BENEMERITA UNIVERSIDAD AUTONOMA DE PUEBLA

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

COORDINACION DELEGACIONAL DE INVESTIGACIÓN MÉDICA

UNIDAD MÉDICA FAMILIAR No. 11

TAPACHULA, CHIAPAS

CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN MUJERES PUERPERAS DE LA UMF No. 11

TESIS PRESENTADA PARA OBTENER EL GRADO DE:

ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

Dra. Fabiola Adriana Avendaño Pozada

FEBRERO 2020

BENEMERITA UNIVERSIDAD AUTONOMA DE PUEBLA

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

COORDINACION DELEGACIONAL DE INVESTIGACIÓN MÉDICA

UNIDAD MÉDICA FAMILIAR No. 11

TAPACHULA, CHIAPAS

TITULO DEL PROYECTO

CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN MUJERES PUERPERAS DE LA UMF No. 11

TESIS PRESENTADA PARA OBTENER EL GRADO DE:

ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

Dra. Fabiola Adriana Avendaño Pozada
Médico Residente de Medicina Familiar
faly0225@hotmail.com.mx
matrícula IMSS: 99075939

ASESOR DE CONTENIDO Y METODOLÓGICO

Dra. Mirna Melissa Gordillo Martínez
Médico Especialista en Medicina Familiar
melissagordillo.ca@gmail.com
matrícula IMSS: 99075895

BENEMERITA UNIVERSIDAD AUTONOMA DE PUEBLA

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

COORDINACION DELEGACIONAL DE INVESTIGACIÓN MÉDICA

UNIDAD MÉDICA FAMILIAR No. 11

TAPACHULA, CHIAPAS

TITULO DEL PROYECTO

CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN MUJERES PUERPERAS DE LA UMF No. 11

AUTORIZACIONES

DR. VALLES FLORES LUIS ANTONIO
COORDINADOR DE PLANEACION Y ENLACE INSTITUCIONAL

COORDINACIÓN DELEGACIONAL DE INVESTIGACIÓN EN SALUD CHIAPAS

DR. HECTOR ARMANDO RINCON LEÓN
COORDINADOR AUXILIAR MEDICO DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

DRA. ROSA DEL CARMEN GALLEGOS SANTOYO
COORDINADOR CLINICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD

COORDINACIÓN CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD HGZ C/MF 1

DR. PEDRO SANCHEZ AYALA
COORDINADOR CLINICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD UMF 11

ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN UNIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA UMF 11 TAPACHULA CHIAPAS

DRA. ADRIANA PALACIOS STEMPREISS
PROFESOR TITULAR DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR UMF 11

Índice

Agradecimientos …..…….....	5
Resumen ……...	6
Introducción ……	8
Marco teórico ……..	10
Justificación …….	29
Planteamiento del problema ……..	30
Objetivos (general y específicos) ……	31
Hipótesis de trabajo …….	32
Material y métodos …….	33
Técnicas y procedimientos …….	36
Operacionalización de variables ……	38
Recursos ……...	40
Ética …….	41
Resultados ……...	43
Discusión …….	49
Conclusión ……...	53
Recomendaciones ……	55
Bibliografía …….	56
Anexos ...…..……	59

Agradecimientos

A Dios

Gracias por tu inmenso amor, por cuidar de mis pasos, reafirmar mis acciones y protegerme. Gracias por permitir cosechar un logro más en mi carrera profesional.

A mi Familia

A mis padres: gracias por creer y forjar en mí, los valores de responsabilidad y trabajo, por su apoyo siempre que lo he requerido, gracias, mamá y papá por su inmenso amor.

A mi esposo por su apoyo condicional de compañero, por su paciencia durante este caminar, por apoyarme al cuidado de nuestro hijo. Gracias.

A mi niño: El motivo más grande que yo tengo de seguir adelante, a no desistir, aunque ya no tenga fuerza ni ánimos, el que con solo una sonrisa me fortalece y me dice tú puedes mami. Te amo mi Santi.

A mis hermanos: por estar ahí siempre en las buenas y las malas, por entenderme que todo sacrificio vale la pena. Dios los bendiga a ustedes Wendy y Fer.

A mis Amigos

Gracias a mis amigos que desde antes de empezar este caminar de la residencia siempre han creído en mí y me han brindado su apoyo, gracias a los amigos que hice en esta residencia y que fueron como mi segunda familia, por lo momentos buenos y malos, gracias por todo, les deseo éxito y bendiciones en el resto de su vida.

A mis adscritos

Gracias por haberme compartido parte de sus muchos conocimientos, por brindarme apoyo profesional y personal, gracias por todo su apoyo en mi desarrollo profesional. En especial doy gracias al Dr. Barrios por enseñarme lo valioso que es la especialidad de Medicina Familiar.

A mi coordinadora

Gracias Dra. Stempreiss por haber depositado en mi la confianza de que, si se podía, gracias por sus conocimientos y experiencias.

A mi Titular de Tesis

Gracias por su paciencia, por sus conocimientos y sus correcciones, porque me enseña a que las cosas se hacen lo mejor que sea posible. Gracias por su apoyo para poder culminar esta meta.

Resumen

Conocimientos, actitudes y prácticas de métodos de planificación familiar en mujeres puérperas de la Unidad Médica Familiar No.11.

Investigador principal e Investigadores asociados:

Dra. Fabiola Adriana Avendaño Pozada. Adscripción médica: UMF No. 11 Tapachula, Chiapas, Matrícula 99075939.

Dra. Mirna Melissa Gordillo Martínez. Adscripción médica: Módulo de Planificación Familiar, UMF No. 11 Tapachula, Chiapas, Matrícula 99075895.

Número de centros participantes a nivel nacional e internacional: Ninguno.

Número de centros participantes del IMSS: (1) UMF No. 11, Tapachula, Chiapas.

Número de pacientes que cada centro del IMSS incluirá: 150 puérperas adscritas a la UMF No. 11.

Marco Teórico. La Planificación Familiar es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como la posibilidad de un individuo o familia de determinar el tamaño y la estructura de su descendencia, estos implican importantes beneficios para la Salud Reproductiva. Siendo los métodos anticonceptivos aquellos que se utilizan para limitar la capacidad reproductiva de un individuo o de una pareja, en forma temporal o permanente, estos deben de cumplir con las siguientes características: eficacia, seguridad, reversibilidad, menor repercusión, accesibilidad, aceptabilidad, continuidad. La OMS actualiza los Criterios Médicos de Elegibilidad para el uso de Anticonceptivos; habiendo modificaciones en ciertas etapas de la mujer, sobre algunas categorías de recomendación como lactancia materna y postparto inmediato. El Puerperio fisiológico es el periodo que inicia después del parto y que termina cuando las manifestaciones anatómicas y funcionales determinadas por el embarazo en el organismo retornan a las condiciones normales. En la tercera semana del puerperio se encuentran concentraciones de LH por debajo de lo normal; se considera es un mecanismo importante para el mantenimiento de la infertilidad durante la lactancia. Las puérperas que no dan lactancia, las concentraciones de gonadotropinas están disminuidas durante la etapa más temprana del puerperio, retornando a niveles normales entre la tercera y quinta semana. Requiriendo anticoncepción a partir de la segunda semana postparto. Entendiendo todo lo anterior, en México, en la Conferencia Internacional

sobre Anticoncepción en el Puerperio se propusieron recomendaciones para incrementar el uso de anticonceptivos durante esta etapa.

Objetivo. Determinar los conocimientos, actitudes y prácticas de métodos de planificación familiar en mujeres puérperas de la Unidad Médica Familiar No. 11. En el periodo de Enero - Junio 2018.

Material y métodos. Diseño: Transversal – Prospectivo. Tipo encuesta. Población de estudio: 150 puérperas adscritas a la Unidad Médica Familiar No. 11 en el periodo Enero - Junio 2018.

Recursos e infraestructura:

Recursos Humanos

- Investigador principal: Fabiola Adriana Avendaño Pozada.
- Asesor metodológico y de contenido: Dra. Mirna Melissa Gordillo Martínez.

Recursos Físicos

- Área física: UMF No. 11
- Formatos de recolección: Cuestionario CAP.
- General: folders, papelería, computadora, impresora, hojas de recolección de datos.

Recursos Financieros: recursos propios del residente y asesor.

Pago por paciente que realizará el patrocinador (moneda nacional): no aplica.

Experiencia del grupo: Es la primera vez en que se realiza el estudio sobre determinación de los conocimientos, actitudes y prácticas de métodos de planificación familiar en mujeres puérperas de la UMF No. 11. La alumna recibió capacitación en metodología el cual fue una experiencia muy enriquecedora en conocimiento para su investigación. Se buscará en un futuro reforzar las estrategias de promoción del uso de los métodos anticonceptivos en puérperas y contribuir a la disminución de la tasa materno-fetal. El asesor metodológico tiene la experiencia de haber dirigido tres tesis. La primera de ellas, culmino en febrero 2018 con publicación el 09 de marzo del 2017 en la revista de atención familiar y las siguientes 2 tesis culminadas en febrero 2019 con presentación de trabajo de investigación en julio del 2018 en Tlalnepantla de Baz, Estado de México.

Introducción

En México, las investigaciones realizadas en el sector de la salud reproductiva han obtenido resultados positivos en los indicadores, vinculados a la salud materno - infantil y al desarrollo social; aun habiendo metas que cumplir para lograr un mejor resultado. El Programa Nacional de Salud 2001 - 2006 tiene en cuenta a la planificación familiar, como una de las estrategias importantes en salud reproductiva que favorece reducir rezagos en salud.

El programa de Acción de Salud Reproductiva presenta los objetivos y las estrategias que ayuden a garantizar el derecho del individuo y las parejas a decidir libremente, responsable e informada sobre el número e intervalo de los hijos, tomando en cuenta los antecedentes culturales de la población de interés.

La salud reproductiva es el derecho de disfrutar una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, la capacidad de reproducción con libertad, decidiendo libremente cuando y cuántos hijos tener. Es el derecho básico de toda persona y pareja a decidir libremente y de forma responsable.

En numerosos países la anticoncepción posparto no se encuentra consolidada en los servicios de salud, por lo que en un alto porcentaje no se atienden las necesidades de promover y orientar a las mujeres puérperas.

Actualmente se ha logrado mayor difusión y accesibilidad en la prestación de los servicios de planificación familiar, aunque sigue habiendo necesidades insatisfechas de información sobre anticoncepción posparto y posaborto.

La anticoncepción posparto es la estrategia que permite a la mujer decidir un nuevo embarazo o finalizar su vida reproductiva, mediante un anticonceptivo temporal o permanente respectivamente. La consejería se puede otorgar en el momento del control prenatal, postparto, transcesárea, postaborto o en cualquier contacto con la paciente.

La salud sexual y reproductiva de las parejas, inmersos en los servicios de planificación familiar, es reconocida por el Instituto Mexicano del Seguro Social no sólo como una intervención clave para mejorar la salud integral de la población, sino como parte de los derechos humanos; es así como la

Unidad Médica Familiar No. 11 del IMSS oferta a la población abierta, el servicio de orientación y libre selección de un método anticonceptivo.

La finalidad de esta investigación es determinar en las mujeres en período de puerperio los conocimientos que ayudan a adoptar un método anticonceptivo, las actitudes que tienen para la selección y prácticas que realizan, con la finalidad de disminuir el riesgo de embarazos con periodos intergenésicos cortos y así prevenir embarazos de alto riesgo que puedan incrementar la morbimortalidad materno-fetal.

Marco Teórico

La Planificación Familiar es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como el derecho de un individuo o familia de determinar el tamaño y su estructura de su descendencia, estos implican importantes beneficios para la Salud Reproductiva[1]

Se entiende como métodos anticonceptivos aquellos que limitan la capacidad reproductiva de un individuo o de una pareja, de forma temporal o permanente.[1]

Los métodos de planificación familiar actúan en las fases del ciclo menstrual, proceso mediante el cual se desarrollan los gametos femeninos (óvulos u ovocitos), y en el que se produce una serie de cambios dirigidos a la formación de un posible embarazo. La duración promedio del ciclo menstrual es de 28 días, aunque puede ser más largo o corto; su inicio es el primer día de sangrado menstrual. Durante esta fase se desprende el endometrio provocando pérdida de una cantidad de sangre, suele durar unos días, entre tres y cinco frecuentemente, aunque se considera normal de dos a siete días. La pérdida de sangre suele ser de unos 35 ml, siendo normal entre 10 y 80 ml. [2]

Se clasifica en fase folicular o fase proliferativa, suele durar desde el primero hasta el decimotercer día del ciclo. Produciendo el ovario estrógenos, la maduración del óvulo e incremento de grosor del endometrio. Con la influencia de la hormona foliculoestimulante, durante los primeros días del ciclo, se estimulan los folículos ováricos. Estos folículos ováricos, presentes desde el primer día de nacimiento, se van madurando en el proceso llamado folículogénesis dentro de la cual se desarrolla la ovogénesis. Con la participación de varias hormonas, todos los folículos dejan de madurar; excepto uno, que es el folículo dominante en el ovario y continua hasta su madurez. Éste, es también llamado folículo terciario o folículo graafiano y forma el ovocito.[2]

A medida que van desarrollándose, los folículos producen cantidades crecientes de estradiol, un estrógeno. Estimulando criptas del cuello uterino para producir moco cervical, el cual será identificado por las mujeres como sus días más fértiles.

Ovulación. En el ciclo menstrual de 28 días se presenta entre el decimocuarto y el decimoquinto día del ciclo. El óvulo termina su maduración y es transportado desde el ovario hasta el útero por medio de la trompa de Falopio. El óvulo que está próximo a llegar a su madurez, las concentraciones de estradiol

llegan a un nivel sobre el que este efecto se restituye y el estrógeno estimula la producción de hormona luteinizante en gran cantidad. Este proceso, llamado oleada de hormona luteinizante inicia alrededor del día 12 del ciclo menstrual y puede durar 48 horas.[2]

La producción de hormona luteinizante hace que el óvulo llegue a la madurez y debilita la pared folicular del ovario, provocando que el folículo desarrollado libere su ovocito secundario. El ovocito secundario madura rápidamente hacia un óvulo inmaduro, para finalmente ser un óvulo maduro, con un diámetro de 0.2 mm. Siendo liberado del ovario al espacio peritoneal, el óvulo es llevado hacia las trompas de Falopio por la fimbria ovárica, tejido ubicado al final de cada trompa de Falopio. Al cabo de 24 horas aproximadamente, un óvulo sin fecundar involucionará en las trompas de Falopio.[2]

Postovulación, llamada también fase lútea o fase secretora. Su duración del 16º hasta el 28º día del ciclo. Si aun no sucede la fecundación del óvulo, este involuciona y será expulsado a través del sangrado vaginal de la siguiente menstruación, comenzando un nuevo ciclo.[2]

Después de la ovulación, las hormonas pituitarias: luteinizante y folículo estimulante hacen que lo que queda de folículo dominante se convierta en un cuerpo lúteo, produciendo progesterona. El incremento de ésta en las suprarrenales estimula la producción de estrógeno. Las hormonas producidas por el cuerpo lúteo hacen que se detenga la producción de folículo estimulante y luteinizante necesaria para mantenerse, al disminuir los niveles de estas hormonas, el cuerpo lúteo se atrofia. Las concentraciones bajas de progesterona permiten la menstruación y el inicio del siguiente ciclo. Siendo un periodo de tiempo de catorce días considerándose normal. La fase folicular suele ser diferente en cada mujer de ciclo en ciclo. Es por eso la importancia de conocer el ciclo menstrual de la mujer para entender donde lleva a cabo su función los métodos anticonceptivos.[2]

Los métodos de planificación familiar deben presentar las siguientes características: [3]

Eficacia: Capacidad para producir el efecto deseado.

Seguridad: control adecuado del ciclo menstrual, representa seguridad para la usuaria.

Reversibilidad: Posibilidad de volver a embarazarse la usuaria si así lo desea.

Menor repercusión: Que presente mínimos efectos adversos en su uso.

