

CDMX

CIUDAD DE MÉXICO



Facultad de Medicina



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

**SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO
DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN**

**CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACIÓN EN
MEDICINA FAMILIAR**

**“IMPACTO DE LA CONSEJERÍA EN EL USO DE UN MÉTODO ANTICONCEPTIVO,
POSTERIOR AL EVENTO OBSTÉTRICO, EN MUJERES QUE ACUDEN AL CENTRO
DE SALUD “DR. JOSÉ CASTRO VILLAGRANA””**

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN SOCIOMÉDICA

PRESENTADO POR

ANA KAREN ZALDIVAR PEÑA

**PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR**

**DIRECTOR DE TESIS
MIGUEL ÁNGEL FERNÁNDEZ ORTEGA**

CIUDAD DE MÉXICO

2019

**REGISTRO
634-101-02-18**



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.

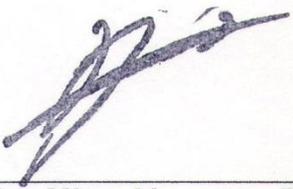
**“IMPACTO DE LA CONSEJERÍA EN EL USO DE UN MÉTODO
ANTICONCEPTIVO, POSTERIOR AL EVENTO OBSTÉTRICO, EN MUJERES
QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD “DR. JOSÉ CASTRO VILLAGRANA””**

PRESENTA

DRA. ANA KAREN ZALDIVAR PEÑA



Dra. Consuelo González Salinas
Profesora Titular del Curso de
Especialización en Medicina Familiar



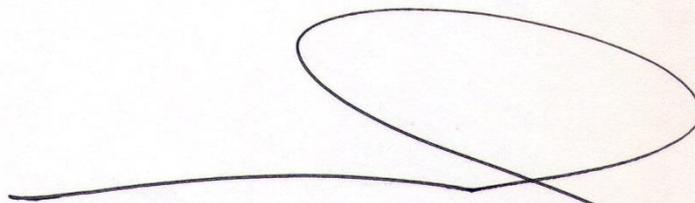
Dr. Federico Miguel Lazcano Ramírez
Director de Educación e Investigación



SECRETARIA DE SALUD
SEDESA
Ciudad de México
DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN
E INVESTIGACIÓN

**“IMPACTO DE LA CONSEJERÍA EN EL USO DE UN MÉTODO
ANTICONCEPTIVO, POSTERIOR AL EVENTO OBSTÉTRICO,
EN MUJERES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD “DR.
JOSÉ CASTRO VILLAGRANA””**

**PRESENTA
DRA. ANA KAREN ZALDIVAR PEÑA**



DR. MIGUEL ÁNGEL FERNÁNDEZ ORTEGA

DIRECTOR DE TESIS

**JEFE DE EVALUACIÓN Y ESTADÍSTICA DE LA SUBDIVISIÓN
DE GRADUADOS Y EDUCACIÓN CONTINUA DE LA UNIDAD
DE POSGRADO DE LA FACULTAD DE MEDICINA UNAM**

**“IMPACTO DE LA CONSEJERÍA EN EL USO DE UN MÉTODO
ANTICONCEPTIVO, POSTERIOR AL EVENTO OBSTÉTRICO, EN MUJERES
QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD “DR. JOSÉ CASTRO VILLAGRANA””**

PRESENTA

DRA. ANA KAREN ZALDIVAR PEÑA



DRA. CONSUELO GONZÁLEZ SALINAS

ASESORA DE TESIS

PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR
COORDINADORA DE ENSEÑANZA DEL
CENTRO DE SALUD “DR. JOSÉ CASTRO VILLAGRANA”

**“IMPACTO DE LA CONSEJERÍA EN EL USO DE UN MÉTODO
ANTICONCEPTIVO, POSTERIOR AL EVENTO OBSTÉTRICO, EN
MUJERES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD “DR. JOSÉ
CASTRO VILLAGRANA”**

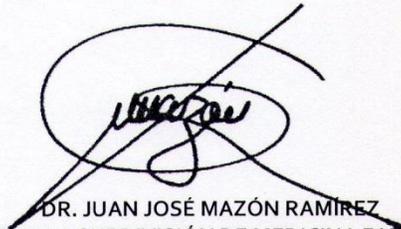
TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA

EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. ANA KAREN ZALDIVAR PEÑA

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.



FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR

DEDICATORIA

Primeramente a Dios, quien me dio vida, paciencia, serenidad y claridad para lograr este gran reto que me ha hecho una mejor persona para servirle al prójimo.

A mi familia: a mis padres por darme las herramientas, su apoyo y amor incondicional para seguir mis sueños hasta materializarlos; a mi hijo por su cariño, alegría y comprender mi ausencia; a mi amado esposo, por su amor, paciencia, motivación y apoyo; a mis suegros, por recibirme en su hogar y cuidar lo máspreciado que poseo.

Al Dr. Miguel Ángel Fernández, mi mentor desde antes de iniciar este curso, por quien encontré el mejor lugar que pude haber imaginado para lograr este objetivo y quien me apoyó a pesar de mis tropiezos.

A mis pacientes, con los que estoy en deuda y espero pagarles con creces todo el conocimiento que me dieron, en lo profesional y lo personal.

A la Dra. Consuelo González, por su entrega y dedicación a la formación de recursos humanos de calidad en materia de salud, que impactan a la sociedad en todos sus elementos.

Gracias a ustedes que se esforzaron para que pudiera concretar este sueño, espero la vida les colme de bendiciones por todo lo que me han brindado.

ÍNDICE

1. MARCO TEÓRICO	1
1.1 Antecedentes	1
1.2 Planteamiento del problema.....	25
1.3 Justificación	26
1.4 Objetivos	28
1.4.1 Objetivo general.....	28
1.4.2 Objetivos específicos.....	28
1.5 Hipótesis de trabajo	28
2. MATERIAL Y MÉTODOS	29
2.1 Tipo de estudio	29
2.2 Diseño de investigación del estudio.....	29
2.3 Población, lugar y tiempo	29
2.4 Muestra	29
2.5 Criterios de selección	30
2.5.1 Inclusión.....	30
2.5.2 No inclusión	30
2.5.3 Eliminación.....	30
2.6 Variables (tipo y escala de medición)	31
2.6.1 Definición operacional	31
2.6.2 Definición conceptual	33
2.7 Diseño Estadístico	34
2.8 Instrumentos de recolección de datos	34
2.9 Métodos de recolección de datos	35
2.10 Maniobras para evitar o controlar sesgos.....	35
2.11 Procedimientos estadísticos.....	35
2.11.1 Diseño y construcción de base de datos	35
2.11.2 Análisis estadístico	36
2.12 Cronograma.....	36
2.13 Recursos humanos, materiales, físicos y financiamiento del estudio.....	36
2.14 Consideraciones éticas	37
3. RESULTADOS	42
4. DISCUSIÓN	48
5. CONCLUSIONES	50
6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	51
7. ANEXOS	54

RESUMEN

Introducción. La atención a la salud reproductiva está constituida fundamentalmente por la planificación familiar y la anticoncepción; debe ofrecerse a toda persona en edad reproductiva que acuda a los servicios de salud, especialmente durante el periodo prenatal, posparto, posaborto, y cuando la salud de la mujer, pueda resultar afectada por la presencia de un embarazo.

Objetivo. Determinar el impacto de la consejería prenatal en el uso de un método anticonceptivo posterior al evento obstétrico, en mujeres que acuden al Centro de Salud “Dr. José Castro Villagrana”

Material y métodos. Estudio cuantitativo, observacional, transversal, descriptivo. Se elaboró un cuestionario de 21 preguntas, aplicado de manera voluntaria y anónima a mujeres en edad reproductiva que acudieron al Centro de Salud “Dr. José Castro Villagrana” en el periodo del 1 al 31 de mayo de 2018. Se calcularon las proporciones mediante medidas de tendencia central, así como el uso de chi cuadrada para establecer la relación de variables.

Resultados. Se obtuvieron 136 participantes con promedio de edad de 27.84 años, 89.7% recibieron consejería en el Centro de Salud contra 13.2% que la obtuvo en otra institución. El médico en 53.7% proporcionó consejería, en el consultorio en 57.4%. El uso de algún método de planificación familiar en el puerperio fue de 69.1%; contra 10.3% que no usó método. La influencia de la pareja se presentó en 53.7%. No hubo diferencias estadísticamente significativas entre las mujeres que recibieron consejería y aquellas que no la recibieron, sin embargo, si existió diferencia entre el uso del método y la influencia de la pareja.

Conclusión. De acuerdo a los resultados, se debe reforzar la consejería en pareja para obtener impacto de esta y el uso de algún método en el puerperio.

Palabras clave: planificación familiar, puerperio, consejería, pareja

ABSTRACT

Introduction. Reproductive health care is constituted by family planning and contraception; it must be offered to every person of reproductive age who goes to health services, especially during the prenatal, postpartum, post-abortion period, and when the woman's health can be affected by the presence of a pregnancy.

Objective. To determine the impact of prenatal counseling on the use of a contraceptive method after the obstetric event, in women who go to the Health Center "Dr. José Castro Villagrana"

Material and methods. Quantitative, observational, cross-sectional, descriptive study. A questionnaire of 21 questions was prepared, applied voluntarily and anonymously to women of reproductive age who attended the "Dr. José Castro Villagrana" Outpatient Center from 1 to May 31, 2018. The proportions were calculated by measures of central tendency, as well as the use of the grid to establish the relationship of variables.

Results. We obtained 136 participants with an average age of 27.84 years, 89.7% received counseling at the Health Center against 13.2% who received at another institution. The doctor in 53.7% provided counseling, in the office in 57.4%. The use of a family planning method in the puerperium was 69.1%; against 10.3% who did not use the method. The influence of the couple was presented in 53.7%. There were no statistically significant differences between the women who received counseling and those who did not receive the care, however, there were differences between the use of the method and the influence of the couple.

Conclusion. According to the results, couples counseling should be strengthened in order to obtain an impact of this and the use of some method in the puerperium.

Keywords: family planning, puerperium, counseling, couple

1. MARCO TEÓRICO

1.1 ANTECEDENTES

En Francia, específicamente en la cueva *Les Combarelles*, se encuentra una de las primeras pinturas que representa actividad coital entre un hombre y una mujer. La anticoncepción es tan antigua como la humanidad, evitar el embarazo ha sido preocupación para muchas poblaciones desde tiempos inmemorables, existen escritos hebreos, chinos, japoneses y egipcios como el papiro de *El Faiyun, Petri o Ebers*, que refieren el uso empírico de pastas o gomas como espermicidas, telas o vejigas natatorias de pescado para retener el semen, así como pesarios o medicamentos intrauterinos para evitar la descendencia; este último confirmado por Hipócrates.

Gabriel Falopio, en el siglo XVI, diseñó el antecesor del condón, al crear una funda de lino. Durante el siglo XVII, en Inglaterra, se fabricaron los primeros condones con intestino disecado de animales; estos se popularizaron en el mundo a partir de 1840 al inventarse la vulcanización del hule. En 1834, James Blundell, en Londres, sugiere una técnica quirúrgica irreversible, aconsejando la resección parcial de las trompas uterinas.¹

En Estados Unidos, en 1881, Samuel Smith Lundgren, puso en práctica la oclusión tubarica en una paciente considerada con alto riesgo de hemorragia en una tercera cesárea. A inicios del siglo XIX, en Alemania, Richard Richter, introduce en el útero, un dispositivo hecho con intestino de gusano de seda, impulsando así la anticoncepción intrauterina. En 1924, del otro lado del mundo, en Japón, Kyusaku Ogino inició los estudios del método del ritmo que posteriormente, en 1928, el médico austriaco, Hermann Knaus perfeccionaría.

Años más tarde, en 1930, casi simultáneamente, Guy E. Marrian en Inglaterra y Adolph Butenandt en Alemania, descubrieron la estructura química de los estrógenos; en 1934,

se aísla la progesterona por Willard M. Allen y Oskar P. Wintersteiner, en Estados Unidos; Karl H. Slotta, Adolph Butenandt y Erhard Fernholz en Alemania; Max Hartmann y Albert Wettstein en Suiza, su efecto se verificó en la ovulación de una coneja por A. W. Makepeace.

El primer estrógeno sintético fue el difeniletileno descubierto en 1938 por Edward Dodds en Inglaterra; el 15 de octubre de 1951, Luis Miramontes, estudiante de la Universidad Nacional Autónoma de México, logra sintetizar la noretisterona, progestágeno más importante de la primera generación, que sigue vigente en la actualidad.

