



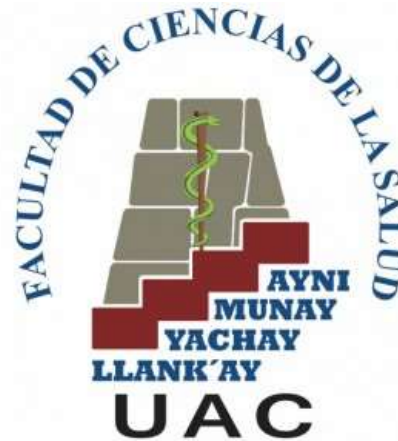
UNIVERSIDAD ANDINA DEL CUSCO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



Universidad
Andina
del Cusco



TESIS

“Características sociodemográficas y obstétricas en usuarias de métodos anticonceptivos de larga duración reversibles que acuden al consultorio de planificación familiar en épocas de pandemia en el Hospital Regional del Cusco, 2021”

Presentado por la bachiller:

Sandy Suellem Morales Campana

Para optar el Título Profesional de:

Médico Cirujano

Asesor: DR. Wilbert Silva

CUSCO - PERÚ

2022



AGRADECIMIENTO

Parece como si nunca hubiéramos estado en paz, siempre batallando por cualquier cuestión, sin embargo, siempre llegaron los momentos en los que nuestra lucha cesó e hicimos una tregua para lograr metas conjuntas.

Les agradezco no solo por estar presentes aportando buenas cosas a mi vida, sino por los grandes lotes de felicidad y de diversas emociones que siempre me han causado, A DIOS, A MI FAMILIA Y A QUIENES CREYERON
SIEMPRE EN MÍ.



JURADO DE LA TESIS

MTRO. MED. Hermógenes Concha Contreras

JURADO REPLICANTE – PRESIDENTE DEL JURADO

MED. Fredy Daza Valer

JURADO REPLICANTE

MED. Justo German Vizcarra Loayza

JURADO DICTAMINANTE

Med. Walter Justo Vignatti Valencia

JURADO DICTAMINANTE

Med. Mgt. Wilbert Silva Cáceres.

ASESOR



RESUMEN

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y OBSTÉTRICAS EN USUARIAS DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS DE LARGA DURACIÓN REVERSIBLES QUE ACUDEN AL CONSULTORIO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN ÉPOCAS DE PANDEMIA EN EL HOSPITAL REGIONAL DEL CUSCO, 2021

Antecedentes: Los métodos anticonceptivos son procedimientos que toda mujer, sexualmente activa, debe optar acudiendo a centros de salud, con la ayuda de un especialista, quien pueda guiarla en base a su información sociodemográfica y obstétrica. **Métodos:** Constó de un diseño observacional, descriptivo, transversal y retrospectivo. Además, el instrumento utilizado, fue la ficha de recolección de datos, a una población de usuarias atendidas en el consultorio de planificación familiar del Hospital Regional del Cusco, durante el periodo 1 de enero al 31 de diciembre del año 2021. **Resultados:** Las características sociodemográficas predominantes en las pacientes es que tienen entre 21 a 30 años, secundaria completa, son convivientes, poseen seguro SIS, no estudian ni trabajan, cuentan con servicios básicos y sus ingresos mensuales son menores a S/500. Respecto a las características obstétricas, mayormente son mujeres con número de gestas entre 1 a 2, 0 abortos, con 1 a 2 número de partos, entre 1 a 2 número de hijos vivos, además, entre 1 a 6 número de controles prenatales y finalmente, con un periodo intergenésico menor a 24 meses. **Conclusión:** El servicio de planificación familiar influyó en la toma de decisiones de las pacientes, puesto que, después de aquel servicio, empezaron a optar por los implantes subdérmicos.

Palabras clave: Planificación familiar, métodos anticonceptivos, usuarias



ABSTRAC

SOCIODEMOGRAPHIC AND OBSTETRIC CHARACTERISTICS IN USERS OF LONG-ACTING REVERSIBLE CONTRACEPTIVE METHODS WHO COME TO THE FAMILY PLANNING OFFICE DURING PANDEMIC TIMES AT THE CUSCO REGIONAL HOSPITAL, 2021

Background: Contraceptive methods are procedures that every sexually active woman should choose by going to health centers, with the help of a specialist, who can guide her based on her sociodemographic and obstetric information.

Methods: It consisted of an observational, descriptive, cross-sectional and retrospective design. In addition, the instrument used was the data collection form, to a population of users treated in the family planning office of the Regional Hospital of Cusco, during the period January 1 to December 31, 2021. **Results:** The characteristics the predominant sociodemographic characteristics of the patients are that they are between 21 and 30 years old, have completed high school, are cohabiting, have SIS insurance, do not study or work, have basic services and their monthly income is less than S/500. Regarding obstetric characteristics, they are mostly women with a number of pregnancies between 1 and 2, 0 abortions, with 1 to 2 number of deliveries, between 1 and 2 number of living children, in addition, between 1 and 6 number of prenatal controls and finally, with an intergenesic period of less than 24 months. **Conclusion:** The family planning service influenced the decision-making of patients, since, after that service, they opted for subdermal implants.

Keywords: Family planning, contraceptive methods, users



ÍNDICE DE CONTENIDO

AGRADECIMIENTO.....	i
JURADO DE LA TESIS.....	ii
RESUMEN	iii
ABSTRAC	iv
ÍNDICE DE CONTENIDO.....	v
CAPITULO I	1
EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	1
1.1 Fundamentación del problema	1
1.3 Formulación del problema	3
1.4 Objetivos de la Investigación	4
1.5 Justificación de la investigación.....	4
1.6 Limitaciones de la investigación	5
1.7 Aspectos éticos.....	5
CAPITULO II	6
MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL.....	6
2.1 ANTECEDENTES TEÓRICOS.....	6
2.1 MARCO TEÓRICO	13
METODOS ANTICONCEPTIVOS	13
2.2 HIPÓTESIS.....	24
2.3 VARIABLES:.....	25
2.4 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES (54)	26
CAPITULO III: MÉTODOS DE INVESTIGACIÓN	30
3.1 Diseño metodológico.....	30
3.2 Población y muestra	30
3.3 Técnicas, instrumentos y procedimientos de recolección de datos	32
CAPITULO IV: RESULTADOS DE LA INVESTIGACION.....	34
CAPITULO V: DISCUSIÓN	68
5.1 Análisis y conclusiones del estudio.....	68
5.2 Limitaciones del estudio.....	74
5.3 Conclusiones	75
5.4 Recomendaciones	76
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	78
ANEXOS	87



ANEXO N°1 VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS MEDIANTE CRITERIO DE EXPERTOS.....	87
ANEXO 2 COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD	94



ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Estadísticos descriptivos	44
Tabla 2. Características sociodemográficas.....	45
Tabla 3. Características obstétricas	59
Tabla 4. Características sociodemográficas predominantes	66
Tabla 5. Características obstétricas predominantes.....	66



ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1.Frecuencia por edad	34
Gráfico 2.Frecuencia por grado de instrucción.....	35
Gráfico 3.Frecuencia por estado Civil	36
Gráfico 4.Frecuencia por tipo de seguro	37
Gráfico 5.Frecuencia por actividad actual	38
Gráfico 6.Frecuencia por área de residencia	39
Gráfico 7.Frecuencia según Servicios básicos.....	40
Gráfico 8.Frecuencia según el Ingreso mensual económico.....	41
Gráfico 9.Tipo de método anticonceptivo que utilizó antes de recibir atención por consultorio de planificación familiar	42
Gráfico 10.Tipo de método anticonceptivo después de recibir atención por consultorio de planificación familiar	43
Gráfico 11.Edad	47
Gráfico 12.Grado de instrucción.....	47
Gráfico 13.Estado civil.....	50
Gráfico 14.Tipo de seguro	51
Gráfico 15. Actividad actual.....	52
Gráfico 16. Tipo de ocupación.....	53
Gráfico 17. Área de residencia	54
Gráfico 18. Religión.....	55
Gráfico 19. Tipo de vivienda.....	56
Gráfico 20. Servicios básicos	57
Gráfico 21. Ingreso mensual económico	58
Gráfico 22. Número de gestas.....	60
Gráfico 23. Número de abortos	61
Gráfico 24. Número de partos	62
Gráfico 25. Número de hijos vivos.....	63
Gráfico 26. Número de controles prenatales	64
Gráfico 27. Periodo intergenésico	65



CAPITULO I

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 Fundamentación del problema

Dentro de la estrategia de planificación familiar el uso de métodos anticonceptivos es la piedra angular, teniendo como objetivo principal reducir el número de hijos y aumentado el periodo intergenésico (1). Según el informe ENDES 2020, en Perú, aproximadamente, el 50% de los embarazos no son deseados. Siendo las mujeres con menor ingresos económicos y mayor número de hijos las más afectadas (2). Es bien sabido que los nacimientos múltiples y los intervalos genéticos cortos son un problema médico y social. Algunos estudios atribuyen resultados perinatales adversos, como parto prematuro y bajo peso al nacer, a intervalos intergenésicos más cortos (3).

