 100 mil nacidos vivos fallecieron 51.5 mujeres por causas relacionadas con el embarazo, el parto y el puerperio; 10% de las mujeres fallecidas por muerte materna era menor de 19 años.

Según la ENADID 2009 de las mujeres que han tenido relaciones sexuales, 61.8% de las adolescentes de 15 a 19 años no usaron ningún método anticonceptivo en su primera relación sexual. La mayoría de las adolescentes (97%) tiene conocimiento sobre métodos anticonceptivos, incluso en el medio rural y entre las adolescentes hablantes de lengua indígena, 91.3% y 77.5% respectivamente. No obstante, menos de la mitad (44.7%) de las mujeres de entre 15 y 19 años que están unidas utiliza métodos anticonceptivos; porcentaje que se reduce a 4.5% entre las adolescentes solteras. De las adolescentes alguna vez embarazadas, 80.8% lo había estado una vez, 16.8% había tenido dos embarazos y 2.3% había estado embarazada tres veces. Al menos 12.2% de los embarazos en adolescentes terminaron en aborto.

Los estudios internacionales reportados hasta la fecha coinciden en que casi la mitad de los embarazos son no deseados, sin embargo lo reportado en relación con la anticoncepción en adolescentes no está clara y los reportes en población mexicana son escasos, en el caso del Hospital Materno Infantil Inguarán son datos que se desconocen, motivo por el cual es importante realizar este estudio, para que los resultados ayuden a la mejora en programas de planificación familiar en pro de las mujeres, particularmente las adolescentes.

La decisión de realizar el estudio en este hospital es por el porcentaje de embarazo adolescente presente en esta unidad (29.3 %); además de que al conocerse mejor el fenómeno del embarazo no deseado se pueden plantear alternativas de solución viables y enfocar los programas de mejora a esta población nos reduciría

subsecuentes embarazos no deseados al ser más efectivas las mejoras en los procesos de planificación familiar derivadas de las conclusiones.

Se espera que con los datos obtenidos en el presente estudio, se tenga mayor información del embarazo no deseado, y sobre todo del embarazo adolescente en su relación con la aceptación de planificación familiar, y con las conclusiones obtenidas en el presente estudio, se vislumbren las deficiencias y se implementen a futuro estrategias así como programas enfocados a la mejora de la cobertura de planificación familiar; en la educación sobre temas de salud sexual y reproductiva, para brindar a las mujeres adolescentes, (población a quien va dirigido el estudio) el control de su vida reproductiva.

Con todo ello, mejorar sus expectativas y calidad de vida; así, las mujeres que habían planeado su último evento obstétrico logran planificar el número de hijos que quieren tener. En las adolescentes con embarazos no deseados crear las estrategias de orientación para que acepten el uso de métodos de planificación familiar y disminuir la morbilidad-mortalidad materna, en un futuro evento obstétrico; así como las repercusiones biopsicosociales derivadas como: deserción laboral o escolar, problemas económicos en la familia, entre otros.

Considerando que se tratan de hospitales en donde las atenciones son gratuitas el impacto a mediano o largo plazo de las modificaciones derivadas de las conclusiones del presente estudio, se espera repercuta en la disminución de costos y no solo para

las atenciones obstétricas sino también en aquellas que pudieran presentar complicaciones y secuelas.

I.4. Hipótesis de investigación

Existe diferencia en la aceptación de métodos de planificación familiar entre adolescentes con embarazo deseado o no deseado.

I.5 Objetivos

Objetivo General

Comparar la aceptación de métodos de planificación familiar en adolescentes con embarazo deseado vs adolescentes con embarazo no deseado durante el puerperio inmediato en el Hospital Materno Infantil Inguarán en el período de abril a mayo de 2012.

Objetivos Específicos

- Identificar las características de la población en estudio tales como edad, escolaridad, estado civil, religión, ocupación, ingresos económicos.
- Determinar los antecedentes ginecoobstétricos como son gestas, paras, cesáreas, abortos, inicio de vida sexual, número de parejas sexuales.
- Determinar si la población en estudio utilizó método de planificación familiar en su primera relación sexual y subsecuente.

- Determinar los tipos de métodos de planificación familiar utilizados en la población en relaciones sexuales previas.
- Identificar la actitud de la paciente con relación a la aceptación de método de planificación familiar y del embarazo.
- Determinar las complicaciones obstétricas presentes en la población en estudio.
- Determinar el número de consultas prenatales promedio
- Identificar la condición del recién nacido, valorando escala APGAR.
- Determinar el número de hijos deseados.
- Determinar la paridad satisfecha.
- Determinar si el personal de salud realizó la oferta y consejería de planificación familiar en 1º nivel, 2º nivel (posparto y hospitalización).
- Determinar las razones de rechazo a la aceptación de planificación familiar planteadas por las pacientes sujetos de estudio.
- Contrastar la frecuencia de embarazos no deseados vs la frecuencia de embarazos deseados en adolescentes
- Contrastar la aceptación de planificación familiar entre adolescentes con embarazo deseado y no deseado.

II. MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio sociomédico, de tipo observacional, descriptivo, analítico, prospectivo y transversal, en las mujeres menores de 19 años en puerperio inmediato que se atendieron en el Hospital Materno Infantil Inguarán en el período de abril a mayo de 2012.

Las pacientes fueron seleccionadas de acuerdo a los criterios:

- De inclusión:
 - Mujer menor de 19 años.
 - En puerperio inmediato.
 - Hospitalizada en el Hospital Materno Infantil Inguarán del período abril a mayo de 2012.

- De no inclusión:
 - Que tengan alguna patología que no les permita responder la encuesta.
 - Que no acepten participar en el estudio.

- De eliminación e Interrupción
No aplicó.

Operacionalización de variables

VARIABLE	TIPO	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	CALIFICACIÓN
Edad	Control	Años de vida	Cuantitativa discontinua	10 – 19 años
Escolaridad	Control	Número de años estudiados (no se consideró escolaridad preescolar)	Cuantitativa discontinua	0 - 13
Estado Civil	Control	Situación personal en que se encuentra o no una persona física en relación a otra, con quien se crean lazos jurídicamente reconocidos.	Cualitativa nominal	Soltera Casada Unión libre Viuda
Religión	Control	Creencia o dogma acerca de la divinidad que se profese.	Cualitativa nominal	Católica Otra Ninguna
Ocupación	Control	Actividad que se realiza.	Cualitativa nominal	Ama de casa Estudiante Trabajo fuera de casa Ninguna
Ingresos económicos familiares	Control	Número de salarios mínimos al día que percibe la familia.	Cualitativa ordinal	0 1 2 Más de 2
Inicio de vida sexual	Control	Edad a la que tuvo su primera relación sexual	Cuantitativa discontinua	10-19 años
Número de parejas sexuales	Control	Número de individuos con los que se ha tenido relaciones sexuales.	Cuantitativa Discontinua	1 – 10
Uso de planificación familiar en su primera relación sexual	Control	Uso de algún método para evitar embarazarse en su primera relación sexual.	Cualitativa nominal	Si No
Método de planificación familiar usado en su primera relación sexual	Control	Tipo de método de planificación familiar usado en su primera relación sexual	Cualitativa nominal	Preservativo Anticonceptivos orales Píldora de emergencia
Uso de método de planificación familiar en sus relaciones sexuales subsecuentes	Control	Uso de algún método para evitar embarazarse en sus relaciones sexuales subsecuentes	Cualitativa nominal	Si No
Método de planificación familiar usado en sus relaciones sexuales subsecuentes	Control	Tipo de método de planificación familiar usado en sus relaciones sexuales subsecuentes	Cualitativa nominal	Preservativo Anticonceptivos orales Anticonceptivos inyectables DIU Píldora de emergencia