A partir de las investigaciones de Richard Richter, en diversos países como Japón, China y Alemania, se desarrollaron dispositivos metálicos con oro, plata y acero; en Chile, Jaime Zipper en el año de 1959, demostró que los iones liberados del cobre aumentan la eficacia anticonceptiva y que el efecto de cuerpo extraño, causa una reacción inflamatoria aséptica que desarrolla macrófagos, los cuales fagocitan la cabeza del espermatozoide; en Estados Unidos, en 1964, Jack Lippes inventó el primer dispositivo de plástico conocido como asa de Lippes.²

Después de la Segunda Guerra Mundial, a raíz del conflicto y los abusos por todos conocidos, se creó el movimiento de los derechos humanos, el cual se refiere a la relación entre el individuo y el estado; su documento clave es la Declaración Universal de los Derechos Humanos, donde los gobiernos participantes están obligados a promoverlos y protegerlos. Como parte integral de los derechos humanos está el derecho al grado máximo de salud que se pueda lograr, lo que incluye el acceso a los servicios e información de salud.

A su vez, los derechos sexuales y reproductivos son pieza fundamental del derecho a la salud, sin embargo, fue hasta el año de 1994, cuando se enunciaron por primera vez, durante la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo; en 1997, la Asociación Mundial de Salud Sexual (AMSS) promulga la Declaración de los Derechos Sexuales, donde se reconoce el derecho básico de todas las parejas e individuos a

decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo entre estos; disponer de la información y los medios para ello; alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva; y adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones, ni violencia.

La AMSS, estableció en 2010, el 4 de septiembre como el “Día Mundial de la Salud Sexual” y en 2013, el tema del día fue “Para lograr la salud sexual, escoge tus derechos sexuales y tómate la foto”. Los Derechos Sexuales se describen a continuación: ³

- 1.- Derecho a la igualdad y a la no-discriminación.
- 2.- Derecho a la vida, libertad y seguridad de la persona.
- 3.- Derecho a la autonomía e integridad del cuerpo.
- 4.- Derecho a una vida libre de tortura, trato o pena crueles, inhumanos o degradantes.
- 5.- Derecho a una vida libre de todas las formas de violencia y de coerción.
- 6.- Derecho a la privacidad.
- 7.- Derecho al grado máximo alcanzable de salud, incluyendo la salud sexual que comprende experiencias sexuales placenteras, satisfactorias y seguras.
- 8.- Derecho a gozar de los adelantos científicos y de los beneficios que de ellos resulten.
- 9.- Derecho a la información.
- 10.- Derecho a la educación y el derecho a la educación integral de la sexualidad.

11.- Derecho a contraer, formar o disolver el matrimonio y otras formas similares de relaciones basadas en la equidad y el pleno y libre consentimiento.

12.-Derecho a decidir tener hijos, el número y espaciamiento de los mismos, y a tener acceso a la información y los medios para lograrlo.

13.- Derecho a la libertad de pensamiento, opinión y expresión.

14.- Derecho a la libre asociación y reunión pacíficas.

15.- Derecho a participar en la vida pública y política.

16.- Derecho al acceso a la justicia y a la retribución y la indemnización.

Por lo anterior, la población tiene derecho a tener una vida sexual placentera y separada de los fines reproductivos. El acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva, puede marcar la diferencia para que la sexualidad se ejerza de manera libre y responsable. En Estados Unidos, en 2001, se acordaron los Objetivos de Desarrollo del Milenio, firmados por los países miembros de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), los cuales proyectaban que para el año 2015, entre otros temas, se garantizaría el acceso universal a la salud reproductiva. Los objetivos fueron revisaron y replanteados; en 2015, durante la Cumbre de las Naciones Unidas sobre el Desarrollo Sostenible, se adoptaron 17 objetivos para el 2030, siendo el objetivo 5.6, asegurar el acceso universal a la salud sexual y reproductiva y los derechos reproductivos. ⁴

En México, la década de los sesenta marcó el inicio de la participación en la planificación familiar; investigadores como Boris Rubio, Manuel Mateos Cándana, Jorge Martínez Manautou, Gregorio Pérez Palacios, Juan Giner, Ramón Aznar, Roger Lara, José Antonio Ruíz Moreno y José Arias Huerta, fueron algunos de los pioneros de la atención de las mujeres que demandaban el servicio. ³

En el marco legal y de políticas públicas, en 1973, el país se convirtió en el segundo en el mundo y el primero en América Latina, en instituir en la Constitución el derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de sus hijos. En 1974, se promulgaron las acciones para regular el crecimiento de la población en la Ley General de Población y el Plan Nacional de Planificación Familiar 1977-1979, lo que incrementó el esfuerzo coordinado de todo el sector salud. Finalmente, en 2016, se publicó la Cartilla de Derechos Sexuales de Adolescentes y Jóvenes.⁵

LAS POLÍTICAS PÚBLICAS Y LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR

Con el objetivo de promover una maternidad sin riesgo, mejorando así las expectativas de vida de los hijos y con base a las recomendaciones de múltiples reuniones como, la Conferencia Internacional sobre Anticoncepción en el Posparto, celebrada en México en 1990 y el Taller Internacional sobre Planificación Familiar en el Posparto y Posaborto, en Ecuador, 1993. En 1994 se integró el concepto holístico de salud reproductiva al Programa Nacional de Planificación Familiar y desde entonces, la Secretaría de Salud ha proporcionado entre otras cosas, la anticoncepción posterior al evento obstétrico en el primer y segundo nivel de atención.

Entre las recomendaciones derivadas de estas reuniones de alto nivel destacan: la evaluación de los métodos anticonceptivos, la atención de las usuarias, la eficacia de los servicios de consejería y la capacitación de los prestadores del servicio; el aumento de la disponibilidad y accesibilidad de los métodos; así como, la identificación de las barreras que se oponen a la planificación familiar posparto, poscesárea y posaborto.⁵

La AMSS junto con la OMS, crearon en 2002, la definición de salud sexual, estableciendo en la definición que corresponde el bienestar físico, emocional, mental y social en relación con la sexualidad, yendo más allá de únicamente las disfunciones o enfermedades; requiere un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y de las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de toda coacción, discriminación y violencia.⁶

La OMS establece que, la salud reproductiva es el estado general de bienestar físico, mental, social y no de mera ausencia de enfermedad o dolencias en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo, sus funciones y procesos. Entraña la capacidad de disfrutar una vida sexual satisfactoria, responsable y sin riesgos; procrear y la libertad de decidir hacerlo o no, cuando y con qué frecuencia. La atención a la salud reproductiva es el conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la salud y al bienestar reproductivo al evitar y resolver los problemas relacionados con la salud reproductiva y sexual, está constituida fundamentalmente por la planificación familiar y la anticoncepción.⁷

La planificación familiar es, según la OMS, el derecho de toda persona a decidir el número y espaciamiento de sus hijos, de manera libre y responsable, mediante servicios idóneos e información específica; con el objetivo de contribuir a la disminución de los embarazos no planeados y no deseados, a través de la prevención, orientación, consejería y atención general y específica. El ejercicio de este derecho es independiente del género, preferencia sexual, edad, estado civil o legal de las personas.

De acuerdo a lo establecido en, la Norma Oficial Mexicana (NOM) 005-SSA2 1993. De los Servicios de Planificación Familiar (NOM 005-SSA2 1993); los servicios de planificación familiar deben proporcionar información, orientación, consejería, selección, prescripción, contraindicaciones y aplicación de métodos de control de la fertilidad; identificar y referir casos de esterilidad e infertilidad; prevenir enfermedades de transmisión sexual; detectar riesgo preconcepcional, cáncer cervico-uterino y de mama; además brindar atención materno-infantil y manejar la peri y postmenopausia. Su calidad es, la forma en que los individuos y las parejas reciben atención, está dada por: la variedad de métodos anticonceptivos disponibles, la información al usuario, la competencia técnica, las relaciones interpersonales y los mecanismos de seguimiento, que favorecen la continuidad del uso de los métodos.⁸

Esta norma, define la consejería en planificación familiar como el proceso de análisis y comunicación personal entre el prestador de servicios y el usuario potencial o activo; mediante el cual, se proporciona información, orientación y apoyo educativo a individuos y parejas, que les permite tomar decisiones voluntarias, conscientes e informadas acerca de su vida sexual y reproductiva.

Con base a la NOM 005-SSA2 1993, la prestación de los servicios de planificación familiar debe: otorgarse de manera integral, con calidad y calidez a toda la población; ofrecerse sistemáticamente a toda persona en edad reproductiva que acuda a los servicios de salud, independientemente de la causa que motive la consulta, especialmente durante el periodo prenatal, posparto, posaborto, y cuando la salud de la mujer, pueda resultar afectada por la presencia de un embarazo.⁸

Según la OMS, la planificación familiar posparto es la prevención, durante los primeros doce meses después del parto, de embarazos no planificados e intervalos intergenésicos cortos. El principal objetivo es, ayudar a las mujeres a decidir el método anticonceptivo que deseen usar, durante dos o más años, al término de su embarazo; sus principales puntos de contacto son: la atención prenatal, el trabajo de parto, seis semanas posparto y la atención del lactante hasta los doce meses.⁹

El conocimiento sobre los métodos anticonceptivos es un prerrequisito para que las mujeres puedan elegir de manera informada sobre la gama de opciones disponibles según sus necesidades y/o preferencias, son una opción en el desarrollo de una salud sexual y reproductiva adecuada, permitiendo que hombres y mujeres hagan uso de la planificación familiar en forma responsable.¹⁰

Uno de los determinantes principales de la fecundidad es el uso de los métodos de planificación familiar, por ser la herramienta de control natal con los que cuenta la población para planificar el tamaño de la familia. La OMS publicó en 1996, la primera edición de los Criterios Médicos de Elegibilidad, los cuales determinan la seguridad de

cada método, asignando una de cuatro categorías numéricas, considerando la condición médica, riesgos adicionales a la salud y circunstancias que reducen la efectividad. ¹¹

LOS MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

La NOM 005-SSA2 1993 define a los métodos anticonceptivos como aquellos que se utilizan para impedir la capacidad reproductiva de un individuo o una pareja; se clasifican dependiendo de la posibilidad de recobrar la fertilidad en temporales y permanentes. Los métodos permanentes son procedimientos quirúrgicos; en el hombre, la vasectomía y en la mujer, la oclusión tubaria bilateral. ⁸

A groso modo, los métodos temporales se dividen según su mecanismo de acción en: naturales, barrera, hormonales e intrauterinos. Los naturales incluyen el Ogino-Knaus o ritmo, temperatura, Billings o moco cervical, sintotérmico, coito interrumpido y lactancia. Los de barrera son el condón masculino y femenino, diafragma, capuchón cervical, esponjas y espermicidas. Por su parte, los hormonales se subdividen según su presentación en orales, inyectables y de depósito; además según su composición pueden ser de estrógeno y progestágeno o solo progestina. Los dispositivos intrauterinos, según su recubrimiento pueden ser de cobre, plata u hormonal. ¹¹

Los métodos naturales son los que evitan el embarazo, planificando el acto sexual de acuerdo con los periodos fértiles e infértiles de la mujer, requieren de una alta motivación y participación activa de la pareja, bajo condiciones habituales de uso, brindan protección del 70 al 80%, esta efectividad depende de la capacidad del usuario para predecir la fecha de la ovulación con seguridad razonable dependiendo de los patrones de secreción de moco cervical, temperatura basal y otros síntomas asociados al periodo fértil. ⁸

Estos métodos pueden aplicarse en parejas en edad reproductiva, con vida sexual activa, que requieran regular su fecundidad de manera temporal y que no deseen usar un método de mayor efectividad por cualquier causa. Están contraindicados en casos de riesgo reproductivo elevado, mujeres con ciclos menstruales irregulares, inhabilidad de la

mujer para reconocer las características de su ciclo menstrual, y en personas que no estén en situación de practicar la abstinencia sexual cuando el método lo requiera. No se describen efectos colaterales atribuibles a estos métodos, sin embargo, cuando existe falta de colaboración entre los integrantes de la pareja esto puede ser motivo de desavenencia conyugal y tensión emocional.

Método del ritmo o de Ogino-Knaus: basado en la observación continua durante un año del ciclo menstrual; se estima que el principio del periodo fértil inicia restando 19 días del ciclo más corto y el fin es la resta de 12 días del ciclo más largo; durante este tiempo se deben evitar las relaciones sexuales; debido a que pocas mujeres tienen ciclos menstruales de duración uniforme, a menudo los cálculos del periodo fértil son demasiado amplios y requieren de abstinencia prolongada.