Ante esta problemática se han planteado soluciones, siendo los anticonceptivos, de acción prolongada, el estándar dorado para el manejo de la anticoncepción (4), el uso de estos métodos les brinda la posibilidad a las pacientes de planear un embarazo que, a largo plazo, le permita tener un control sobre su plan de vida (5,6). Adicionalmente estas medidas han demostrado tener beneficios sobre su salud, ya que tienen el potencial de disminuir la mortalidad materna (7), infantil (8,9) y los abortos (6).

Las mujeres peruanas cada vez utilizan más los métodos anticonceptivos, este porcentaje ha aumentado desde el año 1991 al 2020. La Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2020 señala que el método más usado por las mujeres sin educación y las de menor nivel socioeconómico es la inyección hormonal seguido por el condón masculino (2). Por otro lado, se han creado una clase dentro de los métodos anticonceptivos denominados



anticonceptivos reversibles de larga duración (LARC por sus siglas en inglés), que son una de las herramientas que facilita adhesión (6,10). Los LARC tienen una alta eficacia según el Índice de Pearl, indica la cantidad de embarazos que tendrían teóricamente 100 féminas que usan un tipo de método anticonceptivo en el año (10,11). Los LARC tienen una durabilidad variable que oscila entre 3 a 5 años, dependiendo del tipo (12): i) el implante (Índice de Pearl 0.05%), que es un dispositivo constituido por material de plástico el cual se inserta de forma subdérmica en el brazo y libera cantidades constantes de progestágenos que provoca alteración en el moco cervical, lo cual hace que los espermatozoides no lleguen al óvulo y por ende, se evite la ovulación; y ii) los dispositivos intrauterinos (DIU), como la T de cobre (Índice de Pearl 0.6%) que se considera como un liberador de iones el cual se introduce dentro del útero que tiene como mecanismo de acción una interferencia que sufren las células del endometrio por la presencia del cuerpo extraño y además, el cobre impide que los espermatozoides se junten con el óvulo; y el dispositivo de liberación hormonal (Índice de Pearl 0.2%) (11,13) que es de material de plástico, mide 3 centímetros aproximadamente, se inserta al igual que la T de cobre y libera hormonas al igual que el implante. Hay que mencionar que los LARC tienen descritos varios efectos adversos dentro de los cuales están: sangrado irregular o profuso, cefalea, amenorrea, dolor abdominal o pélvico, enfermedad inflamatoria pélvica, entre otros (11).

AL comparar los LARC con otras intervenciones que son usadas como métodos anticonceptivos, han demostrado que las pacientes que son usuarias de LARC, tienen 20 veces menos probabilidad de embarazos no deseados, a diferencia de las que usan otro tipo de métodos anticonceptivos como píldora,



parche dérmico y anillo vaginal (7,13). Datos a nivel mundial reportan que el uso de LARC podría evitar alrededor de 70 000 muertes maternas y 52 millones de embarazos no deseados a nivel mundial (5).

Lamentablemente y a pesar de los grandes beneficios que pueden ofrecer y teniendo en cuenta que el Ministerio de Salud (MINSA) los distribuye de forma gratuita, en el Perú al año 2020, solamente menos del 10% del total de mujeres en edad fértil los usa (2). Por este motivo, el estudio tiene como objetivos describir las características sociodemográficas y obstétricas frente al uso de anticonceptivos del tipo LARC en las pacientes que acudieron al Hospital Regional del Cusco en el año 2021.

1.3 Formulación del problema

1.3.1 Problema General

¿Cuáles son las características sociodemográficas y obstétricas en usuarias de métodos anticonceptivos de larga duración reversibles que acuden al consultorio de planificación familiar en épocas de pandemia en el Hospital Regional del Cusco, 2021?

1.3.2 Problemas Específicos

1. ¿Cuáles es la frecuencia de uso de métodos anticonceptivos de larga duración reversibles en usuarios que acuden al consultorio de planificación familiar?
2. ¿Cuáles son las características sociodemográficas de las usuarias de métodos anticonceptivos de larga duración?
3. ¿Cuáles con las características obstétricas de las usuarias de métodos anticonceptivos de larga duración?



1.4 Objetivos de la Investigación

1.4.1 Objetivo general

Describir las características sociodemográficas y obstétricas en usuarias de métodos anticonceptivos de larga duración reversibles en el consultorio de planificación familiar en pandemia en el hospital regional de cusco 2021.

1.4.2 Objetivos específicos

1. Identificar los métodos anticonceptivos de larga duración reversibles en usuarios que acuden al consultorio de planificación familiar.

2. Describir las características sociodemográficas de las usuarias de métodos anticonceptivos de larga duración.

3. Describir las características obstétricas de las usuarias de métodos anticonceptivos de larga duración.

1.5 Justificación de la investigación

Los métodos anticonceptivos son herramientas que han demostrado ser muy eficientes y son una pieza clave dentro de las estrategias de planificación familiar (11). Sin embargo, en el Perú menos de la quinta parte de las mujeres mayores de 25 años llegan a culminar sus estudios superiores esto compromete más a aquellas mujeres calificadas como pobres o pobres extremas (2). Se ha estudiado la asociación del uso de métodos anticonceptivos y el número de hijos como el periodo intergenésico (4,6,21–23), llegándose a la conclusión que el uso de anticonceptivos tiene un efecto beneficioso sobre la salud en general de la madre y sus hijos, pero como es de esperarse la mayoría de estos estudios



involucro a participantes distintas a la realidad peruana, sobre todo a la realidad altoandina. Dentro de los estudios descritos encontramos un ejemplo más aterrizado a nuestro contexto, este estudio que evaluó las Demographic Health Surveys (DHS) de 31 países y, dentro de ellos Perú y dentro de su conclusión se encontró que las mujeres de nivel socioeconómico más alto tenían tres veces más probabilidad de usar métodos anticonceptivos modernos a comparación de las mujeres más pobres (6).

Esta es la razón por la cual existe la necesidad de tipo de pacientes son las usuarias de métodos anticonceptivos de larga duración.

1.6 Limitaciones de la investigación

El presente estudio se desarrolló en el contexto de la pandemia por COVID-19 lo que retrasa el tiempo y sobre todo el acceso a participantes para el estudio, para lo cual tendremos que ampliar el tiempo de recolección de datos.

Por otro lado, el acceso limitado e información incompleta de las historias clínicas, historias clínicas ilegibles.

1.7 Aspectos éticos

Esta investigación se realizó de acuerdo con el Tratado de Helsinki y Belmont, con base en los principios de priorizar el respeto a las personas de caridad y justicia, y la total confidencialidad de los datos de los pacientes de acuerdo con las disposiciones de Ética y Deontología del Colegio Médico del Perú. El protocolo será presentado al Comité de Ética e Investigación de la universidad.



