

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA
FACULTAD DE MEDICINA**



Trabajo Terminal
para obtener el Diploma de especialidad en:

MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

C. Cristhian Villalvazo Sumaya

ASESOR DE TRABAJO TERMINAL:

Dra. Carmen Gorety Soria Rodríguez

**Efecto de un taller de sensibilización para la adopción de método
anticonceptivo en mujeres en edad fértil con comorbilidades adscritas a
la UMF No. 28, Mexicali B.C.**

Mexicali, B.C., abril del 2023

IDENTIFICACIÓN DE LOS INVESTIGADORES

Investigador principal: Cristhian Villalvazo Sumaya

Matricula: 98029534

Adscripción: Residente de Medicina Familiar

Lugar de trabajo: Unidad de Medicina Familiar (UMF) No. 28 Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)

Teléfono: (646) 160 7058

Correo electrónico: cristhian_vs_5@hotmail.com

Investigador responsable: Dra. Vanessa Johanna Caro

Matricula: 99264825

Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud

Institución: UMF No. 28 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)

Teléfono: (555) 55-50, extensión 31409

Correo electrónico: vanessa.caro@imss.gob.mx

Asesor temático: Dr. Adalberto Ruiz Pérez

Matricula: 99025630

Adscripción: Medico familiar adscrito a la UMF No. 28 IMSS

Teléfono: 6862486400

Correo electrónico: dr.adalbertoruiz@gmail.com

Asesor metodológico: Dra. Madtie de León Aldaba

Matricula: 7683022

Profesor Titular de Residencia en Medicina Familiar.

Adscripción: Medico familiar adscrito a la UMF No. 28 IMSS

Teléfono: (555) 55-50, extensión 31409

Correo electrónico: madtie.deleon@imss.gob.mx

Asesor estadístico: Dr. Alberto Barreras Serrano

Matricula: 09774, Investigador ordinario

Adscripción: Instituto de investigación en ciencias veterinarias

Instituto: Universidad autónoma de Baja California

Teléfono: (686) 2255342

Correo electrónico: abarreras@uabc.edu.mx

Colaboradores: Dra. Natalia Monárrez Salazar

Matricula: 98020006

Adscripción: Medico familiar adscrito a la UMF No. 28 IMSS

Teléfono: (618) 1060375

Correo electrónico: natalyms80@hotmail.com

ÍNDICE

Contenido

RESUMEN	6
Abstract	7
MARCO TEÓRICO.....	6
ANTECEDENTES	15
JUSTIFICACIÓN	18
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	19
OBJETIVOS	20
HIPÓTESIS	20
MATERIAL Y MÉTODOS	21
Diseño del estudio.....	21
Población y lugar de estudio	21
Período del estudio	21
Muestreo	21
Tamaño de la muestra	21
Criterios de selección.....	22
Procedimientos	23
Instrumento de medición.....	24
Definición de las variables y operacionalización	26
Análisis estadístico.....	29
ASPECTOS ÉTICOS.....	30
RESULTADOS	33
DISCUSIÓN	40
CONCLUSIÓN	44
RECOMENDACIONES	45
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	46
Anexo 1. Hoja de recolección de datos.....	51
Anexos 2. Material de información de planificación familiar.....	53
Anexo 3. Disco OMS para determinar la elegibilidad medica de los métodos anticonceptivos.	54
Anexo 4. Carta de Anuencia del director de la unidad para el desarrollar el proyecto.	55

Anexo 5. Carta descriptiva sobre intervención educativa.....	56
Anexo 6. Consentimiento informado	56
Anexo 7. Cronograma de actividades	58
Anexo 8. Autorizaciones (SIRELCIS).....	59

RESUMEN

Título. Efecto de un taller de sensibilización para la adopción de método anticonceptivo en mujeres en edad fértil con comorbilidades adscritas a la UMF No. 28, Mexicali.

Autores. Johanna Caro V, Ruiz Pérez A, De León Aldaba M, Barrera Serrano A, Villalvazo Sumaya C.

Introducción. Es necesario que las pacientes en edad fértil con comorbilidades cuenten una protección anticonceptiva altamente eficaz equilibrada con los posibles peligros a corto o largo plazo del uso del anticonceptivo específico. **Objetivo.** Evaluar el efecto de un taller de sensibilización para la adopción de método anticonceptivo en mujeres en edad fértil con comorbilidades. **Material y métodos.** Se llevó a cabo un estudio cuasiexperimental, analítico, prospectivo y transversal durante el periodo de abril a junio de 2022, para desarrollar un taller de sensibilización para la adopción de método anticonceptivo en mujeres en edad fértil con comorbilidades. **Resultados.** incluyó 100 pacientes de 30.71 ± 8.29 años con obesidad (22.0%), hipertensión arterial (17.0%) y diabetes mellitus tipo 2 (15.0%). Se identificó que el 20.0% de las pacientes utilizaban métodos de barrera, implante hasta en 6.0%, y DIU con cobre en 4.0%. Hasta un 54.0% de las pacientes requerían de ajuste de MPF y posterior al taller 50 adoptaron el método anticonceptivo de conformidad con la calificación MEC.

Conclusiones.

El efecto de un taller de sensibilización para la adopción de método anticonceptivo en mujeres en edad fértil con comorbilidades fue positivo ($p < 0.01$) aumentando de 39% antes a 65% después de asistir al taller, con una adopción de métodos anticonceptivos en un 50%.

Palabras clave. *Sensibilización, método anticonceptivo, pacientes con comorbilidades, Planificación familiar.*

Abstract

Title. Effect of an awareness workshop for the adoption of a contraceptive method in women of childbearing age with comorbidities assigned to UMF No. 28, Mexicali.

Authors. Johanna Caro V, Ruiz Pérez A, De León Aldaba M, Barreras Serrano A, Villalvazo Sumaya C.

Introduction. Women of childbearing age with comorbidities need to have highly effective contraceptive protection balanced against the potential short- or long-term dangers of using the specific contraceptive. **Objective.** To evaluate the effect of an awareness workshop for the adoption of a contraceptive method in women of childbearing age with comorbidities.

Material and methods. A quasi-experimental, analytical, prospective and cross-sectional study was carried out during the study period from April to June 2022, to develop an awareness workshop for the adoption of a contraceptive method in women of childbearing age with comorbidities.

Results. included 100 patients aged 30.71 ± 8.29 years with obesity (22.0%), arterial hypertension (17.0%) and type 2 diabetes mellitus (15.0%). It was identified that 20.0% of the patients used barrier methods, implanted up to 6.0%, and IUD with copper in 4.0%. Up to 54.0% of patients required MPF adjustment and after the workshop 50 adopted the contraceptive method according to the MEC score. **Conclusions.** The effect of an awareness workshop for the adoption of a contraceptive method in women of childbearing age with comorbidities was positive ($p < 0.01$) increasing from 39% before to 65% after attending the workshop, with an adoption of contraceptive methods by 50%.

Keywords. *Sensitization, contraceptive method, patients with comorbidities, Family planning.*

MARCO TEÓRICO

Los factores cognitivos y emocionales pueden impedir que una mujer tenga intenciones o planes claros de embarazo. Además, pueden preferir un enfoque más pasivo debido a creencias religiosas o culturales, o pueden creer que no está bajo su control. Por lo que la importancia de un taller de sensibilización que experimentan estos temas y mecanismos ayudará en el diseño y desarrollo de intervenciones efectivas para atender sus necesidades.¹

El acceso a los servicios de planificación familiar para prevenir embarazos no deseados es uno de los principales indicadores de salud de Healthy People 2020. Se ha recomendado por parte del Grupo de trabajo de atención previa a la concepción y el Panel selecto de atención previa a la concepción, de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC), la atención óptima antes de la concepción, que incluye el espaciamiento adecuado de los partos y la anticoncepción eficaz, entre los elementos importantes para garantizar el éxito materno y fetal.²

Consideraciones especiales de la planificación familiar

Lo ideal es que todos los embarazos se planifiquen con anticipación y se evalúen los factores de riesgo potenciales de todas las mujeres, pero aún queda un largo camino por recorrer.³

No se deben desconocer las contraindicaciones de los distintos anticonceptivos, que ahora están bien clasificados, por lo que el desarrollo de una medida de atención anticonceptiva informada por los pacientes está en progreso. Sin embargo, existe una necesidad oportuna y crítica de difundir e implementar intervenciones basadas en evidencia para cumplir con estas medidas de calidad anticonceptiva y mejorar los resultados de salud reproductiva en todas las mujeres.⁴

Adopción de método anticonceptivo mujeres en edad fértil con comorbilidades

Hay muchas comorbilidades médicas graves que pueden tratarse bien durante el embarazo en la actualidad, con una planificación adecuada,

mientras que hace solo una década, muchas de estas afecciones conllevaban una contraindicación relativamente fuerte para el embarazo.³⁻⁵

Los médicos de atención primaria suelen recetar anticonceptivos a mujeres en edad reproductiva con comorbilidades, cuya prevalencia de mujeres en edad reproductiva con contraindicaciones médicas es del 2 al 16%, problema que incluye la necesidad de una protección anticonceptiva eficaz equilibrada con los posibles peligros a corto o largo plazo del uso del anticonceptivo específico.⁵⁻⁶

Los nuevos sistemas de planificación (por ejemplo, parche anticonceptivo, anillo anticonceptivo, dispositivo implantable de varilla única) pueden cambiar los perfiles tradicionales de riesgo y beneficio en mujeres con comorbilidades. Es decir, las mujeres con algunos problemas médicos que llevan sus embarazos a término a menudo son más vulnerables a las complicaciones relacionadas con el embarazo que sus contrapartes más saludables.⁷

Además, las condiciones relacionadas con el embarazo a menudo empeoran su condición médica subyacente. Por tanto, es especialmente importante que se utilice un método anticonceptivo eficaz en mujeres de alto riesgo.⁸

Las afecciones médicas crónicas más prevalentes entre las mujeres en edad reproductiva han aumentado en los últimos 10 años e incluyen obesidad (24.7%), asma (16.2%), colesterol alto (13%), hipertensión (10%) y diabetes mellitus (DM) (2.9%).⁹ A las mujeres con comorbilidades a menudo se les recetan medicamentos que pueden causar defectos fetales, y a las que no desean un embarazo se les deben ofrecer opciones anticonceptivas.¹⁰

El asesoramiento anticonceptivo debe incluir una explicación del posible impacto beneficioso o adverso de un método en sus afecciones e interacciones con la farmacoterapia en curso.¹¹ Debemos considerar que el embarazo puede empeorar las condiciones médicas, incluso con la terapia adecuada, y las condiciones médicas pueden comprometer el desarrollo fetal, ya sea por exposición a medicamentos teratogénicos o exposición a

condiciones intrauterinas hostiles. Desafortunadamente, algunas afecciones médicas también complican la capacidad de usar anticonceptivos confiables.¹²

En este sentido, las mujeres con comorbilidades consultan con mayor frecuencia a proveedores de atención primaria (médicos de familia) para el control de su salud; estas visitas son ventanas de oportunidad para abordar la anticoncepción en el contexto de la atención médica continua.¹³

Aunque la planificación familiar es una parte necesaria de la capacitación para la mayoría de los médicos de familia, el conocimiento sobre anticonceptivos es menor entre los médicos de familia en comparación con los proveedores de obstetricia y ginecología; esto no es sorprendente dada la mayor intensidad de capacitación y exposición a la atención médica de la mujer entre los médicos de obstetricia y ginecología.¹⁴

Criterios de elegibilidad médica

El enfoque general para el manejo anticonceptivo de mujeres con trastornos médicos en situaciones en las que un profesional de la salud no está familiarizado con los riesgos y requisitos anticonceptivos de las mujeres con afecciones médicas subyacentes específicas.¹⁵ Se recomienda que se tomen en consideración los siguientes aspectos: evaluar a la paciente y su nivel de gravedad de la enfermedad; determinar los riesgos de embarazo en una mujer con su gravedad y características individuales de la enfermedad; definir sus necesidades anticonceptivas, incluida la duración prevista de la necesidad; consultar las tablas MEC locales o de la OMS pertinentes; considerar una revisión especializada del efecto anticonceptivo para determinar la probabilidad de otros resultados en alguien con su combinación particular de características de la enfermedad; asesorar a la paciente y su pareja sobre los resultados probables y posibles del embarazo en circunstancias óptimas, los posibles efectos de las opciones anticonceptivas y los posibles riesgos persistentes; y finalmente, la paciente debe determinar la elección del método anticonceptivo después del asesoramiento.¹⁶

