



Artículo original

Causas de no aceptación del método anticonceptivo dispositivo intrauterino y/u oclusión tubaria bilateral post-evento obstétrico

Segura-Chico Martín¹, Marroquín-Canales Leticia¹, Melgoza-Pelcastre Zaida Guadalupe², Garza-Martínez Rocío Esmeralda².

Recepción: 10 marzo-2023. Aceptación: 09-abril-2023.

Resumen

Objetivo: Determinar las causas de no aceptación del método anticonceptivo DIU con cobre o sin realización de OTB a pacientes obstétricas atendidas en HGZMF No.1

Material y Métodos: Es una encuesta retrolectiva. Se incluyeron pacientes con evento obstétrico que egresaron sin DIU con cobre o sin OTB. Se consideraron estándares de ética establecidos y aprobado con No. de registro R-2020-2804-001. Se utilizó estadística descriptiva y las variables cuantitativas se reportarán en media, desviación estándar y rango, y para variables cualitativas, en porcentaje. Los datos se analizaron en el SPSS v.20 para Windows.

Resultados: Se incluyeron 160 expedientes con promedio de edad 26.6 años, $s=5.34$ e intervalo de 15-40 años. Las causas de no protección al egresarse en el postparto fueron atribuible a las pacientes en 88.1 % ($n=141$) y de estos 78.75% ($n=126$) no deseaban elegir un método de planificación en ese momento. Respecto a otras causas 3.1% ($n=5$) son atribuibles a la unidad y 8.8 % ($n=14$) por contraindicación médica. Las mujeres con antecedentes perinatales fueron: el primer embarazo o más de 4 embarazos con 36.5% ($n=65$), seguido de periodo intergenésico <25 o >60 meses con 31.5% ($n=56$) y antecedente de cesárea con 14.6% ($n=26$). Las comorbilidades presentadas fueron: Hipertensión arterial sistémica y Diabetes Mellitus tipo 2 con 2.6 % ($n=4$). El número de veces que acudieron a control prenatal las pacientes fue 14.4 % ($n=23$) en 8 ocasiones, el 12.5% ($n=20$) 9 veces y 8.8% ($n=14$) para 5 veces.

Conclusión: Las pacientes que no eligen DIU u OTB, se egresan sin un método de planificación familiar en 78% de los casos revisados y las causas son atribuibles a las pacientes (no desea elegir método de planificación en ese momento).

Palabras clave:

Planificación Familiar, Causas de no Realización de OTB-DIU, Postevento Obstétrico.

Abstract

Objective: Determine the causes of non- acceptance of the contraceptive method IUD with copper or without OTB event realization to obstetric patients attended at HGZMF No.1

Material and Methods: It is a retrolective survey. Patients with an obstetric event who were discharged with IUD with copper or without OTB were included. Established ethical standards were considered, and protocol was approved under registration number R-2020-2804-001. Descriptive statistic was utilized quantitative variables will be reported as mean, standard deviation and range; and qualitative variable, as percentage. The data were analyzed with IBM ® SPSS © v.20 for Microsoft ® Windows ©.

Results: 160 files were included with an average of 26.6 years, $s=5.34$ and an interval of 15-40 years. The causes of non-protection upon discharge in the postpartum period were attributed to patients in 88.1 % ($n=141$) and from them, 78.75% ($n=126$) do not wish to choose a planning method at that time. In regard to the other causes 3.1% ($n=5$) are attributed to the healthcare unit and 8.8 % ($n=14$) to medical contraindication. Women with perinatal history were: the first pregnancy or more than 4 pregnancies with 36.5% ($n=65$), followed by an intergenic period <25 or >60 months with 31.5% ($n=56$) and a history of caesarean section with 14.6% ($n=26$). See Table 2. The comorbidities presented were: systemic arterial hypertension and type 2 diabetes mellitus with 2.6 % ($n=4$). The number of times patients attended to prenatal control was 14.4% ($n=23$) in 8 times, 12.5% ($n=20$) in 9 times, and 8.8% ($n=14$) in 5 times. See Table 3.

