



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 41, IMSS

**“RELACION ENTRE CATEGORIZACION DE METODOS
ANTICONCEPTIVOS Y RIESGO REPRODUCTIVO EN MUJERES DE
EDAD REPRODUCTIVA DE LA UMF 41”**

P R E S E N T A

DRA. ADILENE PIEDAD OLAYO JAIMES
adiolaja07@gmail.com

T E S I S

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

**DIRECTOR DE TESIS:
DR. FRANCO POSADAS MAURICIO
MEDICO FAMILIAR**

**UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 41
IMSS
CIUDAD DE MÉXICO**

JULIO 2024

Facultad de Medicina





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).

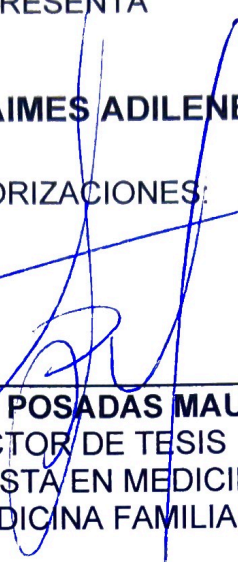
El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**“RELACION ENTRE CATEGORIZACION DE METODOS
ANTICONCEPTIVOS Y RIESGO REPRODUCTIVO EN MUJERES DE
EDAD REPRODUCTIVA DE LA UMF 41”**


QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR.
PRESENTA

DRA. OLAYO JAIMES ADILENE PIEDAD

AUTORIZACIONES:



DR. FRANCO POSADAS MAURICIO
DIRECTOR DE TESIS
MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
MÉDICO ADSCRITO DE MEDICINA FAMILIAR DE LA UMF NO. 64




DR. GARCIA MARTINEZ ACHO FEDERICO
ASESOR METODOLOGICO
MÉDICO EPIDEMIOLOGO
MÉDICO ADSCRITO DE MEDICINA FAMILIAR DE LA UMF NO. 15

VoBo



DRA. FATIMA AGUILAR MORALES
DIRECTORA DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO.41

VoBo



DRA. MACEDONIA GUADALUPE MORENO TOVAR
COORDINADORA DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO.41

VoBo



DRA. MARIA CRISTINA RODRIGUEZ ESPINOSA
PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION MEDICA
DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 41



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud 3511
LI 002 FUNDACIÓN MUM 14

Registro COFEPRIS 19 CE 09 007 832
Registro COBIOÉTICA COMBIOÉTICA 09 CEI 012 201893

FECHA Miércoles, 30 de noviembre de 2022

M.E. ACHO FEDERICO GARCIA MARTINEZ


PRESENTE

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **RELACIÓN ENTRE CATEGORIZACIÓN DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS Y RIESGO REPRODUCTIVO EN MUJERES DE EDAD REPRODUCTIVA DE LA UMF 41** que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A P R O B A D O**.

Número de Registro Institucional
R-2022-3511-055

De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar en junio de cada año un informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo a su cargo. Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario, requerirá solicitar la reaprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

ATENTAMENTE,


Dr. ANDRÉS LEÓN SANTAMARÍA
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 3511

Impreso

IMSS
SEGURIDAD Y SALUD PARA TODOS

Contenido

IDENTIFICACIÓN DE AUTORES	4
RESUMEN	6
MARCO TEÓRICO	8
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	23
JUSTIFICACIÓN	21
OBJETIVOS DEL ESTUDIO	24
HIPÓTESIS	25
MATERIAL Y MÉTODOS	26
. Lugar donde se realizará el Estudio	26
Diseño de estudio:	26
Periodo de recolección de datos	26
Universo de trabajo	26
Criterios de selección:	27
Criterios de inclusión	27
Criterios de no inclusión	27
Criterios de eliminación	27
Tamaño de la muestra	27
Técnica de recolección de la muestra	28
Operacionalización de variables	29
Variable Independiente	40
Variable dependiente	41
Descripción general del estudio	42
Instrumentos:	43
Plan estadístico	43
RECURSOS FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD	44
Recursos humanos:	44
Materiales:	44
Recursos financieros	44
Factibilidad	44
ASPECTOS ÉTICOS:	45
Código Núremberg	45
Declaración de Helsinki	46
Informe de Belmont	46
Reglamento a la ley General de Salud en Materia de Investigación	47
NORMA Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012 53	48
Criterios de Ezekiel Emanuel	48
Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de Particulares	49
Confidencialidad	49

Riesgos y beneficios	49
Privacidad	50
RESULTADOS	51
ANÁLISIS	68
DISCUSIÓN	70
CONCLUSIONES	71
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	73
ANEXOS	80

IDENTIFICACIÓN DE AUTORES

Investigador responsable: Mauricio Franco Posadas.

Matricula: 98165722

Adscripción: Unidad de Medicina Familiar con Unidad Médica de Atención Ambulatoria número 64.

Área de trabajo: Consultorio

Teléfono: 5558987930 ext. 51455

Correo electrónico: mauricio.franco@imss.gob.mx

Investigadores asociados

Nombre del investigador: Acho Federico García Martínez.

Matricula: 98313048

Adscripción: Unidad de Medicina Familiar número 15.

Área de trabajo: Epidemiología

Teléfono: 55 23 71 21 40

Correo electrónico: acho.garcia@imss.gob.mx

Investigador principal: Olayo Jaimes Adilene Piedad

Matricula: 97352468

Adscripción: Unidad de Medicina Familiar Numero 41 Fortuna

Área de trabajo: Coordinación de Educación e Investigación en Salud.

Teléfono: 5523754538

Correo electrónico: adiolaja07@gmail.com

DEDICATORIA

A Crhonos

RESUMEN

RELACIÓN ENTRE CATEGORIZACIÓN DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS Y RIESGO REPRODUCTIVO EN MUJERES DE EDAD REPRODUCTIVA DE LA UMF 41.

Investigadores: Olayo Jaimes Adilene Piedad¹, Posadas Franco Mauricio², García Martínez Acho Federico³ ¹Médico residente de 2do año de la especialidad de Medicina Familiar. ²Médico especialista en medicina Familiar. ³Médico especialista en epidemiología.

Introducción: La implementación eficiente de programas como la planificación familiar es una estrategia para disminuir la mortalidad materna. Se deberá ofrecer una atención primaria oportuna y adecuada de los diferentes métodos anticonceptivos, valorando el riesgo reproductivo de cada paciente y evaluando el anticonceptivo que mejor se adapte a sus expectativas reproductivas sin causar daño a largo plazo.

Objetivo: Relacionar la categorización de métodos anticonceptivos y riesgo reproductivo en mujeres de edad reproductiva en la UMF 41.

Material y métodos: Se llevó a cabo un estudio transversal, observacional y analítico de febrero a junio de 2023, entrevistando a 383 mujeres de 15 a 49 años derechohabientes del IMSS. Se recopilaron datos sociodemográficos y antecedentes personales a través de la historia clínica. Se clasificó el riesgo reproductivo en alto y bajo, y los métodos anticonceptivos en categorías 1 y 2 (sin restricciones) y 3 y 4 (riesgo supera beneficio).

Resultados: Las características sociodemográficas de la población el 98.9% de la población viven en área urbanizada, el 51.8% tiene preparatoria terminada, el 27.6% son obreras/ayudantes generales, el 43.7% fueron solteras, 64.0% profesaban la religión católica. La edad promedio fue de 30.7 años. El 71.1% de la población estudiada utilizaba un método anticonceptivo, siendo el más común el DIU Cu (20.3%). El 21.6% de las mujeres no usaba ningún método anticonceptivo. El 58% de las mujeres presentaban un alto riesgo reproductivo. No se encontró relación estadísticamente significativa con los antecedentes personales patológicos y el riesgo reproductivo. Se encontró asociación estadísticamente significativa con el antecedente de cardiopatía y el uso teórico de métodos anticonceptivos.

Conclusiones: En este estudio a pesar de la diversidad en la elección de métodos anticonceptivos, los resultados revelan la ausencia de asociaciones estadísticamente significativas de los antecedentes personales patológicos y no patológicos con el riesgo reproductivo. Este hallazgo sugiere que la eficacia y la seguridad de los métodos anticonceptivos no pueden ser comprendidas completamente sin considerar el entorno sociodemográfico, antecedentes personales patológicos, como enfermedades crónicas y condiciones ginecológicas.

Palabras Claves: Categorización de métodos anticonceptivos, métodos anticonceptivos/continuación anticonceptiva/ riesgo reproductivo.

MARCO TEÓRICO

La Organización Mundial de la Salud (OMS) implementa programas de planificación efectivos que brindan atención primaria y preventiva a las mujeres para reducir la mortalidad materna. Esto permite la detección temprana de embarazos de riesgo y obstáculos, garantiza que los embarazos y partos sean planificados y sin complicaciones, permitiendo la detección temprana de embarazos de riesgo y obstáculos, y asegurando que las intervenciones necesarias se realicen de manera adecuada y oportuna¹.

Según el programa de acción específica de salud sexual y reproductiva, cuatro causas principales de muerte materna a nivel mundial son hemorragia posparto, sepsis puerperal, enfermedad hipertensiva del embarazo y abortos inseguros. Estas causas representan el 55% de las muertes maternas en México. Del total de muertes maternas, el 77% se deben a causas directas como las mencionadas, mientras que el 23% se relacionan con enfermedades preexistentes, entre ellas problemas de salud mental, como el suicidio².

Es muy importante reconocer que los derechos reproductivos influyen en el desarrollo de las comunidades, por lo tanto, de las naciones; como individuos y parejas se tiene acceso al derecho de decidir espaciamiento, número de hijos, método de planificación familiar etc., sin presión ni discriminación. Se sabe que una de las medidas más rentables y efectivas en salud pública es la consejería sobre anticoncepción. Esta debe ser ofrecida de manera oportuna y personalizada, ya que tiene un impacto positivo en la salud materna, reduce el número de abortos inseguros y las infecciones de transmisión sexual, disminuyendo así la morbilidad materna^{2,3}.

En la conferencia internacional sobre la población y el desarrollo de 1994, la OMS definió la salud reproductiva como un estado general de Bienestar físico, mental y social, es decir, la ausencia de cualquier enfermedad, infección, dolencia o trastorno relacionado con los órganos genitales, que garantice su anatomía y fisiología adecuadas³.

La Organización Mundial de la Salud define la anticoncepción como la medida voluntaria para evitar el embarazo por medios naturales o artificiales. Las

diferentes formas de anticonceptivos permiten a las personas tomar decisiones para evitar embarazos no deseados, lo que afecta directamente la calidad de sus vidas⁴.

En México, los servicios de planificación familiar fomentan el uso de métodos anticonceptivos tanto temporales como permanentes, adaptados a las necesidades individuales, expectativas reproductivas y condiciones de salud. Se pone especial atención en las mujeres con alto riesgo reproductivo, respetando su derecho a elegir de manera libre, voluntaria e informada, para planificar el embarazo sin añadir riesgos adicionales. Esto contribuye a la reducción de la morbilidad materna y perinatal⁵.

Para el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) la consulta preconcepcional es una atención dirigida a toda mujer que planea embarazarse en un tiempo menor a 6 meses, la que tiene factores de riesgo reproductivo y la usuaria de anticoncepción que no está acorde a su condición de salud sistematizando actividades definidas con una evaluación integral⁵.

Según la Norma Oficial Mexicana 005 de Servicios de Planificación Familiar, el riesgo reproductivo de una mujer en edad fértil es la probabilidad de que ella y su progenitor puedan padecer enfermedad, lesión o muerte.⁶

El programa de acción específica de salud sexual y reproductiva informa que el 70% de las mujeres en edad reproductiva en Europa, Norteamérica, América Latina y el Caribe utilizan métodos anticonceptivos. Sin embargo, aproximadamente el 44 % de los embarazos son no deseados y el 56 % son interrumpidos. En Estados Unidos, se calcula que el 88.2% de las mujeres de entre 15 y 44 años utilizan al menos un método anticonceptivo. En México, la prevalencia del uso de anticonceptivos es del 75% entre las mujeres sexualmente activas de entre 15 y 49 años.^{2,7}

De acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e informática (INEGI) informo para 2018 que en México las mujeres de 15 a 49 años en el 98.6% tienen de conocimiento al menos un método de planificación familiar, el 95.6% sabe el uso correcto, el 69.2% refiere que ha utilizado técnicas naturales o artificiales como método de anticoncepción pero solo el 53.4% utilizaban algún método.

En el país, la edad promedio de inicio de las relaciones sexuales es de 17.5 años para hombres y mujeres. Solo el 39.9% usaron algún método

anticonceptivo en su primer encuentro sexual. Dentro del grupo de mujeres de 15 a 19 años, solo el 59.9% informó haber utilizado algún tipo de anticonceptivo. La Encuesta Nacional sobre la Dinámica Demográfica (ENADID) de 2018 reveló que 11 de cada 100 mujeres sexualmente activas de entre 15 y 49 años no estaban usando ningún método anticonceptivo, a pesar de no querer tener más hijos o desear posponer su próximo embarazo⁸.

Durante la emergencia sanitaria en 2020 se afectó la disponibilidad de los servicios de salud sexual, los recursos y equipamiento, la demanda y acceso a los servicios de planificación familiar, lo que se reflejó en un aumento de embarazos no intencionados. En cifras comparando el año 2019 y el 2020, el número de usuarias activas de métodos anticonceptivos disminuyó un 10.3% y el número de nuevas usuarias tuvo una reducción porcentual de 32.1%, las mujeres que optaron por un método anticonceptivo post evento obstétrico representó una caída del 66.4%, las mujeres que decidieron la planificación quirúrgica definitiva representó una caída del 37.9%, respecto a las consultas de primera vez y subsecuentes en los servicios de planificación familiar para adolescentes representaron una caída del 41.6%, se ha incrementado las necesidades insatisfechas de anticoncepción del 20%, por lo tanto se obtuvieron 145 719 embarazos no planeados entre mujeres de 15 a 49 años^{9,10}.

En los lineamientos técnicos para la prescripción y uso de métodos anticonceptivos, se establece una serie de recomendaciones para una adecuada prescripción en los servicios de salud. Entre ellas, se indica que los anticonceptivos deben ofrecerse de manera sistemática a todas las personas en edad reproductiva, proporcionando información y orientación sin discriminación, respetando sus derechos sexuales y reproductivos. Se debe brindar orientación y consejería sobre los métodos anticonceptivos para que las decisiones sean informadas, autónomas y voluntarias. Además, es necesario evaluar el riesgo reproductivo de todas las mujeres en edad fértil, de 15 a 49 años, considerando enfermedades concomitantes y proporcionando información sobre la postergación del embarazo¹¹.

Es crucial asegurar el consentimiento informado y firmado, resultado de una elección libre e informada, y facilitar el inicio rápido del método elegido, siempre que se tenga certeza de que la mujer no está embarazada.¹¹.

En México se ofrecen diferentes métodos anticonceptivos; los anticonceptivos hormonales que incluyen el implante, el dispositivo intrauterino (DIU) hormonal, inyectables, píldoras, parche y anillo vaginal. Los métodos no hormonales como son; DIU de cobre, condón masculino, condón femenino, diafragma con espermicida, capuchón cervical con espermicida y espermicida. Los métodos naturales, como el coito interrumpido o el método del ritmo, están incluidos. Finalmente, los métodos anticonceptivos permanentes, como la vasectomía y la ligadura tubárica (también conocida como salpingoclasia)¹².

Los anticonceptivos combinados (orales, inyectables, parches y anillo vaginal), los inyectables combinados, contienen una progestina y un estrógeno natural (estradiol), constituyen un método reversible, previenen la ovulación en un 99%, su efecto anticonceptivo se alcanza 7 días después de su inicio, se prescriben una vez al mes lo que facilita un buen apego. Estos permiten que la concentración de estrógenos descienda y origine el sangrado por deficiencia hormonal, después de su suspensión existe rápido retorno a la ovulación, tienen el mejor perfil metabólico y menor riesgo de trombosis. Los efectos adversos más comunes fueron cambios en el patrón de sangrado en los primeros meses de tratamiento. Respecto al peso, si la paciente altera su dieta, no debería suponer una variación en el peso corporal inicial¹³.

Anticonceptivos orales e inyectables con solo progesterona alcanzan su efecto anticonceptivo a las 48 horas y a los 7 días respectivamente, se incluyen los implantes subdérmicos; su mecanismo de acción es inhibir la ovulación, a nivel de endometrio impide la proliferación endometrial induce una transformación secretora precoz, en las trompas altera la motilidad y la secreción del epitelio tubárico, también induce la transformación del moco cervical aumentando su densidad, volviéndolo escaso, espeso y desfavorable para la movilidad de los espermatozoides. Este tipo de anticonceptivos también se utiliza para tratar otras patologías como sangrado uterino anormal, anemia ferropénica, dismenorrea, endometriosis, miomas, enfermedad pélvica inflamatoria y tienen efecto protector contra el cáncer de ovario y endometrio. Los efectos adversos más comunes son alteraciones en el sangrado menstrual, náuseas, cefalea, acné, disminución de la libido, cambios en el estado de ánimo, cambio de peso, quistes ováricos funcionales, mastalgia y disminución de la densidad mineral ósea¹⁴.

Se realizó un estudio para evaluar la percepción que tienen los jóvenes de los posibles beneficios de tres métodos anticonceptivos (condones, píldoras anticonceptivas y píldoras del día después) para evitar embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual. Se encuestaron a 145 estudiantes de pregrado, 76% mujeres y 24% hombres, se concluye que los condones tienen buena aceptación como protección contra infecciones de transmisión sexual y por no tener reacciones secundarias, respecto a las píldoras, están mejor valoradas con respecto a los sentimientos de placer. La píldora del día después se asocia negativamente con la protección contra el embarazo¹⁵.

Con el objetivo de evaluar el acceso de la población masculina a los métodos de planificación familiar, Wesley Gomes y colaboradores realizaron un estudio bibliográfico, descriptivo e integrador, donde realizaron una búsqueda bibliográfica en varias bases de datos, encontrando 1725 artículos, seleccionando 122 y finalmente seleccionando 37, los cuales evidenciaron que la mayoría de estos estudios fueron realizados en países en vías de desarrollo, donde las dificultades de acceso a la salud sexual masculina reflejaban una baja adherencia a la vasectomía. Esta búsqueda demostró que existe una correlación directa entre la cantidad de información brindada y la baja adherencia a la vasectomía. Concluyendo que la existencia de barreras debe ser transpuesta, incluyendo los aspectos culturales marcados por el machismo, también por la provisión de servicios capaces de acoger, esclarecer y apropiar a los hombres la decisión el control de la natalidad¹⁶.

