



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

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

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

***“CONOCIMIENTO Y USO DEL DISPOSITIVO INTRAUTERINO EN PUERPERAS
ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL GENERAL
DR ENRIQUE CABRERA”***

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN SOCIOMEDICA

**PRESENTADO POR
DR. ISRAEL QUIROZ FABIAN**

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

**DIRECTOR DE TESIS
DR. JOSE ANTONIO MEMIJE NERI**

2014



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

***“CONOCIMIENTO Y USO DEL DISPOSITIVO INTRAUTERINO EN PUERPERAS
ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL GENERAL
DR ENRIQUE CABRERA”***

AUTOR: DR. ISRAEL QUIROZ FABIÁN

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.

**“CONOCIMIENTO Y USO DEL DISPOSITIVO INTRAUTERINO EN PUERPERAS
ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL GENERAL
DR ENRIQUE CABRERA”**

AUTOR: DR. ISRAEL QUIROZ FABIÁN

Vo. Bo.
Dr. José Antonio Memije Neri

Director de Tesis

Vo. Bo.
Dr. Alfonso Carrera Riva Palacio

Asesor Metodológico

Vo. Bo.
Dra. Carolina Salinas Oviedo

Asesora Metodológica
Jefe de Enseñanza e Investigación
HMI Cuatepec

AGRADECIMIENTOS

*“El éxito consiste en obtener lo que se desea.
La felicidad, en disfrutar lo que se obtiene “*

A Dios por darme la oportunidad de vivir esta magnífica experiencia

A mis padres y hermanos por su amor y apoyo incondicional

A mi esposa por su paciencia y comprensión

A mi hija Nadxiellii quién es la luz de mi vida

A mis profesores por darme sus enseñanzas y sabiduría

Con todo mi corazón

ÍNDICE

	PAG.
RESUMEN	
I. INTRODUCCION	1
II. MATERIAL Y METODOS	24
III. RESULTADOS	33
IV. DISCUSION	47
V. CONCLUSIONES	50
VI. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	51
ANEXOS	

RESUMEN

Objetivo: Identificar el nivel de conocimiento y los factores que influyen en la aceptación del dispositivo intrauterino como método de planificación familiar (MPF) en adolescentes de 15 a 19 años que cursan puerperio inmediato cuya resolución del embarazo fue atendida en el Hospital General “Dr. Enrique Cabrera”.

Material y métodos: estudio sociomédico, observacional, prospectivo, transversal y descriptivo. Criterios de inclusión: pacientes adolescentes de 15 a 19 años de edad que cursen su periodo de puerperio inmediato cuya resolución del embarazo se haya realizado en el Hospital General “Dr. Enrique Cabrera” durante el mes de Mayo del 2013. Censo: de pacientes captadas durante el pase diario de visita. Variables: edad, estado civil, escolaridad, ocupación, religión, número de gestas, vía de interrupción del embarazo, consejería prenatal, uso (aceptación) del DIU, motivo de rechazo, nivel de conocimiento del DIU. Los datos se obtuvieron por encuesta, previo consentimiento informado. Se estimaron estadística descriptiva e inferencial. Estudio sin riesgo.

Resultados: se estudiaron 132 adolescentes puérperas de 15 a 19 años de edad, siendo la edad más frecuente 18 años (39 pacientes). Estado civil predominante 63 en unión libre (47.72%). Número de gestas: primigestas 53.03%, Vía de interrupción del embarazo: 67 parto (50.76%), 24 cesárea (18.18%) y 41 legrado uterino (31.06%). Consejería prenatal: no 78, si 39, representando un 70.45 y 29.55% respectivamente. Aceptación del DIU: si 20 (15.15%), no 112 (84.85%). Se manifestaron 2 principales motivos de rechazo: deseo otro MPF y temor a complicaciones adversas al DIU, representando cada uno un 25%. Nivel de conocimiento del DIU: muy bueno 35 (26.52%), bueno 25 (18.93%), regular 38 (28.79%), malo 34 (25.76%). El nivel de conocimiento y la consejería prenatal demostraron tener significancia estadística con relación a la aceptación del DIU durante el puerperio, con una X^2 calculada de 9.76 y 6.14 respectivamente, con una p de 0.01.

Conclusiones: La cobertura del DIU durante el puerperio inmediato en la unidad hospitalaria es baja. Se observó que existe relación entre el nivel de conocimiento del DIU / consejería prenatal y el uso (aceptación) del DIU, siendo directamente proporcional la aceptación de este. Los motivos de rechazo manifestados por las pacientes al rechazar dicho método, demuestran que existe desinformación sobre el DIU, además de desear otros MPF; esto es de importancia, debido a que el método anticonceptivo de mayor cobertura después de un evento obstétrico son los hormonales orales, sin embargo tienen una baja continuidad a un año, además de estar contraindicados durante el puerperio inmediato.

Palabras clave: Embarazo en la adolescencia, dispositivo intrauterino, motivos de rechazo, nivel de conocimiento del DIU.

INTRODUCCIÓN.-

El embarazo en la adolescencia, es decir, aquella que se produce en jóvenes de 15 a 19 años, es de particular interés debido a que los nacimientos en esas edades suelen implicar alto riesgo de muerte tanto para la madre como para el producto, debido a las condiciones biológicas, sociales y económicas en las que se producen, sin contar que a menudo también corresponden a embarazos no deseados. Derivado de dicha preocupación, en los últimos años se han planteado metas para su reducción, en obediencia a intereses de planeación y programación tanto nacional como en ámbitos internacionales, entre ellos los Objetivos de Desarrollo del Milenio.¹

El periodo de tiempo que antecede al parto y el periodo inmediatamente posterior al nacimiento de un hijo representan una valiosa oportunidad para que una mujer o una pareja aprendan sobre los servicios de planificación familiar y para que los aproveche. Éstos son momentos en los que las mujeres probablemente tengan acceso a atención médica formal—a través de las visitas de atención prenatal y de la asistencia calificada durante el parto—y se sientan motivadas a espaciar o limitar los partos subsiguientes. Sin embargo, el periodo postparto prolongado pone a las mujeres en mayor riesgo, especialmente en los países en vías de desarrollo, ya que es muy probable que las mujeres postparto no utilicen un método anticonceptivo y son más vulnerables a un embarazo no deseado.

De acuerdo a un estudio realizado con mujeres postparto en 27 estudios demográficos y de salud por un periodo de 6 años, 40% de las mujeres que desea utilizar un método anticonceptivo durante el primer año postparto, en realidad no lo hace. Asimismo, aunque sólo un pequeño porcentaje de mujeres (3%–8%) desea tener otro niño dentro de los dos años del primer parto, 35% de mujeres tiene hijos dentro de este periodo de tiempo.²

El dispositivo intrauterino (DIU) es un método de planificación familiar altamente efectivo de acción prolongada y reversible que ofrece seguridad a la mayoría de mujeres postparto, incluyendo a mujeres que están amamantando. Igualmente, su costo es relativamente bajo, es conveniente y presenta una tasa muy baja de complicaciones.³

El DIU postparto (DIUPP), insertado dentro de los 10 minutos o hasta 48 horas después del parto:

- Es directamente accesible para las mujeres que tienen un parto en un establecimiento de salud.
- No tiene efectos sobre la cantidad o calidad de la leche materna.
- Es seguro para las mujeres VIH-positivas.
- Es reversible y se puede extraer en cualquier momento (con el retorno inmediato a la fertilidad), si hubiera cambios en la decisión de la mujer en materia anticonceptiva o reproductiva.
- No requiere una acción diaria de parte de la usuaria para ser efectivo.
- No requiere una visita adicional al establecimiento o, cuando se inserta dentro de los 10 minutos del parto, un procedimiento adicional.⁴

Una mujer postparto que elige el DIUPP puede egresarse de las unidades hospitalarias, después de haber parido, contando ya con un método anticonceptivo seguro—lo cual le permite un mejor control sobre su fertilidad durante el periodo postparto y por todo el tiempo que desee (hasta 12 años en el caso del dispositivo de cobre Copper T 380A), esto es especialmente crítico en los países en desarrollo, como es el caso de nuestro país, donde incluso si las mujeres buscan atención para sí mismas, es probable que esto suceda solamente cuando ya están embarazadas o cuando ya vayan a parir.⁵

Para muchas mujeres que raramente tienen acceso a servicios de atención médica, la inserción del DIU inmediatamente después del parto representa una oportunidad única para iniciar un método de planificación familiar reversible y de acción prolongada. La popularidad del dispositivo intrauterino postparto (DIUPP) en países tan diversos como China y Egipto respalda la factibilidad y aceptabilidad de este enfoque.⁶

Al permitir que las mujeres/parejas logren espaciar los embarazos o prevenir los embarazos no deseados, la planificación familiar, incluyendo la planificación familiar postparto, permite garantizar la supervivencia y protección de la salud materna y neonatal.⁷

1.1. MARCO TEORICO

PLANIFICACIÓN FAMILIAR

La planificación familiar es el conjunto de acciones que una persona lleva a cabo para determinar el tamaño y la estructura de su descendencia, tiene importantes consecuencias para la salud reproductiva de la población, entre las que se encuentran el contribuir a la disminución de la morbilidad y la mortalidad materna e infantil, a través del espaciamiento de los embarazos, el inicio tardío de la reproducción y la limitación en situaciones de riesgo para la salud de la mujer, por citar las más importantes.

Los constantes avances en la tecnología anticonceptiva y el conocimiento de la biología de la reproducción, redujeron los efectos negativos de los métodos anticonceptivos. En el terreno individual y partiendo de una perspectiva de género, la planificación familiar se concibe como una vía para mejorar la presencia de la mujer en la sociedad, ya que con esto se favorece el desempeño de tareas distintas a la materna y la doméstica. También se considera como un medio para regular el crecimiento poblacional, que contribuye a una dinámica demográfica, acorde con el desarrollo general del país, y permite mejorar las condiciones de vida de la población.⁸

MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

Los métodos anticonceptivos son objetos, sustancias, y procedimientos que se utilizan de manera voluntaria para regular la capacidad reproductiva de una

persona o una pareja con el fin de evitar un embarazo no planeado. Se clasifican en dos grandes grupos: métodos temporales y definitivos. Los temporales son aquellos cuyo efecto dura el tiempo que se les emplea. Si la pareja desea tener más hijos, la mujer puede embarazarse al suspender su uso. Los definitivos evitan el embarazo de manera permanente y se recurre a ellos cuando la pareja tiene la paridad satisfecha.

- Métodos anticonceptivos temporales:

- a. Hormonales
- b. Intrauterinos
- c. De barrera
- d. Naturales

- Métodos anticonceptivos permanentes o definitivos:

- a. Oclusión tubaria bilateral (en la mujer).
- b. Vasectomía (en el hombre).⁹

DISPOSITIVO INTRAUTERINO

El DIU es un cuerpo pequeño y flexible, generalmente de plástico en forma de una “T”, a base de polietileno, el cual se inserta en la cavidad uterina. Casi todos los tipos de DIU tienen uno o dos hilos de un solo filamento que se extienden desde el útero hacia la vagina a través del cuello uterino.

a) Tipos de DIU

Los tipos de DIU comúnmente disponibles en diferentes partes del mundo son:

- De cobre: Copper T 380A (TCu 380A, TCu 380A con carga segura) y TCu 200C, Multiload (MLCu 250 y Cu375) y Nova T.
- Con hormonas: Mirena® y sistema intrauterino de levonorgestrel (LNG-IUS®)

Es recomendable usar el DIU de cobre Copper T 380A en el periodo postparto.¹⁰

b) Mecanismo de acción

Los DIU de cobre Copper T 380A actúan previniendo la fertilización. Los iones de cobre reducen la motilidad y función del espermatozoide alterando el entorno uterino y del fluido tubario, previniendo así que el espermatozoide llegue a las trompas de Falopio y logre fertilizar el huevo. Estas acciones son primordialmente locales sin la presencia de un incremento que se pueda medir en cuanto a la concentración sérica de cobre en el organismo de la mujer. Asimismo, debido a que no existen efectos en la cantidad o calidad de la leche materna, los DIU de cobre se pueden utilizar inmediatamente después del parto al margen del hecho de que la madre esté amamantando o no.¹¹

c) Periodo de acción

La evidencia científica más reciente indica que el dispositivo de cobre Copper T 380A es efectivo durante por lo menos 12 años. Las pacientes que han recibido un dispositivo de cobre deben recibir orientación para que reemplacen o soliciten su extracción del dispositivo en 12 años a partir de la fecha de inserción. Los efectos

anticonceptivos del DIU de cobre se interrumpen tan pronto como éste es extraído, con el retorno inmediato de la fertilidad.¹²

d) Efectividad

El DIU es uno de los métodos anticonceptivos reversibles con mayor grado de efectividad y acción prolongada. Su efectividad es esencialmente equivalente a la efectividad de los implantes hormonales o de la esterilización femenina o masculina. Por ejemplo, si 1.000 mujeres utilizan el DIU de cobre Copper T 380A solamente seis a ocho se embarazarían en el transcurso del primer año de uso, lo cual representa un nivel de efectividad de más del 99%.

