



# UNIVERSIDAD DE CUENCA

Facultad de Ciencias Médicas

Carrera de Medicina

Características sociodemográficas de mujeres que solicitaron un método de planificación familiar, atendidas en el hospital de especialidades José Carrasco Arteaga. Cuenca. 2019

Proyecto de investigación previo a la obtención del título de Médico.

Autoras:

Doménica Adriana Ortega Reinoso

CI: 0105724470

Correo electrónico: domeadri@hotmail.com

Susana Alejandra Verdugo González

CI: 0302901053

Correo electrónico: susy181993@gmail.com

Director:

Dr. Manuel Jaime Ñauta Baculima

CI: 0101835700

**Cuenca - Ecuador**

09-Marzo-2021



## RESUMEN

**Antecedentes:** se puede observar que en países de Latinoamérica el uso de anticonceptivo permanece ligado a factores culturales, religiosos, sociales y políticos.(1) Actualmente la esterilización quirúrgica femenina es uno de los métodos de planificación familiar más usados en el mundo, según la Organización Mundial de la Salud (OMS) más de 130 millones de mujeres por año emplean este método a nivel mundial.(2)

**Objetivos:** identificar las características de las mujeres que solicitan método de planificación familiar en el Hospital de especialidades José Carrasco Arteaga en el año 2019.

**Métodos:** se realizó un estudio descriptivo de corte transversal, mediante la recolección de datos, de enero a diciembre de 2019, de pacientes que fueron atendidas en el departamento de ginecología y obstetricia y que cumplen con los criterios de inclusión. La información fue obtenida de las historias clínicas, como datos demográficos, diagnóstico, procedimiento e indicaciones de tratamiento; los resultados se presentarán en valores porcentuales, en tablas y gráficos.

**Resultados:** la media de edad de las 646 mujeres fue de 34 años (56,5%), del área urbana fue el 68,1%, con estado civil casada el 62,8% y estudio superior el 46,7%. Brindándose consejería y método anticonceptivo solicitado en el 98,3% de los casos. El anticonceptivo más solicitado fue la ligadura de trompas con el 57,3%.

**Conclusiones:** en el Hospital de especialidades José Carrasco Arteaga acuden mujeres de todas las edades, mayormente del área urbana, brindándose anticoncepción solicitada en la mayoría de casos.

**Palabras clave:** Planificación familiar. Métodos anticonceptivos. Anticoncepción quirúrgica.



## SUMMARY

**Background:** in many countries of Latin America the use of contraceptive is related with cultural, religious, social, and political aspects. (1) Nowadays female surgical sterilization is one of the most used family planning methods in the world, according with the World Health Organization (WHO) more than 130 million of women per year use this method around the world. (2)

**Objectives:** to identify the characteristics of women who request the family planning method in José Carrasco Arteaga Specialty Hospital in the year 2019.

**Methods:** A descriptive cross-sectional study was carried out by collecting data from January to December 2019, of the patients who were cared for in the gynecology department and who meet the inclusion criteria. The information was obtained from medical records, such as demographics, diagnosis, procedure, and indications for treatment. Subsequently, the results will be presented in percentage values, in tables and graphs.

**Results:** The mean age of the 646 women was 34 years (56.5%), from the urban area it was 68.1%, with married marital status 62.8% and higher education 46.7%. Counseling and contraceptive method requested was provided in 98.3% of the cases. The most requested contraceptive was tubal ligation (57.3%).

**Conclusions:** Women of all ages attend to the José Carrasco Arteaga Specialty Hospital, mostly are from urban areas, providing contraception on request in most cases.

**Key Words:** Family planning. Contraceptive methods. Surgical contraception.



<b>RESUMEN</b> .....	2
<b>SUMMARY</b> .....	3
<b>CAPITULO I</b> .....	13
<b>1.1 INTRODUCCIÓN</b> .....	13
<b>1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b> .....	15
<b>1.3 JUSTIFICACION</b> .....	17
<b>CAPITULO II</b> .....	19
2. FUNDAMENTO TEORICO .....	19
2.1 CONCEPTOS BASICOS .....	19
<b>Planificación Familiar</b> .....	19
<b>Postparto o Puerperio</b> .....	19
<b>Planificación familiar postparto</b> .....	20
2.2 ANTECEDENTES .....	20
2.3 ANATOMIA DEL APARATO REPRODUCTOR FEMENINO .....	23
2.4 FISILOGIA DEL CICLO MENSTRUAL.....	25
2.5 METODOS ANTICONCEPTIVOS .....	27
<b>Nivel superior: máxima efectividad</b> .....	29
<b>Segundo nivel: muy efectivo</b> .....	32
<b>Tercer nivel: efectivo</b> .....	35
<b>Cuarto nivel: menos efectivo</b> .....	37
<b>Ninguna categoría de la WHO</b> .....	38
<b>CAPITULO III</b> .....	40
3. OBJETIVOS .....	40
3.1 OBJETIVO GENERAL.....	40
3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	40
<b>CAPITULO IV</b> .....	41
4. DISEÑO METODOLÓGICO .....	41
4.1 TIPO DE ESTUDIO.....	41
4.2 AREA DE ESTUDIO .....	41
4.3 UNIVERSO.....	41
4.4 CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSIÓN.....	41
<b>CRITERIOS DE INCLUSIÓN</b> .....	41



<b>CRITERIOS DE EXCLUSIÓN</b> .....	41
4.5 VARIABLES .....	41
4.6 METODOS, TECNICAS E INSTRUMENTOS .....	42
4.7 PROCEDIMIENTOS .....	42
4.8 PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS .....	43
4.9 ASPÉCTOS ÉTICOS.....	43
<b>CAPITULO V</b> .....	44
5. RESULTADOS .....	44
<b>CAPITULO VI</b> .....	54
6. DISCUSIÓN.....	54
<b>CAPITULO VII</b> .....	57
7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	57
<b>CAPITULO VIII</b> .....	58
8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	58
<b>CAPITULO IX</b> .....	66
9. ANEXOS .....	66



### Cláusula de Propiedad Intelectual

---

Doménica Adriana Ortega Reinoso, autora del proyecto de investigación "Características sociodemográficas de mujeres que solicitaron un método de planificación familiar, atendidas en el hospital de especialidades José Carrasco Arteaga. Cuenca. 2019", certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, 09 de marzo de 2021

Doménica Adriana Ortega Reinoso

C.I: 0105724470



## Cláusula de licencia y autorización para publicación en el Repositorio Institucional

---

Doménica Adriana Ortega Reinoso, en calidad de autora y titular de los derechos morales y patrimoniales del proyecto de investigación "Características sociodemográficas de mujeres que solicitaron un método de planificación familiar, atendidas en el hospital de especialidades José Carrasco Arteaga. Cuenca. 2019", 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 trabajo de titulación en el repositorio institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 09 de marzo de 2021.

---

Doménica Adriana Ortega Reinoso

C.I: 0105724470



### Cláusula de licencia y autorización para publicación en el Repositorio Institucional

---

Susana Alejandra Verdugo González, en calidad de autora y titular de los derechos morales y patrimoniales del proyecto de investigación "Características sociodemográficas de mujeres que solicitaron un método de planificación familiar, atendidas en el hospital de especialidades José Carrasco Arteaga. Cuenca. 2019", 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 trabajo de titulación en el repositorio institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 09 de marzo de 2021.

Susana Alejandra Verdugo González

C.I: 0302901053





## Cláusula de licencia y autorización para publicación en el Repositorio Institucional

---

Doménica Adriana Ortega Reinoso, en calidad de autora y titular de los derechos morales y patrimoniales del proyecto de investigación "Características sociodemográficas de mujeres que solicitaron un método de planificación familiar, atendidas en el hospital de especialidades José Carrasco Arteaga. Cuenca. 2019", 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 trabajo de titulación en el repositorio institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 09 de marzo de 2021.

---

Doménica Adriana Ortega Reinoso

C.I: 0105724470



## AGRADECIMIENTO

Agradecemos a nuestra querida Universidad de Cuenca, por acogernos los últimos 6 años, a todos los docentes de la carrera de medicina por aportar en nuestra formación, y apoyarnos para crecer en diversos ámbitos de nuestras vidas.

De manera especial queremos agradecer al Dr. Jaime Ñauta Baculima por su apoyo incondicional y guía como director y asesor de nuestro tema de investigación.

Y al Hospital de especialidades José Carrasco Arteaga quien nos brindó la oportunidad para realizar nuestra investigación.

Las autoras.



En primer lugar, agradezco a Dios por ser mi protector a lo largo de mi vida.

A mi pequeña Emma quien vino a mi vida para darme felicidad y me enseñó a ver que debo ser fuerte y resistir cualquier situación, que en la vida no es lo que uno quiere, aunque no se llegue al objetivo deseado, podemos decir que nunca nos rendimos e hicimos todo lo que pudimos. Ella ha sido mi inspiración y me ha hecho amar mi carrera, me ha permitido soñar y demostrar que si uno quiere algo y lucha puede conseguirlo. Este logro está dedicado a mi pequeño amorcito que aunque no está conmigo, me está viendo desde arriba cuidándome.

A mis padres que son el pilar fundamental de mi vida, han sabido apoyarme, guiarme y motivarme a cumplir mis metas. Gracias a ellos soy quien soy, pude cumplir muchas cosas que parecían imposibles, me han sabido enseñar para poder salir a la guerra llamada vida, con todas las armas bien cargadas, sabiendo que puedo herirme en el proceso, pero que hay que levantarse quitarse el polvo y continuar.

A mis hermanas Margarita y María Caridad por ser un motor en mi vida, por acompañarme en todo momento, he aprendido mucho en cada locura, en cada pelea que terminaba en sonrisa o llanto.

A mis abuelitos queridos, quienes siempre me apoyaron y estuvieron de igual manera en cada uno de los pasos que daba y me motivaron a seguir perseverando a pesar de momentos difíciles, su cariño y abrazos silenciosos me consolaron más de una vez y sé que siempre van a cuidarme.

A mi compañera de tesis Susy, con la cual pasé momentos que recordaré con todo cariño, por la paciencia y apoyo que me brindaste a lo largo de nuestra carrera.

A todos aquellos que tuve la oportunidad de conocer a lo largo de estos años, a mis queridos amigos que se fueron convirtiendo en mi segunda familia, fueron un respiro y un apoyo incondicional en todo momento.

Gracias infinitas a todos.

Doménica Adriana Ortega Reinoso



## DEDICATORIA

En primer lugar a Dios y la Virgen Santísima que han sido mi guía en cada paso que he dado a lo largo de mi vida por darme siempre nuevas razones por las cuales seguir adelante pese a las circunstancias que se me iban presentando, por cuidarme y protegerme siempre.

A mis padres REBECA PIEDAD GONZÁLEZ ROJAS y MANUEL ALEJANDRO VERDUGO JARAMILLO que han sido mi pilar, mi inspiración, mi ejemplo para continuar cada día, gracias a su confianza en mí, a su amor, esfuerzo, sacrificio, apoyo moral y económico, pude conseguir el sueño que siempre anhelaba desde niña sin ustedes no hubiese sido posible, gracias infinitas.

A mis hermanos Alex e Hilaria por apoyarme para poder culminar la tesis.

A mis abuelitos Ilaria, Alberto y Arminda por su amor, sus consejos y su bendición.

A mis tías, tíos, primas y primos, por sus palabras de aliento, por su apoyo incondicional.

A mis amigas, amigos que fueron mi segunda familia, por sus palabras de aliento y por su apoyo en las buenas y en las malas.

A DOMENICA ADRIANA ORTEGA REINOSO mi mejor amiga en toda la carrera, por ser mi compañera de tesis por aconsejarme y apoyarme siempre.

A mis profesores por guiarme y transmitir sus conocimientos para hoy en día ser una profesional.

Por último y no menos importantes a mi hermosa hija ADRIANA ALEJANDRA CASTILLO VERDUGO que llego en el momento menos esperado pero fue mi mayor motor para continuar aunque muchas veces quería dejarlo todo pensar en ella me impulsaba a seguir cada día en la batalla, a mi esposo al que elegí como compañero de vida por su apoyo incondicional.

Susana Alejandra Verdugo González



## CAPITULO I

### 1.1 INTRODUCCIÓN

Como parte de los derechos sexuales y reproductivos, la anticoncepción contribuye a mejorar las condiciones de vida de las personas al permitir decidir libremente tener o no tener hijos, el número de hijos que desean y cuando desean tener; logrando una maternidad segura y disminuyendo las tasas de morbilidad materna e infantil.(1,2)

En el Ecuador el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos en el 2012 reportó que dentro de los métodos anticonceptivos más usados por las mujeres, están los implantes subdérmicos 38.8%, los anticonceptivos inyectables 19.4% y la esterilización femenina con una aceptación de 18.1%.(3)

La planificación familiar es la acción para promover el bienestar y la autonomía de las mujeres, de sus familias y comunidades, salvando vidas de madres e hijos. Según la OMS, se tiene que dar el respeto de los derechos humanos cuando se proporciona información y servicios de anticoncepción, poseyendo la mujer la posibilidad de elegir entre una amplia variedad de métodos anticonceptivos, respetándose siempre en su elección.(4)

Se puede observar que el índice de fecundidad en el Ecuador en el 2019 es de 2,40, al compararla con el 2009 en el que fue de 2.64 éste descenso obedece generalmente al uso y aceptación cada vez mayor de métodos anticonceptivos.(5) Se observa que las mujeres de mayor edad son las que menos métodos anticonceptivos utilizan, existiendo la negativa a uso de métodos anticonceptivos, debido al desconocimiento, factores sociales, económicos o culturales.(3,6)

La OMS indica que la planificación familiar posparto se direcciona a la prevención de embarazos no planificados y de intervalos intergenésicos cortos durante los primeros 12 meses después del parto, siendo la finalidad de mantener el equilibrio entre la reproducción humana, el bienestar familiar y las necesidades en salud.(7) Según el análisis de los datos de la encuesta demográfica y de salud de 27 países, el 95% de las mujeres desean evitar el embarazo en los 24 meses siguientes, pero el 70% no utiliza métodos anticonceptivos. (8)

Existen múltiples razones por las que las mujeres no usan métodos anticonceptivos efectivos en el periodo de posparto, como las normas de género y socioculturales que guían las prácticas posnatales, el retorno a la actividad sexual, métodos de lactancia, y falta de acceso y uso a los servicios de anticoncepción.(7)



La consejería en planificación familiar puede incorporarse durante la preparación para el parto, inmediatamente después o en las visitas domiciliarias en controles posteriores, mejorando así el conocimiento para ayudarlas a tomar una decisión informada y voluntaria con respecto al uso de anticoncepción postparto.(7)

La recomendación de un método anticonceptivo se debe basar en dos pilares principales: evidencia científica actualizada y el acomodamiento al contexto de la paciente o la pareja.(3,9)

Según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar en Perú del año 2015, se aprecia que la esterilización quirúrgica es un método conocido en un 93.6% de las mujeres actualmente unidas (casadas y/o convivientes), y en el 95.8% de las mujeres con actividad sexual, pero no unidas, y solo el 8.8% de usuarias se han realizado la esterilización femenina.(9)

En diversos estudios encaminados al uso de métodos anticonceptivos durante el puerperio en distintos países del mundo, se establece que la planificación familiar es una táctica con un gran potencial; pero no se ha podido su aplicación mundial por diferentes determinantes, atribuidas a institución de salud, características demográficas, factores socioeconómicos, deseos de fertilidad, entre otros. (10)

A nivel nacional, según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) aplicada en el año 2012 establece que el 81.4% de mujeres casadas o unidas entre 15 y 49 años utilizan algún método anticonceptivo, de este porcentaje el 67.2% utilizan un método anticonceptivo moderno y el 12.6% un método tradicional. (3,11)

Observándose de igual manera que las mujeres con mayor número de hijos son de las áreas rurales, sobre todo de la región Amazónica; se encontró que la demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos es de 7%, siendo más alta en mujeres casadas con un 8%, en mujeres indígenas con un 10.4% y en mujeres afroecuatorianas en un 10.1%; indicando que es más alta esta demanda en mujeres sin instrucción, correspondiendo el 9.2%. (3,11)

La ligadura de trompas o esterilización femenina es la oclusión bilateral de las Trompas de Falopio, teniendo como objetivo el impedir la unión del óvulo con el espermatozoide y así imposibilitar el embarazo permanentemente, perteneciendo al grupo de métodos con máxima efectividad.(12) En Estados Unidos se practicó éste procedimiento junto con una operación cesárea o posterior a parto vaginal en casi el 8% de todos los partos con lactante vivo.(13)

En Quito en un estudio realizado el año 2019 a mujeres indígenas huaoranis multíparas de 24 a 40 años, el 90% de las usuarias no aceptaron la ligadura como método anticonceptivo,



encontrándose factores sociales como el conocimiento del procedimiento y ventajas del mismo influyeron en la no aceptación; dentro de factores culturales se identificó las creencias y/o la religión.(6)

En el año 1990, la Razón de mortalidad materna (RMM) fue de 154 por 100.000 nacidos vivos estimados; para el año 2014 la Razón de Mortalidad Materna fue de 49,16 por 100.000 nacidos vivos estimados, siendo la descenso en este tiempo para el país de 68%, sin embargo, entre el 2013 y el 2014 hay un incremento de la razón de muerte materna en 3.5%, indicando que las principales causas son condiciones médicas preexistentes 24%, trastornos hipertensivos de la gestación un 20%, hemorragias obstétricas 20% y parto obstruido con otras causas directas siendo un 19%. (3)

Siendo la muerte materna uno de los principales indicadores de las condiciones de salud de las mujeres, permitiendo una aproximación a la realidad en la que viven, la vulnerabilidad o el respeto a sus derechos, las desigualdades y diferencias que las acosan. (11)

Según esta evidencia expuesta se observa que la planificación familiar es un instrumento con gran impacto directo en la salud de las mujeres y sus familias; siendo un determinante para lograr la reducción de muerte materna u otras complicaciones asociadas a embarazos no planeados(10,12).