Para regular, orientar y recomendar la prescripción de métodos anticonceptivos la OMS implementó los criterios de elegibilidad para que estos se otorguen de manera segura y eficaz en las mujeres que tienen diversas condiciones médicas, como son; VIH, infecciones de transmisión sexual, enfermedad pélvica inflamatoria, sepsis, posparto y lactancia, nuliparidad, adolescencia, sangrado transvaginal, fibromas uterinos, neoplasia cervical, cáncer cervical, enfermedades hepáticas, tromboembolismo venoso, cardiopatías, hipertensión, obesidad, diabetes, tabaquismo, cefalea y medicamentos¹⁷.

Todo con el objetivo de mejorar la calidad del tratamiento anticonceptivo y asegurar la seguridad del paciente y promover su uso continuo. Las recomendaciones de la OMS para comenzar a utilizar métodos anticonceptivos son para los métodos más comunes como son; anticonceptivos orales

combinados (AOC); píldoras, parches, anillo, inyectables, anticonceptivos orales con solo progestágeno, anticonceptivos inyectables con progestágeno, implantes, DIU con levonogestrel y DIU de cobre¹⁷.

De acuerdo con estos criterios se obtienen 4 categorías de uso:

categoría 1. No hay contraindicación para hacer uso del método anticonceptivo.

categoría 2. El beneficio de usar el método anticonceptivo supera el riesgo en la teoría y como manifestación clínica.

categoría 3. El riesgo en la teoría y como manifestación clínica aventaja los beneficios del uso del método.

categoría 4. Si se utiliza un método anticonceptivo específico, el riesgo se considera admisible para la salud.

Las categorías 1 y 2 consideran que el método anticonceptivo es recomendable, las categorías 2 y 3 requieren un mayor seguimiento y criterio clínico más minucioso, y las categorías 3 y 4 indican que el método no debe utilizarse¹⁷.

Dentro de las categorías hay condiciones especiales a las cuales se les asigna una letra y puede cambiar la categorización del método. Las letras son las siguientes:

A. Si la condición surge durante el periodo de tiempo que se utilice el método anticonceptivo, este puede continuar usándose durante el periodo de tratamiento.

B. Si existe la posibilidad de estar expuesto a infecciones de transmisión sexual como la gonorrea o la clamidia=3

C. Si la paciente curso con enfermedad pélvica inflamatoria en un periodo de tiempo previo a la consulta, todos los métodos= 1, incluso se considera el DIU.

D. Si la conclusión del embarazo es menor a tres semanas, la paciente en cuestión no se encuentra en periodo de lactancia y no existen otros factores de riesgo para tromboembolismo venoso (TEV)=3

E. Si la paciente posterior a la conclusión del embarazo no se encuentra lactando=1. Si el embarazo finaliza entre tres y seis semanas y no se encuentra amamantando y no hay otros factores de riesgo que causen TEV=2, y hay otros factores de riesgo que causen TEV=3. Si el periodo de postparto es mayor a seis semanas y la paciente en cuestión no se encuentra lactando=1

E. Si la cavidad uterina no permite la inserción debido a alguna característica anatómica=4

F. Se refiere a la presencia de un adenoma hepatocelular (sin malignidad) o a un carcinoma con malignidad.

G. Si hay un adenoma hepatocelular benigno, el anticonceptivo inyectable combinado (AIC) es 3 y si hay un carcinoma =3/4.

H. Anticonceptivo inyectable combinado=3

I. Si está en tratamiento con medicamentos anticoagulantes=2

J. Si surge una condición mientras el paciente se encuentra usando el método, se debe considerar cambiar por un método anticonceptivo no hormonal.

K. Si la paciente cuenta con factores de riesgo, como: edad materna avanzada, fuma, padece alguna enfermedad crónica degenerativa como diabetes, hipertensión, obesidad e hipercolesterolemia o hipertrigliceridemia.

L. Si la paciente no cuenta con historia clínica de hipertensión arterial sistémica y no existen los recursos materiales para medir la presión arterial, se pueden utilizar todos los métodos anticonceptivos. Se permite que pueda estar elevada la presión arterial, ya sea la sistólica o diastólica.

Si la paciente en cuestión tiene menos de 18 años y padece de obesidad, se puede utilizar medroxiprogesterona (AMPD) o noretisterona (EN-NET)=2

M. Si la paciente tiene como enfermedad diabetes en cualquiera de sus presentaciones, dependiente o no dependiente de insulina, si padece complicaciones o más de 20 años de evolución, usa anticonceptivo oral combinado (AOC), hace uso de parche anticonceptivo combinado (PAC), hace uso de anillo vaginal combinado (AVC), AIC=3/4; AMPD, EN-NET=3

N. Si la paciente en cuestión consume menos de 15 cigarrillos al día, AIC=2. Si la paciente consume más de 15 cigarrillos durante el día, AOC/PAC/AVC=4

O. Si la paciente padece crisis convulsivas con aura, presenta síntomas neurológicos focales, como fosfenos que aparecen y desaparecen. Si no tiene presencia del aura tiene menos de 35 años de edad, AOC/PAC/AVC, AIC=2, anticonceptivo oral con progestágeno solo (AOPS)=1. Si la paciente no tiene

aura y tiene más de 35 años, AOC/PAC/AVC, AIC=3, AOPS=1

P. Si la paciente consume medicamentos como barbitúricos, carbamazepina, oxcarbazepina, fenitoína, primidona o topiramato como parte de su tratamiento médico AIC=2

Q. Si la paciente en cuestión utiliza lamotrigina como parte de algún tratamiento =1W.AIC=2

R. Si la paciente en cuestión se encuentra en terapia antirretroviral: AOC/PAC/AVC, AIC, AOPS, EN-NET, Implantes=2, AMPD=1. Para todos los ATIAN, ATR, RPV, RAL, cada método=1.

Y. si la paciente se encuentra en cualquiera de los estadios 3 o 4 de la OMS, que indica una enfermedad clínica por VIH grave o avanzada, el DIU =3.¹⁸.

Al examinar las variables relacionadas con la elección de un método anticonceptivo en una población rural de Ecuador, el grupo de edad con mayor proporción es el conformado entre los 26 a 30 años (34.3%), seguido del grupo de edades entre 31 y 35 años (28.5%); al examinar la muestra respecto al sexo, las mujeres acuden a los servicios de planificación familiar con mayor proporción (75.7%); en cuestión social como la creencia religiosa, la mayor proporción de encuestados refirió ser practicante del catolicismo (81.4%); respecto al estado civil, la mayor proporción fueron casados (46.4%) seguido de los solteros (29.3%); cuanto a su escolaridad de la población estudiada en 42.9% tuvo un nivel académico medio (secundaria) y el 35.7% primaria. La mayor parte de la población trabaja en el campo con un 26.4%, seguido de empleo público con un 23.6%. Refiere que el 75.7% de la población estudiada utiliza alguna técnica anticonceptiva. Respecto a la decisión del uso de métodos anticonceptivos el 72.1% respondieron que el responsable de la planificación familiar es la pareja, pero el 62.9% respondieron que en la elección del método el acuerdo fue mutuo. Por presión social el 24.3% respondieron que utilizan algún método anticonceptivo casi siempre y el 11.4% siempre. Se llega a la conclusión de que los principales factores de elección de un método anticonceptivo son los educativos, económicos, religiosos y del entorno familiar¹⁹.

Campero Lourdes y colaboradores llevaron a cabo un estudio cualitativo mediante el análisis de contenido de 21 entrevistas realizadas a personal de salud de instituciones que atienden a población sin seguridad social en la Ciudad de México y Morelos entre 2020 y 2021. El estudio tenía como objetivo identificar cómo se implementa la estrategia de anticoncepción después de un evento obstétrico y analizar las barreras, acciones y sugerencias para prevenir embarazos subsecuentes en la adolescencia. De los 21 participantes, 17 fueron mujeres y 4 hombres, con una edad promedio de 37 años, 10 de los entrevistados trabajaban en segundo nivel y conocían las normas oficiales mexicanas para su práctica clínica, pero el 50% de los informantes dijeron que no habían recibido capacitación sobre embarazos adolescentes, encontrando que el personal de salud no cuenta con un criterio unificado en cuanto a la recomendación sobre métodos anticonceptivos y anticoncepción post evento obstétrico para adolescentes. Los participantes están de acuerdo en que la mejor manera de garantizar que las mujeres no tengan un periodo intergenésico corto es promover el uso de anticonceptivos reversibles de acción prologada, como el implante y el DIU (T de cobre o hormonal). Mencionaron que en los tres niveles de atención, todas las mujeres menores de 20 años que inician su primer embarazo en algún momento de la atención reciben consejería y acceso a métodos anticonceptivos²⁰.

Este artículo concluye mencionando las barreras que existen a nivel nacional para la implementación adecuada de la anticoncepción post evento obstétrico, como son barreras del ámbito personal y familiar, sin embargo, el personal de salud debe tomar medidas para superar estas dificultades y unificar la atención para prevenir embarazos subsecuentes en adolescentes²⁰.

Batyra Ewa realizó un estudio utilizando las encuestas demográficas y de salud de Colombia (2010) y Perú (2012) para identificar las relaciones entre los métodos anticonceptivos usados antes del embarazo y en el posparto, y cómo estas relaciones variaban entre mujeres con partos planeados y no planeados. Se analizaron datos de 23,888 mujeres colombianas y 23,888 peruanas; finalmente, se investigaron 13,373 colombianas y 7,425 peruanas de 15 a 49 años durante un período de seguimiento de 5 meses²¹.

Los resultados mostraron que el 55% de las mujeres en Colombia y el 57% en Perú tuvieron un último nacimiento no planeado. En ambos países, la planificación estuvo relacionada con características demográficas y socioeconómicas: el 63% de las mujeres sin escolaridad en Colombia y el 73% en Perú reportaron nacimientos no planeados. La probabilidad de un nacimiento no planeado fue mayor entre mujeres indígenas, en hogares menos ricos, en áreas rurales, solteras, o con intervalos cortos entre nacimientos²¹.

Las mujeres más jóvenes y de mayor edad, y aquellas con más hijos, tuvieron una mayor probabilidad de nacimientos no planeados. En Colombia, después de un embarazo no deseado, muchas mujeres cambiaron a métodos anticonceptivos más efectivos. Sin embargo, el 51% de las mujeres que usaban métodos más efectivos cambiaron a métodos menos efectivos tras un embarazo no planeado, en comparación con el 42% de aquellas con un embarazo planeado²¹.

En Perú, el 49% de las mujeres con un nacimiento no planeado usaron un método tradicional o de barrera antes del embarazo. Ninguna de las mujeres que usaba un DIU o implante antes de un embarazo no planeado volvió a utilizar estos métodos o la esterilización posparto. Además, el 26% de las mujeres con un nacimiento no planeado continuaron sin usar ningún método anticonceptivo, en comparación con el 19% de aquellas con un nacimiento planeado. Según el autor, los resultados sugieren que un nacimiento no planeado está relacionado con un cambio en el comportamiento anticonceptivo en Colombia y Perú²¹.

González Portales y colaboradores realizaron una revisión bibliográfica en 2016, abarcando bases de datos en español entre 2010 y 2015, sobre el riesgo preconcepcional y su relación con la salud materna. Encontraron que este riesgo está influido por factores biológicos, psicológicos y sociales. Identificaron factores como obesidad, bajo peso, enfermedades crónicas no controladas, intervalos cortos entre partos, edades extremas y condiciones de vida paupérrimas como determinantes del riesgo preconcepcional, los cuales afectan el desarrollo del embarazo y aumentan la probabilidad de morbilidades y mortalidad²².

Sánchez Gaitán detalló que los factores de riesgo para complicar un embarazo incluyen la edad materna, dividiendo la adolescencia en tres fases: temprana (10-13 años), media (14-16 años) y tardía (17-19 años). El embarazo adolescente está asociado con un mayor riesgo de hipertensión, parto pretérmino, parto prematuro, crecimiento intrauterino retardado, bajo peso al nacer, anemia, mayor incidencia de cesáreas y partos complicados²³.

Figueroa Fonseca y colaboradores realizaron un estudio descriptivo de corte transversal entre septiembre de 2018 y febrero de 2019 con una muestra de 126 pacientes seleccionadas intencionalmente. Identificaron factores biopsicosociales asociados al riesgo reproductivo preconcepcional. Los resultados mostraron que el grupo de mujeres menores de 20 años tenía un mayor riesgo reproductivo, con un 30.95%, indicando que la edad es un factor de riesgo significativo para la morbilidad materno-infantil. Entre los antecedentes patológicos personales, el asma bronquial fue el más común con un 26.98%, seguido de la hipertensión arterial con un 22.22%. En cuanto a los antecedentes obstétricos desfavorables, el bajo peso al nacer fue el más prevalente con un 19.04%, seguido también de la hipertensión arterial con un 18.25%.²⁴.

Quintero Paredes llevó a cabo un estudio observacional, descriptivo y transversal en 2019 con 4,772 mujeres en edad fértil (15-49 años) del municipio Pinar del Río, para caracterizar el riesgo reproductivo preconcepcional (RRPC). Mediante encuestas e historias clínicas, se identificaron 848 mujeres (17.8% de la muestra) con RRPC de estas, el 71.7% padecían enfermedades crónicas no transmisibles y el 48% tenía más de una enfermedad, predominando en los grupos de 30-39 años (62.5%) y más de 40 años (94%).

Las principales enfermedades crónicas fueron la malnutrición (46.1%), observada principalmente en mujeres menores de 20 años (30.9%) y de 30-39 años (67.2%); la hipertensión arterial (45.4%), predominante en mayores de 40 años (48%); y el asma bronquial (45%), mayor en el grupo de 20-29 años (76.7%). En términos de riesgos obstétricos, el 45.9% de las mujeres habían tenido abortos provocados, y el 43% presentaba periodos intergenésicos cortos,

predominando en los grupos de 30-39 años (62.9%) y de 20-29 años (58.7%).

El estudio encontró que el 82.2% de las mujeres con RRPC estaban controladas, y el 78.3% utilizaban métodos anticonceptivos de alta eficacia. Sin embargo, el 29.1% de las mujeres menores de 20 años no estaban controladas²⁵.

En el estudio observacional descriptivo de tipo transversal de Carrasco Falcón y colaboradores, que tuvo como principal objetivo identificar los principales obstáculos que enfrentan las embarazadas para acudir a sus consultas de control prenatal, estudiaron 50 mujeres con diabetes y 50 mujeres sin diabetes y se les realizó un cuestionario sobre factores sociales en el embarazo y sobre su conocimiento de la diabetes, obteniendo los siguientes resultados; las pacientes que acudían a su control preconcepcional tenían un trabajo estable, apoyo de pareja y su nivel educativo era alto, se mostró mayor incidencia de abortos previos y un mayor conocimiento de riesgos en el embarazo y estas mujeres tuvieron más complicaciones de la diabetes, monitoreados con mayor frecuencia por el endocrinólogo, a comparación de las pacientes sin atención preconcepcional²⁶.

Álvarez García y colaboradores realizaron un estudio descriptivo con 80 mujeres dispensarizadas y evaluadas como riesgo preconcepcional en el consultorio Médico de la familia No 9 en Campechuela, Cuba, entre octubre de 2016 y abril de 2018. El objetivo fue identificar los factores biopsicosociales asociados al riesgo reproductivo preconcepcional. La información se obtuvo mediante la revisión de historias de salud familiar y una encuesta con 7 preguntas semiabiertas y 1 cerrada.

Los resultados indicaron que el 43.75% de las mujeres eran menores de 20 años, el 33.7% mayores de 35 años y el 22.5% tenían entre 20 y 34 años. El 40% de las mujeres tenía un nivel de escolaridad preuniversitario no terminado, seguido por un 30% con nivel universitario. En cuanto a la ocupación, el 35% eran trabajadoras, el 32.5% estudiaban y el 32.5% eran amas de casa. Predominó el estado civil de solteras (43.75%), seguido por las que tenían unión consensual (26.25%). En cuanto a los métodos anticonceptivos, el preservativo fue

el más usado con un 42.5%, seguido por los hormonales orales con un 37.5%. El estudio mostró que la edad es un factor de riesgo presente en el 77.7% de las mujeres con riesgo reproductivo. La edad óptima para la procreación varía según diferentes autores entre los rangos de 20-29, 20-24 y 25-29 años.

Llamó la atención de los autores que solo el 2.5% de las mujeres usaban dispositivos intrauterinos (DIU), lo cual difiere de otras investigaciones donde el DIU es el método anticonceptivo más utilizado. En este estudio, el método de planificación familiar más empleado fue el preservativo, destacándose por su alta eficacia, continuidad y fácil acceso de forma gratuita²⁷.

JUSTIFICACIÓN

MAGNITUD: En el 2018 en el país de las mujeres de 15 a 49 años, el 98.6% conocen como mínimo un método anticonceptivo, el 69.2% han utilizado alguna vez un método anticonceptivo, el 53.4% usaban en ese momento algún método anticonceptivo, el 39.9% utilizaron algún método anticonceptivo en su primera relación. Los datos de la encuesta Nacional sobre la Dinámica Demográfica (ENADID) del 2018, revelaron que 11 de cada 100 mujeres de 15 a 49 años sexualmente activas no estaban utilizando algún método anticonceptivo, esto aun cuando no querían tener más hijos o deseaban posponer su próximo embarazo⁸.

En cifras comparando el año 2019 y el 2020, el número de usuarias activas de métodos anticonceptivos disminuyó un 10.3% y el número de nuevas usuarias tuvo una reducción porcentual de 32.1%, las mujeres que optaron por un método anticonceptivo post evento obstétrico representó una caída del 66.4%, las mujeres que decidieron la planificación quirúrgica definitiva representó una caída del 37.9%, respecto a las consultas de primera vez y subsecuentes en los servicios de planificación familiar para adolescentes representaron una caída del 41.6%, se ha incrementado las necesidades insatisfechas de anticoncepción del 20%.

TRASCENDENCIA: Una de las estrategias implementadas para disminuir la muerte materna es el uso adecuado de los métodos de planificación familiar; los métodos anticonceptivos, son fundamentales para disfrutar y vivir plenamente de la sexualidad, evitando embarazos, previniendo infecciones de transmisión sexual, regulación del ciclo menstrual, y mejora en calidad de vida. Estos deben brindarse de acuerdo con las necesidades personales, expectativas reproductivas y condición de salud, con énfasis en la mujer con alto riesgo reproductivo, respetando el derecho a la libre expresión, eligiendo de forma voluntaria e informada para planear el embarazo sin exponer a riesgos agregados.

