



Universidad Autónoma de Querétaro
Facultad de Medicina
Especialidad de Medicina Familiar

**“PREVALENCIA DE LAS CAUSAS DE NO PROTECCIÓN
ANTICONCEPTIVA POSTERIOR AL EVENTO OBSTÉTRICO”**

TESIS

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

Presenta:

Médico General Albertina Agabo Torres

Dirigido por:

Med. Esp. Ma. Del Rosario Ruelas Candelas

SINODALES

Med. Esp. Ma. Del Rosario Ruelas Candelas
Presidente

M. en C. Genaro Vega Malagón
Secretario

Med. Esp. Martha Leticia Martínez Martínez
Vocal

Med. Esp. Jorge Velázquez Tlapanco
Suplente

Mcss. Enrique Villarreal Ríos
Suplente

Med. Esp. Benjamín R. Moreno Pérez
Director de la Facultad

Dr. Luis Gerardo Hernández Sandoval
Director de Investigación y Postgrado

Centro Universitario
Querétaro, Qro.
Enero, 2007
México

No. Adq. H71509

No. Título

[Ins.] TS

613.94

A259p

RESUMEN

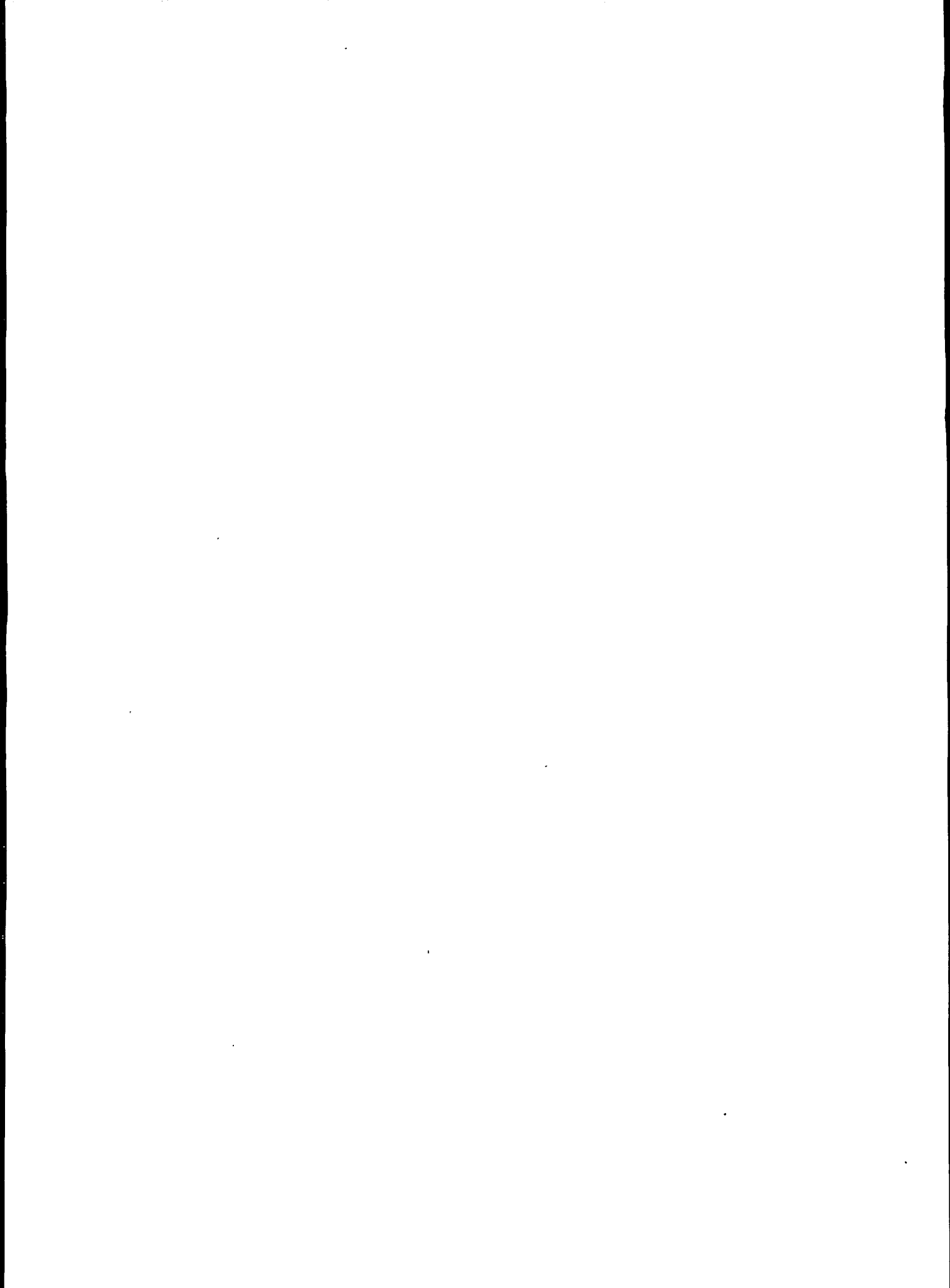
Introducción: Se ha determinado que una tercera parte de mujeres post-parto, post-cesárea y post-aborto egresan sin protección anticonceptiva mayoritariamente aquellas de alto riesgo reproductivo, esto ocurre por diferentes motivos subsanables como son algunas contraindicaciones médicas, causas atribuibles a la unidad médica y a la paciente. **Objetivo:** Determinar la prevalencia de las causas de no protección anticonceptiva post-evento obstétrico. **Material y Métodos:** Se realizó un estudio transversal descriptivo en púerperas post-evento obstétrico sin protección anticonceptiva del HGR 1 en el periodo de enero-marzo del 2006. El tamaño de la muestra fue de 176, se obtuvo por la fórmula para poblaciones infinitas, el muestreo fue no probabilístico por conveniencia. Se incluyeron a púerperas sin protección anticonceptiva que aceptaron participar en el estudio previo consentimiento informado. Se analizaron las variables sociodemográficas, antecedentes gineco-obstétricos, personaje que otorga consejería de planificación familiar, causas de no protección anticonceptiva por contraindicación médica, y las atribuibles a la paciente y a la unidad médica. Se aplicó una encuesta validada de la Vigilancia Operativa de la Anticoncepción en Hospitales. El análisis fue con estadística descriptiva e intervalos de confianza al 95%. **Resultados:** La prevalencia de no aceptación de métodos de planificación post-evento obstétrico fue de 22.6%. Las causas de no aceptación de métodos de planificación debidas a contraindicación médica la corioamnioitis estuvo presente en el 55.5% (IC al 95% de 46-63). De las atribuibles a la paciente predominaron los motivos personales en un 58.8% (IC al 95% de 50-65), seguida de mala experiencia con el DIU en el 10.8% (IC al 95% 5-14) y la no aceptación de la pareja en un 6.96% (IC al 95% 2-9). **Conclusiones:** El temor a sufrir efectos colaterales por el uso de anticonceptivos ya sea DIU u hormonales orales, la falta de apoyo por parte de la pareja, cursar con complicaciones post parto se presentaron con mayor frecuencia para la no aceptación de método de planificación posterior al evento obstétrico.

(Palabras clave: Planificación familiar, causas de no protección anticonceptiva)

SUMMARY

Introduction: One has determined that one third part of women post-childbirth, post-Caesarean and post-abortion withdraw without contraceptive protection mainly those of high reproductive irrigation, this happens by different subsanables reasons as they are some medical contraindications, causes attributable to the medical unit and the patient. **Objective:** To determine the prevalence of the causes of contraceptive nonprotection obstetrical post-event. **Material and Methods:** A descriptive cross-sectional study was made in puérperas obstetrical post-event without contraceptive protection of HGR 1 in the period of January-March of the 2006. The sample size was of 176, was obtained by the formula for infinite populations, the sampling was nonprobabilístico by convenience. They were included to puérperas without contraceptive protection that accepted to participate in the previous study informed consent. The sociodemográficas variables were analyzed, antecedent gineco-obstetricians, personage who grants council of familiar planning, causes of contraceptive nonprotection by medical contraindication, and the attributable ones to the patient and the medical unit. A validated survey of the Operative Monitoring of the Contraception in Hospitals was applied. The analysis was with descriptive statistic and intervals of confidence to 95%. **Results:** The prevalence of acceptance of planning methods obstetrical post-event was not of 22,6%. The causes of acceptance of methods of planning due to medical contraindication the corioamnioitis was not present in the 55,5% (IC to 95% of 46-63). Of the attributable ones to the patient the personal reasons in 58,8% predominated (IC to 95% of 50-65), followed of bad experience with the DIU in the 10,8% (IC to 95% 5-14) and the nonacceptance of the pair in 6,96% (IC to 95% 2-9). **Conclusions:** The fear to undergo collateral effects by the use of oral hormonal contraceptives either DIU or, the lack of support on the part of the pair, to attend with complications post childbirth most frequently appeared for the nonacceptance of planning method subsequent to the obstetrical event.

(Key words: Familiar planning, causes of contraceptive nonprotection)



DEDICATORIA

A Dios:

Por darme sabiduría y fortaleza para salir adelante en los momentos difíciles que durante mi carrera se me presentaron.

A mis Padres:

Por brindarme su cariño, comprensión, apoyo moral y económico para que lograra terminar mis estudios.

A mis Hermanas:

Por las palabras de aliento y su apoyo incondicional que me brindaron a lo largo de mis estudios.

AGRADECIMIENTOS

Un agradecimiento enorme a la Dra. Ma. Del Rosario Ruelas Candelas por su incondicional apoyo en la elaboración de este trabajo de investigación.

A todos los profesores de la Residencia de Medicina Familiar que día con día se dan a la tarea de preparar a las futuras generaciones de médicos Especialistas en Medicina Familiar.

Gracias a la Dra. Martha Leticia Martínez Martínez, Dr. Jorge Velázquez Tlapanco, Dr. Enrique Villarreal Ríos, Dr. Genaro Vega Malagón, por sus comentarios de la presente investigación así como a todos los integrantes del Comité de Investigación que intervinieron para que este proyecto se consumara.

Al Instituto Mexicano del Seguro Social por brindarme la oportunidad de superarme como médico y el prepararme como Especialista en Medicina Familiar.

A María del Rayo quien con su alegría y palabras de aliento hizo más llevaderos los momentos difíciles.

