

MED. GRAL ALDO REYES OLVERA.

PREVALENCIA DE LA PRESCRIPCIÓN CORRECTA DE LOS MÉTODOS
ANTICONCEPTIVOS OTORGADOS EN UN MÓDULO DE PLANIFICACIÓN
FAMILIAR

2019



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE QUERÉTARO

FACULTAD DE MEDICINA

**PREVALENCIA DE LA PRESCRIPCIÓN CORRECTA DE LOS
MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS OTORGADOS EN UN MÓDULO DE
PLANIFICACIÓN FAMILIAR**

TESIS

QUE COMO PARTE DE LOS REQUISITOS PARA OBTENER EL
DIPLOMA DE LA

ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA: MÉD. GRAL ALDO REYES OLVERA

SANTIAGO DE QUERÉTARO, QRO. ABRIL 2019



Universidad Autónoma de Querétaro
Facultad de Medicina
Especialidad de Medicina Familiar

PREVALENCIA DE LA PRESCRIPCIÓN CORRECTA DE LOS MÉTODOS
ANTICONCEPTIVOS EN UN MÓDULO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN UN
PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

TESIS

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

Especialidad en Medicina Familiar

Presenta:

Médico General: Aldo Reyes Olvera

Dirigido por:

MCE Luz Dalid Terrazas Rodríguez

SINODALES

MCE. Luz Dalid Terrazas Rodríguez
Presidente

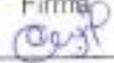
MCE. Ma. Azucena Bello Sánchez
Secretario

Med. Esp. Adriana Jiménez Medina
Vocal

Med. Esp. Manuel Enrique Herrera Ávalos
Suplente

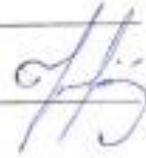
Med. Esp. Ana Marcela Ibarra Yáñez
Suplente



Firma


Firma


Firma


Firma


Firma


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


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

Centro Universitario
Querétaro, Qro.
Abril 2019
México.

RESUMEN.

Antecedentes: Para la prescripción correcta de un método de planificación familiar, es necesario conocer los factores de riesgo del paciente, esto ayuda a evitar posibles efectos secundarios a mediano y largo plazo, ya que cada tipo de método de planificación familiar tiene indicaciones y contraindicaciones precisas.

Objetivo. Determinar la prevalencia de prescripción correcta del método de planificación familiar. **Metodología.** Se realizó un estudio transversal descriptivo en mujeres en edad reproductiva atendidas en una unidad de medicina familiar. Se incluyeron todas las usuarias que acudieran a solicitar un método anticonceptivo al servicio de planificación familiar entre enero de 2017 a diciembre de 2017. El tamaño de muestra calculado correspondió a 152, pero se trabajó con 316. La técnica muestral fue no aleatoria por cuota. Se identificó el tipo de método prescrito y en esta población se indagó la presencia o ausencia de los factores de riesgo, cuando uno o más de los factores categoría 3 o 4 establecidos por la OMS estuvieron presentes se consideró prescripción incorrecta. El plan de análisis estadístico incluyó intervalos de confianza al 95% para promedios, e intervalos de confianza para porcentajes. **Resultados.** La prevalencia de la prescripción correcta de los métodos hormonales combinados es 62.9% (IC 95%; 53.7-72.1). La prevalencia de la prescripción correcta del hormonal solo progestina es 67.4% (IC 95 %; 57.5-77.3). La prevalencia de la prescripción correcta del implante es 82.8% (IC 95%; 69.1-96.5). La prevalencia de la prescripción correcta del DIU de cobre es 97.1% (IC 95%; 91.5-100). La prevalencia de la prescripción correcta del DIU Medicado es 91.8% (IC 95%; 84.9-98.7). En General la prescripción correcta del método anticonceptivo es de 75.3% (IC 95%; 70.5-80.1). **Conclusión.** La prevalencia en la prescripción correcta del método de planificación familiar es baja en comparación a lo establecido en la Norma Oficial Mexicana.

Palabras clave: prescripción correcta, métodos anticonceptivos, planificación familiar.

SUMMARY

Fundamentals: For the correct prescription of a family planning method, it is necessary to know the risk factors of the patient, this helps to avoid possible side effects in the medium and long term, since each type of family planning method has indications and contraindications accurate. **Objective.** Determine the Prevalence of correct prescription of the family planning method. **Methodology.** A descriptive cross-sectional study was carried out on women of reproductive age treated in a Family Medicine Unit. We included all the users who came to request a contraceptive method to the family planning service between January 2017 and December 2017. The sample size calculated corresponded to 152, but we worked with 316. The sampling technique was non-randomized by quota. The type of prescribed method was identified and in this population the presence or absence of risk factors was investigated, when one or more of the category 3 or 4 factors established by WHO were present, it was considered an incorrect prescription. The statistical analysis plan included confidence intervals for averages, and confidence intervals for percentages. **Results.** The prevalence of correct prescription of combined hormonal methods is 62.9% (95% CI, 53.7-72.1). The prevalence of the correct prescription of the hormonal progestin alone is 67.4% (95% CI, 57.5-77.3). The prevalence of the correct prescription of the implant is 82.8% (95% CI, 69.1-96.5). The prevalence of the correct prescription of the copper IUD is 97.1% (95% CI, 91.5-100). The prevalence of the correct prescription of the Medicado IUD is 91.8% (95% CI, 84.9-98.7). In General, the correct prescription of the contraceptive method is 75.3% (95% CI, 70.5-80.1). Conclusion The prevalence in the correct prescription of the family planning method is low in comparison with that established in the Official Mexican Standard.

Keywords: correct prescription, contraceptive methods, family planning

DEDICATORIAS

A mis padres y hermanas, los cuatro pilares fundamentales de mi vida. Por ser un ejemplo, darme fuerza para luchar en todo y apoyarme en todos los retos de la vida y una continua superación personal.

A mis amigas y amigos que se han convertido en parte de mi familia y forman parte de este logro.

AGRADECIMIENTOS

Mi más profundo agradecimiento a las personas que incondicionalmente han caminado a mi lado, los cuatro pilares de mi vida: mis padres y mis hermanas, que en todo momento confiaron en mí, me apoyaron, me motivaron a seguir en los momentos difíciles y me aplaudieron en cada meta lograda.

A mis profesores que tuve en estos 3 años de residencia pero en especial: Dra. Luz Dalid Terrazas, Dr. Enrique Villarreal Ríos y Dr. Manuel Enrique Herrera Ávalos por su apoyo, sus consejos y sabias opiniones, pero sobre todo por su paciencia y por la compañía en el camino, por trasmitirme ese amor y entrega al área de la educación.

El resultado del esfuerzo conjunto de ustedes y mío es la culminación de este proyecto, muchas gracias.

ÍNDICE

Contenido	Página
Resumen	3
Summary	4
Dedicatorias	5
Agradecimientos	6
Índice	7
Índice de cuadros	9
I.INTRODUCCIÓN	10
I.1 OBJETIVO GENERAL	12
I.1.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	12
I.2 HIPÓTESIS GENERAL	12
II.REVISIÓN DE LA LITERATURA	13
II.1 Definición De Conceptos Operacionales	13
II.2 Antecedentes de la Investigación	17
II.3 Bases Legales	18
II.4 Planificación Familiar	20
II.5 Métodos Anticonceptivos	24
II.6 Criterios Médicos de Elegibilidad de los Métodos Anticonceptivos	24
III. METODOLOGÍA	27
III.1 Diseño de la investigación	27
III.2 Variables a estudiar e instrumentos de medición	27
III.3 Procedimiento o estrategia	29
III.4 Consideraciones éticas	29
III.5 Análisis estadístico	29
IV. RESULTADOS	30
V. DISCUSIÓN	41
VI. CONCLUSIONES	43
VII. PROPUESTAS	44
VIII. LITERATURA CITADA	45

IX. ANEXOS	52
ANEXO 1. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	52
ANEXO 2. CUESTIONARIO PARA USUARIOS DEL MODULO	54
PLANIFICACIÓN FAMILIAR	
ANEXO 3. TABLA RESUMIDA DE CRITERIOS MEDICOS DE	56
ELEGIBILIDAD PARA EL USO DE METODOS	
ANTICONCEPTIVOS	

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro		Página
IV.1	Características sociodemográficas de los pacientes estudiados.	34
IV.2	Características antropométricas de los pacientes estudiados.	36
IV.3	Detecciones Ginecológicas de los pacientes estudiados.	37
IV.4	Prevalencia de prescripción correcta tomando criterios de elegibilidad para anticonceptivos hormonales combinados	38
IV.5	Prevalencia de prescripción correcta tomando criterios de elegibilidad para anticonceptivos hormonales solo progestina	39
IV.6	Prevalencia de prescripción correcta tomando criterios de elegibilidad para implante	40
IV.7	Prevalencia de prescripción correcta tomando criterios de elegibilidad para DIU medicado	41
IV.8	Prevalencia de prescripción correcta tomando criterios de elegibilidad para DIU cobre	42

I. INTRODUCCIÓN.

La promoción de la planificación familiar resulta esencial para lograr el bienestar y la autonomía del usuario, al mismo tiempo, apoyar la salud y el desarrollo de las comunidades de un país. La planificación familiar permite a las personas tener el número de hijos que deseen y determinar el intervalo entre cada embarazo, esto se logra mediante la aplicación de diversos métodos anticonceptivos. Además, tanto la planificación familiar y el uso de anticonceptivos, reducen la necesidad de recurrir al aborto, y la consecuente muerte de madres y niños, al evitar los embarazos no deseados.

Estudiar las características sociodemográficas de la población (edad, nivel educativo, religión), permite al personal de salud conocer el perfil de la usuaria para dirigirse de una manera clara y precisa, dar a conocer beneficios y contraindicaciones de cada método anticonceptivo, y hacer su mejor elección conjunta posible. (Manual de Normas y Procedimientos Operativos para el Programa de Planificación Familiar, 2014)

Conocer las características de los usuarios que hacen uso del servicio de planificación familiar no sólo resalta la prevalencia del ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos. También ayudará a determinar su relación con la salud materna (aborto o la atención prenatal y del parto), que condicionan el curso y buen desarrollo del embarazo y culminación del parto, con importantes consecuencias para la salud de la madre y su descendencia.

La Norma Oficial Mexicana, NOM 005-SSA2-1993, de los servicios de planificación familiar, se basa en los “criterios de elegibilidad de los métodos anticonceptivos” establecidos por Organización Mundial de la Salud (OMS), en donde se clasifican los métodos anticonceptivos en: 1.-Métodos hormonales combinados (anticonceptivos orales combinados, parche, anticonceptivos inyectables combinados) 2.-Anticonceptivos con solo progestina (anticonceptivos orales, parche, anticonceptivos inyectables) 3.-Implante 4.-Dispositivos intrauterinos con cobre (DIU-Cu) 5.-Dispositivo intrauterino medicado liberador de

levonorgestrel (DIU Medicado). En esta misma publicación de la OMS se revisaron diferentes tópicos de perfil médico y epidemiológico, cada condición ha sido definida como representativa de una característica individual (por ejemplo: edad, historia de embarazos, etc) o una condición médica/patológica preexistente conocida (por ejemplo: diabetes, hipertensión, etc).

Para cada condición o característica médica relevante, a cada método anticonceptivo se le asigna una de cuatro categorías numéricas: Categoría 1 y 2 indica que el método puede usarse en general. Categoría 3 y 4 indica que una mujer no es médicamente elegible para usar el método. (Criterios médicos de elegibilidad OMS, 2015)

En este contexto, el objetivo de este estudio es determinar la prevalencia de la prescripción correcta de los métodos de planificación familiar, para el uso seguro de la anticoncepción y un buen cuidado de la salud.

I.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar la prevalencia de la prescripción correcta de los métodos de planificación familiar.

I.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Determinar las características sociodemográficas de los pacientes que acudieron al módulo de planificación familiar.
2. Determinar la prevalencia de la prescripción correcta de Hormonales Combinados
3. Determinar la prevalencia de la prescripción correcta de Hormonales Solo Progestina
4. Determinar la prevalencia de la prescripción correcta de DIU de Cobre
5. Determinar la prevalencia de la prescripción correcta de DIU Medicado
6. Determinar la prevalencia de la prescripción correcta de Implante

I.3 HIPÓTESIS GENERAL

La prevalencia de la prescripción correcta de los métodos de planificación familiar es baja.

