



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
FACULTAD DE MEDICINA**

**DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR**



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR No. 7  
MONCLOVA; COAHUILA**

**SELECCIÓN Y CONTROL DEL MÉTODO ANTICONCEPTIVO  
ELEGIDO DURANTE EL CONTROL PRENATAL**

**TESIS PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA  
EN MEDICINA FAMILIAR**

**PRESENTA:**

**DRA KARLA YADIRA SECA AGUILAR**

**ASESORES DE TESIS:**

**DR. RICARDO ALFONSO RANGEL ZERTUCHE**

**DRA. LETICIA CARRILLO ACEVEDO**



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.

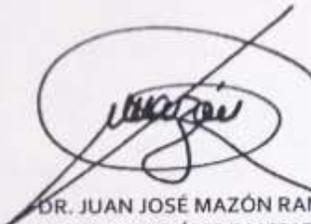
**"SELECCION Y CONTROL DEL METODO ANTICONCEPTIVO  
ELEGIDO DURANTE EL CONTROL PRENATAL"**

TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA  
EN MEDICINA FAMILIAR

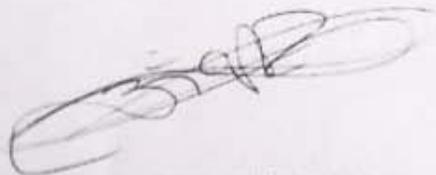
PRESENTA:

**DRA. KARLA YADIRA SECA AGUILAR**

**AUTORIZACIONES**



DR. JUAN JOSÉ MAZÓN RAMÍREZ  
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



DR. GEOVANI LÓPEZ ORTIZ  
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN  
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES  
COORDINADOR DE DOCENCIA  
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.

**SELECCIÓN Y CONTROL DEL MÉTODO ANTICONCEPTIVO  
ELEGIDO DURANTE EL CONTROL PRENATAL**

**TESIS PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA  
EN MEDICINA FAMILIAR**

**PRESENTA:**

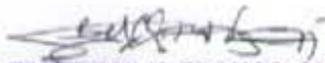
**DRA KARLA YADIRA SECA AGUILAR**

**AUTORIZACIONES**

  
**DRA. LETICIA CARRILLO ACEVEDO.**

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR  
PARA MEDICOS GENERALES

HGZ/UMF No 7 MONCLOVA, COAHUILA.

  
**DRA. BEATRIZ CECILIA FRANCO GUEVARA**

COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD

**ASESORES DE TESIS:**

**DR. RICARDO ALFONSO RANGEL ZERTUCHE**

  
**DRA. LETICIA CARRILLO ACEVEDO**

## ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN

### INVESTIGADOR PRINCIPAL

Nombre: DRA. KARLA YADIRA SECA AGUILAR

Área de adscripción: UMF 3 Ramos Arizpe Coahuila

Matrícula: 99058260

Domicilio: Blvd Plan de Guadalupe y Pablo L. Sidar s/n

Teléfono: 488-27-97

Domicilio particular: Lucio blanco # 2003 col 26 de Marzo. Saltillo Coahuila

Teléfono particular: 844-146-29-66

Correo electrónico: [karlayadhirack@gmail.com](mailto:karlayadhirack@gmail.com)

### TUTORES DE TESIS:

**Nombre:** DR. RICARDO ALFONSO RANGEL ZERTUCHE

Área de adscripción: Delegación Coahuila

Matrícula 99200134

Domicilio: V. Carranza 2809 Col. La Salle. Saltillo; Coahuila

Teléfono: 4-15-62-97

Correo: [ricardo.rangel@imss.gob.mx](mailto:ricardo.rangel@imss.gob.mx)

**Nombre:** DRA. LETICIA CARRILLO ACEVEDO

Área de adscripción: HGZ con MF. No. 7.

Matrícula 8944393

Domicilio: Boulevard Harold R. Pape S/N Monclova; Coahuila

Teléfono: 018666335811 ext. 41315

Correo: [lety3ca@gmail.com](mailto:lety3ca@gmail.com)

## **AGRADECIMIENTOS**

A Dios.

A mi esposo por su apoyo incondicional, por impulsarme a estudiar, a prepararme y a crecer en todos los aspectos.

A mi hija Kate, por todo el tiempo no dado, por ser luz, la dulzura en este universo.

A mis Padres, por ser, por estar, a toda mi Familia.

A mi maestra por tener tanta paciencia para enseñarnos a aprender.

A mis compañeros, por su compañerismo y amistad. Formamos un gran equipo para alcanzar la meta.

A todos los que de una u otra forma participaron en mi formación.

A todos.... Gracias totales

Forever trusting who we are  
And nothing else matters

## ÍNDICE

I	Resumen	1
II	Abstract	2
III	Marco Teórico	3
IV	Planteamiento del problema	14
V	Pregunta de investigación	14
VI	Justificación	15
VII	Hipótesis	16
VIII	Metodología	16
IX	Aspectos éticos	19
X	Recursos	20
XI	Resultados	21
XII	Discusión	32
XIII	Conclusión	33
XIV	Referencias bibliográficas	34
XV	Anexos	37

## INDICE TABLAS Y GRÁFICOS

<b>Tabla 1</b>	<b>Porcentaje de consejería otorgada</b>	<b>21</b>
<b>Tabla 2</b>	MPF ofertado durante el control prenatal	<b>22</b>
<b>Tabla 3</b>	MPF otorgado durante el puerperio	<b>23</b>
<b>Tabla 4</b>	Riesgo obstétrico de las pacientes que acudieron a CP	<b>24</b>
<b>Tabla 5</b>	Pacientes con EBR aceptantes de MPF	<b>25</b>
<b>Tabla 6</b>	MPF elegido durante el control prenatal en pacientes con embarazo de bajo riesgo	<b>26</b>
<b>Tabla 7</b>	MPF otorgado en EBR	<b>27</b>
<b>Tabla 8</b>	MPF elegido durante el control prenatal en pacientes con EAR	<b>28</b>
<b>Tabla 9</b>	MPF otorgado en pacientes con EAR	<b>29</b>
<b>Tabla 10</b>	<b>Comparación del MPF otorgado en EBR y EAR</b>	<b>30</b>
<b>Tabla 11</b>	<b>Correspondencia del MPF solicitado durante el CP y el otorgado</b>	<b>31</b>
<b>Tabla 12</b>	<b>Muestra final</b>	<b>33</b>
<b>Gráfico 1</b>	<b>Porcentaje de consejería otorgada</b>	<b>21</b>
<b>Gráfico 2</b>	MPF ofertado durante el control prenatal	<b>22</b>
<b>Gráfico 3</b>	MPF otorgado durante el puerperio	<b>23</b>
<b>Gráfico 4</b>	Riesgo obstétrico de las pacientes que acudieron a CP	<b>24</b>
<b>Gráfico 5</b>	Pacientes con EBR aceptantes de MPF	<b>25</b>
<b>Gráfico 6</b>	MPF elegido durante el control prenatal en pacientes con embarazo de bajo riesgo	<b>26</b>
<b>Gráfico 7</b>	MPF otorgado en EBR	<b>27</b>
<b>Gráfico 8</b>	MPF elegido durante el control prenatal en pacientes con EAR	<b>29</b>
<b>Gráfico 9</b>	MPF otorgado en pacientes con EAR	<b>30</b>
<b>Gráfico 10</b>	<b>Comparación del MPF otorgado en EBR y EAR</b>	<b>30</b>
<b>Gráfico 11</b>	<b>Correspondencia del MPF solicitado durante el CP y el otorgado</b>	<b>31</b>

## SELECCIÓN Y CONTROL DEL MÉTODO ANTICONCEPTIVO ELEGIDO DURANTE EL CONTROL PRENATAL

### RESUMEN

**Introducción:** La Planificación familiar es un programa prioritario en cuestiones de salud; el control prenatal es el momento ideal para ofrecer consejería sobre planificación, ya que el intervalo intergenésico es importante para que la madre se recupere satisfactoriamente del embarazo y parto, y poder ofrecerle una adecuada atención del recién nacido. La anticoncepción postparto ayuda a prolongar el intervalo entre embarazos y por consiguiente, disminuir la morbimortalidad materno-infantil.

**Objetivo:** Determinar la proporción de pacientes que utilizan el mismo método de planificación en el posparto, en relación al método que se eligió durante el control prenatal.

**Metodología:** Estudio observacional, transversal, retrospectivo, descriptivo. Se realizó en la UMF número 3 de Ramos Arizpe, Coahuila. Se obtuvieron los datos del expediente electrónico de las pacientes que acudieron a consulta de control prenatal en el periodo comprendido entre Junio del 2015 Junio del 2016, y que tuvieron atención del parto dentro del IMSS. El análisis de los resultados obtenidos se realizó en una base de datos y calcularon porcentajes para variables cualitativas y analizaron las variables por estadística descriptiva y medidas cuantitativas de dispersión según corresponda. Los resultados se representaron mediante gráficos y tablas de frecuencia o histograma. Los datos se recopilaron en la base de datos de Excel y el análisis estadístico se lleva a cabo con SPSS

**Resultados:** Encontramos que durante el control prenatal, se le ofertó consejería anticonceptiva al 93.86%; Siendo el DIU el método que más se ofertó con un 38.88%, seguido del método definitivo (OTB) el cual se ofertó en un 31.69%. Se otorgó un MPF en un 89% de las pacientes durante el puerperio inmediato, siendo el DIU el más otorgado con un 41.89%, seguido de la OTB con un 20.27%. El 52.7% de las derechohabientes recibieron el mismo método de planificación familiar que eligieron durante el control prenatal y el 47.2% no lo recibió.