Mientras que la efectividad de la T de cobre con el uso correcto, el cual se refiere a lo que se puede esperar bajo condiciones ideales (por ejemplo que el DIU sea insertado apropiadamente, y que no sea expulsado), es la misma, sea que se utilice como un método de planificación familiar postparto o como un método de intervalo, la efectividad bajo el uso típico, el cual se refiere a lo que puede suceder en la vida real (por ejemplo, el DIU no es insertado apropiadamente y es expulsado), se ve influenciada por una tasa de expulsión ligeramente más alta en los DIU insertados en el periodo postparto.¹³

e) Efectos secundarios

Los efectos secundarios que pueden experimentar las usuarias del DIU de cobre son los siguientes:

-Cambios en la cantidad y duración del flujo menstrual e incremento en la intensidad de los cólicos, ésta es la razón más común para la extracción del DIU.

-Cambios en los patrones de sangrado, como manchas/sangrado ligero (entre periodos), en las primeras semanas.

- Malestar o cólicos durante la inserción del DIU y varios días después.

No existe evidencia que sugiera que el DIUPP (en comparación al DIU después de un intervalo) aumente la frecuencia o severidad de dichos efectos secundarios. En realidad, algunos estudios sugieren que cuando se inserta con éxito el DIUPP, se puede tolerar mejor que el DIU después del intervalo debido a que muchos de los efectos secundarios asociados al DIU son similares al sangrado y cólicos que típicamente se producen durante este periodo, como una parte normal del periodo de recuperación. Por ello, es posible que simplemente sean menos notorios para las mujeres postparto, lo que representa una ventaja considerable del DIUPP. El uso de antiinflamatorios no esteroides (AINE) puede aliviar los síntomas de dolor.¹⁴

DIU POSTPARTO

La inserción del DIUPP se refiere no sólo a los DIU colocados durante el periodo postparto inmediato o temprano (dentro de los 10 minutos o hasta 48 horas después del parto).¹⁵

a) Momento oportuno para la inserción - revisión del DIUPP

Los DIU insertados durante el periodo postparto inmediato (posplacenta e intracésárea) presentan las tasas mas altas de retención, sin embargo es posible insertar el DIU de manera segura en cualquier momento durante el periodo postparto temprano, es decir, dentro de las primeras 48 horas después del parto.

Los tres tipos de inserción del DIUPP son:

- Posplacenta: Inmediatamente después de la expulsión de la placenta (manejo activo de la tercera etapa de parto) en el caso de partos vaginales, insertándose el DIU con un instrumento o manualmente antes de que la paciente abandone la sala de parto.
- Intracésarea: Inmediatamente después de la extracción de la placenta durante una cesárea, insertándose el DIU manualmente antes de cerrar la incisión uterina y de que la paciente abandone la sala de operaciones.
- Postparto temprano: No ocurre inmediatamente después de la expulsión/extracción de la placenta sino dentro de los dos días/48 horas del parto (de preferencia dentro de 24 horas, como por ejemplo en la mañana del Día 1 postparto) insertándose el DIU con un instrumento en un procedimiento adicional.¹⁶

El DIU no debe ser insertado entre las 48 horas y 4 semanas postparto debido al aumento general en el riesgo de complicaciones, especialmente infecciones y expulsión. Los DIU insertados a las 4 semanas postparto y después de ello se consideran DIU después de un intervalo, y no DIUPP, debido a que requieren la misma técnica y servicios.¹⁷

La OMS actualmente recomienda por lo menos una visita postparto al cumplirse las 6 semanas posteriores al parto, para la revisión de DIUPP, esta es una buena oportunidad para las mujeres que han recibido la inserción de un DIU en el periodo postparto inmediato/temprano de poder recibir servicios de seguimiento ya que al cumplirse las 6 semanas postparto el útero ha completado el proceso de

involución. En todo caso, el seguimiento del DIUPP debe ocurrir dentro de los 3 primeros meses postparto, debido a que la mayoría de expulsiones ocurren en este periodo de tiempo.¹⁸

b) Diferencias clave y características del DIUPP

1.- Ventajas del DIUPP

-Seguridad: El perfil de seguridad del DIUPP es similar al de los DIU después de un intervalo. La inserción postparto parece tener una tasa inferior de perforación uterina, posiblemente porque el instrumento de inserción utilizado es menos agudo y la pared del útero es más gruesa inmediatamente después del embarazo. Igualmente, el proveedor puede tener la certeza de que la mujer no está embarazada al momento de la inserción postparto temprano inmediato (posplacenta, intracesárea).

-Costo-efectividad: De acuerdo a un estudio conducido en Perú, en donde se compara el costo de la prestación de los servicios de DIU durante la permanencia de la paciente en el hospital (periodo postparto) versus el retorno de la paciente a un consultorio externo en fecha posterior, se observó que el costo de la prestación de los servicios DIUPP inmediatamente después del parto (\$9) era significativamente menor a la prestación de los servicios en un consultorio externo (\$24). Esta reducción de los costos puede hacer que el DIUPP sea más factible para muchas mujeres.

-Momento oportuno y eficiencia del servicio: La inserción del DIU en el periodo postparto inmediato (posplacenta, intracesárea) ahorra tiempo tanto para la mujer

como para el proveedor—debido a que el procedimiento se realiza en el mismo entorno e implica únicamente pocos minutos de tiempo adicional. Aunque la inserción del DIU en el postparto temprano (primeras 48 horas) no requiere un procedimiento clínico adicional, sí requiere una visita adicional lo cual incrementa las probabilidades que la mujer llegue a recibir el servicio. La prestación de los servicios de PFPP en el establecimiento donde se realiza el parto también permite aliviar los niveles de sobredemanda en los consultorios de atención externa, permitiendo que más mujeres puedan recibir atención.¹⁹

2.- Limitaciones del DIUPP

Estas son mínimas y básicamente las mismas que las del DIU después de un intervalo. Al margen del momento en que se realiza la inserción del DIU, no protegerá a la paciente del VIH u otras infecciones transmitidas sexualmente (ITS). Los cambios menstruales constituyen un efecto secundario común del DIU, sin embargo, como se ha señalado anteriormente, éstos pueden ser menos notorios para las mujeres postparto. Todas las mujeres que han recibido un DIU pueden estar en mejores condiciones de tolerar dichos efectos secundarios si han recibido orientación apropiada y se les ha ayudado a comprender que estos síntomas no son dañinos para su salud. La inserción o extracción del DIU siempre requiere un procedimiento que debe ser realizado por personal debidamente capacitado dentro de un entorno clínico; sin embargo, la inserción postparto no requerirá de una visita adicional o -cuando se realiza inmediatamente después de la expulsión de la placenta- de un procedimiento adicional.

La única limitación del DIUPP es que los hilos inicialmente no serán visibles después de la inserción postparto debido a su extensión en comparación a la extensión del útero postparto. Usualmente los hilos descenderán a través del cuello uterino hacia la vagina para cuando la paciente tenga su visita de seguimiento (4–6 semanas). No obstante, el descenso de los hilos puede retrasarse. Aunque así sea, esto no afectara adversamente la eficacia del dispositivo, pero es probable que la paciente requiera seguimiento adicional o mayor estudio para confirmar que el DIU no haya sido expulsado.²⁰

3.- Riesgos para la salud

Existen pocos riesgos potenciales contra la salud que puedan ser asociados al DIUPP. Sin embargo, la falta de estudios bien diseñados y evaluados por profesionales del sector deja sin respuesta muchas preguntas importantes sobre las tasas reales de complicación y variables como el momento oportuno y la técnica de inserción. Éstas son motivo de continuo estudio. Aún así, se pueden establecer conclusiones sobre las siguientes complicaciones de acuerdo a los hallazgos consistentes identificados en diferentes países y entornos clínicos.

-Perforación uterina: En una reciente revisión sistemática de la literatura existente sobre la inserción del DIUPP, no se reportaron casos de perforación uterina durante la inserción del DIUPP en ninguno de los estudios revisados. La perforación de la pared uterina durante la inserción del DIU después de un intervalo es rara.

Cuando ocurre, por lo general es causada por el instrumento utilizado para “sondear” el útero, instrumento que no se utiliza en la inserción del DIU postparto.

-Infección: La inserción postparto no parece presentar efectos significativos sobre el riesgo de infección del tracto genital, la cual es también muy baja en el caso de la inserción del DIU después de un intervalo. Entre los usuarios continuos del DIU, el riesgo de una infección del tracto genital superior, como una endometritis o salpingitis, es menos del 1%. Este riesgo mínimo es más alto dentro de los 20 primeros días posteriores a la inserción del DIU y se cree que tenga relación ya sea con la técnica de inserción (debido a la falta de prácticas apropiadas para la prevención de infecciones) o una infección preexistente, más que con el DIU en sí. Después de los 20 primeros días, el riesgo de infección entre las usuarias del DIU parece ser comparable al de mujeres que no utilizan el DIU.

-Expulsión: La expulsión del DIU es rara, sin embargo la causa más común es la expulsión espontánea del dispositivo. Las tasas de expulsión espontánea parecen ser superiores en el caso del DIU en comparación a la inserción del DIU después de un intervalo. La inserción postparto inmediato (dentro de los 10 minutos) se asocia con un menor riesgo de expulsión en comparación a la inserción postparto temprano (hasta 48 horas). La inserción después de un intervalo a las cuatro semanas posteriores al parto o más se asocia con el riesgo más bajo de expulsión postparto. Todas las mujeres que han recibido un DIU deberían ser conscientes de este riesgo y del hecho de que la mayoría de expulsiones ocurren dentro de los 3 primeros meses posteriores a la inserción.²¹

c) Enfoque de la salud pública con relación a la expulsión espontánea

La tasa de expulsión DIUPP puede ser de hasta 10%–15%, sin embargo la tasa de retención es más del 85%–90%, lo cual, desde una perspectiva de la salud pública, puede ser aceptable. Asimismo, en situaciones donde el acceso a la atención médica es limitado o el uso de los servicios de seguimiento postparto infrecuente, este potencial de usar el método anticonceptivo de manera continua constituye una consideración importante.

Utilizando datos de un estudio realizado en Egipto en 2003 es posible estimar la magnitud de la diferencia que se puede obtener al ofrecer la inserción del DIU postparto inmediato. En el estudio de Mohamed et al., 71,2% de las mujeres que solicitaron la inserción del DIU en el postparto inmediato pudieron acceder a la inserción. En los casos en los que se solicitó la inserción en el postparto inmediato, pero se pidió a la paciente retornar a las 6 semanas al consultorio de atención externa para la conducción del procedimiento, solamente 7,2% finalmente accedió a la inserción del DIU. Esto sugiere que las mujeres que solicitaron el DIU y que tienen acceso al servicio de manera inmediata tienen una oportunidad de hasta casi 10 veces más de recibir el dispositivo en comparación a las mujeres a las que se pidió retornar para la inserción posterior.^{15 op cit} Por ello, en consideración de que la prestación del DIU en el periodo postparto inmediato es Categoría 1 de acuerdo a los Criterios de Elegibilidad Médica (CEM) de la OMS, todas las mujeres que solicitaron la inserción en el postparto inmediato, y que han recibido adecuada orientación y evaluación para determinar si el método

es conveniente para ellas, deberían recibir el método en el momento de su elección.²²

EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

La OMS y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) establecen que los jóvenes entre 10 y 24 años de edad representan 25% de la población. Se estima que cuatro de cada cinco pertenecen a los países menos desarrollados. UNICEF reporta que 18% de la población mundial se encuentra entre los 10 a 19 años de edad. Dicha cifra varía entre las diferentes regiones, de tal manera que en los países con mayor índice de desarrollo los adolescentes representan 12% de la población y en los países en vías de desarrollo alcanzan 19%, mientras que en los menos desarrollados esta proporción casi se duplica al 23%. En América Latina y el Caribe, los adolescentes representan 19% de la población, como es el caso de nuestro país.²³

La adolescencia se caracteriza por una baja presencia de las enfermedades que ponen en riesgo la vida. Es una etapa en la que se establecen relaciones interpersonales que determinan el futuro del individuo, tales como el noviazgo y en algunos casos, la formación de una familia. El adolescente está sometido a riesgos, como el consumo de alcohol, drogas ilícitas y el hábito de fumar. Los eventos de violencia y accidentes representan la primera causa de muerte en esta edad. Cada año mueren 2.6 millones de jóvenes por causas prevenibles en 97% de los casos. Casi dos terceras partes de las muertes en la vida adulta se asocian a condiciones o conductas que se iniciaron en la juventud.²⁴

Respecto a la salud sexual y reproductiva, es común que en la adolescencia las relaciones sean de corta duración y con múltiples parejas. El uso de métodos de planificación familiar y prevención de enfermedades de transmisión sexual es inadecuado, por lo que las infecciones por *Chlamydia trachomatis*, gonorrea, sífilis, virus de papiloma humano y virus de inmunodeficiencia humana son más frecuentes. Los jóvenes de 15 a 24 años contribuyen con 40% de los casos nuevos de infección por VIH entre la población adulta.²⁵

