



Universidad Autónoma de Querétaro

Facultad de Medicina

Factores prevalentes en la no coincidencia del método de planificación familiar electo en la atención prenatal y el aplicado post-evento obstétrico.

TESIS

Que como parte de los requisitos
para obtener el Diploma de la

ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

Med. Gral. Alma Concepción Lara Contreras

DIRIGIDA POR:

M.I.M.S.P. Roxana Gisela Cervantes Becerra

MÉD. GRAL.: ALMA CONCEPCION LARA
CONTRERAS

Factores prevalentes en la no coincidencia del método de planificación familiar electo en la
atención prenatal y el aplicado post-evento obstétrico.

2020

Querétaro, Qro, Junio 2020.



Universidad Autónoma de Querétaro

Facultad de Medicina
Especialidad de Medicina Familiar

Factores prevalentes en la no coincidencia del método de planificación familiar electo en la atención prenatal y el aplicado post-evento obstétrico.

TESIS

Que como parte de los requisitos para obtener el Diploma de
Especialidad en Medicina Familiar

Presenta:

Médico General: Alma Concepción Lara Contreras

Dirigida por:

M.I.M.S.P. Roxana Gisela Cervantes Becerra

SINODALES

M.I.M.S.P. Roxana Gisela Cervantes Becerra
Presidente

M.I.M.S.P. Leticia Blanco Castillo
Secretario

M.S.P. León Sánchez Fernández
Vocal

Med. Esp. Omar Rangel Villicaña
Suplente

Med. Esp. Luis Abraham Montes de Oca Reséndiz
Suplente

Dra. Guadalupe Zaldivar Lelo de Larrea
Directora de la Facultad de Medicina

Dra. Ma. Guadalupe Flavia Loarca Piña
Directora de Investigación y Posgrado

Centro Universitario, Querétaro, Qro.
Junio 2020
México

RESUMEN

Marco teórico. La atención prenatal tiene varios objetivos y entre ellos está el fomentar y sentar bases para una decisión adecuada sobre planificación familiar con base en las condiciones clínicas de la mujer. Es frecuente encontrar en la atención de puerperio que la paciente no haya recibido un método de planificación familiar por distintos factores. **Objetivo.** Identificar la prevalencia de los factores asociados a la no coincidencia del método de planificación familiar electo en la atención prenatal y el aplicado post-evento obstétrico. **Metodología.** Diseño transversal descriptivo en pacientes en puerperio inmediato cuyo método de planificación familiar solicitado en consentimiento informado firmado en la atención prenatal no coincidió con el aplicado post-evento obstétrico. El tamaño de muestra se calculó con fórmula para población infinita, con nivel de confianza del 95%, con un total de 270 pacientes, alcanzado por muestreo no probabilístico por conveniencia. Se midieron factores intrínsecos y extrínsecos. **Resultados.** El factor intrínseco más importante fue el cambio de decisión personal 59.0% (IC 95%; 53.10–64.90) y el factor extrínseco la falta de insumos en el 31.20% (IC 95%; 25.60–36.80). Cuando se realizó la evaluación conjunta la prevalencia del cambio de decisión personal se modificó a 35.20% (IC 95%; 29.4–41.0) y la falta de insumos a 12.6% (IC95%; 8.6-16.6). **Conclusión.** Los factores intrínsecos y extrínsecos asociados a la no coincidencia del método de planificación familiar con mayor prevalencia son el cambio de decisión por la paciente y la falta de insumos respectivamente.

Palabras clave: Planificación familiar, coincidencia, prenatal, post-evento obstétrico.

SUMMARY

Background. Prenatal care has several objectives and among them is to promote and lay the groundwork for an adequate decision on family planning based on the clinical conditions of women. It is common to find in puerperium care that the patient has not received a family planning method due to different factors.

Objective. To identify the prevalence of the factors associated with the non-coincidence of the method of family planning elected in prenatal care and the post-obstetric event applied.

Methods. Descriptive cross-sectional design in patients in the immediate puerperium whose family planning method requested in signed informed consent in prenatal care did not coincide with the applied post-obstetric event. The sample size was calculated with formula for infinite population, with 95% confidence level, with a total of 270 patients, reached by non-probabilistic sampling for convenience. Intrinsic and extrinsic factors were measured.

Results. The most important intrinsic factor was the change of personal decision 59.0% (95% CI, 53.10-64.90) and the extrinsic factor the lack of inputs in 31.20% (95% CI, 25.60-36.80). When the joint evaluation was carried out, the prevalence of the personal decision change was modified to 35.20% (95% CI, 29.4-41.0) and the lack of inputs to 12.6% (95% CI, 8.6-16.6). **Conclusion.** The intrinsic and extrinsic factors associated with the non-coincidence of the family planning method with the highest prevalence are the change of decision by the patient and the lack of inputs, respectively.

Key words: Family planning, coincidence, prenatal, post-obstetric event

DEDICATORIA

A mi familia por ser siempre mi fortaleza,
por soportar mi ausencia en momentos
importantes para nosotros, por su
cariño, motivación y apoyo
incondicionales.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios por concederme la vida, por rodearme de una familia inigualable, que han sido fuente de inspiración y fortaleza para lograr cada uno de mis proyectos

A mis padres y mis hermanos por su apoyo incondicional y ser siempre el pilar fundamental en mi vida, sin ustedes nada de lo que he logrado habría sido posible; gracias por siempre confiar en mí.

A mis sobrinos por siempre inyectarme esa chispa y fortaleza como sólo ellos saben.

A la Dra. Roxana G. Cervantes por su apoyo incondicional y todo el tiempo dedicado para la realización de este proyecto. Gran parte de esto es gracias a usted.

A la Dra. Lety Blanco y el Dr. Enrique Villarreal por hacerme saber que el andar en la investigación no es tan oscuro como parece.

A mis profesores, amigos y compañeros en la residencia de Medicina Familiar por ser colaboradores y partícipes de cada una de las experiencias a lo largo de estos 3 años; esta aventura no habría sido lo mismo sin su apoyo.

ÍNDICE

Contenido	Página
Resumen	I
Summary	II
Dedicatorias	III
Agradecimientos	IV
Índice	V
Índice de cuadros	VI
I. INTRODUCCIÓN	1
II. ANTECEDENTES	3
II.1 Planificación familiar	3
II.2 Métodos de planificación familiar	6
II.3 Papel del personal de salud en planificación familiar	9
II.4 Anticoncepción post-evento obstétrico	10
II.5 Criterios de elegibilidad	13
III. FUNDAMENTACION TEORICA	21
IV. HIPOTESIS	24
V. OBJETIVOS	25
VI. MATERIAL Y METODOS	27
VI.1 Tipo de investigación	27
VI.2 Población o unidad de análisis	27
VI.3 Muestra y tipo de muestra	27
VI.3.1 Criterios de selección	28
VI.3.2 Variables a estudiadas	28
VI.4 Análisis estadístico	29
VII. RESULTADOS	30
VIII. DISCUSIÓN	41
IX. CONCLUSIONES	43
X. PROPUESTAS	44
XI. LITERATURA CITADA	45

XII. ANEXOS	50
XII.1 Hoja de recolección de datos	50
XII.2 Carta de consentimiento informado	51

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro	Página
IV.1 Variables sociodemográficas	32
IV.2 Variables gineco-obstétricas	33
IV.3 Método de planificación familiar empleado previo al último evento obstétrico	34
IV.4 Método de planificación familiar electo en la atención prenatal	35
IV.5 Método de planificación familiar aplicado post-evento obstétrico	36
IV.6 Prevalencia de tipo de factor asociado a la no coincidencia	37
IV.7 Prevalencia de factores intrínsecos asociados a la no coincidencia	38
IV.8 Prevalencia de complicaciones clínicas.	39
IV.9 Prevalencia de factores extrínsecos asociados a la no coincidencia	40

I. INTRODUCCION

La planificación familiar es el derecho de toda persona a decidir, de manera libre, responsable e informada, sobre el número y el espaciamiento de sus hijos y a obtener la información especializada y los servicios idóneos para ello (Secretaría de salud, 2014).

Los prestadores de servicios de salud deben brindar a la mujer embarazada, información clara, veraz y basada en evidencia científica, sobre diferentes aspectos de salud en el embarazo, con el fin de que conozca sobre los factores de riesgo, estilos de vida saludable, aspectos nutricionales que la mejoren, lactancia materna exclusiva y planificación familiar (Secretaria de salud, 2016).

Dados sus potenciales beneficios sociales y de salud, la planificación familiar constituye una base fundamental de la salud reproductiva. Dichos beneficios van desde la reducción de la pobreza y la mortalidad materno-infantil, hasta una mejora importante en la calidad de vida; lo que se traduce en mayores oportunidades de educación, empleo e inserción igualitaria en la sociedad (B. Allen-Leigh, et al., 2013).

La ausencia de método de planificación familiar predispone a un incremento en la incidencia de periodos intergenésicos cortos, este último se ha asociado con retraso en el crecimiento intrauterino, senescencia placentaria, hipoxia perinatal, óbito espontáneo y Apgar bajo causando el 60 % de las muertes maternas y el 75% de la mortalidad perinatal (Morgan-Ortiz, et al., 2010). La trascendencia de tener un embarazo no planeado a nivel familiar genera una crisis paranormativa, con riesgo de repercusión en funcionalidad de pareja, económica, de cuidados de los hijos, laboral, entre otros; el problema es mayor cuando el producto no es deseado.

En México, continua siendo un reto la adopción de un método de planificación familiar posterior a un evento obstétrico, se reporta una falta de

otorgamiento o aceptación de hasta 52% en las adolescentes, 44.2% en mujeres de 20 a 29 años, 42.5% en aquellas de 30 a 34 años y 39.2% en 35 años y mayores (B. Allen-Leigh, et al., 2013).

En la práctica diaria es frecuente observar la no coincidencia del método de planificación familiar elegido y aceptado en la atención prenatal con el aplicado post-evento obstétrico.

Dirección General de Bibliotecas UAQ

II. ANTECEDENTES

II.1 Planificación familiar

La secretaría de salud define la planificación familiar como el derecho de toda persona a decidir, de manera libre, responsable e informada, sobre el número y el espaciamiento de sus hijos y a obtener la información especializada y los servicios idóneos para ello (APÉNDICE IV-I-2014).

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud la planificación familiar permite tener el número de hijos deseados y determinar el intervalo entre cada embarazo, esto se logra mediante la aplicación de métodos anticonceptivos (OMS, 2013).