Actitud hacia el embarazo actual	Independiente	La mujer deseo y/o planeo este embarazo. Se considerará forzado si es producto de violación.	Cualitativa nominal.	Deseado No deseado Planeado No planeado Forzado
Actitud hacia el Método de planificación familiar	Dependiente	La mujer acepta la aplicación de método de planificación familiar.	Cualitativa nominal.	Si No
Antecedente de relaciones sexuales sin consentimiento.	Control	Antecedente de violaciones.	Cualitativa nominal	Si No
Gestas	Control	Embarazos que hasta el momento ha cursado, incluyendo el actual	Cuantitativa discontinua	1 - 10
Paras	Control	Número de hijos que hayan sido mayores de 20 semanas nacidos por vía vaginal.	Cuantitativa discontinua	1-10
Cesáreas	Control	Número de hijos que hayan sido mayores de 20 semanas nacidos por vía abdominal.	Cuantitativa discontinua	1-10
Abortos	Control	Número de productos expulsados durante las primeras 20 semanas de gestación	Cuantitativa discontinua	1-10
Tipo de aborto	Control	Número de abortos interrumpidos de manera voluntaria de acuerdo a la ley vigente y/o número de abortos producidos espontáneamente.	Cualitativa nominal	Espontáneo Provocado
APGAR	Control	Es el primer examen vital que se realiza al recién nacido en sus primeros minutos de vida. Normalmente, este test se lleva a cabo dos veces: en el primer minuto tras el nacimiento se evalúa el nivel de tolerancia del recién nacido al proceso del parto y a los cinco minutos, se evalúa su adaptación al nuevo medio y su capacidad de recuperación	Cuantitativa discontinua	3-10
Control Prenatal	Control	Vigilancia periódica, sistemática y primordialmente clínica del estado grávido con el apoyo del laboratorio y gabinete	Cuantitativa Discontinua	0 Menos de 5 5 o mas
Información de planificación familiar durante su control prenatal	Control	El personal de salud que llevo su control prenatal le dio información sobre métodos de de planificación familiar	Cualitativa nominal	Si No
Oferta de método de planificación familiar posparto	Control	El personal de salud de la institución le ofreció la aplicación de algún método de planificación familiar posterior a la atención de su parto/aborto/cesárea.	Cualitativa nominal	Si No
Oferta de método de planificación familiar en hospitalización	Control	El personal de salud de la institución le ofreció durante su hospitalización la aplicación de algún método de planificación familiar	Cualitativa nominal	Si No

Ultimo evento obstétrico	Control	Vía de resolución del último embarazo	Cualitativa nominal	Aborto Parto Cesárea
Complicaciones Obstétricas	Control	Presencia de complicaciones durante la atención del último evento obstétrico	Cualitativa nominal	Si No
Tipo de Complicación obstétrica	Control	Tipo de complicación durante este último evento obstétrico	Cualitativa nominal	Infección Hemorragia Hipertensiva En el recién nacido Otra
Aplicación de Método de planificación familiar	Control	Colocación de método de planificación familiar elegido	Cualitativa nominal	Si No
Método de planificación familiar elegido	Control	Tipo de método de planificación familiar	Cualitativa nominal	Preservativo DIU DIU con levonorgestrel Anticonceptivos orales Anticonceptivos inyectables Parches Implante OTB Otro
Paridad satisfecha	Control	Deseo de no tener más hijos.	Cualitativa nominal	Si No
Número de hijos planeados	Control	Número de hijos que planea tener	Cuantitativa discontinua	1-10
Razón para no aceptar planificación familiar.	Control	Motivo por el cual no acepta planificación familiar	Cualitativa	Pregunta abierta

Instrumento de Recolección de datos

Este instrumento de medición está constituido por 29 reactivos de los cuales 17 abordan desde diferentes enfoques la actitud hacia el embarazo y la planificación familiar y el resto valoraran las características generales de la población en estudio que son factores que pueden influir en el resultado.

HOSPITAL MATERNO INFANTIL INGUARAN
HOJA DE CAPTACION DE DATOS

Comparación de la aceptación de planificación familiar en embarazo deseado y no deseado en adolescentes durante el puerperio inmediato.

1. Qué edad tiene? _____ años
2. Qué estado civil tiene?
a) Soltera b) Casada c) Unión libre d) Viuda
3. Qué religión profesa?
a) Católica b) Otra c) Ninguna
4. Cuantos años ha estudiado? (sin contar preescolar) _____ años
5. A qué se dedica usted?
a) Ama de casa b) Trabajo fuera de casa c) estudiante d) ninguna
6. Cuantos salarios mínimos percibe diario aproximadamente?
a) 1 b) 2 c) más de 2
7. A qué edad tuvo su primera relación sexual? ____-años
8. Cuantas parejas sexuales ha tenido? _____
9. Uso algún método para evitar quedar embarazada durante su primera relación sexual?
Si ¿cuál? ¿por qué eligió ese? / No ¿Por qué?
10. Uso algún método de planificación familiar en sus siguientes relaciones sexuales?
Si ¿Cuál? ¿por qué eligió ese? / No ¿por qué?
11. Cuantas veces se ha embarazado? _____
12. De estos embarazos cuantos han sido partos? _____
13. De estos embarazos cuantos han sido cesáreas? _____
14. De estos embarazos cuantos han sido abortos? _____
15. De estos abortos cuantos fueron espontáneos y cuantos provocado? _____
16. Este embarazo se resolvió mediante?
a) Parto : 1. Complicado 2. Sin complicaciones
b) Aborto : 1. Complicado 2. Sin complicaciones
c) Cesárea : 1. Complicado 2. Sin complicaciones
17. Qué complicación?
18. Qué calificación de APGAR tuvo su bebé?
19. Usted planeo este embarazo?
Si / No
20. Cuando usted se entero de este embarazo lo deseo?
Si / No
21. Ha tenido relaciones sexuales sin su consentimiento?
Si / No
22. Cuantas consultas programadas tuvo en este embarazo?
a) 0 b) menos de 5 c) 5 o mas
23. Le dieron información sobre métodos de planificación familiar durante su control prenatal?
Si / No
24. Le ofrecieron posterior a la atención de su embarazo algún método de planificación familiar?
Si / No
25. Le explicaron sobre métodos de planificación familiar durante su atención en esta hospitalización?
No/Si ¿Quién? ¿Dónde?
26. Acepto usted la aplicación de algún método de planificación familiar?
- Si ¿cuál? / No ¿por qué?
27. Le aplicaron el método de planificación familiar que solicito?
- Si / No ¿por qué?
28. Desea o planea volver a embarazarse?
Si / No
29. Cuantos hijos planea o quiere tener?

Gracias por su colaboración.

Plan de recolección de datos y análisis estadístico

Posterior a la recolección de información, se elaboró la base de datos en el programa Excel y SPSS, los cuales permitieron realizar el análisis estadístico y la presentación de los resultados con apoyo de cuadros y gráficos.

Se realizó un análisis de tipo descriptivo obteniendo porcentajes para las variables cualitativas y medidas de tendencia central (media) y de dispersión (desviación estándar y rango) para las variables cuantitativas, se presentaron los resultados en figuras y tablas para su análisis final.

Se obtuvo chi cuadrada como prueba de hipótesis y con la finalidad de comparar los grupos de embarazo no deseado y deseado v.s. aceptación de método de planificación familiar.

Aspectos éticos

Desde el punto de vista bioético, la investigación es de un riesgo mínimo contemplando posibles reacciones de tipo psicológico por parte del sujeto de estudio ante el tipo de preguntas citadas en la encuesta, por lo que se decidió agregar un consentimiento informado, el cual se cita abajo; sin embargo la gran mayoría de las pacientes aceptaron colaborar en el estudio sin mayores complicaciones, pero solicitaron no llenar el consentimiento informado por razones de confidencialidad, lo cual se aceptó y respetó ya que no afectaba los objetivos del estudio.

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
HOSPITAL MATERNO INFANTIL INGUARAN**

Aceptación de planificación familiar en embarazo deseado y no deseado en adolescentes durante el puerperio inmediato.

El propósito de esta carta es darle la información necesaria para que usted decida su participación en el estudio.

Propósito del estudio: Conocer la frecuencia del embarazo no deseado y deseado en adolescentes y el uso de planificación familiar.