VULNERABILIDAD: La elección del método anticonceptivo en las mujeres en edad reproductiva esta influenciada por factores educativos, económicos, religiosos y barreras en el ámbito personal y familiar que modifican la elección de anticoncepción en las diferentes etapas de la vida, ya sea en la adolescencia o post

evento obstétrico, estas barreras incrementan el riesgo reproductivo a corto plazo.

FACTIBILIDAD: La investigadora cuenta con la experiencia clínica por ser una licenciada en medicina quien sabe realizar historias clínicas y aplicar instrumentos de evaluación, actualmente cursando la especialidad de medicina familiar.

El investigador principal cuenta con experiencia establecida en bioestadística aplicada, encargado del área de epidemiología, cursando la maestría en metodología de la investigación.

Investigador asociado: Cuenta con experiencia clínica, con especialidad en medicina familiar y conocimiento amplio de bioestadística aplicada, actualmente cursando la maestría en metodología de la investigación.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Una estrategia para ofrecer mejor calidad de vida a las mujeres es ofrecer anticoncepción gratuita a todas las solicitantes, pero en la práctica diaria se observa que no se ofrece de manera individualizada ni informada., ya que un método anticonceptivo debería brindarse de acuerdo con el riesgo reproductivo, teniendo en cuenta los riesgos y complicaciones a largo plazo y tomando en cuenta las expectativas reproductivas de la usuaria.

La anticoncepción mejora la calidad de vida de las mujeres al evitar embarazos no deseados, embarazos de alto riesgo y al reducir la necesidad de abortos ilegales. Además, algunos reducen la probabilidad de infecciones de transmisión sexual. También se pueden usar en problemas de salud ginecológica con indicaciones específicas.

Actualmente disponemos de diferentes anticonceptivos: permanentes o reversibles, de diferentes efectos prolongados o de corta acción, se brindan a hombres y mujeres. Por lo tanto, la anticoncepción debe brindarse de forma inocua, eficaz y eficiente para todas las solicitantes.

Los anticonceptivos deberían brindarse de acuerdo con la categorización de criterios de elegibilidad de la OMS los cuales incluyen la presencia de comorbilidades para prevenir complicaciones futuras. Por este motivo, el presente trabajo traza la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la relación entre categorización de métodos anticonceptivos y riesgo reproductivo en mujeres de edad reproductiva?

OBJETIVOS DEL ESTUDIO

Objetivo General:

- Relacionar la categorización de métodos anticonceptivos con riesgo reproductivo en mujeres de edad reproductiva en la UMF 41.

Objetivos específicos:

- Describir las características demográficas (edad, religión, escolaridad, lugar de residencia, ocupación y estado civil) de las mujeres en edad reproductiva en la UMF 41.
- Identificar la frecuencia del uso de métodos anticonceptivos en mujeres en edad reproductiva en la UMF 41.
- Categorizar los métodos anticonceptivos en mujeres en edad reproductiva en la UMF 41.
- Reconocer el riesgo reproductivo mujeres en edad reproductiva en la UMF 41.
- Interpretar la categoría del MPF con variables demográficas en mujeres en edad reproductiva en la UMF 41.
- Comparar el riesgo reproductivo con variables demográficas de mujeres en edad reproductiva en la UMF 41.

HIPÓTESIS

Alternativa: Existe relación estadísticamente significativa con $RMP > 1$ entre la categoría del método anticonceptivo y el riesgo reproductivo en mujeres en edad reproductiva 15-49 años de la unidad de Medicina familiar N° 41.

Nula: No existe relación estadísticamente significativa $RMP = 1$ entre la categoría del método y el riesgo reproductivo en mujeres en edad reproductiva 15-49 años de la unidad de Medicina familiar N° 41.

MATERIAL Y MÉTODOS

. Lugar donde se realizará el Estudio

El presente estudio se llevó a cabo en la Unidad de Medicina Familiar N.41 Fortuna, la cual se ubica en Eje 4 Norte Fortuna, Esquina Rio Bamba, S/N, Delegación Gustavo A. Madero, Colonia Magdalena de las Salinas, Código Postal 07760, Ciudad de México. Esta Unidad de Medicina Familiar se atiende a 176, 727 derechohabientes, cuenta con 28 consultorios, el servicio de atención médica continua, los servicios de estomatología, nutrición, trabajo social, medicina preventiva, rayos X, laboratorio clínico, salud en el trabajo, epidemiología, planificación familiar, farmacia, dirección, administración, coordinación de enseñanza e investigación en salud, archivo clínico, almacén y servicios básicos. El estudio se ejecutó dentro de los 6 meses posteriores a su aprobación por parte de los Comités de Investigación y Ética en Salud correspondientes.

Diseño de estudio:

- **Diseño:** El diseño de la investigación se realizará mediante un estudio transversal, prolectivo, analítico.
- **Control de la maniobra:** Observacional, se presencia los fenómenos sin modificar intencionalmente las variables.
- **Finalidad:** Analítico, se comparan el tipo de método anticonceptivo que utilizan si corresponde a su riesgo reproductivo
- **Temporalidad:** Transversal, solo se realizará una sola intervención en el tiempo.
- **Cronología:** El estudio no cuenta con cronología de los hechos, ya que es transversal y carece de temporalidad.
- **Tipo de población:** Heterodémico.

Periodo de recolección de datos

Del 1° de febrero del 2023 al 30 de agosto del 2023.

Universo de trabajo

Sujetos del sexo femenino en edad reproductiva de 15 a 49 años adscritos a la UMF 41.

Criterios de selección:

Criterios de inclusión

- Sujetos del sexo femenino
- Edad entre 15 a 49 años
- Derechohabientes del IMSS adscritos a la Unidad de Medicina Familiar 41.
- Interesadas en participar en el estudio mediante firma de consentimiento informado.

Criterios de no inclusión

- Mujeres embarazadas.
- Mujeres con histerectomía.
- Mujeres que tengan mayor o igual a un año sin presentar menstruación y que no estén usando un método anticonceptivo.

Criterios de eliminación

- Participantes que, sin importar los motivos que expresen, retiren su participación del estudio.
- Pacientes con cuestionarios ilegibles.
- Pacientes sin firma de consentimiento informado.
- Sujetos que, durante la aplicación de la encuesta, no refieran antecedentes personales patológicos y gineco-obstétricos de forma completa.

Tamaño de la muestra

El tamaño mínimo de muestra se realizó mediante la fórmula para poblaciones finitas, considerando nuestra población total de mujeres en edad reproductiva de 15 a 49 años, registradas hasta julio del 2022 por ARIMAC de la UMF 41, con un total de 43,404 sujetos. Con un error esperado de 0.5, precisión del 5% y una significancia estadística del 95%, tomando en cuenta una prevalencia de 53.4%, equivalente a 0.53, dando como resultado una muestra de **378** sujetos. Se utilizó la siguiente fórmula

Donde:

$$nn = \frac{\sigma}{\sigma dd^2 * (NN - 1) + ZZ^2 * pp * qq}$$

$N = 43,404$ mujeres en edad reproductiva de 15 a 49 años en la UMF 41. $Z_{\alpha} = 1.96$
al cuadrado (IC 95%)

$p = 0.53$ correspondiente a la prevalencia. $q = (1 - \%$ de prevalencia)

$d =$ precisión 0.05

Técnica de recolección de la muestra

Este estudio se realizará, mediante un muestreo probabilístico ya que permite analizar y estudiar grupos específicos de una población estadística, de forma aleatoria.

Operacionalización de variables

Nombre de la variable:	Ocupación.
Definición conceptual:	Clase o tipo de trabajo desarrollado, con especificación del puesto de trabajo desempeñado ²⁸ .
Definición Operacional:	Ocupación laboral principal referida por el sujeto de estudio durante la encuesta.
Tipo de variable:	Cualitativa. Nominal.
Escala de medición:	Polinomial.
Unidad de medición:	<ul style="list-style-type: none"> • Ama de casa • Estudiante • Trabajadora doméstica • Obrera / ayudante general • Técnica • Administrativa • Otro: ____

Nombre de la variable:	Escolaridad.
Definición conceptual:	Periodo en que una persona asiste a la escuela para estudiar y aprender, especialmente el tiempo que dura la enseñanza obligatoria ²⁹ .
Definición Operacional:	Grado de estudio completado que refiera el sujeto al momento de la entrevista.
Tipo de variable:	Cualitativa Ordinal
Escala de medición:	Categorica.

Unidad de medición:	<ul style="list-style-type: none"> • No sabe leer ni escribir • Sabe leer y escribir • Primaria • Secundaria • Bachillerato/preparatoria • Técnico • Licenciatura • Posgrado • Otro: _____
----------------------------	---

Nombre de la variable:	Edad
Definición conceptual:	Tiempo que ha vivido un individuo a partir de su nacimiento ³⁰ .
Definición Operacional:	Años cumplidos hasta la fecha actual referida por los sujetos de estudio.
Tipo de variable:	Cuantitativa. Discreta
Escala de medición:	Numérica
Unidad de medición:	Años cumplidos

Nombre de la variable:	Peso
Definición conceptual:	Cantidad de masa que alberga el cuerpo de una persona ³¹ .
Definición Operacional:	Se refiere al peso que se obtenga del último registro de su cartilla Nacional de Salud.
Tipo de variable:	Cuantitativa Continua
Escala de medición:	
Unidad de medición:	En kilogramos

Nombre de la variable:	Talla
Definición conceptual:	Es la altura que tiene un individuo en posición vertical desde el punto más alto de la cabeza hasta los talones en posición de firmes, se mide en centímetros (cm) ³² .
Definición Operacional:	Se refiere a la talla que se obtenga del registro de su cartilla Nacional de Salud.
Tipo de variable:	Cuantitativa Continua
Escala de medición:	
Unidad de medición:	En metros

Nombre de la variable:	Estado Civil
Definición conceptual:	Situación personal en que se encuentra o no una persona física en relación con otra, con quien se crean lazos jurídicamente reconocidos ³³ .
Definición Operacional:	Se refiere al estado civil que refiera el sujeto en el momento de la encuesta.
Tipo de variable:	Cualitativa Ordinal.
Escala de medición:	Politómica
Unidad de medición:	<ul style="list-style-type: none"> • Soltero • Casado • Viudo • Divorciado • Separado Unión libre.

Nombre de la variable:	Número de Gestas.
Definición conceptual:	Es el número total de embarazos que ha tenido una mujer, sin importar el resultado ³⁴ .
Definición Operacional:	Número total de embarazos que refiera el sujeto en el momento de la encuesta.
Tipo de variable:	Cuantitativa.
Escala de medición:	Discreta
Unidad de medición:	1,2, 3...

Nombre de la variable:	Número de partos.
Definición conceptual:	Se define como la expulsión de un (o más) fetos maduros y la(s) placenta desde el interior de la cavidad uterina al exterior ³⁵ .
Definición Operacional:	Partos que refiera haber tenido la paciente al momento de la entrevista.
Tipo de variable:	Cuantitativa.
Escala de medición:	Discreta
Unidad de medición:	1,2,3....

Nombre de la variable:	Número de Abortos
Definición conceptual:	Interrupción voluntaria o involuntaria del embarazo antes de que el embrión o el feto estén en condiciones de vivir fuera del vientre materno ³⁶ .
Definición Operacional:	Cantidad de abortos que el sujeto a presentado hasta el momento de la entrevista.
Tipo de variable:	Cuantitativa.
Escala de medición:	Discreta
Unidad de medición:	1,2,3...

Nombre de la variable:	Número de cesáreas.
Definición conceptual:	Intervención quirúrgica que se utiliza para finalizar un embarazo o parto cuando hay causas maternas, fetales u ovulares que desaconsejan el parto vaginal. Consiste en la apertura del útero y posterior extracción de su contenido ³⁷ .
Definición Operacional:	Cantidad de cesáreas que indique el sujeto en el momento de la entrevista.
Tipo de variable:	Cuantitativa.
Escala de medición:	Discreta
Unidad de medición:	1,2,3...

Nombre de la variable:	Periodo intergenésico corto
Definición conceptual:	Tiempo recomendado de espera para el inicio del siguiente embarazo es de al menos 18 meses ³⁸ .
Definición Operacional:	Los meses que refiera al momento de la entrevista desde su ultimo evento obstétrico.
Tipo de variable:	Cuantitativa.
Escala de medición:	Discreta
Unidad de medición:	Meses.

Nombre de la variable:	Tabaquismo
Definición conceptual:	Adicción que un sujeto experimenta por el tabaco, lo que suele generarse por la nicotina ³⁹ .
Definición Operacional:	Cantidad de cigarrillos consumidos por el sujeto al momento de la entrevista.
Tipo de variable:	Cualitativa Nominal
Escala de medición:	dicotómica
Unidad de medición:	Si/No

Nombre de la variable:	Enfermedades hepáticas
Definición conceptual:	Se aplica a muchas enfermedades que impiden que el hígado funcione o evitan que trabaje bien ⁴⁰ .
Definición Operacional:	Que se afirme o niegue tener enfermedades hepáticas, referido por el sujeto al momento de la encuesta.
Tipo de variable:	Cualitativa nominal
Escala de medición:	dicotómica.
Unidad de medición:	Si/No

Nombre de la variable:	cardiopatía
Definición conceptual:	Tipo de enfermedad que afecta el corazón o los vasos sanguíneos, se incluyen las siguientes; cardiopatías coronarias, infarto agudo al miocardio, insuficiencia cardiaca congestiva, los problemas del ritmo cardiaco, cardiopatías congénitas y la endocarditis ⁴¹ .
Definición Operacional:	Que se afirme o niegue tener cardiopatía, referido por el sujeto al momento de la encuesta
Tipo de variable:	Cualitativa nominal
Escala de medición:	dicotómica.
Unidad de medición:	Si/No

Nombre de la variable:	Obesidad
Definición conceptual:	Estado patológico que se caracteriza por un exceso o una acumulación excesiva y general de grasa en el cuerpo ⁴² .
Definición Operacional:	calculando su índice de masa corporal en el momento de la encuesta, con los datos obtenidos de su cartilla nacional de salud, en el apartado de nutrición.
Tipo de variable:	Cualitativa ordinal
Escala de medición:	politémica
Unidad de medición:	índice de masa corporal

Nombre de la variable:	Diabetes
Definición conceptual:	Enfermedad crónica e irreversible del metabolismo en la que se produce un exceso de glucosa o azúcar en la sangre y en la orina; es debida a una disminución de la secreción de la hormona insulina o a una deficiencia de su acción ⁴³ .
Definición Operacional:	Que se afirme o niegue tener diabetes, referido por el sujeto al momento de la encuesta
Tipo de variable:	Cualitativa nominal
Escala de medición:	dicotómica.
Unidad de medición:	Si/No

Nombre de la variable:	Cefalea
Definición conceptual:	La cefalea es una sensación dolorosa localizada en la bóveda craneal, parte alta del cuello o nuca y mitad superior de la cara, variable en cuanto a intensidad, frecuencia y duración ⁴⁴ .
Definición Operacional:	Que se afirme o niegue tener episodios de cefalea, referido por el sujeto hasta el momento de la encuesta.
Tipo de variable:	Cualitativa nominal
Escala de medición:	dicotómica.
Unidad de medición:	Si/No

Nombre de la variable:	VIH
Definición conceptual:	El VIH (virus de la inmunodeficiencia humana) es un virus que ataca el sistema inmunitario del cuerpo. Si no se trata, puede causar SIDA (síndrome de inmunodeficiencia adquirida) ⁴⁵ .
Definición Operacional:	Que se afirme o niegue tener VIH, referido por el sujeto al momento de la encuesta.
Tipo de variable:	Cualitativa nominal
Escala de medición:	dicotómica.
Unidad de medición:	Si/No

Nombre de la variable:	Enfermedad pélvica inflamatoria (EPI)
Definición conceptual:	Es una infección e inflamación del útero, ovarios y otros órganos reproductivos femeninos. Esta causa cicatrices en estos órganos y puede conducir a infertilidad, embarazos ectópicos, dolor pélvico, abscesos y otros problemas graves ⁴⁶ .
Definición Operacional:	Que se afirme o niegue tener EPI, referido por el sujeto al momento de la encuesta.
Tipo de variable:	Cualitativa nominal
Escala de medición:	dicotómica.
Unidad de medición:	Si/No

Nombre de la variable:	Tromboembolismo venoso
Definición conceptual:	El tromboembolismo venoso (TEV), también conocido como coágulos de sangre, es un trastorno que incluye la trombosis venosa profunda y la embolia pulmonar ⁴⁷ .