La norma oficial mexicana para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida establece que los prestadores de servicios de salud deben brindar a la mujer embarazada, información clara, veraz y basada en evidencia científica, sobre diferentes aspectos de salud en el embarazo, con el fin de que conozca sobre los factores de riesgo, estilos de vida saludable, aspectos nutricionales que la mejoren, lactancia materna exclusiva y planificación familiar (Secretaría de salud, 2002;NOM-007-SSA2-2016).

El personal de salud debe proveer a la usuaria información completa sobre los métodos anticonceptivos (NOM 005-SSA2-1993); proporcionar la oferta sistemática de éstos, así como establecer mecanismos efectivos para la referencia y atención de la anticoncepción post-evento obstétrico, de preferencia en el post-parto o post-aborto inmediato y antes del alta hospitalaria, para aquellas mujeres que durante su control prenatal y su atención del parto expresen su deseo de usar algún método anticonceptivo (Secretaría de salud, 2002; NOM-007-SSA2-2016).

El asesoramiento deberá considerar las diferentes etapas de la vida reproductiva del ciclo vital y el grado de actividad sexual. Para la elección del

método se deberá proveer información sobre la seguridad, eficacia, forma de uso, comodidad, efectos secundarios, accesibilidad económica, en un marco de respeto a los diferentes estilos de vida y valores, así como también la eventual aceptación por parte de la pareja (Fescina, 2010).

En México, según datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía hubo 2,586,287 nacimientos, 33.4% no planeados. Poco más de la mitad de estos (52%) se debió a la falta de uso de métodos anticonceptivos, y 43% a uso erróneo o inconsistente (INEGI, 2011).

En Querétaro la prevalencia de uso de anticonceptivos sólo asciende a 70.3% del total de las mujeres en edad fértil unidas. Además, sólo el 63.0% de las usuarias sexualmente activas se provee de anticonceptivos en el sector público, lo que indica que 37.0% de las usuarias recurre al sector privado para demandar un servicio que de acuerdo con la legislación debe ser gratuito. Al momento de la encuesta del 65.2% de las mujeres en edad fértil que se encontraban embarazadas 26.5% manifestaron que su embarazo no fue planeado y 8.3% indicaron que su embarazo era no deseado (Secretaría de salud, 2014).

Los porcentajes respectivos a nivel nacional fueron de 66.6, 20.0 y 13.4%. Pero el porcentaje más alto de embarazo no planeado se ubica en el grupo de 25 a 29 años de Querétaro, con 32.6%, y en el de las adolescentes, con 31.8%, dato que es mayor al nacional, de 27.8%. En tanto, el mayor índice de embarazo no deseado se localiza en el grupo de 35 y más años, con 33.7 (CONAPO, 2011). Por lo anterior, resulta inminente la necesidad de fortalecer la información y la prestación de servicios de planificación familiar puesto que, de acuerdo a las cifras antes mencionadas el programa de planificación familiar no ha logrado su propósito.

La cobertura anticonceptiva en las mujeres casadas o unidas aumentó de 15% en 1973 a 74.5% en 2003 para posteriormente disminuir a 70.9% en 2006, la última estimación disponible sitúa esta cobertura en 72.5% en 2009, cifras que

reflejan que del total de la población en edad fértil, alrededor del 27.5% no cuentan con un método de planificación familiar (Allen-Leigh, et al., 2013).

La adopción de un anticonceptivo posterior a un evento obstétrico sigue siendo un reto incumplido en la realidad del país. Existe un elevado porcentaje de mujeres que informó no haberlo recibido después de su último parto o aborto, sobre todo entre las más jóvenes: 52% de las adolescentes, 44.2% de las de 20 a 29 años, 42.5% de las de 30 a 34 años y 39.2% de las de 35 años y mayores refieren esta situación. Paradójicamente, el porcentaje va disminuyendo conforme aumenta la edad, alcanzando menos de cuatro en 10 mujeres de 35 años o más (Allen-Leigh, et al., 2013).

Gran parte de la investigación existente con respecto al uso de los métodos anticonceptivos, está concentrada en la población adolescente y aunque es una proporción amplia de la población, que requiere atención urgente y constante, la realidad existente es el bajo número de métodos usados que se aplican post-evento obstétrico, de acuerdo a lo citado anteriormente en promedio el 44.4% de las mujeres en edad fértil informó no haber recibido un anticonceptivo posterior a su último parto o aborto.

Es importante el avance que se ha logrado con los métodos de planificación familiar. La tasa global de fecundidad de 1990 a 2015 ha reducido un 1.15, habiendo 2.21 nacidos vivos por cada 1000 mujeres (CONAPO, 2016). Por otro lado las cifras que maneja el INEGI en su Encuesta Nacional Dinámica Demográfica, muestran que el porcentaje de mujeres en edad fértil que conocen al menos un método anticonceptivo es del 98.7% en el 2014, mientras que la misma encuesta en 2009 era del 97.9%, lo que nos muestra un 0.8% de crecimiento en dicho porcentaje (INEGI, 2014).

II.2 Métodos anticonceptivos

Los métodos anticonceptivos son aquellos que se utilizan para limitar la capacidad reproductiva de un individuo o de una pareja, en forma temporal o permanente (Secretaría de Salud, 2004)

Por su forma de acción los métodos anticonceptivos se clasifican métodos de barrera, intrauterinos, métodos hormonales, métodos definitivos. Es importante realizar una historia clínica detallada con enfoque en antecedentes, hábitos sexuales, historia anterior de infecciones de transmisión sexual y posibles contraindicaciones para uso de algún tipo de método anticonceptivo (Ramírez, Avecilla. 2004).

Anticoncepción no hormonal: el coitus interruptus, método de abstinencia periódica, método de cálculo de días fértiles; son métodos de baja eficacia, la mayor parte de los embarazos no deseados se desarrollan con su utilización. El personal sanitario se ve obligado a ofrecer otros métodos de planificación familiar (Ramírez, Avecilla. 2004).

Amenorrea durante la lactancia: al practicarse lactancia materna exclusiva a libre demanda del bebe, por supresión gonadotropa no hay ovulación, se debe entender como lactancia materna exclusiva cuando el producto no recibe ningún otro alimento ni líquido y a libre demanda cuando se le amamanta a su requerimiento sin que el espacio entre tomas supere las 4 horas (Ramírez, Avecilla. 2004).

Métodos de barrera: ejercen su mecanismo de acción por la interposición de una barrera física, química o físico-química (Ramírez, Avecilla. 2004):

- Preservativos: son fundas que se adaptan al pene o la vagina, son los únicos que evitan el contacto con semen, lesiones genitales y secreciones. El personal de salud debe estimular su buen uso.

- Diafragma: consiste en una semiesfera, habitualmente de silicona, en su interior hay un aro metálico flexible, de uso vaginal. Siempre se usará con espermicida.

- Espermicidas: Son sustancias químicas compuestas de una base inerte y un agente tenso activo que actúan como barrera al inactivar a los espermatozoides en la vagina. El nonoxinol-9 no es efectivo en la prevención de gonococia cervical, Chlamydia o VIH; su uso frecuente se asocia a erosión del epitelio vaginal, por lo que puede incrementar el riesgo de transmisión para el VIH.

Anticoncepción intrauterina: actúa como un cuerpo extraño que produce una respuesta inflamatoria local: aumento de la permeabilidad capilar, edema endometrial y aumento de la presencia de macrófagos. No aumenta el riesgo de enfermedades de transmisión sexual ni de enfermedad pélvica inflamatoria (Ramírez, Vecilla. 2004):

- Dispositivo intrauterino de cobre: construido de polietileno radiopaco con un filamento de Cu o de Cu y plata. Tienen una duración entre 5 y 10 años.

- Implante intrauterino de cobre: Dispositivo filiforme de estructura ligera y flexible, sin armazón rígido, que se fija por anclaje al fondo uterino. Está constituido por un hilo monofilamento de polipropileno en el que están ensartadas seis vainas de Cu.

- Dispositivo intrauterino de levonorgestrel: Su estructura es de polietileno en forma de T, con un depósito cilíndrico alrededor del brazo vertical que contiene 52 mg de levonorgestrel, con una tasa de liberación de 0,02 mg/día. La duración de uso es de 5 años. Por la acción local del progestágeno, este método tiene un efecto terapéutico además del anticonceptivo, por lo que puede ser útil en mujeres que presenten hipermenorrea y/o dismenorrea.

Anticoncepción hormonal: estos actúan modificando el moco cervical, el endometrio y en algunos casos evitando la ovulación. Están constituidos por estrógeno y progestágeno o un progestágeno solo. Se dispone de anticonceptivos hormonales en presentación oral, inyectable, subcutánea y transdérmico. Las contraindicaciones para su uso es mujeres mayores de 35 años fumadoras, lactancia materna menos de 6 semanas postparto, factores de riesgo para enfermedad cardiovascular arterial, trombosis venosa profunda o embolismo pulmonar, cirugía mayor con inmovilización prolongada, LES, cáncer de mama, diabetes con afectación vascular (Ramírez, Avecilla. 2004):

- Anticoncepción hormonal combinada: métodos temporales, impiden la ovulación. Contienen estrógeno y progestina. En condiciones habituales de uso brinda protección anticonceptiva del 92-99%.

- Métodos hormonales inyectable: son métodos temporales de larga acción y se dividen en combinados de estrógeno y progestina y solo progestina. Bajo condiciones habituales de uso, brinda protección anticonceptiva mayor al 99%.

- Método hormonal subdérmico: método temporal, de acción prolongada, se inserta subdérmicamente y consiste en un sistema de liberación continua y gradual de una progestina sintética. En condiciones habituales brinda protección anticonceptiva superior al 99% durante el primer año. Después disminuye gradualmente, 96.5% al quinto año.

Esterilización:

- Oclusión tubaria bilateral: método anticonceptivo permanente para la mujer, consiste en la oclusión tubaria bilateral de las trompas uterinas, con el fin de evitar la fertilización. Brinda protección anticonceptiva mayor al 99%. Contraindicada en enfermedad inflamatoria pélvica activa.

- Vasectomía: método anticonceptivo permanente para el hombre, consiste en la oclusión bilateral de los conductos deferentes, con el fin de evitar el paso de los espermatozoides. Bajo condiciones habituales brinda protección anticonceptiva mayor al 99%. Contraindicaciones en criptorquidia, antecedente de cirugía escrotal o testicular (Ramírez, AVECILLA. 2004, Rodríguez C. et al. 2013)

II.3 Papel del personal de salud en planificación familiar.

Una acción importante en nuestro actuar médico es informar con objetividad, de modo completo y actualizado sobre los distintos métodos anticonceptivos disponibles, con el fin de facilitar a la paciente y su pareja que tomen la decisión que sea más adecuada en función de su situación, experiencias previas y valores (Fescina, 2010). Es imprescindible que sepamos transmitir todo este conjunto de informaciones a la población, intentando adaptarnos al tiempo que necesite cada caso, y que el sistema sanitario permita una buena accesibilidad a la anticoncepción (Soriano-Fernández, 2010).