**Palabras claves:** Método de Planificación familiar, Control Prenatal

## ABSTRACT

### CONTROL AND MONITORING METHOD CHOSEN FOR BIRTH CONTROL PRENATAL

**Background:** Family planning is a priority program on health issues, prenatal care is the ideal place to offer counseling planning time, as the birth interval is important for the mother to recover successfully pregnancy and childbirth, and to offer adequate care of the newborn, as well as adequate nutrition through breastfeeding. Contraception postpartum helps extend the interval between pregnancies and thus reduce maternal and child morbidity and mortality.

**Target:** To determine whether during antenatal care will offer contraceptive method, determine whether postpartum MPF is applied, determine if it accords with the chosen one.

**Methodology:** Study observational, transversal, retrospective descriptive. Realized in the UMF3 of Ramos Arizpe, Coahuila. Data were obtained from the electronic file of the patients who attended antenatal check-up in the period between June 2015, June 2016, and who had delivery care within the IMSS. The analysis of the results obtained was carried out in a database and they calculated percentages for qualitative variables and analyzed the variables by descriptive statistics and quantitative measures of dispersion, as appropriate. The results were represented by graphs and frequency tables or histograms. The data was collected in the Excel database and the statistical analysis is carried out with SPSS

**Results:** in this study we found that during prenatal control, contraceptive counseling was offered at 93.86%; The IUD was the method that was offered the most with 38.88%, followed by the definitive method (OTB) which was offered in a 31.69%. An bilateral tubal occlusion (OTB) was granted in 89% of the patients during the immediate puerperium, with the IUD being the most awarded with 41.89%, followed by the OTB with 20.27%. 52.7% of beneficiaries received the same method of family planning that they chose during prenatal care and 47.2% did not receive it.

**Keywords:** Family Planning, Postpartum contraceptive methods, Prenatal Care.

## MARCO TEÓRICO

La planificación familiar muestra un carácter prioritario dentro del marco amplio de la salud reproductiva, con un enfoque de prevención de riesgo para la salud de las mujeres, los hombres, las niñas y los niños, y su aplicación es medio para el ejercicio del derecho de toda persona a decidir de manera libre, responsable e informada, sobre el número y espaciamiento de sus hijos, con pleno respeto a su dignidad. (1)

La consejería en planificación familiar es un proceso de análisis y comunicación personal entre el prestador de servicios y el usuario potencial y/o el usuario activo, mediante el cual se proporciona información, orientación y apoyo educativo a individuos y parejas que les permitan tomar decisiones voluntarias conscientes e informadas acerca de su vida sexual y reproductiva. (1)

Este proceso se debe enfocar a resolver o aclarar las dudas que se pudieran tener acerca de las indicaciones, uso, seguridad y efectividad de los métodos anticonceptivos. Y se deberá prestar particular atención en algunos grupos, entre ellos las mujeres en el posparto o post cesárea con un producto de alto riesgo, hombres y mujeres, cuando su hijo recién nacido presente problemas de salud que comprometan su supervivencia y mujeres con riesgo reproductivo u obstétrico alto. (1)

Se respetarán las decisiones individuales con respecto a los ideales reproductivos, se promoverá la participación activa del hombre y su corresponsabilidad en todas las fases del proceso reproductivo, se fomentarán actitudes y conductas responsables en la población para garantizar su salud sexual y reproductiva y se respetará su diversidad cultural y étnica. (1)

Durante el puerperio existe un estrecho contacto del personal de salud con la paciente, lo que debe fomentar el convencimiento y aceptación del método de planificación. Es indudable, que el hecho de ofrecer una atención de calidad en planificación familiar durante el embarazo y puerperio, contribuye en forma importante a disminuir la morbi mortalidad materno-infantil.

El postparto es un tiempo importante para iniciar la anticoncepción ya que la mujer está más accesible y motivada para evitar otro embarazo.

Ginecólogos y obstetras, así como personal de salud en contacto con las puérperas deberán dar consejería sobre la anticoncepción en el postparto inmediato. (2)

Por lo que la Norma Oficial Mexicana indica que durante el puerperio mediano y tardío se deberá ofrecer orientación sobre los métodos de planificación familiar. (3)

Dentro de las estrategias que la secretaría de Salud ha puesto en marcha para disminuir la mortalidad materna destaca la anticoncepción posterior a un evento obstétrico (APEO). La APEO se refiere a las acciones de educación, consejería y la provisión de un método anticonceptivo posterior a la finalización del embarazo, ya sea después del aborto, parto o cesárea. (4)

El intervalo entre los embarazos es importante para la salud de las madres, ya que les permite recuperarse del embarazo y parto y del esfuerzo que requiere la atención de niños y niñas. La duración de la lactancia materna y del intervalo entre los embarazos son determinantes para la calidad de vida de los y las recién nacidos/as, especialmente en los países en vías de desarrollo. La anticoncepción post-parto contribuye a prolongar el intervalo entre los embarazos. (5)

Las mujeres y las parejas, adecuadamente informadas, pueden decidir acerca de la lactancia y anticoncepción en la forma más conveniente para su situación y sus necesidades. Es importante considerar que el temor a otro embarazo, la necesidad de la mujer de reincorporarse a su trabajo remunerado, sus condiciones de salud y las presiones familiares, sociales o económicas influyen en la duración de la lactancia y en la decisión de cuando iniciar un método anticonceptivo. (5)

### **Planificación Familiar**

La historia de la anticoncepción se remonta a miles de años, pues la necesidad de practicarla ha existido toda la vida. En un principio se llevó a cabo casi siempre con fines personales de evitar un embarazo fuera de la pareja.

Posteriormente también surgieron algunas indicaciones médicas, cuando existía peligro para la madre en el parto, o cuando había la posibilidad de transmitir a la prole enfermedades mentales u orgánicas, aunque, estas últimas indicaciones aparecieron solamente hace unos cuantos siglos. Aunque la preocupación por evitar un embarazo siempre ha estado presente, sólo hasta doscientos años comenzaron a difundirse los procedimientos contraceptivos con que se contaba, presentando un verdadero avance apenas hace 25 o 30 años.

## **La planificación familiar en el mundo actual**

En 2011, una media del 62% de las mujeres de las regiones en desarrollo que estaban casadas o en relación de pareja usó algún tipo de método anticonceptivo. Si se excluyen el África subsahariana y Oceanía, al menos el 50% de esas mujeres de todas las regiones utilizaba un método anticonceptivo. <sup>(6)</sup>

En todo el mundo, 9 de cada 10 mujeres en edad fértil y casadas o en relación de pareja y que usan métodos anticonceptivos utilizan métodos modernos. En las regiones en desarrollo los métodos anticonceptivos más difundidos son la esterilización femenina y el dispositivo intrauterino, que en conjunto representan más de la mitad de todos los métodos anticonceptivos. Sin embargo, los patrones regionales son muy variados. La esterilización femenina, por ejemplo, es el método dominante en Asia meridional, en tanto que los inyectables son más comunes en África oriental y África meridional. <sup>(6)</sup>

El uso de anticonceptivos ha aumentado en muchas partes del mundo, especialmente en Asia y América Latina, pero sigue siendo bajo en al África subsahariana. A escala mundial, el uso de anticonceptivos modernos ha aumentado ligeramente, de un 54% en 1990 a un 57.4% en 2014. <sup>(7)</sup>

A escala regional, la proporción de mujeres de entre 15 y 49 años de edad que usan algún método anticonceptivo ha aumentado mínimamente o se ha estabilizado entre 2008 y 2014. En África pasó de 23.6% a 27.64%; en Asia, el uso de anticonceptivos modernos ha aumentado ligeramente de un 60.9% a un 61%, y en América Latina y el Caribe pasó de 66.7% a 67.0%. <sup>(7)</sup>

El uso de métodos anticonceptivos por los hombres representa una proporción relativamente pequeña de las tasas de prevalencia mencionadas. Los métodos anticonceptivos masculinos se limitan al condón y la esterilización mediante la vasectomía. <sup>(7)</sup>

En México, los primeros esfuerzos por establecer la planificación familiar se debe a Carrillo Puerto. Siendo gobernador del estado de Yucatán en 1922 y adelantándose a su tiempo, organizó una campaña de educación a la mujer.

Ordenó que a las parejas que contraían matrimonio en las oficinas del registro civil, se les entregara literatura que contenía información para controlar la fecundidad. Pasaron varios años en los que la política poblacional del gobierno era más bien natalista, se otorgaban premios a las madres más prolíficas.

En 1960, en la ciudad de México se crea en la ciudad de México, una asociación denominada inicialmente “Para el bienestar de la familia” y posteriormente “Pro-Salud Maternal”. Este fue el primer servicio organizado para ofrecer planificación familiar. En 1965 se estableció la primer clínica de Planificación Familiar. En 1967 se inician en el IMSS las primeras acciones anticonceptivas. <sup>(8)</sup>

En la década de 1970, varios centros médicos privados y públicos se organizaron para atender a un gran número de mujeres demandantes de métodos anticonceptivos.

Los grupos feministas presionaban a favor de la anticoncepción, la información la obtenían de los EEUU en donde la planificación familiar ya era altamente aceptada y practicada.

El 7 de Enero de 1974 se promulga la Ley General de Población, que dio origen a la oficialización de los Servicios de Planificación Familiar y responsabilizó al Sector salud y al Sector Educativo de su aplicación.

El 31 de enero de 1974 se promulga el Artículo 4<sup>o</sup> Constitucional, que establece la igualdad de géneros, la obligación del Estado de proteger la organización y desarrollo de la Familia, y el derecho de toda persona a la planificación familiar.

En el periodo de 1977 a 1982 se capacitó al personal de salud para ofrecer una adecuada atención anticonceptiva. Desde entonces, la Planificación Familiar ha evolucionado con la introducción de nuevos métodos y nuevas vías de administración.

