



**HOSPITAL DE LA MUJER DEL ESTADO DE AGUASCALIENTES  
CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**ADHERENCIA A LA ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO  
OBSTÉTRICO Y PRINCIPALES CAUSAS DE ABANDONO  
UN AÑO POSTERIOR A SU COLOCACIÓN EN EL  
HOSPITAL DE LA MUJER DE AGUASCALIENTES  
TESIS**

**PRESENTADA POR  
Karla Mariel Alcalde Ortiz**

**PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y  
OBSTETRICIA**

**ASESOR (ES)**

**Dr. Daniel Ely Bravo Aguirre  
Dr. Francisco Javier Serna Vela  
Mtra. Diana Gabriela Camarillo Elizalde**

**Aguascalientes, Ags., febrero de 2018**



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA  
DE AGUASCALIENTES

**KARLA MARIEL ALCALDE ORTIZ**  
**ESPECIALIDAD EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**  
**P R E S E N T E**

Por medio de la presente se le informa que en cumplimiento de lo establecido en el Reglamento General de Docencia en el Capítulo XVI y una vez que su trabajo de tesis titulado:

**“ADHERENCIA A LA ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y PRINCIPALES CAUSAS DE ABANDONO UN AÑO POSTERIOR A SU COLOCACIÓN EN EL HOSPITAL DE LA MUJER DE AGUASCALIENTES”**

Ha sido revisado y aprobado por su tutor y consejo académico, se autoriza continuar con los trámites de titulación para obtener el grado de:  
**Especialista en Ginecología y Obstetricia**

Sin otro particular por el momento me despido enviando a usted un cordial saludo.

**A T E N T A M E N T E**  
**“SE LUMEN PROFERRE”**  
**Aguascalientes, Ags., a 4 de Enero de 2018.**

**DR. JORGE PRIETO MACÍAS**  
**DECANO DEL CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD**

c.c.p. M. en C. E. A. Imelda Jiménez García / Jefa de Departamento de Control Escolar  
c.c.p. Archivo



**ISSEA**

SECRETARÍA DE SALUD DEL ESTADO

**COMITÉ LOCAL DE INVESTIGACIÓN**

**AGUASCALIENTES, AGS. 04 DE ENERO DEL 2018**

**A QUIEN CORRESPONDA:**

EL COMITÉ ESTATAL DE INVESTIGACIÓN EN SALUD, BASADO EN LOS ESTATUTOS CONTENIDOS EN EL MANUAL DE INVESTIGACIÓN EN SALUD, HA TENIDO A BIEN REVISAR EL PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN INTITULADO.

**“ADHERENCIA A LA ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y PRINCIPALES CAUSAS DE ABANDONO UN AÑO POSTERIOR A SU COLOCACIÓN EN EL HOSPITAL DE LA MUJER DE AGUASCALIENTES”**

OTORGANDO EL DICTAMEN DE **“ACEPTADO”** NÚMERO DE REGISTRO: **001 ISSEA-001/18**

**INVESTIGADOR (S) DE PROYECTO:**

Dra. Karla Mariel Alcalde Ortiz

**LUGAR DE DESARROLLO DE LA INVESTIGACIÓN:**

Hospital de la Mujer de Aguascalientes

**TIPO DE INVESTIGACIÓN:**

Investigación para Obtención de Grado de Especialidad en Gineco Obstetricia

**ASESOR (S) DE INVESTIGACIÓN:**

Dr. Daniel Ely Bravo Aguirre

Dr. Francisco Javier Serna Vela

Mtra. Diana Gabriela Camarillo Elizalde

ESPERANDO QUE ESTE PROYECTO DE INVESTIGACIÓN REDUNDE EN BENEFICIO A NUESTRA POBLACIÓN, QUEDAMOS A SUS ÓRDENES.

**ATENTAMENTE:**

**DR. FRANCISCO JAVIER SERNA VELA**  
**SECRETARIO TÉCNICO**  
C.C.P.- ARCHIVO



**UNIDAD  
DE INVESTIGACION  
EN SALUD**



UNIVERSIDAD AUTONOMA  
DE AGUASCALIENTES



**ISSEA**  
SECRETARÍA DE  
SALUD DEL ESTADO  
DE AGUASCALIENTES

**DRA. MARTHA HERNANDEZ MUÑOZ**  
**JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION**  
**HOSPITAL DE LA MUJER AGUASCALIENTES**

**ASUNTO: Autorización para la impresión de tesis**

Por medio de este conducto le enviamos un cordial saludo y hacemos de su conocimiento que la Dra. Karla Mariel Alcalde Ortiz, médico residente en el último año de la especialidad de ginecología y obstetricia ha entregado de manera satisfactoria su documento de tesis titulado: "Adherencia a la anticoncepción post evento obstétrico y principales causas de abandono un año posterior a su colocación en el Hospital de la Mujer de Aguascalientes" por lo que damos nuestra aprobación para su impresión y la continuación de sus trámites para presentar el examen de grado reglamentario.

**ATENTAMENTE**

**Mtra. Diana Gabriela Camarillo Elizalde**  
**Asesor metodológico**  
**Universidad Autónoma de Aguascalientes**

**Dr. Francisco Javier Serna Vela**  
**Asesor metodológico**  
**Instituto de Servicios de Salud Del**  
**Estado de Aguascalientes**

**Dr. Daniel Ely Bravo Aguirre**  
**Asesor Clínico de Tesis**  
**Hospital de la Mujer Aguascalientes**



ISSEA

SECRETARÍA DE SALUD DEL ESTADO

DEPARTAMENTO DE ENSEÑANZA,  
CAPACITACION E INVESTIGACION

Aguascalientes, Aguascalientes. 04 de Enero del 2018

**DR. JORGE PRIETO MACIAS**  
DECANO DEL CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD  
PRESENTE

Por medio de este conducto le envío un cordial saludo y le hago de su conocimiento que la Dra. **KARLA MARIEL ALCALDE ORTIZ**, médico residente en el último año de la especialidad de ginecología y obstetricia ha entregado de manera satisfactoria su documento de tesis titulado:

**“ADHERENCIA A LA ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y PRINCIPALES CAUSAS DE ABANDONO UN AÑO POSTERIOR A SU COLOCACIÓN EN EL HOSPITAL DE LA MUJER DE AGUASCALIENTES”**

Por lo que doy mi aprobación para su impresión y la continuación de sus trámites para presentar el examen de grado reglamentario.

ATENTAMENTE

Dra. Martha Hernández Muñoz  
Jefa del Departamento de Enseñanza, Capacitación e Investigación  
del Hospital de la Mujer Aguascalientes



## DEDICATORIA

A mis padres, Mona y Uriel, quienes me han apoyado en todo momento, a quienes les debo: toda mi educación, enseñanza, valores, dedicación, y sobre todo la persona que he logrado ser el día de hoy, a pesar de lo difícil que haya sido la situación, gracias.

A mi hermano Uriel y mis dos hermanas: Mónica y Evelyn, a quienes espero poder darles un ejemplo de estudio, dedicación y trabajo para que en su futuro profesional y personal lo puedan aplicar.

A mi novio y próximo esposo Óscar, quien siempre vio luz en donde yo veía oscuridad y a la fecha sigue a mi lado apoyándome y alentándome a seguir adelante para lograr mis sueños, gracias te amo.

## AGRADECIMIENTOS

Gracias totales y de manera especial a mis maestros que me apoyaron desde un inicio y alentaron a seguir adelante: Dr. Ely Bravo, Dr. Luis Chávez, Dr. Castañeda, Dr. Roberto Franco, Dr. Antonio Aguilar, Dr. Diego Hinojosa, Dr. Julio Macías, Dr. Fernando Carrillo Zamarripa, Dr. Samuel Chávez, Dr. Ezequiel Sotelo, Dr. Antonio Cruz, Dr. Abraham Rosas y Dr. Juan Carlos Pedroza, gracias por su paciencia, enseñanza, aliento y motivación para guiarme en el camino, sin su ayuda no hubiera podido.

A cada uno de los residentes con los que conviví, quienes también fueron mis maestros, amigos, compañeros y de alguna manera hermanos durante los 4 años de mi estadía en el hospital, tanto a los grandes como a los de mi generación. Gracias por su paciencia, esmero en enseñarme, consejos y esmero.

Finalmente, gracias a las personas que de alguna manera han sido parte de mi formación académica; quienes me apoyaron de manera incondicional y creyeron en mí, y a quienes no, por fortalecerme y hacer que yo misma creyera en perseguir mis sueños y en lo que puedo lograr.

## Resumen

**Introducción:** En México las mujeres en edad reproductiva suspenden la anticoncepción administrada luego de evento obstétrico en un gran porcentaje.

**Objetivo:** Determinar el nivel de adherencia a la anticoncepción un año posterior al evento obstétrico y sus principales causas de abandono en el Hospital de la Mujer de Aguascalientes.

**Pacientes, Material y Métodos:** Se realizó un estudio observacional, descriptivo en pacientes a las que se les brindó atención obstétrica en el Hospital de la Mujer de Aguascalientes de junio de 2015 a junio de 2016. Se tomó una muestra de 157 pacientes, a quienes, mediante llamada telefónica, se realizó una encuesta sobre variables sociodemográficos referentes al evento obstétrico y método seleccionado, así como abandono, causa, momento y uso de algún otro anticonceptivo.

**Resultados:** El 52% de las pacientes continuaron con la anticoncepción, el promedio de abandono fue a los 3 meses reportando como principal causa los efectos secundarios. La mayor adherencia fue en pacientes de 24 años. La mayor deserción se observó hacia la inyección hormonal bimensual. La frecuencia general de expulsión de los dispositivos de cobre y levonogestrel fue del 21% (22% y 17% respectivamente). El 42% de las pacientes luego de dejar la anticoncepción no utilizó otro método. Hubo preferencia global hacia el dispositivo intrauterino al igual que en pacientes adherentes, y en no adherentes hacia el implante subdérmico. El promedio de gestas fue de 2 con un periodo intergenésico de 2.3 años. La tasa de embarazo posterior fue de 20% versus 3%.

**Conclusiones:** Las pacientes del Hospital de la Mujer de Aguascalientes mantiene adherencia a los métodos de larga duración por encima de los métodos hormonales tradicionales, con alta efectividad.

**Palabras clave:** anticoncepción, post-evento obstétrico, adherencia, cumplimiento, continuidad, abandono.



## **Abstract**

**Introduction:** Women of reproductive age in Mexico suspend contraception administered after an obstetric event in a large percentage.

**Objective:** To determine the level of adherence to contraception one year after the obstetric event and its main causes of abandonment in the Women's Health Hospital of Aguascalientes.

**Methods:** An observational descriptive study was conducted in patients who received obstetric care at the Women's Health Hospital of Aguascalientes from June 2015 to June 2016. A sample of 157 patients was taken, to whom, through a telephone call, a survey was conducted on sociodemographic variables related to the obstetric event and method selected, as well as abandonment, cause, time and use of another contraceptive.

**Results:** 52% of the patients continued with the contraception, the average of abandonment was 3 months reporting the main cause side effects. The greatest adherence was in patients of 24 years. The highest attrition was observed towards the bi-monthly hormonal injection. The general frequency of expulsion of the devices of copper and levonogestrel was 21% (22% and 17% respectively). 42% of patients after leaving contraception did not use another method. There was overall preference towards the intrauterine device as well as in adherent patients, and in non-adherent towards the subdermal implant. The average of deeds was 2 with an intergenic period of 2.3 years. The subsequent pregnancy rate was 20% versus 3%.

**Conclusions:** The patients of the Women's Health Hospital of Aguascalientes maintain adherence to long-term methods over traditional hormonal methods, with high effectiveness.

