



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO.

INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD

ÁREA ACADÉMICA DE MEDICINA

SECRETARÍA DE SALUD DEL ESTADO DE HIDALGO

HOSPITAL GENERAL DE PACHUCA

TEMA

MOTIVO DE RECHAZO A UN MÉTODO ANTICONCEPTIVO DURANTE

EL PUERPERIO INMEDIATO EN LAS ADOLESCENTES

QUE PRESENTA LA MÉDICO CIRUJANO

MARÍA GUADALUPE TORRES PAREDES

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA

EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

DR. GUILLERMO BARRAGÁN RAMÍREZ

MÉDICO ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

CATEDRÁTICO TITULAR DEL PROGRAMA DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

Y ASESOR CLÍNICO

DR. MARIO ISIDORO ORTIZ RAMÍREZ

DOCTOR EN CIENCIAS CON ESPECIALIDAD EN FARMACOLOGÍA

ASESOR METODOLÓGICO UNIVERSITARIO

DR. SERGIO MUÑOZ JUÁREZ

DOCTOR EN CIENCIAS DE LA SALUD PÚBLICA

ASESOR UNIVERSITARIO

PERÍODO DE LA ESPECIALIDAD 2002-2006

POR LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO

M.C.E. JOSÉ MARÍA BUSTO VILLARREAL

DIRECTOR DEL INSTITUTO DE CIENCIAS

DE LA SALUD DE LA U.A.E.H.

DR. LUIS CARLOS ROMERO QUEZADA

JEFE DEL ÁREA ACADÉMICA DE MEDICINA

DEL I.C.Sa.

DRA. NORMA PATRICIA REYES BRITO

COORDINADORA DE ESPECIALIDADES MÉDICAS

DR. MARIO ISIDORO ORTÍZ RAMÍREZ

DOCTOR EN CIENCIAS CON ESPECIALIDAD EN FARMACOLOGÍA

ASESOR METODOLÓGICO UNIVERSITARIO

DR. SERGIO MUÑOZ JUÁREZ

DOCTOR EN CIENCIAS DE LA SALUD PÚBLICA

ASESOR UNIVERSITARIO

POR EL HOSPITAL GENERAL DE PACHUCA DE LA SECRETARÍA DE SALUD DE HIDALGO

DR. FRANCISCO JAVIER CHONG BARREIRO

DIRECTOR DEL HOSPITAL GENERAL DE PACHUCA

DE LA SECRETARÍA DE SALUD DE HIDALGO

DRA. MICAELA MARICELA SOTO RÍOS

DIRECTORA DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN

DEL HOSPITAL GENERAL DE LA SECRETARÍA DE

SALUD DE HIDALGO

DR. GUILLERMO BARRAGÁN RAMÍREZ

MÉDICO ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

PROFESOR TITULAR DEL PROGRAMA EN

GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA Y ASESOR CLÍNICO

ÍNDICE

Antecedentes.....	2
Planteamiento del problema.....	15
Hipótesis.....	16
Justificación.....	17
Objetivos.....	19
Material y Métodos.....	20
Aspectos éticos.....	21
Recursos humanos, físicos y financieros.....	22
Variables.....	23
Resultados.....	25
Discusión.....	31
Conclusiones.....	33
Recomendaciones.....	33
Bibliografía.....	34
Glosario.....	37
Anexos.....	38

ANTECEDENTES

La adolescencia, según la Organización Mundial de la Salud, es el periodo en el que el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita por los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socioeconómica, fija sus límites entre los 10 y los 20 años ¹.

La adolescencia se divide en tres fases: temprana de los 10 a los 13 años, considerada como el periodo peripuberal, fase en la que ocurren grandes cambios corporales y funcionales; la adolescencia media, entre los 14 a 16 años, en la cual se completa el crecimiento y desarrollo somático, finalmente la fase tardía de los 17 a 20 años, que se caracteriza por ser el periodo de aceptación de estos cambios ².

En 2013, la población adolescente representó el 9.4% de la población total de México, de los cuales, el 49.7% eran mujeres ³.

Tradicionalmente se considera a la adolescencia como una etapa relativamente exenta de problemas de salud; sin embargo, es evidente que aun cuando la morbilidad y mortalidad son bajas, están expuestos a factores de riesgo a la salud, además deben enfrentarse durante esta etapa a su sexualidad, y evitar embarazos no deseados ⁴.

En las últimas décadas se ha observado que el desarrollo sexual, la ovulación y la capacidad reproductiva se inician incluso dos años más temprano que en las mujeres de hace 20 años ⁵.

El surgimiento del impulso sexual se deriva de los cambios biológicos que se desencadenan en el cuerpo adolescente que incrementan el deseo de tener relaciones sexuales. Este incremento puede llevarlos a una práctica sexual de riesgo de embarazos no planeados ⁶.

En poblaciones jóvenes se reconoce a la educación sexual integral como base importante para el ejercicio de la sexualidad sana, responsable y libre de riesgos ⁶.

La salud reproductiva debe entenderse como el estado general de bienestar físico, mental y social, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductor, sus funciones y procesos; es decir, es la capacidad de los individuos y de las parejas de disfrutar de una vida sexual y reproductiva satisfactoria, saludable y sin riesgo, en la absoluta libertad de decidir de manera responsable y bien informada sobre el número y espaciamiento de los hijos ⁷.

Normalmente no se ofrece en el hogar, la escuela o la comunidad educativa información sobre el comportamiento sexual responsable, información clara específica sobre las consecuencias del intercambio sexual (incluyendo el embarazo). Por lo tanto gran parte de la “educación sexual” que los adolescentes reciben viene a través de filtros desinformados o compañeros sin formar ⁸.

El porcentaje de adolescentes sexualmente activos entre los 15 y los 19 años de edad varía en distintas regiones del mundo. América Latina se caracteriza por un inicio sexual en edades más tempranas que otras regiones en desarrollo como Asia, pero mucho más tardío que África ⁹.

En el país, las valoraciones culturales de lo femenino y lo masculino; los significados que se atribuyen a la sexualidad y al cuerpo; la exposición a la tecnología de información y comunicación masiva, la organización del sistema de salud, las redes de apoyo social, y en general los determinantes sociales (educación, familia, empleo, migración), se vinculan directamente con la morbimortalidad sexual y reproductiva de los adolescentes ¹⁰.

En un estudio realizado en 2013 por Díaz-Franco, se encontró en las adolescentes estudiadas, que el primer novio lo tuvieron un año después de la menarca, y dos años después la primera relación sexual; esto ilustra que quizá los adolescentes viven en una sociedad sexualizada que los impulsa continuamente al inicio de la actividad sexual sin detenerse a razonar en las consecuencias de la ausencia de protección ⁶.

Tener sexo por primera vez en una edad temprana está frecuentemente asociado con sexo no seguro por falta de conocimientos, de acceso a la anticoncepción, y de habilidades y autoeficacia para negociar la anticoncepción ¹¹.

Trabajos realizados en el extranjero, señalan que el 60% de los embarazos adolescentes ocurren dentro de los 6 primeros meses del inicio de las relaciones sexuales, por lo que la mayoría de las adolescentes embarazadas son primigestas (del 73% al 93 %). Sin embargo, el 60% de las vuelven a embarazarse dentro de los 2 años siguientes ¹².

El embarazo en la adolescencia se define como el que ocurre dentro de los dos años de edad ginecológica, entendiéndose por tal al tiempo transcurrido desde la menarca ¹³.

El embarazo en adolescentes se ha considerado un fenómeno de interés mundial debido a la alta incidencia y complicaciones médicas, psicológicas y socioeconómicas que conlleva ².

Es posible que en las adolescentes los aspectos psicosociales y culturales del embarazo y la maternidad sean más abrumadores e impactantes que los médicos, sobre todo si son menores de 16 años de edad. El 83.4% de las adolescentes embarazadas se ocupa del hogar y abandona la posibilidad de prepararse académicamente y de tener mejor capacidad económica en el futuro. El 58% carece del apoyo de la pareja a consecuencia del embarazo y solo tiene ayuda de la familia ¹⁴.

Con respecto a los factores de riesgo asociados al embarazo adolescente, se ha logrado identificar una gran variedad que es posible agrupar en 3 categorías:

1. Factores de riesgo individuales: Menarquia precoz, bajo nivel de aspiraciones académicas, impulsividad, ideas de omnipotencia y adhesión a creencias y tabúes que condenan la regulación de la fecundidad y poca habilidad de planificación familiar.

2. Factores de riesgo familiares: Disfunción familiar, antecedentes de madre o hermana embarazada en la adolescencia, pérdida de figuras significativas y baja escolaridad de los padres.

3. Factores de riesgo sociales: Bajo nivel socioeconómico, hacinamiento, estrés, delincuencia, alcoholismo, trabajo no calificado, vivir en un área rural, ingreso precoz a la fuerza de trabajo, mitos y tabúes sobre sexualidad, marginación social y predominio del “amor romántico” en las relaciones sentimentales de los adolescentes ¹².

El embarazo en la adolescente se ha asociado con un mayor riesgo de complicaciones durante la gestación como hipertensión, infecciones, ruptura prematura de membranas, parto pretérmino y hemorragia postparto. Es más frecuente la práctica de cesáreas, el bajo peso al nacimiento y prematuridad aumentando las complicaciones en el recién nacido ¹⁵.

Las adolescentes con una inteligencia fluida tienen la capacidad de reconocer el riesgo de la actividad sexual sin protección, y por ello pueden optar por el uso de un método anticonceptivo o por la abstinencia ⁶.

El embarazo no planeado es una de las amenazas para el desarrollo integral de las adolescentes, ya que esta situación no esperada puede poner en peligro la salud de la mujer y retrasar o suspender los procesos de capacitación para la vida y para el trabajo productivo. Si bien el ejercicio de la sexualidad es un derecho humano, este debe de hacerse con responsabilidad para uno mismo y la pareja ¹⁶.

En un estudio realizado en México en 2002 más de una quinta parte de las adolescentes manifestó en el postparto, no haber deseado un embarazo ¹⁷.

El embarazo no planeado en los adolescentes es el producto de la falta de información sobre los anticonceptivos, el sexo sin protección, la falla anticonceptiva o el uso incorrecto de anticonceptivos ¹⁶.