### **Necesidad de Métodos Anticonceptivos**

Se calcula que en los países en desarrollo unos 225 millones de mujeres desean posponer o detener la procreación pero no utilizan ningún método anticonceptivo.

La necesidad insatisfecha de anticoncepción sigue siendo alta. Esta falta de equidad está impulsada por un aumento de la población y una escasez de servicios de planificación familiar. <sup>(9)</sup>

En África, el 23.2% de las mujeres en edad fecunda tienen una necesidad insatisfecha de anticonceptivos modernos. En Asia y América Latina y el Caribe —regiones donde la prevalencia del uso de anticonceptivos es relativamente alta—, las necesidades insatisfechas representan un 10.9% y un 10.4%, respectivamente. <sup>(9)</sup>

Se calcula que para 2015 la demanda total de planificación familiar entre mujeres casadas superará los 900 millones, debido principalmente al crecimiento de la población. Esta es una indicación más de lo que queda por hacer en cuanto a salud reproductiva y a la magnitud de los esfuerzos requeridos para satisfacer la demanda de métodos anticonceptivos y sobre todo métodos modernos y más eficaces. (6)

En México se cuenta con estudios realizados a nivel nacional, uno es el de indicadores de Salud con la última actualización realizada en 2000, y el estudio de ENSANUT realizada en el 2012 y cuyos resultados fueron los siguientes:

En México la Planificación Familiar ha tenido importantes avances en cuanto al uso de métodos anticonceptivos, en mujeres unidas pasó de 30.2% en 1976 a 70.8% en 2000. Específicamente en el estado de Coahuila, pasó del 73.5% en 1992 a 77.6% en el 2000. (10)

En México, entre 1994 y 1997, durante el control prenatal se habló sobre planificación familiar en un 80.8%, y se le ofreció método de planificación familiar en un 66.9%. En Coahuila, en el mismo periodo de tiempo 1994-1997, se habló sobre planificación familiar en el control prenatal en un 85.4% y se le ofreció método de planificación familiar durante el control prenatal en un 70.8% por encima de la media nacional. (10)

El porcentaje nacional en 1997 que utilizó método de planificación familiar fue del 46.5% mientras que Coahuila superó la media nacional con un 51.8% (10)

Según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición realizada en el 2012, de las mujeres adolescentes que tuvieron un evento obstétrico en los últimos 5 años, al 48% se le proporcionó un método anticonceptivo antes de salir del hospital o del lugar donde la atendieron. (4)

De acuerdo con lo reportado por ellas, en relación con el tipo de método recibido, se destaca con 74.6% el DIU, seguido por los anticonceptivos hormonales 17.3%, condón en un 5.8% y otros no desglosados en un 2.3%. (4)

En relación con las mujeres de 20 a 49 años que tuvieron en evento obstétrico en los últimos 5 años, y que antes de salir del hospital o del lugar donde la atendieron le proporcionaron un método anticonceptivo, la información que proporcionaron en cuanto al método de planificación recomendado indican que es de 47.6% para la OTB/Vasectomía, con un 37.6% para el DIU, seguido por los anticonceptivos hormonales con un 10.8%, condones con un 2.4%, otros no desglosados en un 1.1% y no especificados en un 0.5%. (4)

Para las mujeres con parto en el último año y por tipo de proveedor, según la ENSANUT 2012, aquellas que se atendieron en servicio privados en 30% de los casos se le proporcionó un método anticonceptivo antes de salir del hospital, a diferencia de las instituciones de seguridad social en donde esto ocurrió en un 77% de los casos, y en las atendidas en los servicios públicos el 62% de los casos recibió un método antes de salir. (4)

Más de tres de cada cinco mujeres que utilizan la planificación familiar obtienen los servicios y suministros del sector público, mientras que el resto lo obtienen de las farmacias, clínicas, y médicos privados. (11)

El principal proveedor gubernamental de estos servicios es el Instituto Mexicano del Seguro social IMSS, que atiende a más de una tercera parte de todas las mujeres que utilizan la planificación familiar. En total un 38%. (11)

Cuya cifra se mantiene en el 2003 según la Encuesta Nacional de Salud Reproductiva, cuyo porcentaje fue de 37.5%. (12)

Del total de usuarias, se reportó que el 86.2% recibió el método que solicitó. (12)

El gobierno de México, ha implementado varias acciones y estrategias, entre ellas encontramos el programa de acción específico Salud materna y perinatal 2013-2018 el cual tiene como objetivo reducir los rezagos en la atención de todas las mujeres, sus parejas y recién nacidos durante la etapa pregestacional, el embarazo (prenatal), parto, puerperio y la etapa postnatal. Dentro de este programa encontramos estrategias específicas, como el promover acciones efectivas durante el embarazo y el postparto para acceder a métodos anticonceptivos acorde a su condición, durante el control prenatal realizar acciones de intervención, educación y asesoría de la anticoncepción. Esta estrategia específica para contribuir a prevenir embarazos de alto riesgo y así, contribuir a reducir la morbi-mortalidad materna y perinatal. (13)

Es importante que el método anticonceptivo postparto en cualquier edad de la mujer, garantice el mantenimiento de la lactancia y la salud de la madre y el hijo, circunstancias que hacen delicada esta etapa de la mujer, por lo que requiere atención cuidadosa en relación con la salud y específicamente con la anticoncepción. (4)

### **Elección de Métodos Anticonceptivos posparto**

Para elegir un método anticonceptivo hay que tomar en cuenta varios factores como: Historia médica, quirúrgica, obstétrica, ginecológica, número de parejas, frecuencia de relaciones sexuales, historia familiar.

El mejor método anticonceptivo para las pacientes es aquel que va en armonía con sus deseos, miedos, preferencias, estilo de vida, así es más probable que se utilice correctamente. (13)

La lactancia materna es la fuente nutricional de los infantes y les confiere protección inmunológica contra muchas infecciones. Los expertos en salud alrededor del mundo, han declarado que todas las mujeres deberían hacer posible la lactancia materna exclusiva por seis meses y continuarla hasta el año de edad. (14)

Afortunadamente la mayoría de los métodos de planificación familiar son compatibles con la lactancia materna. (14)

Para comprender adecuadamente este texto, es importante conocer las siguientes definiciones:

### **Definición de Anticoncepción y Planificación Familiar**

El término “anticoncepción” es definido como las acciones tomadas para evitar la concepción. Pueden ser métodos naturales o artificiales. El embarazo puede prevenirse interfiriendo con el proceso de la concepción en diversos sitios de la anatomía masculina o femenina. (15)

A estas acciones se le llama planificación familiar, que es el derecho de toda persona a decidir de manera libre, responsable e informada, sobre el número y espaciamiento de sus hijos, con pleno respeto a su dignidad. (1)

### Definición de embarazo

Estado fisiológico de la mujer comprendido entre la concepción y termina con el parto y nacimiento del producto a término. (16)

### Definición de Control Prenatal

Se define como control prenatal a todas las acciones y procedimientos, sistemáticos o periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que pueden condicionar la morbilidad y mortalidad materna y perinatal. (16)

### Definición de Riesgo Reproductivo

Probabilidad que tienen tanto la mujer en edad reproductiva como su producto potencial, de experimentar enfermedad, lesión o muerte, en caso de presentarse un embarazo. (1)

### Definición de puerperio

Periodo que sigue al alumbramiento y en el cual los órganos genitales maternos y el estado general vuelven a adquirir las características anteriores a la gestación y tiene una duración de 6 semanas o 42 días. (17)

### Definición de consentimiento informado

Decisión voluntaria del aceptante para que se le realice un procedimiento anticonceptivo, con pleno conocimiento y comprensión de información pertinente sin presiones (1)

Los métodos anticonceptivos se clasifican dependiendo su mecanismo de acción, su contenido, tiempo que se utilizan, etc. Para fines prácticos de esta tesis, los clasificamos en permanentes y temporales

#### 1. Métodos anticonceptivos permanentes:

##### Vasectomía

La vasectomía es un procedimiento definitivo para el hombre.

Ya que en esta tesis estamos estudiando a pacientes mujeres, solo se hace mención de su existencia, ya que algunas mujeres rechazan el método anticonceptivo otorgado durante el control prenatal, ya que su pareja utiliza este método.

## Oclusión tubárica Bilateral (OTB)

La oclusión tubárica bilateral debe ser considerada como un método permanente, el asesoramiento previo es esencial <sup>(18)</sup>

Solo se recomienda en caso de paridad satisfecha.

La menopausia es un fenómeno caracterizado por el declive gradual de estrógeno, por lo que se recomienda como método definitivo la ligadura tubárica como método anticonceptivo. <sup>(19)</sup>

La OTB o Salpingoclasia ofrece su efecto anticonceptivo por constituir una barrera mecánica que impide la interacción de los gametos (óvulo y espermatozoide), y por lo tanto, la fertilización. <sup>(20)</sup>

Las trompas de Falopio pueden ser ocluidas mediante una incisión mini-laparoscópica con bandas o clips, pero una simple ligadura tubárica de Pomeroy es el método más comúnmente utilizado. <sup>(21)</sup>

### 2. Métodos anticonceptivos temporales:

#### Dispositivo intrauterino (DIU)

Es un artefacto en forma de T de polietileno que se coloca dentro de la cavidad uterina con fines anticonceptivos. <sup>(1)</sup>

Existen dos tipos, de cobre y los de plástico que contienen un dispositivo liberador de Levonorgestrel. <sup>(22)</sup>

Se recomienda ser aplicado antes de que la usuaria abandone la unidad médica.

