

MED. GRAL. ARGENES HUATO SOLORIO

FACTORES QUE CONTRIBUYEN AL ABANDONO PRECOZ DE LOS MÉTODOS
ANTICONCEPTIVOS EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR

2023



Universidad Autónoma de Querétaro

**FACTORES QUE CONTRIBUYEN AL ABANDONO PRECOZ DE LOS
MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR**

Tesis

Que como parte de los requisitos
para obtener el Diploma de

ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR

Presenta:

Médico Gral. Argenes Huato Solorio

Dirigido por:

Médico Esp. Verónica Escorcía Reyes

Querétaro, Qro.2023



Dirección General de Bibliotecas y Servicios Digitales
de Información



Factores que contribuyen al abandono precoz de los
métodos anticonceptivos en planificación familiar

por

Argenes Huato Solorio

se distribuye bajo una [Licencia Creative Commons
Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0
Internacional](#).

Clave RI: MEESN-293438



Universidad Autónoma de Querétaro
Facultad de Medicina
Dirección de Investigación y Posgrado

“FACTORES QUE CONTRIBUYEN AL ABANDONO PRECOZ DE LOS
MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR”

Tesis

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

Presenta:

Médico Gral. Argenes Huato Solorio

Dirigido por:

Médico Esp. Verónica Escorcía Reyes

M.I.M.S.P. Verónica Escorcía Reyes
Presidente

Med. Esp. José Luis Loya Martínez
Secretario

Med. Esp. Ivonne Rosillo Ortiz
Vocal

Med. Esp. Erasto Carballo Santander
Suplente

M. en E. Ma. Azucena Bello Sánchez
Suplente

Centro Universitario,
Querétaro, Qro.2023
México

Resumen

Introducción: La planificación familiar es el derecho de toda persona a decidir de manera libre, responsable e informada, sobre el número y el espaciamiento de sus hijos, obtener información especializada y los servicios idóneos. Existen una serie de factores que contribuyen al abandono precoz de los métodos de planificación familiar, por lo que es preciso explorarlos, con la finalidad de ofrecer diversas posibilidades a las usuarias y así elegir el método que se adapte a su circunstancia personal, de salud y social, obteniendo así un mayor apego. **Objetivo:** Determinar los factores que contribuyen para el abandono precoz de los métodos anticonceptivos en planificación familiar. **Material y métodos:** Estudio de casos y controles anidado en una cohorte, en mujeres que acudieron al módulo de planificación familiar de la Unidad de Medicina Familiar No. 6, San Juan del Río Querétaro del IMSS, usuarias de métodos anticonceptivos. El grupo de casos incluyó mujeres que abandonaron el método de planificación familiar utilizado en un lapso menor a 1 año. Cálculo del tamaño de muestra se utilizó la fórmula de casos y controles, relación 1:1 (n=177 casos y 177 controles), se estudiaron 214 casos y 242 controles. Muestreo por cuota. Se estudiaron variables: sociodemográficas (escolaridad, religión, estado civil, ocupación), factores biológicos (edad, peso, talla, comorbilidades), antecedentes personales patológicos (alergias, transfusiones, cirugías), adicciones (tabaquismo, alcoholismo), antecedentes gineco obstétricos (número de embarazos, fecha de última menstruación, lactancia), antecedentes de planificación familiar (método utilizado anteriormente, método ofertado en planificación familiar, fecha de inicio del método, revaloraciones en un año, número de revaloraciones, abandono precoz, tiempo de uso del método) efectos adversos (cefalea, amenorrea, sangrado continuo, hemorragia, náusea o vómito, aumento de peso, fatiga, varices en extremidades, dolor pélvico, dolor mamario, acné, melasma, mareo, labilidad emocional, aumento de apetito, irregularidad del ciclo, insomnio, disminución del libido, retención de líquidos, sequedad vulvovaginal, calambres, otros), motivo de abandono (cambio de método, indicación médica, deseo de embarazo, cese de la vida sexual activa, no disponibilidad de insumos, desacuerdo de pareja, aspectos religiosos, efectos adversos, mala información de familiares o amigos, embarazo o falla del métodos). **Plan de análisis:** promedios, porcentajes, intervalos de confianza, Chi², regresión logística simple y múltiple. **Resultados:** En la regresión logística; amenorrea (p=0.000), hemorragia (p=0.001) e irregularidad del ciclo menstrual (p=0.000), fueron significativos, observando que las alteraciones del ciclo menstrual son la principal causa de abandono de los métodos de planificación familiar. **Conclusiones:** La alta incidencia de efectos adversos relacionados con el uso de los métodos de planificación familiar es la causa más importante de abandono.

Palabras clave: abandono precoz; planificación familiar; método anticonceptivo

Summary

Introduction: Family planning is the right of every person to decide freely, responsibly and informed about the number and spacing of their children and to obtain specialized information and suitable services. There are a number of factors that contribute to the early abandonment of family planning methods, so it is necessary to explore them, in order to offer different possibilities to the users and thus choose the method that suits their personal circumstances, health and social, thus obtaining a greater attachment. **Objective:** To determine the factors that contribute to the early abandonment of contraceptive methods in family planning. **Material and methods:** Case-control study nested in a cohort, in women who attended the family planning module of the Family Medicine Unit No. 6, San Juan del Rio Querétaro of the IMSS, users of contraceptive methods. The case group included women who abandoned the family planning method used in less than 1 year. Calculation of the sample size, the formula of cases and controls was used, ratio 1:1 (n=177 cases and 177 controls), 214 cases and 242 controls were studied. Sampling by quota. Variables were studied: sociodemographic (education, religion, marital status, occupation), biological factors (age, weight, height, comorbidities), pathological personal history (allergies, transfusions, surgeries), addictions (smoking, alcoholism), gynecologic and obstetric history (number of pregnancies, date of last menstruation, lactation), history of family planning (method used previously, method offered in family planning, date of start of the method, reassessments in one year, number of reassessments, early abandonment, time of use of the method) adverse effects (headache, amenorrhea, continuous bleeding, hemorrhage, nausea or vomiting, weight gain, fatigue, varicose veins in extremities, pelvic pain, breast pain, acne, melasma, dizziness, emotional lability, increased appetite, cycle irregularity, insomnia, decreased libido, fluid retention, vulvovaginal dryness, cramps, others), reason for abandonment (change of method, medical indication). ca, desire for pregnancy, cessation of active sexual life, non-availability of inputs, disagreement with the couple, religious aspects, adverse effects, misinformation from relatives or friends, pregnancy or method failure). **Analysis plan:** means, percentages, confidence intervals, Chi2, simple, multiple logistic regression. **Results:** In logistic regression; amenorrhea (p=0.000), hemorrhage (p=0.001) and menstrual cycle irregularity (p=0.000), were significant, observing that menstrual cycle alterations are the main cause of abandonment of family planning methods. **Conclusions:** The high incidence of adverse effects related to the use of family planning methods is the most important cause of abandonment.

Keywords: early abandonment; Family planning; contraceptive method

Dedicatorias

† Santiago Huato:

Nadie prepara a los padres para despedirse de sus hijos, por esa razón el dolor que siente mi alma no se puede expresar en palabras. Dedico esta tesis a la memoria de mi hijo, Santi quiero que sepas que eres la razón de que me levante cada día para esforzarme por el presente y el mañana, eres y serás mi principal motivación.

Dra. Verónica Escorcía:

La enseñanza es más que impartir conocimiento, es inspirar el cambio. El aprendizaje es más que absorber hechos, es adquirir entendimiento. Gracias por sus palabras, su aliento, apoyo, disciplina y constancia.

Este trabajo, lo dedico a mi esposa, mis padres y hermanos como símbolo de amor y gratitud por su apoyo incondicional y desinteresado, durante este bregar diario en bien de mi superación.

Agradecimientos

Dr. Erasto Carballo Santander por su capacidad, voluntad, por querer y saber extender sus conocimientos adquiridos, por su gran paciencia y por haberme formado como profesional.

Dr. Isaac Arcos Bautista por motivarme, por el apoyo incondicional y ayudarme a concluir con éxito mi trabajo de investigación.

Amigos y compañeros Residentes de la Unidad de Medicina Familiar No. 6, por su gran apoyo y colaboración.

Especial agradeciendo a cada una de las usuarias de planificación familiar que aceptaron participar en este proyecto. Deseando que esta investigación sea de beneficio para determinar los factores que llevan al abandono precoz de los métodos de planificación familiar.

Índice

Contenido	Página
Resumen	i
Summary	ii
Dedicatorias	iii
Agradecimientos	iv
Índice	v
Índice de cuadros	vi
I. Introducción	1
II. Antecedentes	3
III. Fundamentación teórica	5
III.1 Planificación familiar	5
III.2 Métodos anticonceptivos	8
III.3 Abandono precoz de métodos anticonceptivos	20
IV. Hipótesis	23
V. Objetivos	27
V.1 General	27
V.2 Específicos	27
V.I Material y métodos	28
VI.1 Tipo de investigación	28
VI.2 Población o unidad de análisis	28
VI.3 Muestra y tipo de muestra	28
VI.3.1 Criterios de selección	33
VI.3.2 Variables estudiadas	33
VI.4 Procedimientos	34
VI.4.1 Análisis estadístico	35
VI.4.2 Consideraciones éticas	35
VII. Resultados	36
VIII. Discusión	45
IX. Conclusiones	48
X. Propuestas	49
XI. Bibliografía	50
XII. Anexos	55

Índice de cuadros

Cuadro	Página
VII.1 Factores biológicos	38
VII.2 Antecedentes Gineco Obstétricos	39
VII.3 Antecedentes de planificación familiar	40
VII.4 Efectos secundarios	41
VII.5 Escolaridad	42
VII.6 Motivo de abandono	43
VII.7 Análisis regresión logística múltiple de cada factor de riesgo	44

I. Introducción

La planificación familiar es el derecho de toda persona a decidir de manera libre, responsable e informada, sobre el número y el espaciamiento de sus hijos y a obtener la información especializada y los servicios idóneos, el ejercicio de este derecho es independiente del género. (Norma Oficial Mexicana NOM 005-SSA2 [NOM 005-SSA2-1993], 1993)

La Ley General de Salud, en el artículo III, capítulo VI determina la planificación familiar de carácter prioritario. Se establece la atención y vigilancia de los aceptantes y usuarios de servicios de planificación familiar, así como el apoyo y fomento de la investigación en materia de anticoncepción. (Ley General de Salud [LGS], 2007)

La prestación de los servicios de planificación familiar debe ofrecerse sistemáticamente a toda persona en edad reproductiva que acuda a los servicios de salud. Los servicios de planificación familiar deben ser gratuitos cuando sean prestados por instituciones del sector público. (NOM 005-SSA2-1993)

Los métodos anticonceptivos son aquéllos que se utilizan para impedir la capacidad reproductiva de un individuo o una pareja en forma temporal o permanente. (NOM 005-SSA2-1993) Pueden utilizarse desde la primera relación sexual y durante toda la vida fértil de la persona, se clasifican en hormonales o no hormonales, transitorios o definitivos, basados en tecnología o en conductas. (Torres Gaona, 2018)

La planificación familiar es un componente esencial de la salud reproductiva, un elemento básico para el desarrollo social y económico de las personas y comunidades, así como un aspecto esencial para la igualdad de hombres y mujeres. (Secretaría de Salud Programa de Acción Especifico [SSPAE], 2018)

La promoción de la planificación familiar y el acceso a los métodos anticonceptivos, contribuye a evitar las muertes maternas, reduce el número de abortos, reduce la mortalidad infantil, beneficia la condición y empoderamiento de las mujeres, reduce la pobreza y mejora el desarrollo económico. (SSPAE, 2018)