Definición Operacional:	Que se afirme o niegue haber padecido tromboembolismo venoso, referido por el sujeto hasta el momento de la encuesta.
Tipo de variable:	Cualitativa nominal
Escala de medición:	dicotómica.
Unidad de medición:	Si/No

Nombre de la variable:	Hipertensión
Definición conceptual:	La tensión arterial es la fuerza que ejerce la sangre contra las paredes de las arterias, que son grandes vasos por los que circula la sangre en el organismo. Se considera que la persona presenta hipertensión cuando su tensión arterial es demasiado elevada, de 140/90 mmHg ⁴⁸ .
Definición Operacional:	Que se afirme o niegue tener hipertensión
Tipo de variable:	Cualitativa nominal
Escala de medición:	dicotómica.
Unidad de medición:	Si/No

Nombre de la variable:	Medicamentos
Definición conceptual:	Toda preparación o producto farmacéutico empleado para la prevención, diagnóstico y/o tratamiento de una enfermedad o estado patológico, o para modificar sistemas fisiológicos en beneficio de la persona a quien se le administra ⁴⁹ .
Definición Operacional:	Que se afirme o niegue tomar medicamentos, referido por el sujeto al momento de la encuesta
Tipo de variable:	Cualitativa nominal
Escala de medición:	dicotómica.
Unidad de medición:	Si/No

Nombre de la variable:	Infecciones de transmisión sexual (ITS)
Definición conceptual:	Son infecciones que se transmiten de una persona a otra a través del contacto sexual. El contacto suele ser vaginal, oral o anal ⁵⁰ .
Definición Operacional:	Lo que el sujeto refiera al momento de la entrevista.
Tipo de variable:	Cualitativa nominal
Escala de medición:	dicotómica.
Unidad de medición:	Si/No

Nombre de la variable:	Lactancia
Definición conceptual:	La lactancia materna exclusiva (LME) es un tipo de alimentación que consiste en que el bebé solo reciba leche materna y ningún otro alimento sólido o líquido ⁵¹ .
Definición Operacional:	Que el sujeto refiera estar en este periodo en el momento de la encuesta.
Tipo de variable:	Cualitativa nominal
Escala de medición:	dicotómica.
Unidad de medición:	Si/No

Nombre de la variable:	Sangrado vaginal
Definición conceptual:	El sangrado vaginal anormal es distinto del período menstrual, ocurre entre períodos, es muy abundante o puede durar mucho más de lo normal ⁵² .
Definición Operacional:	Que se afirme o niegue tener un sangrado anormal referido por el sujeto al momento de la encuesta.
Tipo de variable:	Cualitativa nominal
Escala de medición:	dicotómica.
Unidad de medición:	Si/No

Nombre de la variable:	Fibromas uterinos
Definición conceptual:	Los fibromas uterinos son tumores no cancerosos del útero que a menudo aparecen durante los años fértiles. También llamados leiomiomas o miomas ⁵³ .
Definición Operacional:	Que se afirme o niegue tener un mioma, referido por el sujeto al momento de la encuesta.
Tipo de variable:	Cualitativa nominal
Escala de medición:	dicotómica.
Unidad de medición:	Si/No

Nombre de la variable:	Neoplasia cervical
Definición conceptual:	Se encuentran células anormales en la superficie del cuello uterino ⁵⁴ .
Definición Operacional:	Que se afirme o niegue tener neoplasia cervical, referido por el sujeto al momento de la encuesta
Tipo de variable:	Cualitativa nominal
Escala de medición:	dicotómica.
Unidad de medición:	SI/NO

Nombre de la variable:	cáncer cervical
Definición conceptual:	Es un tipo de cáncer que se produce en las células del cuello uterino, la parte inferior del útero que se conecta a la vagina ⁵⁵ .
Definición Operacional:	Que se afirme o niegue tener cáncer cervical, referido por el sujeto al momento de la encuesta.
Tipo de variable:	Cualitativa nominal
Escala de medición:	dicotómica.
Unidad de medición:	SI/NO

Nombre de la variable:	cáncer de mama
Definición conceptual:	enfermedad en la cual las células de la mama se multiplican sin control ⁵⁶ .
Definición Operacional:	Que se afirme o niegue tener cáncer de mama, referido por el sujeto al momento de la encuesta.
Tipo de variable:	Cualitativa nominal
Escala de medición:	dicotómica.
Unidad de medición:	Si/No

Nombre de la variable:	Método anticonceptivo
Definición conceptual:	Es cualquier método, medicamento o dispositivo que se usa para prevenir el embarazo ⁵⁷ .
Definición Operacional:	Que se afirme o niegue tener algún método anticonceptivo, referido por el sujeto al momento de la encuesta
Tipo de variable:	Cualitativa nominal
Escala de medición:	politémica
Unidad de medición:	<ul style="list-style-type: none"> • DIU cobre • DIU levonorgestrel • Píldoras • Inyectables mensuales • Inyectables trimestrales • Parches • Condón.

Variable Independiente

Nombre de la variable:	Categoría de método anticonceptivo
Definición conceptual:	Acerca de la seguridad de los diversos métodos anticonceptivos en relación con su uso en el contexto de condiciones médicas y características específicas ⁵⁸ .

Definición Operacional:	Tomando en cuenta antecedentes personales patológicos del sujeto al momento de la entrevista.
Tipo de variable:	Cualitativa ordinal
Escala de medición:	politómica
Unidad de medición:	<ul style="list-style-type: none"> • categoría 1 • categoría 2 • categoría 3 • categoría 4

Variable dependiente

Nombre de la variable:	Riesgo reproductivo
Definición conceptual:	Probabilidad que tiene la mujer en edad fértil como su producto por experimentar enfermedad, lesión o muerte en caso de presentarse un embarazo ⁵⁹ .
Definición Operacional:	Referido de acuerdo con la suma de factores de riesgo que presente el sujeto al momento de la entrevista.
Tipo de variable:	Cualitativa ordinal
Escala de medición:	Dicotómica
Unidad de medición:	Alto/ bajo

Descripción general del estudio

El presente estudio fue presentado ante el comité local de investigación en salud y el comité de ética en investigación. Posterior a la aprobación del protocolo por parte del Comité Local de Investigación y Ética en Salud correspondiente y durante los 6 meses posteriores a este, se identificó a las pacientes con base en la descripción de la selección de la muestra y procedimiento. Se acudió a la sala de espera de la unidad de Medicina Familiar en donde se les solicitó a las pacientes la cartilla nacional de salud para su revisión, se identificarán a las mujeres entre 15 y 49 años que cumplieron los criterios de inclusión tales como ser derechohabientes y acepten participar en el estudio.

Se validó la cedula de recolección de datos de elaboración propia formato de historia clínica, la cual contiene los criterios de elegibilidad de la organización mundial de la salud para categorización de métodos anticonceptivos y evalúa el riesgo reproductivo. Dicha cedula de recolección de datos contiene aspectos sociodemográficos y preguntas de antecedentes personales patológicos y antecedentes gineco obstétricos.

Para validar esta cedula primero se realizó una evaluación del constructo, se presentó con 4 expertos, 2 expertos en el tema que evaluaron el contenido, la fiabilidad y comprobar que se midieran apropiadamente las variables del estudio. Los otros 2 jueces evaluaron la estructura adecuada de las preguntas y formato. Se realizará un aprueba piloto con el 10% de población, con 27 mujeres en edad reproductiva que acudan a la UMF 41, la investigadora aplicó la cedula de forma directa previa autorización de los participantes.

Una vez validado la cedula de recolección de datos se procedió a la aplicación de la encuesta en la sala de espera de la unidad de medicina familiar 41. La cedula de recolección será llenado por el entrevistador con una duración aproximada de 7-10 min. Al finalizar la entrevista se le otorgará al sujeto sus resultados obtenidos.

Instrumentos:

Los datos fueron obtenidos por medio de una cedula de recolección de datos, validada para esta investigación: La cedula de recolección de datos tipo historia clínica estuvo conformada por preguntas sociodemográficas, y preguntas, que incluye antecedentes personales patológicos y antecedentes gineco-obstétricos, para evaluar el riesgo reproductivo y categorizar a la paciente tomando en cuenta los criterios de elegibilidad de la OMS.

En el caso del riesgo reproductivo se da una puntuación que va del 1 al 4, para posteriormente ir sumando, > de 4 puntos es riesgo alto, menor de 4 puntos es riesgo bajo.

Plan estadístico

Se construyó una base de datos en el programa Microsoft Excel versión 2020 para Windows, en donde se vació la información obtenida las cuales se codificó numéricamente y se realizó validación de ausencia de valores perdidos; posteriormente se transportó al programa JASP Statistics versión 0.2 para Windows para realizar el análisis estadístico correspondiente.

El análisis de las variables cualitativas se realizó por medio de frecuencias absolutas y relativas, las cuales se presentaron en gráficos de sector; para las variables cuantitativas se aplicaron pruebas de normalidad y en caso de cumplir normalidad se realizaron pruebas paramétricas que serán descritas mediante con medidas de tendencia central (media, mediana, moda) y dispersión (rango y desviación estándar), en caso contrario se realizaron pruebas no paramétricas, las cuales serán presentadas en tablas.

La comparación de variables se realizó un análisis bivariado en el que se obtuvieron cuadros de contingencia con valores de coeficiente de contingencia para determinar la relación. Todas las pruebas anteriormente mencionadas se realizaron con un nivel de significancia al 95%, y fueron presentadas en tablas.

RECURSOS FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD

Recursos humanos:

-Adilene Olayo Jaimes (médico residente de medicina familiar), quien desarrollará el protocolo de investigación, recolectará datos mediante la aplicación de encuestas, colaborará en el análisis estadístico y realizará el informe final.

-Acho Federico Martínez García (Médico epidemiólogo) asesor del protocolo de investigación, análisis estadístico y validación del informe final.

-Mauricio Franco Posadas (Médico familiar) asesor del protocolo de investigación, análisis estadístico y validación del informe final.

Materiales:

Material	Costo unitario	Cantidad	Costo total
Papel para Uso Cotidiano, paquete de 500 Hojas	200	2	400
Bolígrafo de Punto Mediano, 10 piezas	40	1	40
Impresiones blanco-negro	0.80	1600	1280
Computadora	Ya se cuenta con el equipo.	1	0
Total			1720

Recursos financieros

Los gastos generados por el estudio serán absorbidos por los investigadores.

Factibilidad

Contamos con la disponibilidad de los recursos necesarios para llevar a cabo los objetivos. Los investigadores cuentan con la experiencia clínica para realizar historias clínicas y aplicar instrumentos de evaluación. Los investigadores asociados cuentan con experiencia establecida en bioestadística aplicada y cursando maestría en investigación.

ASPECTOS ÉTICOS:

La presente investigación cuyo diseño se trata de un estudio: descriptivo, transversal, observacional, prolectivo. Se solicitó la participación de mujeres en edad reproductiva a las cuales mediante una cedula de recolección de datos tipo historia clínica, se obtendrá la información para el análisis de dicha investigación.

Para el cumplimiento de los aspectos éticos de la siguiente investigación se tomó en cuenta los siguientes documentos: el informe de Belmont, código de Nuremberg y declaración de Helsinki “principios éticos para las investigaciones en seres humanos de la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial” de la 6ta Asamblea, Fortaleza, Brasil, octubre 2013, así como al reglamento de la ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (RGSMIS) publicada en el Diario Oficial de la Federación (DOF) en el 02/04/2013, y los siete aspectos éticos propuestos por Ezekiel Emanuel (1999).

Código Núremberg

El estudio se realizó y aplicó únicamente por la investigadora un personal con basto conocimiento en el tema. A los sujetos de investigación -mujeres en edad reproductiva- que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión especificados en este protocolo, se le otorgará una explicación clara y precisa, sobre el objetivo del estudio que será: Relacionar la categorización de métodos anticonceptivos con riesgo reproductivo en mujeres de edad reproductiva en la UMF 41, respondiendo sobre las dudas que puedan presentarse al respecto, todo lo anterior se otorgará por escrito bajo un documento que será la carta consentimiento informado, solicitando su firma de autorización sin ejercer presión, bajo su libre voluntad y con el entendido de que esta investigación no expondrá a ningún tipo de sufrimiento físico o mental y que de sentirse incomodos o no querer continuar con el estudio, el médico residente de medicina familiar tendrán la libertad de interrumpirlo en el momento que lo desee, sin repercusión a través de malos tratos o exponer información confidencial⁶⁰. (ver anexo 1)

Declaración de Helsinki

Esta investigación se llevó a cabo bajo la aceptación voluntaria de participar en el estudio, mediante la explicación clara y precisa contenida en el consentimiento informado y se realizó por personas profesionalmente capacitadas. Esta investigación proporcionará beneficios tanto a los participantes como a terceros y únicamente se utilizarán los datos que sean necesarios, respetando siempre la integridad del sujeto.

Los investigadores tuvieron siempre en cuenta los riesgos, costos y beneficios considerando que deberá anteponer al sujeto de investigación y la institución, en el caso de este protocolo los costos fueron nulos debido a que no se tomara recurso de la institución, los riesgos serán evaluados y monitoreados por los investigadores tomando en cuenta que si estos llegaran a sobrepasar los benéficos en automático la investigación se suspende, se buscara fortalecer la validez científica con la presentación de bibliografía actualizada así como opiniones de expertos en el tema y asesoría metodológica y del tema⁶¹.

Informe de Belmont

Se respetaron los principios básicos de la investigación científica que son: el principio de Autonomía, beneficencia y de justicia.

Se protegió su autonomía, es decir la capacidad que tienen de decidir con toda libertad si desean o no participar en el estudio, una vez explicados todos los riesgos y beneficios que su participación pudiera tener. Parte de este principio conlleva la obtención en toda investigación de un consentimiento informado donde un sujeto libremente acepta participar de una investigación tras una amplia explicación de la misma y con todo el derecho de retirarse del estudio cuando el sujeto lo desee.

El principio de no maleficencia se respetará no provocando riesgo a daño al sujeto ingresado en el estudio. El principio de beneficencia se le mantendrá informado de sus resultados finales del estudio con la intención de no dañar y en todo momento valorar estos beneficios con la disminución de los daños lo más que sea posible, considerando también beneficiar a la institución con la generación de conocimientos a la comunidad científica.

Respetando el principio de justicia se les otorgó a todos los sujetos de estudio que

cumplan los criterios de selección, un trato digno e igualitario sin discriminación de ningún tipo (nivel socio económico, creencia, religión, baja escolaridad o raza)⁶².

Reglamento a la ley General de Salud en Materia de Investigación.

El actual estudio Cumple con los lineamientos nacionales en material de investigación estipulados en el del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud⁶³.

Capítulo I De los aspectos éticos de la investigación en seres humanos

Artículo 13. En esta investigación prevalecerá el criterio del respeto y su dignidad así la protección de sus derechos y bienestar.

Artículo 14. La siguiente investigación se ajustó a los principios científicos y éticos que lo justifiquen, prevalecerá siempre la posibilidad de los beneficios esperados sobre los riesgos predecibles, el inicio del protocolo solo se realizara cuando se cuente con la autorización del comité de investigación asignado.

Artículo 16. En todo momento se protegerá la privacidad del sujeto de estudio y la información del médico identificándolo solo cuando los resultados lo requieran y este los autorice.

Artículo 17. Esta investigación es considerada Categoría I sin riesgo, ya que se ocupó una cedula de recolección de datos, en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participen en el estudio.

Artículo 18. El investigador suspenderá la investigación en dado momento que esta ponga en riesgo al sujeto de estudio o dañe su salud.

Artículo 19. La siguiente investigación se realizó en la UMF 41 a lo cual se informó a las autoridades competentes sobre la posibilidad de atención si se llegara a requerir por la realización de este protocolo.

Artículo 21: El sujeto de estudio recibió la información del propósito de estudio por escrito explicando en este el objetivo, justificación, molestias y beneficios a su vez se expresará la libertad que este tiene al retirarse sin tomar represalias, y por último la garantía que presentara de privacidad y confidencialidad.

Este protocolo de investigación se apega a los requerimientos del artículo 115 del mismo RLGSMS, y a los procedimientos de evaluación y registro de protocolo de investigación en salud por la institución de salud en dónde se ejecutará la investigación, en el IMSS

[NORMA Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012 53](#)

Se respeta lo que establece la norma respecto a los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos.

4.3. En relación de la aplicación de la carta de consentimiento informado con las características descritas donde se buscó la aceptación del sujeto de estudio o de su representante legal la autorización a participar en el actual protocolo tomando en cuenta que se le explicará las acciones a realizar, así como los riesgos y beneficios y tomando en cuenta que deberá plasmar nombre y firma de testigos.

5.8 El siguiente protocolo se desarrolló de marzo 2022 a agosto 2023, plasmado en el cronograma.

5.9 La muestra necesaria a tratar de pacientes correspondió a 384 sujetos, acorde a lo que se indica en protocolo con diseño descriptivo, para lograr su validez.

6. El siguiente protocolo contó con los elementos necesarios acorde a lo estipulado en la guía de elaboración de protocolos, con los nombres y firmas de los investigadores que participaran en el mismo.

7. Se realizó el seguimiento técnico con la información solicitada en los tiempos estipulados por las autoridades delegacionales, con la información del proceso de la investigación desde su inicio hasta su terminación.

[Criterios de Ezekiel Emanuel](#)

Se cuenta con 7 requisitos para guiar el desarrollo y la ejecución de los protocolos y su revisión, Esta investigación tiene valor ya que categorizar los métodos anticonceptivos adecuadamente a las mujeres en edad reproductiva disminuye los riesgos de un embarazo no planeado. Los sujetos de estudio fueron seleccionados de forma equitativa y aleatorizada, sin discriminar a los sujetos. Los beneficios de esta investigación es ofrecer al paciente un resultado, explicando si está utilizando el método anticonceptivo de forma

correcta de acuerdo con sus expectativas reproductivas y sus factores de riesgo. Los investigadores no tenemos ningún conflicto de interés. Se otorgará al paciente un consentimiento informado explicando claramente los riesgos y beneficios que obtiene al participar en el estudio para posteriormente firmarlo bajo el principio de autonomía⁶⁵.

Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de Particulares.

Artículo 6. Los investigadores fueron en todo momento responsable del tratamiento de los datos personales y en todo momento deberán observar los principios de licitud, calidad, lealtad, proporcionalidad y responsabilidad, previstos en la ley.

Artículo 7. La obtención de los datos personales no se realizó por medios engañosos o fraudulentos, se tendrá la expectativa razonable de la privacidad.

Artículo 9. Tratándose de datos personales sensibles, el responsable obtuvo el consentimiento expreso y por escrito del titular, través de la firma autógrafa, firma electrónica, o cualquier mecanismo de autenticación que al efecto se establezcan.

Artículo 11. El investigador fue el responsable de crear bases de datos con datos pertinentes, actualizados, para los fines que este protocolo requiere.

Artículo 19. Todo responsable que lleve a cabo el tratamiento de datos personales deberá establecer y mantener medidas de seguridad, administrativas, técnicas y físicas que permitan proteger los datos personales contra daño, pérdida, alteración, destrucción o el uso, acceso o tratamiento no autorizado⁶⁶.

Confidencialidad.

El presente estudio se realizó utilizando folios sin manejar nombre de los participantes y quedaran estrictamente en manos del investigador responsable por lo que se recabaran los resultados en un registro independiente donde serán identificados únicamente con número de folio de registro membretado.

Riesgos y beneficios.

Como beneficio se buscó que todos los participantes reciban la intervención efectiva establecida, se buscara con el principio de justicia que la selección de los pacientes se

realice de forma ética, se tomará el valor social y científico para tal intervención la cual se busca que el fin conlleve a prevención de los sujetos de estudio. El extraer la información que conlleva a este protocolo no expondrá a riesgos físicos, psicológicos en ninguna magnitud. Los pasos descritos en este punto tienen por objeto asegurar la protección de los derechos y el bienestar de los participantes en el estudio.

Al final de la investigación se otorgará por escrito el resultado de su riesgo reproductivo y la categoría de método anticonceptivo, para que el sujeto acuda con su médico tratante o al servicio de planificación familiar para valorar la utilización de anticoncepción de acuerdo con sus expectativas reproductivas, si así lo desea.