Accesibilidad: Que esté al alcance económico y social de la usuaria.

Aceptabilidad: El método cumple con las características requeridas; logrando la continuidad de este.

Continuidad: Si se cumplen todas las características anteriores entonces daremos continuidad al método anticonceptivo.

Los métodos anticonceptivos temporales se clasifican en hormonales y no hormonales, los métodos hormonales son los siguientes: [4]

- Hormonales orales
- Hormonales Inyectables
- Parche Transdérmico
- Implante hormonal subdérmico
- Dispositivo intrauterino liberador de levonorgestrel

Hormonales Orales[4]

- Hormonales orales continuos que sólo contienen progestina (en el IMSS no está disponible este anticonceptivo).
- Hormonales orales combinados que contienen estrógeno y progestina
  - Desogestrel 0.15 mg y etinilesradiol 0.03mg; 21 tabletas (clave 3505).
  - Levonorgestrel 0.15mg y etinilestradiol 0.03 mg; 21 tabletas (clave 3504).

La efectividad teórica es del 99%, sin embargo, en la práctica clínica depende de la disciplina en su uso, disminuyendo hasta un 92%.

Mecanismo de acción: Inhibe la ovulación a través de suprimir la producción de hormona folículo estimulante y luteinizante. Produce modificaciones estructurales en el endometrio. Aumenta la densidad del moco cervical, dificultando la penetración de los espermatozoides. Altera la motilidad tubaria.

Está limitada a cada uno de los ciclos durante los cuales se ingieren las grageas en forma correcta.

Criterios médicos de elegibilidad:[4]

- Categorías 1 y 2:

Mujeres en edad fértil con actividad sexual. En postaborto inmediato, incluye el séptico. En postparto o poscesárea cuando la mujer no está lactando, después de la tercera semana. Trastornos depresivos no existen datos en trastorno bipolar o depresión postparto. Enfermedad benigna de la mama. Antecedente

de embarazo ectópico, enfermedad pélvica inflamatoria. Endometriosis. Venas varicosas. Tromboflebitis superficial. Valvulopatía cardiaca sin complicaciones. Cefalea no migrañosa. Epilepsia. Patrón menstrual regular e irregular con y sin sangrado abundante. Tumores ováricos benignos. Enfermedad trofoblástica gestacional benigna y maligna. Neoplasia intraepitelial cervical. Infección por VIH/SIDA. Miomatosis con o sin distorsión de la cavidad uterina. Diabetes Mellitus insulinodependiente y no insulinodependiente sin complicaciones vasculares. Anemia ferropénica. Uso de antibióticos excepto rifampicina. Terapia antirretroviral.

- Categoría 3:

Lactancia en los primeros 6 meses posparto. Sin Lactancia en postparto menos de 21 días. Mujeres mayores de 30 años con infección cervical persistente por el Virus del Papiloma Humano. Antecedentes de cáncer de mama y sin evidencia de actividad uterina durante 5 años. Mujeres mayores de 35 años fumadoras menos de 15 cigarros al día. Hiperlipidemia conocida. Enfermedad de la vesícula biliar actual o tratada médicamente. Cirrosis leve compensada. Migraña en mujeres de menor 35 años sin aura. Hipertensión arterial menor 140-159 / 90-99 mmhg sin enfermedad vascular. Uso de ciertos anticonvulsivantes (fenitoína, carbamazepina, barbitúricos, primidona, topiramato y oxcarbamazepina).

- Categoría 4: [4]

Lactancia materna de menos de 6 semanas posparto o postcesárea. Sospecha de embarazo o embarazo. Mujeres mayores 35 años fumadoras de más de 15 cigarros /día. Cáncer de mama actual. Sospecha o diagnóstico de neoplasia maligna de mama. Cirugía mayor con inmovilización prolongada. Diabetes Mellitus. Hipertensión mayor o igual 160/100mmhg. Cirrosis grave descompensada. Historia de accidente vascular cerebral. Valvulopatías cardíacas complicadas.

Efectos secundarios:[4] Hipersensibilidad mamaria. Náusea. Vómito. Mareo. Sangrado o goteo intermenstrual. Cefalea. Cloasma.

La eficacia anticonceptiva se ve modificada con el uso simultáneo de algunos medicamentos.

Hormonales inyectables.[4]

- Hormonales combinados inyectables que contienen estrógeno y progestina.
  - Acetato de medroxiprogesterona 25mg y cipionato de estradiol 5mg, ampolleta con 0.5ml (clave 3509).
  - Enantato de noretisterona 50mg y valerianato de estradiol 5mg, ampolleta con 1ml (clave 3515).

Con uso adecuado la efectividad es mayor de 99%. Inhibe la ovulación mediante la supresión en la producción de las hormonas folículo estimulante y luteinizante. Produce cambios estructurales en el endometrio. Aumenta la densidad del moco cervical, lo que dificulta la penetración de los espermatozoides. La duración de la protección anticonceptiva es hasta por 33 días posteriores a su administración.

Criterios médicos de elegibilidad [4]

- Categorías 1 y 2:

En postaborto inmediato y en el séptico, del primero y segundo trimestre. Índice de masa corporal mayor de 30kg/m2. Mujeres de cualquier edad con un consumo de mayor igual de 15 cigarros al día. En posparto o poscesárea cuando la mujer no esté lactando, después de la tercera semana. Patrón menstrual regular o irregular con o sin sangrado abundante. Antecedente o enfermedad pélvica inflamatoria actual. Cirugía mayor y menor sin inmovilización prolongada. Venas varicosas y tromboflebitis superficial. Valvulopatía cardiaca sin complicaciones. Cefalea no migrañosa leve o intensa. Epilepsia. Trastornos depresivos. Endometriosis. Tumores ováricos benignos. Enfermedad trofoblástica gestacional benigna y maligna. Ectropión cervical. Neoplasia intraepitelial cervical. Enfermedad benigna de la mama. Infección por VIH / SIDA. Diabetes Mellitus no insulinodependiente e insulinodependiente sin compromiso vascular, retinopatía y/o neuropatía. Bocio simple, hipertiroidismo e hipotiroidismo. Portadora del virus de la hepatitis. Anemia ferropénica. Uso de antibióticos, excepto rifampicina. Uso de anticonvulsivante (fenitoína, carbamazepina, barbitúricos, primidona, topiramato, oxcarbamazepina). Terapia antirretroviral.

- Categoría 3:[4]

Lactancia de 6 semanas a 6 meses. En el posparto sin lactancia menor a 3 semanas. Mujeres mayor o igual 35 años, y más de 15 cigarros al día. Diabetes Mellitus insulinodependiente o no insulinodependiente con nefropatía, retinopatía y/o neuropatía. Hipertensión arterial menor 140-159/90-99 mmhg. Hipertensión arterial sin enfermedad vascular. Hipertensión arterial controlada

adecuadamente. Hiperlipidemia diagnosticada. Migraña sin síntomas neurológicos focales (aura) en mayor igual de 35 años. Preoperatorio de cirugía mayor electiva.

- Categoría 4.[4]

Lactancia materna de menos de 6 semanas de posparto. Embarazo o sospecha del mismo. Diabetes Mellitus insulinodependiente o no insulinodependiente de más de 20 años de evolución, con complicaciones vasculares. Hipertensión arterial mayor 160/100mmhg. Hipertensión arterial con enfermedad vascular. Antecedentes o padecimiento actual de trombosis venosa profunda o embolia pulmonar. Cirugía mayor con inmovilización prolongada. Cefalea severa, recurrente, migraña con síntomas neurológicos focales. Cáncer de mama actual. Antecedente de cardiopatía isquémica o reumática. Valvulopatías cardíacas complicadas. Antecedente de accidente cerebro vascular cerebral.

Efectos secundarios: Cefalea, Molestias gástricas, náusea, vómito o mareo, mastalgia, irregularidades menstruales (amenorrea, hemorragia por disrupción), incremento de peso corporal. [4]

Conducta por seguir en caso de presentarse efectos secundarios: los efectos secundarios relacionados con trastornos menstruales o manchados consideran normales dentro de la etapa de adaptación. En caso de que se presente alguna de las siguientes situaciones, suspender los anticonceptivos o cambiar a otro método:

Embarazo o sospecha del mismo. Hemorragias persistentes y recurrentes. Inmovilización prolongada. Seis semanas antes de una cirugía electiva. Presencia de ictericia. Cefalea intensa o alteraciones visuales. Dolor torácico intenso. Disnea. Dolor de miembros inferiores. Trombosis venosa. [4]

- Hormonales Inyectables que contienen sólo progestina.[4]
  - Acetato de medroxiprogesterona 150mg; ampolleta de 3ml. (clave 3045).

Su efectividad es mayor al 99% en uso adecuado.

Inhibe la ovulación mediante la supresión en la producción de hormonas luteinizante y folículo estimulante. Produce modificaciones estructurales en el endometrio que consisten en decidualización y supresión de la proliferación endometrial. Aumenta la densidad del moco cervical, lo que dificulta la penetración de los espermatozoides. Modifica la motilidad tubaria. Cada ampolleta brinda una protección anticonceptiva hasta por 3 meses. Se recomienda no usar el método por más de dos años en forma continua.

Criterios médicos de elegibilidad: [4]

- Categorías 1y 2:

Mujeres mayores de l8 años. En postaborto inmediato del primer y segundo trimestre y séptico. En postparto o poscesárea cuando la mujer no está lactando, después de la tercera semana. Si se encuentra lactando puede aplicarse a las 6 semanas del postevento obstétrico. Mujeres de cualquier edad, sin importar el número de cigarros al día. Antecedentes de trombosis venosa profunda/embolismo pulmonar. Endometriosis. Dismenorrea severa. Venas varicosas. Hipertensión arterial controlada adecuadamente. Antecedente de Diabetes Gestacional, Diabetes Mellitus insulinodependiente y no insulinodependiente, con o sin enfermedad vascular. Valvulopatía cardiaca con o sin complicación. Cefalea no migrañosa y migrañosa sin aura. Epilepsia. Trastronos depresivos. Tumores ováricos benignos. Enfermedad trofoblástica gestacional benigna y maligna. SIDA. Bocio simple, hipertiroidismo o hipotiroidismo. Cirrosis leve compensada. Anemia ferrópenica. Terapia antirretroviral.

- Categoría 3: [4]

Lactancia materna de menos de 6 semanas de posparto. Mujeres menores de 18 años. Hemorragia uterina anormal de etiología no determinada. Diabetes mellitus no insulinodependiente o insulinodependiente con complicaciones vasculares y/o neuropatías. Trombosis venosa profunda o embolismo pulmonar actual o recurrente. Antecedente de accidente vascular cerebral. Cefalea severa o migraña, con síntomas neurológicos focales. Hepatitis viral activa. Cirrosis severa descompensada. Antecedente de cáncer mamario, sin evidencia de enfermedad activa en los últimos 5 años. Osteopenia diagnosticada.

- Categoría 4:[4]

Embarazo. Cáncer de mama actual. Osteoporosis confirmada.

Efectos secundarios: Amenorrea. Irregularidades menstruales (manchado). Aumento de peso. Mastalgia. Cefalea. Por tratarse de un hormonal de depósito, su empleo asociado al uso de medicamentos que aumenta la síntesis de enzimas hepáticas (anticonvulsivante, antiinflamatorio no esteroideo) o antibióticos, no afecta la efectividad anticonceptiva. El uso concomitante de corticoesteroides puede potenciar el efecto desmineralizante de la medroxiprogesterona. [4]

- Parche Transdérmico: [4]
    - Norelgestromina 6mg y etinilestradiol 0.60mg. Caja con 3 parches estériles. (clave 3511)[4]

La efectividad con uso adecuado es mayor al 99%. Inhibe la ovulación mediante la supresión en la producción de las hormonas folículo estimulante y luteinizante. Produce modificaciones estructurales en el endometrio. Aumenta la densidad del moco cervical, lo que dificulta la penetración de los espermatozoides. Modifica la motilidad tubaria.[4]

Criterios médicos de elegibilidad.[4]

- Categorías 1 y 2:

En postaborto o poscesárea cuando la mujer no está lactando, después de la sexta semana. En posparto o poscesárea cuando la mujer no está lactando, después de la sexta semana. Antecedente de embarazo ectópico. Patrón menstrual regular e irregular con o sin sangrado abundante. Mujeres de menor de 35 años fumadoras. Antecedente de enfermedad pélvica inflamatoria o actual. Cervicitis purulenta por clamidia o gonorrea. Mayor riesgo de infecciones de transmisión sexual. Alto riesgo de infección por VIH/SIDA. Diabetes Mellitus insulino dependiente y no insulino dependiente sin complicación vascular. Endometriosis. Enfermedad trofoblástica gestacional benigna y maligna. Neoplasia cervical. IMC mayor de 30kg/m2. Tromboflebitis superficial. Valvulopatía cardiaca sin complicaciones. Cefaleas no migrañosas. Epilepsia. Tumores ováricos benignos. Bocio simple, hipertiroidismo e hipotiroidismo. Miomatosis uterina. Anemia ferropénica. Terapia antirretroviral.

- Categoría 3: [4]

Lactancia materna de 6 semanas a 6 meses. Mujeres mayores de 30 años con infección cervical por el virus del papiloma humano. Hiperlipidemia. Colecistopatía actual tratada médicamente. Historia de colestasis relacionada con uso previo de anticonceptivos hormonales combinados. Diabetes Mellitus insulinodependiente y no insulinodependiente, con complicaciones vasculares, neuropatía, retinopatía y/o neuropatía. Hipertensión arterial controlada correctamente. Antecedente de cáncer mamario, sin evidencia de enfermedad activa durante los últimos cinco años. Uso rifampicina y anticonvulsivos (fenitoína, carbamazepina, barbitúricos, primidona, topiramato, oxcabamazapenia).

- Categoría 4: [4]

Lactancia materna menor a seis semanas postparto. Sospecha de embarazo o embarazo. Mujeres mayores de 35 años fumadoras de mayor 15 cigarros al día. Cáncer de mama actual. Sospecha o diagnóstico de neoplasia maligna de mama. Venas varicosas. Tromboflebitis superficial o desordenes tromboembólicos. Diabetes Mellitus insulinodependiente o no insulinodependiente mayor 20 años de evolución, con complicaciones vasculares. Hipertensión arterial mayor 160 / 100mmHg), con o sin enfermedad vascular. Hepatitis vital activa. Cirrosis severa descompensada. Tumores hepáticos benignos y malignos. Cefalea severa, recurrente, migraña con síntomas neurológicos focales, en cualquier edad. Valvulopatías cardiacas complicadas.

Efectos secundarios: Reacciones cutáneas en el sitio de aplicación, hipersensibilidad mamaria, aumento de volumen, náusea o vómito, mareo, sangrado o goteo intermenstrual, cefalea leve dolor o distensión abdominal. [4]

- Implante hormonal subdérmico. [4]
  - Etonogestrel (3-Ketodesogestrel) 68mg. Un aplicador desechable precargado con la varilla anticonceptiva. (clave 3510).

Altamente eficaz a partir de las 24 horas de su aplicación. Su mecanismo de acción es inhibir la ovulación, alteraciones estructurales y funcionales del endometrio, aumento de la densidad del moco cervical, lo cual dificulta la penetración de los espermatozoides. A partir del momento de su aplicación es de 3 años.

Criterios médicos de elegibilidad:

- Categorías 1y 2:[4]

Cualquier edad y sin importar el número de gestaciones. En postaborto inmediato, en el primero y segundo trimestre, incluyendo el aborto séptico. En posparto y poscesárea cuando la mujer no está lactando después de la tercera semana, y cuando esté lactando a partir de la sexta semana. Antecedente de enfermedad pélvica inflamatoria o actual. Antecedente de embarazo ectópico. Patrón sangrado regular e irregular y sin sangrado abundante. Tabaquismo sin importar edad y cantidad de cigarros al día. IMC mayor de 30 kg/m2.