Los anticonceptivos reversibles de acción prolongada (ARAP), podrían ser quizá las opciones con mayor beneficio post-evento obstétrico, han demostrado altas tasas de efectividad y de cumplimiento a largo plazo, con pocas contraindicaciones. Sin embargo, a pesar de que en México se dispone de una gran variedad de métodos anticonceptivos reversibles, la mayoría de las mujeres sigue recurriendo a las opciones menos eficaces (Lira-Plascencia, 2013).

Las ventajas para la salud derivadas de la anticoncepción son importantes porque previenen el embarazo no planeado, reducen el número de abortos y la incidencia de muerte y discapacidad relacionadas con las complicaciones del embarazo y parto (Lira-Plascencia, 2013).

Los medios de información sobre métodos de planificación familiar, se encontró que el médico sigue siendo el principal promotor de éstos, seguido de las pacientes, quienes promocionan con las amigas el método que utilizan, y el

personal de enfermería que promocionan los métodos sobre todo posteriormente al evento obstétrico(Barrientos-Guerrero, 2014).

En México, la mayoría de las adolescentes que usan un ARAP lo obtuvieron en un contexto de postparto o postaborto, de modo que se ha considerado principalmente un método de prevención secundaria, a pesar de que la Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA2-1993, de los Servicios de Planificación Familiar, y las principales asociaciones gineco-obstétricas del mundo, incluyen los ARAP entre las opciones de primera línea para las mujeres que estén por iniciar o hayan iniciado actividad sexual.

II.4 Anticoncepción post-evento obstétrico

La anticoncepción posparto no se encuentra consolidada a los servicios de planificación familiar en la prestación de servicios de salud, en un alto porcentaje no se atienden las necesidades de las mujeres después de la atención de un evento obstétrico, al no promover y ofertar mediante la orientación-consejería el uso de la anticoncepción posparto especialmente durante el control prenatal y en otras circunstancias la falta de planeación e infraestructura por parte de la institución que en ocasiones son insuficientes (Secretaria de salud, 2002).

Respecto al uso de métodos anticonceptivos en la última relación, en la ENADID 2009, que entrevista solamente mujeres en este tema, 45% de las adolescentes de 15 a19 años sexualmente activas dijo haber usado algún método, principalmente el condón masculino (39%), DIU (23%), inyecciones y pastillas (10% cada uno), tradicionales (8)%, implante subdérmico (6%) y, con 1% o menos anticonceptivo de emergencia, parche anticonceptivo, condón femenino y otros (CONAPO, 2016).

Aunque se observa que existe una transición de métodos menos confiables a métodos más confiables, este cambio, en gran medida, es a

consecuencia de haber recibido un método en el posparto inmediato; pues 48% de las adolescentes que resuelven su evento obstétrico en medio hospitalario reciben un método anticonceptivo, principalmente el DIU; sin embargo este porcentaje es menor que el de las mujeres de 20-29 años (56%) o el de 30-34 años (58%), lo que muestra la necesidad de reforzar los programas de prevención del embarazo (CONAPO, 2016).

Se ha demostrado que existe asociación entre periodo intergenésico corto y una serie de efectos adversos tanto para la madre como para el producto, incluyendo un mayor riesgo de parto prematuro, bajo peso al nacer y preeclampsia (Gemmill, 2013). De ahí la importancia de establecer un método de planificación familiar post-evento obstétrico y que mejor que sea el electo por la paciente.

De tal manera que la prestación de servicios con calidad en planificación familiar post-evento obstétrico es una condición fundamental, donde el personal de salud debe practicar mejores formas de cubrir las necesidades de las usuarias, utilizando los recursos de manera más eficaz, con el fin de contribuir de forma significativa a reducir la morbilidad materno-infantil e incluso prevenir abortos futuros.

La promoción de la planificación familiar y el acceso a los métodos anticonceptivos, tiene diversos beneficios para la población, entre los que se incluyen los siguientes (Secretaría de salud, 2013. Solano-Pérez, 2016. Organización Mundial de la Salud, 2017):

1. Apoyar a las personas en la toma de decisiones bien informadas sobre su salud sexual y reproductiva, entre ellas en el ejercicio de su derecho a decidir sobre su reproducción, es decir, tener o no descendencia, el número y el momento para tenerla.

2. Evitar hasta una tercera parte de las muertes maternas. La evidencia demuestra que el acceso efectivo a métodos anticonceptivos mejora la salud

materna al prevenir embarazos no planeados y de alto riesgo, particularmente en los extremos de la vida reproductiva.

3. Reducir el número de abortos. Estudios recientes demuestran que al atender tanto la demanda en planificación familiar como de servicios de salud materna, el número de abortos podría disminuir en cerca de un 75%.

4. Favorecer la sobrevivencia de los recién nacidos y, por tanto reducir la mortalidad infantil como resultado de la ampliación del espaciamiento entre nacimientos. En países en desarrollo, el riesgo de prematurez y de bajo peso al nacer se duplica cuando la concepción ocurre dentro de los seis meses posteriores al último parto, además los infantes que nacen dentro de los dos años siguientes al último parto, tienen 60% más probabilidad de morir durante la infancia que quienes nacen posterior a dos años del último parto de su madre.

5. Mejorar la condición y el empoderamiento de las mujeres, ya que al poder controlar su reproducción, se les facilita su desarrollo personal e incrementa la posibilidad de ingresar a la fuerza laboral.

6. Reducción de la pobreza y mejora en el desarrollo económico. Un estudio realizado en 48 países, estimó que el porcentaje de personas viviendo en situación de pobreza habría disminuido una tercera parte si las tasas de natalidad hubieran bajado a cinco por mil habitantes en la década de los ochenta.

7. Disminución en los costos asociados a la atención médica. Por cada dólar americano (USD) invertido en servicios de anticoncepción moderna, se podría ahorrar 2.40 USD en gastos de atención materna y cuidados del recién nacido.

8. Contribución a la sostenibilidad ambiental, ya que el crecimiento poblacional acelerado ejerce fuerte presión sobre los recursos naturales. La planificación familiar es una de las intervenciones más costo-efectivas para preservar el equilibrio del ambiente para las generaciones futuras.

II.5 Criterios de elegibilidad

Los Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos (CME), presentan las recomendaciones actuales de la Organización Mundial de la Salud acerca de la seguridad de los diversos métodos anticonceptivos en relación con su uso en el contexto de condiciones médicas y características específicas.

En los CME, se determina la seguridad de cada método anticonceptivo mediante diversas consideraciones en el contexto de la condición médica o de las características médicas relevantes. (Organización Mundial de la Salud, 2015; Cravioto 2016):

1. Una condición para la que no hay restricción para el uso del método anticonceptivo.
2. Una condición donde las ventajas del uso del método generalmente superan los riesgos teóricos o probados.
3. Una condición donde los riesgos teóricos o probados generalmente superan las ventajas del uso del método.
4. Una condición que representa un riesgo de salud inadmisibles si se utiliza el método anticonceptivo.

Para cada condición médica o característica médica relevante, a cada método anticonceptivo se le asigna una de cuatro categorías numéricas. Según cada persona, tal vez deba considerarse más de una condición a la vez para determinar la elegibilidad anticonceptiva. Entre otras, estas condiciones y características incluyen las siguientes: edad, semanas/meses posparto, estado de la lactancia, tromboembolismo venoso, trastornos venosos superficiales, dislipidemias, sepsis puerperal, historia de embarazo ectópico, historia de enfermedad cardiovascular grave, migrañas, enfermedad hepática grave, uso de inductores del CYP3A4, uso repetido de la pastilla anticonceptiva de emergencia, violación, obesidad, mayor riesgo de infecciones de transmisión sexual, alto riesgo

de infección por VIH, que viven con el VIH, uso de terapia antirretroviral (Organización Mundial de la Salud, 2015). En la siguiente tabla se comentan.

Tópico	Recomendación de los CME	Evaluación GRADE de la calidad de la evidencia
1. Recomendaciones para el uso de anticonceptivos hormonales combinados (AHC) por grupo etario (Entre los AHC, se incluyen los anticonceptivos orales combinados, anticonceptivos inyectables combinados, parche combinando y anillo vaginal combinado)		
< 40 años	Las mujeres desde la menarquia hasta los 40 años pueden usar AHC sin restricciones (categoría 1 de los CME)	Rango: baja a muy baja
≥ 40 años	Las mujeres mayores de 40 años, en general, pueden usar AHC (Categoría 2 de los CME).	
2. Recomendaciones para el uso de AHC en mujeres que están amamantando		
< 6 semanas posparto	Las mujeres que están amamantando con < 6 semanas posparto no deben usar AHC (categoría 4 de los CME).	Rango: baja a muy baja
≥ 6 semanas a < 6 meses posparto	Las mujeres que están amamantando con ≥ 6 semanas < 6 meses posparto (principalmente con lactancia materna), en general, no deben usar AHC (categoría 3 de los CME)	
≥ 6 meses posparto	Las mujeres que están amamantando con ≥ 6 meses posparto, en general, pueden usar AHC (categoría 2 de los CME)	
3. Recomendaciones para el uso de AHC en mujeres posparto		
< 21 días posparto sin otros factores de riesgo de tromboembolismo venoso (TEV)	Las mujeres con < 21 días posparto sin otros factores de riesgo de TEV, en general, no deben usar AHC (categoría 3 de los CME)	Rango: baja a muy baja
< 21 días posparto con otros factores de riesgo de TEV	Las mujeres con < 21 días posparto con otros factores de riesgo de TEV (categoría 4 de los CME)	
≥ 21 días a 42 días posparto sin otros factores de riesgo de TEV	Las mujeres con ≥ 21 días a 42 días posparto sin otros factores de riesgo de TEV, en general, pueden usar AHC (categoría 2 de los CME)	
≥ 21 días a 42 días posparto con otros factores de riesgo de TEV	Las mujeres con ≥ 21 días a 42 días posparto con otros factores de riesgo de TEV, no deben usar AHC (categoría 3 de los CME)	
> 42 días posparto	Las mujeres con > 42 días posparto pueden usar AHC sin restricciones (categoría 1 de los CME)	
4. Recomendaciones para el uso de AHC en mujeres con trastornos venosos superficiales		
Várices	Las mujeres con várices pueden usar AHC sin restricciones (categoría 1 de los CME)	Muy baja

