

Acta Médica
Grupo Ángeles

Volumen **2**
Volume

Número **2**
Number




Abril-Junio **2004**
April-June

Artículo:




Selección del método no quirúrgico de
planificación familiar para establecer el
periodo intergenésico

Derechos reservados, Copyright © 2004:
Grupo Ángeles Servicios de Salud

**Otras secciones de
este sitio:**

-  **Índice de este número**
-  **Más revistas**
-  **Búsqueda**

***Others sections in
this web site:***

-  ***Contents of this number***
-  ***More journals***
-  ***Search***



Medigraphic.com



Selección del método no quirúrgico de planificación familiar para establecer el periodo intergenésico

Marcelino Hernández-Valencia,^{*,***} Laura García Miranda,^{**} Ma. Esther Landero Montes de Oca,^{**} Gregorio Escamilla Godínez,^{**} Leobardo Ángeles,^{*} Arturo Zárate^{*,***}

Resumen

Introducción: Al periodo intergenésico corto se le han asociado riesgos maternos y fetales, este riesgo es la causa del 60% de la mortalidad materna y del 75% de la mortalidad perinatal, así el espaciar los embarazos en la población general puede dar lugar a reducciones importantes en la mortalidad materno-fetal.

Objetivo: Evaluar el tiempo promedio intergestacional obtenido con cada uno de los métodos anticonceptivos no definitivos en población abierta.

Material y métodos: Se incluyeron en forma consecutiva un total de 173 mujeres en edad fértil y con vida sexual regular, las cuales acudieron en forma sistemática a recibir atención de planificación familiar de intervalo.

Resultados: El grupo tuvo una edad de 28.6 ± 7.7 años ($M \pm DE$). Los métodos antes del primer embarazo, muestran que el dispositivo intrauterino (DIU), los hormonales orales (HO) y los hormonales inyectables (HI) son los que mayor periodo intergenésico proporcionaron. Después del primer embarazo el DIU fue el que mayor periodo intergenésico originó con 41.6 ± 7.3 meses, así como los HI con 40.5 ± 7.5 . Después del segundo embarazo, los HI con 66.0 ± 4.2 y el condón con 54.5 ± 6.5 meses tuvieron el mayor promedio. Después del tercer embarazo el mayor promedio fue con el uso de condón (40.0 ± 9.2). Todos estos promedios con diferencia significativa ($p < 0.05$) al compararlos antes de cada embarazo.

Discusión: La atención proporcionada en este estudio confirió un periodo intergenésico de más de 24 meses, lo cual es considerado como punto de corte para hablar de periodo intergenésico adecuado. Se confirma que la inserción de intervalo tiene la ventaja de ser seguro, efectivo y las usuarias lo aceptan por periodos largos de tiempo, a diferencia de los métodos postcoital que pueden no estar indicados por complicaciones del evento obstétrico.

Palabras clave: Periodo intergenésico, planificación familiar, intervalo.

Summary

Introduction: A short time between pregnancies (intergestational span) has been associated with maternal and fetal risks. This obstetric risk is the cause of 60% of maternal mortality and of 75% of perinatal mortality. Thus, to prolong intergestational span in open population can give rise to important reductions in maternal-fetal mortality.

Objective: To evaluate average intergestational span obtained with each non-final contraceptive methods in open population.

Material and methods: We included consecutively a total of 173 fertile women with regular sexual life, who accepted to use interval methods of contraception.

Results: The group had an average age of 28.6 ± 7.7 years. Methods used prior to first pregnancy showed that the intrauterine device (IUD), oral contraception (OC), and injectable hormone (IH) are the contraceptive methods that provided greater intergestational span. After the first pregnancy the IUD was the method that afforded a greater intergestational span with 41.6 ± 7.3 months, as well as with 40.5 ± 7.5 months. After the second pregnancy IH with 66.0 ± 4.2 months and the condom, with 54.5 ± 6.5 months, had best average. After the third pregnancy, the best mean was with condom use (40.0 ± 9.2). All these means had significant differences ($p < 0.05$) upon comparing them before each pregnancy.

Discussion: Care provided in this study conferred intergestational span of > 24 months in careful users, which is considered the cut off point when referring to adequate intergestational span. It is confirmed that interval contraception has the advantage of being safe, effective, and users accept it for long periods of time.