CAPITULO II

MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

2.1 ANTECEDENTES TEÓRICOS

Lindh I., Hognert H., y Milsom I. (Gotemburgo – Suecia 2016), en su investigación titulada “El patrón cambiante del uso de anticonceptivos y los embarazos en cuatro generaciones de mujeres jóvenes”, cuyo objetivo fue describir el uso de anticonceptivos y los embarazos y su relación con el estatus socioeconómico (NSE) en cuatro generaciones de mujeres jóvenes suecas. Es un estudio prospectivo longitudinal realizado en mujeres residentes en la ciudad de Gotemburgo, para la primera cohorte se eligió mujeres que tenían 19 años nacidas en 1962 cuando se identificaron al azar en el registro de población, posteriormente se invitó a participar a tres cohortes posteriores de mujeres de 19 años (nacidas en 1972, 1982 y 1992), también residentes en la ciudad de Gotemburgo en 1991, 2001 y 2011, respectivamente. Las mujeres fueron contactadas por carta o correo electrónico a partir del año 2011 y se les pidió que completaran y devolvieran un cuestionario adjunto. El cuestionario sufrió pequeños cambios por Lindh 2011 (14). En el análisis estadística se determinó la precisión de la entrada de datos de forma individual para cada parámetro en todos los sujetos. La prueba exacta de Fisher y ANOVA con la prueba de rango de Tukey (HSD) para comparaciones post hoc se utilizaron en el análisis de posibles diferencias en las características básicas, el uso de anticonceptivos y el resultado del embarazo entre las cuatro cohortes. Los resultados: el uso actual de anticonceptivos fue mayor en 2001 (78%) ($p < 0,01$) y 2011 (69%) ($p < 0,05$) en comparación con 1981 (60%) y 1991 (62%). La anticoncepción hormonal combinada (AHC) fue la forma más común de anticoncepción en todo momento



($p < 0,0001$). El uso de anticonceptivos reversibles de acción prolongada (LARC = implantes, anticoncepción intrauterina) y píldoras de progestágeno solo aumentó con el tiempo ($p < 0,01$). Los efectos secundarios mentales como motivo de la interrupción del AHC aumentaron con el tiempo y fue la razón más común para la interrupción del AHC en 2011 ($p < 0,001$). El uso de anticonceptivos fue menor en mujeres de áreas de bajo NSE ($p < 0,05$) en 2011. El porcentaje de mujeres jóvenes que habían estado embarazadas a ≤ 19 años fue menor ($p < 0,05$) en la evaluación de 2001 (7%) que en el de 1991 (13%) y 2011 (12%). La proporción de madres adolescentes disminuyó del 4,4% (1981) al 1,6% (2011) ($p < 0,01$). Más mujeres habían estado embarazadas a ≤ 19 años en áreas de NSE bajo que en áreas de NSE medio y alto ($p < 0,05$). alto ($p < 0,05$). Se concluyó que la tasa de embarazo más baja se registró en la cohorte con mayor uso de anticonceptivos, en 2011 se registró un mayor número de embarazos en pacientes de NSE más bajo y un cambio hacia un menor uso de anticonceptivos sociedades con NSE más bajo (15).

Lamidi EO., (Nigeria 2015), en su investigación titulada “Variaciones estatales en la situación socioeconómica de las mujeres y el uso de anticonceptivos modernos en Nigeria”, cuyo objetivo fue examinar las variaciones en el estatus socioeconómico de las mujeres y el uso de anticonceptivos modernos en los estados de Nigeria. Se trata de un estudio que utiliza los datos más recientes de la Encuesta demográfica y de salud representativa a nivel nacional en Nigeria, la cual recopiló información sobre los atributos socioeconómicos, las características demográficas y la salud de las mujeres en edad reproductiva (15 a 49 años) en los treinta y seis estados de Nigeria y el Territorio de la Capital Federal, Abuja. La metodología primero, se



presentó las estadísticas descriptivas para todas las variables incluidas en el análisis, en segundo lugar, se comparó las tasas de prevalencia de los anticonceptivos modernos y el estado socioeconómico de las mujeres en todos los estados de Nigeria y se clasificó a los 36 estados y el Territorio de la Capital Federal, Abuja, de acuerdo con la proporción de mujeres casadas y en convivencia sexualmente activas que utilizan anticonceptivos modernos en cada estado y se empleó una técnica de modelado multinivel para estimar las probabilidades de usar anticonceptivos modernos entre mujeres casadas y convivientes sexualmente activas. En el análisis las variaciones estatales en el uso de anticonceptivos modernos por parte de las mujeres se realizó cinco modelos de regresión logística multinivel. Cada modelo predice las probabilidades de usar anticonceptivos modernos, en relación con el uso de métodos folclóricos o no usar ningún método en absoluto. Se encontró que la proporción de mujeres sexualmente activas, casadas y en convivencia que utilizan anticonceptivos modernos varió ampliamente, desde menos del uno por ciento en los estados de Kano, Yobe y Jigawa, hasta el 40% en el estado de Osun. La mayoría de los estados con tasas bajas de uso de anticonceptivos también ocuparon un lugar bajo en el nivel. Los resultados de los análisis de regresión logística multinivel mostraron que las mujeres que residen en estados con una mayor proporción de mujeres con educación secundaria o superior, tasas más altas de participación en la fuerza laboral femenina y más mujeres con poder de decisión en el cuidado de la salud, tenían probabilidades significativamente más altas de usar anticonceptivos modernos. En conclusión, las características propias de las poblaciones hacen variar de forma sustancial



el uso de anticonceptivos y se requieren más evaluaciones por parte del estado para mejorar la adhesión (16).

Morgan CR. y Liu H. (UK 2017), examinó la relación entre la privación de área medida por el Índice escocés de privación múltiple (SIMD) y la prescripción LARC para mujeres en edad reproductiva en Lothian, Escocia, ajustando por posibles efectos de confusión. Se trata de un estudio donde examinaron los datos de prescripción electrónica de la junta de salud de Lothian. Utilizando datos de recetas electrónicas escocesas de clínicas de atención primaria y de salud sexual y reproductiva, este estudio analizó mujeres residentes de Lothian con un código postal válido de 16 a 49 años que recibieron una receta anticonceptiva desde el 1 de abril de 2012 hasta el 31 de marzo de 2014. Receta de LARC (intrauterino, implante o anticonceptivo inyectable) en comparación con no LARC (píldora oral, parche, anillo o diafragma). La regresión logística se realizó ajustando por grupo de edad y ubicación de prescripción. Se dividió a los LARC anticonceptivos reversibles de acción prolongada (LARC) y anticonceptivos de acción muy prolongada (vLARC) siendo estos últimos dispositivos intrauterinos o implantes. Al final del estudio se incluyeron un total de 90 150 mujeres; el 21,1% de las prescripciones fueron LARC y el 15,3% y LARC (método intrauterino o implante). Las mujeres que residen en el quintil más desfavorecido (Q1) y anticonceptivos recetados recibieron una proporción significativamente mayor de LARC que los quintiles 2-5 (Q2-5). Las razones de probabilidad en comparación con el primer trimestre fueron: T2 0.86, Q3 0.77, Q4 0.59 y Q5 0.51. Las mujeres en el quintil 1 también fueron significativamente más propensas a recibir LARC que los quintiles 2-5. Se llegó a la conclusión que las mujeres del quintil más desfavorecido de Lothian fueron a las que más se les prescriben



anticonceptivos y tienen una probabilidad significativamente mayor de recibir LARC y vLARC en comparación con las mujeres de los quintiles menos desfavorecidos (17).

İnal O., İnal HA., Küçükkendirici H., Sargın-Oruç A. y Günenç O. (Merman-Alemania, 2016), determinó el nivel de uso de los métodos anticonceptivos y los factores que influyen en la preferencia del método entre las mujeres en edad reproductiva que viven en Meram, el distrito central de Konya. Se trata de un estudio descriptivo que se llevó a cabo en el Policlínico de Planificación Familiar del Hospital de Capacitación e Investigación de Konya de la Clínica de Enfermedades y Parto de la Mujer durante un período de cinco años entre enero de 2010 y diciembre de 2015, e incluyó a 10.730 mujeres que querían usar un método anticonceptivo y dieron su consentimiento para participar en el estudio. Después de que se realizó su examen ginecológico, se solicitó a las mujeres que completaran una encuesta que identificara sus características descriptivas como edad, duración del matrimonio, nivel de educación, situación socioeconómica y seguridad social, y características de fertilidad como el número de embarazos, nacimientos y abortos espontáneos. y también incluyó preguntas sobre el método de planificación familiar que utilizaron. Los datos estudiados se registraron como media \pm desviación estándar, mínimo-máximo. Para el análisis estadístico se utilizó la prueba de Chi-cuadrado. La significancia estadística se estableció en $p < .05$. Los resultados fueron que la edad media de las mujeres se identificó como $31,57 \pm 8,14$ años, la duración media del matrimonio fue $10,3 \pm 8,14$ años, el número medio de nacimientos fue $1,92 \pm 1,01$ y el número medio de hijos fue $1,83 \pm 0,90$. Entre las mujeres del grupo de estudio, el 65% eran egresadas de la escuela secundaria, el 88,92% tenía seguridad social y el



82,84% pertenecían al grupo de ingresos medios según su situación económica. Solo 31 pacientes no estaban casados oficialmente. Se observó que el método más preferido fue el dispositivo intrauterino (DIU) y el método menos preferido fue el implante subcutáneo (SI). El uso de DIU, anticonceptivos orales e IS aumentó a medida que mejoraba el nivel socioeconómico y educativo ($p < 0,05$). Llegándose a la conclusión que para garantizar que las mujeres en edad reproductiva utilicen métodos eficaces de planificación familiar, se deben mejorar los niveles de educación y la situación socioeconómica de las mujeres (18).