La inserción inmediata postparto (10 minutos posteriores a expulsión de la placenta) de los Dispositivos Intrauterinos con cobre generalmente es segura y efectiva, aunque comparada con la inserción luego de un intervalo de espera, conlleva menor riesgo de expulsión <sup>(23)</sup>

Si el DIU produce dismenorrea, la alternativa es el DIU liberador de LVN <sup>(24)</sup>

El DIU liberador de levonorgestrel es comercializado bajo el nombre de "Mirena". Su acción contraceptiva se ejerce fundamentalmente por medio del efecto gestágeno y antiproliferativo que ejerce sobre el endometrio y a través del espesamiento del moco cervical. <sup>(25)</sup>

Las pacientes que desarrollan síntomas vasomotores importantes con el tratamiento hormonal sustitutivo con estrógenos manteniendo el efecto protector del levonorgestrel sobre el endometrio. <sup>(25)</sup>

Es útil en pacientes cercanas a la menopausia,

Durante la lactancia se puede utilizar cualquiera de estos dos dispositivos ya que no interfieren con la lactancia materna.

Otros métodos anticonceptivos temporales locales se distribuyen en el comercio como la espuma, crema, jalea, óvulos anticonceptivos; se encuentran disponibles sin prescripción y son fáciles de usar y muy eficaces si se utilizan bien, contienen nonoxinol-9 u octoxinol-9. (26)

Los métodos anticonceptivos naturales se basan en el conocimiento de la fisiología de la ovulación, determinando que días son fértiles durante el ciclo menstrual. Generalmente son poco efectivos. El método de la temperatura corporal se basa en el efecto termógeno de la progesterona. El método del moco cervical está basado en los cambios que sufre este a lo largo del ciclo. El método del ritmo calcula de forma teórica los periodos del ciclo de máxima fertilidad. El método sintotérmico combina estos métodos para determinar la fecha de ovulación. (25)

#### Lactancia como método de planificación familiar (MELA)

La lactancia materna es un método de anticoncepción peculiar, ya que es un proceso fisiológico que protege a la mujer de un nuevo embarazo mientras se recupera del que acaba de finalizar y atiende al recién nacido. (27)

Sin embargo, si la pareja no desea tener un bebé de inmediato, es recomendable utilizar algún método de control en cuanto reanuden las relaciones sexuales, ya que es difícil determinar cuánto tardará la madre lactante en recuperar su fertilidad (27)

#### Hormonales orales

Los métodos hormonales que contengan estrógenos, administrados en píldoras, parches, inyectables o anillos vaginales no son una buena opción anticonceptiva, ya que los estrógenos disminuyen la cantidad de leche materna. (14)

Los anticonceptivos hormonales combinados se recomiendan seis meses posteriores al alumbramiento. (28)

Los anticonceptivos orales de progestina funcionan al impedir la liberación de los óvulos desde los ovarios (ovulación) y alteran la mucosidad cervical y el recubrimiento del útero. Son un método muy eficaz de control de la natalidad. (29)

Los hormonales orales de solo progestina o mini-píldora Puede utilizarse en mujeres que amamantan, ya que no disminuyen la producción ni la calidad de la leche materna.

Los hormonal inyectable de solo progestina está indicado en mujeres amamantando, se recomienda 6 semanas después del parto, la calidad y cantidad de la leche materna no se ve afectada, tampoco se han reportado efectos adversos neonatales en las mujeres que la utilizan. <sup>(30)</sup>

Existen otros métodos de solo progestina como son el implante subdérmico, el cual la OMS recomienda comenzar a utilizarlo a las 6 semanas postparto. <sup>(25)</sup>

La anticoncepción con el Parche anticonceptivo transdérmico se logra inhibiendo la ovulación. Se coloca en la piel y este libera dosis de norelgestromna y etinilestradiol. <sup>(31)</sup> Se coloca en región superior del brazo, nalgas y se aplica una vez por semana por 3 semanas seguidas y una semana de descanso sin él <sup>(32)</sup>.

En cuanto a los anticonceptivos de emergencia, es importante destacar que el uso de mifepristona se ha presentado en la mayoría de los estudios realizados con mayor efectividad que otros métodos hormonales como es el caso del levonorgestrel y el régimen de *Yuzpe* (2dosis de 4 píldoras de anticonceptivos regulares con intervalos de 12 hrs). En el uso de mifepristona, en el uso de dosis de 10mg como de 5 mg no se encontraron diferencias en cuanto a la efectividad de una u otra dosis, aunque es más efectivo mientras menos días transcurran entre el coito de riesgo y la administración del medicamento, señalándose una mayor efectividad en las primeras 72 horas. <sup>(33)</sup>

Las mujeres que están amamantando pueden utilizar el anticonceptivo de emergencia sin restricciones <sup>(28)</sup>

Aunque lo indicado es que utilice otro MPF que sea de alta confiabilidad y que abarque el criterio de tiempo intergenésico deseado por la paciente.

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Es frecuente que al momento de tomar la decisión sobre el método anticonceptivo más idóneo, se carezca de información confiable. Se calcula que en los países en desarrollo unos 225 millones de mujeres desean posponer o detener la procreación pero no utilizan ningún método anticonceptivo.

La necesidad insatisfecha de anticoncepción sigue siendo alta. Esta falta de equidad está impulsada por un aumento de la población y una escasez de servicios de planificación familiar.

Es importante que el método anticonceptivo postparto en cualquier edad de la mujer, garantice la recuperación de la madre, el mantenimiento de la lactancia y la salud de la madre y el hijo, circunstancias que hacen delicada esta etapa de la mujer, por lo que requiere atención cuidadosa en relación con la salud y específicamente con la anticoncepción. Por lo que este estudio es factible su realización para promover acciones efectivas durante el embarazo y el postparto para acceder a métodos anticonceptivos acorde a su condición

Durante el control prenatal realizar acciones de intervención, educación y asesoría de la anticoncepción contribuir a prevenir embarazos de alto riesgo y así, contribuir a reducir la morbi-mortalidad materna y perinatal

Todos estos datos ayudarán a ofrecer y/o continuar con una adecuada consejería sobre planificación familiar durante el control prenatal, y un adecuado seguimiento del método elegido.

Pregunta de Investigación:

**¿Cuál es la proporción de pacientes que utilizan el mismo método de planificación en el posparto en relación al método que se eligió durante el control prenatal?**

## JUSTIFICACION

La planificación familiar se encuentra dentro de los programas prioritarios de salud debido al impacto directo en la salud de las mujeres. La planificación familiar postparto es trascendente, ya que si la paciente elige un método adecuado, el intervalo entre embarazos se prolongará, lo que disminuye los factores de riesgo y de muerte materna perinatal, además le permite a la mujer la recuperación física del embarazo y parto, le proporcionará al recién nacido la oportunidad de una mejor atención y la alimentación con lactancia materna, que es otro de los programas de salud prioritarios en la actualidad.

Durante el control prenatal, el contacto es más estrecho y propicio para ofertar un método de planificación, por lo que es el momento oportuno para ofrecer consejería.

Se deben tomar en cuenta todos los aspectos de la paciente al momento de ofertarle un método y siempre respetando la voluntad y decisión de la paciente, así como su idiosincrasia.

Se necesita conocer la selección y el control del método anticonceptivo elegido en el control prenatal y la aceptación del mismo, para poder establecer estrategias para ofertar una adecuada consejería para mejorar la cobertura de planificación familiar postparto y lograr un impacto en la salud reproductiva.

## **HIPOTESIS**

No amerita por ser un estudio retrospectivo y descriptivo.

## **OBJETIVOS**

Objetivo general:

- Determinar la proporción de pacientes que utilizan el mismo método de planificación en el posparto, en relación al método que se eligió durante el control prenatal.

Objetivos específicos:

- Determinar si durante el control prenatal se le ofreció consejería sobre métodos de planificación familiar
- Determinar si durante el control prenatal se le ofreció algún método de planificación familiar
- Determinar el porcentaje de cobertura del método de planificación familiar postparto en IMSS
- Determinar si el método elegido corresponde con el método otorgado

## **METODOLOGÍA**

### **A). TIPO DE ESTUDIO.**

Se realizó un estudio de corte transversal, retrospectivo, descriptivo

### **B). POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO DE ESTUDIO.**

Se revisaron expedientes de mujeres embarazadas que acudieron a consulta de control prenatal en el periodo comprendido entre Mayo del 2015 a Mayo del 2016 en la UMF número 3 de Ramos Arizpe, Coahuila

### **C). TIPO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA.**

Muestreo no probabilístico por conveniencia

Muestra:

-Técnica muestral:

-Cálculo del tamaño de la muestra:

$$N = (Z \text{ alfa})^2 (p) (q) \times 0.8$$

(Delta)<sup>2</sup>

N = tamaño de la muestra que se requiere.

p = proporción de sujetos portadores del fenómeno en estudio.

q = 1 – p (complementario, sujetos que no tienen la variable de estudio).

Delta = coeficiente de confianza.

Z alfa = distancia de la media del valor de significación propuesto.

$$p = 50 = 0.50$$

$$q = 1 - 0.5 = 0.5$$

$$Z \text{ alfa} = 1.96$$

$$\text{Delta} = 0.05$$

$$N = (1.96)^2 (0.5) (0.5) = 3.84 (0.25) = .96 = 384 \times .85 = 326.4 = 326 \text{ pacientes}$$

$(0.05)^2 \qquad \qquad \qquad 0.0025 \ 0.0025$

### **D). CRITERIOS DE INCLUSION, EXCLUSIÓN, ELIMINACIÓN**

#### **INCLUSIÓN:**

- Expedientes de mujeres embarazadas que acudieron durante el periodo de Junio del 2015 a Junio del 2016 a consulta de control prenatal y de puerperio y que tuvieron atención del parto dentro del IMSS.