**Keywords:** contraception, obstetric event, adherence, compliance, continuity, abandonment.

**ÍNDICE GENERAL**

**MARCO TEÓRICO ..... 3**

**Inicio de la Anticoncepción ..... 5**

**Embarazo adolescente..... 8**

**Recomendaciones generales ..... 11**

**Dispositivo intrauterino con Levonogestrel ..... 15**

**Dispositivo Intrauterino de cobre ..... 15**

**Implante subdérmico ..... 16**

**Inyección Hormonal Bimensual ..... 17**

**JUSTIFICACIÓN..... 18**

**PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA..... 19**

**Pregunta de Investigación ..... 19**

**HIPÓTESIS ..... 20**

**OBJETIVO GENERAL ..... 20**

**Objetivos específicos..... 20**

**MATERIAL, PACIENTES Y MÉTODOS..... 21**

**Tipo de muestra..... 25**

**Tamaño de la muestra..... 25**

**Criterios de selección ..... 25**

        a. **Inclusión ..... 25**

        b. **Exclusión..... 25**

        c. **Eliminación..... 26**

**Recolección de la Información..... 26**

**Instrumentos ..... 26**

**Logística ..... 26**

**Análisis estadístico ..... 27**

**CONSIDERACIONES ÉTICAS..... 27**

**RECURSOS PARA EL ESTUDIO ..... 28**

Recursos humanos .....	28
Recursos materiales .....	28
Recursos financieros .....	28
<b>CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES .....</b>	<b>29</b>
<b>DIFUSIÓN DE LA INVESTIGACIÓN .....</b>	<b>29</b>
<b>RESULTADOS .....</b>	<b>30</b>
<b>1.Factores Sociodemográficos .....</b>	<b>30</b>
<b>2.Antecedentes obstétricos.....</b>	<b>32</b>
<b>3.Métodos de planificación posterior a evento obstétrico.....</b>	<b>33</b>
<b>4.Abandono.....</b>	<b>33</b>
4.1 Momento de Abandono .....	35
4.2 Causas de Abandono.....	37
4.3 Falla en el método.....	38
4.4 Efectos Adversos.....	39
4.5 Método Distinto .....	39
4.6 Método Preferido.....	40
<b>5.OCURRENCIA DE EMBARAZO.....</b>	<b>42</b>
<b>DISCUSIÓN .....</b>	<b>44</b>
<b>CONCLUSIONES .....</b>	<b>48</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>49</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>53</b>

## MARCO TEÓRICO

Actualmente en México habitan 121 millones de personas, y se espera que en 2030 la población ascienda a 137.5 millones.<sup>1</sup> En México, según datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía del año 2016, se reportaron 2,293,708 nacimientos, de los cuales el 33.4% fue no planeado.<sup>1,2</sup>

El inicio de la vida sexual es el momento en que una persona comienza a exponerse al riesgo de tener un embarazo. En la ENADID 2009, se estimó que el 50% de las mujeres ha experimentado su primera relación sexual a los 18.0 años, mientras que en datos de 2014 disminuyó a 17.7 años,<sup>1</sup> por lo que, hasta el 2016, se ha registrado un 17.8% de madres adolescentes.<sup>3</sup> Cabe destacar, que el inicio de vida sexual activa y la iniciación hacia uso de métodos anticonceptivos no se ve reflejada hasta pasados 9.2 años.<sup>2</sup> Sin embargo, comparando los datos de Aguascalientes de 2009 en donde sólo el 20.6% comenzaban con planificación familiar posterior a la primera relación sexual, en el año 2014 incrementó hasta 35.9%, lo que habla de que las hazañas para ello han sido factibles<sup>1</sup>, pues se ha hecho hincapié en realizar maniobras para disminuir el desconocimiento y la falta de información sobre cómo utilizarlos.

Se conoce que las causas más comunes por las que se deja el programa de planificación familiar son las siguientes: Inaccesibilidad, falta de información, promoción inadecuada, material informativo insuficiente, falta de confidencialidad y carencia de métodos anticonceptivos. Por lo anterior, se recomienda consejería impartida en consulta previo, durante o posterior al evento obstétrico e incluir el consentimiento responsable del uso del método anticonceptivo.<sup>4,12</sup>

La Organización Mundial de la Salud define la adherencia terapéutica como el grado en que el comportamiento de una persona se corresponde con las recomendaciones acordadas por un proveedor de asistencia sanitaria. Según la Sociedad Española de Contracepción, se entiende por cumplimiento la toma

correcta o posología del fármaco, y por otro lado, la continuidad hace referencia al uso constante del tratamiento en el tiempo<sup>5</sup>. Sin embargo, es importante hacer mención a la derivación etimológica y al significado de los vocablos los cuáles estaremos mencionando constantemente a través de este trabajo.

**Adherencia:** La real academia española la define como “unión física o parte añadida”, deriva del vocablo latino *adhaerentia*, lo cual es un concepto que hace mención a la aglutinación o el pegamiento físico de distintos elementos.<sup>6</sup>

**Cumplimiento:** Deriva del vocablo latino *complementum* que hace mención a la acción y efecto de cumplir o cumplirse<sup>7</sup>. La real academia lo define como perfección en el modo de obrar o de hacer algo.<sup>6</sup>

**Continuidad:** Viene de la palabra latina *continuitas* y significa cualidad de no ser interrumpido. Se encuentra conformado por las siguientes partes: con- que equivale a junto, tenere- que es sinónimo de retener o dominar, y –uo que se emplea para indicar relación.<sup>7</sup> La Real academia española lo define como unión entre las partes que forman un todo que se desarrolla en el tiempo; circunstancia de suceder o hacerse algo sin interrupción; continuación de lo que se había empezado o ya existía.<sup>6</sup>

La Organización Mundial de la Salud ha convocado continuamente a un grupo de expertos con el propósito de examinar las recomendaciones respecto a los métodos de planificación familiar de acuerdo a cada situación posiblemente presente en la mujer.<sup>8</sup> La última reunión se llevó a cabo en marzo y septiembre de 2014 integrado por 68 personas en donde se examinaron cuatro tópicos que abarcan más de 575 acomodados<sup>8</sup> entre los diferentes métodos de planificación familiar.

Las recomendaciones propiamente prevén la seguridad de los diversos métodos anticonceptivos en relación con su uso en el contexto de condiciones médicas y

características específicas<sup>8</sup>. Con ellos, se anticipan si el método anticonceptivo empeora las condiciones médicas o provoca riesgos adicionales a la salud. De igual manera habrá casos en que la circunstancia médica reduzca la eficacia anticonceptiva, por lo que es necesario verificar la seguridad para prevenir un embarazo no planificado.

**CLASIFICACIÓN DE LOS CME PARA EL USO DE ANTICONCEPTIVOS**

<b>Categoría 1:</b>	Situación para la que no existen restricciones al uso del método anticonceptivo.
<b>Categoría 2:</b>	Situación en la que, en general, las ventajas de utilizar el método superan a los riesgos teóricos o demostrados.
<b>Categoría 3:</b>	Situación en la que, en general, los riesgos teóricos o demostrados superan a las ventajas de utilizar el método.
<b>Categoría 4:</b>	Situación en la que el uso del método anticonceptivo en cuestión constituye un riesgo inaceptable para la salud.

**(Tomado de la Organización Mundial de la Salud en su quinta Edición 2015 de Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos)<sup>8</sup>**

Para cada condición o característica médica relevante, a cada método anticonceptivo se le asigna una de cuatro categorías numéricas, y según las características personales de la usuaria se decidirá la elegibilidad del mismo.<sup>8</sup> Esto con la finalidad de prevenir reacciones secundarias que aumenten la morbimortalidad de la paciente, o disminuya la efectividad anticonceptiva.

**Inicio de la Anticoncepción**

Los embarazos no deseados han sido preocupación desde tiempos aledaños. Se reporta el uso de métodos anticonceptivos desde la antigüedad en: Egipto, China, Japón, así como en algunos escritos hebreos, desde mucho antes de la era cristiana, el uso empírico de algunas pastas y gomas cuyo efecto espermicida fue

demostrado en la actualidad.<sup>9</sup> Sin embargo, no fue hasta el siglo XVI cuando Falopio describe por primera vez una funda de lino protectora contra la sífilis que posiblemente constituyó la base para la manufactura en Inglaterra de los preservativos elaborados inicialmente con intestinos disecados de animales.<sup>9,7,15</sup> El famoso italiano Casanova los describe como “*gorros de seguridad que los ingleses han inventado para poner al sexo bello bajo abrigo de todo temor*”<sup>9</sup>.

En el año de 1834, el doctor Blundell en Londres describió otra opción anticonceptiva; la resección irreversible de las trompas uterinas. Sin embargo, tuvieron que pasar casi 50 años para que el Dr. Lundgren en Estados Unidos pusiera en práctica éste método.<sup>9,2</sup> Seis años después, el Dr. Richard Richter en Alemania introduce el dispositivo intrauterino hecho con intestino de gusano de seda. Mientras los métodos quirúrgicos adquirían mucho auge, por otro lado, nacían también los primeros métodos de abstinencia sexual periódica<sup>9,12</sup>.

Todo lo anterior ha constituido la base para la anticoncepción que hoy en día se utiliza. Para 1950 Margaret Sanger y Katherine Dexter, líderes feministas en Inglaterra, ofrecieron recursos al investigador estadounidense Gregory Pincus para lograr una anticoncepción efectiva<sup>9,11</sup>, quien no se imaginaba que ya habían iniciado estudios en México desde años anteriores realizados en la Universidad Autónoma de México por Luis Miramontes para lograr obtener noretisterona, la cual hasta el momento sigue conservando vigencia.<sup>9</sup>

En 1958 se crea la primera píldora anticonceptiva en el mundo nombrada como Enovid, siendo una combinación de 150-230 µg de mestranol y 10 mg de noretinodrel.<sup>9</sup> Años después, en 1964 se despertó interés en América Latina al saber que en otros países de Europa y Asia se comenzaron a realizar dispositivos de inserción uterina de diferentes materiales metálicos, por lo que surge el primer dispositivo intrauterino de cobre. A finales de los sesenta, mucho se hablaba del mecanismo de acción de este dispositivo, por lo que se estudia a fondo y concluye no es abortivo; se describe su efecto de cuerpo extraño que causa una reacción

inflamatoria no séptica durante la cual se desarrolla la producción de macrófagos que fagocitan las cabezas de los espermatozoides<sup>9,26</sup>.

En México, durante los años de gubernatura del Presidente de la República, el Lic. Luis Echeverría, sus más cercanos colaboradores iniciaron una serie de consultas entre los diferentes sectores sociales para conocer los diferentes puntos de vista en relación a la oficialización de la planificación familiar, encontrando en mayoría respuesta favorable por lo cual se compareció ante la cámara de diputados para proponer la Ley General de Población, siendo promulgada el 7 de enero de 1974.<sup>9,12</sup> Sin embargo, se consideró no era suficiente y querían que quedara plasmado en nuestra Carta Magna, por lo que el 31 de diciembre del mismo año por acuerdo unánime se promulga el artículo 4<sup>a</sup> Constitucional, que habla sobre la igualdad de géneros, la obligación del estado de proteger la organización y el desarrollo de la familia y el derecho a la planificación familiar.<sup>9,12</sup>

#### Lay General de Población

*Artículo 3º. “II. Realizar programas de planificación familiar a través de los servicios educativos y de salud pública de que disponga el sector público, y vigilar que dichos programas y los que realicen organismos privados, se lleven a cabo con absoluto respeto a los derechos fundamentales del hombre y preserven la dignidad de las familias...”<sup>9,12</sup>*

Diario Oficial: 7 de enero de 1974

#### Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos

*Artículo 4ª. “El varón y la mujer son iguales ante la Ley. Ésta protegerá la organización y el desarrollo de la familia. Toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de sus hijos”.<sup>9,12</sup>*

Diario Oficial: 31 de diciembre de 1974



La planificación familiar ha logrado prevenir el embarazo no deseado en gran porcentaje, además ha contribuido a disminuir considerablemente las tasas de morbilidad y mortalidad materna, perinatal e infantil, constituyendo así la mejor medida para evitar el embarazo de alto riesgo. Su práctica obliga a realizar revisiones ginecológicas constantes, diagnóstico y tratamiento de infecciones urinarias, vaginales o de transmisión sexual, así como diagnóstico oportuno de displasias cervicouterinas.

### **Embarazo adolescente**

La edad adolescente se caracteriza en gran parte por egocentrismo y vulnerabilidad secundario a los cambios biológicos que se presentan y a la adecuación para integrarse a la sociedad. Actualmente el inicio de actividad sexual ha aumentado en edades tempranas, así como el incremento de enfermedades de transmisión sexual y embarazos no deseados debido a la falta de información y sobre todo desinterés por parte de los adolescentes.<sup>10,12</sup>

En el año 2015 la tasa de natalidad en Estados Unidos en embarazo adolescente de entre 15 y 19 años llegó a su porcentaje más bajo, 22.3 por cada 1000 mujeres<sup>11</sup>. Sin embargo, en México no se cuenta con la misma suerte, pues aproximadamente 20% de los nacimientos anuales ocurren en mujeres menores de 20 años de edad; conforme menor es la edad de la gestante, mayor se considera el riesgo para la madre y el hijo<sup>4,12,13</sup>.

Un factor importante para explicar por qué persiste aún el embarazo adolescente en México es la falta de educación, valores sociales y el rol de la mujer como madre de familia; “*si no tengo hijos no sirvo, si no me caso, no seré feliz, no quiero ser la quedada de la familia, etc.*”<sup>11,12</sup> Anteriormente la educación sexual se proporcionaba en el hogar, que en la mayoría de los casos utilizaba el silencio o la represión al ser un tema que la mayoría no sabían cómo explicar o tratar ante los hijos.<sup>4</sup> Sin embargo, conforme ha pasado el tiempo se ha iniciado difusión de

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

información a partir de escuelas y campañas tanto de salud como gubernamentales para dar opciones a las generaciones venideras, así como conocimiento ante riesgo de iniciar vida sexual a temprana edad, enfermedades de transmisión sexual y morbilidad durante y posterior a embarazo.