- Categoría 3:[4]

Lactancia materna menos de 6 semanas de posparto y poscesárea. Hepatitis viral activa. Cirrosis grave descompensada. Tumores benignos y malignos de hígado. Historia de cardiopatía isquémica o enfermedad actual. Antecedentes de accidente vascular cerebral.

- Categoría 4:[4]

Embarazo o sospecha de embarazo. Cáncer de mama actual.

Efectos secundarios: mastalgia. Irregularidades menstruales (hemorragia, manchado por tiempo prolongado o amenorrea), cefalea leve, acné, aumento de peso, ocasionalmente hematoma, infección o dermatosis en el sitio de aplicación del implante, expulsión del implante.

- Dispositivo Intrauterino Liberador de levonorgestrel (DIU LNG).[4]
  - Dispositivo intrauterino en forma de T con sistema de liberación prolongada que contiene levonorgestrel a la dosis total de 52mg. Insertor especial (endoceptor). (clave 2208).

Efectividad es superior al 99% durante los 5 años de uso. El principal mecanismo de acción es a nivel local impidiendo la unión del óvulo con el espermatozoide, al modificar la síntesis de glicodelina A en el endometrio. Aumento de la densidad del moco cervical, impidiendo el paso de espermatozoides. Alteraciones estructurales y funcionales del endometrio (decidualización e inhibición de la proliferación endometrial). Disfunción ovulatoria.

Criterios médicos de elegibilidad:[4]

- Categorías 1 y 2:[4]

Cualquier edad, sin importar el número de gestaciones y que requieran un método anticonceptivo temporal de larga duración. En postparto del primero y segundo trimestre. Posparto y poscesárea cuando la mujer no está lactando a partir de la cuarta semana, o con lactancia a partir de la sexta semana. Antecedente de embarazo ectópico. Patrón menstrual regular e irregular con o sin sangrado abundante. Antecedente de enfermedad pélvica inflamatoria. Dismenorrea severa.

- Categoría 3: [4]

En posparto o poscesárea con lactancia materna o no, las primeras 4 semanas. Trombosis venosa profunda/embolismo pulmonar actual o recurrente. Hepatitis viral activa. Cirrosis grave descompensada. Tumores benignos y malignos de hígado. Historia de cardiopatía isquémica o enfermedad actual.

- Categoría 4: [4]

Postaborto séptico. Embarazo o sospecha del mismo. Histerometria menor 6 cm. Miomatosis que distorsiona la cavidad uterina. Anomalías anatómicas que deforman la cavidad uterina.

Efectos secundarios: Mastodinia, irregularidades menstruales, acné. Amenorrea, quistes funcionales del ovario.

Los anticonceptivos no hormonales son los siguientes:

- Dispositivos intrauterinos con cobre (DIU).
  - DIU T de cobre 380 A (clave 0029).
  - DIU T de cobre 380 nulípara (clave 0193).

Mecanismo de acción: Cambios bioquímicos en el endometrio con aumento en la concentración de enzimas lisosomales que actúan como espermicidas. Infiltración leucocitaria (reacción inflamatoria estéril). Bloqueo de la respiración celular del espermatozoide por interferencia del cobre en el ciclo de Krebs. Cambios de la motilidad tubaria. Duración de la protección anticonceptiva es a partir del momento de su inserción:

Criterios médicos de elegibilidad:[4]

- Categorías 1 y 2:

El DIU T Cu 380 A standard están indicados en mujeres en edad fértil con vida sexual activa con antecedentes de gestación, principalmente en las siguientes circunstancias:

En Etapa intergenésica (entre embarazos). El postaborto inmediato. Posparto y transcesárea.

El DIU TCu 380 nulípara está indicado en mujeres en edad fértil con vida sexual activa, nuligesta, nulípara o con cavidad uterina pequeña (menor o igual 6cm). Historia de embrazo ectópico. En el postaborto inmediato del primero y segundo trimestre. Mujeres fumadoras sin importar edad y consumo de cigarros. IMC mayor 30kg/m2. Antecedente de trombosis venosa profunda / embolismo pulmonar, o enfermedad actual. Cirugía mayor y menor con o sin movilización prolongada. Venas varicosas. Tromboflebitis superficial. Antecedente de cardiopatía isquémica o enfermedad actual. Hipertensión en todas sus modalidades. Valvulopatía cardiaca sin complicaciones. [4]

- Categoría 3: [4]

En etapa protogenésica o intergenésica: Dismenorrea severa. Más de una pareja sexual activa, o riesgo aumentado de contraer infecciones de transmisión sexual. SIDA. Cáncer de ovario. En etapa postaborto, posparto y transcesárea: más de 48 horas y hasta 4 semanas del evento obstétrico. Enfermedad trofoblástica gestacional benigna.

IV. Categoría 4: [4]

En etapa protogenésica o intergenésica: Embarazo o sospecha de este. Hemorragia uterina de etiología no determinada. Dismenorrea incapacitante. Patología congénita o adquirida que deforma la cavidad uterina. Histerometría menor o igual de 6 cm. Enfermedad inflamatoria pélvica actual. Cáncer de cérvix o de endometrio. Patología congénita o adquirida que deforma la cavidad uterina. Ruptura prematura de membrana de más de 24 horas. Aborto séptico. Enfermedad trofoblástica gestacional maligna.

- Preservativo o condón masculino.[4]
  - Empaque conteniendo un preservativo o condón enrollado (clave 0177).

El uso correcto y regular de este método le confiere una efectividad del 85% al 97%.

Se considera un método anticonceptivo de barrera. Es una funda cilíndrica de hule látex delgado con un pequeño reservorio en su extremo cerrado, para almacenar el semen eyaculado. Impide el depósito de espermatozoides en la vagina. El preservativo debe usarse una vez, por lo que protege una sola relación coital.

Criterios médicos de elegibilidad:

- Categorías 1 y 2.[4]

Varones de cualquier edad con vida sexual activa con o sin patología que requieren de un método anticonceptivo temporal, como apoyo a otros métodos, o como contraceptivo y preventivo de infecciones de transmisión sexual.

- Categorías 3:[4]

Alergia o hipersensibilidad al látex o al lubricante. Alteraciones en la función eréctil.

- Categoría 4:

Pene erecto de dimensiones menores al tamaño del condón.

Efectos secundarios: Reacción alérgica al látex o al espermicida.

MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS PERMANENTES SON .[4]

- OCLUSIÓN TUBARIA BILATERAL (OTB). [4]

Método anticonceptivo permanente para la mujer que consiste en la oclusión quirúrgica bilateral de las trompas uterinas o de Falopio, se le conoce también como salpingoclasia; se puede practicar en la etapa de intervalo o periodo intergenésico, en el posparto, transcesárea o postaborto. Brinda una protección anticonceptiva superior al 99%. Impide el paso de los espermatozoides a través de las trompas uterinas o de Falopio, evitando la fecundación del óvulo. Es permanente a partir del momento de su realización.[4]

Criterios médicos de elegibilidad:

- Categoría A(aceptar).

En el puerperio inmediato y mediato (menor de 7 días). Posterior a los 42 días del evento obstétrico. Preeclampsia leve. Lactancia materna. Postaborto no complicado. Tabaquismo. antecedente de Diabetes Gestacional. Trombosis venosa superficial. Cefaleas migrañosas y no migrañosas. Patología mamaria benigna. Antecedente personal de cáncer mamario, sin evidencia de enfermedad durante 5 años. Neoplasia cervical intraepitelial. VIH positivo. Portador Hepatitis viral. Enfermedad trofoblástica gestacional benigna. Bocio simple. Retraso mental, con autorización del tutor.

- Categoría C (cuidado, precaución):[4]

Hipertensión arterial controlada correctamente. Hipertensión arterial de 140-159 / 90-99 mmHg. Diabetes Mellitus insulinodependiente y no insulinodependiente, sin enfermedad vascular. Antecedente de Cardiopatía valvular no complicada. Cáncer de mama actual. Cirrosis leve compensada. Tumores benignos y malignos de hígado. Hipotiroidismo. Anemia ferropénica. Epilepsia. Trastornos depresivos. Desnutrición severa. Nefropatía. Esterilización concurrente con cirugía abdominal electiva.

- Categoría R (Retrasar o diferir):[4]

Embarazo. Posparto de 7 a 42 días. Sepsis puerperal. Hemorragia profusa en posparto y postaborto. Traumatismo grave del tracto genital durante la atención del parto o de las complicaciones de aborto. Postaborto séptico. Cardiopatía isquémica actual. Hemorragia uterina de etiología no determinada. Anemia ferropénica (Hemoglobina menor 7 gr/dl). Patología aguda de vías respiratorias. Infección sistémica o gastroenteritis.

- Categoría E (supervisión solo casos especiales, muy alto riesgo):[4]

Ruptura o perforación uterina en el posparto y postaborto. Hipertensión arterial de mayor 160/100mmhg. Hipertensión arterial con enfermedad vascular. Diabetes Mellitus de más de 20 años de evolución o con complicaciones vascular, nefropatía, retinopatía o neuropatía. Cardiopatía valvular complicada. Cirrosis severa descompensada. Hipertiroidismo. Tuberculosis pélvica conocida. Endometriosis. Patología crónica de vías respiratorias (asma, bronquitis, enfisema e infección pulmonar). SIDA. Trastornos de la coagulación.

- VASECTOMIA.[4]

Método anticonceptivo permanente para el hombre, que consiste en la oclusión quirúrgica bilateral de los conductos deferentes. Brinda una protección anticonceptiva superior al 99%. Este procedimiento impide el paso de los espermatozoides. La protección anticonceptiva es permanente e irreversible, aunque no inmediata.

Criterios médicos de elegibilidad.[4]

- Categoría A(Aceptar):

VIH positivo. Alto riesgo de VIH.

- Categoría C (cuidado precaución):[4]

Lesión previa del escroto. Varicocele. Hidrocele. Criptorquidia. Diabetes Mellitus. Trastornos depresivos.

- Categoría R (Retrasar o diferir):[4]

Infección de la piel del escroto. Infección de transmisión sexual activa. Balanitis epididimitis u orquitis. Tumor intraescrotal. Infección sistémica o gastroenteritis. Hipertensión arterial no controlada.

- Categoría E (supervisión solo casos especiales, muy alto riesgo):[4]

Hernia inguinal. Trastornos de la coagulación. SIDA.

Los criterios médicos de elegibilidad recomendados por la OMS para el uso de métodos de planificación familiar nos orientan para una adecuada elección y uso de los métodos anticonceptivos en diferentes condiciones de salud. Así entregan información con respecto a cuándo un método anticonceptivo podría ser un factor de riesgo para determinada condición médica.[5] Las condiciones consideradas se clasificaron en cuatro categorías de acuerdo con los criterios de elegibilidad de cada método anticonceptivo para personas que presenten la condición: [6]

Categoría 1. Es una condición para la que no hay limitaciones para el uso del anticonceptivo generalmente las ventajas superan los riesgos teóricos o probados.[6]

Categoría 2. Es una condición donde las ventajas del uso del anticonceptivo generalmente superan los riesgos teóricos o probados.[6]

Categoría 3. Es la condición donde los riesgos teóricos o probados superan las ventajas del uso del anticonceptivo.[6]

Categoría 4. Una condición que representa un riesgo de salud inaceptable si se utiliza el anticonceptivo.[6]

La OMS actualiza los Criterios Médicos de Elegibilidad para el uso de Anticonceptivos, entre las recomendaciones se mencionan las siguientes: [7]

- Las mujeres desde la menarquía hasta los 40 de edad, pueden usar anticonceptivos hormonales combinados sin restricciones.
- Las mujeres que están lactando después de los 6 meses posparto, generalmente pueden usar anticonceptivos hormonales combinados.
- Las mujeres con trombosis venosa superficial generalmente pueden utilizar un método anticonceptivo hormonal combinado.
- Las mujeres con dislipidemia conocida, sin otros factores de riesgo cardiovascular generalmente pueden usar anticoncepción hormonal combinada.
- Mujeres en etapa de lactancia en las primeras 6 semanas posparto, generalmente pueden usar anticonceptivos de sólo progestágeno, levonorgestrel e implantes de etonogestrel.
- Las mujeres con enfermedad hepática grave, ictérica, generalmente pueden usar anticonceptivos orales combinados, levonorgestrel o acetato de ulipristal como píldora anticonceptiva de emergencia.
- Pacientes con migrañas generalmente pueden usar anticonceptivos orales combinado, levonorgestrel o acetato de ulipristal como píldora anticonceptiva de emergencia. [7]

Hay modificaciones en ciertas etapas de la mujer, sobre algunas categorías de recomendación como; lactancia Materna. Los anticonceptivos orales progestágenos solo y los implantes subcutáneos de progestágeno solo están clasificados en categoría 2 en las primeras 6 semanas posparto en mujeres en lactancia y en categoría 1 después de las 6 semanas. Por eso, se pueden considerar su uso desde el postparto inmediato si es necesario. Estas modificaciones se deben a que la evidencia demuestra que no hay efectos secundarios de los anticonceptivos de progestágenos solos, no alterando la calidad ni

cantidad de producción de la leche materna, ni interviniendo en el crecimiento o desarrollo de los hijos de estas madres. [8]

En el caso del dispositivo intrauterino medicado con levonorgestrel, los criterios de elegibilidad permiten la inserción de este hasta las 48 horas desde la expulsión de la placenta y hasta las 4 semanas posparto en adelante. Entre las 48 horas y las 4 semanas posparto está contraindicado la inserción de cualquier tipo de dispositivo intrauterino debido a su mayor riesgo de expulsión.[9]

En la etapa de puerperio es el periodo en que la mujer está expuesta a un riesgo alto de trombosis venosa, llegando a 300 a 400 por cada 10000 mujeres al año, siendo éste un riesgo mayor entre 60 y 100 veces al de una mujer no embarazada. El riesgo disminuye progresivamente a medida que avanza el puerperio, siendo menor a los 42 días posparto. Es por esto que el uso de estrógenos en el puerperio debe tener especial cuidado.[10]

Se considera factores de riesgo para trombosis: la inmovilización prolongada, la obesidad, el hábito tabáquico, antecedentes personales de trombosis y trombofilia entre otros. En mujeres con otros factores adicionales de riesgo para trombosis venosa, hasta los 21 días postparto no se deben usar anticonceptivos hormonales que contengan estrógeno en ninguna circunstancia (categoría 4 de OMS).[10]

En mujeres sin factores de riesgo adicionales no se recomiendan el uso de los anticonceptivos hormonales, ya que es una circunstancia donde los riesgos generalmente son mayores a las ventajas del uso del método (categoría 3 de OMS). Entre los 21 y 42 días de la etapa de puerperio, en las mujeres con otros factores de riesgo para trombosis, se recomienda no usar métodos hormonales combinados a menos que las opciones de uso de otros métodos más adecuados no estén disponibles o no sean aceptados (categoría 3 de OMS). Las mujeres sin factores de riesgo para trombosis y que no estén dando lactancia pueden utilizar métodos hormonales combinados (categoría 2 de OMS).[11]

Existen diferentes métodos anticonceptivos para planificar, se dividen en cuatro grupos: naturales, de barrera, hormonales y quirúrgicos que abarcan desde el uso de tabletas y preservativos, hasta métodos de planificación definitivos donde se encuentran la oclusión tubárica bilateral (OTB) y la vasectomía, se cree que por la variabilidad de estos métodos es la causa de presentar conocimientos deficientes, mitos y creencias.[12]

Cada año millones de mujeres en edad fértil después del parto se enfrentan a tomar la decisión de comenzar o reanudar la anticoncepción; en esta selección de planificar se incluye tanto el tipo de método anticonceptivo como el momento de inicio de su uso. [13]

El Puerperio fisiológico comprende la etapa que inicia después del parto y que termina cuando las manifestaciones anatómicas y funcionales presentadas durante el embarazo en el organismo materno regresan a las condiciones normales. Se divide en Puerperio inmediato (primeras 24 horas), Puerperio mediato (segundo al séptimo día) y Puerperio tardío (octavo a cuarenta y dos días).[13]