Key words: Intergestational span, family planning, interval.

* Unidad de Investigación Médica en Enfermedades Endocrinas, Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional, Instituto Mexicano del Seguro Social.

** Unidad de Salud Jardines de Guadalupe, Jurisdicción Sanitaria Netzahualcóyotl, Estado de México, ISEM-SSA, México.

*** Hospital de México.

Correspondencia:

Dr. Marcelino Hernández-Valencia. Correo electrónico: mhernandezvalencia@prodigy.net.mx

Aceptado: 06-05-2004.

INTRODUCCIÓN

El periodo intergenésico, es el tiempo que transcurre entre un embarazo y el siguiente, lo cual tiene repercusiones obstétricas cuando la mujer se enfrenta a un periodo intergenésico corto. A esta entidad se le han asociado riesgos maternos y fetales, tales como la ruptura uterina cuando existe el antecedente de cesárea previa, abortos espontáneos, trastornos metabólicos y desnutrición materna, así como distocia del trabajo de parto.^{1,2} Por otro lado, al producto de la concepción se le ha asociado con retraso en el crecimiento fetal intrauterino, senescencia placentaria, hipoxia perinatal y óbito espontáneo.^{3,4} Lo anterior hace necesario que exista un tiempo adecuado entre cada embarazo, para que la madre se recupere del gasto metabólico condicionado por el embarazo y parto previos, así como la subsecuente lactación. Además, en el área de salud materno-infantil existe el concepto de riesgo reproductivo en ausencia de embarazo, lo cual está presente en alrededor del 30% de las mujeres en edad fértil y que se convierten en factores de riesgo obstétrico cuando la gestación se encuentra presente.^{5,6} Este riesgo obstétrico es la causa del 60% de la mortalidad materna y del 75% de la mortalidad perinatal en los embarazos con factores de riesgo.^{7,8} Esto significa que evitar o espaciar los embarazos en el grupo de mujeres con riesgo reproductivo elevado y en mujeres de la población general puede dar lugar a reducciones muy importantes en la mortalidad materno-fetal. Para lograr espaciar los embarazos pueden utilizarse los métodos de planificación familiar no definitivos, entre los que se encuentran el condón quien tiene reportado un porcentaje de ruptura entre 1 a 12%,⁹ así como el dispositivo intrauterino (DIU), el cual tiene reportado como decisión de continuidad del método para planificación familiar un 61.8% a un año de su aplicación,¹⁰ desafortunadamente aunque su uso se ha incrementado, los porcentajes de usuarias permanecen bajos, dependiendo del país y la calidad de los servicios que otorgan, los que pueden ser desde un 1% a 28%.^{11,12}

A pesar de existir el conocimiento de los trastornos que los embarazos frecuentes originan, es difícil establecer el seguimiento en la población abierta con vida reproductiva, por lo que se diseñó este estudio para evaluar el tiempo promedio obtenido con cada uno de los métodos anticonceptivos no definitivos en población abierta, pero que tiene acceso al Programa de Planificación Familiar de la Secretaría de Salud, ya que la intención de este análisis va dirigido a conocer el intervalo gestacional en las mujeres atendidas en área urbana y usuarias de algún método anticonceptivo no definitivo.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó este estudio clínico-descriptivo y transversal, en el grupo de pacientes que acuden en forma regular a recibir atención de planificación familiar en la unidad de salud de primer nivel Jardines de Guadalupe, de la Secretaría de Salud. Las pacientes fueron ingresadas al estudio en forma consecutiva al acudir a su atención, por lo que el tamaño de la muestra incluyó a todas las mujeres que llevaron el seguimiento regular hasta el término del estudio, ya que cuatro mujeres del grupo inicial de entrevistadas rechazaron participar en el estudio, por lo que se incluyeron un total de 173 mujeres en edad fértil y con vida sexual regular. Estas mujeres acudieron en forma sistemática a la consulta de planificación familiar, donde se les llevó un control con los métodos no definitivos y se les aplicó una encuesta precodificada con preguntas abiertas, para conocer la distribución de las siguientes variables: edad, ocupación, escolaridad, estado civil, menarquía, ciclicidad menstrual, inicio de relaciones sexuales y frecuencia de las mismas, deseo de embarazo o de uso de alguna medida anticonceptiva para regular la fertilidad. También se valoró el intervalo gestacional con énfasis en los métodos de planificación familiar utilizados y el tiempo transcurrido entre cada embarazo que además incluyó los antecedentes gineco-obstétricos. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética Local y el Departamento de Enseñanza Jurisdiccional.