Riesgo del estudio: Yo comprendo que no existe riesgo al participar en este estudio. Se me ha explicado que los beneficios de este estudio son determinar medidas para mejorar la atención de las embarazadas y sus opciones de planificación familiar.

Compensación: Se me ha explicado que no recibiré compensación alguna de tipo monetaria por participar en este estudio.

Confidencialidad: La información será confidencial conforme lo señala la ley.

La participación es voluntaria: Me han explicado que la participación en este estudio es voluntaria.

Investigadores.

Dr. Lourdes García López

Dra. Jessica Guadalupe Álvarez Torres

Nombre y firma: _____

Fecha: _____ Testigo _____.

III. RESULTADOS

Se aplicó la encuesta a 203 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión.

El rango de edad de las pacientes estudiadas fue de 13 a 19 años, con una media de 17 años. Los años de escolaridad con un rango de 0 a 13 años con una media de 9 años. En el cuadro 1 se muestran los resultados obtenidos de las variables cuantitativas referidas.

Cuadro 1. Análisis descriptivo de variables cuantitativas edad y escolaridad

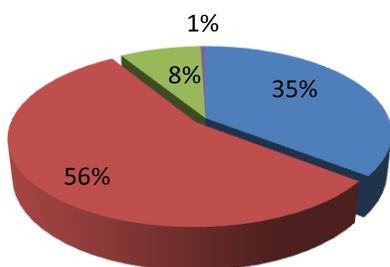
PRUEBA	EDAD	ESCOLARIDAD
MEDIA	17	9
MEDIANA	18	9
MODA	19	9
DESVIACIÓN ESTANDAR	1.39	2.23
RANGO	19 - 13	0-13

Fuente: Encuesta Aceptación de MPF y embarazo No deseado en el puerperio

En las siguientes figuras se muestra la frecuencia en la población estudiada de las variables cualitativas que nos aportan los datos socioeconómicos encontrados, donde predominan las mujeres en unión libre, católicas, dedicadas al hogar y que en su familia se percibe 1 salario mínimo diario (Figura 1-4).

Figura 1. Estado Civil

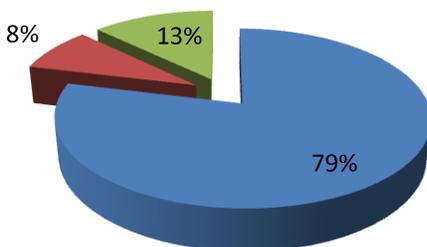
■ Soltera ■ Unión libre ■ Casada ■ Viuda



Fuente: Encuesta Aceptación de MPF y embarazo No deseado en el puerperio

Figura 2. Religión

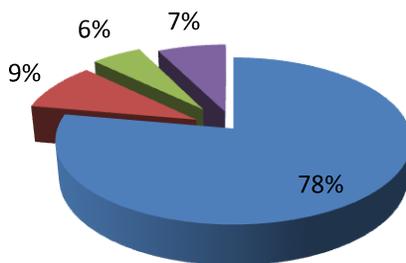
■ Católica ■ Otra ■ Ninguna



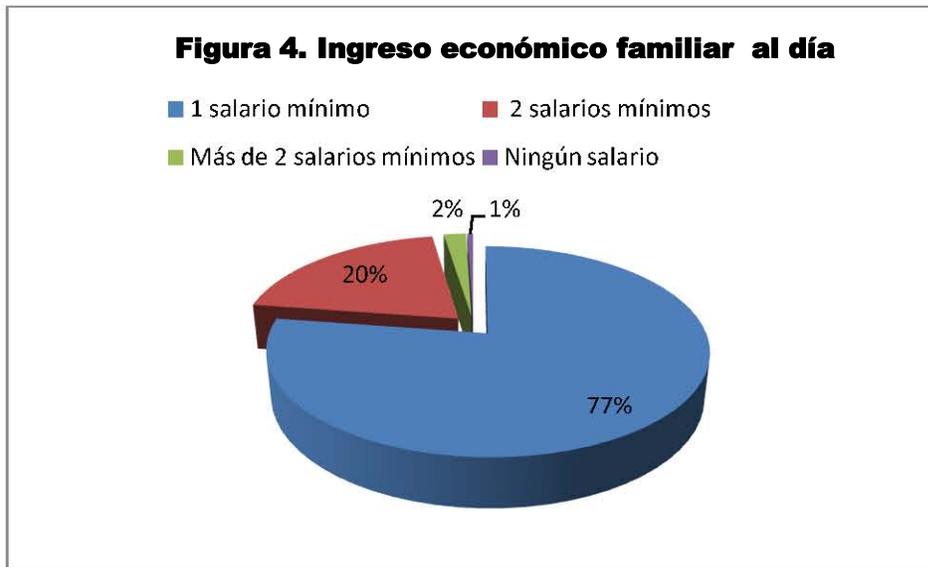
Fuente: Encuesta Aceptación de MPF y embarazo No deseado en el puerperio

Figura 3. Ocupación

■ Ama de casa ■ Estudiante ■ Ninguna ■ Trabajo fuera de casa



Fuente: Encuesta Aceptación de MPF y embarazo No deseado en el puerperio



Fuente: Encuesta Aceptación de MPF y embarazo No deseado en el puerperio

En el cuadro 2 se muestran los resultados obtenidos de las variables cuantitativas utilizadas para analizar los antecedentes ginecoobstétricos

Cuadro 2. Análisis descriptivo de variables cuantitativas relacionadas con antecedentes ginecoobstétricos

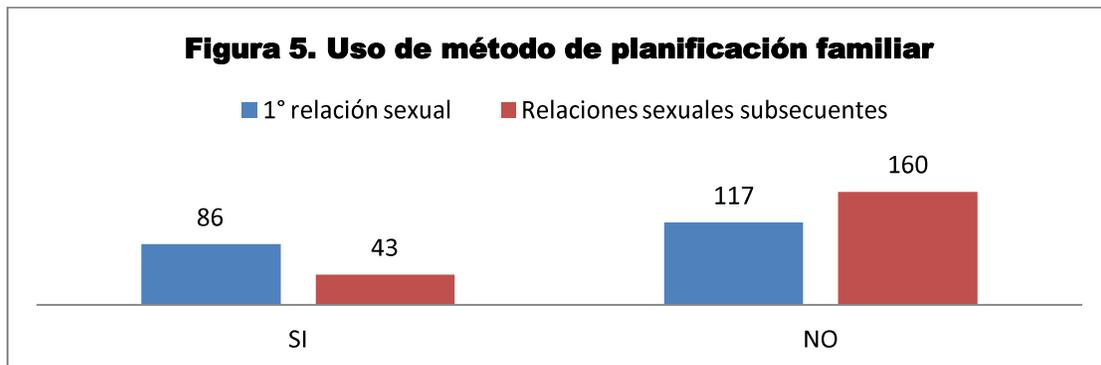
PRUEBA	EDAD DE 1° RELACION SEXUAL	PAREJAS SEXUALES	GESTAS	PARAS	CESAREAS	ABORTOS
MEDIA	15.3	1.5	1.3	0.87	0.29	0.16
MEDIANA	15	1	1	1	0	0
MODA	15	1	1	1	0	0
DESVIACION ESTANDAR	1.45	1.03	0.58	0.69	0.41	0.41
RANGOS	12 -18	1 - 10	1 - 4	0 - 4	0 - 2	0 - 2