El embarazo durante la adolescencia puede calificarse como un problema de salud pública y una verdadera tragedia social. El número de nacimientos de hijos de madres adolescentes asciende a 16 millones cada año en el mundo. La tasa de partos entre adolescentes se calcula tomando en cuenta el número de nacimientos por cada mil adolescentes entre 15 y 19 años de edad. La UNICEF reporta en el Estado Mundial de la Infancia 2011 una tasa de 51, con un notable contraste entre los países desarrollados y los subdesarrollados. En América Latina y el Caribe se tiene una tasa de 55 y en México una tasa notablemente alta de 90.²⁶

Se estima que en el mundo se practican en adolescentes aproximadamente 3 millones de abortos no seguros cada año, y que las tasas de mortalidad materna representan 15% de todas las causas de muerte en mujeres jóvenes menores de 20 años.²⁷

En México, el INEGI reporta que en 1990 la proporción de nacimientos registrados de madres adolescentes alcanzó 18% y en 2010 fue de 18.8%, además los resultados de la última Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID

2009) muestran que 66 de cada 100 mujeres en edad reproductiva han estado embarazadas por lo menos una vez a lo largo de su vida. Destaca que casi 20% de las adolescentes alguna vez embarazadas (15 a 19 años) reportan haber estado más de una ocasión en estado de gravidez hasta el momento de la entrevista. La relevancia de este porcentaje surge de que un mayor número de embarazos en estas edades indica un inicio más temprano a la fecundidad.²⁸

El embarazo en la adolescencia representa un factor de riesgo alto de morbilidad materna, fetal y neonatal, condicionado en gran medida por diversos factores biológicos, como la inmadurez física y emocional de la madre. Es común que la madre joven presente problemas tales como anorexia, bulimia, desnutrición y obesidad. También es frecuente que no cuenten con una pareja estable, que interrumpan su proyecto de vida en el aspecto educativo y que sufran rechazo de su familia. Aunado a lo anterior, el bajo nivel socioeconómico se asocia a un mayor riesgo de mortalidad perinatal. El riesgo de morir por causas asociadas al embarazo es más alto en mujeres adolescentes que en adultas. Es obvio y evidente que el enfoque de atención obstétrica en adolescentes debe ser preventivo, con un control prenatal de calidad que permita buenos resultados perinatales. La morbilidad neonatal en hijos de madres adolescentes incluye principalmente bajo peso al nacer, prematuridad, asfixia perinatal y lesiones asociadas a la vía de nacimiento.²⁹

MOTIVOS DE RECHAZO DE METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR

La planificación familiar es un componente clave para el desarrollo social y económico de los países, su conocimiento científico y sobre todo el esclarecimiento de mitos relacionados con el uso de métodos anticonceptivos. Los mitos forman parte de nuestra percepción del mundo y tratan de explicar aquellas cosas que no se conocen bien. Por lo general, los mitos son ampliamente compartidos, se suelen asumir como verdades no probadas y ante la falta de información se van extendiendo. Algunos mitos pueden estar basados en información científica, pero en el transcurso de tiempo se tergiversa o pierde ese origen y eso hace mucho más difícil cambiar las formas de pensar que se van generando a partir de la distorsión de la información original. Aunque los mitos pueden estar presentes en cualquier dimensión de la vida, suelen concentrarse más en el campo de la sexualidad y la reproducción, lo cual es originado principalmente por la ausencia de educación sexual. En este sentido, los mitos no son prerrogativas solo de las personas que tienen bajo nivel educativo, también están presentes entre personas muy instruidas, y esto limita muchas veces la toma de decisiones acertadas que contribuyen de una manera significativa al cuidado de la salud y del bienestar. La falta de conocimiento acerca del funcionamiento del cuerpo, y en particular de los órganos sexuales, la carga moral y los prejuicios respecto al sexo y la sexualidad, hacen que las personas tengan más dificultades de hablar del tema o de informarse, haciéndose más propicia la generación de mitos.

En ese contexto, la planificación familiar no es una excepción, pues aunque todos pueden saber que el embarazo, en la mayoría de los casos, es el resultado de una relación sexual entre un hombre y una mujer, la mayoría de personas conocen muy poco sobre cómo se produce en realidad, y por eso también les resulta muy difícil comprender la forma en que actúan los métodos anticonceptivos. Numerosas investigaciones en el ámbito nacional han reportado que la consejería en planificación familiar que deja de lado la explicación de los mecanismos de acción de los anticonceptivos y no aborda sus posibles efectos colaterales con base científica; constituye el principal factor de abandono del método y el consiguiente refuerzo de los mitos existentes, constituyendo una barrera para el uso y prevalencia de los anticonceptivos.

Los efectos colaterales constituyen una gran preocupación para las mujeres y parejas. Quejas frecuente son el dolor de cabeza, reportado por usuarias de métodos hormonales, píldoras, inyectables e implantes; y las irregularidades menstruales presentadas por usuarias de dispositivos intrauterinos. No ofrecer un asesoramiento adecuado a estos efectos colaterales genera conceptos erróneos que limitan el uso de la planificación familiar moderna.³⁰

1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Es importante reconocer que la visión primordial es buscar de manera oportuna el bienestar de las mujeres en edad fértil, dentro de este grupo, a pacientes adolescentes, sexualmente activas y que a pesar de ello se niegan a usar un método de planificación familiar durante el puerperio.

De tal manera debido al contacto estrecho con las pacientes puérperas adolescentes, se ha podido visualizar el porcentaje bajo de aceptación de dispositivo intrauterino durante el puerperio inmediato, tomando como referencia los porcentajes alcanzados en el 2012 en el Hospital General “Dr. Enrique Cabrera”, siendo este únicamente de 52 aceptantes de dispositivo intrauterino en el puerperio inmediato, representando el 5.16% del total de pacientes adolescentes que resolvieron su embarazo en dicho hospital.

Por otra parte se ha evidenciado que no existe una educación, concientización, ni promoción para la utilización de los diferentes métodos de planificación familiar, quedando en vacío la parte educacional.

Con los antecedentes mencionados y la realidad observada en el transcurso del presente año en la población adolescente de nuestra unidad hospitalaria, se decidió trabajar en dicha problemática para describir las causas y así brindar soluciones a largo plazo para lograr resultados oportunos y beneficiosos para este grupo de la población.

Por lo anterior nos planteamos la siguiente interrogante para nuestro estudio:

¿El nivel de conocimiento del DIU es un factor que influye para la aceptación de este como método de planificación familiar en adolescentes que cursan su puerperio inmediato cuya resolución del embarazo fue atendida en el Hospital General “Dr. Enrique Cabrera” en el periodo de mayo del 2013?

1.3. JUSTIFICACION

El embarazo durante la adolescencia constituye un importante problema de Salud Pública en México, ya que al prevenir un embarazo a esta edad, se contribuye a la disminución de la mortalidad materno-infantil, la cual implica un costo económico para los sistemas de salud, además de repercusiones sociales. No obstante, la adolescencia es vista como una etapa transitoria y con poco riesgo, pero precisamente por ese motivo, se debe poner especial interés en esta etapa de la vida, principalmente en lo concerniente a la salud reproductiva, ya que de esto dependerá, en parte, el futuro de nuestra sociedad.

En México, la tasa de fecundidad global descendió entre 1970 y el año 2012 de seis a tres hijos por mujer. Sin embargo, debido a la elevada proporción de población joven, la cantidad de mujeres en edad reproductiva se duplicó en el mismo período. Así, aunque la tasa de fecundidad en la población ha disminuido, la cantidad absoluta de nacimientos y la proporción de los nacimientos que son producto de madres adolescentes (15 a 19 años) se ha incrementado con el paso

del tiempo, la última ENADID señala que a inicios de los noventa significó 12.1% y se ubica en 15.5% para el quinquenio 2004-2008, debido a la inercia de crecimiento poblacional.

Entre los métodos de mayor calidad y con mayor continuidad se encuentra el dispositivo intrauterino. El método anticonceptivo de mayor cobertura después de un evento obstétrico son los hormonales orales. Sin embargo, la continuidad a un año de seguimiento de los métodos temporales citados es muy diferente: 30% hormonales orales, 80% DIU.

Existen diversas barreras que suelen interponerse a la aceptación de los distintos métodos de planificación familiar, tales como el nivel de información de los métodos anticonceptivos, la autonomía de la mujer, las normas socioculturales, los mitos y rumores en torno al método de planificación familiar del que se brinda consejería, las cuestiones de género y discriminación, y el acceso a los programas de salud en términos de situación geográfica y costo, los cuales se presentan en mayor o menor medida dependiendo del estado de desarrollo de la población.

En el caso de las instituciones de salud, el problema suele limitarse a la falta de información y de autonomía de la mujer en cuanto a sus decisiones reproductivas se refiere, y a los mitos generados en torno a los métodos de planificación familiar, sin embargo, existen pocas referencias nacionales en las cuales se defina estadísticamente cuál o cuáles son los motivos por los que las pacientes rechazan los métodos de planificación familiar en el puerperio.

Por todo lo antes comentado se decidió realizar el presente estudio para identificar los factores que influyen para la aceptación del DIU, de tal manera que se adopten medidas para incrementar el uso de éste.

1.4. HIPOTESIS

El nivel de conocimiento sobre el dispositivo intrauterino es un factor determinante en la aceptación de éste, durante el puerperio inmediato de pacientes adolescentes.

1.5. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION

General

Identificar el nivel de conocimiento y los factores que influyen en el uso del dispositivo intrauterino como método de planificación familiar en adolescentes que cursan su puerperio inmediato cuya resolución del embarazo fue atendida en el Hospital General “Dr. Enrique Cabrera” en el periodo de mayo del 2013.

Específicos

- Identificar el porcentaje de adolescentes que cursan su puerperio inmediato que se niegan a la utilización del dispositivo intrauterino como método de planificación familiar.
- Identificar los motivos de rechazo del DIU durante el puerperio inmediato.

II. MATERIAL Y MÉTODO

2.1. TIPO DE INVESTIGACION

a).- Según la inferencia del investigador en el fenómeno que se analiza:
OBSERVACIONAL.

b).- Según el proceso de causalidad o tiempo de ocurrencia de los hechos y registros de la información: PROSPECTIVO.

c) Según el número de una misma variable o el periodo y secuencia del estudio:
TRANSVERSAL.

d).- Según el control de las variables o el análisis y alcance de los resultados:
DESCRIPTIVO.

e).- Según el objeto de estudio, se trata de un estudio: SOCIOMÉDICA.

2.2. POBLACIÓN O UNIVERSO

Pacientes adolescentes de 15 a 19 años, que estén cursando su puerperio inmediato cuya resolución del embarazo (parto, cesárea o legrado uterino), se haya realizado en el Hospital General “Dr. Enrique Cabrera”.

2.3. UBICACIÓN TEMPORAL Y ESPACIAL DE LA POBLACIÓN

Se realizó la encuesta en el área de hospitalización del servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital General “Dr. Enrique Cabrera”, de la Secretaria de Salud del Distrito Federal ubicado en la Av. Centenario, esquina prolongación 5 de mayo, Col. Exhacienda de Tarango, Delegación Álvaro Obregón. Es una población urbana. Se efectuó del 01 al 31 de Mayo del 2013.

2.4. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Pacientes adolescentes de 15 a 19 años de edad.
- Pacientes que cursen su periodo de puerperio inmediato.
- Pacientes cuya resolución del embarazo fuera por parto, cesárea, legrado uterino se haya realizado en el Hospital General “Enrique Cabrera”.

2.5. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Pacientes que se negaron a responder el cuestionario.
- Antecedente de Histerectomía.
- Antecedente de distorsión de la anatomía uterina y/o malformación.

- Hemorragia postparto no resuelta.
- Proceso infeccioso coexistente durante el puerperio inmediato.
- Antecedente de corioamnioitis y RPM (de más de 18 horas de evolución).
- Enfermedad trofoblastica maligna o benigna.
- Alta probabilidad individual de exposición a gonorrea o clamidia.

2.6. CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

- Pacientes que no terminaron de contestar el cuestionario, que sea contestado por familiares, fallecimiento de la paciente.

2.7. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable	Tipo	Definición operacional	Escala de medición	Calificación
Edad	control	Tiempo transcurrido desde el nacimiento de una persona hasta el momento de realizar el cuestionario.	Cualitativa ordinal	-15 años -16 años -17 años -18 años -19 años
Estado civil	control	Unión de pareja legal o de hecho de las entrevistadas, situación conyugal.	Cualitativa nominal politómica	-Soltera -Casada -Unión libre
Escolaridad	control	Nivel académico obtenido por la paciente, ultimo año aprobado.	Cualitativa ordinal	-Ninguna -Primaria -Secundaria -Medio superior

Ocupación	control	Profesión u ocupación a la que se dedica la paciente, tipo de trabajo.	Cualitativa nominal politómica	-Hogar -Estudiante -Empleada -Otro
Religión	control	Relación del hombre con lo divino, creencias.	Cualitativa nominal politómica	-Catolica -Testigo de Jehova -Cristiana -Otro
Número de Gestas	control	Numero de embarazos	Cualitativa ordinal	-Primigesta -Secundigesta -Multigesta
Vía de interrupción del embarazo	control	Tipo de extracción del producto de la gestación.	Cualitativa nominal politómica	-Parto -Cesárea -Legrado uterino
Consejería prenatal	control	Asesoramiento del personal de salud a usuarias potencialmente activas de MPF previa a su resolución del embarazo	Cualitativa nominal dicotómica	-Si -No
Uso del DIU (Aceptación)	Dep.	Autorización de colocación del dispositivo intrauterino durante el puerperio inmediato	Cualitativa nominal dicotómica	-Si -No
Motivo de rechazo	control	Argumento de la paciente para la no aceptación del DIU postparto	Cualitativa nominal politómica	-Deseo tener otro hijo -Deseo otro MPF -Mi pareja no esta de acuerdo -Mi familia no lo consciente -Mi pareja me va a cuidar -No tengo pareja -Temor a complicaciones adversas al DIU -Otros
Nivel de conocimiento del DIU	Indep.	Grado de información existente, referente al dispositivo intrauterino de acuerdo al valor obtenido (aciertos) del cuestionario aplicado (sección 2).	Cualitativa ordinal	-Muy bueno -Bueno -Regular -Malo

2.8. DISEÑO ESTADÍSTICO

El análisis estadístico se llevó a cabo a través del programa SSPS 20. Para el análisis de los resultados se utilizara estimaciones de proporciones con intervalos de confianza, frecuencias y porcentajes. Se calculó X^2 como prueba de hipótesis.