Análisis estadístico

La información se capturó a través de una hoja de recolección de datos codificada y se analizó con el programa estadístico SPSS-12, utilizando la prueba t de Student para comparar el periodo intergenésico entre cada embarazo, para un valor de significancia de $p < 0.05$. Los resultados se muestran como promedio y desviación estándar ($M \pm DE$), así como frecuencias simples para el análisis intragrupo.

RESULTADOS

El *cuadro 1* muestra las características y variables de estudio de las mujeres incluidas en este grupo, con edad de 28.6 ± 7.7 años ($M \pm DE$). El análisis estadístico de los métodos de planificación familiar utilizados antes del primer embarazo, muestran que el dispositivo intrauterino (DIU), los hormonales orales (HO) y los hormonales inyectables (HI) son los que mayor periodo intergenésico proporcionan antes del inicio de la vida concepcional, con una diferencia significativa ($p < 0.05$) al compararlo con el uso del condón y el método del ritmo (MR), aunque de los tres métodos con mayor promedio, el uso de los hormonales orales es el que mostró proporcionar un

mayor periodo intergenésico con 27.8 ± 7.5 (M \pm DE) meses (*Figura 1*).

Los métodos utilizados después del primer embarazo indican que el DIU fue el que mayor periodo intergenésico originó con un promedio de 41.6 ± 7.3 , así como el uso de los HI con 40.5 ± 7.5 , los cuales mostraron una diferencia estadísticamente significativa ($p < 0.05$) al compararlos con el condón, los HO y el MR (*Figura 2*).

Al analizar el periodo intergenésico proporcionado por los métodos de planificación después del segundo embarazo (*Figura 3*), se observó que tanto los hormonales inyectables con 66.0 ± 4.2 y el condón con 54.5 ± 6.5 meses tuvieron el mayor promedio intergestacional, con diferencia significativa al compararlos con el DIU, HO y el MR, ya que estos últimos tres proporcionaron un menor promedio en el periodo intergenésico con su uso.

Los métodos utilizados después del tercer embarazo mostraron un mayor promedio en el periodo intergenésico con el uso de condón (40.0 ± 9.2), con diferencia significativa ($p < 0.05$) al compararlo con el resto de

métodos analizados (DIU, HI, HO y MR), ya que estos últimos mostraron una tendencia similar en cuanto al promedio en meses del periodo intergenésico sin diferencias significativas entre ellos (*Figura 4*). Por otro lado, los métodos de planificación familiar no definitivos empleados para este estudio y utilizados después del cuarto y más embarazos, no tuvieron promedios por arriba de doce meses en su empleo, por lo que no hubo diferencia en los periodos intergenésicos con el empleo de alguno de estos métodos.

Al revisar los intervalos del periodo intergenésico entre cada embarazo, se encontró que el mayor periodo fue después del segundo embarazo con intervalo de 39.6 ± 7.1 a 66.0 ± 4.3 con uso de MR y HI respectivamente; en el lado opuesto de los intervalos se encuentra el periodo intergenésico más corto observado desde el inicio del uso de algún método de planificación familiar temporal hasta la concepción del primer embarazo, con intervalo de 16.5 ± 5.1 a 27.7 ± 7.5 obtenidos con el uso de condón y de HO respectivamente.

Cuadro I. Características de las mujeres en edad reproductiva, en quienes se estudió el periodo intergenésico.