En 2010, los CDC publicaron los Criterios de elegibilidad médica (MEC) de los Estados Unidos (EE.UU.) que se adaptaron directamente del MEC de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para satisfacer las necesidades únicas de los pacientes de EE.UU. Los MEC proporcionan orientación a los médicos con respecto a la selección de métodos anticonceptivos en presencia de comorbilidades específicas y características personales y se revisan de forma continua.¹⁷

En 2011, el Congreso Estadounidense de Obstetras y Ginecólogos (ACOG) aprobó formalmente el uso de los MEC para los médicos que brindan servicios de planificación familiar para mujeres, especialmente mujeres con comorbilidades como un esfuerzo para promover la difusión y la implementación a nivel nacional de prácticas anticonceptivas basadas en evidencia.¹⁸

Por su parte, los MEC de la OMS se basan en dos consideraciones complementarias con respecto a la seguridad: primero, el efecto que tiene el anticonceptivo sobre la enfermedad (empeoramiento o aumento del riesgo); en segundo lugar, el efecto que tiene la enfermedad sobre la eficacia del método anticonceptivo. El sistema de categorías de cuatro niveles designa el nivel de riesgo asociado con un anticonceptivo en particular entre mujeres con ciertas características o problemas médicos preexistentes conocidos en comparación con el riesgo asociado con un embarazo no deseado.¹⁹

1. Afección para la que no hay restricciones para el uso del método anticonceptivo.
2. Una condición en la que las ventajas de usar el método generalmente superan los riesgos teóricos o probados
3. Una condición en la que los riesgos teóricos o probados generalmente superan las ventajas de utilizar el método
4. Una condición que representa un riesgo de salud inaceptable si se usa el método anticonceptivo.²⁰⁻²¹

Además, ciertas recomendaciones se subdividen en dos categorías: 1) inicio (I) de un nuevo método anticonceptivo y 2) continuación (C) de un método anticonceptivo utilizado actualmente. La categoría de continuación

debe orientar la toma de decisiones cuando se desarrolla o empeora una afección durante el uso de un método anticonceptivo. Las recomendaciones del MEC asumen que no existen otros factores de riesgo o condiciones. Cuando los pacientes presentan múltiples afecciones médicas, generalmente se debe utilizar la afección con el número de categoría más alto para determinar la seguridad de la opción anticonceptiva.²²

Aunque los MEC generalmente son suficientes para las condiciones médicas que los ginecólogos y otros médicos generalmente enfrentan, es importante saber que existen otros MEC para el uso de anticonceptivos y pueden proporcionar información adicional.²³

Es fundamental corregir los conceptos erróneos del médico de familia sobre la elegibilidad de LARC (anticonceptivos reversibles de acción prolongada) para que no eviten innecesariamente el uso de LARC entre mujeres con comorbilidades, que por lo demás son candidatas adecuadas, lo que las pone en riesgo de embarazos no deseados. A continuación, se describirán las consideraciones generales para las comorbilidades de mayor impacto en nuestro medio.¹⁻²⁴

Educación e intervenciones de sensibilización para la adopción de métodos anticonceptivos

Un factor adicional para mantener la salud reproductiva es la conciencia de los problemas de salud como las comorbilidades y las opciones de manejo disponibles para la adopción de los métodos anticonceptivos. Adicionalmente, el conocimiento inadecuado de la anticoncepción se asocia con las percepciones correctas de los riesgos y efectos secundarios de los métodos anticonceptivos, el uso incorrecto o inconsistente y la interrupción del método. A pesar de la importancia de la educación, las lagunas en el conocimiento sobre anticonceptivos se documentan con frecuencia en la literatura.²⁵

El ACOG (Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia) recomienda evaluar y asesorar a las mujeres durante las evaluaciones de salud periódicas para determinar si es necesario conversar sobre la

prevención de embarazos no deseados, así como la adopción de métodos anticonceptivos. Las recomendaciones se dividen en cuatro categorías de edad: de 13 a 18 años, de 19 a 39 años, de 40 a 64 años y de 65 años o más, con todos los grupos de edad, excepto el mayor, incluida la asesoría sobre la prevención de embarazos no deseados.²⁶

De igual forma los CDC recomiendan que los médicos obtengan un historial sexual en la primera cita del paciente y en todas las citas preventivas de rutina. Sin embargo, menos del 40% de los médicos de atención médica obtienen realmente un historial sexual de sus pacientes. La entrevista sexual es una parte esencial del historial médico completo de la paciente y abre la puerta al asesoramiento sobre la adopción de los métodos anticonceptivos. En este aspecto, las consultas frecuentes y proactivas sobre la adopción de los métodos anticonceptivos de una paciente con comorbilidades pueden aumentar las oportunidades de atención preventiva.²⁷

En nuestro medio, la mayoría de las mujeres que buscan métodos anticonceptivos carecen de una comprensión integral de la cobertura anticonceptiva que se brinda en las unidades de primer nivel. Por lo tanto, la incorporación de la educación del paciente con comorbilidades sobre la provisión de anticonceptivos en el asesoramiento anticonceptivo de rutina puede aumentar el interés en el uso de LARC y permitir que las mujeres tomen decisiones informadas sobre planificación familiar sin riesgo para su salud.²⁸

Además, el asesoramiento sobre anticoncepción proporcionado por profesionales de la salud capacitados puede ayudar a las pacientes a identificar los métodos anticonceptivos más apropiados y efectivos para su condición de salud, estilo de vida y preferencias. Un componente esencial del proceso de asesoramiento es la educación. La educación anticonceptiva tiene como objetivo proporcionar la información que necesitan para tomar decisiones informadas sobre el uso de anticonceptivos y utilizar correctamente los métodos anticonceptivos que han seleccionado.²⁹

La importancia entonces, se puede ver en el impacto del conocimiento sobre la selección de métodos y el uso correcto y constante de la anticoncepción. Muchas mujeres indican que la eficacia anticonceptiva es una de las consideraciones más importantes para seleccionar un método y; en consonancia con esta prioridad, un mejor conocimiento de la eficacia anticonceptiva se asocia con la adopción de métodos más eficaces y seguros.³⁰

En la actualidad, muchos investigadores sostienen que mejorar la educación sobre anticoncepción reducirá la carga de los problemas relacionados con salud. Es necesario un método válido y confiable para evaluar el conocimiento anticonceptivo a fin de demostrar si las intervenciones educativas específicas mejoran la comprensión y, si en última instancia, tienen un impacto en los resultados conductuales y clínicos.³¹

ANTECEDENTES

Como antecedentes para el presente se encontró que Eisenberg y Cols, en 2012, realizaron un análisis transversal de un cuestionario de conocimientos sobre anticonceptivos completado por 4.144 mujeres inscritas en el Proyecto Contraceptivo CHOICE antes de recibir asesoramiento anticonceptivo integral y elegir su método. Para cada método anticonceptivo, se preguntó a las mujeres "qué porcentaje quedaría embarazada en un año: <1%, 1-5%, 6-10%, > 10%, no sé". Encontraron que en general, el 86% de los sujetos sabía que el riesgo anual de embarazo era >10% si no se usaban métodos anticonceptivos. Más del 45% de las mujeres sobrestiman la eficacia del acetato de depomedroxiprogesterona, las píldoras, el parche, el anillo y los condones.²³

Dos años más tarde, Tan y cols., completaron un ensayo controlado aleatorio (1:1) de 800 mujeres posparto en Carolina del Norte. Las mujeres fueron reclutadas de la unidad de posparto y aleatorizadas para recibir o no recibir LARC antes del alta hospitalaria. Realizaron entrevistas telefónicas de seguimiento para evaluar el uso de LARC después de su visita posparto de 6 semanas. Identificaron que, entre mayo de 2011 y enero de 2012, trescientos sesenta y nueve mujeres (92.3%) fueron contactadas con éxito después de su visita posparto de 6 semanas. El uso de LARC fue informado por el 17.6% y el 13.3% de las mujeres en los grupos de intervención y control, respectivamente ($p=0.103$). Concluyeron que el uso LARC no aumentó la utilización de LARC en la visita posparto de 6 semanas y que los estudios deben evaluar las intervenciones que aborden las barreras educativas y sistemáticas para la captación de LARC posparto.³²

Mientras tanto, López y Cols, 2016 a través de una revisión sistemática que incluyó 11 ensayos (10 ECA grupales y un individual). Donde los ECA grupales tenían tamaños de muestra de 816 a 10 954; con una mediana del número de grupos fue de 24. Encontraron que la mayoría de los ensayos se realizaron en EE. UU. y el Reino Unido; uno era de México y otro de Sudáfrica. Encontraron que la mayoría de los ensayos abordaron la

prevención de las ITS/VIH y el embarazo, enfatizaron el uso de condones. Sin embargo, varios estudios cubrieron una variedad de métodos anticonceptivos. La calidad general de la evidencia fue baja.³³

En el mismo año, estos mismos autores López y Cols, 2016, consideraron los ECA que asignaron individuos o grupos, así como los estudios no aleatorios (ENA) e incluyeron pacientes hasta los 25 años. Revisaron artículos con intervenciones educativas lo suficientemente breves para una clínica, es decir, una a tres sesiones de 15 a 60 minutos más un posible seguimiento y que enfatizaran uno o más métodos anticonceptivos efectivos. Los resultados primarios encontraron 11 estudios, publicados entre 1983 y 2015, que incluyeron un total de 8338 participantes. Encontraron que al año, las adolescentes con asesoramiento sobre el desarrollo tenían más probabilidades de utilizar anticonceptivos de manera eficaz que aquellas con asesoramiento estándar (OR 48,38; IC del 95%: 5,96 a 392,63). Concluyeron que pocos estudios probaron estrategias breves para los jóvenes. Sugirieron que las estrategias más intensivas podrían ser más efectivas, pero también sería un desafío para muchas clínicas implementarlas.³⁴

Por su parte, Jaramillo y cols., en 2017, analizaron datos transversales de 539 hombres que participaron en la Encuesta Nacional de Crecimiento Familiar 2011-2013. Casi todos los participantes (99%) informaron haber recibido educación sexual sobre al menos un tema. La educación sobre enfermedades de transmisión sexual (94.7%) y VIH / SIDA (92.0%) fueron los temas recibidos con mayor frecuencia; la educación sobre dónde obtener anticonceptivos fue la menos común (41.6%). Identificaron que por cada tema adicional de educación sexual al que estuvieron expuestos los encuestados, sus probabilidades de utilizar métodos duales en comparación con ningún método fueron un 47% mayores (AOR=1.47; IC=1.16-1.86).³⁵

Más recientemente, Budhwani y Cols, analizaron datos clínicos no identificados de los Servicios de Salud de la Convención Bautista de Camerún (2007-2013) (N=8995). Estos autores encontraron que la utilización de anticonceptivos se asoció con educación superior, vivir con VIH, monogamia y mayor paridad ($p < 0.001$). Las mujeres que viven con el VIH

tenían un 66% más de probabilidades de usar anticonceptivos que sus pares negativos (OR: 1.66, IC: 1.45-1.91, $p < 0.001$). Las mujeres polígamas tenían un 37% menos de probabilidades de usar anticonceptivos en comparación con las mujeres monógamas (OR: 0.63; IC del 95%: 0.52-0.75; $p < 0.001$).³⁶

Incluso en el mismo año (2019), Oduyeboy Cols, analizaron los datos de 2012–2015 del Sistema de Monitoreo de Evaluación de Riesgos del Embarazo. Concluyeron que las mujeres posparto hispanas y negras no hispanas tuvieron una tasa más alta de uso de anticonceptivos reversibles de acción prolongada (26.6% y 23.4%, respectivamente) en comparación con las mujeres blancas no hispanas (21.5%), y hubo una interacción significativa de raza / etnia con el nivel educativo.³⁷

Finalmente, Skogsdal y cols., en 2019, estudiaron mujeres de habla sueca de entre 20 y 40 años, asignadas al azar al grupo de intervención (GI) o al grupo de control (GC). En su estudio, las participantes recibieron asesoramiento sobre anticonceptivos estándar y el GI también recibió el asesoramiento, es decir, preguntas sobre intenciones reproductivas, información sobre fertilidad y salud antes de la concepción. En sus resultados revelaron que las mujeres del GI aumentaron sus conocimientos sobre fertilidad: edad y fertilidad, posibilidades de quedar embarazada, fecundidad de un óvulo y posibilidades de tener un hijo con la ayuda de la FIV. También aumentaron su conocimiento de los factores que afectan la salud antes de la concepción, como dejar de consumir tabaco, abstenerse del alcohol, tener un peso normal y comenzar con ácido fólico antes de un embarazo.³⁰

JUSTIFICACIÓN

Se realizó un estudio cuasiexperimental, analítico, prospectivo y transversal para determinar el efecto de un taller de sensibilización para la adopción de método anticonceptivo en mujeres en edad fértil con comorbilidades en el servicio de medicina familiar de la UMF No. 28.