Método de la temperatura: depende de la elevación de la temperatura corporal basal; la mujer al despertar, antes de levantarse, debe efectuar la medición de su temperatura todas las mañanas, en la misma situación y por la misma vía (oral, rectal o vaginal) después de al menos cinco horas de sueño continuo, se registra gráficamente el resultado para poder observar los cambios térmicos que indiquen si se produjo o no la ovulación; el cambio generalmente es discreto, variando de 0.2 a 0.4 °C; la pareja debe abstenerse de tener relaciones sexuales entre el primer día y el tercero consecutivo a la determinación de temperatura elevada.⁸

Método del moco cervical o de Billings: capacidad de la mujer para diferenciar entre sequedad, humedad y mayor humedad vaginal y bulbar; utilizando un papel higiénico antes de orinar o mediante la toma de moco cervical con el dedo, verifica su aspecto y elasticidad. Durante el ciclo menstrual, la secreción es escasa de moco pegajoso, seguido de sensación de humedad y un moco cervical más abundante y lubricante, durante la ovulación existe mayor humedad y moco elástico, que si se toma entre dos dedos se observa filante. La abstinencia sexual debe comenzar el primer día del ciclo menstrual en que se observa el moco abundante y lubricante, hasta el cuarto después de

que se presenta la máxima filantez, los días de menstruación, y al día siguiente de cualquier relación sexual en días secos, antes del día cúspide.

Método sintotérmico: combina la temperatura basal con cambios en el moco cervical, dolor abdominal asociado a la ovulación, hemorragia intermenstrual, cambios en la posición, consistencia, humedad y dilatación del cérvix, mastodinia, edema y cambios en el estado de ánimo. ⁸

Método de la amenorrea de lactancia: aplicable para las mujeres recién paridas que no han vuelto a menstruar, exige el amamantamiento exclusivo día y noche completos, de una lactante menor de 6 meses; impide la ovulación a través del sistema oxitocina-prolactina.

Coito interrumpido: consiste en retirar el pene de la vagina antes de la eyaculación y eyacular fuera de ésta, cerciorándose de que el semen no entre en contacto con los genitales externos (Ver Tabla 1). ¹¹

Los métodos hormonales orales combinados, contienen un estrógeno sintético como el etinil estradiol o mestranol y cualquier progestinas sintéticas como la noretisterona, norgestrel, levonorgestrel, gestodeno, norgestimato, desogestrel, acetato de clormadinona o acetato de ciproterona. Bajo condiciones habituales brindan protección 92 al 99%, está limitada a cada uno de los ciclos durante los cuales se ingieren en forma correcta. Existen tres tipos de presentaciones: los que contienen dosis constantes del estrógeno y de la progestina en cada una de las tabletas, las que contienen dosis variables del estrógeno y de la progestina y las contienen 15 tabletas o grageas con el estrógeno solo, seguidas por seis tabletas o grageas con dosis fijas del estrógeno, más alguna progestina sintética.

Se administran en el primer ciclo de tratamiento, dentro de los primeros cinco días del ciclo menstrual. Para las presentaciones de 21 tabletas se ingiere una diaria, seguidos de siete días de descanso sin medicación, los ciclos subsecuentes deben iniciarse al

concluir los siete días de descanso, independientemente de si se presente el sangrado menstrual o no. En las presentaciones de 28 tabletas, se ingiere una diariamente de las que contienen hormonas durante 21 días consecutivos, seguidos de siete días durante los que se ingiere diariamente una tableta que contiene hierro o lactosa. Los ciclos subsecuentes se inician al concluir el previo, independientemente de cuando se presente el sangrado menstrual. Los principales efectos colaterales que se han reportado son: cefalea, náusea, vómito, mareo, mastalgia., cloasma, manchado intermenstrual.

Están indicados para mujeres que deseen un método temporal de alta efectividad y seguridad, que acepten la responsabilidad de la ingesta diaria de las tabletas, en edad fértil con vida sexual activa, nuligestas, nulíparas o multíparas, incluyendo adolescentes, antes del primer embarazo, en el intervalo intergenésico, en posaborto inmediato, en posparto o poscesárea después de la tercera semana, si la mujer no está lactando. Están contraindicados en el embarazo o sospecha de embarazo, antecedente de enfermedad tromboembólica, insuficiencia cardíaca, cardiopatía isquémica, y cardiopatía reumática, cáncer mamario o del cérvix, tumores hepáticos benignos o malignos, enfermedad hepática aguda o crónica activa y durante la administración crónica de rifampicina o anticonvulsivantes. No se recomienda en pacientes con hemorragia uterina anormal de etiología no determinada, fumadoras mayores de 35 años de edad, hipertensión arterial, diabetes mellitus no controlada, migraña focal, leiomiomatosis uterina, insuficiencia renal o alteraciones de la coagulación.

Los métodos hormonales orales sólo progestina, existen en dos formulaciones que contienen linestrenol o levonorgestrel, se presenta en tabletas o grageas; bajo condiciones habituales de uso brinda protección del 90 al 97%, está limitada al día en que se ingiere la tableta, si se omiten una o más tabletas o grageas el método es inefectivo.⁸

El primer ciclo de tratamiento debe iniciarse, el primer día de la menstruación; si se inicia después pero antes del sexto día, se deberá usar un método de barrera como apoyo, durante siete días. Se ingiere una tableta diaria ininterrumpidamente, incluso durante la

menstruación a la misma hora. Los principales efectos colaterales que se han reportado son: irregularidades menstruales, cefalea, y mastalgia.

El método anticonceptivo de emergencia, también conocido como la pastilla del día siguiente consiste en tabletas de acetato de ulipristal 30 mg, o levonorgestrel 1,5 mg, se administran para impedir el embarazo hasta 5 días después de una relación sexual sin protección; retrasa la ovulación y su efectividad es de 99%; si ya se ha producido el embarazo, no lo altera.

Los métodos hormonales inyectables combinados, contienen un éster de estradiol como el cipionato de estradiol, valerianato de estradiol o enantato de estradiol y cualquier progestinas sintéticas como: enantato de noretisterona, acetato de medroxiprogesterona o acetofénido de dihidroxiprogesterona. Bajo condiciones habituales de uso, brinda protección mayor al 99%, se extiende hasta por 33 días después de la aplicación de la inyección, la aplicación subsecuente posterior a 33 días, no garantiza protección. Entre los principales efectos colaterales mayormente reportados se encuentran: irregularidades menstruales, cefalea, náusea, vómito, mareo, mastalgia e incremento de peso corporal.

Se aplican por vía intramuscular profunda en la región glútea, la primera aplicación debe hacerse en cualquiera de los primeros cinco días después de iniciada la menstruación, o en cualquier momento, si se está seguro de que la usuaria no está embarazada; si se inicia después del quinto día del ciclo menstrual, debe usarse un método de barrera durante siete días después. Las inyecciones subsecuentes deben aplicarse cada 30 +/- 3 días, independientemente de cuando se presente el sangrado menstrual.⁸

Están indicados para mujeres en edad fértil con vida sexual activa, nuligestas, nulíparas o multíparas, incluyendo adolescentes, que deseen un método anticonceptivo hormonal de larga acción e inyectable, antes del primer embarazo, en el intervalo intergenésico, posaborto y en posparto, o poscesárea después de la tercera semana, si la mujer no está lactando. Están contraindicados durante la lactancia en los primeros seis meses posparto, embarazo o sospecha de embarazo, antecedente de cáncer mamario o de

cérvix, enfermedad tromboembólica incluyendo trombosis de venas profundas, embolia pulmonar, accidente cerebrovascular, insuficiencia cardíaca, cardiopatía isquémica y cardiopatía reumática, tenido tumores hepáticos benignos o malignos, enfermedad hepática aguda o crónica activa y durante la administración crónica de rifampicina o anticonvulsivantes. No se recomiendan en hemorragia uterina anormal de etiología no determinada, fumadoras mayores de 35 años de edad, hipertensión arterial, diabetes mellitus no controlada, migraña focal, leiomiomatosis uterina, insuficiencia renal o alteraciones de la coagulación.

Los métodos hormonales inyectables que sólo contienen progestina, contienen enantato de noretisterona (NET-EN) o acetato de medroxiprogesterona (DMPA). Bajo condiciones habituales de uso, brinda protección mayor al 99%, se extiende por 60 días por NET-EN y 90 días por DMPA. Entre los principales efectos colaterales reportados se encuentran: irregularidades menstruales, amenorrea, cefalea, mastalgia y aumento de peso.

Se aplican por vía intramuscular profunda en la región glútea, debe efectuarse en cualquiera de los primeros siete días después del inicio del ciclo menstrual, las inyecciones subsecuentes de DMPA deben aplicarse cada tres meses y las de NET-EN cada dos meses independientemente de cuando se presente el sangrado. En el posparto, cuando la mujer esté lactando, la aplicación debe efectuarse después de la sexta semana, en el posaborto la primera aplicación puede efectuarse inmediatamente. NET-EN puede aplicarse hasta dos semanas y DMPA puede aplicarse hasta cuatro semanas después de la fecha programada, sin necesidad de adicionar otro método.⁸

Estos anticonceptivos están indicados para mujeres en edad fértil con vida sexual activa, nuligestas, nulíparas o multíparas, incluyendo adolescentes, que deseen un método temporal de larga acción e inyectable, antes del primer embarazo, en el intervalo intergenésico, posparto, poscesárea o posaborto. Están contraindicados en el embarazo o sospecha de embarazo, antecedente de cáncer mamario o del cérvix, tumores hepáticos benignos o malignos, enfermedad hepática aguda o crónica activa, tromboembólica y durante la administración crónica de rifampicina o anticonvulsivantes.

No se recomienda en la hemorragia uterina anormal de etiología no determinada, insuficiencia renal, cardiopatía isquémica, depresión importante, migraña focal, mujeres que deseen embarazarse en un periodo menor a 9 meses después de suspender el anticonceptivo y alteraciones de la coagulación.⁸

El parche transdérmico es un método liberador de dos hormonas de forma continua, una progestina y un estrógeno, directamente a través de la piel, impidiendo la ovulación. La efectividad es superior al hormonal oral requiriendo un uso correcto y sostenido.

Se coloca un parche en área de mayor tejido graso subcutáneo y se recambia semanalmente hasta completar 3 semanas, la cuarta semana no se coloca parche, nuevamente se inicia el ciclo independientemente de los días de sangrado.

Están indicados para mujeres en edad fértil con vida sexual activa, nuligestas, nulíparas o multíparas, incluyendo adolescentes, antes del primer embarazo, en el intervalo intergenésico, en posaborto inmediato, en posparto o poscesárea, después de la tercera semana, si la mujer no está lactando. Están contraindicados en lactancia en los primeros seis meses posparto, embarazo o sospecha de embarazo, antecedente de enfermedad tromboembólica, insuficiencia cardíaca, cardiopatía isquémica, y cardiopatía reumática, cáncer mamario o del cérvix, tumores hepáticos benignos o malignos, enfermedad hepática aguda o crónica activa y durante la administración crónica de rifampicina o anticonvulsivantes. No se recomienda en pacientes con hemorragia uterina anormal de etiología no determinada, fumadoras mayores de 35 años de edad, hipertensión arterial, diabetes mellitus no controlada, migraña focal, leiomiomatosis uterina, insuficiencia renal o alteraciones de la coagulación.¹¹

El anillo vaginal es un método hormonal, liberador de dos hormonas de forma continua, una progestina y un estrógeno, directamente a través de la mucosa vaginal, impidiendo la ovulación. La efectividad es de 91%, la duración permanece durante el tiempo de uso.¹¹

Se aplica entre el primer y quinto día del periodo menstrual, ejerciendo presión suave sobre el anillo, colocándolo vía vaginal con previo aseo de manos; permanece en la cavidad por 3 semanas y se retira durante una semana, posteriormente se coloca un nuevo anillo al término de dicha semana sin importar el momento de sangrado.

Están indicados para mujeres en edad fértil con vida sexual activa, nuligestas, nulíparas o multíparas, incluyendo adolescentes, que deseen un método temporal de alta efectividad y seguridad, antes del primer embarazo, en el intervalo intergenésico, en posaborto inmediato, en posparto o poscesárea, después de la tercera semana, si la mujer no está lactando. Están contraindicados en lactancia en los primeros seis meses posparto, embarazo o sospecha de embarazo, antecedente de enfermedad tromboembólica, insuficiencia cardíaca, cardiopatía isquémica, y cardiopatía reumática, cáncer mamario o del cérvix, tumores hepáticos benignos o malignos, enfermedad hepática aguda o crónica activa, durante la administración crónica de rifampicina o anticonvulsivantes. No se recomienda en pacientes con hemorragia uterina anormal de etiología no determinada, fumadoras mayores de 35 años de edad, hipertensión arterial, diabetes mellitus no controlada, migraña focal, leiomiomatosis uterina, insuficiencia renal o alteraciones de la coagulación.