Trombosis venosa superficial	Las mujeres con trombosis venosa superficial, en general, pueden usar AHC (categoría 2 de los CME)	
5. Recomendaciones para el uso de AHC en mujeres con dislipidemias conocidas		
Dislipidemias conocidas sin otros factores de riesgo cardiovascular conocidos	Las mujeres con dislipidemias conocidas sin otros factores de riesgo cardiovascular conocidos, en general, pueden usar AHC (categoría 2 de los CME)	Muy baja; se revisó para mejorar su claridad por solicitud del CRG
6. Recomendaciones para uso de anticonceptivos con progestágeno solo (APS) y dispositivos intrauterinos liberadores de levonorgestrel (DIU.LNG) en mujeres que están amamantando		
6a, uso de APS en mujeres que están amamantando (entre los APS, se incluyen anticonceptivos con progestágeno solo, implantes con progestágenos y anticonceptivos inyectables con progestágeno solo)		
< 6 semanas posparto	Las mujeres que están amamantando con <6 semanas posparto, en general, pueden usar anticonceptivos orales con progestágeno solo (AOPS) e implantes de levonorgestrel (LNG) y etonogestrel (ETG) (categoría 2 de los CME) Las mujeres que están amamantando con <6 semanas posparto, en general, no deben usar anticonceptivos inyectables con progestágeno solo (AIPS) (AMPD O EN-NET) (categoría 3 de los CME)	Rango: baja a muy baja
≥ 6 semanas a < 6 meses posparto	Las mujeres que están amamantando con ≥ 6 semanas a < 6 meses posparto pueden usar AOPS, AIPS e implantes de LNG Y ETG sin restricciones (categoría 1 de los CME).	
≥ 6 meses posparto	Las mujeres que están amamantando con ≥ 6 meses posparto pueden usar AOPS, AIPS e implantes de LNG y ETG sin restricciones (categoría 1 de los CME).	
6b. Uso de DIU-LNG en mujeres que están amamantando		
< 48 horas posparto	Las mujeres que están amamantando con < 48 horas posparto, en general, pueden usar DIU.LNG (categoría 2 de los CME)	Muy baja
≥ 48 horas a < 4 semanas posparto	Las mujeres que están amamantando con ≥ 48 horas a < 4 semanas posparto no deben colocarse un DIU-LNG (categoría 3 de los CME).	
≥ 4 semanas posparto	Las mujeres que están amamantando con ≥ 4 semanas posparto pueden usar DIU-LNG sin restricciones (categoría 1 de los CME).	
Sepsis puerperal	Las mujeres que están amamantando o no y presentan sepsis puerperal no deben colocarse un DIU.LNG (categoría 4 de los CME).	
7. Recomendaciones para el uso de acetato de medroxiprogesterona de depósito de		

administración por vía subcutánea (AMPD-SC); nuevo método agregado a la guía		
Todas las recomendaciones	Las recomendaciones para el uso de AMPD-SC seguirán las recomendaciones actuales para el AMPD-IM (intramuscular).	Muy baja
8. Recomendaciones para el uso de Sino-Implant (II); nuevo método agregado a la guía		
Todas las recomendaciones	Las recomendaciones para el uso de Sino-Implant (II) seguirán las recomendaciones actuales para los implantes de LNG	Rango: moderada a muy baja
9. Recomendaciones para el uso de píldoras anticonceptivas de emergencia (PAE), acetato de ulipristal (AUP) como nuevo método agregado a la guía; Inductores del CYP3A4 y obesidad como nuevas condiciones para el uso de las PAE		
Embarazo	Para las embarazadas, no aplica el uso de las PAE.	Muy baja
Lactancia materna	Las mujeres que están amamantando pueden usar anticonceptivos combinados orales (AOC) o LNG como PAE sin restricciones (categoría 2 de los CME). Las mujeres que están amamantando, en general, pueden usar AUP como PAE (categoría 2 de los CME).	
Historia de embarazo ectópico	Las mujeres con historia de embarazos ectópicos pueden usar AOC, LNG o AUP como PAE sin restricciones (categoría 1 de los CME).	
Historia de cardiopatía grave	Las mujeres con historia de cardiopatía grave, que incluye cardiopatía isquémica, evento cerebrovascular u otros trastornos tromboembólicos, en general, pueden usar AOC, LNG o AUP como PAE (categoría 2 de los CME).	
Migrañas	Las mujeres con migrañas, en general, pueden usar AOC, LNG o AUP como PAE (categoría 2 de los CME).	
Enfermedad hepática grave	Las mujeres con enfermedad hepática grave que incluye ictericia (característica personal y signo de la enfermedad hepática previo al diagnóstico), en general, pueden usar AOC; LNG o AUP como PAE (categoría 2 de los CME).	
Uso de inductores del CYP3A4	Las mujeres que usan inductores del CYP3A4 pueden usar AOC, LNG o AUP como PAE (categoría 1 de los CME).	
Uso repetido de las PAE	No existen restricciones sobre el uso repetido de AOC, LNG o AUP como PAE (categoría 1 de los CME).	
Violación	No existen restricciones sobre el uso repetido de AOC, LNG o AUP como PAE (categoría 1 de los CME).	
Obesidad	Las mujeres con Obesidad pueden	

	usar AOC, LNG o AUP como PAE sin restricciones (Categoría 1 de los CME).	
10. Uso de dispositivos intrauterinos (DIU) en mujeres con mayor riesgo de infecciones de transmisión sexual (ITS)		
Inicio del uso de DIU	Muchas mujeres con mayor riesgo de ITS, en general, pueden iniciar el uso de DIU con cobre (DIU-Cu) o DIU-LNG (categoría 2 de las CME). Algunas mujeres con mayor riesgo de ITS (probabilidad individual muy alta), en general, no deben colocarse un DIU hasta someterse a las pruebas y los tratamientos correspondientes (categoría 3 de los CME).	No se identificó evidencia nueva, por lo que no se evaluó la calidad de la evidencia mediante el proceso GRADE; se revisó para mejorar su claridad por solicitud del CRG.
Continuación del uso de DIU	Las mujeres con mayor riesgo de ITS, en general, pueden continuar el uso de DIU-Cu o DIU-LNG (categoría 2 de los CME).	
11. Recomendaciones para el uso del anillo vaginal de progesterona; nuevo método agregado a la guía		
Lactancia materna y ≥ 4 semanas posparto	Las mujeres que están amamantando en forma activa y con ≥ 4 semanas posparto pueden usar el anillo vaginal liberador de progesterona sin restricciones (categoría 1 de los CME).	Baja
12. Recomendaciones para el uso de anticoncepción hormonal en mujeres con alto riesgo de infección por VIH, mujeres que viven con el VIH, y mujeres que viven con el VIH y usan terapia antirretroviral (TAR)		
12a. mujeres con alto riesgo de infección por VIH		
Las mujeres con alto riesgo de contraer el VIH pueden usar los siguientes métodos anticonceptivos hormonales sin restricciones: AOC, AIC, parches y anillos vaginales anticonceptivos combinados, AOPS, AIPS (AMPD y EN-NET), e implantes de LNG y ETG (categoría 1 de los CME).	Las mujeres con alto riesgo de contraer VIH, en general, pueden usar DIU-LNG (categoría 2 de los CME).	Rango: moderada a muy baja
12b. mujeres que viven con la enfermedad clínica por VIH asintomática o leve (estadios 1 o 2 de la OMS),		
Las mujeres que viven con la enfermedad clínica por VIH asintomática o leve (estadios 1 o 2 de la OMS) pueden usar los siguientes métodos anticonceptivos hormonales sin restricciones: AOC, AIC, parches y anillos vaginales anticonceptivos combinados, AOPS, AIPS (AMPD y EN-NET), e implantes de LNG y ETG (categoría 1 de los CME).	Las mujeres que viven con la enfermedad clínica por VIH asintomática o leve (estadios 1 o 2 de la OMS), en general, pueden usar DIU-LNG (categoría 2 de los CME).	
12c. mujeres que viven con la enfermedad clínica por VIH grave o avanzada (estadios 3 o 4 de la OMS)		

<p>Las mujeres que viven con la enfermedad clínica por VIH grave o avanzada (estadios 3 o 4 de la OMS) pueden usar los siguientes métodos anticonceptivos hormonales sin restricciones: AOC, AIC, parches y anillos vaginales anticonceptivos combinados, AOPS, AIPS (AMPD y EN-NET), e implantes de LNG y ETG (categoría 1 de los CME).</p> <p>Las mujeres que viven con la enfermedad clínica por VIH grave o avanzada (estadios 3 o 4 de la OMS), en general, no deben iniciar el uso de DIU-LNG (categoría 3 de los CME) hasta que su enfermedad haya mejorado y pasado a ser asintomática o leve (estadios 1 o 2 de la OMS).</p> <p>En las mujeres que ya tienen un DIU-LNG colocado y que desarrollan enfermedad clínica por VIH grave o avanzada no es necesario retirar dicho dispositivo (categoría 2 de los CME para la continuación del uso).</p>	<p>Rango: moderada a muy baja</p>	
<p>12d. Mujeres que viven con el VIH y usan terapia antirretroviral (TAR)</p>		
<p>Inhibidor de la transcriptasa inversa análogo de nucleósidos/nucleótidos (ITIAN)</p>	<p>Las mujeres que reciben cualquier ITIAN pueden usar los siguientes métodos anticonceptivos hormonales sin restricciones: AOC, AIC, parches y anillos vaginales anticonceptivos combinados, AOPS, AIPS (AMPD y EN-NET), e implantes de LNG y ETG (categoría 1 de los CME).</p> <p>Las mujeres que reciban ITIAN, en general, pueden usar DIU-LNG (categoría 2 de los CME), siempre y cuando la enfermedad por VIH sea asintomática o leve (estadios 1 o 2 de la OMS). Las mujeres que viven con la enfermedad clínica por VIH grave o avanzada (estadios 3 o 4 de la OMS) y reciben cualquier ITIAN, en general, no deben iniciar el uso de DIU-LNG (categoría 3 de los CME para el inicio del uso) hasta que su enfermedad haya mejorado y pasado a ser asintomática o leve.</p> <p>En las mujeres que reciben cualquier ITIAN, que ya tienen un DIU-LNG colocado y que desarrollan enfermedad clínica por VIH grave o avanzada no es necesario retirar dicho dispositivo (Categoría 2 de los CME para la continuidad del uso).</p>	<p>Rango: baja a muy baja</p>
<p>TAR con inhibidores de la transcriptasa inversa no análogos de nucleótidos (ITINAN) con efavirenz o nevirapina</p>	<p>Las mujeres que usan ITIAN con efavirenz o nevirapina, en general, pueden usar AOC, AIC, parches y anillos vaginales anticonceptivos combinados, AOPS, EN-NET, e implantes de LNG y ETG (categoría 2</p>	<p>Rango: baja a muy baja</p>