Privacidad

La privacidad otorgada se realizó dándole al sujeto de estudio el espacio adecuado para la aplicación de los cuestionarios será tomada en cuenta, en todo momento la confianza hacia el sujeto de estudio, su información se recabará identificándola con número de folio, solo los investigadores tendrán la información.

En caso de divulgación científica de la presente investigación, la asesoría quedara en el siguiente orden;

-Primer autor: Olayo Jaimes Adilene Piedad

-Segundo autor: Franco Posadas Mauricio

-Tercer autor: Acho Federico García Martínez.

RESULTADOS

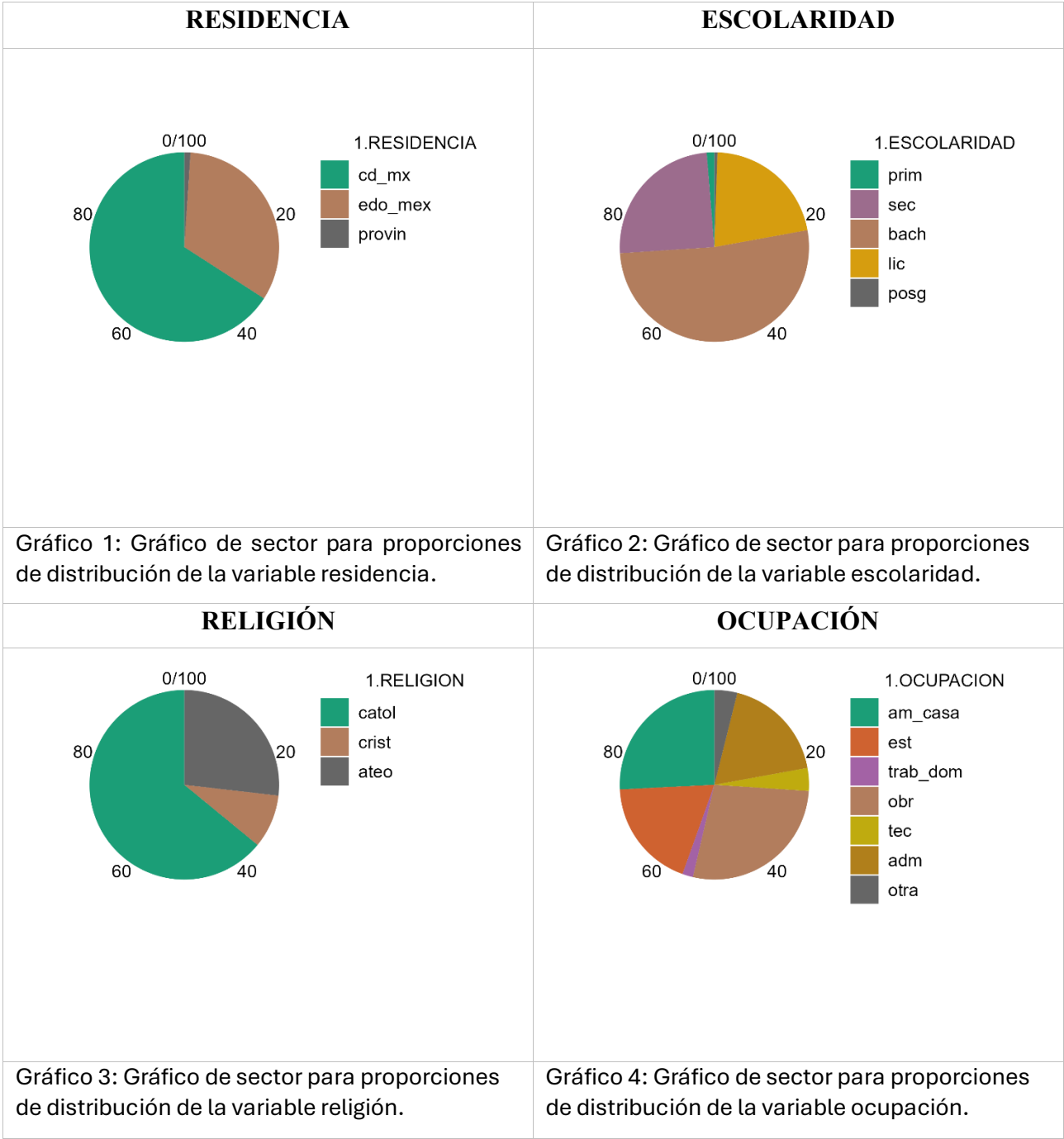
Se estudió una muestra correspondiente a 384 derechohabientes mujeres en edad reproductiva que comprende de los 15-49 años, que acudieron a la consulta externa de la UMF 41 del IMSS, encontrándose en la sala de espera en el periodo de diciembre 2022-junio 2023.

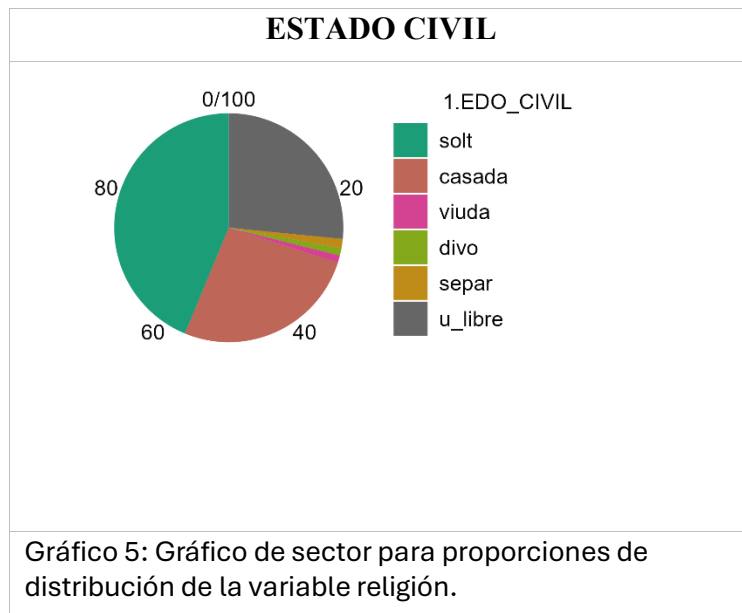
1. Tabla de frecuencia para variables sociodemográficas de tipo cualitativo.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
RESIDENCIA			
CDMX	253	65.885	65.885
Edo. Mex.	127	33.073	98.958
Provincia	4	1.042	100.000
Total	384	100.000	
ESCOLARIDAD			
Primaria	5	1.302	1.302
Secundaria	95	24.740	26.042
Bachillerato	199	51.823	77.865
Licenciatura	83	21.615	99.479
Posgrado	2	0.521	100.000
Total	384	100.000	
RELIGIÓN			
Católica	246	64.063	64.063
Cristiana	35	9.115	73.177
Ateo	103	26.823	100.000
Total	384	100.000	
OCUPACIÓN			
Ama de casa	99	25.781	25.781
Estudiante	72	18.750	44.531
Trab. Domestica	7	1.823	46.354
Obrero/Ayd. General	106	27.604	73.958
técnica	15	3.906	77.865
Administrativa	70	18.229	96.094
Otra	15	3.906	100.000
Total	384	100.000	
ESTADO CIVIL			
Soltera	168	43.750	43.750
Casada	101	26.302	70.052
Viuda	4	1.042	71.094
Divorciada	4	1.042	72.135

Separada	5	1.302	73.438
Unión libre	102	26.563	100.000
Total	384	100.000	

Tabla 1. Frecuencias da variables demográficas mujeres de la unidad de Medicina Familiar n°41 .



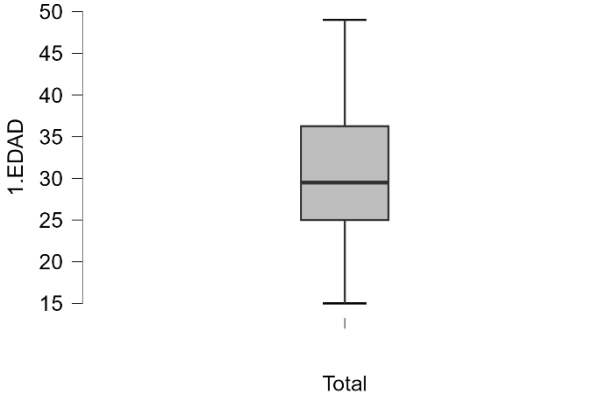
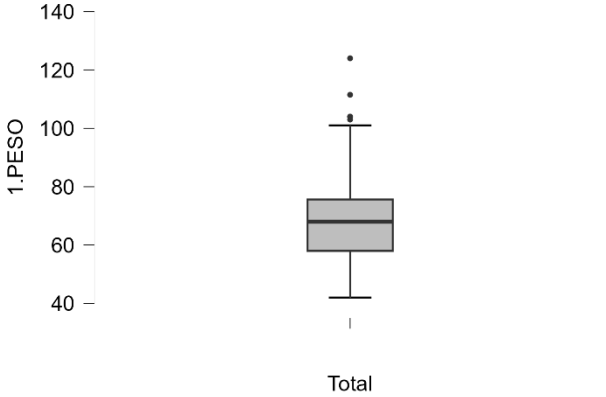


La población estudiada presentó las siguientes características sociodemográficas, respecto a la residencia se visualizó que el 98.9% de la población vive en área urbanizada, el 65.8% con residencia en la CMDX y el 33.0% viviendo en el estado de México (Tabla 1, grafico 1). Respecto a la formación académica de la muestra estudiada, el 51.8% de la población tiene preparatoria terminada, seguido de secundaria con un 26.0% y licenciatura un 21.6% (Tabla 1, grafico 2). La religión que más se profesa en la población estudiada es la católica representa un 64.0%, seguido de un 26.8% de pacientes que son ateos o profesan otra religión y el 9.1% profesan la religión cristiana (Tabla 1, grafico 3). En cuanto a la ocupación el 27.6% de las mujeres entrevistadas trabajan de obreras o ayudantes generales, el 25.7% son amas de casa, 18.7% estudian, el 18.2% tienen un puesto administrativo (Tabla 1, grafico 4). Hablando del estado civil de las mujeres entrevistadas el 43.7% son solteras, mientras que un 26.3% son casadas y 26% viven en unión libre (Tabla 1, grafico 5).

2. Tabla de frecuencia para variables demográficos (cuantitativas)

	1.EDAD	1.PESO	1.TALLA	1.IMC
Válido	384	384	384	384
Mediana	29.500	68.000	1.580	27.025

Media	30.794	67.990	1.575	27.338
Desviación Típica	8.251	13.439	0.062	4.810
Asimetría	0.330	0.512	0.266	0.477
Error Típico de la Asimetría	0.125	0.125	0.125	0.125
Curtosis	-0.731	0.415	0.516	0.534
Error Típico de la Curtosis	0.248	0.248	0.248	0.248
Shapiro-Wilk	0.971	0.982	0.990	0.985
Valor de p de Shapiro-Wilk	< .001	< .001	0.008	< .001
Mínimo	15.000	42.000	1.400	16.610
Máximo	49.000	124.000	1.810	46.670

EDAD	PESO
 <p style="text-align: center;">Total</p>	 <p style="text-align: center;">Total</p>
<p>Gráfico 6: Diagrama de cajas para proporciones de distribución variable edad.</p>	<p>Gráfico 7: Diagrama de cajas para proporciones de distribución variable peso.</p>
TALLA	IMC

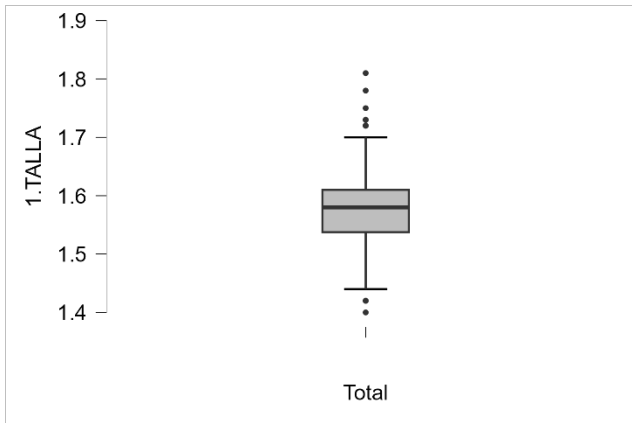


Gráfico 8: Diagrama de cajas para proporciones de distribución variable talla.

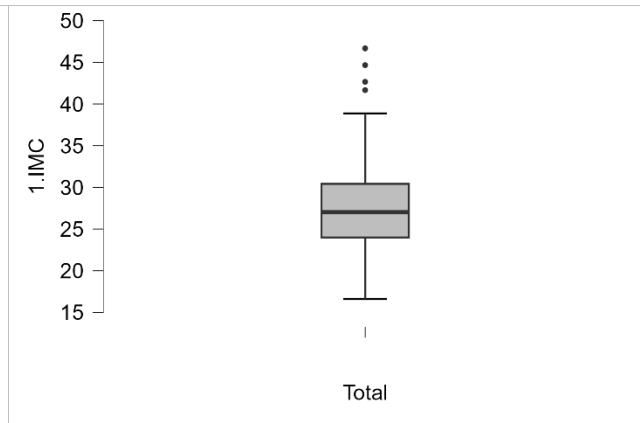


Gráfico 9: Diagrama de cajas para proporciones de distribución variable IMC.

En cuanto a las características demográficas de las mujeres en este estudio, la edad promedio fue de 30.79 años más o menos, lo que representa un aumento de 8.2. Con distribución no paramétrica mediante la prueba estadística de Shapiro Wilk para $n=50$ obteniendo un valor de $P=0.971$ (Tabla 2, grafico 6). Siguiendo con las variables antropométricas el peso promedio fue de 67.99 kg, con una talla promedio de 1.57 metros y el IMC promedio es de 27.3 (Tabla 2, grafico 7,8,9), todas estas variables no cumplieron criterios de normalidad por la prueba Shapiro- Wilk ($P>.005$).



Gráfico 10: Gráfico de sector para proporciones de distribución de la variable uso de método de planificación familiar.

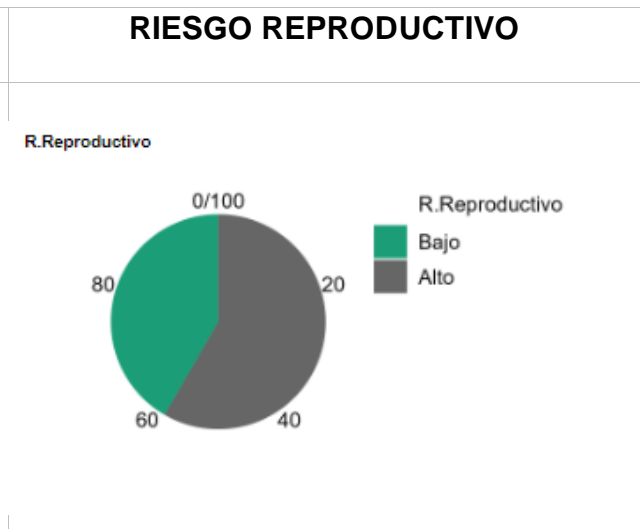


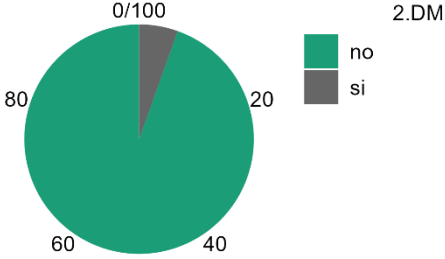
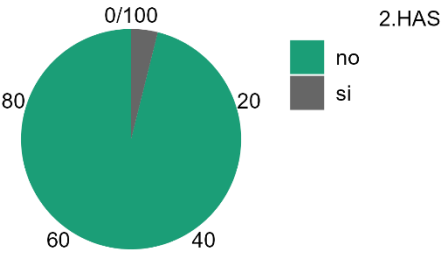
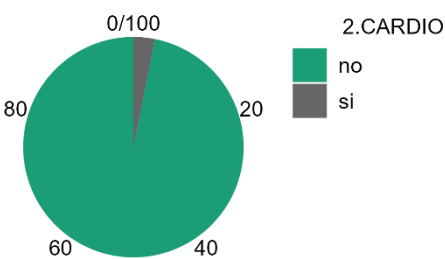
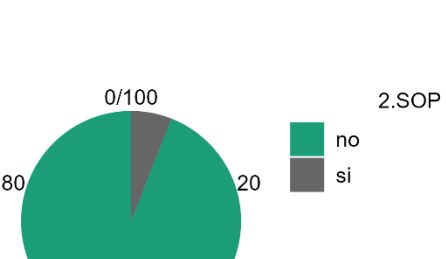
Gráfico 11: Gráfico de sector para proporciones de distribución de la variable riesgo reproductivo.

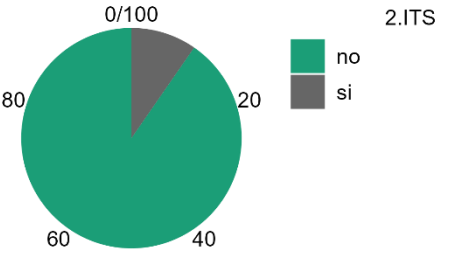
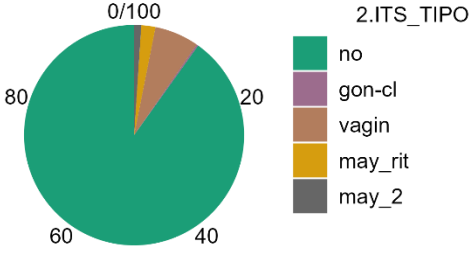
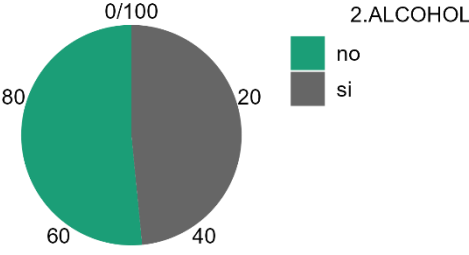
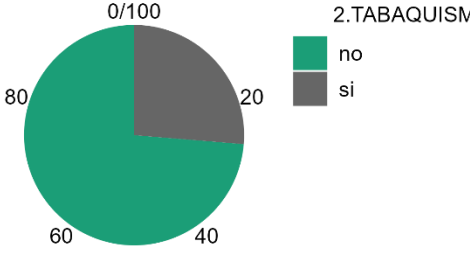
Respecto al uso de técnicas de planificación familiar el 71.1% de las mujeres estudiadas utilizan un método anticonceptivo, de los cuales el más utilizado es el DIU de cobre con un 20.3%, seguido de condón 16.4%, posteriormente OTB con un 13%. Es importante mencionar que el 27.8% de las pacientes utilizan un método hormonal y mencionar que un 21.6% de las mujeres entrevistadas no utilizan ningún método anticonceptivo (Grafico 10). Hablando del riesgo reproductivo el 58% de las mujeres tienen un riesgo reproductivo alto.