El implante subdérmico es un método hormonal de acción prolongada, consiste en un sistema de liberación continua y gradual de una progestina sintética. Se presenta como una barra de 4 cm por 2 mm y contiene 68 miligramos de etonogestrel. Las concentraciones en el plasma sanguíneo llegan hasta 781–894 pg/mL en las primeras semanas y gradualmente disminuyen hasta 192–261 pg/mL después del primer año, 154–194 pg/mL después de dos años, y 156–177 pg/mL al cabo de 3 años. Bajo condiciones habituales de uso este método brinda protección anticonceptiva superior al 99% durante el primer año. La duración anticonceptiva es de tres años después de su aplicación. Entre los principales efectos colaterales reportados son: hematoma en el área de aplicación, infección local, dermatosis, irregularidades menstruales, cefalea y mastalgia.¹¹

Debe insertarse subdérmicamente en la cara interna del brazo siguiendo las normas y técnicas quirúrgicas recomendadas para el método, preferentemente dentro de los primeros siete días del ciclo menstrual o en cualquier otro día, siempre que se tenga la seguridad de que no hay embarazo; en el posparto y poscesárea con lactancia, la inserción debe efectuarse después de la sexta semana del puerperio. La remoción debe efectuarse al cumplir cinco años de uso o a solicitud por decisión de la usuaria antes de la terminación de la duración total de la protección. Tanto las inserciones como las remociones deben ser realizadas por personal de salud capacitado para ello, bajo supervisión médica.

Este método está indicado para mujeres en edad fértil con vida sexual activa, nuligestas, nulíparas o multíparas, incluyendo adolescentes que deseen un método anticonceptivo hormonal de larga acción que no requiere de la toma o aplicación periódica, antes del primer embarazo, en el intervalo intergenésico, en el posparto o poscesárea, con o sin lactancia y en el posaborto inmediato. Está contraindicado en el embarazo o sospecha de embarazo, antecedente de cáncer mamario o del cérvix, tumores hepáticos benignos o malignos, enfermedad hepática aguda o crónica activa y durante la administración crónica de rifampicina o anticonvulsivantes. No se recomienda en la hemorragia uterina anormal de etiología no determinada, insuficiencia renal, cardiopatía isquémica, depresión o migraña focal.¹¹

El dispositivo intrauterino (DIU) con cobre es un artefacto que se colocan dentro de la cavidad uterina de carácter temporal, consiste en un cuerpo semejante a una "T" de polietileno flexible y contienen un principio activo o coadyuvante de cobre con o sin plata, tienen además, hilos guía para su localización y extracción. Se obtienen esterilizados, en presentación individual, acompañados de su aplicador. Bajo condiciones habituales de uso, brinda protección del 95 al 99%, la duración de la efectividad de los dispositivos tipo TCU 380A y TCU 220C es de seis a ocho años y para los Multiload 375 y 250 es de cinco y tres años, respectivamente. Al término del periodo de efectividad, si la usuaria requiere aún este tipo de método, debe reemplazarse por otro en forma inmediata a la remoción.⁸

Debe ser insertado en la cavidad uterina, preferentemente durante la menstruación o en cualquier día del ciclo menstrual cuando se esté seguro de que no hay embarazo, dentro de las primeras 48 horas o después de 4 semanas posteriores al parto, cesárea o aborto. Entre los principales efectos colaterales se han reportado: dolor pélvico durante el periodo menstrual y aumento de la cantidad y duración del sangrado menstrual.

La inserción debe ser realizada por personal capacitado en la exploración del aparato genital femenino y en las diversas técnicas de inserción siguiendo las recomendaciones específicas para cada tipo de dispositivo, cumpliendo las técnicas de asepsia y antisepsia. Se debe hacer una exploración pélvica bimanual previa a la colocación del DIU para precisar la forma, tamaño y posición del útero, así como para descartar alguna patología pélvica. Con la ayuda de un espéculo vaginal, se visualizará el cérvix y se hará limpieza del cuello uterino empleando pinza de Pozzi, se toma el labio anterior del cuello uterino, y se tracciona suavemente para rectificar el ángulo entre el canal cervical y la cavidad uterina. Con un histerómetro, se determina la longitud de la cavidad uterina, si la longitud es menor a 6 cm no debe insertarse el DIU. Una vez terminada la inserción, se retira la pinza de Pozzi, se verifica que no exista hemorragia en los sitios de prensión, se recortan los hilos guía a 2 cm del orificio externo del cérvix en caso necesario y se retira el espéculo vaginal.

Las revisiones subsecuentes deben programarse, la primera entre la cuarta y la sexta semanas posteriores a la inserción; la segunda, a los seis meses a partir de la inserción y posteriormente cada año contado a partir de la fecha de aplicación del DIU o cuando la usuaria lo estime necesario. En cada visita clínica debe verificarse la posición correcta del DIU mediante la visualización de los hilos guía, investigar la presencia de efectos colaterales, descartar la presencia de embarazo y detectar la existencia de infecciones cérvico-vaginales. En caso de embarazo, si los hilos son visibles, se retirará el DIU. Si los hilos no son visibles no se debe intentar el retiro del dispositivo. ⁸

Está indicada para mujeres en edad fértil con vida sexual activa, nuligestas, nulíparas o multíparas, incluyendo adolescentes, que deseen un método anticonceptivo temporal de

alta efectividad y seguridad, que no deseen la toma o aplicación periódica de anticonceptivos hormonales en las siguientes circunstancias: antes del primer embarazo, en el intervalo intergenésico, en el posparto, trans y poscesárea, con o sin lactancia, en el posaborto. Está contraindicado en el embarazo o sospecha de embarazo, útero con histerometría menor a 6 cm, patología que deforme la cavidad uterina, carcinoma del cérvix o del cuerpo uterino, enfermedad inflamatoria pélvica activa y presencia de corioamnionitis. No se recomienda en hemorragia uterina anormal de etiología no determinada, infecciones del tracto genital, hiperplasia endometrial, anemia y padecimientos hemorragíparos, dismenorrea severa, antecedente de enfermedad inflamatoria pélvica, embarazo ectópico, ruptura prematura de membranas, trabajo de parto prolongado o mujeres con varios compañeros sexuales y expuestas a enfermedades de transmisión sexual.⁸

El dispositivo intrauterino con levonorgestrel es un artefacto en forma de T que se inserta en el útero y libera diariamente pequeñas cantidades de levonorgestrel. Espesa el moco del conducto del cuello uterino, impidiendo el encuentro de los espermatozoides con el óvulo. Su efectividad es >99%, con el tiempo se reduce la cantidad de sangre que se pierde con la menstruación; disminuyen los dolores menstruales y los síntomas de endometriosis. Se aplica de manera similar al DIU cobre y se realizan las revisiones en los mismos periodos, su retiro debe efectuarse a los 5 años de su aplicación.¹¹

El condón masculino es un método de barrera que impide el paso de los espermatozoides por la acción de un obstáculo físico y algunos también químico, es una bolsa de plástico (látex) que se aplica al pene en erección para evitar el paso de espermatozoides. Algunos contienen además un espermicida (nonoxinol-9); es el único método que contribuye a la prevención de enfermedades de transmisión sexual, incluyendo el SIDA; bajo condiciones adecuadas de uso, brinda protección del 85 al 97%, la duración está limitada al tiempo de utilización correcta del método. Entre los principales efectos colaterales que se han reportado son: intolerancia al látex o al espermicida.⁸

Debe usarse un preservativo nuevo en cada relación sexual y desde el inicio del coito, cada condón puede usarse una sola vez, debe verificarse la fecha de manufactura, la cual no deberá ser mayor a cinco años; se coloca en la punta del pene cuando está en erección, desenrollándolo hasta llegar a la base del pene, debe evitarse la formación de burbujas de aire, cuando el hombre no esté circuncidado debe retraer el prepucio hacia la base del pene antes de colocar el condón. Posterior a la eyaculación se debe retirar el pene de la vagina cuando aún esté erecto, sostener el condón por la base del pene para evitar que se derrame el semen o permanezca el condón en la cavidad vaginal, se anudará el preservativo antes de su depósito final en un basurero, evitando derramar el semen. En caso necesario, se emplearán únicamente lubricantes solubles en agua, nunca en aceite, para evitar la pérdida de efectividad del preservativo.

Es un método indicado para el hombre con vida sexual activa, como apoyo a otros métodos anticonceptivos, en personas con actividad sexual esporádica, como apoyo durante las primeras 25 eyaculaciones posteriores a la realización de vasectomía y cuando además hay riesgo de exposición a enfermedades de transmisión sexual, incluyendo al SIDA. Está contraindicado en casos de alergia o hipersensibilidad al plástico (látex) o al espermicida y disfunciones sexuales asociadas a la capacidad eréctil.

8

El condón femenino es una bolsa de nitrilo con 2 aros que se colocan en la vagina, su efectividad es de 95% con uso regular en cada relación sexual. Se coloca previo a la relación sexual aplicando una presión suave en el aro interno y colocándolo dentro de la vagina hasta que solo se exteriorice 2.5 cm, se dirige la cabeza del pene dentro del condón y al término de la relación se enrolla y se deposita en el basurero. No se recomienda el uso simultáneo del condón masculino y femenino.¹¹

El diafragma es una copa de silicona blanda poco profunda y con forma de platillo pequeño, se dobla por la mitad y se introduce en la vagina para cubrir el cuello uterino para impedir el paso de espermatozoides a la cavidad uterina. La efectividad es de 94%

con el correcto uso. Se coloca 2 horas antes de la relación sexual y se retira después de 6 horas o máximo 24 horas posteriores al acto sexual.

El capuchón cervical es una copa de silicona en forma de gorra de marinero que se introduce vía vaginal para ocluir el paso de los espermatozoides a la cavidad uterina, se usan siempre con espermicida. Su efectividad es de 88% con el uso en cada relación sexual. Se coloca previo a la fase de excitación verificando que ocluya correctamente el cérvix, se retira máximo a las 48 horas posteriores al coito.¹¹

Los espermicidas son sustancias químicas que impiden el paso de los espermatozoides, inactivándolos antes de que penetren al útero. Por lo general son surfactantes que pueden administrarse a través de diversos vehículos: cremas, óvulos y espuma en aerosoles. Las diversas presentaciones contienen un vehículo y un espermicida. Bajo condiciones habituales de uso, brinda protección del 75 al 90% y puede incrementarse en asociación con otros métodos de barrera, la protección depende del tipo de producto empleado, será limitada a una hora a partir de la aplicación del espermicida en la vagina.

Estas sustancias se presentan como el nonoxinol-9 o cloruro de bencetonio en crema donde el vehículo es el ácido esteárico o glicerina; óvulos con vehículo de manteca de cacao, glicerina, estearina o jabón cuentan con cloruro de bencetonio, nonoxinol-9, polietilenglicol de monoisoetilfenol, éter o éster polisacárido del ácido polisulfúrico; en tanto que las espumas con vehículo de polietilenglicol, glicerina o hidrocarburos y freón contienen nonoxinol-9 o cloruro de bencetonio. Entre los principales efectos colaterales reportados se encuentran: inflamación local y reacciones alérgicas.

Se deben aplicar dentro de la vagina de 5 a 20 minutos antes de cada coito, según la recomendación del fabricante, los usuarios deben estar conscientes sobre la necesidad de respetar el tiempo de espera antes del coito a partir de la aplicación intravaginal, así como evitar el aseo poscoito en forma inmediata, con el fin de lograr el efecto anticonceptivo de los espermicidas.⁸

Estos métodos están indicados para mujeres en edad fértil con vida sexual activa, nuligestas, nulíparas o multíparas, incluyendo adolescentes con contraindicación para el uso de anticonceptivos hormonales, durante la lactancia, para aumentar la eficacia anticonceptiva de otros métodos de barrera y en el periodo inmediato posvasectomía. Están contraindicados en hipersensibilidad a alguno de los componentes de la formulación.

La oclusión tubaria bilateral, es un método anticonceptivo permanente para la mujer, que consiste en la oclusión tubaria bilateral quirúrgica de las trompas uterinas, con el fin de evitar la fertilización. Bajo condiciones habituales de uso, brinda protección anticonceptiva mayor al 99%.

Este procedimiento puede realizarse en el intervalo, posparto, transcesárea y posaborto, la anestesia se debe indicar según el caso. Por ser de carácter permanente, este método en particular requiere de un proceso amplio de consejería previa a su realización, autorización escrita del consentimiento informado de la usuaria (firma o huella dactilar) o de su representante legal, valoración del riesgo quirúrgico y cuando proceda, del riesgo anestésico. Debe efectuarse por personal médico debidamente capacitado para su realización, en cualquier día del ciclo menstrual, cuando se esté razonablemente seguro de que no hay embarazo.