La prevalencia de la prescripción correcta de hormonales combinados es $\geq 80\%$

La prevalencia de la prescripción correcta de hormonales con solo progestina es $\geq 80\%$

La prevalencia de la prescripción correcta de DIU cobre es $\geq 90\%$

La prevalencia de la prescripción correcta de DIU Medicado es $\geq 90\%$

La prevalencia de la prescripción correcta de Implante es $\geq 90\%$

II.- REVISIÓN DE LA LITERATURA.

II.1 Definición De Conceptos Operacionales

Uso de Métodos Anticonceptivos: A partir de la definición básica de “uso” como: emplear algo con un fin determinado, servirse de un objeto para realizar una acción con él y establecer que el valor de uso de un bien está fijado por sus condiciones naturales y la aptitud que posee un objeto para satisfacer una necesidad. Se concluye que para esta investigación este término se aplica al empleo de elementos, productos o procedimientos que mediante su uso impide o reduce la posibilidad de que ocurra la fecundación al tener relaciones sexuales. (OMS 2015)

Métodos Anticonceptivos: Los métodos anticonceptivos son herramientas diversas, generalmente de aplicación en la mujer que impide la fecundación. Los métodos anticonceptivos son elementos, productos o procedimientos que pueden usar hombres o mujeres para regular la fecundidad y tener relaciones sexuales libres de riesgo. (OMS, 2015)

Planificación Familiar: conjunto de prácticas que pueden ser utilizadas por una mujer, un hombre o una pareja de potenciales progenitores orientadas básicamente al control de la reproducción mediante el uso de métodos anticonceptivos en la práctica de relaciones sexuales. (OMS, 2015)

II.2 Bases Legales

Todos los ciudadanos poseen derechos como los manifestados por la Comisión de Derechos Humanos de las Naciones Unidas en la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva del 2003 “cuyo objetivo es mejorar la Salud Sexual y Reproductiva y promover el ejercicio de los Derechos Sexuales y Reproductivos de toda la población, con especial énfasis en la reducción de los factores de vulnerabilidad y los comportamientos de riesgo, el estímulo de los factores protectores y la atención a los grupos con necesidades específicas”. Además se confirma que “la salud sexual y la salud reproductiva son elementos

esenciales del derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de la salud física y mental. (CNDH, 2003)

La Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD), celebrada en El Cairo en 1994, y la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, celebrada en Beijing en 1995, subrayaron la importancia de atender las necesidades de las mujeres en lo referente a la Salud reproductiva y la Planificación Familiar. (CIPD, 1994)

Actualmente existe conciencia renovada acerca de la necesidad de crear políticas públicas específicas, se han implementado programas nacionales de salud dirigidos a la población y con unidades especiales para la atención en los establecimientos de salud, que van desde la prestación de servicios de promoción, prevención y tratamiento, en los que se hace énfasis en la salud sexual y reproductiva. Paralelamente la formación de recursos humanos en prácticas de atención, el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud y la ampliación de la oferta de anticonceptivos, entre otras vías, mediante talleres sobre los derechos a la salud sexual y reproductiva fortalecen dichos programas. (Plan de Acción Especifico, 2012)

La atención de la salud sexual y reproductiva, incluye la información y los servicios de planificación familiar; se reconoce no sólo como una intervención clave para mejorar la salud de las mujeres y los niños/as, sino también como un derecho humano. (Guía de Práctica Clínica para el manejo de anticonceptivos temporales hormonales en mujeres en edad reproductiva en el primer y segundo nivel de atención, 2014)

En los últimos años, la Secretaria de Salud ha realizado importantes esfuerzos para mejorar la oferta integral de servicios y satisfacer la demanda de la población en los diferentes aspectos de la salud sexual y reproductiva, asimismo, ha desarrollado estrategias para reducir la muerte materna, mejorar la calidad de vida y la salud de las personas. (Plan de Acción Especifico, 2012)

Se trata de que las mujeres y hombres tengan acceso a la información y servicios de la más amplia variedad para hacer uso de sus derechos a la planificación familiar y regular su fecundidad de acuerdo a sus ideales reproductivos.

II.3 Planificación Familiar

Según la Organización Mundial de la Salud, la planificación familiar (PF) se reconoce como la intervención principal que salva la vida de las madres e hijos, pues si mujer con el apoyo de su pareja, planifica su familia usando eficazmente la anticoncepción, podrá reducir los embarazos riesgosos y postergar la concepción hasta que se encuentren en situaciones adecuadas en cuanto a salud, economía y educación.(OMS, 2015)

La promoción de la planificación familiar —y el acceso a los métodos anticonceptivos preferidos para las mujeres y las parejas— resulta esencial para lograr el bienestar y la autonomía de las mujeres y, al mismo tiempo, apoyar la salud y el desarrollo de las comunidades. (OMS, 2015)

La planificación familiar permite espaciar los embarazos y puede posponerlos en las jóvenes que tienen mayor riesgo de morir por causa de la procreación prematura, lo cual disminuye la mortalidad materna. Evita los embarazos no deseados, incluidos los de mujeres de más edad, para quienes los riesgos ligados al embarazo son mayores. (Plan de Acción Especifico, 2012)

Permite además que las mujeres decidan el número de hijos que desean tener. Se ha comprobado que las mujeres que tienen más de cuatro hijos se enfrentan con un riesgo mayor de muerte materna. Al reducir la tasa de embarazos no deseados, la planificación familiar también disminuye la necesidad de efectuar abortos peligrosos. (Plan de Acción Especifico, 2012)

La Planificación Familiar es una estrategia fundamental en el logro de la salud sexual y reproductiva de un país.

Los objetivos globales de la Planificación Familiar son:

- Evitar embarazos no deseados.
- Regular los intervalos entre embarazos.
- Decidir el número de hijos en la familia.
- Regular el tiempo en que ocurren los nacimientos en relación con las edades de los padres.
- Facilitar los nacimientos deseados para mujeres con problemas de fecundidad.
- Evitar el embarazo cuando agravaría una enfermedad peligrosa presente.
- Brindar a los portadores de enfermedades genéticas la opción o posibilidad de evitar el embarazo.
- Reducción de la mortalidad infantil.
- Prevención de la infección por el VIH y SIDA.
- Menor crecimiento de la población.
- Disminución del embarazo en adolescentes.

En cuanto a la finalidad Global de la Planificación Familiar, ésta consiste en mejorar la salud de la madre, sus hijos y la familia en general. En este sentido, las medidas preventivas de salud reconocida son: (OMS 2015)

- Espaciamiento, limitación del tamaño de la familia y programación de los nacimientos.
- Ser sensible a las necesidades de control de la natalidad de la mujer o la pareja.
- Conservar la objetividad al hablar de los métodos de control de la natalidad, incluso cuando se trate de esterilización y aborto.
- Orientar a la mujer sobre todo los métodos de control de la natalidad.
- Ofrecer y ampliar información sobre el método elegido por la mujer.
- Permitir a la paciente tomar una decisión informada.
- Animar a la paciente a buscar ayuda cuando se le presente dudas o problemas.
- Estar a disposición de la paciente cuando necesite consejo o ayuda.

II.4 Métodos Anticonceptivos

Un método anticonceptivo es “cualquier acto, dispositivo o medicación para impedir una concepción o un embarazo viable”. También es llamado anticoncepción o contracepción. Se usa en vistas del control de la natalidad. (OMS, 2015)

Los métodos anticonceptivos se han utilizado desde tiempos antiguos, pero aquellos eficaces y seguros no estuvieron disponibles hasta el siglo XX. Algunas culturas restringen o desalientan el acceso al control de la natalidad, ya que consideran que es moral, religiosa o políticamente indeseable.

Los métodos anticonceptivos pueden ser muy fiables para evitar un embarazo, pero ello no significa necesariamente que ofrezcan protección contra la infección por VIH u otras enfermedades de transmisión sexual. (OMS, 2015)

II.4.1 Métodos Anticonceptivos Hormonales

II.4.1.1 Anticonceptivos Hormonales es en combinación («orales», «inyectables» parche anticonceptivo):

Contiene dos hormonas (estrógeno y progestágeno). Estas sustancias van a impedir la liberación de las gonadotropinas del hipotálamo y de la hipófisis, lo que provoca que no se alcance la concentración máxima de LH y FSH no se produzca la ovulación. Además disminuye el riesgo de cáncer endometrial y ovárico. (Guía de Práctica Clínica para el manejo de anticonceptivos temporales hormonales en mujeres en edad reproductiva en el primer y segundo nivel de atención, 2014)

Es uno de los métodos anticonceptivos más eficaz para prevenir el embarazo y se acerca al 97% y casi al 100% si se combina con otros anticonceptivos. Su eficacia según como se usa comúnmente es de 92% según la OMS. La proporción de fallos de la píldora es de menos de 0.5 embarazos por cada 100 mujeres que la emplean anualmente. (OMS, 2015)

Algunas de las ventajas del uso de las pastillas anticonceptivas son:

- Es muy eficaz en comparación con otros métodos anticonceptivos, ya que si se toma de manera correcta brinda una alta protección para no embarazarse.
- Los ciclos de la menstruación serán regulares, menos abundantes y en consecuencia menos dolorosos.
- Reduce los dolores pre-menstruales y dolor en las mamas.
- Previene la anemia por deficiencia de hierro.
- Puede reducir el riesgo de cáncer del útero y de ovario, el riesgo de quistes en los ovarios, miomas, endometriosis, enfermedad pélvica inflamatoria, etc.
- Tiene efectos positivos en la piel, en pacientes con Síndrome de Ovario Poliquístico disminuye la presencia de acné.
- Puede ser usada por mujeres con hijos o sin hijos.
- No interfiere en las relaciones sexuales.
- No requiere prescripción médica.
- Permite el retorno de la fertilidad, tan pronto como interrumpe su uso.

Algunas de las desventajas del uso de las pastillas anticonceptivas son:

- Requiere un control médico periódico.
- Puede ocasionar dolores de cabeza, cambios de temperamento, un menor deseo sexual y depresión.
- No se recomienda a mujeres que están amamantando a sus bebés porque puede afectar a la cantidad y calidad de la leche.
- Puede producir cambios de peso.
- Puede producir sangrado en goteo o sangrado entre períodos menstruales especialmente si se olvida tomar las pastillas o si se demora en tomarlas (muy común en los primeros tres meses).
- Hay que acordarse de tomar la pastilla anticonceptiva a la misma hora todos los días.
- No protege frente a enfermedades de transmisión sexual.

II.4.1.2 Anticonceptivos Hormonales de sólo progestágena:

Son inyecciones que contienen sólo progestágenos y se administran por vía intramuscular cada 3 meses.

Cada uno de los anticonceptivos inyectables, acetato de medroxiprogesterona de depósito (AMPD) y enantato de noretisterona (NET-EN) contienen un progestágeno igual a la hormona natural progesterona producida en el cuerpo de la mujer. No contienen estrógeno, por lo que pueden ser utilizados por mujeres que están amamantando y por mujeres que no pueden usar métodos con estrógeno. (Guía de Práctica Clínica para el manejo de anticonceptivos temporales hormonales en mujeres en edad reproductiva en el primer y segundo nivel de atención, 2014)

La acción de los inyectables de progesterona es inhibir la ovulación y provocar alteraciones en el moco cervical que impiden el paso de los espermatozoides al útero. El uso de este anticonceptivo consiste en administrar un frasco/ampolla de 150 mg de acetato de medroxiprogesterona a través de una inyección intramuscular, cada 3 meses. La primera inyección debe ser aplicada entre el primer y séptimo día del ciclo. La primera inyección también se puede iniciar sin menstruación si la mujer está segura de no estar embarazada, debiendo usar protección anticonceptiva adicional por 7 días si se inicia sin menstruación. Las próximas dosis deben ser administradas cada 3 meses (con un margen de 15 días después de la fecha prevista). (Guía de Práctica Clínica para el manejo de anticonceptivos temporales hormonales en mujeres en edad reproductiva en el primer y segundo nivel de atención, 2014)

La recuperación de la fertilidad tras la interrupción de las inyecciones en promedio, luego de recibir AMPD y NET-EN, demora unos 4 meses más y un mes más, respectivamente, que con la mayoría de los otros métodos. (OMS, 2015)

Entre los beneficios de este tipo de inyectable hormonal encontramos: a) AMPD: Ayuda a proteger contra riesgo de embarazo; Cáncer del revestimiento uterino (cáncer endometrial); Fibromas uterinos; Puede ayudar a proteger contra enfermedad pélvica inflamatoria sintomática; anemia por

deficiencia de hierro; reduce crisis de anemia falciforme y síntomas de endometriosis (dolor pélvico, sangrado irregular). b) NET-EN: Ayuda a proteger contra anemia por deficiencia de hierro. (Guía de Práctica Clínica para el manejo de anticonceptivos temporales hormonales en mujeres en edad reproductiva en el primer y segundo nivel de atención, 2014)

II.4.2 Implante Subdérmico:

También llamado implante subcutáneo o implante hormonal. Es un anticonceptivo utilizado por la mujer que no busca un embarazo por un periodo prolongado. (OMS, 2015)

Consiste en una cánula o varilla de tamaño pequeño que se inserta por el médico debajo de la piel de la mujer. Esta cánula libera de manera continua al torrente sanguíneo un componente hormonal para impedir la ovulación.