Durante el puerperio, las mujeres presentan un cambio en las concentraciones hormonales, descenso en los estrógenos y progesterona e incremento de la prolactina provocando cambios fisiológicos que afectan el deseo, respuesta y comportamiento sexual, sobre todo en mujeres lactantes. Las mujeres puérperas que inician la lactancia prolongan el periodo de amenorrea llevando esto a la inactividad de la ovogénesis, secundario a la influencia hormonal del hipotálamo siendo un proceso inhibitorio, lo que con lleva a un descenso en los niveles de secreción de gonadotropinas, dando resultado la inhibición de la ovulación y menstruación; siendo influenciado por la estimulación de succión en el pezón. El incremento de las concentraciones séricas de prolactina inhibe la secreción pulsátil de hormona liberadora de gonadotropinas, mediado también por el aumento de dopamina. En la tercera semana del postparto se encuentran cifras de luteinizante por debajo de lo normal; siendo este un mecanismo importante para la presentación de la infertilidad durante la lactancia. [14]

Los distintos métodos anticonceptivos usados en el posparto, principalmente la amenorrea de la lactancia, siempre y cuando se utilice de forma adecuada, se concluye que lo más eficaz y beneficioso para la salud materno-fetal es unir a este método el dispositivo intrauterino de cobre pasadas seis semanas tras el parto. Dado que el uso adecuado de la anticoncepción aumenta la salud sexual reproductiva, evita embarazos no deseados y reduce la morbimortalidad materno-infantil. [15]

Las mujeres que deciden no dar lactancia presentan a etapa más temprana del puerperio concentraciones menores de las hormonas gonadotropinas, retornando a niveles normales entre la tercera y quinta semana. Siendo la reaparición de la menstruación a un corto periodo en la mayoría de estas mujeres. Por lo tanto, estas pacientes requieren iniciar un método de anticoncepción a partir de la segunda semana postparto. [16]

Entendiendo todo lo anterior, en México, se llevó a cabo la Conferencia Internacional sobre Anticoncepción en el Puerperio donde surgieron recomendaciones para intensificar la promoción del uso de anticonceptivos durante esta etapa, para lograr que cada día haya mayor cobertura entre las usuarias dentro de esta etapa. [17]

En las investigaciones realizadas de nuestra población hay carencia de estudios que indiquen la frecuencia de mujeres con antecedente de embarazo no planeado, durante la etapa de puerperio acepten usar un método anticonceptivo.[18]

En Cuba la estrategia de planificación Familiar se basa en lograr una acción de consciencia, determinada por la responsabilidad de la mujer y la pareja de tener hijos deseados, planeados en el tiempo más idóneo y oportuno para el futuro niño, la madre y la familia, a manera que los nuevos seres obtengan un desarrollo integral. [19]

Colombia ha logrado ser un país de América Latina modelo, ya que promoción al conocimiento sobre planificación familiar es universal estando presente en todos los niveles socioeconómicos. Actualmente, la encuesta nacional de demografía y salud refiere que el 85% de las mujeres usaron al menos un método de Planificación familiar durante su vida. [20]

En América Latina y Caribe, más del 90% de los adolescentes tienen conocimiento en al menos un método anticonceptivo, excepto Paraguay (89%), Bolivia (74%) y Guatemala (68%). Sin embargo, los porcentajes de prácticas son bajos (18%). [20]

En Cuba, se realizó una investigación encontrando que el conocimiento sobre el uso de métodos anticonceptivos en adolescentes, 100% reconoció como método de barrera: el condón; seguido de métodos hormonales: orales 97% e inyectables 93.5%. Siendo mayor el conocimiento por parte del sexo femenino, con mínimas diferencias significativas en relación con el sexo masculino. Las fuentes utilizadas para la obtención de la información fueron: los padres en 75.6% y amigos en 64.1%. [21]

La Investigación realizada en Shangai encontró que 43% de las mujeres tienen antecedente de dos o más embarazos no planeados; por lo que hacen las recomendaciones de utilizar como estrategia la promoción durante la etapa de puerperio el uso de métodos anticonceptivos. Para reducir la incidencia de éstos. [22]

La Salud reproductiva de la mujer es una prioridad en el mundo sobre todo en países en vías de desarrollo como México, donde se presenta el 43% de la tasa de mortalidad materna por cada 100 mil nacidos. [23]

Estudio realizado por Ayala - Castellanos y colaboradores, en Guadalajara, México, encontraron que las fuentes de información son la escuela (51%), el médico (14%), los amigos (13%) y en menor porcentaje la familia (2%).[23]

Un estudio de tipo descriptivo y transversal realizado para evaluar el uso de anticonceptivos posparto en mujeres embarazadas y en puerperio en la Universidad de Lagos Hospital Docente (LUTH), Nigeria.

Con un tamaño de muestra de 423 mujeres. Fueron aplicados cuestionarios a pacientes de la consulta prenatal y consultas del servicio de planificación familiar en el postparto, como objetivo tuvieron la de evaluar los factores que influyen en la aceptación de anticonceptivos después del parto. Obtuvieron como resultado que 227 (54%) de las mujeres aceptarían un anticonceptivo, mientras que 184 (43%) no deseaban usar. [24]

La Planificación familiar como estrategia permite respetar el derecho del individuo y pareja en la decisión del incremento de integrantes de una forma planeada y organizada, a través de la adopción de un anticonceptivo, permitiendo que se tengan los hijos en edades idóneas (edad materna entre 25 a 35 años) y periodos intergenésico mayor de 2 años, mejorando la calidad de vida económica y social de las parejas. [24]

En la actualidad, en nuestro país aún existe la desigualdad de género para la toma de decisión reproductiva, siendo un impacto negativo en las mujeres para lograr el objetivo de la estrategia de planificación familiar, siendo caracterizado en nuestro país por la diversidad de cultura, creencias, edad, nivel socioeconómico, geografía. [25]

La Planificación Familiar es un programa que contribuye a mejorar la calidad de vida de familias, mujeres y niños. Es una muy buena inversión para mejorar y mantener la salud de las mujeres, niños y comunidades. [25]

La OMS reportó sobre la tasa de mortalidad materna corresponde un 99% a los países en vías en desarrollo, diariamente mueren aproximadamente casi 830 mujeres por causas prevenibles relacionadas con el embarazo, parto y puerperio, otorgar una atención integral antes, durante y después del parto puede salvarles la vida a las embarazadas y a los recién nacidos. La tasa de mortalidad materna a nivel mundial se ha disminuido en alrededor del 44% entre 1990 y 2015. Para mejorar la salud materna es necesario identificar y eliminar los obstáculos que impiden la obtención de los servicios de salud materna y puerperio. [26]

A nivel estatal para el 2011 se tiene reporte de la tasa de mortalidad materna por cada 100 mil nacidos vivos un 51.8 en comparación de 121.4 en l990. Así también se tiene el reporte de los municipios con valor mayor a la meta nacional, siendo en total 35 los municipios con un intervalo de presentación de 393.70 a 41.31 casos de defunción siendo durante la gestación, parto y puerperio. [26]

Justificación

La salud reproductiva de la mujer es una prioridad a nivel mundial sobre todo en países en vías de desarrollo como México, donde se presenta el 43% de la tasa de mortalidad materna por cada 100 mil nacidos, es así como la salud reproductiva contribuye a la disminución de la muerte materna y perinatal en la población, se planteó los estudios de conocimiento, actitud y prácticas para entender el comportamiento de las mujeres puérperas a través de sus 3 elementos.

Aún con las estrategias de planificación familiar no se ha observado un resultado que impacte en la disminución de la tasa de mortalidad materna, por lo que es necesario identificar cuáles son los factores que participan en la aceptación o rechazo de métodos anticonceptivos durante el puerperio, así como contribuir en reforzar las medidas de ampliación de cobertura del Instituto Mexicano del Seguro Social.

En la Unidad Médica Familiar No. 11 no existen estudios que analicen los conocimientos, actitudes y prácticas de las puérperas para la aceptación o rechazo de los métodos anticonceptivos y con esto poder implementar estrategias más apropiadas para mejorar la cobertura de los métodos de planificación familiar en este grupo específico de pacientes, así mismo conseguir una disminución en la tasa de mortalidad materno fetal.

Planteamiento del Problema

Se estima que en países en desarrollo unos 214 millones de mujeres en edad reproductiva desean posponer o detener la procreación, pero no utilizan algún método anticonceptivo, los motivos son la falta de variedad de métodos, un acceso limitado a la anticoncepción, particularmente a jóvenes, grupos pobres de la población o las personas solteras. También por temor a los efectos colaterales preconcebidos o experimentados anteriormente, la influencia de razones culturales o religiosas, servicios no especializados o de mala calidad, entre otros.

La necesidad insatisfecha de anticoncepción sigue siendo alta. En América Latina representa 10.7%. El derecho de la mujer para tomar la decisión de embarazarse y en qué momento tiene un impacto directo en su salud y bienestar.

La aceptación de métodos anticonceptivos durante el puerperio es un evento en el que participan múltiples factores, entre los cuales se han informado la edad, religión, sexo, escolaridad, entre otros; así mismo la importancia de que tanto saben, como utilizarlo y que actitud toman ante la decisión de usar un método, esto influye en la importancia de disminuir la tasa de mortalidad materno fetal como también buscar una mejora en la cobertura de planificación familiar que provee el Instituto Mexicano del Seguro Social, actualmente a través del análisis de los indicadores de cobertura de protección anticonceptiva postevento obstétrico se tiene un porcentaje del 60% a nivel delegacional Tapachula, lo que nos orienta a un incremento en la tasa de mortalidad materno-fetal; es por lo que nos lleva a realizar la siguiente pregunta:

¿Grado de conocimientos, actitudes y prácticas de las mujeres puérperas sobre los métodos de planificación familiar en la Unidad Médica Familiar No. 11?

Objetivo

Objetivo General

Determinar los conocimientos, actitudes y prácticas de las mujeres en el periodo de puerperio sobre métodos de planificación familiar.

Objetivos Específicos

1. Identificar el grado de conocimientos de las mujeres puérperas que tienen de los métodos de planificación familiar de la UMF no. 11.
2. Describir las actitudes que tienen las mujeres puérperas sobre métodos de planificación familiar de la UMF no. 11.
3. Determinar que prácticas realizan las mujeres puérperas con métodos de planificación familiar de la UMF No. 11.

Hipótesis

Los conocimientos, actitudes y prácticas de las mujeres puérperas sobre métodos de planificación familiar influye en la decisión de aceptar el uso de un anticonceptivo.

Material y Métodos

Tipo de estudio

Se realizó un estudio de tipo encuesta, transversal, prospectivo, para evaluar los conocimientos, actitudes y prácticas de las mujeres puérperas sobre métodos de planificación familiar.

Universo de estudio

Mujeres en periodo de puerperio adscritas a la Unidad Médica Familiar No. 11, del Instituto Mexicano del Seguro Social en la Ciudad de Tapachula, Chiapas.

Diseño

Se diseñó una base de datos tipo Excel 2016 profesional y se usó la paquetería SPSS 25.0.1, versión derechos reservados, se calculó porcentaje sobre las variables cuantitativa y cualitativa del conocimiento, actitudes y prácticas, con el objetivo de recrear en tablas y gráficos las características de la población estudio.

Se calculó medidas de tendencia central y dispersión, así como prevalencias de las variables de interés y riesgos relativos para la comparación de poblaciones y las exposiciones asociadas al evento estudiado.

Tamaño de la muestra

La cantidad de pacientes estudiados fue por conveniencia y delimitado por el periodo de estudio, la fórmula es para poblaciones finitas, la cual nos arrojó el número de puérperas que representó a la población dando una muestra significativa y confiable para el resultado del presente estudio.

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^{2}\, p * q}{d^{2} * (N-1) + Z_{\alpha}^{2} * p * q}$$

Donde:

N= 784 Mujeres puérperas adscritas a la UMF No. 11.

Z_{α} = 1.96 al cuadrado (si la seguridad es del 95%)

p = proporción esperada (en este caso 5% =0.05)

q = 1 – p (en este caso1 – 0.05 = 0.95)

d = precisión 4%

$$n = \frac{784 * (1.96)^2 * (0.05) * (0.95)}{(0.04)^2 (784 - 1) + (1.96)^2 (0.05) * (0.95)} =$$

$$n = \frac{(784) (3.84) (0.05) (0.95)}{(0.0016) (783) + (3.84) (0.05) (0.95)} =$$

$$n = \frac{143.0016}{(1.2528) + (0.1824)} = \frac{143.0016}{1.4352} = \mathbf{99.63}$$

La muestra de estudio es de 99.63 pacientes, con un nivel de confianza del 95% y con un margen de error de 4%. Se ajustó tamaño muestral a pérdida = 150 mujeres puérperas.

MÉTODOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

A las pacientes que hayan cumplido con los criterios de inclusión, con previa firma de la hoja de consentimiento informado, se les hará la invitación para participar en el estudio.

Criterios de Selección

De Inclusión

- Mujeres que se encuentren en periodo de puerperio.
- Pacientes adscritas a la UMF No. 11.
- Puérperas que acepten participar en el estudio.

De Exclusión

- Mujeres que no se encuentren en periodo de puerperio.
- Pacientes que no estén adscritas a la UMF no. 11

De Eliminación

- Mujeres puérperas que no deseen seguir participando

Técnicas y Procedimientos

Se realizó la selección de 150 pacientes puérperas (promedio más de la muestra seleccionada considerando los criterios de eliminación, ya que se previó la deserción de puérperas que no desearán continuar con la entrevista o cambiarán de opinión y se negarán a seguir participando) adscritas a la UMF No. 11 del IMSS, Tapachula, Chiapas, que cumplieron estrictamente con los criterios de inclusión.

Previo consentimiento informado, se les aplicó un instrumento llamado encuesta de conocimiento, actitud y prácticas sobre métodos de planificación familiar. En la modalidad original fue aplicado por el investigador, pero para fines del presente estudio se realizó modificaciones a fin de adecuar el sentido y significado de cada ítem cuidando de no alterar las respuestas reales, adaptando un lenguaje comprensible para nuestras participantes y lograr ser contestado por la población en estudio sin intervención del investigador.

El instrumento en esta versión modificada fue piloteado y validado en una muestra semejante, se aplicó a compañeros médicos especialistas en ginecología-obstetricia un mínimo de 2, compañeros residentes de medicina familiar, internos de pregrado, así como mujeres en edad fértil escogidas al azar, que se encuentren adscritas a la Unidad Médica Familiar No. 11. Se realizó posteriormente una revisión, para hacer modificaciones para el mejoramiento de este.

En el primer apartado se solicitó los datos sociodemográficos de mujeres puérperas, que incluye edad, lugar de origen, escolaridad, estado civil, religión.

El apartado de evaluación de conocimientos sobre los métodos de planificación familiar se midieron los rubros de conceptos, reacciones adversas, ventajas y desventajas, modo de uso e indicaciones. Utilizando 8 items de conocimientos sobre los métodos anticonceptivos, teniendo el total de preguntas un valor ponderal de 100 puntos, para luego asignarle una puntuación de:

- 59 puntos o menos nivel de conocimiento malo.
- 60 – 69 nivel de conocimiento regular.
- 70 – 100 nivel de conocimiento bueno.

Para valorar las actitudes ante los métodos de planificación familiar en las puérperas, se realizó 5 preguntas siendo calificado como:

*Favorable *Desfavorable.