El acceso a la cavidad abdominal y técnica quirúrgica dependerá del criterio clínico, de la experiencia del médico que realice el procedimiento y de la disponibilidad de instrumental, equipo y material necesarios. Puede ser por minilaparotomía, laparoscopia, histeroscopia o colpotomía, la oclusión tubaria puede ser por salpingectomía y ligadura, salpingotomía, técnicas de Pomeroy, Uchida e Irving o mecánica por aplicación de anillos de Yoon o electrofulguración. Se debe recomendar como procedimiento de elección la minilaparotomía con la técnica de Pomeroy modificada.⁸

Las revisiones subsecuentes deben programarse; la primera se debe efectuar durante la primera semana posquirúrgica, para revisión de la herida, o en cualquier momento si presenta sintomatología urinaria, dolor pélvico, abdominal o torácico severo, hemorragia en la herida quirúrgica, fiebre y dolor local en la herida quirúrgica. En caso de no existir complicaciones, las siguientes revisiones se deben efectuar cada año, en las cuales, siempre que sea posible, se efectuará toma de muestra para citología cérvico-vaginal (Papanicolaou).

Este procedimiento está indicado para mujeres en edad fértil con vida sexual activa, multíparas que deseen un método permanente de anticoncepción, en las siguientes condiciones: paridad satisfecha, razones médicas y retardo mental. Está contraindicado en casos de enfermedad inflamatoria pélvica activa. No se recomienda en el embarazo o sospecha de embarazo, discrasias sanguíneas no controladas, anemia severa, en el posparto, cuando el neonato presente problemas de salud que comprometan su supervivencia o falta de movilidad uterina (adherencias). No se conocen efectos colaterales asociados directamente al método, ocasionalmente pueden presentarse problemas asociados al procedimiento anestésico (bloqueo epidural o anestesia general) o quirúrgico (hemorragia o infección).

La vasectomía es un método anticonceptivo permanente para el hombre, que consiste en la oclusión bilateral de los conductos deferentes, con el fin de evitar el paso de los espermatozoides. Bajo condiciones habituales de uso, brinda protección mayor al 99%, requiere de un proceso amplio de consejería previo a su realización, autorización escrita del consentimiento informado del usuario (firma o huella dactilar) o de su representante legal. El procedimiento debe ser realizado por personal médico debidamente capacitado, puede manejarse como cirugía ambulatoria en unidades de primer nivel de atención con anestesia local y bajo las normas quirúrgicas y de esterilización establecidas.⁸

La técnica tradicional con bisturí, es un procedimiento quirúrgico por el cual se ligan, seccionan o bloquean los conductos deferentes a través de una pequeña incisión en el escroto. En tanto que la técnica de Li, sin bisturí, liga y secciona los conductos deferentes

a través de una pequeña punción en el rafe escrotal. En ambas técnicas puede utilizarse la electrofulguración para bloquear los conductos deferentes.

Posterior al procedimiento se recomienda reposo domiciliario de cuatro horas poscirugía, con aplicación alterna de hielo sobre el área quirúrgica cada 30 minutos, cuando sea posible, puede reiniciarse la actividad laboral dos días después, siempre y cuando no implique esfuerzo físico pesado durante los primeros siete días. Se deben suspender las relaciones sexuales por siete días, utilizar suspensorio, traje de baño o calzón ajustado por siete días, mientras esté sentado o de pie, tomar analgésicos y antiinflamatorios en caso necesario. Si el usuario detecta algún problema relacionado con la cirugía, debe ser atendido en forma inmediata por personal capacitado.

Las revisiones subsecuentes deben programarse: la visita inicial se efectuará durante la primera semana poscirugía. Se debe efectuar conteo de espermatozoides después de las primeras 25 eyaculaciones o tres meses después del procedimiento quirúrgico. En caso de ser positivo el conteo repetir al mes, si persiste positivo revalorar el caso. Durante este lapso se debe recomendar a la pareja el uso de otro método anticonceptivo que garantice efectividad. Las revisiones siguientes se deben efectuar anualmente durante los primeros dos años o antes, si el usuario lo considera necesario.

La vasectomía no es efectiva en forma inmediata, pueden encontrarse espermatozoides hasta en las siguientes 25 eyaculaciones o hasta tres meses después del procedimiento, por lo cual se debe recomendar el uso de preservativo u otro método para evitar embarazos no deseados hasta que el conteo de espermatozoides sea negativo.⁸

Este procedimiento está indicado para hombres en edad fértil con vida sexual activa, que deseen un método permanente de anticoncepción en las siguientes condiciones: fecundidad satisfecha, razones médicas y retardo mental. Está contraindicado en pacientes con criptorquidia, antecedentes de cirugía escrotal o testicular e historia de impotencia. No se recomienda en casos de infección en el área operatoria, hidrocele., varicocele, filariasis, hernia inguinoescrotal o enfermedades hemorragíparas. No se

conocen efectos colaterales asociados directamente al método, ocasionalmente pueden presentarse problemas asociados al procedimiento quirúrgico como equimosis, infección de la herida quirúrgica, granuloma o hematoma.⁸

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los servicios de planificación familiar son fundamentales para la vida de la población, porque refuerzan el derecho a decidir el número de hijos y su espaciamiento; estos servicios son prioritarios, por su enfoque preventivo en la salud reproductiva de las mujeres, hombres, niñas y niños.

Algunos beneficios observados cuando se espacian los hijos y se limita la procreación por paridad satisfecha, son: las mujeres refuerzan su autonomía; aumentan el acceso a la educación, empleo y participación comunitaria; los hijos con pocos hermanos tienden a permanecer más años en la escuela en comparación con los que tienen muchos hermanos; las familias pequeñas, propician que los padres dediquen más tiempo a cada hijo.

Durante la práctica clínica tanto en unidad de primer nivel como de segundo nivel, es posible apreciar que a pesar de los esfuerzos por incrementar el uso de métodos de planificación familiar en beneficio de la calidad de vida los pacientes, aún existe rechazo por parte de los y las usuarias a adoptar alguno.

Debido a lo anterior, surge la interrogante, ¿Cuál es el impacto de la consejería sobre el uso de métodos anticonceptivos posterior al evento obstétrico en mujeres que acuden al Centro de Salud “Dr. José Castro Villagrana”?

1.3 JUSTIFICACIÓN

De acuerdo con datos difundidos por la OMS, en 2015, el uso de anticonceptivos en América Latina y el Caribe fue de 66.7%, en tanto que, las necesidades insatisfechas de anticoncepción fueron de 10.7%. Para 2018, se estima que, en los países en desarrollo, 214 millones de mujeres en edad fecunda desean posponer el embarazo, sin embargo no utilizan ningún método anticonceptivo.⁷

Existe evidencia de que las mujeres que no amamantan pueden embarazarse en los primeros 45 días después del parto, incluso antes del retorno de la menstruación; se ha reportado que, las mujeres que se embarazan en los primeros seis meses posparto, tienen 7.5 veces más riesgo de sufrir un aborto inducido, además, conforme aumenta el número de hijos, aumenta a cuatro o más veces el riesgo de mortalidad materna. También se ha descrito que resultados adversos como nacimiento prematuro, bajo peso al nacer y hasta 1.6 veces más riesgo de muerte fetal, se presentan en los embarazos ocurridos durante el primer año después del parto.⁹

La OMS considera que la planificación familiar posparto, es la principal intervención que salva la vida de madres e hijos, porque al favorecer periodos intergenésicos de dos o más años, reduce en diez y treinta por ciento, la mortalidad infantil y materna, respectivamente. En concordancia con diversas encuestas demográficas; indica la importancia de evaluar el alcance y la eficacia de las iniciativas de planificación familiar posparto, debido a que la necesidad insatisfecha de anticoncepción sigue siendo alta, impactando a nivel biológico, psicológico, familiar, social, cultural y económico.⁹

Los resultados de la Encuesta Nacional de Dinámica Demográfica 2014, realizada a mujeres en edad fértil, revelaron que, el conocimiento de existencia de los métodos anticonceptivos no está relacionado con el conocimiento de su funcionalidad; por ejemplo, después de las pastillas anticonceptivas, el condón masculino es el método más conocido, pero solo el 12.7% de quienes lo mencionaron, sabía cómo utilizarlo. La misma encuesta mostró que de 2009 a 2014, la prevalencia de uso de los métodos no tuvo

cambios, puesto que se mantuvo en 72.3%, a pesar de que la mitad de las entidades federativas tuvieron descensos.¹⁰

Según la Encuesta Demográfica y de Salud, publicada por Ross y Winfrey en 2001, el 95% de las mujeres en periodo de cero a doce meses posparto, de 27 países participantes, desean evitar el embarazo en los siguientes 24 meses, sin embargo, el 70% no usan métodos anticonceptivos.⁵

Con base en el Programa de Acción Específica de Planificación Familiar y Anticoncepción 2013 – 2018, la Secretaria de Salud, en el año 2012, se mantuvo muy por debajo de la meta nacional respecto a la cobertura de anticoncepción posterior al evento obstétrico, dando la impresión que las usuarias no reciben información suficiente. Ejercer la sexualidad sin utilizar algún método anticonceptivo, impide vivirla de manera libre y satisfactoria, siendo el embarazo la consecuencia de la desinformación y desconocimiento de los riesgos que pueden producirse.¹⁰

Con los resultados de la presente investigación, se caracterizarán aspectos de la anticoncepción en el posparto, como son: la consejería recibida en la consulta prenatal y su influencia en el uso del método en el puerperio; el papel de la pareja en el uso del método; lo que permitirá a los profesionales del Centro de Salud “Dr. José Castro Villagrana”, en base a su población, reducir las necesidades insatisfechas de anticoncepción, aproximándose a las posibles razones que mantienen a la Secretaria de Salud, por debajo de las metas nacionales de cobertura en este ámbito. Simultáneamente, la investigación incrementará la producción científica mexicana que ofrece a la comunidad médica del primer nivel de atención.

1.4 OBJETIVOS

1.4.1 OBJETIVO GENERAL

Analizar el impacto de la consejería prenatal en el uso de un método anticonceptivo posterior al evento obstétrico, en mujeres que acuden al Centro de Salud “Dr. José Castro Villagrana”

1.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar sociodemográficamente a las participantes (edad, escolaridad, ocupación, estado civil, religión, paridad)
- Identificar al profesional de salud que proporcionó la consejería
- Determinar el uso de métodos anticonceptivo más frecuentes por grupos de edad y número de hijos
- Asociar la consejería sobre planificación familiar postevento obstétrico y uso de método anticonceptivo
- Asociar la influencia de la pareja en la decisión de uso del método anticonceptivo

1.5 HIPÓTESIS DE TRABAJO

Por ser un estudio de tipo observacional, no se requiere. Sin embargo se estableció la siguiente hipótesis de trabajo: **en el Centro de Salud “Dr. José Castro Villagrana”, el uso de método de planificación familiar posterior a un evento obstétrico está relacionado con la consejería recibida en el periodo prenatal.**

2. MATERIAL Y MÉTODOS

2.1 TIPO DE ESTUDIO

Descriptivo, cuantitativo, observacional y transversal

2.2 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN DEL ESTUDIO



2.3 POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO

Mujeres en edad reproductiva que acudan a consulta al Centro de Salud “Dr. José Castro Villagrana” del 01 al 31 de mayo de 2018.