La función principal del implante anticonceptivo es evitar la ovulación, cambiar el moco uterino volviéndolo más espeso y modificar la capacidad que tiene el útero para hospedar al embrión. La efectividad del implante anticonceptivo es de un >99%, éste disminuye si se excede el tiempo de vida o aumenta el peso corporal de la mujer. Se puede usar durante 3 a 5 años, según el tipo; las hemorragias vaginales irregulares son comunes pero no dañinas, (Guía de Práctica Clínica para el manejo de anticonceptivos temporales hormonales en mujeres en edad reproductiva en el primer y segundo nivel de atención, 2014)

Algunas de las ventajas del uso del implante anticonceptivo pueden ser:

- Es un método anticonceptivo a largo plazo, tiene una duración de 3 a 5 años. Aunque si se desea puede ser extraído por el médico antes de finalizado su tiempo.
- Es cómodo y discreto de usar, que puede ser utilizado incluso durante la lactancia materna, ya que no afecta ni a la cantidad ni a la calidad de la leche materna.

- Al retirar el implante el retorno de la fertilidad se hace de una manera más veloz.
- Es un anticonceptivo que puede ser utilizado por mujeres que no toleran los estrógenos ya que solo contiene progestágenos.
- Pueden utilizarlo todas aquellas mujeres en su etapa reproductiva independientemente de su edad y del número de embarazos que haya tenido.

Algunas de las desventajas del uso del implante anticonceptivo:

- Irregularidad en las menstruaciones ya que solo contiene una hormona, por lo tanto, las reglas suelen ser más abundantes e irregulares, y como consecuencia no se puede prever el día de comienzo del manchado como si ocurre con otros anticonceptivos como la píldora anticonceptiva.
- No protege frente a las enfermedades de transmisión sexual.
- Suele producir un leve aumento de peso, acné o retención de líquidos.
- Puede producir complicaciones locales en el lugar donde se insertó el implante.
- No está recomendado para mujeres que tienen problemas en su circulación sanguínea, problemas cardíacos, las que creen que están embarazadas, las que tienen cáncer de mama, etc.
- Su efectividad es a partir del séptimo día de su inserción, por lo que se tiene que utilizar otro método anticonceptivo complementario durante los 7 primeros días.
- Tiene un costo elevado inicial.
- En el caso de que la mujer se quedara embarazada, es algo muy raro, utilizando el implante anticonceptivo. puede producir un embarazo extrauterino o ectópico.
- En mujeres con sobrepeso o mujeres obesas la eficacia disminuye.

(Guía de Práctica Clínica para el manejo de anticonceptivos temporales hormonales en mujeres en edad reproductiva en el primer y segundo nivel de atención, 2014)

II.4.3 Dispositivo Intrauterino (DIU), («DIU Cu cobre», «DIU LN, hormonal»)

El dispositivo intrauterino o DIU es el método anticonceptivo reversible más frecuentemente usado en el mundo, –por unos 160 millones de mujeres. El DIU permanece en el útero continuamente mientras que no se desee el embarazo. (OMS, 2015)

Todos los DIU de cobre en forma de T tienen una tasa de fallo menor al 1% cada año y una tasa de fallo acumulado por 10 años entre 2-6%. Un ensayo a gran escala por la Organización Mundial de la Salud reportó un fallo acumulativo del 2,2%, o una tasa de 0,18% de fallos cada año durante 12 años, un valor equivalente a la ligadura de trompas que tiene un fallo por 10 años del 1,8%.

La presencia del dispositivo en el útero estimula la liberación de leucocitos y prostaglandinas por el endometrio, como parte de una reacción al cuerpo extraño. Estas sustancias son hostiles tanto para el espermatozoide como para los óvulos fecundados y los cigotos. La presencia de cobre incrementa el efecto espermicida y es un abortivo eficiente y confiable. Los DIU no poseen elementos protectores en contra de una enfermedad de transmisión sexual o la enfermedad pélvica inflamatoria. Los DIU no-hormonales de cobre son considerados seguros durante la lactancia. (OMS, 2015)

II.4.4 Otros Métodos Anticonceptivos.

Aunque existen otros métodos anticonceptivos (barrera, naturales, permanentes) estos no serán mencionados a detalle, pues la intención de este trabajo es resaltar la práctica médica: evaluando sus criterios de elegibilidad, siendo mínimas las contraindicaciones de estos métodos anticonceptivos. (Guía de Práctica Clínica para el manejo de anticonceptivos temporales hormonales en mujeres en edad reproductiva en el primer y segundo nivel de atención, 2014)

II.4.4.1 De Barrera

A) Diafragma

B) Preservativo

II.5.4.2 Permanentes

A) Oclusión Tubárica Bilateral.

B) Vasectomía

II.5.4.3 Naturales - Tradicionales

A) Método ogino-knaus

B) Coitus Interruptus

C) Método de Billings

D) Método de Temperatura Basal

II.5 Antecedentes de la Investigación

La planificación familiar es la decisión libre, voluntaria e informada de las personas para elegir cuándo, cuántos y cada cuánto tiempo van a tener hijos, así como la decisión de los hombres y las mujeres que puedan ejercer su derecho a elegir los métodos anticonceptivos que consideren pertinentes para planificar su familia.(SSA, 2014)

La anticoncepción contribuye a reducir el número de embarazos riesgosos, menor tasa de fecundidad, menor riesgo de muerte materna e infantil, menor incidencia de embarazos en adolescentes y consecuentemente, menor incidencia de abortos. (OMS, 2015)

Un estudio publicado en la Revista de Ginecología y Obstetricia de Venezuela titulado “Métodos anticonceptivos: prevalencia de uso según método en el Hospital Infantil del Este” cuyo objetivo fue determinar la frecuencia de uso de los distintos métodos anticonceptivos disponibles en la actualidad, en las usuarias que asisten al Servicio de Planificación Familiar del Hospital “Materno Infantil Dr. Joel Valencia Parparcén” durante el período comprendido entre enero de 2002 y diciembre de 2006, la edad de las usuarias osciló entre los 15 y 51 años, con un promedio de $30,69 \pm 7,97$ años. Al relacionar la edad de las usuarias según el método anticonceptivo utilizado en la actualidad se encontró que el menor

promedio de edad se registró en el grupo de Anticonceptivo Hormonal Oral (26,66 años) y el mayor en el grupo de usuarias de Esterilización quirúrgica femenina (33,98 años). (Fernández 2011)

Otro estudio publicado en este mismo país, Venezuela, y la Revista de Ginecología y Obstetricia “Métodos anticonceptivos: prevalencia de uso según método en el Hospital Infantil del Este comparó los métodos anticonceptivos utilizados en la década de 1990 con los utilizados en la década del 2000. Así pues, predominaron los anticonceptivos orales en ambas décadas, con 29,6 % y 31,4 % respectivamente. Los de mayor uso fueron levonorgestrel+etinilestradiol (25,9 %) y drospirenona+etinilestradiol (24,7 %). (Samogiyi, 2011)

En la década de los 90 los anticonceptivos inyectables fueron mayormente acetato de medroxiprogesterona (66,7 %), y en la década del 2000 sólo noretindrona+valerianato de estradiol (100 %). El uso de implantes no superó el 1% en ambas épocas. En la década del 2000 8,4 % usaban métodos naturales en contraposición a 23,4 % utilizados en la década anterior. En cuanto al uso de preservativos en 17,8 % fue el porcentaje empleado en la década de los 90 comparado con el 24,4 % de los años 2000. (Samogiyi, 2011)

Otro estudio elaborado en España “Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos por la población femenina de una zona de salud” ejecutado por muestreo sistemático a 389 mujeres entre 15-40 años concluyó que el 51,8% utilizaba algún método conceptivo; sin embargo la prevalencia de uso en mujeres con riesgo de embarazo no deseado era 70.5%. En dicho estudio los métodos más conocidos fueron preservativo (90.4%), anticonceptivos orales (89.2%), seguido de dispositivos uterinos (78.3%). (Maroto, 2013)

A nivel Latinoamericano, una encuesta realizada en Chile reveló que el uso de anticonceptivos por parte de los jóvenes se elevó a un 87,5% en 2012 (2.665.145 jóvenes), en comparación al 74% que existía en 2009 (2.354.835 jóvenes), lo que demuestra un alza de un 13,2% en el cuidado por parte de las personas de 15 a 29 años a la hora de tener relaciones sexuales. (7ma Encuesta Nacional de la Juventud Chilena, 2012)

En cuanto a las formas de prevención, esta misma encuesta menciona que el preservativo (48,7%) y las píldoras anticonceptivas (38,3%) siguieron siendo las más utilizadas. Además, el 71,3% de los jóvenes aseguró ya haber iniciado su vida sexual. Al ser consultados sobre el tramo de edad de su iniciación sexual, un 80,3% sostuvo que esto ocurrió entre los 20 y 24 años. Esta encuesta detalló además que respecto al embarazo no planificado, las cifras han disminuido en casi todas las regiones del país sureño. En tanto, el 2009 a nivel nacional, el 30% de los jóvenes había vivido un embarazo no deseado en su vida, mientras que el 2012, este número bajó a un 21%. (7ma Encuesta Nacional de la Juventud Chilena, 2012)

En Perú, el INEI, reveló datos donde el porcentaje de mujeres que alguna vez han usado cualquier tipo de métodos fue de 44.9% (mujeres en edad fértil); dentro de ellas los métodos modernos más utilizados fueron: la píldora, DIU (dispositivos intrauterinos), inyección, métodos vaginales (espuma, jalea), condón, esterilizaciones (masculina y femenina), Norplant, MELA (amenorrea por lactancia), mientras que dentro de los métodos tradicionales encontramos el método del Ritmo y los folclóricos (brebajes, etc.) Instituto Nacional de Estadística e informática, 2012)

Un estudio realizado por la Sociedad Española de Contracepción (SEC) en el 2014 “Estudio Poblacional sobre el uso y la opinión de los métodos anticonceptivos en España” realizado a 2200 mujeres entre 15 y 49 años concluyó que el 89,9% de las mujeres habría tenido relaciones sexuales al menos una vez en su vida, y que la edad media de inicio de éstas fue entre 16 a 19,6 años. Así mismo, de esta población el 83,6% empleó algún método anticonceptivo, se consideró prescripción correcta tomando en cuenta posibles efectos colaterales, Siendo el impante anticonceptivo (97.2%) el de mayo porcentaje, siguiendo el DIU de cobre con un 94,3%; anticonceptivos hormonales con un 70,9%. (SEC, 2014)

Por otro lado, en este mismo estudio, el 72.7% empleaban algún método, mientras que el 15.9% no utilizaba ninguna contracepción. Dentro de ellos el principal motivo por el cual no usan fue porque no mantenían relaciones sexuales, seguido de la no necesidad por la imposibilidad de tener hijos y en tercer lugar el

deseo de concebir. En este estudio, además, el preservativo fue el anticonceptivo más usado con un 31,3%, seguido de las píldoras (16,2%), ligadura de trompas (5,5%), implante subcutáneo e inyectable (0.1%).(SEC, 2014)

En el 2015 se publicó un estudio mexicano “Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en adolescentes en un centro de salud”. Este estudio ejecutado durante Septiembre y Octubre del 2014 en México, incluía 120 adolescentes de 15 a 19 años con vida sexual activa. En dicho estudio el método anticonceptivo más conocido por los adolescentes fue el condón masculino (100%), seguido del condón femenino (85.8%), anticonceptivos orales (87.5%), inyectables hormonales (57.5%), implante subdérmico (24.2%), entre otros. En contraste con estos resultados, en cuanto al método anticonceptivo más utilizado, el condón masculino siguió liderando con un 65.2%, seguido de los anticonceptivos orales. (Sánchez, 2015)