En las mujeres en edad fértil se presenta una serie de factores que intervienen en la desaprobación o abandono de los métodos de planificación familiar, la presencia o asociación de efectos adversos con el uso de método anticonceptivo representa la principal causa de abandono, seguido de creencias erróneas que las mujeres tienen acerca de los métodos de planificación, mitos y mala información por parte del personal médico. (Hincapie et al. 2013)

Para evitar el abandono precoz de la terapia anticonceptiva es preciso explorar las causas determinantes, con la finalidad de ofrecer diversas posibilidades a las usuarias para que puedan elegir el método que se adapte a su circunstancia personal, de salud y social. (Bertón et al. 2017)

Identificar por qué una mujer que inició su participación en el programa de planificación familiar abandona de manera precoz el uso del mismo, permitirá a los sistemas de salud establecer estrategias de mejora en la comunicación, aceptación y por lo tanto un mayor apego a la anticoncepción. (Torres Ixcayau, 2015)

II. Antecedentes

El Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (ICPD) de 1994 define la salud reproductiva como: “un estado general de bienestar físico, mental y social y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos”. (OMS, 2018)

El Programa de Acción también declara que el objetivo de la salud sexual “es la optimización de la vida y de las relaciones personales, y no meramente el asesoramiento y la atención en materia de reproducción y de infecciones de transmisión sexual”. (OMS, 2018)

Entre los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) acordados por los estados en 2001, la meta 5b requirió lograr para 2015, el acceso universal a la salud reproductiva. Al final de ese período, se notificó que la prevalencia mundial de los anticonceptivos fue del 64% (41% en países de bajos ingresos) y la demanda no satisfecha de planificación familiar a nivel mundial fue del 12% (22% en países de bajos ingresos). (OMS, 2018)

Ahora, entre los nuevos Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), las metas 3.7 y 5.6 demandan el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva; los derechos reproductivos y de salud sexual, respectivamente para 2030. (OMS, 2018)

Se calcula que en 2019 había 1 900 millones de mujeres en edad reproductiva (entre 15 y 49 años) en el mundo, de las cuales 1 112 millones utilizaron algún método de planificación familiar. (OMS, 2018)

Según datos de la última Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) 2018, para el quinquenio 2013-2017 a nivel nacional, la Tasa Global de Fecundidad (TGF) fue de 2.21 hijos por mujer en edad reproductiva (2.4 según

ENADID en 2009). En el estado de Querétaro fue de 2.01 hijos por mujer en edad reproductiva y en la Ciudad de México de 1.34. (INEGI, 2018)

Respecto a la cobertura anticonceptiva, a nivel nacional, según ENADID 2018, el 73.1% de las mujeres encuestadas de 15 a 49 años utilizó algún método anticonceptivo. En lo que respecta al estado de Querétaro en las mujeres encuestadas de 15 a 49 años, la prevalencia de uso des método anticonceptivo fue de 71.69% en mujeres del mismo grupo de edad. (INEGI, 2018)

En el municipio de San Juan del Río, Querétaro en el 2019 se reportó un total de 4,509 nacimientos, con una tasa de natalidad de 15.04 nacimientos por cada mil habitantes y una tasa de fecundidad de 53.37 nacimientos por cada mil mujeres de 15 a 49 años. (Estadísticas Vitales Natalidad [EVN], 2020)

La Unidad de Medicina Familiar No.6, IMSS, cuenta con una población total de 26,044 mujeres de 15 a 49 años. Para el 2020 se tuvo una proyección de población activa anual en métodos de planificación familiar de 648 usuarias, esperando un promedio mensual de 54 usuarias. (Instituto Mexicano del Seguro Social. Unidad de Medicina Familiar No.6 [IMSS-UMF6], 2021)

III. Fundamentación teórica

III.1 Planificación familiar

La Declaración y Plataforma de Acción de Beijing de 1995 define los derechos reproductivos como “el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos de decidir libre y responsablemente la cantidad de hijos(as) que desean tener, el espaciamiento de los embarazos, la planificación familiar y el derecho de alcanzar el mejor estándar de salud sexual y reproductiva”. (OMS, 2018)

En los términos del Artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; la planificación familiar es el derecho de toda persona a decidir de manera libre, responsable e informada, sobre el número y el espaciamiento de sus hijos, así como el derecho a recibir información, consejería y acceso a métodos anticonceptivos de su elección, seguros y eficaces. (SSPAE,2018) (Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 2019, Artículo 4)

Dentro del concepto de la salud reproductiva, la planificación familiar es un derecho humano que implica la facultad que tienen hombres y mujeres de disfrutar de una vida sexual satisfactoria, segura, libre e informada; sin el riesgo de padecer violencia, adquirir alguna enfermedad, tener un embarazo no deseado, ejercer el derecho de procrear o no, así como la libertad para decidir, cuándo, cómo, con quien y con qué frecuencia hacerlo. (SSPAE,2018)

En México las políticas públicas en materia de planificación familiar y anticoncepción se remontan a la década de los setenta, cuando la fecundidad y el crecimiento de la población alcanzaron los niveles más altos en la historia del país. (SSPAE,2018)

La prestación de los servicios de planificación familiar deberá de otorgarse de una manera integral con calidad y calidez a toda la población, “proporcionar información, orientación, consejería, selección, prescripción y aplicación de métodos de control de la fertilidad, así como identificación y referencia en casos de esterilidad e infertilidad”. (NOM 005-SSA2-1993)

La consejería en planificación familiar es un proceso de análisis y comunicación personal entre el prestador de servicios, el usuario potencial y el usuario activo, donde se proporciona información, orientación y apoyo educativo a individuos y parejas, acerca de las indicaciones, uso, seguridad y efectividad de los métodos anticonceptivos. (NOM 005-SSA2-1993)

La promoción de la planificación familiar y el acceso a los métodos anticonceptivos tiene diversos beneficios para la población, entre los que se incluyen los siguientes: (SSPAE,2018)

1. Apoya a las personas en la toma de decisiones bien informadas sobre su salud sexual y reproductiva.
2. Contribuye a evitar hasta una tercera parte de las muertes maternas al prevenir embarazos no planeados y de alto riesgo, particularmente en los extremos de la vida reproductiva.
3. Reduce el número de abortos.
4. Favorece la sobrevivencia de los recién nacidos, por tanto, reduce la mortalidad infantil como resultado de la ampliación del espaciamiento entre nacimientos.
5. Mejora la condición y el empoderamiento de las mujeres, ya que, al poder controlar su reproducción, les facilita su desarrollo personal e incrementa la posibilidad de ingresar a la fuerza laboral.
6. Contribuye a la reducción de la pobreza y a mejorar el desarrollo económico.

7. Disminuye los costos asociados a la atención médica debido a que disminuye el gasto de atención materna y cuidados del recién nacido.
8. Contribuye a la sostenibilidad ambiental, ya que el crecimiento poblacional acelerado ejerce fuerte presión sobre los recursos naturales. (SSPAE,2018)

La selección de un método anticonceptivo se realiza mediante los criterios médicos de elegibilidad de la OMS, son recomendaciones que sirven de base para tomar decisiones sobre diversos anticonceptivos según las condiciones médicas de cada usuaria. (Bertón et al. 2017)

Las condiciones médicas se clasifican en cuatro categorías basadas en los riesgos y los beneficios relacionados con el uso del método, para evaluar la situación de una paciente respecto de estas categorías, es esencial realizar una atenta y cuidadosa historia clínica. (Bertón et al. 2017)

Las usuarias clasificadas como categoría 1 o 2 pueden usar el método, las mujeres con condiciones clasificadas como categoría 3 o 4 no deben usar el método. (Gobierno de Chile, Ministerio de Salud [GCMS], 2004)

- **Categoría 1:** el método no plantea ningún riesgo y puede usarse sin restricciones.
- **Categoría 2:** los beneficios de usar el método generalmente contrarrestan ampliamente los riesgos teóricos o comprobados.
- **Categoría 3:** los riesgos del método generalmente son superiores a los beneficios.
- **Categoría 4:** para las mujeres con estas condiciones, el método plantea un riesgo inaceptable para la salud y no debe usarse.

III.2 Métodos anticonceptivos

Los métodos anticonceptivos son todos aquellos capaces de evitar o reducir las posibilidades de un embarazo. Pueden utilizarse desde la primera relación sexual y durante toda la vida fértil de la persona. (Ministerio de Salud Nacional Argentina [MSNA], 2021)

La NOM-005-SSA2-1993 "establece que los métodos anticonceptivos son aquéllos que se utilizan para impedir la capacidad reproductiva de un individuo o una pareja en forma temporal o permanente". (NOM 005-SSA2-1993)

En la actualidad existe una gran variedad de métodos anticonceptivos, que se adaptan a las necesidades de cada mujer; siendo efectivos y de bajo costo. Las mujeres deben conocer las opciones anticonceptivas que hay en nuestro medio y ser orientadas sobre los beneficios de utilizarlos. (Carbajal Orozco, 2014)

Para la provisión de los métodos anticonceptivos, los únicos requisitos que deben ser cubiertos por el equipo de salud son:

- Brindar información adecuada validada científicamente y en forma accesible en todos los casos
- Asegurar la confidencialidad y preservación de la intimidad
- Brindar la atención acompañando la decisión autónoma de las mujeres
- Realizar consejería y dar información sobre otros métodos anticonceptivos
- Contar con el consentimiento informado firmado por la usuaria o el usuario
- Las y los adolescentes no necesitan acompañamiento de sus padres ni de otro adulto para que se les provean métodos anticonceptivos. (Norma Oficial Mexicana NOM 047-SSA [NOM 005-SSA-2015], 2015)

Los métodos anticonceptivos se clasifican de acuerdo con su mecanismo de acción en:

Anticonceptivos hormonales: según la Guía para profesionales de la salud "son aquellos métodos que impiden la concepción mediante acciones sobre el eje hipotálamo-hipófisis-gonadal, o por acción local inhibiendo el ascenso de espermatozoides". (MSNA, 2021)

Existen distintas maneras de clasificarlos

Según su composición se clasifican en:

- Anticonceptivos hormonales combinados: compuestos por hormonas que derivan de los estrógenos y de la progesterona.
- Anticonceptivos hormonales solo de progestágenos: compuestos por un derivado de la progesterona o progestágeno, similar a la hormona producida naturalmente por la mujer.

Según su mecanismo de acción se clasifican en:

- Anovulatorios: inhiben la ovulación incidiendo sobre el eje de regulación hormonal del ciclo.
- No anovulatorios: actúan produciendo cambios en el moco cervical.

Según su vía de administración se clasifican en:

- Orales
- Inyectables
- Dérmicos
- Subdérmico
- Vaginales
- Intrauterinos

Métodos intrauterinos: Son dispositivos flexibles que se colocan dentro de la cavidad uterina y actúan por mecanismos locales de alteración del medio uterino que lo hacen desfavorable para la fecundación. (MSNA, 2021) Existen dos tipos:

- Dispositivo intrauterino (DIU) medicado con cobre.
- Dispositivo intrauterino (DIU) medicado con progestágeno (Levonorgestrel).