Hoy en día las mujeres de entre 15-19 años que se encuentran en países en vías de desarrollo tienen el doble de riesgo de morir en un embarazo o posterior a ello en comparación al grupo de 20-34 años. En México, la mortalidad en madres de 24 años corresponde a 33% del total<sup>10</sup>; los riesgos asociados a algunas enfermedades que se presentan, como: enfermedad hipertensiva, anemia, bajo peso al nacer, parto pretérmino y nutrición insuficiente, en conjunto elevan las cifras de morbilidad, aunado hacia la duplicación de mortalidad infantil en comparación con grupos de edad mayores<sup>10-12</sup>.

Un tema importante a tratar, sobre todo porque se ve con más frecuencia en nuestro país, es el periodo intergenésico. Éste surgió de un reporte publicado por la Organización Mundial de la Salud, y se cataloga como el tiempo que pasa entre la fecha de nacimiento y la fecha de última regla del siguiente embarazo, generalmente en las adolescentes tiende a ser menor a 1-2 años, pero la recomendación es al menos esperar 24 meses para planear el siguiente.<sup>14</sup>

Una revisión sistemática por Conde-Agudelo y sus colaboradores de 77 estudios en países de los diferentes continentes, analiza la asociación del periodo intergenésico con resultados perinatales; tal es el caso de embarazo pretérmino, bajo peso al nacimiento, pequeño para edad gestacional o restricción de crecimiento intrauterino, muerte súbita in útero y neonatal.<sup>14,15</sup> De igual manera se menciona el riesgo elevado de ruptura uterina si previamente a la paciente se le realizó una cesárea tipo Kerr y se le dio prueba de trabajo de parto en el embarazo siguiente en un lapso no mayor a 16 meses de periodo intergenésico.<sup>15</sup>

En Estados Unidos más del 30% de las mujeres tienen un intervalo menor a 18 meses<sup>10,14</sup> entre un embarazo y otro; se asocia primordialmente a mal pronóstico

perinatal, neonatal y materno. Proveer de un método anticonceptivo luego del nacimiento debe ser prioridad en nuestro medio.

Idealmente debe discutirse el método en pareja durante las visitas preconcepcionales, de control prenatal y en el puerperio. Deberá elegirse de acuerdo a los planes de la paciente<sup>12,16</sup>: deseos de alimentar a seno materno o no, planes de próximo embarazo a corto o largo plazo, edad materna, experiencia previa con anticonceptivos y sus interacciones, economía, compromiso personal hacia el uso y seguimiento, así como el hecho de que pueda o no revertir sus efectos. Si la paciente no se encuentra conforme con cualquiera que haya elegido, la efectividad será considerablemente menor<sup>16</sup>.

El Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia define que el posparto inmediato es particularmente favorable para colocar el dispositivo intrauterino o el implante subdérmico<sup>16,18</sup>. Sin embargo, las mayores barreras que no permiten proveer de un método adecuado son: falta de entrenamiento, costos y la necesidad de visitas subsecuentes<sup>10,16</sup>. Un estudio realizado en 10 Hospitales de Georgia sobre implementación de métodos anticonceptivos de acción prolongada concluyó que se necesita un programa multidisciplinario, el cual incluya educación sobre uso e implementación.<sup>10</sup>

La inaccesibilidad, falta de información, promoción inadecuada, material informativo insuficiente, falta de confidencialidad y carencia de métodos anticonceptivo son algunas de las causas más comunes por las que la paciente deja el programa de planificación familiar.<sup>17</sup> Además, debido a que comúnmente existan mujeres laborando en ese programa, pudiera ser que no se presente la población de sexo masculino ya sea por vergüenza o machismo.

## Recomendaciones generales

La prestación de servicios de planificación familiar debe ofrecerse sistemáticamente a toda persona en edad reproductiva que acuda a los servicios de salud<sup>12</sup>, independientemente de la causa que haya motivado la consulta. En cada centro de salud, unidad hospitalaria y auxiliar comunitario debe proveerse sobre: orientación, consejería, selección, prescripción y aplicación sobre métodos de planificación familiar. Es claro que estos deberán ser totalmente gratuitos; habrá que aconsejarse mediante un análisis entre cuál se encuentre el método ideal según sus necesidades individuales para asegurar un correcto uso y seguimiento que satisfaga al usuario que desea la protección anticonceptiva.<sup>18</sup> Así mismo, se deberán identificarán casos de infertilidad y esterilidad, y de igual manera dar información sobre enfermedades de transmisión sexual para poder evitarlas.

La consejería deberá impartirse en consulta o tras evento obstétrico e incluir sin excepción alguna el consentimiento responsable del uso del método<sup>12,18</sup>. Además, el proveedor habrá de hacer énfasis entre los usos y limitaciones de éstos de acuerdo a las necesidades y características individuales, así como de pareja de los usuarios.

Se comprenden un poco los mecanismos de uso y acción de la anticoncepción, es importante mencionar los cambios endócrinos por los que pasa la mujer luego del parto, cesárea o aborto. Inmediatamente después de ello, los niveles de estrógenos y la progesterona disminuyen y la actividad pulsátil de la glándula hipófisis comienza actuar liberando FSH Y LH.<sup>15,16</sup> En las mujeres no lactantes se puede presentar la ovulación nuevamente en 45 a 94 días luego de la fecha de evento obstétrico, por ello la recomendación para iniciar un método de planificación familiar es a más tardar en semanas.<sup>15</sup> Por otro lado, en las mujeres lactantes se extiende el periodo de no ovulación por secreción constante de prolactina, lo cual suprime GNRH y consecuentemente ciclo ovárico.<sup>15,16</sup>

Para la adecuada selección, prescripción y aplicación, se deberá efectuar un interrogatorio completo hacia la paciente, así como exploración física, valoración de riesgo reproductivo, selección informada de un método específico, señalamiento de la efectividad, duración de la protección anticonceptiva, efectos colaterales e indicaciones sobre el uso.<sup>12,15</sup> En las siguientes consultas se interrogará sobre el apego a tratamiento que se ha logrado, para de esta manera detectar la satisfacción de uso, uso incorrecto por falta de apego e indiferencia, y la posibilidad de embarazo de manera oportuna.<sup>12</sup>

Es importante recalcar que cuando la mujer se encuentre en periodo de lactancia, se deberá preferir un método no hormonal ante el hormonal, y en caso de uso de éste último, la recomendación será una progestina únicamente.<sup>12</sup>

Según lo que se desee, dependiendo de la posibilidad de recobrar la fertilidad o no, se clasifican en temporales y permanentes de acuerdo a lo siguiente:

- Temporales
  - Hormonales orales
  - Hormonales inyectables
  - Hormonales subdérmicos
  - Dispositivo intrauterino
  - De barrera y espermicidas
  - Naturales o de abstinencia periódica
- Permanentes
  - Oclusión tubaria bilateral
  - Vasectomía

En este caso se hablará de los de larga duración, que involucran el uso de inyectables, dispositivo intrauterino de cobre y medicado, así como implante subdérmico.<sup>12</sup>

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Los métodos hormonales inyectables se dividen en dos grupos: combinados de estrógeno y progestina y los que contienen únicamente progestina.<sup>12</sup> En cuanto al primero, se utiliza el cipionato de estradiol, el valerianato de estradiol o el enantato de estradiol; todos en presentación de 5 mg, dosis que no debe sobrepasarse por mes en conjunto con las dosis de progestina según se utilice: acetato de medroxiprogesterona en 25 mg y/o acetofénido de dihidroxiprogesterona en 75 - 150 mg.<sup>12,18</sup>

Para la primera aplicación debe ser por vía intramuscular profunda en la región glútea durante los primeros 5 días del periodo menstrual, su duración puede ser de hasta 33 días.<sup>12,19</sup> En caso de evento obstétrico como posparto o cesárea, deberá administrarse a partir de la tercera semana, y en el caso de aborto luego de la segunda.<sup>15,16</sup> Debido a efectos colaterales importantes, deberá suspenderse 45 días antes de cirugía mayor o durante inmovilización prolongada de alguna extremidad y reiniciarse luego de 15 días.<sup>16</sup>

Como puntos de contraindicación para su uso se enlistan los siguientes:<sup>12</sup>

- Lactancia en los primeros 6 meses posparto
- Embarazo o sospecha de embarazo
- Tener o haber padecido cáncer de mama o cérvix
- Tener o haber tenido enfermedad tromboembólica de cualquier tipo
- Padecer o haber padecido tumoración hepática benigna o maligna
- Padecer algún tipo de enfermedad hepática aguda o crónica activa
- Durante la administración crónica de rifampicina o anticonvulsivantes

En el caso de los que contienen únicamente progestina, se encuentran el acetato de medroxiprogesterona y el enantato de noretisterona; deben aplicarse durante los primeros 7 días de menstruación.<sup>12,16-20</sup> Durante el posparto inmediato, podrá aplicarse únicamente si es la primera aplicación, y en la lactancia deberá efectuarse después de la sexta semana.<sup>12</sup>

El Dispositivo intrauterino, por su parte, se coloca en la cavidad intrauterina.<sup>2</sup> Consiste en una “T” de polietileno flexible y contiene un principio activo o coadyuvante de cobre o cobre y plata, con hilos guía para su localización y extracción<sup>12</sup>; no cuenta con contraindicaciones hacia la lactancia o puerperio.<sup>15,16</sup> Puede insertarse en cualquier día del ciclo, preferentemente durante la menstruación cuando se está seguro de que no existe embarazo, y en el puerperio, hasta entre 4-6 semanas posterior.<sup>2,12,20</sup> Es importante recalcar que no es un método de planificación que se recomiende en mujeres con varios compañeros sexuales o actividades de riesgo ante alta probabilidad de desarrollar enfermedad pélvica inflamatoria.<sup>2,16,21</sup>

Para su aplicación, deberá emplearse una pinza de Pozzi para tomar el labio anterior del cuello y traccionar suavemente para rectificar el ángulo entre el canal vaginal y la cavidad uterina<sup>2,12,20</sup>. Con un histerómetro se determinará la longitud de la cavidad uterina; si ésta es menor a 6 cm no deberá insertarse. Una vez colocado, se verificará que no exista hemorragia; cortarán hilos a 2 cm del orificio cervical externo y finalizará procedimiento.<sup>12,20</sup> En caso de posparto inmediato; podrán utilizarse pinzas Foerester para su aplicación en conjunto con valvas, así como de forma manual en caso de anestesia regional. Si es el caso de una cesárea en donde se desea colocar, se podrá realizar de las 2 últimas maneras, como si se colocara transvaginal.<sup>12,18</sup>

Las revisiones subsecuentes deben realizarse entre la 4-6 semana luego de la inserción; posteriormente a los 6 meses y luego cada año a partir de la fecha de aplicación.<sup>12</sup> Debe hacer saber a la paciente que podrán presentarse 2 complicaciones posteriores: dolor pélvico durante la menstruación, así como aumento de la cantidad y duración del sangrado.<sup>15,16,18</sup>

La Organización Mundial de la Salud en su guía de criterios para elegir métodos anticonceptivos considera a los métodos que contienen estrógeno con alto riesgo

para ser usados durante la lactancia durante las 6 primeras semanas de posparto; categoría 3, por lo que deben utilizarse hasta cumplir 6 meses luego del evento.<sup>8,25,18,21</sup> En contraste, la guía del Centro de Control y Prevención de Enfermedades para el uso de métodos con estrógeno (CDC MEC) refiere puede iniciar su uso desde las 6 semanas posparto.<sup>8,11,15</sup>

### **Dispositivo intrauterino con Levonogestrel**

El dispositivo intrauterino que libera Levonogestrel fue aprobado por la Food and Drug Administration (FDA) en el año 2000.<sup>2,12,21</sup> El mecanismo consiste en una T con cobertura de progestina que es liberada en 20 µg al día, lo cual resulta en niveles elevados localizados en endometrio, pero disminuidos a nivel plasmático, mismo que ocasiona aumento de la consistencia en el moco cervical y al mismo tiempo adelgaza la línea endometrial para disminuir el sangrado menstrual; alrededor del 20-80% presenta amenorrea durante el primer año.<sup>12,18,21</sup> Suele contener también una mínima cantidad de cobre que funciona como espermicida.<sup>21</sup> A su vez, es utilizado de igual manera para tratar problemas de dismenorrea o alteraciones menstruales o de sangrado uterino anormal.<sup>2,12,22</sup> Es un método totalmente reversible que es de uso seguro durante la lactancia, puede llegar a durar hasta 5 años y presenta un rango de error de 0.2%. Como efectos secundarios puede presentarse sangrado intermenstrual y perforación uterina si no se puede adecuadamente.<sup>2,12,21</sup>