ÍNDICE

| | Página |
|--------------------------------------|--------------|
| Resumen | i |
| Summary | ii |
| Dedicatoria | iii |
| Agradecimientos | iv |
| Índice | v |
| Índice de cuadros | vi-vii |
| I. INTRODUCCIÓN | 1-2 |
| I. 1 Objetivo General | 3 |
| I. 2 Objetivos Específicos | 3 |
| I. 3 Hipótesis | 3 |
| II. REVISIÓN DE LA LITERATURA | 4-19 |
| III. METODOLOGÍA | 20-21 |
| III. 1 Diseño | 20 |
| III. 2 Análisis Estadístico | 21 |
| III. 3 Aspectos Éticos | 21 |
| III. 4 Material y Métodos | 21 |
| IV. RESULTADOS | 23-39 |
| V. DISCUSIÓN | 40-43 |
| VI. CONCLUSIONES | 44 |
| VII. PROPUESTAS | 45 |
| VIII. LITERATURA CITADA | 46-47 |
| IX. ANEXOS | 48-50 |

INDICE DE CUADROS

| Cuadro | | Página |
|--------|--|--------|
| IV.1. | Distribución por edad en puérperas post-evento obstétrico del HGR 1 que no aceptaron método de planificación familiar | 24 |
| IV.2. | Distribución por umf de las puérperas post-evento obstétrico del HGR 1 que no aceptaron método de planificación familiar | 25 |
| IV.3. | Estado civil en puérperas post-evento obstétrico del HGR 1 que no aceptaron método de planificación familiar | 26 |
| IV.4. | Escolaridad en puérperas post-evento obstétrico que no aceptaron método de planificación familiar | 27 |
| IV.5. | Ocupación de las puérperas post-evento obstétrico del HGR 1 que no aceptaron método de planificación familiar | 28 |
| IV.6. | Gestas de las puérperas post-evento obstétrico del HGR 1 que no aceptaron método de planificación familiar | 29 |
| IV.7. | Edad de inicio de vida sexual activa en puérperas post-evento obstétrico del HGR 1 que no aceptaron método de planificación familiar | 30 |
| IV.8. | Antecedente de utilización previa de algún método de planificación en puérperas post-evento obstétrico del HGR 1 que no aceptaron método de planificación familiar | 32 |
| IV.9. | Evento obstétrico en puérperas del HGR 1 que no aceptaron método de planificación familiar | 33 |

INDICE DE CUADROS

| Cuadro | | Página |
|---------------------|---|---------------|
| IV. 10. | Causas de no aceptación de método de planificación familiar por contraindicación médica en puérperas del HGR 1 | 34 |
| IV.11. | Causas de no aceptación de método de planificación familiar atribuible a la paciente en puérperas del HGR 1 | 35 |
| IV.12. | Causas de No aceptación de método de planificación familiar atribuible a la paciente en puérperas del HGR 1 | 36 |
| IV.13. | Prevalencia de las causas de no aceptación de métodos de planificación familiar en puérperas del HGR 1 | 37 |
| IV.14. | Personaje que otorga consejería de planificación familiar a puérperas del HGR 1 | 38 |
| Gráfica IV.1 | Causas de No protección postevento obstétrico, HGR 1. 2006 | 39 |

I. INTRODUCCIÓN

La planificación familiar es una estrategia mundial para controlar el crecimiento demográfico en todas las naciones, ante esta situación se han generado desde políticas internacionales, hasta normas y programas locales que tienden cada día a mejorar la práctica médica, en relación a la salud reproductiva de la población, Ahued (2003).

El IMSS realizó sus primeras actividades posparto-post-aborto en 1967, en un proyecto denominado Investigación de la Regulación de la Fertilidad, dirigido a las mujeres con abortos repetidos. En 1970 se extendió la protección anticonceptiva a las mujeres embarazadas con alto riesgo obstétrico, en el Hospital de Gineco-Obstetricia No. 2 del CMN, del mismo Instituto, así como a otros hospitales del Valle de México. En 1977, con la participación de toda la infraestructura médica del IMSS, se diseñó por primera vez un programa para protección anticonceptiva posparto-post-aborto (Academia Mexicana de Investigación en Demografía Médica, AC, 1986).

En 1982 se inicia en el IMSS la protección anticonceptiva post-evento obstétrico, con acciones educativas y entrega de servicios por el personal involucrado en la atención obstétrica. A efecto de reforzar este programa y evitar la omisión en la entrega de métodos anticonceptivos previo al egreso hospitalario, se crean la estrategia "Vigilancia Operativa de la Anticoncepción en Hospitales" (VOAH) en el IMSS, que recae en el nivel directivo y operativo del personal de los Hospitales, con apoyo delegacional, cuya función sustantiva es la vigilancia de las coberturas post-evento obstétrico y la identificación de las causas de no protección, Vigilancia Operativa de la Anticoncepción en Hospitales (2000).

La anticoncepción post-parto y post-aborto es una oportunidad que brinda el tener a la puérpera hospitalizada, situación ideal para detectar el riesgo

reproductivo y orientar a la mujer sobre el mismo, toda vez que representa la mejor posibilidad de facilitarle la toma de decisión sobre la adopción de un método anticonceptivo para espaciar o limitar la fecundidad. Se ha determinado que una tercera parte de mujeres post-parto, post-cesárea y post-aborto egresan sin protección anticonceptiva mayoritariamente aquellas de alto riesgo reproductivo, esto ocurre por diferentes motivos subsanables como son algunas contraindicaciones médicas, causas atribuibles a la unidad médica y los atribuibles a la paciente.

Medina (2004), refiere que entre los problemas inherentes a la incorporación de un programa de planificación familiar están el acceso a los servicios, el uso de los propios métodos, factores psicosociales propios de la población, la evaluación de los riesgos para la salud, atributos de cada método, creencias personales o familiares, problemas con la pareja -en caso de que ésta se oponga a la anticoncepción- y la eventual desaprobación social y religiosa.

Los programas de planificación familiar (PF) deben considerar como prioritaria la protección anticonceptiva a toda mujer que egrese de los servicios de obstetricia, de manera que le permita espaciar adecuadamente el siguiente embarazo, o logre oportunamente la terminación de su función reproductiva; principalmente cuando exista algún grado de peligro para la mujer o su producto, de experimentar enfermedad, lesión o muerte, en caso de presentar otro embarazo.

Para conseguir lo anterior es necesario que la cobertura de PF post-evento obstétrico se logre al 100%, lo que aún no se ha logrado en el HGR No.1, en el 2004 la cobertura es de 80% posparto y 82% post aborto.

Por lo que el propósito del presente estudio es el de determinar las causas de no protección anticonceptiva post-evento obstétrico.

II. REVISIÓN DE LA LITERATURA

El IMSS realizó sus primeras actividades posparto-post-aborto en 1967, en un proyecto denominado Investigación de la Regulación de la Fertilidad, dirigido a las mujeres con abortos repetidos. En 1970 se extendió a la protección anticonceptiva a las mujeres embarazadas con alto riesgo obstétrico, en el Hospital de Gineco-Obstetricia No. 2 del CMN, del mismo Instituto, así como a otros hospitales del Valle de México. En 1977, con la participación de toda la infraestructura médica del IMSS, se diseñó por primera vez un programa para protección anticonceptiva posparto-post-aborto (Academia Mexicana de Investigación en Demografía Médica, AC, 1986).

En 1982 se inicia en el IMSS la protección anticonceptiva post-evento obstétrico, con acciones educativas y entrega de servicios por el personal involucrado en la atención obstétrica. A efecto de reforzar este programa y evitar la omisión en la entrega de métodos anticonceptivos previo al egreso hospitalario, se crea la estrategia "Vigilancia Operativa de la Anticoncepción en Hospitales" (VOAH) en el IMSS, que recae en el nivel directivo y operativo del personal de los Hospitales, con apoyo delegacional, cuya función sustantiva es la vigilancia de las coberturas post-evento obstétrico y la identificación de las causas de no protección (Vigilancia Operativa de la Anticoncepción en Hospitales 2000)

Para 1983 se había alcanzado solamente el 30% de cobertura de los egresos obstétricos; por este motivo, la Jefatura de Servicios de Planificación Familiar del propio Instituto, convocó a un análisis detallado de este programa para formular las normas de la anticoncepción posparto-post-aborto.

A partir de ese año, se intensificaron las actividades de promoción y entrega de servicios en las diferentes áreas de hospitalización obstétrica del IMSS, destacándose las ventajas que para la salud materno-infantil tiene la

anticoncepción posparto y post-aborto. (Academia Mexicana De Investigación En Demografía Medica, AC. 1986).

Las tasas de fecundidad no son homogéneas al nivel interno de cada país, ya que dependen de las características socioeconómicas y culturales de cada grupo. Es conocido el hecho de que entre los más pobres las tasas de fecundidad son mayores no solamente por la falta de información sobre salud sexual y reproductiva sino también por el bajo acceso a medios anticonceptivos. Los países más pobres y con alta fecundidad son los que aparentemente necesitarían de programas integrados para la reducción de la mortalidad materna, dado que existe una correlación positiva entre niveles de mortalidad materna y tasas de fecundidad. Pero la alta magnitud de los residuos de esta correlación se asocia al hecho de que algunos países con baja fecundidad (como Brasil) siguen teniendo altas tasas de mortalidad materna en función de otras características socioeconómicas y de acceso a los servicios de salud. Núñez (2005)

La ilusión natural de casi todo el mundo es tener hijos, ¿cuántos?, es una cuestión que se verá influida por múltiples factores como educación, cultura, religión, estilo de vida, aspiraciones vitales y las oportunidades. El costo y riesgo de la crianza de los hijos es un factor que induce a las parejas a tener familias menos numerosas, sin embargo, algunos sí las desean. Es importante dar a las parejas el tipo de consejo e información que les permita tomar por sí mismas decisiones prudentes; quien aconseja debe vencer sus propios prejuicios para dar una información imparcial y evitar moralizar, ello es difícil cuando hay diferencias de cultura o religión. Cuando se trata de brindar servicios de planificación familiar es importante pensar en causas que pueden entorpecer nuestros propósitos como políticas culturales o religiosas, posiciones gubernamentales, leyes existentes, uso de métodos de poca eficacia, roles de mujer-hombre, bajo nivel educacional, insuficiente e inadecuada educación sexual y miedo al daño. La política de planificación familiar no significa restringir los nacimientos, sino una actuación

consciente con un alto sentido de responsabilidad que significa tener hijos deseados y que nazcan en condiciones apropiadas, significa tener servicios apropiados para brindar información, orientación y asistencia a parejas infértiles. Ahora bien, es importante tener en cuenta la participación de la pareja y tendremos que hacernos varias preguntas, ¿quién escoge el anticonceptivo?, ¿cómo se escoge?, ¿quién lo va a usar?, ¿cómo se va a usar?, ¿cuándo se va a usar?, ¿a quién puede afectar? o ¿cuáles son sus efectos? González (2001)

Los principales motivos por los que las mujeres utilizan métodos de planificación familiar son: para no embarazarse, para espaciar sus embarazos y por indicación médica; los motivos por los que no los utilizan: por miedo a los efectos secundarios de los anticonceptivos, por deseo de embarazo y por no tener una pareja estable. Williams (2001)

En un estudio realizado en Honduras se demostró que sólo un poco más de la tercera parte de mujeres post-parto había deseado embarazarse cuando esto ocurrió. Al 56% le dio gusto enterarse de su estado, pero 38% dijo que hubiera preferido el embarazo más tarde y 5% dijo no haberlo deseado. Cuando ocurrió el embarazo, 17% de las mujeres dijo estar usando un método anticonceptivo 53% usaban pastillas y 18% métodos de abstinencia periódica. En todos los casos, la pareja sabía que la mujer estaba usando un método y el 90% estaba de acuerdo con su uso. El 56% de las mujeres no deseaba tener otro embarazo y de las que si lo deseaban (92%) quería esperar cuando menos dos años. Así pues, los datos mostraron una gran necesidad de los servicios de anticoncepción posparto/pos-aborto.