La eficacia de los métodos anticonceptivos se determina por el Índice de Pearl, que mide el número de embarazos por cada cien mujeres al año, que utilizan un determinado método. La eficacia está relacionada con el uso correcto y consistente del método anticonceptivo elegido, la mayoría de las usuarias y de los usuarios tienden a hacer más efectivo el método a medida que adquieren mayor experiencia en su uso. (MSNA, 2021), (NOM 005-SSA2-1993)

DIU T de cobre 380

El dispositivo intrauterino (DIU) es un método anticonceptivo eficaz, duradero, fácil de usar, desvinculado del coito y reversible. Se trata de una pequeña estructura flexible, de plástico, que se coloca dentro de la cavidad uterina. Es utilizado en la actualidad por más de 160 millones de mujeres en todo el mundo. (MSNA, 2021), (NOM 005-SSA2-1993)

La mayoría de los DIU están formados por una estructura de plástico, con un vástago vertical que es rodeado por el hilo de cobre y una o dos ramas horizontales (rectas o curvas, según el modelo de DIU), que en algunos modelos llevan unos anillos de cobre. El otro extremo del vástago lleva anudados uno o dos hilos. Estos hilos atraviesan el canal cervical, asoman por el orificio cervical externo y servirán como guías del DIU, para el control periódico y para su extracción. (MSNA, 2021), (NOM 005-SSA2-1993)

Los DIU medicados con cobre (Cu) son los más utilizados en la actualidad. Existen diferentes modelos: T, 7, Multiload, Nova T, siendo uno de los más difundidos a nivel mundial el DIU T Cu 380. El número que acompaña al nombre del DIU se refiere a la superficie de cobre. La carga de cobre varía según el modelo de DIU y determina la duración de su efecto anticonceptivo. (MSNA, 2013), (NOM 005-SSA2-1993)

- **Mecanismo de acción:**

A nivel del cérvix, los iones de cobre producen cambios en el moco cervical, generando un moco hostil que evita que los espermatozoides asciendan al útero. Así mismo el cobre actúa directamente sobre los espermatozoides: produce una fuerte y franca inhibición de la motilidad espermática y afecta sustancialmente la capacitación y la activación espermática, dos procesos fundamentales que los espermatozoides deben sufrir para poder fecundar al óvulo. (MSNA, 2021), (NOM 005-SSA2-1993)

Otros autores aseguran que el principal mecanismo de acción anticonceptivo es su efecto espermicida, tanto en moco como en endometrio, que se produce por la reacción inflamatoria estéril local, debida a la presencia del cuerpo extraño dentro de la cavidad. Hay un aumento del número de leucocitos responsables de la fagocitosis de los espermatozoides, que juntamente con los productos de degradación tisular, ejercen una acción tóxica sobre éstos. La presencia de iones de Cu exacerba la reacción inflamatoria. (MSNA, 2021), (NOM 005-SSA2-1993)

- **Eficacia anticonceptiva:**

El DIU es uno de los métodos anticonceptivos más eficaces. El riesgo de embarazo es muy similar entre el uso habitual y el uso correcto, ya que una vez colocado no depende prácticamente de la usuaria. Bajo condiciones habituales de

uso, este método brinda protección anticonceptiva del 95 al 99%. (NOM 005-SSA2-1993)

-Con el uso correcto:< 1 embarazo cada 100 mujeres por año de uso.

-Con el uso habitual: entre 1 y 3 embarazos cada 100 mujeres por año de uso.

Duración del efecto anticonceptivo: el DIU es un método anticonceptivo de acción prolongada. La duración está en relación con la carga de cobre. Los DIU que tienen menos de 300mm de cobre tienen una duración aproximada de 3 años. En cambio, el modelo T Cu 380 puede usarse hasta 10 años. (MSNA, 2013)

- **Recuperación de la fertilidad**

Al retirar el DIU, la reacción inflamatoria desaparece rápidamente y la fertilidad se recupera sin demora. La tasa de embarazo en las mujeres que han usado este método es similar a las que han dejado de usar otros métodos anticonceptivos. (MSNA, 2021)

- **Efectos adversos**

En general, el DIU es bien tolerado por la mayoría de las usuarias. Los efectos colaterales son poco frecuentes, generalmente limitados a los primeros meses posteriores a la inserción y se pueden manifestar como:

- Dolor pélvico durante el periodo menstrual.
- Aumento de la cantidad y duración del sangrado menstrual. El aumento del sangrado es uno de los principales motivos de extracción, especialmente dentro del primer año de uso (4 a 15% de las usuarias). (MSNA, 2013), (NOM 005-SSA2-1993)

DIU liberador de Levonorgestrel

Es un dispositivo en forma de T que se en el interior del útero el cual libera una sustancia llamada Levonorgestrel, en un periodo de 5 años. El Levonorgestrel es liberando en el útero generando atrofia del endometrio.

Tiene como beneficios: un menor riesgo de embarazo ectópico (0,02 a 0,06 / 100 mujeres año-uso), disminución del sangrado menstrual, disminución del riesgo de anemia, disminución de dolores menstruales (por reducción del flujo menstrual), cambios en el moco cervical que reduce el riesgo de Enfermedad pélvico-Inflamatoria, prevención de hiperplasia endometrial y es utilizado como tratamiento alternativo de la endometriosis profunda. (MSNA, 2021), (NOM 005-SSA2-1993)

- **Mecanismo de acción**

El Levonorgestrel liberado genera cambios en el moco cervical el cual impide el ascenso de los espermatozoides, por otra parte, la alteración del endometrio evita que los espermatozoides sufran los cambios necesarios para lograr la fecundación. (MSNA, 2021), (NOM 005-SSA2-1993)

- **Eficacia anticonceptiva**

Tiene una duración efectiva de 5 años

El grado de satisfacción de las usuarias es mayor al 90%. (MSNA, 2021)

- **Recuperación de la fertilidad**

Posterior al retiro del método la posibilidad de concepción es de 80% durante el primer año. (MSNA, 2021)

- **Efectos adversos**

- Amenorrea: El DIU produce amenorrea en un 50% de las usuarias posterior a los 2 años de uso.

- Goteo persistente: puede llegar a generar un goteo escaso y persistente el cual se puede presentar durante los primeros meses después de la colocación.
- Tensión mamaria: Es un efecto que se presenta durante los primeros 6 meses de utilizar el método, posteriormente desaparece sin dejar complicaciones.
- Otros: Puede ocasionar cambios en el humor, retención de líquidos, acné muy poco frecuente, de igual manera el DIU puede generar aparición de quistes foliculares ováricos los cuales suelen aparecer durante los primeros ciclos menstruales posterior a la colocación y se reabsorben espontáneamente. (MSNA, 2021), (NOM 005-SSA2-1993)

Implante subdérmico liberador de Etonorgestrel

Es un método anticonceptivo que contiene solo progestágenos el cual se coloca en la cara interna del brazo por debajo de la piel de manera subdérmica, con una duración del efecto de 3 años. Es un método temporal de acción prolongada y consiste en un sistema de liberación continua y gradual de la progestina. (NOM 005-SSA2-1993) (Montenegro et al. 2015) (Cordero Calle, 2019)

- **Mecanismo de acción**

Su mecanismo de acción se da debido a la inhibición de la ovulación y el aumento del espesamiento del moco cervical provocando impedimento en el ascenso del espermatozoide. (Cordero Calle, 2019)

- **Eficacia anticonceptiva**

Es un método considerado muy eficaz durante 3 años con un índice de seguridad del 99.5%. (NOM 005-SSA2-1993) (MSNA, 2013) (Montenegro et al. 2015)

- **Recuperación de la fertilidad**

La recuperación de la fertilidad es inmediata posterior al retiro, no existe acumulación hormonal en el cuerpo posterior al retiro.

- **Efectos adversos**

Como principal efecto adverso se tiene las alteraciones del sangrado este se puede presentar como sangrado irregular durante el primer año posteriormente el sangrado se vuelve regular o infrecuente hasta llegar a la amenorrea. Se pueden presentar algunos otros efectos como son: cefaleas, depresión, acné (puede mejorar o empeorar), variaciones de peso, tensión mamaria, mareos, cambios de humos y náuseas. (NOM 005-SSA2-1993) (MSNA, 2013) (Cordero Calle, 2019)

Hormonal Inyectable trimestral

Es un anticonceptivo inyectable trimestral que contiene Acetato de Medroxiprogesterona de depósito. Este método se administra mediante una inyección de aplicación trimestral (90 días o 13 semanas). (NOM 005-SSA2-1993) (MSNA, 2013) (Vallejo Maldonado, 2020)

- **Mecanismo de acción**

Su mecanismo de acción es debido a la inhibición de la ovulación. Las dosis altas que se utilizan de acetato de medroxiprogesterona disminuyen los niveles de gonadotropinas impidiendo la maduración folicular y la ovulación, secundario a esto ningún folículo madura lo necesario para la expulsión del

ovulo. (Vallejo Maldonado, 2020) (Secretaría de Salud de la Ciudad de México [SSCM], 2020)

- **Eficacia anticonceptiva**

Esta va a depender principalmente del apego al método es decir la regularidad en la colocación de la inyección, si se realiza el uso correcto la eficacia es del 99%, se considera menos de un embarazo por cada 100 usuarias por año de uso. (Carbajal Orozco, 2014) (MSNA, 2013)

- **Recuperación de la fertilidad**

Existe frecuentemente una demora en el restablecimiento de la fertilidad, en promedio se puede tardar unos meses en comparación con los otros métodos.

- **Efectos adversos**

- Cambios en el patrón de sangrado: Se presenta irregularidad menstrual durante los primeros meses de utilizar el método, posterior al año de utilización se puede presentar amenorrea o ausencia de sangrado.
- Demora en el restablecimiento de la fertilidad.
- Otros: Se puede presentar aumento gradual de peso, cefalea, mareos, distensión y molestia abdominal, cambios de humor y disminución del impulso sexual, pérdida de la densidad ósea. (Carbajal Orozco, 2014) (MSNA, 2013)

Hormonal Inyectable mensual

Estos son métodos anticonceptivos que contienen una combinación entre un estrógeno y un progestágeno, existen dos principales grupos que han demostrado buen beneficio y ventajas en la anticoncepción, estos son: Presentación con 25 mg de acetato de medroxiprogesterona y 5 mg de estradiol

y presentación con 50 mg de noretisterona y 5 mg de estradiol. (GCMS, 2004) (Vallejo Maldonado, 2020)

- **Mecanismo de acción**

El principal mecanismo de acción anticonceptivo Hormonales inyectables es la inhibición de la ovulación.

- **Eficacia anticonceptiva**

Estos métodos son altamente eficaces. Tienen una tasa acumulada de embarazo a los 12 meses de uso correcto de 0.1 por cada 100 mujeres que utilizan el método, teniendo una tasa de 3 por 100 mujeres en uso típico. (GCMS, 2004)

- **Recuperación de la fertilidad**

La función ovárica es recupera rápidamente al dejar de utilizar el método. Se sabe que un 78% de las mujeres ovula en los primeros 6 meses y 38% de las mujeres se embarazan al año de suspensión del método anticonceptivo.