Tabla de frecuencia para antecedentes cualitativos

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
DIABETES MELLITUS			
NO	363	94.531	94.531
SI	21	5.469	100.00
Total	384	100.00	
HIPERTENSIÓN			
NO	369	96.094	96.094
SI	15	3.906	100.00
Total	384	100.000	
CARDIOPATÍA			
NO	372	96.875	96.875
SI	12	3.125	100.00
Total	384	100.000	
ENF. INMUNOLOGICAS			
NO	381	99.219	99.219
SI	3	0.781	100.00
Total	384	100.000	
ENF. HEPATICAS			
NO	383	99.740	99.740
SI	1	0.260	100.000
Total	384	100.000	
HIPOTIROIDISMO			
NO	376	97.917	97.917
SI	8	2.083	100.000
Total	384	100.000	
HIPERTIROIDISMO			
NO	381	99.219	99.219
SI	3	0.781	100.000
Total	384	100.000	
SOP			
NO	361	94.010	94.010
SI	23	5.990	100.000
Total	384	100.000	
TVP			
NO	384	100.00	100.000
SI	0		
Total	384	100.000	

VIH			
NO	384	100.00	100.000
SI	0		
Total	384	100.000	
EPI			
NO	883	99.740	99.740
SI	1	0.260	100.000
Total	384	100.000	
ITS			
NO	347	90.365	90.365
SI	37	9.635	100.000
Total	384	100.000	
ITS TIPO			
NO	346	90.104	90.104
GON-CLAMIDIA	1	0.260	90.365
VAGINOSIS	25	6.510	96.875
>RIESGO	8	2.083	98.958
>DE 2 INF.	4	1.042	100.000
Total	384	100.000	
ALCOHOL			
NO	198	51.563	51.563
SI	186	48.438	100.000
Total	384	100.000	
TABACO			
NO	283	73.698	73.698
SI	101	26.302	100.000
Total	384	100.000	
MIGRAÑA			
NO	347	90.365	90.365
SI	37	9.635	100.000
Total	384	100.000	
MEDICAMENTOS			
NO	375	97.656	97.656
SI	9	2.344	100.000
Total	384	100.000	

DIABETES MELLITUS	HIPERTENSIÓN
 <p>A pie chart titled '2.DM' showing the distribution of Diabetes Mellitus. The chart is almost entirely green, representing 'no' (80% of the chart area), with a very small grey slice at the top representing 'si' (0% of the chart area). The total is labeled as 0/100. A legend to the right shows a green square for 'no' and a grey square for 'si'.</p>	 <p>A pie chart titled '2.HAS' showing the distribution of Hipertensión. The chart is almost entirely green, representing 'no' (80% of the chart area), with a very small grey slice at the top representing 'si' (0% of the chart area). The total is labeled as 0/100. A legend to the right shows a green square for 'no' and a grey square for 'si'.</p>
<p>Gráfico 12: Gráfico de sector para proporciones de distribución variable diabetes mellitus.</p>	<p>Gráfico 13: Gráfico de sector para proporciones de distribución variable Hipertensión.</p>
CARDIOPATIA	SINDROME DE OVARIO POLIQUISTICO (SOP)
 <p>A pie chart titled '2.CARDIOPAT' showing the distribution of Cardiopatía. The chart is almost entirely green, representing 'no' (80% of the chart area), with a very small grey slice at the top representing 'si' (0% of the chart area). The total is labeled as 0/100. A legend to the right shows a green square for 'no' and a grey square for 'si'.</p>	 <p>A pie chart titled '2.SOP' showing the distribution of Síndrome de Ovario Poliquístico (SOP). The chart is almost entirely green, representing 'no' (80% of the chart area), with a very small grey slice at the top representing 'si' (0% of the chart area). The total is labeled as 0/100. A legend to the right shows a green square for 'no' and a grey square for 'si'.</p>
<p>Gráfico 14: Gráfico de sector para proporciones de distribución variable cardiopatía.</p>	<p>Gráfico 15: Gráfico de sector para proporciones de distribución variable SOP.</p>

<p align="center">INFECCIONES DE TRANSMISION SEXUAL (ITS)</p>	<p align="center">TIPO DE INFECCIONES DE TRANSMISION SEXUAL</p>
 <p align="center">0/100 2.ITS</p> <p align="center">no si</p>	 <p align="center">0/100 2.ITS_TIPO</p> <p align="center">no gon-cl vagin may_rit may_2</p>
<p>Gráfico 16: Gráfico de sector para proporciones de distribución de la variable infecciones de transmisión sexual.</p>	<p>Gráfico 17: Gráfico de sector para proporciones de distribución de la variable tipo de infecciones de transmisión sexual.</p>
<p align="center">ALCOHOL</p>	<p align="center">TABACO</p>
 <p align="center">0/100 2.ALCOHOL</p> <p align="center">no si</p>	 <p align="center">0/100 2.TABAQUISMO</p> <p align="center">no si</p>
<p>Gráfico 18: Gráfico de sector para proporciones de distribución de la variable alcohol.</p>	<p>Gráfico 19: Gráfico de sector para proporciones de distribución de la variable tabaco.</p>

La observación que se obtuvo de los antecedentes personales patológicos y no patológicos estudiados en esta investigación, se observó que solo el 5.4% de las mujeres tenían diabetes mellitus tipo 2, el 3.9% padecían hipertensión arterial, el 3.1% tenían alguna cardiopatía, (Tabla 3, grafico 12,13, 14). El 0.7% tenían alguna enfermedad inmunológica, el 0.2% tenían alguna enfermedad en el hígado, el 2.0% tenían hipotiroidismo, el 0.7% padecían hipertiroidismo, el 5.9% tenían diagnosticadosíndrome de ovario poliquístico (Tabla 3, grafico 15). Así

mismo el 9.6% tenían diagnosticada migraña, no obstante, ninguna mujer entrevistada tenía enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y tampoco tenía antecedente de trombosis venosa profunda (Tabla 3).

Con relación a las infecciones de transmisión sexual un 9.6% tenían el antecedente, de estas el 6.2% presentó vaginitis, el 2.0% tuvieron mayor riesgo de infecciones y el 1.2% tuvieron el antecedente de 2 o más infecciones (Tabla 3, grafico 16,17).

En lo que se refiere a el antecedente de consumo de alcohol el 48.4% si consumen alcohol, respecto al tabaco el 26.3% de las mujeres entrevistadas fumaban. Así mismo el 2.3% de las mujeres consumían algún medicamento (Tabla 3, Gráfico 18,19).

TABLAS DE CONTINGENCIA PARA VARIABLES BINOMIALES

Tabla 4.1 DIABETES MELLITUS/RIESGO REPRODUCTIVO

	RR			Chi-Cuadrado			Coeficiente Phi 0.203
DM	Bajo	Alto	Total	Valor	gl	P	
No	160	203	363				
Si	0	21	21	X2	15.868	1	< .001
Total	160	224	384	N	384		

Tabla 4.2 HIPERTENSIÓN/RIESGO REPRODUCTIVO

	RR			Chi-Cuadrado			Coeficiente Phi 0.170
HAS	Bajo	Alto	Total	Valor	gl	P	
No	160	209	369	X2	11.150	1	< .001
Si	0	15	15	N	384		
Total	160	224	384				

Tabla 4.3 CARDIOPATIA/RIESGO REPRODUCTIVO

	RR			Chi-Cuadrado			Coeficiente Phi 0.152
CARDIO	Bajo	Alto	Total	Valor	gl	P	
No	160	212	372	X2	8.848	1	0.003
Si	0	12	12	N	384		
Total	160	224	384				

Tabla 4.4 **HIPOTIROIDISMO/RIESGO REPRODUCTIVO**

	RR		
HIPOT	Bajo	Alto	Total
No	160	216	376
Si	0	8	8
Total	160	224	384

Chi-Cuadrado			
	Valor	gl	P
X2	5.836	1	0.016
N	384		

Coefficiente Phi
0.123

Tabla 4.5 **HIPERTIROIDISMO/RIESGO REPRODUCTIVO**

	RR		
HIPERT	Bajo	Alto	Total
No	160	221	381
Si	0	3	3
Total	160	224	384

Chi-Cuadrado			
	Valor	gl	P
X2	2.160	1	0.142
N	384		

Coefficiente Phi
0.075

Tabla 4.6 **SINDROME DE OVARIO POLIQUISTICO/RIESGO REPRODUCTIVO**

	RR		
SOP	Bajo	Alto	Total
No	151	210	361
Si	9	14	23
Total	160	224	384

Chi-Cuadrado			
	Valor	gl	P
X2	0.065	1	0.799
N	384		

Coefficiente Phi
0.013

Tabla 4.7 **ALCOHOL/RIESGO REPRODUCTIVO**

	RR		
ALCOHOL	Bajo	Alto	Total
No	81	117	198
Si	79	107	186
Total	160	224	384

Chi-Cuadrado			
	Valor	gl	P
X2	0.097	1	0.756
N	384		

Coefficiente Phi
0.016

Tabla 4.8 **TABAQUISMO/RIESGO REPRODUCTIVO**

	RR		
TABACO	Bajo	Alto	Total
No	120	163	283
Si	40	61	101
Total	160	224	384

Chi-Cuadrado			
	Valor	gl	P
X2	0.240	1	0.624
N	384		

Coefficiente Phi
0.025

Tabla 4.9 **MEDICAMENTOS/RIESGO REPRODUCTIVO**

	RR		
MEDICA	Bajo	Alto	Total
No	158	217	375
Si	2	7	9
Total	160	224	384

Chi-Cuadrado

	Valor	gl	P
X2	1.434	1	0.231
N	384		

Coefficiente Phi
0.061

Tabla 4.10 PERIODO INTERGENESICO CORTO/RIESGO REPRODUCTIVO

	RR		
PIC	Bajo	Alto	Total
No	154	189	343
Si	6	35	41
Total	160	224	384

Chi-Cuadrado

	Valor	gl	P
X2	13.800	1	< .001
N	384		

Coefficiente Phi
0.190

Tabla 4.11 EVOLUCIÓN DEL EMBARAZO/RIESGO REPRODUCTIVO

	RR		
EVO.EMB	Bajo	Alto	Total
No	158	135	293
Si	2	89	91
Total	160	224	384

Chi-Cuadrado

	Valor	gl	P
X2	76.438	1	< .001
N	384		

Coefficiente Phi
0.446

Tabla 4.12 SANGRADO UTERINO ANORMAL/RIESGO REPRODUCTIVO

	RR		
SUA	Bajo	Alto	Total
No	156	202	358
Si	4	22	26
Total	160	224	384

Chi-Cuadrado

	Valor	gl	P
X2	7.926	1	0.005
N	384		

Coefficiente Phi
0.144

Tablas de contingencia para variables dicotómicas y ordinales

Tabla 5.1 DIABETES MELLITUS/CATEGORIA ACTUAL DE MPF

	RR				
DM	No usa	Apto	Apto con riesgo	>Riesgo	Total
No	137	200	23	3	363
Si	7	13	1	0	21
Total	144	213	24	3	384

Chi-Cuadrado

	Valor	gl	P
X2	0.521	1	0.914
N	384		

Coefficiente de contingencia
0.037

Tabla 5.2 DIABETES MELLITUS/CATEGORIA TEORICA DE MPF

	RR			
DM	Todos	No	No	Total

Chi-Cuadrado

	Valor	gl	P
--	-------	----	---

		1-2	más de 2	
No	299	63	1	363
Si	18	3	0	21
Total	317	66	1	384

X2	0.194	1	0.908
N	384		

Coeficiente de contingencia 0.022

Tabla 5.3 HIPERTENSIÓN ARTERIAL/CATEGORIA ACTUAL DE MPF

	RR				
HAS	No usa	Apto	Apto con riesgo	>Riesgo	Total
No	135	208	23	3	369
Si	9	5	1	0	15
Total	144	213	24	3	384

Chi-Cuadrado

	Valor	gl	P
X2	3.612	3	0.306
N	384		

Coeficiente de contingencia 0.097

Tabla 5.4 HIPERTENSIÓN ARTERIAL/CATEGORIA TEORICA DE MPF

	RR			
HAS	Todos	No 1-2	No más de 2	Total
No	308	60	1	369
Si	9	6	0	15
Total	317	66	1	384

Chi-Cuadrado

	Valor	gl	P
X2	5.729	2	0.057
N	384		

Coeficiente de contingencia 0.121

Tabla 5.5 CARDIOPATIA/CATEGORIA ACTUAL DE MPF

	RR				
CARDIO	No usa	Apto	Apto con riesgo	>Riesgo	Total
No	140	208	21	3	372
Si	4	5	3	0	12
Total	144	213	24	3	384

Chi-Cuadrado

	Valor	gl	P
X2	7.547	3	0.056
N	384		

Coeficiente de contingencia 0.139

Tabla 5.6 CARDIOPATIA /CATEGORIA TEORICA DE MPF

	RR			
CARDIO	Todos	No 1-2	No más de 2	Total
No	316	55	1	372
Si	1	11	0	12
Total	317	66	1	384

Chi-Cuadrado

	Valor	gl	P
X2	48.276	2	<.001
N	384		

Coeficiente de contingencia 0.334

Tabla 5.7 **SINDROME DE OVARIO POLIQUISTICO/CATEGORIA ACTUAL DE MPF**

	RR				
SOP	No usa	Apto	Apto con riesgo	>Riesgo	Total
No	133	205	21	2	361
Si	11	8	3	1	23
Total	144	213	24	3	384

Chi-Cuadrado

	Valor	gl	P
X2	8.373	3	0.039
N	384		

Coefficiente de contingencia 0.146

MPF

Tabla 5.8 **SINDROME DE OVARIO POLIQUISTICO/CATEGORIA TEORICA DE**

	RR			
SOP	Todos	No 1-2	No más de 2	Total
No	299	61	1	361
Si	18	5	0	23
Total	317	66	1	384

Chi-Cuadrado

	Valor	gl	P
X2	0.413	2	0.813
N	384		

Coefficiente de contingencia 0.033

Tabla 5.9 **MEDICAMENTOS/CATEGORIA ACTUAL DE MPF**

	RR				
MED	No usa	Apto	Apto con riesgo	>Riesgo	Total
No	140	208	24	3	375
Si	4	5	0	0	9
Total	144	213	24	3	384

Chi-Cuadrado

	Valor	gl	P
X2	0.767	1	0.857
N	384		

Coefficiente de contingencia 0.045

Tabla 5.10 **MEDICAMENTOS/CATEGORIA TEORICA DE MPF**

	RR			
MED	Todos	No 1-2	No más de 2	Total
No	314	60	1	375
Si	3	6	0	9
Total	317	66	1	384

Chi-Cuadrado

	Valor	gl	P
X2	15.856	2	< .001
N	384		

Coefficiente de contingencia 0.199

Tabla 5.11 **SANGRADO UTERINO ANORMAL/CATEGORIA ACTUAL DE MPF**

	RR				
SUA	No usa	Apto	Apto con riesgo	>Riesgo	Total
No	131	203	23	1	358
Si	13	10	1	2	26
Total	144	213	24	3	384

Chi-Cuadrado

	Valor	gl	P
X2	19.924	3	< .001
N	384		

Coefficiente de contingencia 0.222

Tabla 5.12 **SANGRADO UTERINO ANORMAL/CATEGORIA TEORICA DE MPF**

	RR			
SUA	Todos	No 1-2	No más de 2	Total
No	306	51	1	358
Si	11	15	0	26
Total	317	66	1	384

Chi-Cuadrado

	Valor	gl	P
X2	32.165	2	< .001
N	384		

Coefficiente de contingencia 0.278

Se estudió el fenómeno con la realización de tablas de contingencia, las cuales muestran los siguientes resultados; en la tabla de contingencia 4.1 que compara la Diabetes mellitus con el riesgo reproductivo que tienen las pacientes, encontrando un coeficiente de Phi 0.203 con una $P < 0.001$, sugiere que la relación entre estas dos variables es nula y no tiene significado estadístico.

En la tabla 4.2 relacionando el antecedente de hipertensión arterial con el riesgo reproductivo que tienen las pacientes, encontrando un coeficiente de Phi 0.170 con una $P < 0.001$, lo que indica que no hay asociación entre estas variables. Se muestra la tabla 4.3 que compara el antecedente de cardiopatía con el riesgo reproductivo encontrando un coeficiente de Phi 0.152 con una $P = 0.003$, lo que indica que no hay asociación. Para los antecedentes de hipotiroidismo, hipertiroidismo y síndrome de ovario poliquístico relacionados con el riesgo reproductivo que se muestran en las tablas 4.4, 4.5 y 4.6 se obtuvo un coeficiente de Phi de 0.170, 0.152 y 0.123 con valores de P de 0.123, 0.075 y 0.013 respectivamente, que demuestra que no existe una conexión entre las variables examinadas.

En las tablas 4.7, 4.8 y 4.9 se observan las variables de antecedente de alcohol, tabaco y consumo de medicamentos comparadas con el riesgo reproductivo obteniendo un coeficiente de Phi de 0.016, 0.025 y 0.061 con un valor de P de 0.016, 0.025 y 0.061 respectivamente, sin significancia estadística

Por último, para las variables binomiales, se observó la relación con antecedentes ginecológicos y obstétricos se estudiaron las variables de periodo intergenésico corto, evolución de embarazo y sangrado uterino relacionadas con el riesgo reproductivo encontrando $P < .001$ sin embargo con coeficiente de Phi de 0.190, 0.446 y 0.114 respectivamente, lo cual indica que no hay relación entre las variables.

Se realizó la tabla 5.1 de contingencia para comparar la variable Diabetes mellitus con la categoría actual de métodos anticonceptivos que usan las pacientes y la tabla 5.2 para compararla con la categoría teórica de métodos anticonceptivos que deberían usar las pacientes, encontrando un coeficiente de contingencia 0.037 con una P de 0.914 y 0.022 con una P de 0.908, respectivamente, sugiere que la relación entre estas dos variables es nula y no tiene significado estadístico.