En cuanto a las mujeres que acababan de tener un aborto, casi una cuarta parte de las entrevistadas dijo que deseaba embarazarse cuando ocurrió el aborto. Aproximadamente 60% reportó que hubiera preferido no embarazarse y a una tercera parte le pareció bien cuando supo que estaba embarazada. Un poco más

del 20% dijo estar usando un método anticonceptivo cuando ocurrió el embarazo. Por estos datos se puede inferir que al menos una tercera parte de los casos eran de abortos espontáneos.

Finalmente, en cuanto a la participación de la pareja, más del 70% de las mujeres entrevistadas contaron que su pareja sabía que estaban hospitalizadas y de estos casos, más del 70% la acompañó al hospital. La misma proporción de mujeres expresó que les gustaría que su pareja recibiera información sobre su tratamiento, y más del 80% pidió de planificación familiar que podían usar. Medina (2001).

Los hombres desempeñan un papel importante en el apoyo y desarrollo de las necesidades de salud de la pareja. Cuando estos participan en la toma de decisiones referentes a PF, es más probable que estas decisiones se lleven a la práctica, que las tasas de continuación del uso de métodos anticonceptivos sean mayores, y que se seleccionen métodos anticonceptivos masculinos. Evidencias empíricas y un estudio realizado en consulta de PF muestran que la participación de los hombres en esta es muy baja. Ello motivó a realizar un estudio para identificar las causas de dicho comportamiento y trazar estrategias para formar y desarrollar creencias y actitudes que contribuyan a incrementar la participación y responsabilidad de los hombres en los procesos relacionados con PF y la paternidad responsable. En nuestra comunidad los agentes de salud y otros sectores han hecho poco esfuerzo para considerar las necesidades de reproducción de los hombres e incorporarlos a la participación activa en la toma de decisiones con respecto a PF. La poca motivación de los hombres para acudir a consulta de PF a elegir junto con su pareja un MAC, solicitar consejería o un MAC para él, no solo está dada por el desconocimiento de los hombres, sino también por el de la mujer que debería motivar a su pareja a participar. Además es pobre la labor educativa del equipo de salud en materia sexual y reproductiva dirigida a la comunidad. Por otra parte, el hecho de tener que compartir la entrada a la

consulta en una sala de espera llena de mujeres incrementa la timidez y la evitación de dicha situación, por lo que en algunos países se han diseñado las consultas solo para los hombres, pero lo óptimo es que acuda la pareja. El desconocimiento que existe entre los hombres sobre planificación familiar representa una barrera importante para tomar decisiones eficaces en este aspecto, apoyar a su pareja y adoptar conductas de autoprotección. Prendes (2001a)

La comunicación deficiente de pareja se ha relacionado con mayor tasa de abandono de los MAC, con el embarazo no deseado y con la propagación de las ITS, y además es una razón importante para la no participación del hombre en PF. Cuando la pareja se comunica de manera abierta e íntima adoptan una actitud más flexible ante las problemáticas que plantea el tener y mantener una salud reproductiva y la adopción de una paternidad responsable, convirtiéndose esto en una premisa para una mayor efectividad y calidad del accionar de los servicios sanitarios en esta dirección. Los argumentos referidos por los hombres como causa de no asistir a la consulta de PF reflejan que la mayoría de ellos piensan que esta consulta está dirigida solamente a la mujer y que su participación en la selección del MAC no es necesaria, siendo este un problema solo de ella por lo que su motivación es baja y dificulta un cambio de conducta. Prendes (2001a)

El análisis individual de aquellos factores que pueden influir en la decisión de "usar o no" un método anticonceptivo post-evento obstétrico, demostró que a medida que aumenta la edad y el número de hijos, se incrementa la tendencia a iniciar el uso de un anticonceptivo; lo cual pudiera ser por la mayor probabilidad de que hayan alcanzado su ideal reproductivo. Sin embargo, encontramos que la variable edad no es tan importante para decidir el no uso de anticonceptivos, como el hecho de estar en esa etapa sin pareja (soltera o divorciada) igual que tener un bajo nivel de escolaridad y sólo un hijo.

El estado marital se considera uno de los factores que más influye sobre la decisión de regular la fecundidad. Según nuestra investigación, las mujeres con una unión de pareja estable optaron por un mayor uso de los anticonceptivos, este comportamiento es razonable si partimos de la base que la mujer que posee pareja tiene mayor riesgo de quedar embarazada. Sin embargo, las mujeres solteras están más motivadas a usar la anticoncepción con respecto a las casadas de la misma edad, ya que las primeras tienen un incentivo a fin de prevenir un embarazo prematrimonial o un nacimiento ilegítimo y las segundas consideran que tener hijos es la función principal de la esposa. Altrocchi (2001)

Las mujeres con vínculo laboral en su mayoría deciden usar métodos anticonceptivos en el período posterior al parto, según datos obtenidos en nuestra encuesta, posiblemente porque su condición de trabajadora les dificulte tener una prole numerosa, además, la incorporación al trabajo quizás determine un mejor acceso a la información y un roce social que influye en la decisión del uso o no de la anticoncepción durante esta etapa.

En relación con la frecuencia de uso de los métodos anticonceptivos en el posparto, nuestros resultados son incluso superiores al de centros donde existen programas de atención posparto en materia de planificación familiar. Otros estudios, al igual que el nuestro, señalan los métodos de barrera como los más utilizados en el posparto. Los DIU ocuparon la segunda opción anticonceptiva, sin embargo, en un estudio multicéntrico se encontró que en la mayoría pertenecen al grupo de las multíparas; lo cual significa que la paridad no necesariamente influye en el conocimiento y la conducta anticonceptivos.

La investigación evidenció un deficiente grado de información sobre anticoncepción en el posparto, esto indica la necesidad de integrar los servicios de planificación familiar en la atención de la embarazada y del posparto. Arias-Valencia (2001)

La relación entre educación y planificación familiar ha sido ampliamente reconocida. La educación incrementa la comunicación en la pareja sobre la planificación de los hijos que desean tener, de tal manera que modifica la decisión de uso de anticonceptivos, es decir, facilita una mayor participación de la mujer en la toma de decisiones sobre la elección de métodos anticonceptivos que ella desea usar. Incrementando la educación femenina, se adquiere más y mejor información de los anticonceptivos modernos y su uso, además, las mujeres más educadas pueden leer el material impreso publicado que contiene información sobre planificación familiar. Generalmente las mujeres más educadas tienden a tener mayor contacto con los programas de planificación familiar, que proporcionan información sobre los métodos disponibles, cómo funcionan y cómo pueden ser obtenidos. Otra de las ventajas de la educación en la mujer es que facilita la aceptación de métodos anticonceptivos, eliminando barreras creadas por la desinformación. Gómez (1999)

En el municipio Plaza de La Revolución de Ciudad de La Habana, se entrevistó a 872 mujeres residentes con el antecedente de tener un parto 1 a 12 meses antes. La muestra estudiada constituyó el 86,2 % del total de parturientas del municipio en el momento de realizar el estudio. Del total de la muestra, 662 mujeres (75,9 %) utilizaron algún método anticonceptivo en el posparto y 210 (24,1 %) no hicieron uso de ellos, se aprecia que a medida que aumentaba la edad se elevaba la frecuencia de uso de anticonceptivos, con un máximo de 81,7 % en las que ya tenían 35 años o más. En cuanto al estado conyugal, las casadas o unidas mostraron un mayor uso de métodos anticonceptivos (78,9 %), mientras que más de la mitad (56,8 %) de las solteras nunca utilizó un método de planificación familiar. Santana (2000)

Las mujeres que tenían mayor índice de instrucción utilizaban más los anticonceptivos; el mayor porcentaje de las que nunca los usaron se encontró en

las que sólo tenían nivel primario (57,1 %). Según la paridad, el 71,6 % de las primíparas eran usuarias de un método anticonceptivo; de las que tenían 2 hijos, el 82,5 % y con 3 o más, el 79,6 %. En cuanto a la situación laboral, usaron algún método para regular su fecundidad el 78,5 % de las que tenían algún vínculo laboral y el 71,0 % de las que no se encontraban trabajando. Elaboramos un modelo multifactorial con estas variables e identificamos 5 factores estadísticamente significativos como predictores para el "no uso" de algún método anticonceptivo durante el período posparto: el estado conyugal soltera o divorciada/separada/viuda, escolaridad primaria o secundaria y la paridad de sólo un hijo. Santana (2000)

Según la frecuencia de uso de métodos anticonceptivos durante el período pos-parto; los más utilizados fueron el condón, (30,8 %), los DIU (29,3 %) y la lactancia materna (16,0 %). El momento de inicio del uso de los anticonceptivos durante la lactancia fue en la mayoría de los casos durante los 2 primeros trimestres (282 y 115, respectivamente); solo hubo 34 mujeres que lo iniciaron en el tercer trimestre y hubo un alza ligero (96 casos) en el cuarto. Cuando lo analizamos según el método anticonceptivo elegido, resultó que la lactancia materna (37,6 %); la esterilización femenina (26,2 %), el condón (16,0 %) y los DIU (14,2 %) fueron los que mayormente se comenzaron a utilizar en el primer trimestre. En el segundo, tercer y cuarto trimestres, el comportamiento fue similar. Santana (2000)

El temor a presentar efectos secundarios y las molestias ocasionadas por los anticonceptivos son uno de los principales motivos por los que no se utilizan o se abandonan los métodos de planificación familiar, situación que en muchas ocasiones se vio favorecida por la falta de información que tenían las parejas. Se ha observado que las mujeres casadas que no practican la planificación familiar: no cuentan con suficiente información sobre los métodos anticonceptivos, temen a los efectos secundarios, cuando asisten a sus clínicas o centros de salud no

disponen de una adecuada oferta de métodos de planificación familiar o la calidad de la atención no es satisfactoria. Pérez, (2000)

Se realizó una encuesta sobre uso de DIU, ¿Cual es su principal temor?, 6 (17,65 %) mujeres expresaron no tener ningún temor previo mientras que 28 (82.35%) presentaban temores; de éstas 28 mujeres, 14 (50%) tuvieron un único temor y 14 (50%) mujeres más de un temor. Los principales temores fueron: 23 usuarias respondieron afirmativamente para el dolor al momento de la práctica, 8 temían que no sea seguro el método, 4 mujeres respondieron temor al sangrado posterior; 4 pacientes temor a desarrollar una enfermedad oncológica; 3 tenían pudor o vergüenza, 1 sufrir enfermedades infecciosas y 1 usuaria a la esterilidad. Budalich (2004)

Se encontró una asociación positiva entre no tener derecho de acceso a los servicios de salud de las instituciones del sistema de seguridad social –Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE)– y embarazo no deseado (RM ajustada= 3.03). Asimismo, las adolescentes de comunidades urbanas manifestaron no deseo del embarazo con mayor frecuencia que las mujeres de comunidades rurales (RM ajustada=2.16, IC 95% 1.08, 4.33). Un 91.3% de las madres adolescentes enunció la píldora anticonceptiva entre los métodos que conocía. Un 84.72% conocía el DIU y 63.68% el condón. Sin embargo, sólo 35% estaba utilizando algún método anticonceptivo efectivo después de las seis semanas posparto. No se encontró diferencia en la frecuencia de uso de anticonceptivos según deseo del último embarazo. Entre quienes se atendieron el parto en centros de salud hospital sólo 43.39% estaba utilizando algún método efectivo de planificación familiar. Núñez-Urquiza (2003)

Se realizó un estudio descriptivo con el objetivo de identificar las causas de la baja participación de los hombres en la consulta de planificación familiar (PF).