Ihongbe T. y Masho S. (US 2018), en su investigación titulada “Cambios en el uso de métodos anticonceptivos reversibles de acción prolongada entre mujeres nulíparas de EE. UU.: Resultados de la Encuesta Nacional de Crecimiento Familiar 2006-2010, 2011-2013 y 2013-2015”, cuyo objetivo fue examinar los cambios en la prevalencia del uso actual de LARC entre mujeres nulíparas estadounidenses con experiencia sexual durante el período de tiempo de 2006-2010, 2011-2013 y 2013-2015, y examinar las correlaciones de uso. Se examinaron mujeres nulíparas con experiencia sexual (15-44 años) de las rondas 2006-2010, 2011-2013 y 2013-2015 de la Encuesta Nacional de Crecimiento Familiar (N = 7463). Se examinaron los cambios en la prevalencia del uso actual de LARC y se evaluaron los correlatos del uso actual de LARC mediante regresión logística múltiple. Dentro de los resultados se observaron aumentos en la prevalencia del uso actual de LARC de 2008 a 2012 (0,8% frente a 3,8%, $p < 0,0001$) y de 2012 a 2014 (3,8% frente a 5,7%, $p = 0,09$) entre mujeres nulíparas con experiencia sexual. También se observaron aumentos significativos en diferentes subgrupos de mujeres nulíparas. La edad materna, la educación, la intención de parto futuro, la actividad sexual y la interrupción de los



anticonceptivos hormonales no LARC debido a la insatisfacción fueron correlatos significativos del uso actual de LARC. Concluyendo que, aunque el uso actual de LARC entre mujeres nulíparas estadounidenses con experiencia sexual muestra una tendencia creciente, la prevalencia del uso sigue siendo baja y existe la necesidad de aumentar la conciencia de los LARC como una opción anticonceptiva eficaz para las mujeres nulíparas (19).

Kakaiya R., Lopez L. y Nelson A. (USA 2017), en su investigación titulada "Percepciones de las mujeres sobre la eficacia y seguridad anticonceptivas" cuyo objetivo fue evaluar el conocimiento y las creencias de las mujeres, que pueden influir en sus elecciones anticonceptivas y su uso continuo de métodos anticonceptivos. Se entrevistó individualmente a mujeres de habla inglesa, no embarazadas, en edad reproductiva, que no fueron esterilizadas quirúrgicamente, para obtener características demográficas limitadas y evaluar su conocimiento sobre la eficacia de varios métodos anticonceptivos en el uso típico y sobre la seguridad relativa de los anticonceptivos orales. El análisis contó con la participación de 500 mujeres de entre 18 y 45 años, con niveles de educación que iban desde la escuela media hasta el nivel posdoctoral. La eficacia en el uso típico de anticonceptivos orales combinados y condones masculinos se estimó correctamente en un 2,2%; más de dos tercios de las mujeres sobreestimaron significativamente la eficacia de cada uno de esos métodos en el uso típico. El 56% de las mujeres pensaba que los anticonceptivos orales eran al menos tan peligrosos para la salud de la mujer como el embarazo. Se llegó a la conclusión que la mayoría de las mujeres en edad reproductiva encuestadas sobreestimó, sustancialmente, la eficacia de los dos métodos anticonceptivos más populares, y a menudo dijeron que tenían un 99% de



efectividad. Las mujeres con niveles de educación más altos tenían más probabilidades de sobrestimar la eficacia de los anticonceptivos orales. Las mujeres de todas las edades y niveles educativos sobrestimaron, significativamente, los peligros para la salud de los anticonceptivos orales en comparación con el embarazo. La sobreestimación de la eficacia de estos métodos anticonceptivos puede contribuir a una menor adopción de implantes y dispositivos intrauterinos. Al individualizar el asesoramiento al paciente, las percepciones erróneas deben identificarse y abordarse con mujeres de todos los niveles educativos (20).

2.1 MARCO TEÓRICO

MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

La Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó en el 2015, un documento donde manifiesta un listado de 100 indicadores necesarios para que se determinen metas y estrategias, dentro de estos puntos se menciona a la salud reproductiva, explícitamente, a la planificación familiar satisfecha con los métodos anticonceptivos modernos o también clasificados como de larga duración reversibles (9), la tasa de prevalencia de uso anticonceptivos, nacimientos atendidos por personal de salud calificado, cobertura de atención prenatal y cobertura de atención postparto (24).

La planeación familiar es considerada una decisión voluntaria que toda persona debe elegir (11), esta decisión no solo abarca a la persona sino también a la pareja y al futuro hijo de ambos. Por tanto, es imprescindible que toda persona tenga acceso a este servicio de salud. Son varios los beneficios que trae consigo la práctica de la anticoncepción de manera planificada, puesto que, en



primer lugar, favorece a la salud de la mujer y el recién nacido. Por este motivo, la OMS menciona las siguientes (1):

1.Prevee los problemas en cuanto a la salud reproductiva y/o embarazo: reduce los embarazos que pueden ser de alto riesgo. Cabe recalcar que, la teoría científica afirma que, existe mayor riesgo cuando las mujeres han tenido más de cuatro hijos. Además, disminuye también la mortalidad de abortos.

2.Reduce la mortalidad del neonato: La morbimortalidad de la paciente se encuentra relacionada con la del recién nacido.

3.Prevenición de ser infectadas por el VIH y el Sida: Otro beneficio es que recuden la maternidad no deseada de las mujeres con VIH y claro está, las infecciones de los neonatos.

4.Elección y educación: Las mujeres tienen mayores oportunidades para optar por estudiar a nivel superior o técnicos, de manera voluntaria, de esta manera, participarán más en la sociedad y podrán tener un empleo remunerado en organizaciones.

5.Reducción del embarazo de adolescentes.

6.Menor crecimiento poblacional: El servicio de planificación familiar, es vital para la población no siga creciendo exponencialmente, puesto que, las consecuencias acarrearán en el medio ambiente, economía, esfuerzos nacionales y regionales.

El asesoramiento y la provisión de anticoncepción son componentes vitales de la atención integral de la salud. El embarazo no planeado puede ser devastador para cualquier mujer, pero es particularmente peligroso para aquellas con enfermedades crónicas. A continuación, se detallan los conceptos más



relevantes de los anticonceptivos aprobados para su uso en la Guía Nacional de Planificación Familiar (11):

1. Que pacientes se benefician de la anticoncepción

A cualquier mujer, sexualmente activa, que pueda quedar embarazada y quiera evitarlo se le debe ofrecer anticoncepción. Las adolescentes y las mujeres peri menopáusicas son una población que, a menudo, se pasa por alto, al igual que las mujeres con problemas médicos.

2. Tipos de anticonceptivos y cómo funcionan

Los anticonceptivos a menudo se dividen en métodos hormonales y no hormonales. Los anticonceptivos hormonales se dividen además en métodos combinados de estrógeno y progestina (anticonceptivos hormonales combinados [AHC]) o métodos de progestina sola. Los métodos también pueden clasificarse como anticonceptivos reversibles de acción corta o anticonceptivos reversibles de acción prolongada (LARC). Todos los métodos de acción corta contienen hormonas e incluyen píldoras, el parche, el anillo y los inyectables. Los métodos LARC incluyen dispositivos hormonales (es decir, implante anticonceptivo y dispositivo intrauterino [DIU] hormonal) y DIU no hormonales.

3. Anticonceptivos hormonales combinados

Los métodos de anticonceptivos hormonales combinados disponibles incluyen píldoras anticonceptivas orales combinadas, el parche transdérmico y el anillo vaginal. Todos los métodos combinados incluyen una forma biológicamente activa de etinilestradiol y algún tipo de progestina (mestranol, un profármaco de etinilestradiol fue el estrógeno original y rara vez está disponible en algunas formas de anticoncepción combinada). El mecanismo primario de los métodos AHC es a través de la supresión de la ovulación por progestina. El



componente de estrógeno contribuye a la supresión de la ovulación, pero es más importante en el control del sangrado y la estabilización del endometrio (26). Las píldoras deben tomarse diariamente, el parche debe cambiarse semanalmente y el anillo debe cambiarse mensualmente.