Conclusion: The patients who do not choose OTB or IUD, they are discharged without a family planning method; in 78% of the reviewed files correspond to attributed causes to the patients (they do not wish to choose a planning method at that time).

Key words:

Family Planning, Causes of Non-Performing OTB-IUD, Obstetric Post-event.

Introducción

Los derechos reproductivos comprenden ciertos derechos humanos ya reconocidos en leyes nacionales, documentos internacionales sobre derechos humanos y otros documentos de consenso pertinentes y fundamentados en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos de decidir libre y responsablemente número de hijos que desean tener, el espaciamiento de los embarazos y el método de planificación familiar (MPF). Así mismo, contar con la información y el derecho de alcanzar el mejor estándar de salud sexual y reproductiva 1. Los MPF tienen diferentes características en las que hay que fijarse cuando se elijan y esto es necesario para que el método permita alcanzar las metas reproductivas (en forma efectiva y segura para la salud), según la situación de vida: eficacia, seguridad, aceptabilidad, facilidad de uso, disponibilidad, reversibilidad y costo².

La OMS mediante el documento "Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos" pretende actualizar los criterios médicos utilizados en la provisión de todos los MPF. El documento no proporciona normas estrictas, sino que brinda recomendaciones, que sirven de base para la racionalización del suministro de diversos anticonceptivos, anteponiendo la información más actualizada y disponible sobre la seguridad de los métodos para las personas con ciertas condiciones médicas³.

La planificación familiar (PF) puede evitar la tercera parte de la muerte materna y el 10% de la mortalidad infantil cuando el espaciamiento entre embarazos supera los dos años. Los intervalos cortos entre nacimientos están ligados a una alta mortalidad y morbilidad materna e infantil. La popularidad del Dispositivo Intrauterino (DIU) y su utilización en el periodo inmediato al posparto es una realidad en países como China, Egipto y México⁴.

En la India, solamente 1.8% de mujeres casadas en edad reproductiva utilizan DIU, a pesar del hecho de que es un servicio sin costo, sigue siendo, en gran parte, subutilizado⁵. En 2008 a nivel mundial, solo 63% de las mujeres entre 15 y 49 años de edad unidas a un varón, usaban algún método de planificación familiar. La prescripción del mejor método debe apoyarse, entre otros, en los criterios de elegibilidad de la OMS⁶.

En México, el primer programa de PF fue creado en 1977, se centraba en la provisión gratuita de anticonceptivos orales y la promoción de la paternidad responsable. En 1982, se hizo un esfuerzo para ampliar el programa a zonas rurales y ampliar los métodos, con la promoción del uso del DIU después del primer parto y de la esterilización después de varios nacimientos⁷. 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 relacionada con las complicaciones del embarazo y parto⁸. El embarazo en las adolescentes representa un problema de salud pública, sólo en el año 2011, del total de los 2,586,287 nacimientos registrados, el 19.2% correspondieron a mujeres menores de 20 años⁹.

Los análisis de las defunciones en mujeres registradas en 2010 por el INEGI, observamos que en el grupo de 15 a 19 años, las causas de muertes maternas explican 3.64% de todas las muertes en este grupo, ubicándose como la cuarta causa por la que más fallece esta población. Sin embargo, en las indígenas, de entre los 15 y 24 años de edad, es la primera causa de defunción¹⁰.