Para la evaluación de las prácticas acerca del uso de métodos anticonceptivos, se formularon 5 interrogantes relacionadas a usos, tipos de métodos y frecuencia. Con asignación al total de preguntas un valor ponderal de 100 puntos, para luego asignarle una puntuación de:

- 81 - 100 práctica buena
- 60 - 80 práctica regular
- 0 - 59 práctica mala

Operacionalización de las Variables

Nombre de la variable	Definición conceptual	Definición Operacional	Tipo de la variable	Escala de Medición	Medición
Conocimiento	La habilidad de la persona para comprender por medio de la razón, cualidades y relaciones de las cosas.	Se midió con 8 preguntas con valor malo, regular y bueno	Cuantitativa	Continua	malo 59 o menos regular 60-69 bueno 70 – 100
Práctica	Experiencia que se adquiere con la realización del ejercicio continuo de una actividad.	Se medió con 5 preguntas	Cuantitativa	Dicotómica	favorable desfavorable
Actitud	Es un comportamiento mental del individuo a realizar a favor o en contra de un objeto o fin determinado.	Se evaluó con 5 preguntas	Cuantitativa	Continua	buena81-100 regular60-80 mala0-59
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento al momento actual.	Por interrogatorio directo	Cuantitativa	Continuo	menor 15 años 15-19 años 20-29 años 30-34 años más 35 años
Estado Civil	Condición de una persona en el marco del registro civil en función de si tiene o no pareja y frente a su familia.	Por interrogatorio directo	cualitativa	Policotómica	unión libre casada separada divorciada soltera
Religión	Se refiere al credo y la cultura de determinados comportamientos sobre una entidad sobrenatural.	Por interrogatorio directo	Cualitativa	Policotómica	católica presbiteriana cristiana Testigo de Jehová adventista
Educación	Institución destinada a adquirir y desarrollar la capacidad intelectual, moral y afectiva de los individuos de acuerdo con su cultura y normas de convivencia de la sociedad a la que pertenece.	Por interrogatorio directo	cualitativa	Policotómica	Analfabeta primaria secundaria, Secundaria Preparatoria licencia tura.
Puerperio	Período que inicia posterior al parto, con la involución de los cambios de gravidez a la condición normal que tenía antes, suele durar entre cinco y seis semanas.	De acuerdo con el día de puerperio en que se encuentre al momento del interrogatorio	Cuantitativa	continuo	Inmediato Mediato Tardío

Métodos de planificación familiar	Es todo medicamento o procedimiento cuyo objetivo principal es permitir a la mujer o pareja determinar el número de hijos y el espaciamiento entre estos.	Clasificación de métodos de planificación familiar: temporales y definitivos	Cualitativa	Policotómica	hormonal oral; hormonal inyectable; métodos de barrera; métodos definitivos

Recursos

Recursos Humanos

- Dra. Fabiola Adriana Avendaño Pozada.
  Residente de primer año de Medicina Familiar de la Unidad de Medicina Familiar Número 11.
- Asesor: Dra. Mirna Melissa Gordillo Martínez.

Recursos Materiales

- Hojas o folders.
- Papelería, computadora, impresora.
- Hojas de recolección de datos.

Recursos Financieros

- Recursos propios del residente y asesor.
- Recursos de la Unidad de Medicina Familiar Número 11, del Instituto Mexicano del Seguro Social, Tapachula, Chiapas.

Ética

Declaración de Helsinki (Asamblea en Brasil, octubre 2013): La Declaración de Ginebra de la Asociación Médica Mundial responsabiliza al médico en "velar solícitamente y ante todo por la salud de mi paciente", y el Código Internacional de Ética Médica afirma que: "El médico debe siempre tener presente lo mejor para el paciente cuando otorgue atención médica".

El deber del profesional médico es fomentar y cuidar por la salud, bienestar y derechos de los pacientes, incluyendo los que participan en investigación científica. Los conocimientos y la conciencia del médico deben darse al cumplimiento de ese deber. El avance de la medicina se fundamenta en la investigación que, en último instancia, debe incluir estudios en seres humanos.

La finalidad primordial de la investigación médica en seres humanos es llegar a entender las causas, evolución y efectos de las enfermedades y proponer mejora a las intervenciones preventivas, diagnósticas y terapéuticas. Aun siendo los mejores estudios probados deben ser evaluados constantemente a través de la investigación para que sean seguras, eficaces, efectivas, accesibles y de calidad.

La investigación médica está sujeta a normas éticas que sirven para promover y asegurar el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales. Siendo el objetivo principal generar nuevos conocimientos, este objetivo no debe olvidar respetar los derechos y los intereses del individuo que participa en la investigación.

En la investigación médica, es obligación del médico salvaguardar la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información obtenida de las personas que participan en investigación. La responsabilidad de la protección de las personas que participan en la investigación debe recaer siempre en el médico u otro profesional de la salud y nunca en los participantes en la investigación, independientemente hayan accedido a dar su consentimiento.

Esta investigación médica está relacionada a los lineamientos que promueve la Secretaría del Trabajo y previsión social.

Esta investigación se considera sin riesgo para las pacientes, debido a que se aplicarán cuestionarios a las puérperas adscritas a la Unidad Médica Familiar no. 11, sin exponerlas a daños innecesarios por el investigador, se tendrá un consentimiento informado, el estudio está regido por los principios especificados en la Declaración de Ginebra y en la declaración de Helsinki de 1964 y modificaciones, de Tokio de en 1974, Venecia en 1983, Hong Kong en 1989 y Escocia en 2000.

Esta acorde también por:

Los lineamientos que promueve la Secretaría del Trabajo y previsión Social, en el Diario Oficial de la Federación con fecha de 13 de noviembre de 2014.

El acuerdo por el que se crea la comisión interinstitucional de investigación de salud, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 19 de octubre de 1983.

El acuerdo por el cual se dispone el establecimiento de coordinadores de proyectos prioritarios de salud, publicado en el Diario Oficial de la Federación, el 24 de octubre de 1984.

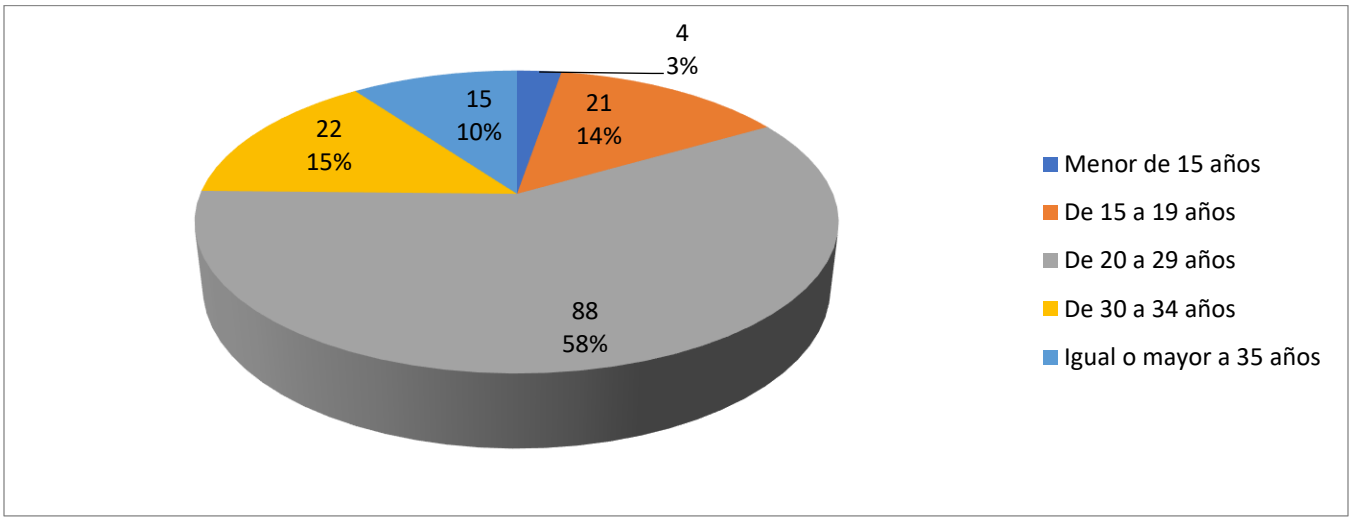
Los acuerdos 5/95 al 55/95 del 1 de enero de 1994 de H consejo Técnico del IMSS referente a la modernización.

Resultados

Se realizó un estudio transversal, prospectivo, tipo encuesta donde se entrevistaron a 150 mujeres puérperas atendidas en la Unidad Médica Familiar No. 11 del IMSS, de la Ciudad de Tapachula, Chiapas; no se presentó casos de pacientes que no quisieran participar en él estudió, se obtuvieron los datos a través de la encuesta: Conocimiento, actitud y prácticas de método de planificación familiar; el cual tiene una consistencia aceptable en la medición de los apartados de conocimiento y prácticas con un alfa de Cronbach de 0.88; en el apartado de actitudes obtuvimos una baja satisfactoria de la confiabilidad ya que el valor del alfa de Cronbach fue de 0.73 de acuerdo con el instrumento de medición utilizado.

A continuación, se comenta las características demográficas evaluadas en este estudio:

Gráfico 1. Distribución por grupo de edad de las mujeres puérperas.

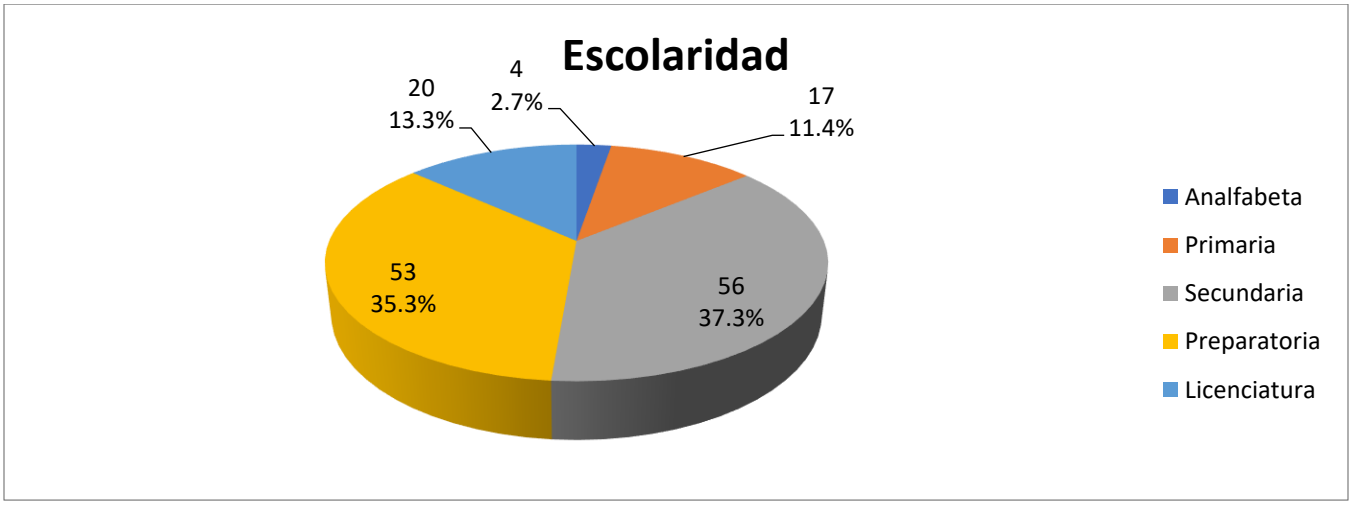


Fuente: Encuesta de conocimiento, actitud y prácticas de métodos de planificación familiar.

En este estudio encontramos que el grupo etario de mayor predominio estuvo entre las mujeres de 20 a 29 años con 58%; de 30-34 años un 15% y las menores de 15 años representaron el grupo minoritario con un 3%. Con el total de 150 pacientes puérperas con el rango de edad mencionado, obtuvimos una media de 25.5, una mediana de 25.3, una moda de 24.5, con una desviación estándar de 5.9. Gráfico 1.

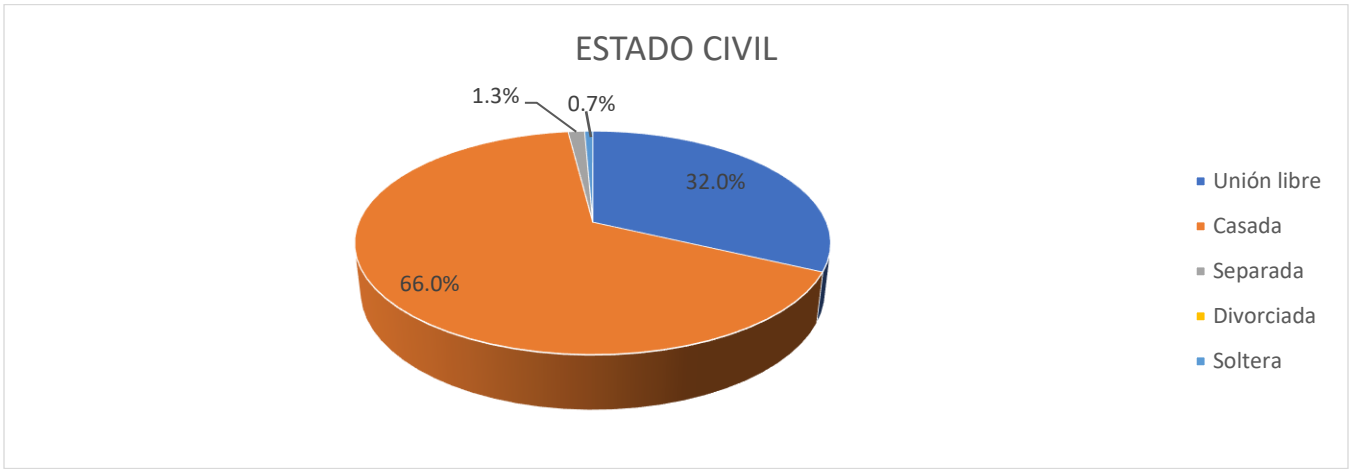
Con respecto al nivel académico de las mujeres puérperas, el 37.3% (56) de las entrevistadas presentó estudios de secundaria; 35.3% (53) de las puérperas presentó preparatoria y en menor proporción un 2.7% (4) son analfabetas. Observando que a mayor nivel educativo mayor conocimiento de los métodos de planificación familiar. Gráfico 2.

Gráfico 2. Escolaridad en las puérperas.



Fuente: Encuesta de Conocimiento, actitud y prácticas de métodos de planificación familiar.

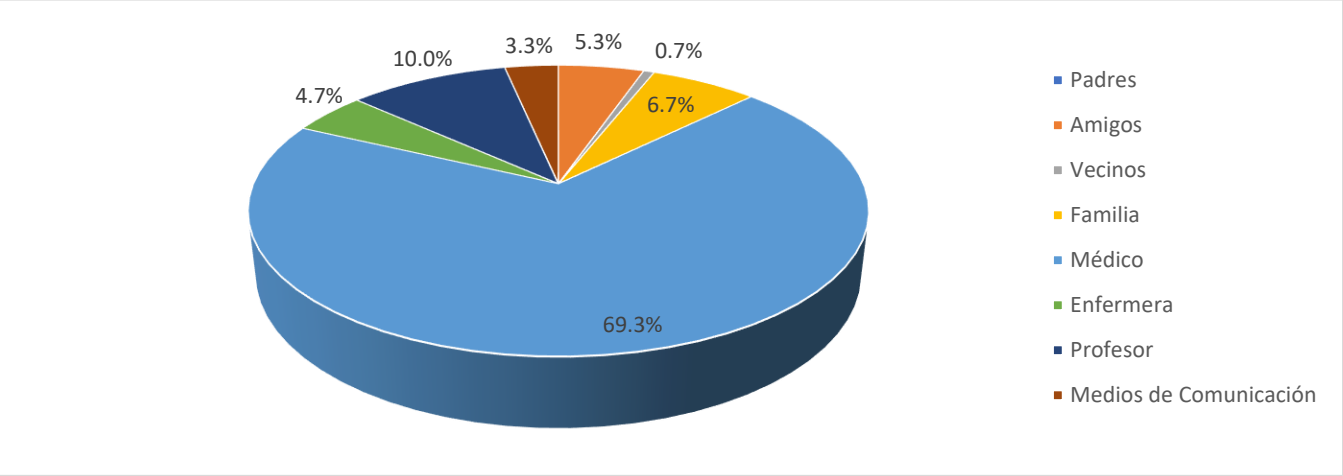
Gráfico3. Estado civil en las puérperas.