El INEGI además informó que el 30.2% de las mujeres empleaban métodos modernos. Por otro lado, el uso de los métodos tradicionales era de 14.6% para el 2005. La preferencia por los métodos del “Ritmo” y “Abstinencia periódica” fue de 24.1%. Sin embargo, las mujeres que usaban, método de Ritmo, no conocía con certeza alguna, las fechas de su ciclo menstrual, con lo cual deriva a su mal uso. Tres de cada 10 mujeres que dejaron de usar, lo hicieron por haberles ocasionado un embarazo no planeado, esto es por la ineficacia del método. (INEGI, 2005)

Por otro lado “La Encuesta Nacional en Salud y Nutrición” (ENSANUT 2012), publicada en 2012, muestra que el inicio de vida sexual En 2006, 20.9% de las mujeres (15-19 años) había iniciado vida sexual En 2012: el 18.4% de las mujeres (15-19 años) con inicio de vida sexual eran solteras al momento de la encuesta. Lo que más llama la atención Más de 82% de las mujeres adolescentes tienen conocimientos básicos* sobre el uso del condón; en el centro del país donde se encuentra el estado de Querétaro es de un 36% Este mismo estudio revela que 14 de cada 100 adolescentes del país, entre 14 y 19 años, están

embarazadas o ya son madres, pese a que el 59% de ellas no lo tenía en sus planes. (ENSANUT, 2012)

II.6.1 Criterios Médicos de Elegibilidad de los Métodos Anticonceptivos

Eficacia de los métodos La elección anticonceptiva depende en parte de la eficacia del método anticonceptivo en la prevención de un embarazo no planificado, que –a su vez– depende para algunos métodos no solo de la protección ofrecida por el mismo método, sino también de cuán correcta y consistentemente se lo usa.

El uso correcto y consistente puede variar enormemente en función de algunos factores, tales como edad, ingresos, deseo de la o el usuaria/o de prevenir o demorar el embarazo, y cultura. Los métodos que dependen del uso correcto y consistente por parte de las personas tienen un amplio rango de eficacia. La mayoría de los hombres y las mujeres tienden a ser usuarios más efectivos a medida que adquieren mayor experiencia con un método. Sin embargo, los aspectos programáticos también tienen un efecto importante en el uso eficaz del método.

El 9–12 de marzo de 2014 y el 24–25 de septiembre de 2014, la Organización Mundial de la Salud (OMS) convocó dos reuniones del Grupo de Elaboración de la Guía (GEG), integrado por 68 personas que representan una amplia gama de partes interesadas, con el propósito de examinar y, en su caso, revisar la cuarta edición de los Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos (CME). Como parte de la revisión, el GEG examinó 14 tópicos (que abarcan más de 575 recomendaciones). El GEG confirmó el resto de las recomendaciones existentes dentro de la cuarta edición, y éstas no se revisaron formalmente para la actualización de la quinta edición de los CME. Este documento es parte del proceso para mejorar la calidad de la atención en planificación familiar.

Los Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos (CME), cuya primera edición se publicó en 1996, presentan las recomendaciones actuales

de la Organización Mundial de la Salud (OMS) acerca de la seguridad de los diversos métodos anticonceptivos en relación con su uso en el contexto de condiciones médicas y características específicas. Esta es la quinta edición de los CME, y la más reciente de una serie de actualizaciones periódicas.

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. En primer lugar, si el método anticonceptivo empeora la condición médica o genera riesgos adicionales para la salud; en segundo lugar, si la circunstancia médica reduce la eficacia del método anticonceptivo. Es necesario sopesar la seguridad del método con los beneficios de prevenir un embarazo no planificado.

Este documento cubre los siguientes métodos de planificación familiar: anticonceptivos orales combinados (AOC) de dosis bajas (≤ 35 mcg de etinilestradiol),¹ parche combinado (PAC), anillo vaginal combinado (AVC), anticonceptivos inyectables combinados (AIC), anticonceptivos orales con progestágeno solo (AOPS), acetato de medroxiprogesterona de depósito (AMPD), enantato de noretisterona (EN-NET), implantes de levonorgestrel (LNG) y etonogestrel (ETG), píldoras anticonceptivas de emergencia (PAE), dispositivos intrauterinos con cobre (DIU-Cu), DIU liberadores de levonorgestrel (DIU-LNG), DIU con cobre para anticoncepción de emergencia (DIU-E), anillo vaginal liberador de progesterona (AVP), métodos de barrera (BARR), métodos basados en el conocimiento de la fertilidad (MBCF), método de amenorrea de lactancia (MELA), coito interrumpido (CI), y esterilización masculina y femenina (EST).

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. Las categorías 1 y 4 se explican por sí mismas. La clasificación de un método/condición como categoría 2 indica que el método puede usarse en general, pero se requiere un seguimiento cuidadoso. Sin embargo, la provisión de un método a una mujer con una condición clasificada

como categoría 3 requiere un criterio clínico prudente y acceso a los servicios clínicos. En este caso, se deben tener en cuenta la gravedad de la condición, y la disponibilidad, factibilidad y aceptabilidad de métodos alternativos. Para un método/condición clasificada como categoría 3, generalmente no se recomienda el uso de ese método a menos que otros métodos más adecuados no estén disponibles o no sean aceptables. Se requerirá un seguimiento cuidadoso.

En particular, se recomienda tener en cuenta el nivel de conocimiento clínico y la experiencia en esa área de los diversos tipos de proveedoras/es de servicios y los recursos disponibles en el lugar de la prestación de los servicios. 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 PAE, violación, obesidad, mayor riesgo de infecciones de transmisión sexual, alto riesgo de infección por VIH, que viven con el VIH, uso de terapia antirretroviral.

III. METODOLOGÍA

III.1 Diseño de la investigación

Se realizó un estudio transversal descriptivo dentro del servicio de planificación familiar empleando como unidad de análisis a las mujeres en edad reproductiva atendidas en una unidad médica familiar, de una institución de seguridad social en la ciudad de Querétaro, México de agosto a diciembre de 2017. Para evaluar la prescripción otorgada, se incluyeron a todas las usuarias que acudieron a solicitar un método, se excluyeron a las que se les otorgó preservativo y/o píldora de emergencia, y se eliminaron cuestionarios con información incompleta.

El tamaño de la muestra se calculó con la fórmula de porcentajes para población infinita con nivel de confianza de 95% (z alfa= 1.64), prevalencia de la prescripción correcta del método de planificación familiar del 87% ($p=0.87$) y margen de error del 5% ($d=0.05$). El tamaño correspondió a 152, pero se trabajó con 316 pacientes. La técnica muestral fue no aleatoria por cuota, empleando como marco muestral el listado de pacientes a las que se les prescribió un método de planificación familiar.

III.2 Variables a estudiar e instrumentos de medición

Se definió el perfil de la población mencionada; se incluyeron la características somatométricas (peso, talla, índice de masa corporal), las características sociodemográficas (edad, estado civil, religión, escolaridad, ocupación), y perfil de detecciones (riesgo reproductivo, detección de cáncer cervicouterino, y detección de cáncer de mama).

III.3 Procedimiento o estrategia

Se identificó el tipo de método prescrito y en esta población se indagó la presencia o ausencia de los criterios de elegibilidad que propone la OMS, cuando uno o más de los criterios de la categoría 3 o 4 estuvieron presentes se consideró prescripción incorrecta (tabla 1.)

Hormonal combinados	Hormonal solo progestina	Implante	DIU de cobre	DIU médica
<p>1.- Lactancia materna (hasta 6 meses posparto)</p> <p>2.- Posparto (hasta 21 días en mujeres que no estén lactando)</p> <p>3.- Tabaquismo (edad ≥ 35 años)</p> <p>4.- Múltiple riesgo cardiovascular (edad > 40, tabaquismo, diabetes, hipertensión)</p> <p>5.- Hipertensión arterial (cualquier estadio)</p> <p>6.- Trombosis venosa (profunda o cirugía mayor < 6 meses)</p> <p>7.- Cardiopatía isquémica</p> <p>8.- Antecedente de accidente cerebro vascular</p> <p>9.- Lupus</p> <p>10.- Migraña (con o sin aura a cualquier edad)</p> <p>11.- Cáncer de mama</p> <p>12.- Diabetes (> 20 años de evolución o con enfermedad vascular)</p> <p>13.- Enfermedad hepatoiliar</p>	<p>1.- Lactancia materna (hasta 6 semanas posparto)</p> <p>2.- Múltiple riesgo cardiovascular (edad mayor, tabaquismo, diabetes, hipertensión)</p> <p>3.- Hipertensión arterial ($\geq 160/100$ mmHg)</p> <p>4.- Trombosis venosa (profunda o cirugía mayor < 6 meses)</p> <p>5.- Cardiopatía isquémica</p> <p>6.- Antecedente de accidente cerebro vascular</p> <p>7.- Lupus</p> <p>8.- Migraña (con aura a cualquier edad)</p> <p>9.- Cáncer de mama</p> <p>10.- Diabetes (> 20 años de evolución o con enfermedad vascular)</p> <p>11.- Enfermedad hepatoiliar (enfermedad biliar actual o en tratamiento con medicamentos, cirrosis, tumores de hígado)</p> <p>12.- Terapia</p>	<p>1.- Trombosis venosa (profunda o cirugía mayor < 6 meses)</p> <p>2.- Cardiopatía isquémica</p> <p>3.- Antecedente de accidente cerebro vascular</p> <p>4.- Lupus</p> <p>5.- Migraña (con aura a cualquier edad)</p> <p>6.- Cáncer de mama</p> <p>7.- Enfermedad hepatoiliar (cirrosis, tumores de hígado).</p>	<p>1.- Posparto (de 48 hrs hasta 4 semanas en mujeres que estén o no lactando)</p> <p>2.- Posaborto séptico</p> <p>3.- Enfermedad trofoblástica</p> <p>4.- Cáncer (cervical, endometrio, ovario)</p> <p>5.- Anomalía anatómica</p> <p>6.- Enfermedad pélvica inflamatoria</p> <p>7.- Cervicitis purulenta</p> <p>8.- VIH en tratamiento antirretrovirales o SIDA estadio 3 y 4</p>	<p>1.- Posparto (de 48 hrs hasta 4 semanas en mujeres que estén o no amamantando)</p> <p>2.- Trombosis venosa (profunda o cirugía mayor < 6 meses)</p> <p>3.- Cardiopatía isquémica</p> <p>4.- Antecedente de accidente cerebro vascular</p> <p>5.- Lupus</p> <p>6.- Migraña (con aura a cualquier edad)</p> <p>7.- Enfermedad trofoblástica</p> <p>8.- Cáncer (cervical, mama, endometrio, ovario)</p> <p>9.- Anomalía anatómica</p> <p>10.- Enfermedad pélvica inflamatoria</p> <p>11.- Cervicitis purulenta</p> <p>12.- VIH en tratamiento</p>

(enfermedad biliar actual o en tratamiento con medicamentos, cirrosis, tumores de hígado, hepatitis viral) 14. -Terapia anticonvulsiva (fenitoína, carbamazepina, barbitúricos, primidona, topiramato, oxcarbamazepin a) 15.- Otra interacción farmacológica (rifampicina).	anticonvulsiva (fenitoína, carbamazepina, barbitúricos, primidona, topiramato, oxcarbamazepin a) 13.- Otra interacción farmacológica (rifampicina).			antirretrovirales o SIDA estadio 3 y 4
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	----------------------------------------

Tabla 1. Criterios de elegibilidad (categoría 3 y 4) para la elección de método anticonceptivo propuesto por la OMS.

III.4 Consideraciones éticas.

El proyecto se aprobó por el comité de investigación de la institución, posteriormente se solicitó acceso a la unidad de atención médica y se contó con el consentimiento informado de las pacientes para el llenado del cuestionario correspondiente, apegándose a los principios de la declaración de Helsinki y la ley general de salud.

III.5 Análisis estadístico

El plan de análisis estadístico incluyó: promedios, porcentajes, intervalos de confianza al 95% para promedios, e intervalos de confianza para porcentajes.