Fuente: Encuesta Aceptación de MPF y embarazo No deseado en el puerperio

De los abortos presentados en la población en estudio

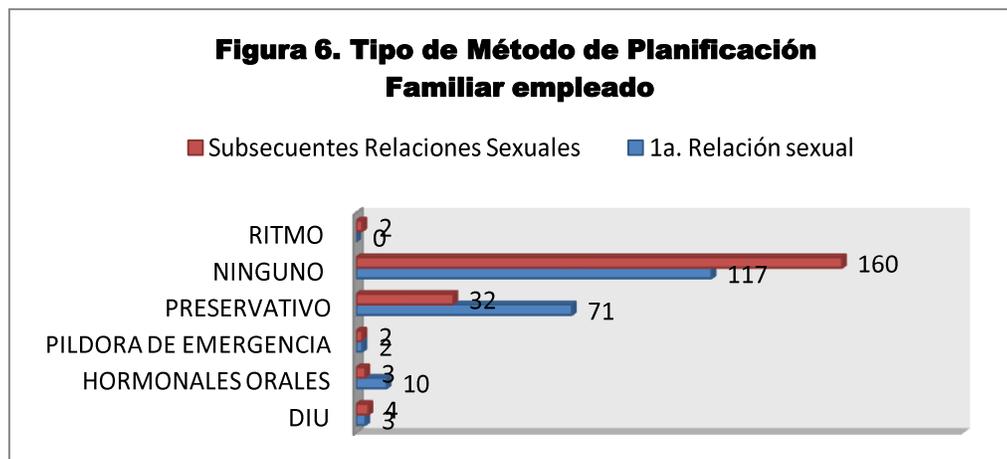
- 12% fueron abortos provocados
- 88 % fueron abortos espontáneos

Con relación al uso de métodos de planificación familiar en relaciones previas, se observa un predominio en la ausencia de uso de método de planificación familiar, y de los que usan algún tipo de método su uso es mayor durante la primera relación sexual comparada con las subsecuentes. Esto se observa representado en la figura 5.



Fuente: Encuesta Aceptación de MPF y embarazo No deseado en el puerperio

La mayoría de las usuarias no utilizaron ningún método como ya se menciona, sin embargo, en el caso de las pacientes que utilizaron el más frecuente fue el preservativo, tanto en la primera relación sexual como en las subsecuentes (Figura 6)



Fuente: Encuesta Aceptación de MPF y embarazo No deseado en el puerperio

El 59% de las usuarias acudieron a Control prenatal en este embarazo, conforme a lo establecido en la norma oficial mexicana (Figura 7)



Fuente: Encuesta Aceptación de MPF y embarazo No deseado en el puerperio

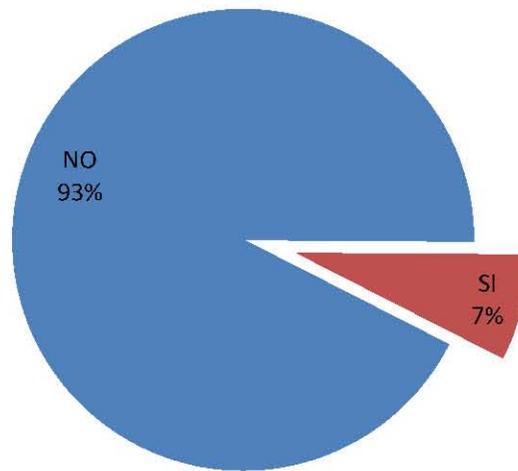
Hasta en el 67% la vía de resolución del embarazo fue parto (Figura 8)



Fuente: Encuesta Aceptación de MPF y embarazo No deseado en el puerperio

En la figura 9 se determina que únicamente el 7% de las pacientes presentaron Complicaciones en este embarazo

Figura 9. Complicaciones durante este embarazo



Fuente: Encuesta Aceptación de MPF y embarazo No deseado en el puerperio

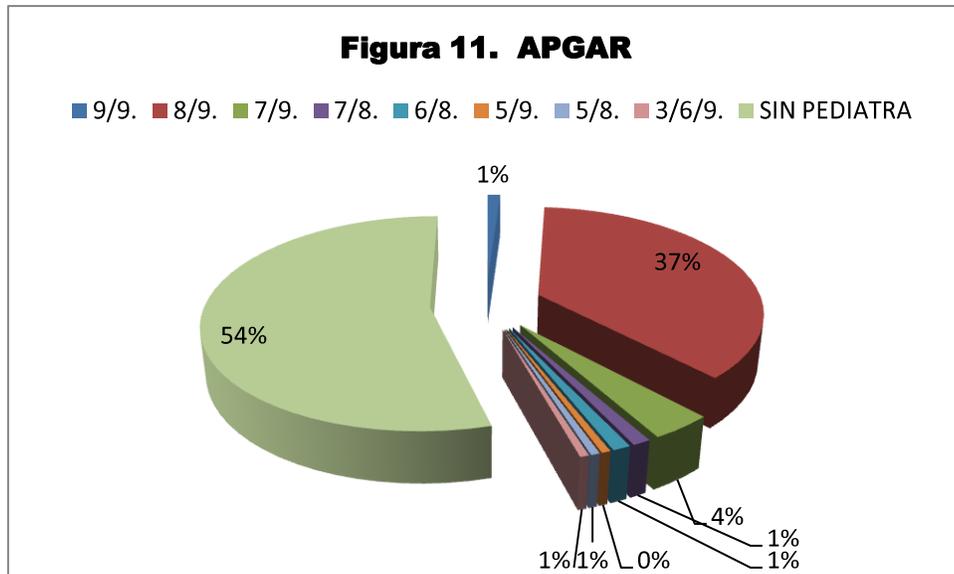
La principal complicación es la Enfermedad hipertensiva, seguido de la hemorragia obstétrica (Figura 10)

Figura 10. Complicaciones en el último embarazo



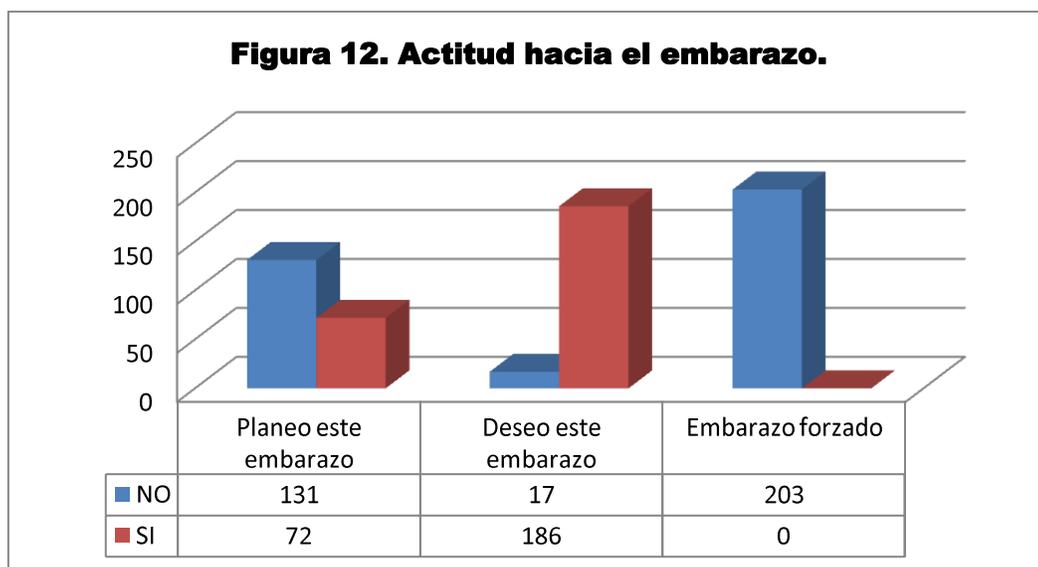
Fuente: Encuesta Aceptación de MPF y embarazo No deseado en el puerperio

Se atendieron 48 cesáreas y 136 partos de los cuales la calificación de APGAR, reporta lo siguiente (Figura 11)