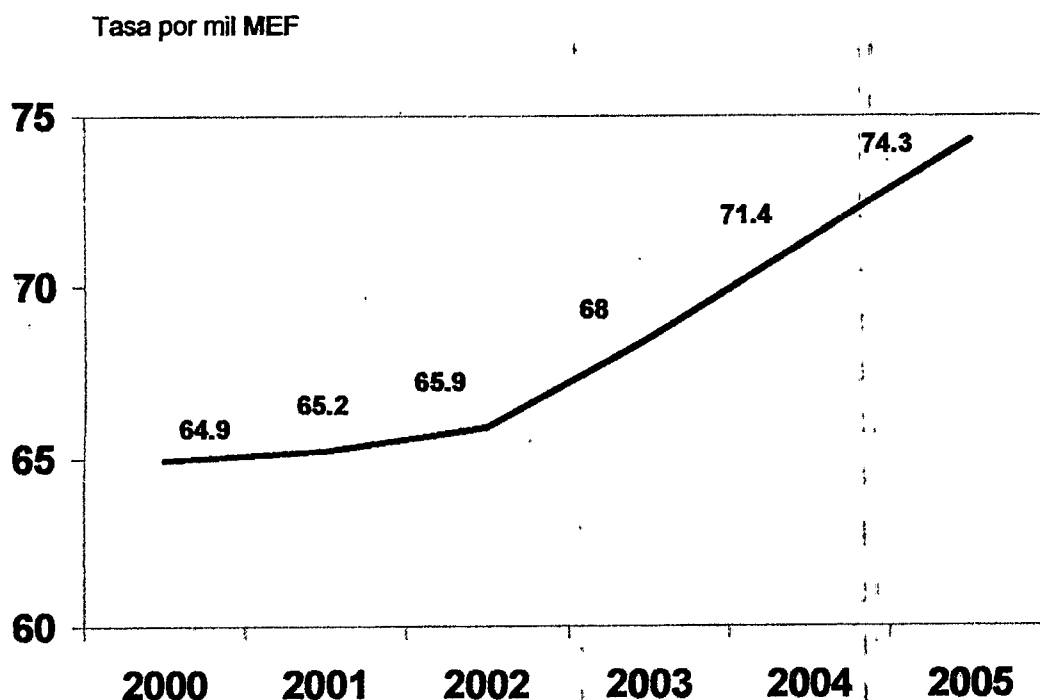
La muestra fue de 300 hombres, 100 parejas de mujeres asistentes a la consulta de PF y 200 seleccionados al azar. Se les aplicó un cuestionario conformado por 16 preguntas, y se encontró que solo 3,6 % participó en la consulta de planificación familiar, el 63,6 % fue con el objetivo de acompañar a sus parejas. El condón fue el método anticonceptivo más utilizado por la muestra (47,3 %), predominando su uso entre jóvenes de 20 a 24 años (59,5 %). El 48,6 % tiene conocimiento regular sobre PF y en 1 de cada 4 hombres el nivel de conocimientos es malo, y predominó la comunicación deficiente de parejas (64 %). Se concluye que los hombres acuden poco a la consulta de PF por tener pobre motivación para ello, desconocimiento sobre aspectos relacionados con la PF y comunicación deficiente con su pareja. Prendes (2001b)

Los hombres con educación primaria o sin escolaridad fueron más proclives a no conocer el uso de métodos anticonceptivos que aquéllos con educación profesional (RM: 2.18, IC 95%: 1.05, 4.50). Las mujeres cuya pareja era católica tenían una probabilidad mayor de conocer el uso de métodos anticonceptivos que aquéllas cuya pareja no practicaba religión alguna (RM: 0.60, IC 95%: 0.37, 0.97). La menor educación de la pareja, la mayor edad de la mujer, y la procedencia rural del hombre se asociaron con una actitud menos favorable hacia la práctica de la planificación familiar. Las parejas en las cuales el hombre no sabía del uso de métodos anticonceptivos fueron más proclives a no practicar la planificación familiar que las parejas en las que el hombre sí lo conocía (RM: 1.57, IC 95: 1.07, 2.30). Las parejas en las que el varón tuvo un nivel de aceptación medio hacia la planificación familiar tuvieron una probabilidad mayor de no practicarla que aquéllas en las que el hombre tuvo un nivel de aceptación alto (RM: 1.90, IC 95%: 1.03, 3.48). Esta probabilidad fue aún mayor cuando el hombre tuvo un nivel de aceptación bajo hacia la planificación familiar (RM: 2.23, IC 95%: 1.10, 4.51). De la Cruz-Peñarán (2003)

En el hospital general de zona de Nuevo León, en una investigación operativa se encontró que el 97.7% de las pacientes tenían información acerca de los Métodos Anticonceptivos, y un 74.4% de ellas los conoce, además un 96.5% de los aceptantes a un método post-evento obstétrico, sigue utilizando el DIU en un 66.3%. Aún cuando la aceptación de un método de Planificación Familiar es menor al 60%, en el evento obstétrico la aceptación fue de 95.5 %. González (2001)

La cobertura de planificación familiar posparto ha ido en incremento desde un 64.9% en el año 2000 hasta un 74.3% en el año 2005.

Cobertura posparto (incluye cesárea) IMSS NIVEL NACIONAL 2000 – 2005



Estadística de la coordinación de salud reproductiva a nivel nacional del 2000 a 2005.

La cobertura posparto en el HGR 1 IMSS Querétaro, aunque se observa un incremento paulatino no se ha llegado aún al 100%; más sin embargo en el año 2005 se presentó una cobertura del 79.9%.

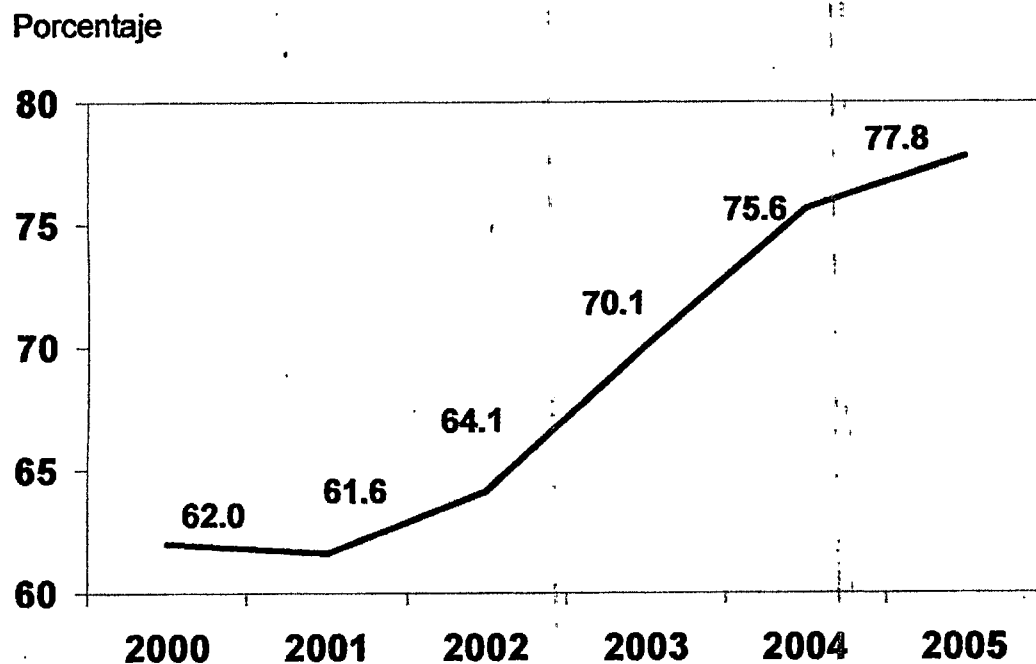
**Cobertura posparto (incluye cesárea) en el HGR 1 IMSS-QRO.
2000-2005**

| AÑO | EGRESOS | ACEPTANTES | PORCENTAJE |
|------------|----------------|-------------------|-------------------|
| 2000 | 11076 | 7652 | 69.09 |
| 2001 | 10698 | 6758 | 63.17 |
| 2002 | 10278 | 7020 | 68.3 |
| 2003 | 10356 | 7474 | 72.17 |
| 2004 | 9459 | 7576 | 80.09 |
| 2005 | 9144 | 7310 | 79.9 |

Estadística de la coordinación de salud reproductiva a nivel nacional del 2000 al 2005.

A nivel nacional a partir del año 2000 la cobertura postaborto fue en incremento de un 62.0% en el 2000 hasta un 77.8% en el 2005.

Cobertura postaborto IMSS NIVEL NACIONAL 2000 – 2005

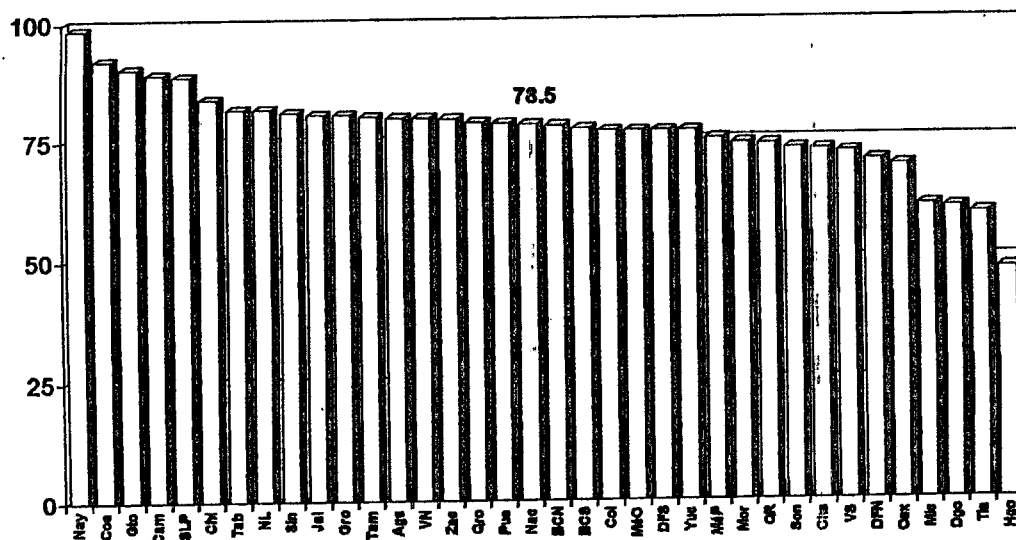


Estadística de la coordinación de salud reproductiva a nivel nacional del 2000 al 2005.

En el IMSS Querétaro la cobertura de planificación familiar postaborto en el 2000 fue de un 86.1% y en 2005 del 77.1.