## **1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

La OMS refiere que la salud reproductiva implica que las personas puedan tener una vida sexual satisfecha y segura, la capacidad de tener hijos y la libertad de decidir si quiere tenerlos, cuándo, cuántos y con qué frecuencia.(2) En éste último apartado está incluido el derecho de hombres y mujeres de estar informados y tener acceso a métodos de regulación de fertilidad de su preferencia, siendo éstos seguros, eficaces, aceptables y asequibles. La anticoncepción junto a la sexualidad son dos actividades inseparables, las cuales pueden ser practicadas libremente por los seres humanos.

En general en los países en desarrollo existe un déficit en información acerca de planificación familiar, influyendo una serie de factores como tabúes sociales que generan en las mujeres un rechazo al uso de algún método anticonceptivo.(14)

En una encuesta realizada por ENSANUT se observa que el mayor uso de métodos anticonceptivos es en mujeres respecto a los hombres. Aumentando a lo largo de los años de 33.6% a 80.1% el uso de métodos anticonceptivos en mujeres de edad fértil casadas o



unidas.(15) Siendo el método más utilizado la esterilización femenina, aumentando alrededor de 8 puntos porcentuales desde el 2004 hasta el 2012, pasando de 24.2% a 32.3%.(11)

La OMS describe que la planificación familiar postparto cumple una importante función como estrategia para disminuir las necesidades de planificación familiar insatisfechas, teniendo las mujeres puérperas la mayor cantidad de necesidades insatisfechas en cuanto a planificación familiar; puesto, no reciben los servicios adecuados para aumentar los intervalos intergenésicos o para disminuir los embarazos no planificados y sus consecuencias.(16)

Siendo el control sobre la fertilidad un derecho que todas las mujeres tienen, una decisión personal el elegir ser o ya no madre y el momento adecuado para dejar de serlo, junto a su derecho de elección y acceso a un método anticonceptivo. En nuestra comunidad todavía predomina las barreras culturales, creencias y tabúes sobre la anticoncepción, generando en la mujer temor e ideas incorrectas del anticonceptivo y posteriores efectos en su cuerpo, siendo importante la adecuada educación por parte del personal de salud a la mujer y pareja, aclarando las dudas que tienen y sea un método de planificación voluntario.(3,6)

En un nuevo estudio realizado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 36 países reveló que dos tercios de las mujeres sexualmente activas deseaban retrasar o limitar la maternidad pero dejaron de usar métodos anticonceptivos por temor a sus efectos secundarios, por subestimar la probabilidad de concepción o por problemas de salud, por lo que uno de cada cuatro embarazos fuera no planificado.(17)

Aunque los embarazos no planificados no precisamente equivalen a embarazos no deseados, pueden conllevar una amplia gama de riesgos para la salud materna y del niño, como malnutrición, enfermedad, abandono, maltrato, pobreza, incluso la muerte.(17)

Los resultados de un estudio realizado en Filipinas reveló que solo el 3% de las mujeres que deseaban limitar o retrasar la maternidad recibieron planificación familiar durante su última visita por cualquier motivo a un centro de salud; calculando que solo en Filipinas, hay cada año casi 2 millones de embarazos no planificados y más de 600000 abortos peligrosos.(17)

Notándose la importancia de la asesoría en salud sexual y reproductiva, y relevancia de la planificación postparto, pudiendo evitarse más del 30% de las muertes maternas y el 10% de las muertes infantiles al existir embarazos separados por más de 2 años(14); reduciendo a la mitad las muertes maternas anuales en mujeres con paridad satisfecha al utilizar algún método anticonceptivo(7,18).





En Ecuador el Ministerio de Salud Pública cuenta actualmente con alrededor de cinco métodos anticonceptivos modernos entre los cuales están los de barrera, hormonales y quirúrgicos. Durante el 2014 se reportó que hubo el 14% de cobertura en planificación familiar, en comparación con el año 2010 con una cobertura del 10%.(19)

En vista del panorama descrito, la presente investigación plantea como problema principal descubrir las características sociodemográficas de las mujeres que solicitan método de planificación familiar atendidas en un hospital de tercer nivel como lo es el Hospital de especialidades José Carrasco Arteaga, durante el año 2019.

### **1.3 JUSTIFICACION**

La planificación familiar es reconocida a nivel mundial como una de las principales intervenciones que salvan la vida de madres e hijos; una de las estrategias más efectivas y económicas de optimizar la calidad de vida presente y futura. (16)

Cabe mencionar que la salud está determinada socialmente, y no solamente con el acceso a métodos de anticoncepción se generará cambios en la salud sexual y reproductiva de las personas sino la interacción entre todos los factores que inciden en los hábitos sexuales de la población; notándose la importancia en que los profesionales de salud brinden información y orientación oportuna y exacta a los usuarios que hacen uso de los servicios.(20)

La muerte materna que se produce diariamente en zonas rurales y urbano marginales, y en especial en las zonas donde se tienen culturas fuertes y delimitantes son un factor determinante para que se produzca gestaciones bajo condiciones que ponen en riesgo la vida de las mujeres embarazadas. (6,16)

En América Latina y el Caribe, se estima que el 66% de los embarazos no deseados provienen de mujeres con necesidades insatisfechas de anticoncepción.(18)

Hace cincuenta años, durante la Conferencia Internacional sobre los Derechos Humanos de las Naciones Unidas que se celebró en Teherán, el 13 de mayo de 1968 se declaró que “los padres tienen el derecho humano básico de decidir, de manera libre y responsable, el número y el espaciamiento de sus hijos”.

Muchas mujeres y parejas alcanzaron la composición familiar que siempre han deseado, y desearían evitar nuevos embarazos en el futuro. La planificación familiar se considera un



componente esencial en los servicios de atención de la salud, siendo accesibles en el periodo prenatal, inmediatamente después del parto y durante los años siguientes a un parto.

En un estudio realizado en 46 países se encontró que el riesgo de mortalidad materna aumentó cuatro veces o más conforme aumenta la cantidad de hijos por mujer. (8)

Se ha concluido que la correcta implementación de la planificación familiar podría salvar las vidas de un cuarto a la mitad de las 500000 mujeres que mueren cada año por causas maternas, prevenir los daños asociados a embarazos no planificados y de alto riesgo. Podría prevenir la mayoría o la totalidad de los 50000 abortos ilegales que se calculan ocurren cada día y las 150000 muertes anuales resultantes.(7)

Las mujeres que se encuentran en puerperio son las que en su mayoría demuestran dificultades para tener una planificación familiar adecuada con personal que las guíe y asesore correctamente, posteriormente demostrando embarazos a repetición que conllevan complicaciones cada vez mayores.(8,21)

Actualmente, existe poca aceptación de los diferentes métodos anticonceptivos en el Ecuador, situándose en primer lugar en región andina de embarazos adolescentes. Al ser un problema a nivel nacional, requiere un manejo integral con los diferentes organismos de salud.(17)

Por tal razón, es de importancia conocer la población femenina que solicita planificación familiar en un establecimiento de salud de tercer nivel, con la finalidad de observar la atención que se brinda; dirigir y mejorar la promoción de planificación familiar en grupos de mujeres vulnerables, disminuir mortalidad materna y optimar el sistema de referencias y contrarreferencias en los diferentes niveles de atención; localizando éstos resultados en el repositorio de la Universidad de Cuenca y en el área de investigación del Hospital de especialidades José Carrasco Arteaga.



## CAPITULO II

### 2. FUNDAMENTO TEORICO

Con el objetivo de realizar una comprensión de la investigación, hemos estructurado este fundamento teórico de la siguiente manera: Conceptos Básicos, Antecedentes, Anatomía del aparato reproductor femenino, Fisiología del ciclo menstrual, y los tipos de Métodos Anticonceptivos. Ilustrada así la estructura, se procede a dar cuenta del contenido de estos ítems.

#### 2.1 CONCEPTOS BASICOS

##### **Salud Reproductiva**

La salud sexual y salud reproductiva es la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria sin riesgos de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo. Los derechos reproductivos se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo entre estos, a disponer de la información y los medios para ello; y el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva.(22)

La salud sexual y reproductiva, los derechos sexuales y derechos reproductivos son aprobados como derechos humanos en la legislación nacional e internacional. Su concepto ha evolucionado desde un enfoque tradicional de planificación familiar a una dimensión más amplia que supera el ámbito biológico y se relaciona con los derechos, los valores universales, la cultura y la realización personal de cada ser humano. Para el correcto ejercicio de éstos derecho, la Constitución garantiza el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de la salud sexual y reproductiva.(3,23)

##### **Planificación Familiar**

La planificación familiar también llamada contracepción o control de natalidad, es un término indicativo de las prácticas de una pareja con el fin del control de la cantidad de hijos. La planificación familiar tiene los objetivos de ayudar a las parejas que no pueden reproducirse, y así lograr el embarazo, y ayudar a otras a evitar o espaciar los embarazos, siendo éstas de manera voluntaria seleccionadas y elegidas por la o el usuario. (24)

##### **Postparto o Puerperio**

El puerperio o postparto es el periodo de tiempo que inicia con la finalización del parto hasta las seis semanas posteriores, cuando se da la recuperación anatómica y fisiológica de la mujer. (25)



El puerperio consta de tres periodos:

- Puerperio inmediato: primeras 24 horas después del parto.
- Puerperio precoz: comienza a partir de las 24 horas hasta el décimo día postparto.
- Puerperio tardío: comienza a partir del décimo día hasta los 40-45 días, el tiempo necesario para la completa involución de los órganos genitales y el retorno de la condición pregestacional de la mujer.

### **Planificación familiar postparto**

La planificación familiar posparto (PFPP) es la prevención de intervalos intergenésicos cortos durante los primeros 12 meses así también de embarazos no planificados luego del parto. La PFPP debe ser considerada una parte integral de la salud materna infantil y de los esfuerzos actuales de Planificación familiar. Es así que los programas deben comprometerse a implementar estrategias para la continuidad de la anticoncepción o para el cambio eficaz, durante el segundo año después del parto y subsiguientes, según lo que la mujer desee en cuanto al espaciamiento o la limitación de embarazos futuros.(26)

### **2.2 ANTECEDENTES**

La salud sexual y reproductiva en el Ecuador tiene como objetivo que cada persona practique sus derechos sexuales y reproductivos de manera libre y voluntaria, es decir, no abarca solo la ausencia de enfermedades sino también la práctica de relaciones sexuales con respeto, sin discriminación y con la libre decisión de concebir de manera segura o de no hacerlo, pero con la educación necesaria.(19)

En Ecuador según datos obtenidos del INEC el 92.5% de mujeres tienen conocimientos sobre los métodos anticonceptivos, con un índice mayor en personas con estudios secundarios y superiores, y el grupo etario el de 25 a 39 años de edad, con mayor índice de conocimiento sobre los métodos de control en mujeres divorciadas, relacionadas a un mayor ingreso laboral mayor el conocimiento, siendo Costa y Sierra los primeros lugares en conocimiento, estando la Región Amazonía en tercer lugar, relacionado con el bajo conocimiento en la etnia indígena. (27) Esta situación amenaza su capacidad para construir un mejor futuro para ellas mismas, sus familias y sus comunidades.

Evitar el embarazo es preocupación de muchas poblaciones desde tiempos inmemoriales. Escritos antiguos de origen hebreo, japonés y chino, así como papiros egipcios que corresponden a dinastías gobernantes muchos siglos antes de la era cristiana, refieren el uso empírico de



algunas pastas y gomas a base de estiércol de cocodrilo y miel, cuyo efecto, en la actualidad, se ha demostrado que eran espermicidas. (28,29)

Sin embargo, con fines más científicos, fue hasta el siglo XVI cuando Falopio describe por primera vez una funda de lino protectora contra la sífilis, que posiblemente constituyó la base para la manufactura en Inglaterra (dos siglos después) de los condones, elaborándose originalmente con intestinos disecados de animales, siendo un siglo después solicitado y popular en todo el mundo.(30,31)

Siendo el único método hasta el año 1834 en Londres, Blundell sugiere una técnica quirúrgica anticonceptiva con carácter irreversible, consistía en la resección de parte de las trompas. Cincuenta años después Lundgren, en Estados Unidos, puso en práctica la oclusión tubarica bilateral con fines de esterilización artificial, usando la seda para este propósito en una mujer que pasó por su segunda cesárea, como un método para prevenir una futura hemorragia al haber una tercera cesárea, siendo considerada en esa época a la cesárea como una medida quirúrgica heroica, practicada excepcionalmente. (31) Estando ese mismo año, Fraenkel estudiando la extirpación de los cuerpos amarillos en las conejas, investigación que concluye 30 años después en el descubrimiento de la progesterona.(32)

Seis años después en Alemania, Richard Richter, da a conocer su investigación para evitar el embarazo, introduciendo en el útero un dispositivo hecho con intestino de gusano de seda, iniciando la anticoncepción intrauterina en el año 1890, más sin embargo siendo rechazada por considerar que la introducción de un cuerpo extraño en el útero ejercía un mecanismo abortivo, siendo a fines de la década de los sesenta donde se demuestra que los DIU's ejercían sus efectos anticonceptivos por mecanismos diferentes, pero no por el abortivo; explicando que su efecto de cuerpo extraño causa una reacción inflamatoria no séptica que desarrolla la producción de macrófagos que fagocitan las cabezas de los espermatozoides. (33,34)

En 1910 Madler constituyó una verdadera salpingoclasia, consistiendo en la trituración quirúrgica de las trompas para inutilizarlas definitivamente; sin embargo el propio autor comunicó en 1919 los numerosos fracasos e inclusive defunciones, debido a fistulizaciones secundarias a la trituración, por lo que esta técnica fue abandonada. Pasó cinco años para que se propusieran una nueva técnica quirúrgica, la de Irving, y seis meses después aparecieron otras, en las que se destaca la de Pomeroy, misma que se sigue practicando hasta la fecha.