IV. RESULTADOS

El promedio de edad de la población estudiada es 30.70 años (IC 95%; 29.86-31.56). En cuanto a las características sociodemográficas que predominaron fueron: estado civil casado con 65.2% (IC 95%; 59.9-70.5), la ocupación empleada con 61.4% (IC 95%; 56-66.8) y la educación preparatoria con 62.4% (IC 95%; 57.1-67.7), la población atendida derechohabiente con 69.9% (IC 95%; 59.3-80.1), la religión católica con 65.5% (IC 95%; 60.3-70.1). (Cuadro IV.1).

De los pacientes estudiados el IMC que predominó fue >30 que corresponde a la obesidad grado 1 en un 40.0% (IC 95%; 28.5-51.5), seguida de sobrepeso con 30.0% (IC 95%; 19.3-40.7), (Cuadro IV.2).

La prevalencia de riesgo reproductivo alto es 50.9% (IC95%; 45.4-56.4), el 69.6% (IC95%; 64.5-74.7) tienen antecedente de detección oportuna de cáncer cervicouterino y 78.4% (IC95%; 73.9-82.9) antecedente de detección oportuna de cáncer de mama. (Cuadro IV.3).

La prevalencia de los métodos anticonceptivos más otorgados fueron los hormonales combinados con un 45.5% (IC95%; 30.5-52.6), siendo los hormanales inyectables los más otorgados pertenecientes a este grupo correspondiente al 22.8% (IC95% 18.0-24.6%). (Cuadro IV.4).

En cuanto a la prevalencia de las comorbilidades presentes en los pacientes: el 8.5% (IC95%; 5.4-16.4) padece diabetes, solo el 6.0% (IC95%; 4.5-14-7) padece hipertensión arterial, el 8.8% (IC95% 5.2-12-3) de las paciente usa anticonceptivos como parte de terapia de ovario poliquístico; el 3.7% (IC 95% 0.9-10.8) padece alguna enfermedad reumatológica de los cuales artritis reumatoide es la de mayor prevalencia con un 2.2% (IC95% 1.1-4.6%). (Cuadro IV.5).

La prevalencia de la prescripción correcta de los métodos hormonales combinados es del 62.9% (IC 95%; 53.7-72.1), tabaquismo es el criterio con menos prescripción correcta en un 86.7% (IC 95 %; 80.2-93.2). En el cuadro 1, se

presenta la prevalencia de la prescripción correcta de dicho método tomando en cuenta criterios de elegibilidad. (Cuadro IV.6).

La prevalencia de la prescripción correcta de los métodos hormonales solo progestina es del 67.4% (IC 95%; 57.5-77.3), la lactancia materna (hasta 6 semanas posparto) es el criterio con menos prescripción correcta en 26.7% (IC 95 %; 17.3-36.1). En el cuadro 2, se presenta la prevalencia de la prescripción correcta de dicho método tomando en cuenta criterios de elegibilidad. (Cuadro IV.7).

La prevalencia de la prescripción correcta del implante es del 82.8% (IC 95%; 69.1-96.5), migraña es el criterio con menos prescripción correcta en 86.2% (IC 95 %; 73.6-98.8). En el cuadro 3, se presenta la prevalencia de la prescripción correcta del Implante tomando en cuenta criterios de elegibilidad. (Cuadro IV.8).

La prevalencia de la prescripción correcta del DIU medicado es del 91.8% (IC 95%; 84.9-98.7), el periodo posparto (≥ 48 hrs a < 4 semanas) es el criterio con menos prescripción correcta en 93.4% (IC 95 %; 87.2-99.6). En el cuadro 4, se presenta la prevalencia de la prescripción correcta de dicho método tomando en cuenta criterios de elegibilidad. (Cuadro IV.9).

La prevalencia de la prescripción correcta del DIU de cobre es del 97.1% (IC 95%; 91.5-100), el periodo posparto (≥ 48 hrs a < 4 semanas) es el criterio con menos prescripción correcta en 97.1% (IC 95%; 91.5-100). En el cuadro 5, se presenta la prevalencia de la prescripción correcta de dicho método tomando en cuenta criterios de elegibilidad. (Cuadro IV.10).

En general la prescripción correcta del método anticonceptivo es de 75.3% (IC 95%; 70.5-80.1). Resultando con mayor prescripción correcta el DIU de cobre, y con menor prescripción correcta los métodos hormonales combinados.

Cuadro IV.1 Características sociodemográficas de los pacientes estudiados.

n= 316.

Característica sociodemográfica	Frecuencia	Porcentaje	Intervalo de confianza 95%	
			Mínimo	Máximo
Seguridad social				
IMSS	221	69.9	69.3	80.7
Otro	95	30.1	19.3	40.7
Estado civil				
Casado	206	65.2	59.9	70.5
Divorciado	3	0.9	0.5	1.2
Unión libre	71	22.5	15.1	30.8
Soltero	36	11.4	7.2	14.2
Ocupación				
Ama de casa	95	51.4	39.7	63.1
Empleado	162	30.0	19.3	40.7
Profesionista	59	18.6	9.5	27.7
Edad				
<20 años	59	18.6	9.5	27.7
21-40 años	217	68.6	57.7	79.5
>41 años	40	12.8	5.0	20.6

Religión					
	Ninguno	57	18.1	12.0	22.6
	Católica	207	65.5	60.3	70.1
	Cristiana	22	7.0	4.5	12.6
	Otro	20	6.4	3.7	13.2
Escolaridad					
	Analfabeta	3	0.9	0.5	1.2
	Primara	10	3.1	2.3	4.3
	Secundaria	70	22.1	18.0	24.6
	Preparatoria	197	62.4	56	66.8
	Carrera técnica	8	2.5	1.5	4.1
	Licenciatura	28	9.0	7.8	10.2

Fuente: Hoja de recolección de datos del protocolo “Prevalencia de la prescripción correctos de los métodos anticonceptivos otorgados en un módulo de planificación familiar”.

Cuadro IV.2 Características antropométricas de los pacientes estudiados.

n= 316.

Índice de masa corporal		Frecuencia	Porcentaje	Intervalo de confianza 95%	
				Mínimo	Máximo
<18	Desnutrición	4	1.2	1.1	4.2
18 - 24.9	Peso normal	111	35.1	30.6	39.4
25 – 29.9	Sobrepeso	151	47.8	42.3	52.3
30 – 34.9	Obesidad grado 1	44	13.9	12.5	15.5
35 – 39.9	Obesidad grado 2	4	1.2	1.1	4.2
>40	Obesidad grado 3	2	0.8	0.5	1.0

Fuente: Hoja de recolección de datos del protocolo “Prevalencia de la prescripción correctos de los métodos anticonceptivos otorgados en un módulo de planificación familiar”.

Cuadro IV.3 Detecciones Ginecológicas de los pacientes estudiados.

n= 316.

Característica sociodemográfica	Frecuencia	Porcentaje	Intervalo de confianza 95%	
			Mínimo	Máximo
Riesgo Reproductivo				
Alto	161	50.9	45.4	56.4
Bajo	155	49.1	48.3	54.7
Detección oportuna de cáncer cervicouterino				
Si	220	69.6	64.5	74.7
No	96	30.4	25.0	41.2
Detección oportuna de cáncer de mama				
Si	248	78.4	73.9	82.9
No	68	21.6	19.3	30.7

Fuente: Hoja de recolección de datos del protocolo “Prevalencia de la prescripción correctos de los métodos anticonceptivos otorgados en un módulo de planificación familiar”.

Cuadro IV.4 Prevalencia de Comorbilidades de los pacientes estudiados.

n= 316.

Característica sociodemográfica	Frecuencia	Porcentaje	Intervalo de confianza 95%	
			Mínimo	Máximo
Diabetes				
Si	27	8.5	5.4	16.4
No	289	91.5	78.3	94.7
Hipertensión arterial				
Si	19	6.0	4.5	14.7
No	96	94.9	75.0	98.2
Riesgo cardiovascular alto				
Si	16	5.0	3.9	8.9
No	300	95.0	79.3	99.7
Trombosis venosa				
Si	7	2.2	1.1	12.0
No	309	97.8	80.8	100
Ingesta de medicamentos				
Antidepresivos	34	10.7	8.0	20.2
Antibióticos	18	5.6	2.5	10.5
Antiepilépticos	4	1.2	0.6	9.4
Antifímicos	0	0	0	0
Ninguno	260	82.2	72.7	90.4
Trastorno endocrinológico				
Enfermedad tiroidea	7	2.2	1.1	12.0
Síndrome de	28	8.8	5.2	12.3

	ovario poliquistico				
	Ninguno	290	91.7	83.4	94.5
Enfermedad reumatológica					
	Artritis reumatoide	7	2.2	1.1	4.6
	Lupus	5	1.5	0.7	9.6
	Ninguno	311	98.4	88.2	100

Fuente: Hoja de recolección de datos del protocolo “Prevalencia de la prescripción correctos de los métodos anticonceptivos otorgados en un módulo de planificación familiar”.

Cuadro IV.5 Prevalencia de métodos anticonceptivos otorgados en el módulo de planificación familiar

n= 316.

Tipo de Anticonceptivo	Método	Frecuencia	Porcentaje	Intervalo de confianza 95%	
				Mínimo	Máximo
DIU de cobre		82	25.9	69.3	80.7
DIU medicado		35	11.1	7.2	14.2
Implante		30	9.4	9.5	27.7
Hormonal solo progestina					
	Inyección trimestral	25	7.9	5.0	20.6
Hormonales combinados					
	Total	144	45.5	30.5	52.6
	Hormonal oral	48	15.5	10.3	30.1
	Hormonal inyectable	72	22.8	14.5	32.6
	Parche	24	7.5	3.7	13.2

Fuente: Hoja de recolección de datos del protocolo “Prevalencia de la prescripción correctos de los métodos anticonceptivos otorgados en un módulo de planificación familiar”.

Cuadro IV.6. Prevalencia de prescripción correcta tomando criterios de elegibilidad para anticonceptivos hormonales combinados

n= 316

Tipo de Método	Porcentaje	IC 95%	
		Inferior	Superior
Accidente	100	100	100
Cerebrovascular			
Múltiple Riesgo	100	100	100
Cardiovascular			
Cardiopatía	100	100	100
Isquémica			
Enfermedad	100	100	100
Hepatobiliar			
Cáncer de mama	100	100	100
Diabetes Mellitus	100	100	100
Otra Interacción	100	100	100
Farmacológica			
Lupus	99.0	97.1	100
Migraña	98.1	95.5	100
Terapia	97.1	93.9	100
Anticonvulsiva			
Lactancia	92.4	87.3	97.5
Trombosis Venosa	89.5	83.6	95.4
Posparto	89.5	83.6	95.4
Hipertensión	87.6	81.3	93.9
Arterial			
Tabaquismo	86.7	80.2	93.2
General	62.9	53.7	72.1

Fuente: Hoja de recolección de datos del protocolo “Prevalencia de la prescripción correctos de los métodos anticonceptivos otorgados en un módulo de planificación familiar”.

Cuadro IV.7. Prevalencia de prescripción correcta tomando criterios de elegibilidad para anticonceptivos hormonales solo progestina

Tipo de Método	Porcentaje	IC 95%	
		Inferior	Superior
Accidente	100	100	100
Cerebrovascular			
Diabetes Mellitus	100	100	100
Cardiopatía	100	100	100
Isquémica			
Enfermedad	100	100	100
Hepatobiliar			
Cáncer de mama	100	100	100
Hipertensión	100	100	100
Arterial			
Terapia	100	100	100
Anticonvulsiva			
Otra Interacción	100	100	100
Farmacológica			
Trombosis Venosa	98.8	96.5	100
Lupus	97.7	94.5	100
Migraña	83.7	75.9	91.5
Riesgo	79.1	70.5	87.7
Cardiovascular			
Lactancia	26.7	17.3	36.1
General	67.4	57.5	77.3

Fuente: Hoja de recolección de datos del protocolo “Prevalencia de la prescripción correctas de los métodos anticonceptivos otorgados en un módulo de planificación familiar”.

Cuadro IV.8. Prevalencia de prescripción correcta tomando criterios de elegibilidad para implante

Tipo de Método	Porcentaje	IC 95%	
		Inferior	Superior
Accidente	100	100	100
Cerebrovascular			
Cardiopatía	100	100	100
Isquémica			
Enfermedad	100	100	100
Hepatobiliar			
Cáncer de mama	100	100	100
Trombosis Venosa	100	100	100
Lupus	96.6	90	100
Migraña	86.2	73.6	98.8
General	82.8	69.1	96.5

Fuente: Hoja de recolección de datos del protocolo “Prevalencia de la prescripción correctos de los métodos anticonceptivos otorgados en un módulo de planificación familiar”.