El tamaño de la muestra se obtuvo mediante censo, aplicado durante mayo del presente año.

2.9. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN

La recolección de datos se realizó mediante la aplicación de un cuestionario (Encuesta de recolección de datos a puérperas adolescentes), el cual se dividía en 2 secciones, la primera incluía: aspectos sociodemográficos, antecedentes gineco-obstétricos, motivos de la no aceptación y la segunda sección (“Conocimiento sobre el DIU”), evaluaba específicamente el conocimiento teórico sobre el DIU, la eficacia, las indicaciones, los mecanismos de acción, las contraindicaciones y los efectos adversos. Para calificar y establecer un determinado nivel de conocimientos se realizaron diez preguntas de selección múltiple con una sola respuesta verdadera. Fue asignado un punto por cada pregunta contestada de forma acertada, definiéndose por tanto un rango de calificación de cero a diez puntos, interesando los valores obtenidos global por todo el grupo y no individualmente. El promedio de calificación grupal a su vez fue categorizada, tomando parámetros ampliamente utilizados al momento de valorar

académicamente el conocimiento. Por tanto se consideró la siguiente puntuación de acuerdo al valor obtenido:

Calificación	Categoría
8-10	Muy bueno
7	Buena
6	Regular
Menor de 6	Malo

Cabe mencionar que para la aplicación de dicho cuestionario, fue validado y confiabilizado previamente mediante la realización de una prueba piloto, calculándose el coeficiente Alfa de Cronbach.

2.10. METODO DE RECOLECCIÓN

Se realizó el cuestionario a pacientes adolescentes de 15 a 19 años que cursaban su periodo de puerperio inmediato en el área de hospitalización de Gineco-Obstetricia del Hospital General “Dr. Enrique Cabrera”, que consta de 2 secciones ya comentadas anteriormente. Los formularios fueron llenados totalmente por todas las participantes, quienes respondieron todas las preguntas formuladas, en un acto realizado de manera personal, voluntaria y anónima, contestándolos inmediatamente a su entrega y sin disponer de un límite de tiempo específico, previamente firmada la carta de consentimiento informado.

Posteriormente los datos fueron transcritos a medio electrónico, realizándose la tabulación con la ayuda del programa Microsoft Excel, y el análisis estadístico de variables con programa SSPS 20.

2.11. MANIOBRAS PARA EVITAR Y CONTROLAR SEGOS

Se hizo una revisión sistemática basada en la evidencia, realizando dicha búsqueda en OVID, PUBMED, MEDLINE Se aplicara el cuestionario a las pacientes adolescentes en forma individual, que sepan leer y escribir, además de que no requieran apoyo de sus familiares para contestar o que la contesten.

Durante la aplicación del cuestionario, es importante recordar que las respuestas no requieren ayuda de otras personas. Las pacientes deben ser informadas de que todas las preguntas deben ser contestadas. El examinador debe decir: “Usted no debe dejar ninguna pregunta en blanco; cuando no esté seguro de que opción elegir, intente dar una respuesta de acuerdo a su consideración”.

El examinador no debe discutir ninguna pregunta con la paciente, explicando que debe ser ella quien debe buscar sus percepciones u opiniones. Si la paciente pregunta el significado de una palabra, si es posible, deberá darse la definición del cuestionario. El examinador deberá revisar la prueba, para asegurar de que solo una de las respuestas alternativas ha sido señalada para cada pregunta. Los pacientes deberán de llenar el consentimiento informado.

2.12. RECURSOS HUMANOS, MATERIALES, FISICOS Y FINANCIAMIENTO DEL ESTUDIO

Se contó para la realización de este protocolo de investigación con recursos humanos a base de un investigador médico residente de Ginecología y Obstetricia.

Dentro de los recursos materiales se utilizarán cuestionarios suficientes para la muestra, lápices y borradores. Para la recolección y el análisis de los resultados se contará con un equipo de cómputo que tenga el programa WINDOWS, con memoria USB de 2 GB para almacenar los datos y análisis de resultados.

Como recursos físicos contaremos con Hospital General “Dr. Enrique Cabrera”, teniendo acceso al área de hospitalización de Ginecología y Obstetricia, además de la biblioteca y servicio de estadística de dicho hospital.

Los gastos de la investigación estuvieron a cargo del médico residente encargado de la investigación.

2.13. CONSIDERACIONES ETICAS

El presente protocolo de investigación no desobedece a la Ley General de Salud, ni a la declaración de Helsinsky en materia de investigación para la salud en México. Se integra la carta de consentimiento informado del protocolo de investigación. El presente estudio no se contrapone con los lineamientos que en materia de investigación y cuestiones éticas se encuentran aceptados en las normas establecidas en la declaración de Helsinki (1964), por la 18va Asamblea

Medica Mundial y la modificada en la 52va, en Edimburgo, Escocia en Octubre del 2000 y sus posteriores modificaciones.

Reglamento de la Ley General de Salud, de los aspectos éticos de la investigación en seres Humanos.

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 17. Título segundo, se clasifica como investigación sin riesgo.

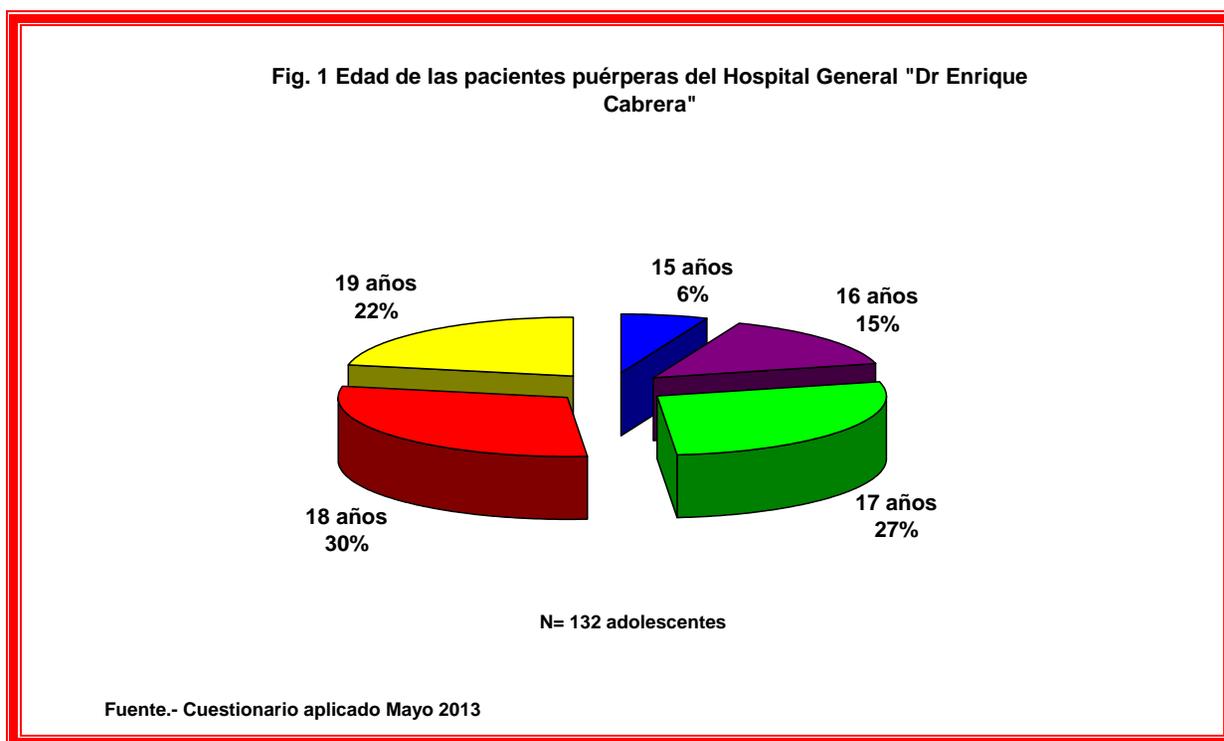
Artículo 20. Se entiende por consentimiento informado el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación ó en su caso, su representante legal autoriza su participación en la investigación.

Artículo 21. Para que el consentimiento informado se considere existente, el sujeto de investigación ó en su caso su representante legal, deberá recibir una explicación clara y completa de tal forma que pueda comprender, por lo menos, sobre los siguientes aspectos:

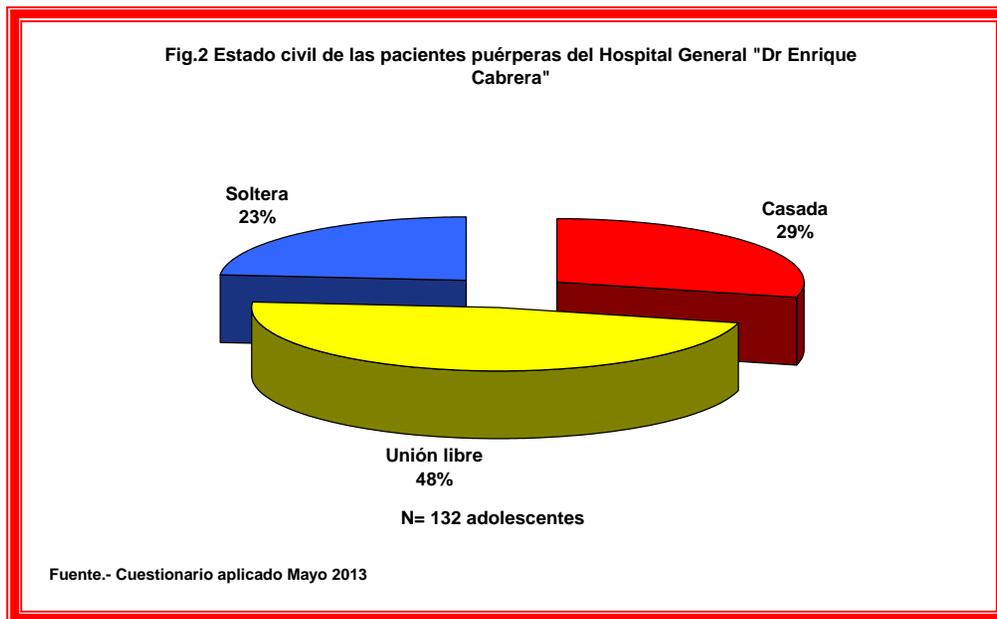
- La justificación y los objetivos de la investigación.
- Los procedimientos que vayan a usarse y su propósito, incluyendo la identificación de los procedimientos que son experimentales.
- Las molestias o los riesgos esperados.
- Los beneficios que puedan observarse.
- Los procedimientos alternativos que pudieran ser ventajosos para el sujeto.