Mientras la esterilización quirúrgica adquiría mucho auge, por otro lado nacían los primeros métodos de abstinencia sexual periódica, el de Ogino-Knaus y el de la temperatura basal; al



mismo tiempo surgía dos de los más grandes descubrimientos de la química de los esteroides: el primero, los estrógenos descubiertos en el año 1932 por Marrian, en Inglaterra, y Butenandt, en Alemania; y el segundo dos años después por Allen y Winterstein, en Estados Unidos, Slotta, Butendandt y Fernholz en Alemania y Hartman y Wettstein, en Suiza, descubriendo casi simultáneamente la progesterona; siendo estos estudios la base para la anticoncepción hormonal. Siendo gracias a estas múltiples investigaciones que se logra explicar el mecanismo endocrinológico del eje hipotálamo-hipófisis-ovario.(31,35)

La anticoncepción a lo largo de los años ha tenido aceptación, discusión y conflictos en su contra; siendo el método del ritmo el único admitido por la iglesia católica. (35)

La información disponible sobre el uso tradicional de plantas usadas para la anticoncepción, es infinita, antiguos tratados de botánica, farmacopea, sistemas de medicina tradicional como el Ayurveda de la India los menciona. En la actualidad se investigan por medio de computadoras electrónicas los principios activos de muchas plantas. (32,35)

La planificación familiar ha sido reconocida como un elemento esencial de la atención primaria de salud, en la Conferencia Internacional de Derechos Humanos de 1968, la planificación familiar se convirtió en una obligación de derechos humanos de todos los países, gobiernos y formuladores de políticas. En 2015, los 192 miembros de las Naciones Unidas se comprometieron con el Objetivo de Desarrollo Sostenible 3.7 : "garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluida la planificación familiar, la información y la educación, y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y programas nacionales"(36)

En México desde la década de los setenta se proporciona la anticoncepción posparto, transcesárea, postcesárea y posaborto por las unidades médicas de la Secretaría de Salud, sin embargo, por diversos motivos estos servicios no han logrado su afianzamiento como una acción de salud permanente y continúa. (26)

En base a la Conferencia Internacional sobre Anticoncepción en el Posparto, celebrada en México en 1990 y el Taller Internacional sobre Planificación Familiar en el Posparto y Posaborto, celebrado en Ecuador en 1993 se formularon muchas recomendaciones para mejorar y ampliar las acciones de planificación familiar después del embarazo, integrando a los servicios de salud reproductiva los aspectos



Entre el 2007 y el 2010 se generaron algunas propuestas de modelos de atención para el Ministerio de Salud, estando vigente el Modelo de Atención Integral de Salud, familiar, comunitario e intercultural (MAIS-FCI), orientado en la construcción, cuidado y recuperación de salud, siendo el centro de su accionar la garantía del derecho a la salud. Y como resultado la interacción de los sectores públicos y privados para llevar a cabo acciones que permitan dar soluciones a los problemas de la salud de la comunidad.(37)

En el marco de los avances científicos y tecnológicos de los últimos años, se elabora en El Salvador los lineamientos para la provisión de servicios de anticoncepción en los cuales se incorporan las bases conceptuales, así como las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), revisadas en el año 2015; teniendo de objetivo incorporar a las prácticas regulares en la prestación de servicios de salud públicos y privados, dando una atención integral en la salud y facilitar el acceso a los diferentes métodos anticonceptivos.(20)

La OMS actualmente recomienda que las mujeres reciban información sobre planificación familiar, sobre los beneficios sociales y en la salud de espaciar los embarazos durante la atención prenatal, inmediatamente después del nacimiento, y durante el posparto.(4)

### 2.3 ANATOMIA DEL APARATO REPRODUCTOR FEMENINO

El aparato reproductor femenino se ocupa de la reproducción humana. Se puede dividir para el estudio en genitales externos o vulva y genitales internos.(38–40)

- Los genitales externos son los que se aprecian a simple vista en la región perineal, conformados por el monte de venus, los labios mayores y menores, el clítoris, el himen o en su defecto los remanentes himeniales tras la ruptura y el vestíbulo vaginal.
- Los genitales internos son los que intervienen para realizar la fecundación, y posterior desarrollo del nuevo ser, conformados por el útero, la vagina, los ovarios y las trompas de Falopio. En los genitales internos es donde principalmente van a actuar los métodos anticonceptivos, por lo que son la base teórica imprescindibles de la planificación familiar.

#### ÓRGANOS REPRODUCTORES EXTERNOS

-Vulva: incluye las estructuras visibles exteriormente desde la sínfisis del pubis hasta el cuerpo perineal. Esto incluye: (39,41)

-El monte de Venus: suprayacente a la sínfisis del pubis es un cojín lleno de grasa. Tanto el monte de Venus como la superficie externa de los labios mayores están cubiertos de vello.



-Labios mayores: miden aproximadamente de 2 a 3 cm de ancho, de 7 a 8 cm de largo, y de 1 a 1.5 cm de espesor, las glándulas sebáceas, ecrinas y apocrinas son abundantes.

-Labios menores: se encuentran medial en cada labio mayor son unos pliegues de tejido delgado. Las dimensiones de los labios menores varían mucho, con longitudes de 2 a 10 cm y espesor de 1 a 5 cm. (41)

-El clítoris: órgano erógeno femenino raramente excede 2 cm de longitud y está compuesto por un glande, un cuerpo y dos pilares.

-Vestíbulo: área en forma de almendra perforada por seis aberturas: la uretra, la vagina, los dos conductos de las glándulas de Bartholin y en ocasiones los dos conductos de las glándulas parauretrales más grandes, las glándulas de Skene.

-Himen: membrana de espesor variable que rodea la abertura vaginal más o menos por completo. La apertura del himen intacto varía en diámetro, desde el del tamaño de la punta de un alfiler hasta el que permite el ingreso de la yema de uno o dos dedos. Como regla, el himen se rasga en varios sitios durante el primer coito.

-Vagina: tubo musculo membranoso se extiende hasta el útero. La longitud vaginal varía de manera considerable, pero comúnmente, la pared anterior mide de 6 a 8 cm, mientras que la pared vaginal posterior es de 7 a 10 cm.

-Perineo: tiene forma de rombo entre los muslos. Una línea arbitraria que une las tuberosidades isquiáticas divide el perineo en un triángulo anterior, también denominado urogenital, y un triángulo posterior, denominado triángulo anal. (13)

### ÓRGANOS REPRODUCTORES INTERNOS

-Útero: localizado en la cavidad pélvica entre la pared anterior del recto y la pared posterior de la vejiga tiene forma de pera y consta de dos partes principales pero desiguales. La porción superior y más grande es el cuerpo o corpus, mientras que el cuello uterino más bajo e inferior se proyecta hacia la vagina. El istmo es el sitio de unión de estos dos. En cada margen superolateral del cuerpo hay un cuerno uterino, del que emerge una trompa de Falopio. Entre los puntos de inserción de ambas trompas de Falopio se encuentra el segmento convexo superior del útero denominado fondo. La mayor parte del cuerpo uterino, pero no del cuello uterino, es muscular. El útero nuligrávido mide de 6 a 8 cm de longitud en comparación con las múltiparas de 9 a 10 cm. El útero tiene un promedio de 60 g y generalmente pesa más en las mujeres con partos múltiples.(41)





-Cérvix: es la porción del útero de forma cilíndrico con pequeñas aberturas en cada extremo los orificios cervicales internos y externos

-Miometro: constituye la mayor parte del útero y contiene grupos de músculos lisos unidos por tejido conjuntivo con muchas fibras elásticas. Las fibras miométriales entrelazadas rodean los vasos miométriales y se contraen para comprimirlas.

-Endometrio: recubre la cavidad uterina, está compuesto por un estroma vascular de soporte, glándulas invaginadas y un epitelio recurrente. El endometrio varía mucho a lo largo del ciclo menstrual. Este estrato se divide en una capa funcional, que se desprende con la menstruación, y una capa basal, que sirve para regenerar la capa funcional después de cada periodo menstrual.

-Trompas de Falopio u oviductos: son tubos serpenteantes se extienden lateralmente de 8 a 14 cm desde los cuernos uterinos. Anatómicamente se dividen a lo largo de su longitud como porción intersticial, istmo, ampolla e infundíbulo. El istmo estrecho de 2 a 3 mm de ancho se ensancha gradualmente en la ampolla de 5 a 8 mm de grosor. Por último, el infundíbulo es la extremidad distal o porción fimbria en forma de embudo del tubo que se abre a la cavidad abdominal.(39)

-Ovarios: localizados en cada flanco de la pelvis, cada ovario por lo general descansa en la fosa ovárica de Waldeyer. Durante los años fértiles, la mensuración de los ovarios varía de 1.5 a 3 cm de ancho, de 2.5 a 5 cm de longitud y de 0.6 a 1.5 cm de grosor. El ovario consta de una corteza externa y una médula interna. La corteza ovárica contiene ovocitos y folículos en desarrollo. La médula se compone de tejido conectivo laxo, numerosas arterias y venas y una pequeña cantidad de fibras musculares lisas. (13)

## 2.4 FISILOGIA DEL CICLO MENSTRUAL

El ciclo menstrual habitualmente dura de  $28 \pm 7$  días. La tercera parte de mujeres el ciclo dura 28 días y en el 82% está entre los 22 y 32 días. Iniciando el ciclo el primer día de la menstruación y finaliza el día previo a la siguiente menstruación.

El ciclo menstrual es regularizado por múltiples factores, destacan órganos como el hipotálamo, la hipófisis, la hormona FSH, la hormona LH, a nivel ovárico reclutando el folículo dominante y secretando estradiol; y efectos en el endometrio el cual crece según avanza el ciclo y en caso de no implantación, se produce la descamación, produciéndose la menstruación. (42)

El ciclo ovárico tiene dos fases (folicular y lútea) separadas por la ovulación: (39,42)



-La fase folicular tiene variable duración en donde se selecciona el folículo dominante. Sucede entre el día 1 hasta el día 14 del ciclo, aunque puede ser algo variable, ocurriendo las irregularidades menstruales. En esta fase se encuentran bajos los niveles de estrógeno y progesterona, y, en consecuencia, se produce la descomposición y el desprendimiento de las capas superiores del endometrio, dando lugar a la menstruación. Esta fase culmina con la ovulación.

-La ovulación comienza al aumentar la concentración de las hormonas LH y FSH. Siendo la hormona luteinizante la encargada de estimular el proceso de liberación del óvulo, produciéndose la ovulación, la cual ocurre entre 16 y 32 horas después de iniciar su elevación, al llegar a su punto máximo, la progesterona comienza a incrementarse.

-La fase lútea donde el cuerpo lúteo aparece. Teniendo su duración de 12 a 14 días; siendo ésta fase estable; donde descienden las concentraciones de las hormonas LH y FSH. Y termina con la degeneración del cuerpo lúteo. En base a la temperatura corporal la fase lútea (hipertérmica) 0,5°C mayor que en la fase folicular.

Se podría resumir en que dependiendo de la hormona predominante durante el ciclo se puede llamar fase estrogénica y progestativa; por el tipo de endometrio (basado en la histología) se llaman puede denominar fase secretora (fase lútea) y proliferativa (fase folicular).

El ciclo ovárico presenta:(43)

- 1.- Foliculogenesis
- 2.- Ovulación
- 3.-Formacion del cuerpo lúteo
- 4.- Muerte

Por su parte, el ciclo uterino consta de 3 fases: (38)

-Fase estrogénica o proliferativa: inicia con una capa fina de estroma endometrial antes de la ovulación por la influencia de estrógeno secretados por los ovarios en cantidades crecientes estas se re-epitalizan y proliferan con un crecimiento progresivo de nuevos vasos sanguíneos y glándulas endometriales en el interior del endometrio. Se secreta moco poco denso y filante por las glándulas en esta etapa.



-Fase secretora o progestacional: ocurre después de la ovulación. Depende de la progesterona secretada por el cuerpo lúteo que provoca desarrollo secretor del endometrio y tumefacción con glándulas más tortuosas.

-Menstruación: el cuerpo lúteo degenera en ausencia de fecundación por lo tanto disminución de la progesterona, condicionando el vasoespasmo, en el endometrio se produce sobre todo en vasos sanguíneos, provocando el desprendimiento del tejido. (44)

## 2.5 METODOS ANTICONCEPTIVOS

En el Ecuador las usuarias pueden acudir por información para planificación familiar en cualquier establecimiento del ministerio de salud pública, contando con personal de salud capacitado para brindar información y resolver dudas de la o el usuario. Para regular el acceso a los métodos anticonceptivos se crea una ruta de entrega de métodos anticonceptivos, siendo la puerta de entrada el primer nivel de atención, brindándose información de planificación familiar y anticoncepción, obteniendo la usuaria fácil acceso en la entrega del método anticonceptivo de elección, en su primera consulta, en la obtención del carnet de entrega de métodos anticonceptivos (CEMA) para las entregas subsecuentes, con los posteriores controles médicos al sexto mes y al año de uso del método. (45) En caso de que la usuaria elija voluntariamente un método anticonceptivo definitivo como la esterilización quirúrgica por su complejidad éste se brinda en establecimientos de segundo y tercer nivel. (37)

En Ecuador la ruta de entrega de los métodos de anticoncepción se puede realizar en dos momentos:

- Por primera vez, cuando el usuario/usuaria refiere querer iniciar un método anticonceptivo e incluye la segunda consulta.
- Entrega subsecuente, es decir, desde la tercera entrega en adelante por periodo de un año. (45)

Clasificación actualizada de los métodos anticonceptivos organizados según niveles de eficacia:(12,46)

Nivel superior: máxima efectividad

- Dispositivos Intrauterinos:
  - Sistema de levonorgestrel
  - T 380A cobre



- Implantes de levonorgestrel
- Esterilización femenina
- Esterilización masculina

Segundo nivel: muy efectivo

- Píldora combinada
- Anillo vaginal
- Parche
- Acetato de medroxiprogesterona de depósito (DMPA)
- Píldora de progestina sola

Tercer nivel: efectivo

- Condón
  - Masculino
  - Femenino
- Diafragma con espermicidas
- Conocimiento de días fértiles
  - Días estándar
  - Dos días
  - Ovulación
  - Signos térmicos

Cuarto nivel: menos efectivo

- Espermicidas
- Esponja
  - Mujeres que han tenido hijos
  - Mujeres nulíparas

Ninguna categoría de la WHO

- Coito interrumpido
- Sin anticoncepción



**Nivel superior: máxima efectividad**

DISPOSITIVOS INTRAUTERINOS

**Sistema de levonorgestrel**

Están fabricados con plástico moldeado en forma de T que libera levonorgestrel. Libera levonorgestrel en el endometrio que a nivel del cuello uterino produce moco espeso que impide el paso de espermatozoides a la cavidad uterina. La mujer continúa ovulando.(47,48)

Indicaciones:(49)

-Anticoncepción

-Menorragia idiopática

Contraindicaciones:(49)

-Embarazo o sospecha del mismo

-Tumores dependientes de progestágenos, p.ej. cáncer de mama

-Enfermedad inflamatoria pélvica actual o recurrente

-Cervicitis

-Infección del tracto genital inferior

-Endometritis postparto

-Aborto séptico en los últimos tres meses

-Situaciones en las que exista una mayor sensibilidad a contraer infecciones

-Displasia cervical

-Tumor maligno uterino o cervical

-Hemorragias uterinas anormales no diagnosticadas

-Anomalías uterinas congénitas o adquiridas, incluyendo miomas si estos deforman la cavidad uterina;

-Enfermedad hepática aguda o tumor hepático

-Hipersensibilidad al principio activo o a alguno de los excipientes

**T 380A cobre**

Pequeño armazón de plástico flexible rodeado de alambres de cobre, método efectivo y de acción larga. Duran de 10 a 12 años. Los DIUs liberadores de iones mediante respuesta inflamatoria en el útero, dificultan la implantación del blastocito junto a posibles acciones nocivas en el óvulo y los espermatozoides, afectando la capacidad migratoria de los espermatozoides y espesando el moco cervical.(50)

Indicaciones:(51)



- Mujeres en edad fértil con vida sexual activa
- Nuligestas, nulíparas o multíparas
- Antes del primer embarazo
- En el intervalo intergenésico
- En el posparto y pos cesárea con o sin lactancia
- En el posaborto
- No debe insertarse inmediatamente después de un aborto séptico.

Contraindicaciones: (52)

- Embarazo
- Posparto de > 48 h hasta < 4 semanas
- Posparto con sepsis puerperal
- Inserción inmediata posaborto séptico
- LES con trombocitopenia grave
- Hemorragia vaginal inexplicada (sin evaluar)
- Enfermedad trofoblástica y BHCG en descenso o indetectable
- Enfermedad trofoblástica maligna o valores de BHCG elevados persistentemente
- Cáncer de cérvix o endometrio (en espera de tratamiento)
- Cáncer de ovario
- Miomias, anomalías anatómicas que distorsionan la cavidad uterina
- Infecciones genitales activas
- Alto riesgo de ITS
- Sida con clínica y sin terapia antirretroviral
- Sida sin clínica y con terapia antirretroviral
- TBC pélvica

#### IMPLANTES DE LEVONORGESTREL

Son cilindros de plástico del tamaño de un fósforo que liberan una hormona similar a la que produce el cuerpo. Hace que el moco del cuello del útero evite que los espermatozoides pasen e impide la ovulación. Duran de 3 a 5 años dependiendo de tipo de implante.(51)

Indicaciones: (53)

- Anticoncepción de larga duración

Contraindicaciones: (54)

- Hipersensibilidad
- Cáncer de mama actual (o antecedentes)



- Neoplasia dependiente de la hormona sexual diagnosticada o sospechada
- Enfermedad hepática grave, infección o tumor
- Enfermedad tromboembólica
- Sangrado vaginal inexplicado
- Lupus eritematoso sistémico con anticuerpos antifosfolipídicos positivos o desconocidos

### ESTERILIZACIÓN FEMENINA

Se conoce como ligadura de trompas, esterilización o esterilización tubárica es un procedimiento quirúrgico eficaz y seguro evita los embarazos de manera definitiva.(41)

La esterilización quirúrgica es un procedimiento mínimamente invasivo o invasivo del aparato reproductor femenino para la supresión de la fertilidad siendo un método irreversible. Un 10 % de pacientes se arrepienten, la efectividad es superior al 99%.(55)

Procedimiento quirúrgico que consiste en la seleccionar, bloquear y cerrar de forma definitiva las trompas de Falopio.(41)

Indicaciones: (56)

Deseo de anticoncepción irreversible

Por indicación médica ante contraindicación de embarazo u otros métodos de anticoncepción

Contraindicaciones:(55,56)

Si existe duda de no tener más hijos ya que es una decisión definitiva

Inestabilidad con la pareja.