4. Métodos solo de progestina

Hay 4 tipos de métodos de progestágeno solo, los cuales son las píldoras anticonceptivas orales (píldoras de progestágeno solo), inyectables, implantes subdérmicos y el DIU que contiene progestágeno (los dos últimos son considerados como métodos LARC). Todos estos métodos, excepto el DIU de levonorgestrel, previenen el embarazo a través de la supresión de la ovulación y los cambios inducidos por la progestina en el moco cervical y el endometrio (26). Las píldoras de progestágeno solo tienen una vida media corta, un hallazgo que tradicionalmente ha llevado a recomendar la píldora a la misma hora todos los días. Sin embargo, no hay datos que vinculen el momento de tomar la píldora y los resultados clínicos del embarazo.

Los métodos inyectables (acetato de medroxiprogesterona de depósito) se administran cada 3 meses (específicamente, cada 11 a 13 semanas) y vienen en forma intramuscular o subcutánea. La forma subcutánea se puede autoinyectar, aunque esto no está indicado en la etiqueta.

5. Métodos de barrera

Hay varios métodos de barrera disponibles, incluidos condones, esponjas vaginales, diafragmas y capuchones cervicales. Todos funcionan impidiendo que los espermatozoides accedan al cuello uterino. Los condones masculinos y femeninos también evitan el paso de los espermatozoides a la vagina. Los



condones vienen a ser los únicos anticonceptivos que previenen las ETS. Las esponjas vaginales y los condones están disponibles sin receta.

Aparte del diafragma Caya lanzado recientemente, los diafragmas y los capuchones cervicales requieren que los ajuste un médico (1,27). También requieren espermicida, las esponjas vaginales contienen espermicida.

6.Efectividad de los anticonceptivos

La eficacia anticonceptiva varía mucho según el tipo y el usuario. Todas las tasas de eficacia se dividen en "uso perfecto" y "uso típico".

Las tasas de uso perfectas pueden ser engañosas; las tasas de uso típicas reflejan mejor las condiciones del mundo real. A pesar de la considerable variación en la eficacia, cada método es más eficaz para prevenir el embarazo que ningún método. La eficacia anticonceptiva a menudo se describe en niveles. Los métodos de primer nivel, los más eficaces, incluyen la esterilización permanente y LARC; el siguiente nivel incluye AHC y solo progestágeno; y el nivel inferior incluye los métodos de barrera.



Tabla 1. Eficacia de los métodos anticonceptivos

Método	% de embarazos no planificados en el primer año de uso	
	Uso típico	Uso perfecto
Sin método	85%	85%
Coitus interruptus (retirada)	20%	4%
Múltiparas	27%	20%
Nulíparas	14%	9%
Diafragma	17%	16%
Condón		
Masculino	13%	2%
Femenino	21%	5%
Píldoras con hormonas combinadas	7%	0.3%
Píldoras con solo progesterona	7%	1%
Parches transdérmicos	7%	0.3%
Anillo transvaginal	7%	0.3%
Implante subdérmico	0.1%	0.1%
DIU de cobre	0.8%	0.6%
DIU de levonorgestrel	0.1%	0.1%
Esterilización femenina	0.5%	0.5%
Esterilización masculina	0.15%	0.1%
DIU: dispositivos intrauterinos		
Tomado de “Contraception, Elisabeth J. Woodhams, MD, MSc, Melissa Gilliam, MD, MPH” (25)		



Al comprar las eficacias de los métodos anticonceptivos en planificación familiar encontramos:

□ Las tasas de eficacia de LARC rivalizan o superan las de la esterilización permanente. El DIU de cobre tiene una tasa de fracaso del 0,8 % a 1 año, y el DIU de levonorgestrel tiene una tasa de fracaso del 0,1 % a 1 año (7). El implante subdérmico es el anticonceptivo más eficaz, con tasas de fracaso por debajo del 0,05 % a 1 año (7,28).

□ Los métodos hormonales de acción corta incluyen tanto los tipos de píldoras anticonceptivas orales (combinadas y de progestágeno solo), como el parche, el anillo vaginal y la medroxiprogesterona inyectable. Estos métodos son menos eficaces que los métodos LARC porque la eficacia está muy influenciada por la forma en que se utiliza el método. Para ambos tipos de píldoras anticonceptivas, las tasas de fracaso entre la población general promedian 7% a 1 año (29). Las tasas de fracaso del parche transdérmico y el anillo vaginal son similares a las de las píldoras (29–33). Las tasas de fracaso de la medroxiprogesterona inyectable se encuentran entre las más bajas de este nivel. El cuatro por ciento es la tasa informada más recientemente, aunque las tasas de seguimiento, que afectan la eficacia, varían.

□ Los métodos menos efectivos son los métodos de barrera: condones masculinos y femeninos, diafragmas, esponjas y capuchones cervicales. De manera similar a los métodos combinados, la eficacia del condón está limitada por la adherencia del usuario y las tasas de fracaso del uso típico se acercan al 13 % (34). Las tasas de falla de los condones masculinos suelen ser más bajas que las de los condones femeninos (13% frente a 21%). Se cree que la diferencia es atribuible a la relativa familiaridad y facilidad de uso de los condones



masculinos. Los fabricantes de condones femeninos tienen un sólido módulo de capacitación para ayudar a los médicos a educar a los pacientes (35). Ambos tipos pueden fallar cuando no se usan correctamente o por fallas mecánicas (como rotura o deslizamiento).

7.Los métodos reversibles de larga duración (LARC)

Varios métodos LARC están aprobados por la Administración de Drogas y Alimentos de los EE. UU. (FDA): DIU hormonales (todos los cuales contienen levonorgestrel), implantes subdérmicos de progestina que contienen etonogestrel y un DIU de cobre no hormonal.

□ El DIU de levonorgestrel se inserta en el útero y está aprobado por la FDA por 3 a 5 años, según la marca. Previene el embarazo, espesando el moco cervical, lo que impide el paso de los espermatozoides, así como adelgazando el revestimiento del endometrio y ralentizando la motilidad tubárica. Los niveles de estrógeno se mantienen normales y la mayoría de los ciclos son ovulatorios.

□ El implante subdérmico se coloca en la cara interna del brazo, 3 a 5 cm por debajo del espacio entre el bíceps y el tríceps. Está aprobado por 3 años. Funciona predominantemente suprimiendo la ovulación.

□ El DIU de cobre se inserta en el útero, está aprobado por 10 años y crea un estado inflamatorio estéril que hace que el útero sea inhóspito para los espermatozoides o los óvulos.

Los datos recientes respaldan la eficacia de todos los métodos LARC durante más tiempo que los períodos aprobados por la FDA. Respaldan la eficacia del DIU de levonorgestrel de 52 hasta por 7 años, el implante subdérmico hasta por 4 años y el DIU de cobre hasta por 12 años (36,37). Sin embargo, las



aprobaciones de la FDA aún no han cambiado y respaldamos el uso prolongado de estos métodos solo con un asesoramiento cuidadoso y una toma de decisiones compartida.

8. LARC en el Perú

El aumento de los embarazos no planificados ni deseados que concluyen en abortos, sobre todo en países con políticas muy drásticas e inadecuada planificación familiar (38). Por ello es importante tener conocimientos de un método anticonceptivo que no se tenga que renovar cada cierto tiempo, es decir, que cuente con una larga duración y que sea reversible. A este anticonceptivo se le llama LARC (por sus siglas en inglés, Long-acting reversible contraception). Estos métodos mayormente son los dispositivos intrauterinos (DIU) y los implantes, que son los métodos reversibles con más alta efectividad (10). En el Perú, el dispositivo intrauterino (DIU), hace muchos años se brinda en el Ministerio de Salud, por ello es uno de los anticonceptivos, de larga duración, más conocidos. Sin embargo, a pesar de ser gratuito, no es del todo aceptado por las mujeres, puesto que, en los últimos años, su porcentaje de 9% de uso, pasó a 2% actualmente (39). Por otro lado, a inicios de los 2000, se presentó el implante (Implanon) de una sola varilla, pero recién en el 2012, el MINSA comenzó a ofrecerla gratuitamente (40).

A. Adherencia al uso de los métodos anticonceptivos

La adherencia informada al año luego del uso de los LARC es cercana al 80% (41).