El uso de DIU con levonogestrel en mujeres que lactan puede colocarse antes de 48 horas de puerperio como categoría 2. Mientras que en mujeres de entre 48 horas y 4 semanas no debe colocarse, pues cambia a categoría 3. Después de los 4 meses se considera categoría 1.<sup>8,21,22</sup>

### **Dispositivo Intrauterino de cobre**

Es una T conformada totalmente por cobre aprobada por la FDA en 1989 para ser utilizada durante 10 años, pero se han reportado casos de hasta 12 años de uso



sin complicaciones.<sup>2,12,21</sup> Se utiliza cuando la mujer prefiere evitar el uso de hormonales, pero que presente los mismos resultados al igual que si los estuviera utilizando. Puede ser utilizado en pacientes con antecedente de embarazo ectópico, y al igual que el anterior, se recupera la fertilidad una vez retirado. Su uso ha sido asociado a reducción de riesgo para presentar cáncer de endometrio<sup>2</sup>. Tiene un mejor porcentaje de efectos adversos, sin embargo puede presentarse aumento en cólico menstrual y cantidad de sangrado.<sup>21,22</sup>

Las mujeres con riesgo de enfermedades de transmisión sexual en general pueden iniciar el uso de cualquier dispositivo intrauterino o reemplazo del mismo, siendo considerado categoría 2.<sup>8</sup> Sin embargo, se recomienda no colocarse hasta someterse a las pruebas y tratamientos correspondientes cuando existe un riesgo elevando, siendo ello considerado como categoría 3.<sup>8</sup>

### **Implante subdérmico**

El sistema conformado por etonorgestrel en un solo aplicador contiene 68 mg de este derivado de la progesterona, que posteriormente activará su metabolito biológicamente activo; el desogestrel. Fue aprobado por la FDA en el 2006 a pesar de haber sido comercializado desde 1998.<sup>15,16,18</sup> A comparación de su predecesor, el cual contenía 6 cilindros activos, se remueve de una manera fácil y rápida; la marca más novedosa contiene material radiopaco que facilita su retiro.<sup>12</sup> La duración de este anticonceptivo es de 3 años, puede presentar secundariamente sangrado intermenstrual, alteración del estado de ánimo y depresión; puede retirarse en cualquier momento.<sup>23,24</sup>

Se ha descrito efectividad ante uso de métodos anticonceptivos de larga duración en mujeres jóvenes. Se realizó un estudio en 4167 mujeres entre 15 y 45 años de edad a quienes se les ofreció método anticonceptivo sin costo alguno durante 3 años; los resultados fueron los siguientes.<sup>10,15,20</sup> Hubo una respuesta de 86% en mujeres con uso de métodos de larga duración en comparación con el 55% de

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

mujeres con anticoncepción oral; las estadísticas son similares ante la satisfacción de uso: 80% y 54% respectivamente.<sup>10,13,23</sup> Así mismo, se describe una tasa de error 22 veces mayor en mujeres con anticoncepción oral; elevándose aún al doble en pacientes menores de 20 años de edad.<sup>10,12</sup>

Las mujeres que se encuentren lactando con menos de 6 semanas posparto pueden usar implantes subdérmicos, pues son categoría 2.<sup>8</sup> En un periodo intermedio entre 6 semanas y 6 meses, así como luego de los 6 meses, los implantes se utilizan sin restricción; son categoría 1.<sup>8</sup>

### **Inyección Hormonal Bimensual**

Existen dos presentaciones de hormonales inyectables que se usan como anticonceptivos; la mensual contiene hormonales combinados (estrógeno y progesterona), mientras que la trimestral contiene sólo progestina.<sup>12,15,16</sup> Estas pueden utilizarse en mujeres sanas que desean evitar o espaciar sus embarazos y que hayan recibido consejería previamente.<sup>15,24</sup> Sin embargo, la utilizada en el puerperio es sobre todo la de progestina para favorecer la lactancia materna. Esta actúa impidiendo la ovulación, produciendo mayor cantidad de moco y aumentando el espesor para impedir el paso de los espermatozoides al cuello y cavidad uterina.<sup>16</sup>

Su aplicación es intraglútea durante los primeros 7 días de menstruación, de manera bimensual durante los primeros 2-3 meses y posteriormente trimestral sin dejar pasar más de 3 días para asegurar la eficacia anticonceptiva.<sup>12,13,16</sup> Los anticonceptivos inyectables con progestágeno solo no deben ser utilizados en pacientes que estén amamantando con menos de seis semanas posparto, pues se clasifican como categoría 3.<sup>8,24</sup>

## JUSTIFICACIÓN

Un método anticonceptivo debe de ofrecerse a toda mujer posterior a su evento obstétrico, independientemente del tipo que éste haya sido. La eficacia y efectividad dependerán del apego a ellos, aunado a otras variables como: estatus socioeconómico, educación, edad, estado civil, proveedor del mismo, entre otros.

Una de las mayores barreras es que más del 50% de la población mexicana no sabe de la existencia de estos métodos; alrededor de un 50-60% no conocen los dispositivos intrauterinos, y más del 90% desconocen los implantes<sup>11</sup>. De hecho, algunos médicos no recomiendan el uso de dispositivos, ya que lo asocian a mayor riesgo de presentar enfermedad pélvica inflamatoria, aborto y embarazo ectópico. Sin embargo, se ha comprobado que el riesgo para ello no depende del dispositivo, sino de la presencia de Chlamydia para su desarrollo.

La posibilidad de conocer el nivel de adherencia hacia los anticonceptivos administrados a las pacientes posterior a un evento obstétrico será de utilidad para realizar hazañas e intervenciones para promover un mejor apego y seguimiento del mismo. Así mismo, el conocimiento de las causas descritas por las que la usuaria ha interrumpido el uso del método elegido, serán de utilidad para ejecutar cambios previos a su colocación, informando a las pacientes de los posibles síntomas que pudieran presentar.

Se logrará tener un mayor porcentaje de pacientes que siguen con el método anticonceptivo que eligieron, se buscará de igual manera promover el uso, continuidad y cumplimiento del mismo. Habrá que ver si es factible o no colocarlo en puerperio

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

En el Hospital de la Mujer de Aguascalientes se atienden alrededor de 10 mil eventos obstétricos cada año, y a cada una de las pacientes se les ofrece un método de planificación familiar de su agrado que se ajuste a sus necesidades personales y laborales, siendo los mayormente administrados: la inyección hormonal bimensual, el dispositivo intrauterino de cobre, el implante subdérmico y el dispositivo de levonogestrel. Sin embargo, un gran número de pacientes interrumpen el método de planificación seleccionado antes del primer año de uso.

Por lo anterior, y ante la alta tasa de: deserción, expulsión, falta de aplicación, y revisión constante que se ha observado en estudios anteriores por diferentes razones personales o sociales, se ha generado inquietud en conocer cuántas pacientes continúan con el mismo método anticonceptivo que fue seleccionado posterior al evento obstétrico, ya que al día de hoy no se ha realizado estudio alguno con fines estadísticos analíticos acerca del nivel de adherencia de las pacientes hacia los métodos de planificación familiar suministrado en la unidad hospitalaria posterior a un parto, cesárea o aborto.

Con ello se pretenden mejorar las hazañas para obtener un apego superior hacia la anticoncepción posterior a evento obstétrico, retroalimentando los puntos en los cuáles habrá que trabajar para lograr buen uso y continuidad contraceptiva.

### **Pregunta de Investigación**

¿Cuál es el nivel de adherencia a la anticoncepción un año posterior al evento obstétrico en pacientes del Hospital de la Mujer de Aguascalientes y sus principales causas de abandono?

## **HIPÓTESIS**

**Hipótesis Alterna Ha:** Existe más del 80% de apego a la anticoncepción un año posterior al evento obstétrico en usuarias del Hospital de la Mujer de Aguascalientes.

**Hipótesis Nula Ho:** Existe menos de 80% de apego a la anticoncepción un año posterior al evento obstétrico en usuarias del Hospital de la Mujer de Aguascalientes.

## **OBJETIVO GENERAL**

Determinar el nivel de adherencia a la anticoncepción un año posterior al evento obstétrico y sus principales causas de abandono en el Hospital de la Mujer de Aguascalientes.

### **Objetivos específicos**

- Describir las características demográficas y obstetricas de las pacientes, y ver su asociación con el nivel de adherencia en el Hospital de la Mujer de Aguascalientes.
- Conocer la adherencia hacia cada uno de los métodos anticonceptivos aplicados posterior a evento obstétrico en el Hospital de la Mujer de Aguascalientes, así como el momento de abandono del mismo.
- Establecer las causas de no uso del método de planificación familiar y los factores de calidad que hacen que las usuarias abandonen la anticoncepcion en el Hospital de la Mujer del estado de Aguascalientes.
- Definir las preferencias hacia algún método de planificación en particular de manera global, en pacientes adherentes y no adherentes del Hospital de la Mujer de Aguascalientes, además de conocer otros metodos utilizados.
- Conocer el porcentaje de falla del método seleccionado y los efectos secundarios manifestados por las pacientes del Hospital de la Mujer de

Aguascalientes, así como el índice de embarazo en pacientes adherentes y no adherentes.

### **MATERIAL, PACIENTES Y MÉTODOS**

Se realizó un estudio observacional descriptivo de tipo transversal, ambispectivo en las pacientes que acudieron a atención de tipo obstétrico en el Hospital de la Mujer de Aguascalientes entre junio de 2015 a junio de 2016, a quienes posteriormente se les otorgó cualquiera de los siguientes métodos de planificación familiar: inyección hormonal bimensual, dispositivo medicado, dispositivo intrauterino de cobre o implante subdérmico.

Se recabó información obtenida de expedientes completos, formando una base de datos apoyada en la búsqueda de factores informativos mediante cédula de captura, interrogando sobre continuidad del método seleccionado durante la atención obstétrica previa, así como principales causas de abandono.

<b>VARIABLE</b>	<b>DEFINICIÓN OPERACIONAL</b>	<b>TIPO Y CARACTERÍSTICA DE LA VARIABLE</b>	<b>UNIDADES</b>
<b>Edad</b>	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la evaluación clínica.	Cuantitativa discreta	Años
<b>Escolaridad</b>	Nivel de estudios y conocimientos con el que cuenta la paciente	Cualitativa ordinal	Analfabeta Primaria Secundaria Preparatorio Bachillerato Universidad

<b>Estado civil</b>	Condición social de una persona determinada por sus relaciones interpersonales con otros individuos.	Cualitativa nominal	Soltera Casada Unión Libre Separada Viuda Divorciada
<b>Religión</b>	Sistema cultural regido por normas y comportamientos que relacionan a una organización social con la divinidad	Cualitativo nominal	Católico Otro
<b>Gesta</b>	Número de embarazos que ha logrado una paciente, independientemente de si han llegado a término o no	Cuantitativa discreta	Número de eventos
<b>Tipo de evento obstétrico</b>	Resolución de embarazo, por lo cual se ha brindado atención médica.	Cualitativa nominal	Parto Cesárea Aborto
<b>Periodo Intergenésico</b>	Tiempo transcurrido entre el último evento obstétrico y la fecha de última menstruación del siguiente embarazo	Cualitativo nominal	>1 año 1 año > 1 año
<b>Anticonceptivo</b>	Método elegido para	Cualitativo nominal	Diu cobre

<b>Utilizado</b>	planificación de embarazos		Diu mirena Implante sudérmido Inyección hormonal bimensual
<b>Apego a método</b>	Seguimiento de la utilización del método anticonceptivo	Cualitativo nominal dicotómico	Sí No
<b>Cumplimiento</b>	Revisión o aplicación del método al menos una vez en una unidad de medicina familiar o centro de salud, luego del evento obstétrico	Cualitativo nominal dicotómico	Sí No
<b>Continuidad</b>	Lograr un año completo de uso del método de planificación elegido	Cualitativo nominal dicotómico	Sí No
<b>Abandono</b>	Interrupción de método de planificación elegido antes de cumplir un año de su colocación	Cualitativo nominal dicotómico	Sí No
<b>Causa</b>	Razón principal por la cual se suspendió o interrumpió el método	Cualitativo nominal	Deseaba otro método Efectos secundarios Expulsión



			Sin actividad sexual Otros
<b>Falla de método</b>	Efecto contrario al que se busca conseguir con la anticoncepción	Cualitativa nominal dicotómico	Sí No
<b>Efectos adversos</b>	Reacciones contraproducentes ocasionadas por el uso anticonceptivo	Cualitativa nominal	Polimenorrea Amenorrea u Oligomenorrea Dismenorrea Cefalea Variación de peso Embarazo Otros
<b>Momento de abandono</b>	Tiempo medido en meses en el cual se abandonó el método elegido	Cualitativo ordinal	< 1 mes 1-4 meses 4-8 meses 8-12 mese >12 meses
<b>Uso de método distinto</b>	Cambio de un método por otro en un periodo de tiempo menor a 12 meses posterior al evento obstétrico	Cualitativo nominal dicotómico	Sí No
<b>Método preferido</b>	Anticonceptivo favorito para la paciente de acuerdo a sus creencias, hábitos o	Cualitativa nominal	Anticonceptivos Orales Preservativo Definitivo

	planeación de vida.		Parche Implante Inyección hormonal bimensual Natural Ninguno
<b>Embarazo</b>	Gestación espontánea un año posterior al evento obstétrico	Cualitativo nominal dicotómico	Sí No

**Tipo de muestra**

Probabilístico sistemático

**Tamaño de la muestra**

Se estudiaron a 157 pacientes mediante muestreo probabilístico sistemático a las cuales se les otorgó un método de planificación familiar posterior al evento obstétrico atendido entre junio de 2015 y junio de 2016.