	<p>de los CME).</p> <p>Las mujeres que usan efavirenz o nevirapina pueden usar AMPD sin restricciones (categoría 1 de los CME).</p> <p>Las mujeres que usan ITIAN con efavirenz o nevirapina, en general, pueden usar DIU.LNG (categoría 2 de los CME), siempre y cuando la enfermedad clínica por VIH sea asintomática o leve (estadios 1 o 2 de la OMS). Las mujeres que viven con la enfermedad clínica por VIH grave o avanzada (estadios 3 o 4 de la OMS) y usan efavirenz o nevirapina, en general, no deben iniciar el uso de DIU-LNG (categoría 3 de los CME para el inicio del uso) hasta que su enfermedad haya mejorado y pasado a ser asintomática o leve.</p> <p>En las mujeres que usan efavirenz o nevirapina, que ya tiene un DIU-LNG colocado y que desarrollan enfermedad clínica por VIH grave o avanzada no es necesario retirar dicho dispositivo (categoría 2 de los CME para la continuación del uso).</p>	
ITINAN con etravirina y rilpivirina	<p>Las mujeres que usan los ITINAN más nuevos con etravirina y rilpivirina pueden usar todos los métodos anticonceptivos hormonales sin restricciones (categoría 1 de los CME).</p> <p>Las mujeres que reciben los ITINAN más nuevos, en general, pueden usar DIU-LNG (categoría 2 de los CME), siempre y cuando la enfermedad clínica por VIH se asintomática o leve (estadios 1 o 2 de la OMS). Las mujeres que viven con la enfermedad clínica por VIH grave o avanzada (estadios 3 o 4 de la OMS) y usan los ITINAN más nuevos, en general, no deben iniciar el uso de DIU-LNG (categoría 3 de los CME para el inicio del uso) hasta que su enfermedad haya mejorado y pasado a ser asintomática o leve.</p>	
12 d Mujeres que viven con el VIH y usan terapia antirretroviral (TAR) (Continúa)		
Inhibidores de la proteasa (por ejemplo, ritonavir y ARV reforzados con ritonavir)	Las mujeres que usan inhibidores de la proteasa (por ejemplo ritonavir y ARV reforzados con ritonavir), en general, pueden usar AOC, AIC, parches y anillo vaginales	Rango: baja a muy baja

	<p>anticonceptivos combinados, AOPS, EN-NET, e implantes de LNG y ETG (categoría 2 de los CME).</p> <p>Las mujeres que usan inhibidores de la proteasa (por ejemplo, ritonavir y ARV reforzados con ritonavir) pueden usar AMPD sin restricciones (categoría 1 de los CME).</p> <p>Las mujeres que usan inhibidores de la proteasa (por ejemplo ritonavir y ARV reforzados con ritonavir), en general, pueden usar DIU-LNG (categoría 2 de los CME), siempre y cuando la enfermedad clínica por VIH sea asintomática o leve (estadios 1 o 2 de la OMS). Las mujeres que viven con la enfermedad clínica por VIH grave o avanzada (estadios 3 o 4 de la OMS) y usan inhibidores de la proteasa, en general, no deben iniciar el uso de DIU-LNG (categoría 3 de los CME para el inicio del uso) hasta que su enfermedad haya mejorado y pasado a ser asintomática o leve.</p> <p>En las mujeres que usan inhibidores de la proteasa, que ya tienen un DIU-LNG colocado y que desarrollan enfermedad clínica por VIH grave o avanzada no es necesario retirar dicho dispositivo (categoría 2 de los CME para la continuación del uso).</p>	
<p>Raltegravir (inhibidor de la integrasa)</p>	<p>Las mujeres que usan inhibidores de la integrasa raltegravir pueden usar los siguientes métodos anticonceptivos hormonales sin restricciones: AOC, AIC, parches y anillo vaginales anticonceptivos combinados, AOPS, AIPS (AMPD Y EN-NET), e implantes de LNG y ETG (categoría 1 de los CME).</p>	
	<p>Las mujeres que usan raltegravir, en general, pueden usar DIU-LNG (categoría 2 de los CME), siempre y cuando la enfermedad clínica por VIH sea asintomática o leve (estadios 1 o 2 de la OMS). Las mujeres que viven con la enfermedad clínica por VIH grave o avanzada (estadios 3 o 4 de la OMS) y usan raltegravir, en general, no deben iniciar el uso de DIU-LNG (categoría 3 de los CME para el inicio del uso) hasta que su enfermedad</p>	

	<p>haya mejorado y pasado a ser asintomática o leve.</p> <p>En las mujeres que usan raltegravir, que ya tienen un DIU-LNG colocado y que desarrollan enfermedad clínica por VIH grave o avanzada no es necesario retirar dicho dispositivo (categoría 2 de los CME para la continuación del uso).</p>	
--	---	--

-Tomado de Organización Mundial de la Salud. 2015. Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos. Quinta edición. Ginebra, Suiza-

Las recomendaciones de numerosos organismos internacionales favorecen el uso de anticonceptivos que contengan progestágenos en el posparto inmediato, porque consideran que las ventajas de la oportunidad de inicio son mayores que los riesgos potenciales presentados (Mwalwanda, 2013).

Existen aún diversos factores que obstaculizan el ejercicio pleno del derecho de las personas y de las parejas a decidir sobre el número de sus hijos y el espaciamiento. Cuando una persona en edad fértil y con vida sexual activa, no desea tener hijos por un tiempo o definitivamente y no hace uso de métodos anticonceptivos, se dice que se encuentra en situación de demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos: Ésta situación puede ser debida a problemas de acceso a los servicios o al desconocimiento de los métodos de planificación familiar, de su forma de uso o lugar de obtención, o por presiones sociales y culturales que limitan su poder de decisión.

En 2006, en el país se registró una demanda insatisfecha de doce por ciento, las entidades con mayor problemática son: Chiapas, Guerrero, Guanajuato Hidalgo, Michoacán, Oaxaca, Puebla, Querétaro y San Luis Potosí. Una estrategia del Programa de Planificación Familiar de la Secretaría de Salud, que ha contribuido a disminuir el riesgo asociado a un embarazo es la Anticoncepción Post-evento Obstétrico, que durante el 2006 representó el 57.5% para las principales instituciones del Sistema Nacional de Salud, es decir solamente seis de cada diez mujeres optaron por un método anticonceptivo posterior a su evento

obstétrico, cifra que aún está debajo de la meta histórica establecida del 70% (Secretaría de Salud, 2008).

A pesar de la existencia de reportes de factores relacionados con la toma de decisión por algún método de planificación familiar, persiste el desconocimiento de los factores por los cuales no se concretó su decisión.

Dirección General de Bibliotecas UAQ

III. FUNDAMENTACION TEORICA

De acuerdo a la estadística en nuestro país alrededor del 34% de los nacimientos corresponden a embarazos no planeados y poco más de la mitad de estos se debieron a la falta de uso de métodos anticonceptivos.

Como parte de la atención prenatal, la guía de práctica clínica y la norma oficial mexicana establecen que se debe informar a la derechohabiente sobre métodos de planificación familiar y orientarle a la elección de alguno de acuerdo a sus necesidades y en la mayoría de los casos se hace, sin embargo es frecuente encontrar que en la atención de puerperio la paciente no haya recibido el MPF o éste sea diferente al elegido durante su atención prenatal.

En México, continua siendo un reto la adopción de un anticonceptivo posterior a un evento obstétrico, se reporta una falta de otorgamiento o aceptación de hasta 52% en las adolescentes, 44.2% en mujeres de 20 a 29 años, 42.5% en aquellas de 30 a 34 años y 39.2% en 35 años y mayores (Allen-Leigh B, et al. 2013).

La experiencia materna no solo no ha perdido importancia con el devenir de las transformaciones sociodemográficas del país, sino por el contrario su peso y relevancia social se ha intensificado en todos los sectores socioeconómicos. Por un lado, el Estado ha reconfigurado el cuerpo reproductivo de las mujeres a través de sus políticas y programas, principalmente aquellas dirigidas a la salud. Y, por otro lado, en el nivel microsocial, existe un fuerte imperativo de maternidad que confrontan las mujeres cotidianamente y que se experimenta a través de conflictos, tensiones y negociaciones durante muchos años de la vida (Sánchez-Bringas, 2013). De ahí la importancia de la consulta prenatal en el proceso de elección y aplicación de métodos anticonceptivos pero, ¿qué ocurre en el tiempo transcurrido entre la elección prenatal y la resolución del evento obstétrico? ¿Cuáles son los factores asociados a la no coincidencia del método de planificación familiar electo en la atención prenatal y el aplicado post-evento obstétrico?

IV. HIPÓTESIS

Ho: La prevalencia de factores intrínsecos y la no coincidencia del método de planificación familiar electo en la atención prenatal con el aplicado post-evento obstétrico es igual o menor al 44%.

Ha: La prevalencia de factores intrínsecos y la no coincidencia del método de planificación familiar electo en la atención prenatal con el aplicado post-evento obstétrico es mayor al 44%.

Ho: La prevalencia de factores extrínsecos y la no coincidencia del método de planificación familiar electo en la atención prenatal con el aplicado post-evento obstétrico es igual o menor al 50%.

Ha: La prevalencia de factores extrínsecos y la no coincidencia del método de planificación familiar electo en la atención prenatal con el aplicado post-evento obstétrico es mayor al 50%.

V. OBJETIVOS

V.1 Objetivo general

Identificar los factores prevalentes en la no coincidencia del método de planificación familiar electo en la atención prenatal y el aplicado post-evento obstétrico.

V.2. Objetivos específicos

- Identificar las variables sociodemográficas
 - Edad
 - Estado civil
 - Escolaridad
 - Ocupación
- Identificar las variables gineco-obstétricas
 - Antecedentes gineco-obstétricos: Número de gestas, partos, abortos, cesáreas
 - Método de planificación familiar previo al embarazo actual
 - Tiempo que empleó el método de planificación familiar previo al embarazo
 - Periodo intergenésico
- Identificar los factores intrínsecos por los que no existió coincidencia entre el método de planificación familiar electo en la atención prenatal con el aplicado post-evento obstétrico.
 - Cambio de decisión por la paciente
 - Intimidación de la pareja
 - Complicaciones clínicas

- Identificar los factores extrínsecos por los cuales no existió coincidencia entre el método de planificación familiar electo en la atención prenatal con el aplicado post-evento obstétrico

- Falta de insumo del método de planificación
- Falta de tiempo quirúrgico
- Falta de ofrecimiento de método de planificación
- Indicación médica no fundamentada

Dirección General de Bibliotecas UAQ

VI. MATERIAL Y MÉTODOS

VI.1 Tipo de investigación:

Se realizó un estudio observacional descriptivo, transversal, prolectivo

VI.2 Población o unidad de análisis

Pacientes en puerperio inmediato en el Hospital general regional No.1, IMSS, Querétaro, de agosto a noviembre de 2018.