2.4 MUESTRA

Se calculó un tamaño de muestra para poblaciones finitas, con un universo de 264 pacientes, un nivel de confianza de 95%, error de 5%

$$n = \frac{N * Z\alpha^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z\alpha^2 * p * q}$$

2.5 CRITERIOS DE SELECCIÓN

2.5.1 INCLUSIÓN

- Mujeres en edad reproductiva
- En el periodo máximo 11 meses y 29 días posteriores parto, cesárea o aborto
- Que hayan recibido consejería durante cualquier momento del control prenatal
- Que acudan por cualquier motivo al Centro de Salud
- Que acepten participar en el estudio

2.5.2 NO INCLUSIÓN

- Discapacidad intelectual de cualquier tipo
- Mujeres que no deseen participar

2.5.3 CRITERIO DE ELIMINACIÓN

- Que no complete adecuadamente el cuestionario

2.6 VARIABLES (TIPO Y ESCALA DE MEDICIÓN)

2.6.1 DEFINICIÓN OPERACIONAL

VARIABLE / CATEGORÍA	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO Y ESCALA DE MEDICIÓN	CALIFICACIÓN
Edad	Tiempo transcurrido desde el momento del nacimiento hasta la fecha de estudio	Cuantitativa Continua	Edad en años cumplidos
Escolaridad	Grado máximo de estudios obtenidos	Cualitativa Ordinal	Básica Medio superior Superior
Ocupación	Conjunto de funciones, obligaciones y tareas que desempeña un individuo en su trabajo u oficio	Cualitativa Nominal	Remunerada No remunerada
Estado civil	Situación de las personas físicas determinada por sus relaciones, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes.	Cualitativa Nominal	Unida No unida
Religión	Conjunto de creencias, normas y comportamientos de un determinado grupo humano con las que el hombre reconoce a una divinidad	Cualitativa Nominal	Católica Testigos de Jehová Evangélica Pentecostés Protestante Judía Ortodoxa Budista Islámica Santería Ateo Otra
Gestas	Número de veces que se ha embarazado una mujer sin importar la resolución del embarazo	Cuantitativa Discreta	Número
Hijos	Número de hijos vivos en el momento del estudio	Cuantitativa Discreta	Número
Consejería planificación	Aportación de información al usuario en consulta de control	Cualitativa Nominal	Si recibió No recibió

VARIABLE / CATEGORÍA	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO Y ESCALA DE MEDICIÓN	CALIFICACIÓN
familiar	prenatal sobre métodos de planificación familiar posparto		
Profesional de salud que proporciona consejería	Personal que otorga información sobre métodos de planificación familiar posparto	Cualitativa Nominal	Médico Enfermero Trabajador social Otro No aplica
Sitio en que se proporcionó la consejería	Área física en la que la paciente obtuvo la información de métodos de planificación familiar	Cualitativa Nominal	Consultorio Aula Sala de espera Módulo de informes Otro No aplica
Uso de método anticonceptivo	Aplicación o uso regular de algún método de planificación familiar en el posparto	Cualitativa Nominal	Si usa No usa
Tipo de método de planificación familiar utilizado	Método aceptado y usado en el puerperio	Cualitativa Nominal	Condón Pastillas anticonceptiva Implante subdérmico DIU Inyección Salpingoclasia Vasectomía Coito interrumpido Abstinencia Ritmo Lactancia Billings Temperatura Parche Píldora emergencia Anillo vaginal Capuchón cervical Diafragma Espermicida Ninguno

VARIABLE / CATEGORÍA	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO Y ESCALA DE MEDICIÓN	CALIFICACIÓN
			No aplica
Influencia de la pareja	Efecto de la pareja sobre la paciente para elección de uso de un método anticonceptivo en el puerperio	Cualitativa Nominal	Si No

2.6.2 DEFINICIÓN CONCEPTUAL

Consejería en planificación familiar: proceso de análisis y comunicación personal entre el prestador de servicios y el usuario potencial o activo; mediante el cual, se proporciona información, orientación y apoyo educativo a individuos y parejas, que les permite tomar decisiones voluntarias, conscientes e informadas acerca de su vida sexual y reproductiva.⁸

Métodos anticonceptivos: aquellos que se utilizan para impedir la capacidad reproductiva de un individuo o una pareja.⁸

Planificación familiar posparto: prevención, durante los primeros doce meses después del parto, de embarazos no planificados e intervalos intergenésicos cortos. El principal objetivo es, ayudar a las mujeres a decidir el método anticonceptivo que deseen usar, durante dos o más años, al término de su embarazo; sus principales puntos de contacto son: la atención prenatal, el trabajo de parto, seis semanas posparto y la atención del lactante hasta los doce meses.⁹

2.7 DISEÑO ESTADÍSTICO

Los resultados obtenidos se analizaron a través de la estadística descriptiva donde se utilizó chi cuadrada para las diferencias en variables cualitativas y medidas de tendencia central y de dispersión para variables cuantitativas, a través del programa estadístico SPSS versión 25 para Windows.

2.8 INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se elaboró un cuestionario de 21 preguntas, dividido en dos secciones, la primera con cinco preguntas abiertas y ocho de opción múltiple desde dos a doce respuestas relacionadas con las características sociodemográficas de la paciente y su pareja, segunda sección comprende cinco preguntas de opción múltiple de dos a veintiuno respuestas, respecto a la consejería recibida sobre planificación familiar durante el control prenatal, uso de método anticonceptivo después del evento obstétrico; así como del conocimiento e influencia de la pareja en la decisión de uso. El cuestionario fue revisado en cuatro ocasiones por profesores de la Subdivisión de Medicina Familiar, de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México quienes lo validaron en su contenido y apariencia, posteriormente fue piloteado en un grupo de mujeres con características similares a las del grupo de estudio para validar igualmente su constructo y apariencia. (Ver Anexo 1)

2.9 MÉTODOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se solicitó autorización a la Jefa de unidad del CSJCV para la realización del estudio. Se calculó la muestra con base al censo de embarazo 2017 y 2018. Durante el mes de mayo de 2018, se capturaron a las mujeres en edad reproductiva que en el último año, hayan tenido algún tipo de evento obstétrico; posterior a la explicación del estudio, se les proporcionó el cuestionario de autoaplicación para su respuesta de manera voluntaria y anónima. (Ver Anexo 2)

2.10 MANIOBRAS PARA CONTROLAR SESGOS

Todas las respuestas de las encuestas fueron revisadas personalmente por la investigadora, el instrumento posterior a cuatro revisiones y una prueba piloto en seis mujeres de características similares a la de la población de estudio, fue validado un grupo de expertos de la Subdivisión de Medicina Familiar de la Unidad de Posgrado de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México.

A partir de la prueba piloto se eliminaron preguntas que no ofician información relevante para los objetivos del estudio, se modificaron el planteamiento de otras preguntas y se agregaron opciones de respuestas para algunas preguntas.

2.11 PROCEDIMIENTOS ESTADÍSTICOS

2.11.1 DISEÑO Y CONSTRUCCIÓN DE BASE DE DATOS

Una vez requisitadas las encuestas, se construyó una base de datos en Excel 2010 que posteriormente fue exportada al software SPSS donde se realizó su análisis estadístico.

2.11.2 ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se utilizó estadística descriptiva para el análisis de las variables cualitativas, utilizando medidas de resumen como frecuencias, porcentajes; medidas de tendencia central como uso de media y desviación estándar para variables cuantitativas; y chi cuadrada con valores $p < 0.05$ para establecer la diferencia entre variables cualitativas.

Los resultados se presentaron en tablas y figuras.

2.12 CRONOGRAMA

Ver ANEXO 3

2.13 RECURSOS

Recursos Humanos

Investigador principal: Médico residente del curso de Especialización en Medicina Familiar

Colaboradores: Personal de enfermería adscrito y de servicio social; personal de odontología adscrito y de servicio social; médicos internos de pregrado.

Recursos físicos:

Instalaciones del Centro de Salud “Dr. José Castro Villagrana”

Recursos materiales:

Formatos de encuesta, plumas, computadora, impresora, hojas de papel, dispositivo de almacenamiento digital

Financiamiento del Estudio

Autofinanciado

2.14 CONSIDERACIONES ÉTICAS

El proyecto de investigación fue avalado por el Comité de Ética en Investigación de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México, con base en lo estipulado en la normatividad nacional e internacional en materia de bioética, cumpliendo con lo establecido en el Código de Nuremberg (Nuremberg, 1947) recomendaciones 1, 2, 8 y 9; la Declaración de Helsinki (Asociación Médica Mundial, 1964) párrafos 4, 5, 8, 9, 14, 24, 31; la Ley General de Salud (DOF 2018) artículos 68 fracción IV; 96; 98; 100 fracciones III, IV, V; el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (DOF 2017) artículos 3 fracción I, III, IV, V, 13, 14 fracción I, V, VI, VII, 16, 17 fracción I, II, IX, X, 50, 113, 114, 115, 116 fracción I, II, III, IV, V, VI, VII, 117, 118, 119, 120 y la Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, Que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos (DOF 2013) apartado 5.5, 8.5, 11.5 y 11.7

Código de Nuremberg

1. *El consentimiento del sujeto es esencial.*
2. *El experimento debe ser tal, que conduzca a resultados positivos para el bien de la sociedad, imposible de llevarse a cabo por otros métodos o medios de estudio que sean por naturaleza improvisados o innecesarios.*
8. *El experimento sólo debe realizarse por personas altamente capacitadas. Se debe exigir siempre el mayor grado de habilidad y de cuidado a todas las personas que conducen o participan en todas las fases del mismo.*
9. *Durante el desarrollo del experimento, el sujeto podrá pedir que se suspenda, si se siente afectado mental o físicamente para continuarlo.*

Declaración de Helsinki

4. El deber del médico es promover y velar por la salud, bienestar y derechos de los pacientes, incluidos los que participan en investigación médica. Los conocimientos y la conciencia del médico han de subordinarse al cumplimiento de ese deber.

5. El progreso de la medicina se basa en la investigación que, en último término, debe incluir estudios en seres humanos.

8. Aunque el objetivo principal de la investigación médica es generar nuevos conocimientos, este objetivo nunca debe tener primacía sobre los derechos y los intereses de la persona que participa en la investigación.

24. Deben tomarse toda clase de precauciones para resguardar la intimidad de la persona que participa en la investigación y la confidencialidad de su información personal.

31. El médico debe informar cabalmente al paciente los aspectos de la atención que tienen relación con la investigación. La negativa del paciente a participar en una investigación o su decisión de retirarse nunca debe afectar de manera adversa la relación médico-paciente.

Ley General de Salud

Artículo 68.- Los servicios de planificación familiar comprenden:

IV.- El apoyo y fomento de la investigación en materia de anticoncepción, infertilidad humana, planificación familiar y biología de la reproducción humana;

Artículo 96.- La investigación para la salud comprende el desarrollo de acciones que contribuyan:

III.- A la prevención y control de los problemas de salud que se consideren prioritarios para la población;

IV.- Al conocimiento y control de los efectos nocivos del ambiente en la salud;

V.- Al estudio de las técnicas y métodos que se recomienden o empleen para la prestación de servicios de salud, y

VI.- A la producción nacional de insumos para la salud.

Artículo 100.- La investigación en seres humanos se desarrollará conforme a las siguientes bases:

III.- Podrá efectuarse sólo cuando exista una razonable seguridad de que no expone a riesgos ni daños innecesarios al sujeto en experimentación;

IV.- Se deberá contar con el consentimiento informado por escrito del sujeto en quien se realizará la investigación, o de su representante legal en caso de incapacidad legal de aquél, una vez enterado de los objetivos de la experimentación y de las posibles consecuencias positivas o negativas para su salud;

V.- Sólo podrá realizarse por profesionales de la salud en instituciones médicas que actúen bajo la vigilancia de las autoridades sanitarias competentes.

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud

Artículo 40.- Para los efectos de este Reglamento se entiende por:

I. Mujeres en edad fértil.- Desde el inicio de la pubertad hasta el inicio de la menopausia;

II. Embarazo.- Es el periodo comprendido desde la fecundación del óvulo (evidenciada por cualquier signo o síntoma presuntivo de embarazo, como suspensión de menstruación o prueba positiva del embarazo médicamente aceptada) hasta la expulsión o extracción del feto y sus anexos;

IX. Puerperio.- Es el período que se inicia con la expulsión o extracción del feto y sus anexos hasta lograr la involución de los cambios gestacionales (aproximadamente durante 42 días);

X. Lactancia.- Es un fenómeno fisiológico en el cual ocurre la secreción láctea a partir de la expulsión o extracción del feto y sus anexos, y

Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, Que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos

5.5 Toda investigación debe garantizar que no expone al sujeto de investigación a riesgos innecesarios y que los beneficios esperados son mayores que los riesgos predecibles, inherentes a la maniobra experimental.

8.5 No podrá ser condicionada la atención médica a una persona a cambio de otorgar su consentimiento para participar o continuar participando en una investigación.

11.5 En la investigación, queda prohibido cobrar cuotas de recuperación a los sujetos de investigación, sus familiares o representante legal, por participar en ella.

11.7 Todo sujeto de investigación tiene derecho a la protección de sus datos personales al acceso, rectificación y cancelación de los mismos, así como a manifestar su oposición, en los términos que fijen la ley, la cual establecerá los supuestos de excepción a los principios que fijen el tratamiento de datos, por razones de seguridad nacional, disposiciones de orden público, seguridad y salud pública para proteger los derechos de terceros.

3. Resultados

Se obtuvieron 150 mujeres que cumplieron criterios, de las cuales 6 rechazaron participar, 8 no completaron la encuesta en su totalidad y 136 respondieron completamente el instrumento.