III. RESULTADOS

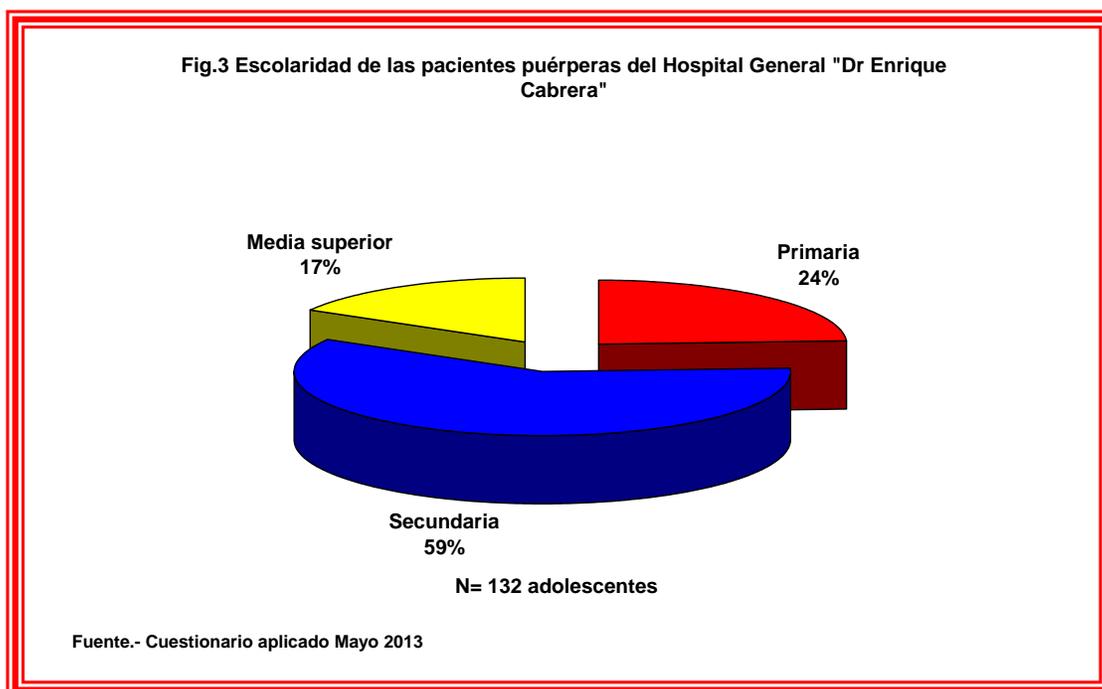
Se encuestaron 132 pacientes adolescentes cuya resolución del embarazo se llevo acabo en el Hospital General "Dr. Enrique Cabrera". En cuanto a la caracterización de la población de estudio, se encontró que la distribución según edad es la siguiente: de 15 años representa el 6.06%, 16 años alcanzó el 15.15%, 17 años corresponde al 27.27%, 18 años es el 29.55% y de 19 años es el 21.97%. (Ver Figura 1).



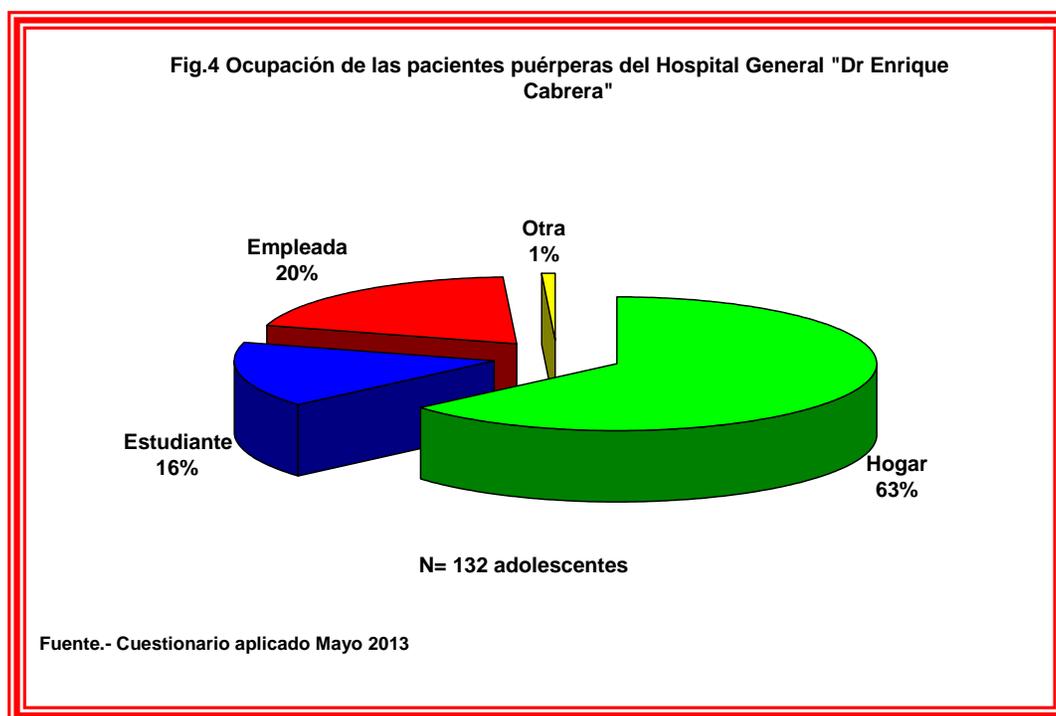
Según el estado civil, 47.72% son en unión libre, 28.79% son casadas y solteras el 23.49%. (Ver Figura 2).



Referente a la escolaridad, 24.24% tienen terminada la primaria, el 59.09% de las personas han estudiado la secundaria, el 16.67% alcanzaron el nivel técnico o equivalente (medio superior). (Ver Figura 3).



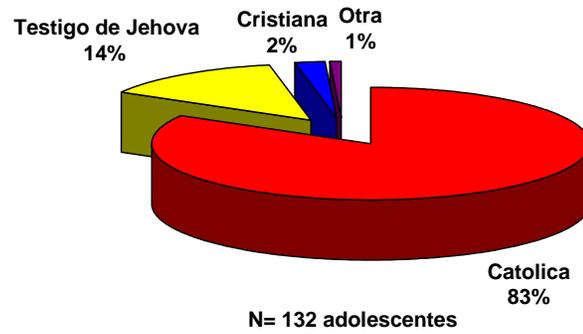
En la ocupación se encontró que las labores del hogar representan la mayor frecuencia con el 63.64% del total, le sigue por orden las empleadas, con 19.69%, sólo se dedican a estudiar un 15.9% y por último los comerciantes con 0.77%. (Ver Figura 4).



Casi la totalidad del grupo del estudio residía en la área urbana, siendo este de 131 pacientes (99.24%), únicamente 1 paciente correspondía al área rural (0.75%).

De acuerdo a la religión, la católica es la más frecuente, representando el 83.33%, le sigue testigos de Jehová con 13.64 %, cristiana con 2.27%. Refieren no tener ninguna religión el 0.76 % del total de la población estudiada. (Ver Figura 5).

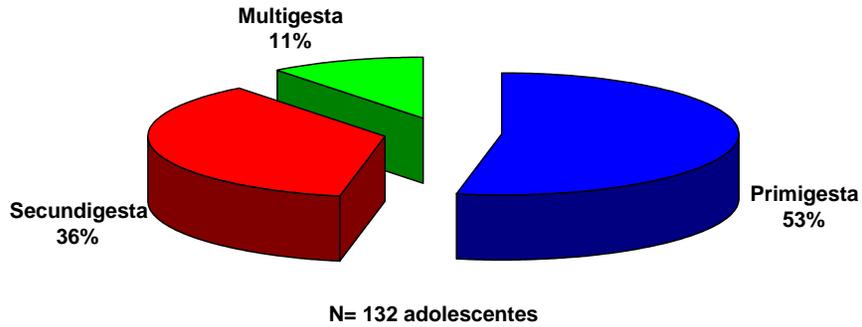
Fig.5 Religión de las pacientes púerperas del Hospital General "Dr Enrique Cabrera"



Fuente.- Cuestionario aplicado Mayo 2013

Al analizar las gestas, se observó como principal característica ser el primer embarazo resuelto en la mayoría de las pacientes, siendo el rubro de primigestas el 53.03%, seguido de secundigestas 36.3% y por último multigestas 10.6%. (Ver Figura 6).

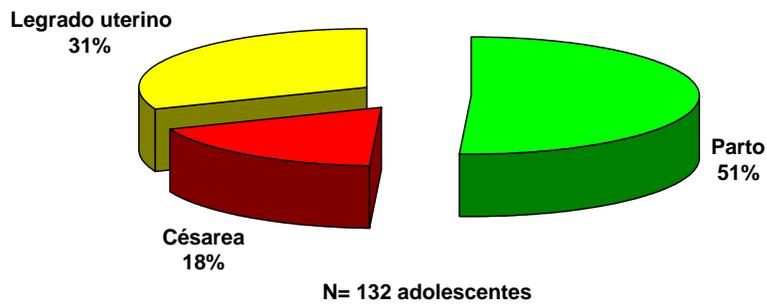
Fig.6 Número de gestas de las pacientes puérperas del Hospital General "Dr Enrique Cabrera"



Fuente.- Cuestionario aplicado Mayo 2013

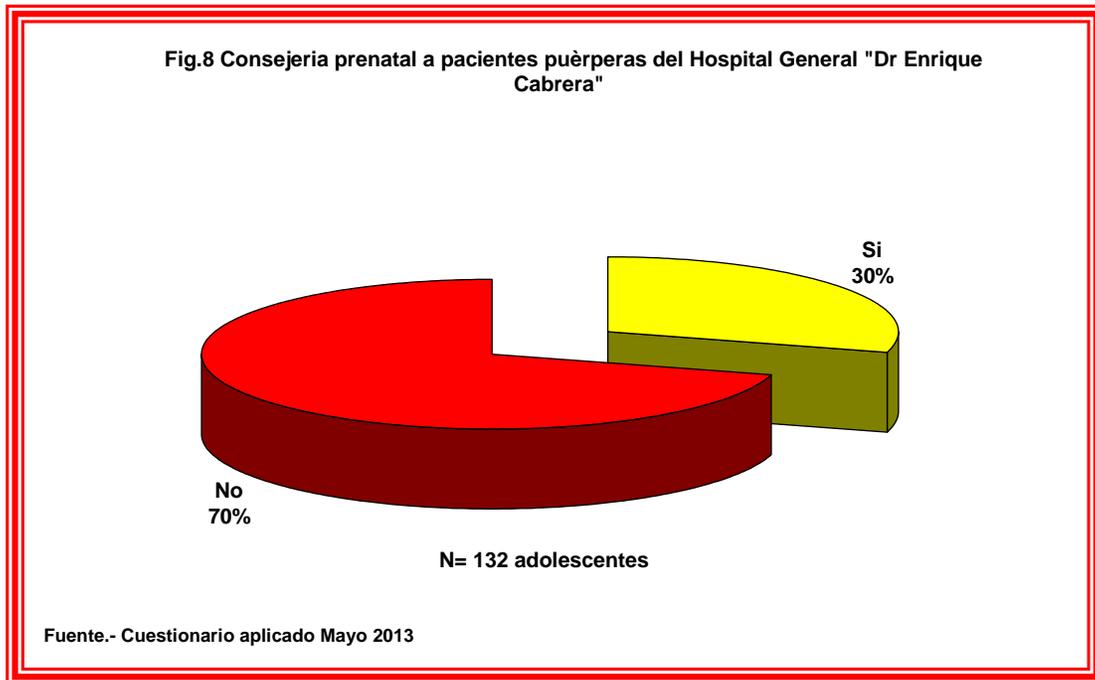
En el apartado de vía de interrupción del embarazo, predominó la vía de interrupción tipo parto con un 50.76%, 18.18% fueron cesáreas y 31.06% legrados uterinos. (Ver Figura 7).

Fig.7 Vía de interrupción del embarazo de las pacientes puérperas del Hospital General "Dr Enrique Cabrera"



Fuente.- Cuestionario aplicado Mayo 2013

En el análisis de consejería prenatal, la mayoría de la pacientes refería no haber contando con esta, con un total de 78 adolescentes y 39 pacientes contaban con consejería prenatal, representando un 70.45 y 29.55% respectivamente. (Ver Figura 8).



De acuerdo a la aceptación del DIU, solamente un 15.15% (20 adolescentes), de la población de estudio acepto este y el resto no lo acepto (112 pacientes), siendo los argumentos de rechazo mas representativos el de “deseo otro MPF” y “temor a complicaciones adversas al DIU”, cada uno representando un 25%. (Ver Cuadro 1).

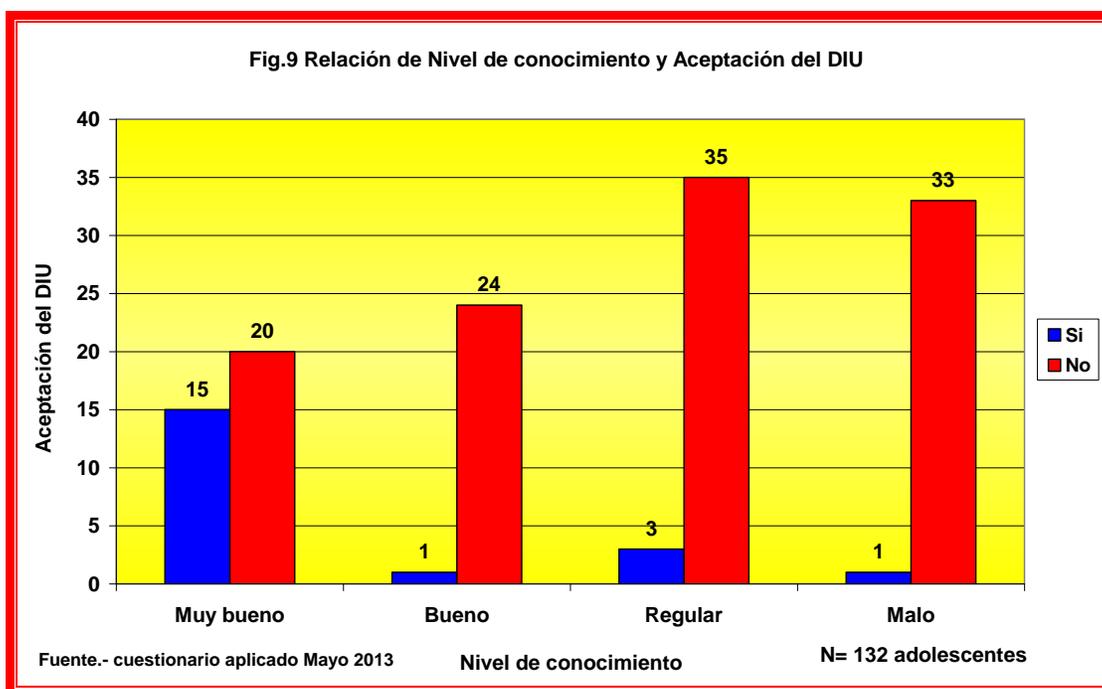
CUADRO 1. FRECUENCIA DE MOTIVOS DE RECHAZO AL DIU		
MOTIVO DE RECHAZO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
DESEO TENER OTRO HIJO	8	7.14%
DESEO OTRO MPF	28	25%
MI PAREJA NO ESTA DE ACUERDO	11	9.83%
MI FAMILIA NO LO CONSCIENTE	8	7.14%
MI PAREJA ME VA A CUIDAR	18	16.07%
NO TENGO PAREJA	11	9.82%
TEMOR A COMPLICACIONES ADVERSAS DEL DIU	28	25%
TOTAL	112	100%

En relación al nivel de conocimiento del DIU, de acuerdo a la categorización definida en este estudio, se encontró que **el 45.45% del total tiene un nivel de conocimiento igual o mayor al bueno**, regular un 28.79% y el 25.76% dentro del nivel de malo. (Ver Cuadro 2).