VI.3 Muestra y tipo de muestra

Se calculó con la fórmula de proporción para población infinita, con nivel de confianza del 95%, poder de la prueba del 80%., margen de error de 5%.

De tal manera que:

$$N = \frac{Z\alpha^2 pq}{d^2}$$

Dónde:

N= tamaño de la muestra

$$N = \frac{(1.64^2)(0.50)(0.50)}{0.05^2}$$

$Z\alpha = 1.64$

$p = 0.50$

$$N = 268.96$$

$q = 0.50$

$d = 0.05$

Se obtuvo una muestra de 270 pacientes que se alcanzó mediante técnica de muestreo no probabilístico, por conveniencia.

VI.3.1 Criterios de selección

Se incluyeron mujeres en puerperio inmediato que a su ingreso para resolución del embarazo contaran con consentimiento informado para algún método de planificación familiar y que a su egreso difiriera con el aplicado que aceptaron participar en el estudio.

No hubo criterios de exclusión.

Se eliminaron del estudio las encuestas incompletas.

VI.3.2 Variables a estudiadas

Se estudiaron variables sociodemográficas como: edad, estado civil, escolaridad y ocupación.

Variables gineco-obstétricas entre las que se interrogó: número de gesta, número de partos vaginales, número de cesáreas, número de abortos, método de planificación familiar (MPF) previo al embarazo actual, tiempo que empleó el MPF previo al embarazo, periodo intergenésico, MPF electo en atención prenatal, MPF otorgado post-evento obstétrico.

Las variables de no coincidencia de método de planificación familiar se clasificaron en intrínsecas y extrínsecas. Las intrínsecas incluyeron: cambio de decisión por la paciente, intimidación por parte de la pareja y complicaciones clínicas, mientras que las extrínsecas se agruparon en: falta de insumo del método de planificación, falta de tiempo quirúrgico, falta de ofrecimiento, indicación del personal de no fundamentada

VI.4 Análisis estadístico

Incluyó estadística descriptiva frecuencias, promedios, porcentajes e intervalos de confianza para promedios y porcentajes.

VI.5 Consideraciones éticas.

Este estudio se ajustó a las normas éticas institucionales y a la Ley General de Salud en materia de experimentación en seres humanos y así como de la declaración de Helsinki de la Asamblea Médica Mundial, adoptada por la 64^a Asamblea General, Fortaleza, Brasil, octubre 2013. Así como a las normas e instructivos institucionales en materia de investigación científica, siendo aprobado por el comité local de investigación.

Se requirió consentimiento informado de las pacientes encuestadas, donde se explicó el objetivo de la investigación que es identificar los factores prevalentes en la no coincidencia del método de planificación familiar electo en la atención prenatal y el aplicado post-evento obstétrico

Se garantizó la confiabilidad de resultados, sin violar los aspectos éticos ni se expuso la integridad o salud así como la utilización de los mismos para el cumplimiento de los objetivos propuestos en el estudio.

A las pacientes en quienes se detectó algún factor de no coincidencia se reforzó la información sobre los métodos de planificación familiar y la importancia de evitar periodos intergenésicos cortos. A quienes en ese momento aceptaron y firmaron consentimiento informado para algún método de planificación familiar se les acompañó al módulo correspondiente y para quienes decidieron analizar las opciones se solicitó apoyo del servicio de trabajo social para seguimiento en unidad de medicina familiar correspondiente.

VII. RESULTADOS

Se estudiaron 270 pacientes en quienes se identificaron variables sociodemográficas, gineco-obstétricas y los factores relacionados con la no coincidencia del método de planificación familiar electo en la atención prenatal y el aplicado post-evento obstétrico.

El rango de edad de las pacientes fue de 15 a 41 años, siendo el promedio de edad de la población estudiada fue de 27.07 años (IC 95%; 26.39–28.65); el 88.10% (IC 95%; 84.70–92.30) viven en pareja; el 51.10% (IC 95%; 54.10–57.10) tienen secundaria o menos y 65.20% (IC 95%; 59.50–70.90) realizan actividad remunerada. En el cuadro IV.1 se presentan de manera detallada las frecuencias, porcentajes e intervalos de confianza de las variables sociodemográficas.

El promedio de embarazos fue 2.19 (IC 95%; 1.70–2.70) y el de periodo intergenésico 26.40 meses (IC 95%; 21.70–31.00); el 48.9% (IC 95%; 42.90–54.90) refiere antecedente de uso de método anticonceptivo, con un tiempo promedio de uso de 10.89 meses (IC 95%; 7.60–14.20) (Cuadro IV.2).

El 50.7% (IC 95%; 44.7-56.7) de las pacientes refirieron no ser usuarias de algún método de planificación familiar previo al último evento obstétrico. El DIU T-Cu era empleado por el 16.7% (IC 95%; 12.4-21.1) seguido por el preservativo 14.8% (IC 95%; 10.6-19.0), el resto de los métodos empleados previo al último evento obstétrico se presentan en el cuadro IV.3.

El método de planificación familiar con mayor porcentaje de elección en la atención prenatal fue el DIU T-Cu, en un 31.5% (IC 95%; 26.0-37.0). El 30.4% (IC 95%; 24.9-35.9) no había elegido un método de planificación familiar en la atención prenatal (Cuadro IV.4).

En cuanto al método de planificación familiar aplicado post-evento obstétrico al 39.6% (IC 95%; 33.8-45.4) de las pacientes no se les aplicó método

de planificación familiar, mientras que al 30.4% (IC 95%; 24.9-35.9) se les aplicó el DIU T-Cu y al 12.6% (IC 95%; 8.6-16.6) se les realizó OTB (Cuadro IV.5).

De manera general la no coincidencia del método de planificación familiar electo en la atención prenatal y el aplicado post-evento obstétrico se debió a factores intrínsecos en el 58.1% (IC 95%; 52.1-63.9) y a factores extrínsecos en el 41.9% (IC 95%; 36.0-47.8) (Cuadro IV.6).

De los factores intrínsecos el de mayor prevalencia fue el cambio de decisión de la paciente en el 35.2% (IC95% 29.5-40.9) seguido de complicación clínica en el 15.9% (IC 95% 11.5-20.3). El resto de los factores intrínsecos se presentan en el cuadro IV.7.

Como complicaciones clínicas la registrada con mayor prevalencia fue hipotonía uterina en un 5.2% (IC 95%2.6-7.8), el resto se describe en el cuadro IV.8.

En cuanto a los factores extrínsecos el de mayor prevalencia fue la falta de insumos en un 12.6% (IC 95%; 8.6-16.6) seguido de la orientación inadecuada en el 11.5% (95%; 7.7-15.3); el resto de los factores extrínsecos se presentan en el cuadro IV.9

Cuadro IV. 1. Variables sociodemográficas

n=270

	Frecuencia	Porcentaje	IC 95%	
			Inferior	Superior
Estado civil				
Soltera	31	11.5	7.7	15.3
Casada	121	44.8	38.9	50.7
Unión libre	117	43.3	37.4	49.2
Divorciada	1	0.4	0.4	1.2
Ocupación				
Estudiante	5	1.9	0.3	3.5
Ama de casa	89	33	27.4	38.6
Obrera	56	20.7	15.9	25.5
Empleada	106	39.3	33.5	45.1
Profesionista	14	5.2	2.6	7.8
Escolaridad				
Sin escolaridad	2	0.7	0.3	1.7
Primaria	17	6.3	3.4	9.2
Secundaria	119	44.1	38.2	50
Preparatoria	95	35.2	29.5	40.9
Licenciatura	34	12.6	8.6	16.6
Posgrado	3	1.1	-0.1	2.3

Fuente: Hoja de recolección de datos obtenida de las pacientes en puerperio inmediato en el HGR No. 1, IMSS, Querétaro. Agosto a noviembre 2018.

Cuadro IV.2. Variables gineco-obstétricas.

n=270

Variable	Promedio	IC 95%	
		Inferior	Superior
Número de embarazos	2.19	1.70	2.70
Número de partos	1.34		
Número de cesáreas	0.52		
Número de abortos	0.32		
Periodo intergenésico (meses)	26.40	21.70	31.00
Tiempo de uso de MPF previo (meses)	10.89	7.60	14.20

Fuente: Hoja de recolección de datos obtenida de las pacientes en puerperio inmediato en el HGR No. 1, IMSS, Querétaro. Agosto a noviembre 2018.

Cuadro IV.3. Método de planificación familiar empleado previo al último evento obstétrico

n=270

	Frecuencia	Porcentaje	IC 95%	
			Inferior	Superior
Ninguno	137	50.7	44.7	56.7
Inyectable mensual	25	9.3	5.8	1.8
Hormonal trimestral	6	2.2	0.5	3.9
DIU TCu	45	16.7	12.3	21.1
DIU Medicado	5	1.9	0.3	3.5
Implante	9	3.3	1.2	5.4
Parche	3	1.1	-0.1	2.3
Preservativo	40	14.8	10.6	19.0

Fuente: Hoja de recolección de datos obtenida de las pacientes en puerperio inmediato en el HGR No. 1, IMSS, Querétaro. Agosto a noviembre 2018.

Cuadro IV.4. Método de planificación familiar electo en la atención prenatal.

n=270

	Frecuencia	Porcentaje	IC 95%	
			Inferior	Superior
Ninguno	82	30.4	24.9	35.9
Inyectable trimestral	7	2.6	0.7	4.5
DIU TCu	85	31.5	26	37.0
DIU Medicado	20	7.4	4.3	10.5
Implante subdérmico	36	13.3	9.2	17.4
Preservativo	7	2.6	0.7	4.5
OTB	32	11.9	8.0	15.8
Otro	1	0.4	0.4	1.2

Fuente: Hoja de recolección de datos obtenida de las pacientes en puerperio inmediato en el HGR No. 1, IMSS, Querétaro. Agosto a noviembre 2018.

Cuadro IV.5. Método de planificación familiar aplicado post-evento obstétrico.

n=270

	Frecuencia	Porcentaje	IC 95%	
			Inferior	Superior
Ninguno	107	39.6	33.8	45.4
Inyectable trimestral	13	4.8	2.3	7.3
DIU TCu	82	30.4	24.9	35.9
DIU Medicado	16	5.9	3.1	8.7
Implante subdérmico	17	6.3	3.4	9.2
Parches	1	0.4	1.7	6.3
OTB	34	12.6	8.6	16.6

Fuente: Hoja de recolección de datos obtenida de las pacientes en puerperio inmediato en el HGR No. 1, IMSS, Querétaro. Agosto a noviembre 2018.

Cuadro IV.6. Prevalencia de tipo de factor asociado a la no coincidencia

n=270

	Frecuencia	Porcentaje	IC 95%	
			Inferior	Superior
Intrínseco	157	58.1	52.1	63.9
Extrínseco	113	41.9	36.0	47.8

Fuente: Hoja de recolección de datos obtenida de las pacientes en puerperio inmediato en el HGR No. 1, IMSS, Querétaro. Agosto a noviembre 2018.

cuadro IV.7. Prevalencia de factores intrínsecos asociados a la no coincidencia

n=270

	Frecuencia	Porcentaje	IC 95%	
			Inferior	Superior
Ninguno	109	40.38	34.5	46.2
Cambio de decisión	95	35.2	29.5	40.9
Por decisión de su pareja	22	8.1	4.8	11.4
Complicación clínica	43	15.9	11.5	20.3
Negativa de uso de método de planificación	1	0.4	0.4	1.2

Fuente: Hoja de recolección de datos obtenida de las pacientes en puerperio inmediato en el HGR No. 1, IMSS, Querétaro. Agosto a noviembre 2018.

Cuadro IV.8. Prevalencia de complicaciones clínicas.

n=270

Complicación clínica	Frecuencia	Porcentaje	IC 95%	
			Inferior	Superior
Ninguna	227	84.1	79.1	88.5
Cavidad hipertérmica	13	4.8	2.3	7.3
Aborto	8	3.0	1.0	5.0
Hipotonía uterina	14	5.2	2.6	7.8
Histerectomía	3	1.1	-0.1	2.3
Muerte neonatal	1	0.4	1.7	6.3
Condilomatosis	4	1.5	0.1	2.9

Fuente: Hoja de recolección de datos obtenida de las pacientes en puerperio inmediato en el HGR No. 1, IMSS, Querétaro. Agosto a noviembre 2018.

Cuadro IV.9. Prevalencia de factores extrínsecos asociados a la no coincidencia

n=270

	Frecuencia	Porcentaje	IC 95%	
			Inferior	Superior
Ninguno	161	59.6	53.7	65.5
Falta de tiempo quirúrgico	24	8.9	5.5	12.3
Falta de ofrecimiento de método de planificación	20	7.4	4.3	10.5
Orientación inadecuada	31	11.5	7.7	15.3
Falta de insumos	34	12.6	8.6	16.6

Fuente: Hoja de recolección de datos obtenida de las pacientes en puerperio inmediato en el HGR No. 1, IMSS, Querétaro. Agosto a noviembre 2018.

VIII. DISCUSIÓN

En la literatura se han señalado los factores que pueden limitar la anticoncepción post-evento obstétrico, sin embargo se desconoce la prevalencia de los factores asociados a la no coincidencia del método de planificación familiar electo en la atención prenatal y el aplicado post-evento obstétrico, dato que es importante para realizar acciones concretas y poder modificar el estado de cosas. En ello radica la importancia de este trabajo, en él se ofrece el panorama de los factores intrínsecos y los extrínsecos involucrados.

La población estudiada corresponde a mujeres en las cuales no coincidió el método de planificación familiar, esto significa que los resultados sólo pueden ser aplicados a este tipo de pacientes.

No se puede negar que la población estudiada corresponde a un grupo relativamente joven, con 2.19 embarazos promedio, cifra que si bien se encuentra por debajo de lo propuesto como política de salud (2.22 embarazos promedio, CONAPO. 2016) existe la posibilidad de que hacer coincidir el método de planificación familiar electo en la atención prenatal con el aplicado post-evento obstétrico, evitaría periodos intergenésicos cortos y embarazos no planeados manteniendo así el indicador, número de hijos, dentro de lo esperado por la política pública de salud reproductiva.

Es de llamar la atención que al ser una muestra de población joven, la mitad de ellas no usaba algún método de planificación familiar antes de su embarazo, considerando que cerca del 90% tienen escolaridad secundaria o mayor, esto de acuerdo a Hernández, et al. 2015, probablemente como consecuencia de la necesidad insatisfecha de métodos anticonceptivos que es un indicador que da cuenta de la falta de cobertura en cuanto a la información y la oferta de métodos anticonceptivos a mujeres que desean regular su fecundidad, pero que no usan métodos anticonceptivos, de ahí la importancia de retomar y reforzar las estrategias de los programas de planificación familiar.

En el periodo prenatal la decisión de no llevar ningún método de planificación familiar aún persiste en cerca de una tercera parte de la población, en misma proporción se elige el DIU T-Cu, lo que coincide con los resultados de ENADID 2014 donde el porcentaje de usuarias de DIU T-Cu fue de 16.5 por ciento representando la mayor proporción; por lo que se debe replantear como servicio de salud la mayor promoción de los diferentes métodos.

Se identificó la decisión personal como factor intrínseco predominante para la no coincidencia del método, esto muestra un escenario preocupante porque este pareciera desconocer la evaluación clínica previa y de su mano la elección del mejor método con las implicaciones que esto puede tener, entre ellas la posibilidad de un nuevo embarazo y el echar por la borda el trabajo realizado por el personal de salud en las sesiones de educación para la salud a este grupo de población. De igual forma, la decisión personal como factor intrínseco para la no coincidencia, puede dejar una brecha de investigación al sistema de salud para saber si las sesiones de educación brindadas en el periodo prenatal realmente están logrando que la paciente pueda elegir un método de planificación familiar de forma informada y consciente.

Si bien el análisis de los factores intrínsecos es preocupante, al momento de identificar los factores extrínsecos que corresponden al sistema de salud, el escenario se torna más alarmante porque se identifica la falta de insumos como el factor más prevalente, lo que revela una pobre planeación del manejo de los recursos; aunado a ello la indicación inadecuada de método de planificación familiar y la falta de ofrecimiento del mismo por el personal de salud, que se traduce en un área de oportunidad pues habla de la calidad de la atención. Sin duda estas son áreas de oportunidad que tienen los servicios de salud y que deben ser abordadas.

IX. CONCLUSIONES

Los factores intrínsecos como factores asociados a la no coincidencia del método de planificación familiar electo en la atención prenatal y el aplicado post-evento obstétrico se presentan en más del 50% de las pacientes (58.1%).

Se puede decir que la prevalencia de los factores para la no coincidencia del método de planificación familiar pueden ser áreas de oportunidad que tiene el sistema de salud para mejorar y alcanzar varios de los indicadores de la política pública de salud sexual y reproductiva.

Dirección General de Bibliotecas UAQ

X. PROPUESTAS

1.- Ampliar y reafirmar la capacitación sobre métodos de planificación familiar de acción prolongada y los criterios de elegibilidad para los mismos a todo el personal de salud en primer y segundo nivel de atención.

2.- Impulsar la referencia a módulos de planificación familiar a las pacientes durante la atención prenatal para que reciban orientación e información detallada al respecto.

3.- Mejorar las estrategias de planeación y gestión de recursos en planificación familiar.

4.- Incentivar proyectos de investigación con el propósito de diseñar acciones que incrementen la accesibilidad y disponibilidad de los servicios de planificación familiar.

XI. BIBLIOGRAFIA

Secretaría de salud. 2014. APÉNDICE IV-I-2014. Mecanismo de abasto, distribución y entrega eficiente de vacunas y anticonceptivos. Servicios de salud del estado de Querétaro. [Consultado: 27 febrero 2017] Disponible en: <http://compilacion.ordenjuridico.gob.mx/fichaOrdenamiento2.php?idArchivo=61067&ambito=estatal>

Organización Mundial de la Salud. 2013. Nota descriptiva No 351, Mayo de 2013. [Consultado: 08 marzo 2017] Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/es>

Secretaria de salud. 2015. Guía de práctica clínica de enfermería. Intervenciones de enfermería para la planificación familiar. Resumen de evidencias y recomendaciones. México. CENETEC. [Consultado: 22 octubre 17]. Disponible en: <http://www.cenetec.salud.gob.mx/contenidos/gpc/catalogosMaestrosGPC.html#>

Secretaria de salud. 2016. NOM-007-SSA2-2016. Norma oficial mexicana para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida [Consultado: 26 marzo 2017] Disponible en: http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5432289&fecha=07/04/2016

Secretaria de salud. 1994. NOM-005-SSA2-1993. Norma oficial mexicana de los servicios de planificación familiar. [Consultado: 26 marzo 2017] Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/005ssa23.html>

Fescina, RH. De Mucio, B. Díaa, JL. Martínez, G. Serruya, S. 2010. Salud sexual y reproductiva: guías para el continuo de atención de la mujer y el recién nacido focalizadas en APS. 2a Edición: guía para la práctica básica. Montevideo, Uruguay; p.250-271. [Consultado: 16 mayo 2017] Disponible en: http://www.paho.org/clap/index.php?option=com_docman&view=download&alias=174-clap-1573&category_slug=ediciones-del-clap&Itemid=219&lang=es

Lira-Plascencia, J. Velázquez-Ramírez, N. Ibargüengoitia-Ochoa, F. Montoya-Romero, JJ. Castelazo-Morales, E. Valerio-Castro, E. 2013. Anticonceptivos de larga duración reversibles: una estrategia eficaz para la reducción de los

embarazos no planeados. Ginecología y obstetricia de México, 81, 530-540. [Consultado: 03 agosto 2017] Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2013/gom139g.pdf>

Secretaría de salud. 2014. APÉNDICE IV-I-2014. Mecanismo de abasto, distribución y entrega eficiente de vacunas y anticonceptivos. Servicios de salud del estado de Querétaro. [Consultado 20 junio 2017] Disponible en: <http://compilacion.ordenjuridico.gob.mx/fichaOrdenamiento2.php?idArchivo=61067&ambito=estatal>

CONAPO. 2011. Perfiles de Salud Reproductiva Querétaro. [consultado 22 junio 2017] Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/90032/Perfiles_SR_22_QT.pdf

Allen-Leigh, B. Villalobos-Hernández, A. Hernández-Serrato, MI. Suárez, L. De la Vara, E. De Castro, F. Schiavon-Ermani, R. 2013. Inicio de vida sexual, uso de anticonceptivos y planificación familiar en mujeres adolescentes y adultas en México. Salud pública de México, 55, 2. S235-S240. [Consultado: 27 febrero 2018]

Ramírez-Hidalgo, A. Avecilla-Palau, A. 2014. Novedades en anticoncepción. Formación Médica Continuada en Atención Primaria. España. Elsevier, 4:97-108. [Consultado: 18 marzo 2018]

Rodríguez C, Sanabria R. Contreras P, Perdomo. 2013. Estrategia educativa sobre promoción en salud sexual y reproductiva para adolescentes y jóvenes universitarios. Revista Cubana de Salud Pública. 39(1):161-174. [Consultado: 27 marzo 2018]

Fescina, RH. De Mucio, B. Díaz-Rossello, JL. Martínez, G. Serruya, S. 2010. Salud sexual y reproductiva: guías para el continuo de atención de la mujer y el recién nacido focalizadas en APS. 2a Edición: guía para la práctica básica. Montevideo, Uruguay. 250-271. [consultado: 16 junio 2017] Disponible en: http://www.paho.org/clap/index.php?option=com_docman&view=download&alias=174-clap-1573&category_slug=ediciones-del-clap&Itemid=219&lang=es

Soriano-Fernández, H. Rodenas-García, L. Moreno-Escribano, D. 2010. Criterios de elegibilidad de métodos anticonceptivos. Nuevas recomendaciones.