- **Efectos secundarios**

Los efectos adversos son similares a los otros métodos anticonceptivos combinados, principalmente se presenta cefalea, náusea, mareo, mastalgia. Regularmente las usuarias presentan un sangrado endometrial posterior a los 15 días de su administración lo cual coincide con la caída de los niveles plasmáticos del estradiol sintético. (GCMS, 2004) (Carbajal Orozco, 2014) (MSNA, 2013)

Hormonal Oral

Es un método el cual contiene una progesterona como desogestrel o levonorgestrel combinado con un estrógeno como etinilestradiol. Los métodos orales más utilizados son los que contienen 30 mcg de etinilestradiol y 150 mcg

de levonorgestrel. En general la presentación está disponible en envases con 21 tabletas las cuales se toman de manera consecutiva, con un periodo de descanso de 7 días. También existen envases con 28 tabletas que tiene 21 tabletas con hormonas y 7 con placebo, hierro o vitaminas las cuales se toman en la semana de descanso. (GCMS, 2004) (Carbajal Orozco, 2014)

- **Mecanismo de acción**

La combinación que contiene un estrógeno (etinilestradiol) y un progestágeno (desogestrel), cuya principal acción es suprimir el sistema hipotálamo-hipófisis, provocando la disminución de la secreción de hormona liberadora de gonadotropina. (SSCM, 2020)

La progestina libera la hormona luteinizante (LH) junto con los estrógenos y suprimen a la hormona estimulante (FSH) desde la pituitaria anterior. Tanto el estrógeno como la progestina inhiben la maduración y liberación del óvulo dominante. Además, provocan un aumento en la viscosidad del moco cervical, previniendo la penetración de los espermatozoides. También se produce la alteración del tejido endometrial. (SSCM, 2020)

- **Eficacia anticonceptiva**

Bajo buenas condiciones de uso, se brinda anticoncepción de un 90 a 97%. (NOM 005-SSA2-1993)

- **Recuperación de la fertilidad**

Seis meses después de discontinuar el método, el 99% de las mujeres recuperan los ciclos menstruales. Después de 2 años de suspender el método, la tasa de embarazo es de 90% o más. (Carbajal Orozco, 2014) (MSNA, 2013)

- **Efectos adversos**

La cefalea es el efecto más frecuente, seguido por náuseas, aumento de peso, acné, mastalgia, edema, flujo vaginal inespecífico y tensión premenstrual. Por otra parte, se puede presentar irritabilidad, disminución de la libido, cambios de humor cambios de peso y ánimo depresivo, puede presentarse cloasma, de igual manera pueden existir sangrados uterinos. (GCMS, 2004) (Suiza, 2011)

Parche transdermico

El parche es un método anticonceptivo que tiene un sistema de liberación tipo matriz, el cual contiene polímeros de Etinilestradiol y el gestágenos los cuales son absorbidos por la piel y pasan a la circulación sistémica. Cada parche mide 4.5 cm de largo por 4.5 cm de ancho y menos de 1mm de grosor. Su contenido es de: 6mg de norelgestromina y 0,6mg de etinilestradiol y libera a diario 20mcg de Etinilestradiol y 150mcg de norelgestromina. (Carbajal Orozco, 2014) (MSNA, 2013) (Suiza, 2011)

El parche se cambia cada 7 días, siempre en el mismo día de la semana, se completa un total de 3 parches por ciclo, se quita el último parche y se deja una semana de descanso, después de 7 días de descanso se coloca un nuevo parche. (Servicio Madrileño de Salud [[MSNA],], 2018)

- **Mecanismo de acción**

El parche transdermico impiden la ovulación, modificando la mucosidad cervical, así como el recubrimiento del útero. Esta combinación estrógeno-progestágeno, modifica la liberación de las hormonas hipofisarias, LH (luteinizante) y FSH (folículo estimulante) impidiendo la ovulación.

- **Eficacia anticonceptiva**

Es un anticonceptivo altamente eficaz a partir de las 24 horas de su aplicación. Si se usa correctamente su efectividad es del 99%. (Instituto Mexicano del Seguro Social [IMSS], 2020)

- **Recuperación de la fertilidad**

Nunca deben pasar más de 7 días sin que use el parche. De hacerlo se corre riesgo de embarazo.

- **Efectos adversos**

Los efectos adversos informados con mayor frecuencia son: cefalea, náuseas, molestias en los senos, dismenorrea y dolor abdominal, así como reacción en el punto de aplicación.

III. 3 Abandono precoz de métodos anticonceptivos

La interrupción de la anticoncepción se define como el cambio o suspensión definitiva de un método anticonceptivo y que a su vez esta suspensión no sea seguida inmediatamente por la reanudación de otro método anticonceptivo y mientras tanto la mujer se encuentra en riesgo de un embarazo no deseado. (Zemenu et al. 2017) (Bradley et al. 2020) (Francis Ng'ang'a, 2016)

Abandono precoz se refiere al proceso o actividad de terminar antes de un año la utilización del método anticonceptivo. (Zemenu et al. 2017) (Bradley et al. 2020) (Francis Ng'ang'a, 2016)

Se considera que la suspensión del uso de un método de planificación familiar por una mujer en edad fértil puede ser activa cuando una persona llega al servicio de planificación para retirarse un DIU, o pasiva que no requiere mayor esfuerzo, cuando la mujer olvida su cita para la administración de la inyección o

no se toma la píldora todos los días. (Torres Ixcayau, 2015) (Bradley et al. 2020) (Borges y Moreau, 2019)

No todas las mujeres que discontinúan un método de planificación familiar dejan de usar anticoncepción, deciden cambiar de método, por uno con menos efectos secundarios o más efectivo. Altas tasas de abandono indican la pérdida de oportunidades para promover y mantener el uso del anticonceptivo, por lo tanto, puede ser una medida de la calidad del servicio del programa de planificación familiar. (Torres Ixcayau, 2015) (Bradley et al. 2020) (Borges y Moreau, 2019)

Julio Bertón en un estudio descriptivo transversal de DIU T de cobre 380 reporta una continuidad del método del 72.2%, mientras que 43.0% habían discontinuado el método, lo que representa un 23,8% del total de las pacientes que contestaron la encuesta. Los motivos de discontinuación son: sangrado (n19:44,2%), deseo de embarazo (n 8:18,6%), dolor (n7:16,2%), expulsión también un (n 7:16,2%), problemas con las relaciones sexuales un (n 1:2,3%), otros (n 1:2,3%). (Bertón et al. 2017)

Coello describe las principales causas de desapego del DIU liberador de Levonorgestrel, en estas se incluyen; sangrado prolongado (59%), hemorragia no esperada (**52%**), amenorrea (6-20%) y manchado (23-**31%**) después de un año de permanencia del método. En relación con el implante subdérmico reporta que el **20%** de las usuarias tiene episodios irregulares de sangrados frecuentes o prolongados los cuales no pueden ser bien tolerados y provocan el desapego del tratamiento. (Barrera et al. 2019)

En un estudio cuyo objetivo fue determinar los efectos secundarios del implante subdérmico de etonorgestrel que afectaron a sus usuarias y determinaron su influencia en la deserción de dicho método, se encontró que los efectos secundarios que más se presentaron fueron: ciclo menstrual irregular

(71.4%), spotting (11.7%), no presentaron cambios (11%), polimenorrea (3.9%), oligomenorrea (2%). (Paucar Osornio, 2019)

En un estudio observacional efectuado cuyo objetivo fue estimar la prevalencia de abandono, cambio o falla de los anticonceptivos hormonales, reporta un abandono general del método anticonceptivo del 20%. Respecto a la falla terapéutica del anticonceptivo reportó lo siguiente; Oral **42.8%** (39-46), Inyectable **33.3%** (29-36), Implante transdermico 0.0 (0-0), Dispositivo intrauterino 3.1% (1-4). (Niño et al. 2019)

Los principales motivos de abandono fueron: eventos adversos 30,7% (IC 27-34), Cese de la vida sexual 46.8% (IC 43-50), información de poca efectividad 4,4% (IC 2-5), indicaciones médicas 12.8% (IC 10-15) embarazo 4,7% (IC 3-6).

Un estudio cuyo objetivo fue determinar los factores que influyen en el abandono de los métodos anticonceptivos de larga evolución, en este estudio describe que el 12% de las usuarias abandonaron el método anticonceptivo inyectable trimestral, como principales motivos fueron amenorrea 4%, aumento de peso **38%**, cefalea 22% y como principales causas de abandono de dispositivo intrauterino; amenorrea 3%, cefalea 18%. (Ramírez Angulo, 2018)

Las razones para la interrupción del parche anticonceptivo son; la reacción en el lugar de aplicación, reportando una tasa de incidencia del **17.4%**, provocando la interrupción del método en 1.9%. Los síntomas mamarios limitaron el tratamiento en un 1,9%, la tasa de desprendimiento es de 4,7%, siendo el 1,8% totalmente desprendido y el 2,9% parcialmente desprendido. (Galzote et al. 2017)

IV Pregunta de investigación

¿Cuáles son los factores que contribuyen para el abandono precoz de los métodos anticonceptivos en planificación familiar?

IV. Hipótesis

IV.1 Hipótesis estadísticas

- **DIU T de cobre 380**

Ha: En el grupo de pacientes con abandono precoz de DIU T de cobre 380 la prevalencia del factor de exposición de efectos adversos como motivo de abandono es mayor a 16.2% y en el grupo de pacientes sin abandono precoz de DIU T de cobre 380 la prevalencia del factor de exposición de efectos adversos como motivo de abandono es mayor a 5%.

Ho: En el grupo de pacientes con abandono precoz de DIU T de cobre 380 la prevalencia del factor de exposición de efectos adversos como motivo de abandono es igual o menor a 16.2% y en el grupo de pacientes sin abandono precoz de DIU T de cobre 380 la prevalencia del factor de exposición de efectos adversos como motivo de abandono es igual o menor a 5%.

- **DIU T liberador de Levonorgestrel**

Ha: En el grupo de pacientes con abandono precoz de DIU liberador de levonorgestrel la prevalencia del factor de exposición de efectos adversos como motivo de abandono es mayor a 52% y en el grupo de pacientes sin abandono precoz de DIU liberador de levonorgestrel la prevalencia del factor de exposición de efectos adversos como motivo de abandono es mayor a 31%.

Ho: En el grupo de pacientes con abandono precoz de DIU liberador de levonorgestrel la prevalencia del factor de exposición de efectos adversos como motivo de abandono es igual o menor a 52% y en el grupo de pacientes sin abandono precoz de DIU liberador de levonorgestrel la prevalencia del factor de exposición de efectos adversos como motivo de abandono es igual o menor a 31%.

- **Implante subdérmico**

Ha: En el grupo de pacientes con abandono precoz del Implante subdérmico la prevalencia del factor de exposición de efectos adversos como motivo de abandono es mayor a 20% y en el grupo de pacientes sin abandono precoz del Implante subdérmico la prevalencia del factor de exposición de efectos adversos como motivo de abandono es mayor a 11%.

Ho: En el grupo de pacientes con abandono precoz del Implante subdérmico la prevalencia del factor de exposición de efectos adversos como motivo de abandono es menor o igual a 20% y en el grupo de pacientes sin abandono precoz de Implante subdérmico la prevalencia del factor de exposición de efectos adversos como motivo de abandono es menor o igual a 11%.

- **Hormonal Oral**

Ha: En el grupo de pacientes con abandono precoz del Hormonal Oral la prevalencia del factor de exposición de falla terapéutica como motivo de abandono es mayor a 42.8% y en el grupo de pacientes sin abandono precoz del Hormonal Oral la prevalencia del factor de exposición de falla terapéutica como motivo de abandono es mayor a 15%.

Ho: En el grupo de pacientes con abandono precoz del Hormonal Oral la prevalencia del factor de exposición de falla terapéutica como motivo de abandono es igual o menor a 42.8% y en el grupo de pacientes sin abandono precoz del Hormonal Oral la prevalencia del factor de exposición de falla terapéutica como motivo de abandono es igual o menor a 15%.

- **Hormonal Inyectable Mensual**

Ha: En el grupo de pacientes con abandono precoz del Hormonal Inyectable Mensual la prevalencia del factor de exposición de falla terapéutica como motivo de abandono es mayor a 33% y en el grupo de pacientes sin abandono precoz del Hormonal Inyectable Mensual la prevalencia del factor de exposición de falla terapéutica como motivo de abandono es mayor a 15%.

Ho: En el grupo de pacientes con abandono precoz del Hormonal Inyectable Mensual la prevalencia del factor de exposición de falla terapéutica como motivo de abandono es igual o menor a 33% y en el grupo de pacientes sin abandono precoz del Hormonal Inyectable Mensual la prevalencia del factor de exposición de falla terapéutica como motivo de abandono es igual o menor a 15%.

- **Hormonal Inyectable Trimestral**

Ha: En el grupo de pacientes con abandono precoz del Hormonal Inyectable Trimestral la prevalencia del factor de exposición de efectos adversos como motivo de abandono es mayor a 38% y en el grupo de pacientes sin abandono precoz del Hormonal Inyectable Trimestral la prevalencia del factor de exposición de efectos adversos como motivo de abandono es mayor a 15%.