Infección pélvica activa

Embarazo en curso o en sospecha

Enfermedad aguda intercurrente (debe retrasarse)

Riesgo quirúrgico alto

### ESTERILIZACIÓN MASCULINA

Cirugía sencilla realizada en un hospital, clínica o consultorio por un médico, es un procedimiento rápido, la efectividad del 100% para evitar embarazos. Cirugía en la cual se bloquean o cortan los conductos deferentes que como consecuencia, en poco tiempo el semen eyaculado no transportan los espermatozoides evitando así el embarazo.(57)

Indicación:

Hombres que estén seguros de no concebir.

Contraindicaciones:



Menor de 18 años

Alteraciones mentales que impidan tomar una decisión responsable

Enfermedades infecciosas genitales

Enfermedades severas descompensadas.

### **Segundo nivel: muy efectivo**

#### PÍLDORA COMBINADA

Píldoras con dosis bajas de 2 hormonas (estrógeno y progestina) similares a las que produce el cuerpo femenino, con duración diaria, evitando la ovulación. (51)

Indicaciones:

- Mujeres con vida sexual activa y en edad fértil, nuligestas, nulíparas o multíparas incluyendo adolescentes. -Mujeres mayores de 40 años
- Mujeres fumadoras con menos de 35 años
- Mujeres con várices
- Mujeres con antecedente o que tengan anemia
- Antecedente reciente de aborto.

Contraindicaciones:(58)

- Antes de 21 días luego del parto o antes de 42 días luego del parto con alto riesgo de tromboembolismo venoso
- Cáncer de mama pasado o actual
- Adenoma hepatocelular, cáncer de hígado cirrosis descompensada grave,
- Lupus eritematoso sistémico con anticuerpos antifosfolípidos positivo o desconocido, tromboembolismo venoso o mutación trombogénica
- Presión arterial elevada
- Diabetes de > 20 años o con enfermedad vascular
- Trasplante de órganos sólidos con complicaciones

#### ANILLO VAGINAL

Anillo de contenido hormonal ya sea simple o combinado que se introduce en la vagina. Se mantiene colocado todos los días y las noches durante 3 semanas, seguido de una semana sin colocación del anillo. Inhiben la ovulación con la duración de 1 mes; ofrece un mejor control del ciclo, con una liberación hormonal más constante que los AOC. (4,51)

Indicaciones:(59)

- Anticoncepción en mujeres en edad fértil, entre 18-40 años.





Contraindicaciones:(60)

- Obesidad severa.
- Mujeres mayores de 35 años.
- Historia familiar de cáncer de útero o mama.
- Diabéticas.
- Sangrado vaginal sin causa conocida.

### PARCHE

Es un anticonceptivo hormonal combinado se aplica en los glúteos, parte superior del torso y el abdomen una vez por semana durante 3 semanas con 1 semana de descanso. Inhibiendo la ovulación al alterar el revestimiento interno del útero y la mucosidad cervical(61)

Indicaciones:

- Anticoncepción femenina.

Contraindicaciones:(4)

- Tromboembolismo arterial y venoso
- Enfermedad cerebrovascular
- Migraña intensa.
- Hipersensibilidad a los principios activos.
- Carcinoma de mama
- Carcinoma de endometrio o de otra neoplasia estrógeno-dependiente.
- Función hepática anormal
- Hemorragia genital anormal sin diagnosticar

### ACETATO DE MEDROXIPROGESTERONA DE DEPÓSITO (DMPA)

Anticonceptivo inyectable que presenta un progestágeno similar a la progesterona producida por el cuerpo femenino. Inhiben la ovulación, y puede ser usado a partir de la sexta semana después del parto, durante la lactancia ya que no contienen estrógenos.(50,51)

Indicaciones: (50)

- Mujeres que tengan o no hijos, estén casadas o no
- Mujeres mayores de 40 años, adolescentes y cualquier edad
- Posterior a un aborto espontaneo o provocado
- Si fuman, sin importar la cantidad de cigarrillos ni la edad
- 6 semanas posteriores al parto y si están amamantando,
- Mujeres con infección del VIH que reciban o no tratamiento antirretroviral



Contraindicaciones:

- Hayan pasado menos de 6 semanas **y** estén amamantando
- Presión arterial alta grave
- Embolia pulmonar aguda o trombosis aguda en venas profundas de las piernas
- Cardiopatía actual o antecedentes
- Antecedentes de accidente cerebrovascular
- Sangrado vaginal sin causa aparente
- Antecedentes de cáncer de mama hace más de 5 años
- Diabetes con más de 20 años de evolución con complicaciones
- Tumor hepático grave o cirrosis grave
- Lupus eritematoso sistémico

PÍLDORA DE PROGESTINA SOLA

Píldoras con dosis pequeñas de progestina similar a la producida por el cuerpo femenino. Sin estrógeno por lo que pueden ser usadas por mujeres que no puedan usar estos métodos y durante la lactancia. Con la función de inhibir la ovulación, aumentando el espesor del moco cervical, y adelgazando el endometrio. (51)

Indicaciones:(51)

- Mujeres con vida sexual activa y en edad fértil, nuligestas, nulíparas o multíparas incluyendo mujeres de más de 40 años y adolescentes
- Mujeres fumadoras
- Tengan várices
- Hayan tenido o tengan anemia
- Con antecedente reciente o actual de aborto, embarazo ectópico

Contraindicaciones:(62)

- Embarazadas
- Fumadores de más de 35 años
- Mujeres obesas
- Accidente cerebrovascular, trombosis o un problema cardíaco
- Mujeres con migraña
- Cáncer de seno
- Enfermedad de la vesícula biliar o del hígado o de la vesícula biliar
- Diabetes por al menos 20 años con complicaciones



### **Tercer nivel: efectivo**

#### CONDÓN MASCULINO

Es una funda que se ajusta al pene en erección antes de tener relaciones sexuales. Los preservativos masculinos están hechos de látex, poliuretano, poliisopreno, piel de cordero y nitrilo. Es el método de barrera más común, impide que los espermatozoides entren en la vagina por lo tanto se dé el embarazo. Tiene una eficacia del 98% al usarlos correctamente, disminuyendo enfermedades de transmisión sexual como el VIH aproximadamente un 50%.(42,50)

Indicaciones:

-Todos los hombres y mujeres

Contraindicaciones:

-Alergia al látex

#### CONDÓN FEMENINO

Hecho de caucho de nitrilo, preservativo para las mujeres. Presentan aros flexibles en ambos extremos El aro situado en el extremo cerrado ayuda a insertar el preservativo. El aro del extremo abierto ayuda a mantener parte del preservativo fuera de la vagina. Cubre toda la mucosa de la vagina, poco popular porque no es tan sencillo de utilizar y su tasa de efectividad es mucho menor que el condón masculino. Tiene la función de impedir que los espermatozoides entren en la vagina, así como el ingreso de microorganismos infecciosos presentes en el semen, el pene o la vagina infecten a la pareja. (19,50)

Indicaciones:

-Todas las mujeres

Contraindicaciones:

-Si hay reacción alérgica grave al látex

#### DIAFRAGMA CON ESPERMICIDAS

Dispositivo pequeño de látex blando, plástico y de silicona que cubre el cuello uterino. El borde contiene un resorte firme y flexible que mantiene el diafragma en su lugar. Para mayor efectividad se utiliza con crema, gel o espuma espermicida. Impide la entrada del esperma en el cuello uterino, destruyendo el espermicida a los espermatozoides. (44,46)

Indicaciones:

-Todas las mujeres

Contraindicaciones:



-Alergia al espermicida

### CONOCIMIENTO DE DÍAS FÉRTILES

Para este método es necesario que la mujer lleve un registro de cada ciclo menstrual en el periodo de un año.(19)

#### **Días estándar**

Consiste en evitar relaciones sexuales sin usar protección durante los días 8 a 19 del ciclo. Las mujeres deben tener ciclos mensuales regulares de 26 a 32 días para un uso exitoso. Al usar este método pueden marcar un calendario o usar *Cycle-Beads*, que es un anillo de cuentas de conteo, para controlar el registro de sus días.

#### **Dos días**

Se basa en la evaluación del moco cervical ya que en respuesta al estrógeno y la progesterona este cambia a lo largo del ciclo menstrual, es usual que la cantidad aumente cuando está cerca la ovulación o está ovulando. La consistencia del moco cervical es similar a la clara de un huevo, esto indica que la ovulación ocurrirá pronto o ha ocurrido en las últimas horas, cuando el moco cervical es más espeso y grumoso, por lo general indica que la persona ya ha ovulado.(63)

El coito debe evitarse durante la menstruación (porque no puede constatarse la consistencia del moco). Está permitido durante los días en los que el moco falta completamente.

Un cambio en el moco cervical indica la ovulación con más precisión que la temperatura corporal.(64)

#### **Ovulación**

Este método incluye dos parámetros: la temperatura basal, el moco cervical y de algún otro parámetro en ocasiones.

La función es detectar cuando se produce la ovulación, con la mayor precisión posible, para reconocer con exactitud las fases del ciclo cuando es más probable que se produzca un embarazo y cuando es improbable que esto ocurra.

Al ser un método 100% natural es asequible a todo bolsillo, pues solo se necesita un bolígrafo, un termómetro y una gráfica.(63,65)

#### **Signos térmicos**

La temperatura del cuerpo femenino se eleva de 0.3–0.6 °C cuando inicia la fase lútea. Al mantener un registro de la temperatura corporal basal por sí solo no es un métodos de observación de la fertilidad confiable, dicho incremento solo indica que la mujer ya ovulo, mas no cuándo va a ovular. Al registrar mes a mes el día en que la temperatura se eleva, ayuda en parte para estimar cuándo podría ovular el ciclo siguiente.(63)



#### **Cuarto nivel: menos efectivo**

##### ESPERMICIDAS

Sustancias que se introducen profundamente en la vagina, cerca del cuello uterino. El nonoxinol-9 es el que más se utiliza. Otros son el cloruro de benzalconio, la clorhexidina, el menfegol, el octoxinol-9 y el docusato de sodio. Actúan rompiendo la membrana de los espermatozoides, los destruye o disminuyen su movimiento. Evitando así la unión del ovulo con el espermatozoide.(50)

Indicaciones:

-Todas las mujeres

Contraindicaciones:

-Mujeres con riesgo de contraer infección por VIH

-Mujeres con infección por el VIH

##### ESPONJA

Anticonceptivo de barrera. Elaborada con espuma de poliuretano tiene 5 centímetros de diámetro además tiene espermicida nonoxinol-9, se puede colocar hasta 24 horas antes del coito y permanecer 6 horas posterior al coito para que el espermicida cumpla su función. Puede estar solo 30 horas introducido en esa posición. Al cubrir el cuello uterino la esponja bloquea el ingreso del esperma dentro del útero y el espermicida destruye a los espermatozoides.(66,67)

Con el uso de la esponja las tasas de embarazo son 24% para las mujeres que tuvieron hijos y 12% para las mujeres nulíparas.(68)

Indicaciones:(69)

-Todas las mujeres

Contraindicaciones: (70)

-Reacción alérgica al espermicida o al poliuretano

-Anomalía vaginal que afecta la forma en que se ajusta la esponja anticonceptiva

-Infecciones urinarias frecuentes

-Parto reciente, aborto espontáneo o programado

-Riesgo alto de contraer VIH o ya lo tiene

-Riesgo alto de quedar embarazada

-Tener relaciones sexuales tres o más veces por semana

-Si existió fracaso de los métodos de barrera vaginales

-Si existe la probabilidad de no ser constante con el uso de la esponja anticonceptiva.



## **Ninguna categoría de la WHO**

### COITO INTERRUMPIDO

El hombre retira el pene de la vagina de su pareja antes de la eyaculación, eyaculando fuera de la vagina, manteniendo el semen alejado de los genitales externos de la mujer. Teniendo el objetivo que el semen no entre en el cuerpo de la mujer, sin algún método anticonceptivo. (50)

### ANTICONCEPTIVOS DE EMERGENCIA

La anticoncepción de emergencia (AE) son métodos anticonceptivos que se usan hasta 5 días después de un coito sin protección para reducir el riesgo de un embarazo no planeado y abortos en adolescentes y mujeres.

Las píldoras anticonceptivas de emergencia hormonales (PAEs) es probable que sean efectivas al utilizarlas lo antes posible.

Los métodos de anticoncepción de emergencia son: los dispositivos intrauterinos (DIU) de cobre y las píldoras anticonceptivas de urgencia como acetato de ulipristal, levonorgestrel o anticonceptivos orales combinados (AOC) que contienen etinilestradiol y levonorgestrel. Vale señalar que la anticoncepción de emergencia no son abortivos, las PAEs retrasan o evitan la ovulación. (71,72)

Indicaciones:

- Coito sin uso de anticoncepción
- Deslizamiento y rotura del preservativo
- Dosis tardías y perdidas de anticonceptivos como anticonceptivos inyectables, anillo anticonceptivo, el parche y la píldora
- Vómitos después del uso de píldoras anticonceptivas orales
- Agresión sexual

Contraindicaciones:(73)

- Embarazo conocido

### MÉTODO DE LA AMENORREA DE LA LACTANCIA

Método de planificación familiar temporal se basa en el efecto natural de la lactancia sobre la fertilidad. Se requieren 3 condiciones; primero madre no haya presentado menstruación segundo que el niño se alimente completamente mediante lactancia materna, tanto el día como la noche y tercero él bebe tenga menos de 6 meses. La lactancia materna impide la ovulación por la falta de hormonas.(50)



Indicaciones:

-Mujeres que amamantan

Contraindicaciones:(42)

-Mujeres con VIH

-Uso de ciertos medicamentos durante la lactancia materna (reserpina, ergotamina, ciclosporina, los corticoesteroides en dosis altas y ciertos anticoagulantes entre otros)

-Si el recién nacido presenta dificultad para alimentarse mediante lactancia materna.



### CAPITULO III

#### 3. OBJETIVOS

##### 3.1 OBJETIVO GENERAL

- Identificar las características sociodemográficas de las mujeres que solicitaron planificación familiar, atendidas en el Hospital de especialidades José Carrasco Arteaga, durante el año 2019

##### 3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Determinar las características sociodemográficas de las usuarias que solicitan métodos de anticoncepción.
2. Enunciar las indicaciones y el tiempo en que se recomendó la planificación familiar en el puerperio mediato, puerperio inmediato, tardío o de intervalo.
3. Analizar que método de planificación familiar fue el más utilizado y/o recomendado en las mujeres, relacionando con las características sociodemográficas de las usuarias.
4. Explicar los tipos de anticoncepción que se brindan en el Hospital de especialidades José Carrasco Arteaga.





## CAPITULO IV

### 4. DISEÑO METODOLÓGICO

#### 4.1 TIPO DE ESTUDIO

El presente estudio de investigación, es de tipo descriptivo de corte transversal.

#### 4.2 AREA DE ESTUDIO

Hospital de especialidades José Carrasco Arteaga de la ciudad de Cuenca-Ecuador en el departamento de ginecología y obstetricia.

#### 4.3 UNIVERSO

Se trabajó con un universo finito que consta de todas las historias clínicas de pacientes que solicitaron planificación familiar al establecimiento de salud mencionado durante el año 2019 que dieron un total de 646 historias clínicas.