Cuadro IV.9. Prevalencia de prescripción correcta tomando criterios de elegibilidad para DIU medicado

n=316

Tipo de Método	Porcentaje	IC 95%	
		Inferior	Superior
Anomalía anatómica	100	100	100
Cáncer	100	100	100
Accidente cerebrovascular	100	100	100
Enfermedad pélvica inflamatoria	100	100	100
Cardiopatía isquémica	100	100	100
Lupus	100	100	100
Enfermedad trofoblástica	100	100	100
Cervicitis purulenta	100	100	100
Trombosis venosa	100	100	100
VIH	100	100	100
Migraña	96.7	92.2	100
Pos parto	93.4	87.2	99.6
General	91.8	84.9	98.7

Fuente: Hoja de recolección de datos del protocolo “Prevalencia de la prescripción correctos de los métodos anticonceptivos otorgados en un módulo de planificación familiar”.

Cuadro IV.10. Prevalencia de prescripción correcta tomando criterios de elegibilidad para DIU cobre

n=316

Tipo de Método	Porcentaje	IC 95%	
		Inferior	Superior
Anomalía	100	100	100
Anatómica			
Cáncer	100	100	100
Pos aborto séptico	100	100	100
Enfermedad	100	100	100
pélvica			
inflamatoria			
Enfermedad	100	100	100
trofoblástica			
Cervicitis	100	100	100
purulenta			
VIH	100	100	100
Pos parto	97.1	91.5	100
General	97.1	91.5	100

Fuente: Hoja de recolección de datos del protocolo “Prevalencia de la prescripción correctos de los métodos anticonceptivos otorgados en un módulo de planificación familiar”.

V. DISCUSIÓN

La importancia de este trabajo resalta el correcto uso de los servicios de planificación familiar como parte del programa de salud reproductiva, que es uno de los pilares en la atención médica de un primer nivel de salud, tal como lo señalan los Criterios Médicos de Elegibilidad de la OMS , 2015; y como lo establece el Plan de Acción Específico, 2012)

La tesis retoma los criterios de selección de cada método anticonceptivo, individualizando las comorbilidades de cada paciente, la presencia de 1 solo criterio categoría 3 o 4 (contraindicación) se ha demostrado repercute en la salud de cada paciente; por lo tanto basta para determinar si está bien prescrito o no el método por el personal de salud.

La edad promedio de las pacientes que acudieron, 30.71 años (IC 95%; 29.86-31.56) confirma una población en edad productiva, tal como reporta el estudio de (Sánchez, 2014), sin embargo se debe hacer una mayor invitación en un los grupos etarios de mayor riesgo reproductivo (adolescentes).

La ocupación laboral y la escolaridad primaria: debe ser un preámbulo para que el personal de salud se dirija con un lenguaje claro y preciso al momento de la consejería; y así se lleve a cabo ejercer el derecho de salud reproductiva, como lo declara la CNDH. (OMS 2014)

En cuanto al perfil de detecciones tenemos que tanto la detección oportuna de cáncer de mama y cáncer cervicouterino es menor al 80%, que esta muy por debajo de las metas que marca la Norma Oficial Mexicana, siendo una de las principales causas de mortalidad en nuestro país.

La prescripción correcta en los métodos hormonales combinados es la más baja en comparación de los otros métodos; la explicación se puede encontrar en el mayor número de criterios que deben ser investigados, y que algunos de ellos como el tabaquismo o hipertensión arterial, tienen una alta prevalencia en nuestra población.

En segundo lugar, los métodos hormonales que contienen solo progestina, resalta la lactancia materna como contraindicación de mayor prevalencia, ya que aunque es menos estricto el criterio (tiempo posparto) un gran porcentaje de las usuarias que lo solicitan son puérperas, en este contexto el personal de salud debe contemplar en la consejería que se otorga y hacer énfasis en la promoción de otros métodos.

El implante anticonceptivo y el DIU medicado es de los métodos que mayor eficacia tiene, son menos los criterios que contraindican su uso; además que la vida media del fármaco es a largo plazo (3-5 años), no obstante como marca los Criterios médicos de elegibilidad de la OMS 2015, los cuadros de migraña se exacerban en las usuarias con este antecedente, dando como consecuencia que este método se retire antes de tiempo; y pueda causar un desgaste económico para la institución.

Los métodos con mayor prescripción correcta son el DIU de Cobre seguido del DIU Medicado; no obstante, el criterio que menos se considero es el periodo posparto (>48 hrs hasta 4 semanas), el personal de salud debe mostrar especial atención pues este periodo se asocia a tasas altas de expulsión del DIU, y también ocasionar una pérdida de recursos para la institución.

Todos estos resultados podemos compararlos con el estudio publicado por la (SEC en 2014), que aunque estable que el resultado global fue de un 83.6%, contra el 75.3% que se encontró en el módulo evaluado; habrá que revisar los criterios médicos que emplea el personal de salud.

En esta tesis se resalta la prevalencia de la prescripción, de acuerdo a los criterios médicos ya mencionados, no significan que sean los únicos; la elección por parte de la usuaria generalmente esta impuesta o limitada por factores no médicos: de conducta, sociales, económicos o culturales, siendo estos los que mayor peso tienen. Y por último otra limitante para la elección final: es el abasto de métodos anticonceptivos con el que se cuente en ese momento en el servicio de planificación familiar.

VI. CONCLUSIONES

Se puede afirmar, que la prescripción correcta de métodos anticonceptivos otorgados en un servicio de planificación familiar es baja (75.3%), tomando como referente los aspectos básicos que se deben indagar a la hora de orientación y consejería, según se establece en la Norma Oficial Mexicana 005 de los Servicios de Planificación Familiar; que aunque no marca una meta o porcentaje específico, si debe ser lo mínimo indispensable que debe indagar el personal de salud, al ser marcado en un documento oficial. Por lo tanto desde mi punto de vista la prescripción médica debió haber sido $\geq 90\%$.

En cuanto a la prevalencia por método anticonceptivo, se cumplió la hipótesis de $\geq 90\%$ en DIU de cobre (97.1%), DIU medicado (91.8%) e Implante (96.6%); caso contrario con los hormonales combinados (62.9%) y hormonales de solo progestina (67.4%) donde se estimaba un $\geq 80\%$.

VII. PROPUESTAS

El personal de salud que otorga este servicio, debe estar en constante capacitación para proporcionar consejería óptima y mejorar la calidad de la atención a la salud reproductiva.

Cabe resaltar que en todas las pacientes se interrogó intencionadamente antecedentes de enfermedad cerebrovascular, cardiopatía isquémica, enfermedad hepatobiliar, cáncer (de mama, ovario, endometrio o cervicouterino), diabetes mellitus (alteración vascular o >20 años evolución), vih estadios 3 y 4, terapia con rifampicina, anomalías anatómicas; no encontrándose pacientes que reunieran con alguna de estas comorbilidades; afirmación contraria con lo que se reporta de la prevalencia de estas patologías en la población en general (OMS, 2014), se incita al personal de salud de cualquier nivel haga promoción para el uso de los métodos anticonceptivos en este tipo de pacientes. Ya que la salud sexual reproductiva es un derecho para toda la población (CNDH 1992)

En este contexto se considera valorar los criterios médicos como parte de los indicadores que se tienen para el programa de salud sexual reproductiva sumado a los ya establecidos que se basan en productividad por cobertura de la población.

Sumándose los criterios médicos más las características sociodemográficas económicas y conocimiento previo de cada una de las pacientes, no solo se logra el uso eficaz y óptimo del método anticonceptivo; sino también se pueden reducir costos en el uso de ellos, ya que además se observó que algunas pacientes cambiaban de método anticonceptivo antes de tiempo debido a los efectos secundarios presentados a corto plazo.

VIII. LITERATURA CITADA

Allen-Leigh, B., Villalobos-Hernández, A., Hernández-Serrato, M., Suárez, L., De la Vara, E., De Castro, F. and Schiavon-Ermani, R. 2013. Inicio de vida sexual, uso de anticonceptivos y planificación familiar en mujeres adolescentes y adultas en México. *Salud Pública México*, (55), pp.235-240.

Arias, I., Cruz and Ramírez, M. 2014. Práctica y actitud de la planificación familiar en población rural y urbana. *Salud en Tabasco*, [online] (20). Available at: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=48735406002> [Accessed 8 May 2018].

Barrientos-Guerrero, J. and de los Reyes, E. 2014. Perfil de las usuarias de métodos de planificación familiar en una unidad de medicina familiar de Reynosa, Tamaulipas, México. *Aten Fam.*, (21), pp.39–41.

Consejo Nacional de Población. 2016. *Situación de la Salud Sexual y Reproductiva en la República Mexicana*. [online] Available at: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/237216/Cuadernillo_SSR_RM.pdf [Accessed 7 May 2018].

Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos. 2015. In: 5th ed. Suiza: Ediciones de la OMS.

Estadísticas sanitarias mundiales. 2010. [ebook] Ginebra, pp.27-31. Available at: https://www.who.int/whosis/whostat/ES_WHS10_Full.pdf [Accessed 10 Dec. 2018].

Estrada, F. and Hernández-Girón, C. 2008. Uso de servicios de planificación familiar de la Secretaría de Salud, poder de decisión de la mujer y apoyo de la pareja. *Salud Pública México*, (50), pp.4-18.

Estudio poblacional sobre el uso y la opinión de los métodos anticonceptivos en España. 2013. [ebook] Sociedad Española de Contracepción. Available at: http://hosting.sec.es/descargas/EN_Resumida_DMA_2014.pdf [Accessed 7 May 2018].

Fernández R. et al. 2009 *Métodos anticonceptivos: prevalencia de uso según método en el Hospital "Materno Infantil del Este", Petare*. Rev de Obstetricia y Ginecología de Venezuela. (69) pp. 28-34.

Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Anticonceptivos Temporales Hormonales: En Mujeres en edad reproductiva en el Primer y Segundo Niveles de Atención. 2014. *Guía de Práctica Clínica* [online] Available at: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/202_SSA_09_Anticoncepcion_temporal_hormonal/GRR_SSA_202_09.pdf [Accessed 4 May 2018].

Informe De Avances En El Cumplimiento De La Ley De Igualdad De Oportunidades. (n.d.). [ebook] Lima: Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, pp.96-126. Available at: https://www.mimp.gob.pe/files/direcciones/dgignd/informes/vii_informe_avances_igualdad.pdf [Accessed 7 May 2018].

Instituto Nacional de Estadística e Informática 2013. *Planificación familiar*. [ebook] Encuesta Demográfica y de Salud Familia. Available at: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1151/pdf/cap004.pdf [Accessed 7 May 2018].

Instituto Peruano de Paternidad Responsable (INNPARES). 1995. *Beneficios de la planificación familiar para la salud*. [online] Available at: <https://www.inppares.org/sites/default/files/Beneficios%20PF%20OMS.pdf> [Accessed 7 May 2018].

López, J. and Cdramo, J. 2013. Riesgo Reproductivo: Una estrategia para fortalecer los servicios de Planificación Familiar. *Revista Médica Mexicana*, (61), pp.91- 97.

Maroto de Agustín, A. 2013. Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos por la población femenina de una zona de salud. *Revista Española Salud Pública*, (72), pp.547-557.

Naciones Unidas, 2010. *Resolución 65/1: Cumplir la promesa: unidos para lograr los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Resolución aprobada en la 65ª Sesión de la Asamblea General, 19 de octubre de 2010.* [online] Nueva York. Available at: http://www.un.org/en/mdg/summit2010/pdf/outcome_documentN1051260.pdf. [Accessed 13 May 2011].

Organización Mundial de la Salud. 2015. *Planificación familiar, Nota de Prensa.* [online] Available at: <http://www.who.int/whr/2005/chapter3/es/index3>. [Accessed 8 May 2018].

Organización Mundial de la Salud, 2015. *Comunicación sobre planificación familiar en el marco de la salud reproductiva.* Ginebra: OMS.

Palma, Y. ,2014. *Políticas de Población y Planificación Familiar.* [ebook] México. Available at: <http://www.ejournal.unam.mx/dms/no16/DMS01611.pdf> [Accessed 7 May 2018].

Planificación familiar. 2013. [ebook] Encuesta Demográfica y de Salud Familia. Available at: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1151/pdf/cap004.pdf [Accessed 4 May 2018].

Portal de Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia- UNICEF – Planificación Familiar.