#### **EXCLUSIÓN:**

- Expedientes de mujeres embarazadas que cambien de adscripción durante el periodo de estudio.
- Atención del parto en otra institución diferente al IMSS

#### **ELIMINACIÓN:**

- Expedientes incompletos

## VARIABLES A RECOLECTAR

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN
<b>Edad</b>	Se refiere al tiempo transcurrido entre la fecha de nacimiento hasta la fecha actual	Años cumplidos	Cuantitativa
<b>Paridad</b>	Se refiere al número de embarazos	Número de embarazos con alumbramiento mas allá de la semana 10 o con un producto mayor de 500gr	Cuantitativa discontinua
<b>Planificación Familiar</b>	Procedimiento cuyo objetivo principal es permitir a las personas tener el número de hijos y con el intervalo entre embarazos que deseen	Se logra mediante la aplicación de métodos anticonceptivos y tratamientos para la infertilidad	Cualitativa nominal
<b>Control Prenatal</b>	La atención prenatal se describe como " Un programa de atención integral antes del parto que incluye una estrategia coordinada para la atención médica y el apoyo psicológico", que en condiciones óptimas comienza antes de la concepción y se extiende durante todo el periodo prenatal.	Un programa completo de atención previa a la concepción tiene la posibilidad de ayudar a las mujeres a reducir riesgos, promover estilos de vida saludable y mejorar la disposición para en embarazo. Es que se hace tarea primordial del médico de atención primaria, procurar el adecuado control prenatal.	Discreta y nominal.

**VARIABLE INDEPENDIENTE: CONTROL PRENATAL.**

## **F). MÉTODO O PROCEDIMIENTO PARA CAPTAR LA INFORMACIÓN.**

Se realizó muestreo de los expedientes clínicos de las pacientes embarazadas que hayan acudido a Control Prenatal a la UMF No 3, que cumplieron con los criterios de inclusión.

**PROCEDIMIENTO.** Se procedió a obtener los datos directamente del expediente electrónico, de aquellas pacientes que cumplieron con los criterios de selección, en periodos determinado de tiempo, llenándose la hoja de recolección de datos.

El análisis de los resultados obtenidos se analizó en una base de datos y se calculó en porcentajes a las variables cualitativas, además de analizar las variables cuantitativas por estadística descriptiva y medidas de dispersión según fue el caso. Los resultados se representaron por medio de gráficas y tablas de frecuencia o histograma. Los datos se trabajaron en la base de datos Excel y el análisis estadístico se realizó con el programa SPSS.

## **ASPECTOS ÉTICOS.**

De acuerdo con la ley general de Salud en el apartado concerniente a la investigación para la salud, título V artículo 98 y 100. Este estudio que dentro del grupo sin riesgo para sujetos estudiados por tratarse de un estudio descriptivo, en el cual no se realizarán maniobras de intervención a los sujetos. <sup>(34)</sup>

El Presente es un estudio observacional, el cual se realizó de manera retrospectiva, bajo el criterio de revisión de expedientes clínicos por lo que no fue indispensable el consentimiento informado. En el caso de información incompleta se aplicará carta de consentimiento informado para recabar información directamente de pacientes que acudan a control. Durante todo el estudio, los datos de conservaron de forma confidencial. Se solicitó autorización a cuerpo de gobierno de esta Unidad. Cumple con las normas, reglas e instructivos del Instituto Mexicano del Seguro Social, en materia de investigación de la salud.

## **RECURSOS**

1. Residente de Medicina Familiar (investigador).
2. Materiales:

Material de oficina: Laptop, 300 hojas ,5 plumas,  
Unidad extraíble (USB), Internet, Tinta para impresión.

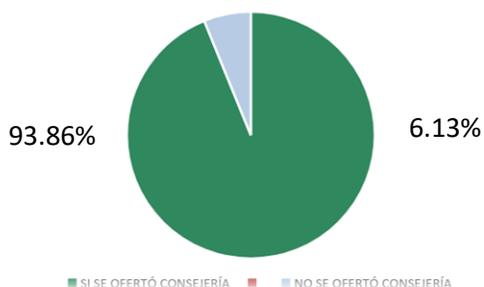
Todos los gastos derivados del presente protocolo corrieron a cargo del investigador principal, no se contó con el apoyo de ninguna institución privada o pública para el financiamiento.

## **RESULTADOS**

Los resultados obtenidos en este estudio fueron que a un 93.86% sí se le otorgó consejería anticoncepcional durante el control prenatal, y no se otorgó consejería anticoncepcional a un 6.13%.

<b>PORCENTAJE</b>	
<b>SI SE OFERTÓ CONSEJERÍA</b>	93.86%
<b>NO SE OFERTÓ CONSEJERÍA</b>	6.13%

**Tabla 1. Porcentaje de consejería otorgada**

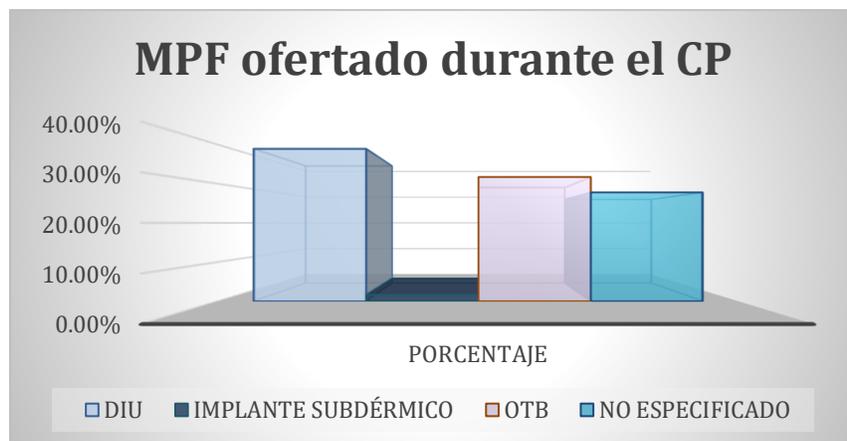


**Gráfico 1. Consejería otorgada.**

De estas pacientes a las que sí se les ofreció consejería anticoncepcional al 38.88% de las pacientes se le ofertó DIU, al 1.63% se le ofertó el implante subdérmico, al 31.69% de las pacientes se le ofertó la OTB Y en un 27.77% de los expedientes de éstas pacientes se consigna que se le ofrece consejería, pero no se especifica el método que se le oferta.

MPF OFERTADO	PORCENTAJE
DIU	38.88%
IMPLANTE SUBDÉRMICO	1.63%
OTB	31.69%
NO ESPECIFICADO	27.77%

**Tabla 2.** MPF ofertado durante el control prenatal



**Gráfico 2.** MPF ofertado durante el control prenatal

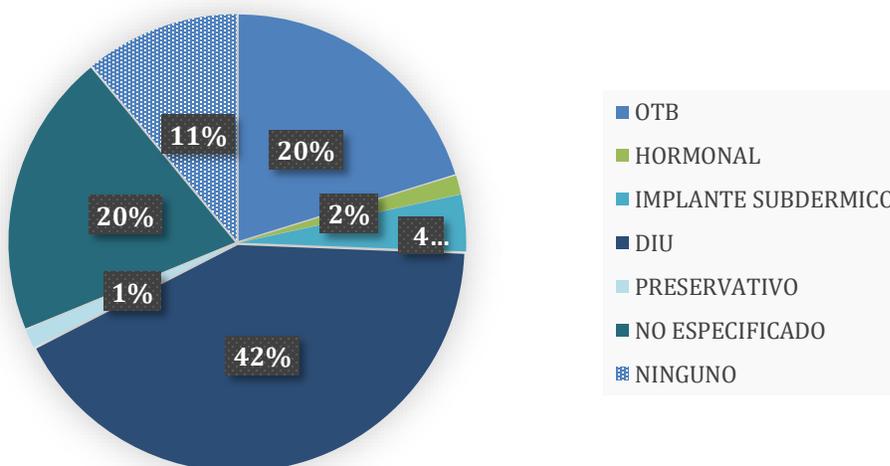
De la muestra que cumplió con los requisitos de inclusión, determinamos que el porcentaje de cobertura del método de planificación familiar postparto en IMSS, fue del 89% y sólo al 11% no se le otorgó.

De éstas pacientes, al 1.35% se le otorgó como MPF hormonal, al 4.05% se les otorgó implante subdérmico, al 41.89% se le otorgó DIU, al 20.27% se les realizó OTB, al 1.3% de las pacientes se les otorgó preservativo, al 11% no se les otorgó MPF y en 20.27% de las pacientes se registra en el expediente electrónico que utiliza MPF postparto sin especificar cuál.

MPF POSTPARTO OTORGADO	PORCIENTO
OTB	20.27%
DIU	41.89%
IMPLANTE SUBDERMICO	4.05%
HORMONAL	1.3%
PRESERVATIVO	1.35%
NO ESPECIFICADO	20.27%
NINGUNO	11%

**Tabla 3.** MPF otorgado durante el puerperio

### MPF OTORGADO EN EL PUERPERIO



**Gráfico 3.** MPF otorgado durante el puerperio

De la muestra recolectada, encontré que las edades de las pacientes van de los 16 a los 43 años, con un promedio de 26.18 años.

El inicio de la vida sexual activa se dio en promedio a los 17.8 años. Con un rango de los 12 a los 35 años.