Se hizo hincapié en brindar educación sobre salud reproductiva en el contexto de las comorbilidades y los medicamentos de las pacientes, educar sobre los métodos y utilizar los MEC como una herramienta clínica en el punto de atención para guiar la selección de anticonceptivos.

Teniendo en cuenta que la educación anticonceptiva tiene como objetivo proporcionar a las pacientes con comorbilidades la información que necesitan para tomar decisiones informadas sobre el uso de anticonceptivos y utilizar correctamente los métodos anticonceptivos que han seleccionado, donde se podrá determinar si se debe realizar asesoramiento anticonceptivo en este grupo de alto riesgo y ayudar a combatir la alta tasa de morbilidad materna al abordar las preocupaciones sobre la provisión de anticonceptivos a grupos de alto riesgo.

Aunado a ello, los estudios han demostrado que el asesoramiento anticonceptivo, en particular a través de un enfoque de toma de decisiones compartida, se ha asociado con un mejor conocimiento de la paciente y una menor incertidumbre sobre las opciones de control de la natalidad. Sin embargo, no hay datos suficientes sobre la mejor forma de integrar el asesoramiento y la provisión de anticonceptivos como parte de rutina de la atención primaria para mujeres en edad fértil con comorbilidades.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La calidad de la atención en salud materna fue uno de los ocho ODM adoptados por la comunidad internacional en el año 2000. México se comprometió a reducir la muerte materna en un 75% entre 1990 y 2015. El alto número de muertes maternas en algunas zonas del mundo refleja las inequidades en el acceso a los servicios de salud en donde la mortalidad materna en su mayoría ocurre en los países en vías de desarrollo. En nuestro medio, las mujeres mueren por complicaciones que se producen durante el embarazo, el parto o el puerperio, por condiciones prevenibles o tratables; otras que ponen en riesgo el embarazo son las enfermedades concomitantes, que se agravan con la gestación si no se tratan oportunamente

En la Unidad de Medicina Familiar No. 28 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) de la ciudad de Mexicali, Baja California se encuentran adscritas 50 mil mujeres en edad fértil, de ellas hasta un 3% presentan comorbilidades como obesidad, asma, dislipidemia, hipertensión arterial o DM, entre otros, de las cuales menos del 50% se encuentra utilizando un método anticonceptivo.

Mediante el presente estudio, se buscó sensibilizar las mujeres en edad fértil con comorbilidades para concientizar la importancia de la elección de un método anticonceptivo de acuerdo con los MEC para el control de su fertilidad y evitar embarazos no deseados, o llevar a las mejores condiciones de salud cuando desee un embarazo.

Por lo anteriormente mencionado surge la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuál es el efecto de un taller de sensibilización sobre la adopción de método anticonceptivo en mujeres en edad fértil con comorbilidades?

OBJETIVOS

Objetivo general

1. Evaluar el efecto de un taller de sensibilización para la adopción de método anticonceptivo en mujeres en edad fértil con comorbilidades.

Objetivos específicos

1. Describir las características sociodemográficas de las pacientes con comorbilidades: edad, escolaridad y ocupación.
2. Enlistar las comorbilidades más frecuentes en las mujeres en edad fértil.
3. Enunciar la frecuencia de uso de método de planificación familiar en mujeres en edad fértil con comorbilidades previo al taller de sensibilización.
4. Conocer la frecuencia en adopción de método anticonceptivo en mujeres en edad fértil con comorbilidad posterior al taller de sensibilización.
5. Describir la clasificación según el criterio de elegibilidad adoptado para cada paciente que decidió adoptar método anticonceptivo posterior al taller de sensibilización.

HIPÓTESIS

Hipótesis de trabajo

El taller de sensibilización tiene un efecto positivo para la adopción de un método anticonceptivo en mujeres en edad fértil con comorbilidades.

Hipótesis Nula:

El taller de sensibilización no tiene un efecto positivo para la adopción de un método anticonceptivo en mujeres en edad fértil con comorbilidades.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño del estudio

De tipo cuasiexperimental.

Población y lugar de estudio

Mujeres en edad fértil de 15 a 49 años adscritas y que acudieron a la consulta en la Unidad de Medicina Familiar No. 28 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) de la ciudad de Mexicali, Baja California, con comorbilidades.

Período del estudio

El presente se realizó de abril a junio de 2022.

Muestreo

Muestreo simple no aleatorio por conveniencia por casos consecutivos que seleccionó a cada uno de los participantes hasta integrar el total del estimado de tamaño de muestra. Se elegirá este tipo de muestreo toda vez que dependamos del número de aceptantes de participación.

Tamaño de la muestra

Se utilizó la fórmula de proporciones para población infinita de acuerdo con la prevalencia descrita por *Wu et al*,¹ del 45.0%

$$n = \frac{Z_{\alpha}^2 p(q)}{\delta^2}$$

Dónde:

Z : Nivel de confianza al 95%: 1.96

p : Proporción de las comorbilidades en la literatura: 45.0%

δ : Precisión: 10%

n : 95 pacientes

Criterios de selección

De inclusión

- Pacientes entre 15 y 49 años
- Pacientes adscritas a la UMF No. 28
- Portadoras de comorbilidades médicas crónicas que incluyen diabetes mellitus, hipertensión arterial, enfermedad cardíaca, lupus eritematoso sistémico, artritis reumatoide, virus de inmunodeficiencia humana, hipertiroidismo o hipotiroidismo, enfermedad renal, epilepsia, cáncer de mama, cáncer cervicouterino y pacientes que reciben agentes quimioterapéuticos.
- Pacientes que acepten participar en el estudio previa firma del consentimiento informado.

De exclusión

- Pacientes con enfermedad psiquiátrica o discapacidad que le impida realizar el taller de sensibilización y tomar libre elección sobre método anticonceptivo.

De eliminación

- Pacientes que no concluyen el curso de taller de sensibilización.

Procedimientos

Previa autorización por el Comité Local de Investigación, del comité de Ética en Investigación, y por el director de la unidad, se llevó a cabo este estudio en la UMF No. 28 del IMSS en Mexicali B.C, en el periodo descrito.

Previa autorización de la dirección de la Unidad y con el apoyo del investigador responsable se revisaron los censos del total de las pacientes que acuden al servicio de consulta de medicina familiar y cuenten con comorbilidades, que cumplieron con los criterios de inclusión con diagnóstico de (diabetes mellitus, hipertensión arterial, enfermedad cardíaca, lupus eritematoso sistémico, artritis reumatoide, virus de inmunodeficiencia humana, hipertiroidismo o hipotiroidismo, enfermedad renal, epilepsia y pacientes que reciben agentes quimioterapéuticos, cáncer de mama, cáncer cervicouterino), para después acudir a archivo a revisar el expediente, verificaremos los datos de identificación.

Para esto, se firmó carta compromiso por parte de los investigadores y tesista para el manejo confidencial y ético de la información, contenida en los expedientes clínicos de las pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión, al hacer uso de los datos del expediente clínico y con la finalidad de respetar sus principios bioéticos, de acuerdo con el artículo 21 del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación biomédica.

A las pacientes que acudieron a su control médico a la Unidad, al finalizar su consulta se les invitó a participar en el estudio y de aceptar, se le dirigió al consultorio de planificación familiar para respetar la privacidad y proceder a realizar la entrevista en donde se le explico ampliamente y de manera sencilla el procedimiento del estudio de investigación y para la firma del consentimiento informado en caso de aceptar participar, una vez que firme el consentimiento se le otorgó fecha y horario de cita, para acudir al taller de sensibilización.

Una vez autorizada su participación se le otorgó fecha y hora para que asista al taller de sensibilización en el día y horario que sea más conveniente para la persona, de acuerdo con el calendario de sesiones.

Una vez que se presentaron al taller de sensibilización para la adopción de método anticonceptivo en mujeres en edad fértil con comorbilidades a través de una capacitación de 90 minutos a cargo del investigador principal y el responsable, a la cual fueron invitadas todas las participantes en un horario de lunes a viernes entre las 16:00 y las 17:00 horas. El taller incluyó de forma introductoria el concepto de planificación familiar, tipos de métodos anticonceptivos, principales comorbilidades en las mujeres en edad fértil, criterios de elegibilidad médica y métodos anticonceptivos ideales para cada comorbilidad. para lo cual anexo carta descriptiva. (Anexo 3).

Tras la conclusión de la intervención, es decir al término de la capacitación antes mencionada, se les proporcionó información a cada una de las participantes para reforzar mediante un tríptico el cual contendrá la información de planificación familiar que se proporciona de forma habitual en el módulo de planificación familiar. Finalmente, se citaron a cada una de las pacientes al módulo de planificación familiar para la prescripción de método anticonceptivo de acuerdo a los criterios de elegibilidad, y en caso que después del taller de sensibilización no acepte método, se invitó a continuar con su atención en la consulta de medicina familiar y planificación familiar para orientación y la adopción de método cuando así lo decida.

Instrumento de medición

El instrumento de medición incluyó datos que se obtuvieron directamente del expediente clínico electrónico (Edad, escolaridad, estado civil y ocupación) y los personales patológicos (comorbilidades).

Se uso como evaluación del resultado del taller, método anticonceptivo adoptado después de este de acuerdo con los criterios de elegibilidad médica (MEC).

Definición de las variables y operacionalización

VARIABLE INDEPENDIENTE						
Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Expresión de la variable	Tipo de variable	Nivel de medición	Indicador
Efecto del Taller de sensibilización	Estrategia cognitiva para otorgar comprensión de los mecanismos acerca del uso de anticonceptivos	Es la asistencia al taller de sensibilización para recibir capacitación y la adopción de método anticonceptivo previa firma de consentimiento informado en el módulo de planificación familiar.	Dicotómica	Cualitativa	Nominal	1.- Adopta método 2.- No adopta método
VARIABLE DEPENDIENTE						
Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Expresión de la variable	Tipo de variable	Nivel de medición	Indicador
Métodos de planificación familiar	Actitud enfocada al uso de algún método de planificación familiar.	El referido por el individuo al momento del estudio y/o con registro en el expediente clínico	Policotómica	Cualitativa	Nominal	1.- No usa método anticonceptivo 2.- Anticoncepción de emergencia 3.- Anticoncepción quirúrgica voluntaria 4.- Anticonceptivos orales combinados 5.- Anticonceptivos orales con progestágeno solo 6.- Anticonceptivos inyectables combinado 7.- Anticonceptivos inyectables con progestágeno solo 8.- Anillo vaginal combinado 9.- Parche anticonceptivo combinado 10.- Implantes 11.- DIU liberador de

						levonorgestrel 12.- DIU con cobre 13.-Métodos de barrera 14.-Métodos naturales 15.-Abstinencia
VARIABLES DE CONTEXTO						
Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Expresión de la variable	Tipo de variable	Nivel de medición	Indicador
Edad	Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento.	Años de vida que tiene el paciente al momento del estudio	Númerica	Cuantitativa	Discreta	En años
Índice de masa corporal	Cociente del cuadrado de la talla en metro sobre la masa del paciente al cuadrado	Se calcula con la división del peso sobre la talla o bien más prácticamente el peso dividido por la talla, a su vez dividido por la talla. Es la determinación identificada en el expediente clínico electrónico de la paciente.	Númerica	Cuantitativa	Continua	En Kg/m ²
Ocupación	Actividad a la que una persona se dedica en un determinado tiempo.	Trabajo u oficio que realiza la persona al momento del estudio.	Policotómica	Cualitativa	Nominal	1.-Ama de casa 2.-Empleada 3.-Pensionada
Escolaridad	Período de tiempo durante el que se asiste a un centro de enseñanza de cualquier grado para realizar estudios.	Grado Académico cursado por el individuo al momento del estudio	Policotómica	Categorica	Ordinal	0. No escolarizado 1. Secundaria 2. Bachillerato 3. Licenciatura
Comorbilidad	Presencia de uno o más trastornos o trastorno primario.	El referido por el individuo al momento del estudio y con registro en el expediente clínico	Policotómica	Cualitativa	Nominal	1. Diabetes mellitus 2. Hipertensión arterial 3. Enfermedad cardiaca, 4. Lupus eritematoso sistémico 5. Artritis reumatoide 6. Virus de inmunodeficiencia humana 7. Hipertiroidismo o hipotiroidismo 8. Enfermedad renal 9. Epilepsia 10. Pacientes que reciben agentes quimioterapéuticos

						11. Otros
Categoría MEC	<p>Criterios de elegibilidad médica que brinda orientación a los médicos con respecto a la selección de métodos anticonceptivos en presencia de comorbilidades específicas y características personales</p>	<p>Sistema de categorías de cuatro niveles que designa el nivel de riesgo asociado con un anticonceptivo en particular y clasificaciones dependiendo la indicación de esterilización quirúrgica entre mujeres con ciertas características o problemas médicos preexistentes conocidos en comparación con el riesgo asociado con un embarazo no deseado</p>	Policotómica	Categórica	Ordinal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Categoría 1 2. Categoría 2 3. Categoría 3 4. Categoría 4 5. Clasificación A 6. Clasificación C 7. Clasificación D 8. Clasificación S
Ajuste de tratamiento	<p>Necesidad de cambios en el método anticonceptivo en presencia de comorbilidades de acuerdo con las categorías/criterios MEC</p>	<p>De acuerdo con los Criterios de elegibilidad médica que brinda orientación a los médicos con respecto a la selección de métodos anticonceptivos en presencia de comorbilidades específicas y características personales</p>	Policotómica	Cualitativa	Nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Si 2. No

Análisis estadístico

Se realizó estadística descriptiva. En la primera para variables cualitativas se obtuvieron frecuencias y porcentajes, para variables cuantitativas media, mediana y desviación estándar. Se recolectó la información en hoja de Excel y se analizó empleando el programa estadístico SPSS versión 21.

ASPECTOS ÉTICOS

El presente estudio de investigación se realizó bajo las normas establecidas en la declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial (AMM), sobre los principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos de la 64ª Asamblea Fortaleza, Brasil, octubre 2013 y en el Informe Belmont y debido a que este estudio se considera de riesgo mínimo conforme a la ley general de salud en materia de investigación:

Artículo 17, Fracción 1, para efectos de esta investigación se considera **I.- a): Investigación con riesgo mínimo:** Son estudios prospectivos que obtienen datos a través de procedimientos comunes en exámenes físicos o psicológicos de diagnósticos o tratamiento rutinarios entre los que se consideran: pesar al sujeto, pruebas de agudeza auditiva; electrocardiograma, termografía, colección de excretas y secreciones externas, obtención de placenta durante el parto, colección de líquido amniótico al romperse las membranas, obtención de saliva, dientes deciduales y dientes permanentes extraídos por indicación terapéutica, placa dental y cálculos removidos por procedimiento profilácticos no invasores, corte de pelo y uñas sin causar desfiguración, extracción de sangre por punción venosa en adultos en buen estado de salud, con frecuencia máxima de dos veces a la semana y volumen máximo de 450 Ml. en dos meses, excepto durante el embarazo, ejercicio moderado en voluntarios sanos, pruebas psicológicas a individuos o grupos en los que no se manipuló la conducta del sujeto, investigación con medicamentos de uso común, amplio margen terapéutico, autorizados para su venta, empleando las indicaciones, dosis y vías de administración establecidas y que no sean los medicamentos de investigación que se definen en el artículo 65 de este Reglamento, entre otros.

Previa evaluación al Comité Local de Investigación CLIEIS No. 204 del Instituto Mexicano del Seguro Social cumpliendo con las normas mencionadas y aprobación de las autoridades de la unidad.

Se le entregó a cada participante una carta de consentimiento informado acorde a los artículos 20, 21, 22 y 24. (ver anexo 3)., el cual deberá leer y donde se explica la finalidad de los cuestionarios y taller de sensibilización en la adopción de método anticonceptivo en mujeres en edad fértil con comorbilidades, y donde se especifica que sus resultados fueron absolutamente confidenciales, considerando:

Artículo 13.- En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar.

Se pide al participante si está de acuerdo de manera voluntaria en participar que firme dicho documento, donde se protegerá la información obtenida, asignando para la identificación de los sujetos un código de manera aleatoria; todos los resultados fueron utilizados cuando se requirieron y, en caso de publicar los resultados, solo fueron revelados los resultados de los códigos asignados, únicamente los participantes conocerán su código y los resultados obtenidos las identidades permanecerán anónimas para los profesores del taller y los realizadores de las evaluaciones.

En la presente, los beneficios individuales y riesgos de la investigación se evaluaron mediante un proceso de dos pasos. Primero, deberán evaluarse los posibles beneficios individuales y riesgos de cada intervención de investigación o procedimiento del estudio. En el segundo paso, todos los riesgos y posibles beneficios individuales de la totalidad del estudio deberán evaluarse y considerarse apropiados. El estándar del riesgo mínimo a menudo se define mediante la comparación de la probabilidad y magnitud de los daños previstos con la probabilidad y magnitud de los daños que habitualmente encontramos en la vida cotidiana o durante la realización de pruebas o exámenes físicos o psicológicos de rutina. A partir de estos se estima que el balance riesgo – beneficio es favorable.

Los datos de los participantes que incluidos en el estudio fueron mantenidos en total confidencialidad. A cada participante se le asignó un número con el cual será identificado cada cuestionario. Los datos completos

solo estuvieron disponibles para a los investigadores responsables del protocolo, quienes manifiestan su obligación de no revelar la identidad de los participantes, durante la realización del estudio e incluso durante la divulgación de los resultados.

Al final se les entregó un tríptico con información sobre métodos anticonceptivos y se les invitó a pasar a los servicios de Planificación Familiar o Trabajo Social de la UMF No. 28 en caso de requerir una mayor información.

RESULTADOS

Se llevó a cabo un taller de sensibilización en la UMF No. 28 del IMSS en Mexicali B.C, que incluyó 100 pacientes entre 15 y 48 años portadoras de comorbilidades médicas crónicas, aceptantes de participación. Posterior a su inclusión no se identificaron motivos de eliminación concluyendo el análisis con el 100.0% de la población. En la **Cuadro 1** se describen las características demográficas de la población seleccionada.

Cuadro 1. Características demográficas de la población seleccionada

Variable	Media	DE ^{1/}	Frecuencia,	(%)
Edad	30.71	8.29		
Peso	74.04	16.25		
Talla	1.62	0.07		
IMC	28.52	6.55		
Ocupación				
Ama de casa			7	7.0
Empleada			79	79.0
Estudiante			14	14.0
Escolaridad				
Primaria			6	6.0
Secundaria			29	29.0
Bachillerato			46	46.0
Licenciatura			19	19.0

Se registró una edad promedio de 30.71 ± 8.29 años. El de peso de 74.04 ± 16.25 kilogramos, talla de 1.62 ± 0.07 metros con un IMC de 28.52 ± 6.55 kg/m².

Para la ocupación se identificó que el 79.0% de las participantes eran empleadas, un 14.0% estudiantes y solo un 7.0% ama de casa. Mientras que para la escolaridad se observó que de acuerdo con el último grado de escolaridad alcanzado que el 6.0% contaba con primaria, el 29.0% con

secundaria, el 46.0% con bachillerato, siendo este el de mayor frecuencia y por último un 19.0% contaba con licenciatura.

En la **Cuadro 2** se muestra la distribución por comorbilidades medicas crónicas de la población seleccionada. Destacaron en orden de frecuencia la obesidad con 22 pacientes (22.0%), seguida de la hipertensión arterial con 17 pacientes (17.0%) y la diabetes mellitus tipo 2 con 15 pacientes (15.0%). Se identificaron en el sentido opuesto comorbilidades de menor frecuencia como adenoma hipofisiario, cefalea no migrañosa, fibromialgia, leucemia y trombosis venosa profunda, todas estas con una representación del 1.0% cada una (**Figura 1**).

Cuadro 2. Distribución por comorbilidades medicas crónicas de la población seleccionada.

Comorbilidades	Frecuencia	Porcentaje (%)
Obesidad	22	22.0
Hipertensión arterial	17	17.0
Diabetes mellitus tipo 2	15	15.0
Trastorno de ansiedad y depresión	9	9.0
Hipotiroidismo	7	7.0
Ansiedad	6	6.0
Migraña	6	6.0
Epilepsia	4	4.0
Lupus eritematoso	3	3.0
Artritis reumatoide	2	2.0
Cáncer de mama	2	2.0
Esclerosis múltiple	2	2.0
Adenoma hipofisiario	1	1.0
Cefalea no migrañosa	1	1.0
Fibromialgia	1	1.0
Leucemia	1	1.0
Trombosis venosa profunda	1	1.0

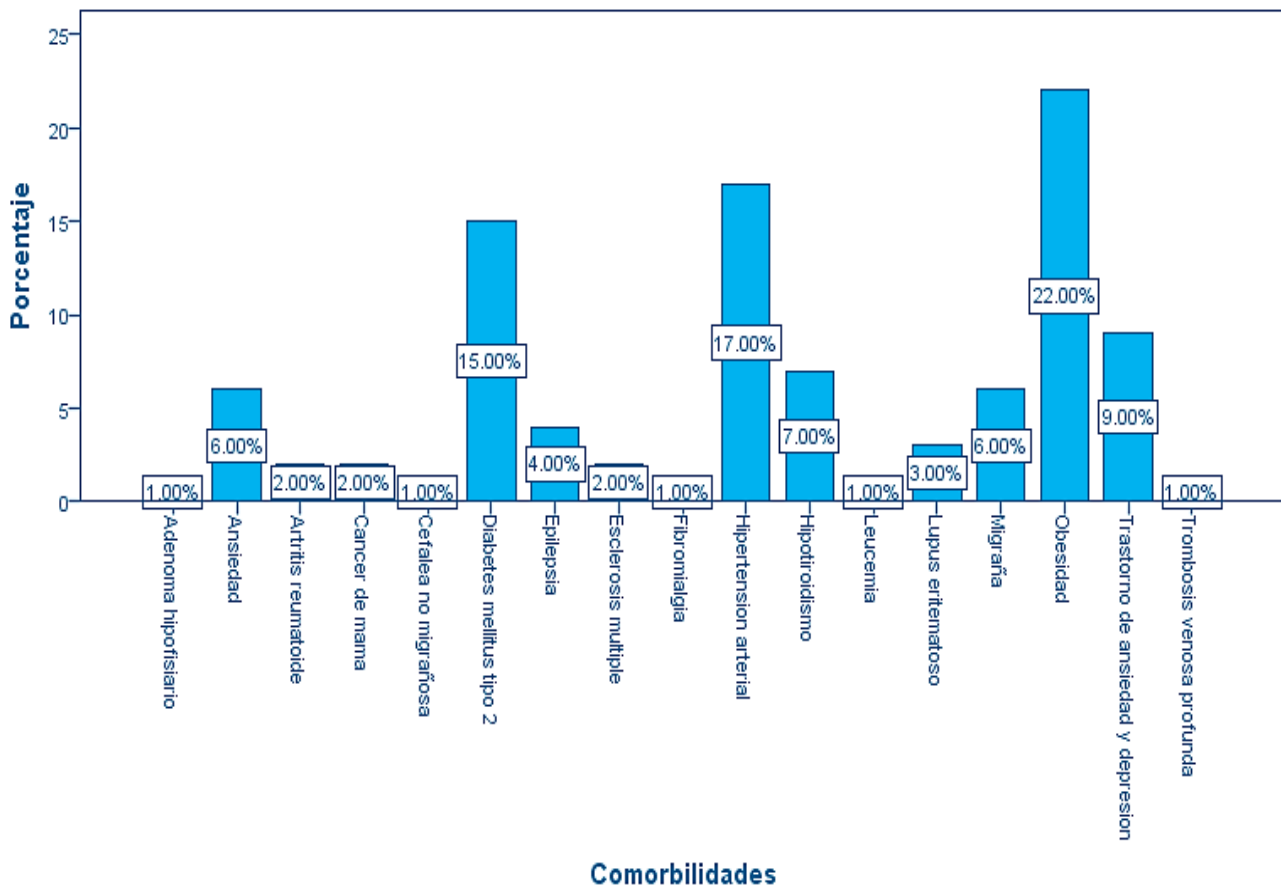


Figura 1. Distribución por comorbilidades medicas crónicas de la población seleccionada.

Además, se registraron los métodos anticonceptivos de cada una de las participantes antes del taller de sensibilización, los cuales se describen en la **Cuadro 3**.

En esta población se identificó que el 20.0% de las pacientes utilizaban métodos de barrera, seguido del implante hasta en un 6.0%, y en tercer lugar el DIU con cobre en un 5.0%. Es importante remarcar que el 63.0% de las participantes no se encontraba ultimando algún método anticonceptivo (**Figura 2**).

Cuadro 3. Métodos de planificación familiar previos al taller de sensibilización en la población seleccionadas.

	Frecuencia	Porcentaje (%)
Métodos de planeación		
Métodos de barrera	20	20.0
Implante (retiro)	6	6.0
DIU con cobre	5	5.0
Anticonceptivos orales combinados	3	3.0
Parche anticonceptivo	1	1.0
DIU liberador de levonogestrel (retiro)	1	1.0
Anticonceptivos inyectables combinados	1	1.0
No usa anticonceptivos	63	63.0

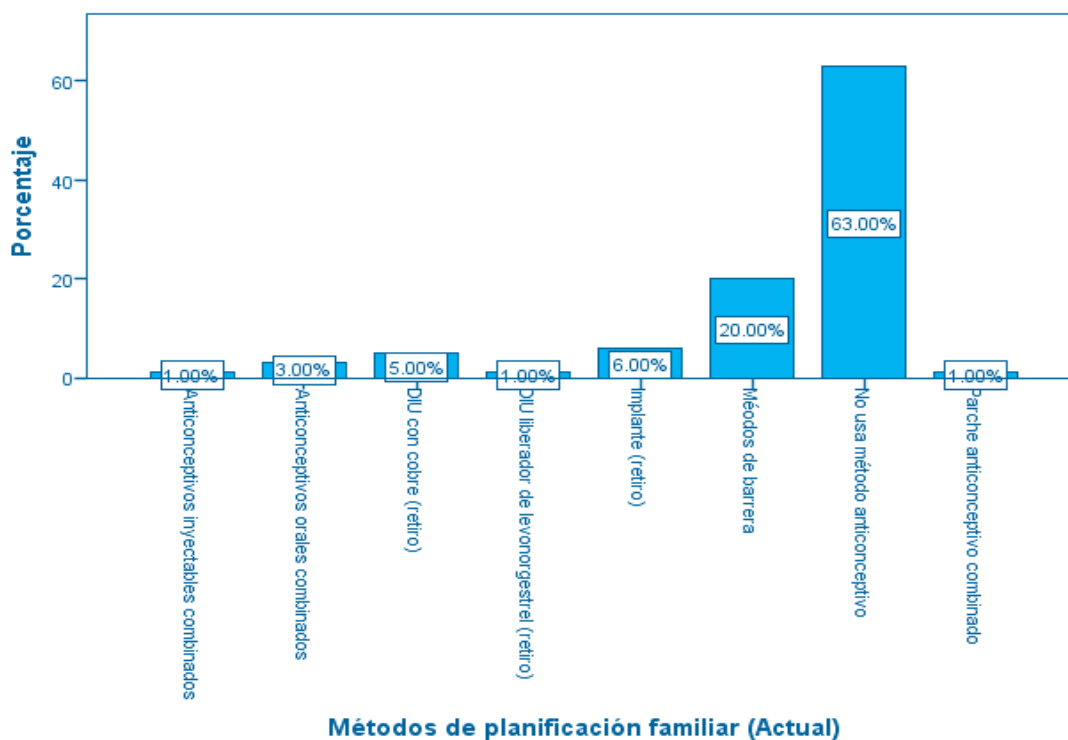


Figura 2. Métodos de planificación familiar previos al taller de sensibilización en la población seleccionada.

A continuación, se muestran los resultados posteriores al taller de sensibilización (**Cuadro 4**).

Cuadro 4. Resultados del taller de sensibilización para la adopción de método anticonceptivo en la población seleccionada.

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Efecto del taller (antes)		
No adopta método	61	61.0
Adopta método	39	39.0
Efecto del taller (después)		
No adopta método	35	35.0
Adopta método	65	65.0
Métodos de planificación (Posterior al taller)		
Implante subdérmico	12	12.0
DIU con cobre	12	12.0
Anticonceptivos orales combinados	10	10.0
Anticonceptivos inyectables combinados	8	8.0
Parche anticonceptivo combinado	8	8.0
Método de barrera	6	6.0
Anticoncepción quirúrgica voluntaria	6	5.0
DIU liberador de levonogestrel	3	3.0
No usa métodos anticonceptivos	35	35.0
Categoría o clasificación MEC (Posterior al taller)		
Categoría 1	41	41.0
Categoría 2	14	14.0
Categoría 3	4	4.0
Clasificación C	6	6.0

Entre los resultados se encontró que hasta un 54.0% de las pacientes requerían de ajuste de MPF. En un 35.0% las pacientes no adoptaron el método anticonceptivo de acuerdo con la categoría (**Figura 3**).

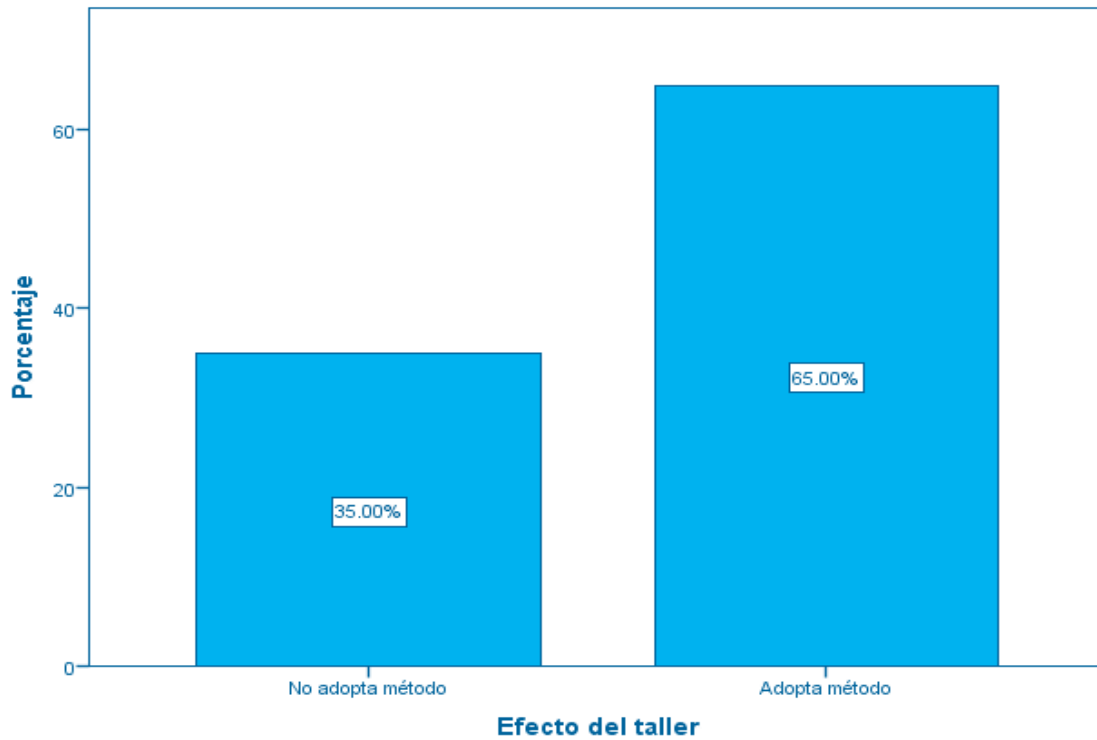


Figura 3. Efecto de un taller de sensibilización para la adopción de método anticonceptivo en la población seleccionada.

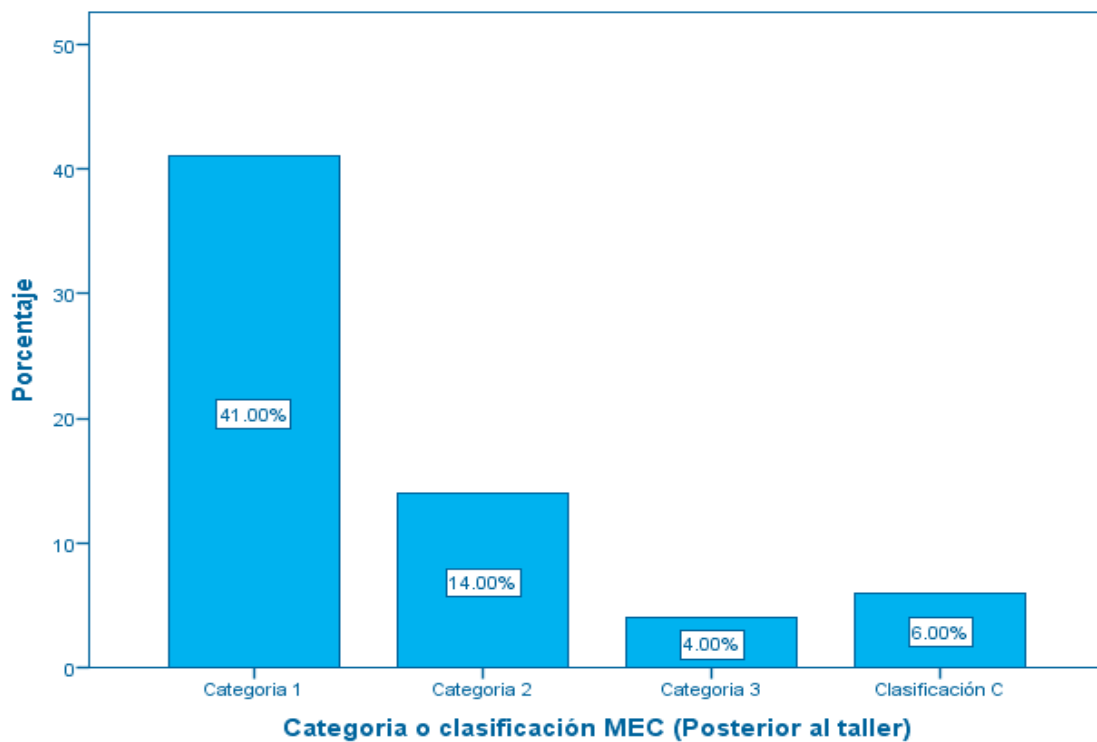
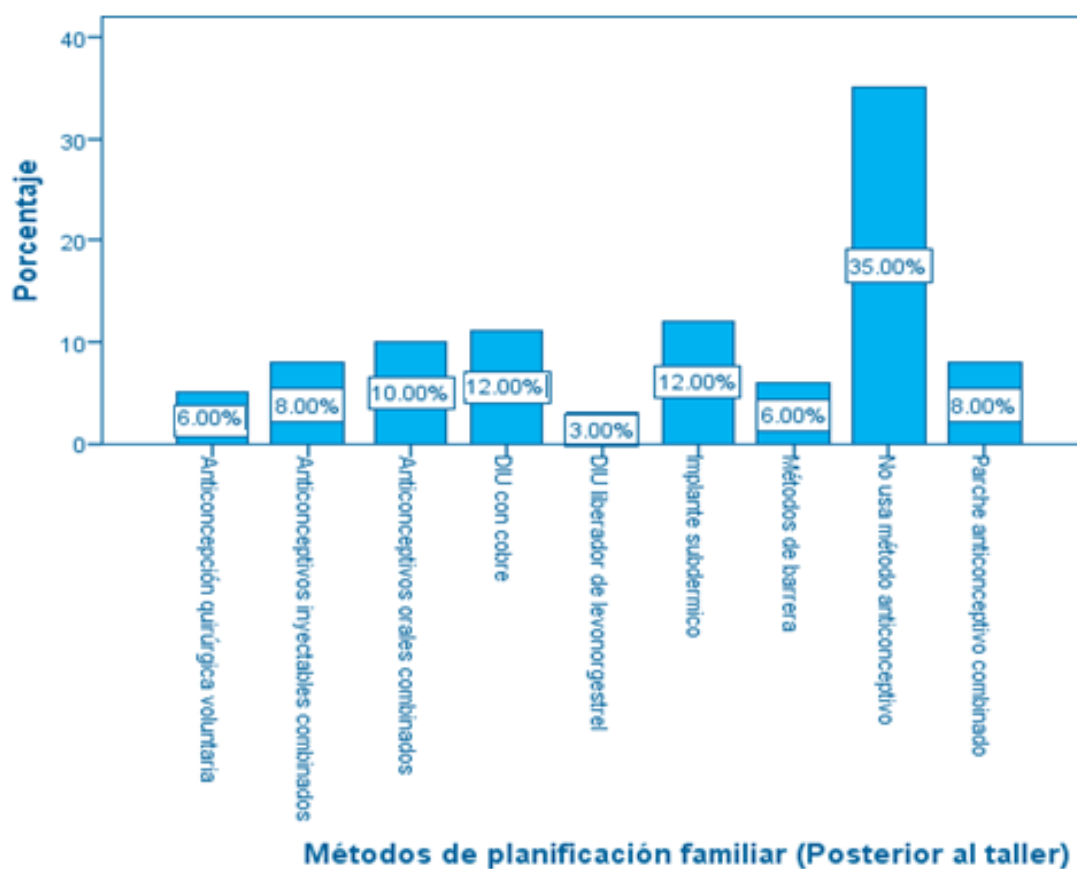


Figura 4. Categoría o clasificación MEC posterior al taller en la población

seleccionada.

La clasificación MEC de los métodos posterior al taller en la población reveló un 41.0% para los métodos de la categoría 1 (LARC, DIU e implante de progestágeno), 14.0% de la categoría 2, 4.0% de la categoría 3 y un 6.0% para los de clasificación C (**Figura 4**).

La distribución por método anticonceptivo posterior al taller informó que solo el 35.0% de las pacientes no utilizaría método anticonceptivo. Mientras que los métodos de mayor aceptación fueron los anticonceptivos orales combinados (n=10, 10.0%), DIU con cobre (n=12, 12.0%) y el implante



(n=12, 12.0%) (**Figura 5**).

Figura 5. Métodos de planificación familiar posteriores al taller de sensibilización en la población seleccionada.

Al contrastar los resultados antes vs después del taller de sensibilización para evaluar el efecto del taller sobre la adopción de método anticonceptivo en mujeres en edad fértil con comorbilidades, el estadístico de prueba, Chi-cuadrada = 19.8, en la prueba de McNemar de comparación de proporciones para dos muestras relacionadas, la significancia de la prueba resultó <0.01 lo que indica que con un nivel de significancia menor del 1%, la proporción de pacientes que adoptan un método anticonceptivo antes y después del taller fue diferente, aumentando de 39% antes a 65% después de asistir al taller de sensibilización.

Finalmente, el efecto en general del taller de sensibilización para la adopción de método anticonceptivo observó que de las 54 las pacientes que requería del ajuste de tratamiento, 50 de estas adoptaron el método anticonceptivo de conformidad con la calificación MEC.

DISCUSIÓN

La salud y la atención antes de la concepción son de creciente interés, ya que pueden afectar la fertilidad, los resultados del embarazo y la salud de los hijos tanto a corto como a largo plazo. Tanto los factores del estilo de vida como la presencia de enfermedades coexistentes tienen un impacto negativo en la fertilidad y los resultados del embarazo. Al planificar un embarazo, es óptimo obtener asesoramiento para mejorar los resultados. Existen pautas previas a la concepción para mujeres con enfermedades crónicas y en relación con este tema, en general, los MEC considerados tienden a proporcionar las mismas recomendaciones. Sin embargo, hay algunas diferencias notables que puede ser útil que el Médico Familiar conozca y de acuerdo con el boletín 206 del manejo clínico del ACOG, esto implicará necesariamente evaluar la naturaleza y la gravedad de la condición médica del paciente; las preferencias personales del paciente; sus metas reproductivas; y la eficacia, aceptabilidad y disponibilidad de métodos alternativos. Los anticonceptivos hormonales combinados de estrógeno y progestágeno incluyen formulaciones de píldora, anillo vaginal y parche. Los métodos de progestágeno solo disponibles incluyen hormonales inyecciones solos, implante de etonogestrel, píldoras de progestágeno solo y dispositivos intrauterinos de liberación de levonorgestrel.³⁸

Como observación general, al término del taller se fue consciente de que entre todos los métodos anticonceptivos, los anticonceptivos hormonales, y en particular los anticonceptivos hormonales combinados de la Categoría 2 (con una frecuencia de adopción del 9.0%), están contraindicados para su uso en la mayor cantidad de condiciones patológicas, mientras que hay muy pocas, si es que hay alguna, condiciones médicas que contraindiquen los anticonceptivos con progestágeno solo ya que estas contraindicaciones son causadas por el componente de estrógeno (excepto los anticonceptivos inyectables, Categoría 1 y 2), anticonceptivos reversibles de acción prolongada (LARC: por ejemplo, DIU de categoría 1 y 2, implante de progestágeno solo de categoría 1 y 2) y los dispositivos anticonceptivos locales (condones, diafragmas, capuchones cervicales, espermicidas, de categoría 1).

Sin embargo, debe recordarse que los criterios MEC solo abordan la cuestión de la seguridad de los anticonceptivos y no su eficacia. Aunque las mujeres en edad reproductiva con comorbilidades pueden preferir, o pensar que algunas son más apropiadas, las opciones de planificación familiar no farmacológicas, como los métodos basados en el conocimiento de la fertilidad o los anticonceptivos de barrera. Por lo que estos criterios brindan elementos para comprender las indicaciones, los beneficios y los riesgos de estos productos, así como las preferencias de los pacientes, que ayudan a los médicos a encontrar el método anticonceptivo más adecuado para ellos. De las guías del ACOG ahí que siempre se deba tener en cuenta el riesgo individual para la salud que puede suponer el embarazo (morbimortalidad materna y perinatal), especialmente el embarazo no deseado.¹³

No esperábamos que el 100% de las participantes decidiera aceptar el método después del taller, debido a que pudieron mostrarse menos interesadas en temas de salud preconcepcional, específicamente en anticoncepción.

De acuerdo con *Alspaught et al*, (2020) se ha sugerido que una multitud de factores son barreras para el uso de ciertos tipos de métodos anticonceptivos como lo son la falta de conciencia del paciente, la falta de conocimiento y capacitación del médico o del personal de salud a cargo de la paciente, el almacenamiento, los obstáculos logísticos y administrativos y el costo.³⁹ Aunque en la experiencia para abordar algunas de estas barreras, la Unidad de Medicina Familiar debe implementar financiamiento, políticas y programas específicos que podrían explicar la variación observada en el uso de métodos antes y después del taller, (por ejemplo la de la frecuencia de uso de métodos donde de forma previa al taller se observó hasta un 37.0% y después de un 65.0%), aunque la evidencia se aprecia en programas dirigidos al paciente y no tanto en la capacitación específica del médico de primer contacto con estas pacientes.

Se ha sugerido que los médicos deberían encontrar formas de identificar a las mujeres que planean un embarazo y hacer uso de las plataformas existentes para brindar atención previa a la concepción.

Sugerimos que la consejería anticonceptiva es una oportunidad para hablar sobre la salud preconcepcional, ya que tres de cada cuatro mujeres manifestaron que la información sobre los métodos anticonceptivos debe ser parte de la rutina durante las visitas postnatales, cuestionamiento que nos obliga a efectuar una nueva investigación. En nuestro estudio, la tesis entregó de forma previa al taller a las participantes un folleto especialmente diseñado con información sobre métodos anticonceptivos, y tres de cada cuatro mujeres nunca habían leído la información contenida, lo que indica la posibilidad de influencia de situaciones sociodemográficas en las que interviene tanto de la paciente como del personal médico.

Por otra parte, el estudio incluye la población total de la muestra calculada, la primera de su tipo en nuestro medio que no puede ser comparada con otros estudios porque no existen estudios de características similares en la literatura buscada. Aunque descubrimos una debilidad es que no completamos un seguimiento en este estudio después de un intervalo razonable para todas las participantes, sugerido de 6 hasta 10 semanas después de la intervención a partir de las guías del ACOG, es decir la aplicación de un instrumento fue inmediata al término del taller, ya que no fue contemplado en el diseño preliminar del estudio.

CONCLUSIÓN

Hubo un efecto positivo de la aplicación de un taller de sensibilización en cuanto a la adopción de un método anticonceptivo en mujeres en edad fértil con comorbilidades.

El impacto del taller implicó un cambio satisfactorio del uso de método de planificación familiar en mujeres en edad fértil con comorbilidades. Antes del taller 63 pacientes no usaban anticonceptivos y 37 ya contaban con algún método, posterior al taller 35 pacientes no aceptaron método anticonceptivo y 65 si aceptaron. Pasando de métodos de barrera, Implante subdérmico y DIU con cobre a los anticonceptivos orales combinados, DIU con cobre e implante subdérmico posterior al taller de sensibilización, para el MEC, la categoría 1 la de mayor frecuencia (cambio esperado ya que es la categoría en la que se incluyen con menor número contraindicaciones en mujeres en edad fértil con comorbilidades).

RECOMENDACIONES

Los médicos de la Unidad de Medicina Familiar No. 28 del IMSS de la ciudad de Mexicali, Baja California, desempeñan un papel importante en la educación sobre anticoncepción particularmente en esta población específica. La dinámica de poder entre médico y paciente debe ser reconocida ante todo por el médico, ya que influye en el discurso en el que las mujeres buscan atención.

Los resultados de esta intervención integradora indican que los médicos deben reflexionar sobre las formas en que sus acciones, estilo de comunicación o políticas clínicas funcionan para fortalecer o debilitar el desequilibrio y trabajar hacia un enfoque más equilibrado y centrado en el paciente con miras a establecer y otorgar la mejor información para la selección de métodos anticonceptivos.

La comunicación es un área en la que el poder se manifiesta abiertamente, por lo que los médicos podrían usar preguntas abiertas para evaluar las metas del paciente y las prioridades de atención médica y brindar orientación y educación que no intente convencer ni coaccionar.

En cualquier caso, se deben respetar dos principios: se debe hacer todo lo posible para encontrar una solución anticonceptiva aceptable, incluso en aquellas pacientes con condiciones de salud más complejas; y la solución anticonceptiva propuesta nunca debe ser dañina para la paciente: *primum non nocere*.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Wu JP, Damschroder LJ, Feters MD, Zikmund-fisher BJ, Crabtree BF, Hudson S V, et al. A Web-Based Decision Tool to Improve Contraceptive Counseling for Women With Chronic Medical Conditions : Protocol For a Mixed Methods Implementation Study Corresponding Author: Care in Primary Care. *JMIR Res Protoc.* 2018;7(4):e-107.
2. Manaf RA, Ismail IZ, Latiff LA. Contraceptive Use among Women with Chronic Medical Conditions and Factors Associated with Its Non-Use in Malaysia. *Glob J Heal Sci.* 2012;4(5):91–9.
3. Ng CHM, Fellow P, Fraser IS, Berbic M, Fellow PD. Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology Contraception for women with medical disorders. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2014;28(6):917–30.
4. Peláez J. El uso de métodos anticonceptivos en la adolescencia. *Rev Cubana Obstet Ginecol* 2016; 42(1). ISSN 0138-600X. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2016000100011&lng=es.
5. Asociación Médica Argentina de Anticoncepción (AMADA) y el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable del Ministerio de Salud de la Nación. Métodos anticonceptivos guía práctica para profesionales de la salud. Buenos Aires Argentina, 2015; 6:90-106. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000589cnt-metodos-anticonceptivos-guia-practica-profesionales-salud.pdf>
6. Organización Mundial de la Salud Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas. Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos. Tercera edición, 2018; 7:48-55. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259814/9789243565408-spa.pdf;jsessionid=5B20F57A615F764DB531E7623B2CA3EC?sequence=1>

7. Ministerio de Salud de Chile (MINSAL), Programa Nacional Salud de la Mujer, Normas nacionales sobre regulación de la fertilidad. Opciones anticonceptivas para adolescentes 2016; 1:144-147. Disponible en: https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/09/2018.01.30_NORMAS-REGULACION-DE-LA-FERTILIDAD.pdf
8. Beltrán-Rivera L, Moreno L, Góngora M, Fabián T, Facio E. Permanencia del dispositivo intrauterino TCu 380A insertado después de algún procedimiento obstétrico. *Ginecol Obstet Mex* 2019; 87(1):20-25.
9. Campohermoso O, Mamani R, Solíz R. Translocación de dispositivo intrauterino. Reporte de un caso. *Cuad Hosp. Clín* 2015; 56(2): 49-54.
10. Eisen D, Díaz S. Anticoncepción quirúrgica voluntaria. *ICMER* 2016; 1-40. Disponible en: <https://icmer.org/documentos/anticoncepcion/ANTICONCEPCION%20QUIRURGICA%20VOLUNTARIA%202016.pdf>
11. Quintana C. Anticoncepción en la Adolescencia. *Ped Int* 21(5): 4-21.
12. Serfaty D. Update on the contraceptive contraindications. *J Gynecol Obstet Hum Reprod.* 2019;48(5):297–307.
13. Bonnema RA, McNamara MC, Spencer AL. Contraception Choices in Women with Underlying Medical Conditions. *Am Fam Physician.* 2010;82(6):621–8.
14. Lauring JR, Lehman EB, Deimling TA, Legro RS, Chuang CH. Combined hormonal contraception use in reproductive age women with contraindications to estrogen use. *Am J Obstet Gynecol.* 2016;215(3):330.e1-7.
15. Rocha ALL, Campos RR, Miranda MMS, Raspante LBP, Carneiro MM, Vieira CS, et al. Safety of hormonal contraception for obese women. *Expert Opin Drug Saf.* 2017;16(12):1387–93.
16. Ahmed SB, Vitek WS, Holley JL. Fertility, Contraception, and Novel Reproductive Technologies in Chronic Kidney Disease. *Semin Nephrol.* 2017;37(4):327–36.
17. Joy KM. Contraception options for patients with known hereditary risk for ovarian cancer. *JAAPA.* 2019;32(11):37–41.

18. Warzecha D, Szymusik I, Pietrzak B, Kosinska-Kaczynska K, Sierdzinski J, Sochacki-Wojcicka N, et al. Sex education in Poland - A cross-sectional study evaluating over twenty thousand polish women's knowledge of reproductive health issues and contraceptive methods. *BMC Public Health*. 2019;19(1):1–8.
19. Brown GR, Walker M, Rosco M, Muff K. Effective patient education techniques for preventing unintended pregnancies. *J Am Acad Physician Assist*. 2019;32(6):19–23.
20. Borba P, Fonseca C, Cantilino A, Botelho E. Special features of high-risk pregnancies as factors in development of mental distress: A review. *Trends Psychiatry Psychother* 2016; 38 (3): 136-140.
21. Teal SB, Ginosar DM. Contraception for Women with Chronic Coexisting Medical Conditions. *Obs Gynecol Clin North Am*. 2007;34(1):113–26.
22. Godfrey EM. Helping Clinicians Prevent Pregnancy among Sexually Active Adolescents: U.S. Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use and U.S. Selected Practice Recommendations for Contraceptive Use. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2015;28(4):209–14.
23. Eisenberg ML, Sundaram R, Maisog J, Louis GMB. Diabetes , medical comorbidities and couple fecundity. *Hum Reprod*. 2016;31(10):2369–76.
24. Kang MM, Guetterman TC, Prussack JK, Ursu A, Justine P. Contraceptive Care for Women With Medical Conditions : A Qualitative Study to Identify Potential Best Practices for Primary Care Physicians. *Fam Med*. 2019;51(7):559–66.
25. Polis CB, Jones RK. Multiple contraceptive method use and prevalence of fertility awareness based method use in the United States, 2013–2015. *Contraception*. 2018;98(3):188–92.
26. Durante JC, Woodhams EJ. Patient Education About the Affordable Care Act Contraceptive Coverage Requirement Increases Interest in Using Long-Acting Reversible Contraception. *Women's Heal Issues*. 2017;27(2):152–7.
27. Pazol K, Zapata LB, Dehlendorf C, Malcolm NM, Rosmarin RB, Frederiksen BN. Impact of Contraceptive Education on Knowledge and

- Decision Making: An Updated Systematic Review. *Am J Prev Med.* 2018;55(5):703–15.
28. Haynes MC, Ryan N, Saleh M, Winkel AF, Ades V. Contraceptive Knowledge Assessment: validity and reliability of a novel contraceptive research tool. *Contraception.* 2017;95(2):190–7.
29. Skogsdal Y, Fadl H, Cao Y, Karlsson J, Tydén T. An intervention in contraceptive counseling increased the knowledge about fertility and awareness of preconception health—a randomized controlled trial. *Ups J Med Sci.* 2019;124(3):203–12.
30. Almeida N, Teixeira A, Garcia J, Martins N, Ramalho C. Effects of an educational intervention on angolan adolescents' knowledge of human reproduction: A quasi-experimental study. *Int J Environ Res Public Health.* 2019;16(24).
31. Vayngortin T, Bachrach L, Patel S, Tebb K. Adolescents' acceptance of long-acting reversible contraception after an educational intervention in the emergency department: A randomized controlled trial. *West J Emerg Med.* 2020;21(3):640–6.
32. Tang JH, Dominik RC, Zerden ML, Verbiest SB, Brody SC, Stuart GS. Effect of an educational script on postpartum contraceptive use: A randomized controlled trial. *Contraception.* 2014;90(2):162–7.
33. Lopez LM, Bernholc A, Chen M, Tolley EE. School-based interventions for improving contraceptive use in adolescents (Review). *Cochrane Database Syst Rev.* 2016;29(6):CD012249.
34. Lopez LM, Grey TW, Tolley EE, Chen M. Brief educational strategies for improving contraception use in young people. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016;2016(3):CD012025.
35. Jaramillo N, Buhi ER, Elder JP, Corliss HL. Associations Between Sex Education and Contraceptive Use Among Heterosexually Active, Adolescent Males in the United States. *J Adolesc Heal.* 2017;60(5):534–40.
36. Budhwani H, Hearld KR, Dionne-Odom J, Manga S, Nulah K, Khan M, et al. HIV Status and Contraceptive Utilization among Women in Cameroon. *J Int Assoc Provid AIDS Care.* 2019;18:1–7.

37. Oduyebo T, Zapata LB, Boutot ME, Tepper NK, Curtis KM, D'Angelo D V., et al. Factors associated with postpartum use of long-acting reversible contraception. *Am J Obs Gynecol.* 2019;221(1):43.e1-43.e11.
38. Allen RH, Kaunitz A, Bartz D. Use of Hormonal Contraception in Women With Coexisting Medical Conditions. *Obs Gynecol.* 2019;133(2):e128–50.
39. Alspaugh A, Barroso J, Reibel M, Phillips S. Women's Contraceptive Perceptions, Beliefs, and Attitudes: An Integrative Review of Qualitative Research. *J Midwifery Women's Heal.* 2020;65(1):64–84.



GOBIERNO DE
MÉXICO



ANEXOS

Anexo 1. Hoja de recolección de datos

Folio: _____

Fecha: _____

Edad: _____

Ocupación: _____

Escolaridad: _____

IMC: _____

Categoría MEC: _____

Métodos de planificación familiar (actual): _____

Métodos de planificación familiar (posterior al taller):

Comorbilidades: _____

PLANIFICACIÓN FAMILIAR



MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS



Pastillas



Inyecciones



Implante Subdérmico



VASECTOMÍA



OTB
(Salpingoclasia)
OCLUSIÓN
TUBARIA BILATERAL



DIU



Condón



Implante Dérmico (parches)



Por un **FUTURO** Mejor

PUEDES SOLICITARLOS GRATUITAMENTE

En **Cualquier** Unidad de Salud

Anexos 2. Material de información de planificación familiar




SABER ES:
Poder tomar decisiones conscientes y responsables.

LA SALUD REPRODUCTIVA ES COMPROMISO DE TODOS

Los servicios de planificación familiar son gratuitos.

Para mayor información, acuda a la Unidad de Medicina Familiar del IMSS, o del Sector Salud que le corresponda.

NO tire el folleto, Regálelo a otra persona.





ES TU VIDA ES TU FUTURO HAZLO SEGURO

www.imss.gov.mx
www.gobiernofederal.gov.mx

Métodos anticonceptivos




Una buena opción para la protección anticonceptiva de la mujer





¿QUÉ SON?

Son sustancias, objetos o procedimientos que evitan que la mujer quede embarazada. Permiten tener el control de la natalidad, ayudando a las parejas a decidir si desean o no tener hijos hasta el momento en que estén preparadas para ello.




MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS TEMPORALES

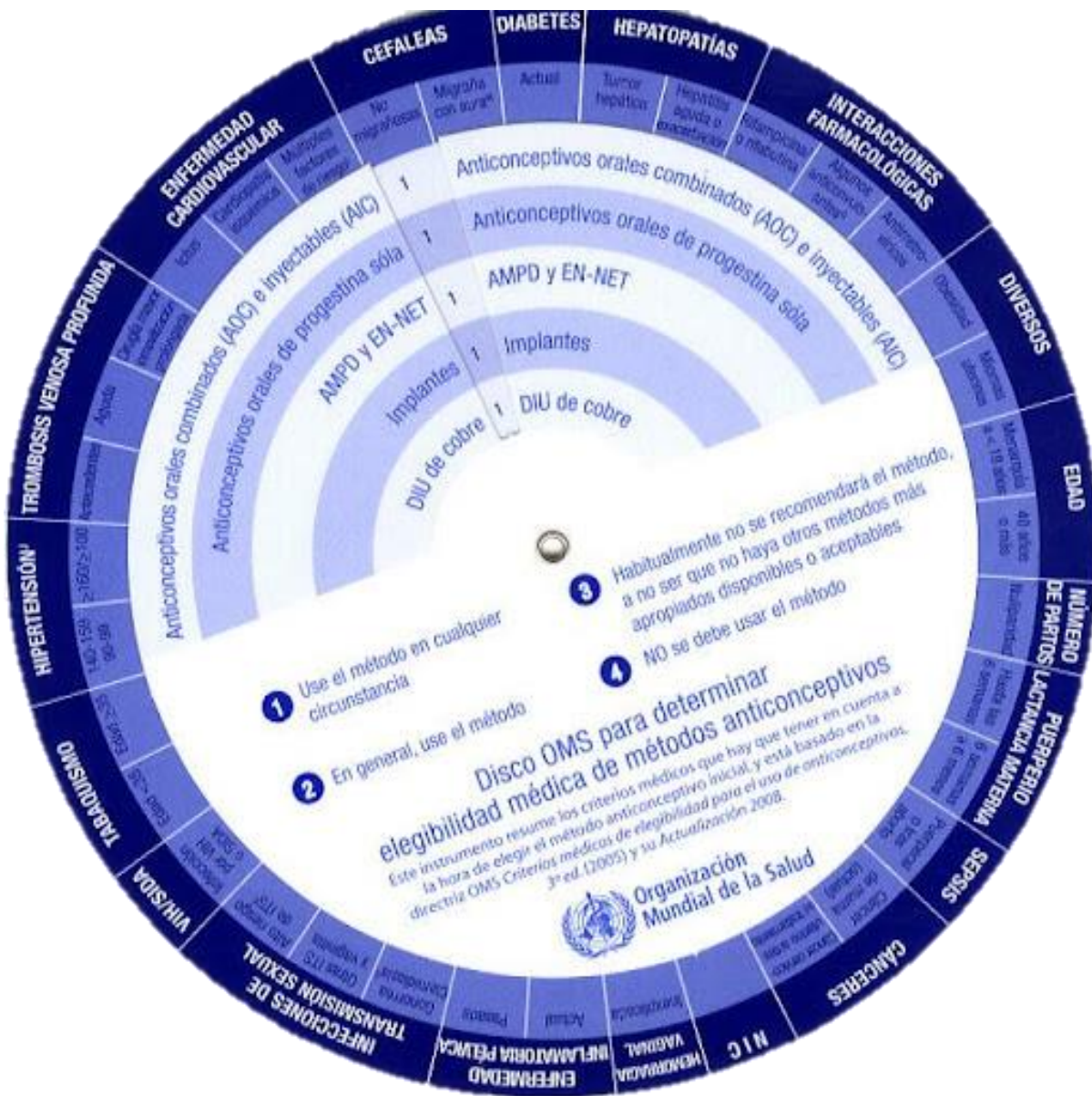
INYECCIONES Efectividad 99%	Contienen hormonas que previenen la ovulación. Son de dos tipos, los que contienen estrógeno y progesterona y los que solo tienen progesterona. Las pueden usar: adolescentes, niñas y niñas que usen condones, mujeres para ampliar el tiempo entre uno y otro embarazo o después de un aborto. *Puede utilizarse como método de larga duración. *Permite el regreso a la fertilidad una vez interrumpido su uso.	*Ojalá el tipo de tableta sea inyectado al nivel codo del brazo izquierdo. *No debe utilizarse como método de larga duración. *Las más conocidas son los combinados de cada mes. *Permite el regreso a la fertilidad una vez interrumpido su uso.
PASTILAS Efectividad 99%	Contienen hormonas que retrasan la ovulación. Son de dos tipos, las que contienen estrógeno y progesterona y las que solo tienen progesterona. Las pueden usar: adolescentes, niñas y niñas que usen condones, mujeres para ampliar el tiempo entre uno y otro embarazo o después de un aborto. *Se toma una tableta diaria, de preferencia a la misma hora todos los días. *Las tabletas vienen en presentación de 21 tabletas (estrógeno y progesterona) y 28 tabletas (solo progesterona). *Permite el regreso a la fertilidad una vez interrumpido su uso.	*Se toma una tableta diaria, de preferencia a la misma hora todos los días. *Las tabletas vienen en presentación de 21 tabletas (estrógeno y progesterona) y 28 tabletas (solo progesterona). *Permite el regreso a la fertilidad una vez interrumpido su uso.
DIAPHRAGMA Efectividad 92%	Es una vaina de plástico pequeña (del tamaño de un corchillo) que libera hormonas para una mujer que evita la ovulación. Las pueden usar: todas las mujeres mayores de 18 años y con un peso menor de 40 kg, que deseen evitar un embarazo al menos por tres años. *Se aplica y retira antes de tener relaciones sexuales. *Permite el regreso inmediato a la fertilidad una vez retirado.	*La vaina se inserta debajo de la piel del brazo izquierdo. *Puede utilizarse como método de larga duración (hasta tres años). *La aplicación y retiro deben realizarse por personal capacitado. *Permite el regreso inmediato a la fertilidad una vez retirado.
CONDÓN MASCULINO Efectividad 98%	Es una funda o cubierta de látex que contiene un receptáculo para almacenar el semen ejaculado. Las pueden usar: todos los parejas que además de querer evitar un embarazo quieran protegerse de infecciones de transmisión sexual. *Hombre iguala dentro del condón. Para retirarlo se sujeta el condón desde la base, se amarra antes de tirarlo a la basura. Se usa un condón nuevo en cada relación sexual. *Se coloca descomprimiendo sobre el pene erecto antes del coito. Generalmente viene lubricado.	*Se debe revisar que el paquete esté íntegro y la fecha de caducidad vigente. *Se coloca descomprimiendo sobre el pene erecto antes del coito. Generalmente viene lubricado. *Hombre iguala dentro del condón. Para retirarlo se sujeta el condón desde la base, se amarra antes de tirarlo a la basura. Se usa un condón nuevo en cada relación sexual.
CONDÓN FEMENINO Efectividad 95%	Funda transparente de poliuretano, con dos anillos, el extremo cerrado es para mantener el condón pegado al cuello uterino y el extremo abierto y más ancho permanece fuera de la vagina cubriendo los genitales de la mujer. Las pueden usar: todas las parejas que además de querer evitar un embarazo quieran protegerse de infecciones de transmisión sexual. *Se coloca antes de tener una relación sexual. *Ninguno de los condones masculinos es desechable y se utiliza uno por cada relación sexual. *Se debe revisar que el paquete esté íntegro y la fecha de caducidad vigente.	*Se coloca antes de tener una relación sexual. *Ninguno de los condones masculinos es desechable y se utiliza uno por cada relación sexual. *Se debe revisar que el paquete esté íntegro y la fecha de caducidad vigente.
DIAPHRAGMA Efectividad 92%	Es un pequeño anillo de plástico, flexible, con un alambre o manguitos de cobre. Impide que el espermatozoide alcance el óvulo y lo fecunde. También existen los DIU medicados con levonorgestrel. Las pueden usar: mujeres de cualquier edad y aquellas que tienen controlada el uso de anticonceptivos hormonales. *Se inserta en el útero de la mujer, generalmente durante la menstruación. *También puede insertarse después de un parto, de una cesárea o de un aborto. *Previene el embarazo por un periodo de 10 años. Se puede retirar en cualquier momento. *Su inserción y retiro requiere de personal capacitado.	*Se inserta en el útero de la mujer, generalmente durante la menstruación. *También puede insertarse después de un parto, de una cesárea o de un aborto. *Previene el embarazo por un periodo de 10 años. Se puede retirar en cualquier momento. *Su inserción y retiro requiere de personal capacitado.

MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS DEFINITIVOS

PARCHES Efectividad 99%	Se parece a una banda adhesiva, libera una combinación de hormonas que contienen estrógeno y progesterona de una forma constante a través de la piel. Las pueden usar: adolescentes, mujeres para ampliar el tiempo entre uno y otro embarazo. *Método de 3 parches al mes. *Excelente adhesión, aún en diferentes condiciones de humedad, temperatura y calor. *Permite el regreso a la fertilidad una vez interrumpido su uso.	*Se realiza de manera simple y rápida. *Elimina para siempre la preocupación de prevenir un embarazo. *Es irreversible y permanente. *No es efectivo de manera inmediata. *Se requiere tres meses para que sea efectivo por así convenir a sus intereses. *No afecta el placer o el desempeño sexual masculino.
VALECTOMÍA Efectividad 99%	Consiste en cortar los conductos deferentes en los hombres para impedir que haya espermatozoides en el semen que puedan embarazar a la mujer. Las pueden solicitar: hombres que no desean más hijos o que lo desean por así convenir a sus intereses. *Es un procedimiento simple y seguro.	*Elimina para siempre la preocupación de prevenir un embarazo. *Es irreversible y permanente. *No es efectivo de manera inmediata. *Se requiere tres meses para que sea efectivo por así convenir a sus intereses. *No afecta el placer o el desempeño sexual masculino.
OCCLUSIÓN TUBARIA Efectividad 99%	Consiste en cortar o bloquear los trompas uterinas en las mujeres para prevenir que el óvulo y el espermatozoide se unan. Las pueden solicitar: las mujeres que no desean más hijos o que lo desean por así convenir a sus intereses. *Es irreversible y permanente. *Suele implicar hospitalización.	*Elimina definitivamente la preocupación de quedar embarazada y no afecta el placer. *Puede realizarse posterior a un parto, una cesárea, un aborto o en cualquier momento de la etapa reproductiva.



Anexo 3. Disco OMS para determinar la elegibilidad medica de los métodos anticonceptivos.



Mexicali Baja California a 04 de febrero de 2022

CARTA DE NO INCONVENIENTE

COMITÉ LOCAL DE INVESTIGACIÓN EN SALUD 204

COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN 2048

PRESENTE

Por este medio, me permito hacer de su conocimiento que estoy enterado de la propuesta de investigación titulada:

“EFECTO DE UN TALLER DE SENSIBILIZACIÓN PARA LA ADOPCIÓN DE MÉTODO ANTICONCEPTIVO EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL CON COMORBILIDADES ADSCRITAS A LA UMF No 28 DE MEXICALI B.C.”

Que de ser aprobada, no tengo inconveniente en que se lleve a cabo en la Unidad de Medicina Familiar No. 28 para lo cual se designa a la Dra. Vanessa Johanna Caro, con matrícula 99264825 adscrito a la UMF No. 28 como **investigador responsable**, en cual Se le invitará a participar con su consentimiento en un estudio que incluye un taller de capacitación donde se le explicará la importancia de los métodos anticonceptivos y su uso adecuado conforme a las enfermedades que conllevan riesgo para la salud y una entrevista para reconocer algunos datos personales.

En caso de ser aprobado el proyecto, se le brindarán todas las facilidades para el desarrollo del mismo.

Sin más por el momento, quedo atento a comentarios o aclaraciones.


Atentamente



Dr. José Ramiro Herrera López
Director de la Unidad de Medicina Familiar No. 28 IMSS



Anexo 5. Carta descriptiva sobre intervención educativa

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL CARTA DESCRIPTIVA			
INTERVENCIÓN: TALLER DE SENSIBILIZACIÓN PARA LA ADOPCIÓN DE MÉTODO ANTICONCEPTIVO EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL CON COMORBILIDADES		DIRIGIDO A: Mujeres en edad fértil con comorbilidades adscritas en la UMF No. 28 de Mexicali B.C.	
INVESTIGACIÓN PRINCIPAL: Dr. Cristhian Villalvazo Sumaya	MODALIDAD: Taller	HORA: 17:00 pm FECHAS: Abril y mayo de 2022 LUGAR: Aula C de la UMF No. 28 SESIONES: 1 DURACION: 90 minutos	
EXPERTO INVITADO: Dr. Adalberto Ruiz Pérez			
OBJETIVO: Que las mujeres en edad fértil portadoras de enfermedades como diabetes mellitus, hipertensión arterial, obesidad, enfermedad cardiaca, lupus eritematosos sistémico, artritis reumatoide, virus de inmunodeficiencia humana, hipertiroidismo o hipotiroidismo, enfermedad renal, epilepsia y pacientes que reciban agentes quimioterapéuticos, conozcan los métodos anticonceptivos de mejor elección y sean capaces de adoptar un método de panificación familiar más adecuado acorde a sus necesidades particulares.			
DURACIÓN	CONTENIDO TEMÁTICO	OBJETIVO	AUXILIAR DIDÁCTICO
10 minutos	Conceptos de planificación familiar	Difundir o hacer de conocimiento el concepto de planificación familiar.	Proyector de imágenes
20 minutos	Tipos de métodos anticonceptivos	Que la paciente reconozca los diferentes tipos de métodos anticonceptivos.	Expositiva, demostrativa y tríptico
20 minutos	Principales comorbilidades en las mujeres en edad fértil	Que la mujer reconozca las principales patologías medicas en la edad fértil que pueden complicar un embarazo o que el embarazo pueda empeorar su condición salud	Proyector de imágenes
20 minutos	Criterios de elegibilidad medica	Que la mujer reconozca los principales criterios para la elección de método anticipativo, que características se toman en cuenta al momento de prescribirlos	Proyector de imágenes
20 minutos	Aplicación de los criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos	Que la mujer conozca los métodos anticonceptivos de mejor elección y sean capaces de adoptar un método de panificación familiar más adecuado acorde a sus necesidades particulares.	Criterios de elegibilidad medica

Anexo 6. Consentimiento informado



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y
POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	Efecto de un taller de sensibilización para la adopción de método anticonceptivo en mujeres en edad fértil con comorbilidades adscritas a la UMF No. Mexicali.
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica
Lugar y fecha:	Unidad de Medicina Familiar no. 28, IMSS, Mexicali Baja California, en abril y mayo de 2022
Número de registro:	R-2022-204-041
Justificación y objetivo del estudio:	Es importante que las mujeres en edad fértil portadoras de enfermedades como diabetes mellitus, hipertensión arterial, obesidad, enfermedad cardíaca, lupus eritematosos sistémico, artritis reumatoide, virus de inmunodeficiencia humana, hipertiroidismo o hipotiroidismo, enfermedad renal, epilepsia y pacientes que reciban agentes quimioterapéuticos, conozcan los métodos anticonceptivos de mejor elección y sean capaces de adoptar un método de planificación familiar más adecuado acorde a sus necesidades particulares, el objetivo es crear conciencia entre las mujeres en edad fértil que aún no se deciden por utilizar un método anticonceptivo, para informarles del beneficio sobre la fertilidad.
Procedimientos:	Se le invitará a participar con su consentimiento en un estudio que incluye un taller de capacitación donde se le explicará la importancia de los métodos anticonceptivos y su uso adecuado conforme a las enfermedades que conllevan riesgo para la salud y una entrevista para reconocer algunos datos personales.
Posibles riesgos y molestias:	Dado que se trata de un estudio donde se otorgará un taller de 1 hora y media y después se aplicarán preguntas, no existen riesgos relacionados con este procedimiento, sin embargo, puede que se sienta incomoda con el tiempo que dure el taller
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Se le explica que los principales beneficios es que tenga conocimiento sobre que métodos anticonceptivos son los de mayor beneficio con menor riesgo para su salud y de ser necesario podrá tomar la opción de cambiar de método por uno más adecuado, de larga duración o definitivo.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Se le otorgará información actualizada sobre los beneficios que surjan durante la investigación que pudieran ser ventajosas para usted como paciente.
Participación o retiro:	Su participación en el estudio es totalmente voluntaria, se le ha explicado que usted decide libremente si es su deseo participar o no en el estudio; por lo tanto, se puede retirar en cualquier momento que decida, sin que eso afecte su atención médica en el instituto.
Privacidad y confidencialidad:	Su información personal no será pública ni se utilizará en presentaciones o publicaciones que se deriven de este estudio y se guardará siempre la confidencialidad de su información.
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	Dra. Vanessa Johanna Caro (vanessa.caro@imss.gob.mx),
Investigador Responsable:	
Colaboradores:	Dr. Cristhian Villalvazo Sumaya (cristhian_vs_5@hotmail.com), Dr. Adalberto Ruiz Pérez (dr.adalbertoruiz@gamil.com), Dra. Madtie de León Aldaba (madtie.deleon@imss.gob.mx).

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

Nombre y firma del sujeto

Testigo 1

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre y forma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

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

Clave: 2810-009-013

Anexo 7. Cronograma de actividades

Actividad	Enero a octubre 2021	Noviembre 2021 a marzo 2022	Abril 2022	Mayo 2022	Junio a julio 2022	Agosto 2022
Elaboración del protocolo	X					
Registro en SIRELCIS		X				
Recolección de datos			X	X		
Captura de base de datos			X	X		
Análisis de resultados					X	
Discusión de resultados					X	
Conclusiones					X	X
Entrega						X

Anexo 8. Autorizaciones (SIRELCIS)



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud 204.
H GRAL REGIONAL NUM 20

Registro COFEPRIS 17 CI 02 004 049
Registro CONBIOÉTICA CONBIOÉTICA 02 CEI 004 2018081

FECHA Miércoles, 09 de marzo de 2022

Mtra. vanessa johanna caro

PRESENTE

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de Investigación con título **EFFECTO DE UN TALLER DE SENSIBILIZACIÓN PARA LA ADOPCIÓN DE MÉTODO ANTICONCEPTIVO EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL CON COMORBILIDADES ADSCRITAS A LA UMF No. 28 MEXICALI.** que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A P R O B A D O**:

Número de Registro Institucional

R-2022-204-041

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

ATENTAMENTE

Dr. Juan pablo robles noriega
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 204

Imprimir

IMSS

SEGURIDAD Y SALUD SOCIAL