	Promedio \pm DE	Estratificación	n	%
Edad (años)	28.6 ± 7.7	—	173	—
Número embarazos (gestas)	2.3 ± 1.3	2 ó <	107	62.6
		3-4.0	58	33.9
		5 ó >	6	3.5
Menarquía (edad)	15.0 ± 30.7	10 ó <	16	9.3
		11-14	121	70.7
		15 ó >	34	20.0
Inicio vida sexual (edad)	18.5 ± 3.1	< 18	72	42.1
		18-25	93	54.4
		26 >	6	3.5
Frecuencia sexual (al mes)	8.4 ± 5.5	0-5	67	39.2
		6-10	49	28.6
		11-15.0	34	20
		16-20	17	9.9
		21 ó >	4	2.3
Escolaridad (años)	8.9 ± 2.4	0	3	1.7
		6 ó <	41	24
		7-9	83	19.3
		13 >	11	6.4
Inicio P F (edad)	21.2 ± 4.0	15-19	80	46.8
		20-24	60	35.1
		25-29	31	18.1
		< 15	11	6.4
Edad primer embarazo	20.8 ± 0.1	16-20	79	46.2
		21-24	50	29.2
		25-29	26	15.3
		30 >	5	2.9

N = 171 pacientes, DE = desviación estándar, PF = planificación familiar

DISCUSIÓN

La mayoría de los programas de planificación familiar se centran en la calidad de los servicios, pero es necesario identificar áreas en las que se pueda mejorar la funcionalidad de los métodos, como en el presente estudio, donde está incluida la participación de las pacientes cuando están utilizando algún método.

En este estudio se observó que el método mejor aceptado, por el periodo intergenésico que originó, fueron los hormonales orales antes del primer embarazo, asociado

en similar promedio a los hormonales inyectables y el DIU, aunque en este periodo que comprende desde el inicio de la vida sexual hasta la primera concepción se encontró que existe un menor periodo de uso, posiblemente debido a que muchas parejas desean su primer hijo al poco tiempo después de iniciar su vida de familia.

También, en esta población de estudio observamos que el condón como método de planificación familiar protege adecuadamente contra el embarazo, ya que en todos los periodos preconceptionales tuvo promedios de periodo intergenésico aceptables, sobre todo cuando se utilizaron

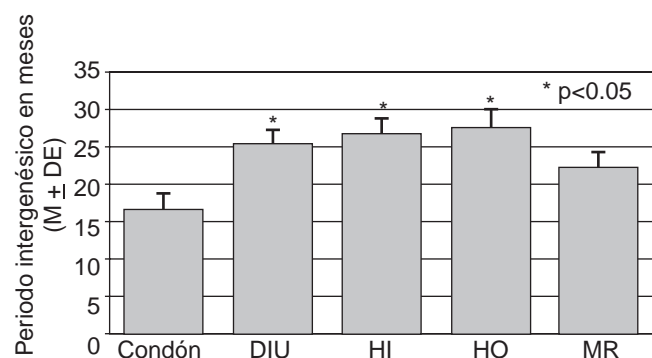


Figura 1. Se muestran los métodos de planificación familiar antes del primer embarazo, donde se observa que el uso del dispositivo intrauterino (DIU), los hormonales inyectables (HI) y los hormonales orales (HO), tuvieron los promedios más altos del periodo desde el inicio de la vida sexual hasta el primer embarazo, con diferencia estadísticamente significativa. El uso del condón y el método del ritmo (MR) tuvieron los promedios más bajos.

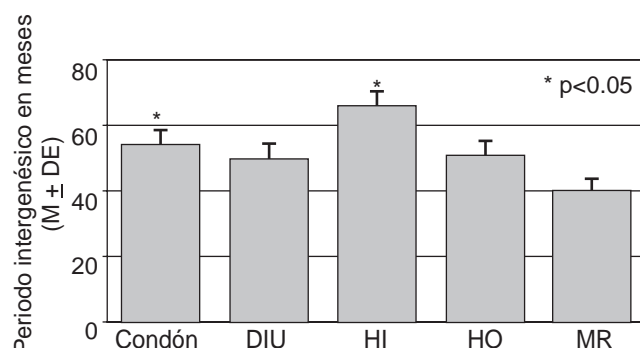


Figura 3. Se observa que los métodos de planificación familiar utilizados después del segundo embarazo, tuvieron un promedio intergestacional en meses mayor con el uso de condón y con los hormonales inyectables estadísticamente significativo, comparado con el uso del dispositivo intrauterino (DIU), con los hormonales orales (HO) y con el método del ritmo.

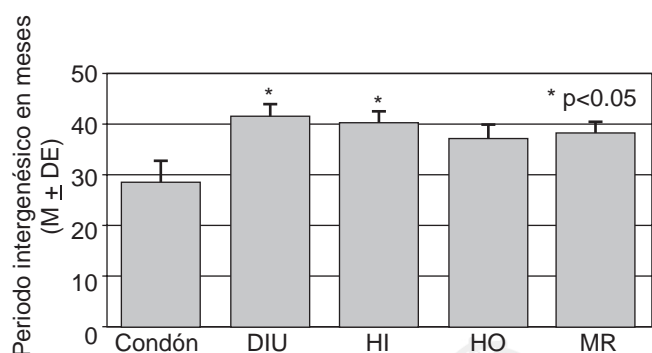


Figura 2. Los métodos de planificación familiar utilizados después del primer embarazo, pero antes del siguiente embarazo mostró que el dispositivo intrauterino (DIU) y los hormonales inyectables (HI), tuvieron los promedios intergestacionales más altos, con diferencia significativa, al compararlos con el uso del condón, de los hormonales orales (HO) y el método del ritmo (MR).

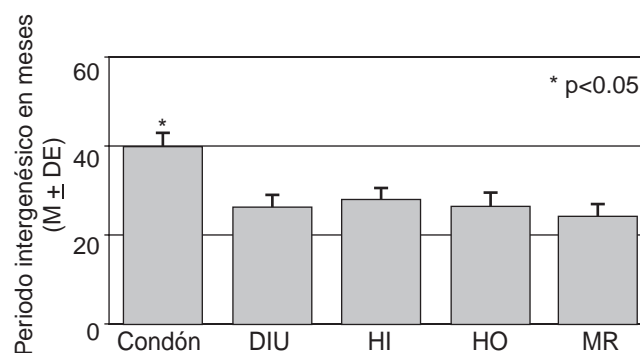


Figura 4. La utilización de los métodos de planificación familiar no definitivos después del tercer embarazo, sólo mostró diferencia estadísticamente significativa con el uso del condón, ya que el resto de métodos, dispositivo intrauterino (DIU), hormonales inyectables (HI), los hormonales orales (HO) y el método del ritmo tuvieron promedios similares en el periodo intergenésico obtenido.

después del segundo y tercer embarazo, posiblemente porque las parejas habían adquirido una mayor experiencia en su uso, además de la madurez que han adquirido en la responsabilidad al usar los métodos de planificación. En relación al DIU, se puede decir que tiene una adecuada respuesta en cuanto a proporcionar un periodo intergenésico prolongado, lo cual se debe tomar en cuenta, sobre todo como método de aplicación de intervalo, ya que en el postalumbramiento se reporta una aceptación del método entre 26.4 a 31.8% de las pacientes en puerperio inmediato,¹³ lo cual es bajo y se debe incidir en su uso posterior ya que ha concluido el puerperio. Además, es importante tomar en cuenta que las mujeres son más receptivas al programa de planificación familiar en el periodo del postparto inmediato, por lo tanto cuando no se les aplicó algún método en ese momento, es seguro que no regresarán a los centros hospitalarios una vez que son egresadas para buscar el control subsecuente;¹⁴ por lo que resulta fundamental considerar que la atención proporcionada en este estudio se otorgó como método de intervalo, pero además se obtuvo un periodo intergenésico alargado, donde en todas las etapas preconcepcionales fue de más de 24 meses, lo cual es considerado como punto de corte para hablar de periodo intergenésico adecuado, a excepción del uso del condón y el método del ritmo, ya que ambos antes del primer embarazo tuvieron un periodo intergenésico promedio inferior a los 24 meses. Además, de los métodos aplicados de intervalo, el uso del DIU ha demostrado tener menos expulsiones que cuando se aplica postalumbramiento.