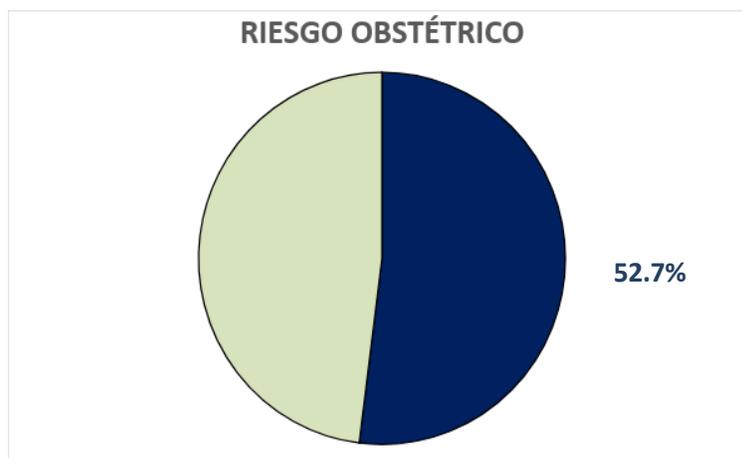
Encontré que las pacientes acuden a iniciar el control prenatal a la 13ava semana de gestación en promedio.

En cuanto al riesgo obstétrico, encontramos un promedio de 4 puntos. Recordando que con 4 puntos o más, se clasifica a las pacientes como embarazo con riesgo obstétrico alto.

Por lo que el 51.8% de las pacientes que acudieron a control prenatal clasificaron como de alto riesgo obstétrico, y un 47.85% como de bajo riesgo obstétrico.

Riesgo obstétrico bajo	Riesgo obstétrico alto
51.8 %	47.85%

**Tabla 4.** Riesgo obstétrico de las pacientes que acudieron a CP

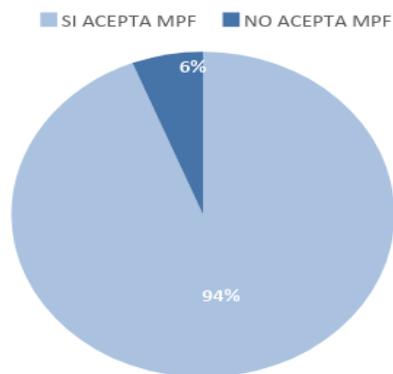


**Gráfico 4.** Riesgo obstétrico de las pacientes que acudieron a CP

Encontramos que el 51.8 % de las pacientes que acudieron a control prenatal presentaron un riesgo obstétrico bajo, es decir de 3.5 puntos o menos. De estas pacientes con riesgo obstétrico bajo, 94% aceptó método de planificación familiar postparto durante el control prenatal. Es decir, que un 6 % de las derechohabientes, no aceptan un método de planificación familiar, de este 6% que no acepta MPF, un 1.1 % no aceptó MPF debido a que referían que el esposo se realizaría la vasectomía.

RIESGO OBSTÉTRICO BAJO	
SI ACEPTA MPF	94%
NO ACEPTA MPF	6%

**Tabla 5.** Pacientes con EBR aceptantes de MPF

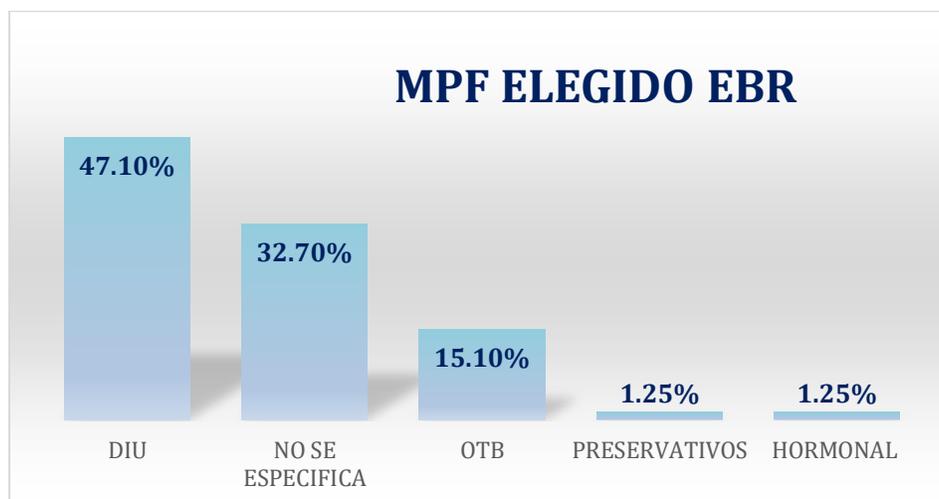


**Gráfico 5.** Pacientes con EBR aceptantes de MPF

Encontrando que del total de las pacientes con riesgo obstétrico bajo que aceptaron MPF postparto, un 15.1 % aceptaron un método definitivo (OTB), un 47.1 % aceptó DIU, un 2.5 % aceptó la colocación del implante subdérmico, un 1.25% aceptó hormonal oral, un 1.25 % aceptó preservativos, y 32.7 % de las pacientes aceptan un MPF postparto durante el control prenatal, pero el médico Familiar no consigna en el expediente electrónico el MPF elegido por la paciente.

MPF ELEGIDO EBR	PORCIENTO
OTB	15.1 %
DIU	47.1%
IMPLANTE SUBDERMICO	2.5%
HORMONAL	1.25%
PRESERVATIVOS	1.25%
NO SE ESPECIFICA	32.7%

**Tabla 6.** MPF elegido durante el control prenatal en pacientes con embarazo de bajo riesgo

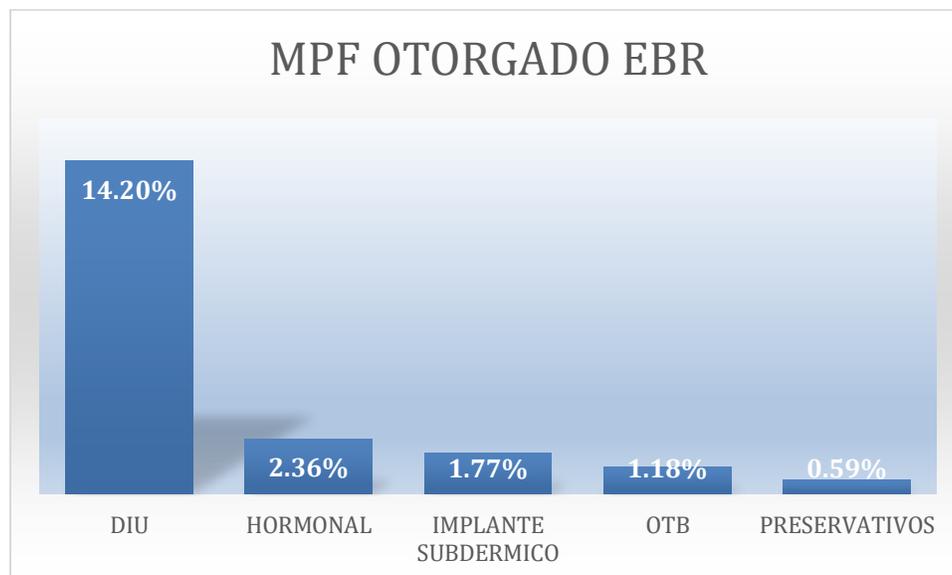


**Gráfico 6.** MPF elegido durante el control prenatal en pacientes con embarazo de bajo riesgo

Dentro de las pacientes con riesgo obstétrico bajo, que acudieron a consulta de control prenatal, en cuanto al Método de planificación postparto otorgado, encontramos que al 1.18% se le realizó OTB, al 14.2% se le colocó DIU, al 2.36% se le otorgó MPF hormonal, a un 1.77% se le aplicó el implante subdérmico, a un 0.59% (1 paciente) se le otorgan preservativos, un 2.36% no aceptaron Método de Planificación Familiar Postparto , en un 2.95% el médico Familiar registra que acude a consulta de puerperio, pero no especifica que MPF postparto se le otorgó, en el 77.5% no se registró en el expediente electrónico si se le otorgó a la paciente MPF postparto debido a que la paciente no regresó a consulta de puerperio.

MPF OTORGADO EBR	PORCIENTO
OTB	1.18 %
DIU	14.2%
IMPLANTE SUBDERMICO	1.77%
HORMONAL	2.36%
PRESERVATIVOS	0.59%

**Tabla 7.** MPF otorgado en EBR



**Gráfico 7.** MPF otorgado en EBR

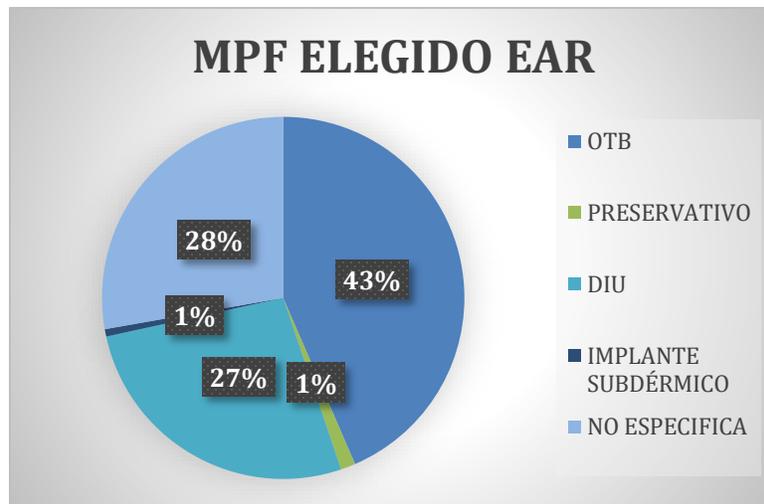
Encontramos que el 47.85% de las pacientes que acuden a control prenatal presentan riesgo obstétrico alto, de estas pacientes, en un 4.48% no se le oferta MPF durante el control prenatal, en un 23.07% se consigna en el expediente electrónico que sí se le ofertó a la paciente MPF postparto, sin especificar cuál, a un 0.64% (1paciente ) se le oferta implante subdérmico, a un 26.92% se le oferta DIU, y a un 44.87% se le oferta un método de planificación definitivo (OTB).