La cobertura de protección anticonceptiva postaborto a nivel nacional del 2005 es de 78.5%, en el IMSS Querétaro fue del 79%.

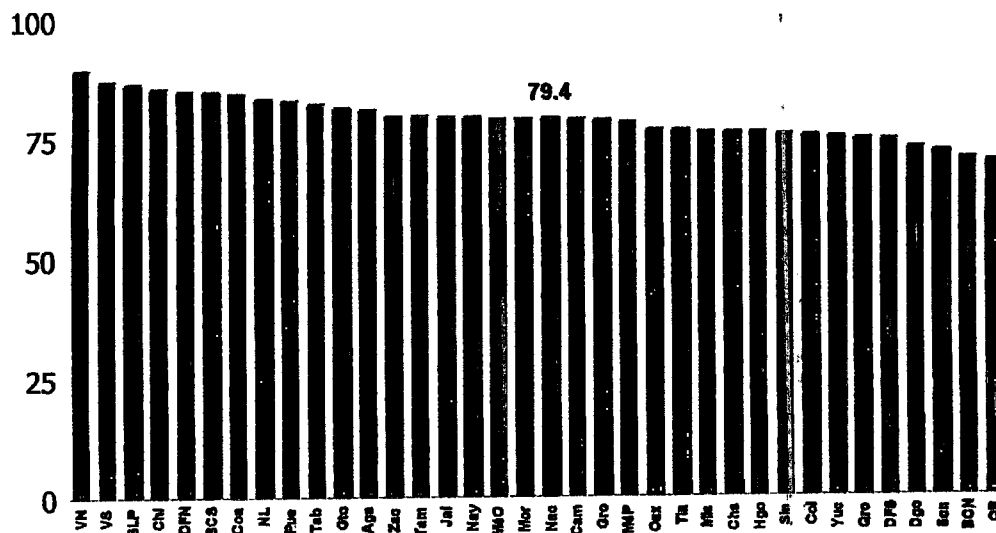
**Cobertura de Protección Anticonceptiva Postaborto
Seguridad Social, Nacional.
2005**



Estadística de la coordinación de salud reproductiva a nivel nacional del 2005.

A nivel nacional la cobertura de protección anticonceptiva postcesárea del 2005 es del 79.4%, y en el IMSS Querétaro es de un 74.9%.

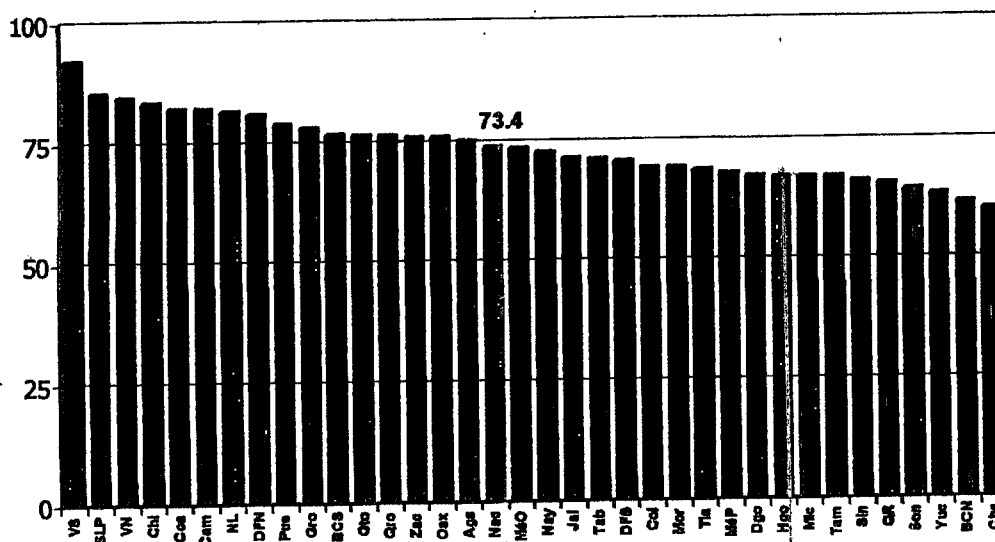
**Cobertura de Protección Anticonceptiva
Transcesárea, Seguridad Social, por Delegación.
2005**



Estadística de la coordinación de salud reproductiva a nivel nacional del 2005.

A nivel nacional la cobertura anticonceptiva posparto del 2005 es del 73.4%, en el IMSS Querétaro es del 76.3%.

**Cobertura de Protección Anticonceptiva Posparto,
Seguridad Social, por Delegación.
2005**



Estadística de la coordinación de salud reproductiva a nivel nacional del 2005.

III. METODOLOGÍA

Se realizó un estudio transversal descriptivo en puérperas post-evento obstétrico sin protección anticonceptiva del HGR No. 1 en el periodo de enero-marzo del 2006.

El tamaño de la muestra se calculó mediante la fórmula para población infinita, con una prevalencia de las causas de no protección anticonceptiva post-evento obstétrico del 12%, un nivel de confianza de 95%, un error aceptable del 5%, se obtuvo una muestra de 113 puérperas post-evento obstétrico sin protección anticonceptiva, estudiando un total de 176. El muestreo fue no probabilístico por conveniencia.

Se incluyeron a puérperas sin protección anticonceptiva que aceptaron participar en el estudio previo consentimiento informado, se eliminaron a las que no contestaron el 100% del cuestionario.

Se analizaron las variables: edad, ocupación, estado civil, escolaridad, inicio de vida sexual, gesta, antecedente previo de protección anticonceptiva, tipo de evento obstétrico, personaje que otorga consejería de planificación familiar, causas de no protección anticonceptiva por contraindicación médica: corioamnioitis, aborto séptico, RN con problemas, Hipotonía Uterina, Retención de restos placentarios; causas atribuibles a la unidad médica: Falta de quirófanos, Falta de métodos, Información insuficiente, Información inadecuada, No recibió información; causas atribuibles a la paciente: No acudió a UMF, Mala experiencia.

El instrumento de recolección de información fue la encuesta de la VOA (Vigilancia Operativa de la Anticoncepción en Hospitales) sobre no aceptación de métodos anticonceptivos post-evento obstétrico en púerperas del HGR 1.

Se encuestaron a las púerperas post-evento obstétrico sin protección anticonceptiva que aceptaron participar en el estudio, previo consentimiento informado, que se encontraban hospitalizadas en el área de puerperio de bajo riesgo y del piso de obstetricia del HGR 1 a quienes se les atendió por parto, cesárea o aborto y no aceptaron ningún método de planificación familiar, hasta que se completó el tamaño de la muestra.

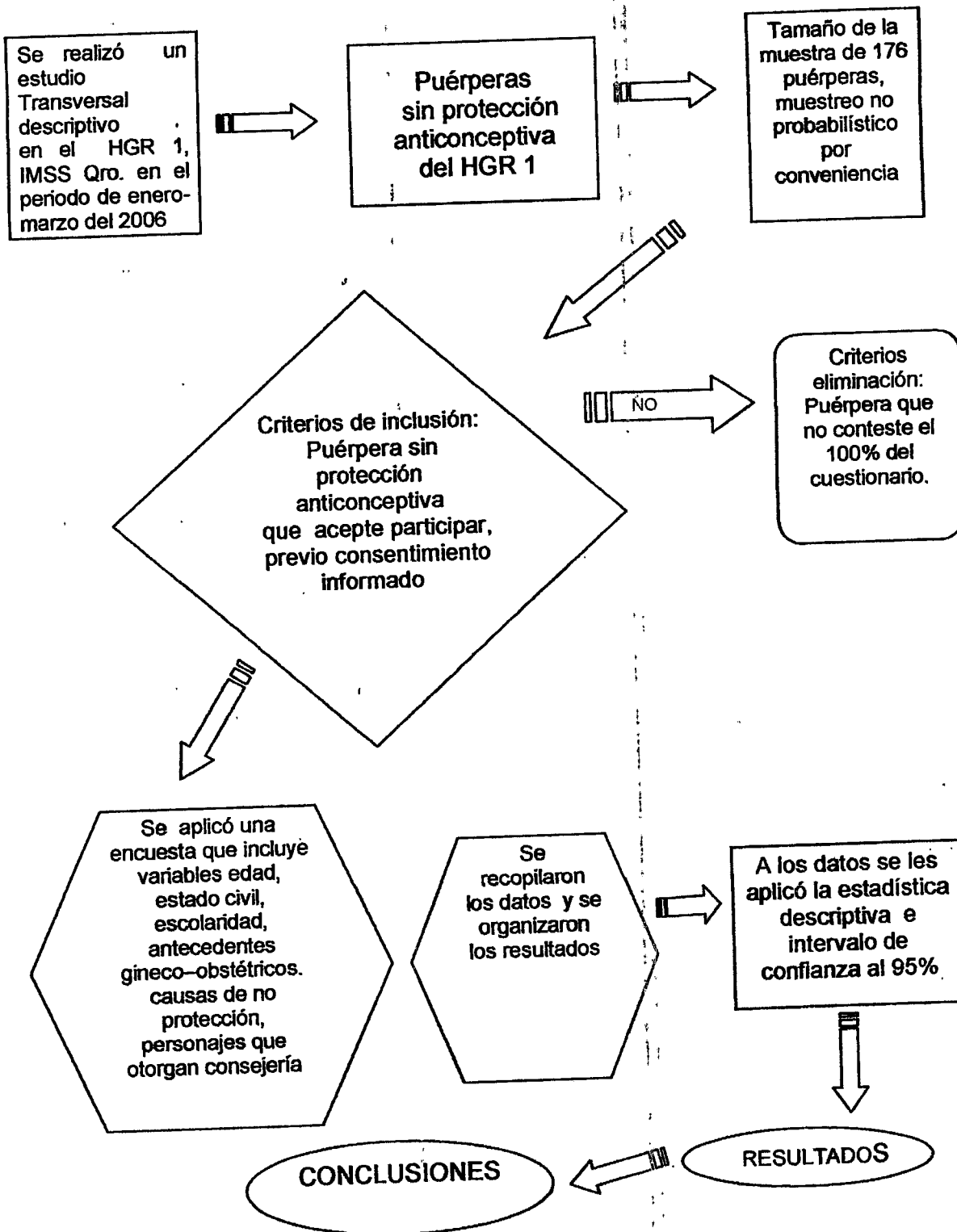
III.2 Aspectos Éticos

Para éste estudio se consideró la declaración de Helsinki y las recomendaciones para la investigación Biomédica en seres humanos, la cual se adaptó en la 18a Asamblea Médica Mundial en la declaración de Helsinki en 1964. Revisada por la 29a Asamblea Médica Mundial en Tokio en 1975. El presente estudio solo requirió del consentimiento informado de los sujetos encuestados, sin afectación en su integridad, garantizándose la confiabilidad de los resultados, así como la utilización de los mismos para el cumplimiento de los objetivos propuestos.

III.3 Análisis estadístico

Se utilizó estadística descriptiva a través de medias, prevalencias, rangos e intervalos de confianza.

METODOLOGÍA



IV. RESULTADOS

Se entrevistaron a 176 puérperas post-evento obstétrico en el período de enero a marzo del 2006, que se encontraban hospitalizadas en puerperio de bajo riesgo o piso de ginecología del HGR 1 que no habían aceptado método de planificación familiar. La prevalencia de no aceptación de métodos de planificación familiar posterior a evento obstétrico es de 22.6%. (Cuadro IV.1)

La edad promedio fue de 26 ± 4.8 (edad 15-39). El intervalo de edad que predominó fue de 20-24 años con un 32.3% (IC al 95% de 25-38) (Cuadro IV.2).

En el cuadro IV.3, se muestra la UMF a la que pertenecían las puérperas post-evento obstétrico, se observa que la mayoría de ellas provenía de la UMF 13 en el 17.6% (IC al 95% de 11-22).

En cuanto al estado conyugal, las casadas mostraron un menor uso de métodos de planificación familiar con un porcentaje de 78.5% (IC al 95% de 71-88).

El mayor porcentaje de las que no aceptaron métodos de planificación familiar tenían secundaria incompleta con un 37.5% (IC al 95% 29-44).

En cuanto a la ocupación predominó las que se dedicaba al hogar en el 49.5 % (IC al 95% de 41-56) (Cuadro IV.6).

Según la paridad, el 42.1% era primigesta (Cuadro IV.7).

Cuadro IV. 1 Cobertura posterior a evento obstétrico del HGR 1. Enero-marzo 2006

| Evento | Egresos | Aceptantes | Porcentaje % |
|----------------|----------------|-------------------|-------------------------|
| Partos | 1132 | 890 | 78.6 |
| Cesárea | 924 | 701 | 75.8 |
| Aborto | 316 | 245 | 77.5 |
| Total | 2372 | 1836 | 77.45 |

FUENTE: Encuesta de la Vigilancia Operativa de la Anticoncepción en Hospitales sobre NO aceptación de métodos anticonceptivos post-evento obstétrico en puérperas del HGR 1, enero-marzo del 2006.

Cuadro IV.2. Distribución por edad en puérperas post-evento obstétrico del HGR 1 que no aceptaron método de planificación familiar

| Edad | Frecuencia | Porcentaje % | Intervalo de confianza 95% |
|--------------|-------------------|---------------------|-----------------------------------|
| 15-19 | 18 | 10.2 | 5-14 |
| 20-24 | 57 | 32.3 | 25-38 |
| 25-29 | 56 | 31.8 | 24-37 |
| 30-34 | 36 | 20.4 | 14-25 |
| 35-39 | 9 | 5.1 | 1-8 |
| TOTAL | 176 | 100 | |

FUENTE: Encuesta de la Vigilancia Operativa de la Anticoncepción en Hospitales sobre NO aceptación de métodos anticonceptivos post-evento obstétrico en puérperas del HGR 1, enero-marzo del 2006.

Cuadro IV.3. Distribución por UMF de las púerperas post-evento obstétrico del HGR 1 que no aceptaron método de planificación familiar.

| UMF | Frecuencia | Porcentaje % | Intervalo de confianza 95% |
|--------------|-------------------|---------------------|-----------------------------------|
| 2 | 15 | 8.5 | 6-9 |
| 4 | 1 | 0.5 | 0.5-1.5 |
| 5 | 8 | 4.5 | 3-6 |
| 7 | 1 | 0.5 | 0.5-1.5 |
| 9 | 27 | 15.3 | 9-20 |
| 10 | 5 | 2.8 | 0.6-4 |
| 11 | 13 | 7.3 | 3-10 |
| 13 | 31 | 17.6 | 11-22 |
| 14 | 7 | 3.9 | 2-5 |
| 15 | 24 | 13.6 | 8-17 |
| 16 | 21 | 11.9 | 6-15 |
| 38 | 11 | 6.2 | 2-9 |
| 57 | 12 | 6.8 | 2-9 |
| TOTAL | 176 | 100 | |

*UMF: unidad de medicina familiar

FUENTE: Encuesta de la Vigilancia Operativa de la Anticoncepción en Hospitales sobre NO aceptación de métodos anticonceptivos post-evento obstétrico en púerperas del HGR 1, enero-marzo del 2006.

Cuadro IV.4. Estado civil en puérperas post-evento obstétrico del HGR 1 que no aceptaron método de planificación familiar

| Estado civil | Frecuencia | Porcentaje % | Intervalo de confianza 95% |
|---------------------|-------------------|---------------------|-----------------------------------|
| Unión libre | 22 | 12.5 | 7-16 |
| Casada | 138 | 78.5 | 71-88 |
| Viuda | 1 | 0.5 | 0.5-1.5 |
| Soltera | 15 | 8.5 | 6-9 |
| Total | 176 | 100 | |

FUENTE: Encuesta de la Vigilancia Operativa de la Anticoncepción en Hospitales sobre NO aceptación de métodos anticonceptivos post-evento obstétrico en puérperas del HGR 1, enero-marzo del 2006.

Cuadro IV.5. Escolaridad en puérperas post-evento obstétrico que no aceptaron método de planificación familiar.

| Escolaridad | Frecuencia | Porcentaje % | Intervalo de confianza 95% |
|--------------------------------|-------------------|---------------------|-----------------------------------|
| Primaria incompleta | 5 | 2.8 | 0.6-4 |
| Primaria completa | 19 | 10.8 | 5-14 |
| Secundaria completa | 17 | 9.6 | 4-13 |
| Secundaria incompleta | 66 | 37.5 | 29-44 |
| Preparatoria incompleta | 49 | 27.8 | 20-33 |
| Preparatoria completa | 13 | 7.3 | 3-10 |
| Licenciatura | 7 | 3.9 | 2-5 |
| Total | 176 | 100 | |

FUENTE: Encuesta de la Vigilancia Operativa de la Anticoncepción en Hospitales sobre NO aceptación de métodos anticonceptivos post-evento obstétrico en puérperas del HGR 1, enero-marzo del 2006.

Cuadro IV.6. Ocupación de las púerperas post-evento obstétrico del HGR 1 que no aceptaron método de planificación familiar.

| Ocupación | Frecuencia | Porcentaje | Intervalo de confianza |
|---------------|------------|------------|------------------------|
| | | % | 95% |
| Hogar | 87 | 49.5 | 41-56 |
| Profesionista | 9 | 5.2 | 1-8 |
| Empleada | 73 | 41.4 | 33-48 |
| Estudiante | 5 | 2.8 | 0.6-4 |
| Técnica | 2 | 1.1 | 0.4-2 |
| Total | 176 | 100 | |

FUENTE: Encuesta de la Vigilancia Operativa de la Anticoncepción en Hospitales sobre NO aceptación de métodos anticonceptivos post-evento obstétrico en púerperas del HGR 1, enero-marzo del 2006.

Cuadro IV.7. Gestas de las puérperas post-evento obstétrico del HGR 1 que no aceptaron método de planificación familiar.

| Gestas | Frecuencia | Porcentaje % | Intervalo de confianza 95% |
|---------------|-------------------|-------------------------|---------------------------------------|
| 1 | 74 | 42.1 | 34-49 |
| 2 | 55 | 31.3 | 24-67 |
| 3 | 36 | 20.5 | 14-25 |
| 4 | 7 | 3.9 | 2-5 |
| 5 | 3 | 1.7 | 0.4-2 |
| 8 | 1 | 0.5 | 5-15 |
| Total | 176 | 100 | |

FUENTE: Encuesta de la Vigilancia Operativa de la Anticoncepción en Hospitales sobre NO aceptación de métodos anticonceptivos post-evento obstétrico en puérperas del HGR 1, enero-marzo del 2006.

En relación al inicio de vida sexual el mayor porcentaje se obtuvo en las que la iniciaron entre los 15 a 19 años en el 42% (IC al 95% de 34-49) (Cuadro IV.8).

En cuanto al antecedente de utilizar previamente algún método de planificación familiar el 58% no había ninguno (Cuadro IV.9).

En el cuadro IV.10, se muestra que el 53.9% tuvo parto eutósico.

En cuanto a las causas de no aceptación de métodos de planificación familiar debidas a la unidad médica no se presentó ninguna, las debidas a la paciente se presentaron en un 89%, y por contraindicación médica 11%. (Gráfica IV.1)

En lo referente a las debidas a contraindicación médica la corioamnioitis estuvo presente en el 55.5% (IC al 95% de 46-63) (Cuadro IV.11).

En el cuadro IV.12, se muestran las causas de no aceptación de métodos de planificación familiar atribuibles a la paciente en donde predominó motivos personales (deseo embarazo, falta de deseo de utilización, deseo de atención en forma particular, deseo aplicación de método post puerperio, deseo utilizar hormonales orales al termino de la lactancia) en un 58.8%(IC al 95% de 50-65).

La prevalencia de las causas de no protección anticonceptiva por motivos personales fue del 52.8 (IC al 95% 42.6-57.3); mala experiencia por uso del DIU fue del 10.8 (IC al 95% 5-14). (Cuadro IV.13)

La consejería de planificación familiar fue otorgada por el médico en el 38% (Cuadro IV.14).

Cuadro IV.8. Edad de inicio de vida sexual activa en puérperas post-evento obstétrico del HGR 1 que no aceptaron método de planificación familiar.

| Inicio de vida sexual activa | Frecuencia | Porcentaje % | Intervalo de confianza 95% |
|-------------------------------------|-------------------|---------------------|-----------------------------------|
| <15 | 4 | 2.2 | 0.6-4 |
| 15-19 | 74 | 42 | 34-49 |
| 20-24 | 72 | 40.9 | 32-47 |
| 25-29 | 23 | 13 | 8-17 |
| 30-34 | 2 | 1.1 | 0.4-2 |
| 35-39 | 1 | 0.5 | 5-15 |
| Total | 176 | 100 | |

FUENTE: Encuesta de la Vigilancia Operativa de la Anticoncepción en Hospitales sobre NO aceptación de métodos anticonceptivos post-evento obstétrico en puérperas del HGR 1, enero-marzo del 2006.

Cuadro IV.9. Antecedente de utilización previa de algún método de planificación en puérperas post-evento obstétrico del HGR 1 que no aceptaron método de planificación familiar.

| Antecedente de uso de algún MPF | Frecuencia | Porcentaje % | Intervalo de confianza 95% |
|--|-------------------|---------------------|-----------------------------------|
| Si | 74 | 42 | 34-49 |
| No | 102 | 58 | 50-65 |
| Total | 176 | 100 | |

*MPF: Método de planificación familiar

FUENTE: Encuesta de la Vigilancia Operativa de la Anticoncepción en Hospitales sobre NO aceptación de métodos anticonceptivos post-evento obstétrico en puérperas del HGR 1, enero-marzo del 2006.

Cuadro IV.10. Evento obstétrico en puérperas del HGR 1 que no aceptaron método de planificación familiar.

| Evento obstétrico | Frecuencia | Porcentaje % | Intervalo de confianza 95% |
|--------------------------|-------------------|---------------------|-----------------------------------|
| Parto | 95 | 53.9 | 45-60 |
| Cesárea | 39 | 22.1 | 15-28 |
| Aborto | 42 | 23.8 | 16-29 |
| TOTAL | 176 | 100 | |

FUENTE: Encuesta de la Vigilancia Operativa de la Anticoncepción en Hospitales sobre NO aceptación de métodos anticonceptivos post-evento obstétrico en puérperas del HGR 1, enero-marzo del 2006.

Cuadro IV. 11. Causas de No aceptación de método de planificación familiar por contraindicación medica en puérperas del HGR 1.

| Por contraindicación médica | Frecuencia | Porcentaje % | Intervalo de confianza 95% |
|---|-------------------|---------------------|-----------------------------------|
| Corioamnioititis | 10 | 55.5 | 46-63 |
| Aborto séptico | 1 | 5.5 | 5-15 |
| Recién nacido con problemas | 1 | 5.5 | 5-15 |
| Hipotonía uterina | 3 | 16.6 | 10-21 |
| Retención de restos placentarios | 1 | 5.5 | 5-15 |
| Preeclampsia severa | 2 | 11.1 | 6-15 |
| Total | 18 | 100 | |

FUENTE: Encuesta de la Vigilancia Operativa de la Anticoncepción en Hospitales sobre NO aceptación de métodos anticonceptivos post-evento obstétrico en puérperas del HGR1, enero-marzo del 2006.

Cuadro IV.12. Causas de No aceptación de método de planificación familiar atribuible a la paciente en puérperas del HGR 1.

| Causa atribuible a la paciente | Frecuencia | Porcentaje % | Intervalo de confianza 95% |
|---|-------------------|---------------------|-----------------------------------|
| Esposo vasectomizado | 6 | 3.8 | 2-5 |
| Mala experiencia con el DIU(trastornos menstruales, dismenorrea, expulsión, embarazo) | 17 | 10.8 | 5-14 |
| Trastornos menstruales con Hormonales | 2 | 1.2 | 0.4-2 |
| Motivos personales(deseo embarazo, falta de deseo de utilización, deseo de atención en forma particular, deseo aplicación de método post puerperio, deseo utilizar hormonales orales al termino de la lactancia) | 93 | 58.8 | 50-65 |
| No aceptación de la pareja | 11 | 6.9 | 2-9 |
| Desea vasectomía el esposo | 14 | 8.8 | 6-9 |
| Falta de pareja sexual estable | 15 | 9.4 | 4-13 |
| Total | 158 | 100 | |

FUENTE: Encuesta de la Vigilancia Operativa de la Anticoncepción en Hospitales sobre NO aceptación de métodos anticonceptivos post-evento obstétrico en puérperas del HGR 1, enero-marzo del 2006.

Cuadro IV.13. Prevalencia de las causas de no aceptación de métodos de planificación familiar en puérperas del HGR 1.

| Causa de no protección | Frecuencia | Porcentaje % | Intervalo de confianza 95% |
|--|-------------------|-------------------------|---------------------------------------|
| Motivos personales | 93 | 52.8 | 42.6.-57.3 |
| Mala experiencia con el DIU | 17 | 9.6 | 4.2-13.2 |
| Falta de pareja sexual estable | 15 | 8.5 | 3.9-12 |
| Desea vasectomía el esposo | 14 | 7.9 | 3.2-10.7 |
| No aceptación de la pareja | 11 | 6.2 | 2.5-9.5 |
| Corioamnioitís | 10 | 5.6 | 4.8-6.4 |
| Esposo vasectomizado | 6 | 3.4 | 2.5-5.5 |
| Hipotonía uterina | 3 | 1.7 | 0.4-2.4 |
| Preeclampsia severa | 2 | 1.1 | 0.4-2.4 |
| Trastornos menstruales con Hormonales | 2 | 1.1 | 0.4-2.4 |
| Aborto séptico | 1 | 0.5 | 0.5-1.5 |
| Recién nacido con problemas | 1 | 0.5 | 0.5-1.5 |
| Retención de restos placentarios | 1 | 0.5 | 0.5-1.5 |
| Total | 176 | | |

FUENTE: Encuesta de la Vigilancia Operativa de la Anticoncepción en Hospitales sobre NO aceptación de métodos anticonceptivos post-evento obstétrico en puérperas del HGR 1, enero-marzo del 2006.

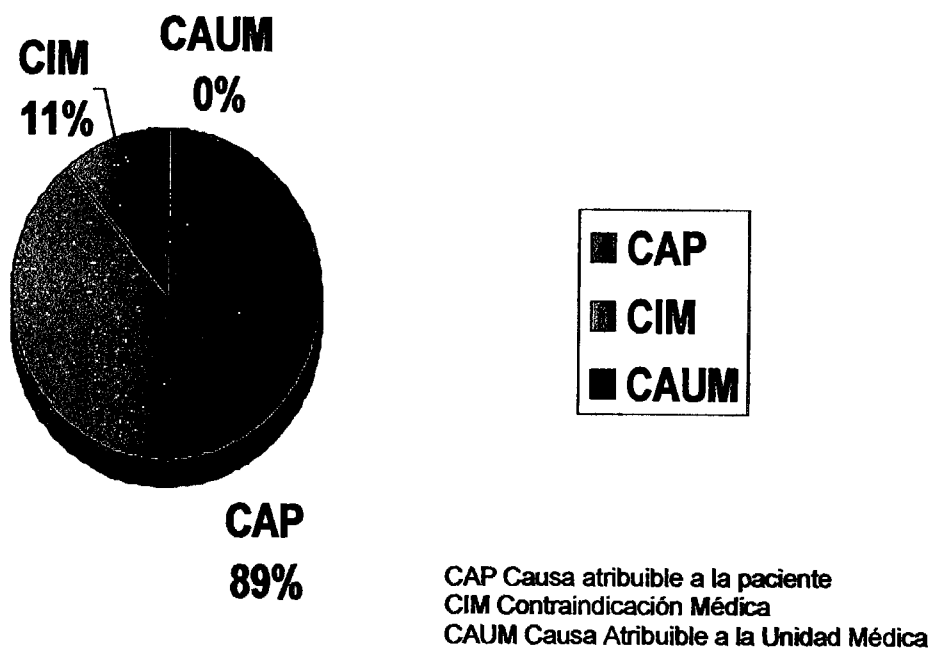
Cuadro IV.14. Personaje que otorga consejería de planificación familiar a puérperas del HGR 1.

| Personaje que otorga consejería de PF | Frecuencia | Porcentaje % | Intervalo de confianza 95% |
|--|-------------------|---------------------|-----------------------------------|
| Enfermera | 26 | 14.7 | 8-19 |
| Trabajo social | 67 | 38 | 30-45 |
| Médico | 83 | 47.1 | 39-54 |
| Total | 176 | 100 | |

*PF: Planificación familiar

FUENTE: Encuesta de la Vigilancia Operativa de la Anticoncepción en Hospitales sobre NO aceptación de métodos anticonceptivos post-evento obstétrico en puérperas del HGR 1, enero-marzo del 2006.

Grafica IV.1. Causas de No protección postevento obstétrico, HGR 1. 2006



FUENTE: Encuesta de la Vigilancia Operativa de la Anticoncepción en Hospitales sobre NO aceptación de métodos anticonceptivos post-evento obstétrico en puérperas del HGR 1, enero-marzo del 2006.

V. DISCUSIÓN

En el presente estudio la prevalencia de no utilización de Métodos de planificación familiar posterior a evento obstétrico es de 22.6%, similar a la reportado por la coordinación de salud reproductiva en el 2005, a nivel nacional se tiene un 22.9% de no aceptación de métodos anticonceptivos y en el IMSS Querétaro un 23.2%.

En este estudio la cobertura posparto fue del 78.6%, superior a lo reportado por la coordinación de salud en el 2005 que fue del 76.3%, a nivel nacional se reporta una cobertura del 73.4%, a diferencia de Veracruz sur que presentó una cobertura del 92% mientras que Chiapas solo reporta un 60.4% de cobertura posparto.

La cobertura postcesárea en este estudio fue de 75.8%, inferior a la nacional en el 2005 que fue de 79.4%, mientras que Veracruz Norte reporta la mayor cobertura postcesárea con un 89.5%, y es el estado de menor cobertura es Quintana Roo con un 69.9%.

La cobertura postaborto fue de un 77.5% inferior a lo reportado en el 2005 que fue de un 79%, a nivel nacional se obtuvo una cobertura de 78.5%, pero la cobertura mayor postaborto la reporto Nayarit con un 98.7%, mientras que Hidalgo con un 47.9% fue el estado de menor cobertura postaborto en el 2005.

En el presente estudio se aprecia que el rango de edad que predominó fue de 20-24 años (32.39%), esto coincide a lo ya expuesto por Altrocchi (2001), quién demostró que a medida que aumenta la edad se incrementa la tendencia a iniciar el uso de un anticonceptivo, al igual que Santana en el 2000, que refiere que a medida que aumenta la edad se eleva la frecuencia de uso de anticonceptivos,

con un máximo de 81,7% a los 35 años o más. Lo cual pudiera ser por la mayor probabilidad de que hayan alcanzado su ideal reproductivo.

En cuanto al estado conyugal, en este estudio las casadas mostraron un menor uso de métodos de planificación familiar en el 78.5%; en unión libre 12.5% y solteras en el 8.5%. En contraste a lo expuesto por Santana (2000), quien refiere en un estudio realizado en La Habana, que las casadas o unidas mostraron un mayor uso de métodos anticonceptivos (78.9 %), mientras que más de la mitad (56.8 %) de las solteras nunca utilizó ningún método. Otra investigación refiere que, las mujeres con pareja estable optaron por un mayor uso de los anticonceptivos, este comportamiento es razonable si partimos de la base que la mujer que posee pareja tiene mayor riesgo de quedar embarazada. Sin embargo, las mujeres solteras están más motivadas a usar la anticoncepción con respecto a las casadas de la misma edad, ya que las primeras tienen un incentivo a fin de prevenir un embarazo prematrimonial o un nacimiento ilegítimo y las segundas consideran que tener hijos es la función principal de la esposa (Altrocchi 2001).

En este estudio predominaron las que tenían secundaria incompleta en un 37.5%. Esto coincide con lo expuesto por Gómez (1999), quien refiere que la educación incrementa la comunicación en la pareja sobre la planificación de los hijos que desean tener, de tal manera que modifica la decisión de uso de anticonceptivos. Generalmente las mujeres más educadas tienden a tener mayor contacto con los programas de planificación familiar, que proporcionan información sobre los métodos disponibles, cómo funcionan y cómo pueden ser obtenidos, eliminando barreras creadas por la desinformación. En otro estudio realizado por (Santana 2000), las mujeres que tenían mayor índice de instrucción utilizaban más los anticonceptivos; el mayor porcentaje de las que nunca los usaron se encontró en las que sólo tenían nivel primario (57,1 %).

En el presente estudio en lo que se refiere a la ocupación predominaron las pacientes que se dedicaban al hogar en el 49.5 %, las que tenían algún vínculo laboral era el 41.4%; sólo un 5.2% era profesionalista, y el 2.8% estudiante; situación contraria se muestra en un estudio realizado por Arias-Valencia (2001), en donde las mujeres con vínculo laboral en su mayoría deciden usar métodos anticonceptivos en el período posterior al parto, comenta que puede ser por su condición de trabajadora que les dificulta tener una prole numerosa; además, la incorporación al trabajo quizás determine un mejor acceso a la información y un roce social que influye en la decisión del uso o no de la anticoncepción durante esta etapa. En otro estudio realizado por Santana (2000), en cuanto a la situación laboral, usaron algún método para regular su fecundidad el 78,5 % de las que tenían algún vínculo laboral.

