



UNIVERSIDAD DE CUENCA
Facultad de Ciencias Médicas
Carrera de Medicina

**PREVALENCIA Y TIPO DE ANTICONCEPCIÓN POST-PARTO INMEDIATO EN
PUÉRPERAS DEL HOSPITAL MORENO VÁZQUEZ. AÑO 2018. GUALACEO**

Proyecto de investigación previa
a la obtención del título de Médico

Autoras:

María Fernanda Luzuriaga González.
CI 1105870719
mafer-luzuriaga@hotmail.com
Gabriela Alexandra Velecela Garay.
CI 0106027816
gaby.med.27@hotmail.com

Director:

Dr. Jorge Victoriano Mejía Chicaiza.
CI 0101557890

Cuenca, Ecuador
09-Marzo-2020



RESUMEN

INTRODUCCIÓN: El periodo puerperal comprende los 40 días posteriores al parto, estos requieren mayor atención en salud sexual y reproductiva con la finalidad de prevenir o retardar embarazos.

OBJETIVO: Determinar la prevalencia y tipo de la anticoncepción posparto inmediato en pacientes puérperas del Hospital Moreno Vázquez del cantón Gualaceo durante el año 2018.

MATERIAL Y MÉTODO: Se realizó un estudio de tipo observacional, analítico, transversal y retrospectivo, con 411 historias clínicas de puérperas atendidas en la institución. De estas 86 recibieron anticoncepción. Se estudió la asociación entre la anticoncepción posparto con la edad menor a 19 años, nivel de instrucción menor a 6 años, el estado civil soltera y la recepción o no de consejería en planificación familiar. Los datos obtenidos se procesaron en programa SPSS, los resultados se presentaron con tablas simples y compuestas.

RESULTADOS: La prevalencia de anticoncepción post-parto inmediato fue del 20.9% (86), el método preferido fue la ligadura de trompas 61.6% (53) seguido por el implante subdérmico 25.6% (22). Las mujeres menores de 20 años eligieron el implante subdérmico, mientras que las de 20 años o más prefirieron la esterilización quirúrgica. La edad ($p=0.007$), nivel de instrucción ($p=0.004$) y consejería en planificación familiar ($p=0.005$) tuvieron significancia estadística; mientras que el estado civil no tuvo ($p=0.06$).

CONCLUSIÓN: La anticoncepción en el puerperio inmediato en esta casa de salud aún es baja en comparación a los estándares de la OMS que recomiendan entre el 65-85%.

PALABRAS CLAVES: Planificación familiar postparto. Métodos anticonceptivos. Puerperio.



ABSTRACT

Introduction: The puerperal period is a set of physiological and psychological changes within 40 days after childbirth, which requires a main focus on the sexual and reproductive health of women with the proposal to prevent or delay pregnancies, for this purpose knowledge about planning Family is essential.

Objective: Determine the prevalence and type of immediate postpartum contraception in postpartum patients of the Moreno Vázquez Hospital of Gualaceo town during the year 2018.

Material and methods: An observational, analytical, cross-sectional and retrospective study was carried out, with 411 clinical records of postpartum women treated at Moreno Vázquez Hospital during 2018, of these 86 received contraception in the immediate postpartum period. Subsequently, the association relationship between postpartum contraception with age under 19 years, level of education under 6 years, single marital status and the reception or not of family planning counseling were studied. The data obtained were processed in the SPSS version 25 program and their results were presented with simple and compound tables; Analytical statistics were studied with chi2 value, confidence interval and p value.

Results: The prevalence of immediate postpartum contraception was 20.9% (86), the most commonly used method was tubal ligation 61.6% (53) followed by 25.6% subdermal implant (22). Women under 20 years chose the subdermal implant, compared to those 20 years or older showed greater inclination towards surgical sterilization. The variables of association age ($p = 0.007$), level of instruction ($p = 0.004$) and family planning counseling ($p = 0.005$) had statistical significance; while the marital status had no statistical significance ($p = 0.06$)

Conclusion: Contraception in the immediate puerperium in this health home is still low compared to WHO standards that recommend between 65-85%.

Keywords: Postpart family planning. Contraceptive methods. Puerperium.



ÍNDICE

RESUMEN.....	2
ABSTRACT.....	3
CAPITULO I	13
1.1 INTRODUCCIÓN.....	13
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	15
1.3 JUSTIFICACIÓN.....	17
CAPITULO II	20
2. FUNDAMENTO TEORICO.....	20
2.1 CONCEPTOS BÁSICOS.....	20
Salud reproductiva	20
Posparto o Puerperio	20
Planificación familiar	21
Planificación familiar post parto	21
2.2 ANTECEDENTES.....	21
Antecedentes Internacionales.	22
2.3 ANATOMÍA DEL APARATO REPRODUCTOR FEMENINO Y FISIOLÓGÍA DEL CICLO MENSTRUAL.....	25
Anatomía del aparato reproductor femenino	25
Fisiología del ciclo menstrual	27
Órganos reproductivos y su relación con la anticoncepción	29
2.4 MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS.....	29
Métodos anticonceptivos naturales	30
Métodos anticonceptivos de barrera	30
Métodos anticonceptivos hormonales	30
Métodos anticonceptivos químicos	32
Métodos anticonceptivos definitivos	32
Lactancia como método anticonceptivo	32
CAPITULO III	34
3. OBJETIVOS.....	34
3.1 OBJETIVO GENERAL.....	34
3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	34
CAPITULO IV	35
4. DISEÑO METODOLÓGICO.....	35
4.1 TIPO DE ESTUDIO.....	35
4.2 ÁREA DE ESTUDIO.....	35
	4



4.3 UNIVERSO Y MUESTRA.....	35
4.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y DE EXCLUSIÓN	35
CRITERIOS DE INCLUSION.....	35
CRITERIOS DE EXCLUSION	35
4.5 VARIABLES.....	35
OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	36
4.6 METODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS.....	36
4.7 PROCEDIMIENTOS.....	36
4.8 PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS DATOS	36
4.9 ASPECTOS ÉTICOS.....	36
5. RESULTADOS	37
CAPITULO VI.....	48
6. DISCUSIÓN	48
CAPITULO VII	52
7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	52
CAPITULO VIII	53
8. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICA.....	53
CAPITULO IX.....	57
ANEXOS	57
Anexo 1 Formulario 051 del Ministerio de Salud Pública.....	57
Anexo 2 Formulario para la recolección de datos	58
Anexo 3 Tabla de operacionalización de variables.....	60



Cláusula de licencia y autorización para Publicación en el Repositorio Institucional

María Fernanda Luzuriaga González, en calidad de autora y titular de los derechos morales y patrimoniales del proyecto de investigación PREVALENCIA Y TIPO DE ANTICONCEPCIÓN POST-PARTO INMEDIATO EN PUÉRPERAS DEL HOSPITAL MORENO VÁZQUEZ. AÑO 2018. GUALACEO, de conformidad con el Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN reconozco a favor de la Universidad de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Asimismo, autorizo a la Universidad de Cuenca para que realice la publicación de este proyecto de investigación en el Repositorio Institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 9 de marzo del 2020

María Fernanda Luzuriaga González

CI: 1105870719



Cláusula de propiedad intelectual

María Fernanda Luzuriaga González, autora del proyecto de investigación PREVALENCIA Y TIPO DE ANTICONCEPCIÓN POST-PARTO INMEDIATO EN PUÉRPERAS DEL HOSPITAL MORENO VÁZQUEZ. AÑO 2018. GUALACEO, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, 9 de marzo del 2020

María Fernanda Luzuriaga González

CI: 1105870719



**Cláusula de licencia y autorización para Publicación en el Repositorio
Institucional**

Gabriela Alexandra Velecela Garay, en calidad de autora y titular de los derechos morales y patrimoniales del proyecto de investigación PREVALENCIA Y TIPO DE ANTICONCEPCIÓN POST-PARTO INMEDIATO EN PUÉRPERAS DEL HOSPITAL MORENO VÁZQUEZ. AÑO 2018. GUALACEO, de conformidad con el Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN reconozco a favor de la Universidad de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Asimismo, autorizo a la Universidad de Cuenca para que realice la publicación de este proyecto de investigación en el Repositorio Institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 9 de marzo del 2020.

Gabriela Alexandra Velecela Garay

C.I: 0106027816



Cláusula de Propiedad intelectual

Gabriela Alexandra Velecela Garay, autora del proyecto de investigación PREVALENCIA Y TIPO DE ANTICONCEPCIÓN POST-PARTO INMEDIATO EN PUÉRPERAS DEL HOSPITAL MORENO VÁZQUEZ. AÑO 2018. GUALACEO, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, 9 de marzo del 2020.

Gabriela Alexandra Velecela Garay

C.I: 0106027816



DEDICATORIA

En primera instancia agradezco a Dios porque en cada paso que he dado he sentido su cuidado y amor.

A mis padres que son el pilar fundamental y la razón por la que he llegado hasta aquí a pesar de la distancia han sabido apoyarme, guiarme y motivarme a cumplir mis metas. Gracias a ellos soy quien soy, han sido mi inspiración y han permitido que sueñe y demuestre que si uno quiere algo y lucha por ello puede conseguirlo. Este logro y los que vendrán son de ellos. Los amo con todo mi corazón.

A mis hermanos Jonathan, Anthony y Katterin por ser un motor en mi vida y porque muchas de las veces he aprendido de ellos, de la energía y pasión que cada uno ha puesto en sus sueños.

Al resto de mi familia que estuvieron de igual manera en cada uno de los pasos que daba y me motivaron a seguir perseverante a pesar de los momentos difíciles, sus palabras me consolaron más de una vez.

A todos aquellos que tuve la oportunidad de conocer en estos largos años y tuve el placer de llamar amigos, sus palabras, gestos y ocurrencias me sacaron una sonrisa y me impulsaron a seguir adelante a pesar de estar lejos de casa. Son la familia que nunca espere tener pero que agradezco infinitamente.

A mi compañera de tesis Gabriela Velecela nunca he visto persona más fuerte y perseverante; ver hasta dónde has llegado a pesar de las dificultades y poder cumplir este sueño contigo me hace inmensamente feliz.

A mi querida facultad que a lo largo de 6 años me ha formado como profesional y como persona, ayudándome a crecer en diferentes formas. A todos mis profesores y docentes médicos muchas gracias por todo.

Finalmente, este proyecto está dedicado a mi persona, por demostrarme que soy capaz y más fuerte de lo que creo. El esfuerzo y la dedicación tienen su recompensa y estoy muy orgullosa de lo que he conseguido. El cielo es el límite. Vamos por más.

María Fernanda Luzuriaga González



DEDICATORIA

A Dios por darme todos los días la fuerza necesaria para seguir adelante, por nunca abandonarme y permitirme ahora alcanzar una de mis grandes metas.

A mi tía Sandra Garay por ayudarme y apoyarme cuando más lo necesite, aún me pregunto que hubiese hecho sin ella.

A mis padres por educarme para ser la mujer en la que me he convertido, porque a pesar de todo sé que están orgullosos de mí.

A mi hermano Bryam que ha sido mi motor y mi fuerza en esos días imposibles, lo hemos hecho bien hermano. A mis hermanos Jennifer, Cinthya y Daniel porque cada día aprendo de ustedes y me motivan a querer ser mejor todos los días

A mi familia, la que fue mi red que ha evitado muchas veces que pueda rendirme gracias por creer en mí.

A María Fernanda Luzuriaga, mi compañera de tesis, es para mí un gran honor alcanzar este logro a tu lado, por los buenos y malos ratos, por los días felices y los que no lo fueron.

A mis amigos, a mis queridos amigos que son mi familia, que cuando hubo turnos pesados, exámenes retrasados, pendientes interminables, días largos sin dormir fueron un respiro, una luz.

Pero por sobre todo esto es para mí.

Gabriela Alexandra Velecela Garay



AGRADECIMIENTO

Primeramente, queremos agradecer a Dios por guiarnos y cuidarnos en cada uno de los pasos que hemos dado a lo largo de esta etapa académica y por hacer posible el culminarla.

A nuestras familias que a pesar de las dificultades que se han presentado han sabido alentarnos de una u otra manera para que podamos realizar nuestro ansiado sueño.

A nuestros amigos quienes después de compartir tantos años y experiencias se han vuelto la familia que no esperábamos tener y que con su carisma y palabras han sabido alentarnos cuando los obstáculos parecían sobrepasarnos.

A nuestro director de tesis Dr. Jorge Mejía un agradecimiento muy especial por habernos extendido la mano y guiarnos en todo este proceso, la paciencia y las enseñanzas impartidas que nos acompañaran de ahora en adelante.