B. Baja demanda de los LARC

En primer lugar, existen estudios que han demostrado las causas del porqué las mujeres utilizan poco los LARCS, a pesar de que son efectivos y eficaces. Estos detonantes se deben a las creencias que tiene la población, infiriendo que, producen cáncer de mama o que el DIU puede llegar a producir cáncer del cuello uterino, es abortivo, que no es recomendable para las adolescentes o que son riesgos. Claramente, son afirmaciones falsas sin sustento científico (42).

Otro punto importante de su poco uso sería el costo de su inserción. Se sabe que, cuando se ha ofrecido los LARC gratuitamente o a muy bajo precio, los porcentajes de uso se elevan (43). Además, otro problema es la falla de la asesoría anticonceptiva. Se ha demostrado que, si se prepara al personal, así no sea del sector salud, pero de manera estructurada, el resultado no evidencia diferencias con el personal de salud. Por el contrario, es un elemento necesario en la selección de los LARC y confirma una mayor adherencia al método anticonceptivo (44).

C. Efectos secundarios

Los efectos secundarios que se dan en los métodos LARCS, se relacionan principalmente con el cambio de periodo del sangrado mensual, puesto que, existe la posibilidad que se manifieste la amenorrea, manchados irregulares o, por el contrario, manchados muy fuertes. Además del acné, tensión mamaria. Es importante recalcar que, cualquier sea el efecto, las mujeres deben acudir al médico para una adecuada orientación y consejería (45). Respecto a los DIU, los efectos se centrarán en un mayor sangrado o dolor menstrual. Si se ha usado la técnica adecuada en su aplicación no será posible cuadros de enfermedad



inflamatoria pélvica. De todas maneras, estas molestias poseen un manejo médico, mediante antiinflamatorios o coagulantes que se usan en el periodo menstrual (10).

D. Riesgo de usar anticonceptivos hormonales combinados

Todos los AHC se asocian con un pequeño incremento del riesgo de tromboembolismo venoso (TEV). El aumento es más pronunciado en el primer año. El riesgo inicial de TEV en la población es de 1 a 5 por 10 000 años-mujer. Para las mujeres embarazadas, el riesgo es de 5 a 20 por 10 000 años-mujer. Para las mujeres que reciben anticonceptivos que contienen estrógenos en dosis bajas, el riesgo es de 3 a 9 por 10 000 años-mujer. La tasa es ligeramente más alta en mujeres mayores y en aquellas con obesidad. El riesgo aumenta entre las mujeres con hipertensión y las que fuman. Sin embargo, el riesgo se elimina dentro de los 30 días posteriores a la interrupción del método combinado (46). Cabe señalar que las mujeres que fuman o que tienen migrañas con aura no deben recibir anticonceptivos que contengan estrógenos debido al riesgo de accidente cerebrovascular isquémico (47). El hecho de que el componente de estrógeno de los métodos combinados pueda causar cáncer de mama se basa en un metaanálisis de 1996 que examinó las tasas de cáncer de mama entre usuarias de anticonceptivos orales combinados (48). Sin embargo, estudios repetidos han demostrado que las mujeres que reciben AOC en dosis bajas (≤ 35 mcg, el estándar desde 1978) que no tienen antecedentes personales de cáncer de mama no tienen un mayor riesgo (49,50).

E. Riesgos de usar los métodos de solo progestágeno y los LARC

Los inyectables están asociados con un modesto aumento de peso para muchas mujeres. Datos recientes muestran que las mujeres que aumentan el 5



% de su peso corporal, especialmente las adolescentes, durante los primeros 3 a 6 meses de uso tienen un mayor riesgo de aumento de peso continuo durante el uso. Los métodos de progestágeno solo no están asociados con un mayor riesgo de TEV. Tanto el implante subdérmico como el DIU de levonorgestrel se asocian con sangrado irregular o manchado intermenstrual. El sangrado en las usuarias del DIU de levonorgestrel suele ser leve o inexistente, y el manchado irregular generalmente se resuelve (7). El DIU de cobre se asocia con un aumento de la menstruación y cólicos, pero estos síntomas se pueden tratar con medicamentos antiinflamatorios no esteroideos (51).

Ambos tipos de DIU pueden estar asociados con calambres durante los primeros meses después de la inserción y tienen un pequeño riesgo de expulsión espontánea (7). También existe un riesgo pequeño pero mayor de infección del tracto genital superior (enfermedad pélvica inflamatoria) en el momento de la inserción (1 de cada 1000 mujeres), pero el riesgo no se extiende más allá del primer mes de la inserción (52).

Finalmente, existen riesgos con los LARC asociados con la inserción. La inserción del DIU conlleva un riesgo muy bajo de daño uterino, incluida la perforación (0,01%). La inserción del implante subdérmico confiere un riesgo acumulativo del 1 % para todas las complicaciones, incluido el hematoma o la infección, y un riesgo acumulativo del 1,7 % para las complicaciones asociadas con la extracción, incluidas la rotura, la infección y el hematoma (53).

2.2 HIPÓTESIS

En este trabajo no se plantean hipótesis debido a que es un estudio descriptivo.



2.3 VARIABLES:

a) VARIABLES INDEPENDIENTES

1. Características sociodemográficas

- a) Edad
- b) Grado de instrucción
- c) Estado civil
- d) Tipo de seguro
- e) Ocupación
- f) Actividad actual
- g) Área de residencia
- h) Religión
- i) Tipo de vivienda
- j) Servicios básicos
- k) Ingreso mensual

2. Características de métodos Anticonceptivos

- a) Tipo de método de anticonceptivo que usaba
- b) Método anticonceptivo que recibió después de la atención

3. Características obstétricas

- a) Número de gestas
- b) Número de partos
- c) Número de hijos nacidos vivos
- d) Número de controles prenatales
- e) Periodo intergenésico

b) VARIABLE DEPENDIENTE:

- 1. Anticonceptivo de larga duración.



2.4 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES (54)

Objetivo general:						Fuente: HCL
Variable	Definición de la variable	Tipo	Escalas de medición de variables	Indicador	Categorías dimensiones	Medio de verificación
ANTICONCEPTIVOS						
Método anticonceptivo que recibió después de la atención	Inicio de algún método anticonceptivo para el puerperio consignado en la guía peruana al momento del alta	Cualitativo	Nominal		1. Dispositivos intrauterinos 2. Implantes subdérmicos 3. Ligadura de trompa de Falopio	Historia clínica
Tipo de método de anticonceptivo que usaba	Tipo de método anticonceptivo empleado	Cualitativo	Nominal		1. Condones femeninos 2. Condones masculinos 3. Anticonceptivos Orales 4. Inyectable mensual 5. Inyectable trimestral 6. Dispositivos intrauterinos 7. Implantes subdérmicos 8. Ligadura de trompa de Falopio 9. ninguno 10 natural	Historia clínica
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS						
Edad	Años cumplidos al momento de la recolección de los datos	Cuantitativa	Discreta	Años	Menores de 20 años de 21 a 30 años de 31 a 40 años de 41 a 50 años mayores de 50 años	Historia clínica



Grado de instrucción	Máxima formación académica alcanzada al momento de la recolección de fatos	Cualitativa	Ordina	Grado de académico registrado en la historia clínica	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sin educación 2. Primaria incompleta 3. Primaria completa 4. Secundaria incompleta 5. Secundaria completa 6. Superior incompleto 7. Superior completo 8. Técnico incompleto 9. Técnico completo 10. Superior incompleta 11. Superior completa 	Historia clínica
Estado civil	Situación civil consignada en la historia clínica	Cualitativa	Nominal	Estado civil consignado en la historia clínica	<p>Soltera Casada Conviviente Viuda Divorciada</p>	Historia clínica
Tipo de seguro	Tipo de prestador de servicio de salud	Cualitativa	Nominal	Tipo de seguro consignado por la paciente	<p>Sin seguro SIS EsSalud Salud Pol Particular</p>	Historia clínica
Ocupación	Actividad económica que realiza diariamente	Cualitativa	Nominal	Ocupación	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ama de casa 2. estudiante 3. dependiente 4. independiente 	Historia clínica
Actividad actual	Actividad a la que se dedica	Cualitativa	Nominal	Actividad actual	<p>No estudia ni trabaja Estudia y no trabaja No estudia y trabaja Estudia y trabaja</p>	Historia clínica