Del total de pacientes con riesgo obstétrico alto el 96.7% aceptó método de planificación familiar postparto durante el control prenatal. Es decir, que un 3.3% de las derechohabientes, conociendo que cursaban con embarazo de alto riesgo, deciden no aceptar un método de planificación familiar.

Encontrando que de las pacientes con riesgo obstétrico alto que aceptaron un MPF, un 42.3% aceptó método definitivo (OTB), un 25.6% aceptó DIU, un 0.64 % aceptó la colocación del implante subdérmico, un 1.28% aceptó preservativos, un 0.64% no aceptó MPF debido a que referían que el esposo se realizaría la vasectomía, y un 26.3% sí aceptó método de planificación familiar postparto, pero no se consigna en el expediente cuál método fue el elegido por la paciente.

<b>MPF ELEGIDO AER</b>	<b>PORCIENTO</b>
<b>OTB</b>	42.30%
<b>NO ESPECIFICA</b>	26.30%
<b>DIU</b>	25.60%
<b>PRESERVATIVO</b>	1.28%
<b>IMPLANTE SUBDÉRMICO</b>	0.64%

**Tabla 8.** MPF elegido durante el control prenatal en pacientes con EAR

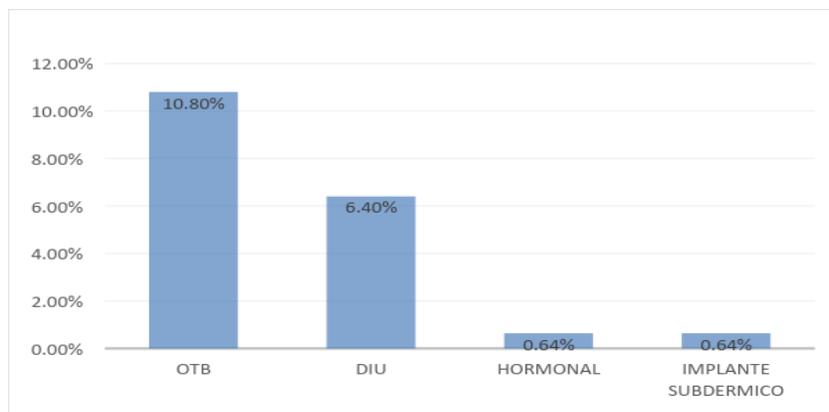


**Gráfico 8.** MPF elegido durante el control prenatal en pacientes con EAR

Dentro de las pacientes con riesgo obstétrico alto, en cuanto al Método de planificación otorgado, encontramos que al 10.8% se le realizó OTB, al 6.4% (10 pacientes) se le colocó DIU, al 0.64% se le otorgó MPF hormonal, a un 0.64% se le aplicó el implante subdérmico, un porcentaje 3.2% no aceptaron Método de Planificación Familiar Postparto, en un 7.7% el médico Familiar registra que acude a consulta de puerperio, pero no especifica que MPF postparto se le otorgó, en 70.5% se desconoce si se le otorgó a la paciente MPF postparto debido a que la paciente no regresó a consulta de puerperio.

MPF OTORGADO AER	PORCIENTO
OTB	10.8%
DIU	6.4%
HORMONAL	0.64%
IMPLANTE SUBDERMICO	0.64%

**Tabla 9.** MPF otorgado en pacientes con EAR

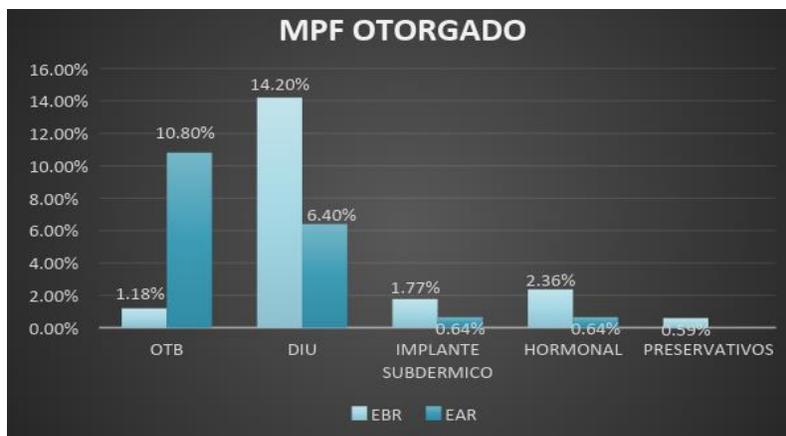


**Gráfico 9.** MPF otorgado en pacientes con EAR

En cuanto al método de planificación otorgado, comparando las cifras entre control prenatal con riesgo obstétrico alto y bajo, tenemos la siguiente tabla.

MPF OTORGADO	EBR	EAR
OTB	1.18 %	10.8%
DIU	14.2%	6.4%
IMPLANTE SUBDERMICO	1.77%	0.64%
HORMONAL	2.36%	0.64%
PRESERVATIVOS	0.59%	0%

**Tabla 10.** Comparación del MPF otorgado en ABR y EAR



**Gráfico 10.** Comparación del MPF otorgado en ABR y EAR

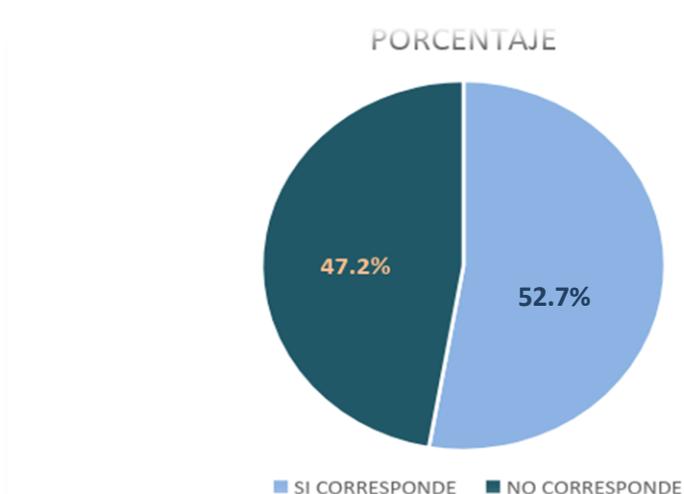
En sólo un expediente, no se consignó el riesgo obstétrico. Representando un 0.3% de la muestra total.

En cuanto a consultas de puerperio, se tiene registrado que un 21% acude a consulta de control de puerperio, siendo el 79% un gran porcentaje de derechohabientes que no regresan a consulta de control de puerperio.

El objetivo general de este estudio se refiere a la proporción de pacientes que utilizan el mismo método de planificación en el posparto, en relación al método que se eligió durante el control prenatal. Encontramos que el 52.7% de las derechohabientes reciben el mismo método de planificación familiar que eligieron durante el control prenatal y el 47.2% no lo recibió.

MPF	PORCENTAJE
SI CORRESPONDE	52.7%
NO CORRESPONDE	47.2%

**Tabla 11.** Correspondencia del MPF solicitado durante el CP y el otorgado



**Gráfico 11.** Correspondencia del MPF solicitado durante el CP y el otorgado

## DISCUSION

En México, entre 1994 y 1997, durante el control prenatal se habló sobre planificación familiar en un 80.8%, y se le ofreció método de planificación familiar en un 66.9%. En Coahuila, en el mismo periodo de tiempo 1994-1997, se habló sobre planificación familiar en el control prenatal en un 85.4% y se le ofreció método de planificación familiar durante el control prenatal en un 70.8% por encima de la media nacional. <sup>(10)</sup>

En este estudio encontramos que durante el control prenatal, se le ofreció consejería reproductiva al 93.83%, lo cual supera las cifras anteriores.

El porcentaje nacional en 1997 que utilizó método de planificación familiar fue del 46.5% mientras que Coahuila superó la media nacional con un 51.8% <sup>(10)</sup>

Cuya cifra se mantiene en el 2003 según la Encuesta Nacional de Salud Reproductiva, cuyo porcentaje fue de 37.5%. <sup>(12)</sup>

En este estudio encontramos que el 89% de las derechohabientes recibieron un método de planificación familiar postparto.

Según la Encuesta Nacional de Salud Reproductiva del 2003, del total de usuarias, se reportó que el 86.2% recibió el método que solicitó. <sup>(12)</sup>. En este estudio encontramos que sólo al 52.7% de las derechohabientes en postparto se le otorga el método de planificación familiar solicitado durante el control prenatal.

## CONCLUSION

El total de la muestra recolectada es de 326 expedientes, de los cuales, solo 74 cumplieron con los datos necesarios para determinar si el método otorgado durante el postparto corresponde al elegido durante el control prenatal.

TOTAL	FINAL
326	74

**Tabla 12.** Muestra final

Un gran número de pacientes, el 79% no regresan a consulta de control de puerperio con el médico familiar, por lo que no se deja evidencia en el expediente electrónico del método otorgado, aunado a esto, la falta de seguimiento por Trabajo social, departamento con el cual no se cuenta en la unidad, además de la falta de retroalimentación por parte de segundo nivel a primer nivel en cuestión de método postparto otorgado a las derechohabientes, nos hace que no se tenga el adecuado seguimiento de las pacientes.

En este estudio encontramos que en su gran mayoría, en un 93.83% sí se le oferta consejería durante las consultas de control prenatal. Lo que lleva a que un 94% de ellas acepten un método de planificación familiar, y se le otorgue al 89% de las pacientes durante el puerperio. De estas pacientes, a un 52.7% se le otorga el método de planificación familiar que solicitó durante el control prenatal, pero a un gran porcentaje, a casi la mitad, un 47.2% no se le otorga durante el postparto el método de planificación familiar que eligió durante el control prenatal.