La importancia del uso de métodos anticonceptivos estriba en evitar embarazos no planeados, que en la adolescente implica importantes riesgos materno-fetales, porque al menos 70.9% de ellas tendrá alguna condición de riesgo ⁶.

Por otro lado, las complicaciones por abortos inseguros son también causa de morbimortalidad materna en adolescentes. En comparación con las mujeres adultas, las adolescentes recurren a la interrupción del embarazo en etapas avanzadas, aumentando el riesgo reproductivo ¹⁰.

Ser madre adolescente se ha considerado factor de riesgo para maltrato fetal, el cual se define como cualquier acto que de manera intencional o negligente puede lesionar al embrión o al feto. Entre las adolescentes la principal forma de maltrato es la falta de control prenatal por falta de recursos económicos, desinterés del compañero por el embarazo, embarazo no deseado y por ser víctimas de maltrato físico durante la gestación ¹⁸. Muchos de los adolescentes pueden no ser conscientes de los riesgos que implica ser activos sexualmente. Por tal motivo, este grupo necesita Servicios de Salud Sexual Reproductivos. ¹⁹.

Respecto a la salud sexual y reproductiva, es común que en la adolescencia las relaciones sean de corta duración y con múltiples parejas. El uso de métodos de planificación familiar es inadecuado ²⁰.

Los métodos anticonceptivos son objetos, sustancias y procedimientos que se utilizan de manera voluntaria para regular la capacidad reproductiva de una persona o una pareja con el fin de evitar un embarazo no planeado ²¹.

La decisión para usar un método anticonceptivo está influenciada por elección personal, percepción de la eficacia, riesgo personal, acceso a ellos, edad, costos, género, educación, etnia, estado civil, número actual de hijos, orientación sexual, patrones de actividad sexual y la cooperación de la pareja ²².

La planificación familiar tiene como propósito contribuir a la disminución de los embarazos no planeados y no deseados mediante información, oferta sistemática de métodos de control de la fertilidad y prestación de servicios de calidad a toda la población con particular énfasis en las áreas rurales, urbano-marginadas, comunidades indígenas y adolescentes, fomentando conductas responsables, libres e informadas con respecto a su vida sexual y reproductiva ²⁸.

Las adolescentes que tienen una vida sexual activa y que no desean embarazarse necesitan de los servicios que ofrecen métodos anticonceptivos. Dichos servicios están disponibles de forma gratuita en cualquier establecimiento público de salud en nuestro país, incluyendo todas las clínicas de las Secretarías de Salud de los estados. Por ello, este grupo de edad debería tener una fuente de información sobre anticonceptivos y acceso a los diferentes métodos. Sin embargo, los expertos creen que la mayoría de la gente joven en México no sabe que tiene derecho a métodos y servicios anticonceptivos en forma gratuita. Además las jóvenes solteras pueden ser renuentes a hacer uso de estos servicios, pues existe un estigma social asociado con la actividad sexual antes del matrimonio ²³.

Para poder ofrecer un método anticonceptivo a los adolescentes es necesario investigar los siguientes antecedentes: vida sexual activa, número de parejas sexuales, planeación de las relaciones sexuales, prácticas sexuales de riesgo, frecuencia de las relaciones sexuales, tipo de relaciones (oral, anal o vaginal), conocimiento y uso de métodos anticonceptivos, antecedentes de embarazo, parto, cesárea o aborto y antecedentes de infecciones de transmisión sexual ²¹.

Los métodos que ofrecen una mayor seguridad anticonceptiva son los hormonales y el DIU, cuando también se desee evitar el contagio de una infección de transmisión sexual deberá de usarse el preservativo. En los adolescentes no es muy recomendable la promoción de métodos “naturales” o de abstinencia periódica, ya que se ha visto que el índice de falla es muy alto ²¹.

De los hormonales, se sugieren las pastillas de segunda generación como levonorgestrel y de tercera generación como gestodeno, desogestrel y norgestimato y los inyectables de segunda generación de aplicación mensual de bajo aporte hormonal ²¹.

El dispositivo intrauterino es recomendable por su alta efectividad (95 al 99%), debe utilizarse en mujeres adolescentes cuyo fondo uterino sea mayor de seis centímetros, con vida sexual activa y que no deseen o tengan contraindicación para utilizar métodos hormonales ²¹.

A pesar de que cada vez hay más acceso a información especializada, aún existen grandes limitantes en la información disponible sobre la Salud Sexual y Reproductiva de adolescentes en México:

- A) Se enfoca a mujeres
- B) Existen diferentes cortes de edad para definir a la población adolescente (por ejemplo 12-19, ó 15-19, etc.)
- C) Se enfoca a adolescentes casadas o unidas ¹⁰.

Algunos de los problemas que persisten para asegurar el acceso a anticonceptivos son: desabasto, sobre todo en zonas rurales; obstáculos administrativos en los centros de salud; falta de información sobre los métodos y su forma correcta de uso; limitada oferta de distintos anticonceptivos, para que las mujeres elijan el de su preferencia; falta de servicios de calidad, que garanticen la confidencialidad y privacidad, aspecto de especial relevancia en el caso de las adolescentes ²⁴.

Cuando una persona en edad fértil y con vida sexual activa no desea tener hijos definitivamente o por un tiempo y no hace uso de métodos anticonceptivos, se dice que se encuentra en situación de demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos ⁷.

EPIDEMIOLOGÍA:

Las madres adolescentes son responsables del 10% de los partos en el mundo, pero no todos son no deseados ¹⁶.

En un estudio de México hecho por Panduro y cols., se observó que las madres del 76% de las adolescentes estudiadas, también fueron madres adolescentes. Respecto al control prenatal, se reportó que más del 8.1% de las adolescentes de 12-15 años tuvieron 2 o menos visitas ⁵.

La probabilidad de morir por eventos relacionados con la reproducción es dos veces mayor cuando la adolescente está entre los 15 y los 19 años, pero es seis veces mayor cuando es menor de 15 años ¹³.

Los riesgos médicos en las madres adolescentes determinan la elevación de la morbilidad materna y un aumento estimado de 2 a 3 veces en la mortalidad infantil cuando se compara con los grupos de edades entre 20-29 años ¹³.

En 1990, el INEGI reportó que la proporción de nacimientos registrados de madres adolescentes alcanzó 18%, y en 2010 fue de 18.8%. Los estados del norte del país como Chihuahua y Coahuila reportaron 23 y 21%, respectivamente, mientras que el Distrito Federal reportó la proporción más baja 16.5% ²⁰.

En 1997, de acuerdo a las estimaciones hechas por el Consejo Nacional de Población, el porcentaje de las adolescentes unidas de 15 a 19 años que no pudo obtener un método anticonceptivo a pesar de su deseo manifiesto de evitar el embarazo fue del 26.7% ¹⁶.

En México en 1999, el 64% de las mujeres en edad reproductiva de 15 a 19 años con vida sexual activa no usaba anticonceptivos. Seis de cada 10 adolescentes recurrían al método del ritmo y al retiro. El 34% de los adolescentes usaron un método anticonceptivo durante la primera relación sexual. Los índices de mortalidad materna entre las mujeres de 15 a 19 años de edad eran el doble de los correspondientes a las mujeres de 20 a 29 años ²¹.

En el año 2000 ocurrieron en el país más de 500 mil embarazos en adolescentes menores de 19 años, y de estos, alrededor de 366,000 llegaron a término, lo que representó 17% del total de nacimientos del país ⁴.

En cuanto al antecedente de embarazo en las adolescentes de entre 12 a 19 años de edad que han tenido relaciones sexuales, 55.7% han estado embarazadas alguna vez ⁴.

En nuestro país 1976, 79.8% de las mujeres conocía algún método anticonceptivo, para 1992, 90.9%, lo que ascendió a 93.4% en 1997. La Encuesta Gente Joven de la Fundación Mexicana para la Planeación Familiar (MEXFAM), aplicada en 1999 a adolescentes entre 13 a 19 años de edad, indica que 93.4% de los hombres y 80.9% de las mujeres declararon tener conocimiento formal o informal de métodos anticonceptivos. Para el año 2000 la Encuesta Nacional de la Juventud (ENJ2000) destaca que 81.5% de los hombres y 76% de las mujeres de entre 15 a 19 años de edad mencionaron conocer sobre métodos anticonceptivos ⁴.

Entre los métodos anticonceptivos usados por los adolescentes, el condón se reporta con mayor frecuencia 87.7% y le siguen en importancia los hormonales orales 6.9%, el coito interrumpido 3.4%, y el método del ritmo 2.5% ⁴.

Las mujeres de las localidades rurales inician la vida sexual activa a edades muy tempranas. Entre las mujeres de 15 a 19 años, una de cada cinco está casada o vive en unión libre ⁷.

En 2003 se estimó que el número de embarazos no deseados alrededor del mundo tenían lugar entre adolescentes. En el mundo desarrollado 2 millones de adolescentes recurrían al aborto anualmente, mayormente bajo circunstancias inseguras e ilegales ²⁵.

Según Valdés-Dacal, 50% de las adolescentes entre los 15 a los 19 años tiene vida sexual activa y aproximadamente 25% queda embarazada de estos casos aproximadamente 60% ocurre en los primeros 6 meses desde el inicio de la actividad sexual. En 2008 se calculó que existían aproximadamente, 16 millones de embarazos adolescentes en el año, lo cual corresponde a 11% de todos los embarazos mundiales; 95% ocurría en países en vías de desarrollo ².

Cerca del 40% de las embarazadas adolescentes presenta bajo peso durante la gestación, lo que conlleva a que sus hijos también puedan tener bajo peso al nacer. El embarazo en adolescentes está asociado con un riesgo adicional de 20-200% de mortalidad materna, además de mayores probabilidades de prematuridad, bajo peso al nacer y otras complicaciones ¹⁹.

La Secretaría de Salud de Medellín registró durante un año un total de 8.341 embarazos en adolescentes, cinco de cada cien de estos embarazos fueron en adolescentes y aportaron el 14% de las muertes maternas ¹⁹.

En Canadá, el uso de anticonceptivos al inicio de la sexualidad en mujeres entre 15 y 17 años de edad, es alto, 80% reportó su uso en la primera relación. Cerca de 16 millones de niñas entre 15 y 19 años y 2 millones por debajo de los 15 años dan a luz cada año en ese país ²⁶.

Según la Encuesta Nacional de Salud de 2005, las adolescentes colombianas, emplean menos la planificación familiar, con respecto al resto de las mujeres, pues sólo el 20% los utiliza. Reportando como los más utilizados el condón (6.2%), la píldora (3.5%) y la inyección (3.4%) entre las solteras, y entre las adolescentes en unión sólo el 57% utiliza métodos anticonceptivos, siendo los preferidos la píldora (13.6%), el Dispositivo Intrauterino (12.8%), la inyección (9.8%) y el condón (7.8%) ¹⁹.

En Estados Unidos hay una clara preferencia por el condón, que es usado por el 71% de los hombres y el 66% de las mujeres ¹⁹.

En la misma encuesta se encontró que el 16% de las adolescentes tiene necesidad insatisfecha de planificación familiar en Colombia. En Estados Unidos la demanda insatisfecha alcanza el 40% ¹⁹.

En el 2006, en un estudio realizado en México por Lira Plascencia, la indicación de métodos anticonceptivos se logró en 98% de las adolescentes estudiadas. El Dispositivo Intrauterino lo utilizaron 94% de las adolescentes, esta cobertura se logró al insistir desde la primera consulta prenatal en la información de los diferentes métodos anticonceptivos ¹⁴.

En un estudio de 2006 realizado en Cuba, se estimaba que anualmente 5 de cada 1000 adolescentes se convertían en madres, afectando predominantemente a las clases de menor nivel socioeconómico, siendo aproximadamente en 20-60% embarazos no deseados ⁸.

En un estudio realizado por Villanueva y cols. de 100 adolescentes, 76 declararon no haber utilizado algún método anticonceptivo en la primera relación sexual, siendo el motivo principal para no hacerlo, el desconocimiento de los métodos o su forma de uso, y a un 37% no le interesó su uso ²⁷.

La Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) 2009, las adolescentes que ya habían experimentado su primera relación sexual, el 38.5% de ellas declaró haber utilizado algún método anticonceptivo. Al momento de la encuesta, el 40.6% de las adolescentes embarazadas declaró no haberlo planeado o deseado ³.

Entre las adolescentes con un primer hijo nacido vivo, el 30.1% declaró nunca haber usado un método anticonceptivo, el 23.7% lo empezó a usar antes de tener su primer hijo, el 15.3% adquirió el método durante el postparto y 30.9 % después de este periodo. Los tres métodos de planificación familiar más usados a nivel nacional fueron los condones masculinos (39.1%), el Dispositivo Intrauterino DIU (23.2%) y las pastillas e inyecciones (10.4% cada uno). Sin embargo, las preferencias en el uso de estos métodos varía regionalmente pues en entidades como Puebla, Querétaro y Distrito Federal, por ejemplo, se usó principalmente el condón (61.0%, 59.3% y 56.7%, respectivamente), en Sinaloa las pastillas (32.0%) y el DIU (31.3%), y en Zacatecas el DIU (52.3%)³.

En este estudio, la Necesidad Insatisfecha de Métodos Anticonceptivos asciende al 24.6% entre las adolescentes ³.

Al momento del parto, 93.3% de las madres adolescentes fueron atendidas por un médico, 4.5% por una partera, 1.8% por una enfermera o auxiliar de salud y 0.4% tuvieron a sus hijos solas ³.

El reporte del Observatorio de Mortalidad Materna en México, menciona que 10% de las 992 muertes maternas ocurridas en 2010 fueron en mujeres entre 10-18 años de edad ⁶.

En 2012, ocurrieron 2.2 millones de nacimientos, de los cuales uno de cada 6 (16.4%) fueron de madres adolescentes de 15 a 19 años de edad ²⁸.

La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012, refiere que 28.7% de las adolescentes manifestó haber iniciado su vida sexual ³. Conforme a la misma encuesta, de los adolescentes de 12 a 19 años que han iniciado su vida sexual, 14.7% de los hombres y 33.4% de las mujeres no utilizaron ningún método anticonceptivo en su primera relación sexual. En esta misma encuesta, del total de las adolescentes (12 a 19 años) que tuvieron relaciones sexuales, la mitad (51.9%), había estado embarazada y 10.7% estaba cursando con un embarazo al momento de la entrevista ²⁸.

En el 2012 hubo 16 millones de nacimientos de hijos de madres adolescentes en el mundo. También se estimó que mundialmente se practicaban en adolescentes aproximadamente 3 millones de abortos no seguros, y que las tasas de mortalidad materna representaban 15% de todas las causas de muerte en mujeres menores de 20 años ²⁰.

De acuerdo con las Proyecciones de la Población de México 2010-2050, la tasa de fecundidad adolescente en 2013 se estimó en 66 nacimientos por cada mil adolescentes. Las entidades con las mayores tasas son Coahuila (86.3), Chihuahua (84.9), y Sonora (83), mientras que el Distrito Federal, Guanajuato y Querétaro presentan las menores tasas: 49.2, 56.9 y 57.3 nacimientos por cada mil adolescentes respectivamente ³.

En América Latina, Europa y Asia sólo 42-68% de las adolescentes que están casadas o en unión libre usan anticonceptivos. En África la tasa es de 3-49% ²⁶.

Se ha estimado que 3 millones de abortos inseguros ocurren globalmente cada año en niñas entre 15 a 19 años ²⁶.

MEDIDAS PREVENTIVAS

Para mantener una adecuada salud sexual y reproductiva en la adolescencia, se requiere el cumplimiento de las siguientes condiciones: Incrementar la edad a la que se tiene el primer hijo(a), aumentar el intervalo entre embarazos a por los menos 36 meses, adoptar un método moderno de planificación familiar, la prevención de enfermedades de transmisión sexual, incluido el VIH/SIDA, y la atención del embarazo y parto por personal de salud capacitado ²⁰.

El Consejo Nacional de Población (CONAPO) reconoce que aún existen desigualdades en el acceso real a anticonceptivos, especialmente para adolescentes, mujeres con bajos niveles de escolaridad y mujeres que viven en zonas rurales. ²⁴.

Durante la última década no se ha difundido ninguna campaña en medios de comunicación masivos para el programa de planificación familiar. La carencia de comunicación a través de estos medios puede ser el motivo por el cual los jóvenes no están conscientes, entre otros aspectos, de que tienen derecho a servicios de planificación familiar gratuitos en todos los establecimientos públicos de salud ²³.

La relación a largo plazo de los pediatras con sus pacientes y sus familiares les permitirá promover decisiones acerca de su sexualidad y esto incluye la abstinencia como el camino para evitar las consecuencias negativas asociadas a las conductas de riesgo. También pueden tener un papel activo alentando a sus pacientes a usar anticonceptivos y disminuir el riesgo de los embarazos no deseados ²⁹.

Las madres adolescentes tienen alto riesgo de embarazarse de nuevo, 20% tendrá un hijo de nuevo dentro de los 2 años siguientes. La inserción de un Dispositivo Intrauterino o implante en el postparto inmediato asegura realmente la anticoncepción en adolescentes cuando están muy motivadas para prevenir un embarazo, Los beneficios de un Dispositivo Intrauterino postparto son más que los riesgos. Aunque las recomendaciones varían dependiendo del tipo de consejería y tiempo de inserción postparto. A pesar de que el riesgo de expulsión es alto para la inserción inmediata comparada con la inserción postergada, si se presenta una barrera para la inserción posterior, debe ofrecerse la inserción inmediata ³⁰.

La Norma Oficial Mexicana para el embarazo saludable, parto y puerperio seguros, recién nacido sano, indica que durante el control prenatal, se brinde consejería para la toma de decisiones voluntarias conscientes e informadas a las gestantes acerca de la planificación familiar ³¹.

Se ha recomendado incluir al embarazo en adolescentes como un programa prioritario de Salud Reproductiva ya que debe prevenirse una secuencia de embarazos no deseados ¹⁵.

Un estudio de comportamiento sexual entre adolescentes mexicanos indica que se necesita mayor información de métodos anticonceptivos, sobre todo los adolescentes que tienen menor edad, menor escolaridad, los que viven en áreas rurales, con menor ingreso y los que no tienen acceso a servicio médicos ⁴.

En 2005, la Academia Americana de Pediatría centró la prevención del embarazo en adolescentes en la promoción de la abstinencia, la educación sexual, el uso de anticonceptivos y la culminación de estudios escolares ².

En nuestro país, la Secretaría de Salud cuenta con los “Servicios Amigables” para adolescentes y jóvenes que tienen como objetivo proporcionar atención integral y de calidad en materia de salud sexual y reproductiva para favorecer actitudes responsables en el ejercicio de su sexualidad ³.

Sería importante investigar razones de no uso de anticonceptivos y tratar de resolverlas, ofrecer el uso de algún método anticonceptivo y en caso de que el adolescente decida usarlo, informar detalladamente sobre el mismo; si se cuenta con el mismo entregarlo o aplicarlo, enfatizar la información sobre la anticoncepción de emergencia o alternativas en caso de que decida no usar algún método ⁴⁸.

La consejería sobre anticoncepción no debe limitarse únicamente al postparto inmediato ¹⁰.

ESTUDIOS DE POR QUÉ MOTIVOS LAS ADOLESCENTES NO USAN MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS:

Uno de los factores de riesgo individuales para un embarazo adolescente son las controversias entre su sistema de valores y el de sus padres: cuando en la familia hay una severa censura hacia las relaciones sexuales entre adolescentes, muchas veces los jóvenes las tienen por rebeldía, a la vez, como una forma de negarse a sí mismos que tiene relaciones no implementan medidas anticonceptivas ⁽¹⁹⁾.

Otro factor de riesgo individual es el no uso de métodos de planificación familiar asociado con: percepción de invulnerabilidad, escepticismo frente a la efectividad de los mismos, creencias infundadas acerca de sus efectos secundarios, creencia de que utilizar los métodos es un irrespeto con la otra persona y, deseo de complacer a la pareja ⁽¹⁹⁾.

En el estudio de Agudelo en Medellín, uno de cada dos jóvenes (50%) no utiliza métodos de anticoncepción en la primera relación sexual, por no considerar el riesgo de embarazo⁽¹⁹⁾.

Existen diferentes obstáculos para que los adolescentes utilicen métodos anticonceptivos, algunos de ellos son: Desconocimiento de fuentes de obtención de métodos anticonceptivos y de la información correcta de los mismos, uso erróneo de los métodos naturales más frecuentes como son: el ritmo y el retiro, temor o vergüenza a solicitar un método anticonceptivo en un punto de servicio por una posible desaprobación, sensación de invulnerabilidad ante un posible embarazo o un contagio de una ITS o VIH/Sida, espontaneidad como condición para la relación sexual sobre todo en los primeros encuentros⁽²¹⁾.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En nuestro país así como a nivel mundial, se han incrementado los embarazos en la población adolescente, lo que resulta alarmante ya que implica diferentes problemas a nivel social y de salud en este grupo de edad.

En diferentes encuestas realizadas en México, Latinoamérica y Estados Unidos se ha hecho énfasis en el uso de métodos anticonceptivos, las cuales reflejan que actualmente se tiene conocimiento acerca de los mismos a través de diferentes medios, sin embargo al investigar a fondo, no saben exactamente cómo se usan o hay una incongruencia entre su conocimiento y su uso porque generalmente a los 6 meses del inicio de su vida sexual ocurre el primer embarazo lo que conlleva a complicaciones materno-fetales y problemas de índole social como rechazo de los familiares y limitaciones para lograr la culminación de estudios y a largo plazo la adquisición de mejores empleos.

Actualmente en México, hay módulos de Salud Reproductiva enfocados a disipar dudas en los adolescentes y que se encargan de suministrar el método anticonceptivo sugerido o solicitado de manera gratuita a quien lo solicite, sin embargo sigue aumentando el número de embarazos entre la población de 12 a 19 años de edad, además, se ha descrito en la literatura que entre este grupo de edad la mayoría no usa métodos anticonceptivos en la primera relación y es frecuente que después del primer embarazo pasen 2 años para volver a embarazarse, por eso se considera de suma importancia investigar ¿cuál es el motivo de rechazo a un método anticonceptivo en las adolescentes durante el puerperio inmediato?

HIPÓTESIS

Las adolescentes en el puerperio inmediato no aceptan usar algún método anticonceptivo antes de su egreso hospitalario porque no tienen la información acerca de cuál es el método que pueden utilizar en ese momento.

JUSTIFICACIÓN

La maternidad adolescente por lo general ocurre fuera de una relación de pareja estable, y con mucha frecuencia resulta no deseada al no ser planeada, siendo mayor en los grupos de marginación social, con estrato socioeconómico bajo así como en áreas rurales, donde las tasas de embarazo en adolescentes llegan a duplicarse respecto a las urbanas. Se ha observado que la deserción escolar va de la mano con este fenómeno, truncando e interrumpiendo los deseos de escolarización y superación profesional en las madres adolescentes, lo que puede originar el síndrome de fracaso de la adolescente embarazada, que incluye el fracaso de la identidad propia, deserción escolar, fracaso para construir una familia estable y para llegar a sostenerse a sí misma, fracaso potencial en el logro de hijos sanos. Otras consecuencias son rechazo de los padres y del entorno social, embarazos sucesivos y vinculación con múltiples parejas ¹¹.

Se ha documentado que el 40% de las mujeres que se embarazan en la adolescencia no planean o no desean el embarazo en ese momento ¹⁰.

Las madres del 76% de estas adolescentes también fueron madres adolescentes; la reproducción del mismo esquema de una generación a otra plantea el problema de la prevención, muy lejos de ser perfecta ⁵.

La morbilidad en la gestación de la adolescente en la primera mitad destaca el aborto, la anemia, infecciones urinarias y la bacteriuria asintomática; en la segunda mitad los cuadros hipertensivos, las hemorragias asociadas con afecciones placentarias, la escasa ganancia de peso con malnutrición materna asociada, síntomas de parto prematuro y la ruptura prematura de las membranas ovulares ¹³.

Se ha recomendado incluir al embarazo adolescente como un programa prioritario de salud reproductiva ya que debe prevenirse la secuencia de embarazos no deseados ¹⁵. La consulta de consejería es un espacio idóneo para contrarrestar la falta de información asociada a la anticoncepción ²¹.

La tendencia habla de que los adolescentes generalmente tienen escasa información sobre el correcto uso de medidas anticonceptivas y sobre la fertilidad, aumentando así el riesgo de embarazo. Se ha observado que gran parte de la información es aportada por sus padres ¹².

Los medios masivos de comunicación influyen en las relaciones sexuales, si bien en ellos se incluyen temas de educación sexual, transmiten frecuentemente mensajes en los cuales las relaciones sexuales sin estar casados son comúnmente aceptadas y esperadas. Estos mensajes son recibidos y observados por niños y pueden influir en el inicio de la vida sexual a una edad más temprana ⁸.

El logro de mayor importancia en el campo de la salud sexual y reproductiva adolescente en México, ha sido probablemente la inclusión de contenidos de educación sexual en los planes de estudios de la escuela primaria y secundaria. Pero para que este avance se consolide es indispensable superar las limitaciones de los maestros al impartir estos temas; para ello, hay que acrecentar tanto su conocimiento del tema como su nivel de aceptación y naturalidad para tratarlo ²³.

La morbilidad en la gestación de la adolescente en la primera mitad destaca el aborto, la anemia, infecciones urinarias y la bacteriuria asintomática; en la segunda mitad los cuadros hipertensivos, las hemorragias asociadas con afecciones placentarias, la escasa ganancia de peso con malnutrición materna asociada, síntomas de parto prematuro y la ruptura prematura de las membranas ovulares ¹³.

OBJETIVOS

GENERAL:

Determinar el motivo por el cual las adolescentes no aceptan un método anticonceptivo durante el puerperio inmediato.

ESPECÍFICOS:

1. Conocer si las adolescentes tienen información de los métodos anticonceptivos que pueden usar en el puerperio inmediato.
2. Determinar la(s) causas principales por lo cual no aceptan algún método anticonceptivo
3. Detectar a qué edad se embarazan las adolescentes con mayor frecuencia.
4. Saber si en el control prenatal se les orienta acerca de la anticoncepción.
5. Registrar cuántos embarazos fueron no deseados.
6. Conocer cuántas de las adolescentes atendidas son multigestas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Lugar: Hospital General de Pachuca de los Servicios de Salud.

Diseño del estudio: Descriptivo, transversal, analítico, observacional.

Ubicación espacial: Primer piso del Hospital General de Pachuca.

Ubicación Temporal: Del 1 de abril al 30 de septiembre del 2014.

Población: Todas las adolescentes que se encontraron en puerperio inmediato y que no habían querido utilizar un método anticonceptivo posterior a la resolución de su embarazo.

Selección de la población de estudio

Criterios de inclusión: Adolescentes que se encuentren en puerperio inmediato posparto, postaborto (legrado o aspiración manual endouterina) o postcesárea atendidas en el Hospital General de Pachuca y que no hayan aceptado un método anticonceptivo después de la resolución de su embarazo que acepten participar voluntariamente en el estudio.

Criterios de exclusión: Adolescentes en puerperio inmediato que hayan solicitado o aceptado algún método anticonceptivo o aquellas que estén en condiciones graves (estado de coma), adolescentes que no quieran participar en el estudio o cuyos padres nieguen el consentimiento informado para participar en el estudio.

Criterios de eliminación: Pacientes quienes deseen retirarse del estudio o cuestionarios incompletos.

Determinación del tamaño de la muestra en estudio

¿A cuantas pacientes tendríamos que estudiar para conocer los factores por los cuales las adolescentes en el puerperio inmediato del Hospital General de la SSH Pachuca, no utilizan métodos anticonceptivos?

Con una seguridad = 95%; con una precisión = 3%; con una proporción próxima al 50% de las pacientes que no aceptan los métodos anticonceptivos ($p = 0.5$), y sugiriendo una pérdida del 10%, el tamaño de la muestra calculada fue de un total de **118** pacientes.

Muestreo

Se realizó un muestreo accidental o también llamado consecutivo. En este caso la selección de las pacientes se realizó en función de su presencia o no en el Servicio de Ginecología y Obstetricia y que cumpliera los criterios de inclusión y que aceptó participar voluntariamente en el estudio.

En cada ocasión, se acudió al servicio mencionado y el personal que labora en el servicio nos indicó cuales eran las pacientes que no habían aceptado un método anticonceptivo y se checó que cumplieran con los criterios de inclusión. Si cumplía con los criterios, se le invitó a participar en el estudio, y se solicitó que firmara la carta de consentimiento informado.

Descripción General de la Metodología del Estudio

Este estudio consistió en aplicar, previa obtención del consentimiento informado, una encuesta (anexo 1) a todas las pacientes adolescentes de entre 12 a 19 años de edad, que se encontraban en el puerperio inmediato postparto, postaborto (legrado uterino instrumentado, aspiración manual endouterina) o postcesárea; y que habían ingresado al piso correspondiente del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital General de Pachuca y que no habían aceptado la utilización de un método anticonceptivo.

Análisis de la Información

Se realizó un diseño de la base electrónica para captura de datos, se realizó un recuento de los datos para cada variable, se realizó la clasificación de los datos en categorías y/o rangos, se calcularon medidas de tendencia central, medidas de dispersión, frecuencias absolutas y los porcentajes. Los resultados se presentan en tablas y figuras. Se utilizó el software Excel.

Instrumento de Recolección de Información

Se diseñó un cuestionario con preguntas estructuradas para facilitar el registro de la información y no interfieran con la atención de la paciente. El cuestionario incluyó datos generales y los específicos de la investigación.

Aspectos Éticos

El estudio se realizó de acuerdo a lo estipulado en el Reglamento De La Ley General De Salud En Materia De Investigación Para La Salud y en la Declaración de Helsinki. Para efectos del reglamento mencionado, la presente investigación se clasificó como un estudio de riesgo mínimo.

RECURSOS HUMANOS, FÍSICOS Y FINANCIEROS

Recursos humanos:

Asesor universitario: Dr. Mario I. Ortiz Ramírez.

Asesor clínico: Dr. Guillermo Barragán Ramírez, Jefe del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital General de Pachuca.

Pacientes adolescentes en puerperio inmediato.

Recursos físicos y materiales:

El primer piso del Hospital General de Pachuca de la Secretaría de Salud, documentación bibliográfica, equipo de cómputo, impresora,

Recursos financieros: A cargo de la investigadora.

DEFINICIÓN OPERACIONAL DE VARIABLES

VARIABLE	TIPO	ESCALA DE MEDICIÓN	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL
Edad	Independiente	Cuantitativa	Tiempo transcurrido desde el nacimiento de un individuo.	Tiempo en años que una persona ha vivido desde que nació.
Estado civil	Independiente	Cualitativa Categoría	Situación legal de unión entre dos sujetos.	Relación legal que tiene el entrevistado con su pareja.
Escolaridad	Independiente	Cuantitativa Ordinal	Tiempo durante el cual un alumno asiste a la escuela o cualquier centro de enseñanza.	Años de escuela que tiene cursados a término
Control prenatal	Independiente	Cualitativa	Es el seguimiento periódico de la mujer embarazada, dirigida a la prevención, detección y control de factores de riesgo obstétrico	Consultas a las que acudió durante su embarazo
Número de embarazos	Dependiente	Cuantitativa Continua	Número de veces que ha estado embarazada una mujer.	Es el número de veces que ha estado embarazada
Métodos anticonceptivos	Independiente	Cualitativa	Son objetos, sustancias y procedimientos que se utilizan de manera voluntaria para regular la capacidad reproductiva de una persona o una pareja con el fin de evitar un embarazo no planeado	Procedimientos que realizó con el fin de evitar un embarazo.
Embarazo no deseado	Dependiente	Cualitativa	Es aquel embarazo que la paciente no quería tener en ese momento de su vida	No deseaba embarazarse en este momento de su vida
Ocupación	Independiente	Cualitativa Categoría	Situación que ubica a la persona de acuerdo a sus actividades.	Actividad laboral

Rechazo a un método anticonceptivo	Dependiente	Cualitativa	No aceptación para usar algún método de control de la fertilidad	Negación para adquirir un método anticonceptivo
Adolescencia	Independiente	Cualitativa	Periodo en el que el individuo adquiere la capacidad reproductiva	Período de la vida que comprende de los 10 a los 20 años de edad
Puerperio inmediato	Independiente	Cualitativa	Período que comprende las primeras 24 horas después de concluir el embarazo	Primeras 24 horas después de la resolución del embarazo

RESULTADOS

De las 118 pacientes entrevistadas, 33 tenían 17 años de edad (27.96%), 29 tenían 19 años (24.57%), 26 de ellas tenían 18 años (22.03%), 21 tenían 16 años (17.79%), solo 5 tuvieron 15 años (4.2%), 3 de 14 años (2.5%) y una sola de 13 años (0.84%). El promedio \pm DEM de la edad fue de 17.3 ± 1.3 años, con una edad mínima de 13 años y una edad máxima de 19 años.

En la Figura 1 se presentan los grados de escolaridad de las pacientes. Se observa que el porcentaje más alto lo presentó el nivel secundaria.

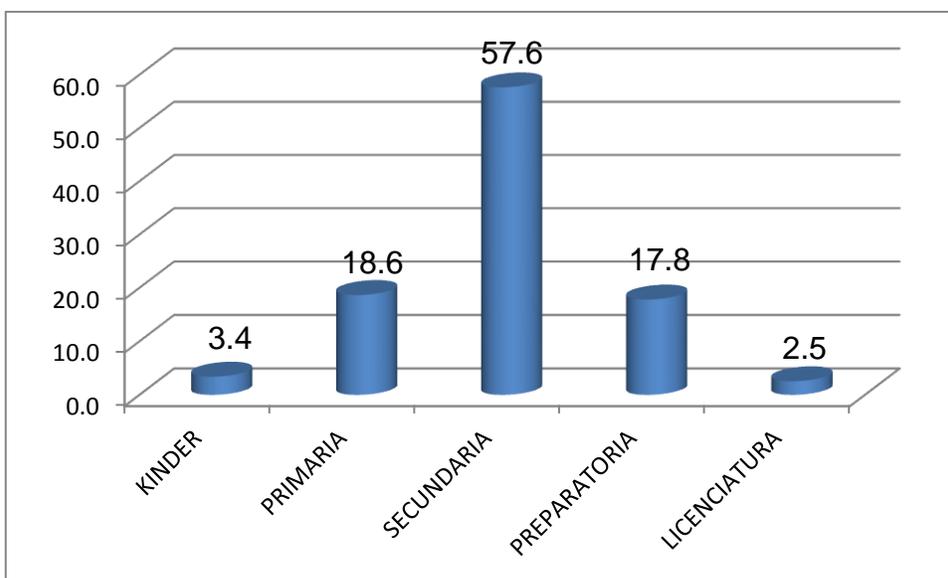


Figura 1. Grado escolar de las pacientes expresado en porcentaje del total de pacientes

La ocupación en 110 de las pacientes (93.22%) fue ama de casa, mientras que 7 pacientes se dedicaban a estudiar (5.93%) y solo una es empleada (0.84%).

En cuanto al estado civil, 72 pacientes viven en unión libre (61.0%), 27 son solteras (22.9%) y 19 son casadas (16.1%).

En la tabla 1 se muestran los resultados obtenidos en cuando a los números de embarazos de las pacientes y su resolución.

Tabla 1. Frecuencias y porcentajes de los números de embarazos de las pacientes y su resolución.

	Cero n (%)	Uno n (%)	Dos n (%)	Tres n (%)
Gestaciones	0 (0.0)	91 (77.1)	23 (19.5)	4 (3.4)
Partos	63 (53.4)	48 (40.7)	7 (5.9)	0 (0.0)
Cesáreas	55 (46.6)	60 (50.8)	3 (2.5)	0 (0.0)
Abortos	98 (83.1)	19 (16.1)	1 (0.8)	0 (0.0)
Legrados	97 (82.2)	19 (16.1)	1 (0.8)	0 (0.0)

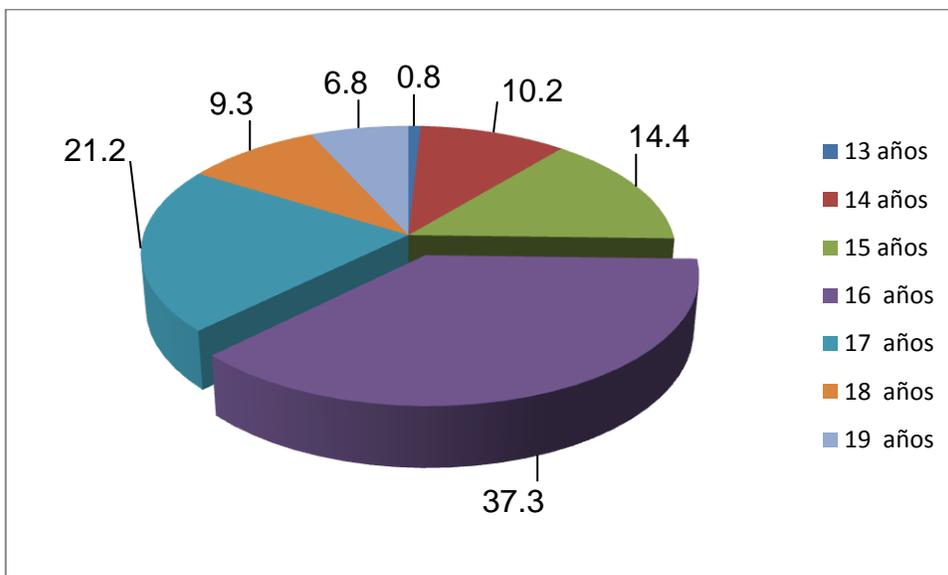


Figura 2. Porcentajes de las pacientes de acuerdo a la edad en años en la que tuvieron su primer embarazo.

En la figura 2 se representan las frecuencias representadas en porcentajes de las edades del primer embarazo de las pacientes. Se observa que el mayor porcentaje de pacientes tuvo su primer embarazo a los 16 años.

Utilización de Métodos anticonceptivos y control prenatal

En este rubro, 70 de las pacientes negaron haber usado algún método anticonceptivo (59.3%) y solo 48 de ellas habían usado anticonceptivos (40.7%). Entre los métodos más usados, se encuentra en primer lugar el preservativo, seguido por DIU (Ver Figura 3). Cinco de las 48 pacientes mencionaron haber usado más de uno en diferentes momentos de su vida.

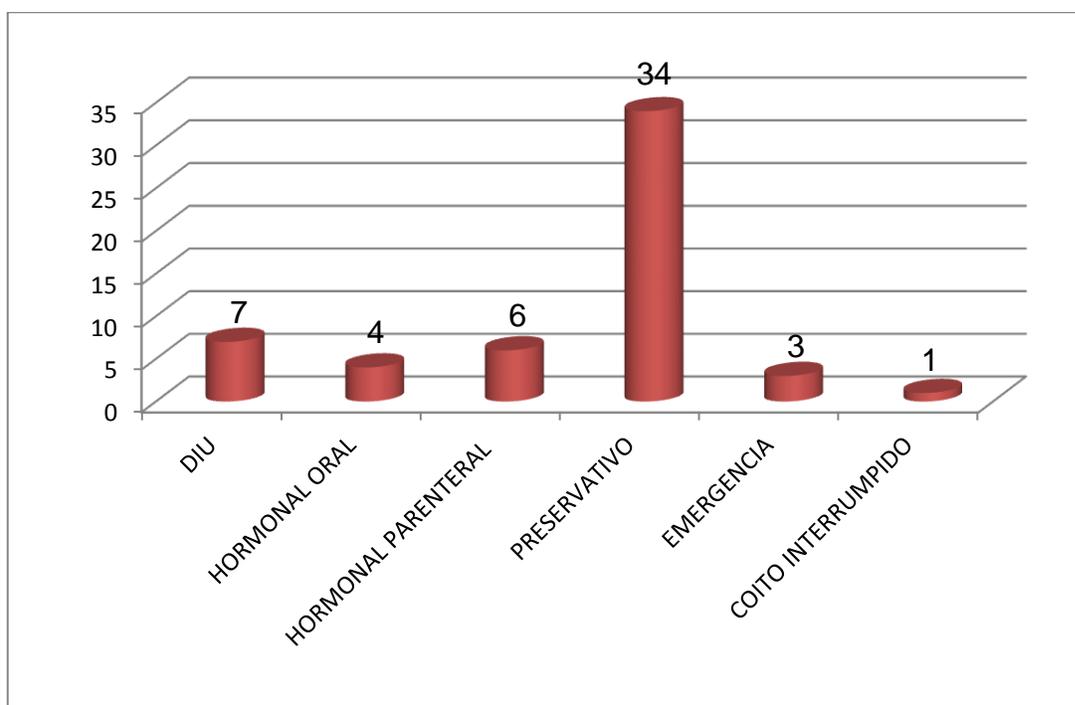


Figura 3. Métodos anticonceptivos utilizados por las pacientes representados en frecuencias absolutas de 48 pacientes.