**Criterios de selección**

- a. **Inclusión:** Mujeres postevento obstétrico atendido entre junio de 2015 a junio de 2016 a quienes se les haya otorgado algún método de planificación familiar, siendo éstos: dispositivo de cobre, dispositivo medicado, inyección hormonal bimensual o implante subdérmico en rangos de edad reproductiva de cualquier estatus socioeconómico.
- b. **Exclusión:** Pacientes quienes no pertenecen o radican en el estado de Aguascalientes. A quien no se colocó con fin anticonceptivo.

- c. **Eliminación:** Cambio de domicilio y/o número telefónico, quienes no aceptaron cooperar con el interrogatorio. Expediente incompleto e ilegible o extraviado.

### **Recolección de la Información**

Se realizaron llamadas... solicitar participación y posteriormente recolectaba información de la ficha.

### **Instrumentos**

Cédula de captura en base a criterios establecidos para identificación de pacientes a quienes se aplicó anticoncepción posterior a evento obstétrico, revisada por asesores clínicos y metodológicos, en la que se agregaron variables para obtener información sobre características sociodemográficas, antecedentes obstétricos y referentes a la planificación familiar, elaborando con estos datos tablas y gráficos para el registro de los resultados obtenidos.

### **Logística**

Se realizó un protocolo de estudio, autorizado por el comité de investigación, en base a información obtenida del departamento de planificación familiar del hospital de la mujer de Aguascalientes en pacientes que fueron atendidas de junio de 2015 a junio de 2016 por algún evento obstétrico a quienes se les aplicó alguno de los siguientes métodos de planificación familiar: dispositivo intrauterino de cobre, dispositivo de levonogestrel, inyección hormonal bimensual o implante subdérmico. Mediante muestreo probabilístico sistemático, se seleccionaron a 157 pacientes que representan estadísticamente el 90% de confiabilidad del estudio, y de acuerdo al suministro de métodos anticonceptivos durante ese año, se fraccionaron en 75 pacientes con inyección bimensual, 60 con

dispositivo de cobre, 12 con dispositivo medicado y 10 con implante subdérmico. Por medio de llamada telefónica corroborada en expediente clínico, se mencionaron a la paciente las intenciones del estudio, e invitó a participar en él mediante una encuesta basada en la cédula de captura para conocer mediante diferentes interrogantes los factores tanto sociodemográficos como analíticos de causa de adherencia o no adherencia al método anticonceptivo elegido un año posterior a la atención médica.

### **Análisis estadístico**

Se realiza análisis estadístico en el programa Excel y SPSS versión 20.0 posterior a captura de datos. Se aplica estadística descriptiva utilizando para las variables cuantitativas medidas de tendencia central y de dispersión, utilizando prueba de Kolmogorov-Smirnov, además de evaluar normalidad de las variables. Para las variables cualitativas frecuencias y porcentajes mediante el análisis el uso de herramientas estadísticas descriptivas. Además, se aplica estadística inferencial utilizando tablas de contingencia y como estadístico de prueba la chi cuadrada.

### **CONSIDERACIONES ÉTICAS**

Este estudio se apega a los principios científicos y éticos de la declaración de Helsinki de 1964 enmendada Tokio en 1975 por la Asociación Médica Mundial y a la Ley General de Salud en materia de investigación sin riesgo, según lo establecido en su artículo 100, respetando la confidencialidad de los pacientes con resguardo de datos y sin exposición a riesgos o daños innecesario, mismos que justifican la investigación médica para una contribución a solución de problemas de salud y planificación familiar. Así mismo, es autorizado por el comité local de bioética e investigación.

## **RECURSOS PARA EL ESTUDIO**

### **Recursos humanos**

Médico residente que elabora el proyecto, asesores temáticos y metodológicos, personal de planificación familiar y de archivo clínico.

### **Recursos materiales**

Base de datos, expediente clínico, cédula de captura, laptop, papel, pluma.

### **Recursos financieros**

No aplica



### CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Cronograma de actividades							
Actividades	Junio 2017	Julio 2017	Agosto 2017	Septiembre 2017	Octubre 2017	Noviembre 2017	Diciembre 2017
1.- Búsqueda bibliográfica	R R R R						
2.- Diseño del protocolo		R R					
3.- Aprobación del protocolo			R R R				
4.- Ejecución del protocolo y recolección de datos				R R R R R R			
5.- Análisis de datos y elaboración de tesis						R R R R	
6.- Entrega de tesis							R R R

### DIFUSIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

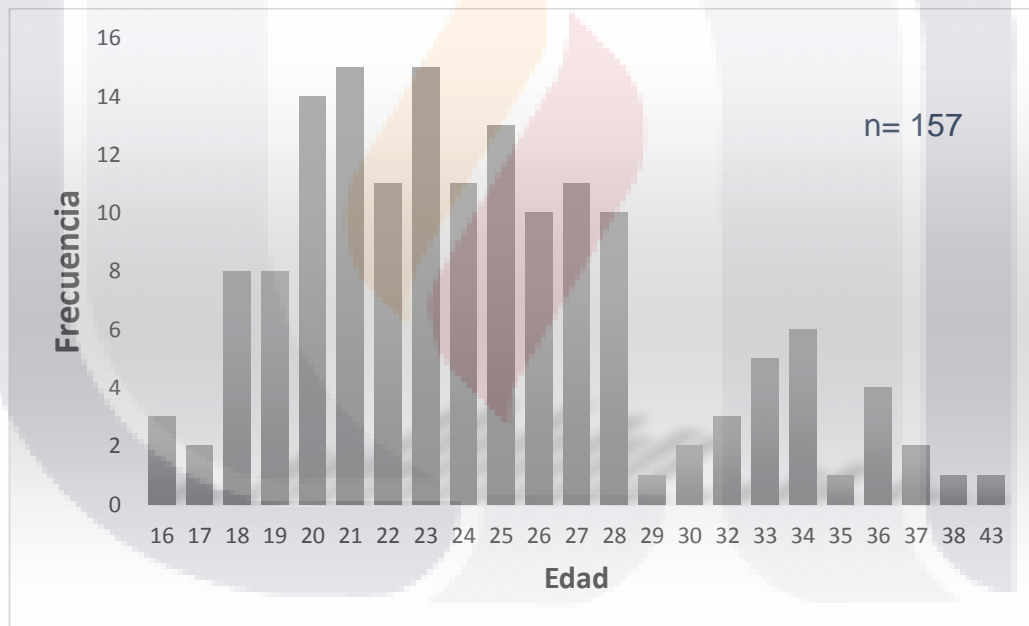
Se pretende enviar el protocolo de estudio a la revista Mexicana de Ginecología y Obstetricia de México para su publicación como artículo de investigación. De la misma manera, se anexará al repositorio digital de Tesis de la Universidad Autónoma de Aguascalientes.

## RESULTADOS

El estudio incluyó una muestra de 157 pacientes sesgadas de acuerdo al suministro de métodos de planificación para puerperio inmediato que se dio en ese año en el Hospital de la Mujer: 75 pacientes con inyección bimensual, 60 con dispositivo de cobre, 12 con dispositivo medicado y 10 con implante subdérmico.

### 1. Factores Sociodemográficos

El rango de edad entre las pacientes fue desde los 16 hasta los 43 años de edad, siendo el promedio de ello los 24 años.



**Gráfica 1. Adherencia por grupo de edad**

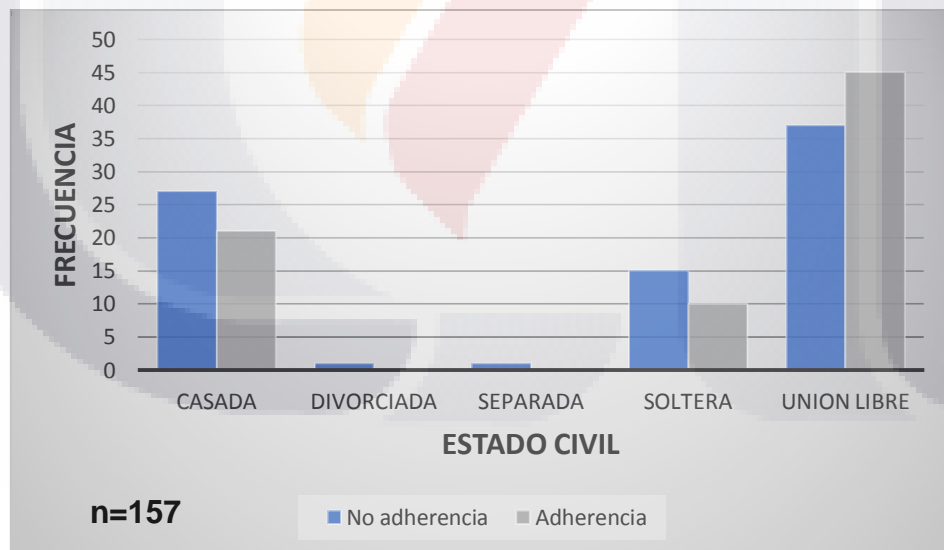
El nivel educativo de las pacientes fue reportado en seis diferentes puntos, las cuales son: analfabetismo, primaria, secundaria, preparatoria, carrera técnica y universidad, de los cuales el más frecuente fue la secundaria.

Nivel educativo (n=157)	Adherencia	Porcentaje	No adherencia	Porcentaje
Analfabeta	0	0	1	1
Primaria	13	17	10	12
Secundaria	49	64	49	61
Preparatoria	8	11	16	20
Carrera técnica	3	4	0	0
Universidad	3	4	5	6
Total	76	100	81	100

p=0.192

**Tabla 1. Adherencia de acuerdo a escolaridad**

El estado civil de la muestra de pacientes se clasificó en cinco elementos principalmente encontrados: casada, soltera, unión libre, divorciada y separada, siendo mayoritaria la proporción de pacientes en unión libre ante los otros puntos.



p=0.358

**Gráfica 2. Grado de adherencia según el Estado Civil**

Referente a la religión, se encontró que la mayoría son católicas en un 99%, obteniendo sólo un 1% con creencias alternas a la mayoría.



Religión (n=157)	Frecuencia	Porcentaje
Católica	155	99.0
Otra	2	1.0

p=0.367

**Tabla 2. Religión**

**2. Antecedentes obstétricos**

El promedio de gestas fue de 2; y dentro de los eventos obstétricos atendidos: parto, cesárea o aborto, el promedio para cada uno de ellos fue mayor a 1.

Evento obstétrico (n=157)	Promedio
Parto	1.9
Cesárea	1.4
Aborto	1

**Tabla 3. Promedio de Gestas por paciente**

El promedio de periodo intergenésico fue de 2.3 años, por lo que la frecuencia yació en embarazos superiores a 2 años desde de la última atención obstétrica.

Tiempo (n=157)	Frecuencia	Porcentaje
< 1 año	3	1.9
1 año	76	48.4
> 2 años	78	49.6

p=0.501

**Tabla 4. Periodo Intergenésico**

### 3. Métodos de planificación posterior a evento obstétrico

La mayor adherencia del método de planificación familiar a un año de su colocación luego del evento obstétrico se encuentra hacia el implante subdérmico, con el 100%. En segundo lugar, se presenta el dispositivo medicado de levonogestrel con un 67%, luego el dispositivo intrauterino de cobre con 63%, y finalmente, la inyección hormonal bimensual con tan sólo un 27% de apego.