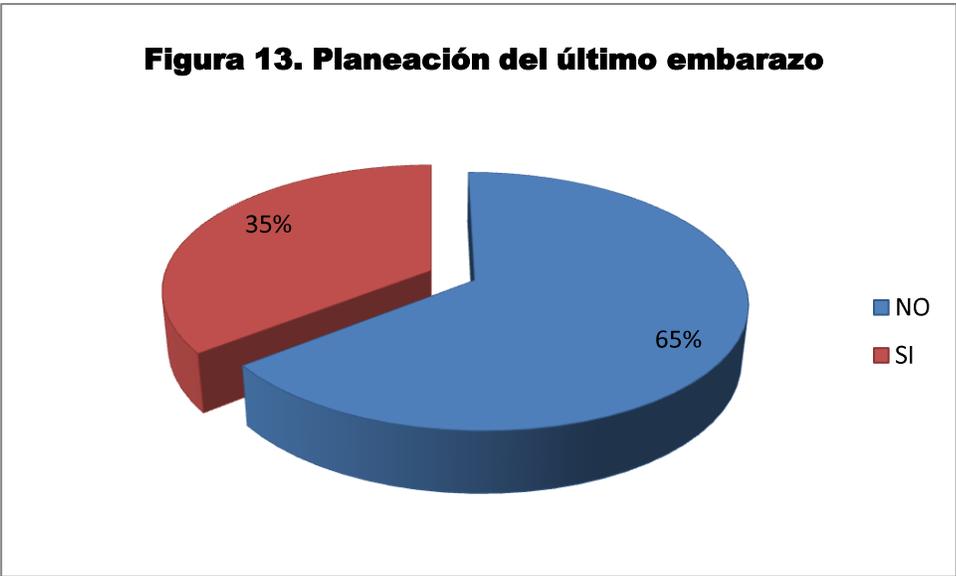


Fuente: Encuesta Aceptación de MPF y embarazo No deseado en el puerperio

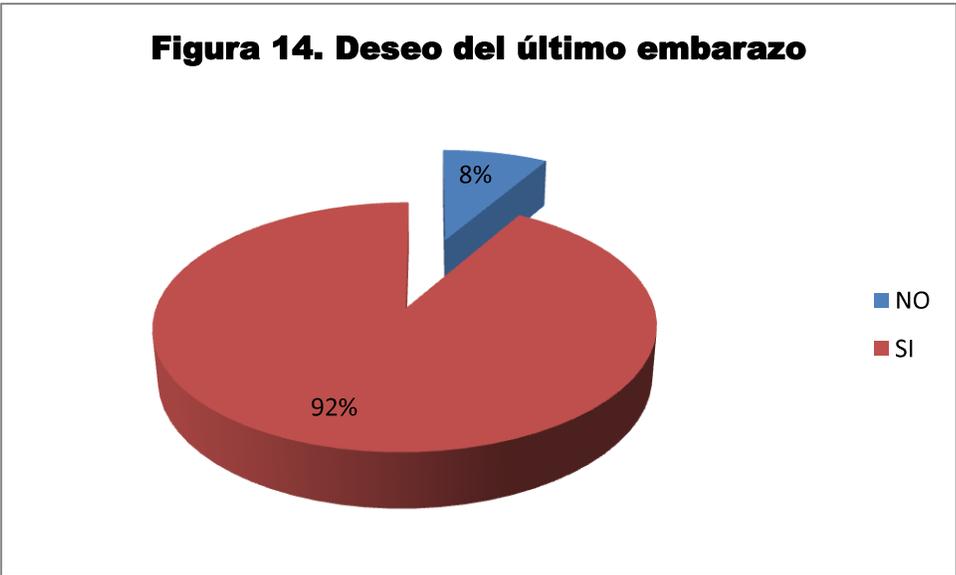
En la Figura 12 se identifica la actitud de la población hacia este embarazo en cuanto a planeación, deseo de embarazo y embarazo forzado; en este grupo, ninguna reconoció que fuera forzado y sólo en 17 casos se refirió que fue no deseado. En las figuras 13 y 14 se expresa en porcentajes la actitud hacia el embarazo con respecto a la población total.



Fuente: Encuesta Aceptación de MPF y embarazo No deseado en el puerperio

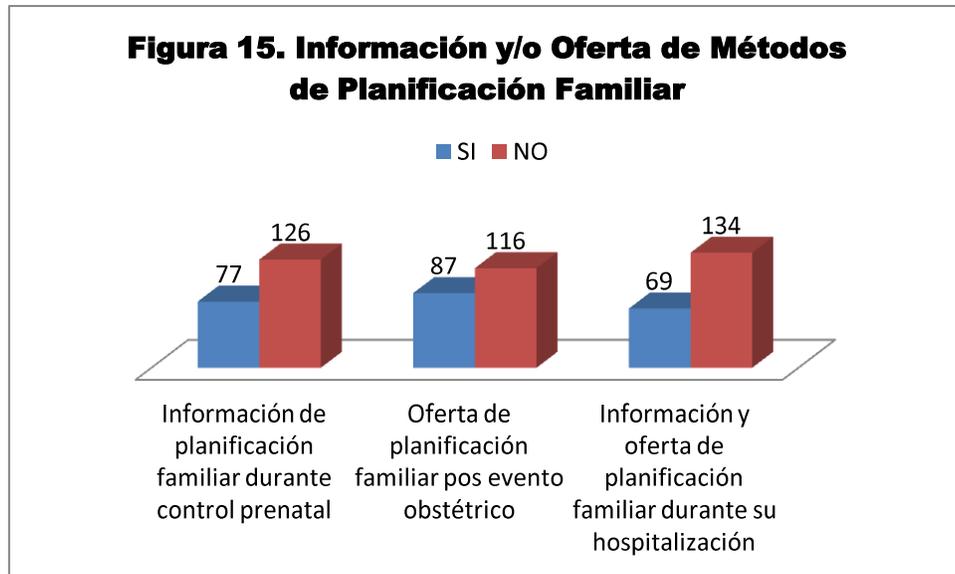


Fuente: Encuesta Aceptación de MPF y embarazo No deseado en el puerperio



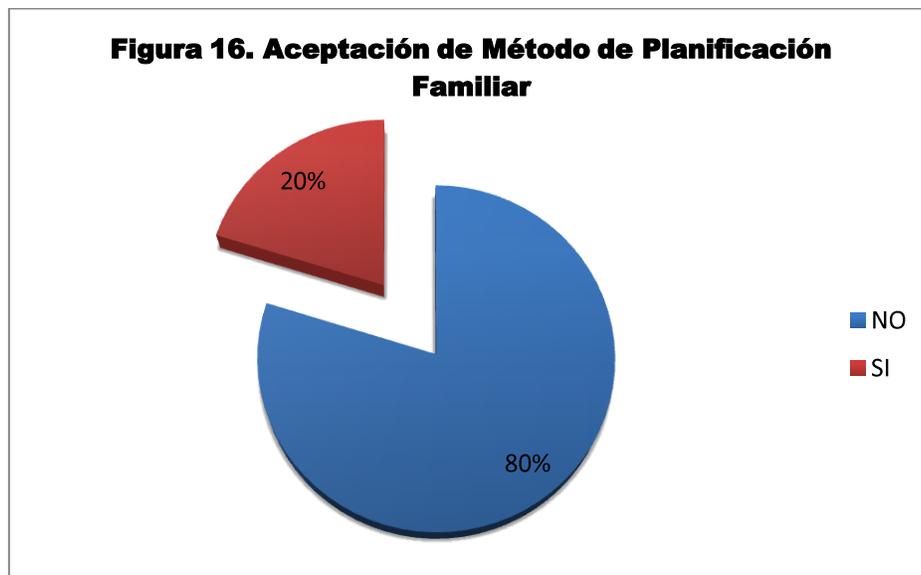
Fuente: Encuesta Aceptación de MPF y embarazo No deseado en el puerperio

Con relación a la Información y/ o oferta de método de planificación familiar en 1º y 2º nivel de atención, es poco frecuente que ocurra, se observa que esta se da en menos de la mitad de las pacientes independientemente del nivel de atención (Figura 15)