La tabla 5.3 de contingencia para comparar en antecedente de hipertensión arterial con la categoría actual de métodos anticonceptivos y la tabla 5.4 muestra la categoría teórica de métodos anticonceptivos que deberían usar las pacientes, se encontró un coeficiente de contingencia de 0.097 con una P 0.306 y 0.121 con una P de 0.057 respectivamente, indicando que la relación entre estas dos variables es nula, sin significancia estadística.

En la siguiente tabla 5.5 de contingencia para comparar la presencia de cardiopatía con la categoría actual de métodos anticonceptivos que usan las pacientes, se encontró un coeficiente de contingencia de 0.139 con una P 0.056, lo cual indica que la relación entre estas dos variables es nula, sin significancia estadística. Cabe destacar el resultado obtenido en la tabla 5.6 de contingencia que comparó la presencia de cardiopatía con la categoría teórica de métodos anticonceptivos que deberían usar las pacientes, resultando un coeficiente de contingencia 0.334 con una P de $< .001$, que demuestra que la relación es estadísticamente significativa.

Para ver la relación de las variables de síndrome de ovario poliquístico, medicamentos, sangrado uterino anormal (tabla 5.7, 5.9, 5.11) con la categoría actual de métodos anticonceptivos que usan las pacientes, se encontró un coeficiente de contingencia de 0.146 con una P 0.039; 0.045 con una P 0.857; 0.222 con una P <.001, respectivamente, lo que indica de las dos primeras variables no existe relación estadísticamente significativa, sin embargo la última variable si tiene relación estadísticamente significativa.

ANÁLISIS

Para las variables sociodemográficas presentadas en este estudio, se encontró la existencia de datos atípicos sin cumplir criterio de normalidad, la cual se puede observar en los gráficos de cajas y bigotes, con datos dispersos y con la prueba de Shapiro-Wilk (>0.005).

En el análisis bivariado χ^2 de las variables antecedentes de enfermedades crónicas, padecimientos ginecológicos y antecedentes obstétricos relacionado con el riesgo reproductivo, se obtuvo que la mayoría de las variables de antecedentes no presentaron relación ($p>0.05$, IC95%) con el riesgo reproductivo que tienen las pacientes entrevistadas. Mismo caso se observa en la tabla 5 que relaciona variables de antecedentes de enfermedades crónicas, padecimientos ginecobstetricias con la categoría actual del método de planificación familiar que utilizan las pacientes en este momento, se observó que la correlación es nula, sin significancia estadística ($p>0.05$, IC95%), lo que indica que es necesario aumentar el tamaño de la muestra.

Cabe destacar el caso observado en la tabla 5.6 en la que se muestra la relación de la cardiopatía y categoría actual de método de planificación que utilizan las pacientes, se observó que la correlación es nula, sin significancia estadística, este resultado puede cambiar si se aumenta el tamaño de la muestra y se redefinen los criterios de inclusión para que buscar pacientes que sean usuarias de método de planificación familiar que puedan ser clasificados en las categorías de riesgo de la OMS.

Sin embargo, en la tabla 5.7 que muestra la relación entre las variables cardiopatía y categoría teórica de método de planificación familiar si existe una relación estadísticamente significativa lo que indica que las pacientes que se deseen ser usuarias de algún método de planificación familiar, los médicos estamos obligados a la individualización del método de acuerdo con las categorías de riesgo de la OMS, para evitar tener futuras complicaciones.

También se destaca la observación en la tabla 5.8 la relación que existe entre la hemorragia uterina anormal y la categoría teórica del uso de métodos anticonceptivos, ya que de primera instancia lo que mencionan las guías de práctica clínica es que toda hemorragia uterina anormal debe ser estudiada y tener un

diagnóstico para valorar el uso de algún método de planificación familiar incluso utilizándose como tratamiento si estos están indicados, mejoran la sintomatología. No se encontró una relación estadísticamente significativa entre las variables sociodemográficas y las categorías de métodos anticonceptivos actuales y teóricos.

DISCUSIÓN

A pesar de que los métodos anticonceptivos son promovidos y son ofertados con amplia variedad de forma gratuita, son tema crucial en la salud pública ya que son esenciales para el control de la población y la reducción de embarazos no deseados, lo que tiene gran impacto sobre el desarrollo de la sociedad. Además, se debe destacar que la disponibilidad de métodos anticonceptivos. Permite a las parejas tomar decisiones informadas sobre el momento y el número de hijos que desean tener, mejorando la salud materno fetal y la planificación familiar ⁶⁷.

En México que una paciente haga uso o no de cualquier método anticonceptivo depende de varios factores, principalmente el contexto social de las usuarias, como la cultura y la religión que pueden obstaculizar la aceptación y uso de cualquier técnica anticonceptiva⁶⁷. En nuestro estudio a pesar de que la mayor parte de la población reside en un área urbanizada, un alto porcentaje de mujeres no utilizan ningún método de planificación familiar (21.6%), esto puede deberse a factores socioculturales, encontramos que el 51.8% tiene preparatoria terminada, el 43.7% son solteras comparado con el estudio de López Pinta el cual obtuvo que el 46.4% eran casados y 42.9% estudiaron la secundaria, obteniendo que un 75.7% utilizaban algún método anticonceptivo valor casi similar al obtenido en este estudio¹⁹.

Es importante abordar los desafíos en la implementación de programas efectivos de planificación familiar y acceso a métodos anticonceptivos desde el primer nivel de atención, como lo son las unidades de medicina familiar. Entre estos desafíos se encuentran la falta de educación sexual integral, la escasez de recursos financieros y la necesidad de superar estigmas asociados con el uso de anticonceptivos en la sociedad⁶⁸.

Respecto al riesgo reproductivo que tienen las mujeres, el 58% de nuestra población resultó con riesgo reproductivo alto, este riesgo está influenciado por una variedad de antecedentes personales, tanto patológicos como no patológicos. Estos antecedentes son importantes para la toma de decisiones sobre la planificación familiar y la salud reproductiva. El Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia afirma que las enfermedades crónicas, como la diabetes y la hipertensión, pueden tener un impacto en la salud reproductiva de las mujeres. Estas afecciones pueden aumentar el riesgo de parto prematuro, malformaciones congénitas y

complicaciones durante el embarazo, lo que influye en la salud del binomio a corto y largo plazo⁶⁹. No se encontró una relación estadísticamente significativa entre los antecedentes y el riesgo reproductivo en nuestro estudio, pero estos antecedentes personales patológicos y no patológicos son esenciales para evaluar el riesgo reproductivo durante la práctica diaria. Por lo tanto, la atención debe ser integral para abordar las necesidades reproductivas y garantizar un óptimo bienestar de las mujeres.

Los criterios de elegibilidad de la OMS juegan un papel importante en ayudar a los profesionales de la salud y a las mujeres a elegir métodos anticonceptivos seguros y efectivos, tomando en cuenta una variedad de aspectos de la salud de las mujeres.⁷⁰.

En nuestro estudio encontramos que la presencia de enfermedad cardíaca relacionada con el método anticonceptivo, que teóricamente se le puede otorgar a la paciente, si tiene una relación estadísticamente significativa, y estos resultados concuerdan con lo descrito por la OMS, que hace referencia a que las cardiopatías trazan desafíos en la elección de métodos anticonceptivos debido al riesgo potencial de complicaciones cardiovasculares, considerando al momento de otorgar un método elementos como la severidad de la enfermedad y la existencia de otros factores de riesgo⁷⁰. También se encontró que, si la paciente tiene hemorragia uterina anormal, existe una relación estadísticamente significativa con el método anticonceptivo que actualmente está utilizando, la OMS es table que se debe evaluar la causa subyacente de los sangrados y ajustar la elección del método en consecuencia para evitar posibles complicaciones tanto maternas como fetales, por lo que no se debe pasar por alto este antecedente.

CONCLUSIONES

En este estudio a pesar de la diversidad en la elección de métodos anticonceptivos, los resultados revelan la ausencia de asociaciones estadísticamente significativas de los antecedentes personales patológicos y no patológicos con el riesgo reproductivo. Este hallazgo sugiere que la eficacia y la seguridad de los métodos anticonceptivos no pueden ser comprendidas completamente sin considerar el entorno sociodemográfico, antecedentes personales patológicos, como

enfermedades crónicas y condiciones ginecológicas. La falta de asociación estadísticamente significativa puede indicar que el impacto de los métodos anticonceptivos es modulado por condiciones socioeconómicas y culturales, indicando que la relación entre la salud patológica y la elección de métodos anticonceptivos es multifacética y compleja, requiriendo evaluaciones con un enfoque integral y personalizado es esencial para comprender plenamente la interacción entre estos elementos y proporcionar recomendaciones importantes a quienes toman decisiones sobre salud reproductiva.

Limitaciones

La metodología planteada no cumple las dimensiones adecuadas para abordar el fenómeno estudiado, ya que se debieron plantear los objetivos, criterios de inclusión y exclusión, respecto a mujeres que utilizaban algún método anticonceptivo dentro de las cuatro categorías que propone la OMS, puesto que un porcentaje del 21% de la muestra estudiada no utilizaba algún método anticonceptivo.

Si se quiere buscar una relación entre los antecedentes de enfermedades crónicas y enfermedades establecidas con el uso de métodos anticonceptivos que se utilizan, se tiene que aumentar el tamaño de muestra, con los criterios de selección de la población adecuados para estudiar el fenómeno.

Propuesta

Difundir los resultados de la presente investigación en la UMF N° 41, con participación en congresos.

Capacitación al personal médico, para evaluar el riesgo reproductivo en mujeres de edad fértil

Implementar estrategias para que los métodos anticonceptivos sean otorgados de acuerdo con las 4 categorías de la OMS teniendo en cuenta todos sus Antecedentes de la historia clínica, que sea realizada de forma rápida, eficaz y eficiente para otorgar métodos anticonceptivos de forma individualizada a las pacientes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Panamericana de la Salud. Organización Panamericana de la salud OPS (2020). Estrategias para poner fin a la mortalidad materna prevenible (EPMM). 2015. Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51963/9789275322106-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
2. secretaria de Salud. Programa de acción específico. Salud sexual y reproductiva. 2020. p. 1–139.
3. Organización Mundial de la Salud. La salud sexual y su relación con la salud reproductiva: un enfoque operativo. 2018.
4. Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos. 2018.
5. Instituto Mexicano del Seguro Social. Procedimiento de planificación familiar en las unidades médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social 2230-003-001. 2016.
6. secretaria de Salud. Norma oficial Mexicana, NOM 005-SSA2-1993, De los Servicios de Planificación Familiar. México.
7. Britton E.L. An Evidence-Based Update on Contraception [Internet]. 2020. Available from: www.cdc.gov/mmwr/
8. Instituto Nacional de Estadística G e Informatica. Principales resultados de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) 2018 Nota técnica [Internet]. 2018. Available from: www.inegi.org.mx
9. Muradás-Troitiño M.C. MPG, RFM. La covid y sus efectos potenciales en la fecundidad en México. Otros Diálogos del Colegio de México. 2021;17:1–11.
10. Consejo Nacional de Población (CONAPO). Salud sexual y reproductiva durante la pandemia por COVID-19. Participa CONAPO en diálogo virtual sobre “Los efectos de la pandemia del COVID-19: desafíos para la salud sexual y reproductiva” Blog [Internet]. [cited 2022 Sep 4]; Available from: <https://www.gob.mx/conapo/articulos/participa-conapo-en-dialogo-virtual-sobre-los-efectos-de-la-pandemia-del-covid-19-desafios-para-la-salud-sexual-y-reproductiva?idiom=es>
11. Secretaría de Salud. Lineamientos Técnicos para la Prescripción y Uso de Métodos Anticonceptivos en México. [Internet]. México; 2022 [cited 2022].

<https://www.salud.cdmx.gob.mx/lineamientos-tecnicos-para-prescripcion-y-uso-de-metodos-anticonceptivos-en-mexico>

12. Ipas México. Manual de consejería anticonceptiva. Guía para fortalecer los servicios de anticoncepción en los sitios de salud. 2019 Jan;3.
13. Soledad Vallejo-Maldonado M. Anticonceptivos inyectables combinados. Available from: <https://doi.org/10.24245/gom.v88i->
14. Valdés-Bango M, Castelo-Branco C. Anticoncepción con solo progestina. Available from: <https://doi.org/10.24245/gom.v88i->
15. Pawlowsky-Glahn V, Egozcue JJ, Planes-Pedra M. Survey data on perceptions of contraceptive methods as compositional tables. *Rev Latinoam Psicol.* 2018 Oct 1;50(3):179–86.
16. Silva WG da, Bernal HL, Cândido FNO, Raimundo PPM, Duarte SJH. O planejamento familiar para homens. *Revista de Enfermagem UFPE on line.* 2018 Nov 6;12(11):3098.
17. World Health Organization. Reproductive Health and Research, World Health Organization. Medical eligibility criteria for contraceptive use. 268 p.
18. Organización Mundial de la Salud. RUEDA CON LOS CRITERIOS MÉDICOS DE ELEGIBILIDAD PARA EL USO DE ANTICONCEPTIVOS [Internet]. 2016. 1–8 p. Available from: http://www.who.int/about/licensing/copyright_form/en/index.html
19. López-Pinta MJ. Elección del Método Anticonceptivo en una Población Rural. Polo del Conocimiento [Internet]. 2022;7(1):1–20. Available from: [file:///C:/Users/Micaela/Downloads/3475-18480-1-PB \(1\).pdf](file:///C:/Users/Micaela/Downloads/3475-18480-1-PB(1).pdf)
20. Campero L, Romero I, Estrada F, Hubert C, Heredia-Pi IB, Villalobos- Hernández A. Anticoncepción posevento obstétrico y embarazo subsecuente en adolescentes: perspectivas del personal de salud en México. *Salud Publica Mex [Internet].* 2022 Jun 29;64(4, jul-ago):385–96. Available from: <https://www.saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/13515>
21. Batyra E. Cambio de comportamiento en el uso de anticonceptivos posterior a un nacimiento no planeado en Colombia y Perú. *Int Perspect Sex Reprod Health.* 2020;46:9–19.
22. González A, Cabrera AR, Maybelis I, Ricardo J, Hospital II, Redondo CM, et al. El riesgo preconcepcional y su vínculo con la salud materna The preconception risk and its link with maternal health [Internet]. Vol. 32, *Revista Cubana de Medicina General Integral.* 2016. Available from: <http://scielo.sld.cu><http://scielo.sld.cu2>

23. Sanchez Gaitan E. Factores para un embarazo de riesgo. Revista Medica Sinergia. 2019 Sep 1;4(9):e319.
24. Figueredo Fonseca M. Fernandez Nuñez DHRMRRRAPT. Factores de riesgo asociados al riesgo reproductivo preconcepcional. Multimed Revista Médica Granma. 2019 Oct;23(5).
25. Quintero-Paredes PP. Caracterización del riesgo reproductivo preconcepcional en la mujeres en edad fértil [Internet]. Vol. 25. 2021. Available from: <http://orcid.org/0000-0001-8584-5587>
26. Carrasco Falcón S, Vega Guedes B, Alvarado-Martel D, Wägner AM. Preconception care in diabetes: Predisposing factors and barriers. Endocrinología, Diabetes y Nutrición (English ed). 2018 Mar;65(3):164–71.
27. Álvarez-García YR, Moreno-Muñoz B., Rodríguez Aldana AM. . Factores biopsicosociales asociados al riesgo preconcepcional CMF No 9. Campechuela. Multimed 2019. 2019;
28. Instituto Nacional de Estadística [Internet]. Ine.es. [citado el 3 de agosto de 2022]. Disponible en: <https://www.ine.es/DEFIne/es/concepto.htm?txt=C38Dndices20de20ocupaciC3B3n&c=4614&p=1&n=20>
29. Escolaridad [Internet]. Lexico Dictionaries | Spanish. Lexico Dictionaries; [citado el 3 de agosto de 2022]. Disponible en: <https://www.lexico.com/es/definicion/escolaridad>
30. Edad. Rae.es. [citado el 3 de agosto de 2022]. Disponible en: <https://dle.rae.es/edad>
31. Peso corporal – Definición de [Internet]. Definición de. [citado el 3 de agosto de 2022]. Disponible en: <https://definicion.de/peso-corporal>.
32. ¿Qué es la talla en el cuerpo? [Internet]. disign-choice.com. Anónimo; 2022 [citado el 3 de agosto de 2022]. Disponible en: https://disign-choice.com/es/qa/page=21e9f17bc9479304e4b20b9f4708a9c5_qa
33. Rae.es. [citado el 9 de septiembre de 2022]. Disponible en: <https://dpej.rae.es/lema/estado-civil>
34. Embarazo normal y cuidados prenatales [Internet]. Mhmedical.com. [citado el 4 de agosto de 2022]. Disponible en:

<https://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookid=1494§ionid=98123785>

35. Bombí DI. Definición de parto [Internet]. [Canal Salud](#). 2021 [citado el 9 de septiembre de 2022]. Disponible en: <https://www.salud.mapfre.es/salud-familiar/mujer/el-parto/definicion-de-parto/>

36. Ortega J. Legalización del aborto [Internet]. Universidad de Las Américas. 2018 [citado el 4 de agosto de 2022]. Disponible en: <https://www.udla.edu.ec/2018/07/legalizacion-del-aborto/>

37. Gva.es. [citado el 4 de agosto de 2022]. Disponible en: <https://www.san.gva.es/documents/151744/512074/Cesarea.pdf>

38. Zavala-García Abraham, Ortiz-Reyes Heidy, Salomon-Kuri Julie, Padilla-Amigo Carla, Preciado Ruiz Raymundo. Periodo intergenésico: Revisión de la literature. Rev. chil. obstet. ginecol. [Internet]. 2018 Feb [citado 2022 Sep 09] ; 83(1): 52-

61. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262018000100052&lng=es.

<http://dx.doi.org/10.4067/s0717-75262018000100052>.

[717- 75262018000100052](http://dx.doi.org/10.4067/s0717-75262018000100052).