El promedio de edad de las participantes fue de 27.84 años \pm 7.54 años. El nivel académico de 74 (54.4%) fue básico. La ocupación de 79 (58.1%) no era remunerada. La religión católica se presentó en 111 (81.6%). Además, 101 (74.3%) se encontraban unidas en pareja. Se encontró que 117 (86%) de las parejas tenían una ocupación remunerada y 71 (52.2%) de las parejas tenían nivel académico básico. (Ver Tabla 1)

Tabla 1. Características sociodemográficas de las participantes.

		n (%)
Edad	menores de 19 años	18 (13.2)
	20 a 24 años	32 (23.5)
	25 a 29 años	34 (25.0)
	30 a 34 años	33 (24.3)
	35 a 39 años	9 (6.6)
	40 a 44 años	6 (4.4)
	mayores de 45 años	4 (2.9)
Escolaridad	Ninguno	3 (2.2)
	Básico	74 (54.4)
	Medio superior	41 (30.1)
	Superior	18 (13.2)
Ocupación	No remunerada	79 (58.1)
	Remunerada	57 (41.9)
Condición civil	Unida	101 (74.3)
	No unida	35 (25.7)
Religión	Católica	111 (81.6)
	Testigos de Jehová	8 (5.9)
	Evangélica	8 (5.9)
	Otra	5 (3.7)
	Ateo	2 (1.5)
	Protestante	1 (0.7)
	Budista	1 (0.7)
Nivel académico de la pareja	Ninguno	3 (2.2)
	Básico	71 (52.2)
	Medio superior	28 (20.6)
	Superior	16 (11.8)
	No aplica	18 (13.2)
Ocupación de la pareja	No remunerada	1 (0.7)
	Remunerada	117 (86.0)
	No aplica	18 (13.2)

Fuente: instrumento de recolección de datos 2018

Acerca de la consejería, se encontró que 122 (89.7%) recibieron consejería en el Centro de Salud, 73 (53.7%) la recibió por parte de personal médico, 26 (19.1%) por trabajador social, 19 (14.0%) por enfermero; 78 (57.4%) en consultorio, 19 (14.0%) en sala de espera, 14 (10.3%) en módulo de informes y 18 (13.2%) que no recibió información en el Centro de Salud, la obtuvo en otra institución.

Respecto a los antecedentes obstétricos, uso de método de planificación familiar, y actividad sexual, se encontró que las participantes tenían en promedio 2.06 gestas y 1.68 hijos. Posterior al evento obstétrico, 75 (55.1%) no había tenido relaciones sexuales hasta el momento de la aplicación de la encuesta. De las que si había tenido relaciones, el promedio de días entre el evento obstétrico y el reinicio de la vida sexual fue de 58.54 \pm 30.26. (Ver Tabla 2)

Tabla 2. Características de la anticoncepción y actividad sexual postevento obstétrico.

		n (%)	Media	Mínimo	Máximo
Antecedentes obstétricos	Gestas		2.06	1	5
	Hijos		1.68	0	4
Reinicio de vida sexual	Ha tenido relaciones	61 (44.9)	58.54	3	300
	No ha tenido relaciones	75 (55.1)			

Fuente: instrumento de recolección de datos 2018

Además, 94 (69.1%) utilizó un método de planificación familiar en el puerperio; entre los más frecuentemente utilizados destacaron DIU 33 (24.3%), implante subdérmico 23 (16.9%) y condón 17 (12.5%); sin embargo 14 (10.3%) mencionó ninguno como método anticonceptivo. (Ver Tabla 3)

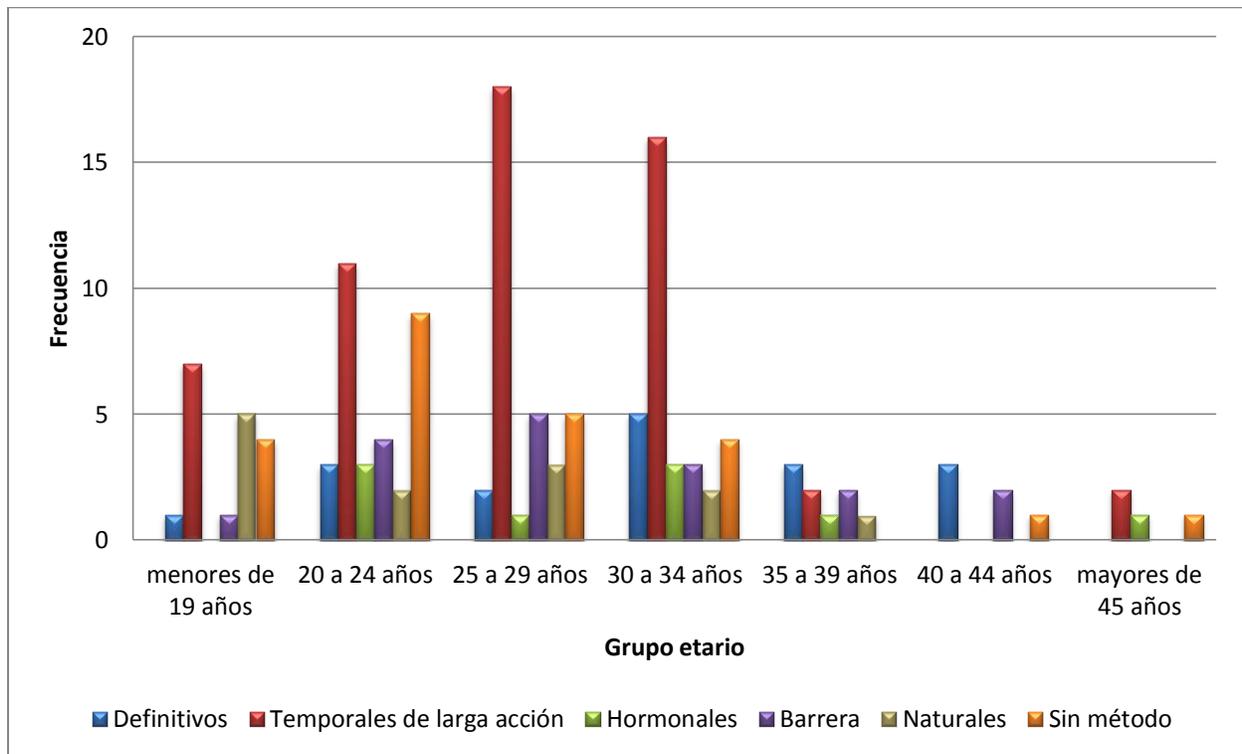
Tabla 3. Uso de métodos anticonceptivos postevento obstétrico
n (%)

Uso método anticonceptivo postevento obstétrico		n (%)
	Si	94 (69.1)
	No	42 (30.9)
Tipo de método	DIU	33 (24.3)
	Implante subdérmico	23 (16.9)
	Condón	17 (12.5)
	OTB	14 (10.3)
	Ninguno	14 (10.3)
	No aplica	10 (7.4)
	Pastillas	5 (3.7)
	Coito interrumpido	4 (2.9)
	Abstinencia	4 (2.9)
	Inyección	3 (2.2)
	Vasectomía	3 (2.2)
	Lactancia	3 (2.2)
	Ritmo	1 (0.7)
	Temperatura	1 (0.7)
Parche	1 (0.7)	

Fuente: instrumento de recolección de datos 2018

Las frecuencias de uso de método anticonceptivo según el grupo de edad, destacando que las mujeres menores de 34 años utilizan los métodos de larga acción (DIU e implante) en comparación con los de barrera o naturales y la frecuencia del no uso de método en todos los grupos de edad excepto de 35 a 39 años. (Ver Figura 1)

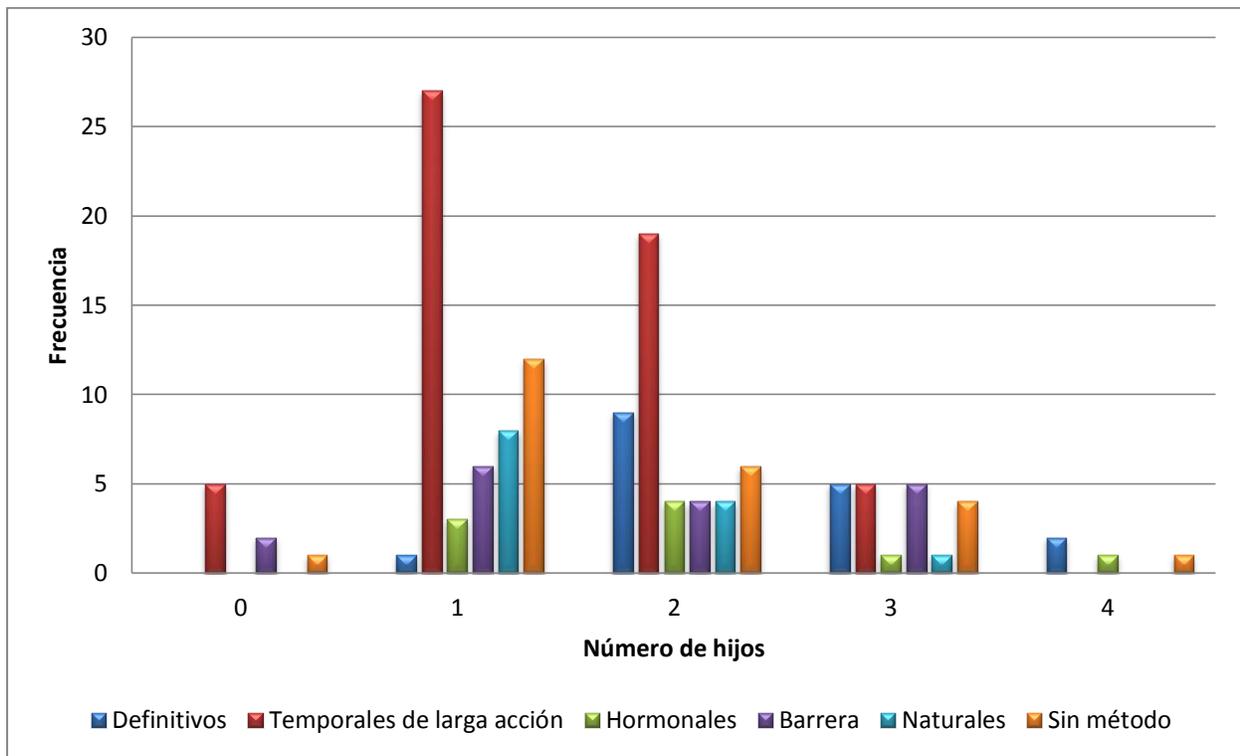
Figura 1. Tipo de método anticonceptivo por grupo etario



Fuente: instrumento de recolección de datos 2018

Respecto al número de hijos y la frecuencia de uso de método anticonceptivo postevento obstétrico, fue más frecuente el uso de los métodos de larga acción en comparación con los definitivos o los de barrera en las mujeres con uno o dos hijos y es similar la frecuencia en de los tres grupos en aquellas mujeres con tres hijos. Llama la atención que aquellas mujeres con un hijo es el grupo que mayormente no utiliza algún método, así como el incremento de uso de los métodos definitivos a partir de los dos hijos. (Ver Figura 2)

Figura 2. Tipo de método anticonceptivo según número de hijos



Fuente: instrumento de recolección de datos

La pareja de las participantes tenía conocimiento del uso de método anticonceptivo en 88 casos (64.7%) y la influencia de la pareja en el uso del método fue de 73 (53.7%), sin embargo, no hubo diferencias estadísticamente significativas entre las mujeres que recibieron consejería sobre planificación familiar durante el periodo prenatal y aquellas que no la recibieron con respecto al uso de un método anticonceptivo postevento obstétrico. Sin embargo si existió diferencia entre el uso del método y la influencia de la pareja. (Ver Tabla 4)

Tabla 4. Relación entre uso de método anticonceptivo influencia de la pareja y la consejería prenatal

		Uso de método		
		Si usa n (%)	No usa n (%)	
Consejería	Si recibió	86 (70.5)	36 (29.5)	p=0.306
	No recibió	8 (57.1)	6 (42.9)	
Influencia de la pareja	Si influyó	59 (80.8)	14 (19.2)	p=0.000
	No influyó	28 (71.8)	11 (28.2)	

Fuente: instrumento de recolección de datos 2018

4. DISCUSIÓN

En general, la población de esta investigación fueron mujeres de 27 años, con nivel académico básico, ocupación no remunerada, católicas, unidas en pareja, con 2 embarazos y 1 hijo, que recibieron consejería sobre planificación familiar en el periodo prenatal por parte de personal médico en consultorio; reiniciaron su vida sexual a las 8 semanas, con uso de método anticonceptivo de larga acción, del cual su pareja está enterada e influyó en la decisión de uso.

Respecto a las características sociodemográficas, en este estudio se encontró un 54.4% de casos con nivel académico básico, menor al reportado por Darney et al, en México en 2016, con 80.5%. El mismo estudio encontró un promedio de gravidez de 2.70, mientras que en este estudio se documentó 2.06.

En New York, Zapata et al, en 2015, más del 50% de la muestra se reportó en la edad de 25 a 34 años, similar a lo observado en ese trabajo donde 49.3% pertenecían a este grupo de edad. Zapata también reportó una cobertura de 78% de la muestra que recibió consejería de planificación familiar en el periodo prenatal; menor al encontrado en este estudio donde se identificó 89.7%. También reportó que el 83% de las pacientes utilizó algún método en el postparto, mayor al 69.1% de este trabajo. A diferencia de Zapata, en este estudio no se encontró diferencia estadísticamente significativa entre la consejería y el uso o no de algún método de planificación familiar en el puerperio.