Ho: En el grupo de pacientes con abandono precoz del Hormonal Inyectable Trimestral la prevalencia del factor de exposición de efectos adversos como motivo de abandono es igual o menor a 38% y en el grupo de pacientes sin abandono precoz del Hormonal Inyectable Trimestral la prevalencia del factor de exposición de efectos adversos como motivo de abandono es igual o menor a 15%.

- **Parche Transdermico**

Ha: En el grupo de pacientes con abandono precoz del Parche Transdermico la prevalencia del factor de exposición de efectos adversos como motivo de abandono es mayor a 17.4% y en el grupo de pacientes sin abandono precoz del Parche Transdermico la prevalencia del factor de exposición de efectos adversos como motivo de abandono es mayor a 6%.

Ho: En el grupo de pacientes con abandono precoz del Parche Transdermico la prevalencia del factor de exposición de efectos adversos como motivo de abandono es igual o menor a 17.4% y en el grupo de pacientes sin abandono precoz del Parche Transdermico la prevalencia del factor de exposición de efectos adversos como motivo de abandono es igual o menor a 6%.

V. Objetivos

V.I Objetivo general

VI.1. Objetivo general

Determinar los factores que contribuyen para el abandono precoz de los métodos anticonceptivos en planificación familiar

VI.2. Objetivo específico

- Determinar los factores que contribuyen para el abandono precoz del DIU T de cobre 380
- Determinar los factores que contribuyen para elabandono precoz del Dispositivo Intrauterino liberador de Levonorgestrel
- Determinar los factores que contribuyen para el abandono precoz del Implante Subdérmico (Liberador de Etonorgestrel)
- Determinar los factores que contribuyen para el abandono precoz del Hormonal Trimestral (medroxiprogesterona 150mg)
- Determinar los factores que contribuyen para el abandono precoz del Hormonal inyectable mensual (medroxiprogesterona/estradiol)
- Determinar los factores que contribuyen al abandono precoz del hormonal oral(Levonorgestrel/Etinilestradiol)
- Determinar los factores que contribuyen para el abandono precoz del Parche Subdérmico(Norelgestronina/Etinilestradiol)
- Identificar las características sociodemográficas de la población
- Identificar antecedentes personales patológicos de la población
- Identificar antecedentes gineco-obstétricos de la población

VI. Material y métodos

VI.1 Tipo de investigación

Estudio de casos y controles anidado en una cohorte

VI.2 Población o unidad de análisis

Mujeres que acudieron al módulo de planificación familiar de la Unidad de Medicina Familiar No. 6, San Juan del Rio Querétaro del IMSS. Usuaris de métodos anticonceptivos:

- DIU T de cobre 380
- DIU liberador de levonorgestrel
- Implante subdérmico (liberador de Etonorgestrel)
- Hormonal Inyectable Mensual
- Hormonal Inyectable Trimestral
- Hormonal oral (Levonorgestrel/Etinilestradiol)
- Parche subdérmico

VI.3 Muestra y tipo de muestra

Se calculó con la fórmula de casos y controles

$$n = \frac{\left[Z\alpha \sqrt{\left(1 + \frac{1}{c}\right) p'q'} + Z\beta \sqrt{p_1q_1 + \frac{p_0q_0}{c}} \right]^2}{(p_1 - p_0)^2}$$

Donde:

Subgrupo 1: DIU T cobre 380

$Z\alpha$ = nivel de confianza 0.95%, una zona de rechazo = 1.64

$Z\beta$ =poder de la prueba 0.80% = 0.842

c = relación 1:1

p' =0.135

q' =1- p' =0.865

p_1 =0.162

q_1 =1- p_1 =0.838

p_0 =0.05

q_0 =1- p_0 =0.95

$n= 20$

Subgrupo 2: DIU liberador de levonorgestrel

$Z\alpha$ = nivel de confianza 0.95%, una zona de rechazo = 1.64

$Z\beta$ =poder de la prueba 0.80% = 0.842

c = relación 1:1

p' =0.41

q' =1- p' =0.59

p_1 =0.52

q_1 =1- p_1 =0.48

p_0 =0.31

q_0 =1- p_0 =0.69

$n= 32$

Subgrupo 3: Implante subdérmico

$Z\alpha$ = nivel de confianza 0.95%, una zona de rechazo = 1.64

$Z\beta$ =poder de la prueba 0.80% = 0.842

c = relación 1:1

p' =0.12

q' =1- p' =0.88

p_1 =0.20

q_1 =1- p_1 =0.80

p_0 =0.04

q_0 =1- p_0 =0.96

$n = 55$

Subgrupo 4: Hormonal Inyectable Mensual

$Z\alpha$ = nivel de confianza 0.95%, una zona de rechazo = 1.64

$Z\beta$ =poder de la prueba 0.80% = 0.842

c = relación 1:1

p' =0.14

q' =1- p' =0.86

p_1 =0.33

q_1 =1- p_1 =0.67

p_0 =0.15

$$q_0=1-p_0=0.85$$

$n=22$

Subgrupo 5: Hormonal Inyectable Trimestral

$Z\alpha$ = nivel de confianza 0.95%, una zona de rechazo = 1.64

$Z\beta$ =poder de la prueba 0.80% = 0.842

c = relación 1:1

$$p'=0.19$$

$$q'=1-p'=0.81$$

$$p_1=0.38$$

$$q_1=1-p_1=0.62$$

$$p_0=0.15$$

$$q_0=1-p_0=0.85$$

$n=15$

Subgrupo 6: Hormonal Oral

$Z\alpha$ = nivel de confianza 0.95%, una zona de rechazo = 1.64

$Z\beta$ =poder de la prueba 0.80% = 0.842

c = relación 1:1

$$p'=0.318$$

$$q'=1-p'=0.682$$

$$p1=42.8$$

$$q1=1-p1 =0.514$$

$$p0=0.15$$

$$q0=1-p0 =0.85$$

$n= 11$

Subgrupo 7: Parche Transdermico

$Z\alpha$ = nivel de confianza 0.95%, una zona de rechazo = 1.64

$Z\beta$ =poder de la prueba 0.80% = 0.842

c = relación 1:1

$$p'=0.15$$

$$q'=1-p'=0.85$$

$$p1=0.174$$

$$q1=1-p1 =0.826$$

$$p0=0.06$$

$$q0=1-p0 =0.94$$

$n= 22$

$n=177$ por grupo (354 pacientes)

VI.3.1 Criterios de selección

Criterios de inclusión:

Pacientes usuarias de métodos anticonceptivos de primera vez que acudieron al módulo de planificación familiar de la Unidad de Medicina Familiar No.6, San Juan del Rio, Querétaro del Instituto Mexicano del Seguro Social y aceptaron participar en el estudio.

Criterio de exclusión:

Pacientes que cuentan con indicación terapéutica secundario a patología ginecológica.

Criterios de eliminación

Pacientes que continuaron el control de planificación familiar en otra unidad o medio particular.

Pacientes que no fueron localizadas para seguimiento.

VI.3.2 Variables estudiadas

Se analizaron variables sociodemográficas (escolaridad, religión, estado civil, ocupación), factores biológicos (edad, peso, talla, comorbilidades), antecedentes personales patológicos (alergias, transfusiones, cirugías), adicciones (tabaquismo, alcoholismo), antecedentes gineco obstétricos (número de embarazos, fecha de ultima menstruación, lactancia), antecedentes de planificación familiar (método utilizado anteriormente, método ofertado en planificación familiar, fecha de inicio del método, revaloraciones en un año, numero de revaloraciones, abandono precoz, tiempo de uso del método) efectos adversos (cefalea, amenorrea, sangrado continuo, hemorragia, nausea o vómito, aumento de peso, fatiga, varices en extremidades, dolor pélvico, dolor mamario,

acné, melasma, mareo, labilidad emocional, aumento de apetito, irregularidad del ciclo, insomnio, disminución del libido, retención de líquidos, sequedad vulvovaginal, calambres, otros), motivo de abandono (cambio de método, indicación médica, deseo de embarazo, cese de la vida sexual activa, no disponibilidad de insumos, desacuerdo de pareja, aspectos religiosos, efectos adversos, mala información de familiares o amigos, embarazo o falla del métodos).

VI.4 Procedimientos

El procedimiento para la recolección de la información se inició después de la autorización del comité local de ética e investigación y la autorización de las autoridades correspondientes de la UMF 6 de San Juan del Río.

Se acudió al Módulo de Planificación familiar de la UMF y se seleccionaron a las usuarias que participaron en el estudio:

- a) Se realizó la explicación del proyecto de investigación y posterior a la aceptación de la participante se procedió a la firma del consentimiento informado.
- b) Se realizó el llenado del instrumento de recolección de datos

El llenado del instrumento de recolección de datos se realizó por el investigador posterior al interrogatorio dirigido a la paciente.

Los grupos se conformaron de acuerdo con el uso del método anticonceptivo.

- a) Casos: Pacientes con abandono del método anticonceptivo antes de un año de uso.
- b) Controles: Pacientes que continúan con el método anticonceptivo por más de un año de uso.

Los datos obtenidos se ingresaron a una base de datos para el análisis estadístico. Se utilizó el programa SPSS.

VI.4.1 Análisis estadístico

El análisis estadístico incluirá promedios, porcentajes, intervalos de confianza, χ^2 , regresión logística, múltiple.

VI.4.2 Consideraciones éticas

El proyecto fue aprobado por la Dirección de Investigación y Posgrado de la Universidad Autónoma de Querétaro, con número de registro 13190. Fue evaluado y aceptado por el comité local de investigación y ética en investigación en salud del Instituto Mexicano del Seguro Social, con número de registro R-2021-2201-036.

Este proyecto de investigación requirió carta de consentimiento informado, ya que la información se obtuvo directamente de las pacientes que aceptaron participar en el estudio, así como la aplicación de instrumentos. Estos datos se registraron en el instrumento de recolección de datos. La información recabada se manejó con confidencialidad y se utilizó solo para el cumplimiento de los objetivos del estudio.

Este estudio se apegó a los principios enunciados en la declaración de la Asociación Médica Mundial de Helsinki de 1964 y su revisión en la Asamblea de Fortaleza, Brasil, en 2013. En la cual se establecen los principios éticos para la investigación médica en humanos, incluido la investigación de material humano y de información, que requiere consentimiento informado de los participantes, garantizando la confidencialidad de los resultados, así como la utilización de los mismos solo para el cumplimiento de los objetivos del estudio de investigación.

De acuerdo con el Reglamento de la Ley General de Salud en su última reforma publicada en el Diario Oficial de la Federación el día 01 de septiembre

de 2011, en su Título segundo, capítulo I, Artículo 17, sección I: Investigación sin riesgo: Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquéllos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta.

VII. Resultados

Se estudiaron 456 pacientes. Un grupo con abandono precoz de 214 pacientes y un grupo no abandono con 242 pacientes.

Características Sociodemográficas

La escolaridad predominante en el grupo de abandono precoz es preparatoria o bachillerato en 59.3% (IC 95%;54.8-63.8), seguido de secundaria en 25.2% (IC 95%;21.2-29.2), mientras que el grupo de no abandono predomina el nivel preparatoria o bachillerato con 44.6% (IC 95%;40.0-49.2), seguido de secundaria con 33.1% (IC 95%;28.8-37.4).

La religión predominante en el grupo de abandono precoz es católica con 77.6% (IC 95%;73.8-81.4), seguido del grupo sin religión con 11.7% (IC 95%;8.7-14.7), en el grupo de no abandono es religión católica en 78.9% (IC 95%;75.2-82.6), seguido de grupo sin religión con 13.2% (IC 95%;10.1-16.3).