El médico de primer nivel es el profesional de la salud que tiene más contacto con la paciente durante el embarazo, por lo que es importante que durante las visitas de control prenatal se le otorgue consejería sobre planificación familiar, y se le oferte un método de planificación familiar acorde a sus necesidades y convicciones, que estas acciones se registren en el expediente electrónico para evitar subregistros, hacerle ver a las pacientes la importancia sobre su salud la revisión durante el puerperio, y durante esta consulta registrar el método de planificación familiar que se le otorgó en el puerperio inmediato y de no contar con uno, otorgarle consejería y ofertarle un método de planificación familiar que sea amigable con la lactancia, de la ideología y las necesidades de la paciente.

Se recomienda un adecuado seguimiento de las pacientes, no sólo durante el control prenatal, si no también durante el puerperio, para otorgarle una adecuada atención médica y tener un adecuado seguimiento de paciente y de la anticoncepción utilizada, esto con el fin de lograr un periodo intergenésico más prolongado, para reducir los factores de riesgo reproductivo y los embarazos de alto riesgo y con estas acciones reducir la mortalidad materno infantil.

## BIBLOGRAFIA

1. Norma Oficial Mexicana, NOM 005-SSA-1993, De Los Servicios De Planificación Familiar
2. Immediate postpartum long-acting reversible contraception. Committee Opinion No. 670. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Obstet Gynecol* 2016;128:e32–7.
3. Norma Oficial Mexicana, NOM 007-SSA2-1993 Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y Procedimientos Para la Prestación del servicio.
4. Encuesta nacional de Salud y nutrición 2012. Resultados Nacionales. Instituto Nacional de Salud Pública. 1ª Edición. México  
<http://ensanut.insp.mx/informes/ENSANUT2012ResultadosNacionales.pdf>
5. Díaz Soledad. Anticoncepción para la mujer que amamanta. Instituto Chileno de Medicina Reproductiva. [en línea] 2006  
<http://www.unicef.cl/lactancia/docs/mod04/AnticoncepcionLactancia%202006>
6. Objetivos del Desarrollo del Milenio. Informe del 2013. Naciones Unidas. Nueva York 2013. Páginas 31-32
7. Planificación Familiar. Nota descriptiva número 351. Mayo del 2015. Organización Mundial de la Salud.  
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/es/>
8. Campa, Manuel. Planificación familiar y salud reproductiva: Piedras angulares del desarrollo. *Revista México Social*. (Mex) Enero 2014
9. Encuesta Nacional sobre Fecundidad y Salud de México ENFES 1987. Dirección General de Planificación Familiar de la Secretaría de Salud de México. México DF 1990. Página 15
10. Indicadores de Salud Reproductiva de la República Mexicana. Secretaría de Gobernación. Consejo Nacional de Población  
[http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Republica\\_Mexicana](http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Republica_Mexicana)
11. Encuesta Nacional sobre Fecundidad y Salud de México ENFES 1987. Dirección General de Planificación Familiar de la Secretaría de Salud de México. México DF 1990. Página 15

<http://www.dhsprogram.com/pubs/pdf/SR164/SR164.pdf>

12. Encuesta nacional de Salud reproductiva ENSAR 2003. Instituto Nacional de las Mujeres. Gobierno de México. Páginas 27 y 29
13. Programa de Acción Específico. Salud materna y perinatal 2013-2018. Secretaría de Salud. Gobierno de México. Primera edición 2014, México D.F. Páginas 61-62, 94 y 97
14. Hatcher RA, Trussell J, Nelson AL. Contraceptive Technology. 20 Ed Nueva York 2013, Ardent Media. Página 41, 401, 403.
15. Kaplan C, Stewart T. Contracepcion. Maguill'S Medical Guide (Online Edition) [Serial of internet]. (2016, January), [Cited en October 11,2016]; Available from: Research Starters.
16. Guía de Práctica Clínica. Control prenatal con enfoque de riesgo. Guías de Práctica Clínica CENETEC
17. Proyecto de Norma Oficial Mexicana, PROY-NOM-007-SSA2-2010, Para la Atención de la Mujer Durante el Embarazo, Parto y Puerperio y Del recién nacido.
18. Malhotra N, Puri R, Malhotra J. Operative Obstetrics and Gynecology. 2a Edición. New Delhi, India. 2014 . Jaippee Brothers Medical Publishers. Página 454
19. K de JármyD, Homem de Mello B et al. Anticoncepcão e planejamento familiar no extreme da vida reproductiva – climatério. Revista Da Associação Médica Brasileira [Serial on internet] (2016), [Cited October 12,2016]; (5): 454. Available form: SciELO
20. Consultas y Asesoría Médica para el uso de la Oclusión tubaria Bilateral. Guía de práctica Clínica CENETEC
21. Speroff L, Darney P. A Clinical Guide for Contraception 5a Edición, 2011, China. Editorial Wolters Kluwer Health/ Lippincott Williams and Willkins, Página 394
22. Testa Roberto. Ginecología Fundamentos para la práctica clínica. Primera Edición. 2011, México D.F. Editorial Panamericana. Capítulo 18  
Anticoncepción Postparto, transcesárea y posaborto.. Primera Edición. 2002 México DF. Secretaria de salud. Página 21 (dui postparto inmediato)
23. Lopez LM, Bernholc A, Hubacher D, Stuart G, Van Vliet HAAM. Immediate

postpartum insertion of intrauterine device for contraception. *Cochrane Database of Systematic Review* 2015, Issue 6. Art. No.: CD003036. DOI: 10.1002/14651858.CD003036.pub3.

24. Evre A, Burette J, bonneau S, et al. Dismenorreas. EMC – Ginecología-Obstetricia [Serial on internet]. (2014, Dec 1), cited on October 11,2016]; 50 (4):1
25. Navarro JA, Trillo C, y col. Anticoncepción y Salud Sexual en Atención Primaria. 1ª Edición. MSD-Whitehouse station. NJ, EEUU. 2014. Página 55, 100 y 101
26. Hoffman. Schorge et al. Ginecologia Williams. 2ª edición. Mc Graw Hill. México DF. 2012. Página 161-162
27. Cáceres Sandra. Métodos Anticonceptivos durante la Lactancia. Revisión. Revista de postgrado de la VI Cátedra de Medicina. No 178- Febrero del 2008. [ en línea ] <http://med.unne.edu.ar/revista/revista178/tapa.pdf>
28. Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos. Resumen ejecutivo. Quinta Edición. 2014. Ginebra. Organización mundial de la Salud
29. Anticonceptivos orales de Progestina. (Spanish). AHFS Consumer Medication Información (En Español) [Serial on the internet]. (2016 Marc), [Cited October 11,2016]; 1. Available from: Supplemental Index.
30. Shoupe D. Contraception – a serie for Gynecology in Practice. Primera Edición. Wiley- Blackwell . 2011 . página 87
31. Barak y Novak. Ginecología. 15ª Edición. Wolters Kluwer/ Lippincott- Williams and Willkins. China 2012. Página 228
32. Página de Internet del IMSS. Planificación Familiar. Parche Anticonceptivo <http://www.imss.gob.mx/salud-en-linea/planificacion-familiar/parche-anticonceptivo>
33. García Mirás Ramón, González Sánchez Adriana, García Mirás Lorna, Llibre Guerra Jorge Jesús, Delgado González Manuel de Jesús, Peñalver Cruz Aurelia María. Mifepristone Efficacy for Emergency Contraception When Comparing 5 and 10 Milligrams Doses. Rev Cubana Obstet Ginecol [Internet]. 2014 Sep [cited 2016 Oct 11] ; 40( 3 ): 326-335. Available from: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-600X2014000300005&lng=en](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2014000300005&lng=en).

**ANEXOS**

**INSTRUMENTO DE MEDICION (ANEXO 1)**

**SELECCIÓN Y CONTROL DEL MÉTODO ANTICONCEPTIVO ELEGIDO DURANTE EL CONTROL PRENATAL**

Dato a recolectar	Respuesta		
	Sí	No	
Nombre de la Paciente	-	-	
Número de identificación	-	-	
Asegurada o Beneficiaria	-	-	
Edad de la paciente	-	-	años
Estado civil	-	-	
Religión	-	-	
Menarca	-	-	paras
Ritmo	-	-	días
Inicio de vida sexual activa	-	-	años
Gestas	-	-	
Partos	-	-	
Cesáreas	-	-	
Abortos	-	-	
Fecha de última menstruación	-	-	
Fecha probable de parto	-	-	
Semana en que inició el Control Prenatal	-	-	SDG
Riesgo Obstétrico	-	-	
Método de Planificación Familiar utilizado previo al embarazo	-	-	
Se le otorgó consejería de planificación familiar durante el control prenatal			-----
Se le ofertó método de planificación familiar postparto durante el control prenatal			-----
Método de planificación familiar elegido durante el control prenatal	-	-	
Método de planificación familiar postparto otorgado en IMSS	-	-	
Acude a consulta de control de mpf			-----
En caso de no utilizar mpf, se le ofrece método de planificación familiar durante consulta de puerperio			-----

Fechas de las consultas:

**CARTA DE CONSENTIMIENTO (ANEXO2)**

**SELECCIÓN Y CONTROL DEL MÉTODO ANTICONCEPTIVO  
ELEGIDO DURANTE EL CONTROL PRENATAL**

INVESTIGADOR PRINCIPAL

Nombre: Dra. Karla Yadira Seca Aguilar

Área de adscripción: UMF 3 Ramos Arizpe, Coahuila

Matrícula: 99058260

Domicilio: Boulevard Plan de Guadalupe y Pablo L. Sidar s/n

Teléfono: 488-27-97

Domicilio particular: Lucio blanco # 2003 col 26 de Marzo. Saltillo Coahuila

Teléfono particular: 844-146-29-66

Correo electrónico: karlayadhirack@gmail.com

Debido al tipo de estudio no aplica el uso del formato de consentimiento informado.