#### 4.4 CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSIÓN

##### **CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

- Historias clínicas de pacientes en edad fértil.
- Historias clínicas de pacientes que reciben consulta de planificación familiar.
- Historias clínicas de pacientes que solicitan voluntariamente esterilización quirúrgica.

##### **CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

- Historias clínicas de pacientes de sexo masculino.
- Historias clínicas incompletas.
- Historias clínicas de pacientes con otro motivo de consulta.

#### 4.5 VARIABLES

Características sociodemográficas

1. edad
2. estado civil
3. nivel de instrucción
4. residencia
5. ocupación
6. tipo de afiliación



#### Características ginecológicas

7. antecedentes personales patológicos
8. menarquia
9. edad de inicio de relaciones sexuales
10. número de parejas sexuales
11. número de embarazos
12. número de abortos
13. número de partos
14. número de cesáreas
15. método anticonceptivo anterior
16. método anticonceptivo de elección

#### Planificación familiar

17. métodos anticonceptivos en el tercer nivel de atención
18. métodos anticonceptivos en el primer nivel de atención

#### 4.6 METODOS, TECNICAS E INSTRUMENTOS

**Métodos:** Para la recolección de la información se utilizó un formulario de recolección de datos elaborado por las autoras, obteniéndose la información en las historias clínicas de las pacientes; además en las evoluciones y prescripciones médicas, determinando si fue instaurado el método anticonceptivo durante el tiempo de hospitalización postparto o luego del alta materna.

**Técnica de recolección de información:** historias clínicas de pacientes ingresadas al sistema S400, preexistentes en el Hospital de especialidades José Carrasco Arteaga.

**Instrumentos:** para la recolección de información se utilizó un formulario digital en el programa Microsoft Word 2013 siendo de elaboración de las autoras, presente en la sección ANEXOS.

#### 4.7 PROCEDIMIENTOS

**Autorización:** se procedió con el respectivo proceso para la apertura de área de investigación al encargado del centro hospitalario.

**Capacitación:** guías clínicas, protocolo de planificación familiar del MSP, revisiones bibliográficas en estudios realizados, etc.

**Supervisión:** el proyecto de investigación fue supervisado y guiado por el director de tesis Doctor Jaime Ñauta Baculima.



#### 4.8 PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS

Los datos obtenidos en el estudio fueron tabulados mediante el programa SPSS versión 25 y Excel 2010. Los resultados están expuestos en tablas simples y de doble entrada.

#### 4.9 ASPÉCTOS ÉTICOS

- El presente estudio se realizará de acuerdo a la carta de Helsinki (6ta Asamblea General, Fortaleza, Brasil, octubre, 2013) en este marco se aprecia los aspectos fundamentales de la ética garantizando de esta manera la seguridad de los pacientes. (15)
- Al tratarse de un estudio de fuentes secundarias, no constituye ningún riesgo para la salud de los pacientes, de la misma manera no existen beneficios directos para los participantes. Sin embargo, a largo plazo el presente estudio brindará una mejoría en el conocimiento del uso y aceptación de los métodos anticonceptivos en nuestro país.
- En la presente investigación se mantendrá absoluta confidencialidad de cada paciente, ya que los datos únicamente serán manejados por el objetivo planteado.
- Se solicitará los permisos pertinentes mediante un oficio y entrega de este protocolo para la revisión al Coordinador General de Investigaciones del Hospital de especialidades José Carrasco Arteaga para poder acceder a las historias clínicas.
- Durante el proceso de ejecución del presente estudio, se presentará continuamente los avances realizados al director de tesis para identificar posibles errores y se corregirán en su debido momento.
- La ventaja que se obtendrá al finalizar el estudio consiste en que los resultados serán entregados a las autoridades del Hospital de especialidades José Carrasco Arteaga y al repertorio de la Universidad de Cuenca, con la finalidad de identificar las características de las mujeres que solicitaron anticoncepción, además el presente estudio no presentará ningún tipo de conflicto de interés.



## CAPITULO V

## 5. RESULTADOS

La presente investigación se realizó con las pacientes que solicitaron planificación familiar en el año 2019 en el área de obstetricia y ginecología en el Hospital de especialidades José Carrasco Arteaga con un total de 656 historias clínicas, durante la investigación se excluyeron 10 casos, debido a historias clínicas incompletas y con otro motivo de consulta, quedando un total de 646 historias clínicas.

## TABULACIÓN Y ANÁLISIS DE CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

TABLA No. 1.

DISTRIBUCIÓN DE LAS 646 MUJERES ATENDIDAS POR ANTICONCEPCIÓN, EN EL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES "JOSÉ CARRASCO ARTEAGA". PERIODO 2019. SEGÚN EDAD, ESTADO CIVIL Y RELIGIÓN

CUENCA-ECUADOR 2021.

VARIABLE	ESCALA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
EDAD Media: 34,45	15 a 19 años	21	3,3
	20 a 29 años	117	18,1
	30 a 39 años	365	56,5
	40 años o más	101	22,1
ESTADO CIVIL	Soltera	94	14,6
	Casada	406	62,8
	Unión libre	97	15,0
	Viuda	4	0,6
RESIDENCIA	Urbana	440	68,1
	Rural	206	31,9
	<b>TOTAL</b>	<b>646</b>	<b>100</b>

Fuente: Base de datos

Autores: Ortega, D. Verdugo, S.

**Análisis:** Predominan las mujeres de 30 a 39 años con un porcentaje de 56,5% (365), seguido del grupo de 40 o más años con 22,1% (143). Con una media de 34,45 años y un desvío estándar (DS) de 6,5. El estado civil que prepondera fue las mujeres casadas con el 62,8% (406). Perteneciendo el 68,1% (440) de las mujeres al área urbana.



TABLA No. 2.

DISTRIBUCIÓN DE LAS 646 MUJERES ATENDIDAS POR ANTICONCEPCIÓN, EN EL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES “JOSÉ CARRASCO ARTEAGA”. PERIODO 2019. SEGÚN NIVEL EDUCATIVO, RELIGIÓN Y OCUPACIÓN.

CUENCA-ECUADOR 2021.

VARIABLE	ESCALAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
INSTRUCCION	Primaria	74	11,6
	Secundaria	265	41,2
	Superior	302	46,7
RELIGION	Católica	515	79,7
	Cristiana	83	12,8
	Testigos de jehová	16	2,5
	Otra	16	2,5
OCUPACIÓN	Sector salud	69	10,7
	Empleada privada	167	25,9
	Empleada publica	73	11,3
	Estudiante	24	3,7
	Ama de casa	98	15,2
	Docente	48	7,4
	Comerciante	19	2,9
	Contadora	21	3,3
	Costurera	18	2,8
	Otras	109	16,9
	<b>TOTAL</b>	<b>646</b>	<b>100</b>

Fuente: Base de datos

Autores: Ortega, D. Verdugo, S.

**Análisis:** De las usuarias que acudieron a este establecimiento de salud, se pudo observar que el 46,7% (302) tiene un nivel de educación superior, considerando importante señalar que el 0,5% (3) de la población no han recibido instrucción alguna. Con un 79,5% (515) de mujeres con religión católica. Siendo el 25,9% (167) de las mujeres que laboran en el sector privado.



**TABLA No. 3**

DISTRIBUCIÓN DE LAS 646 MUJERES ATENDIDAS POR ANTICONCEPCIÓN, EN EL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES “JOSÉ CARRASCO ARTEAGA”. PERIODO 2019. SEGÚN ACTIVIDADES REALIZADAS EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR.

CUENCA-ECUADOR 2021.

ACTIVIDAD REALIZADA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Implementación de anticoncepción	551	85,3
Consejería de planificación familiar	58	9,0
Referencia a centro de salud	11	1,7
Consejería y referencia	26	4,0
<b>TOTAL</b>	<b>646</b>	<b>100</b>

Fuente: Base de datos

Autores: Ortega, D. Verdugo, S.

**Análisis:** El 85,3% (551) se implementó el método anticonceptivo solicitado en el día de la consulta, un 9% (58) recibieron consejería en planificación familiar con cita posterior para colocación o inicio de método anticonceptivo elegido, siendo el 5,7% (37) que recibió consejería de planificación con posterior contrarreferencia a un centro de salud de nivel inferior para control y seguimiento de método instaurado o para instauración de método anticonceptivo debido que la usuaria al momento de la consulta no decide método deseado.



**TABLA No. 4**

DISTRIBUCIÓN DE 646 MUJERES ATENDIDAS, EN EL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES “JOSÉ CARRASCO ARTEAGA”. PERIODO 2019. SEGÚN EL MÉTODO ANTICONCEPTIVO UTILIZADO.

CUENCA-ECUADOR 2021.

MÉTODO ANTICONCEPTIVO	NUMERO	PORCENTAJE
LIGADURA DE TROMPAS	371	57,5
IMPLANTES	97	15,1
DIU	64	9,9
INYECTABLE	23	3,5
ANT. ORALES	15	2,3
PRESERVATIVO	10	1,5
OTROS	66	10,2
<b>TOTAL</b>	<b>646</b>	<b>100</b>

Fuente: Base de datos

Autores: Ortega, D. Verdugo, S.

**Análisis:** El método anticonceptivo más solicitado es la ligadura de trompas con un 57,5% (371), seguido del implante con un 15,1% (97), el DIU con un 9.9% (64), siendo menos solicitados con el 2,3% (15) los anticonceptivos orales, y los preservativos con un 1,5% (10),

El predominio del método quirúrgico de la ligadura de trompas se deba a que el Hospital “José Carrasco Arteaga” es un establecimiento de salud de tercer nivel, y debido a esto, los métodos de anticoncepción oral y de barrera tienen un porcentaje bajo de aceptación, porque estos métodos se ofrecen y promocionan en unidades de salud de primer nivel.



TABLA No. 5

DISTRIBUCIÓN DE LAS 646 MUJERES ATENDIDAS POR ANTICONCEPCIÓN, EN EL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES “JOSÉ CARRASCO ARTEAGA”. PERIODO 2019. SEGÚN EL MÉTODO ANTICONCEPTIVO ELEGIDO, Y LA EDAD

CUENCA-ECUADOR 2021.

MÉTODO ANTICONCEPTIVO	EDAD				TOTAL
	15-19	20-29	30-39 AÑOS	>40 AÑOS	
LIGADURA DE TROMPAS	0 %(0)	28,8%(34)	65,65%(239)	68,53%(98)	
IMPLANTES	90,4%(19)	35,6%(42)	8,8%(32)	2,80%(4)	
DIU	0 %(0)	9,32%(11)	8,8%(32)	14,7%(21)	
INYECTABLE	0 %(0)	5,94%(7)	3,85%(14)	1,4%(2)	
A. ORALES	4,8%(1)	4,24%(5)	2,2%(8)	0,69%(1)	
PRESERVATIVO	0,0%(0)	3,39%(4)	1,37%(5)	0,69%(1)	
OTROS	4,8%(1)	12,71%(15)	9,34%(34)	11,19%(16)	
<b>TOTAL</b>	<b>100%(21)</b>	<b>100%(118)</b>	<b>100%(364)</b>	<b>100%(143)</b>	<b>100%(646)</b>

Fuente: Base de datos

Autores: Ortega, D. Verdugo, S.

**Análisis:** En las usuarias adolescentes de 15 a 19 años y mujeres de 20 a 29 años el método anticonceptivo de mayor elección es el implante con el 90,4%(19) vs el 35,6 %(42) respectivamente, con intenciones de futuras nuevas gestas. Las mujeres de 30 a 39 y mayores de 40 años el método de mayor demanda fue la ligadura de trompas con el 65,65% (239) vs 68,53% (98) respectivamente.



**TABLA No. 6**

DISTRIBUCIÓN DE LAS 646 MUJERES ATENDIDAS POR ANTICONCEPCIÓN, EN EL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES “JOSÉ CARRASCO ARTEAGA”. PERIODO 2019. SEGÚN EL MÉTODO ANTICONCEPTIVO ELEGIDO, Y EL ESTADO CIVIL.

CUENCA-ECUADOR 2021.

MÉTODO ANTICONCEPTIVO	ESTADO CIVIL					TOTAL
	SOLTERA	CASADA	LIBRE	VIUDA	DIVORCIADA	
LIGADURA	30,85%(29)	65,7%(267)	42,3%(41)	75%(3)	68,8%(31)	
IMPLANTES	35,1%(33)	8,86%(36)	24,7%(24)	0%(0)	8,8%(4)	
DIU	8,51%(8)	10,34%(42)	9,27%(9)	25%(1)	8,8%(4)	
INYECTABLE	5,31%(5)	3,44%(14)	4,12%(4)	0,0%(0)	0,0%(0)	
ANT. ORALES	4,25%(4)	1,5%(6)	4,12%(4)	0,0%(0)	2,22%(1)	
PRESERVATIVO	1,06%(1)	1,72%(7)	1,03%(1)	0,0%(0)	2,22%(1)	
OTROS	14,89%(14)	8,4%(34)	14,43%(14)	0%(0)	8,8%(4)	
<b>TOTAL</b>	<b>100%(94)</b>	<b>100%(406)</b>	<b>100%(97)</b>	<b>100%(4)</b>	<b>100%(45)</b>	<b>100%(646)</b>

Fuente: Base de datos

Autores: Ortega, D. Verdugo, S.

**Análisis:** El estado civil con mayor prevalencia de uso de método anticonceptivo son las mujeres casadas con el 62,8% (406) que prefieren la ligadura en un 65,7% seguida por el DIU 10,34%. Las mujeres con unión libre representan el 15% (97) y prefieren de igual manera la ligadura de trompas 42,3%. Sin embargo, aquellas mujeres divorciadas que muestran un menor uso de método anticonceptivo con el 7% (45) escogen en su mayoría la ligadura de trompas con el 31%.

**TABLA No. 7**

DISTRIBUCIÓN DE LAS 646 MUJERES ATENDIDAS POR ANTICONCEPCIÓN, EN EL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES “JOSÉ CARRASCO ARTEAGA”. PERIODO 2019. SEGÚN EL MÉTODO ANTICONCEPTIVO ELEGIDO, Y EL NIVEL EDUCATIVO.

CUENCA-ECUADOR 2021.

ANTICONCEPTIVO	PRIMARIA	NIVEL DE INSTRUCCIÓN			TOTAL
		SECUNDARIA	SUPERIOR	SIN INSTRUCCION	
LIGADURA DE TROMPAS	72%(54)	53%(141)	57.61%(174)	66,67%(2)	
IMPLANTES	12%(9)	17,3%(46)	14%(42)	0%(0)	
DIU	2,66%(2)	9,4%(25)	11,9%(36)	33,33%(1)	
INYECTABLE	2,66%(2)	3,38%(9)	3,97%(12)	0,0%(0)	
A.ORALES	1,33%(1)	1,88%(5)	2,98%(9)	0,0%(0)	
PRESERVATIVO	2,66%(2)	1,88%(5)	0,99%(3)	0,0%(0)	
OTROS	6,66%(5)	13,15%(35)	8,60%(26)	0%(0)	
<b>TOTAL</b>	<b>100% (75)</b>	<b>100% (266)</b>	<b>100% (302)</b>	<b>100% (3)</b>	<b>100%(646)</b>

Fuente: Base de datos

Autores: Ortega, D. Verdugo, S.

**Análisis:** Las mujeres con instrucción superior corresponden al 46,7% (302) y secundaria el 41,2% (266), representando la mayoría de la muestra, en estos grupos el anticonceptivo más solicitado fue la ligadura de trompas con el 57,51% vs 53%; seguida por el implante con el 14% y el 17,3% respectivamente. Ubicándose los anticonceptivos orales y de barrera como los menos solicitados en todos los grupos de nivel de educación. Es de recalcar que las pacientes con nivel primaria de instrucción a pesar de la poca concurrencia 11,6%, la mayoría escoge la ligadura de trompas con el 72%.

**TABLA No. 8**

DISTRIBUCIÓN DE LAS 646 MUJERES ATENDIDAS POR ANTICONCEPCIÓN, EN EL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES “JOSÉ CARRASCO ARTEAGA”. PERIODO 2019. SEGÚN EL MÉTODO ANTICONCEPTIVO, Y EL NÚMERO DE GESTACIONES.

CUENCA-ECUADOR 2021.

<b>ANTICONCEPTIVO</b>		<b>NULIGESTA</b>	<b>PRIMIGESTA</b>	<b>MULTIGESTA</b>	<b>TOTAL</b>
LIGADURA	DE	0,0%(0)	7,54%(8)	71,45%(363)	
TROMPAS					
IMPLANTES		27,58%(8)	37,6%(41)	9,44%(48)	
DIU		6,9%(2)	21,10%(23)	7,68%(39)	
INYECTABLE		10,34%(3)	9,17%(10)	1,97%(10)	
ANT. ORALES		24,13%(7)	1,83%(2)	1,19%(6)	
PRESERVATIVO		3,44%(1)	2,75%(3)	1,19%(6)	
OTROS		27,59%(8)	20,18%(22)	7,08%(36)	
<b>TOTAL</b>		<b>100% (29)</b>	<b>100% (109)</b>	<b>100% (508)</b>	<b>100%(646)</b>

Fuente: Base de datos

Autores: Ortega, D. Verdugo, S.

**Análisis:** Las mujeres multigestas y con aparente paridad satisfecha representan la mayoría de la muestra con el 78,63%(508), solicitan como método anticonceptivo la ligadura de trompas con 71,45%, cabe señalar que este alto porcentaje de aceptación se debió a que la mayoría de estas pacientes tenían el diagnóstico de Paridad Satisfecha; las mujeres primigestas 16,68% (109) y nuligestas 4,49%(29) eligieron el implante como método favorito con el 37,6% y el 27,58% respectivamente.



**TABLA No. 9**

DISTRIBUCIÓN DE 371 MUJERES REALIZADAS LIGADURA DE TROMPAS, EN EL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES “JOSÉ CARRASCO ARTEAGA”. PERIODO 2019. SEGÚN EL TIEMPO DE REALIZACION.

CUENCA-ECUADOR 2021.

	MEDIATO	INMEDIATO	TARDIO	INTERVALO	Total
LIGADURA	36	120	9	206	371
DE	9,7%	32,3%	2,4%	55,5%	100%
TROMPAS					

Fuente: Base de datos

Autores: Ortega, D. Verdugo, S.

**Análisis:** Las mujeres que solicitaron como método anticonceptivo la ligadura de trompas 57,5% (371) en su mayoría solicitó en un periodo de intervalo a su evento obstétrico previo con el 55,5% (206), en seguido en el puerperio inmediato con el 32,3% (120) y en puerperio mediato a en el 9,7%.

**TABLA No. 10**

DISTRIBUCIÓN DE 371 MUJERES REALIZADAS LIGADURA DE TROMPAS, EN EL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES “JOSÉ CARRASCO ARTEAGA”. PERIODO 2019. SEGÚN TECNICA QUIRURGICA.

CUENCA-ECUADOR 2021.

TÉCNICA QUIRÚRGICA	NÚMERO	PORCENTAJE
POMEROY	180	48,5
KROENER	60	16,2
SALPINGECTOMIA	31	8,4
FIMBRIECTOMIA	5	1,3
LAPAROSCOPICA	69	18,6
UCHIDA	1	0,3
OTROS	25	6,7



**TOTAL**

**371**

**100**

---

Fuente: Base de datos

Autores: Ortega, D. Verdugo, S.

**Análisis:** Del total de mujeres que se realizaron ligadura de trompas fueron (371), la técnica más utilizada es la Pomeroy con un 48,5% (180), seguida de técnica Laparoscópica 18,6% (69), Kroener en tercer lugar con el 16,2% (60).



## CAPITULO VI

### 6. DISCUSIÓN

A pesar de las nuevas estrategias para brindar anticoncepción segura, gratis y de fácil acceso a lo largo de las últimas décadas no se ha logrado cubrir la demanda, es así que a nivel mundial 120 millones de mujeres desean evitar un embarazo, pero no utilizan ningún método anticonceptivo ni ella ni sus parejas, ya sea por múltiples razones: económicas, religiosas, culturales, desinformación, o falta de buena promoción por parte de los establecimientos de salud.

La planificación familiar constituye una de las estrategias para alcanzar una salud sexual y reproductiva plena, motivo por el cual todos los individuos deberían acceder, elegir y beneficiarse del avance científico en lo referente a métodos anticonceptivos.

Según la Normativa General en Planificación Familiar, todos los niveles de atención de salud brindarán información veraz en el marco de la evidencia científica disponible, respetando y alentando la decisión de la usuaria en usar un método anticonceptivo, brindándole información y ayuda en todo lo que sea necesaria; siendo un derecho el recibir asesoría en planificación de salud tanto para mujeres como hombres de todas las edades. (59)

Se observa en la presente investigación que en la población que acudió al Hospital de especialidades José Carrasco Arteaga, en el año 2019, hubo una gran demanda de método anticonceptivo quirúrgico con el 57,5%, seguido del implante con el 15,1%, DIU 9,9%, inyectable 3,5%, encontrándose los anticonceptivos orales y los preservativos masculinos con muy baja demanda del 2,3% y 1,5% respectivamente, debido a que éste nivel de atención no realiza promoción de su uso como en niveles de salud tipo I y II.

Existe información disponible en torno al embarazo en adolescentes del Ecuador, datos comparables que muestran cómo ha existido éste fenómeno en el tiempo, encontrándose factores que influyen en el aumento o disminución de las tasas de embarazo; en las cifras del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) indica que en 2019 se ha registrado 51711 nacidos vivos de “mujeres adolescentes” de 10 a 19 años, lo que significa que del total de embarazos ocurridos y registrados este año, el 17.5% provienen de adolescentes de 15 a 19 años.(75)



La población adolescente sexualmente activas de la presente investigación, se observa que el método con mayor aceptación es el implante, seguido de los anticonceptivos orales, siendo datos no tan confiables debido a la baja demanda de planificación familiar de este grupo etario (21 usuarias) que acude al centro de tercer nivel donde se realizó la investigación.

En un estudio realizado en Loja-Ecuador, en 166 mujeres indígenas en edad fértil se observó que solo el 18% conoce sobre planificación familiar, el 62% conoce un poco y el 20% no conoce nada, observándose un muy bajo porcentaje de conocimiento en mujeres de esas comunidades; dentro de los métodos anticonceptivos está el preservativo masculino con el 12%, el implante subdérmico con el 11% y la inyección mensual con el 10%, siendo los únicos métodos con mayor demanda. (76) Observándose que surge la necesidad de una información veraz y oportuna sobre planificación familiar, la falta de un plan educación en salud sexual y reproductiva.

En un estudio realizado en la población huaroanis en el Hospital Francisco Orellana en el año 2019 se pudo observar que el 90% de la población de estudio no aceptan la ligadura debido a desconocimiento sobre derechos sexuales y reproductivos, influyendo sus creencias y/o religión.(6)

Confrontando estos estudios con la presente investigación se observa que el método de mayor elección fue la ligadura tubárica con el 57,5% de los casos, siendo de mayor aceptación en mujeres de 30 años en adelante, independientemente de su nivel de educación, pero observándose mayor tendencia en mujeres con nivel de educación superior 45,9%; seguido de los implantes, con mayor aceptación en mujeres de 20 a 29 años con el 42% de los casos, siendo solicitado en porcentajes similares en mujeres con educación secundaria y superior con 47,4% y 43,3% respectivamente.

En las mujeres que están cursando el periodo postparto donde la lactancia materna exclusiva está ausente, el inicio de la ovulación puede ocurrir en un periodo de 39 días del postparto, de las cuales no menos del 60% de estas ovulaciones son potencialmente fértiles, por lo que es necesaria la planificación familiar durante el embarazo, el postparto inmediato y mediato.(78)

Se considera el periodo intergenésico es fundamental para mantener la salud de la madre y la calidad de vida de los recién nacidos, en especial atención en los países en vías de desarrollo como es el caso del Ecuador y fundamentalmente la ciudad de Cuenca. (79)



En un estudio realizado en el Hospital Moreno Vázquez del cantón Gualaceo en el año 2018 se vio la prevalencia de anticoncepción post-parto inmediato fue del 20,9%, siendo la ligadura el método preferido en el 61,6% seguido del implante subdérmico 25,6%.(80)

Se observa semejanza con la presente investigación, siendo la ligadura tubárica el método con mayor aceptación como anticonceptivo post-parto, siendo solicitado en periodo intervalo en el 55,5% de los casos, seguido del 32,3% de los casos en el puerperio inmediato.

De acuerdo a los últimos datos ENSANUT 2012, en Ecuador, la principal fuente de obtención de anticonceptivos modernos es el Ministerio de Salud Pública con el 48% seguida de empresas privadas con fines de lucro (clínicas privadas y farmacias) con el 37,7%.(15)

En el Ecuador los niveles de atención son encargados de asesorar y suministrar insumos anticonceptivos, disponiendo tanto en los servicios de emergencia y consulta externa.(81) Los niveles I y II son los encargados de realizar la referencia a niveles de atención tipo III al existir demanda de un servicio de especialidad.

El Hospital José Carrasco Arteaga donde se realizó esta investigación, es un hospital de III nivel de atención, docente, que provee servicios médicos a las provincias de Azuay, Cañar, Morona Santiago, Loja, El Oro y Zamora Chinchipe, atendiendo las necesidades de salud de la población en un total de 35 especialidades médicas, labora de forma ininterrumpida durante los 365 días del año los servicios de urgencia, hospitalización y cirugías de emergencia. (82,83) El departamento de Gineco-Obstetricia, es uno de los servicios más concurridos, siendo en el año 2013 un total de 2760 hospitalizaciones que corresponden a un 18.29% del total de hospitalizaciones en dicho año; entre sus servicios, brindan a las usuarias varios métodos de Planificación Familiar teniendo acceso en consulta externa como en hospitalización.(84)

Mediante esta investigación se demostró que el departamento de Ginecología y Obstetricia brinda y asesora en planificación familiar en la mayoría de los casos, se suministra anticoncepción solicitada, con posterior contrarreferencia a niveles de atención inferior para control y seguimiento; se expuso que se brinda todo tipo de anticoncepción, y por ser de tercer nivel de atención brinda mayormente anticoncepción definitiva en cualquier periodo de puerperio que solicitan las usuarias.





## CAPITULO VII

### 7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

- En base a resultados de la presente investigación podemos concluir que en el Hospital de especialidades José Carrasco Arteaga se brinda los servicios requeridos en planificación familiar en un 98,3% de los casos.
- Predominan pacientes de 30 a 39 años de edad (56,5%), con una media de 34 años. Concurriendo mayormente mujeres casadas, con nivel de educación superior, y del área urbana.
- El método anticonceptivo de mayor demanda en este centro de salud es la ligadura tubárica seguido del implante y en tercer lugar el DIU. Colocándose el implante como anticonceptivo con mayor demanda en los grupos de 15 a 29 años y la ligadura en los grupos de 30 años en adelante.
- Las mujeres que eligieron el método anticonceptivo definitivo solicitan en un periodo de intervalo en relación a su embarazo previo en el 55,5%, seguido de puerperio inmediato (32,3%).

### 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 importancia realizar nuevos estudios que permitan despejar estas dudas y brindar un mejor servicio.
- Mejorar el sistema de referencias según necesidad de especialista en definidos métodos anticonceptivos como son los definitivos.
- Que éste trabajo investigativo sirva de guía para posteriores estudios.



## CAPITULO VIII

### 8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Samaniego RO, Verastegui-Díaz A, Mejia CR, Samaniego RO, Verastegui-Díaz A, Mejia CR. Factores asociados a la no realización de la esterilización quirúrgica en mujeres gran multíparas de la serranía peruana, 2017. Rev Chil Obstet Ginecol. febrero de 2019;84(1):18-27.
2. Organización Mundial de la Salud JHB. Planificación familiar [Internet]. 2020 [citado 26 de julio de 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception>
3. Plan Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva 2017 - 2021 [Internet]. UNFPA Ecuador. 2017 [citado 27 de julio de 2020]. Disponible en: <https://ecuador.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/PLAN%20NACIONAL%20DE%20SS%20Y%20SR%202017-2021.pdf>
4. OMS. OMS | Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos [Internet]. Tercera edición. Suiza: World Health Organization; 2018 [citado 26 de julio de 2020]. 66 p. Disponible en: [http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family\\_planning/SPR-3/es/](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/SPR-3/es/)
5. Knoema. Ecuador Tasa de fecundidad, 1950-2019 [Internet]. Atlas mundial de datos. 2019 [citado 27 de julio de 2020]. Disponible en: <https://knoema.es//atlas/Ecuador/topics/Datos-demográficos/Fecundidad/Tasa-de-fecundidad>
6. Reyes U, Edith T. Factores que influyen en la no aceptación de la esterilización tubárica por parte de las mujeres de 24 a 40 años, indígenas huaoranis multíparas que cursan con un post parto o post cesárea inmediato en el Hospital Francisco Orellana durante el período marzo 2019 – julio 2019. 2019 [citado 25 de julio de 2020]; Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/19580>
7. High Impact Practices. Planificación familiar posparto inmediata | Caderas [Internet]. HIP Family Planning High Impact Practices. 2017 [citado 23 de septiembre de 2020]. Disponible en: <https://www.fphighimpactpractices.org/briefs/immediate-postpartum-family-planning/>
8. OMS. OMS | Estrategias para la programación de la planificación familiar posparto [Internet]. Suiza: OMS; 2014 [citado 26 de julio de 2020]. 45 p. Disponible en: [https://www.who.int/reproductivehealth/publications/family\\_planning/ppfp\\_strategies/es/](https://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/ppfp_strategies/es/)
9. Godoy C, Fiorella C. Perfil de las usuarias que aceptan la anticoncepción quirúrgica voluntaria en el Servicio de Planificación Familiar del Instituto Nacional Materno Perinatal. 2017. Univ Nac Mayor San Marcos [Internet]. 16 de noviembre de 2018 [citado 27 de julio de 2020]; Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12672/8810>



10. UNICEF, The Open University, AMREF. Family Planning Module: 11. Postpartum and Post-Abortion Family Planning [Internet]. 2015 [citado 14 de diciembre de 2020]. Disponible en: [https://www.open.edu/openlearncreate/pluginfile.php/71945/mod\\_resource/content/2/Family\\_Planning.lo.pdf](https://www.open.edu/openlearncreate/pluginfile.php/71945/mod_resource/content/2/Family_Planning.lo.pdf)
11. Censos IN de E y. MSP e INEC presentan resultados de Demografía y Salud Sexual y Reproductiva [Internet]. Instituto Nacional de Estadística y Censos. 2014 [citado 27 de julio de 2020]. Disponible en: <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/msp-e-inec-presentan-resultados-de-demografia-y-salud-sexual-y-reproductiva/>
12. Gary Cunningham F, Kenneth L. Williams OBSTETRICIA. Vigésimoquinta edición. México: McGRAW-HILL INTERAMERICANA EDITORES, S.A. de C.V.; 2019. 16-25, 680-708 p.
13. Esterilización | Williams. Obstetricia, 24e | AccessMedicina | McGraw-Hill Medical [Internet]. 2015 [citado 27 de julio de 2020]. Disponible en: <https://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookid=1525&sectionid=100461294>
14. Pérez L, Aparicio C. Métodos anticonceptivos de elección en el puerperio inmediato en pacientes adolescentes Contraceptive methods of choice in the immediate postpartum period in adolescent patients. Rev Nac Itaguá. 2015;7(2):24-34.
15. INEC. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición- ENSANUT 2012 Demografía, salud materna e infantil y salud sexual y reproductiva [Internet]. 2015. Disponible en: [https://www.ecuadorencifras.gob.ec//documentos/web-inec/Estadisticas\\_Sociales/ENSANUT/SaludSexual\\_y\\_Reproductiva/141016.Ensanut\\_salud\\_sexual\\_reproductiva.pdf](https://www.ecuadorencifras.gob.ec//documentos/web-inec/Estadisticas_Sociales/ENSANUT/SaludSexual_y_Reproductiva/141016.Ensanut_salud_sexual_reproductiva.pdf)
16. OMS | Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente [Internet]. WHO. World Health Organization; 2017 [citado 18 de septiembre de 2020]. Disponible en: [http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/es/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/es/)
17. Un nuevo estudio de la OMS relaciona las altas tasas de embarazos no planificados con las deficiencias de los servicios de planificación familiar [Internet]. 2019 [citado 15 de diciembre de 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/25-10-2019-high-rates-of-unintended-pregnancies-linked-to-gaps-in-family-planning-services-new-who-study>
18. Planificación Familiar: Clave para el Desarrollo Sostenible [Internet]. UNFPA América Latina y el Caribe. 2017 [citado 15 de diciembre de 2020]. Disponible en: <https://lac.unfpa.org/es/news/planificaci%C3%B3n-familiar-clave-para-el-desarrollo-sostenible-1>
19. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Asesoría en salud sexual y reproductiva [Internet]. Quito - Ecuador: Dirección Nacional de Normatización-MSP; 2017. 58 p. Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/>
20. Ministerio de Salud El Salvador. Lineamientos técnicos para la provisión de servicios de anticoncepción. [Internet]. El Salvador, C.A.; 2016 [citado 30 de noviembre de 2020]. Disponible en:



[https://data.miraquetemiro.org/sites/default/files/documentos/Lineamientos\\_tecnicos\\_para\\_la\\_provision\\_de\\_servicios\\_de\\_anticoncepcion%20El%20Salvador.pdf](https://data.miraquetemiro.org/sites/default/files/documentos/Lineamientos_tecnicos_para_la_provision_de_servicios_de_anticoncepcion%20El%20Salvador.pdf)

21. Cando Naranjo A. Anticoncepción en el periodo de posparto para el Centro de Salud Cochapamba-Quito - guía educativa [Internet] [Thesis]. Universidad de Guayaquil. Facultad de Ciencias Médicas. Escuela de Graduados; 2016 [citado 25 de julio de 2020]. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/44730>
22. Salud sexual y salud reproductiva – Ministerio de Salud Pública [Internet]. [citado 28 de julio de 2020]. Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/salud-sexual-y-salud-reproductiva/>
23. Constitución de la Republica del Ecuador, 2008. 20 de octubre de 2008;218.
24. INEC. Salud, Salud Reproductiva y Nutrición | [Internet]. Salud, Salud Reproductiva y Nutrición. 2018 [citado 27 de julio de 2020]. Disponible en: <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/salud-salud-reproductiva-y-nutricion/>
25. Interreg. Definición de puerperio [Internet]. 2018 [citado 24 de noviembre de 2020]. Disponible en: <https://saludextremadura.ses.es/ventanafamilia/contenido?content=definicion-puerperio>
26. Flores-Torres, Angélica. ANTICONCEPCION POS EVENTO OBSTÉTRICO EN MEXICO Y PREVALENCIA DE USO DE MÉTODO ANTICONCEPTIVO EN HOSPITAL GENERAL DE TIJUANA [Internet]. 2017. Disponible en: [http://hosting.sec.es/Memorias\\_Master/IB/temas/Metodos\\_anticonceptivos/FLORES.pdf](http://hosting.sec.es/Memorias_Master/IB/temas/Metodos_anticonceptivos/FLORES.pdf)
27. INEC. Las mujeres ecuatorianas que conocen y usan los métodos anticonceptivos [Internet]. Ecuador: 2015; Disponible en: [https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Bibliotecas/Estudios/Estudios\\_Socio-demograficos/Metodos\\_anticonceptivos.pdf](https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Bibliotecas/Estudios/Estudios_Socio-demograficos/Metodos_anticonceptivos.pdf)
28. Agudelo Echeverri J. La planificación familiar: discursos sobre la vida y la sexualidad en Ecuador desde mediados del siglo XX [Internet]. Quito, Ecuador: FLACSO Ecuador : Abya Yala; 2018. 154 p. (Savia divulgación). Disponible en: <https://www.flacso.edu.ec/portal/publicaciones/detalle/la-planificacion-familiar-discursos-sobre-la-vida-y-la-sexualidad-en-ecuador-desde-mediados-del-siglo-xx.4181>
29. Historia evolutiva de la anticoncepción - Anales RANM [Internet]. Anales de la Real Academia Nacional de Medicina de España. 2018 [citado 15 de enero de 2021]. Disponible en: [https://analesranm.es/revista/2018/135\\_01/rev09](https://analesranm.es/revista/2018/135_01/rev09)
30. Díaz Alonso G. Historia de la anticoncepción. Rev Cuba Med Gen Integral. abril de 1995;11(2):192-4.
31. Torres-Ramírez A. La planificación familiar en el ocaso del siglo XX. Perinatol Reprod Hum. 2000;14(2):7.
32. Lugones Botell M, Quintana Riverón TY. Orígenes de la anticoncepción. Rev Cuba Med Gen Integral. agosto de 1996;12(4):399-402.



33. González UP. De la medicina en la Historia [Internet]. Editorial Ciencias Medicas; 2015 [citado 4 de diciembre de 2020]. Disponible en: <http://www.16deabril.sld.cu/rev/224/historia.html>
34. Historia del dispositivo intrauterino DIU: 50 años polémicos [Internet]. Cambio16. 2018 [citado 4 de diciembre de 2020]. Disponible en: <https://www.cambio16.com/dispositivo-intrauterino-diu/>
35. García AA, Hernández LCA, Herrera LAL, Marín GMG, Rivadulla RR. Historia del condón y otros métodos anticonceptivos. Rev Médica Electrónica. 2019;41(2):588-97.
36. FIGO. La planificación familiar es un derecho humano [Internet]. UNFPA Ecuador. 2018 [citado 31 de julio de 2020]. Disponible en: <https://ecuador.unfpa.org/es/news/la-planificaci%C3%B3n-familiar-es-un-derecho-humano-6>
37. Ministerio de Salud Pública. Manual de Modelo de Atención Integral de Salud - MAIS. Quito - Ecuador; 2012. 210 p.
38. Castillo AM. Anatomía y fisiología del aparato reproductor femenino y de la mama [Internet]. 2017 [citado 21 de diciembre de 2020]. Disponible en: <https://www.rua.unam.mx/portal/recursos/ficha/76480/anatomia-y-fisiologia-del-aparato-reproductor-femenino-y-de-la-mama>
39. Cordova A, Bily E. Anatomía y fisiología de aparato reproductor masculino y femenino [Internet]. Editorial CEP; Disponible en: [https://www.um.es/documents/9568078/9884658/muestra\\_matronas.pdf/83be49b3-7795-40c5-b133-4b53ca7031b9](https://www.um.es/documents/9568078/9884658/muestra_matronas.pdf/83be49b3-7795-40c5-b133-4b53ca7031b9)
40. Reiriz JP. Generalidades, Actividades de la vida diaria [Internet]. Colegio de enfermeras. Enfermera Virtual. 2015 [citado 20 de diciembre de 2020]. Disponible en: [https://www.infermeravirtual.com/esp/actividades\\_de\\_la\\_vida\\_diaria/fitxa/generalidad-es/sistema\\_reproductor\\_femenino](https://www.infermeravirtual.com/esp/actividades_de_la_vida_diaria/fitxa/generalidad-es/sistema_reproductor_femenino)
41. Esterilización | Williams Obstetricia, 25e | AccessMedicina | McGraw-Hill Medical [Internet]. 2019 [citado 27 de julio de 2020]. Disponible en: <https://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookid=2739&sectionid=229288571>
42. Carvajal JAC, Barriga MIC. Manual Obstetricia y Ginecología. Décima Edición. Pontificia universidad católica de chile. marzo de 2019;(2019):652.
43. Boron WF, Boulpaep EL. Fisiología médica [Internet]. Elsevier Health Sciences; 2017. 1901 p. Disponible en: <https://tienda.elsevier.es/fisiologia-medica-9788491131250.html>
44. Garcia KR. Seminario: MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS [Internet]. 2018. Disponible en: <http://paginas.facmed.unam.mx/deptos/emb/wp-content/uploads/2018/11/Seminarioanticonceptivos2018.pdf>
45. Ministerio de Salud Pública. Instructivo de Implementación del Reglamento para regular el acceso a métodos anticonceptivos - Acuerdo Ministerial 2490. Dirección Nacional de Normatización. Quito - Ecuador; Diciembre, 2014.



46. Morales Taboada F. Métodos Anticonceptivos disponibles en la actualidad [Internet]. Salud Madrid; 2018. Disponible en: <https://www.quironsalud.es/en/virtual-press-room/events/jornada-ginecologia-obstetricia-atencion-primaria/1-modulo-anticoncepcion.files/899646-M%C3%A9todos%20anticonceptivos%20disponible%20en%20la%20actualidad.pdf>
47. Casey F. Dispositivo intrauterino (DIU) - Salud femenina [Internet]. Manual MSD versión para público general. 2020 [citado 21 de diciembre de 2020]. Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es/hogar/salud-femenina/planificaci%C3%B3n-familiar/dispositivo-intrauterino-diu>
48. Kosoy G. SIU - Sistema intrauterino liberador de levonorgestrel. DIU hormonal. [Internet]. Asociación Médica Argentina de Anticoncepción. 2017 [citado 21 de diciembre de 2020]. Disponible en: <http://www.amada.org.ar/index.php/comunidad/anticoncepcion-intrauterina-diu-siu/278-siu-sistema-intrauterino-liberador-de-levonorgestrel-diu-hormonal>
49. Ministerio de Sanidad Política, social e igualdad. Ficha técnica Dispositivo Intrauterino Mirena [Internet]. Bayer Hispania, S. L.; 2019 [citado 21 de diciembre de 2020]. Disponible en: [https://cima.aemps.es/cima/pdfs/es/ft/63158/63158\\_ft.pdf](https://cima.aemps.es/cima/pdfs/es/ft/63158/63158_ft.pdf)
50. Salud OP de la. Planificación familiar: Un manual mundial para proveedores. 3.ed. actualizada, 2019 [Internet]. 3. ed. Estados Unidos: OPS; 2019 [citado 26 de julio de 2020]. 460 p. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51918>
51. PIC departamental. Orientación y consejería para la planificación familiar y la anticoncepción [Internet]. 2019 [citado 21 de diciembre de 2020]. Disponible en: <http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Orientaci%C3%B3n%20y%20consejer%C3%ADa%20para%20la%20planificaci%C3%B3n%20familiar%20y%20la%20anticoncepci%C3%B3n%20Rotafolio%20Cauca%20Colombia.pdf>
52. García-Franco AL, Baeyens Fernández JA, Bailón Muñoz E, Iglesias Piñeiro MJ, Cura González I del, del Moral AO, et al. Actividades preventivas en la mujer. Actualización PAPPs 2018. Aten Primaria. mayo de 2018;50(Suppl 1):125-46.
53. Medecins Sans Frontieres. LEVONORGESTREL implante subcutáneo - Essential drugs [Internet]. 2016 [citado 21 de diciembre de 2020]. Disponible en: <https://medicalguidelines.msf.org/viewport/EssDr/latest/levonorgestrel-implante-subcutaneo-22284460.html>
54. Shanghai Dahua Pharmaceutical. Levoplant Guía de Referencia para proveedores de salud [Internet]. 2017 [citado 9 de diciembre de 2020]. Disponible en: <https://www.fhi360.org/sites/default/files/media/documents/resource-levoplant-provider-spanish.pdf>
55. Esterilización quirúrgica: Una opción definitiva e irreversible [Internet]. Ginecoweb. 2018 [citado 21 de diciembre de 2020]. Disponible en: <https://ginecoweb.com/esterilizacion-quirurgica-una-opcion-definitiva/>
56. Lorca G. Métodos Irreversibles De Anticoncepción Femenin [Internet]. Síntesis. 2016 [citado 21 de diciembre de 2020]. Disponible en:



<https://www.sintesis.med.uchile.cl/index.php/en/component/content/article/135-revision/r-ginecologia-y-obstetricia/1671-64-metodos-irreversibles-de-anticoncepcion-femenina>

57. Sociedad Chilena de Urología. Vasectomía [Internet]. 2018. Disponible en: <https://www.urologosdechile.cl/urolchi/wp-content/uploads/2018/05/42-vasectomia1.pdf>
58. Anticonceptivos orales - Ginecología y obstetricia [Internet]. Manual MSD versión para profesionales. 2018 [citado 10 de diciembre de 2020]. Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/planificaci%C3%B3n-familiar/anticonceptivos-orales>
59. Morínigo C. Manual Nacional de Normas de Planificación Familiar para mujeres y hombres [Internet]. Segunda Edición. Paraguay; 2018. 136 p. Disponible en: <https://www.mspbs.gov.py/dependencias/portal/adjunto/507cac-ManualdeNormas2018.pdf>
60. El anillo vaginal anticonceptivo y sus efectos secundarios [Internet]. Reproducción Asistida ORG. 2019 [citado 21 de diciembre de 2020]. Disponible en: <https://www.reproduccionasistida.org/anillo-vaginal-anticonceptivo/>
61. Obstetricia por RG y. Respaldan nuevo parche anticonceptivo a pesar de las preocupaciones de la FDA [Internet]. Revista Ginecología y Obstetricia. 2019 [citado 21 de diciembre de 2020]. Disponible en: <https://revistaginecologia.com/respaldan-nuevo-parche-anticonceptivo-a-pegar-de-las-preocupaciones-de-la-fda/>
62. Debra RW. Píldora anticonceptiva: Efectos secundarios, riesgos, y alternativas [Internet]. Medical News Today. 2019 [citado 22 de diciembre de 2020]. Disponible en: <https://www.medicalnewstoday.com/articles/es/326558>
63. Boutot M. Anticoncepción natural y Métodos de Observación de la Fertilidad [Internet]. Clue. 2020 [citado 22 de diciembre de 2020]. Disponible en: <https://helloclue.com/es/articulos/sexo/anticoncepcion-natural-y-metodos-de-observacion-de-la-fertilidad>
64. Casey F. Métodos de anticoncepción basados en el conocimiento de la fertilidad - Ginecología y obstetricia [Internet]. Manual MSD versión para profesionales. 2018 [citado 22 de diciembre de 2020]. Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es-es/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/planificaci%C3%B3n-familiar/m%C3%A9todos-de-anticoncepci%C3%B3n-basados-en-el-conocimiento-de-la-fertilidad>
65. El Método Sintotérmico [Internet]. Sinergia2. 2020 [citado 22 de diciembre de 2020]. Disponible en: <https://www.sinergia2.com/mrf/el-metodo-sintotermico/>
66. Esponja vaginal: el desconocido método anticonceptivo que pocas se atreven a usar [Internet]. BioBioChile - La Red de Prensa Más Grande de Chile. 2017 [citado 22 de diciembre de 2020]. Disponible en: <http://www.biobiochile.cl/noticias/mujer/pareja/2017/06/10/esponja-vaginal-el-desconocido-metodo-anticonceptivo-que-pocas-se-atreven-a-usar.shtml>





67. GeoSalud. Que es la esponja anticonceptiva y como se usa? [Internet]. Geosalud.com. 2018 [citado 22 de diciembre de 2020]. Disponible en: <https://www.geosalud.com/salud-reproductiva/esponja-anticonceptiva.html>
68. Casey F. Anticonceptivos de barrera - Ginecología y obstetricia [Internet]. Manual MSD versión para profesionales. 2020 [citado 22 de diciembre de 2020]. Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/planificaci%C3%B3n-familiar/anticonceptivos-de-barrera>
69. clinicasabortos.mx. Esponja cervical | Métodos anticonceptivos de barrera [Internet]. clinicasabortos.mx. 2016 [citado 22 de diciembre de 2020]. Disponible en: <http://www.clinicasabortos.mx/>
70. Mayo Clinic. Esponja anticonceptiva - Mayo Clinic [Internet]. 2019 [citado 22 de diciembre de 2020]. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es-es/tests-procedures/contraceptive-sponge/about/pac-20384547>
71. Corea Avilés GM, Hernández Álvarez ÁM. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre métodos anticonceptivos posparto en el personal médico del Hospital Gaspar García Laviana, septiembre a diciembre 2016 [Internet] [other]. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua; 2017 [citado 25 de julio de 2020]. Disponible en: <https://repositorio.unan.edu.ni/10835/>
72. OMS. Anticoncepción de urgencia [Internet]. 2018 [citado 23 de diciembre de 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/emergency-contraception>
73. Upadhy K. Anticoncepción de emergencia - Artículos - IntraMed [Internet]. IntraMed. 2020 [citado 23 de diciembre de 2020]. Disponible en: <https://www.intramed.net/contenidover.asp?contenido=95642>
74. Gobierno de la República de México. Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes [Internet]. 2018. Disponible en: [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/55979/ENAPEA\\_0215.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/55979/ENAPEA_0215.pdf)
75. Ministerio de Educación del Ecuador. Guía metodológica prevención del embarazo en niñas y adolescentes. 2019;(Primera edición):154.
76. Celi M. Nivel de conocimientos y prácticas sobre la planificación familiar en las mujeres indígenas de las Lagunas, Quisquinchir y Ñamarin del cantón Saraguro provincia de Loja [Internet]. [Loja - Ecuador]: Universidad Nacional de Loja; 2018. Disponible en: <https://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/19980/1/TESIS%20MARTHA%20C%20ELI.pdf>
77. Ardila D. Planificando mi familia [Internet]. [Bogotá D.C.]: Universidad Católica de Colombia; 2018. Disponible en: <https://repository.ucatolica.edu.co/bitstream/10983/15933/1/PLANIFICANDO%20MI%20FAMILIA.ARDILA%20CFLOREZ%20%26%20MUNEVAR.pdf>
78. Ortiz C, Fajardo L. Anticoncepción en mujeres de postparto Hospital Humanitario Especializado Pablo Jaramillo C. Cuenca-Ecuador. 2018 [Internet]. 2018. Disponible en:





[http://hosting.sec.es/Memorias\\_Master/IB/temas/Consejo%20contraceptivo/Ortiz\\_Guachichullca\\_Memoria.pdf](http://hosting.sec.es/Memorias_Master/IB/temas/Consejo%20contraceptivo/Ortiz_Guachichullca_Memoria.pdf)

79. Naciones Unidas. Los desafíos del Ecuador para el cambio estructural con inclusión social [Internet]. Impreso en Naciones Unidas; 2016. Disponible en: [https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/40863/1/S1601309\\_es.pdf](https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/40863/1/S1601309_es.pdf)
80. Luzuriaga González. MF, Velecela Garay GA. Prevalencia y tipo de anticoncepción post-parto inmediato en puérperas del Hospital Moreno Vázquez. año 2018. Gualaceo. 9 de marzo de 2020 [citado 9 de enero de 2021]; Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/34135>
81. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Norma y Protocolo de Planificación Fai [Internet]. 2010. Disponible en: [https://www.iess.gob.ec/documents/10162/51880/norma\\_planif\\_famil.pdf](https://www.iess.gob.ec/documents/10162/51880/norma_planif_famil.pdf)
82. IESS. Institución - IESS [Internet]. IESS - Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. 2019 [citado 21 de agosto de 2020]. Disponible en: <https://www.iess.gob.ec/es/institucion>
83. Hospital José Carrasco Arteaga. En: Wikipedia, la enciclopedia libre [Internet]. 2020 [citado 15 de diciembre de 2020]. Disponible en: [https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Hospital\\_Jos%C3%A9\\_Carrasco\\_Arteaga&oldid=131274815](https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Hospital_Jos%C3%A9_Carrasco_Arteaga&oldid=131274815)
84. INEC, Romero F, Departamento de estadísticas del HJCA. Indicadores de producción del Hospital José Carrasco Arteaga. [Internet]. 2016 [citado 15 de diciembre de 2020]. Disponible en: [https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas\\_Sociales/Recursos\\_Actividades\\_de\\_Salud/RAS\\_2016/Formulario\\_RAS\\_2016.pdf](https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Sociales/Recursos_Actividades_de_Salud/RAS_2016/Formulario_RAS_2016.pdf)



**CAPITULO IX**

**9. ANEXOS**

Anexo 1. Tabla de operacionalización de variables

**OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES**

Variable(s)	Definición operacional	Dimensión	Indicador	Tipos de variable	Escala
Características Sociales y demográficas	Se refiere a todas las características de la esfera social como la edad, el nivel educativo, estado civil, religión, etc., de las usuarias que acuden por Planificación familiar.	Características sociodemográficas	-Edad	Cuantitativa	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ≤ 14 años</li> <li>• 15-20 años</li> <li>• 20-29 años</li> <li>• 30-39 años</li> <li>• ≥ 40 años</li> </ul>
			-Estado civil	Cualitativa	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Soltera</li> <li>• Casada</li> <li>• Unión libre</li> <li>• Viuda</li> </ul>
			-Nivel de instrucción	Cualitativa	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Primaria</li> <li>• Secundaria</li> <li>• Superior</li> <li>• Sin instrucción</li> </ul>
			-Residencia	Cualitativa	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Urbana</li> <li>• Rural</li> </ul>
			-Religión	Cualitativa	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Católica</li> <li>• Cristiana</li> <li>• Testigo de Jehová</li> <li>• Otro</li> <li>• Ateo</li> </ul>



			Ocupación	Cualitativa	<ul style="list-style-type: none"> <li>De acuerdo a la ocupación que ejerza.</li> </ul>
			Tipo de afiliación	Cualitativa	<ul style="list-style-type: none"> <li>Seguro general</li> <li>Seguro voluntario</li> <li>Seguro social campesino</li> <li>MSP</li> </ul>
Características ginecológicas	Son los rasgos de carácter biológico como los antecedentes ginecológicos y los antecedentes	Antecedentes ginecológicos	-Menarquia	Cuantitativa	<ul style="list-style-type: none"> <li>10 – 15 años</li> <li>&gt; 15 años</li> </ul>
			-Edad de inicio de vida sexual	Cuantitativa	<ul style="list-style-type: none"> <li>&lt; 18 años.</li> <li>≥ 18 años.</li> </ul>
			-Número de parejas sexuales	Cuantitativa	<ul style="list-style-type: none"> <li>1 pareja</li> <li>De 2 a 3 parejas</li> <li>Mayor a 3 parejas</li> </ul>
	obstétricos femeninos	Antecedentes obstétricos	-Número de embarazos	Cuantitativa	<ul style="list-style-type: none"> <li>1 a 2 embarazos</li> <li>3 o más embarazos</li> </ul>
			-Número de abortos	Cuantitativa	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ninguno</li> <li>1-2 abortos</li> <li>Más de 3 abortos</li> </ul>
			-Número de partos	Cuantitativa	<ul style="list-style-type: none"> <li>1 parto</li> <li>De 2 a 3 partos</li> <li>De 4 a 6 partos</li> </ul>



			-Número de cesáreas	Cuantitativa	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 parto</li> <li>• De 2 a 3 partos</li> <li>• De 4 a 6 partos</li> </ul>
			-Método anticonceptivo anterior	Cualitativa	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Píldoras</li> <li>• Inyectables</li> <li>• T de cobre</li> <li>• Preservativo</li> <li>• Implante</li> <li>• Ninguno</li> </ul>
Planificación familiar	Conjunto de actividades, procedimientos, intervenciones dirigidas a mujeres y hombres en edad fértil.	Métodos anticonceptivos en el tercer nivel de atención	Nivel superior: máxima efectividad	Esterilización femenina	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Puerperio mediato</li> <li>• Puerperio inmediato</li> <li>• Puerperio tardío</li> <li>• Intervalo</li> </ul>
		Métodos anticonceptivos en el primer nivel de atención	Nivel superior: máxima efectividad	Dispositivos intrauterinos Implantes	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Charla sobre planificación familiar.</li> <li>• Contra referencia a primer nivel de atención</li> </ul>
			Segundo nivel: muy efectivo	Píldora combinada Anillo vaginal Parche DMPA Píldora de progestina sola	
			Tercer nivel: efectivo	Condón masculino y femenino	



				Conocimiento de los días fértiles	
			Ninguna categoría	Coito interrumpido Sin anticoncepción	



**UNIVERSIDAD DE CUENCA  
COMITÉ DE BIOÉTICA EN INVESTIGACIÓN DE LA SALUD  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
COMISIÓN DE INVESTIGACIÓN DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
COMISIÓN DE INVESTIGACIÓN DE POSTGRADO  
COMISIÓN DE TITULACIÓN DE TESIS DE PREGRADO**

FORMULARIO PARA LA RECOLECCION DE INFORMACION

---

**“CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRAFICAS DE LAS MUJERES QUE SOLICITARON UN MÉTODO  
DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES JOSÉ  
CARRASCO ARTEAGA. CUENCA. 2019”**

Historia clínica: \_\_\_\_\_ Cédula de identidad: \_\_\_\_\_

**PERFIL SOCIAL**

1. Edad: \_\_\_\_\_

2. Estado civil:

1) Soltera  2) Casada  3) Unión Libre  4) Viuda .

3. Nivel educativo:

1) Primaria  2) Secundaria  3) Superior  4) Sin instrucción .

4. Lugar de residencia:

1) Urbana  2) Rural .

5. Religión:

1) Católica  2) Cristiana  3) Testigo de Jehová  4) Otra  5) Ateo .

6. Ocupación: \_\_\_\_\_

7. Tipo de afiliación:



- 1) Seguro General  2) Seguro Voluntario  3) SSC  4) Jubilada  5) MSP .

PERFIL BIOLÓGICO

Antecedentes ginecológicos:

8. Menarquia: \_\_\_\_\_

9. Inicio de vida sexual: \_\_\_\_\_

10. Número de parejas sexuales: \_\_\_\_\_

Antecedentes obstétricos:

11. Número de embarazos: \_\_\_\_\_

12. Número de abortos: \_\_\_\_\_

13. Número de partos: \_\_\_\_\_

14. Número de cesáreas: \_\_\_\_\_

15. Método anticonceptivo usado anteriormente: \_\_\_\_\_

PLANIFICACION FAMILIAR

16. Método anticonceptivo de elección actual: \_\_\_\_\_

17. El método de elección hay en el establecimiento: 1) Si  2) No  .

19. En caso de no haber el método anticonceptivo de elección qué medidas se tomaron:

1) Recibió charlas de planificación familiar .

2) Le refirieron a un centro de salud de primer nivel .

3) Otras: \_\_\_\_\_

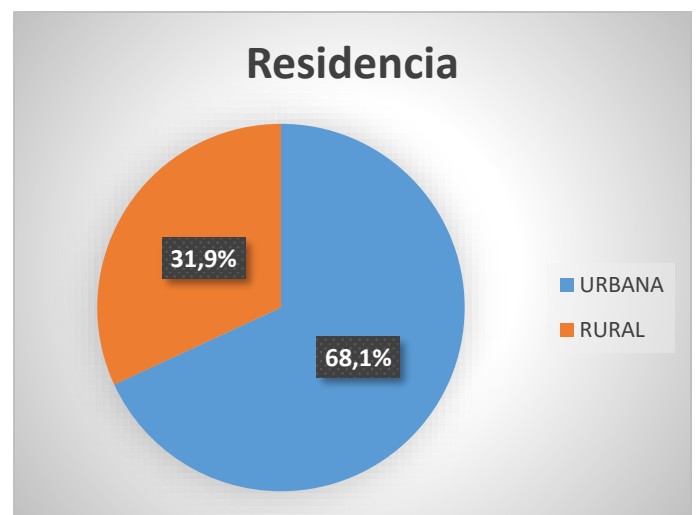
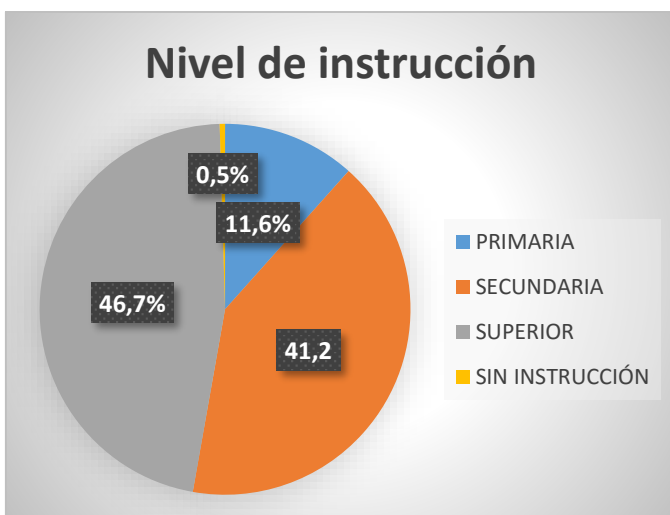
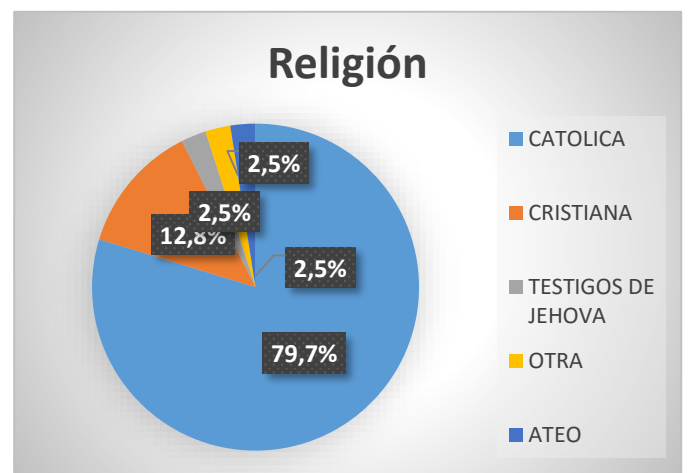
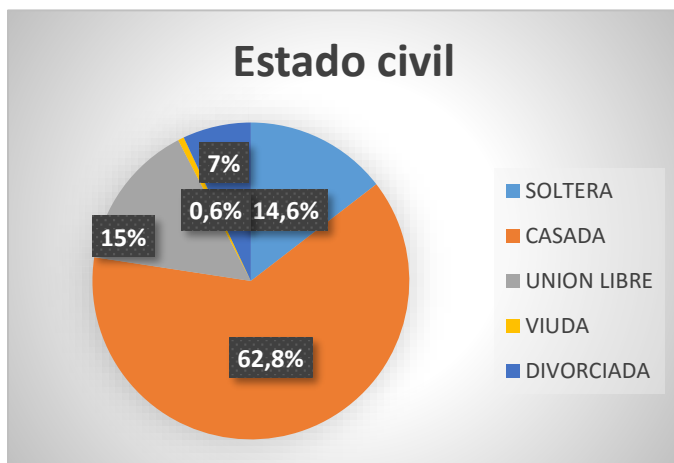
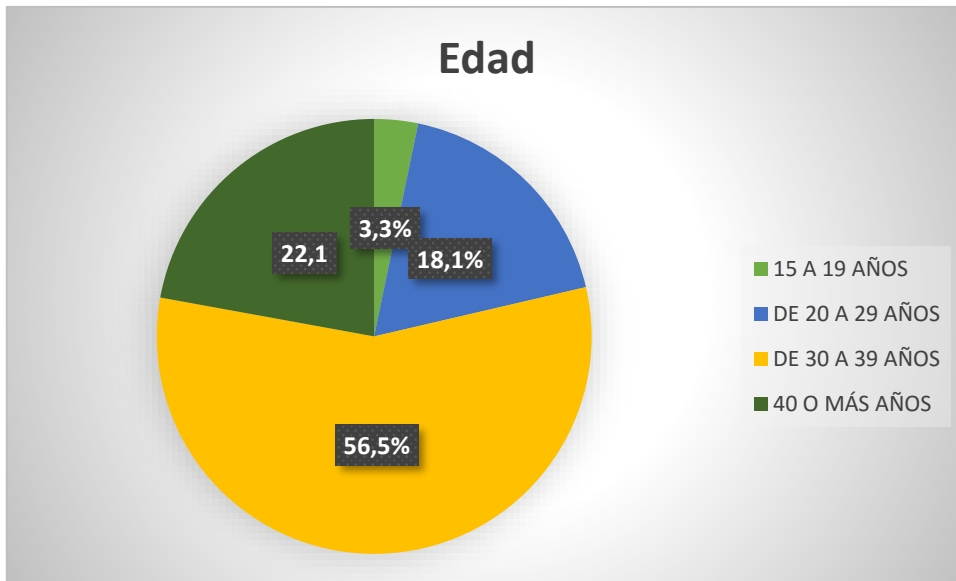
17. Se realizó esterilización quirúrgica voluntaria: 1) Si  2) No .

18. La esterilización quirúrgica voluntaria fue:

1) Puerperio mediato  2) Puerperio inmediato  3) Puerperio tardío  4) Intervalo .



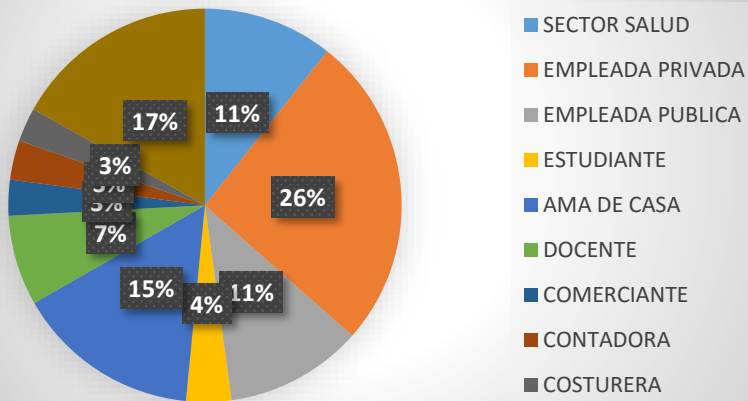
ANEXO 3. Gráficos







### Ocupación



### Actividades realizadas