Las pacientes que usaron método anticonceptivo con anterioridad, la mayor frecuencia que se puede observar en la figura 4 perteneció a la orientación ofrecida en la escuela y por el personal de salud.

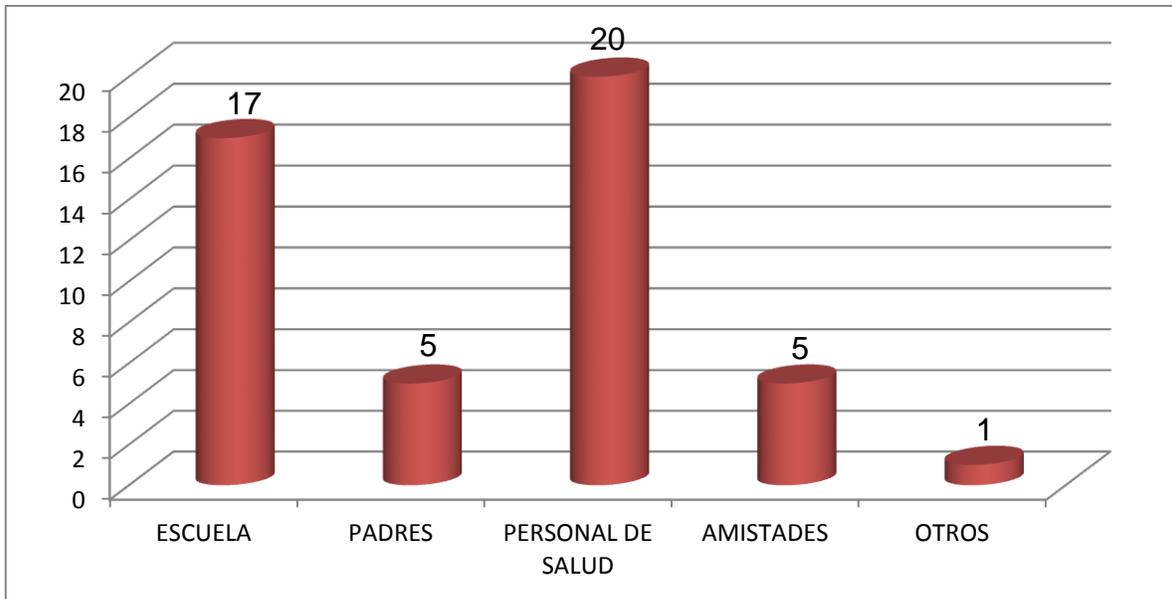


Figura 4. Fuente de orientación sobre métodos anticonceptivos que recibieron las pacientes. Los datos son presentados como frecuencias absolutas

En lo referente al control prenatal, solo 11 (9.3%) de ellas no acudieron y 107 fueron a consulta (90.7%). De estas últimas, el 90.7% (n=97) acudió a un Centro de Salud, el 4.7% (n=5) acudió a un Centro Hospitalario, un 1.9% (n=2) acudió a un servicio médico privado y el 2.8% (n=3) acudieron a un centro de salud y a un centro hospitalario.

De las pacientes que acudieron a control prenatal, el mayor porcentaje de mujeres acudió o inició su control en el primer trimestre (Ver figura 5). En este sentido, el 54.2% (n= 58) llevó adecuado control prenatal con más de 5 consultas, y el 45.8% (n= 49) acudió a 5 ó menos consultas.

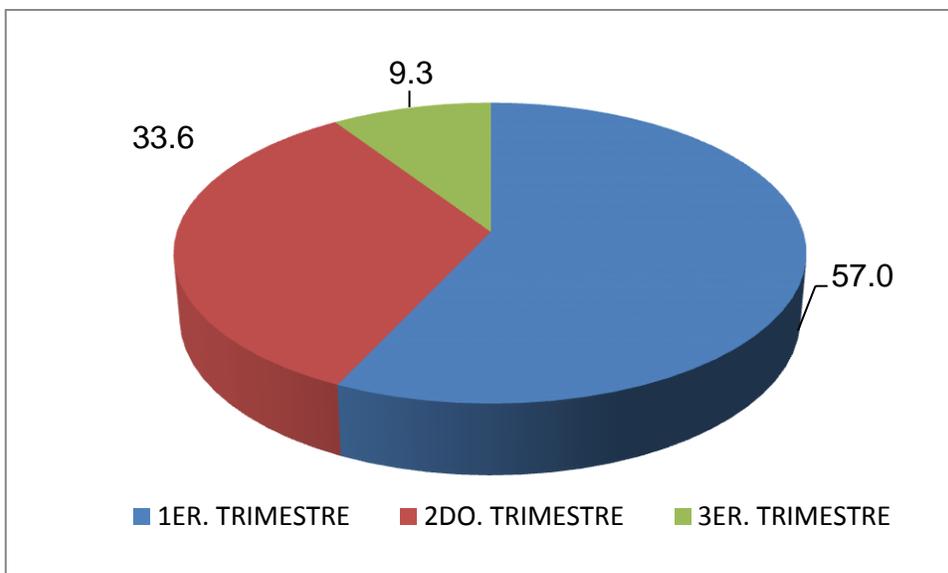


Figura 5. Porcentajes de pacientes que iniciaron control prenatal en diferentes trimestres de su embarazo.

Orientación sobre métodos anticonceptivos en el puerperio inmediato

Solo al 65.3% (n = 77) de las pacientes les orientaron en el servicio de control prenatal acerca de los métodos anticonceptivos que podía usar en el puerperio inmediato. De las cuales, la mayoría recibió información desde el segundo trimestre de su embarazo (Ver figura 6).

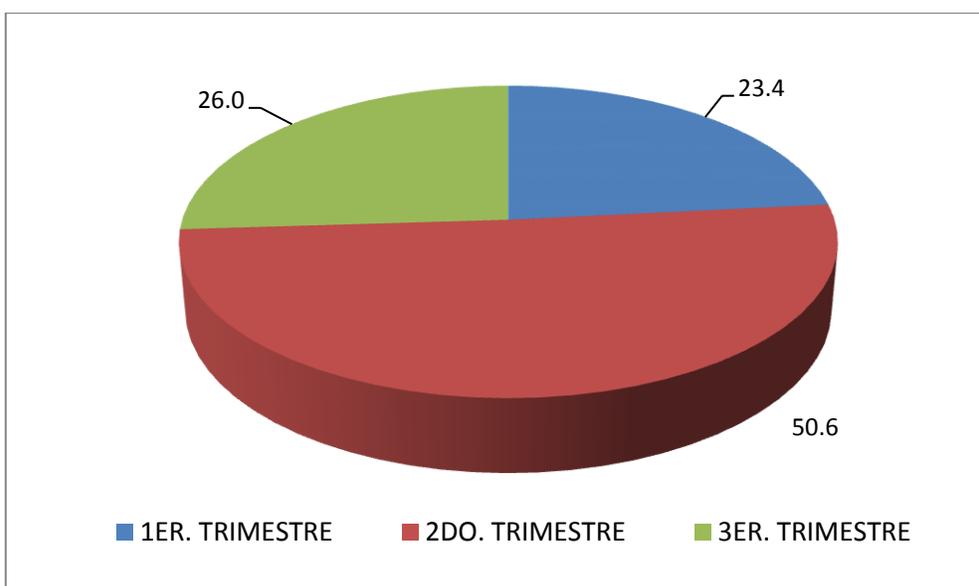


Figura 6. Porcentajes de pacientes que tuvieron información sobre métodos anticonceptivos en diferentes trimestres de su embarazo.

De las 118 pacientes y a pesar de que 77 de ellas (65.3%) dijeron haber recibido información acerca de los métodos anticonceptivos, solo 45 (38.1%) dijeron saber el método que podían usar en ese momento (puerperio inmediato) y sus efectos, mientras que 73 (61.9%) dijeron ignorarlo.

Sólo el 82.2% de las pacientes (n = 97) dijo que durante su estancia en el Hospital General de Pachuca habían sido invitadas a usar algún método anticonceptivo. El 70.3% (83 pacientes) dijo no haber deseado el embarazo.

Dentro de las causas que refirieron para no aceptar un método anticonceptivo, las tres más comunes fueron: que desconocen el método que pueden usar, argumentaron que su pareja usaría algún método, y que en ese momento no tienen pareja (ver tabla 2).

Tabla 2. Causas por las cuales las pacientes no aceptaron utilizar anticonceptivo en el puerperio inmediato.

Causa	n	%
Desconoce el método que puede usar ahora	18	15.3
Su pareja va a usar método anticonceptivo	16	13.6
No tiene pareja	12	10.2
No piensa tener relaciones sexuales pronto	11	9.3
No desea los efectos adversos de los métodos	11	9.3
Desea hormonales después	10	8.5
Quiere hablarlo con su pareja	6	5.1
Piensa que el DIU no es efectivo	5	4.2
Prefiere ir a su centro de salud	5	4.2
Desconoce los efectos sobre su salud	5	4.2
Tiene miedo de perder su fertilidad	4	3.4
No sabe cual método es más seguro	3	2.5
Su pareja se opone	2	1.7
No son 100% efectivos	2	1.7
No quiere sustancias u objetos extraños en su cuerpo	2	1.7
No quiere presentar más dolor en este momento	2	1.7
Es pronto para usar un método	1	0.8
Usará métodos naturales	1	0.8
No tiene recursos económicos para las revisiones	1	0.8
Desconoce que puede solicitar un método si no se le ofreció	1	0.8
Total	118	100

DISCUSIÓN

En la actualidad, el embarazo en adolescentes representa un problema de Salud Pública por el creciente número de casos, lo que implica una mayor precocidad del inicio de la actividad sexual, coincidiendo algunos artículos que indican que dos años después de la menarca se ha tenido la primera relación sexual, la cual casi siempre se realiza sin protección, llevando consigo un alto riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual así como de embarazos no deseados mismos que ocurren generalmente a los 6 meses de iniciar la vida sexual activa. El 37.3% de las adolescentes de este estudio se embarazó por primera vez a los 16 años. La mayoría de estas adolescentes entrevistadas, fueron primigestas que nunca han usado algún método anticonceptivo. De acuerdo con la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2009, de las adolescentes que ya habían experimentado su primera relación sexual, el 38.5% de ellas declaró haber utilizado algún método anticonceptivo³.

Ramos Gutiérrez en su estudio embarazo en adolescentes como factor de riesgo para maltrato fetal observó que entre las adolescentes la principal forma de maltrato es la falta de control prenatal por falta de recursos económicos, desinterés del compañero, embarazo no deseado y por ser víctimas de maltrato físico durante la gestación¹⁸. Llama la atención que a diferencia de lo encontrado en otros artículos, las pacientes de este estudio llevaron adecuado control prenatal, sin embargo, hay mucha discrepancia entre la información que recibieron de los métodos anticonceptivos y el conocimiento real que tienen de los mismos, ya que un gran porcentaje de pacientes aceptaron haber recibido información pero al momento de tomar la decisión sobre su uso, decían no tener la información suficiente ya sea del método, de sus efectos o su efectividad, lo cual concuerda con muchas de las publicaciones. En el estudio realizado por Bastarrachea en Mérida, Yucatán³² acerca de la calidad del control prenatal en adolescentes, se refiere que la información recibida sobre el uso de métodos anticonceptivos, no queda muy clara. Sobre este mismo aspecto, en el estudio cubano de Ávila y cols. Las adolescentes encuestadas dijeron que la información fue clara, sin embargo si esta fuera recibida a tiempo les facilitarían la elección de un método en un futuro.

Otro aspecto a destacar es que aunque las pacientes estén acudiendo a control desde el primer trimestre, no a todas se les habla de los métodos hasta la segunda mitad del embarazo, lo que reduce el tiempo para decidir o aclarar sus dudas. Así mismo, se detectó la falta de conocimiento de algunas pacientes acerca de que el método y la revisión posterior por su uso son gratuitos y tienen derecho a solicitarlo aunque no se los hayan ofrecido.

En cuanto a nuestro estudio, la mayor parte de las pacientes refirieron que les fue ofrecido algún método en el Hospital, pero sería importante determinar en qué momento se les va a invitar a su uso, porque una causa común de rechazo al método es que no tuvieron tiempo para hablarlo con su pareja o que después del parto ya no querían presentar más dolor. Si se les otorga mayor tiempo para pensarlo mejoraría el resultado, aunque con esto se demuestra una vez más la deficiente información en el control prenatal.

Algunos autores con los cuales coincidimos en este estudio, es que las adolescentes que ya han usado algún método anticonceptivo han preferido el preservativo, en este caso en particular, ha sido recomendado por el personal de salud, en la escuela (académicamente por los maestros) o incluso por sus propios padres a diferencia de otros autores que refieren que son las amistades quienes orientan a estas adolescentes. En el estudio de información sobre anticoncepción y métodos anticonceptivos en adolescentes en Cuba, los autores coinciden en que las familias actuales brindan información sobre los anticonceptivos, sin embargo destacan que los amigos siguen siendo un referente importante para este tema³². Así mismo Nolazco y cols. en su artículo de morbilidad materna en gestantes adolescentes, dice que gran parte de la “educación sexual” que los adolescentes reciben viene a través de filtros desinformados o compañeros sin formar⁸.

Por todo lo que implica un embarazo adolescente, la Academia Americana de Pediatría en el año 2005 centró la prevención del embarazo en adolescentes en la promoción de la abstinencia, la educación sexual, el uso de anticonceptivos y la culminación de estudios². Respecto a este último punto todos los estudios han encontrado que la escolaridad predominante a la que han llegado las adolescentes embarazadas es la secundaria y que se dedican al hogar, esto tiene implicación social ya que conlleva a que sus expectativas profesionales queden trucas y aunado a su inmadurez emocional las lleva a relaciones afectivas inestables en donde ellas se convertirán en muchos casos en cabeza de familia o criarán a sus hijos en familias disfuncionales. Respecto a la escolaridad, Lira Plascencia en su Análisis de los resultados perinatales de los primeros 5 años del funcionamiento de una clínica de atención para adolescentes embarazadas menciona que el 83.4% de las adolescentes embarazadas se ocupa del hogar y abandona la posibilidad de prepararse académicamente y de tener mejor capacidad económica en el futuro¹⁴.

En el estudio embarazo no deseado en adolescentes y utilización de métodos anticonceptivos posparto, más de una quinta parte de las adolescentes manifestó, en el posparto, no haber deseado un embarazo¹⁷, en nuestra población estudiada el 70.3% dijo en el puerperio inmediato no haber deseado el embarazo.

CONCLUSIÓN

A pesar de que en la actualidad hay diferentes medios para obtener información y tener acceso gratuito a los métodos anticonceptivos, la mayoría de los adolescentes no los usan antes ni después de un embarazo lo que refleja que están ejerciendo su sexualidad de una manera irresponsable, producto de la inmadurez propia de su edad, así como la falta de información, por ello es importante implementar estrategias de salud reproductiva que impacten de una manera más dinámica a este grupo de la población.

Es importante que una vez que la adolescente se encuentre embarazada, acuda oportuna y constantemente a control prenatal y que el personal médico no solo se enfoque al embarazo actual sino a la planeación del próximo con orientación adecuada desde el primer contacto.

RECOMENDACIONES

El embarazo en adolescentes al ser considerado de alto riesgo, tendría que tratarse desde el inicio del control prenatal en medio hospitalario, y a su vez los Hospitales deberían de contar con un área especializada de Atención Integral que se encargue de vigilar el embarazo, proporcionar ayuda psicológica así como orientación precisa y precoz sobre métodos anticonceptivos.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Sámano R, Bukrinski-Corenstein J, Mar-Carranza P. Control prenatal y zinc sérico: su repercusión en el recién nacido de madres adolescentes. *Perinatología y Reproducción Humana* 2013; 27 (1):8-14.
- 2.- Baena Rivero A, Alba A, Jaramillo MC. Complicaciones clínicas del embarazo en adolescentes: una investigación documental. *Atención familiar* 2012; 19(4):82-85.
- 3.- Secretaría de Gobernación y Consejo Nacional de Población. 26 de septiembre, Día Mundial para la Prevención del embarazo no planificado en adolescentes. Septiembre de 2013.
- 4.- González-Garza C, Rojas-Martínez R, Hernández Serrato MI. Perfil del comportamiento sexual en adolescentes mexicanos de 12 a 19 años de edad. Resultados de la ENSA 2000. *Salud Pública de México* 2005; 47(5):209-218.
- 5.- Panduro Barón JG, Jiménez Castellanos PM, Pérez Molina JJ. Embarazo en adolescentes y sus repercusiones materno perinatales. *Ginecología y Obstetricia de México* 2012; 80(11):694-704.
- 6.- Díaz Franco EC, Plascencia J, Watty Martínez A. La adolescente embarazada: información, creencias y actitudes hacia la sexualidad. *Ginecología y obstetricia de México* 2013; 81(12):693-699.
- 7.- Secretaría de Salud. Programa de acción: Salud Reproductiva 2001, pp1-54.
- 8.- Nolzco ML, Rodríguez LY. Morbilidad materna en gestantes adolescentes. *Revista de posgrado de la VIa Cátedra de Medicina* 2006; 156:13-18.
- 9.- Gayet C, Juárez F, Pedrosa LA. Uso del condón entre adolescentes mexicanos para la prevención de las infecciones de transmisión sexual. *Salud Pública de México* 2003; 5(45):s632-s640.
- 10.- Campero Cuenca L, Atienzo EE, Suárez López L. Salud sexual y reproductiva de los adolescentes en México: evidencias y propuestas. *Gaceta Médica de México* 2013; 149:299-307.
- 11.- Rosales-Silva JG, Irigoyen-Coria A. Embarazo en adolescentes: problema de salud pública y prioridad para el médico familiar. *Atención familiar* 2013; 20(4):101-102.

- 12.- León P, Minassian M, Borgoño R. Embarazo adolescente. Revista pediátrica electrónica 2008; 5(1):B42-51.
- 13.- Vallejo Barón J. Embarazo en adolescentes: complicaciones. Revista médica de Costa Rica y Centroamérica 2013; LXX(605):65-69.
- 14.- Lira-Plascencia J, Oviedo Cruz H, Simón Pereira LA. Análisis de los resultados perinatales de los primeros cinco años del funcionamiento de una clínica de atención para adolescentes embarazadas. Ginecología y Obstetricia de México 2006; 74:241-246.
- 15.- Zamora-Lares AN, Panduro Barón JG, Pérez Molina JJ. Embarazo en adolescentes y sus complicaciones materno- perinatales. Revista médica MD 2013; 4(4):234-238.
- 16.- Díaz Sánchez V. El embarazo de las adolescentes en México. Gaceta Médica de México 2003; 139(1):s23-s28.
- 17.- Núñez Urquiza RM, Hernández-Prado B, García Barrios C. Embarazo no deseado en adolescentes, y utilización de métodos anticonceptivos postparto. Salud Pública de México 2003; 45(1):s92-s102.
- 18.- Ramos Gutiérrez RY, Barriga Marín JA, Pérez Molina J. Embarazo en adolescentes como factor de riesgo para maltrato fetal. Ginecología y Obstetricia de México 2009; 77(7):311-316.
- 19.- Rodríguez-Gázquez MA. Factores de riesgo para embarazo adolescente. Red de revistas científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal 2008; 27(1):47-58.
- 20.- Mancilla Ramírez J. Embarazo en adolescentes: Vidas en riesgo. Perinatología y Reproducción Humana 2012; 26(1):5-7.
- 21.- Aguilar J, Mayén B. Informe sobre el comportamiento reproductivo de los adolescentes y jóvenes del área Metropolitana de la ciudad de México 1998; dgesp.sep.gob.mx:335-344.
- 22.-Mc Mahon S, Hansen L, Mann J. Contraception. BMC Women's Health 2004;4(1):1-7.
- 23.-Juárez F, Palma JL, Singh Susheela. Las necesidades de salud sexual y reproductiva de los adolescentes en México: retos y oportunidades. GuttmacherInstitute 2010: 3-35.