Quinteros, L. 2013. Estudio revela que el uso de anticonceptivos en jóvenes aumentó a 87,5% en 2012. *Emol.* [online] Available at: <https://www.emol.com/noticias/nacional/2013/04/08/592409/estudio-revela-que-el-uso-de-anticonceptivos-en-jovenes-aumento-a-875-en-2012.html> [Accessed 4 May 2018].

Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela. Vol 71. Nro. 3. Setiembre 2011.

Rosenfield, A. 1994. *Manual de Reproducción Humana, FIGO*. 2nd ed. New York, USA: The Parthenon Publishing Group Ltd, pp.116-298.

Rosales-Aujang, J.A and Felguérez-Flores 2005, Impacto sociodemográfico de 15 años de planificación familiar. *Ginecol Obstet Mex* (73) pp. 443-450.

Sánchez Meneses M.C. et al. 2015, *Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en adolescentes en un centro de salud*. México.

Secretaría de Salud (2014). *Manual de Normas y Procedimientos Operativos para el Programa de Planificación Familiar D.G.P.F.* pp. 203-241.

Secretaría de Salud (1994). *Norma Oficial Mexicana, NOM 005-SSA2-1993, De los Servicios de Planificación Familiar*. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/005ssa23.html> [acceso 04 Mayo 2018].

Secretaría de Salud (s.f.). *Programa De Acción Específico 2007-2012. Planificación Familiar y Anticoncepción..* [ebook] Available at: <http://www.salud.gob.mx/programaaccionepecifico> [Accessed 4 May 2018].

Sociedad Española de Contracepción. Estudio poblacional sobre el uso y la opinión de los métodos anticonceptivos en España). Marzo 2014.

Somogyi L. et al. Métodos anticonceptivos: antes y ahora. *Rev de Obstetricia y Ginecología de Venezuela*. 2011. V71. N2

Villagómez P. et al. (2011) *Perfil de Salud Reproductiva en México, Consejo Nacional de Población, México* (1) pp.8-64.

Westoff C. F. (2006). *New Estimates of Unmet Need and the Demand for Family Planning (Nuevas estimaciones sobre las necesidades insatisfechas y la demanda de planificación familiar)*. *Informes Comparativos de la Encuesta de Demografía y Salud (DHS)*. Calverton, MD: Macro International Inc.

World contraceptive use 2001. (2002). New York: Departamento de Asuntos Humanitarios de la Organización de las Naciones Unidas.

IX. 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
(ADULTOS)

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	PREVALENCIA DE LA PRESCRIPCIÓN CORRECTA DE LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS OTORGADOS EN UN MÓDULO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR						
Patrocinador externo (si aplica):							
Lugar y fecha:	Santiago de Querétaro, 2017						
Número de registro:							
Justificación y objetivo del estudio:	<p>La planificación familiar, y dentro de ella, el uso debido de los diversos métodos anticonceptivos, repercuten directa e indirectamente en la economía de un país, pues cobra importancia en la tasa de natalidad. El detectar comorbilidades-factores de riesgo en la población que utiliza métodos de planificación familiar, ayuda a una buena salud materna, reducir complicaciones en futuros embarazos, o disminuir predisposición a nuevas. El presente estudio permitirá identificar las Características Sociodemográficas, Antecedentes Personales Patológicos, Antecedentes Heredofamiliares, Antecedentes Gineco-obstétricos en una Unidad de Primer Nivel de Atención., con el fin de hacer una selección más oportuna del método de planificación familiar, e identificar la Población de Riesgo que hace uso y promover en los grupos donde no se tiene este alcance</p> <p>Objetivo: Determinar el perfil epidemiológico de los usuarios que acuden al Módulo de Planificación Familiar de la UMF16 IMSS Delegación Querétaro.</p>						
Procedimientos:	Contestar un cuestionario que se diseñó para conocer						
Posibles riesgos y molestias:	Ningún riesgo. Solo el tiempo que inviertan en contestar la encuesta						
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	se determina el método de planificación familiar más oportuno e individualizado al paciente, en base al cuestionario realizado, y de esta manera explotar al máximo el uso del Módulo de Planificación Familiar.						
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Se informará a las pacientes su resultado conocerán sus factores de riesgo que tienen prevenirlos, formular estrategias educativas, si existe el tratamiento en ese momento será otorgado.						
Participación o retiro:	En el momento en que así lo decidan. Sin que esto afecte su atención dentro de la institución						
Privacidad y confidencialidad:	Todos los resultados serán manejados de manera confidencial, respetando las normas éticas						
En caso de colección de material biológico (si aplica):	<table border="1"><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>No autoriza que se tome la muestra.</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.</td></tr></table>	<input type="checkbox"/>	No autoriza que se tome la muestra.	<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.	<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.
<input type="checkbox"/>	No autoriza que se tome la muestra.						
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.						
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.						
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):							
Beneficios al término del estudio:							
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a: Investigador Responsable:	MCE, Luz Dalid Terrazas Rodríguez Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud UMF No. 16 IMSS delegación Querétaro. Teléfono: (044) 4421859386 Correo electrónico: luzdalidterrazas@gmail.com Matrícula: 11048859						

De 8:00 a 14:00 hrs

Colaboradores:

Médico Cirujano Aldo Reyes Olivera
Residente de Medicina Familiar adscrita UMF No. 16 IMSS Delegación Querétaro.
Teléfono: (044) 7225558340
Correo electrónico: aldoc_ro17@hotmail.com
Matrícula: 99237115

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: comiteeticainv.imss@gmail.com

Nombre y firma del sujeto

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

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

Anexo 2. CUESTIONARIO PARA USUARIOS DEL MODULO PLANIFICACIÓN FAMILIAR

PREVALENCIA DE LA PRESCRIPCIÓN CORRECTA DE LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS OTORGADOS EN UN MÓDULO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

Folio: _____

	Fecha:	Consultorio/Turno:
	Nombre:	
	Núm. de Afiliación:	Edad:
	Dirección	Teléfono:

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS			
1. Edad: 1. < 20 años 2. 21-40 años 3. > 41 años	2. Sexo: 1. Femenino 2. Masculino	3. Derechohabiente: 1. Si 2. No	4. Talla: _____ 5. Peso: _____
6. Edo. Civil 1. Soltera 2. Casada 3. Unión libre 4. Divorciada	7. Religión 1. No 2. Católica 3. Cristiana 4. Testigo de Jehová 5. Otro	8. Escolaridad: 1. Primaria 2. Secundaria 3. Preparatoria 4. Carrera Técnica 5. Profesionista	9. Ocupación: 1. Ama de casa 2. Empleada 3. Profesionista 4. Otros _____

ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES

10. Antecedentes Osteoporosis 1. Si 2. No	11. Antecedentes Cáncer 1. Si 2. No	12. Antecedentes Hipertensión Arterial 1. Si 2. No	13. Antecedentes Diabetes Mellitus 1. Si 2. No
--------------------------------------------------------	--------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS

14. Enfermedad Vascular 1. No 2. Trombosis 3. EVC 4. Cardiopatía 5. Otro	15. Ingesta Medicamentos 1. No 2. Antidepresivos 3. Antiansiolíticos 4. Antiviral 5. Otros	16. Trastorno Endocrinos: 1. No 2. Diabetes Mellitus 3. Trastorno Tiroideo 4. Ovario Poliquístico 5. Otro	17. Índice de Masa Corporal IMC: 1. Bajo Peso 2. Peso Normal 3. Sobrepeso 4. Obesidad I 5. Obesidad II 6. Obesidad III
18. Enfermedad Reumática 1. No 2. Lupus 3. Artritis Reumatoide 4. Otro	19. Enfermedad Neurológica 1. No 2. Cefalea 3. Epilepsia 4. Otros _____	20. Otras Infecciones 1. No 2. Tuberculosis 3. Paludismo 4. Otro	21. Dislipidemia: 1. No 2. Hipertrigliceridemia 3. Hipercolesterolemia 4. Mixta
22. Hipertensión Arterial 1. Si 2. No	23. Alergias 1. Si _____ 2. No	24. Toxicomanías 1. No 2. Alcoholismo 3. Tabaquismo 4. Otro	

ANTECEDENTES GINECOLÓGICOS			
25. Menarca: 1. 7-11 años 2. 12-14 años 3. >15 años	26. Fecha de ultima regla: _____ _____	27. Edad Inicio de Vida Sexual 1. No 2. <20 años 3. 21-30 años 4. +30 años	28. Número de Parejas Sexuales 1. No 2. 1 3. 2 4. +3
29. Embar. Previos 1. No 2. 1 3. 2 4. +3	30. Partos Previos 1. No 2. 1 3. 2 4. +3	31. Cesáreas Previas 1. No 2. 1 3. 2 4. +3	32. Abortos Previos 1. No 2. 1 3. 2 4. +3
33. Fecha de Último Embarazo <2 años: 1. Si 2. No	34. Nacimiento Hijo con malformación o muerto: 1. Si 2. No	35. Amenaza de aborto en embarazos previo: 1. Si 2. No	36. Riesgo Reproductivo Alto: 1. Si 2. No
37. Lactancia Materna Actual: 1. Si 2. No	38. Padecimientos Ginecológicos: 1. No. 2. Embarazo Ectópico 3. Endometriosis 4. Enferm. Trofoblástica 5. Cirugía Pélvica Previa 4. Tumores Benignos (Fibroma Uterino, Mama) 5. Tumores Malignos (Mama, Ovario, Endom.	39. Infección Ginecológica: 1. No 2. IVU 3. Cervicitis 4. NIC 5. VPH 6. Otro _____	40. Detección Oportuna de Ca Cervicouterino: 1. Si 2. No
41. Motivo NO Detección Oportuna de Ca Cervicouterino: 1. Por Edad 2. Falta de Tiempo 3. Falta de Información 4. Masculino 5. Otro	42. Detección Oportuna de Ca Mama: 1. Si 2. No	43. Motivo NO Detección Oportuna de Ca Mama: 1. Por Edad 2. Falta de Tiempo 3. Falta de Información 4. Masculino 5. Otro	44. Vida Sexual Activa: 1. Si 2. No
45. Promoción Salud Reproductiva: 1. No 2. Primera Vez. 3. Subsecuente	46. Motivo No Acepta: 1. Vasectomía 2. OTB 3. Embarazo 4. Desea Embarazo 5. Otro	47. Método de Planificación Familiar Previo: 1. H. Oral 2. H. Inyectable Mensual 3. H. Inyectable Trimestr 4. H. Parche 5. H. Implante 6. DIU Medicado 7. Diu Cobre 8. Preservativo	48. Método de Planificación Familiar que ACEPTA: 1. H. Oral 2. H. Inyectable Mensual 3. H. Inyectable Trimestral 4. H. Parche 5. H. Implante 6. DIU Medicado 7. Diu Cobre 8. Preservativo

NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN REALIZA: _____

Anexo 3.