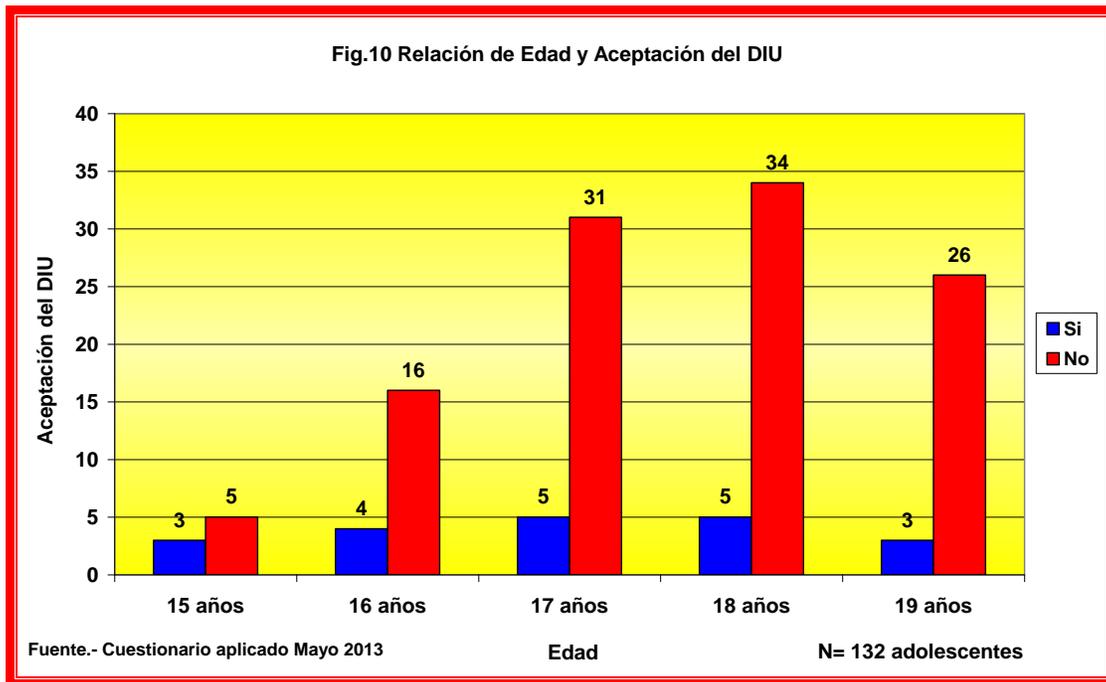
CUADRO 2. FRECUENCIA DE NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL DIU		
NIVEL DE CONOCIMIENTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MUY BUENO	35	26.52%
BUENO	25	18.93%
REGULAR	38	28.79%
MALO	34	25.76%
TOTAL	132	100%

En cuanto a la relación del Nivel de conocimiento y la Aceptación del DIU, se encontró que éste primero si influye, ya que **15 del total de 20 pacientes que aceptaron el DIU, tenían un nivel de conocimiento Muy bueno**, las otras restantes Bueno (1), Regular (3) y Malo (1), siendo el primero el de mayor aceptación. (Ver Figura 9).

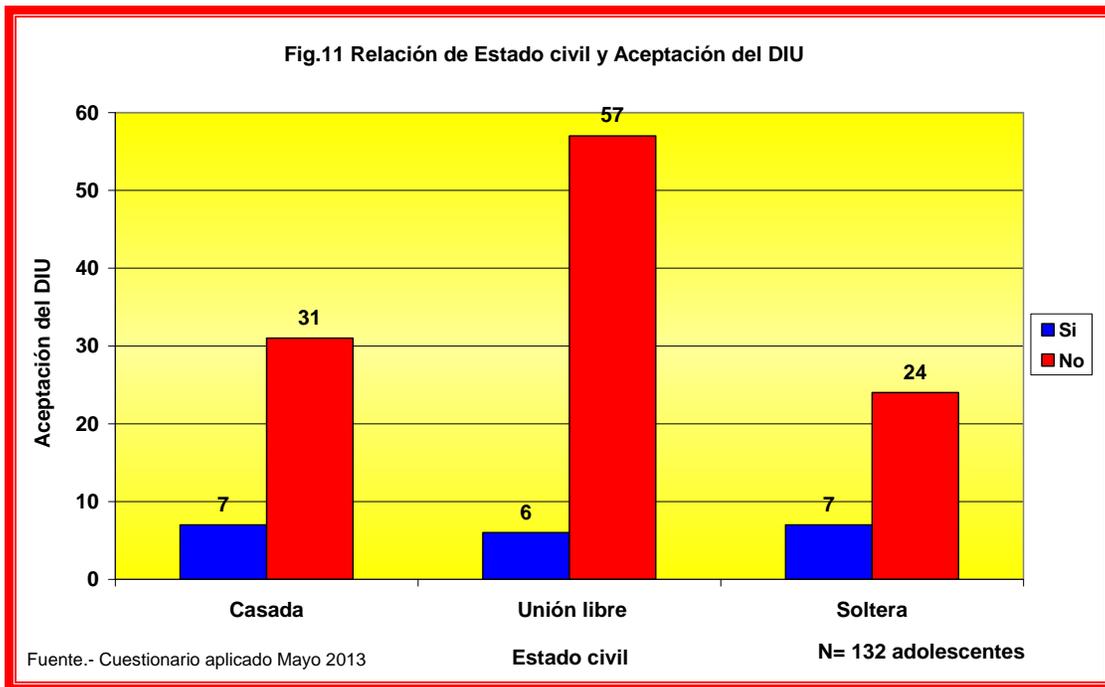
Se obtuvo una X^2 de 9.76 con corrección de Yates, por lo tanto se acepta la hipótesis de investigación: **el nivel de conocimiento sobre el dispositivo intrauterino es un factor determinante en la aceptación de este, durante el puerperio inmediato de pacientes adolescentes.**



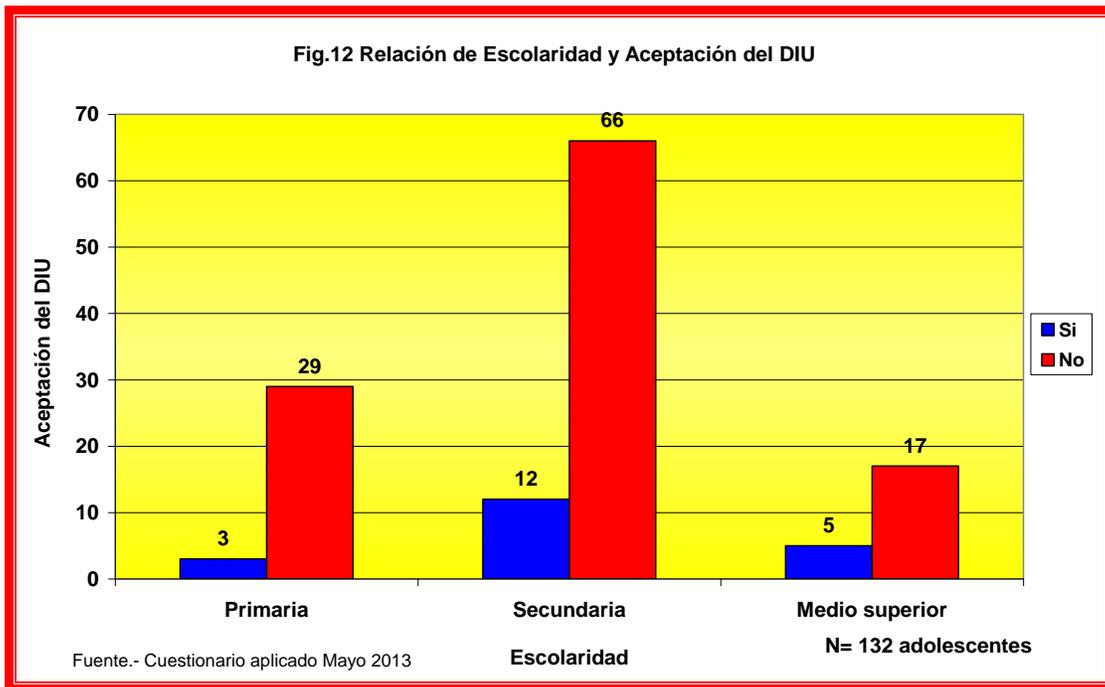
Respecto a la edad y Aceptación del DIU no se encontró una diferencia estadística significativa, con una X^2 de 4.20.(Ver Figura 10).



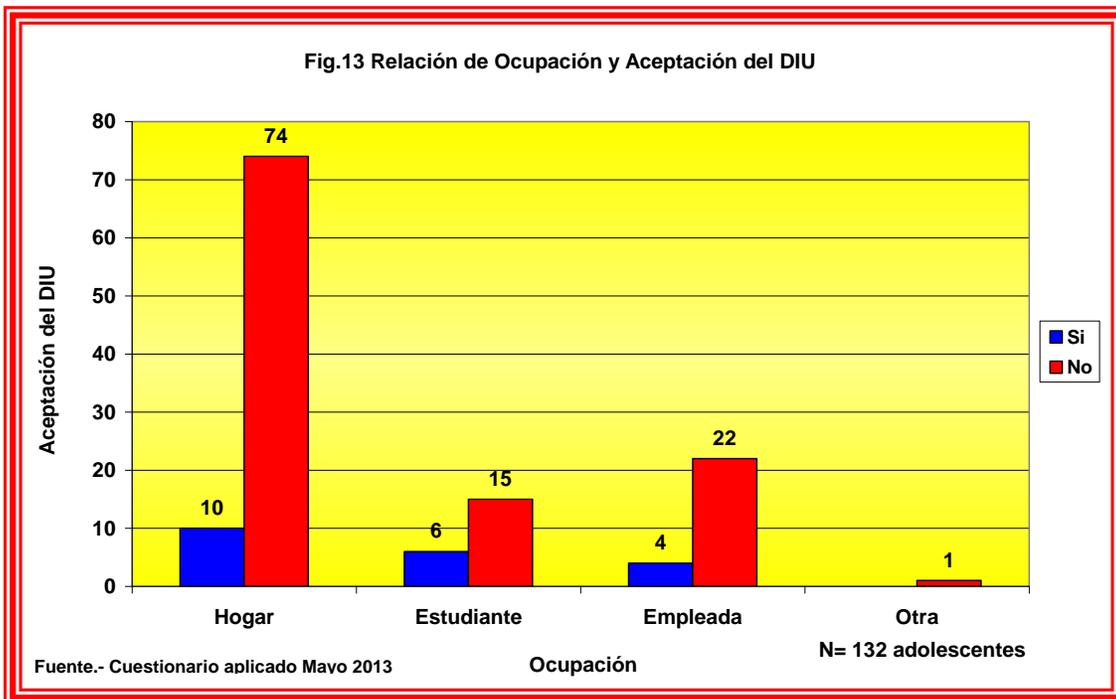
En relación al estado civil y aceptación del DIU se encontró que no hubo una diferencia estadística, de acuerdo a su condición actual, 7 pacientes referían estar casadas al igual que un mismo numero eran solteras y 6 estaban en unión libre. La X^2 fue de 3.20, no hubo significancia estadística. (Ver Figura 11).



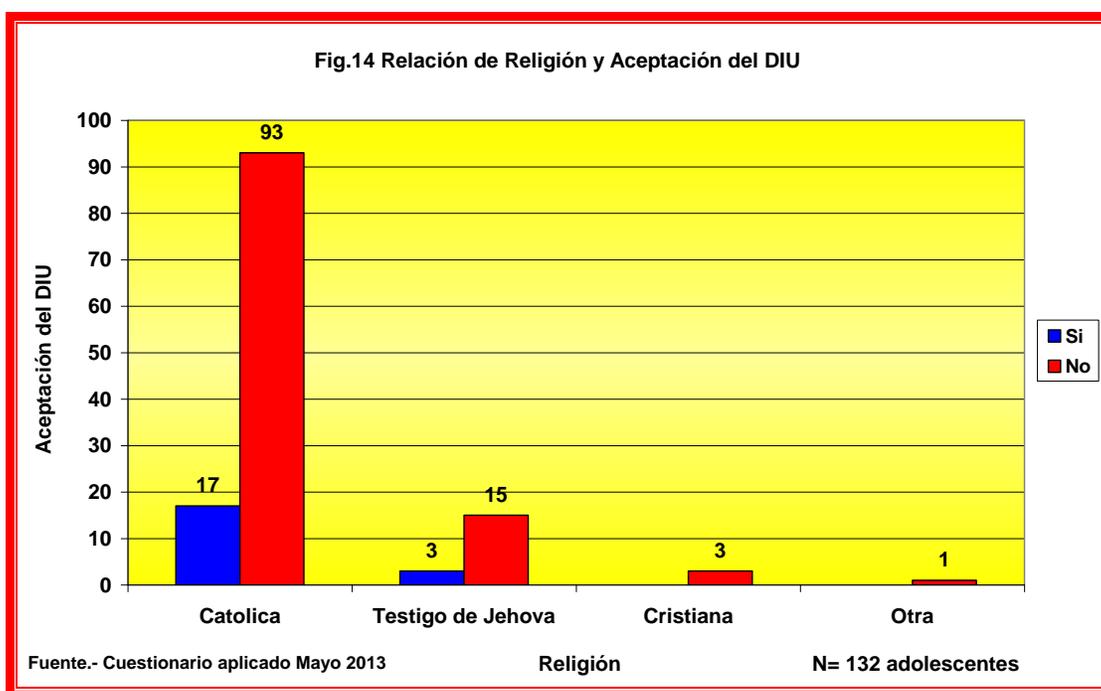
Analizando la escolaridad y la aceptación del DIU, se encontró que 12 de las pacientes que aceptaron el DIU tienen estudios de secundaria, se destaca que es en éste mismo grupo, donde se reporta el nivel más alto de aceptación con 60%, seguido del nivel medio superior y primaria, con 5 y 3 pacientes respectivamente, sin embargo la X^2 fue de 1.8 no habiendo significancia estadística. (Ver Figura 12).



En cuanto a la ocupación, el hogar representa el porcentaje mayor en aceptación del DIU, con un 50%, seguido de estudiantes con un 30% y el más bajo se refleja en el grupo de empleadas con un 20%. (Ver Figura 13).

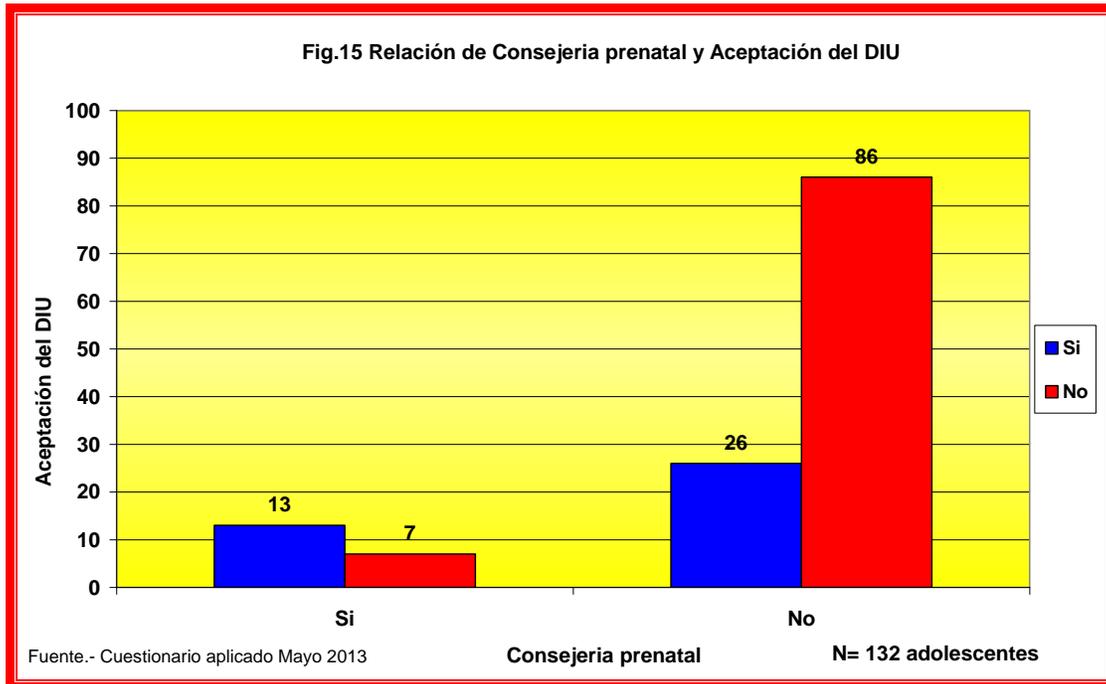


En relación a la religión y nivel de aceptación del DIU, la religión católica es la que tiene el nivel más alto de aceptación con 85% (17 adolescentes), mientras que los testigos de Jehová representan el 15%, cabe mencionar que estos resultados son esperados, pues la religión católica es el rubro mas frecuente de la población de estudio, con 110 adolescentes entre aceptantes y no aceptantes de DIUPP. La X^2 fue de 0.75, no habiendo significancia estadística. (Ver Figura14).



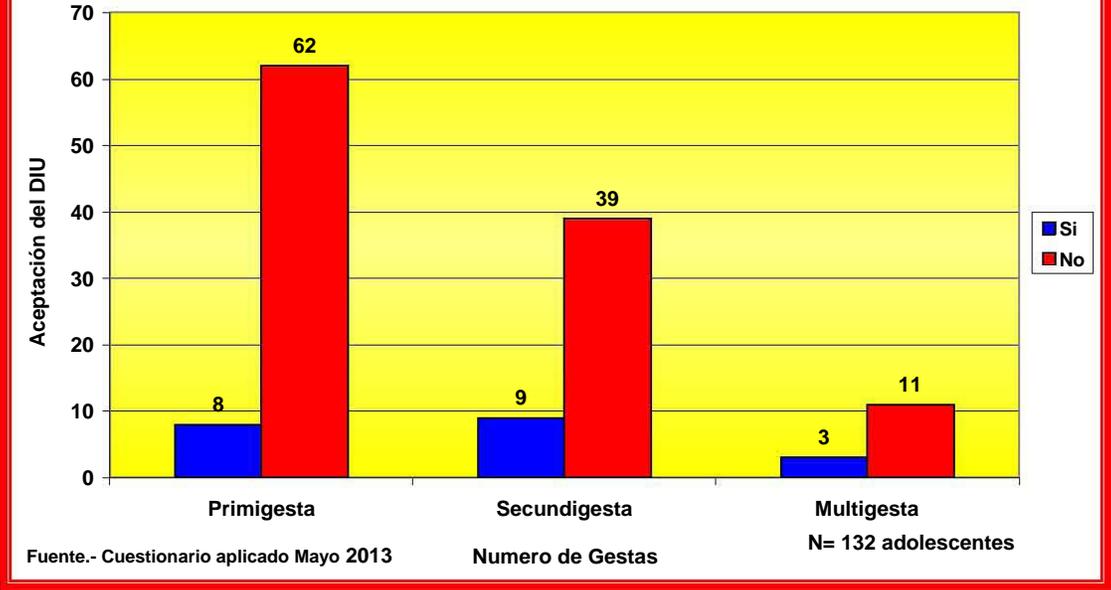
En cuanto a la consejería prenatal y aceptación del DIU, se encontró que **la consejería prenatal juega un papel importante en la adopción de MPF, pues de las 20 aceptantes del DIUPP, 17 pacientes habían recibido dicha consejería**, además de observarse que aquellas que no recibieron consejería prenatal, 93 pacientes en total, únicamente 7 pacientes habían aceptado dicho

método. Se calculo X^2 con una $p= 0.01$, la cual fue de 6.14, habiendo significancia estadística.(Ver Figura 15).



En relación con el número de gestas y aceptación del DIU, se observo que el grupo con menor aceptación del DIU fue el de multigestas, representando el 15%, esto es de importancia, debido a que es bien conocido el incremento del riesgo a sufrir patologías agregadas al embarazo actual o alteraciones del desarrollo normal del embarazo, como es el caso de una placentación anormal. Respecto al rubro de primigestas y secundigestas, estos fueron similares, de 40 y 45% respectivamente. La X^2 que se obtuvo fue de 1.67, no habiendo significancia estadística.(Ver Figura 16).

Fig.16 Relación de Número de Gestas y Aceptación del DIU



IV. DISCUSION

En primer término, es necesario hacer hincapié en las limitaciones propias de este estudio. Desde el punto de vista cuantitativo, cuenta los sesgos propios de un estudio descriptivo, en donde si bien los resultados obtenidos constituyen una primera aproximación al problema, no esclarecen las variables asociadas a éste, asimismo, el tamaño de la muestra es limitado y desde el punto de vista estadístico, no constituye una muestra representativa de la población total.

Además, la población de estudio, cuenta con un perfil específico, que caracteriza a la población derechohabiente de la S.S.D.F. (Seguro Popular / Programa Gratuito de Medicamentos), que está constituido por sujetos de estrato socioeconómico bajo (clase trabajadora), que si bien, corresponde a la mayor proporción de la población de la entidad, excluye a los sujetos de clase media y alta, que no cuentan con este sistema de seguridad social. Sin embargo, desde la perspectiva de la metodología cualitativa, el imaginario y significados sociales del colectivo se pueden ver representados en muestras pequeñas, aún cuando no sean estadísticamente significativas. Por ello, los resultados de este estudio, de metodología mixta, constituyen un aporte importante como primera aproximación al problema en el sitio de estudio.

Ahora bien, en cuanto a los resultados obtenidos, al analizar el conocimiento y la aceptación del DIU, se encontró que no hay ningún estudio nacional que valore en forma independiente el conocimiento del DIU, sino, los pocos estudios valoran el

conocimiento de métodos anticonceptivos en forma general, tal es el caso del estudio de Vazquez J. (2005)³¹, dicho estudio se realizó en una población de 15 a 44 años en una área urbana de Tabasco, en relación con el conocimiento en el grupo de adolescentes, la mayoría refirió conocer al menos un método, pero esto al parecer no influye en su uso, ya que este grupo de edad es el que menos lo emplea, sin embargo, en cuanto a la relación del grado de conocimiento y el uso de MPF, se encontró que este sí influye, ya que a mayor grado de conocimiento, mayor es el uso que se reporta con 45.9%, coincidiendo este resultado con los nuestros.

Referente a los motivos de rechazo del DIU durante el puerperio, Castañeda (2008)³² encontró como principales causas de rechazo de MPF durante el puerperio las siguientes de acuerdo a frecuencia, la desinformación (mitos y rumores) 36.1%, el temor a la presencia de efectos secundarios 19.7%, religión 14.8% y falta de aprobación de la pareja 11.5%. Otro estudio similar fue el de Zavala (2009)³³ en donde se identificó como principales causas de rechazo el deseo de tener más hijos 21.5%, mi familia no está de acuerdo 17.7%, mi pareja no lo consciente 16.5%, y temor a complicaciones médicas secundarias al uso del método de planificación familiar 11.4%.

Con relación a nuestros resultados, las principales 3 causas de rechazo fueron: deseo otro MPF 25%, temor a complicaciones adversas al DIU 25% y mi pareja me va a cuidar 25%; Con base en nuestros resultados y a los estudios antes

mencionados podemos identificar que los argumentos manifestados por la pacientes que rechazan los MPF son diversos, sin embargo, muestran dos aspectos importantes en estos estudios, primero que existe una gran desinformación sobre el uso, indicaciones, beneficios y riesgos de los MPF y segundo, que la mujer posee falta de sentimiento de propiedad de su cuerpo (falta de autonomía).

La decisión de la paciente de aceptar o rechazar un método anticonceptivo de alta continuidad, se ve fuertemente respaldada y reforzada por la desinformación del grupo, y es este hecho, el de vital importancia para el éxito de las estrategias que permitan cubrir satisfactoriamente los indicadores nacionales, y que por tanto requiere mayor análisis y escrutinio.

Autores como Díaz-Mendoza³⁴, han destacado la importancia del empleo de estrategias educativas para incrementar la aceptación de los métodos anticonceptivos de alta continuidad postparto. Los datos presentados en este reporte pertenecen a una unidad de segundo nivel, que es en donde se brinda atención a la mayor proporción de partos, sin embargo, es en el primer nivel de atención donde se brinda a las pacientes la información y orientación (consejería prenatal) necesarias para tomar una decisión acerca de su salud reproductiva al momento de culminar el embarazo.

V. CONCLUSIONES

En el presente reporte, se observó una significancia estadística entre el nivel de conocimiento y la consejería prenatal, siendo estos de importancia para la aceptación del DIU durante el puerperio de adolescentes, ya que a mayor conocimiento, mayor aceptación del DIU. Además la cobertura del DIU en el puerperio de adolescentes fue baja, de acuerdo al indicador nacional.