El estado civil predominante en el grupo de abandono precoz fue casado en 42.1% (IC 95%;37.6-46.6), seguido de unión libre en 39.3% (IC 95%;34.8-43.8), en el grupo de no abandono fue casada en 41.7% (IC 95%;37.2-46.2), seguido de unión libre con 35.1% (IC 95%;30.7-39.5).

La ocupación predominante en el grupo de abandono precoz es hogar en 39.7% (IC 95%;35.2-44.2), seguido de empleada con 36.4% (IC 95%;32.0-40.8). en el grupo de no abandono predomina la ocupación hogar en 40.5% (IC 95%;36.0-45.0), seguido de empleada con 38.0% (IC 95%;33.5-42.5).

Antecedentes personales patológicos

En el grupo de abandono precoz el 6.1% (IC 95%;3.9-8.3) tiene como antecedente algún tipo de alergia, en el grupo de no abandono el 10.7% (IC 95%;7.9-13.5).

En el grupo de abandono precoz el 0.5% (IC 95%;0.0-1.1) tiene como antecedente transfusión sanguínea, mientras que en el grupo de no abandono el 2.5% (IC 95%;1.1-3.9).

En el grupo de abandono precoz el 50.55% (IC 95%;46.0-55.1) tiene antecedentes quirúrgicos, mientras que en el grupo de no abandono 57.4% (IC 95%;52.9-61.9).

La comorbilidad predominante en el grupo de abandono precoz fue obesidad en 3.3% (IC 95%;1.7-4.9), seguido de migraña con 1.9% (IC 95%;0.6-3.2), en el grupo de no abandono predominó obesidad con 6.2% (IC 95%;4.0-8.4), seguido de enfermedad tiroidea con 2.5% (IC 95%;1.1-3.9), en el grupo de abandono precoz predominó el hábito alcoholismo con 10.7% (IC 95%;7.9-13.5), en el grupo de no abandono predominó hábito alcoholismo con 12.8% (IC 95%;9.7-15.9). (Cuadro VII.1)

Cuadro VII.1 Factores biológicos				n=456		
Comorbilidades	Abandono precoz			No abandono		
	%	IC 95%		%	IC 95%	
		Inferior	Superior		Inferior	Superior
Hipertensión arterial sistémica	1.9	0.6	3.2	0.8	0.0	1.6
Diabetes mellitus	1.4	0.3	2.5	1.7	0.5	2.9
Epilepsia	0.5	0.0	1.1	0.0	0.0	0.0
Migraña	1.9	0.6	3.2	1.2	0.2	2.2
Uso de anticoagulantes/Trombosis	0.0	0.0	0.0	0.4	0.0	1.0
Enfermedad tiroidea	0.5	0.0	1.1	2.5	1.1	3.9
Enfermedad renal crónica/Nefropatía	0.0	0.0	1.1	0.4	0.0	1.0
Lupus/Trombofilia	0.5	0.0	1.1	0.0	0.0	0.0
Cáncer	0.0	0.0	0.0	0.4	0.0	1.0
Obesidad	3.3	1.7	4.9	6.2	4.0	8.4
Hábitos						
Tabaquismo	5.6	3.5	7.7	5.8	3.7	7.9
Alcoholismo	10.7	7.9	13.5	12.8	9.7	15.9

En el grupo de abandono precoz predomina de 1-3 embarazos en 80.4% (IC 95%;76.8-84.0), en el grupo de no abandono predomina de 1-3 embarazos en 79.3% (IC 95%;75.6-83.0), en el grupo de abandono precoz predomina de 1-3 partos en 50.0% (IC 95%;45.4-54.6), en el grupo de no abandono predomina de 1-3 partos en 53.3% (IC 95%;48.7-57.9). (Cuadro VII.2)

Cuadro VII.2 Antecedentes Gineco Obstétricos					n=456	
Antecedente	Abandono precoz			No abandono		
	%	IC 95%		%	IC 95%	
		Inferior	Superior		Inferior	Superior
Número de embarazos						
0	14.0	10.8	17.2	15.7	12.4	19.0
1-3	80.4	76.8	84.0	79.3	75.6	83.0
4-6	2.8	1.3	4.3	5.0	3.0	7.0
7 o más	2.8	1.3	4.3	0.0	0.0	0.0
Número de partos						
0	45.8	41.2	50.4	43.4	38.9	47.9
1-3	50.0	45.4	54.6	53.3	48.7	57.9
4-6	1.4	0.3	2.5	3.3	1.7	4.9
7 o mas	2.8	1.3	4.3	0.0	0.0	0.0
Número de abortos						
0	85.5	82.3	88.7	82.2	78.7	85.7
1-3	14.4	11.2	17.6	17.8	14.3	21.3
Número de cesáreas						
0	60.3	55.8	64.8	57.4	52.9	61.9
1-3	39.7	35.2	44.2	42.6	38.1	47.1

En relación al método utilizado anteriormente en el grupo de abandono predominó ninguno en 49.1% (IC 95%;44.5-53.7), seguido de implante subdérmico y DIU T de Cobre en 11.7% (IC 95%;8.7-14.7), en el grupo de no abandono predominó ninguno en 41.3% (IC 95%36.8-45.8), seguido de DIU T de cobre en 17.8% (IC 95%;14.3-21.3). (Cuadro VII.3)

Cuadro VII.3 Antecedentes de planificación familiar						n=456
Método utilizado anteriormente	Abandono precoz				No Abandono	
	%	IC 95%		%	IC 95%	
		Inferior	Superior		Inferior	Superior
Hormonal oral	7.5	5.1	9.9	3.3	1.7	4.9
Hormonal inyectable mensual	6.5	4.2	8.8	7.0	4.7	9.3
Implante subdérmico	11.7	8.7	14.7	13.2	10.1	16.3
DIU T de cobre	11.7	8.7	14.7	17.8	14.3	21.3
DIU Levonorgestrel	2.3	0.9	3.7	5.4	3.3	7.5
Parche	7.0	4.7	9.3	5.8	3.7	7.9
Hormonal inyectable trimestral	4.2	2.4	6.0	6.2	4.0	8.4
Ninguno	49.1	44.5	53.7	41.3	36.8	45.8

En relación al efecto secundario, en el grupo de abandono predominó el dolor pélvico/dismenorrea en 54% (IC 95%;49.6-58.8), seguido de irregularidad del ciclo en 48.6% (IC 95%;44.0-53.2), en el grupo de no abandono predominó amenorrea en 37.2% (IC 95%;32.8-41.6), seguido de dolor pélvico/dismenorrea en 36.0% (IC 95%;31.6-40.4). (Cuadro VII.4)

Cuadro VII.4 Efectos secundarios				n=456		
Efecto secundario	Abandono precoz			No abandono		
	%	IC 95%		%	IC 95%	
		Inferior	Superior		Inferior	Superior
Cefalea	46.7	42.1	51.3	28.5	24.4	32.6
Amenorrea	17.3	13.8	20.8	37.2	32.8	41.6
Sangrado continuo	32.2	27.9	36.5	11.2	8.3	14.1
Hemorragia	23.8	19.9	27.7	5.8	3.7	7.9
Nausea-vomito	23.8	19.9	27.7	8.7	6.1	11.3
Aumento de peso	17.8	14.3	21.3	14.0	10.8	17.2
Fatiga	23.4	19.5	27.3	9.9	7.2	12.6
Varices en extremidades	0.0	0.0	0.0	1.7	0.5	2.9
Dolor pélvico/dismenorrea	54.2	49.6	58.8	36.0	31.6	40.4
Dolor mamario/mastalgia	19.2	15.6	22.8	9.5	6.8	12.2
Acné	13.6	10.5	16.7	10.7	7.9	13.5
Melasma	3.7	2.0	5.4	2.1	0.8	3.4
Mareo	21.0	17.3	24.7	8.7	6.1	11.3
Labilidad emocional	22.9	19.0	26.8	12.0	9.0	15.0
Aumento de apetito	7.5	5.1	9.9	7.0	4.7	9.3
Irregularidad del ciclo	48.6	44.0	53.2	23.1	19.2	27.0
Insomnio	3.7	2.0	5.4	5.0	3.0	7.0
Disminución del lívido	11.7	8.7	14.7	7.9	5.4	10.4
Retención de líquidos	10.3	7.5	13.1	2.1	0.8	3.4
Sequedad vulvovaginal	9.8	7.1	12.5	7.9	5.4	10.4
Calambres	4.2	2.4	6.0	4.5	2.6	6.4
Otros	10.7	7.9	13.5	7.0	4.7	9.3

En relación a la escolaridad, en el grupo de abandono predominó preparatoria o bachillerato en 54.0% (IC 95%;49.4-58.6), seguido de leer y escribir en 50.0% (IC 95%;45.4-54.6), en el grupo de no abandono predominó primaria en 83.3% (IC 95%;79.9-86.7), seguido de secundaria en 59.7% (IC 95%;55.2-64.5).

Cuadro VII.5 Escolaridad							n=456	
Escolaridad	Abandono precoz			No abandono			X²	P
	IC 95%							
	%	Inferior	Superior	%	Inferior	Superior		
Leer y escribir	50.0	45.4	54.6	50.0	45.4	54.6		
Primaria	16.7	13.3	20.1	83.3	79.9	86.7		
Secundaria	40.3	35.8	44.8	59.7	55.2	64.2	12.557	.014
Preparatoria o bachillerato	54.0	49.4	58.6	46.0	41.4	50.6		
Licenciatura y mas	41.1	36.6	45.6	58.9	54.4	63.4		

En el grupo de abandono precoz como condición predominante en el motivo de abandono fue cambio de método en 72.9% (IC 95%;68.8-77.0), seguido de efectos adversos en 61.7% (IC 95%;57.2-66.2). (Cuadro VII.6)

Cuadro VII.6 Motivo de abandono							n=456	
Condición	Abandono precoz			No abandono			X ²	P
	IC 95%			IC 95%				
	%	Inferior	Superior	%	Inferior	Superior		
Cambio de método	72.9	68.8	77.0	0.4	-0.2	1.0	264.30	0.000
Indicación medica	20.6	16.9	24.3	0.0	0.0	0.0	55.07	0.000
Cese de la vida sexual	1.4	0.3	2.5	0.0	0.0	0.0	3.41	0.065
Falta de insumos	19.2	15.6	22.8	0.0	0.0	0.0	50.94	0.000
Desacuerdo de pareja	6.1	3.9	8.3	0.0	0.0	0.0	15.13	0.000
Efectos adversos	61.7	57.2	66.2	0.0	0.0	0.0	210.08	0.000
Mala información familiares-amigos	7.0	4.7	9.3	0.0	0.0	0.0	17.54	0.000
Embarazo	11.7	8.7	14.7	0.0	0.0	0.0	29.91	0.000

En la regresión logística bivariada por factores de riesgo, se estableciendo los efectos adversos; amenorrea (p=0.000), hemorragia (p=0.001) e irregularidad del ciclo menstrual (p=0.000), fueron significativos, observando que las alteraciones del ciclo menstrual son la principal causa de abandono de los métodos de planificación familiar.

Cuadro VII.7 Análisis regresión logística múltiple de cada factor de riesgo

n=456

Variable	Coefficiente B	Exp B	Significancia (p≤0.05)
Amenorrea	-1.078	0.34	0.000
Hemorragia	1.182	3.26	0.001
Dismenorrea	0.349	1.41	0.100
Irregularidad del ciclo menstrual	0.896	2.44	0.000

VIII. Discusión

Se identificó el grado de escolaridad preparatoria y bachillerato como predominante en los grupos de abandono, el nivel de escolaridad es de importancia en las usuarias, las expectativas del uso de métodos anticonceptivos que tiene una mujer están en estrecha relación con aquello que la misma mujer percibe, interioriza y define como beneficio para la salud, tal es el caso de la utilización de métodos de planificación familiar, en este estudio es relevante destacar que a mayor nivel educativo mayor abandono de método, esto podría ser consecuencia de un mayor conocimiento sobre los anticonceptivos y la libre elección de cambio de método, la autoeficacia respecto al uso y la negación a cumplir el lapso mayor a un año de utilización. (Hincapie et al. 2013)

La religión no fue un motivo que condicione al abandono de los métodos de planificación familiar en esta investigación, sin embargo, continúa siendo un elemento de la cultura que está presente en el proceso salud-enfermedad-atención, que puede condicionar el uso de los servicios de planificación familiar. La religión predominante en el grupo de abandono precoz fue católica en ambos grupos.