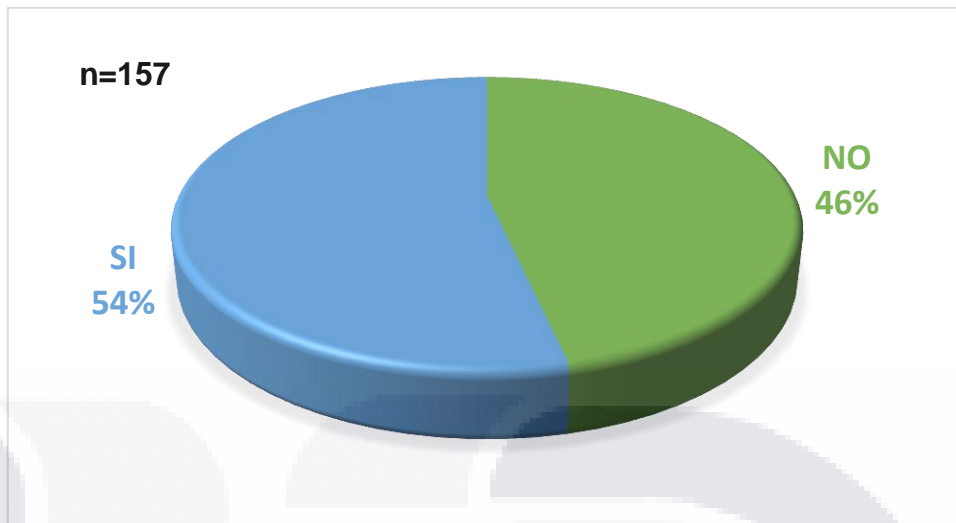
Método de Planificación (n=157)	No adherencia	Porcentaje	Adherencia	Porcentaje
DIU Cobre	22	37.0	38	63.0
DIU Levonogestrel	4	33.0	8	67.0
Inyección Hormonal Bimensual	55	73.0	20	27.0
Implante Subdérmico	0	0	10	100.0

p=0.001

**Tabla 5. Métodos de planificación familiar y su adherencia**

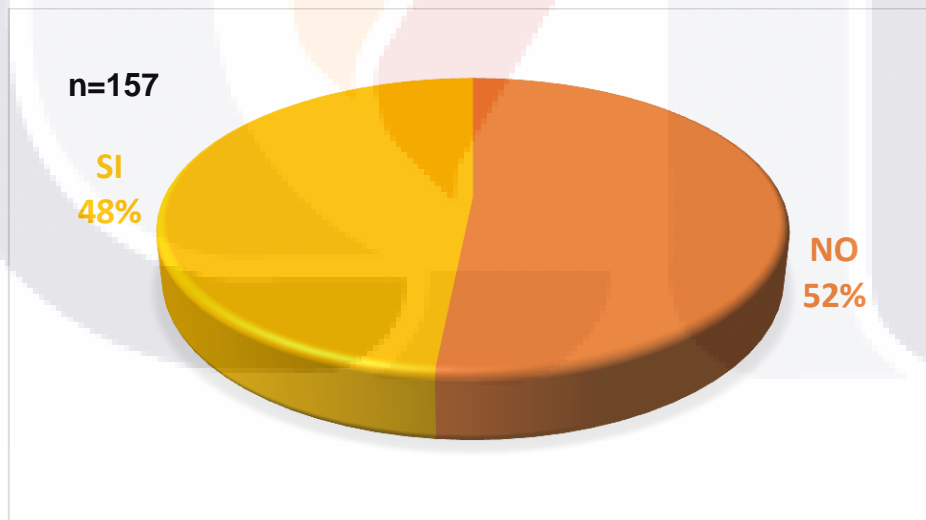
### 4. Abandono

Del total, se obtuvo que 84 de ellas lograron cumplimiento (54%), y 73 de ellas no lo lograron (46%).



**Gráfica 3. Cumplimiento de método anticonceptivo**

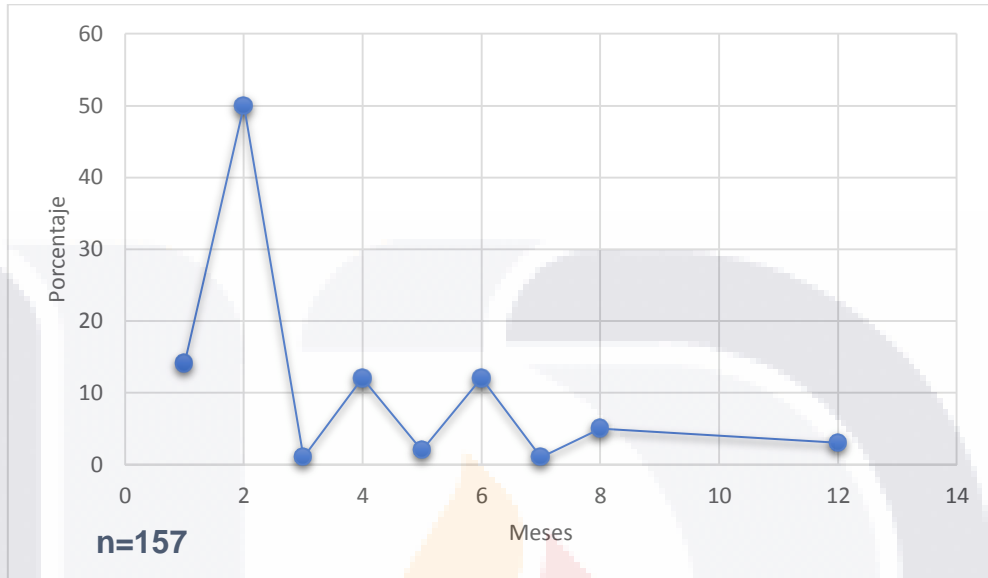
Por otro lado, 76 de ellas alcanzaron continuidad (49%), pero los 81 restantes no llegaron a la meta (51%).



**Gráfica 4. Continuidad de método anticonceptivo**

El momento de abandono de mayor frecuencia se encontró a los 2 meses con hasta el 50%. Sin embargo, el promedio de ello fueron los 3.3 meses.

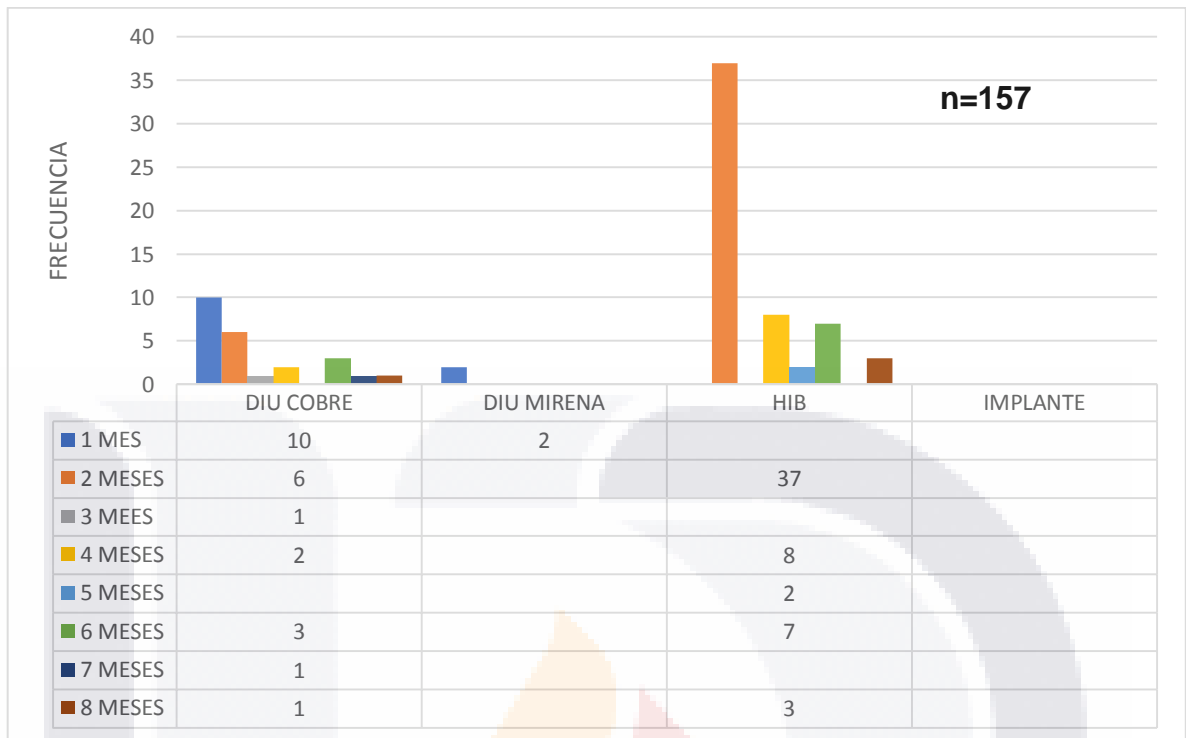
#### 4.1 Momento de Abandono



p=0.001

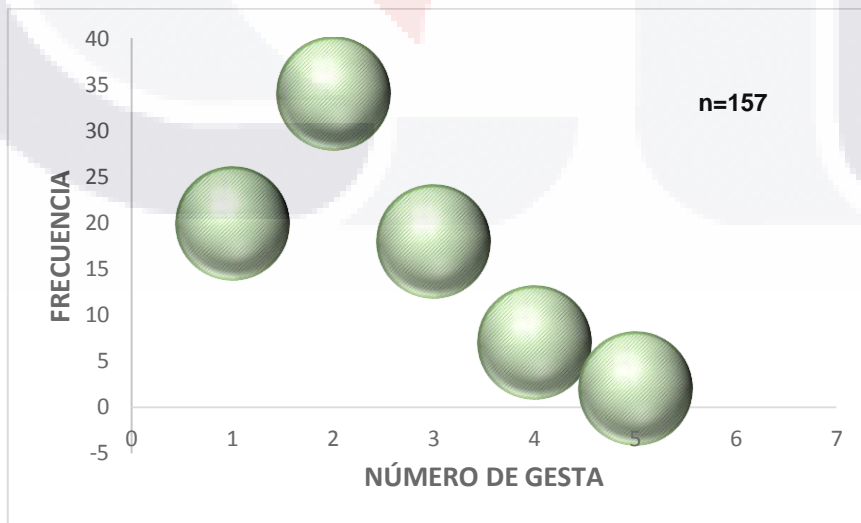
**Gráfica 5. Momento de abandono del método anticonceptivo posterior al evento obstétrico**

El índice de abandono mayormente reportado es hacia la inyección hormonal bimensual, sobre todo hacia el segundo mes de uso. No obstante, en un número significativo durante el primer mes el dispositivo intrauterino de cobre presenta un incremento de abandono considerable.



**Gráfica 6. Abandono de acuerdo a método utilizado**

La gran mayoría suspende la planificación familiar luego de su segunda gesta, y en segundo lugar quienes sólo se han embarazado en una ocasión.



**Gráfica 7. Abandono por Número de Gesta**

p=0.001

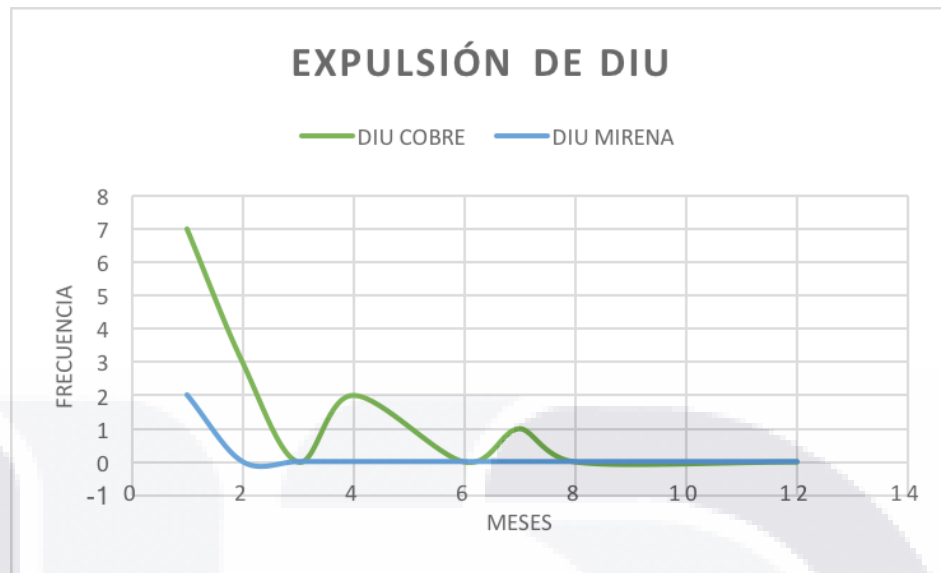
## 4.2 Causas de Abandono

Las principales causas de abandono son reportadas a continuación, agrupándose en los grupos más comunes que fueron: deseo de otro método, efectos secundarios, expulsión, sin actividad sexual, cuestión económica y otro. El más frecuente fue la presencia de efectos adversos.



Gráfica 8. Principales causas de abandono de la anticoncepción posterior a evento obstétrico  $p=0.001$

Referente a la expulsión de ambos dispositivos, se encontró un reporte total de 15 casos desechados de manera espontánea; la mayor parte antes del primer mes de uso; siendo 7 de ellos dispositivo de cobre y 2 de levonogestrel.



n= 157

Gráfica 9. Expulsión de DIU

### 4.3 Falla en el método

En total se reportaron tres casos en los que no se logró el objetivo de la anticoncepción, lo cual representa 4% de las pacientes adherentes; dos de ellos aun utilizando el dispositivo intrauterino de cobre, y otro la inyección hormonal bimensual.

Método utilizado (n=157)	Frecuencia de falla de método	Porcentaje
Dispositivo intrauterino de cobre	2	3.0
Inyección Hormonal Bimensual	1	1.0
Dispositivo de Levonogestrel	0	0
Implante subdérmico	0	0

Tabla 6. Falla anticonceptiva por método utilizado en evento obstétrico

#### 4.4 Efectos Adversos

Los principales efectos adversos encontrados en las usuarias de la anticoncepción posterior a evento obstétrico fueron: polimenorrea, amenorrea u oligomenorrea, dismenorrea, cefalea, variación en el peso, embarazo y otros. Donde lo más común fue la polimenorrea en pacientes con y sin adherencia.



Gráfica 10. Principales efectos adversos observados en planificación posterior a evento obstétrico  $p=0.007$

#### 4.5 Método Distinto

Las pacientes usuarias de inyección hormonal bimensual fueron quienes en mayor número reemplazaron el método inicial, siendo el 50% de ellas quienes decidieran cambiar hacia alguno de los enlistados en la tabla no. 7 de acuerdo a las proporciones reportadas. En el caso del dispositivo intrauterino, un 28% realizaron el cambio, mientras que para dispositivo medicado de levonogestrel la causa principal de cambio fue debido a la expulsión del mismo, por lo que requirieron la búsqueda anticipada de otro método contraceptivo. El implante subdérmico, por su parte, no tuvo cambios durante el primer año de uso en las usuarias reportadas.



Reporte de cambio de un método por otro se observó en 81 pacientes sin adherencia, por lo que tomando ese valor como 100%, reportamos lo siguiente.

**CAMBIO A OTRO MÉTODO ANTICONCEPTIVO**

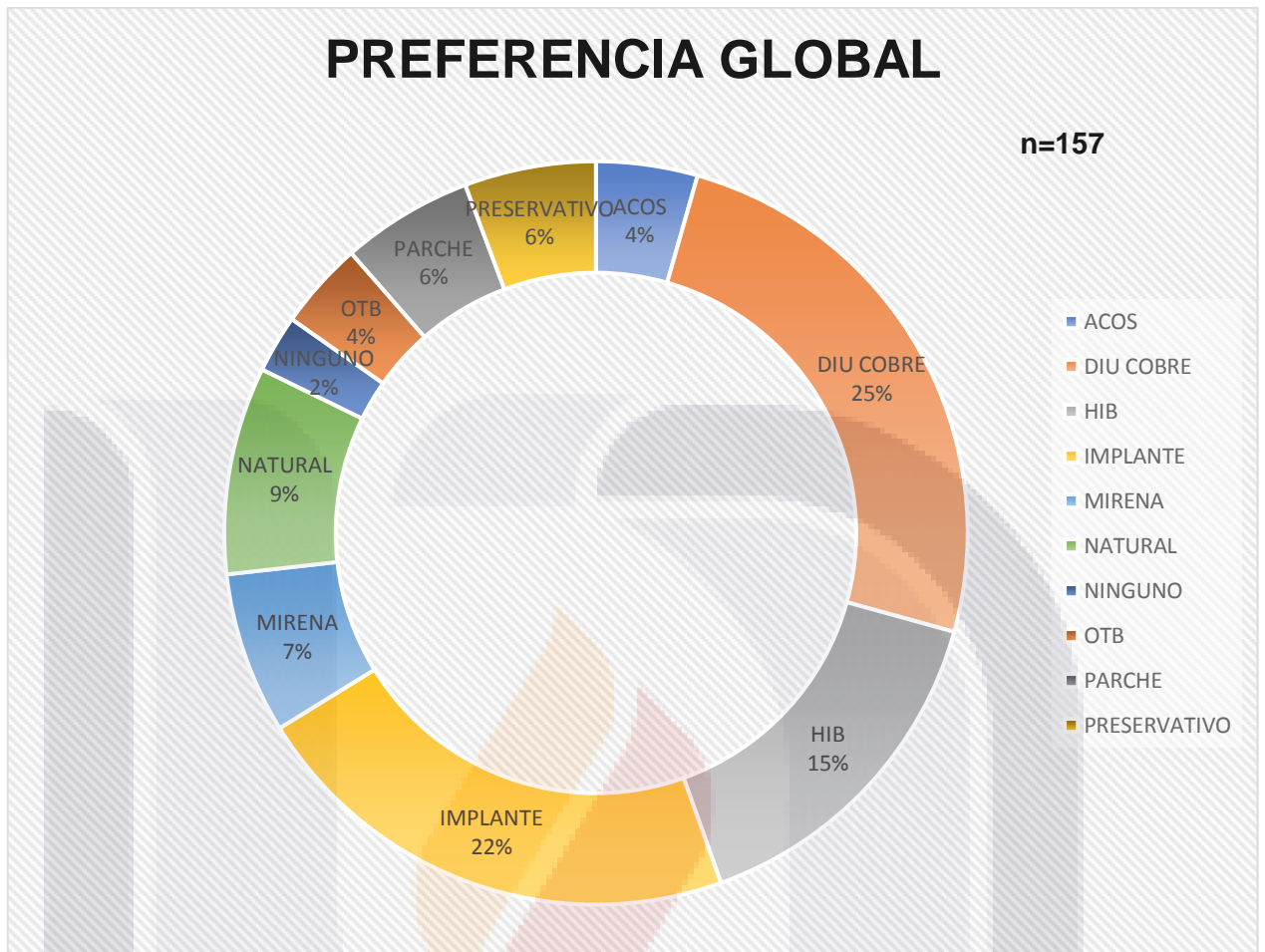
<b>Método de Planificación Familiar (n=157)</b>	<b>Porcentaje</b>
Ninguno	42.0
Método Natural	1.0
Preservativo	12.0
Anticonceptivos orales combinados	12.0
Inyección Hormonal Bimensual	4.0
Parche	5.0
Implante subdermico	19.0
Definitivo	5.0

p=0.001

**Tabla 7. Cambio a otro método anticonceptivo**

**4.6 Método Preferido**

La mayor preferencia, de manera global independientemente del nivel de adherencia, fue para el dispositivo de cobre, luego el implante subdérmico y en tercer lugar la inyección hormonal bimensual.



**Tabla 11. Preferencia ante algún método anticonceptivo independientemente del apego**

Las pacientes quienes no tuvieron adherencia al método elegido, prefieren en un alto porcentaje el implante subdérmico, mientras que las adherentes continúan con el dispositivo intrauterino de cobre.

**PREFERENCIA HACIA MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR**

<b>Método de Planificación (n=157)</b>	<b>Pacientes sin adherencia (%)</b>	<b>Pacientes con Adherencia (%)</b>
Anticonceptivos orales combinados	5	4
Dispositivo Intrauterino de cobre	12	38
Inyección Hormonal Bimensual	11	20
Implante subdérmico	30	13
Dispositivo medicado	5	9
Método Natural	15	3
Ninguno	2	3
Oclusión tubaria Bilateral	6	1
Parche Anticonceptivo	4	8
Preservativo	10	1
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

p=0.001

**Tabla 8. Preferencia de pacientes con adherencia vs no adherencia**

**5. OCURRENCIA DE EMBARAZO**

En pacientes sin adherencia se observó que 20% de ellas tuvieron un embarazo al haber suspendido la anticoncepción, contrario al 4% que tuvo un embarazo sólo aun con la adherencia posterior al primer año de uso.

(n=157)	Con Adherencia	Porcentaje	Sin Adherencia	Porcentaje
No embarazo	73	96	65	80
Embarazo	3	4.0	16	20.0
<b>Total</b>	<b>76</b>	<b>100</b>	<b>81</b>	<b>100</b>

p=0.002

Tabla 9. Tasa de Embarazo



## DISCUSIÓN

En el estudio se contabilizó el suministro de métodos de planificación familiar posterior a evento obstétrico durante ese año específico, y se encontró que la existencia de los mismos en el Hospital de la Mujer varía con cada uno. Por lo tanto, la muestra seleccionada incluyó menor número de dispositivos intrauterinos medicados e implantes subdérmicos, y mayor de dispositivos de cobre e inyección hormonal bimensual de acuerdo al abastecimiento de junio de 2015 a junio de 2016, los cuales fueron proporcionados de la siguiente manera: 2733 dispositivos de cobre, 3428 inyecciones bimensuales, 551 dispositivos de levonogestrel y 393 implantes subdérmicos, por lo que para el muestreo probabilístico sistemático quedó un total de 157 pacientes divididas en 60, 75, 12 y 10 respectivamente.

El hecho de proveer un método de planificación posterior a evento obstétrico no asegura que la paciente al abandonar la unidad hospitalaria vaya a continuar con él, pues la prevalencia de uso de anticonceptivos modernos en mujeres en edad fértil reportada por INEGI en el estado de Aguascalientes en 2014 fue del 66%.<sup>3,25</sup> La CONAPO 2016 menciona que en tierras hidrocálidas existe un porcentaje de cobertura anticonceptiva luego de evento obstétrico del 83.1%.<sup>26</sup> Sin embargo, tomando el anterior como 100% vemos que sólo el 52% continuó con la anticoncepción luego de un año de su colocación, lo cual hace ver que se tienen que implementar medidas para que exista un uso prolongado por parte de las usuarias. En los resultados, se observó que los efectos secundarios fue la causa que más casos tuvo de abandono de método de anticoncepción, seguido de otros en los cuáles abarca: cambio de ciudad, el no contar con dinero suficiente para trasladarse a centro de salud o comprarlo por su cuenta, causas de trabajo que representa ausencia laboral y por ende miedo a perder el trabajo, olvido por parte de la usuaria, no se proporcionó en unidad de salud, hubo embarazo como falla secundaria, y finalmente se recomendó otro método por parte de servidor de salud.

En este estudio se observó que las pacientes de 21 y 23 años son quienes tienen mejor nivel de adherencia, mientras que el riesgo de abandono aumenta para las menores de 20 años y mayores 29. El nivel educativo de los datos recopilados reporta a las usuarias con estudios de secundaria hacia la adherencia. No obstante, son un grupo benevolente, pues de igual manera constituyen una mayoría en suspender el uso anticonceptivo, por lo que no hubo diferencia estadística significativa.

Aunque la Norma Oficial Mexicana argumenta que el beneficio de la anticoncepción inmediata es mayor al riesgo de expulsión en el caso del dispositivo intrauterino,<sup>12,27</sup> debido a que las ventajas para la salud derivadas del uso de la anticoncepción son mayores que sus desventajas porque previenen el embarazo no planeado, reducen el número de abortos y disminuyen la incidencia de muerte y discapacidad relacionadas con las complicaciones del embarazo y parto, una de cada 20 mujeres experimentará la expulsión del dispositivo intrauterino en los primeros tres meses de la inserción.<sup>15,17</sup> Heinemann et al mencionan que el riesgo de expulsión del sistema intrauterino de levonorgestrel es de 0.8% *versus* 1.4% del de cobre, en un año.<sup>27</sup> En este estudio se ha observado que alrededor de una quinta parte de ellos son desechados de manera espontánea antes del primer mes de uso, en donde el 17% del total de los dispositivos colocados se eliminó antes de cumplir el primer mes, incluyendo a dos sistemas intrauterinos de levonogestrel.

El dispositivo intrauterino de cobre, el sistema intrauterino de levonogestrel y el implante subdérmico son llamados internacionalmente métodos de larga duración reversibles.<sup>2,10</sup> Estos ya ampliamente recomendados por la FEMECOG desde hace algunos años por presentar una tasa de fallo menor al 1%<sup>2,15,28</sup>, elevan su nivel de adherencia gracias a su aplicación única, contrario a la inyección hormonal bimensual la cual fue involucrada en este estudio como método de corta duración de aplicación post evento obstétrico. De acuerdo a los resultados de Lira-

Plascencia et all en su estudio, se reporta continuidad o apego del 78% para portadoras de DIU de cobre, 80% para DIU medicado y 84% para implante subdérmico,<sup>2,13,15</sup> lo cual concuerda con este estudio donde los resultados fueron de: 63%, 67% y 100% respectivamente, encontrando únicamente el 27% de apego hacia la inyección hormonal, donde el abandono radica mayormente hacia los 2 meses de uso. Cabe mencionar que la tasa de fallo por cada 100 mujeres al año de los métodos hormonales se ubica en 4.55, comparada con 0.27 de los anticonceptivos de larga duración.<sup>12,17,28</sup>

El periodo intergenésico ideal reportado por la Organización Mundial de la Salud en 2005 es de 24 meses.<sup>15</sup> lo cual va de acuerdo a los resultados de este estudio donde el promedio fue de 2.3 años. De igual manera, se ha comentado en otros estudios que el embarazo adolescente es un punto de partida para varios países en hacer cambios hacia la integración a algún método de planificación, ya que el problema radica principalmente en el uso erróneo e inconsistente de los mismos. De hecho, la ENADID 2014 reporta como principal causa de mal apego el desconocimiento y la falta de información sobre cómo deben usarse y dónde pueden obtenerse los métodos anticonceptivos, la segunda causa el deseo de las pacientes a tener otro embarazo, y en tercera, la intención de no planear tener relaciones sexuales<sup>18,25</sup> a corto, mediano o largo plazo. Sin embargo, en los resultados obtenidos la principal causa de abandono hacia la edad adolescente y no adolescente fueron los efectos secundarios, en segundo lugar, la expulsión del dispositivo y en tercera la ausencia de pareja de sexo opuesto.

Las mujeres que se encuentran en unión libre tienen mayores dificultades para la obtención de algún método de planificación familiar debido al estigma social en el que se ven involucradas por iniciar actividad sexual fuera o antes del matrimonio.<sup>17</sup> Esto podría ser particularmente cierto, porque en ellas existe un mejor apego a los métodos de planificación luego de un evento obstétrico, contrario a las mujeres casadas quienes tienen mayor tasa de abandono. No obstante, estos datos sociodemográficos no fueron estadísticamente significativos. De la misma manera

se podría tomar en cuenta que las mujeres con nivel secundaria son las más volubles ante el seguimiento anticonceptivo.

La falta de adherencia terapéutica constituye un importante problema de salud pública y es considerada como uno de los temas prioritarios por la OMS<sup>5</sup>. Para disminuir el abandono temprano, la guía del National Institute of Health sobre Consejería preconcepcional menciona la importancia de proveer adecuada información sobre el método de planificación de interés y sus efectos adversos.<sup>21</sup> De esta manera, se pretende aumentar la continuidad y prevenir a las pacientes sobre cambios en patrón menstrual, dismenorrea, cefalea, entre otros que se presentan comúnmente en las usuarias de planificación familiar, y por lo cual se ha reportado en este estudio han sido las principales causas de abandono de los mismos. Como apoyo científico la revisión Cochrane sobre estrategias para mejorar la adherencia hacia métodos hormonales reporta tres estudios que muestran beneficio notable ante información previa a la aplicación del acetato de medroxiprogesterona, mostrando se reduce significativamente el abandono durante los primeros 12 meses de uso.<sup>24</sup> De la misma manera, Backman et al reportaron en su estudio en 2002 que dar información de manera anticipada sobre cambios menstruales secundarios al uso del dispositivo intrauterino se atribuye a una mayor satisfacción de su uso.<sup>17,15</sup>

Referente a la preferencia global de métodos de planificación, se conoce que las pacientes en edad reproductiva se enfocan más hacia métodos de larga duración. Rameet et al en su estudio reportan una adherencia del 69.1% a un año de su colocación en métodos reversibles de larga duración, comparado con 43.8% hacia el preservativo y 35.7% hacia anticoncepción hormonal, (P:0.008).<sup>28</sup> Esto ha sido reflejado en la muestra de pacientes, en donde la mayoría prefirió el uso de dispositivo intrauterino de cobre de manera global y en pacientes con adherencia, a pesar de ello, mientras que las pacientes no adherentes utilizan más el implante subdérmico.



## CONCLUSIONES

- El 52% de las pacientes no tuvieron adherencia hacia el método de planificación otorgado un año previo en la atención de evento obstétrico en el Hospital de la Mujer de Aguascalientes.
- El promedio de edad encontrado en pacientes adherentes fue de 24 años, de las cuales la mayoría cuentan con estudios de secundaria completos y se encuentran en unión libre; el 99% de ellas practicando la religión católica.
- Las pacientes tienen en promedio 2 gestas, con un periodo intergenésico de 2.3 años, y posterior a ello suspenden la anticoncepción.
- El porcentaje de adherencia encontrado para cada uno de los métodos es la siguiente: Implante subdérmico 100%, dispositivo intrauterino de cobre 63%, dispositivo intrauterino de levonogestrel 67%, inyección hormonal bimensual 27%, con una frecuencia significativa de abandono hacia los 2 meses de uso.
- La principal causa de no uso anticonceptivo son los efectos secundarios. Sin embargo, el deseo de otro método, la expulsión espontánea del dispositivo, la falta de actividad sexual y los problemas económicos son algunos de los más frecuentemente mencionados.
- La preferencia de todas las pacientes estudiadas fue hacia el dispositivo intrauterino de cobre; y en las pacientes adherentes hubo mayor preferencia hacia el mismo, mientras que en pacientes sin apego se observó mayor inclinación hacia el implante subdérmico.
- El porcentaje de falla fue del 4%, con un índice de embarazo del 20% en pacientes sin apego y del 3% en pacientes con apego. Los principales efectos secundarios reportados fueron las alteraciones hacia el patrón menstrual, dismenorrea, cefalea, variaciones en el peso y embarazo.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Hernández M. F, De la Cruz-M M, Sánchez M. Panorama de la salud sexual y reproductiva 2014 (Internet). Consejo Nacional de Población. Última revisión 4 de febrero de 2016 (Citado el 7 de diciembre de 2017). Disponible en: [http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Panorama\\_de\\_la\\_salud\\_sexual\\_y\\_reproductiva\\_2014](http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Panorama_de_la_salud_sexual_y_reproductiva_2014)
2. Lira-Plascencia J, Velázquez-Ramírez N, Ibargüengoitia-Ochoa F, Montoya-Romero J. Castelazo-Morales E, Valerio-Castro E. Anticonceptivos de larga duración reversibles: una estrategia eficaz para la reducción de los embarazos no planeados. *Ginecol Obstet Mex* 2013;81:530-540
3. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (Internet). Datos de Natalidad y Fecundidad anuales. (Citado el 12 de diciembre de 2017). Disponible en: <http://www.beta.inegi.org.mx/temas/natalidad/>
4. Mora-Cancino, Ana María. Hernández-Valencia, Marcelino. Embarazo en la adolescencia. *Ginecología y Obstetricia de México* 83 (2015): 294-301.
5. Adarve-Hidalgo E, Falguera G, Seguranyes G. Adherencia y cumplimiento del método anticonceptivo hormonal oral. *Matronas Prof.* 2016; 17(1): 28-34
6. Real Academia Española (Internet). (Revisado el 5 de Julio, 2017) Disponible en: <http://dle.rae.es>
7. Definición. DE (Internet). (Revisado el 14 de diciembre de 2017). <https://definicion.de/>
8. Criterios médicos de Elegibilidad para el uso de anticonceptivos (Internet). Quinta edición 2015. Organización Mundial de la Salud. Revisado el 14 de julio de 2017.

Disponible en:

[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/205016/1/WHO\\_RHR\\_15.07\\_spa.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/205016/1/WHO_RHR_15.07_spa.pdf?ua=1)

9. Torres Ramírez, Armando. La planificación Familiar en el ocaso del siglo XX. *Perinatol Reprod Hum* 14.2 (2000): 108-114.
10. G, Hofler et al. Implementing Immediate Postpartum Reversible Long-Acting Contraception Programs. *Ob Obstet Gynecol.* 2017 Jan;129(1):3-9
11. Jackson E, Glasier A, Return of Ovulation and Menses in Postpartum Nonlactating Women. *Obstet Gynecol.* 2011 Mar;117(3):657-62. DOI: 10.1097/AOG.0b013e31820ce18c.
12. *Norma Oficial Mexicana, NOM 005-SSA2-1993, de los Servicios de Planificación Familiar.* México, 1993.
13. Rome, Ellen. Use of long-acting reversible contraceptives to reduce the rate of teen pregnancy. *Cleveland Clinic Journal of Medicina* 2015. November;82:S8-S12fb
14. Canto-de Cetina, Thelma, M.C. Polanco-Reyes, Lucila, M.C. La Amenorrea de la Lactancia como Método de Planificación Familiar. (*RevSalud Pública de México* 107.1 (2015).
15. Sridhar A, Salcedo J. Optimizing maternal and neonatal outcomes with postpartum contraception: impact on breastfeeding and birth spacing. *Matern Health Neonatol Perinatol.* 2017 Jan 13;3:1 DOI: 10.1186/s40748-016-0040-y
16. Berens Pamela, Labbok Miriam, and The Academy of Breastfeeding Medicine. *Breastfeeding Medicine.* January 2015, 10(1): 3-12. <https://doi.org/10.1089/bfm.2015.9999>

17. Black A. Y, Guilbert E, Hassan F, Chatziheofilou I, Lowin J, Jeddi M, Filonenko A, Trussell J, BPhil BS. The Cost of Unintended Pregnancies in Canada: Estimating Direct Cost, Role of Imperfect Adherence, and the Potential Impact of Increased Use of Long-Acting Reversible Contraceptives. *J Obstet Gynaecol Can.* 2015 Dec;37(12):1086-97
18. Adolescent pregnancy, contraception, and sexual activity. Committee Opinion No. 699. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Obstet Gynecol* 2017;129:e142–9.
19. Henry N. Schlueter M, Lowin J, Lekander I, Filonenko A, Trussell J, Skjeldestad F, E. Cost of Unintended Pregnancy in Norway: a role for Long-acting reversible contraception. *J Fam Plann Reprod Health Care* 2015;41:109–115.
20. Dehlendorf C, Krajewski C, Borrero S, Contraceptive Counseling: Best Practices to Ensure Quality Communication and Enable Effective Contraceptive Use. *Clin Obstet Gynecol.* 2014 December ; 57(4): 659–673
21. Backman T, Huhtala S, Luoto R, Tuominen J, Rauramo I, Koskenvuo M. Advance information improves user satisfaction with the levonorgestrel intrauterine system. *Obstet Gynecol.* 2002; 99:608–13. [PubMed: 12039121]
22. Goldstuck N. D, Steyn P. S. Insertion of intrauterine devices after cesarean section: a systematic review update. *Int J Womens Health.* 2017 Apr 18;9:205-212.
23. Halpern V, López LM, Grimes DA, Stockton LL, Gallo MF. Cochrane Library. Strategies to improve adherence and acceptability of hormonal methods of contraception (Review)

24. La anticoncepción: Implicaciones en el embarazo adolescente, fecundidad y salud reproductiva en México. Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2014. ENADID versión actualizada (Internet). Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (Citado el 14 de diciembre de 2017). Disponible en: [http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/Productos/prod\\_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/nueva\\_estruc/702825094393.pdf](http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/Productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/nueva_estruc/702825094393.pdf)
25. La situación demográfica de México 2016 (Internet). Consejo Nacional de Población. CONAPO. (Revisado el 14 de diciembre de 2017). Disponible en: [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/253187/SDM2016\\_web.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/253187/SDM2016_web.pdf)
26. Heinemann K, Assman A, Dinger J, Westhof C. Intrauterine devices and the risk of uterine perforations: interim results from the EURAS-IUD study: Poster presented at the American Congress of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) 58th Annual Clinical Meeting, May 15-19; San Francisco, California, USA, 2010.
27. Rameet S H, Bhardwaj N, Rogers R, Qualls C, Espey E, Leeman, L. M. Prospective Longitudinal Analysis of Contraceptive Adherence in a Diverse Postpartum Population. *Obstetrics & Gynecology*: May 2015 doi: 10.1097/01.AOG.0000463226.36062.cb
28. Pérez, L. Aparicio, C. Métodos anticonceptivos de elección en el puerperio inmediato en pacientes adolescentes. *Rev Nac (Itauguá)* 2015; 7(2): 24-34

**ANEXOS**

ENCUESTA / CÉDULA DE CAPTURA					
Edad:		Escolaridad:		Estado Civil:	
		Analfabeta	Primaria	Casada	Soltera
		Secundaria	Preparatoria	Unión Libre	Divorciada
		C. Técnica	Universidad	Separada	
Religión:		Tipo de evento obstétrico:			
Católica	Otra	Parto	Cesárea	Aborto	
Gestas:		Periodo intergenésico previo a evento obstétrico:			
Parto	Cesárea	Aborto	<1 año	1 año	> 1 año
Anticonceptivo utilizado:			Apego a método:		Continuidad:
DIU Cobre	DIU Mirena	Sí	No	Sí	No
Implante	Inyección Hormonal				
Subdérmico	Bimensual	Cumplimiento:		Método Preferido:	
		Sí	No		
Abandono:		Efectos Adversos:		Momento de abandono (meses)	
Sí	No	Sí	No	1	2
		Polimenorrea	Amenorrea	3	4
		Dismenorrea	Cefalea	5	6
		C. en el peso	Embarazo	7	8
		Otro		9	10
				11	12
Causa de abandono:		Falla de método:		Uso de método distinto:	
		Sí	No	Sí	No
Método Preferido:				Embarazo:	
				Sí	No