Al personal del Hospital Moreno Vázquez que supo abrirnos las puertas para poder realizar esta investigación y siempre se mostraron dispuestos a brindarnos su ayuda. Al personal del área de estadística que supieron hacer de nuestro proceso investigativo una experiencia amena y divertida.

A la facultad de Medicina de la Universidad de Cuenca por ser nuestra alma mater permitir fôrmanos como grandes profesionales en sus aulas, cultivando siempre nuestra humanidad, responsabilidad y amor a lo que hacemos.

A nuestros Docentes que día con día sembraron en nosotros sus conocimientos, impulsaron nuestras virtudes y nos corrigieron cuando fue necesario, pero ante todo estuvieron siempre con una palabra de aliento que nos dio fuerzas para seguir adelante.

“Los cuentos de hadas son reales no porque enseñan que nos dragones existen, sino porque nos dicen que podemos derrotarlos” Gilbert Keith C.

Las autoras



CAPITULO I

1.1 INTRODUCCIÓN

La planificación familiar basada en la aplicación de los derechos reproductivos permite al hombre y mujer decidir libre y responsablemente, sin discriminación, coerción o violencia cuando y cuantos hijos desea tener. La planificación familiar postparto (PFPP) se puede interpretar como la estrategia enfocada a la prevención de embarazos no planificados y de intervalos intergenésicos cortos durante los primeros 12 meses después del parto (1).

La atención postparto o puerperal (AP) se presenta como un momento oportuno para brindar a las mujeres orientación sobre el retorno a la fertilidad, sus opciones para espaciar o limitar embarazos futuros y los beneficios que estas conllevan para la salud materna y neonatal (1).

Los métodos anticonceptivos son una herramienta de salud cuyo objetivo es eludir embarazos no deseados con la finalidad de mantener el equilibrio entre la reproducción humana, las necesidades en salud y el bienestar familiar (2).

El acceso a diferentes métodos anticonceptivos proporciona grandes beneficios entre ellos aporta a la reducción de la mortalidad materno-infantil; complicaciones maternas post-parto, bajo peso al nacer, impulsa el empoderamiento femenino, disminuye los abortos clandestinos, entre otras diferentes ventajas (3).

En la mayoría de regiones del mundo, los anticonceptivos son usados por mujeres en edad fértil con rangos de edad entre 15 a 49 años que se encuentran casadas o en unión libre. En el año 2017, el 63 por ciento de estas mujeres se encontraban usando algún método anticonceptivo. Valor que aumenta a más del 70 por ciento en Europa, América Latina y el Caribe (3).

Diversos estudios enfocados al uso de métodos anticonceptivos durante el puerperio en distintos países del mundo, establecen que la planificación familiar es una táctica con un gran potencial; sin embargo diferentes determinantes atribuibles a las instituciones de salud, características demográficas, factores socioeconómicas,



preferencias de fertilidad, entre otros; no han permitido su aplicación mundial y por ende alcanzar su máximo potencial (4).

Así lo demostró un estudio realizado en el 2014 en 43 países de los diferentes continentes que pretendía determinar el uso de la planificación familiar durante el periodo postparto en relación con diferentes factores, concluye que en la mayoría de países la PFPP no se encontraba relacionada con la edad de la madre; presentaba una relación positiva con la ubicación, el estado socioeconómico, nivel de educación, deseos de la fertilidad y existe una fuerte correlación con la atención sanitaria brindada a la madre gestante (4).

En el Ecuador, la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) aplicada en el año 2012 establece que aproximadamente el 81,4% de mujeres casadas o unidas entre 15 y 49 años, utilizan algún método anticonceptivo, de este porcentaje el 67,2% utilizan algún anticonceptivo moderno y el 12,6% algún método tradicional (5).

A pesar de la gran acogida se menciona de igual manera que la demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos (MAC) es de 7%, siendo más alta en mujeres casadas con un 8%. De igual manera es mayor en mujeres indígenas con 10.4% y, 10.1% en mujeres afro ecuatorianas. La necesidad insatisfecha de MAC es más marcada en mujeres sin instrucción y corresponde al 9.2% (5).

La muerte materna es uno de los principales indicadores de las condiciones de salud de las mujeres, que permiten tener una aproximación a la realidad en la que viven, si sus derechos son respetados y se da cuenta de las desigualdades y diferencias que las acosan.

Entre 2010-2014 se presentaron 976 muerte maternas de estas el 60.5% corresponde al grupo etario de 20-34 años; al analizar el momento de la ocurrencia de la muerte materna, se observa un incremento de la misma durante el puerperio con 51%, la mayoría de estas ocurridas en centros de salud pública con el 57.7% (5).

Según la evidencia expuesta anteriormente la planificación familiar es un instrumento con un fuerte impacto en la salud de las mujeres y sus familias; así su aplicación en las diferentes etapas de la vida de esta pueden ser determinantes para lograr reducir la mortalidad materna y otras complicaciones asociadas a embarazos no planeados.



1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La planificación familiar (PF) es un derecho humano que consiste en la capacidad de la persona para llevar una vida sexual plena, responsable y poder decidir el momento y la frecuencia de los embarazos. Los anticonceptivos son el mecanismo por el que se puede dar control voluntario a la fertilidad y existe una gran variedad que dependiendo la persona o pareja se adaptara a diferentes situaciones (6).

La planificación familiar post-parto desempeña una importante función como estrategia para disminuir las necesidades de PF insatisfechas. Las mujeres puérperas son las que poseen la mayor cantidad de necesidades insatisfechas en cuanto a planificación familiar. Mayormente no reciben los servicios que necesitan para aumentar los intervalos intergenésicos o para disminuir los embarazos no planificados y sus consecuencias (1).

El uso de métodos anticonceptivos antes expuesto demuestra un aumento de su aplicación en diferentes zonas del mundo, de acuerdo a lo reportado por la OMS, en América Latina y el Caribe, el promedio de prevalencia anticonceptiva es de 67%, porcentaje que desciende a 54% para Sudamérica en países como Argentina, Perú, Bolivia y Colombia (7).

La relevancia de la planificación post-parto se encuentra en los diferentes beneficios que acarrea entre estos la reducción del riesgo de aborto espontaneo, bajo peso al nacer, muerte neonatal, partos prematuro, anemia y rotura prematura de membranas (8).

La planificación familiar podría evitar más del 30% de las muertes maternas y el 10% de las muertes infantiles si los embarazos estuvieran separados por más de 2 años (4); incluso se manifiesta que las muertes maternas anuales se podrían reducir a la mitad si las mujeres que alguna vez expresaron su deseo de no tener más hijos utilizarasen algún método anticonceptivo (2) (9).

En toda América Latina hay un flagelo común: los altos índices de fecundidad, y embarazos en grupos de riesgo, elevados niveles de morbilidad materno infantil y otros factores socio-económicos relevantes como el hacinamiento, la pobreza extrema, y la falta de acceso a la educación (10).



Se estima que cada año ocurren aproximadamente 200 millones de embarazos en todo el mundo. Alrededor del 19 por ciento de las jóvenes en países en vías de desarrollo se quedan embarazadas antes de los 18 años de edad. Cerca de 2 millones de los 7,3 millones de partos de adolescentes menores de 18 que ocurren cada año en los países en desarrollo son partos de niñas menores de 15 años (11).

La mortalidad materna es la una de las primeras causas de muerte en las mujeres entre 15 a 24 años en la zona de América. Un ejemplo claro se encuentra en el 2014 en donde fallecieron alrededor de 1900 adolescentes y jóvenes por problemas durante el embarazo, parto y postparto (12).

En Ecuador las unidades del MSP actualmente tienen acceso a alrededor de 5 métodos anticonceptivos modernos entre los de barrera, hormonales y quirúrgicos. Durante el año 2014 las diferentes unidades básicas de salud reportaron el 14% de cobertura en planificación familiar, en comparación con el año 2010 donde se mantuvo una cobertura del 10% (13).

Poseer un conocimiento adecuado sobre los diferentes métodos anticonceptivos disponibles a los que se pueden acceder una vez la mujer o pareja decidan iniciar o continuar la formación de una familia, como es el puerperio brinda una oportunidad y herramienta única que el personal de salud debe estar en capacidad de usar para beneficio de la madre y su familia.

Es así que el periodo posparto brinda la posibilidad no sólo de captar una población cautiva para la educación sobre los métodos anticonceptivos sino también altamente motivada. Durante este tiempo, el asesoramiento sobre los distintos métodos anticonceptivos, la elección y uso subsiguiente representa una oportunidad importante para evitar embarazos futuros no deseados (1).

En el puerperio inmediato es frecuente que, al momento de tomar la decisión sobre el método anticonceptivo más idóneo, se carezca de información confiable; por esta razón algunos expertos afirman que la educación en planificación familiar debe iniciarse durante el embarazo y reforzarse después del parto, permitiendo a la mujer tomar decisiones responsables y de manera informada(2).



Por las consideraciones expuestas se planteó el siguiente problema: ¿Cuál es la prevalencia y tipo de anticoncepción postparto inmediato en mujeres puérperas en el Hospital Moreno Vázquez durante el año 2018?

1.3 JUSTIFICACIÓN

A nivel mundial, la planificación familiar se reconoce como una de las intervenciones principales que salva la vida de madre e hijos (1). Se considera una de las formas más efectivas y económicas de mejorar la calidad de vida presente y futura en la tierra.

Se ha deducido que podría salvar las vidas de un cuarto a la mitad de las 500, 000 mujeres que mueren cada año por causas maternas, podrían prevenir los daños asociados a embarazos no deseados y de alto riesgo. Podría prevenir la mayoría o la totalidad de los 50,000 abortos ilegales que se calcula que ocurren cada día, y las 150,000 muertes anuales resultantes (2).

Las mujeres tendrán más tiempo para la educación, el desarrollo vocacional, la producción de ingresos, el cuidado de los niños existentes, la recreación y otras actividades.

La planificación familiar podría salvar millones de vidas infantiles cada año al reducir la cantidad de nacimientos de alto riesgo y podría llevar a mejoras significativas en la nutrición infantil al permitir que la madre amamante más tiempo y reducir la incidencia de bajo peso al nacer (2).

Las mujeres que se encuentran en su post-parto son las que mayormente presentan dificultades para tener una planificación familiar adecuada con personal que las guíe y asesore correctamente, posteriormente presentando embarazos a repetición que van presentando complicaciones cada vez mayores.

Según el análisis de los datos de la encuesta demográfica y de salud de 27 países, el 95 % de las mujeres que cursan el período de 0 a 12 meses posparto desean evitar el embarazo en los 24 meses siguientes, pero el 70 % de ellas no usan métodos anticonceptivos (1).



Un documento del Fondo para la Infancia de las Naciones (UNICEF) establece que los nacimientos numerosos o con un período intergenésico corto pueden provocar hasta el 33 % de muertes neonatales, proponiendo la planificación familiar como un medio eficaz para espaciar las gestaciones al menos en dos años que es lo recomendable, pues es el tiempo que se considera necesario para que el organismo materno proceda a recuperarse completamente (6).

Muchas mujeres y parejas lograron la composición familiar deseada y desearían evitar embarazos en el futuro. Un paso importante para disminuir la mortalidad materna es asegurar que cada mujer tenga solo la cantidad de hijos que desea (6).

De acuerdo con el Censo 2010, en el Ecuador el 20,5% de la población nacional es adolescente; de los cuales el 10,6% entre 10 a 14 años y, el 9,8% entre 15 a 19 años. El 49% de adolescentes son mujeres y 51% son hombres; 60,6% reside en áreas urbanas el 39,4% en áreas rurales (14).

Un estudio realizado por la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) establece que las principales situaciones de salud que afectan a las mujeres son: el embarazo, aborto y maternidad. Ecuador ocupa el primer lugar en la región andina, y el segundo en América Latina de embarazos en adolescentes: según el rango de edad el 3,4% de las mujeres ecuatorianas que son madres tienen entre 12 y 19 años, es decir, 122.301 madres son adolescentes (15).

Entre las consecuencias del embarazo en niñas y adolescentes se encuentran: el abandono permanente o discontinuidad en los estudios; la falta de acceso al trabajo formal; deficiente inserción social, pobreza, poco empoderamiento y participación de adolescentes, así como el no cumplimiento de sus proyectos de vida. Adicionalmente, existe un riesgo de morir durante el embarazo, parto o postparto de hasta 4 veces más en las embarazadas menores de 15 años, o las relacionadas al aborto en condiciones inseguras (14).

Gualaceo se encuentra localizado en la zona centro-oriental de la provincia del Azuay, en la subcuenca del río Santa Bárbara, perteneciente a la cuenca hidrográfica del río Paute (16).

La población adolescente de enero a octubre del 2015 del cantón Gualaceo corresponde a 11.695, de los cuales el número de embarazos es de 24 entre los 10 y



14 años de edad y el número de embarazos entre 15 y 19 años de edad es de 336 (16).

Se estableció que el 17% de las mujeres en edad fértil utilizan métodos anticonceptivos (16), sin embargo, causa alarma la gran frecuencia de embarazos en adolescentes a pesar de la implementación de estrategias por parte del gobierno nacional y municipal.

Por lo anteriormente mencionado se puede inferir que es imprescindible realizar mayores estudios que determinen los diferentes causales que pueden ser una barrera al momento de implementar una planificación familiar adecuada en las mujeres en especial con este grupo vulnerable. Considerando que el post-parto no es un tema que cuente con grandes estudios en nuestra sociedad, hemos decidido ahondar en el mismo y presentar el actual tema de investigación.



CAPITULO II

2. FUNDAMENTO TEORICO

Con el fin de realizar una comprensión del fenómeno bajo estudio, éste 'Fundamento Teórico' se encuentra estructurado de la siguiente manera: Conceptos Básicos, Antecedentes, Anatomía del aparato reproductor femenino y, Fisiología del Ciclo menstrual, Tipos de métodos Anticonceptivos, Planificación Familiar Post-parto en la actualidad. Entendida así ésta estructura, se procede a continuación a dar cuenta del contenido de estos ítems.

2.1 CONCEPTOS BÁSICOS

Salud reproductiva

La salud reproductiva implica la posibilidad de tener una sexualidad satisfactoria y segura, así como la libertad de tener hijos si y cuando se desea. Esta concepción de la salud reproductiva supone el derecho de las personas a elegir métodos anticonceptivos seguros, eficaces, asequibles y aceptables, y de tener acceso a servicios de salud apropiados que permitan los embarazos y los partos sin riesgos y den a las personas las máximas posibilidades de tener hijos sanos. En resumen, la libertad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria, sin riesgos y la libertad para decidir procrear hacerlo o no hacerlo, cuando y con qué frecuencia(13).

Posparto o Puerperio

Entiéndase por Posparto o Puerperio al período de la vida de la mujer que sigue al parto. Comienza después de la expulsión de la placenta y se extiende hasta la recuperación anatómica y fisiológica de la mujer. Es una etapa de transición de duración variable, aproximadamente 6 a 8 semanas, en el que se inician y desarrollan los complejos procesos de la lactancia y de adaptación entre la madre, su hijo/a y su entorno. Clínicamente, el puerperio puede dividirse en tres períodos sucesivos(17):

- Puerperio inmediato: las primeras 24 horas postparto.
- Puerperio temprano: incluye la primera semana postparto.
- Puerperio tardío: abarca el tiempo necesario para la involución completa de los órganos genitales y el retorno de la mujer a su condición pregestacional.



Planificación familiar

Entiéndase por Planificación familiar a aquella práctica que permite a las personas decidir el número de hijos que desean tener, el momento adecuado para tenerlos y el intervalo de tiempo entre cada embarazo. Se logra mediante la aplicación de métodos anticonceptivos y el tratamiento de la esterilidad(1).

Planificación familiar post parto

Entiéndase por Planificación familiar post-parto a aquella práctica referente a los cuidados tras el nacimiento en lo que respecta a anticoncepción, se centra en la prevención de embarazos no planificados y de intervalos intergenésicos cortos durante los primeros 12 meses después del parto(6).

2.2 ANTECEDENTES

Entre los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) acordados por los estados en 2001, la meta 5b requirió lograr, para 2015, el acceso universal a la salud reproductiva. Al final de ese período, se notificó que la prevalencia mundial de los anticonceptivos era del 64 % (41 % en países de bajos ingresos) y que la demanda no satisfecha de planificación familiar a nivel mundial era del 12 % (22 % en países de bajos ingresos). Ahora, entre los nuevos Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), las metas 3.7 y 5.6 demandan el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, y a los derechos reproductivos y de salud sexual y reproductiva, respectivamente, para 2030. Con el fin de disminuir los índices de embarazos no deseados, y con ello la mortalidad materna y neonatal. En el Ecuador, se producen en promedio 300.000 nacimientos al año; aproximadamente un 15% de las mujeres embarazadas experimenta una complicación que amenaza su vida durante el embarazo o el parto. En el año 2013, en el mundo murieron 289.000 mujeres durante el embarazo y el parto o después de ellos(18).

El uso de anticonceptivos ha aumentado en muchas partes del mundo, especialmente en Asia y América Latina, pero sigue siendo bajo en al África subsahariana. A escala mundial, el uso de anticonceptivos modernos ha aumentado ligeramente, de un 54% en 1990 a un 57,4% en 2015. A escala regional, la proporción de mujeres de entre 15 y 49 años de edad que usan algún método anticonceptivo ha aumentado mínimamente o se ha estabilizado entre 2008 y 2015. En África pasó de 23,6% a 28,5%; en Asia, el uso de anticonceptivos modernos ha aumentado ligeramente de un



60,9% a un 61,8%, y en América Latina y el Caribe el porcentaje ha permanecido en 66,7%(19). Sin embargo, en Asia y América Latina y el Caribe regiones donde la prevalencia del uso de anticonceptivos es relativamente alta, las necesidades insatisfechas representan un 10,2% y un 10,7%, respectivamente. (Trends in Contraception Worldwide 2015, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas).

En lo que respecta a la planificación post evento obstétrico la OMS recomienda que las mujeres reciban información sobre planificación familiar y sobre los beneficios sociales y en la salud de espaciar los embarazos durante la atención prenatal, inmediatamente después del nacimiento, y durante el posparto. Cada visita al profesional de la salud ofrece una oportunidad única de seguimiento y orientación, la evidencia que se halló en India, Nepal y Senegal sugiere que las mujeres tenían una mayor tendencia a usar un anticonceptivo moderno posparto, si se les ofrecían servicios de planificación familiar en el momento de la prestación del servicio para el parto(20).

Alrededor del mundo se han realizado varios estudios relacionados que mencionaremos en los siguientes apartados.

Antecedentes Internacionales.

En México en el 2015 elaboraron un estudio titulado “Determinantes del rechazo a la anticoncepción post – evento obstétrico en pacientes de Hospital de la Mujer Zacatecana” Un estudio observacional, analítico y transversal en un periodo de un mes en mujeres que acudieron a atención medica después de un evento obstétrico. Resultados: no se encontró asociación significativa entre los métodos anticonceptivos y las creencias religiosas ($p=0.75$), la falta de información sobre los métodos anticonceptivos ($p=0.22$) y apoyo de la pareja ($p = 0.16$). En las mujeres donde no influyó la religión, indicaron que no utilizan ningún método anticonceptivo por no tener una vida sexual activa ($p=0.00$). Las mujeres que no han utilizado un método anticonceptivo seguro en el transcurso de su vida sexual activa, son menos probables de utilizar algún método post evento obstétrico ($p=0.04$). Conclusiones: los principales determinantes para el rechazo a la anticoncepción post evento obstétrico, son la falta



de información sobre los mismos métodos anticonceptivos y la escasa o nula participación de la pareja en temas de planificación familiar(21).

En Paraguay en 2015 se realizó una investigación titulada “Métodos anticonceptivos de elección en el puerperio inmediato en pacientes adolescentes”. Un estudio retrospectivo observacional realizado en adolescentes en su puerperio inmediato. Resultados: la mayoría de las pacientes no desea ningún tipo de anticoncepción. En el caso de elegir alguno, prefieren el DIU. Las adolescentes que no deseaban método anticonceptivo mayormente se encontraban entre 13 y 15 años. Casi el 70% de las pacientes tuvieron parto vaginal y procedían del Gran Asunción y Departamento Central. Conclusiones: el 62,03% de las pacientes no desea método anticonceptivo alguno, en relación con el 37,97 que si lo desea, siendo el DIU el de mayor predilección(22).

En un estudio realizado en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega Abancay en Perú en el 2015 en relación a la elección del método anticonceptivo en el posparto se encontró que el 75,8% (185) optaron en utilizar el anticonceptivo hormonal inyectable de progestágeno de un total de 244 mujeres que tuvieron su parto vaginal. Los factores personales (la edad, paridad, estado civil) y factores de nivel socioeconómico - cultural (grado de instrucción, ocupación, religión) no están asociados a la elección del tipo de anticoncepción hormonal inyectable de progestágeno y otros métodos en las púerperas atendidas en el hospital; a excepción del ámbito geográfico de procedencia el que presentó 66,5% (123) zona urbana y 33,5% (62) en la zona rural; ello indica que la procedencia está asociado con la elección del método hormonal inyectable de progestágeno (23).

En Perú en 2016 se llevó a cabo una investigación titulada “Factores que influyen en la aceptación de métodos anticonceptivos (acetato de medroxiprogesterona y/o condón) en púerperas mediatas. Hospital de Apoyo Huanta, diciembre 2015 - febrero 2016”. Un estudio transversal, prospectivo, cuantitativo, analítico, de cohorte, cuya muestra estuvo dividida en un grupo control y en grupo caso de púerperas mediatas, usando como técnica la entrevista, el cuestionario y la revisión de historias clínicas. Se obtuvo como resultados que el 75,8% (157) de púerperas mediatas no acepta usar un método anticonceptivo (acetato de medroxiprogesterona y/o condón). El 24.2%



(50) acepta usar un método, de las cuales el 13,5% (28) acepta usar condón y 10,6% (22) acetato de medroxiprogesterona como método anticonceptivo. Concluyó que los factores de riesgo a la no aceptación de métodos anticonceptivos (acetato de medroxiprogesterona y/o condón) fueron: la no información previa sobre métodos anticonceptivos, estado civil no estable, no aprobación de la pareja, no uso de método anticonceptivo anteriormente, no haber recibido consejería sobre métodos anticonceptivos(24).

De igual manera en Lima – Perú en el Centro Materno Infantil Manuel Barreto en 2016. Se realizó un estudio descriptivo, de corte transversal, que tiene como muestra a 117. Utiliza un análisis univariado, donde, para las variables cuantitativas se utilizan medidas de tendencia central y de dispersión; y para las variables cualitativas se estimaron frecuencias absolutas y relativas. El porcentaje de mujeres que reanudó la práctica sexual coital es de 47.9% (n=56), siendo el tiempo medio de $4,89 \pm 2,08$ semanas e iniciándose en la mayoría en el puerperio. La mayoría utilizó como métodos anticonceptivos para el reinicio al preservativo (39.3%) y el método de lactancia materna exclusiva y amenorrea 19.6%. Dentro de los primeros cuatro meses del periodo postparto en la totalidad de mujeres, el 41% utiliza el inyectable hormonal trimestral, como principal método anticonceptivo moderno(25).

En Perú realizó una investigación titulada “Barreras percibidas por las puérperas para el uso de métodos anticonceptivos modernos en el Instituto Nacional Materno Perinatal, 2017”. Estudio cualitativo de carácter exploratorio. Resultados: la mayoría de entrevistadas se encuentran entre los 18-23 años, son convivientes, de religión católica, han cursado secundaria completa, son amas de casa y tienen un ingreso mensual de 500-700 soles. Se encontró que las opiniones, prejuicios y opiniones acerca de los métodos modernos provienen de un bajo grado de instrucción o por ser compartida de manera errónea por el círculo social. La situación económica y laboral no limita el acceso a los métodos modernos. La influencia de la pareja al momento de decidir por un método anticonceptivo es significativa para las puérperas; de igual manera si se tiene una buena experiencia con el proveedor de salud es más probable que tengan intención de usar un método moderno. Conclusiones: el bajo grado de instrucción, la influencia de la pareja y los prejuicios son barreras para el uso de los métodos modernos(26).



En el Hospital Nacional Hipólito Unánue de Lima en 2018 se realizó un estudio observacional, transversal y prospectivo, de nivel relacional, que contó con una muestra de 107 pacientes en la etapa posparto. Los métodos anticonceptivos usados fueron el hormonal en un 85% como la ampolla de tres meses y el implante subdérmico, y el de barrera en un 15% el preservativo. Los factores sociodemográficos asociados al uso de métodos anticonceptivos en el postparto fueron el estado civil ($p=0.007$) conviviente, que la pareja quiera que use métodos anticonceptivos ($p=0.048$) y la influencia de la pareja en la elección del método para método hormonal ($p=0.007$), mientras que para método de barrera fueron el estado civil casada, que la pareja no quiera que use métodos anticonceptivos y la no influencia de la pareja en la elección del método. Los factores gineco obstétricos y culturales no se asociaron al uso de métodos anticonceptivos en el postparto ($p>0.05$). Los factores asociados al uso de métodos anticonceptivos en el postparto en pacientes atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unánue de Lima fueron el estado civil, el hecho que la pareja quiera que use métodos anticonceptivos, y la influencia de la pareja en la elección del método(27).

2.3 ANATOMÍA DEL APARATO REPRODUCTOR FEMENINO Y FISIOLÓGÍA DEL CICLO MENSTRUAL.

Anatomía del aparato reproductor femenino (28)(29)(30)(31)

El aparato reproductor femenino se puede dividir para su estudio en genitales externos o vulva y genitales internos.

- Los genitales externos son los que se pueden apreciar a simple vista en la región perineal y están compuestos por el monte de venus, los labios mayores y menores, clítoris, himen o en su defecto los remanentes himeniales tras su ruptura y el vestíbulo vaginal.
- Los genitales internos que son en los que se realizan la fecundación y posterior desarrollo del nuevo ser, están constituidos por útero, vagina, ovarios y trompas de Falopio.

Es importante profundizar en la anatomía de los genitales internos pues es en ellos donde principalmente van a actuar los métodos anticonceptivos y por ende son la base teórica indispensable de la planificación familiar.



La vagina. - Es un órgano musculo membranoso hueco que se extiende desde el cuello uterino hasta el vestíbulo vaginal, los espacios entre en cuello del útero y la vagina se denominan fondos de saco (anterior, posterior y laterales), es un órgano de gran importancia en la copulación, excreción del flujo menstrual además de formar la porción inferior del canal del parto. La lubricación vaginal se realiza gracias a las glándulas accesorias, las glándulas de Sneke y de Bartholino(28)(29)(30)(31).

Útero. - Es un órgano muscular hueco en forma de pera invertida que consta de dos partes un segmento inferior o cuello y un segmento superior o cuerpo, que se encuentra separados entre sí por un pequeño estrechamiento llamado istmo uterino. Está situado entre la vejiga (anterior) y el recto (posterior), histológicamente compuesto por tres capas de afuera hacia dentro:1) la serosa, 2) el miometrio una capa gruesa de musculo liso, 3) el endometrio en donde se implanta el huevo fecundado además de ser la capa uterina que se expulsa, casi en su totalidad, durante la menstruación(28)(29)(30)(31).

Trompas de Falopio. - Conductos huecos que se extienden desde los laterales del útero hasta cada uno de los ovarios, dividido en cuatro porciones la porción uterina que es intramural, el istmo la porción más proximal al útero, la ampolla que es la porción más amplia y el infundíbulo que termina en las fimbrias, se abre hacia la cavidad peritoneal en contacto directo con el ovario para la captación de los óvulos. Compuesto por epitelio cilíndrico ciliado que facilita el transporte del ovulo a la cavidad uterina(28)(29)(30)(31).

Ovario. - Es una glándula par de secreción doble puesto que tiene una función exocrina al liberar las células sexuales al exterior y endocrina produciendo hormonas que vierte en el torrente sanguíneo, están situadas lateralmente, en contacto con las trompas de Falopio. Está constituido por dos partes: corteza y médula. La corteza histológicamente tiene epitelio cuboide más el epitelio germinal de Waldeyer. Debajo del epitelio están los oocitos y folículos en desarrollo. Mientras que médula contiene tejido conectivo más células intersticiales y además células contráctiles que asemejan a tejido mioide(28)(29)(30)(31).



Fisiología del ciclo menstrual

A diferencia de otras glándulas del cuerpo la actividad del ovario es cíclica. En la mujer el ciclo ovárico se denomina ciclo menstrual.

El ciclo menstrual normal consiste en una serie de cambios morfo-funcionales que ocurren de manera periódica, producto de la interacción de hormonas hipotalámicas, hipofisarias y ováricas y que preparan el cuerpo para una futura gestación(32). El sistema hipotálamo-hipofiso-ovárico, se halla en un estado de relativo reposo durante la niñez, se activa en la pubertad al aumentar la secreción de la hormona hipotalámica liberadora de gonadotropinas o GnRH(33).

La hormona liberadora de gonadotropinas (GnRH) se encuentra sintetizada por el núcleo Arcuato del hipotálamo y se libera en forma pulsátil a la eminencia media donde pasa a la circulación portal. Al llegar a la hipófisis es la responsable de producir las hormonas gonadotropinas: hormona estimuladora del folículo (FSH) y hormona luteinizante (LH). Lo que determina que una misma hormona de origen a FSH o a LH es la pulsatilidad y qué tan largos sean los cursos. Si se da una secreción constante de GnRH aumenta la secreción de LH mientras que si se da una secreción corta e intermitente la célula interpreta que debe producir FSH(34).

El ciclo ovárico puede dividirse además en(32–35):

- la fase folicular, sucede entre el día 1 del ciclo hasta el día 14, aunque este período puede ser algo variable y esta variabilidad es responsable de las irregulares menstruales(32). Cuando se inicia los niveles de estrógeno y progesterona son bajos. Como consecuencia, se produce la descomposición y el desprendimiento de las capas superiores del revestimiento uterino (endometrio) y tiene lugar la menstruación. En esta fase, el nivel de FSH aumenta ligeramente y estimula el desarrollo de varios folículos de los ovarios. Cada folículo contiene un óvulo. Más tarde en esta fase, a medida que la concentración de FSH va disminuyendo, solo un folículo sigue su desarrollo. Este folículo produce estrógenos.
- La fase ovulatoria comienza con un aumento en la concentración de las hormonas LH y FSH. La hormona luteinizante estimula el proceso de liberación del óvulo (ovulación), que suele ocurrir entre 16 y 32 horas después de que comience su elevación. El nivel de estrógenos llega a su punto máximo y el nivel de progesterona comienza a elevarse.



- Durante la fase lútea descienden las concentraciones de las hormonas LH y FSH. El folículo roto se cierra después de liberar el óvulo y forma el cuerpo lúteo, que produce progesterona. Durante la mayor parte de esta fase, la concentración de estrógenos es alta. La progesterona y los estrógenos provocan un mayor engrosamiento del endometrio, que se prepara para una posible fertilización. Si el óvulo no se fertiliza, el cuerpo lúteo degenera y deja de producir progesterona, el nivel de estrógenos disminuye, se descomponen y desprenden las capas superiores del revestimiento, y sobreviene la menstruación (el inicio de un nuevo ciclo menstrual).

Por su parte el ciclo uterino se divide de la siguiente forma:

- Fase proliferativa: se caracteriza por crecimiento mitótico progresivo de la decidua funcional como preparación para que se implante el embrión en respuesta a las concentraciones circulantes crecientes de estrógenos. Después de iniciarse la fase proliferativa, el endometrio es relativamente delgado (1 a 2 mm). El cambio predominante que se observa durante esta época es la evolución de las glándulas endometriales al principio rectas, estrechas y cortas para convertirse en elementos más largos y tortuosos.
- Fase secretora: durante el ciclo típico de 28 días, la ovulación se produce el día 14. En el plazo de 28 a 72 horas después de acontecer la ovulación, el inicio de la secreción de progesterona produce un cambio en el aspecto histológico del endometrio hacia la fase secretora, denominada así por la presencia clara de productos secretores eosinófilos ricos en proteínas en la luz glandular. En contraste con la fase proliferativa, la fase secretora del ciclo menstrual se caracteriza por los efectos celulares de la progesterona además de los producidos por los estrógenos. En general, los efectos de la progesterona son opuestos a los efectos de los estrógenos, y hay una disminución progresiva en la concentración de los receptores de estrogénicos en las células endometriales. Como resultado, durante la segunda mitad del ciclo sobreviene antagonismo de la síntesis de DNA inducida por los estrógenos y de la mitosis celular.
- Menstruación: en ausencia de implantación, se interrumpe la secreción glandular y ocurre una desintegración irregular de la decidua funcional. El resultado del desprendimiento de esta capa del endometrio, es el proceso denominado menstruación. La destrucción del cuerpo amarillo (lúteo) y de su producción de



estrógenos y progesterona es la causa más directa del desprendimiento. Al desaparecer los esteroides sexuales, hay un espasmo profundo de las arterias espirales que, por último, produce isquemia endometrial. De manera simultánea, se produce desintegración de los lisosomas y liberación de enzimas proteolíticas, que promueven en mayor grado aún la destrucción del tejido local. A continuación, se desprende esta capa del endometrio, y deja a la decidua basal como el origen del crecimiento endometrial subsecuente. La PCF2 produce también contracciones miométriales que disminuyen el flujo sanguíneo local de la pared uterina, y que pueden servir además para la expulsión física del tejido endometrial desprendido desde el útero.

Órganos reproductivos y su relación con la anticoncepción

Las hormonas, cualquiera que sea la vía de administración, actúan en las estructuras cerebrales hipotálamo e hipófisis y en los ovarios impidiendo la producción de óvulos y por ello algunos los llaman anovulatorios; a nivel del útero, modifican el endometrio y el moco cervical. El endometrio se adelgaza, se presenta hipotrófico, en cuanto al moco se hace espeso y forma un verdadero tapón en el cuello uterino que impide el paso de los espermatozoides hacia la cavidad uterina, dependiendo del mecanismo de acción de cada método anticonceptivo, como se verá en el siguiente apartado. Cuando se utilizan los mono hormonales puede presentarse ovulación, pero sí modifican el endometrio y el moco cervical.

2.4 MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

La Salud Reproductiva implica que las personas puedan disfrutar de una vida sexual satisfactoria, segura y responsable, así como la libertad de la pareja para reproducirse y decidir cuándo y con qué frecuencia; en esta condición está incluido el derecho a la información y al acceso a métodos anticonceptivos seguros, efectivos y asequibles de su elección que permitan a la mujer tener un embarazo y un parto seguros y a la pareja la oportunidad de tener hijos sanos, acceder a servicios de salud de calidad, además de ser parte de servicios de promoción y educación para la prevención y atención de infecciones de transmisión sexual, incluyendo VIH/sida y la prevención del cáncer del sistema reproductivo, de discapacidades generales en el climaterio y de la violencia sexual(36).



En este apartado se describirán brevemente los anticonceptivos disponibles en nuestro medio con el fin de dar a conocer las opciones de anticonceptivos disponibles.

Métodos anticonceptivos naturales

- a. Método Ogino-Knaus.- Es necesario hacer un calendario e identificar los días de ovulación para evitar practicar el sexo durante ese tiempo(37).
- b. Método de la temperatura basal. - Consiste en la identificación del periodo de ovulación por medio del registro diario de la temperatura basal durante el ciclo menstrual. La temperatura elevada indica que la mujer ha ovulado(38).
- c. Método Billings o método del moco cervical. - Se trata de reconocer la fase fértil del ciclo menstrual por la presencia del moco cervical, la lubricación mediante el control diario de los genitales. La fase fértil va desde el día de inicio de la sensación de humedad o presencia de moco, hasta tres días después de haber identificado el día fértil (moco filante), hasta el momento en el cual el moco vuelve a ser pegajoso (37).
- d. Método sitotérmico.- El método sintotérmico combina varios métodos basados en el conocimiento de los signos de fertilidad, especialmente los cambios en el moco cervical el método del calendario y la temperatura corporal basal(38).

Métodos anticonceptivos de barrera

- a. Preservativo masculino. - Es una funda fina y elástica están hechos de látex o poliuretano para cubrir el pene durante el coito, a fin de evitar la fecundación, y el posible contagio de enfermedades de transmisión sexual. Impide que los espermatozoides tengan acceso al tracto reproductor femenino(38,39).
- b. Preservativo femenino. - Está hecho de poliuretano maleable, blando y está prelubricado. Está provisto de un anillo interior usado para la inserción que lo mantiene en su lugar, en la parte alta de la vagina; y de un anillo externo que permanece plano y cubre los labios mayores durante el coito. Debe ser insertado en la vagina antes de la relación sexual. Retiene el fluido seminal, evitando que entre en contacto con el cuello uterino (38,39).

Métodos anticonceptivos hormonales

Preparados anticonceptivos que contienen hormonas femeninas que pueden administrarse por vía oral, intramuscular, subdérmica, cutánea, vaginal o a través de un DIU con hormonas. La mayoría de ellos Impiden la ovulación a través de la



inhibición de la secreción de FSH y LH por parte de la hipófisis y alteran el moco cervical haciéndolo hostil y difícilmente penetrable por los espermatozoides, los que tengan un mecanismo de acción diferente se describirá oportunamente(1)(37)(38)(39).

a) Por vía oral.

- Píldoras y mini píldoras. - Este tipo de píldora no contiene estrógeno. Son píldoras sólo de progestágenos, que contienen linestrenol 0,5 mg, levonorgestrel 0,030 mg, norgestrel 0,075 mg y desogestrel 0,075 mg. Es ideal para mujeres en periodo de lactancia(38).
- Píldoras combinadas. - Se componen de un estrógeno más un progestágeno. Todas las grageas tienen igual dosis de estrógenos y progesterona.
- Píldora postcoital. - Contiene concentraciones altas de hormonas y no deben ser usadas como método anticonceptivo habitual.

b. Inyectables

- Inyección mensual. - Están formados por la combinación de un estrógeno de acción prolongada con un gestágeno de acción corta.
- Inyección de acción prolongada. - Los anticonceptivos inyectables solo de progestina no contienen estrógeno. Se dispone de presentaciones de acetato de medroxiprogesterona de depósito de 150 mg y de 104 mg, y de anticonceptivos con enantato de noretisterona de 200 mg. Para prevenir el embarazo, se aplica una inyección cada dos o tres meses, según el tipo de inyectable. Los de acción prolongada y los mensuales combinados, similares en cuanto a eficacia y seguridad(1)(38).

1. Implantes subdérmicos

Cilindros sólidos de plástico a base de etonogestrel o levonorgestrel de aplicación subdérmica, que ofrecen protección efectiva a largo plazo. Su eficacia es de 3 a 5 años, dependiendo del tipo. Actúan mediante el espesamiento del moco cervical, e inhibe la ovulación al retraer el pico de secreción de LH(1)(38).

2. Por vía transvaginal y transdérmica

- Anillo vaginal. - Anillo de contenido hormonal ya sea simple o combinado que se coloca en la vagina. Ofrece un mejor control del ciclo, con una liberación hormonal más constante que los AOC combinados (39)(38).



- Parche. - Pplástico pequeño, delgado, cuadrado y flexible que se adhiere a la piel y libera un progestágeno y un estrógeno, directamente a través de la piel al torrente sanguíneo. Se usa un parche cada semana por 3 semanas, se descansa en la cuarta (38).
3. Dispositivo intra-uterino (DIU)
- DIU de Cobre y DIU de liberación hormonal. Los DIUs liberadores de iones mediante la respuesta inflamatoria en el interior del útero, dificultan la implantación del blastocito junto a posibles acciones nocivas en el óvulo y los espermatozoides, afecta la capacidad migratoria de los espermatozoides y altera el moco cervical, espesándolo (40). Los DIUs con gestágenos producen cambios en la cantidad y viscosidad del moco cervical, inhibiendo así la penetración de los espermatozoides(38)(39).

Métodos anticonceptivos químicos

Espermicidas: cremas, jaleas, supositorios, tabletas o supositorios espumantes, y espumas en aerosol(38).

Métodos anticonceptivos definitivos

- a) Ligadura de trompas de Falopio. - Es un método anticonceptivo consistente en la selección y ligadura de las trompas de Falopio, lugar habitual de la fecundación, que comunica los ovarios con el útero.
- b) Método Essure (obstrucción tubárica). - Es un método irreversible para evitar el embarazo mediante la obstrucción definitiva de las trompas con la colocación de un muelle expansible de 4 cm. de longitud dentro de las trompas.
- c) Vasectomía. - La vasectomía consiste en la sección y ligadura de los conductos deferentes. Como consecuencia, en poco tiempo el semen eyaculado no contiene espermatozoides.

Lactancia como método anticonceptivo

La lactancia es un método de anticoncepción natural; de acuerdo con la OMS se denomina método de amenorrea de la lactancia. Como protección anticonceptiva tiene 98% de eficacia; es decir, menos que los anticonceptivos orales (0.1%)(41). Se basa en la supresión de la ovulación ocasionada por cambios hormonales y el incremento de la prolactina(38), producto del amamantamiento y es una alternativa ante la decisión de la mujer de no tomar anticonceptivos hormonales durante este proceso. El



Consenso de Bellagio provee las bases científicas para definir las condiciones en las que la lactancia materna es segura y efectiva, incluyen los siguientes criterios que deben cumplirse para asegurar una adecuada protección de un embarazo no planeado(41)(39):

- Lactancia hasta los seis meses postparto.
- Lactancia de tiempo completo o casi completo (sin reemplazar la leche humana con otros alimentos).
- Intervalos cortos entre las tomas diurnas y nocturnas (al menos cada cuatro horas durante el día y cada seis horas durante la noche).
- Sin un solo periodo menstrual desde el nacimiento de su hijo (amenorrea).



CAPITULO III

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

- Determinar la prevalencia y tipo de anticoncepción postparto inmediato en púerperas atendidas en el Hospital Moreno Vásquez del cantón Gualaceo año 2018. Cuenca 2020.

3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- a) Establecer las características sociodemográficas de las mujeres posparto inmediato atendidas en el establecimiento de salud en estudio.
- b) Identificar el método anticonceptivo de preferencia en las pacientes atendidas en general y según grupo etario.
- c) Determinar la prevalencia de aceptación e inicio hospitalario o al alta del método anticonceptivo elegido.



CAPITULO IV

4. DISEÑO METODOLÓGICO

4.1 TIPO DE ESTUDIO

El presente estudio de investigación, es de tipo observacional, analítico, de corte transversal.

4.2 ÁREA DE ESTUDIO

La investigación se realizó en el Hospital Moreno Vázquez de Gualaceo, perteneciente a la Zona 6 Distrito 01D04.

4.3 UNIVERSO Y MUESTRA

Se trabajó con un universo finito que consta de todas las historias clínicas y formularios 051 de pacientes en post-parto inmediato que acudieron al establecimiento de salud mencionado durante el año 2018 que dieron un total de 419 historias clínicas.

4.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y DE EXCLUSIÓN

CRITERIOS DE INCLUSION

- ✓ Formularios 051 e historias clínicas de pacientes cuya permanencia hospitalaria esté comprendida en el periodo postparto inmediato.
- ✓ Formularios 051 e historias clínicas de madres que acudieron al Hospital Moreno Vázquez para atención del parto en el año 2018.

CRITERIOS DE EXCLUSION

- ✓ Formularios 051 e historias clínicas incompletas.
- ✓ Formularios e historias clínicas de partos por cesárea.

4.5 VARIABLES

- Edad materna
- Estado Civil
- Ocupación
- Nivel de instrucción
- Número de Gestas
- Planificación Familiar
- Inicio del método anticonceptivo elegido



- Tipo de método anticonceptivo elegido

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

- Ver Anexo 3

4.6 METODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

- **Métodos:** para la recolección de la información se utilizó el formulario 051 del Ministerio de Salud Pública. Además de las prescripciones médicas para determinar si fue instaurado algún método anticonceptivo durante el tiempo de hospitalización o al egreso materno.
- **Técnica de recolección de información:** historias clínicas con formulario 051 del Ministerio de Salud Pública, preexistentes en el Hospital Moreno Vásquez del cantón Gualaceo.
- **Instrumentos:** para la recolección de datos, se utilizó formularios digitales en el programa Microsoft 2016 de elaboración de las autoras presentes en la sección de ANEXOS.

4.7 PROCEDIMIENTOS

- **Autorización:** se procedió con el respectivo pedido de permiso al gerente encargado del centro hospitalario.
- **Capacitación:** revisiones bibliográficas de estudios realizado, guías clínicas, protocolo de planificación familiar del MSP, etc.
- **Supervisión:** todo el proyecto de investigación fue supervisado por el director de tesis Doctor Jorge Mejía.

4.8 PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS DATOS

Los datos obtenidos en el estudio se tabularon mediante SPSS versión 25 y Excel 2016. Los resultados están expuestos en tablas simples y de doble entrada, para el análisis se usaron estadísticos descriptivos.

4.9 ASPECTOS ÉTICOS

En el presente estudio, no se publicaron datos confidenciales sobre la identidad de los participantes; así como también se garantizará que los datos utilizados tendrán únicamente fines académicos y de investigación. El análisis y los resultados obtenidos pueden ser verificados por personal capacitado si así lo requiere.

**CAPITULO V****5. RESULTADOS**

La presente investigación se realizó con las pacientes que estuvieron hospitalizadas en el año 2018 en el área de obstetricia en el Hospital cantonal de Gualaceo con un total de 419 historias clínicas, durante la investigación se excluyeron 8 casos, debido a historias clínicas incompletas quedando un total de 411 de las cuales 273 mujeres accedieron a hacer anticoncepción, sin embargo, solo 86 recibieron MAC.

TABULACIÓN Y ANÁLISIS DE CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS.**Tabla 1**

Prevalencia del uso de MAC en el puerperio inmediato en puérperas del Hospital Moreno Vázquez de Gualaceo. Periodo 2018. Cuenca- Ecuador2020.

USO DE MAC	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	86	20,9
NO	325	79,1
TOTAL	411	100,0

Fuente: Base de datos

Autoras: María Fernanda Luzuriaga, Gabriela Velecela.

Análisis: Se reporta la prevalencia del uso de MAC en el puerperio inmediato que corresponde al 20.9%, este dato es relativamente bajo comparado con los estándares internacionales de anticoncepción que son del 65% en países de primer mundo y 41% en los de bajos ingresos según la OMS(39) .



Tabla 2

Distribución de 411 maternas en puerperio inmediato del hospital Moreno Vázquez de Gualaceo según edad, estado civil, ocupación e instrucción.

Periodo 2018. Cuenca- Ecuador 2020.

VARIABLES	ESCALAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
EDAD	13-19	109	26,5
	20-29	225	54,7
	30-39	65	15,8
	=/>40	12	2,9
	Total	411	100,0
Media: 22.44	Mediana: 24	Moda: 17	DS: 6.245
ESTADO CIVIL	Soltera	87	21,2
	Casada	113	27,5
	unión libre	206	50,1
	Divorciada	5	1,2
	Total	411	100,0
OCUPACIÓN	QQDD	262	63,7
	Estudiante	41	10,0
	cuenta propia	72	17,5
	Ninguno	11	2,7
	Total	411	100,0
INSTRUCCIÓN	Ninguno	2	0,5
	Primaria	167	40,6
	Secundaria	223	54,3
	Superior	19	4,6
	Total	411	100,0

Fuente: Base de datos

Autoras: María Fernanda Luzuriaga, Gabriela Velecela.

Análisis: Predominan las mujeres 20-29 años de edad con el 54,7% (225), seguido de una cifra importante de maternas adolescentes 26.5% (109). Poseen una media de 22.44 años, desvió estándar (DS) de 6.24. El estado civil que preponderante fue la unión libre con 50.1% (206). El 63,7% (262) de la población se dedica a realizar QQDD. La instrucción que predominó fue la secundaria con el 54.3% (223). Es importante señalar que se encontró pacientes con analfabetismo 0.5% (2).

**Tabla 3.**

Distribución de 411 maternas en puerperio inmediato del hospital Moreno Vázquez de Gualaceo según consejería en planificación familiar y aprobación de uso de anticonceptivo. Periodo 2018. Cuenca- Ecuador 2020.

VARIABLES	FRECUENCIA	PORCENTAJE	
CONSEJERIA EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR	Si	383	93,2
	No	28	6,8
	Total	411	100,0
APROBACIÓN DE USO DE MAC	Si	274	66,7
	No	137	33,3
	Total	411	100

Fuente: Base de datos

Autoras: María Fernanda Luzuriaga, Gabriela Velecela.

Análisis: De 411 pacientes el 93,2% (383) recibió consejería en planificación familiar, el 66,7% (274) manifestó su deseo de usar un método anticonceptivo, sin embargo, solo una tercera parte de ellas abandonó esta casa de salud con un método instaurado; el resto (188) desistió por causas no determinadas de la anticoncepción que se les brindó.

Tabla 4

Distribución de 411 maternas en puerperio inmediato del hospital Moreno Vázquez de Gualaceo según: Instauración de MAC y edad. Periodo 2018 Cuenca- Ecuador 2020.

MAC INSTAURADO	EDAD							
	10-19		20-29		30-39		>40	
SI	13	11,9%	39	17,3%	27	41,5%	7	58,3%
NO	96	88,1%	186	82,7%	38	58,5%	5	41,7%
TOTAL	109	100,0%	225	100,0%	65	100,0%	12	100,0%

Fuente: Base de datos

Autoras: María Fernanda Luzuriaga, Gabriela Velecela.

Análisis: Las mujeres de 20 a 29 años 17.3% (39); 30 a 39 años 41.5% (27) y mayores de 40 años 58.3% (7) son las que dieron mayormente su aprobación al uso de MAC; en contraste la tasa de anticoncepción postparto más baja se dio en las mujeres menores de 19 años 88.1% (96) siendo un factor de riesgo para un mayor número de embarazos no planificados.

**Tabla 5.**

Distribución de 86 maternas en puerperio inmediato del hospital Moreno Vázquez de Gualaceo que usaron MAC según tipo. Periodo 2018. Cuenca-Ecuador 2020.

TIPO DE MAC	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Barrera	6	7,0
Anticonceptivos orales	4	4,7
Implante subdérmico	22	25,6
Ligadura	53	61,6
Naturales	1	1,2
Total	86	100%

Fuente: Base de datos

Autoras: María Fernanda Luzuriaga, Gabriela Velecela.

Análisis: El MAC instaurado que predomina es la ligadura de trompas uterinas 61,6% (53) seguido del implante subdérmico 25.6% (22). El resto de los anticonceptivos constituyen el 12,9% (11) restante.

Tabla 6.

Distribución de 86 maternas que utilizaron MAC en puerperio inmediato del hospital Moreno Vázquez de Gualaceo según: tipo de MAC y edad. Periodo 2018 Cuenca- Ecuador 2020.

MÉTODO ANTICONCEPTIVO	EDAD							
	13-19		20-29		30-39		>40	
Barrera	1	7,7%	5	12,8%	0	0,0%	0	0,0%
ACO	1	7,7%	3	7,7%	0	0,0%	0	0,0%
Implante	9	76,9%	8	20,5%	4	14,8%	0	0,0%
Ligadura	0	0,0%	23	59,0%	23	85,2%	7	100%
Naturales	1	7,7%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Total	13	100%	39	100%	27	100%	7	100%

Fuente: Base de datos

Autoras: María Fernanda Luzuriaga, Gabriela Velecela.

Análisis: En las pacientes adolescentes de 13-19 años predomina el implante subdérmico 76,9% (9), pensando en nuevas gestaciones. Las mujeres de 20 a 29; 30 a 39 y mayores de 40 años el MAC con mayor demanda fue la esterilización quirúrgica con el 59,0% (23) vs 85,2% (23) vs 100% (7) respectivamente.



Tabla 7:

Distribución de 86 maternas que utilizaron MAC en puerperio inmediato del hospital Moreno Vázquez, Gualaceo periodo 2018 según: estado civil y tipo MAC. Cuenca – Ecuador 2020.

MÉTODO ANTICONCEPTIVO	ESTADO CIVIL							
	SOLTERA		CASADA		UNIÓN LIBRE		DIVORCIADA	
Barrera	1	8,3%	2	6,7%	3	7,1%	0	0,0%
ACO	0	0,0%	0	0,0%	4	9,5%	0	0,0%
Implante	3	25,0%	4	13,3%	15	35,7%	0	0,0%
Ligadura	7	58,3%	24	80,0%	20	47,6%	2	100,0%
Naturales	1	8,3%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Total	12	100%	30	100%	42	100%	2	100%

Fuente: Base de datos

Autoras: María Fernanda Luzuriaga, Gabriela Velecela.

Análisis: El estado civil con mayor prevalencia de uso de MAC son las mujeres en unión libre 48.8% (42) que prefieren la ligadura en un 47.6% (20) seguida por el implante subdérmico 35.7% (15). Las casadas representan el 34.9% (30) y prefieren de igual manera la ligadura de trompas 80% (24). Sin embargo, hay que señalar que aquellas mujeres que son solteras son las que muestran menor uso de MAC con el 13.95% (12) escogiendo en su mayoría la ligadura 58.3% (7).

**Tabla 8:**

Distribución de 86 maternas que utilizaron MAC en puerperio inmediato del hospital Moreno Vázquez de Gualaceo según tipo de MAC y nivel de instrucción. Periodo 2018. Cuenca- Ecuador 2020.

METODO ANTICONCEPTIVO	INSTRUCCIÓN							
	Ninguno		Primaria		Secundaria		Superior	
Barrera	0	0.0%	1	2.1%	4	11.1%	1	33.3%
ACO	0	0.0%	2	4.3%	2	5.6%	0	0.0%
Implante	0	0.0%	10	21.7%	11	30.6%	1	33.3%
Ligadura	1	100.0%	33	71.7%	18	50.0%	1	33.3%
Naturales	0	0.0%	0	0.0%	1	2.8%	0	0.0%
Total	1	100%	46	100%	36	100%	3	100%

Fuente: Base de datos

Autoras: María Fernanda Luzuriaga, Gabriela Velecela.

Análisis: Las mujeres con instrucción primaria corresponden al 53.5% (46) a secundaria el 41.9% (36) representando la mayoría de la muestra, en ellas el anticonceptivo de instauración fue la ligadura con el 71.7% (33) vs 50.0% (18); seguida por el implante con el 21.7% (10) y 30.6% (11) respectivamente.

Tabla 9:

Distribución de 86 maternas que utilizaron MAC en puerperio inmediato del hospital Moreno Vázquez de Gualaceo según ocupación y tipo de MAC. Periodo 2018. Cuenca- Ecuador 2020.

MÉTODO ANTICONCEPTIVO	QQDD	OCUPACIÓN								
		Empleada privada		Estudiante		Cuenta propia		Ninguno		
Barrera	3	5,0%	1	25,0%	0	0,0%	2	11,8%	0	0,0%
ACO	4	6,7%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Implante	15	25,0%	1	25,0%	3	75,0%	3	17,6%	0	0,0%
Ligadura	37	61,7%	2	50,0%	1	25,0%	12	70,6%	1	100%
Naturales	1	1,7%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
TOTAL	60	100%	4	100%	4	100%	17	100%	1	100%

Fuente: Base de datos

Autoras: María Fernanda Luzuriaga, Gabriela Velecela.

Análisis: Las mujeres que usaron MAC se encuentran mayormente realizando QQDD con el 69.76% (60), en las que predomina la ligadura 61.7% (37) como MAC de instauración y el implante subdérmico 25.0% (15).

**Tabla 10:**

Distribución de 86 maternas que utilizaron MAC en puerperio inmediato del hospital Moreno Vázquez de Gualaceo según el tipo de MAC y número de gestas. Periodo 2018. Cuenca – Ecuador 2020.

MAC	NÚMERO DE GESTAS					
	1		2-4		>5	
Barrera	3	23,1%	3	6,0%	0	0,0%
ACO	1	7,7%	2	4,0%	1	4,3%
Implante	8	61,5%	13	26,0%	1	4,3%
Ligadura	0	0,0%	32	64,0%	21	91,3%
Naturales	1	7,7%	0	0,0%	0	0,0%
Total	13	100%	50	100%	23	100%

Fuente: Base de datos

Autoras: María Fernanda Luzuriaga, Gabriela Velecela.

Análisis: Las mujeres con gestas de 2 a 4 representan la mayoría de la muestra con el 58.2% (50) eligiendo como método anticonceptivo la ligadura 64.0% (32) y el implante 26.0% (13) respectivamente; cabe señalar que de igual manera las mujeres con más de 5 gestas 26.4% (23) y aparente paridad satisfecha eligieron la ligadura de trompas como método favorito 91.3% (21).

**TABULACIÓN Y ANÁLISIS DE FACTORES ASOCIADOS.**

Según la revisión de la bibliografía se analizaron como posibles factores asociados a la elección de anticonceptivos en el posparto la edad de la madre, el nivel de instrucción, el estado civil y la consejería en planificación familiar previa, que se detallan a continuación.

Tabla 11.

Distribución de 411 pacientes en posparto inmediato del Hospital Moreno Vázquez de Gualaceo según uso de anticonceptivo y edad materna menor a 19 años. Periodo 2018. Cuenca – Ecuador 2020.

EDAD	MÉTODO ANTICONCEPTIVO				X ²	OR	IC	P
	NO		SI					
	#	%	#	%				
</= 19 AÑOS	96	88.07%	13	11.92%	7.259	2.354	1.246-4.448	0.007
20 AÑOS O MÁS	229	75.82%	73	24.17%				
TOTAL	325	79.07%	86	20.9%				

Fuente: Base de datos

Autoras: María Fernanda Luzuriaga, Gabriela Velecela.

Análisis: De las 411 maternas que se estudiaron, 96 pacientes (88.7%) fueron menos de 19 años de edad y 13 (11.92%) mujeres de este grupo si accedieron al uso de un método anticonceptivo post-parto inmediato.

Los analíticos x² (7.35); valor de p= 0.007; OR= 2.354 (IC= 1.246 - 4.448). El valor de p tiene significancia estadística por lo tanto la paciente puérpera menor de 19 años de edad tiene 7.35 más probabilidad de no adoptar un método anticonceptivo en el posparto inmediato en comparación con las pacientes mayores de 20 años.



Tabla 12.

Distribución de 411 pacientes en posparto inmediato del Hospital Moreno Vázquez de Gualaceo según uso de anticonceptivo y estado civil de soltera. Periodo 2018. Cuenca - Ecuador 2020.

ESTADO CIVIL	MÉTODO ANTICONCEPTIVO				X ²	OR	IC	P
	NO		SI					
	#	%	#	%				
SOLTERA	75	86.20%	12	13.79%	3.392	1.85	0.954	0.065
OTROS	250	77.16%	74	22.83%			3.587	
TOTAL	325	79.07%	86	20.92%				

Fuente: Base de datos

Autoras: María Fernanda Luzuriaga, Gabriela Velecela.

Análisis: De las 411 pacientes estudiadas, el factor de riesgo ser soltera para no aceptar un método anticonceptivo en el puerperio inmediato correspondió a 75 mujeres (86.20%).

Los analíticos $x^2 = 3.392$; valor de $p = 0.06$; $OR = 1.85$ (IC: 0.954 - 3.587). Al ser el valor de p mayor a 0.05 no tiene significancia estadística. Se concluye que el ser soltera no influye en la aceptación o no de un método anticonceptivo en el puerperio inmediato.



Tabla 13.

Distribución de 411 pacientes en posparto inmediato del Hospital Moreno Vázquez de Gualaceo según uso de anticonceptivo y nivel de instrucción menor a 6 años. Periodo 2018. Cuenca - Ecuador 2020.

NIVEL DE INSTRUCCIÓN	MÉTODO ANTICONCEPTIVO				X ²	OR	IC	P
	NO		SI					
	#	%	#	%				
MENOS DE 6 AÑOS	122	72.18%	47	27.81%	8.225	0.498	0.3085	0.0041
IGUAL O MAYOR DE 7 AÑOS	203	83.88%	39	16.11%			0.8061	
TOTAL	325	79.07%	86	20.92%				

Fuente: Base de datos

Autoras: María Fernanda Luzuriaga, Gabriela Velecela.

Análisis: De las 411 maternas que se estudiaron y presentaban diferentes niveles de instrucción, 122 (72,18%) correspondieron a pacientes con 6 años o menos de instrucción y solo 39 (16.11%) con 7 años o más de instrucción no aceptaron un método anticonceptivo

Los estadísticos x² es de 8.225; valor p=0.004; OR= 0.498 (CI: 0.3085 - 0.8061). Al existir un valor un valor de p menos de 0.05 la variable nivel de instrucción menor a seis años si influye en las mujeres con puerperio inmediato para aceptar o no un método anticonceptivo.



Tabla 14.

Distribución de 411 pacientes en posparto inmediato del Hospital Moreno Vázquez de Gualaceo según uso de anticonceptivo y consejería en planificación familiar. Periodo 2018. Cuenca- Ecuador 2020.

CONSEJERIA EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR	MÉTODO ANTICONCEPTIVO				X ²	RR	IC	P
	NO		SI					
	#	%	#	%				
NO	28	100.0%	0	0.00%	7.951	1.29	1.222, 1.361	0.0048
SI	297	77.54%	86	22.45%				
TOTAL	325	79.07%	86	29.92%				

Fuente: Base de datos

Autoras: María Fernanda Luzuriaga, Gabriela Velecela

Análisis: De las 411 pacientes en puerperio inmediato 28(100%) puérperas no recibieron consejería en planificación familiar y optaron por no usar un método anticonceptivo y por lo tanto constituye un factor de riesgo.

Los analíticos $x^2=7.951$; valor $p=0.0048$; $RR= 1.29$ ($IC= 1.222 -1.361$). Al ser el valor de p menor a 0.05 se concluye que la consejería en planificación familiar si influye al momento de elegir un método anticonceptivo en el puerperio inmediato.



CAPITULO VI

6. DISCUSIÓN

En función de los resultados expuestos en este estudio se ha realizado la comparación con diferente bibliografía:

Un estudio llevado a cabo en Pakistán en el año 2018 en 398 mujeres solo el 24.6% (98) uso un MAC en el postparto mientras que el 75.4% (300) se negó(42). En México en el año 2015 se llevó a cabo un estudio con 7022 mujeres entre 12-39 años de edad para determinar la asociación entre la edad y lugar de atención de parto con el acceso a anticoncepción postparto donde se determinó que el 43% de las pacientes abandono el centro de salud sin un MAC (12 a 19 con 47% vs. 43% mujeres 20–29 y 41% mujeres de 30 a 39 años) (43). En comparación los datos obtenidos en el presente estudio la mayoría aprobó el uso de un MAC sin embargo solo el 20.9% (86) abandono el centro de salud con un método anticonceptivo instaurado.

En el 2015 en Perú se realizó un estudio con un universo de 244 mujeres las cuales manifestaron su preferencia por un anticonceptivo hormonal inyectable 75.8% (185) (23). En Pakistán del 24.6% que accedió a usar un MAC las preferencias fueron el condón 10.3%(41), píldoras orales 4.5%(18) y el DIU con el 4% (16) respectivamente (42). Estos de datos difieren de los obtenidos en el presente estudio los que revelan que el método anticonceptivo de mayor demanda es la ligadura.

En Paraguay en 2015 se estudió a 345 adolescentes entre 13 a 19 años de las cuales el 62.03% (214) no desean ningún método anticonceptivo y de preferirlo el DIU fue el de mayor de elección con el 24.35% (84).En México el 38% aprobó el uso de MAC con mayor prevalencia de DIU en comparación con el implante subdérmico con solo el 1% (75) (43). Resultados similares se obtuvieron en este estudio donde la tasa de anticoncepción postparto más baja se presentó en adolescentes; y de elegir un método anticonceptivo el de mayor prevalencia era el implante subdérmico.

Una investigación llevada a cabo en España en el año 2017 sobre uso de métodos anticonceptivos durante el puerperio en mujeres mayores de 30 años demostró que el 67.4% (95) preferían usar preservativos y solo el 32.6% (46) optaban por otros MAC (44). En oposición las mujeres del presente estudio entre los 30 a los 39 años prefieren como método anticonceptivo la ligadura de trompas.



Durante el 2015 se llevó a cabo un análisis en seis diferentes países comparando la asesoría en planificación familiar postparto y la aceptación de implementación de un DIU se obtuvo la aprobación únicamente en Etiopía (2.2%), Guinea (3.9%), India (6.9%) y Pakistán (0.4%) (45). En el presente estudio no hubo mujeres a las que se les instauró un DIU como método anticonceptivo a pesar de la consejería recibida.

En cuanto a la necesidad de anticoncepción insatisfecha un estudio realizado en cinco países (Guatemala, Zambia, Kenia, Pakistán, India) que analizó un total de 36687 mujeres, revela que entre las mujeres que deseaban retrasar o prevenir un embarazo futuro, el 50% tenía una necesidad insatisfecha de servicios de planificación familiar. Las mujeres con mayor riesgo de tener una necesidad insatisfecha de planificación familiar eran mujeres jóvenes menores de 20 años, en comparación con las mujeres mayores de 30 años (RR = 1.24; IC 95%: 1.16-1.33). (46). En el presente estudio se evidencia que gran parte de las mujeres estudiadas manifestaron su deseo de usar algún MAC, sin embargo, menos de la tercera parte abandonó la casa de salud con un método instaurado.

En la ciudad de New York durante el 2016 se exploró la asociación entre la consejería prenatal y postparto con el uso de anticonceptivos, determinando que el 75% recibió consejería prenatal, 86% en el postparto y 72% en ambos periodos; concluyendo que el asesoramiento postparto se relacionaba significativamente con el uso de cualquier método anticonceptivo versus ningún tipo de MAC (86% vs 75%)(47). Un estudio realizado en adolescentes postparto en el Departamento de Obstetricia y Ginecología, Facultad de Medicina del Hospital Vajira, Universidad de Navamindradhiraj, Bangkok, Tailandia, en 2017, de un total de 233 adolescentes, 118 recibieron asesoría en planificación familiar post-parto inmediato y de estas el 73,7%(83), decidieron el uso de anticonceptivos, convirtiéndose en un factor predictivo significativo(OR 3.67, IC 95% 2.10–6.41, $p < 0.001$) (48). Resultado que muestran similitud a los obtenidos en la presente investigación donde la consejería postparto demostró estar asociada significativamente al uso de métodos anticonceptivos.

En el 2017 en Etiopía se buscó identificar factores asociados al uso de anticonceptivos modernos en el post parto concluyendo que factores como la instrucción de la madre tenía gran asociación al momento de usar un anticonceptivo en el postparto. Es así que las mujeres que asistieron a la escuela secundaria tenían 4.25 veces mayor



probabilidad de usar métodos anticonceptivos en el postparto en comparación con aquellos sin educación formal (OR, 4.25; IC 95%, 1.29 a 14.00) y los que tenían educación terciaria tenían 5,36 veces más probabilidades de informar el uso de anticonceptivos modernos posparto que los que no tenían educación formal (OR, 5.36; IC 95%, 1.14 a 25.45) (49). Un estudio similar en la misma nación en el año 2019 demostró que el estado educativo de la madre se asociaba con el uso de planificación familiar posparto. Las madres que no tenían educación formal tenían un 98.4% menos de probabilidades de utilizar anticoncepción posparto que aquellas que tenían diploma y más [OR = 0.016; 95% de CI; 0.001–0.223], y las madres que tenían educación secundaria tenían 74% menos probabilidades de usar PFP que sus contrapartes [AOR = 0.26; 95% de CI; 0,09-0,744] (50). Estos resultados difieren con los obtenidos en el presente estudio ya que este demostró que el mayor porcentaje de púerperas que accedieron a un MAC posparto fueron aquellas q tenían instrucción primaria o menor.

Un estudio llevado a cabo en Etiopia con respecto factores asociados a las maternas y su aceptación de un MAC durante el posparto concluye que elementos como el estado civil, la edad, número de hijos influyen significativamente al momento de elegir un anticonceptivo. En el estado civil el 92% (543) estaba casada y el 8%(47) en unión libre y otros estados y fueron las que mayormente dieron su aprobación al uso de MAC en el postparto (49). Los datos presentes en el actual estudio establecen que la mayoría de mujeres se encuentran en unión libre; a su vez se determinó que el estado civil no está asociado significativamente con el uso de un MAC en el posparto.

El número de gestas previas según un estudio llevado a cabo en Etiopia no posee una asociación significativa con el uso de métodos anticonceptivos en el postparto es así aquellas con gestas de 1-4 (269) y con gestas iguales o mayores a 5 (14) no determina que acepten un método anticonceptivo durante el postparto inmediato (OR1= 1.00; 95%; OR2= 0.40 ; 95% CI, 0.10 hasta 1.51) respectivamente(49). En Indonesia 2017 un estudio que pretendía determinar asociación entre la asesoría en planificación familiar y factores individuales de mujeres postparto con el uso de anticoncepción postparto determino que el uso de MAC era del 7% en mujeres sin niños e incrementaba al 70% en aquellas con 3 o 4 niños vivos y llegaba al 52% en aquellas con 5 hijos o más. Concluyendo que el interés en planificación familiar y uso de MAC en el postparto se encuentra asociado al número grande de hijos en lugar de tratar el



periodo intergenésico o la calidad familiar (51). El actual estudio demostró que las mujeres puérperas que tienen entre 2-4 gestas son las que accedieron con mayor frecuencia a un MAC seguidas por aquellas que tenían 5 gestas o más.



CAPITULO VII

7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

- La prevalencia de anticoncepción post-parto en el puerperio inmediato fue de 20.9% (86)
- Predominan las pacientes de 20-29 años de edad, existe un número elevado de madres adolescentes.
- El mayor porcentaje de instauración de MAC se encuentra entre las pacientes de entre 30-39 años, en unión libre, de instrucción primaria, dedicadas a realizar quehaceres domésticos que han tenido entre 2 a 4 gestas.
- El método anticonceptivo de mayor demanda es la ligadura de trompas uterinas, seguido del implante subdérmico.

RECOMENDACIONES

- El alcance de este estudio no permite determinar la razón por la cual la mayoría de puérperas abandonan esta casa de salud sin un método anticonceptivo, por lo que sería de vital importancia realizar nuevos estudios que permitan librar estas dudas y brindar un mejor servicio.
- Muchas mujeres no regresarán para una visita posparto o no recibirán un método en esa visita, por lo que se debería dar mayor importancia al post-parto para la instauración de la planificación familiar, sobre todo en aquellas mujeres con mayor pérdida durante el seguimiento como es el caso de las adolescentes, unas mujeres con gran número de embarazos.
- También rebela este estudio que las tasas más elevadas de negación al uso de anticonceptivos se encuentran en pacientes menores de 20 años. Esto es particularmente preocupante ya que el embarazo y el parto son las principales causas de muerte entre las mujeres entre 15 y 19 años de edad. Estos datos sugieren que los programas de planificación familiar posparto deben priorizar la provisión de atención a madres jóvenes, para quienes retrasar un embarazo podría salvarles la vida.



CAPITULO VIII

8. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICA

1. OMS | Planificación familiar. WHO. 2015;
2. High Impact Practices in Family Planning. La planificación familiar inmediata después del parto: un componente clave de la atención tras el nacimiento. [Internet]. HIPs. Washington D.C.; 2017. Disponible en: <https://www.fphighimpactpractices.org/briefs/immediate-postpartum-family-planning/>
3. Organización mundial de la Salud. Contraception [Internet]. Suiza; 2019. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112319/WHO_RHR_14.07_eng.pdf?sequence=8
4. Winfrey, W; Rakesh K. Uso de la planificación familiar en el periodo postparto [Internet]. Rockville, Maryland, USA; 2014. Disponible en: <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/CR36/CR36.pdf>
5. Ministerio de Salud Publica del Ecuador. Plan Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva. 2017.
6. OMS. Estrategias para la Programación de la Planificación Familiar Posparto. OMS [Internet]. 2014;5(3):1-45. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112766/1/9789243506494_spa.pdf?ua=1
7. Organización mundial de la Salud. Estadísticas Sanitarias Mundiales [Internet]. Geneva; 2018. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272596/9789241565585-eng.pdf?ua=1>
8. Hounton, S; Winfrey, W; Barros A. Patrones y tendencias de la planificación familiar después del parto en Etiopía, Malawi y Nigeria: evidencia de oportunidades perdidas para la integración. Glob Health Action [Internet]. noviembre de 2015;10. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4642460/>
9. Valdés G. Planificación Familiar: Clave para el Desarrollo Sostenible [Internet]. New York; 2017. Disponible en: <https://lac.unfpa.org/es/news/planificación-familiar-clave-para-el-desarrollo-sostenible-1>
10. UNFPA. El Poder de Decidir: Derechos Reproductivos y Transición Demográfica [Internet]. New York; 2018. Disponible en: https://lac.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/swop2018-spanish-web_0.pdf
11. Williamson N. Maternidad en la niñez. Enfrentar el reto del embarazo en adolescentes. [Internet]. New York; 2015. Disponible en: <https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/ES-SWOP2013.pdf#overlay-context=>
12. Caffé, S; Chandra-Mouli V. Acelerar el progreso hacia la reducción del embarazo en la adolescencia en América Latina y el Caribe. [Internet]. Washington D.C.; 2016. Disponible en:



- http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34853/9789275319765_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y&ua=1
13. Avila, D; Paredes J. Plan Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva. MSP [Internet]. 2017;85. Disponible en: http://www.paho.org/ecu/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=54&Itemid=%0Ahttps://www.healthresearchweb.org/files/Políticas_Nacionales_Salud-Ecuador_2007.pdf%0Ahttp://ecuador.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/PLAN_NACIONAL_DE_SS_Y_SR_2017
 14. Bucheli A. Política Intersectorial de prevención de embarazo en niñas y adolescentes [Internet]. Quito; 2018. Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2018/07/política-intersectorial-de-prevención-del-embarazo-en-niñas-y-adolescentes-para-registro-oficial.pdf>
 15. UNICEF. Inclusión Educativa y embarazo en adolescentes [Internet]. 2017. Disponible en: https://www.unicef.org/ecuador/Estudio_de_caso_embarazo_en_adolescencia_e_inclusion_educativa_2017.pdf
 16. GAD. Actualización del plan de desarrollo y ordenamiento territorial del cantón Gualaceo [Internet]. Gualaceo; 2014. Disponible en: http://app.sni.gob.ec/sni-link/sni/PORTAL_SNI/data_sigad_plus/sigadplusdocumentofinal/0160000430001_PDYOT_GUALACEO_13-04-2016_12-58-36.pdf
 17. Red de Salud Pública de Cuba. Puerperio Normal Conceptos.
 18. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Atención del trabajo de parto, parto y posparto inmediato. 2015;
 19. Organización mundial de la Salud. Planificación familiar. 2018.
 20. High Impact Practices. Planificación familiar inmediata posparto [Internet]. Washington D.C.; 2017. Disponible en: <https://www.fphighimpactpractices.org/es/briefs/planificación-familiar-inmediatamente-posparto>
 21. Castro RV, Ramírez DR de C, Zamora PGG, Perales CA. Determinantes del rechazo a la anticoncepción post – evento obstétrico en pacientes de Hospital de la Mujer Zacatecana. Vol. 6, IBN SINA. [Verlag nicht ermittelbar]; 2015.
 22. Laura Pérez, Celeste Aparicio. Métodos anticonceptivos de elección en el puerperio inmediato en pacientes adolescentes Contraceptive methods of choice in the immediate postpartum period in adolescent patients. 2015;
 23. Por P, Bachiller Los factores asociados a la elección de la anticoncepción con progestágeno en el posparto, Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega Abancay, julio-diciembre 2014 tesis para optar el título profesional de licenciada en obstetricia. Perú; 2015.
 24. Paz L, Estefani Z. Factores que influyen en la aceptación de métodos anticonceptivos (acetato de medroxiprogesterona y/o condón) en puérperas mediatas. Hospital de Apoyo Huanta, diciembre 2015 - febrero 2016. 2016.
 25. Huarcaya Chilingano AR, Huarcaya Chilingano AR. Prácticas sexuales y anticoncepción dentro de los primeros cuatro meses del periodo posparto de las mujeres que acuden al Centro Materno Infantil Manuel Barreto, abril - junio del 2016. Repos Tesis - UNMSM. 2016;
 26. Ponce Chacón RMY. Barreras percibidas por las puérperas para el uso de métodos anticonceptivos modernos en el Instituto Nacional Materno Perinatal,



2017.

27. Celestino Dorival AD. "Factores asociados al uso de métodos anticonceptivos en el postparto en pacientes atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unánue. Lima, 2018" [Internet]. 2019. Disponible en: http://repositorio.unfv.edu.pe/bitstream/handle/unfv/3080/unfv_celestino_dorival_anttuanne_dafthne_titulo_profesional_2019.pdf?sequence=1&isallowed=y
28. Colegio de enfermeras de Barcelona. Sistema Reproductor femenino.
29. Universidad de Albacete. Anatomía y fisiología del aparato reproductor femenino y de la mama.
30. Asociación Española de Ginecología y Obstetricia. Anatomía del aparato genital femenino. 2019.
31. McGraw-Hill Medical. Sistema reproductor femenino | Texto Atlas de Histología. Biología celular y tisular, 2e | AccessMedicina.
32. Rodríguez Jiménez MJ, Aguilá NC. PEDIATRÍA INTEGRAL Bases fisiológicas del ciclo menstrual El ciclo menstrual y sus alteraciones. Vol. XXI, Pediatr Integral. 2017.
33. Aguilar Marcías AS, De los Angeles Miranda M, Quintana Díaz A. La mujer, el ciclo menstrual y la actividad física. Arch Med Camagüey [Internet]. 2017;21(2):294-307. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/amc/v21n2/amc150217.pdf>
34. Asociación Española de Ginecología y Obstetricia. Fisiología de la reproducción. 2019.
35. Dr. Jerchell Barrantes Hospital de México. Ginecología (HMX) I-2016 | 2 Fisiología del aparato reproductor femenino.
36. Hernández. AI. Salud sexual y reproductiva Sexual and reproductive health. Cuba Enferm. 2013;1-2.
37. Ministerio de Salud Pública de España. Guía de buena practica clínica en anticoncepcion.
38. Vargas, R; Vera C. Manual Nacional de Normas de Planificación Familiar para mujeres y hombres [Internet]. Asunción; 2018. Disponible en: <https://www.mspbs.gov.py/dependencias/portal/adjunto/507cac-ManualdeNormas2018.pdf>
39. Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivo Tercera edición, 2018. 2018.
40. Sociedad Castellano-Manchega de Medicina de Familia y Comunitaria. H, Rodenas García L, Moreno Escribano D. Revista clínica de medicina de familia. Vol. 3, Revista Clínica de Medicina de Familia. Sociedad Castellano-Manchega de Medicina de Familia y Comunitaria; 2005. 206-216 p.
41. Buitrón-García-Figueroa R, María Malanco-Hernández L, Lara-Ricalde R, García-Hernández A, Liceaga E. Anticoncepción y lactancia. Espaciamiento de los embarazos. Conceptos actuales. Vol. 82, www.femecog.org.mx Gineco Obstet Mex. 2014.
42. Bibi, Seema; Shoukat, Anila; Maroof, Pir; Mushraf S. Utilización de la anticoncepción posparto y su impacto en el inter intervalo de embarazo entre madres que acceden a servicio de maternidad en el hospital público de Hyderabad Sindh. Pakistan J Med Sci [Internet]. 2019;35:1482-7. Disponible en: <http://europepmc.org/backend/ptpmcrender.fcgi?accid=PMC6861501&blobtype>



=pdf

43. Darney, Blair; Sosa-Rubi S colab. La relación de edad y lugar de parto con el posparto. anticoncepción antes del alta en México: un estudio de cohorte retrospectivo. Elsevier-contraception [Internet]. 2016;93:478-84. Disponible en: [https://www.contraceptionjournal.org/article/S0010-7824\(15\)30011-1/pdf](https://www.contraceptionjournal.org/article/S0010-7824(15)30011-1/pdf)
44. Macayo E. Uso de Métodos anticonceptivos durante el puerperio en la área sanitaria de Oviedo [Internet]. Asturias; 2017. Disponible en: http://hosting.sec.es/Memorias_Master/Metodos_Anticonceptivos/MACAYO_asturias.pdf
45. Pfitzer, Anne; Mackenzie DC. Un parto en un centro puede ser el momento de comenzar la planificación familiar: experiencias de dispositivos intrauterinos posparto de seis países. Int J Gynecol Obstet [Internet]. 2015;130:S54-61. Disponible en: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1016/j.ijgo.2015.03.008>
46. Pasha, Omrana; Goudar S colab. Uso de anticonceptivos posparto y necesidad insatisfecha de planificación familiar en cinco países de bajos ingresos. Reprod Heal [Internet]. 2015;12:S11. Disponible en: <https://reproductive-health-journal.biomedcentral.com/articles/10.1186/1742-4755-12-S2-S11#citeas>
47. Zapata, Luaren; Murtaza S colab. Asesoramiento anticonceptivo y uso de anticonceptivos posparto. Matern Child Heal [Internet]. 2016; 2:15. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4470255/pdf/nihms698082.pdf>
48. Kaewkiattikun K. Efectos del asesoramiento anticonceptivo posparto inmediato sobre el uso de anticonceptivos reversibles de acción prolongada en adolescentes. Adolesc Heal Med Ther [Internet]. 2017;8:115-23. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5669788/>
49. Abebaw Addis G. Uso de anticonceptivos modernos posparto en el norte de Etiopía: prevalencia y factores asociados. Natl Acad Digit Repos Ethiop [Internet]. 2017;39:9. Disponible en: <https://www.e-epih.org/upload/pdf/epih-39-e2017012.pdf>
50. Negeso Gebeyehu, Gejo; Abebe Alemu, Anshebo; Leta Hinkosa D. Uso de anticonceptivos modernos posparto y factores asociados en la ciudad de Hossana. PLoS One [Internet]. 2019;14(1932-6203):10. Disponible en: <https://europepmc.org/backend/ptpmcrender.fcgi?accid=PMC6530850&blobtype=pdf>
51. Mindarsih, Theresia; Ratu Ludji, Ina Debora;Pelokilla ML. Asesoramiento y factores individuales de la madre postparto para usar métodos anticonceptivos. KEMAS J Kesehat Masy [Internet]. 2018;14(ISSN 2355-3596):231-8. Disponible en: <https://explore.openaire.eu/search/publication?articleId=doajarticles::340677bb593dc5ee0a56d0187d92each>



Anexo 2 Formulario para la recolección de datos



UNIVERSIDAD DE CUENCA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA MEDICINA

PREVALENCIA Y TIPO DE ANTICONCEPCIÓN POST-
PARTO INMEDIATO EN PUÉRPERAS DEL HOSPITAL
MORENO VÁZQUEZ AÑO 2018 GUALACEO

FORMULARIO PARA RECOLECCIÓN DE DATOS

Fecha de recolección _____

N.º de historia clínica	Código

DATOS DE FILIACIÓN					
EDAD MATERNA		ESTADO CIVIL		OCUPACIÓN	
1	10-19	1	Soltera	1	Quehaceres domésticos
2	20-29	2	Casada	2	Empleada pública
3	30-39	3	Unión libre	3	Empleada privada
4	=/>40	4	Viuda	4	Estudiante
		5	Divorciada	5	Cuenta propia
		6	Separada	6	Ninguno
		INSTRUCCIÓN			
		1	Ninguno		
		2	Primaria completa		
		3	Primaria incompleta		



4	Secundaria completa	
5	Secundaria incompleta	
6	Superior completa	
7	Superior incompleta	
8	Posgrados/Maestrías	

NÚMERO DE GESTAS	
1	
2-4	
=/>5	
Partos	
Cesáreas	
Abortos	

PLANIFICACIÓN FAMILIAR POSTPARTO		
1	Si	
2	No	

INICIO HOSPITALARIO DEL MÉTODO ANTICONCEPTIVO ELEGIDO		
1	Si	
2	No	

TIPO DE MÉTODO ANTICONCEPTIVO ELEGIDO VS INSTAURADO			
		Elegido	Instaurado
1	Barrera		
Hormonal			
2	Oral		
3	Inyectable		
4	Implantes subdérmicos		
5	Transvaginal/Transdérmico		
6	Químicos		
7	Ligadura		
8	Naturales		
9	Lactancia		
10	Otros		
11	Ninguno		



Anexo 3 Tabla de operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICION	DIMENSION	INDICADOR	ESCALA
Edad	Años de existencia desde su nacimiento hasta la actualidad.	biológico	años cumplidos	1. 13-19 2. 20-29 3. 30-39 4. =/>40
Grado de instrucción	Estudios realizados por la madre o que al momento se encuentre cursando.	social	tipo de instrucción	1. Ninguno 2. Primaria completa 3. Primaria incompleta 4. Secundaria completa 5. Secundaria incompleta 6. Superior completa 7. Superior incompleta 8. Posgrados/Maestría
Ocupación	Actividad laboral que realiza la madre durante el día.	social	tipo de ocupación	1. Quehaceres domésticos 2. Empleada pública 3. Empleada privada 4. Estudiante 5. Cuenta propia 6. Ninguna
Estado civil	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja.	social	condición social	1. Soltera 2. Casada 3. Unión libre 4. Viuda



				5. Divorciada 6. Separada
Número de embarazos	Embarazo de la mujer, período que transcurre entre la implantación del cigoto en el útero, hasta el momento del parto.	biológico	número de embarazos	1. Gestas 2. Partos 3. Abortos 4. Cesáreas
Planificación familiar postparto	Aceptación de la mujer de usar un método anticonceptivo posterior al parto.	sexualidad	formulario 051 del MSP y registro de egreso materno en la historia clínica	1. Si 2. No
Inicio hospitalario del método anticonceptivo elegido	Colocación o entrega del método anticonceptivo elegido por la madre por parte del personal médico del centro de salud.	sexualidad	formulario 051 del MSP y registro de egreso materno en la historia clínica	1. Si 2. No
Consejería en planificación familiar	Intervención del personal de salud para brindar información oportuna sobre planificación familiar, con el fin de facilitar la elección de un método anticonceptivo.	Sexualidad	Formulario 051 del MSP y registro de egreso materno en la historia clínica.	1. Si 2. No
Tipo de método anticonceptivo elegido.	Son los métodos o procedimientos que previenen un embarazo en mujeres sexualmente activas, ya sean ellas o sus parejas	sexualidad	formulario 051 del MSP y registro de egreso materno en la historia clínica	1. Barrera 2. Hormonal oral 3. Hormonal inyectable 4. Hormonal implante subdérmicos



	quienes los usen. pueden ser hormonales o no hormonales, transitorios o definitivos, basados en tecnología o en conductas			<ol style="list-style-type: none">5. Hormonal transvaginal/transdérmico6. Químicos7. Ligadura (Definitivos)8. Naturales9. Lactancia10. Otros11. Ninguno
--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------