Fuente: Encuesta de Conocimientos, actitud y prácticas en métodos de planificación familiar.

Más de la mitad de las puérperas 66% se encuentran casadas, el 32% se encuentran en una unión estable con sus parejas y el 0.7 % están solteras siendo el grupo menor encontrado. Gráfico 3.

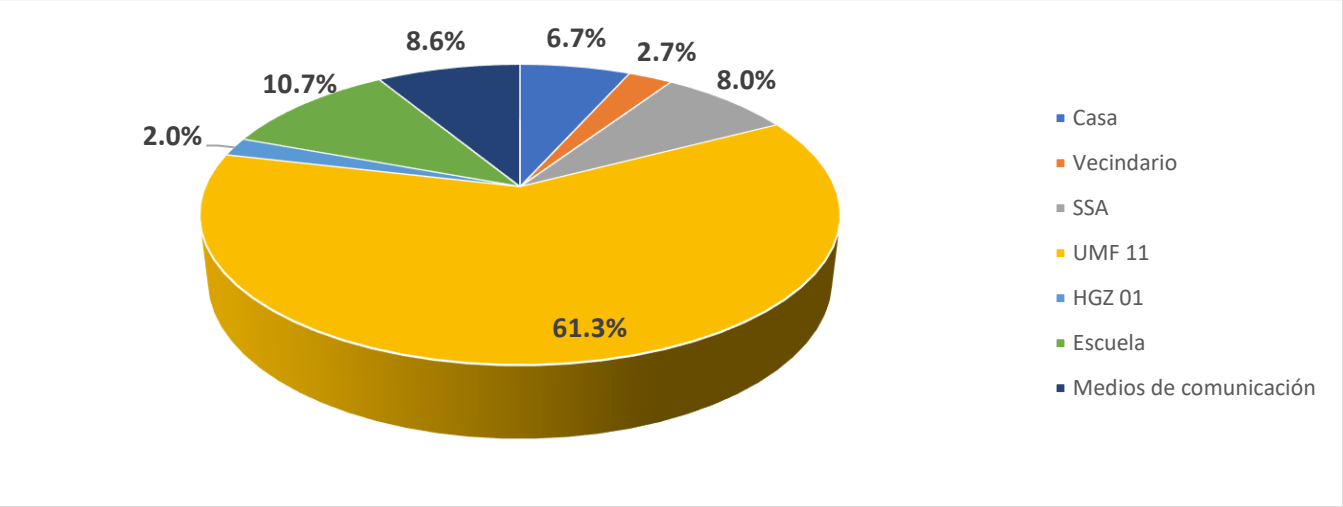
Gráfico 4. Información sobre anticoncepción.



Fuente: Encuesta de conocimiento, actitud y prácticas de métodos de planificación familiar.

Cuando se les pregunto a las puérperas de quien habían recibido más información sobre métodos de planificación familiar el 69.3% respondió que lo recibieron de médicos, 10% de profesores y el 6.7% lo recibió de la familia. Gráfico 4.

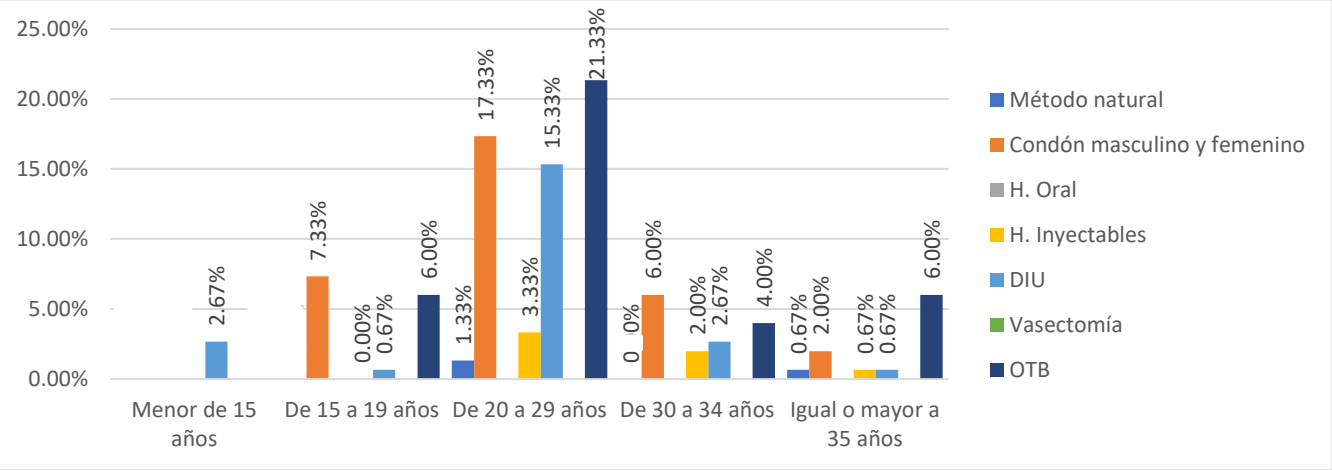
Gráfico 5. Institución que otorga información sobre métodos de planificación familiar.



Fuente: Encuesta de conocimientos, actitudes y prácticas de métodos de planificación familiar.

De acuerdo con la institución donde fue recibida la información el mayor porcentaje lo obtuvo la Unidad Médica Familiar No. 11 (61.3%), le siguió la escuela con un 10.7%, medios de comunicación con 8,6% y la minoría se obtuvo en el Hospital General Zona No. 1 IMSS Tapachula con 2.0%. Gráfico 5.

Gráfica 6. Correlación de Edad con Método Anticonceptivo más seguro.

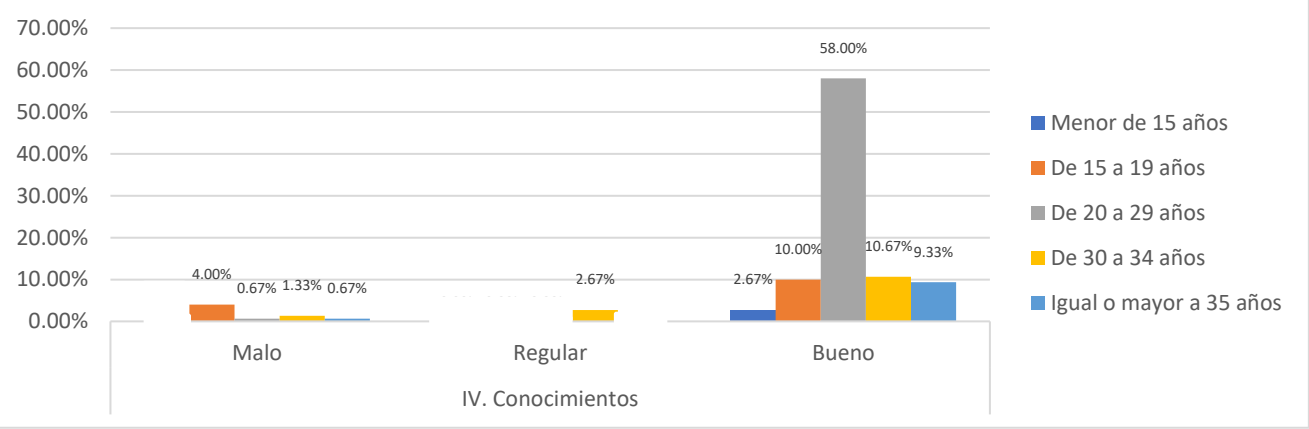


Fuente: Encuesta de conocimiento, actitud y prácticas de métodos de planificación familiar.

La oclusión tubárica bilateral fue el método más seguro para el 37.3% de las puérperas encuestadas, en segundo lugar el condón masculino con 32.6%, el dispositivo intrauterino ocupo el tercer lugar con un 22.6 %, hormonal inyectable 6%, y el método considerado menos seguro fueron los métodos naturales 1.3%. Gráfico 6.

De acuerdo, al nivel de conocimiento en métodos de planificación un 90.7% de las puérperas presentan un conocimiento bueno, 2.6% un conocimiento regular y un 6.7% un conocimiento malo.

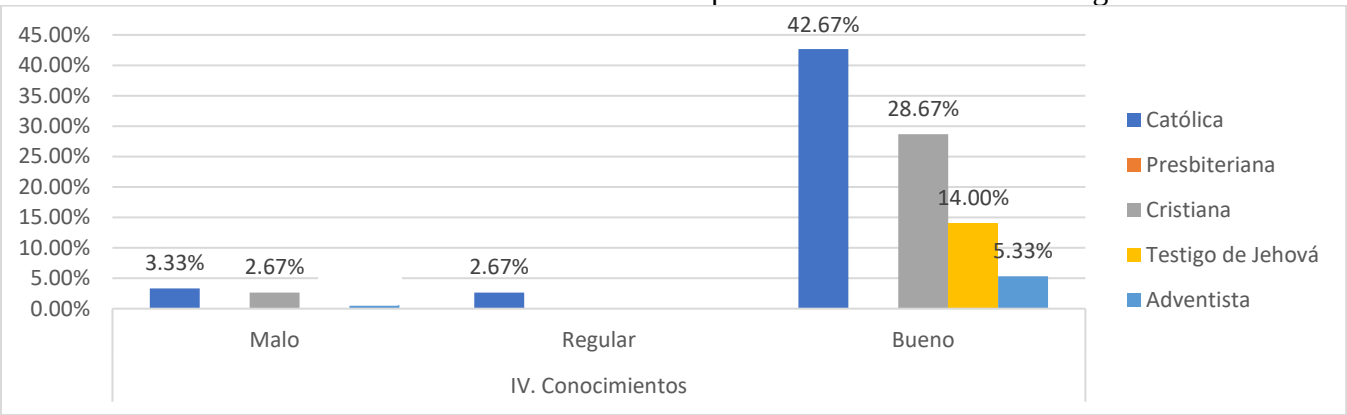
Gráfico 7. Conocimiento en relación con la edad de las puérperas entrevistadas.



Fuente: Encuesta de conocimiento, actitud y práctica de métodos de planificación familiar.

Se realizó la correlación de variables de conocimiento y edad mediante la prueba de Pearson obteniendo un nivel de significancia estadística con un valor de P de 0.054. Indicando que a mayor edad hay mayor obtención de conocimiento de las puérperas hacia los métodos de planificación familiar. Gráfico 7.

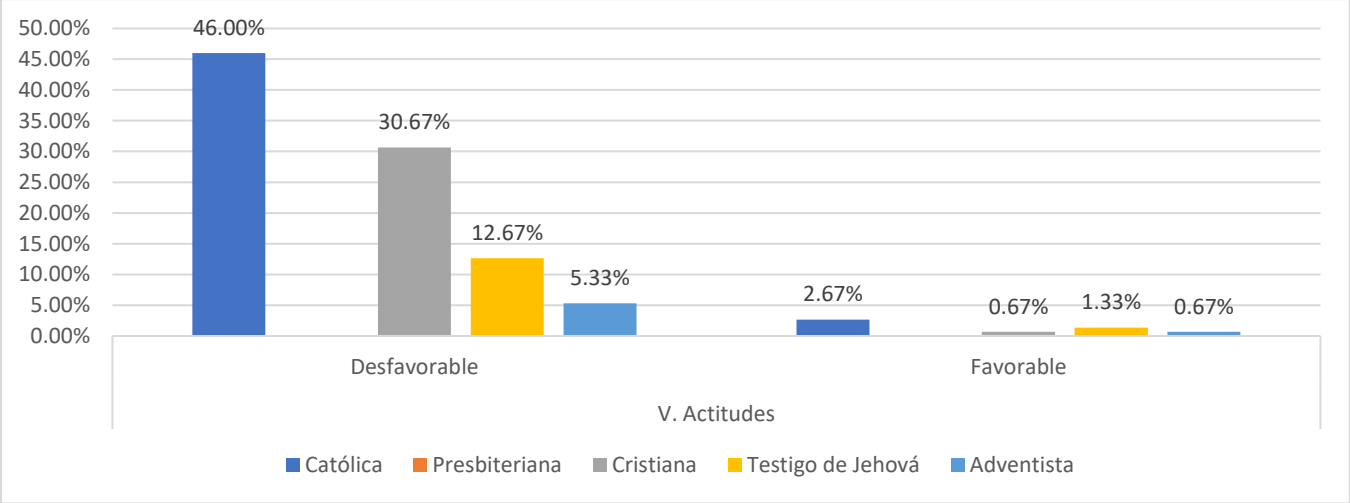
Gráfico 8. Correlación de conocimiento de métodos de planificación familiar con religión.



Fuente: Encuesta de conocimiento, actitud y prácticas de métodos de planificación familiar.

Al comparar los conocimientos de las entrevistadas y la religión que profesan se obtuvo un valor estadísticamente significativo mediante la prueba de Pearson (P= 0.066). Por lo que se observó que la religión católica es más permisible propiciando que sus creyentes adquieran y tengan un conocimiento bueno sobre los métodos de planificación familiar. El 42.6% de las pacientes son católicas. Gráfico 8.

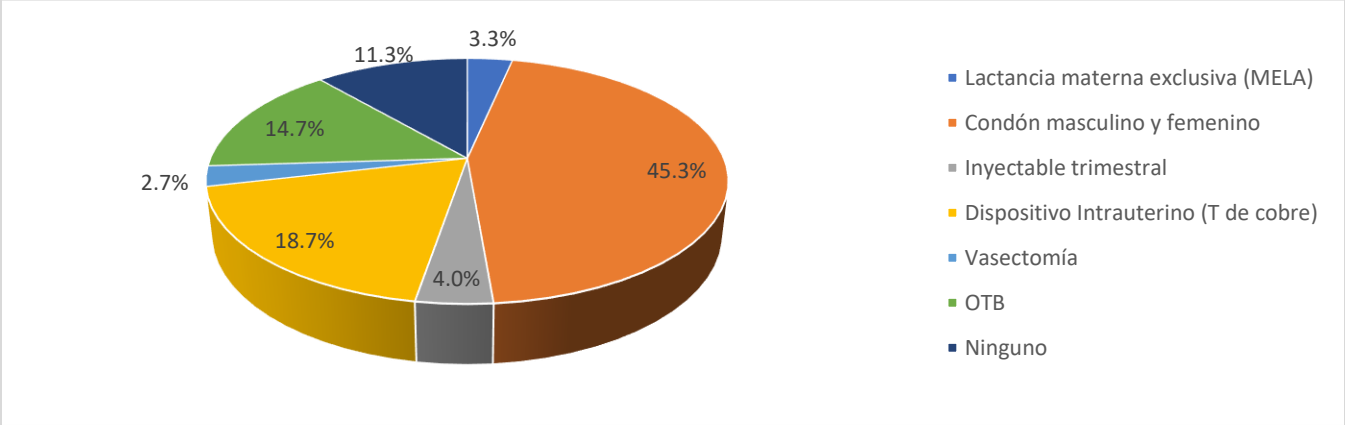
Gráfica 9. Correlación de actitud y religión en las mujeres puérperas.



Fuente: Encuesta de conocimiento, actitud y prácticas de métodos de planificación familiar.

El análisis de correlación de actitud y religión mediante la prueba de Pearson, se obtuvo un valor de p = 0.038, se dice que es estadísticamente significativo ya que la actitud es desfavorable a mayor intervención de la religión, habiendo algunas que limitan la selección de determinados anticonceptivo. En el análisis del estudio, solo el 5% resulto con actitudes favorables, siendo este porcentaje la minoría en esta encuesta y en su mayoría 95% tuvo una actitud desfavorable. Gráfico 9.