Religión	Posición religiosa	Cualitativa	Nominal	Condición religiosa	Católica Evangélica Adventista Testigo de jehová Mormona Otra religión No profesada	Historia clínica
Área de residencia	Sitio o región donde reside actualmente	Cualitativa	Nominal	Tipo de residencia	Rural Urbana	Historia clínica
Tipo de vivienda	tipo de inmueble destinado a uso residencial	Cualitativa	Nominal	Tipo de vivienda	1 alquilada 2 propia	Historia clínica
Servicios básicos	servicios como el agua potable, alcantarillado o desagüe y la energía eléctrica con los que gozan las familias	Cualitativa	Nominal	Servicios básicos	1 si 2 no	Historia clínica
ingreso mensual	conjunto de ingresos netos percibidos mensual	Cualitativa	Nominal	ingreso mensual	0-500 501 - 1000 1001 - 1500 1501 - 2000 2001 - 2500	Historia clínica



CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS

Numero de gestas	Es el número total de embarazos que ha tenido una mujer, sin importar el resultado	Cuantitativa	Discreta	Numero de gesta	0 1 a 2 3 a 4 Mayor a 4	Historia clínica
Número de partos	Cantidad de finalizaciones de una gestación a término	Cualitativa	Discreta	Numero de parto	0 1 a 2 Mayor a 3	Historia clínica
Periodo intergenésico	Tiempo transcurrido desde el ultimo evento obstétrico	Cuantitativa	Discreta	Número en meses	Menor a 24 meses Mayor a 24 meses	Historia clínica
Número de hijos nacidos vivos	Número de hijos nacidos vivos	Cuantitativa	Discreta	Número de hijos	Ninguno 1 a 2 3 a 4 Mayor a 5	Historia clínica
Número de controles prenatales	Numero de atenciones programadas desde el diagnóstico hasta la finalización de la gestación	Cuantitativa	Discreta	Número de controles prenatales	0 1 a 6 Mayor a 7	Historia clínica



CAPITULO III: MÉTODOS DE INVESTIGACIÓN

3.1 Diseño metodológico

El diseño, según la intervención del investigador es observacional; respecto al alcance, fue descriptivo. Además, en cuanto al número de mediciones de las variables es transversal y referente a la recolección de datos, fue retrospectivo.

3.2 Población y muestra

3.2.1 Descripción de la población

Usuaris del servicio de obstetricia del Hospital Regional del Cusco en el periodo del 1 de enero al 31 de diciembre del año 2021.

3.2.2 Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión:

- Pacientes atendidas en el consultorio de planificación familiar del Hospital Regional durante el año 2021.
- Pacientes que utilizan métodos anticonceptivos de larga duración.

Criterios de exclusión:

- Pacientes cuyas historias clínicas estén incompletas.

3.2.3 Muestra: tamaño de muestra y método de muestra

La muestra se seleccionó de acuerdo con un modelo probabilístico y la selección, por ello fue del tipo aleatoria. El tamaño de la muestra se calculó mediante el programa estadístico SPSS, cuyos parámetros considerados fueron:

- Tamaño del universo: 761 *



- Error Máximo Aceptable:5%
- Porcentaje estimado de la muestra: 50% **
- Nivel deseado de Confianza: 95%

* Población promedio de atendidas entre el año 2021 en el Hospital Regional (55).

$$n = \frac{N \times Z_a^2 \times p \times q}{d^2 \times (N - 1) + Z_a^2 \times p \times q}$$

En donde, N = tamaño de la población Z = nivel de confianza, P = probabilidad de éxito, o proporción esperada Q = probabilidad de fracaso D = precisión (Error máximo admisible en términos de proporción).

Después de la aplicación de la fórmula, se tomaron 255 historias a las usuarias del servicio de planificación familiar para representar a la población, se seleccionaron 300 para poder descartar historias clínicas mal llenadas.



3.3 Técnicas, instrumentos y procedimientos de recolección de datos

3.3.1 Técnica de recolección de datos

1. Se procedieron a realizar los trámites para tener acceso a aplicar el instrumento de recolección de datos dentro del Hospital Regional del Cusco.

2. Se realizó la aleatorización mediante selección sistemática de 300 historias.

3. Se ubicaron las historias clínicas de cada paciente y además de ellos se ha realizado las llamadas telefónicas a las pacientes que no tenían los datos completos y recabar algunas informaciones necesarias.

4. Se tomó la información de las variables del estudio en una ficha de recolección de datos elaborada para el análisis.

5. Los datos fueron pasados a una base de datos para realizar el análisis de datos.

3.3.2 Instrumentos de recolección de datos

1. Las variables fueron registradas en base al instrumento denominado como ficha de recolección de datos, creada por la investigadora.

2. Esta ficha ha sido elaborada para fines de la investigación.

3.3.3. Validez y confiabilidad de los instrumentos

• Se utilizó la validación por juicio de expertos y se usará el método: Distancia del punto medio (DPM).



3.4 Plan de análisis de datos

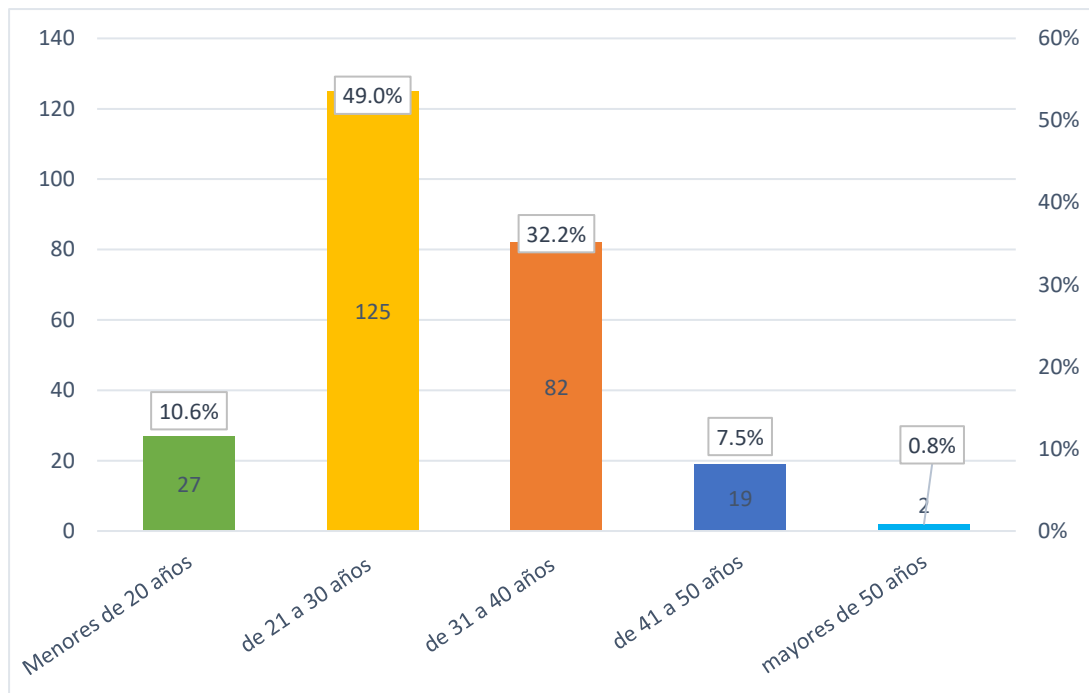
- La información recopilada se procesó mediante el programa SPSS Statitics versión 21.
- Se utilizó la estadística descriptiva, para las variables de tipo cualitativa, se halló la frecuencia, porcentaje y moda; para las cuantitativas, porcentaje, media, frecuencia y coeficiente de variación.
- Se presentaron tasas de las variables significativas. Se utilizó el método de estimación por intervalos de confianza para los parámetros de las variables en estudio. Se usó también, un intervalo de confianza del 95%.