- 24.- Informe sobre la situación de los derechos reproductivos de niñas, adolescentes y mujeres en México. Resumen ejecutivo. CEDAW 52º período de sesiones. Nueva York, 2012; pp: 1-25.
- 25.- Ortiz-Ortega A, García de la Torre G, Galván F. Abortion, contraceptive use and adolescent pregnancy among first-year medical students at a major public university in Mexico City. *Revista Panamericana de Salud Pública* 2003; 14(2):125-130.
- 26.- World Health Organization Factsheet No. 364. Adolescent pregnancy. Mayo 2012.
- 27.- Villanueva LA, Campos R, Pérez Fajardo MM. Conocimiento y prácticas anticonceptivas en adolescentes embarazadas. *Ginecología y Obstetricia de México* 2001; 69(6):239-241.
- 28.- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Estadísticas a propósito del Día Internacional de la Juventud. Agosto 2013.
- 29.- Committee on adolescents. Contraception and adolescents. *Pediatrics official Journal of the American Academy of Pediatrics* 2007; 120:1-7.
- 30.- Committee on adolescent Health Care Long-Active Reversible Contraception Working Group. Adolescents and Long Acting Reversible Contraception: Implants and Intrauterine Devices 2012; 539:1-7.
- 31.- Secretaría de Salud. Manual de atención Embarazo Saludable, Parto y Puerperio Seguros. Recién nacido Sano 2001:1-57.
- 32.- Satisfacción de las adolescentes embarazadas con la atención prenatal mediante la aplicación de un modelo educativo integral en el Hospital General O Horán, SSY. *Boletín Clínico del Hospital Infantil del Estado de Sonora* 2013; 30(1):24-32.
- 33.- Fernández García B, Mariño Membribes ER, Ávalos González MM, Baró Jiménez VG. Información sobre anticoncepción y métodos anticonceptivos en adolescentes del municipio "La Lisa". *Revista Cubana de Medicina General* 2013; 29(1).

GLOSARIO DE TÉRMINOS

Adolescencia: Es el período en el que el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita por los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida dependencia socioeconómica.

Salud reproductiva: Es la capacidad de los individuos y de las parejas de disfrutar de una vida sexual y reproductiva satisfactoria, saludable y sin riesgo, en la absoluta libertad de decidir de manera responsable y bien informada sobre el número y espaciamiento de los hijos.

Métodos anticonceptivos: Son objetos, sustancias y procedimientos que se utilizan de manera voluntaria para regular la capacidad reproductiva de una persona o una pareja con la finalidad de evitar un embarazo no planeado.

Embarazo de alto riesgo: Aquel en el que se tiene la certeza o la probabilidad de estados patológicos o condiciones anormales concomitantes con la gestación y el parto, que aumentan los peligros para la salud de la madre o del producto, o bien, cuando la madre procede de un medio socioeconómico precario.

Control prenatal: Es el conjunto de acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que puedan condicionar morbilidad materna y perinatal.

Maltrato fetal: Cualquier acto que de manera intencional o negligente puede lesionar al embrión o feto.

ANEXOS

ANEXO 1 CUESTIONARIO

1.-NOMBRE (INICIALES): _____

2.-EDAD: _____ AÑOS.

3.-ÚLTIMO GRADO DE ESTUDIOS CONCLUÍDO: _____

4.-OCUPACIÓN: _____

5.-ESTADO CIVIL: SOLTERA () CASADA () UNIÓN LIBRE ()

DIVORCIADA () VIUDA ()

6.- G:_____ P: _____ A: _____ L: _____ C: _____ EDAD DEL PRIMER EMBARAZO _____

7.- ¿HA USADO ALGÚN MÉTODO ANTICONCEPTIVO? SI _____ NO _____

8.- ¿CUAL? DIU ___ HORMONAL ORAL ___ HORMONAL PARENTERAL ___

PRESERVATIVO ___ MÉTODO DE EMERGENCIA ___

COITO INTERRUMPIDO ___ ABSTINENCIA PERIÓDICA ___

9.- ¿DÓNDE OBTUVO INFORMACIÓN O QUIÉN LE ORIENTÓ ACERCA DE COMO USAR ESE MÉTODO ANTICONCEPTIVO?

EN LA ESCUELA _____

EN EL HOGAR (PADRES) _____

PERSONAL DE SALUD _____

AMISTADES _____

PAREJA _____

OTROS _____ (ESPECIFIQUE) _____

10.- ¿ACUDIÓ A CONTROL PRENATAL? SI _____ NO _____

11.- ¿DÓNDE? CENTRO DE SALUD _____ PARTICULAR _____

HOSPITAL _____

12.- ¿DESDE QUE MES? _____

13.- ¿A CUÁNTAS CONSULTAS ACUDIÓ? _____

14.- ¿LE ORIENTARON ACERCA DE LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS QUE PUEDE USAR INMEDIATAMENTE DESPUÉS DE LA RESOLUCIÓN DE SU EMBARAZO?

SI ____ NO ____

14.- ¿DESDE QUE MES DEL EMBARAZO? _____

15.- ¿SABE EL TIPO DE ANTICONCEPTIVO QUE PUEDE USAR EN ESTE MOMENTO Y SUS EFECTOS?

SI ____ NO ____

16.- DURANTE SU ESTADIA ACTUAL EN ESTE HOSPITAL, ¿SE LE HA INVITADO A USAR ALGÚN MÉTODO ANTICONCEPTIVO?

SI ____ NO ____

17.- MOTIVO POR EL CUAL NO ACEPTA USAR UN ANTICONCEPTIVO ANTES DE SALIR DEL HOSPITAL:

DESCONOCE EL MÉTODO QUE PUEDE USAR AHORA _____

SUS PADRES SE OPONEN _____

NO TIENE PAREJA _____

NO PIENSA TENER RELACIONES SEXUALES PRONTO _____

SU PAREJA VA A USAR MÉTODO ANTICONCEPTIVO _____

OTRO (ESPECIFIQUE) _____

18.- ¿DESEABA EMBARAZARSE EN ESTE MOMENTO DE SU VIDA?

SI ____ NO ____

ANEXO 2 CONSENTIMIENTO INFORMADO

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN MÉDICA

Se le ha preguntado si quiere participar en este estudio de investigación. Su decisión es libre y voluntaria. Si no desea ingresar al estudio, su negativa no le causará consecuencia alguna. La siguiente información le describe el estudio y la forma en que participará como voluntaria. Tome el tiempo necesario para hacer preguntas como requiera acerca del estudio, el médico responsable del estudio o el personal encargado le podrán contestar. Por favor lea cuidadosamente este documento:

TÍTULO DEL PROTOCOLO:

“Motivo de rechazo a un método anticonceptivo en las adolescentes en el puerperio inmediato”.

Sitio de investigación: Hospital General de Pachuca.

INVESTIGADOR PRINCIPAL:

Dra. María Guadalupe Torres Paredes.

CO-INVESTIGADORES DE ESTUDIO:

Dr. Guillermo Barragán Ramírez, Dr. Mario I. Ortiz Ramírez.

OBJETIVO: Determinar por qué las pacientes adolescentes que acaban de terminar su embarazo no aceptan un método de planificación familiar.

JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO:

El embarazo en las adolescentes es muy frecuente sobre todo en los últimos años, es un riesgo de enfermedad de la madre, el feto y del recién nacido por diversos factores como la inmadurez física y emocional de la madre. También es frecuente que no cuenten con una pareja estable, que interrumpan su proyecto de vida en el aspecto educativo y que sufran rechazo de su familia. Además después del primer embarazo, sobreviene una secuencia de embarazos no deseados corto plazo.

PROPÓSITO DEL ESTUDIO:

Saber el motivo por el cual la paciente adolescente que terminó su embarazo no acepta un método anticonceptivo.

NÚMERO DE PARTICIPANTES: 100 pacientes.

RESPONSABILIDADES DEL VOLUNTARIO:

- 1.- Tener disponibilidad para participar en el estudio.
- 2.- Contestar con la verdad toda la información que se solicita

PROCEDIMIENTOS:

El médico le hará una serie de preguntas de una encuesta, la cual será confidencial, ya que las respuestas que usted nos proporcione así como su identidad serán protegidas. Lo único que tiene que hacer es contestar con la verdad.

DURACIÓN DEL ESTUDIO

15 minutos aproximadamente

RIESGOS:

Ninguno, debido al hecho de que el llenado de los cuestionarios no interfiere en el tratamiento de las pacientes adolescentes que acaban de terminar el embarazo.

BENEFICIOS:

Prevenir un segundo embarazo en las adolescentes, para disminuir los riesgos de enfermedades materna y de los recién nacidos.

CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACION

1. El Hospital General de Pachuca guardará con estricta confidencialidad la información médica obtenida en este estudio, incluyendo los datos personales y de los voluntarios participantes.
2. Si se decide publicar los resultados de este estudio, en todo momento se mantendrá la confidencialidad de sus datos de identificación, ya que solo se inscribieron sus iniciales.

PREGUNTAS Y ACLARACIONES.

Este documento le ha informado de qué trata el estudio.

El médico podrá responder cualquier pregunta que tenga del estudio.

Marque X -- si no hicieron preguntas.

Nombre y firma de quien explicó el consentimiento informado:

Fecha y hora: _____

DECLARACIÓN DEL VOLUNTARIO.

Yo, _____ he leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria, estoy de acuerdo en participar y cooperar con todo el personal participante en el estudio "Motivo de rechazo a un método anticonceptivo en las adolescentes en el puerperio inmediato". He sido informado y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos protegiendo mi identidad. Convengo en participar en este estudio de investigación.

Recibiré una copia firmada y fechada de esta forma de consentimiento.

Nombre y firma del voluntario: _____

Fecha: _____

Nombre y firma del padre o tutor: _____

Nombre y firma de la madre: _____

Nombre y firma del cónyuge: _____

Testigo 1: _____

Nombre y firma de investigador principal: _____

Fecha: _____ -