39. Definición de tabaquismo – Definición de [Internet]. Definición de. [citado el 20 de agosto de 2022]. Disponible en: <https://definicion.de/tabaquismo/>

40. Enfermedad hepática [Internet]. Medlineplus.gov. [citado el 18 de agosto de 2022]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000205.htm>

41. Diccionario de cáncer del NCI [Internet]. Instituto Nacional del Cáncer. 2011 [citado el 18 de agosto de 2022]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/cardiopatia>

42. Obesidad [Internet]. Clínic Barcelona. [citado el 18 de agosto de 2022]. Disponible en: <https://www.clinicbarcelona.org/asistencia/enfermedades/obesidad>

43. Artículos Médicos [Internet]. Clínica Hospital San Fernando. [citado el 18 de agosto de 2022]. Disponible en: <https://www.hospitalsanfernando.com/articulos-medicos/diabetes>

44. Bóveda E, Díez B, Fernández M, Fernández P, Hidalgo E, Salinas E. Cefaleas. Farmacia profesional. [Internet]. 2003 [citado el 18 de agosto de 2022];17(1):46–

52. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-farmacia->

[profesional-3- articulo-cefaleas-13042398](#)

45. Acerca del VIH [Internet]. Cdc.gov. 2022 [citado el 21 de agosto de 2022]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/hiv/spanish/basics/whatishiv.html>

46. Enfermedad inflamatoria pélvica. Sistema reproductivo femenino [Internet]. 2003 [citado el 21 de agosto de 2022]; Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/pelvicinflammatorydisease.htm>.

47. Tromboembolismo venoso - ¿Qué es el tromboembolismo venoso? [Internet]. Nih.gov. [citado el 18 de agosto de 2022]. Disponible en: <https://www.nhlbi.nih.gov/es/salud/tromboembolia-venosa>

48. Organización Mundial de la Salud. Hipertensión [Internet]. [citado el 18 de agosto de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/hypertension>

49. Organización Panamericana de la Salud. Medicamentos [Internet]. Gob.ar. [citado el 18 de agosto de 2022]. Disponible en: <https://salud.gob.ar/dels/entradas/medicamentos>.

50. Enfermedades de transmisión sexual. Sistema reproductivo femenino [Internet]. 2002 [citado el 21 de agosto de 2022]; Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/sexuallytransmitteddiseases.html>.

51. UNICEF. Lactancia Materna: La Guía de Vida. México: [Citado el 4 de agosto de 2022] Disponible en: [Lactancia materna | UNICEF Lactancia materna | UNICEF](#)

52. Sangrado vaginal. Sistema reproductivo femenino [Internet]. 2009 [citado el 4 de agosto de 2022]; Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/vaginalbleeding.html>

53. Fibromas uterinos [Internet]. Mayoclinic.org. 2021 [citado el 4 de agosto de 2022]. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/uterine-fibroids/symptoms-causes/syc-20354288>

54. Diccionario de cáncer del NCI [Internet]. Instituto Nacional del Cáncer. 2011 [citado el 18 de agosto de 2022]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/neoplasia-intraepitelial-cervical>

55. Cáncer de cuello uterino [Internet]. Mayoclinic.org. 2021 [citado el 18 de agosto de 2022]. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases->

[conditions/cervical-cancer/symptoms-causes/syc-20352501](https://www.cdc.gov/conditions/cervical-cancer/symptoms-causes/syc-20352501)

[56.](#) Centro de Enfermedades Contagiosas (CDC) español. ¿Qué es el cáncer de mama? [Internet]. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. 2022 [citado el 18 de agosto de 2022]. Disponible en: https://www.cdc.gov/spanish/cancer/breast/basic_info/what-is-breast-cancer.htm

[57.](#) Instituto de Salud del Estado de México. Métodos anticonceptivos. definición [Internet]. [citado el 21 de agosto de 2022]; Disponible en: https://salud.edomex.gob.mx/isem/metodos_anticonceptivos.

[58.](#) Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos – Resumen ejecutivo [Internet]. Who.int. Organización Mundial de la Salud; 2 de febrero de 2015 [citado el 9 de septiembre de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/i/item/WHO-RHR-15.07>

[59.](#) Gob.mx. [citado el 9 de septiembre de 2022]. Disponible en: https://www.issemym.gob.mx/sites/www.issemym.gob.mx/files/riesgo_reproductivo_1.pdf

[60.](#) Normas éticas sobre experimentación en seres humanos. Código de Nüremberg. Subdirección de investigación. Facultad de Medicina y Hospital Universitario, UANL. IG-Nüremberg-01. [Citado Septiembre 2022]. Disponible en: <http://www.medicina.uanl.mx/investigacion/wp-content/uploads/2019/05/21-codigo-de-nucc88remberg.pdf>

[61.](#) Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Recomendaciones para guías a los médicos en la investigación biomédica en personas. CONAMED. [Citado Septiembre 2022]. Disponible en: http://www.conamed.gob.mx/prof_salud/pdf/helsinki.pdf

[62.](#) Informe de Belmont. Principios y guías éticos para la protección de los sujetos humanos de investigación. Observatori de Bioetica i Dret. [Citado Septiembre 2022]. Disponible en: <http://www.bioeticayderecho.ub.edu/archivos/norm/InformeBelmont.pdf>

[63.](#) Reglamento de la Ley general de salud en materia de investigación para la salud. Diario Oficial de la Federación. [Citado Septiembre 2022]. Disponible en:

https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MIS.pdf.

64. Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012. Que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos.[Citado Septiembre 2022]. Disponible en:

https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5284148&fecha=04/01/2013#gsc.tab=0.

65. Ezekiel-E. "¿Qué hace que la investigación clínica sea ética? Siete requisitos éticos." Investigación en sujetos humanos: experiencia internacional. Santiago de Chile: Programa Regional de Bioética OPS/OMS 1999 (1999): 33-46.

66. Ley Federal de protección de datos personales en posesión de los particulares Diario Oficial de la Federación. [Citado Septiembre 2022]. Disponible en: <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LFPDPPP.pdf>.

67. Guttmacher Institute.. "Promoting Sexual and Reproductive Health for Women and Couples: The Essential Role of the Family Planning Community.: 2020. [Citado enero 2024]. Disponible en: <https://www.guttmacher.org/journals/psrh>

68. Population Council. "Challenges and Opportunities in Expanding Access to Contraception in Mexico." 2021. [Citado enero 2024]. Disponible en:[Un futuro equitativo y sostenible para todos, en todas partes \(popcouncil.org\)](https://www.popcouncil.org/un-futuro-equitativo-y-sostenible-para-todos-en-todas-partes)

69: American College of Obstetricians and Gynecologists.. "Maternal Comorbidities and Complications of Pregnancy. 2020. "[Citado enero 2024]. Disponible en: <https://www.bing.com/search?q=American+College+of+Obstetricians+and+Gynecologists.+2020>

ANEXOS

ANEXO 1 CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO
SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN,
INVESTIGACIÓN
Y POLITICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN
SALUD**

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:

**RELACIÓN ENTRE CATEGORIZACIÓN DE MÉTODOS
ANTICONCEPTIVOS Y RIESGO REPRODUCTIVO EN
MUJERES DE
EDAD REPRODUCTIVA DE LA UMF 41, FORTUNA; 2023**

Patrocinador externo (si aplica): Lugar y fecha:

Sin patrocinador externo.

CDMX a de del 2023

Número de registro:

R-2022-3511-055

Justificación y objetivo del estudio:

Una de las estrategias implementadas para disminuir la muerte materna es el uso adecuado de los métodos de planificación familiar. La investigación pretende relacionar la categorización de métodos anticonceptivos y riesgo reproductivo en mujeres de edad reproductiva en la UMF 41.

Procedimientos:

Se le realizará una cedula de recolección de datos los cuales serán basados en la historia clínica con datos sociodemográficos, antecedentes personales patológicos y antecedentes gineco-obstétricos, así mismo se tomarán datos de su cartilla de salud.

Posibles riesgos y molestias:

Investigación sin riesgo ya que la técnica para la recolección de datos será mediante una entrevista, sin llevar a cabo mediciones que modifiquen su conducta o su estado basal.

Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:

Tendrá los resultados de su riesgo reproductivo y categorización a la que pertenece de acuerdo con los criterios de elegibilidad de la Organización Mundial de la Salud.

Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:

Los resultados de la encuesta se le entregará por escrito, dichos resultados los podrá llevar con su médico tratante de elección para que le seguimiento médico.

Participación o retiro:

Acepta a participar en la investigación sin fines de lucro y en uso de sus facultades mentales, recibiendo respuesta a todas sus dudas y aclaraciones que pudiera presentar a esta investigación. Podrá retirarse de la investigación en cualquier momento sin recibir alguna presión o afectación de la atención médica o cualquier prestación por parte de la unidad.

Privacidad y confidencialidad:

Los datos serán de carácter confidencial, serán codificados y protegidos de tal manera que los datos no identifiquen a la persona y serán utilizados con fines científicos y académicos.

Beneficios al término del estudio:

Entrega de resultados para que pueda llevarlos con su médico tratante de elección para que le seguimiento médico.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigador Responsable:

Dr. Acho Federico García Martínez, Médico epidemiólogo.

Colaboradores:

Dr. Mauricio Franco Posadas, Médico Familiar/ Dra. Adilene Piedad Olayo Jaimes, Médico Residente de Medicina Familiar.

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx

Nombre y firma del sujeto

Testigo 1

Nombre y firma


Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Adilene Piedad Olayo Jaimes

Testigo 2


Nombre y firma

ANEXO 2

		INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL		UNIDAD
		DE MEDICINA FAMILIAR N° 41		
RELACIÓN ENTRE CATEGORIZACIÓN DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS Y RIESGO REPRODUCTIVO EN MUJERES DE EDAD REPRODUCTIVA				
Instrucciones: Este Instrumento será llenado por el entrevistador. Colocar una "X" en las casillas donde se indica, si corresponde a la respuesta correcta. Objetivo: Obtención de datos con fines estadísticos.				
FOLIO:				FECHA:
NSS:				
OCUPACIÓN: Ama de casa <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Trabajadora domestica <input type="checkbox"/> Obrero/ayte general <input type="checkbox"/> Técnica <input type="checkbox"/> Administrativa <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/>		ESCOLARIDAD No sabe leer ni escribir <input type="checkbox"/> Sabe leer y escribir <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Bachillerato/Preparatoria <input type="checkbox"/> Licenciatura <input type="checkbox"/> Posgrado <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/>		
EDAD: años Ciudad de México <input type="checkbox"/> Estado de México <input type="checkbox"/> Provincia <input type="checkbox"/>	LUGAR DE RESIDENCIA Ciudad de México <input type="checkbox"/> Estado de México <input type="checkbox"/> Provincia <input type="checkbox"/>		ESTADO CIVIL Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Unión libre <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/>	
PESO: KG. TALLA: M	RELIGIÓN Católica <input type="checkbox"/> Cristiana <input type="checkbox"/> Protestantes <input type="checkbox"/> Ateos <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/>			
IMC:				
ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS				
10. ¿Usted tiene diabetes? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 11. ¿Usted tiene enfermedades inmunológicas? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 11.1 Artritis reumatoide <input type="checkbox"/> 11.2 Síndrome antifosfolípidos <input type="checkbox"/> 11.3 Lupus eritematoso <input type="checkbox"/> 11.3 Esclerodermia <input type="checkbox"/>		20. ¿Usted padece hipertensión? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 20.1. 140-159/90-99 ó controlada <input type="checkbox"/> 20.2 >= 160/>= 100 Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
12. ¿Usted padece alguna cardiopatía? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Antecedentes cerebrovasculares <input type="checkbox"/> Cardiopatía isquémica <input type="checkbox"/> Factores de riesgo Múltiples <input type="checkbox"/> Cardiopatía congénita <input type="checkbox"/>		21. ¿Usted ingiere bebidas alcohólicas? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Todos los días <input type="checkbox"/> Una vez a la semana <input type="checkbox"/> Una vez al mes <input type="checkbox"/> ¿Usted consume un tipo de droga? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
13. ¿Tiene alguna enfermedad hepática? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 13.1 Tumor del hígado <input type="checkbox"/> 13.2 Hepatitis aguda <input type="checkbox"/> o Exacerbación <input type="checkbox"/>		22. ¿Usted padece tromboembolismo venoso? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 22.1 Antecedente <input type="checkbox"/> 22.2 Agudo <input type="checkbox"/> 22.3 Cirugía Mayor con inmovilización prolongada Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
14. ¿Usted padece hipotiroidismo? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 15. ¿Usted padece hipertiroidismo? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 16. ¿Usted padece síndrome de ovario poliquístico? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		23. ¿Usted fuma? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 23.1 Mayor de 10 cigarros al día Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
17. ¿Usted padece dolor de cabeza? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sin migraña <input type="checkbox"/> Migraña con aura <input type="checkbox"/>		24. ¿Usted toma alguno de estos medicamentos? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 24.1 Determinados Anticonvulsivos <input type="checkbox"/> 24.2 Rifampicina/Rifabutina <input type="checkbox"/> 24.3 Terapia antirretroviral <input type="checkbox"/>		
18. ¿Usted tiene VIH? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Estadios 3 o 4 de la OMS? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		24. ¿Usted padece de alguna infección de transmisión sexual? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 24.1 Gonorrea/clamidia <input type="checkbox"/> 24.2 Otras ITS y vaginitis <input type="checkbox"/> 24.3 Mayor riesgo de ITS <input type="checkbox"/>		
19. ¿Usted tiene enfermedad pélvica inflamatoria? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		25. ¿Usted está en postparto o en lactancia? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 25.1 de 48 hrs a < 4 semanas <input type="checkbox"/> 25.2 >= 4 semanas < 6 semanas <input type="checkbox"/> 25.3 >= 6 semanas < 6 meses <input type="checkbox"/>		

ANTECEDENTES GINECO OBSTETRICOS																			
<p>26. ¿Usted se ha embarazado antes? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>27. Ge <input type="text"/> 28. F <input type="text"/> 29. <input type="text"/> 30. C <input type="text"/></p> <p>31. Fecha de su último evento obstétrico >24 meses <input type="text"/> < 18 meses <input type="text"/></p> <p>Durante alguno de sus embarazos usted curso con:</p> <p>32. Preeclampsia-eclampsia Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>33. Polihidramnios Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>34. Sangrado Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>35. Parto pretermino Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>36. Bajo peso al nacer <2 kg Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>37. Malformaciones congénitas Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>38. Muerte fetal tardía Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>39. Macrosomía mayor de 4 kg Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>40. ¿Usted tiene sangrado vaginal sin explicación? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>41. ¿Usted tiene fibromas/miomas uterinos? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>42. ¿Usted tiene neoplasia cervical? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>43. ¿Usted tiene antecedentes de infertilidad? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>	<p>44. ¿Usted tiene cáncer de mama? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>45. ¿Usted utiliza un método anticonceptivo? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>¿cuál?</p> <p>DIU cobre <input type="checkbox"/> DIU-LNG <input type="checkbox"/> Implante <input type="checkbox"/></p> <p>Inyectables cada mes <input type="checkbox"/> Inyectable cada 3 meses <input type="checkbox"/> Pastillas <input type="checkbox"/></p> <p>Parche <input type="checkbox"/> Condón <input type="checkbox"/> Oclusión tubaría Bilateral (OTB) <input type="checkbox"/></p>																		
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="2">RIESGO REPRODUCTIVO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="background-color: #f4a460;">ALTO</td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td style="background-color: #90c190;">BAJO</td> <td><input type="text"/></td> </tr> </tbody> </table>				RIESGO REPRODUCTIVO		ALTO	<input type="text"/>	BAJO	<input type="text"/>										
RIESGO REPRODUCTIVO																			
ALTO	<input type="text"/>																		
BAJO	<input type="text"/>																		
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>CATEGORIA</th> <th>CON CRITERIO CLINICO</th> <th colspan="2">CON CRITERIO CLINICO LIMITADO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">1</td> <td>Uso el método en cualquier circunstancia</td> <td colspan="2" rowspan="2" style="text-align: center;">SI (USE EL METODO)</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">2</td> <td>En general, use el método</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">3</td> <td>El uso del método generalmente no se recomienda a menos que otros métodos más adecuados no estén disponibles o no se han aceptado</td> <td colspan="2" rowspan="2" style="text-align: center;">NO (NO USE EL METODO)</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">4</td> <td>No se debe utilizar el método</td> </tr> </tbody> </table>				CATEGORIA	CON CRITERIO CLINICO	CON CRITERIO CLINICO LIMITADO		1	Uso el método en cualquier circunstancia	SI (USE EL METODO)		2	En general, use el método	3	El uso del método generalmente no se recomienda a menos que otros métodos más adecuados no estén disponibles o no se han aceptado	NO (NO USE EL METODO)		4	No se debe utilizar el método
CATEGORIA	CON CRITERIO CLINICO	CON CRITERIO CLINICO LIMITADO																	
1	Uso el método en cualquier circunstancia	SI (USE EL METODO)																	
2	En general, use el método																		
3	El uso del método generalmente no se recomienda a menos que otros métodos más adecuados no estén disponibles o no se han aceptado	NO (NO USE EL METODO)																	
4	No se debe utilizar el método																		

ANEXO 3. RESULTADOS

	INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 41 COORDINACION DE INVESTIGACION EN SALUD		
HOJA DE RESULTADOS			
TITULO DEL PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN: RELACIÓN ENTRE CATEGORIZACIÓN DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS Y RIESGO REPRODUCTIVO EN MUJERES DE EDAD REPRODUCTIVA			
NOMBRE:	<input type="text"/>	FECHA:	<input type="text"/>
<p>La siguiente hoja es informativa e incluye los resultados obtenidos mediante su historia clínica y las respuestas proporcionadas por usted en los cuestionarios previos, tengan en cuenta que los resultados son confidenciales y serán utilizados para fines académicos y de investigación médica, por lo que se proporcionan de manera personal, y para los fines que así le convengan, si lo desea esta hoja puede ser proporcionada a su médico de cabecera para continuar su manejo integral.</p>			

RIESGO REPRODUCTIVO	
ALTO	<input type="text"/>
BAJO	<input type="text"/>

CATEGORIA	CON CRITERIO CLINICO	CON CRITERIO CLINICO LIMITADO	
1	Uso el método en cualquier circunstancia	SI (USE EL METODO)	
2	En general, use el método		
3	El uso del método generalmente no se recomienda a menos que otros métodos más adecuados no estén disponibles o no se han aceptado	NO (NO USE EL METODO)	
4	No se debe utilizar el método		

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

Nombre del encuestador: Olayo Jaimes Adilene Piedad, residente 1er año en medicina familiar UMF 41 IMSS.

Investigador principal: Dr. Acho Federico García Martínez Investigador asociado: Dr. Mauricio Franco Posadas

Los resultados de sus cuestionarios son entregados a usted para que pueda hacer uso de los y entregar a su médico tratante con la finalidad de que realice las intervenciones necesarias si así lo considera.