En el caso de la prevalencia en el uso de anticonceptivos, México, es uno de los países con menor tasa de prevalencia. Lo que representa en gran reto en términos de prevención y promoción de la salud materna¹¹. La consejería sobre anticoncepción centrada en la usuaria es fundamental para satisfacer la demanda de métodos anticonceptivos y proteger los derechos humanos, en el marco de calidad, esta debe considerar la privacidad, confidencialidad, decisión informada y trato respetuoso^{12,13}. La mayoría de las mujeres se sienten listas y capaces de elegir una opción anticonceptiva antes del postparto¹⁴. Teóricamente en México, las mujeres tienen acceso al DIU y los hospitales quieren estar certificados para recibir reembolsos públicos para proveerlos¹⁵. Es indudable que el periodo postparto es ideal para decidir un método de PF, ya que, las mujeres están altamente motivadas para aceptarla y nos llevaría a prevenir embarazos injustificados en los dos primeros años, con beneficios sustanciales para la mujer y los niños recién nacidos¹⁶. Así mismo, es necesario optimizar y garantizar la educación, el acceso y fomentar el uso de anticonceptivos en mujeres después del parto¹⁷.

El objetivo de este estudio fue determinar las causas de no aceptación del método anticonceptivo DIU con cobre o sin realización de OTB a pacientes obstétricas atendidas en HGZMF No.1

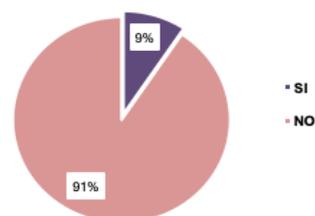
Material y Métodos

Se realizó una encuesta transversal, retrolectiva, descriptivo y observacional. Se incluyeron los expedientes de pacientes con evento obstétrico en el 2018 en el Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 1 en Ciudad Victoria, Tamaulipas y que egresaron sin DIU con cobre o sin realización de OTB. El protocolo fue aprobado por el comité de ética e investigación con número de R-2020-2804-001. El análisis de datos obtenidos fue a través de estadística descriptiva. Las variables cuantitativas se expresaron en media, desviación estándar y rango. Las cualitativas en porcentaje. Se creó una base de datos en la aplicación IBM® SPSS® V.20 para Microsoft Windows®. Se consideró un IC=95 % y $\alpha=0.05$.

Resultados

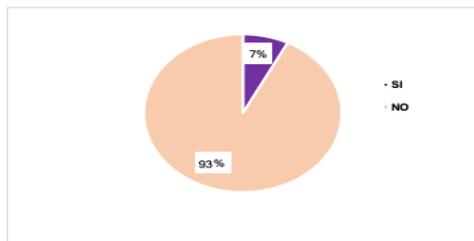
Se incluyeron 160 expedientes con promedio de edad de 26.6 años, S=5.34 y rango de 15 a 40 años. El 9% (n=15) tienen factor de riesgo por edad (< 15 o >35 años) y el 91% (n=145) no lo tienen. Fig. 1

Fig. 1 Factor de riesgo por edad de las pacientes que no aceptaron OTB y/o DIU del HGZMF1.



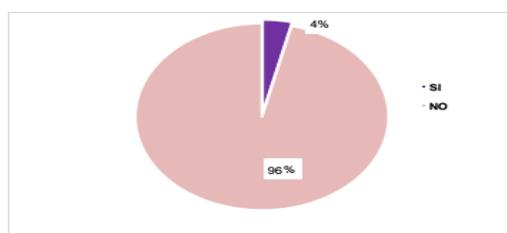
El promedio de peso de las pacientes es de 67.17 kg, S=15.5 e intervalo de 40 a 126 kg. El 7% (n=12) tiene factor de riesgo por peso y el 93% (n=148) no lo tienen. Fig. 2

Fig. 2 Factor de riesgo por peso de las pacientes de las pacientes que no aceptaron OTB y/o DIU del HGZMF 1



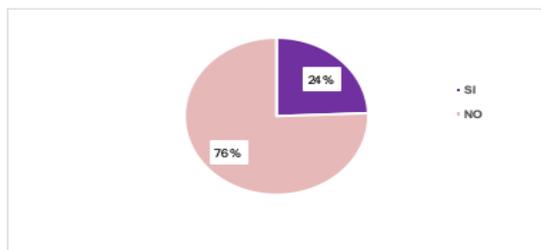
El promedio de talla de las pacientes es de 1.58 m, S=0.056 y rango de 1.47 a 1.74. El 4% (n=6) tienen factor de riesgo por talla (<1.5 m). Fig. 3