Revista Clínica de Medicina de Familia, 3, 206-216. [Consultado: 20 junio 2017]

Secretaría de salud. 2009. Guía de práctica clínica: Consulta y asesoría médica para el uso de la anticoncepción hormonal. [Consultado: 22 junio 2017] Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/202_SSA_09_Anticoncepcion_temporal_hormonal/EyR_SSA_202_09.pdf

Barrientos-Guerrero, JL. De los Reyes-Cortéz, E. 2014. Perfil de las usuarias de métodos de planificación familiar en una unidad de medicina familiar de Reynosa, Tamaulipas, México. Atención familiar, 21(2), 39-41. [Consultado: 20 junio 2017] Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1405887116300116>

CONAPO. 2016. [Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes](#). [Consultado: 03 agosto 2017] Disponible en: <http://conapo.gob.mx/work/models/CONAPO/Publicaciones/ENAPEA/HTML/files/assets/basic-html/page40.html>

Secretaria de salud. 2002. Anticoncepción posparto, transcesárea, poscesárea y posaborto. [Consultado: 09 septiembre 2017] Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7204.pdf>

Gemmill, A. Duberstein-Lindberg, L. 2013. Short interpregnancy intervals in the United States. Obstetrics & Gynecology, 122 (1):64 - 71. [Consultado: 22 agosto 2017] Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3749871/>

Solano-Pérez, CT. Romero-Quezada, LC. Castañeda-Gutiérrez, D. Ortega-Rodríguez, S. García-Miranda, Y. 2016. Percepción de los estudiantes de medicina sobre el uso de métodos anticonceptivos. [Consultado: 18 abril 2017] Disponible en: <https://www.uaeh.edu.mx/scige/boletin/lcsa/n9/p10.html>

Secretaria de Salud. 2014. Programa de Acción Específico. Planificación familiar y Anticoncepción 2013-2018. [Consultado 23 julio 2017] Disponible en: <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/10047/PlanificacionFamiliarAnticoncepcion.pdf>

Organización mundial de la salud. Planificación familiar. Nota descriptiva. 2017. [Consultado 29 agosto 2017] Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/es/>

Organización Mundial de la Salud. 2015. Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos. Quinta edición. Ginebra, Suiza. [Consultado 13 mayo 2017] http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/205016/1/WHO_RHR_15.07_spa.pdf

Cravioto MC. 2016. Nuevas recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud para el uso de los métodos anticonceptivos. Salud pública de México; 58 (1): 89-91. [Consultado 15 octubre 2017]

Mwalwanda C, Black K. 2013. Immediate Post-Partum Initiation of Intrauterine Contraception and Implants: A Review of the Safety and Guidelines for Use. Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynecology (ANZJOG) 53(4):331-337. [Consultado 15 agosto 2017] Disponible en: <http://www.bago.com/BagoArg/Biblio/ginecoweb778.htm>

Secretaría de Salud. 2008. Programa de acción específico 2007-2012. Planificación Familiar y Anticoncepción. México: SSA. [Consultado: 18 septiembre 2017] Disponible en: http://www.paho.org/mex/index.php?option=com_docman&view=download&alias=572-programa-de-accion-especifica-2007-2012-planificacion-familiar-y-anticoncepcion&category_slug=programas-y-proyectos&Itemid=493

Morgan-Ortiz F, Muñoz-Acosta J, Valdez-Quevedo R, Quevedo-Castro E, Báez-Barraza J. 2010 Efecto del intervalo intergenésico postaborto en los resultados obstétricos y perinatales. Ginecol Obstet Mex;78(1):46-52

Allen-Leigh B, Villalobos-Hernández A, Hernández-Serrato MI, Suárez L, De la Vara E, *et al.* 2013. Inicio de vida sexual, uso de anticonceptivos y planificación familiar en mujeres adolescentes y adultas en México. Salud Publica Mex;55 supl 2:S235-S240

Sánchez-Bringas Á. 2013. Género, cuerpo y reproducción: Desafíos conceptuales y metodológicos en el estudio de las experiencias reproductivas. III Jornadas del Centro Interdisciplinario de Investigaciones en Género. Memorias Académicas. Argentina. [Consultado 25 agosto 2017] Disponible

en:

http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab_eventos/ev.3391/ev.3391.pdf

Hernández, MF, Muradás MC, Sánchez M. 2015. Panorama de salud sexual y reproductiva, 2014. La situación demográfica de México 2015. México. [Consultado 28 septiembre 2018] Disponible en: http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Panorama_de_la_salud_sexual_y_reproductiva_2014

Dirección General de Bibliotecas UAQ

XII. ANEXOS

XII.1 HOJA DE RECOLECCION DE DATOS



Residencia de Medicina Familiar



“Factores asociados a la no coincidencia del método de planificación familiar electo en la atención prenatal y el aplicado post-evento obstétrico”

Nombre:		Edad:	Folio:		
Estado civil	1. Soltera	Ocupación	1. Estudiante	GO	Gesta
	2. Casada		2. Ama de casa		Partos
	3. Unión libre		3. Obrera		Abortos
	4. Divorciada		4. Empleada		Cesáreas
			5. Profesionista		
Método de planificación familiar previo al embarazo actual:			1. SI	2. NO	Cuál?
1. Hormonal oral		6. DIU Myrena			
2. Hormonal inyectable mensual		7. Implanon			
3. Hormonal inyectable bimensual		8. Parches			
4. Hormonal inyectable trimestral		9. Preservativo			
5. DUI TCu		10. Otro			
Tiempo de uso: _____ meses			Periodo intergenésico: _____ meses		
MPF electo			MPF otorgado Post-evento obstétrico		
1. Hormonal oral			1. Hormonal oral		
2. Hormonal inyectable mensual			2. Hormonal inyectable mensual		
3. Hormonal inyectable bimensual			3. Hormonal inyectable bimensual		
4. Hormonal inyectable trimestral			4. Hormonal inyectable trimestral		
5. DIU TCu			5. DIU TCu		
6. DIU Myrena			6. DIU Myrena		
7. Implanon			7. Implanon		
8. Parches			8. Parches		
9. Preservativo			9. Preservativo		
10. OTB			10. OTB		
11. Otro			11. Otro		
Coincide el método elegido con el otorgado:				1. Si	2. No
Factores intrínsecos	Cambio de decisión por la paciente			1. Si	2. No
	Por presión de la pareja			1. Si	2. No
	Complicaciones clínicas			1. Si	2. No
Factores extrínsecos	Falta de tiempo quirúrgico			1. Si	2. No
	Falta de ofrecimiento de método de planificación			1. Si	2. No
	Indicación de personal de salud no fundamentada			1. Si	2. No
	Falta de insumo del método de planificación			1. Si	2. No

XII.2 CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

 <p>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD</p>	 <p>UNIVERSIDAD AUTONOMA DE QUERETARO</p>
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN(ADULTOS)	
NOMBRE DEL ESTUDIO:	Factores asociados a la no coincidencia del método de planificación familiar electo en la atención prenatal y el aplicado post-evento obstétrico.
PATROCINADOR EXTERNO (NO APLICA):	No aplica.
LUGAR Y FECHA:	Santiago de Querétaro,
NÚMERO DE REGISTRO:	Identificar los factores asociados a la no coincidencia del método de planificación familiar electo en la atención prenatal y el aplicado post-evento obstétrico.
JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVO DEL ESTUDIO:	
PROCEDIMIENTOS:	Se entrevistará a las pacientes
POSIBLES RIESGOS Y MOLESTIAS:	Ninguno, la información obtenida es totalmente confidencial.
POSIBLES BENEFICIOS QUE RECIBIRÁ AL PARTICIPAR EN EL ESTUDIO:	Mejorar los procesos en la atención médica con una visión integral.
INFORMACIÓN SOBRE RESULTADOS Y ALTERNATIVAS DE TRATAMIENTO:	Se informarán los resultados obtenidos del estudio al cuerpo de gobierno de la Unidad.
PARTICIPACIÓN O RETIRO:	No aplica.
PRIVACIDAD Y CONFIDENCIALIDAD:	Toda la información requerida para el estudio es totalmente confidencial.
EN CASO DE COLECCIÓN DE MATERIAL BIOLÓGICO (SI APLICA):	No aplica.
DISPONIBILIDAD DE TRATAMIENTO MÉDICO EN DERECHOHABIENTES (SI APLICA):	No aplica.
BENEFICIOS AL TÉRMINO DEL ESTUDIO:	Obtener información para identificar las áreas de oportunidad en el programa de planificación familiar.
EN CASO DE DUDAS O ACLARACIONES RELACIONADAS CON EL ESTUDIO PODRÁ DIRIGIRSE A:	
INVESTIGADOR :	M.E.M.I.: Roxana Gisela Cervantes Becerra. Médico especialista en Medicina familiar, adscrita a la Unidad de Medicina Familiar 11 de Querétaro. Av. Galeana No. 13 Y Guillermo Prieto, Col. Querétaro. Matrícula:99231570 Correo electrónico: roxgcb77@yahoo.com Teléfono: 4425730088
COLABORADORES:	M.R.M.F Alma Concepción Lara Contreras. Médico Cirujano y partero. Residente de medicina familiar con sede en la Unidad de Medicina Familiar 16 de Querétaro. Av. Constituyentes No. 119 Ote, Col. Quintas Del Márquez Matrícula: 99237092 Correo electrónico: dralmalara@gmail.com Teléfono: 4431991761
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.	Nombre y firma del sujeto.
Testigo 1 Nombre, dirección, relación y firma.	Testigo 2 Nombre, dirección, relación y firma
Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio. Clave: 2810-009-013.	

Dirección General de Bibliotecas UAQ