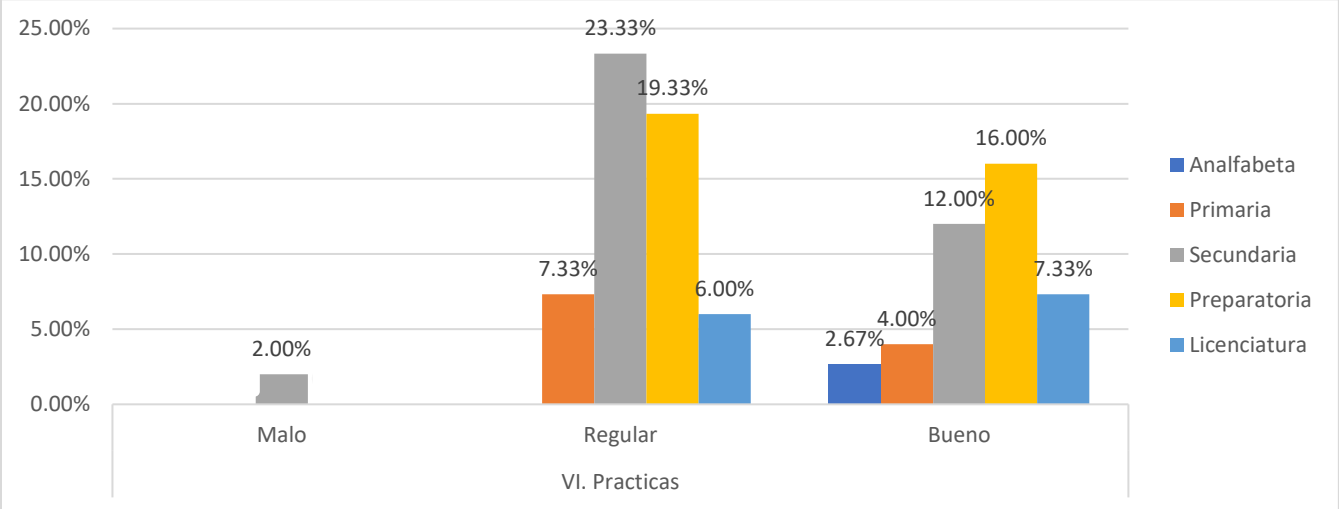
Gráfica 10. Método aceptado después del evento obstétrico.



Fuente: Encuesta de conocimiento, actitud y práctica de métodos de planificación familia en puérperas.

El método de planificación más aceptado por las puérperas posterior al parto o cesárea fue el condón masculino y femenino 45.3%, seguido del dispositivo intrauterino con 18.7% y únicamente el 14.7% solicitó la oclusión tubaria bilateral como método definitivo de planificación familiar. Gráfico 10.

Gráfico11. Prácticas realizadas por las puérperas de acuerdo con su escolaridad.



Fuente: Encuesta de conocimiento, actitud y práctica de métodos de planificación familiar en puérperas.

En esta investigación obtuvimos que un conocimiento bueno es proporcional a un mejor nivel educativo, siendo en su mayoría puérperas con nivel secundaria, seguido de nivel preparatoria, lo que favoreció prácticas regulares para la utilización de métodos anticonceptivos; presentando así una significancia estadística con la prueba de Pearson de 0.064. El 56% de las entrevistadas tuvo prácticas regulares en los métodos de planificación familiar, seguido de un 42% que presentaron buenas prácticas.

Discusión

Esta investigación titulada “Conocimiento, actitudes y prácticas de métodos de planificación familiar en mujeres puérperas de la Unidad Médica Familiar No. 11”, es un estudio transversal, prospectivo; con una población de 150 pacientes derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social adscritas a la misma unidad, en periodo de puerperio.

El grupo de edad predominante obtenido en esta investigación es de 20 a 29 años con 58%, estos resultados coinciden con lo investigado por Arias y colaboradores, el cual es un estudio de tipo cuantitativo, descriptivo y transversal, realizado en una población rural y urbana de Tabasco, del 2013 a 2014, con 450 entrevistadas donde predominó el grupo de 21 a 29 años. [8]

Así también en nuestra investigación resultó que hay buen nivel de conocimiento sobre métodos de planificación familiar y un aceptable nivel de escolaridad, no siendo concordante con el estudio de Arias y colaboradores, donde encontraron más de la mitad de las personas estudiadas tiene un nivel regular de conocimiento; y un 73.7% fue de conocimiento inadecuado sobre métodos anticonceptivos en relación con un bajo nivel de escolaridad. **[8]**

En nuestra investigación las puérperas refirieron haber recibido la mayor información sobre métodos de planificación familiar 69.3% de los médicos, no concordando con el estudio de Arias y colaboradores, con reporte de haber obtenido información principalmente de un medio de comunicación masiva como el internet (40%). [8]

En esta investigación resulto que la mayor información obtenida fue en la Unidad Médica Familiar No. 11 con un 61.3%, sin embargo, en el estudio de Arias y colaboradores; encontraron que la mayoría de sus entrevistadas la fuente de información fue a través de internet y no solicitaron información a una institución de salud por falta de interés. [8]

En esta investigación las puérperas en un 66% se encuentran casadas, el 32% se encuentran en una unión estable con sus parejas; así también, el inicio de vida sexual activa predominó de 15 a 19 años siendo un 50% y seguidamente un 49% en las edades de igual o mayor de 20 años. Coincidiendo con los resultados del estudio hecho por Hernández y colaboradores, el cual es un estudio transversal descriptivo prospectivo y para su obtención de datos fue a través de una entrevista a las pacientes hospitalizadas en el servicio de ginecología y obstetricia, de hospital Dr. Nachon, en la ciudad de Xalapa, Veracruz, donde reporto que el grupo predominante tenían estado civil casadas y unión libre; así como el inicio de la vida sexual la adolescencia. [12]

En nuestra investigación la mayoría de las puérperas presentan periodo intergenésico mayor de dos años 61.3%, coincidiendo con el estudio de Rocha y colaboradores, realizada en la ciudad de Rivas, Nicaragua, evaluaron el nivel de conocimiento, actitudes y prácticas en el puerperio inmediato en 120 puérperas donde encontraron periodo intergenésico menor de dos años en un 19.2%. [31]

La educación secundaria estuvo presente en nuestra investigación en un 37.3% de las entrevistadas seguida de un 35.3% con preparatoria coincidiendo con el estudio realizado por Rocha, con la diferencia que en segundo lugar predomino el nivel universitario con 17.5%. [31]

En nuestra investigación resultó una actitud favorable de 5% y 95% tuvo una actitud desfavorable. No siendo así en el estudio de Rocha y colaboradores; donde manifiesta encontrar favorable la actitud de las puérperas hacia los métodos anticonceptivos, no teniendo problemas para que la mayoría planificará y refirieran estar dispuestas a seguir con método anticonceptivo. Es por ello por lo que se considera en esta etapa como una de las oportunidades para la educación en planificación familiar. [31]

El 82% de las entrevistadas en nuestra investigación señaló que los métodos de planificación familiar servían para evitar embarazos, 10% de puérperas manifestó que servían para controlar número de hijos y 5.3% comentaron que prevenían enfermedades de transmisión sexual. Es por ello por lo que el Programa de Acción de Salud Reproductiva tiene por objetivos y estrategias poder garantizar el derecho del individuo y las parejas a decidir libre, responsable y con conocimiento sobre el número y el espaciamiento de los hijos. [22]

La oclusión tubárica bilateral fue el método más seguro para el 37.3% de las puérperas reportado en las encuestas, seguido del condón masculino con 32.6%, no siendo así con la investigación de Romero y colaboradores; donde realizaron un estudio descriptivo observacional con el objetivo de determinar la aceptación de anticonceptivos durante el puerperio en embarazos no planeados teniendo como resultado que los métodos más utilizados en el puerperio hallados en su estudio fueron el dispositivo intrauterino (53.9%) y oclusión tubaria bilateral (27.4%). [10]

El método de planificación familiar más aceptado por las puérperas en esta investigación fue el condón masculino y femenino con un 45.3%; no siendo así en lo obtenido en el estudio de Pérez y colaboradores, que es un estudio retrospectivo, observacional realizado en 345 adolescentes en su puerperio inmediato en el hospital Materno Infantil en San Pablo, en donde el método anticonceptivo de mayor predilección fue el dispositivo intrauterino. [3]

Entre las razones encontradas para no utilizar un método de planificación familiar el 36% de las puérperas refirió que les cuesta obtenerlo; el 26% manifestó desea embarazarse, y tercera opción la pareja no acepto; este resultado es similar al obtenido en el estudio de Pérez y colaboradores, obtuvieron como resultado que las pacientes adolescente puérperas no desean métodos anticonceptivos por falta de conocimientos del tema y podría deberse a los prejuicios del entorno familiar y social. [3]

Así también la mayor parte de las puérperas 76.6% refirió no estar presionada a utilizar métodos anticonceptivos; no así el 23.3% refirió sentir alguna presión (12.6% por el esposo, 4.6% por los familiares y el 0.6 % por el personal de salud) siendo el resultado similar al obtenido en el estudio de Gutiérrez y colaboradores donde realizaron un estudio descriptivo, observacional y transversal, con una población de 1,010, donde encontraron como resultado que los motivos asociados al rechazo de optar por un anticonceptivo fueron: causas atribuibles al esposo (33.6%). [9]

En el análisis de nuestra investigación se encontró que se tuvo un conocimiento bueno en 90.7% sobre métodos de planificación familiar, obteniendo una actitud desfavorable en un 95% y realizando prácticas regulares para la adopción de un anticonceptivo; no siendo así en el estudio descriptivo realizado por Sarria Argüello donde reportan haber encontrado falta de conocimiento adecuado de los métodos anticonceptivos postparto, identificando una actitud favorable en la mayoría pero con un nivel de práctica malo, siendo más riesgo para embarazos no deseados. [32]

El 56% de las entrevistadas tuvo prácticas regulares en los métodos de planificación familiar, un 42% tuvo buenas prácticas. A pesar de que se obtuvo un conocimiento bueno sobre métodos anticonceptivos y sus beneficios de una planificación familiar adecuada y oportuna, la actitud que predominó fue desfavorable estando influido por el entorno social; motivo por el que aún hay dificultad para la adopción de los métodos anticonceptivos.

Conclusión

En esta investigación llegamos a la conclusión que la promoción de los métodos anticonceptivos se está realizando en el primer nivel, siendo la Unidad Médica Familiar No. 11 la que ha está promoviendo en un mayor porcentaje en este estudio, a pesar de que exista una baja cobertura a las mujeres puérperas.

El predominio de edad en este estudio fue mujeres de 20 a 29 años con 58%; con promedio de escolaridad secundaria 50% y en su gran mayoría casadas y en unión estable con su pareja. En su mayoría inicio su vida sexual activa en la adolescencia (15 a 19 años); con mayor frecuencia de haber presentado un periodo intergenésico mayor de 2 años (61.3%). La información con la que cuentan las entrevistadas fue otorgada por su mayoría por personal médico (69.3%) en una institución de salud siendo la Unidad Médica Familiar número 11 (61.3%) esto antes del embarazo y durante las citas de control prenatal.

Con respecto al nivel de conocimiento, la mayoría de las puérperas fue bueno (90.7%). El 82% de las entrevistadas afirman que los métodos de planificación familiar sirven para evitar embarazos; el método más conocido fue el dispositivo intrauterino con 36%, sin embargo, la mitad de ellas no conoce cuándo es el momento idóneo para iniciar a utilizar un anticonceptivo.

El conocimiento obtenido es bueno en este estudio, pero debemos continuar promocionando la consejería sobre la planificación familiar en los límites de la edad fértil de la mujer para tratar de ir disminuyendo el porcentaje de no aceptantes por la falta de conocimiento sobre ellos, logrando así disminuir la mortalidad materno-fetal.

La actitud obtenida fue desfavorable en un 95% hacia el uso de los métodos de anticoncepción y entre las causas para no planificar es porque aún existen deficiencias en el conocimiento de sus beneficios y efectos adversos, así como tabúes. Se manifestó que el método de planificación menos seguro es el hormonal inyectable, por presentar efectos adversos como engordar, el pinchazo, hemorragias y manchar la cara.

Así también observamos que la religión juega un papel importante para presentar una actitud desfavorable por las muchas normativas que imponen en cada grupo religioso esto lleva así, a la realización de prácticas regulares.

Debemos prestar atención en promover una consejería de pareja, donde se haga participe también al hombre para que no sea ya una limitante a que la mujer pueda ejercer su derecho de planificar con la información adecuada y en acuerdo común con su pareja, evitando así las crisis familiares que han sido motivo por lo que la mujer evita planificar.

Las prácticas de los métodos de planificación familiar resultaron ser regulares con predominio en edad de 20-29 años y con escolaridad promedio de secundaria, con mayor aceptación al uso de dispositivo intrauterino con 36%, por las mujeres posterior al parto o cesárea, seguido del condón masculino con 26.6% y únicamente el 20.6% de ellas recomendó la oclusión tubaria bilateral como método de planificación ya con paridad satisfecha.

Recomendaciones

- Al Instituto Mexicano del Seguro Social:

Invito a seguir fortaleciendo el programa de promoción y orientación de métodos de Planificación Familiar en las diferentes etapas de la vida.

Supervisar el abastecimiento de los diferentes métodos de planificación familiar en todas las unidades médicas y la accesibilidad de estos a la población.

- Unidades Médicas Familiares:

A supervisar la aplicación de la norma oficial mexicana de planificación familiar, así como los lineamientos de métodos anticonceptivos para su buen uso y otorgamiento oportuno a los derechohabientes.

Otorgar capacitación continua al personal de salud sobre la utilización de los métodos de planificación familiar.

Verificar el cumplimiento de la orientación correcta al asegurado sobre sus beneficios y efectos adversos de los métodos de planificación individualizando la necesidad de cada paciente.

Fortalecer la educación y promoción de los métodos de planificación familiar durante las consultas de control prenatal, así como dar seguimiento durante la etapa de puerperio para su control de natalidad. Así invitar al esposo y familiares para ir rompiendo los tabúes que existen e impiden su adecuada utilización.

- A futuros investigadores.

Invito a retomar el tema para dar continuidad en adolescentes, grupos etarios de alto riesgo para la morbi-mortalidad materna y perinatal en nuestra unidad médica familiar, así como búsqueda de nuevas estrategias que ayuden a la mejor aceptación de los métodos anticonceptivos y mejora en la responsabilidad en la salud sexual reproductiva.

Bibliografía

1. Moreno A. E., Alino O.M. .MD, MSC. Nivel de conocimientos respecto a la planificación Familiar en gestantes que acudieron al hospital universitario San José, Popayán Colombia, 2014-2015. Rev. Colombiana Obstest. Ginecol. 2016: 207-214.
2. Juana S.M., Abigail H.C., Ofelia Mendoza Rojas, Rocío C.N., Miguel Angel V.K. Alteraciones Menstruales en Adolescentes. Vol. Med. Hosp. Infant. Méx. Vol. 69 no. 1. México Ene/Feb 2012.
3. Laura P., Celeste A. Métodos Anticonceptivos de elección en el puerperio en pacientes adolescentes. Rev. Nac. (Itauguá) 2015:7(2): 24-34.
4. Lineamientos de Métodos de Planificación Familiar. Instituto Mexicano Del Seguro social.
5. Hernández G.A., Mendoza m., Pérez R. Nivel de aceptación de métodos de planificación familiar en el post evento obstétrico y su relación con el subsistema conyugal familiar.
6. Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA2-1993, de los Servicios de Planificación Familiar.
7. Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos. Quinta edición 2015. www.who.int/reproductivehealth/topics/family_planning.
8. Arias A.I., Cruz L.A., Ramírez R.M., Práctica y actitud de la planificación familiar en población rural y urbana. Salud En Tabasco Vol. 20, No. 2, mayo - Agosto 2014, pp37-43
9. Dr. Romero A.G., Dr. Gónzalo Martín G.V., Dr. Luis Fernando H.V., Dr. Ana Lilia P.L. Factores que influyen en la aceptación o rechazo de métodos anticonceptivos en el puerperio. Ginecología y obstetricia de México. Vol 67. Julio- septiembre 2016
10. Gustavo R.G., Susana Ofelia S. V., Ana Lilia P. de L. Aceptación de anticonceptivos durante el puerperio en embarazos no planeados. Ginecol Obstet Méx 2009;77(11):499-503.
11. MsC María Mercedes A.N., MsC Manuel de Jesús L.D., MsC Vivian M.H., MsC Norka S.I. y MsC. Martha María A.C. Efectos secundarios de los anticonceptivos hormonales en usuarias del método asistentes a las consultas de planificación familiar. Medisan 2013; 17(3):415.
12. Ana Isabel H.G., Dr. Luis F. N., Nivel de aceptación de métodos de planificación familiar en pos evento obstétrico y su relación con el subsistema conyugal familiar.
13. Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida.
14. Lineamiento Técnico Médico para la Lactancia Materna. Instituto Mexicano Del Seguro Social. Seguridad y solidaridad Social.
15. Medina A.R., Sánchez Escobar LE, Landgrave Ibañez S., Ponce Rosas R.E. Irigoyen Coria A. Factores que contribuyen a la utilizaciónde métodos de planificación familiar por mujeres en edad reproductiva. ArchMedFam 2004; 6(1): 8-10.
16. Gustavo R.G., Susana Ofelia S.V., Ana Lilia P.L. Aceptación de anticonceptivos durante el puerperio en embarazos no planeados. Ginecol Obstet México 2009;77(11): 499-503.