Figura 3. Factor de riesgo por talla de las pacientes de las pacientes que no aceptaron OTB y/o DIU del HGZMF 1



El promedio de IMC es de 26.59, s=5.56 y rango de 16.7 a 44.6. El 24% (n=39) presentan factor de riesgo por IMC (>30.0). Fig. 4

Figura 4. Factor de riesgo por IMC de las pacientes de las pacientes que no aceptaron OTB y/o DIU del HGZMF 1



Las causas de no protección al egresarse en el postparto fueron atribuible a las pacientes en un 88.1 % (n=141) y de estos el 78.75% (n=126) no desea elegir un método de planificación en ese momento. Fig. 5 Respecto a otras causas el 3.1% (n=5) son atribuibles a la unidad y el 8.8 % (n=14) por contraindicación médica. Tabla 1

TABLA 1 Diferentes causas atribuibles que respondieron las pacientes que egresaron sin método de planificación Familiar del HGZMF 1

Causas atribuibles a la paciente	n	%
No desea método	126	78.75
No especifica	12	7.50
Antecedentes de efectos secundarios	2	1.25
Esposo vasectomizados	1	0.63
Usará método natural y/o de barrera	0	0.00%
TOTAL	141	88.13
Causas atribuibles a la unidad	n	%
Quirófano no disponible	4	3.0
Omisión en la entrega	1	0.1
Método no disponible	0	0
Personal no disponible	0	0
TOTAL	5	3.1
Contraindicación Médica	n	%
Hemorragia postevento obstétrico	8	5.0
Infección tracto genital	3	1.9
Ruptura prematura membrana	2	1.3
Cavidad uterina deformada	1	0.6
Aborto séptico	0	0
TOTAL	14	8.8

Las mujeres con antecedentes perinatales fueron el primer embarazo o más de 4 embarazos con un 36.5% (n=65), seguido de un periodo intergenésico <25 ó >60 meses con 31.5% (n=56) y el antecedente de cesárea con el 14.6% (n=26). Tabla 2. Las comorbilidades que se presentaron fueron: Hipertensión arterial sistémica y Diabetes Mellitus tipo 2 con el 2.6 % (n=4).

TABLA 2 Descripción de antecedentes perinatales de pacientes que egresaron sin método de planificación Familiar del HGZMF 1

Antecedentes	n	%
Es primer embarazo o >4 embarazos	65	36.5
Periodo intergenésico <25 ó >60 meses	56	31.5
Antecedente de cesárea	26	14.6
Cirugía pélvico-uterina	9	5.1
Preeclampsia-eclampsia	7	3.9
Antecedentes de 2 o más abortos espontáneos	6	3.4
Macrosomía	6	3.4
Bajo peso al nacer ≤ 2,500 gramos	2	1.1
Sangrado del tercer trimestre	1	0.6
Polihidramnios	0	0
Malformación congénita	0	0

Discusión y Conclusión:

Se incluyeron en el estudio 160 expedientes de pacientes que egresaron sin método de planificación familiar de alta continuidad, con promedio de edad de 26.6 años e intervalo de 15 a 40 años; en el grupo de 20 a 29 años se concentra el 63.8% (n=102), 19.6% más elevado si consideramos que Allen et¹⁸, al utilizaron las bases de datos de las encuestas Nacionales de Salud y Nutrición 2006 y 2012, encontrando que un alto porcentaje no optó por anticonceptivo postevento obstétrico: 52% (15-19 años), 44.2% (20-29 años), 42.5% (30-34 años) y 39% (≥35 años).