El estado civil predominante en ambos grupos fue el estar casada, esta variable no fue condicionante para el abandono de los métodos de planificación familiar. Toda pareja que tiene vida sexual activa debe tener conocimientos básicos con respecto a la utilización de los métodos de planificación familiar y como consecuencia hacer uso de los mismos, por lo tanto, una mujer puede tener vida en pareja y usar el método de planificación familiar que desee independientemente del estado civil.

Respecto a los factores biológicos se obtuvo como comorbilidad predominante en ambos grupos la obesidad, es de importancia resaltar que a pesar del aumento de peso generado por algunos métodos de planificación familiar, no es una condicionante para el abandono precoz del método elegido, se sabe que la

obesidad es una condición epidemiológica de alta prevalencia en el mundo, que de acuerdo a los criterios de elegibilidad de la OMS, permite el uso seguro de los métodos anticonceptivos, por esta razón a toda mujer con obesidad que acuda a solicitar método de planificación familiar, se le debe de otorgar, tratando de respetar su elección, pero también prescribir con seguridad para mantener su estado de salud. El médico que otorgue el método elegido debe promover hábitos de vida saludable, régimen de ejercicio y tratamiento a condiciones asociadas. (OMS, 2018)

Los antecedentes gineco obstétricos en el grupo de abandono precoz predomina de 1-3 embarazos en ambos grupos, podemos notar que las usuarias de planificación familiar abandonan el método de planificación elegido a pesar de contar con el antecedente de hasta 3 gestas, esto es relevante para el sistema de salud, se ha demostrado que, a mayor número de embarazos, mayor riesgo obstétrico, y por lo tanto mayor riesgo de complicaciones para la madre y el producto. (Borges y Moreau, 2019)

En relación a los efectos secundarios, en el grupo de abandono predominó el dolor pélvico/dismenorrea en 54%, seguido de irregularidad del ciclo menstrual en 48.6%, en el grupo de no abandono predomino amenorrea en 37.2%, seguido de dolor pélvico/dismenorrea en 36.0%, con este resultado determinamos que la razón de abandono del método de planificación familiar elegido es por efectos relacionadas directamente con el método, muchas de estas cuestiones podrían resolverse con un asesoramiento y un apoyo eficaz en materia de planificación familiar. El acceso a información y servicios de salud reproductiva asequibles y de calidad, incluida la amplia gama de métodos anticonceptivos, desempeña un papel fundamental para asegurar a las mujeres un futuro más saludable. (Bertón et al. 2017)

Como motivo de abandono se obtuvo como resultado en el grupo de abandono precoz como condición predominante el cambio de método en 72.9%,

seguido de efectos adversos en 61.7%. La información de gran calidad ofrece beneficios potenciales que abarcan no solo medidas anticonceptivas seguras y fiables sino también ayudan a la usuaria a decidir libremente, solicitar cambio de método sin verse sujetas a la coerción, discriminación o violencia. Al no contar con una calidad en los servicios, asesoramiento de las pacientes y opciones anticonceptivas eficaces, llevara a que el ciclo de abandono precoz continúe. (Paucar Osornio, 2019)

Al desarrollar el análisis de regresión logística múltiple de los factores contribuyentes al abandono precoz de los métodos anticonceptivos se encontró como causas principales de abandono; la amenorrea, hemorragia, dismenorrea e irregularidad del ciclo menstrual.

Para la mujer los efectos en el ciclo menstrual representan o tienen un valor e impacto en la toma de decisiones y elección del método anticonceptivo. La presencia de efectos secundarios se manifiesta habitualmente en los patrones de sangrado menstrual, siendo esta una de las principales causas de abandono. Ante este panorama el personal de salud debe otorgar consejería y orientación que favorezca no solo el método más indicado, también el uso y vida útil del método anticonceptivo.

Una vez que se ha indicado el uso de un método anticonceptivo, la educación y vigilancia son indispensables, de esta forma el equipo de salud y las usuarias podrán identificar adecuadamente los efectos adversos y en caso necesario otorgar tratamiento para contrarrestarlos.

IX. Conclusiones

A mayor escolaridad mayor abandono de los métodos de planificación familiar.

El estado civil no está relacionado con el abandono precoz de los métodos de planificación familiar.

La obesidad como principal comorbilidad no es un factor que conlleve al abandono precoz de los métodos de planificación familiar.

En mujeres con alto riesgo reproductivo, alto riesgo obstétrico y con más de 3 embarazos es indispensable otorgar educación y consejería que pueda impactar en el uso de un método anticonceptivo.

La principal causa de abandono de métodos anticonceptivos son los efectos secundarios, en mayor relevancia la amenorrea, hemorragia, dismenorrea y la irregularidad del ciclo menstrual.

X. Propuestas

Adoptar un enfoque de toma de decisiones compartidas para la selección y utilización de métodos de planificación familiar eficaces que se ajusten a las necesidades de cada usuaria.

Contar con programas eficaces en primer nivel de atención que contengan información científica, veráz, sobre indicación, uso adecuado y efectos secundarios de los métodos de planificación para el pleno goce de la salud sexual y reproductiva.

Evaluación integral de cada paciente, una historia clínica adecuada, vigilar comorbilidades y riesgo obstétrico, para otorgar el método más adecuado a las condiciones de la paciente.

Identificar en forma oportuna a las usuarias que presenten contratiempos con el método utilizado, para brindar una asesoría, tratamiento o en su caso, cambio de método anticonceptivo.

Capacitación y actualización del personal de salud que brinda orientación, consejería o indicación de los métodos de planificación familiar.

Respetar la libre elección de la usuaria, posterior a una adecuada consejería y educación.

Respetar el cambio o abandono de la usuaria al método. Sin condicionar el uso otro método, o de algún otro servicio de salud

XI. Bibliografía

- Barrera-Coello L. Olvera-Rodríguez V. Castelo-Branco C. Cancelo-Hidalgo M.J. (2019). Causas de desapego a los métodos anticonceptivos. *Revista Mexicana de Ginecología y Obstetricia*. 87(1).128-135. <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/138425/1/690779.pdf>
- Borges C, C. Moreau C. Vilela B. (29 August 2019). Contraceptive discontinuation: frequency and associated factors among undergraduate women in Brazil. 16(1): 131. <https://link.springer.com/article/10.1186/s12978-019-0783-9>
- Bradley, Sarah E.K., Hilary M. Schwandt, and Shane Khan. (2020). Levels, Trends, and Reasons for Contraceptive Discontinuation. [Internet]DHS Analytical Studies 2009, 20(1), 18-8. https://cedar.wvu.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1000&context=fairhaven_facpubs
- Carbajal Orozco M. (2014), *Conocimiento y uso de Métodos de Planificación Familiar en las mujeres de 15 a 44 años de edad usuarias del C.S.R.D de san Miguel de Ocampo*. [Tesis de grado en línea para la obtención del título de Licenciatura en Médico Cirujano]. <http://ri.uaemex.mx/handle/20.500.11799/14879>
- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos [Const.]. Art. 4. 6 junio de 2019 (México).<http://www.politicamigratoria.gob.mx/work/models/PoliticaMigratoria/CPM/DRII/normateca/nacional/CPEUM.pdf>
- Cordero Calle M.C. (2019), *Prevalencia y factores asociados al abandono del implante subdérmico de Etonogestrel, Distrito 03D01, Azogues*. [Tesis de grado en línea para la obtención del título de Especialista en Ginecología y Obstetricia]. <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/31923>
- Estadísticas Vitales Natalidad. Septiembre 22, 2020. (20 de enero 2021). Estadísticas, conoce más sobre la población del estado. https://gobqro.gob.mx/coespo/wp-content/uploads/2020/12/2020_09_22_Natalidad_2019.pdf
- Francis Ng'ang'a, G. (2016). Determinants of Discontinuation of five-year Implant Amongst women of reproductive age in selected health facilities of Nairobi county, Kenya. [Thesis of grade lineal, in the School of Public Health of Kenyatta University].

<http://publications.universalhealth2030.org/ref/468a3626a9e934dcf8c00bd65f39843d>

Galzote, R, M. Rafie S, Teal R. (15 May 2017). Transdermal delivery of combined hormonal contraception: a review of the current literature. 9(1): 315-321. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5440026/>

Gobierno de Chile, Ministerio de Salud. (2004). *Norma Nacional Sobre Regulación de Fertilidad*. https://www.icmer.org/documentos/salud_y_derechos_sex_y_rep/normas_nacionales_sobre_regulacion_de_la_fertilidad.pdf

Hincapie-Garcia J. Quintero-Agudelo M. Estupiñan-Cabrera H. Amariles P. (2013) Causas de abandono, cambio o fallo terapéutico de la anticoncepción hormonal en mujeres universitaria, 27(2), 153-162. <http://www.scielo.org.co/pdf/cesm/v27n2/v27n2a03.pdf>

Instituto Mexicano del Seguro Social. (2020). *Parche Anticonceptivo*. <http://www.imss.gob.mx/salud-en-linea/planificacion-familiar/parche-anticonceptivo>

Instituto Mexicano del Seguro Social. Unidad de Medicina Familiar No.6 (2021). Diagnóstico situacional 2021 Dirección de Prestaciones Médicas Delegación Querétaro.

Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI] (2018). Encuesta Nacional Dinámica 2014-2018. 7-15. <https://www.inegi.org.mx/programas/enadid/2018/>

J.Bertón. V.Guzzo. N.Sica. M.López. V.Fiol. (29 diciembre 2017). El DIU T de cobre 380 A mitos y realidades, 55(2), 63-72. <https://ago.uy/publicacion/1/numeros/2/articulo/el-diu-t-de-cobre-380-a-mitos-y-realidades>

Ley General de Salud_2007. Prestación de los servicios de salud. 18 de diciembre de 2007. D.O 16/05/2022. <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/legis/lgs/index-t3.htm>

Ministerio de Salud Nacional Argentina. (2021). *Métodos Anticonceptivos Guía Práctica para Profesionales de la Salud*. <https://salud.misiones.gob.ar/wp-content/uploads/2017/08/Guia-De-metodos-anticonceptivos-octubre.pdf>