La cobertura observada en esta serie nos lleva a la conclusión de que hay que mejorar las estrategias educativas en cuanto a salud reproductiva se refiere, para disminuir la desinformación con respecto a los métodos anticonceptivos de alta continuidad, dentro de estos el DIU, reforzando la consejería, haciendo hincapié en los beneficios de la protección anticonceptiva con un enfoque humanístico y de salud integral. Sumado se deberá de ampliar y proveer una gran variedad de otras alternativas de métodos anticonceptivos de larga continuidad a este grupo de riesgo, ya que otras pacientes desean otros MPF; sin embargo, en nuestra unidad hospitalaria no se cuenta con ellos, con el objeto de ampliar la cobertura anticonceptiva y disminuir los riesgos y complicaciones del embarazo observadas en este grupo de edad.

Se requiere realizar más estudios entorno al tema, con muestras más grandes, inclusión de otras variables, mayor duración y cobertura geográfica, y de ser posible, realizados de forma interinstitucional para presentar mejores conclusiones.

.VI. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Mancilla R. Javier. Embarazo en adolescentes. Vidas en riesgo. **Perinatol Reprod Hum.** 2012; No 26, Vol. 1. 5-7.
2. Cartes M. Ramiro, Gonzalez R. Carolina, Sandoval Z. Jorge, Gonzalez A. Electra. Family planning and adolescent pregnancy. **Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology.** 2010 24: 209–222.
3. Maitrot-Mantelet L, Plu-Bureau G, Gompel A. Anticoncepción. **EMC-Tratado de medicina.** 2012;16(4):1-8.
4. Winner Brooke, Peipert F. Jeffrey, Qihong Zhao. Effectiveness of Long-Acting Reversible Contraception. **The New England Journal of Medicine.** 2012; 366.1998-2007.
5. Gómez I. Elizabeth. Dispositivo intrauterino en pacientes posparto. **Rev Enferm IMSS.** 2000; 8 (3):125-128.
6. Suarez G. Juan Antonio, Gutierrez M. Mario, Marrero M. Jose Antonio, Benavides C. Maria Elena, Cabrera D. Maria Rosa, Rodriguez M. Hilda Elena. Insercion inmediata posaborto de dispositivos intrauterinos. **Revista Cubana de Obstetricia y Ginecologia.**2009; No 35, Vol. 4:162-170.
7. Romero G. Gustavo, Soria V. Susana Ofelia, Ponce P. Ana Lilia. Aceptación de anticonceptivos durante el puerperio en embarazos no planeados. **Ginecol Obstet Mex.** 2009; 77 (11). 499-503
8. Fescina, RH, De Mucio B, Díaz Rossello JL, Martínez G, Serruya S. Salud sexual y reproductiva: guías para el continuo de atención de la mujer y el

- recién nacido focalizadas en APS. Guía para la práctica básica. 2a Edición. Montevideo: CLAP/SMR; 2010.
9. Somogyi Liliane, Mora Emily. Métodos anticonceptivos: Entonces y ahora. **Rev Obstet Ginecol Venez.** 2011;71(2):118-123.
 10. Serfaty D. Contraception des adolescentes. **EMC-Gynécologie.** 2009 ; 802-A-45.
 11. González H. Carolina, Sánchez C.B. Jose Ramon, González H. Andres. Educación integral en sexualidad y anticoncepción para los/las jóvenes. **Enferm Clin.**2009;19(4):221–224.
 12. Levi Erika, Cantillo Evelyn, Ades Veronica, Banks Erika, Amitasrigowri Murthy. Immediate postplacental IUD insertion at caesarean delivery: a prospective cohort study. . **Contraception.** 2012; 86. 102-105.
 13. L. Benabu-Saada. El papel del medico general en el postparto. **EMC-Tratado de medicina.** 2010; 3-1390.
 14. Hubacher David, Chien Pai-Lien, Park Sola. Side effects from the copper IUD: do they decrease over time?. **Contraception.** 2009; 79 (5). 356-362.
 15. USAID and ACCESS-FP. 2010. Postpartum intrauterine contraceptive device (PPIUD) services. Trainer's notebook. Jhpiego: Baltimore, Maryland.
 16. Grimes DA et al. Immediate postpartum insertion of intrauterine devices. **Cochrane Database of Systematic Reviews.** 2003: CD003036.
 17. Borda M and Winfrey W (ACCESS-FP). 2010. Postpartum Fertility and Contraception: An Analysis of Findings from 17 Countries. Jhpiego: Baltimore, Maryland.

18. World Health Organization (WHO). 2004. Selected Practice Recommendations for Contraceptive Use, Second Edition. WHO: Geneva.
19. Kapp Nathalie, Curtis M. Kathryn. Intrauterine device insertion during the postpartum period: a systematic review. **Contraception**. 2009; 80. 327-336.
20. Weston R.S. Melissa, Martins L. Summer, Neustadt B. Amy. Factors Influencing Uptake of Intrauterine devices among Postpartum Adolescents: A Qualitative Study. **Am J Obster Gynecol**. 2012; 206 (1). 40.e1-40e7.
21. Teal B. Stephanie, Sheeder Jeanelle. IUD use in adolescent mother: retention, failure and reasons for discontinuation. **Contraception**. 2012; 85. 270-274.
22. World Health Organization (WHO). 2010. Medical eligibility criteria for contraceptive use, Fourth edition. WHO: Geneva.
23. UNICEF. Tablas Estadísticas. Adolescentes. En: UNICEF. Estado Mundial de la Infancia 2012. Niñas y niños en un mundo urbano. Fondo de las Naciones Unidas, New York, 2012: 130-3.
24. World Health Organization. Sixty fourth world health assembly. Youth and health risks. A64/25, 28 de Abril, 2011.
25. Montero V. Adela. Anticoncepción en la adolescencia. **REV. MED. CLIN. CONDES**. 2011; 22 (1) : 59-67.
26. World Health Organization. Adolescent pregnancy. Fact sheet 364. May, 2012. www.who.int/mediacenter/factsheets/fs364/en/index.html
27. Núñez U. Rosa María, Hernández P. Bernardo, García B. Cecilia, González Dolores, Walker Dylis. Unwanted adolescent pregnancy and post-partum

- utilization of contraceptive methods. **Salud Pública Mex.** 2003; 45 suppl 1:S92-S102.
28. Encuesta Nacional de Dinámica Demográfica: panorama sociodemográfico de México : principales resultados / Instituto Nacional de Estadística y Geografía, Consejo Nacional de Población.-- México : INEGI, c2011.
29. Meredith L. Snook, Lara T. Eduardo, Sanfilippo S. Joseph. Adolescent Gynecology: Special considerations for Special Patients. **CLINICAL OBSTETRICS AND GYNECOLOGY.** 2012; Volume 55, number 3. 651-661.
30. Tula Zegarra. Mitos y métodos anticonceptivos. 1ra edición. Lima, Perú: PROMSEX/UNFPA; 2011.
31. Vázquez J. Alma Luz, Suárez L. Nery. Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en la población de 15 a 44 años del área urbana, Cunduacán. Tabasco 2005. **HORIZONTE SANITARIO.** 2006, No. 2, Vol. 5 mayo- agosto. 37-41
32. Castañeda-Sánchez, O; Castro-Paz, LS; Lindoro-López, KG. 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. **Archivos en Medicina Familiar.** 2008, No. 2, Vol. 10 abril- junio. 37-41
33. Zavala G. Marco Antonio, Correa D. Rosario, Posada A. Sergio Eduardo, Domínguez LL. Adela, Barojas S. Josefina. Argumentos de rechazo de dispositivo intrauterino y oclusión tubárica bilateral postparto, en usuarias de una unidad de Segundo nivel de Cárdenas, Tabasco, México. **MED. UIS.** , 2009; No 22, Vol. 1 marzo.12-18

34. Díaz-Mendoza A. Impacto de una estrategia educativa para la aceptación de métodos de planificación anticonceptivos de alta continuidad durante el postparto. [En prensa] ***Rev Med Inst Mex Seguro Soc.***

ANEXOS**CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES**

**PROTOCOLO DE INVESTIGACION
“CONOCIMIENTO Y USO DEL DISPOSITIVO INTRAUTERINO EN PUERPERAS
ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL GENERAL DR ENRIQUE
CABRERA”**

2013

MES	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO
ELECCION DEL TEMA	X							
RECOPIACION BIBLIOGRAFICA	X							
ELABORACION DEL PROTOCOLO		X	X					
PRUEBA PILOTO				X				
RECOLECCION DE DATOS					X			
ANALISIS DE RESULTADOS						X		
ELABORACION DE INFORME FINAL							X	
AUTORIZACIONES							X	
IMPRESIÓN DE TESIS								X

Elaboró: Dr. Israel Quiroz Fabián

SECRETARIA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL
HOSPITAL GENERAL "DR. ENRIQUE CABRERA"
Encuesta de recolección de datos a puérperas adolescentes
Sección 1

Instrucciones: Subraye y conteste según sea necesario

Nombre: _____ Fecha: _____

<p>1. ¿Que edad cumplida en años tiene? a) 15 b) 16 c) 17 d) 18 e) 19</p>	<p>2. ¿Cual es su estado civil? a) casada b) unión libre c) soltera</p>
<p>3. ¿Cual es su escolaridad? a) ninguna b) primaria c) secundaria d) medio superior</p>	<p>4. ¿A que se dedica? a) hogar b) estudiante c) empleada d) otra : _____</p>
<p>5. ¿En donde reside? a) área urbana b) área rural</p>	<p>7. ¿Cual es su religión? a) católica b) testigo de Jehová c) cristiana d) otra: _____</p>
<p>7. ¿Cuántas veces te has embarazado? a) 1 b) 2 c) más de 2</p>	<p>9. ¿Cuál fue la vía de interrupción de este último embarazo? a) parto b) cesárea c) legrado</p>
<p>8. ¿Te orientaron durante el control de tu embarazo sobre métodos anticonceptivos? a) si b) no</p>	<p>10. ¿Aceptaste el dispositivo intrauterino como método de planificación familiar posterior a la resolución de tu embarazo? a) si b) no</p>
<p>11. En caso de haber respondido no, en la pregunta anterior, señale el motivo del rechazo. a) deseo tener otro hijo b) deseo otro método de planificación familiar c) mi pareja no esta de acuerdo d) mi familia no lo consciente e) mi pareja me va a cuidar f) no tengo pareja g) temor a complicaciones adversas del DIU</p>	

SECRETARIA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL
HOSPITAL GENERAL "DR ENRIQUE CABRERA"
Encuesta de recolección de datos a puérperas adolescentes
Cuestionario "Conocimiento del DIU" Sección 2

Instrucciones: subraye según crea correcto.

1. El dispositivo intrauterino es un método:

- a) Temporal
- b) Definitivo
- c) Quirúrgico

2. El DIU incomoda al varón y le quita placer

- a) Si
- b) No

3. El mecanismo de acción del dispositivo intrauterino es:

- a) Suprime la ovulación
- b) Es un abortivo
- c) Reacción inflamatoria endometrial que impide el paso de los espermatozoides

4. El dispositivo intrauterino provoca malformaciones congénitas en los productos en caso de concebir embarazo.

- a) Si
- b) No

5. ¿Cual es la eficacia del dispositivo intrauterino para evitar un embarazo?

- a) 50%
- b) 75%
- c) Mayor del 98%

6. El dispositivo intrauterino es un método que protege del VIH (SIDA).

- a) Si
- b) No

7. Todas son ventajas del dispositivo intrauterino, menos:

- a) Protege contra enfermedades de transmisión sexual
- b) Tiene efecto prolongado y es reversible
- c) Se puede utilizar durante la lactancia

8. El DIU se puede mover y llegar a otros órganos como el estómago

- a) Si
- b) No

9. Es uno de los efectos colaterales mas frecuentes del dispositivo intrauterino:

- a) Aumento de peso
- b) Aumento en la cantidad y duración del sangrado menstrual
- c) Alteraciones en el placer sexual

10. Solo se coloca el DIU si la mujer esta menstruando

- a) Si
- b) No

Calificación : _____
Nivel de conocimiento: _____

SECRETARIA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.

Titulo de Estudio: **“Conocimiento y uso del dispositivo intrauterino en puérperas adolescentes atendidas en el Hospital General Dr. Enrique Cabrera”**

Investigador: Dr. Israel Quiroz Fabián

El suscrito que está realizando el estudio sobre el : conocimiento y uso del dispositivo intrauterino en puérperas adolescentes, atendidas en el hospital General “Enrique Cabrera”, cuya población de estudio se enfoca al grupo de edad de 15-19 años y que estén cursando su puerperio inmediato, con el propósito de investigar el nivel de conocimiento y los factores que influyen en la aceptación y rechazo del dispositivo intrauterino como método de planificación familiar durante el puerperio inmediato, dichos resultados serán en beneficio de las Instituciones y especialmente a los sujetos a investigar.

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, además de que se respetara su confidencialidad.

He leído el formulario de consentimiento

Fecha: _____

Firma o Huella de la persona

Firma del Investigador