Un reto importante para el Instituto Mexicano del Seguro Social es el ajuste de estrategias y el enfoque a la comunicación educativa de planificación familiar, ya que el estudio determina que, las causas por las cuales las pacientes no aceptan el método de planificación al egresarse en el postparto, fueron atribuibles a las pacientes en un 88.1 % (n=141) y de estos el 78.75% (n=126) indicó: “no desea elegir un método de planificación en ese momento”, Castañeda et. Al¹⁹ identificaron que las causas de no aceptación de métodos de planificación familiar, en mujeres que acuden a atención durante el embarazo en el 26.2% de los casos, se debía a falta de conocimientos. No obstante que a un gran porcentaje de puérperas, se les otorga consejería anticonceptiva, por el equipo de salud, se apreció el desconocimiento o mayor credibilidad a la información no científica. Por tanto, se deberían analizar las causas de no aceptación con la finalidad de elaborar estrategias que las disminuyan y aclaren dudas a la población. En nuestro estudio, el número de veces que las pacientes acudieron a control prenatal fue del 14.4% (n=23) en 8 ocasiones, el 12.5% (n=20) para 9 veces y el 8.8% (n=14) en 5 ocasiones, lo que supondría una oportunidad óptima para brindar la consejería de planificación familiar y anticoncepción a las pacientes.

Makins²⁰, comenta en una editorial sobre Institucionalización de dispositivos intrauterinos posparto que, dentro del análisis de los factores de consejería, a través de cuatro países, ejemplificaron el singular papel que juega cada contexto en la aceptación de la anticoncepción por parte de las mujeres, en particular para el DIU postparto. Sin embargo, Williams et. Al²¹ determinó en su estudio que 84% (n=243) de las pacientes respondieron encontrarse listas y muy listas para seleccionar un método anticonceptivo en el posparto comparado con la fase prenatal (84% vs 64%, p=0.0006). En el nuestro, la no aceptación del Dispositivo Intrauterino o la realización de Oclusión Tubaria Bilateral fue del 78.75% (n=126) “no desea elegir un método de planificación en el postparto”. En referencia a factores de riesgo reproductivo en mujeres, los antecedentes perinatales fueron el primer factor de riesgo para el 82.5 % (n=132) de las pacientes que egresaron sin protección anticonceptiva, de las cuales, 16.3% (n=26) de las pacientes tenían antecedentes de cesárea previa, inferior al 17.03% de acuerdo con estudio de Regueira²² y donde concluye, que los hijos de madres con riesgo preconcepcional tienen mayor morbilidad perinatal, que los de madres sin riesgo

Como conclusión, las pacientes que no eligen OTB o DIU, se egresan sin un método de planificación en el 78% de los casos revisados corresponden, a causas atribuibles a las pacientes (no desea elegir un método de planificación en ese momento).

Existe una gran área de oportunidad, ya que, en la fase de control prenatal se debe reforzar la promoción de la OTB o DIU, esto fundamentado en que hasta el 35.7% (n=57) tuvieron de 5 hasta 14 visitas prenatales.

Un reto importante para el Instituto Mexicano del Seguro Social es el ajuste de estrategias y el enfoque a la comunicación educativa de planificación familiar.

Referencias Bibliográficas:

1. Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos. 3a ed. Suiza; 2018. <https://www.who.int/es/publications/item/9789241565400>
2. Díaz S, Schiappacasse V. ¿Qué y cuáles son los métodos anticonceptivos? Instituto Chileno de Medicina Reproductiva. 2017.
3. Organización Mundial de la Salud. Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos, un pilar de la OMS para la Planificación Familiar. 4a ed. Ginebra, Suiza; 2012.
4. Kavanaugh ML, Jerman J, Finer LB. Changes in use of Long-Acting Reversible Contraceptive Methods Among U.S. women, 2009-2012. *Obstetrics & Gynecology* 2015; (126): 917-927.
5. Rahman S. A. Comparative Study of Intrauterine Contraceptive Device Utilization among Currently Married Women in a Rural Area of Rani Block and Urban Slums of Guwahati City. *Int J Sci Stud* 2016; (4 4): 55-59.
6. Veloz-Martínez MG, Hinojosa-Cruz JC, Vital-Reyes VS, et. al. Anticoncepción en mujeres con enfermedades crónicas. *Ginecol Obstet Mex* 2015;(83):393-399.
7. D'Arcangues C. Uso mundial de dispositivos intrauterinos para la anticoncepción. *Contracepción* 2007;(6 Suppl):S2-7. DOI: 10.1016/j.contracepción.2006.12.024
8. Torres PP, Heredia-Pi IB, Ibañez CM, Ávila BL. Quality of family planning services in Mexico: The perspective of demand. *Plos One* 2018. 14(1):e0210319.
9. Lira PJ, Velázquez-Ramírez N, Ibarguengoitia-Ochoa F, y col. Anticonceptivos de larga duración reversibles: una estrategia eficaz para la reducción de los embarazos no planeados. *Ginecol Obstet Mex* 2013; (81):530-540.
10. Dansereau E, Schaefer A, Hernandez B, Nelson J, Palmisano E, et. al. Perceptions of and barrier to family planning services in the poorest regions of Chiapas, Mexico: a qualitative study of men, women, and adolescents. *Reproductive Health*. 2017. (14):1-10.
11. Rodríguez-Aguilar R. Maternal mortality in Mexico, beyond millennial development objectives: An age-period-cohort model. 2018. *PLoS ONE* 13(3): e0194607. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0194607>
12. Holt K, Zavala I, Quintero X, Mendoza D, et. al. Women's preferences for contraceptive counseling in Mexico: Results from a focus group study. *Reprod Health*. 2018 Jul 16;15(1):128. doi: 10.1186/s12978-018-0569-5. PMID: 30012157; PMCID: PMC6048723.
13. Moorea Z, Pfitzer A, Gubinb R, Charuratb E, Elliott L. et. al. Missed opportunities for family planning: an analysis of pregnancy risk and contraceptive method use among postpartum women in 21 low- and middle - income countries. Elsevier, Inc. 2015. 31-39.
14. Stockdale C, Mejía R, Goad L, Treloar M, Ryken K, et. al. Postpartum contraception acceptance and readiness. *International reproductive health journal Contraception*. 2016. (94): 415.
15. Darnay BG, Sosa-Rubi SG, Servan-Mori E, Rodríguez MI, Walker D, Lozano R. La relación de edad y lugar de parto con la anticoncepción posparto antes del alta en México: Un estudio de cohorte retrospectivo. *Contracepción*. 2016 ;93(6):478-84. doi: 10.1016/j.contracepción.2016.01.015. Epub 2016 Enero 30. PMID: 26828625; PMCID: PMC4863522.
16. Gupta S, Kubba A. Postpartum intrauterine contraception. *Journal of reproductive Medicine and Endocrinology*. 2015. 12 (4): 251-254.
17. Glazer AB, Wolf A, Gorby N. Anticoncepción posparto: necesidades vs. realidad. *Contracepción*. 2011;83(3):238-41. doi: 10.1016/j.contracepción.2010.07.002. Epub 2010 Agosto 7. PMID: 21310285.
18. Allen-Leigh B, Villalobos-Hernández A, Hernández-Serrato M, y col. Inicio de vida sexual, uso de anticonceptivos y planificación familiar en mujeres adolescentes y adultas en México. *Salud Pública de México* 2013;(55):s235-s240.
19. Castañeda-Sánchez O, Castro-Paz LS, Lindoro-López KG. Causas de no aceptación de métodos de planificación familiar en mujeres que acuden a atención puerperal en una Unidad de Medicina Familiar en Sonora, México. *Archivos en Medicina Familiar* 2008; 10 (3):37-41
20. Makins A. Institutionalization of postpartum intrauterine devices *Int J Gynecol Obstet* 2018;143(Suppl.1):1-3
21. Williams H, Goad L, Treolar M, et.al. Postpartum contraception acceptance and readiness. *Proceeding in Obstetrics and Gynecology* 2016;6(3):11
22. Regueira NJ, Rodríguez Ferrá RR, Brizuela PS. Comportamiento del riesgo preconcepcional. *Rev Cubana Med Gen Integr* 1998;14(2):160-4