- Montenegro-Pereira E. Lara-Ricalde R. Velásquez-Ramirez N. (2015) Implantes anticonceptivos. 19(5), 31-43. <http://www.scielo.org.mx/pdf/prh/v19n1/v19n1a5.pdf>
- Niño-Avenidaño C. Vargas-Rodríguez L. González –Jiménez. (2019). Abandono, cambio o falla de los anticonceptivos hormonales en población universitaria. 87(8), 499-505. <https://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2019/gom198b.pdf>
- Norma Oficial Mexicana NOM 005-SSA2-1993. De los Servicios de Planificación Familiar. D.O 30/05/1994. <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/005ssa23.html>
- Norma Oficial Mexicana NOM 047-SSA-2015. Para la atención a la salud del Grupo Etario de 10 a 19 años de edad. Diario Oficial de la Federación. D.O. 20/02/2015. <http://evaluacion.ssm.gob.mx/pdf/normateca/NOM-047-SSA2-2015.pdf>
- Organización Mundial de la Salud [ONU] 2020. Planificación familiar. 1-2. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception>
- Organización Mundial de la Salud. (2018). *Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos*. https://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/SPR-3/es/
- Paucar Osornio E. (15 mayo 2019), *Efectos secundarios del implante subdérmico de etonorgestrel que conllevan a la deserción del método anticonceptivo en usuarias atendidas en el servicio de planificación familiar del hospital nacional arzobispo Loayza, Lima Agosto-diciembre*. [Tesis de grado en línea para la obtención del título de Licenciatura en Obstetricia, Universidad Nacional Federico Villareal]. http://repositorio.unfv.edu.pe/bitstream/handle/unfv/3454/unfv_paucar_osorio_elizabeth_titulo_profesional_2019.pdf?sequence=1&isallowed=y
- Ramírez Angulo M.I. (11 diciembre 2018), *Factores que influyen en el abandono de métodos anticonceptivos de larga duración en usuarias atendidas en consulta externa de planificación familiar en el hospital María Auxiliadora en el periodo de enero-marzo 2018*. [Tesis de grado en línea para obtener la Licenciatura en

Obstetricia, Universidad Norbert Wiener].
<http://repositorio.uwiener.edu.pe/xmlui/handle/123456789/2910>

Secretaría de Salud Programa de Acción Específico. (2013-2018). *Planificación Familiar y Anticoncepción México secretaria de Salud 2018*.
<http://cnegrs.salud.gob.mx/contenidos/descargas/PlanFam/PlanificacionFamiliarAnticoncepcion.pdf>

SEDESA Secretaría de Salud de la Ciudad de México. (2020). *Servicio de Salud Pública del D.F.* <http://data.salud.cdmx.gob.mx/portal/index.php/programas-y-acciones>

Serrano Álvarez J. (2020). *Efectos Secundarios del Acetato de Medroxiprogesterona en usuarias atendidas en el servicio de Planificación Familiar*. [Tesis de grado en línea para la obtención del título de Licenciatura en Obstetricia].
<http://repositorio.unfv.edu.pe/handle/UNFV/1399/browse?value=Serrano+Alvarez%2C+Jacqueline+Paola&type=autor>

Servicio Madrileño de Salud. (24 octubre 2018). *Guía de los medicamentos del catálogo de Atención Primaria*. <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM020269.pdf>

Suiza. (2011). *Planificación familiar un manual mundial para proveedores*.
https://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/9780978856304/es/

Torres Gaona M.A. (2018), *Factores asociados al abandono del método anticonceptivo hormonal por las mujeres de la parroquia El valle de la ciudad de Loja*. [Tesis para la obtención del título de médico general, Universidad Nacional de Loja].
<https://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/20793/1/TESIS.pdf>

Torres Ixcayau A.R. (2015), *Factores que influyen en el abandono de los métodos de planificación familiar en mujeres receptoras del programa*. [Tesis de grado en línea para la obtención del título de Licenciatura en enfermería, Universidad Rafael Landívar].
<http://recursosbiblio.url.edu.gt/tesisjcem/2015/09/02/Torres-Alba.pdf>

Vallejo Maldonado, M.S. (2020). Anticonceptivos inyectables combinados. *Revista Mexicana de Ginecología y Obstetricia*.1(2).32-41.
<https://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2020/goms201e.pdf>

Zemenu-Shiferaw Y. Liyew M. Wubareg S. Sisay S. (January 27 2017). Contraceptive Discontinuation, Method Switching and Associated Factors among Reproductive Age Women in Jimma Town, Southwest Ethiopia, 2013. 6(1), 2327-4972. <https://www.longdom.org/open-access/contraceptive-discontinuation-method-switching-and-associated-factors-amongreproductive-age-women-in-jimma-town-southwest-ethiopia-2327-4972-1000213.pdf>

XI. Anexos

XI.1 Instrumento de recolección de datos

 INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL FACTORES QUE CONTRIBUYEN EN EL ABANDONO PRECOZ DE LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS PLANIFICACIÓN FAMILIAR																					
Nombre:						Folio:															
NSS:						Consultorio:															
Datos personales																					
Edad:		Escolaridad: (1) analfabeta; (4) secundaria; (2) leer y escribir; (5) preparatoria o bachillerato (3) primaria; (6) licenciatura y más				Religión: (1) Católica. (4) Mormona (2) Cristiana (5) Sin religión (3) Testigo de Jehová (6) Otra															
Estado civil: (1) soltera; (2) casada; (3) divorciada; (4) unión libre; (5) viuda						Peso: Kg.															
Ocupación: (1) Hogar; (2) empleada; (3) obrera; (4) otro:						Talla: metros IMC:															
Antecedentes Personales Patológicos																					
HAS		DM2		Epilepsia		Migraña		Usos anticoagulantes Trombosis		Enfermedad Tiroides		Cardiopatía /EVC		ERC/ nefropatía		LUPUS Trombofilia		Cáncer		Cirrosis Enfermedad Hepática	
si	no	si	no	si	no	si	no	si	no	si	no	Si	no	si	no	si	No	si	no	si	No
Alergias: (1) sí. _____ (2) no						Cirugías: (1) sí. _____ (2) no						Tabaquismo: (1) sí. (2) no Alcoholismo (1) sí. (2) no									
Transfusiones: (1) sí. (2) no																					
Antecedentes Gineco-Obstétricos																					
Número de Embarazos						FUM:															
1) Partos:		2) Abortos:		3) Cesáreas:		Se encuentra Lactando: (1) sí; (2) no															
Método utilizado anteriormente: (1) Hormonal oral. (5) DIU Levonorgestrel (2) Hormonal Inyectable Mens (6) w0Parche (3) Implante subdérmico (7) Horm. Iny Trimestral (4) DIU T cobre (8) Ninguno						Método ofertado en Planificación Familiar: (1) Hormonal oral. (5) DIU LING (2) Hormonal inyectable mensual (6) Parche (3) Implante subdérmico (7) Horm Iny Trimestral (4) DIU T cobre															
Fecha de Inicio de método: _____																					
Revaloración en un año: (1) sí. (no)						Abandono precoz				Tiempo de uso del método:											
No. De revaloraciones _____						(1) Sí; (2) No				_____ meses											
Efectos secundarios																					
(1) Cefalea (2) Amenorrea (3) Sangrado continuo (4) Hemorragia (5) Nausea/vomito (6) Aumento de peso: _____ kg (7) Fatiga (8) Varices extremidades				(9) Dolor pélvico/ dismenorrea (10) Dolor mamario / mastalgia (11) Acné (12) Melasma (13) Mareo (14) Labilidad emocional (15) Aumento del apetito (16) Otro _____				(17) Irregularidad del ciclo (18) Insomnio (19) Disminución libido (20) Retención de líquidos (21) Sequedad vulva-vaginal (22) Calambres													
Motivo del abandono																					
(1) Cambio de método (2) Indicación médica (3) Deseo de embarazo (4) Cese de vida sexual activa				(5) No disponibilidad/ insumo (6) Desacuerdo de la pareja (7) Aspectos religiosos (8) Efectos adversos				(9) Mala información por familiares/amigos (11) Embarazo/ falla del método (12) Otro _____													

XL.2 Carta de consentimiento informado



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(ADULTOS)**

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Factores que contribuyen al abandono precoz de los métodos anticonceptivos en planificación familiar

Nombre del estudio:							
Patrocinador externo (si aplica)*:	N/A						
Lugar y fecha:	UMF 6. San Juan del Río, Querétaro.						
Número de registro:							
Justificación y objetivo del estudio:	El objetivo es conocer las causas por las cuales las mujeres dejan de utilizar los métodos anticonceptivos, qué métodos anticonceptivos son los que no les gusta, cuales son las causas, qué métodos utilizan más y los efectos secundarios que puedan presentar con el uso.						
Procedimientos:	Se le aplicará un cuestionario, esto se realizará en el módulo de planificación familiar, con un tiempo aproximado de 10 minutos, estará con usted el personal a cargo del estudio para aclarar cualquier duda, Si usted autoriza se le harán llamadas telefónicas para recordar cuándo serán sus citas de control y para conocer si usted continúa utilizando el método anticonceptivo, si lo desea cambiar o ya no utilizar ninguno.						
Posibles riesgos y molestias:	Es posible que usted considere el estudio como pérdida de tiempo, que genere incomodidad. En caso de presentar algún contratiempo por favor notificarlo al investigador, de igual forma si ya no desea seguir contestando, no está obligada y puede retirarse cuando lo considere. Después que se haga el seguimiento telefónico si usted se siente incómoda al recibir la llamada, por favor expresarlo y notificarlo.						
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Con este estudio usted nos ayudará a conocer cuáles son las causas por las cuales las mujeres no aceptan, dejan de utilizar o no les gusta algún método anticonceptivo. Con esta información podremos orientarla mejor, mejorar el servicio y ofrecerle más alternativas.						
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Al finalizar el estudio se informará a usted el resultado obtenido. Si usted lo autoriza le explicaremos en qué consiste cada método anticonceptivo, cuales son los efectos secundarios, cómo se indica y en base a esto qué anticonceptivo sería el adecuado para usted.						
Participación o retiro:	En cualquier momento usted puede decidir retirarse o dejar de participar en este estudio, no está obligada a contestar las llamadas que se le programarán o acudir a las citas programadas si usted no lo desea, esta decisión no tiene ninguna repercusión en su atención dentro de la unidad. Usted podrá acudir al módulo de planificación familiar siempre que usted lo considere o elegir el método anticonceptivo que le agrade.						
Privacidad y confidencialidad:	Es muy importante que usted sepa que los datos que nos proporcione, nombre, número de seguro y número de teléfono, se les otorgará un folio y serán protegidos en su expediente bajo llave. En ningún momento serán expuestos y se usarán solo para poder llamarla y programarle sus citas y conocer si usted continúa usando su método anticonceptivo.						
En caso de colección de material biológico (si aplica):	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50px;"><input type="checkbox"/></td> <td>No autorizo 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 autorizo 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 autorizo 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):	<u>Elección del método anticonceptivo que se adapte a la usuaria.</u>						
Beneficios al término del estudio:	<u>Con esta información se podrá conocer cuáles son los motivos más frecuentes de abandono de los métodos anticonceptivos, esto servirá para brindarle una mejor atención, orientarla y recomendarle el mejor método anticonceptivo de acuerdo con sus necesidades.</u>						
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:							
Investigador Responsable:	<u>Dra. Escorcía Reyes Verónica Mat. 99233622, correo: vero_escorcia@hotmail.com, C. Miguel Hidalgo 158, Centro, 76800 San Juan del Río, Qro.</u>						
Colaboradores:	<u>Dr. Huato Solorio Argenes, Mat. 98231584, correo: doctorhuato@gmail.com, C. Miguel Hidalgo 158, Centro, 76800 San Juan del Río, Qro.</u>						
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, 4º piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 5627 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comisión.etica@imss.gob.mx							

Nombre y firma del sujeto

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá complementarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio.

* En caso de contar con patrocinio externo, el protocolo deberá ser evaluado por la Comisión Nacional de Investigación Científica.

X1.3 Dictamen de autorización de protocolo de investigación. Comité local de Investigación y Ética en investigación en Salud.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud 2201.
H GRAL REGIONAL NUM 1

Registro COFEPRIS 17 CI 22 014 021
Registro CONBIOÉTICA CONBIOETICA 22 CEI 001 2018073

FECHA Martes, 24 de agosto de 2021

Dra. Verónica Escorcía Reyes

PRESENTE

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **Factores que contribuyen al abandono precoz de los métodos anticonceptivos en planificación familiar** que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **PROBADO**:

Número de Registro Institucional
R-2021-2201-036

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

ATENTAMENTE

Mtra. Patricia Medina Mejía
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 2201

Imprimir

IMSS
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL