



BUAP



**BENEMERITA UNIVERSIDAD AUTONOMA DE PUEBLA
FACULTAD DE MEDICINA
HOSPITAL DE LA MUJER PUEBLA**

**“ACEPTACION DE METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR EN MUJERES
CON COMORBILIDADES Y PUERPERIO PATOLOGICO”**

Presenta: GLORIA PATRICIA ZUÑIGA TAPIA

**TESIS PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALIDAD EN GINECOLOGIA
Y OBSTETRICIA**

ASESOR EXPERTO

DRA MARIA DEL SOCORRO CABRERA SALGADO

ASESOR METODOLOGICO

DRA ALMA CAROLINA FLORES HERNANDEZ

H. PUEBLA DE Z. FEBRERO 2025



DICTAMEN DE AUTORIZACIÓN

SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO DE PUEBLA HOSPITAL DE LA MUJER DE PUEBLA JEFATURA DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN AUTORIZACIÓN DE TESIS

Este trabajo fue realizado en el Hospital de la Mujer de Puebla que pertenece al Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (IMSS-BIENESTAR), con el título: **“ACEPTACION DE METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR EN MUJERES CON COMORBILIDADES Y PUERPERIO PATOLOGICO”** durante el periodo Mayo 2023 a Enero 2024 por la Dra. Gloria Patricia Zuñiga Tapia y bajo dirección de la Dra. María del Socorro Cabrera Salgado y la Dra. Alma Carolina Flores Hernández. Se hace constar que el contenido científico y la estructura metodológica han sido revisados de acuerdo a los lineamientos establecidos, por lo que se autoriza su impresión.

Dra. María del Socorro Cabrera Salgado

Asesor Experto

Médica adscrita de Ginecología y Obstetricia
HMP

**Dra. Alma Carolina Flores
Hernández**

Asesor Metodológico

Coordinadora de Investigación
Hospital de la mujer Puebla

Dr. Octavio Felipe Gamiño Márquez

Jefe de Enseñanza e Investigación

Hospital de la Mujer de Puebla

AGRADECIMIENTOS

A Dios por darme salud a mí y a mi familia ya que sin ellos nada de esto hubiese sido posible.

A mis padres por trabajar por mis sueños como si fuesen los suyos, por su apoyo incondicional y por enseñarme el valor de la perseverancia, el sacrificio y el esfuerzo.

A mis hermanos por acompañarme e inspirarme a dar siempre lo mejor.

A Iván por estar conmigo desde el día uno, en los días malos y los peores, por motivarme y por ser mi cómplice en este camino.

A mis asesoras de estas tesis por todo su apoyo para realizar este trabajo y por todas sus enseñanzas para concluir con éxito la realización del mismo.

A mis maestros del Hospital de la Mujer por confiar y guiarme con paciencia, por compartir conmigo todos sus conocimientos, y por darme la oportunidad de crecer cada día hasta lograr convertirme en lo que ahora soy.

.

INDICE

Contenido

1. Resumen.....	5
2. Abstract	6
3. Antecedentes.....	7
3.1Antecedentes generales	7
3.2Antecedentes específicos.....	11
4. Justificación	18
5. Planteamiento del problema	19
6. Objetivos.....	20
6.1 Generales	20
6.2 Específicos	20
7. Material y métodos	21
8.Resultados	22
9. Discusión	35
10.Conclusion	39
11.Bioetica	40
12. Anexos	41
13.Bibliografía	44

1.RESUMEN

INTRODUCCION: Realizar un estudio con los antecedentes y datos clínicos de las pacientes que cursaron con patologías durante su puerperio permite identificar factores de riesgo que pueden complicar un siguiente embarazo y aplicar sobre todo en esta población la consejería adecuada sobre planificación familiar.

OBJETIVO: Identificar las principales causas de no aceptación de métodos de planificación familiar en mujeres puérperas, así como las principales comorbilidades y complicaciones en el puerperio de pacientes tratadas en el Hospital de la Mujer Puebla, en el periodo de Mayo 2023 a Enero 2024. **MATERIAL Y METODOS:** Estudio analítico, prospectivo, observacional y transversal. La muestra fue de 65 pacientes en el hospital de la mujer puebla durante el periodo de mayo 2023 a enero 2024, mediante el programa estadístico SPSS versión 25 usando estadística descriptiva calculándose media ,mediana y desviación estándar , frecuencias, porcentajes. **RESULTADOS:** De las 65 pacientes atendidas en el hospital de la Mujer Puebla encontramos una media para la edad fue de 24.9 ± 6.6 , con una edad mínima de 14 y máxima de 42; para el número de embarazo la media fue de 1.97 ± 1.3 ; con un mínimo de 1 y máximo de 9. El principal diagnostico fue preeclampsia con un 32.3% seguido de la hemorragia obstétrica. Posterior a la consejería el 66.1 % de las pacientes que recibieron atención en el HMP decidieron colocarse un método de planificación familiar. **CONCLUSION:** Se debe realizar una adecuada capacitación desde el primer nivel de atención sobre planificación familiar enfocada a grupos de riesgo con características para desarrollar un embarazo y puerperio complicado y reforzar la consejería realizada en todos los servicios de nuestra unidad.

2. ABSTRACT

INTRODUCTION: Conducting a study with the background and clinical data of patients who suffered from pathologies during their postpartum period allows us to identify risk factors that may complicate a subsequent pregnancy and to apply, especially in this population, appropriate counseling on family planning.

OBJECTIVE: To identify the main causes of non-acceptance of family planning methods in women with comorbidities and complications in the postpartum period treated at the Puebla Women's Hospital, in the period from May 2023 to January 2024. **MATERIAL AND METHODS:** Analytical, prospective, observational and cross-sectional study. The sample was 65 patients at the Puebla Women's Hospital during the period from May 2023 to January 2024, using the SPSS statistical program version 25 using descriptive statistics, calculating mean, median and standard deviation, frequencies, percentages. **RESULTS:** Of the 65 patients treated at the Hospital de la Mujer Puebla, we found an average age of 24.9 +/- 6.6, with a minimum age of 14 and a maximum of 42; for the number of pregnancies the average was 1.97 +/- 1.3; with a minimum of 1 and a maximum of 9. The main diagnosis was preeclampsia with 32.3% followed by obstetric hemorrhage. After counseling, 66.1% of the patients who received care at the HMP decided to use a family planning method. **CONCLUSION:** Adequate training should be provided from the first level of care on family planning focused on risk groups with characteristics to develop a complicated pregnancy and puerperium and reinforce the counseling carried out in all services of our unit.

3.ANTECEDENTES

3.1 Antecedentes generales

En nuestro país existe una alta y evidente necesidad de disminuir las tasas de embarazo no planificado, en el mundo aún existe una alta tasa de embarazo no planeados a pesar de la disponibilidad anticonceptiva el 50% de los embarazo no deseados culmina en aborto. [1]

Un embarazo no planificado impone una carga personal y al sistema de salud, los nacimientos resultantes de un embarazo no deseado pueden impactar negativamente en la madre (ej. Depresión, mal control de enfermedades crónicas, no atención medica oportuna) también afecta al sistema de salud Incremento en el costo asociado con aborto inducido, cuidados post aborto, cuidados prenatales, atención del parto y tratamiento de complicaciones asociadas. [1]

Entre los años 2000 y 2019, la prevalencia del uso de anticonceptivos modernos en mujeres en edad reproductiva aumentó a nivel mundial tan solo un 2%: del 55,0% (IC95%: 53,7% a 56,3%) al 57,1% (IC95%: 54,6% a 59,5%). Entre las causas de este lento aumento encontramos la escasa oferta de métodos; el acceso limitado a los servicios de planificación familiar, sobre todo tratándose de personas jóvenes, con menos recursos; el miedo a las reacciones adversas; la oposición por razones culturales o religiosas; la mala calidad de los servicios disponibles; los prejuicios de otros usuarios e incluso profesionales de salud contra algunos métodos, y los obstáculos para acceder a los servicios. [1]

La evidencia científica señala que las mujeres en edad reproductiva y que presentan mayor mortalidad, son las que se embarazan a una edad temprana (menores de 20 años) o las que deciden hacerlo después de los 35 años, así como quienes presentan sobrepeso, obesidad, diabetes, hipertensión arterial o así como otro tipo de enfermedad concomitante y/o discapacidad. Es por eso que a todas las pacientes en cada consulta que se otorgue se debe valorar el riesgo reproductivo y se debe proporcionar información sobre los beneficios de posponer o evitar un embarazo que condicione potencialmente una elevada morbilidad y mortalidad materna. (2) En México, alrededor de la quinta parte de los embarazos en menores de 20 años son embarazos subsecuentes. Además, se ha identificado que las mujeres

indígenas tienen una mayor tasa de fecundidad adolescente, así como un temprano debut sexual, unión y maternidad comparado con la población no indígena. ^[2]

En el contexto mexicano, 98.1% de las gestantes recibe atención prenatal y 98.3% de los partos de éstas se atienden institucionalmente. Esto es muy importante al hablar de la estrategia de anticoncepción post evento obstétrico (APEO) ya que esta es la que se promueve durante el embarazo, parto, posaborto, puerperio y hasta 12 meses después del evento obstétrico. ⁽³⁾

Una de las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) es la oferta y promoción del APEO ya que favorece periodos intergenésicos más largos, lo que contribuye a prevenir embarazos subsecuentes no planificados y reducir la mortalidad materno-infantil. ⁽³⁾

El puerperio definido como periodo comprendido desde el parto hasta aproximadamente 6-8 semanas después, en el que los cambios fisiológicos que han tenido lugar durante el embarazo revierten y el útero recupera su tamaño normal. ⁽⁴⁾

Además es el momento ideal en el cual se debe hacer prioridad para realizar intervenciones acerca de la planeación de los siguientes embarazos ya que la planificación familiar puede evitar más del 30 % de la mortalidad materna y del 10 % de la mortalidad infantil si las parejas logran espaciar los embarazos con intervalos de más de 2 años además de que el mayor riesgo de mortalidad infantil se da cuando los intervalos entre el parto y el embarazo siguiente son muy breves (< 12 meses). Si todas las parejas esperaran 24 meses para volver a concebir, la mortalidad de los niños menores de 5 años disminuiría en un 13 %. Si las parejas esperaran 36 meses, la disminución sería hasta del 25 %. ⁽⁵⁾

El método de planificación familiar ideal se deberá promover tomando en cuenta las patologías que compliquen el puerperio, entre las cuales en este estudio se abordaran las siguientes:

Enfermedades hipertensivas del embarazo (Preclampsia, eclampsia, HAS crónica con preclampsia sobreaguda), Diabetes gestacional y pregestacional, Síndrome de Hellp, Eclampsia, enfermedades cardiovasculares, enfermedades neurológicas, pacientes post hemorragia obstétrica entre otras que tienen impacto en los ingresos a la UCI de nuestra

unidad como lo son enfermedad tromboembólicas (TEP, trombosis venosa cerebral) así como complicaciones relacionadas a sepsis en el puerperio.

Se debe evaluar de forma independiente las comorbilidades que presente cada paciente y saber cuál es la mejor forma de APEO para cada una esto en base a los criterios de elegibilidad de la OMS los cuales se clasifican en cuatro categorías ⁽⁶⁾:

Categoría	Con criterio clínico	Criterio clínico limitado
1	Use el método en cualquier circunstancia	SÍ
2	Generalmente use el método	SÍ
3	No se recomienda habitualmente el uso del método salvo que otros métodos apropiados no estén disponibles o no sean aceptables	NO
4	No se debe usar el método	NO

FUENTE: CRITERIOS MEDICOS DE ELEGIBILIDAD DE LA OMS 2015

Además se debe tomar en cuenta las interacciones que tienen algunos métodos de planificación familiar con otros medicamentos, esto mediado por el metabolismo de algunos anticonceptivos y su relación con el Citocromo P450, ya que su inducción aumenta el metabolismo y disminuye el efecto clínico y su inhibición disminuye el metabolismo del medicamento y aumenta los efectos secundarios o se produce toxicidad, por lo tanto es importante mencionar lo siguiente:

Medicamentos que INDUCEN P450: disminuyen la eficacia anticonceptiva		Medicamentos que INHIBEN P450: aumentan los niveles hormonales	
Antiepilépticos	Carbamazepina	Antibióticos	Eritromicina
	Fenobarbital	Antifúngicos	Fluconazol, ketoconazol
	Fenitoína	Antirretrovirales	Atazanavir
	Topiramate	AINES	Etoricoxib
Antibióticos	Rifampicina	Estatinas	Atorvastatina
Antirretrovirales	Efavirenz		Roxubastatina
	Nevirapina		

Fuente: Fondo de Población de las Naciones Unidas. (2020). Taller de capacitación planificación familiar y anticoncepción en México. Prescripción de métodos anticonceptivos. Manual de facilitación

Y, en algunos casos la concentración hormonal es importante si nos centramos en un caso de puerperio patológico, los estrógenos y la progesterona reducen niveles plasmáticos de Lorazepam, ⁽⁶⁾

La eficacia anticonceptiva de los dispositivos intrauterinos y del acetato de medroxiprogesterona no se ve afectada por la interacción con medicamentos. Por tanto, deben ser de elección en mujeres que usen medicamentos inductores enzimáticos ⁽⁷⁾

En un estudio reciente realizado en más de 30 países 46 países, se encontró que el riesgo de mortalidad materna aumenta a cuatro o más conforme aumenta la cantidad de hijos por mujer. En ese mismo estudio, de igual manera se observó que la mortalidad materna descendía de un 7 % a un 35 % conforme disminuía la cantidad de hijos por mujer. Por consiguiente, la planificación familiar post parto además de ayudar a las mujeres que tienen la necesidad de limitar embarazos en el futuro, contribuye con la disminución de las tasas de mortalidad materna. ⁽²⁾

Es importante también mencionar que después del parto, las puérperas permanecen amenorreicas durante períodos variables, esto según sus prácticas de lactancia. Para las mujeres que no llevan a cabo la lactancia, el embarazo puede producirse dentro de los 45 días después del parto y pueden quedar embarazadas antes del retorno de la menstruación. ⁽⁵⁾

Si la mujer se encuentra otorgando lactancia materna exclusiva y de la misma forma la está utilizando como método de planificación debe pasar a otro método anticonceptivo cuando el bebé cumpla los 6 meses.⁽⁵⁾

Si se logran las metas de planificación familiar dentro del puerperio a nivel mundial evitaríamos 54 millones de embarazos no deseados 26 millones de abortos (de los cuales 16 millones serían peligrosos) 7 millones de abortos espontáneos 79.000 muertes maternas 1,1 millones de muertes infantiles ⁽⁸⁾

• 3.2 ANTECEDENTES ESPECIFICOS

Se denomina puerperio al lapso de tiempo después del embarazo, sin importar la duración de la gestación y el tipo de parto, nazca el producto vivo o muerto y sea cual sea el modo de obtención del producto, durante el cual se invierten los cambios funcionales y anatómicos del embarazo y el cuerpo vuelve a su estado normal no gestacional.

Se ha clasificado de la siguiente manera:

Puerperio inmediato: Comprende las primeras 24 horas después del parto.

Puerperio mediato: Desde las 24 horas postparto, hasta la primera semana después del parto.

Puerperio tardío: Comprende desde la primera semana hasta las seis semanas posteriores al parto (algunos autores consideran que puede llegar hasta ocho semanas postparto). ⁽⁹⁾

Existen muchas patologías dentro del puerperio, sin embargo, las comorbilidades que más impactan a nuestra población dentro del hospital son las siguientes:

Las alteraciones hipertensivas son las complicaciones más comunes del embarazo. Complican aproximadamente el 10% de todos los embarazos y son de las principales causas de morbilidad y mortalidad en las madres y neonatos a nivel mundial. Llegan a causar del 10-15% de las muertes de madres en los países en desarrollo. ⁽⁹⁾

El término de hipertensión en el embarazo comprende una gran variedad de condiciones en las cuales la presión sanguínea varía enormemente:

Hipertensión previa a la gestación: Elevación de cifras tensionales previo a las primeras 20 semanas. Se asume que se trata de hipertensión crónica no diagnosticada previamente. ⁽⁹⁾

Hipertensión crónica: HTA presente antes de la gestación o diagnosticada antes de la semana 20 de gestación. Puede ser primaria (esencial) o secundaria a otros procesos.

Hipertensión gestacional (HG): Presencia de una presión arterial sistólica (PAS) \geq 140 mmHg o presión arterial diastólica (PAD) \geq 90 mmHg, en dos tomas separadas al menos 4 horas en el mismo. Con aparición después de las 20 semanas de gestación (SG). No asocia proteinuria ni otro signo de preeclampsia. Un 25% de los casos puede progresar a preeclampsia. ⁽⁹⁾

Preclampsia: HTA de nueva aparición después de las 20 semanas asociada a al menos uno de los siguientes criterios: Proteinuria, Disfunción orgánica materna, clínica o analítica, o disfunción útero placentaria.

Eclampsia: presencia de convulsiones en mujeres que cursen con preeclampsia, no atribuibles a alguna otra causa.

Preclampsia sobreañadida a hipertensión crónica: Empeoramiento brusco de la HTA o aparición de proteinuria o daño a órgano blanco.

Las mujeres que presentan hipertensión en su embarazo actual tienen hasta un 22 % de presentar cualquier tipo de estado hipertensivo en su siguiente gestación. **(9)**

Síndrome de HELLP conocido como una complicación obstétrica descrita en 1983 por Weinstein y caracterizada por la presencia de hemólisis, elevación de enzimas hepáticas (*elevated liverenzymes*) y plaquetopenia (*low platelet*) 15-20% de los casos se presenta sin proteinuria ni hipertensión arterial (HTA) a pesar de también conocerse como una complicación de la preeclampsia. Hablando del puerperio el síndrome de Hellp aparece en las primeras 48 horas, aunque puede presentarse hasta siete días después del parto y estas pacientes presentan un mayor riesgo de edema pulmonar e insuficiencia renal. El 70% de

los casos aparece antes del parto, desarrollándose el 80% por debajo de la semana 37 de gestación, y el 10% por debajo de la semana 27 de gestación. ⁽¹⁰⁾

Las patologías relacionadas a trombosis merecen especial atención en este estudio recordando que el embarazo es un estado protrombótico en el que los factores de la coagulación aumentan progresivamente para proteger a la mujer de hemorragias masivas en el parto. Este hecho aumenta el riesgo de sufrir trombosis venosa o arterial a distintos niveles. El riesgo de tromboembolismo pulmonar (TEP) en los primeros 3 meses después del parto es 30 veces superior en comparación con mujeres de la misma edad no púerperas. Los D- dímeros pueden estar aumentados de manera normal por lo que es necesario hacer un importante diagnostico diferencial. ⁽¹¹⁾

El estado de hipercoagulabilidad puede provocar trombosis a cualquier otro nivel, y también está aumentado el riesgo de infarto cerebral por trombosis arterial o embólico por disecciones tras un trabajo de parto prolongado, enfermedad cardiovascular no diagnosticada o como consecuencia cardiopatía dilatada del puerperio que aunque no sea muy frecuente no se debe descartar. ⁽¹¹⁾

Las mujeres con < 21 días posparto y sin otros factores de riesgo de trombosis venosa profunda, en general, no deben usar AHC (categoría 3 de los CME) hasta después de los 42 días se vuelve Categoría I. Sin embargo mujeres con \geq 21 días a 42 días posparto con otros factores de riesgo de trombosis, no deben usar AHC (categoría 3 de los CME) ⁽¹²⁾

La enfermedad cardiovascular (ECV) es la principal causa de mortalidad relacionada con el embarazo en América y ha aumentado gradualmente con el tiempo (de 7,2 a 17,2 muertes por cada 100 000 nacidos vivos entre 1987 y 2015). El aumento de la maternidad materna se ha atribuido al creciente número de mujeres en edad materna avanzada que se embaraza, y también relacionada a comorbilidades preexistentes. ⁽¹²⁾

Se han evaluado varias formas de evaluar el riesgo cardiovascular materno, pero la clasificación de la OMS sigue siendo el único método valido para la evaluación del riesgo. No obstante, la mayoría de los modelos han incluido factores que ya se ha demostrado aumentan el riesgo cardiovascular materno, incluido un evento cardiovascular previo,

antecedentes de arritmia, insuficiencia cardíaca previa, mala clase funcional, cianosis en reposo, tratamiento anticoagulante y presencia de una válvula mecánica. ⁽¹³⁾

La cardiopatía isquémica durante el embarazo constituye una condición rara pero potencialmente fatal y el periodo de mayor riesgo son el tercer trimestre y el post parto. Se debe prestar especial atención en el período posparto temprano, cuando los cambios drásticos de líquidos y los cambios en la poscarga pueden empeorar la hemodinámica subyacente. ⁽¹³⁾

Las mujeres con historia de cardiopatía grave, que incluye cardiopatía isquémica, evento cerebrovascular u otros trastornos embólicos, pueden usar AOC, LNG o anticoncepción de emergencia. (categoría 2) ⁽¹²⁾

Diabetes gestacional

Se encuentra definida como un grupo heterogéneo de padecimientos que tienen en común la alteración del metabolismo de los carbohidratos causando por la deficiencia absoluta o relativa de la secreción pancreática de Insulina o también como una disminución en su acción biológica a nivel celular. ⁽⁴⁾

Estos pacientes tienen un 40-70% de riesgo de por vida de progresión a diabetes tipo 2, un riesgo 9 veces mayor que las pacientes sin diabetes pero la progresión se puede retrasar o prevenir mediante intervenciones en el estilo de vida, por lo que el Colegio de Obstetras y Ginecólogos y la Asociación Americana de Diabetes recomiendan una prueba de tolerancia a la glucosa 4-12 semanas posparto para todas las pacientes con diabetes gestacional, pesar de las intervenciones recomendadas las tasas de detección posparto suelen ser <50%, las complicaciones relacionadas con la salud de estas pacientes son graves y costosas, incluyendo hipertensión crónica, enfermedad cardiovascular, insuficiencia renal, y ceguera. ⁽⁴⁾

Hemorragia obstétrica

Durante la gestación ocurre una serie de cambios en el volumen sanguíneo esto para soportar la circulación feto placentaria, y para proteger a la madre de una pérdida rápida durante el trabajo de parto. El “Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos” define la hemorragia

obstétrica como pérdida sanguínea de 1000 ml o más, independientemente si la resolución fue por parto o por cesárea. El embarazo es un estado de hipercoagulabilidad, factor a considerar principalmente para prevenir una hemorragia masiva después del parto. ⁽¹⁴⁾

La atonía uterina es la causa más frecuente de hemorragia pero los traumatismos del tracto genital (laceraciones cervicales y vaginales), la ruptura uterina, la retención de tejido placentario y los trastornos de coagulación materna, también pueden causarla. Aunque la mayoría de las mujeres que experimentan complicaciones por hemorragia no tienen factores de riesgo clínicos, la gran multiparidad y la gestación múltiple se asocian con un mayor riesgo de sangrado después del nacimiento ⁽¹⁴⁾

Durante el año 2019 se registraron 659 defunciones con una razón de mortalidad materna (RMM) de 33.4 defunciones por 100 000 nacidos vivos. El grupo de edad con mayor RMM es el de 45 a 49 años. La hemorragia obstétrica continúa estando en las dos primeras causas de muerte materna ⁽¹⁵⁾

SEPSIS MATERNA

La sepsis materna es definida como aquella que comienza durante el embarazo o el posparto, se considera responsable del 10,7 % de las muertes maternas a nivel mundial. En la bibliografía se estima que el 63% de las muertes maternas por sepsis pueden prevenirse, y que por cada muerte materna, hay 50 mujeres que experimentan riesgo importante de padecerla. ⁽¹⁶⁾

Las causas de la sepsis materna varían según el momento de la infección (p. ej., prenatal, intraparto o posparto). La endometritis es la causa más común de fiebre persistente en el puerperio, con una incidencia de hasta el 30%, especialmente en el caso de cesárea. ⁽¹⁶⁾

ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS EN EL EMBARAZO

Abordar a una paciente con enfermedades neurológicas en edad reproductiva involucra un reto único durante los periodos de preconcepción, intraparto y post parto. ⁽¹⁷⁾

Las mujeres con epilepsia que quedan embarazadas tienen un riesgo mayor de resultados perinatales adversos como trabajo de parto prematuro, muerte fetal, y parto por cesárea e incluso o muerte materna., no olvidando que 3 días posteriores al parto es el periodo de mayor exacerbación de las convulsiones. Por lo que es importante que desde las consultas prenatales se otorgue una adecuada consejería de planificación familiar. ⁽¹⁷⁾

En materia de anticoncepción debido a la inducción del sistema hepático del citocromo P-450, las fallas anticonceptivas aumentan en este grupo de pacientes hasta 10 veces más si toman de manera conjunta manejo anticonvulsivo. Entre los más comunes entran en esta categoría, incluyendo fenitoína, fenobarbital, carbamazepina, primidona, topiramato, oxcarbazepina y en menor medida lamotrigina. ⁽¹⁸⁾

La OMS recomienda elegir métodos anticonceptivos de acción prolongada, como los dispositivos intrauterinos de cobre o levonorgestrel y los implantes de etonogestrel debido a sus menores interacciones farmacológicas, pero se debe individualizar el riesgo beneficio en cada paciente. ⁽¹⁷⁾

Hay que hacer una revisión detallada de cada método anticonceptivo y en que categoría de elegibilidad se encuentra, tomando en cuenta las características importantes de cada paciente como lo es : edad, semanas o meses posparto, estado de la lactancia, tromboembolismo venoso, trastornos venosos superficiales, dislipidemias, sepsis en el puerperio, historia de enfermedad cardiovascular grave, enfermedad hepática grave, uso de inductores del CYP3A4, obesidad, mayor riesgo de infecciones de transmisión sexual ,etc. ⁽⁵⁾

La consejería sobre anticoncepción en general y, en particular de APEO, debe vincularse con la sexualidad, el placer, la responsabilidad y la importancia de una vida sexual plena, confiable y sin riesgo de un embarazo siguiente (ITS). ⁽⁵⁾

Los programas y las intervenciones de PFPP están diseñados para llegar a las mujeres en uno o más puntos de contacto específicos del sistema de salud, cuando estas acuden por

información y servicios, como lo son el trabajo de parto, durante el parto, y un porcentaje muy importante en el post parto e incluso después del alta. ⁽⁵⁾

• 4.JUSTIFICACION

El uso de métodos anticonceptivos fomenta el derecho de las personas a decidir el número de hijos que desean tener y el intervalo entre los embarazos.

Se calcula que en 2019 había 1900 millones de mujeres en edad reproductiva (entre 15 y 49 años) en el mundo, de las cuales 1112 millones precisan planificación familiar. De ellas, 842 millones utilizan métodos anticonceptivos y 270 millones tienen necesidades desatendidas en materia de anticoncepción.

El embarazo no planificado es un problema de salud pública mundial. En el 2012 40% de los embarazos a nivel mundial, fueron no planificados equivalente a 85 millones de los mismos. En el 2014 en México el 36.4% de los embarazos fueron no planificados y el 8.5% corresponde a mujeres de 15 a 19 años.

El porcentaje de mujeres en edad reproductiva con las necesidades de planificación familiar satisfechas con métodos modernos (que corresponde al indicador de los Objetivos de Desarrollo Sostenible [ODS]) era del 75,7% a nivel mundial en 2019.

Durante el año 2021 se colocó un total de 6389 métodos de planificación familiar en el Hospital de la Mujer de Puebla , incluyendo a mujeres post parto ,post cesárea y post aborto y se encontró que en pacientes provenientes de terapia intensiva o durante su estancia en esta solo el 69% era aceptante de algún método de planificación familiar , y en el año 2022 el porcentaje de APEO en pacientes púerperas provenientes de terapia intensiva disminuyó a un **58%** ,tomando en cuenta que la mayoría de las pacientes provenientes de esta unidad son pacientes con comorbilidades importantes como preeclampsia con criterios de severidad, Síndrome de Hellp , Eclampsia , Diabetes Pre gestacional o gestacional , enfermedades cardiovasculares ,enfermedades neurológicas , pacientes post hemorragia obstétrica entre otras, con un alto riesgo de mortalidad en su embarazo actual y en el estado del puerperio y además un porcentaje importante de las mismas se encuentra en un riesgo mayor al 50% de presentar la misma enfermedad en su siguiente embarazo o complicaciones más graves que las de su estado actual.

• 5. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El Hospital de la Mujer Puebla es una unidad de tercer nivel de atención y una sede de referencia para la atención de pacientes embarazadas con comorbilidades y factores de riesgo importantes, de las cuales una gran parte al egresar de esta unidad no aceptan ningún método de planificación familiar.

Por lo que consideramos importante conocer los factores asociados a la no aceptación o el no otorgar métodos anticonceptivos en estas pacientes, situación la cual no conocemos al respecto, por lo que se hace necesario realizar esta investigación para poder implementar medidas de prevención y hacer énfasis en los protocolos de manejo con el fin de aumentar la aceptación de métodos de planificación familiar que se ofertan en el Hospital de la Mujer y en consecuencia disminuir la mortalidad de nuestras pacientes al prevenir gestaciones próximas que pongan en peligro la vida del binomio.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN:

¿Los factores socioculturales interfieren de manera importante en la no aceptación de método anticonceptivo en paciente con alto riesgo en el puerperio?

HIPOTESIS CIENTIFICA:

Los factores socioculturales interfieren de manera importante en la no aceptación de método anticonceptivo en paciente con alto riesgo en el puerperio

HIPÓTESIS NULA

Los factores socioculturales NO interfieren de manera importante en la no aceptación de método anticonceptivo en paciente con alto riesgo en el puerperio

- **6.OBJETIVOS**

6.1OBJETIVOS GENERALES

Identificar las principales causas de no aceptación de métodos de planificación familiar en mujeres con comorbilidades y complicaciones en el puerperio tratadas en el Hospital de la Mujer Puebla, en el periodo de Mayo 2023 a Enero 2024.

6.2 OBEJTIVOS ESPECIFICOS

1. Describir la presencia de comorbilidades en puérperas de alto riesgo como Preeclampsia sin o con criterios de severidad, eclampsia, Síndrome de HELLP, Diabetes Mellitus, Hipotiroidismo, Enfermedades neurológicas o cardiovasculares así como mujeres con complicaciones derivadas de hemorragia obstétrica.
2. Definir el porcentaje de pacientes puérperas con comorbilidades y complicaciones en el puerperio que NO aceptan ningún método de planificación familiar.
3. Explicar las causas por las cuales las pacientes puérperas con comorbilidades y complicaciones en el puerperio NO aceptan ningún método de planificación familiar.
4. Dar a conocer las estrategias para aumentar la aceptación de métodos de planificación familiar en mujeres puérperas con comorbilidades y complicaciones asociadas en el puerperio.

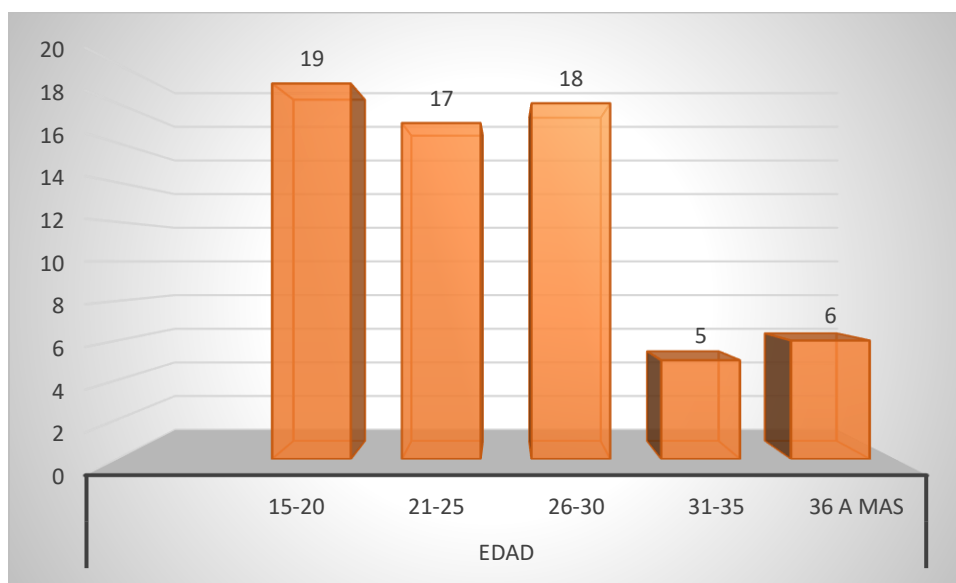
- **7.MATERIAL Y METODOS**

Se realizo un estudio tipo analítico, prospectivo, observacional, transversal y homodemico en el Hospital de la Mujer Puebla, durante el periodo de Mayo 2023 a Enero 2024, con un total 65 pacientes con puerperio de alto riesgo y comorbilidades, se realizaron encuestas a dichas pacientes que no aceptaron método de planificación familiar posterior a su evento obstétrico, se revisaron expedientes clínicos para búsqueda de variables a estudiar. Se realizo una base de datos en el programa Excel 2007 para posteriormente ser analizada por el programa SPSS, obteniendo medidas de tendencia central como media, mediana y moda, así como medidas de dispersión como la desviación estándar, y frecuencia y porcentajes. Se analizaron los datos en estadística inferencial a través de Chi cuadrada y prueba exacta de Fisher con un índice de confiabilidad de 0.05.

8. RESULTADOS

Se llevó a cabo el estudio “Aceptación de métodos de planificación familiar en mujeres con comorbilidades y puerperio patológico” de mayo 2023 a enero 2024. La muestra total fue de 65 pacientes, encontrando los siguientes resultados. La media para la edad fue de 24.9 ± 6.6 , con una edad mínima de 14 y máxima de 42; para el número de embarazo la media fue de 1.97 ± 1.3 ; con un mínimo de 1 y máximo de 9.

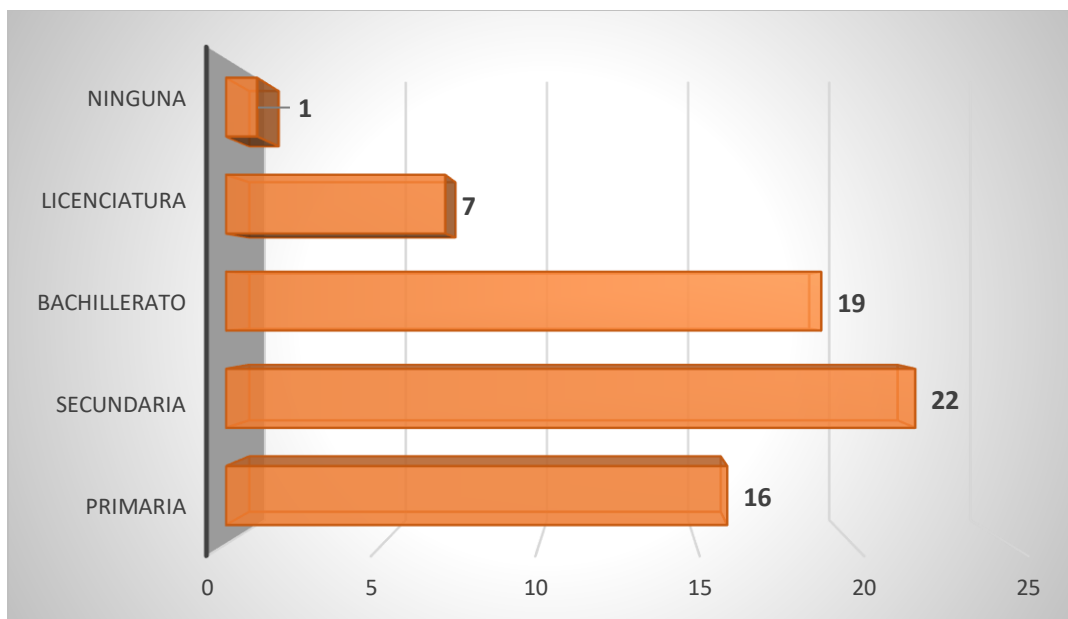
Grafica 1: DISTRIBUCION POR EDAD



Fuente: expedientes clínicos del hospital de la mujer.

En la gráfica 1 se describen los rangos de edad de las pacientes que se ingresaron en la unidad de cuidados intensivos, el 29 % correspondió al grupo de 15 a 20 años. Seguido de 27.7 % el grupo de 26 a 30 años, y 26.2 % el grupo de 21 a 25 años.

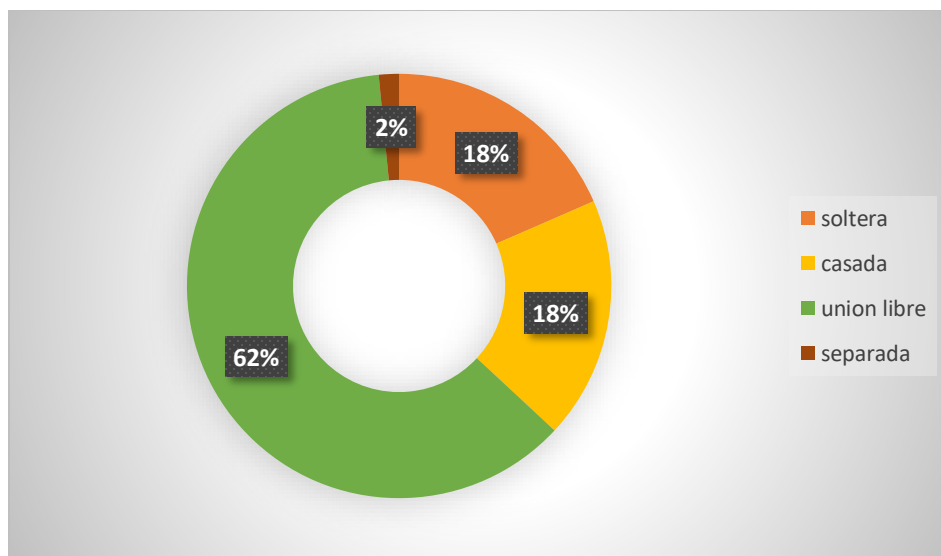
Grafica 2: GRADO ESCOLAR



Fuente: expedientes clínicos del hospital de la mujer

De acuerdo al grado escolar observamos que el 33.8 % correspondió a secundaria, seguido de 29.2 % en bachillerato y 24.6 % solo concluyeron primaria.

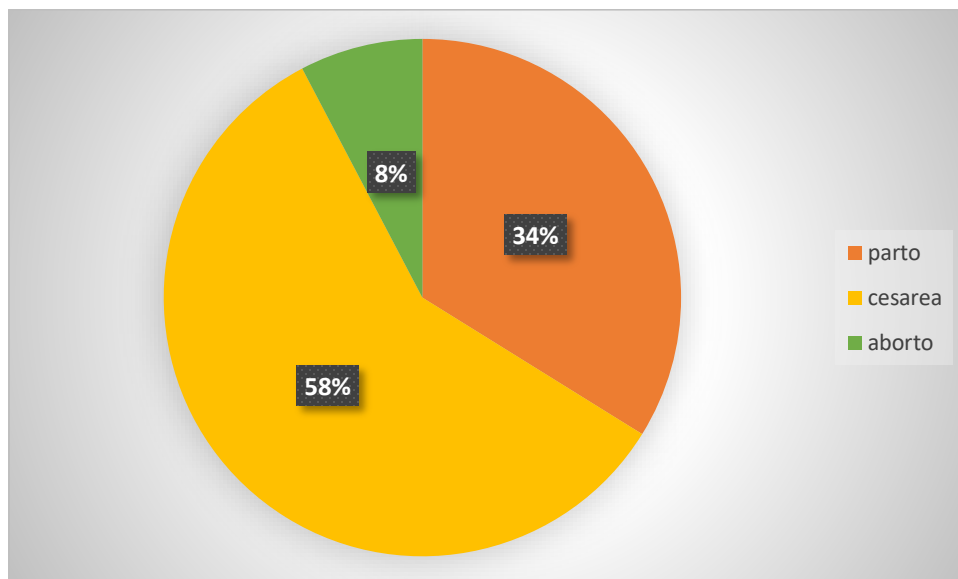
Grafica 3: ESTADO CIVIL



Fuente: expedientes clínicos del hospital de la mujer

En la gráfica 3 encontramos que el 62 % de las pacientes se encontraron en unión libre, mientras que 18% casada y soltera respectivamente

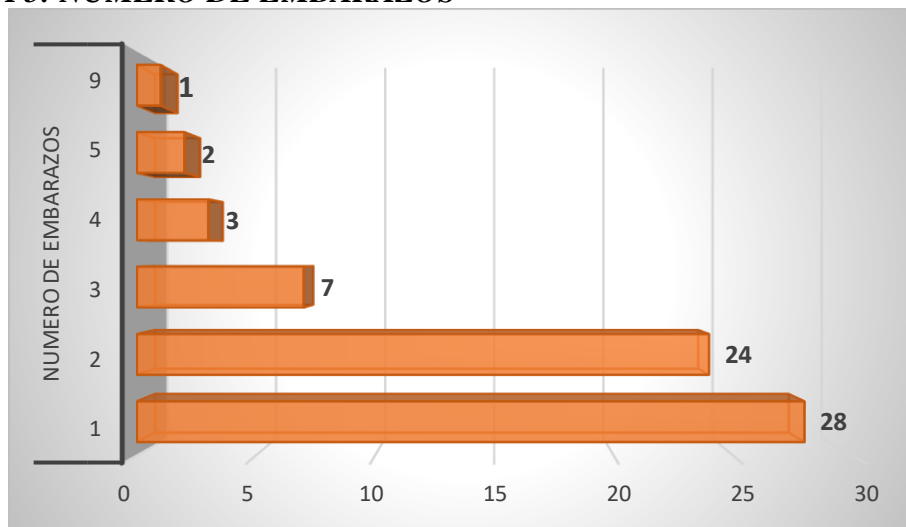
Grafica 4: VÍA DE RESOLUCIÓN OBSTÉTRICA



Fuente: expedientes clínicos del hospital de la mujer

En la siguiente grafica observamos que el 58% de las pacientes se les resolvió su embarazo vía cesárea, el 34% parto y 8 % de las pacientes cursaron con aborto.

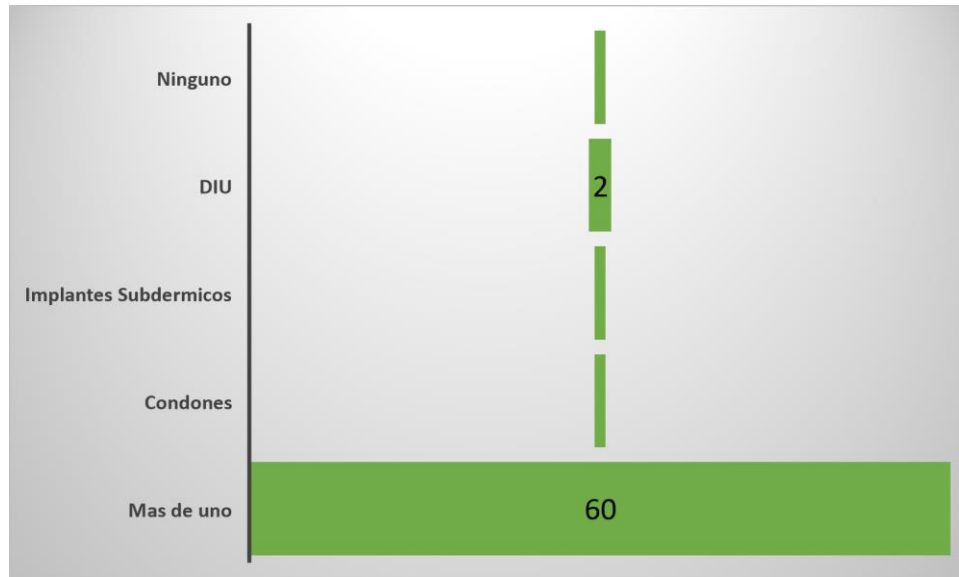
GRAFICA 5: NÚMERO DE EMBARAZOS



Fuente: expedientes clínicos del hospital de la mujer

En la gráfica 5 se observa que el 43.1 % de las pacientes fueron primigestas, seguido del 36.9 % con 2 embarazos y 3.1 % con el antecedente de 5 embarazos, y 1.5 % con 9 embarazos previos.

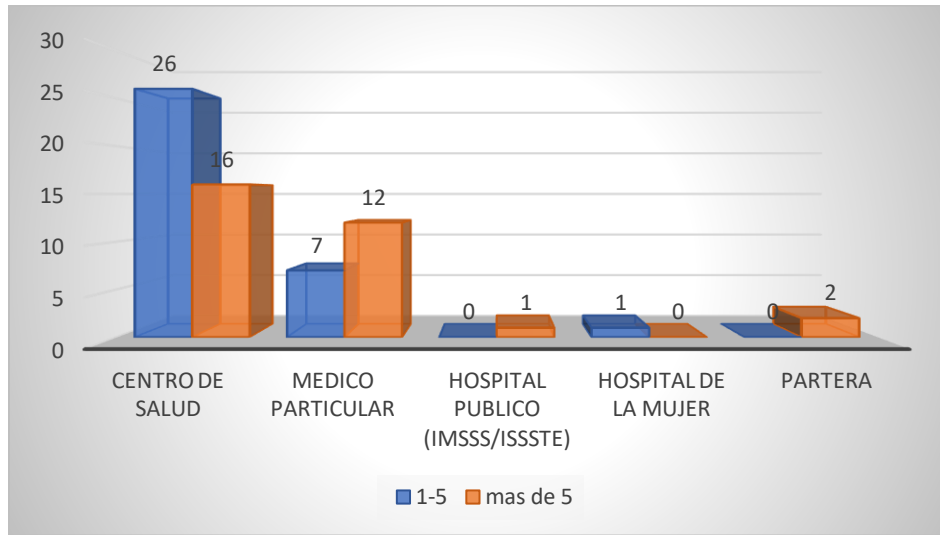
Grafica 6: CONOCIMIENTO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS



Fuente: expedientes clínicos del hospital de la mujer

En esta gráfica, encontramos que 92.3 % dijeron conocer más de un método anticonceptivo, 3 % solo conocían el DIU, y 1.5 % solo conocían el implante subdérmico y 1.5 dijeron no conocer ninguno.

Grafica 7: CONSULTAS DE CONTROL PRENATAL



Fuente: expedientes clínicos del hospital de la mujer

En la gráfica 7 podemos observar que el 52.3 % curso con 1 a 5 consultas prenatales y el 47.7 % con más de 5 consultas prenatales. El 64.6 % de las pacientes curso su control prenatal en algún centro de salud, mientras el 29.2 % llevaron control con médico particular y, solo un 1.5 % en el hospital de la mujer.

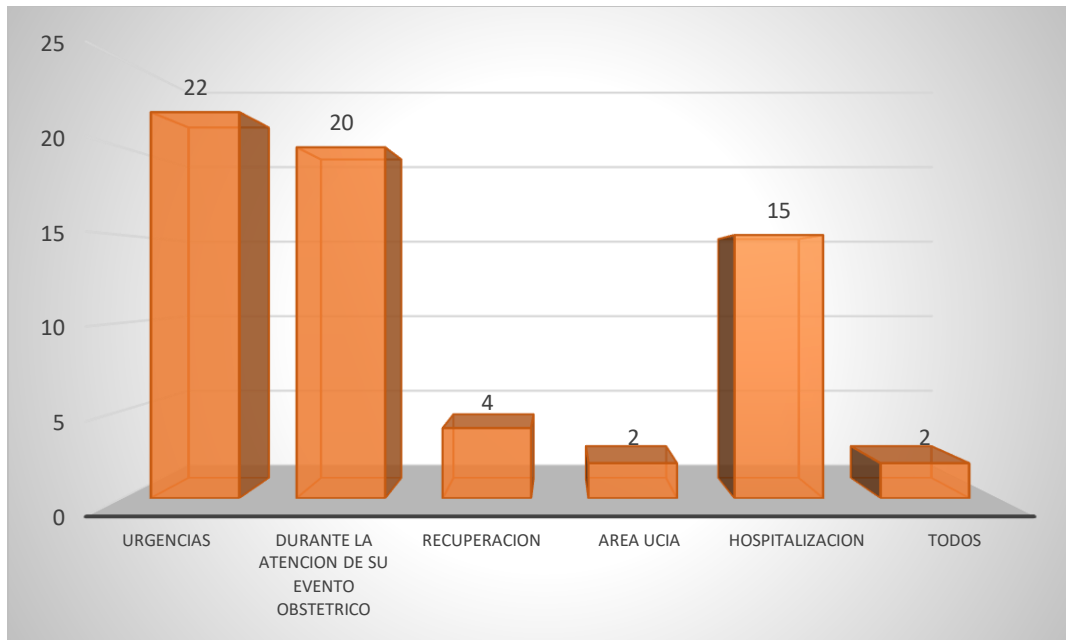
Tabla 1: OFERTA DE METODOS ANTICONCEPTIVOS DURANTE SU ATENCION

Pregunta	SI	NO
Conoce los métodos anticonceptivos	62	3
¿Fue valorada por el servicio de obstetricia durante su embarazo?	32	33
¿Durante su consulta de control prenatal le hablaron de los MPF?	36	29
¿Al momento de ser hospitalizada para la resolución de su embarazo le hablaron de MPF?	54	11
¿Tuvo alguna complicación durante su atención obstétrica?	34	31
Decidió utilizar un método anticonceptivo posterior a la atención de su evento obstétrico	40	25
Posterior a la información recibida en hospitalización decidido utilizar un método	46	19
Usted considera que es importante para su salud utilizar un método anticonceptivo	55	10

Fuente: expedientes clínicos del hospital de la mujer

Podemos observar que el 49.2% recibió atención por un obstetra durante su control prenatal, el 65 % recibió consejería sobre planificación familiar durante el mismo, el 83 % de las pacientes recibió consejería sobre planificación familiar durante su estancia en nuestra unidad y el 70.7 % posterior a la consejería recibida en hospitalización decidió utilizar algún método de planificación familiar.

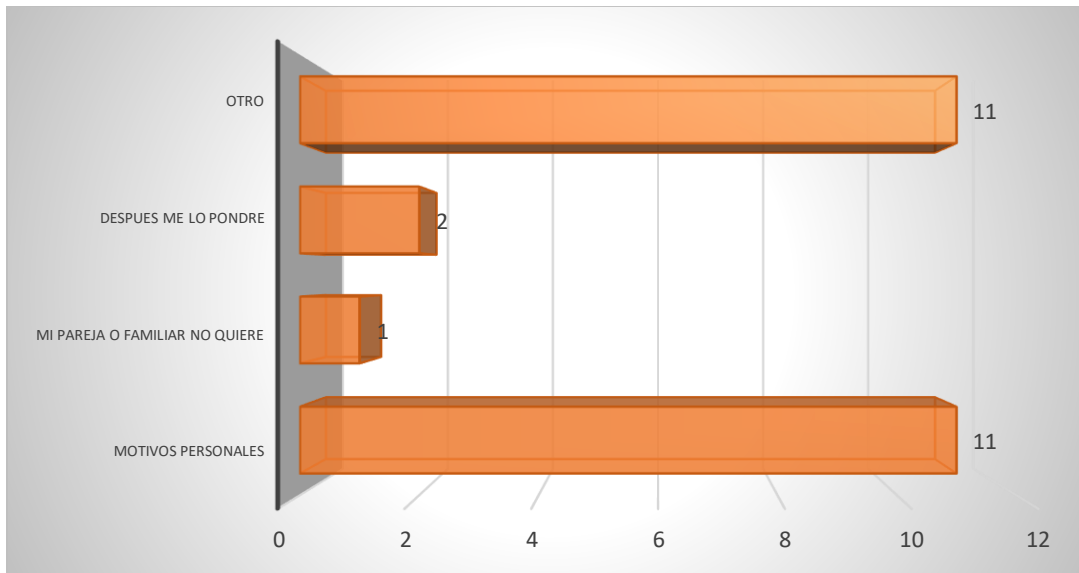
Grafica 8: ¿EN QUÉ MOMENTO LE OFRECIERON MÉTODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR?



Fuente: expedientes clínicos del hospital de la mujer

En la gráfica número 8 observamos que el 33.8 % recibió consejería en el área de urgencias, seguido de un 30.8 % durante su atención obstétrica, 23.1 % en hospitalización y solo el 3.1 % en el área de UCIA

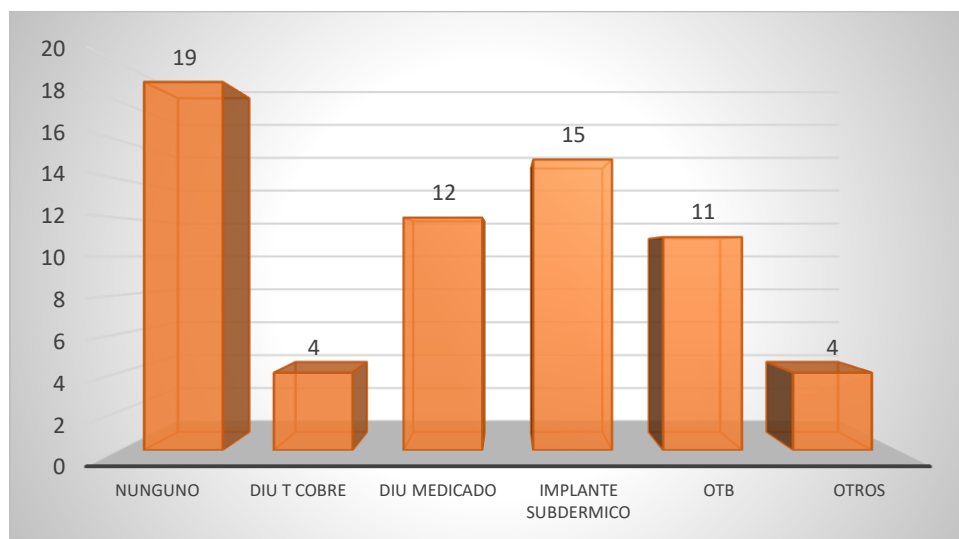
Grafica 9: ¿PORQUE MOTIVO NO ACEPTO MÉTODO ANTICONCEPTIVO?



Fuente: expedientes clínicos del hospital de la mujer

En esta grafica observamos que el 44 % de las pacientes que no aceptaron MPF dijeron no aceptarlo por motivos personales ,8 % dijeron que después se lo colocarían 4 % respondió que porque su pareja no quería que se colocaran método anticonceptivo.

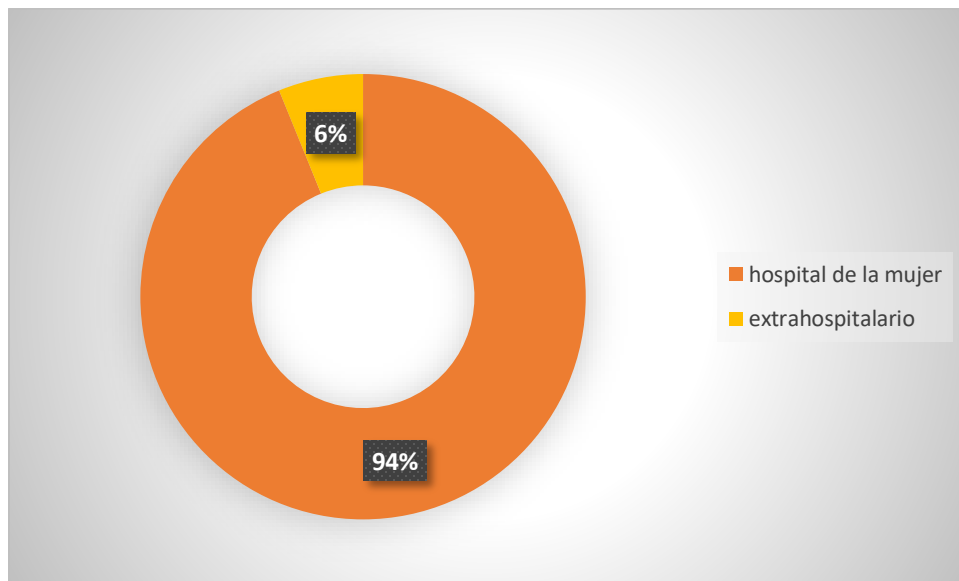
Grafica 10: QUE MÉTODO ACEPTO ANTES DE SU EGRESO



Fuente: expedientes clínicos del hospital de la mujer

En esta gráfica, podemos observar que en el 23.1 % se colocó un implante subdérmico, seguido con el 16.9 % con método definitivo (OTB), y un 18.4 % con DIU medicado. El 29.2% no acepto ningún método de planificación.

Grafica 11: LUGAR DE ATENCIÓN DE SU EVENTO OBSTÉTRICO



Fuente: expedientes clínicos del hospital de la mujer

Aquí podemos observar que el 94 % de la atención de su evento obstétrico fue dentro del Hospital de la Mujer y solo un 6% correspondió a pacientes con eventos extrahospitalaria.

Tabla 2. PORCENTAJE DE PATOLOGÍAS PRESENTADAS EN NUESTRA POBLACIÓN MUESTRA

Diagnostico	Frecuencia	Porcentaje
Patológico hemorrágico	14	21.5
Edad materna de riesgo	3	4.6
Toxicomanías	2	3.1
Trastornos hematológicos	3	4.6
Preeclampsia	21	32.3
Síndrome de HELLP	4	6.2
Cardiopatía	2	3.1
Diabetes tipo 2	3	4.6
Diabetes gestacional	2	3.1
Trastornos oncológicos	2	3.1
Hipotiroidismo	2	3.1
Otros	7	10.8
Total	65	100.0

Fuente: expedientes clínicos del hospital de la mujer

En la tabla 2 observamos que el porcentaje de pacientes con diagnóstico de preeclampsia predominó en un 32.3% sobre las pacientes con diagnóstico complicado por hemorragia, un 6.2 % con síndrome de HELLP, y un 10.8 % englobando otras patologías como lo fueron: Epilepsia, enfermedad renal, Síndrome de Guillan Barre, eclampsia, enfermedad trofoblástica gestacional, pancreatitis y lupus eritematoso sistémico.

9. ANÁLISIS ESTADÍSTICO:

Tipo de variable	Valor de p	Confiabilidad 0.05
Donde le ofrecieron el MPF y si acepto colocarse alguno posterior a la consejería	0.057	Significativo
Razón por la que no acepto método	0.00 (3.5101E-10)	Significativo
Donde atendieron su evento obstétrico posterior y si posterior a la información recibida en hospitalización decidido utilizar un método.	.667	No significativa
Eventos obstétricos y aceptación de método anticonceptivo posterior a la consejería	.271	No significativo

Tabla 3.

Tabla cruzada donde atendieron su evento obstétrico posterior a la información recibida en hospitalización decidido utilizar un método				
Recuento				
		Posterior a la información recibida en hospitalización decidió utilizar un método		Total
		si	No	
Donde atendieron su parto, cesárea o aborto	hospital de la mujer	43	18	61
	extrahospitalario	3	1	4
Total		46	19	65

En la tabla numero 3 podemos observar que el 66.1 % de las pacientes que recibieron atención en el HMP posterior a la consejería recibida decidieron colocarse un método de planificación familiar., así como el 75 % de las pacientes que su primera atención fue de forma extrahospitalaria y posteriormente recibieron consejería en nuestra unidad.

Tabla 4. VÍA DE RESOLUCIÓN OBSTÉTRICA Y ACEPTACIÓN DE MÉTODO DE PLANIFICACIÓN POSTERIOR A LA CONSEJERÍA

		Posterior a la información recibida en hospitalización decidió utilizar un método		Total
		si	No	
Eventos obstétricos	Parto	14	8	22
	Cesárea	27	11	38
	Aborto	5	0	5
Total		46	19	65

De las 38 pacientes las cuales su vía de resolución obstétrica fue mediante cesárea el 71 % egreso con algún método de planificación familiar, así como el 63.6 % post parto, y logrando el 100 % de colocación de métodos de planificación familiar en pacientes post aborto.

Se obtuvo una $p = .271$, con un índice de confiabilidad de 0.05 por lo independientemente del evento obstétrico (*posterior a la consejería adecuada se obtiene un impacto positivo en la aceptación de un MPF*) que tengan posterior a la consejería otorgada en piso las pacientes aceptan o no un método.

Tabla 5: METODOS ACEPTADOS EN PACIENTES CON PUERPERIO PATOLOGICO Y COMORBILIDADES.

		METODO APLICADO						Total
		Ninguno	DIU T COBRE	DIU MEDICADO	IMPLANTE SUBDERMICO	OTB	OTROS	
COMPLICACIONES	Patológico hemorrágico	7	0	1	3	2	1	14
	edad materna de riesgo	1	0	0	2	0	0	3
	toxicomanías	0	0	1	1	0	0	2
	trastornos hematológicos	1	1	1	0	0	0	3
	preeclampsia	5	2	6	4	3	1	21
	síndrome de HELLP	0	0	1	1	2	0	4
	cardiopatía	0	1	0	0	1	0	2
	diabetes tipo 2	2	0	0	0	1	0	3
	diabetes gestacional	1	0	0	0	1	0	2
	trastornos oncológicos	0	0	0	1	0	1	2
	hipotiroidismo	0	0	2	0	0	0	2
	otros	2	0	0	3	1	1	7
Total	19	4	12	15	11	4	65	

En la tabla numero 5 podemos observar que las pacientes que cursaron con preeclampsia el 23.8 % se coloca DIU medicado, seguido de un 19 % con implante subdérmico , y el 28.% sin MPF, de las pacientes que cursaron con síndrome de HELLP un 50% se egreso con OTB, y de las pacientes con puerperio patológico hemorrágico al 21.4 % se colocó implante subdérmico.

9.DISCUSIÓN

Las mujeres en edad reproductiva tienen un riesgo elevado de morbilidad y mortalidad que no está limitado a las que ya tienen patologías previas antes del embarazo.

La patología con mayor porcentaje encontrada en nuestra unidad fue preeclampsia con un 32.2 % lo cual no coincide con lo reportado en diversas publicaciones como la de Villegas Cisneros donde mencionan que la hemorragia post parto es la principal complicación en el puerperio y causa de ingreso a unidades de cuidados intensivos obstétricos, y que en nuestro estudio la hemorragia ocupó un segundo lugar de incidencia con un 21.5 %

En cuanto a los factores de riesgo encontramos que el mayor porcentaje (29%) de pacientes que cursaron con algún diagnóstico patológico en el puerperio tenían entre 15 a 20 años, coincidiendo con el *Lineamiento técnico para la prescripción y uso de métodos anticonceptivos en México (Secretaría de Salud.2022)* donde señala que las mujeres en edad reproductiva y que presentan mayor mortalidad, son las que se embarazan a una edad temprana específicamente menores de 20 años. A si mismo encontramos que en la mayoría de la población el nivel de estudios máximo solo llegó a la educación secundaria con 33.8 % y 24.6 % solo concluyeron primaria, además más del 50% de nuestras pacientes solo llevaron de 1 a 5 consultas prenatales, y el 64.4 % curso su control prenatal en primer nivel de atención y solo un 1.5% tuvo acceso en un tercer nivel; concordando con la revisión hecha por la *Organización Mundial de la Salud en 2020 sobre Planificación familiar* quien reporta que entre las causas de una baja oferta de métodos de planificación familiar es el acceso limitado a los servicios de salud , sobre todo en personas jóvenes, y con menos recursos.

Mientras que en la consejería sobre APEO el 33.8 % recibió consejería desde el área de urgencias, y solo el 3.1 % en el área de UCIA., del grupo de pacientes que no aceptaron método de planificación el 70 % posterior a la consejería otorgada en el área de hospitalización decidieron colocarse un método anticonceptivo, por lo que es relevante la publicación hecha por la OMS sobre el *Respeto de los derechos humanos al proporcionar servicios de anticoncepción*. Donde se evidencia que si se lograran las metas de planificación

familiar dentro del puerperio a nivel mundial evitaríamos 54 millones de embarazos no deseados, así como 26 millones de abortos (de los cuales 16 millones serían peligrosos).

En nuestra investigación en cuanto a los eventos obstétricos de las pacientes que cursaron con puerperio patológico el 100 % de las pacientes post aborto egreso con un método de planificación familiar, así como el 71 % post cesárea.

De los métodos colocados en total, el 23 % fueron implante subdérmico, 14.6 % oclusión tubárica bilateral, 18 % DIU. En revisiones como la de Bollig y Jackson se recomienda elegir métodos anticonceptivos de acción prolongada, como los dispositivos intrauterinos de cobre o Levonorgestrel y los implantes de etonogestrel o Levonorgestrel debido a sus menores interacciones farmacológicas.

10.CONCLUSION

Se concluye que, al llegar las pacientes a una unidad de segundo o tercer nivel para su seguimiento y atención del evento obstétrico, es necesario dar una buena consejería anticonceptiva en la cual se dan a conocer los riesgos, efectos secundarios, pero sobre todo los beneficio que estos tienen sobre el impacto de la morbilidad y mortalidad en embarazos subsecuentes en pacientes de alto riesgo.

Por lo que desde su llegada al hospital de la mujer cada paciente debe recibir la consejería adecuada sobre el mejor método de planificación familiar correspondiente, ya que se demostró que independientemente si la atención obstétrica de la paciente había sido intra o extrahospitalaria posterior a la consejería recibida sobre anticoncepción se mostraba un impacto positivo sobre la aceptación y colocación de estos.

Así mismo es prioritario capacitar al personal de primer nivel con este tipo de pacientes para poder diagnosticar a tiempo los factores de riesgo, pero también para poder otorgar métodos anticonceptivos de acuerdo a los criterios de elegibilidad de la OMS.

11.BIOTETICA: No se transgredirá ningún principio bioético de las pacientes que participen dentro del estudio y la información que se obtendrá será confidencial y solo será utilizada para fines del estudio.

12. ANEXOS

DEFINICION DE LAS VARIABLES Y ESCALAS DE MEDICION

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	TIPO DE MEDICION	INSTRUMENTO DE MEDICION
EDAD	Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento hasta su muerte.	Intervalos 15-19 20-25 26-30 31-35 Más de 35	Cuantitativa Ordinal	Años	INE, CURP Acta de nacimiento
AGO	Recopilación de la información sobre la salud reproductiva de la mujer	Menarca Inicio de vida sexual/ parejas sexuales Numero de gestas Partos cesareas , abortos, Metodo de planificación familiar utilizado Deteccion de CACU Y Ca de mama	Cuantitativa Ordinal	Numero	Expediente clínico
METODOS ANTICONCEPTIVOS	Aquellos que se utilizan para impedir la capacidad reproductiva de un individuo o de una pareja de forma temporal o permanente	DIU HORMONAL DIU NO HORMONAL Hormonales Combinados (Orales, inyectables, parches y anillo vaginal) Métodos de barrera Métodos de barrera	Cualitativa Nominal	TIPO DE METODO.	Expediente clínico

ENCUESTA

QUESTIONARIO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO HOSPITAL DE LA MUJER PUEBLA

Fecha de aplicación del cuestionario: _____

IDENTIFICACION DE LA PACIENTES

Nombre: _____ Edad _____

Diagnostico

1.-Escolaridad a) Primaria b) Secundaria c) Bachiller d) Licenciatura e) Ninguna	2.- Estado civil a) Soltero b) Casado c) Unión libre d) Viudo e) Separado
3.- Ocupación a) ninguna b) ama de casa c) otra d) _____	4.- ¿Su último embarazo terminó en? a) Parto b) Cesárea c) Aborto
5.- ¿Cuántos embarazos ha tenido? Partos _____ Cesáreas _____ Abortos _____ Molar _____ Ectópico _____	6.- ¿Cuál fue la fecha de su último parto, cesárea o aborto? _____
7.- ¿conoce los métodos anticonceptivos? a) Si b) No	8.- cuales conoce: a) Diu b) Implantes subdérmicos c) Pastillas d) Parches e) Inyecciones f) Condones
9.- a cuantas consultas de control prenatal acudió: a) 1-5 b) Más de 5 c) Ninguna	10.- ¿en dónde llevo su control prenatal? a) Centro de salud b) Medico particular c) IMSS d) ISSSTE e) Hospital de la mujer

	f) Partera
11.- ¿El médico que la atendió durante su control prenatal era adscrito a la unidad o pasante? a) Adscrito b) Pasante	12.- ¿ En algún momento de su embarazo fue valorada por el ginecólogo a) Si b) No
13.¿Durante sus consultas de control prenatal ¿le hablaron acerca de los métodos de planificación familiar? a) Si b) No	14.- En el momento de ser hospitalizada para la atención de su parto, cesárea o aborto ¿le ofertaron algún método de planificación familiar? a) Si b) No
15.- ¿Tuvo alguna complicación durante su parto, cesárea o aborto? a) Si b) No	16.- ¿en que momento le ofrecieron un método anticonceptivo? a) Valoración por urgencias b) Durante el momento de su parto/cesárea o aborto c) Recuperación d) Área de UCIA e) Hospitalización
17.- ¿Decidió utilizar algún método de planificación familiar posterior a su último parto, cesárea o aborto? a) Si b) No c) Si no termina la entrevista en la pregunta 18	18.- ¿Por qué motivo no adoptó ningún método de planificación familiar? a) Motivos personales b) Mi pareja o familiar no quiere c) Después me lo pondré d) Falta de informacion e) Otra_____
19.- ¿usted considera que es importante para su salud utilizar un método anticonceptivo? a) Si b) No	20.- Posterior a la informacion recibida en piso, desea utilizar un método anticonceptivo? a) Si b) No
21.- ¿Qué método decidió utilizar? a) DIU t cobre b) DIU medicado c) Implante subdérmico d) OTB e) Otro _____	22.- ¿Dónde atendieron su parto, cesárea o aborto? a) Hospital de la mujer Puebla b) Extra hospitalario

BIBLIOGRAFIA

1. Organización Mundial de la Salud. (2020). *Planificación familiar y métodos anticonceptivos, datos y cifras*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception>
2. Secretaria de Salud. (2022). *Lineamientos técnicos para la prescripción y uso de métodos anticonceptivos en México*. <https://www.gob.mx/salud/cnegr/articulos/lineamientos-tecnicos-para-la-prescripcion-y-uso-de-metodos-anticonceptivos-en-mexico-310155>
3. Lourdes Campero, et. al. (2022). Anticoncepción posevento obstétrico y embarazo subsecuente en adolescentes: perspectivas del personal de salud en México. *Salud pública de México* 64(4), 385-396.
4. Wenrui Ye, et. al. (2021). Gestational diabetes mellitus and adverse pregnancy outcomes: systematic review and meta-analysis. *British Medical Journal*. 2022(377), 1-13.
5. Organización Mundial de la Salud. (2016). Estrategias para la programación de la planificación familiar postparto. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112766/9789243506494_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
6. Fondo de Población de las Naciones Unidas. (2020). Taller de capacitación planificación familiar y anticoncepción en México. Prescripción de métodos anticonceptivos. Manual de facilitación. https://mexico.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/taller_01_pf.pdf
7. Organización Panamericana de la Salud. (2023). Planificación familiar: Actualización en Planificación Familiar para Atención Primaria de Salud. <https://www.campusvirtualsp.org/es/curso/planificacion-familiar-actualizacion-en-planificacion-familiar-para-atencion-primaria-de-salud>
8. Organización Mundial de la Salud. (2014). Respeto de los derechos humanos cuando se proporcionan información y servicios de anticoncepción: orientación y recomendaciones. http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/103316/WHO_RHR_14.03_spa.pdf?sequence=1
9. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. (2020). Guía de Asistencia Practica Trastornos hipertensivos en la gestación. *Progresos de Obstetricia y Ginecología Revista Oficial de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia*. 63(2022), 244-272.
10. American Heart Association. (2020). Consideraciones cardiovasculares en el cuidado de pacientes embarazadas. *Circulation*. 141(2020), e1-e20.
11. J. García Prieto, et. al. (2020). Complicaciones del puerperio: mecanismos fisiopatológicos y principales hallazgos radiológicos asociados. *Radiología*. 63(2021),22-31.

12. Organización Mundial de la Salud. (2015). Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticoncepción. *Organización Mundial de la Salud*. 5(2015), 1-14.
13. Antonia Pijuan Doménech, et. al. (2006). Embarazo y cardiopatía. *Revista Española de Cardiología*. 59(9), 971-984.
14. Offer Erez, et. al. (2022). Preeclampsia and eclampsia: the conceptual evolution of a síndrome. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*. February(2022). S786-S803.
16. Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. (2021). Guía de Practica Clínica Prevención y manejo de la hemorragia postparto. Catalogo Maestro de Guías de Práctica Clínica. (2021), 1-505.
16. Andrea Shields, et. al. (2021). Pearl for the Recognition, Evaluation, and Management of Maternal Sepsis. *The American College of Obstetrics and Gynecology*. 138(2), 289-304.
17. Cassie J. Bollig, et. al. (2018). Seizures in pregnancy. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*. 45(2018), 349-367.
18. Fondevila CG. (2018). Coagulación intravascular diseminada. *Hematología*. 22. Número Extraordinario. (2018), 37-43.
19. I. Gallos, A. Devall, et. al. (2023). Randomized Trial of Early Detection and Treatment of Postpartum Hemorrhage. *The New England Journal of Medicine*. 389(1), 11-21.
20. Adrián Villegas Cisneros, et. al. (2019). Técnica quirúrgica vascular integral avanzada (VIVA) aplicada en pacientes con placenta previa anormalmente adherida con feto in situ. *Ginecología y Obstetricia de México*. 87(1), 36-45.
21. Sara Hallum, et. al. (2023). Risk and trajectory of premature ischaemic cardiovascular disease in women with a history of pre-eclampsia: a nationwide register-based study. *European Journal of Preventive Cardiology*. 00(2023), 1-11.
22. Paulina González-Obando, et. al. (2021). Síndrome de Guillain-Barré en el embarazo. *Revista de Neurología*. 72(2), 63-65.
23. P. Collins, et. al. (2015). Management of coagulopathy associated with postpartum hemorrhage: guidance from the SSC of the ISTH. *Journal of Thrombosis and Haemostasis*. 14(2015). 205-210.