En este estudio según la paridad, el 42.1% era primigesta. Esto es semejante a lo reportado por Santana (2000), en donde el 71.6 % de las primíparas eran usuarias de un método anticonceptivo; las que tenían 2 hijos el 82.5 % y con 3 o más, el 79.6 %. En otro estudio se demostró que a medida que aumenta el número de hijos, se incrementa la tendencia a iniciar el uso de un anticonceptivo; lo cual pudiera ser por la mayor probabilidad de que hayan alcanzado su ideal reproductivo, Altrocchi (2001).

En este estudio las puérperas manifestaron catorce causas de no aceptación de métodos de planificación, entre las más frecuentes refirieron el deseo embarazo, la no aceptación de la pareja, los trastornos menstruales y dismenorrea post DIU, y trastornos menstruales con hormonales. Causas semejantes a lo reportado por Williams (2001) y Pérez (2000).

Budalich (2004), realizó una encuesta sobre los temores a la aplicación del DIU, respondieron: dolor durante la aplicación, inseguridad del método, temor por sangrados posteriores o a desarrollar una enfermedad oncológica.

Prendes en el 2001, refiere que cuando participan los hombres en la toma de decisiones referentes a planificación familiar, es más probable que estas decisiones se lleven a la práctica, por lo que las tasas de continuación del uso de métodos anticonceptivos son mayores, con la aceptación de métodos anticonceptivos masculinos.

En cuanto a las causas de no aceptación de métodos de planificación familiar debidas a la unidad médica no se presentó ninguna, las debidas a la paciente se presentaron en un 89%, y por contraindicación médica 11%. A diferencia de lo reportado a nivel nacional en el año 2005 las causas de no protección anticonceptiva postevento obstétrico atribuibles a la paciente fue de un 74.6%, las atribuibles a la unidad medica en un 12.8% y por contraindicación médica en un 12.6%.

La mayor prevalencia de las causas de no protección anticonceptiva fueron los motivos personales con un 52.8%, la mala experiencia con el DIU en un 9.6%, falta de pareja sexual estable en un 8.5%, desea vasectomía el esposo fue de 7.9%, no aceptación de la pareja en un 6.2%.

Se contraindicó en este estudio el uso de método anticonceptivo en las púerperas con antecedente de corioamnioitís, hipotonía uterina, preeclampsia severa, aborto séptico o retención de restos placentarios.

VI. CONCLUSIONES

La prevalencia de no aceptación de métodos anticonceptivos posterior al evento obstétrico es de 22.6%.

El temor a sufrir efectos colaterales por el uso de anticonceptivos ya sea DIU u hormonales orales, la falta de apoyo por parte de la pareja, el ser casada, tener algún vínculo laboral, o cursar con complicaciones post parto se presentaron con mayor frecuencia para la no aceptación de método de planificación posterior al evento obstétrico.

A pesar de que todas las puérperas tienen orientación en materia de anticoncepción posparto la cual fue otorgada en su mayoría por el médico, no fue suficiente para influir de manera positiva en la decisión de utilizar métodos anticonceptivos.

VII. PROPUESTAS

Es pertinente establecer que cada puérpera tiene diferentes creencias y factores socioculturales, que participan en la elección de método de planificación; por lo que se tiene que trabajar de manera particular con cada una de ellas, en el consultorio de medicina familiar y con el personal de materno infantil, trabajo social y medicina preventiva; para que en cada consulta de control prenatal se brinde información acerca de los anticonceptivos que puede utilizar posterior al evento obstétrico, y lograr con ello una mejor aceptación.

Además se deben identificar y tratar los procesos infecciosos durante el embarazo para disminuir las complicaciones post-parto que son motivo de contraindicación médica para la utilización de métodos anticonceptivos.

Realizar intervenciones para involucrar a los hombres en los programas de planificación y lograr una participación más activa, ya que un enfoque dirigido únicamente a la mujer predispone a que muchos de los hombres vean con desconfianza las actividades de planificación y consecuentemente se opongan a ellas.

Establecer centros donde se otorguen consejería y métodos anticonceptivos en el ámbito comunitario para las adolescentes, para formar redes sociales de apoyo que faciliten el acceso especialmente a estas jóvenes, y ofrecerles las oportunidades que les permitan convertirse en miembros responsables y productivos de la sociedad evitando embarazos no deseados.

VIII. BIBLIOGRAFIA

Academia mexicana de investigación en demografía medica, AC. 1986. Anticoncepción posparto y post-aborto. 37.

Ahued AGR, et al. 2003 Anticoncepción en la mujer soltera. Ginecología y obstetricia aplicadas. Editorial manual moderno. México. 145-167.

Altrocchi J. et al. 2001. Salud y riesgos sexuales reproductivos. Population Action Internacional. 1-20.

Arias-Valencia et al. 2001. Comportamiento reproductivo en las etnias de Antioquia-Colombia. Salud publica Méx. 43:268-278.

Budalich et al. 2004. Principales temores previos a la inserción del dispositivo intrauterino, comunicaciones científicas.

De la Cruz PD, et al. 2003. Conocimientos y actitudes de la pareja hacia la práctica de la PF en la selva del Perú. Salud Pública de México. 45:461-471.

Gómez PL. 1999. Educación y fecundidad en México y Colombia. Temas de población latinoamericanos. 8-12.

Gonzáles LI, Miyar PE. 2001. Consideraciones sobre PF: métodos anticonceptivos. Rev Cubana Med Gen Integr. 17:367-78.

Levine R. et al. 2001. La salud de la mujer en América latina y el caribe. Washington, DC.

Medina AR, et al. 2004. Factores que contribuyen a la utilización de métodos de planificación familiar por mujeres en edad reproductiva. Arch Med Fam 6:8-10.

Honduras. 2002. Mejorar la salud reproductiva. Fronteras de la salud reproductiva Population Council.

Núñez-Urquiza et al. 2005. Embarazo no deseado en adolescentes, y utilización de métodos anticonceptivos posparto, salud pública de México. 45:99-102.

Núñez et al. 2005. Diferencias en la utilización de métodos de planificación Familiar por mujeres adolescentes en monterrey, México, según el modelo de educación utilizado Rev. Esp Salud Pública. 79: 69-77.

Pérez PG, et al. 2000. La planificación familiar en el contexto de la salud reproductiva. Editorial Pathfinder, Méxicco. 9-13.

Prendes LM, et al. 2001a. Participación de los hombres en la planificación familiar. Rev Cubana Med Gen Integr. 17:216-21.

Prendes LM, et al. 2001b. Riesgo preconcepcional en la consulta de planificación familiar. Rev Cubana Med Integr. 17: 360-6.

Santana P, et al. 2000. Anticoncepción posparto en un área de salud urbana de ciudad de la habana. Rev Cubana Endocrinol. 13:160-7.

Soto B et al. 2003. DIU en atención primaria, Med Integral. 41:162-9.

Torres RA. 2000. La planificación familiar en el ocaso del siglo XX Perinatal reprod hum; 14:108-114.

Williams T. 2001. Evaluación de la calidad de los servicios de planificación familiar a través de encuestas de satisfacción de clientes. Perspectivas internacionales en planificación familiar. 14-23.

ANEXO 1.

CONSENTIMIENTO INFORMADO:

Yo _____ he sido informado sobre el estudio en el cual deseo participar de manera voluntaria. He podido hacer preguntas sobre el estudio, **“prevalencia de las causas de no protección anticonceptiva posterior al evento obstétrico”** he recibido suficiente información sobre el mismo, he hablado con la Dra. Albertina Agabo Torres, se de antemano que la información que yo proporcione de forma verbal o escrita es de carácter confidencial. Comprendo que mi participación es voluntaria, comprendo que puedo retirarme del estudio cuando quiera, sin tener que dar explicaciones, sin que esto repercuta en mis cuidados médicos, presto libremente mi conformidad para participar en el ensayo.

Santiago de Querétaro a: _____

NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE

INVESTIGADOR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCION DE PRESTACIONES MÉDICAS
COORDINACION DE SALUD REPRODUCTIVA
DIVISION DE PLANIFICACION FAMILIAR

ANEXO 2

**"PREVALENCIA DE LAS CAUSAS DE NO PROTECCION ANTICONCEPTIVA
POSTERIOR AL EVENTO OBSTETRICO"**

FECHA: _____

NOMBRE: _____

UMF: _____

1. ¿Cuántos años cumplidos tiene usted?

EDAD..... _____

2. ¿Qué ocupación desempeña usted?

1. Hogar..... _____

2. Profesionista..... _____

3. Empleada..... _____

4. Estudiante..... _____

5. Técnica..... _____

3. ¿Actualmente usted.....

1. vive en unión libre? _____

2. es casada? _____

3. es viuda? _____

4. es divorciada? _____

5. es separada? _____

6. Es soltera?..... _____

4. ¿Qué grado de estudio tiene usted?

1. Sabe leer..... _____

2. Primaria incompleta..... _____

3. Primaria completa..... _____

4. Secundaria incompleta.... _____

5. Preparatoria completa..... _____

6. Preparatoria incompleta... _____

7. Licenciatura..... _____

5. ¿A qué edad tuvo usted su primera relación sexual?

Edad..... _____

6. En total ¿cuántos embarazos ha tenido usted?

Número de Gestas....._____

7. ¿Cuántos Partos?

Número de Partos....._____

8. ¿Cuántas Cesáreas?

Número de Cesáreas....._____

9. ¿Cuántos Abortos?

Número de Abortos....._____

10. ¿Ha utilizado usted algún Método de planificación posterior a cada uno de sus partos o abortos?

1. SI
2. NO

11. ¿Quién le proporcione a usted información a cerca de los métodos de planificación familiar?

1. Enfermera....._____
2. Trabajadora social....._____
3. Médico....._____
4. Subjefa de planificación familiar....._____

12. ¿Actualmente usted.....

1. tuvo un parto....._____
2. tuvo una cesárea....._____
3. tuvo un aborto....._____

13. CAUSAS DE NO PROTECCION ANTICONCEPTIVA POSTERIOR A EVENTO OBSTETRICO:

I. ATRIBUIBLES A LA UNIDAD MEDICA:

1. Diferimiento....._____
2. Falta de quirófanos....._____
3. Falta de métodos....._____
4. Información insuficiente....._____
5. Información inadecuada....._____
6. No recibió información....._____

II. CONTRAINDICACION MÉDICA:

1. Corioamnioitis....._____
2. Aborto séptico....._____
3. RN con problemas....._____
4. Otras....._____

III. CAUSA ATRIBUIBLE A LA PACIENTE:

1. No asistió comun. Educ....._____
2. No acudió a UMF....._____
3. Motivos personales....._____
4. Esposo vasectomizado....._____
5. Mala experiencia....._____
6. Otros....._____