Tabla resumida de los criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos

Clave:													
1 No hay restricciones (se puede usar el método)													
2 Los beneficios por lo general son mayores que los riesgos teóricos o comprobados													
3 Los riesgos teóricos o comprobados por lo general son mayores que los beneficios													
4 Riesgo para la salud no aceptable (no se debe usar el método)													
Afección	Subafección	Combinación de píldora, parche y anillo		Píldora con progesterona solamente		Inyección		Implante		DIU-LNG		DIU de cobre	
		I	C	I	C	I	C	I	C	I	C	I	C
Accidente cerebrovascular [‡]	Antecedentes de accidente cerebrovascular	4		2	3	3		2	3	2		1	
Anemias	a) Talasemia	1		1		1		1		1		2	
	b) Anemia drepanocítica [‡]	2		1		1		1		1		2	
	c) Anemia ferropénica	1		1		1		1		1		2	
Anomalia anatómica	a) Distorsión de la cavidad uterina									4		4	
	b) Otras anomalías									2		2	
Antecedentes de hipertensión durante el embarazo		2		1		1		1		1		1	
Antecedentes de cirugía bariátrica [‡]	a) Procedimientos restrictivos	1		1		1		1		1		1	
	b) Procedimientos malabsortivos	AOC: 3 P/A: 1		3		1		1		1		1	
Antecedentes de cirugía pélvica		1		1		1		1		1		1	
Antecedentes de colestasis	a) Asociada al embarazo	2		1		1		1		1		1	
	b) En el pasado asociada a AOC	3		2		2		2		2		1	
Artritis reumatoide	a) En tratamiento inmunodepresor	2		1		2/3*		1		2	1	2	1
	b) No está en tratamiento inmunodepresor	2		1		2		1		1		1	
Cáncer de cuello uterino	En espera de tratamiento	2		1		2		2		4	2	4	2
Cáncer de ovario [‡]		1		1		1		1		1		1	
Cáncer endometrial [‡]		1		1		1		1		4	2	4	2
Cardiopatía isquémica [‡]	Actual y antecedentes	4		2	3	3		2	3	2	3	1	
Cefaleas	a) Sin migraña	1*	2*	1*	1*	1*	1*	1*	1*	1*	1*	1*	
	b) Migraña												
	i) sin aura, edad <35	2*	3*	1*	2*	2*	2*	2*	2*	2*	2*	1*	
	ii) sin aura, edad ≥35	3*	4*	1*	2*	2*	2*	2*	2*	2*	2*	1*	
	iii) con aura, a cualquier edad	4*	4*	2*	3*	2*	3*	2*	3*	2*	3*	1*	
Cirrosis	a) Leve (compensada)	1		1		1		1		1		1	
	b) Grave [‡] (descompensada)	4		3		3		3		3		1	
Diabetes (DM)	a) Antecedentes de diabetes gestacional solamente	1		1		1		1		1		1	
	b) Enfermedad no vascular												
	(i) no insulinodependiente	2		2		2		2		2		1	
	(ii) insulinodependiente [‡]	2		2		2		2		2		1	
	c) Nefropatía/ retinopatía/ neuropatía [‡]	3/4*		2		3		2		2		1	
	d) Otra enfermedad vascular o diabetes de >20 años de duración [‡]	3/4*		2		3		2		2		1	
Dismenorrea grave		1		1		1		1		1		2	
Ectropión del cuello uterino		1		1		1		1		1		1	

Afección	Subafección	Combinación de píldora, parche y anillo		Píldora con progesterona solamente		Inyección		Implante		DIU-LNG		DIU de cobre	
		I	C	I	C	I	C	I	C	I	C	I	C
Edad		Menarquia a <40=1	Menarquia a <18=1	Menarquia a <18=2	Menarquia a <18=1	Menarquia a <20=2	Menarquia a <20=2						
		≥40=2	18-45=1	18-45=1	18-45=1	≥20=1	≥20=1						
			>45=1	>45=2	>45=1								
Embarazo		N/A*	N/A*	N/A*	N/A*	4*	4*						
Embarazo ectópico anterior		1	2	1	1	1	1						
Endometriosis		1	1	1	1	1	1					2	
Enfermedad de la vesícula biliar	a) Sintomática												
	(i) tratamiento mediante colecistectomía	2	2	2	2	2	2					1	
	(ii) tratamiento médico	3	2	2	2	2	2					1	
	(iii) actual	3	2	2	2	2	2					1	
	b) Asintomática	2	2	2	2	2	2					1	
Enfermedad de las mamas	a) Tumor sin diagnóstico	2*	2*	2*	2*	2	1						
	b) Enfermedades benignas de mamas	1	1	1	1	1	1						
	c) Antecedentes familiares de cáncer	1	1	1	1	1	1						
	d) Cáncer de mama [‡]												
	i) actual	4	4	4	4	4	4					1	
	ii) en el pasado y no hay evidencia actual de la enfermedad por 5 años	3	3	3	3	3	3					1	
Enfermedad inflamatoria intestinal	(Enfermedad de Crohn, colitis ulcerosa)	2/3*	2	2	1	1	1						
Enfermedad inflamatoria pélvica	a) En el pasado, (se presume que no hay factores de riesgo actuales de ITS)												
	(i) con embarazo subsiguiente	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	(ii) sin embarazo subsiguiente	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2
	b) Actual	1	1	1	1	4	2*	4	2*	4	2*		
Enfermedad trofoblástica gestacional	a) Disminución o niveles β-hCG sin detectar	1	1	1	1	3	3						
	b) Niveles constantemente elevados de β-hCG o neoplasia maligna [‡]	1	1	1	1	4	4						
Epilepsia [‡]	Ver interacciones entre medicamentos	1*	1*	1*	1*	1	1						
Esquistosomiasis	a) Sin complicaciones	1	1	1	1	1	1						
	b) Fibrosis hepática [‡]	1	1	1	1	1	1						
Fibroma uterino		1	1	1	1	2	2						
Fumar	a) Edad < 35	2	1	1	1	1	1						
	b) Edad ≥ 35, < 15 cigarrillos/día	3	1	1	1	1	1						
	c) Edad ≥ 35, ≥15 cigarrillos/día	4	1	1	1	1	1						
Hepatitis viral	a) Aguda o exacerbaciones	3/4*	2	1	1	1	1						
	b) Portador/crónica	1	1	1	1	1	1						
Hiperlipidemias		2/3*	2*	2*	2*	2*	1*						
Hiperplasia endometrial		1	1	1	1	1	1						
Hipertensión	a) Hipertensión controlada adecuadamente	3*	1*	2*	1*	1	1						
	b) Niveles elevados de presión arterial (mediciones tomadas adecuadamente)												
	(i) sistólica 140-159 o diastólica 90-99	3	1	2	1	1	1						
	(ii) sistólica ≥160 o diastólica ≥100 [‡]	4	2	3	2	2	2						
	c) Vasculopatía	4	2	3	2	2	2						

Afección	Subafección	Combinación de píldora, parche y anillo		Píldora con progesterona solamente		Inyección		Implante		DIU-LNG		DIU de cobre	
		I	C	I	C	I	C	I	C	I	C	I	C
Infecciones de transmisión sexual	a) Cervicitis purulenta o infección por clamidia o gonorrea en la actualidad	1		1		1		1		4	2*	4	2*
	b) Otras ITS (sin incluir el VIH y la hepatitis)	1		1		1		1		2	2	2	2
	c) Vaginitis (incluso por <i>Trichomonas vaginalis</i> y vaginosis bacteriana)	1		1		1		1		2	2	2	2
	d) Mayor riesgo de ITS	1		1		1		1		2/3*	2	2/3*	2
Lactancia materna (ver también Posparto)	a) < 1 mes de posparto	3*		2*		2*		2*					
	b) 1 mes o más de posparto	2*		1*		1*		1*					
Lupus eritematoso sistémico [‡]	a) Anticuerpos antifosfolípidicos positivos (o desconocidos)	4		3		3	3	3		3		1	1
	b) Trombocitopenia grave	2		2		3	2	2		2*		3*	2*
	c) Tratamiento inmunodepresor	2		2		2	2	2		2		2	1
	d) Ninguna de las anteriores	2		2		2	2	2		2		1	1
Miocardiopatía periparto [‡]	a) Funcionamiento cardíaco normal o con alteración leve												
	(i) < 6 meses	4		1		1		1		2		2	
	(ii) ≥ 6 meses	3		1		1		1		2		2	
	b) Funcionamiento cardíaco alterado moderada o gravemente	4		2		2		2		2		2	
Múltiples factores de riesgo de enfermedad cardiovascular arterial	(Como edad avanzada, fumar, diabetes e hipertensión)	3/4*		2*		3*		2*		2		1	
Mutaciones trombotogénicas [‡]		4*		2*		2*		2*		2*		1*	
Neoplasia intraepitelial cervical		2		1		2		2		2		1	
Neoplasias hepáticas	a) Benigna												
	i) Hiperplasia nodular focal	2		2		2		2		2		1	
	ii) Adenoma hepatocelular [‡]	4		3		3		3		3		1	
b) Malignas [‡]	4		3		3		3		3		1		
Número de partos	a) Nulípara	1		1		1		1		2		2	
	b) Uno o más partos	1		1		1		1		1		1	
Obesidad	a) ≥30 kg/m ² índice de masa corporal (IMC)	2		1		1		1		1		1	
	b) Menarquia a < 18 años y ≥ 30 kg/m ² IMC	2		1		2		1		1		1	
Paludismo		1		1		1		1		1		1	
Patrones de sangrado vaginal	a) Patrón irregular sin sangrado abundante	1		2		2		2		1	1	1	
	b) Sangrado abundante o prolongado	1*		2*		2*		2*		1*	2*	2*	
Posaborto	a) Primer trimestre	1*		1*		1*		1*		1*		1*	
	b) Segundo trimestre	1*		1*		1*		1*		2		2	
	c) Inmediatamente después de un aborto séptico	1*		1*		1*		1*		4		4	
Posparto (en mujeres que amamantan o mujeres que no amamantan, incluso poscesárea)	a) < 10 minutos después de salir la placenta									2		1	
	b) 10 minutos después de salir la placenta hasta < 4 semanas									2		2	
	c) ≥ 4 semanas									1		1	
	d) Infección puerperal									4		4	
Sangrado vaginal sin causa aparente	(Se sospecha afección grave) antes de evaluación	2*		2*		3*		3*		4*	2*	4*	2*
Trasplante de órganos macizos [‡]	a) Con complicaciones	4		2		2		2		3	2	3	2
	b) Sin complicaciones	2*		2		2		2		2		2	

Afección	Subafección	Combinación de píldora, parche y anillo		Píldora con progesterona solamente		Inyección		Implante		DIU-LNG		DIU de cobre	
		I	C	I	C	I	C	I	C	I	C	I	C
Trastornos de la tiroides	a) Bocio simple/hipertiroidismo/hipotiroidismo	1		1		1		1		1		1	
Trastornos depresivos		1*		1*		1*		1*		1*		1*	
Trombosis venosa profunda (TVP) / Embolia Pulmonar (EP)	a) Antecedentes de TVP/EP, sin tratamiento anticoagulante actual												
	i) Riesgo mayor de TVP/EP recurrente	4		2		2		2		2		1	
	i) Riesgo menor de TVP/EP recurrente	3		2		2		2		2		1	
	b) TVP/EP aguda	4		2		2		2		2		2	
	c) TVP/EP y tratamiento anticoagulante establecido por al menos 3 meses												
	i) Riesgo mayor de TVP/EP recurrente	4*		2		2		2		2		2	
	i) Riesgo menor de TVP/EP recurrente	3*		2		2		2		2		2	
	d) Antecedentes familiares (parientes directos)	2		1		1		1		1		1	
	e) Cirugía mayor												
	(i) con inmovilización prolongada	4		2		2		2		2		1	
	(ii) sin inmovilización prolongada	2		1		1		1		1		1	
f) Cirugía menor sin inmovilización	1		1		1		1		1		1		
Trombosis venosa superficial	a) Várices	1		1		1		1		1		1	
	b) Tromboflebitis superficial	2		1		1		1		1		1	
Tuberculosis [‡] (ver las Interacciones entre medicamentos)	a) No pélvica	1*		1*		1*		1*		1		1	
	b) Pélvica	1*		1*		1*		1*		4	3	4	3
Tumores ováricos benignos	(incluso quistes)	1		1		1		1		1		1	
Valvulopatías cardíacas	a) Sin complicaciones	2		1		1		1		1		1	
	b) Con complicaciones [‡]	4		1		1		1		1		1	
VIH	Alto riesgo	1		1		1*		1		2	2	2	2
	Infectado con el VIH [‡] (ver Interacciones con medicamentos)	1*		1*		1*		1*		2	2	2	2
	SIDA [‡] (ver Interacciones con medicamentos)	1*		1*		1*		1*		3	2*	3	2*
	Clinicamente bien con tratamiento	Si está en tratamiento ver Interacciones entre medicamentos								2	2	2	2
Interacciones entre medicamentos													
Terapia anticonvulsiva	a) Algunos anticonvulsivos (fenitoína, carbamazepina, barbitúricos, primidona, topiramato, oxcarbazepina)	3*		3*		1		2*		1		1	
	b) Lamotrigina	3*		1		1		1		1		1	
Terapia antirretroviral	a) Inhibidores nucleosídicos de la retrotranscriptasa	1*		1		1		1		2/3*	2*	2/3*	2*
	b) Inhibidores no nucleosídicos de la retrotranscriptasa	2*		2*		1		2*		2/3*	2*	2/3*	2*
	c) Inhibidores de la proteasa reforzados con ritonavir	3*		3*		1		2*		2/3*	2*	2/3*	2*
Tratamiento antibiótico	a) Antibióticos de amplio espectro	1		1		1		1		1		1	
	b) Antifúngicos	1		1		1		1		1		1	
	c) Antiparasitario	1		1		1		1		1		1	
	d) Tratamiento con rifampicina o rifabutina	3*		3*		1		2*		1		1	