El impacto en las usuarias de estos métodos es adecuado, lo que demuestra que existe un gran potencial para espaciar los embarazos con la aplicación y seguimiento del programa de planificación familiar en las unidades de primer nivel. La inserción de intervalo tiene la ventaja de ser seguro, con elevada efectividad y las usuarias lo aceptan por periodos largos de tiempo, a diferencia de la inserción postalumbramiento que tiene la desventaja de un alto riesgo de expulsión, así como la desventaja que la inserción puede no estar indicada por complicaciones del evento obstétrico y porque a la paciente no se le informó de la planificación familiar en el periodo prenatal y por lo tanto no aceptó su aplicación. Además, con este estudio se confirma que las parejas tienen una alternativa de cuánto pueden espaciar su periodo intergenésico bajo la vigilancia estrecha del programa de planificación familiar.

Con estos resultados podemos concluir que el uso de hormonales orales o inyectables es el mejor método a utilizar antes del primer embarazo, el uso del DIU es el mejor método después del primer embarazo, el uso de los hormonales y condón son mejores después del segundo embarazo y finalmente los hormonales, DIU, así como el condón después del tercer embarazo, con igual

efectividad estos últimos para espaciar en promedios el periodo intergenésico. Todo lo anterior, asociado con una mejor educación a la pareja en cuanto al uso de estos métodos, lo cual contribuirá a una relación más estable y disminuirá la proporción de fallas.

AGRADECIMIENTOS

Se reconoce la importante labor del personal de enfermería pasante y adscrito, especialmente a la enfermera Orlanda Agueda Mejía González de la Unidad de Salud Jardines de Guadalupe y directivos de la Jurisdicción Sanitaria Netzahualcōyotl; así como al personal técnico de la Unidad de Investigación en Endocrinología, Samuel y Saúl Rivera por su apoyo editorial. Al Sistema Nacional de Investigadores ya que tres de los autores (MH, AZ, LA) reciben su apoyo.

REFERENCIAS

1. Vikat B, Kosunen E, Rimpela M. Risk of postpartum induced abortion in Finland: a register-based study. *Perspect Sex Reprod Health* 2002; 34: 84-90.
2. Paterson J, Tumana Cowley E, Percival T, Williams M. Pregnancy planning by mothers of Pacific infants recently delivered at Middlemore Hospital. *N Z Med J* 2004; 117: 742-744.
3. Hiller JE, Griffith E, Jenner F. Education for contraceptive use by women after childbirth. *Cochrane. Database Syst Rev* 2002; 3: 1863-1865.
4. Hernández-Valencia M, Pavón-Rojas AB, Ferrer-Ponce LA, Álvarez-Muñoz M. Embarazo janiceps, cephalothoracoabdominopago. *Ginec Obst Méx* 1998; 66: 499-502.
5. Urbina-Fuentes M, Palma-Cabrera J, Gómez CA. El impacto de la planificación familiar en algunos indicadores del bienestar social. *Gac Med Mex* 1991; 127: 153-161.
6. Hernández-Valencia M, Carrillo PA. Control prenatal asociado al número de consultas como método diagnóstico de hiperglucemia. *Ginec Obst Méx* 2002; 70: 592-596.
7. Jones M. The biggest contraceptive in the world. *New Int* 1982; 110: 20-24.
8. Goodyear-Smith FA, Arroll B. Contraception before and after termination of pregnancy. *N Z Med J* 2003; 116: 1186-1188.
9. Steiner M, Piedrahita C, Glover L, Joanis C. Can condom users likely to experience condom failure be identified? *Fam Plan Perspect* 1993; 25: 220-226.
10. Aznar R, Reynoso L, Montemayor G, Giner J. Post-placental insertion of IUDs. *Contracept Deliv Syst* 1980; 2: 143-148.
11. Farr G, Amatya R, Doh A, Ekwempu CC, Topozada M, Ruminjo J. An evaluation of the Copper-T 380A IUD's safety and efficacy at three African centers. *Contraception* 1996; 53: 293-298.
12. Van Der Pas MT, Delbeke L, Van Dets H. Comparative performance of two copper-wired IUDs (ML Cu 250 and T Cu 200): immediate postpartum and interval insertion. *Contracept Deliv Syst* 1980; 1: 27-35.
13. Morrison C, Waszak C, Katz K, Diabate F, Mate EM. Clinical outcomes of two early postpartum IUD insertion programs in Africa. *Contraception* 1996; 53: 17-21.
14. Hardee K, Gould BJ. A process for quality improvement in family planning services. *Inter Fam Plann Perspect* 1993; 19: 147-152.