Fuente: Encuesta Aceptación de MPF y embarazo No deseado en el puerperio

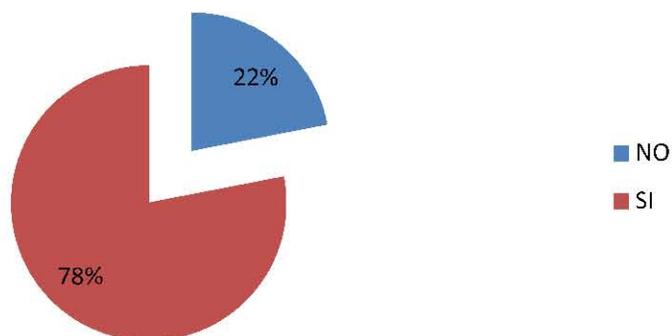
Hasta el 80% de la población en estudio no aceptó métodos de planificación familiar (Figura 16)



Fuente: Encuesta Aceptación de MPF y embarazo No deseado en el puerperio

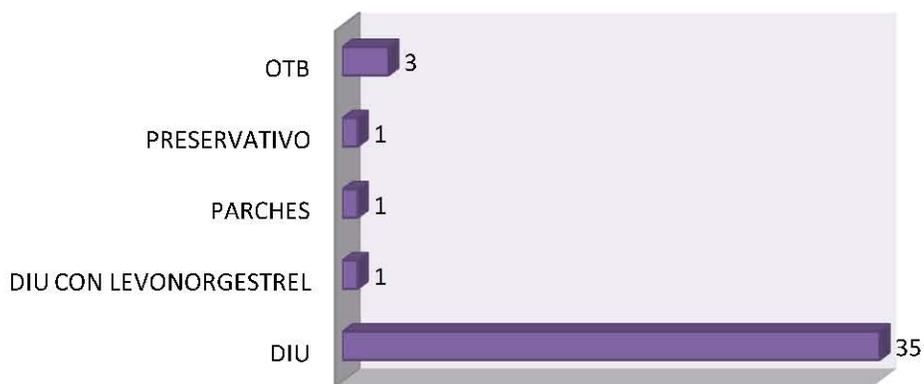
De las pacientes que aceptaron método, solo al 78% se la aplico, como se observa en la Figura 17, siendo principalmente el Dispositivo intrauterino (Figura 18)

Figura 17. Aplicación de método de planificación familiar



Fuente: Encuesta Aceptación de MPF y embarazo No deseado en el puerperio

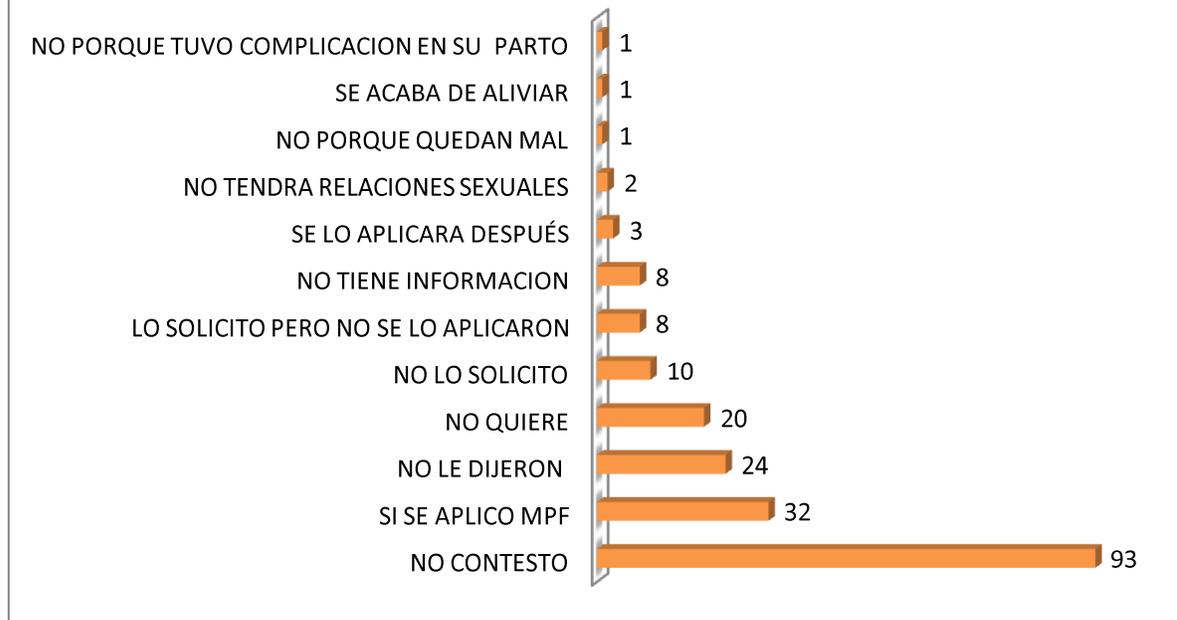
Figura 18. Método de Planificación Posevento obstétrico elegido



Fuente: Encuesta Aceptación de MPF y embarazo No deseado en el puerperio

Dentro de las razones para no aceptar la aplicación de planificación familiar se engloban las siguientes (figura 19).

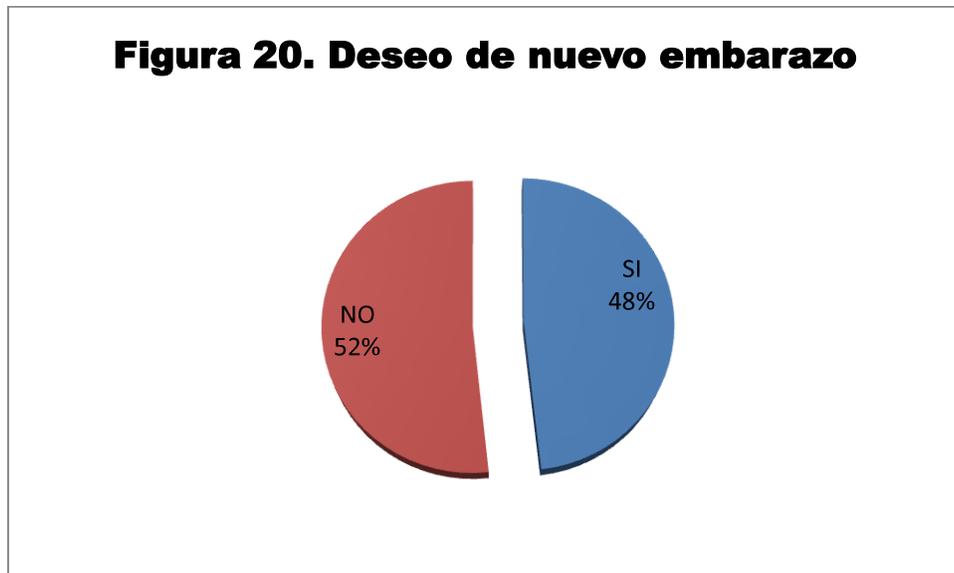
Figura 19. Razones para no aceptar aplicación de método de planificación familiar.



Fuente: Encuesta Aceptación de MPF y embarazo No deseado en el puerperio

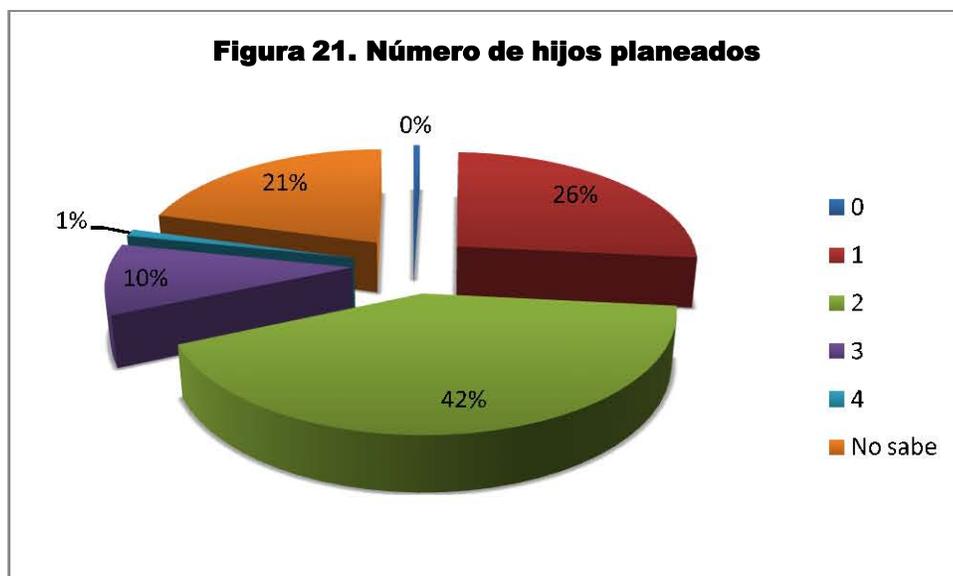
Por otra parte, llama la atención que hasta el 52% de las usuarias no desea volver a embarazarse (Figura 20)