17. Jaime B.G., Aminta M.C., Sebastián C.L. Características sociodemográficas de la adolescente embarazada en un hospital de alta especialidad.
18. Doris E. G.C., Margarita O.D., Carlos C.B., Enrique Ramos Clason, Germán S.M. y Dacia M. Salud sexual y reproductiva en estudiantes universitarios de una institución de educación superior en Colombia. Rev. Salud pública16(5): 660-672, 2014.
19. Francisco Javier H.A., Rodrigo A.Y., Héctor H.M., Métodos de Planificación familiar basados en el conocimiento de la fertilidad. Ginecol Obstet Méx 2012; 80(4):276-284.
20. Sergio C.V., MD; Jesús Garrido Gutiérrez, MD, -Gladys Adriana V.A., MD, John Z.T., MD, MSc. Asociación entre conocimientos de anticoncepción y embarazo no planeado. Estudio de corte Transversal.
21. Castañeda Sánchez O., Castro Paz L.S., Lindoro L.KG., Archivos en Medicina Familiar. Vol 10(3)37-41.
22. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, Salud reproductiva y maternidad saludable.
23. Estrategias Para la Planificación Familiar.
24. L. Arribas Mir, P. Alemán Sinning, A.M. Saavedra Ruiz, Anticoncepción durante el puerperio y la lactancia, FMC- Formación Médica continuada en atención Primaria, Vol. 12 Issue 7, 2005, pages 482-487, ISSN 1134-2072.
25. Edgar Kestler, María del Rosario, Silvia P. y Roberto F. Inicio de un método anticonceptivo eficaz durante el puerperio en hospitales de Guatemala. Revista Panamericana de Salud Pública.
26. CONAPO (2800), Programa Nacional de Población 2008-2012, por un cambio demográfico a favor del desarrollo. México. Secretaría de Gobernación/CONAPO.
27. Guerra-Palacio C.L., C.A-M., Implementación de una estrategia novedosa para aumentar el uso de métodos de larga acción en el postparto inmediato en hospitales públicos. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. 2018 oct. 2; 69:1.
28. Haghenbeck-Altamirano FJ, Ayala-Yañez R., Herrera-Meillón H. (Family Planning methods base don fertility awarenesess. Ginecología y Obstetricia De México. 2012:276-284.
29. De la Cruz-Peñaran D., Langer-Glas A., Hernández -Prado B, Gónzalez-Rengijo GF. [couples knowledge and attitudes regarding the practice of family planning in the jungle of regarding the practice of family planning in the jungle of Perú. Salud Publica De México. 2003, noviembre; 45(6):461-471.
30. Jain AK. Examining Progress and Equity in information Received by women using a modern method in 25 developing countries. International perspectives on sexual and reproductive health. 2016 sep 1; 42(3):131-140.
31. Rocha Morales R.E., Ambota López E.J., Conocimientos, actitudes y prácticas sobre métodos de planificación familiar en puérperas ingresadas en la sala de ginecología del Hospital Gaspar. 2015. 33-42.

32. Sarria Argüello H., Nivel de conocimientos, actitudes y prácticas sobre métodos anticonceptivos posparto en pacientes puérperas del servicio de maternidad del Hospital Bertha Calderón, enero -marzo 2014.

Anexos

Cronograma de actividades

	2017										2018										
ACTIVIDAD	Marzo	abril	mayo	junio	julio	Agosto	septiembre	Octubre	noviembre	diciembre	enero	febrero	marzo	abril	mayo	junio	julio	agosto	septiembre	octubre	noviembre
BUSQUEDA DEL TEMADE INVESTIGACIÓN	■	■																			
RECOPILACIÓN Y REVISIÓN DE LA LITETRATURA		■	■																		
APROBACIÓNDEL TEMA DE INVESTIGACIÓN			■	■																	
DISEÑO DEL PROTOCOLODE INVESTIGACIÓN				■	■																
MARCO TEORICO					■	■	■														
DISEÑO Y SELECCIÓN DE LA MUESTRA						■	■														
ELABORACIÓN DE INSTRUMENTOS							■	■													
REVISIÓN Y CORRECCIÓN DE PROTOCOLOS									■	■											
EVALUACIÓN DEL PROTOCOLO POR COMITÉ										■											
FIRMA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN EL ESTUDIO											■										
APLICACIÓN DE ENCUESTA DE PACIENTES PUERPERAS, ADSCRITAS A LA UMF 11											■	■	■	■	■	■					
RECOPILACION Y ANALISIS DE LA INFORMACION																	■				
CONCLUSIONES																		■			
ELABORACIÓN DEL INFORMAE FINAL Y PRESENTACIÓN DE RESULTADOS																			■	■	■

	INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS **INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL** **DELEGACION ESTATAL TAPACHUL, CHIAPAS** "Conocimientos, Actitudes y Prácticas de métodos de Planificación Familiar en mujeres puérperas de la UMF No. 11"	**FOLIO**

INTRODUCCION: Buen día soy la Dra. Fabiola Adriana residente de la especialidad de Medicina Familiar.

INSTRUCCIONES: A continuación, tiene una hoja de recolección de datos, la cual le pedimos sea llenada con su información, esta será absolutamente confidencial y para uso exclusivo de investigación. Por favor, rellene con un círculo la respuesta que cree es correcta, si llegará a tener duda será apoyada por el médico responsable de la investigación, así como asesorada en sus dudas en todo momento.

NSS	CODIFICACION
1. ¿Cuántos años tiene? 1) menor 15 años 2) 15-19 años 3)20-29 años 4)30-34 años 5) mayor 35 años	
2. ¿Lugar de Origen? 1) nacional 2) extranjera	
3. ¿Qué grado de estudio tiene usted? 1)analfabeta 2) primaria 3) secundaria 4) preparatoria 5) licenciatura	
4. ¿Cuál es su estado civil? 1)unión libre 2) casada 3) separada 4) divorciada 5) soltera	
5. ¿Qué religión profesa usted? 1)católica 2) presbiteriana 3) cristiana 4) testigo de Jehová 5) adventista	
II. ANTECEDENTE GINECO-OBSTETRICOS **Embarazos: _____ Partos:_____ Aborto:_____ Cesárea:_____**	
6. ¿Intervalo de tiempo entre un embarazo y otro? 1) menor de 2 años 2) mayor de 2 años 3) no aplica	
7. ¿Número de Parejas sexuales? 1)uno 2) dos 3) mayor de tres	
8. ¿Inicio de vida sexual? 1) menor de 15 años 2)15 a 19 años 3) mayor o igual a 20 años	
III.INFORMACIÓN **9. ¿De quién recibiste la información acerca de los métodos de planificación familiar?** 1)padres 2) amigos 3)vecinos 4)familia 5)médico 6)enfermera 7)profesor 8)medios de comunicación	
10. ¿Dónde recibiste la información acerca de los métodos de Planificación Familiar? 1)casa 2) vecindario 3) SSA 4) UMF 11 5HGZ 6)escuela 7)medios de comunicación	
IV. CONOCIMIENTOS: **11. ¿Has escuchado hablar de los métodos anticonceptivos?** 1) Si 2)No	

12. ¿Para qué sirven? 1) evitar embarazos 2) controlar el número de hijos 3) prevenir las infecciones de transmisión sexual 4) todas las anteriores.	
13. ¿Cuál es el tiempo para aplicar el método de Planificación Familiar? 1) antes de la menstruación 2) durante la menstruación 3) después de la menstruación 4) inmediatamente después del parto	
14. ¿Conoces algún método de Planificación Familiar en particular? 1) si 2) no	
15. ¿Cuáles métodos de Planificación Familiar conoces? 1) métodos naturales 2) condón masculino y femenino 3) pastillas 4) hormonales inyectables 5) DIU 6) vasectomía 7) OTB, salpingoclasia	
16. ¿Cuál de todos los métodos que conoces consideras el más seguro? 1) métodos naturales 2) condón masculino y femenino 3) pastillas 4) hormonales inyectables 5) DIU 6) vasectomía 7) OTB, salpingoclasia	
17. ¿Cuáles de los métodos de planificación familiar que tú conoces además de prevenir el embarazo previenen las infecciones de transmisión sexual (ITS)? 1) pastillas 2) condón masculino 3) vasectomía 4) inyectable mensual	
18. ¿Cuáles crees es el resultado del hecho de no utilizar un método de Planificación Familiar? 1) embarazo no deseado 2) infecciones de transmisión sexual 3) carga económica 4) aborto 5) deterioro personal 6) abandono de la pareja.	
V. ACTITUDES **19. ¿Qué piensas de las pastillas de emergencia para evitar el embarazo? ¿Son buenas, malas? ¿Por qué?** 1)son la mejor opción para planificar 2) es un método sencillo y fácil de usar 3) no me gusta tomar pastilla, prefiero inyectarme	
19.1¿Qué piensas de los hormonales Inyectables? 1)Son la mejor opción para planificar 2) es un método sencillo y fácil de usar 3) no me gusta los hormonales inyectables	
19.2 ¿Qué piensas del parche transdérmico? 1)Son la mejor opción para planificar 2) es un método sencillo y fácil de usar 3) no me gusta el parche	
19.3 ¿Qué piensas del implante subdérmico? 1)son la mejor opción para planificar 2) es un método sencillo y fácil de usar 3) no me gusta el implante subdérmico	
19.4 ¿Qué piensas del preservativo o condón masculino? 1)son la mejor opción para planificar 2) es un método sencillo y Fácil de usar 3) no me gusta el preservativo	

19.5 ¿Qué piensas de la oclusión tubárica bilateral o vasectomía? 1)Es la mejor opción para planificar 2) es un método sencillo y fácil de usar 3) son más seguros 4) no me gusta la otb o vasectomía	
20. ¿Qué piensas de la T de cobre? 1) Es una buena opción de método de planificación a largo plazo. 2) Es un método antiguo, que nadie usa. 3) Es un método muy agresivo y causa mucho dolor. 4) No me gusta y no creo que evite los embarazos.	
21. ¿Qué te impide utilizar un método de planificación familiar? 1) la religión 2) desea embarazarse 3) pareja no acepta 4)No me gustan 5) No sé cómo utilizarlos 6) Me cuesta obtenerlos 7) No creo que sirvan	
22. ¿Estás consciente de los efectos a utilizar un método de Planificación Familiar? 1) Si 2) No	
23. ¿Te sientes presionada a utilizar un método de Planificación Familiar? 1) Si 2) No	
23.1 Si la respuesta es sí. ¿Por quién? 1) Personal de Salud 2) Familiares 3) Esposo	
Razones para no aceptar un método de Planificación Familiar: **23.2 Inyectables** 1)no deseo planificar 2) miedo al piquete 3) hemorragia 4) engorda 5)mancha la cara 6) no tengo problemas para planificar con inyecciones **23.3 Tabletas** 1)no desea planificar 2) se olvida tomarla 3) le produce molestias gástricas 4) sangrado 5) engorda 6) si deseo tabletas **23.4 Dispositivo Intrauterino (DIU)** 1) No desea planificar 2) es doloroso la colocación 3) se encarna 4)produce sangrado 5) produce dolor 6)molesta en las relaciones sexuales 7)produce infecciones vaginales 8)si acepto usarlo **23.5 Condón** 1) No desea planificar 2) le da pena 3) su pareja no quiere 4) no produce la misma sensación 5) si acepto usarlo	
VI. PRÁCTICAS. - **24. ¿De los métodos que conoces cuáles has utilizado?** 1) métodos naturales 2) condón masculino y femenino 3) pastillas 4) hormonales inyectables 5) DIU 6) vasectomía 7) OTB, salpingoclasia	
25. ¿cuál consideras que es el método más apropiado después del parto? 1)lactancia materna exclusiva (MELA) 2) condón masculino y femenino 3) inyectable trimestral 4) dispositivo Intrauterino (T de cobre) 5) vasectomía 6) OTB 7) ninguno	

26. ¿De los métodos utilizados has tenido alguna complicación? **Método:** 1)lactancia materna exclusiva (MELA) 2)condón masculino y femenino 3) inyectable trimestral 4) dispositivo Intrauterino (T de cobre) 5) vasectomía 6) OTB 7) ninguno **Complicación:** 1)infección Vaginal 2) sangrado 3) dolor del vientre 4) incomodidad o molestias en la relación sexual	
27. ¿De los métodos de planificación que has utilizado cual te ha fallado? **27.1 Método:** 1) Métodos naturales 2) condón masculino y femenino 3) Inyectable trimestral 4)Dispositivo intrauterino (T de cobre) 5) OTB 6) vasectomía 7)Ninguno **27.2 Falla:** 1) salí embarazada 2) me engorde 3) tenía muchos cambios de humor 4) sangraba demasiado 5) me provoco infecciones	
28. ¿Cuál de los métodos recomendarías después del parto o cesárea o aborto? 1) Métodos naturales 2) condón masculino y femenino 3) Inyectable trimestral 4) Dispositivo intrauterino (T de cobre) 5) OTB 6) vasectomía 7)Ninguno	

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

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	Conocimientos, actitudes y prácticas de métodos de planificación familiar en mujeres puérperas de la UMF no. 11
Patrocinador externo (si aplica)*:	Ninguna
Lugar y fecha:	Tapachula, Chiapas, durante el Agosto - Diciembre 2018.
Número de registro:	R-2018-3005-019
Justificación y objetivo del estudio:	La salud reproductiva contribuye a la disminución de la muerte materna y perinatal en la población, debido a que aún, no se observa de las estrategias de planificación familiar un resultado que impacte en la disminución de la tasa de mortalidad materna. En la UMF No. 11 no existen estudios que analicen los conocimientos, actitudes y prácticas de las puérperas para aceptación/ rechazo de los métodos anticonceptivos y poder implementar estrategias para mejorar la cobertura de los métodos de planificación familiar.
Procedimientos:	Se realizará aplicación de la hoja de recolección de datos a todas las puérperas adscritas a la UMF No. 11.
Posibles riesgos y molestias:	Ninguna
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Las pacientes tendrán mayor conocimiento sobre métodos de planificación familiar, así como disolver dudas que pudieran estar impidiendo la aceptación de un método anticonceptivo.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Cuando se obtenga la muestra recolectada, en el periodo de estudio establecido
Participación o retiro:	En cuanto el paciente lo desee.
Privacidad y confidencialidad:	Absoluta

En caso de colección de material biológico (si aplica):

☐	No autorizo que se tome la muestra.
☐	Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.
☐	Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica): _____

Beneficios al término del estudio: _____

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

Investigador Responsable: Dra. Fabiola Adriana Avendaño Pozada

Colaboradores: Dra. Mirna Melissa Gordillo Martínez

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

_____	_____
Nombre y firma del sujeto	Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento
Testigo 1	Testigo 2
_____	_____
Nombre, dirección, relación y firma	Nombre, dirección, relación y firma

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

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

Clave: 2810-009-013