Este estudio mostró resultados similares a los obtenidos en 2018 por Iliyazu et al, donde 67.9% de las mujeres entrevistadas reiniciaron vida sexual a las 8 semanas postparto y en 65.7% utilizó algún método anticonceptivo, mientras que en esta investigación 44.9% de las participantes ya había reiniciado su vida sexual en promedio a los 7 semanas.

En 2016, Sok et al, en su estudio realizado en Utha, encontró que 6.6% de las participantes no estaban unidas a una pareja, contrario a lo identificado en este trabajo donde 25.7% se encontraron en esta situación. También reportó una frecuencia de uso

de anticonceptivos de larga acción en 29.8%, contra el 41.2% de esa investigación. A diferencia del 2.5% sin uso de método, en este trabajo se reportó un muy superior 30.9%.

Por otro lado, este trabajo mostró la relación entre la influencia de la pareja y el uso de un método anticonceptivo, lo que concuerda con lo reportado en 2017 por Abraha et al, en Etiopia, donde 74.3% de las participantes decidió de manera conjunta con su pareja el uso de un método anticonceptivo y en 6.6% fue decisión exclusiva de la pareja.

Como parte de las limitantes del estudio destaca la no representatividad al no ser una muestra aleatorizada y el tiempo de estudio.

5. CONCLUSIONES

Con los resultados obtenidos se propone que el médico familiar sea el líder del equipo multidisciplinario e integral que asegure la consejería de manera individualizada a toda mujer embarazada que acuda al Centro de Salud.

Involucrar al equipo de salud, principalmente al personal administrativo y trabajo social para promocionar los servicios de planificación familiar, a fin de incrementar la cobertura en consejería durante el periodo prenatal.

Enfatizar en los beneficios del uso de método anticonceptivo postevento obstétrico durante la consejería, en lo individual, familiar y social, favoreciendo el uso de métodos de alta efectividad, larga acción o definitivos, de manera individualizada.

Estandarizar la información que se proporciona durante la consejería por parte de todo el equipo de salud, para promover el uso de método anticonceptivo postevento obstétrico durante la consejería prenatal.

Incluir a las parejas en la consejería en el periodo prenatal, como parte de la atención continua que el médico familiar debe proporcionar con base en su perfil profesional.

Finalmente este estudio cumplió los objetivos establecidos inicialmente y es un antecedente para futuras investigaciones de intervención.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lugones BM, Ramírez BM. The world's oldest condom. La Habana, Cuba: Policlínico Universitario; revisado 01 de mayo de 2018; Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revcubobsgin/cog-2013/cog133j.pdf>
2. Díaz AG. Historia de la anticoncepción. RevMGI abril-junio 1995; 11:2
3. Salazar GM. Los Derechos Sexuales y Reproductivos de las Mujeres en México en el Marco Jurídico Internacional. México, revisado el 01 de mayo de 2018; Disponible en <http://www.femumex.org/docs/revistaDigital/losDerechosSexualesYReproductivosDeLasMujeresEnMexicoEnElMarcoJuridicoInternacional.pdf>
4. United Nations. The Millenium Development Goals Report 2015. New York, USA: United Nations; 2015
5. Secretaria de Salud. Dirección General de Salud Reproductiva. Anticoncepción posparto, transcesárea, poscesárea y posaborto. D. F. México: Secretaria de Salud; 2002.
6. World Health Organization. Sexual and reproductive health. Revisado 01 de mayo de 2018, disponible en; http://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual_health/sh_definitions/en/
7. World Health Organization. Family planning/contraception. (nota informativa), reviewed February 2018 disponible en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/en/>
8. Diario Oficial de la Federación. Resolución por la que se modifica la Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA2-1993, De los servicios de planificación familiar. D. F. México: Diario Oficial de la Federación; 1994
9. World Health Organization. Department of Reproductive Health and Research. Programming strategies for postpartum family planning. Ginebra, Suiza: World Health Organization; 2013.
10. Consejo Nacional de Población. Situación de Salud Sexual y Reproductiva. República Mexicana. D. F. México: Consejo Nacional de Población; 2016

11. World Health Organization. Department of Reproductive Health and Research. Medical eligibility criteria for contraceptive use. Quinta edición. Ginebra, Suiza: World Health Organization; 2015
12. Harney C, Dude A, Haider S. Factors associated with short interpregnancy interval in women who plan postpartum LARC: a retrospective study. *Contraception* 2017; 95:245.
13. Brunson MR, Klein DA, Olsen CH, et al. Postpartum contraception: initiation and effectiveness in a large universal healthcare system. *Am J Obstet Gynecol* 2017.
14. Curtis KM, Tepper NK, Jatlaoui TC, et al. U.S. Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use, 2016. *MMWR Recomm Rep* 2016; 65:1.
15. American College of Obstetricians and Gynecologists' Committee on Obstetric Practice. Committee Opinion No. 670: Immediate Postpartum Long-Acting Reversible Contraception. *Obstet Gynecol* 2016; 128:e32.
16. Birgisson NE, Zhao Q, Secura GM, et al. Preventing unintended pregnancy: The contraceptive CHOICE project in review. *J Womens Health (Larchmt)* 2015; 24:349.
17. Aiken AR, Creinin MD, Kaunitz AM, et al. Global fee prohibits postpartum provision of the most effective reversible contraceptives. *Contraception* 2014; 90:466.
18. Aoun J, Dines VA, Stovall DW, et al. Effects of age, parity, and device type on complications and discontinuation of intrauterine devices. *Obstet Gynecol* 2014; 123:585.
19. Committee on Gynecologic Practice Long-Acting Reversible Contraception Working Group. Committee Opinion No. 642: Increasing Access to Contraceptive Implants and Intrauterine Devices to Reduce Unintended Pregnancy. *Obstet Gynecol* 2015; 126:e44. Reaffirmed 2018.
20. Committee on Health Care for Underserved Women. Committee opinion no. 615: Access to contraception. *Obstet Gynecol* 2015; 125:250. Reaffirmed 2017.
21. Darney Blair G., Sosa-Rubi Sandra G., Servan-Mori Edson, Rodriguez Maria I., Walker Dilys, Lozano Rafael, The relationship of age and place of delivery with

post-partum contraception prior to discharge in Mexico: A retrospective cohort study, *Contraception* (2016), doi: 10.1016/j.contraception.2016.01.015

Anexo 1. Consentimiento informado y encuesta



Secretaría de Salud
Servicios de Salud Pública
Jurisdicción Sanitaria Tlalpan
Centro de Salud "Dr. José Castro Villagrana"



Instrucciones: El Centro de Salud "Dr. José Castro Villagrana, SSP CDMX", realiza la investigación titulada: "Impacto de la consejería en el uso de un método anticonceptivo posterior al evento obstétrico (parto, cesárea, aborto)". Por tal motivo, le invitamos a participar de manera anónima y voluntaria, respondiendo esta encuesta que no le distraerá más de diez minutos. En caso de aceptar responder el instrumento, solicitamos su autorización para que garantizando el anonimato de sus respuestas, los investigadores puedan usar la información para retroalimentar a las áreas involucradas en la atención médica de este Centro y de esa forma poder mejorar el servicio que le otorgamos. Cabe mencionar que en caso de ser procedente, podrían ser publicados los resultados obtenidos de esta investigación en alguna revista científica de circulación nacional o internacional. En caso de no estar de acuerdo con esta aprobación, no es necesario que responda la encuesta.

Si está de acuerdo con participar, le pedimos responda el siguiente cuestionario (**COMPLETO**), colocando el número que corresponda dentro del recuadro ubicado a la izquierda de la pregunta.

Agradecemos su colaboración.

1. ¿Cuántos años tiene?

2. ¿Cuál es su escolaridad?

- 1) Ninguna 2) Primaria 3) Secundaria 4) Bachillerato/Técnico
5) Licenciatura 6) Posgrado

3. ¿Cuál es su ocupación?

- 1) Ama de casa 2) Estudiante 3) Comerciante 4) Empleada
5) Desempleada 6) Profesional 7) Otra

4. ¿Cuál es su religión?

- 1) Católica 2) Testigos de Jehová 3) Evangélica 4) Pentecostés
5) Protestante 6) Judía 7) Ortodoxa 8) Budista 9) Islámica
10) Santería 11) Ateo 12) Otra

5. ¿Cuál es su estado civil?

- 1) Soltera 2) Unión libre 3) Casada 4) Divorciada 5) Viuda



6. ¿Cuál es la escolaridad de su pareja?

- 1) Ninguna 2) Primaria 3) Secundaria 4) Bachillerato/Técnico
5) Licenciatura 6) Posgrado 7) No aplica

7. ¿Cuál es la ocupación de su pareja?

- 1) Hogar 2) Estudiante 3) Comerciante 4) Empleado
5) Profesional 6) Desempleado 7) Otro 8) No aplica

8. ¿Cuántas veces ha estado embarazada incluyendo partos, cesáreas y abortos?

9. ¿Cuántos hijos tiene?

10. ¿Ha tenido relaciones sexuales después del nacimiento de su bebé o aborto?

- 1) Sí 2) No

11. ¿Cuántos días después del nacimiento de su bebé (o aborto), tuvo nuevamente relaciones sexuales?

12. ¿Cuántas veces al mes tiene relaciones sexuales?

13. ¿Sus relaciones sexuales son satisfactorias (tiene orgasmos)?

- 1) Sí 2) No 3) No sé

14. ¿Recibió información en el Centro de Salud sobre métodos de planificación familiar durante su último embarazo?

- 1) Sí 2) No

15. ¿A través de que medio recibió la información en el Centro de Salud?

- 1) Médico 2) Enfermero 3) Trabajador social 4) Otro 5) No aplica

16. ¿En qué área del Centro de Salud recibió la información?

- 1) Consultorio 2) Aula 3) Sala de espera 4) Módulo de informes



5) Otro

6) No aplica

17. Si no recibió información en el Centro de Salud, ¿De qué forma obtuvo la información?

1) Familiar 2) Otra institución de salud 3) Comunidad

4) Televisión 5) Radio 6) Internet 7) Redes sociales

8) Aplicación de teléfono 9) Otra 10) No aplica

18. ¿Utilizó algún método anticonceptivo después de su último embarazo?

1) Si 2) No

19. ¿Cuál método anticonceptivo utilizó?, (en caso de utilizar más de uno, marque el principal)

1) Condón 2) Pastillas anticonceptivas 3) Implante subdérmico

4) DIU 5) Inyección 6) Salpingoclasia u Oclusión tubaria bilateral

7) Vasectomía 8) Coito interrumpido 9) Abstinencia

10) Ritmo 11) Lactancia 12) Billings o moco cervical

13) Temperatura 14) Parche 15) Píldora del día siguiente

16) Anillo vaginal 17) Capuchón cervical 18) Diafragma

19) Espermicida 20) Ninguno 21) No aplica

20. ¿Sabe su pareja que utiliza o utilizó algún método anticonceptivo después del nacimiento de su bebé o aborto?

1) Si 2) No 3) No aplica

21. ¿Influyó su pareja en la decisión de usar un método anticonceptivo?

1) Si 2) No 3) No aplica

Anexo 2. Autorización de la investigación



CDMX
CIUDAD DE MÉXICO

México, D.F., 13 de abril del 2018.

ASUNTO: Autorización.

R3MF ANA KAREN ZALDIVAR PEÑA
PRESENTE

En relación a su escrito donde solicita se le autorice llevar a cabo la aplicación del instrumento de recolección de datos del proyecto e investigación titulado: "Impacto de la consejería en el uso de un método anticonceptivo, posterior al evento obstétrico, en mujeres que acuden a este Centro de Salud, le informo que no existe ningún inconveniente en que lleve a cabo dicha actividad, solicitándole tenga a bien dirigirse con su asesor responsable la Dra. Consuelo González Salinas.

Sin otro particular, reciba un cordial saludo.

ATENTAMENTE

M.C.M.A.H. AMALIA NÚÑEZ SOTELO
JEFE DE UNIDAD DE AT'N. MÉDICA DEL
C.S. DR. JOSÉ CASTRO VILLAGRANA

smph



SECRETARÍA DE SALUD
SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA DEL DISTRITO FEDERAL
JURISDICCIÓN SANITARIA TLALPAN
C. S. Dr. José Castro Villagrana

Carrasco y Coapa S/N, Col. Toriello Guerra, C.P. 14050
Del. Tlalpan, Tel. 50 38 17 00 ext. 7650, 7651, 7652

df.gob.mx
salud df north mx