Figura 20. Deseo de nuevo embarazo



Fuente: Encuesta Aceptación de MPF y embarazo No deseado en el puerperio

Con relación al Número de hijos planeados, hasta el 42% desea tener 2 hijos (Figura 21)



Fuente: Encuesta Aceptación de MPF y embarazo No deseado en el puerperio

IV. ANÁLISIS DE RESULTADOS

Debido a que la mayoría de las pacientes expresaron que su embarazo fue deseado, y por tanto en el análisis inferencial no se encontró significancia estadística, se decidió incluir también en el análisis inferencial la variable embarazo planeado, con la finalidad de mejorar el análisis estadístico, los resultados se citan abajo.

Asimismo, la mayoría de las pacientes no aceptaron ningún método de planificación familiar, se decidió realizar el análisis con la variable aceptación y aplicación de método de planificación familiar, los resultados se citan en los cuadros abajo citados.

En la asociación entre la variable embarazo deseado y aplicación de método de planificación familiar no se encontró diferencia significativa.

Cuadro 3. Asociación entre aplicación de MPF y embarazo deseado

		Aplicación De MPF	
		NO	SI
Embarazo Deseado	NO	86	18
	SI	84	14

Riesgo relativo = 0.96 $\text{Chi}^2 = 0.16$ no significativa

Fuente: Encuesta Aceptación de MPF y embarazo No deseado en el puerperio

En la asociación entre la variable embarazo deseado y aceptación de método de planificación familiar no se encontró diferencia significativa.

Cuadro 4. Asociación entre aceptación de MPF y embarazo deseado

Embarazo Deseado	Aceptación De MPF	
	NO	SI
NO	14	3
SI	149	37

Riesgo relativo = 1.03 $\text{Chi}^2 = 0.05$ no significativa

Fuente: Encuesta Aceptación de MPF y embarazo No deseado en el puerperio

En la relación entre la variable embarazo planeado y la variable aplicación de método de planificación familiar, se elaboraron de la misma manera tablas cruzadas para obtener riesgo relativo y chi cuadrada, sin obtener tampoco significancia estadística.

Cuadro 5. Asociación entre aplicación de MPF y embarazo planeado

Embarazo Planeado	Aplicación de MPF	
	NO	SI
NO	106	24
SI	64	8

Riesgo relativo = 0.92 $\text{Chi}^2 = 1.37$ no significativa

Fuente: Encuesta Aceptación de MPF y embarazo No deseado en el puerperio

Así mismo entre la variable embarazo planeado y la variable aceptación de método de planificación familiar, se elaboró el mismo análisis, sin obtener tampoco significancia estadística.

Cuadro 6. Asociación entre aceptación de MPF y embarazo planeado

Embarazo Planeado	Aceptación de MPF	
	NO	SI
NO	103	28
SI	60	12

Riesgo relativo = 0.94

Chi² = 0.39 no significativa

Fuente: Encuesta Aceptación de MPF y embarazo No deseado en el puerperio

Se analizaron las variables aceptación de planificación familiar y el deseo de volver a embarazarse, sin encontrar significancia estadística, como se muestra en el siguiente cuadro.

Cuadro 7. Asociación entre aceptación de planificación familiar y deseo de un nuevo embarazo

Deseo de Nuevo embarazo	Aceptación de MPF	
	NO	SI
NO	84	21
SI	79	19

Riesgo relativo = 0.99

Chi² = 0.01 no significativa

Fuente: Encuesta Aceptación de MPF y embarazo No deseado en el puerperio

Con relación a la asociación de la variable información de planificación familiar en 1º nivel (Centro de Salud) y aplicación de método de planificación familiar, no hubo significancia estadística.

Cuadro 8. Asociación entre aplicación de MPF e Información sobre MPF

		Aplicación de MPF	
Información de MPF en 1º nivel		NO	SI
NO		104	21
SI		66	11

Riesgo relativo = 0.97 Chi² = no significativa

Fuente: Encuesta Aceptación de MPF y embarazo No deseado en el puerperio

Sin embargo, en la asociación entre la variable oferta de método de planificación familiar posterior a su evento obstétrico y aplicación de método de planificación familiar si se encontró diferencia significativa.

Es decir, el no ofertar los métodos de planificación familiar posterior a la atención del evento obstétrico afectó en forma importante en la aplicación de los mismos.

Cuadro 9. Asociación entre aplicación de MPF y oferta de MPF

		Aplicación De MPF	
Oferta de de MPF posterior a evento obstétrico		NO	SI
NO		107	9
SI		63	23

Riesgo relativo = 1.26 Chi² = 11.97 <p= 0.0005

Fuente: Encuesta Aceptación de MPF y embarazo No deseado en el puerperio

Asimismo, la asociación entre la variable información y/u oferta de planificación familiar en hospitalización de 2º nivel y la consecuente aplicación de método de planificación familiar, si reporta una diferencia significativa.

Cuadro 10. Asociación entre aplicación de MPF e Información de MPF en 2º nivel de atención

		Aplicación De MPF	
		NO	SI
Información De MPF en 2º nivel	NO	122	12
	SI	48	20

Riesgo relativo = 1.24 $\text{Chi}^2 = 12.67$ $<p= 0.0003$

Fuente: Encuesta Aceptación de MPF y embarazo No deseado en el puerperio

V. DISCUSIÓN

Se aplicó la encuesta de abril a mayo de 2012 en el área de hospitalización del Hospital Materno Infantil Inguarán, obteniéndose una muestra de 203 pacientes.

La muestra es homogénea en ellas predomina escolaridad de 9 años, es decir secundaria, mujeres en unión libre, católicas, dedicadas al hogar y que en su familia se percibe 1 salario mínimo diario.

Se encontró que en la población estudiada la media de primera relación sexual es de 15.3 años, la cual es menor comparada con lo reportado en ENADID 2009, en que la edad media a la primera relación sexual de las mujeres de 15 a 49 años son los 18 años. (1) Así mismo la media de parejas sexuales fue de 1.5 y el número de gestas 1.3.

El porcentaje de adolescentes que no usaron método de planificación familiar en la primera relación sexual fue del 58%, el cual aumento en relaciones subsecuentes hasta el 79%. Lo cual es ligeramente menor a lo reportado en la ENADID 2009 que es de 61.8% para las adolescentes en su primera relación sexual. (1). Predominando el uso de preservativo como método de planificación familiar en ambas situaciones.

El porcentaje de complicaciones obstétricas en la atención de las pacientes encuestadas es de 7%, siendo estas predominantemente enfermedad hipertensiva (5 casos) y hemorragia obstétrica (3 casos).

En su mayoría las pacientes reportaron un adecuado control prenatal con 59% con 5 o más consultas, sin embargo 11% reportó no haber tenido ni una consulta.

Es de llamar la atención a pesar de no ser objetivo del estudio que la valoración de la escala de APGAR se reporta en 54% de los casos sin pediatra, lo cual es un foco rojo, del cual es necesario tomar medidas, para evitar complicaciones futuras. Desafortunadamente las contrataciones de pediatras no dependen directamente de la unidad hospitalaria, los procesos y tipos de contratación son complejos.

Se encontró que solo el 20% de la población acepto la aplicación de método de planificación familiar, y de estas el 22% no se le aplicó el método, desconociendo la causa. El método elegido que predomino fue el Dispositivo intrauterino de cobre.

En cuanto a la actitud hacia el embarazo se encontró que sólo un 8% reporta no haber deseado el embarazo, cifra menor a la esperada de acuerdo a lo reportado por Trusell que lo refiere hasta del 40 al 60 %, en México, Nuñez y cols. del 22.73% en población adolescente, y Romero 44.7% en población general. Cabe la posibilidad de que en nuestro estudio haya un sesgo por las pacientes usuarias del programa de Interrupción Legal del Embarazo, las cuales no desean continuar el embarazo y solicitan la interrupción del mismo, sin embargo se manejan de manera ambulatoria, por lo cual no están contempladas en este estudio.

En cuanto a la planeación del embarazo solo 21% de las encuestadas reconoce haber planeado su embarazo.

El número de hijos ideales entre la población en su mayoría es de 2 que concuerda con el 2.3 reportado en ENADID 2009.

De las pacientes encuestadas 52% refiere no querer mas hijos; sin embargo, la aceptación de planificación familiar es solo del 20%, lo cual refleja una amplia demanda insatisfecha de planificación familiar, sobre la que es importante tomar medidas con la finalidad de disminuirla.

La consejería y oferta de métodos de planificación familiar en los dos niveles de atención es inadecuada (< 50%).

A la pregunta abierta de las razones de rechazo a la aceptación de planificación familiar 45.8% no contestó la pregunta (n=93), de las pacientes que contestaron, las respuestas más frecuentes fueron:

- no le dijeron 11.8% (n=24),
- no quieren 9.8% (n=20),
- no lo solicitaron 4.9% (n=10),
- no tiene información 3.94% (n=8) y
- aceptaron pero no se les aplicó 3.94%(n= 8).

Lo anterior nos muestra la deficiente información y oferta de métodos de planificación familiar percibida por las pacientes atendidas en el hospital. Cabe mencionar que en

algunos casos es la paciente la que manifestó su falta de interés y apego a los métodos de planificación familiar a pesar de la información.

Contrario a la hipótesis planteada en el análisis estadístico no se encontró significancia estadística al relacionar la aceptación de planificación familiar y el deseo o no de embarazo. Es decir el hecho de no desear el embarazo o incluso no planearlo no tiene que ver con la aceptación de planificación familiar, la única variable que se encontró influía en esta decisión es la oferta e información brindada por el personal de salud.

VI. CONCLUSIONES

- A pesar de que el presente estudio no haya encontrado asociación entre las variables estudiadas, no le resta importancia al estudio del embarazo no deseado en la adolescente, el cual es un problema prioritario, se sugiere continuar esta línea de investigación y en futuros estudios sería importante considerar a las pacientes del programa Interrupción Legal del Embarazo, para tener una idea más clara del comportamiento de este fenómeno.
- El embarazo adolescente es un problema prioritario, por las múltiples repercusiones biopsicosociales que puede llegar a tener por ello son importantes todas las acciones que sobre el mismo se puedan tener.
- Debido al impacto que se observó tiene la información y oferta de planificación familiar en la aceptación del uso planificación familiar por parte de las pacientes, es importante hacer programas enfocados a la población adolescente pero de manera multidisciplinaria, aprovechando los recursos del hospital como son psicología, trabajo social, enfermería, médicos y administrativos. E involucrar y exhortar a todo el personal a fomentar el uso de planificación familiar en pro de las pacientes y de la propia institución.
- Así mismo, es necesario gestionar recursos humanos y materiales para evitar que las pacientes que hayan aceptado y/o solicitado métodos de planificación

familiar se vayan sin ellos. Es recomendable asignar personal médico y de enfermería exclusivamente para el programa de planificación familiar

- Sería conveniente procurar acuerdos y convenios interinstitucionales de la Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal con los Organismos No Gubernamentales y medios de comunicación masiva (radio, televisión, internet, etc.) para la difusión y educación en métodos de planificación familiar.
- Creación de políticas públicas en coordinación con la Secretaría de Educación Pública sobre educación sexual y de planificación familiar de acuerdo al grado de estudios, ya que la temprana edad a la que las adolescentes inician sus relaciones sexuales nos muestra que tenemos deficiencias en la educación tanto a nivel escolar como familiar respecto a este tema.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sistema de indicadores de género. INMUJERES 2009.
2. Flórez C, Soto V. El estado de la salud sexual y reproductiva en América Latina y el Caribe: Una visión global Febrero 2008 Banco Interamericano de Desarrollo New York.
3. Langer A. El embarazo no deseado: impacto sobre la salud y la sociedad en América Latina y el Caribe *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health* 2002; 11(3) 192-205.
4. Langer A, Nigenda G. Salud sexual y reproductiva y reforma del sector salud en américa latina y el caribe. desafíos y oportunidades primera edición, 2000 Population council/banco interamericano de desarrollo 1-78.
5. Orozco L, Mendoza RMT, Ramos GRI, et al Embarazo no deseado a término en mujeres atendidas en dos hospitales del Distrito Federal. *Rev Esp Med Quir* 2011; 16(4): 240-247.
6. Ogburn JA, Espey E, Stonehocker J. Barriers to intrauterine device insertion in postpartum women. *Contraception* 2005; 72:426-9.
7. Normas y Procedimientos de ginecología y Obstetricia. INPer 3ª edición. México 2003; 4
8. Upadhyay U, Brown BA, Sokoloff A, Contraceptive discontinuation and repeat unintended pregnancy within 1 year after an abortion. *Contraception* 2012; (85) 56–62.
9. Najafian M, Karami KB, Cheraghi M, et al Prevalence of and Some Factors Relating with Unwanted Pregnancy, in Ahwaz City, Iran, *Obstetrics and Gynecology* 2010; (20) 1 – 4.
10. Ramos Y, Gutiérrez J, Barriga A, Pérez M Embarazo en adolescentes como factor de riesgo para maltrato fetal *Ginecol Obstet Mex* 2009;77(7):311-6
11. Kuroki LM, Allsworth JE, Redding CA, et al. Is a previous unplanned pregnancy a risk factor for a subsequent unplanned pregnancy? *Am J Obstet Gynecol* 2008; 199:517.e1-517.e7.
12. Todd CS, Mountvarner G, Lichenstein R. Unintended pregnancy risk in an emergency department population. *Contraception* 2005; 71:35-9.

13. Trussell J The cost of unintended pregnancy in the United States ***Contraception*** 2007 (75)168–170
14. CDC Update to CDC's U.S. Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use, 2010: Revised Recommendations for the Use of Contraceptive Methods During the Postpartum Period MMWR July 8, 2011 Vol. 60 No. 26
15. Weston MRS, Martins SL, Neustadt AB, et al. Factors influencing uptake of intrauterine devices among postpartum adolescents: a qualitative study. ***Am J Obstet Gynecol*** 2012;206:40.e1-7.
16. Falk G, O Stlund I, Magnuson A et al. Teenage mothers — a high-risk group for new unintended pregnancies ***Contraception*** 2006 (74) 471– 475
17. Romero GG Soria SO, Ponce AL Aceptación de anticonceptivos durante el puerperio en embarazos no planeados ***Ginecol Obstet Mex*** 2009;77(11):499-503
18. Nuñez U, Hernandez P, Garcia C, Gonzalez D, Walker D, Embarazo no deseado en adolescentes, y utilización de métodos anticonceptivos posparto ***Salud Publica Mex*** 2003;(45) supl 1:S92-S102.
19. Schwarz B , Smith R, Steinauer J, Reeves M, et al Measuring the effects of unintended pregnancy on women's quality of life ***Contraception*** 2008 (78) 204–210
20. Reducing unintended pregnancy in the United States ***Contraception*** 2008 (77) 1–5
21. Collier J The rising proportion of repeat teenage pregnancies in young women presenting for termination of pregnancy from 1991 to 2007 ***Contraception*** 2009 (79) 393–396