CAPITULO IV: RESULTADOS DE LA INVESTIGACION

4.1. Resultados sociodemográficos de las usuarias que acuden al consultorio de planificación familiar

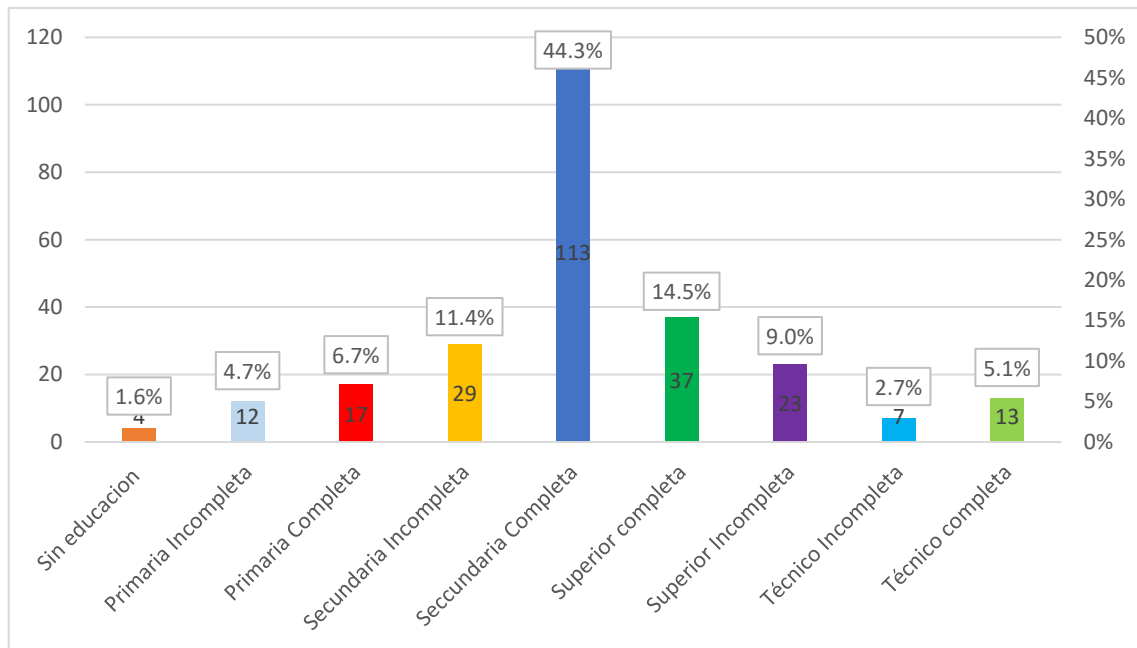
Gráfico 1. Frecuencia por edad



En el gráfico 1, se muestra la frecuencia de la población de estudio por edad, donde se evidencia que, el 49.0% de ellas tienen entre 21 a 30 años (125 pacientes), el 32.2% entre 31 a 40 años, (82 pacientes) el 10.6% menores de 20 años, (27 pacientes) finalmente el 0.8% mayores de 50 años (2 pacientes) con edad máxima de 54 años.



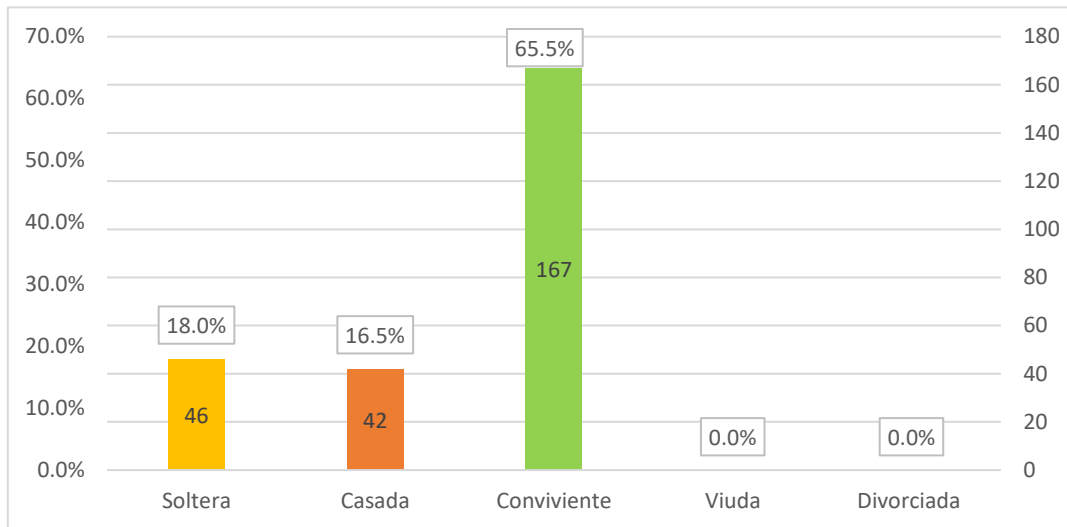
Gráfico 2. Frecuencia por grado de instrucción



En el gráfico 2, observamos que el mayor porcentaje de pacientes tiene el 44.3% (113 pacientes) que corresponde al grado de instrucción de secundaria completa, seguido del 14.5% (37 pacientes) que tienen grado de instrucción superior completa, en menor porcentaje 2.7% técnico incompleto (7 pacientes), finalmente el 1.6% sin educación (4 pacientes).



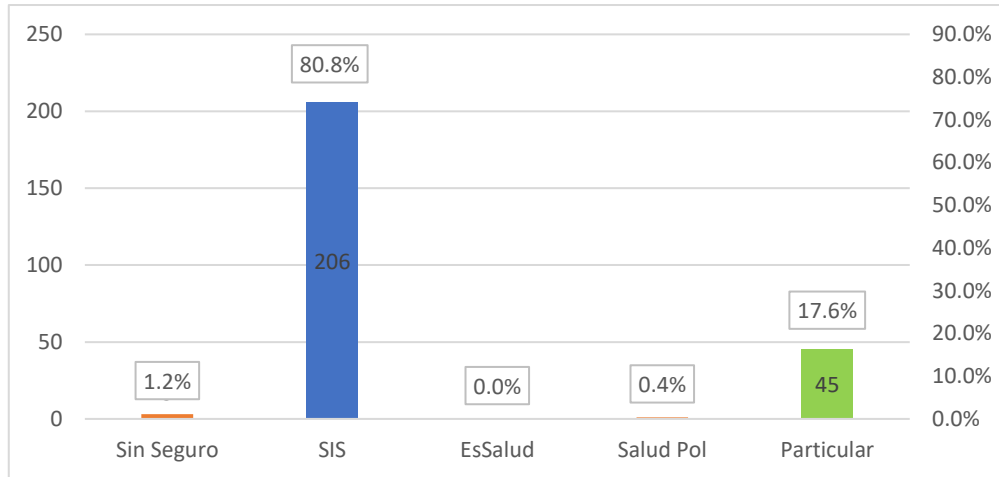
Gráfico 3. Frecuencia por estado Civil



En el gráfico 3, muestra la frecuencia de pacientes que acuden al servicio de planificación familiar, según su estado civil, donde observamos que el 65.5% (167 pacientes) tienen la condición de convivencia, el 18.0% (46 pacientes) son solteras y el restante 16.5% casada (42 pacientes).



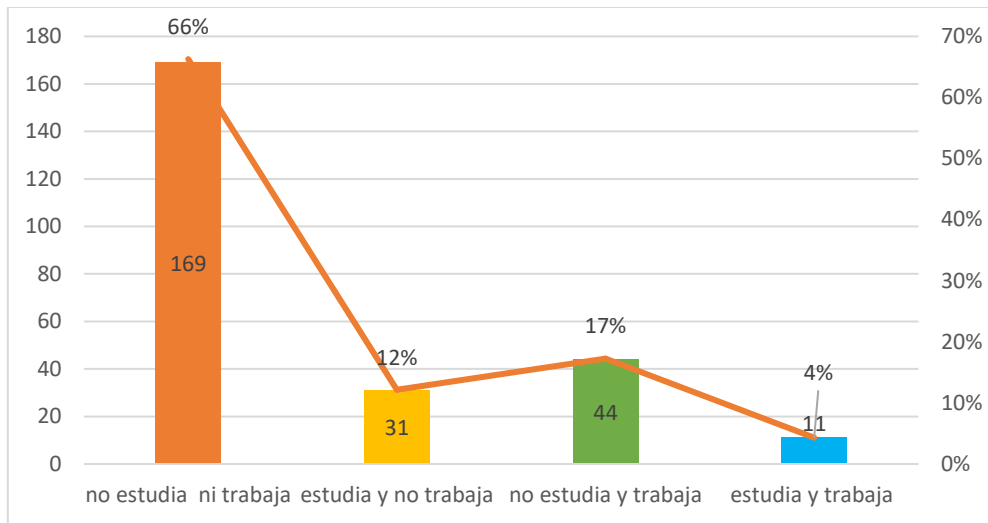
Gráfico 4. Frecuencia por tipo de seguro



En el gráfico 4, muestra la frecuencia del tipo de seguro de las pacientes que se atienden en el Hospital Regional, donde observamos el 80.8% (206 pacientes) corresponde al Seguro Integral de Salud (SIS), el 17.6% (45 pacientes) se atienden de forma particular, 1.2% (3 pacientes) no tienen seguro.



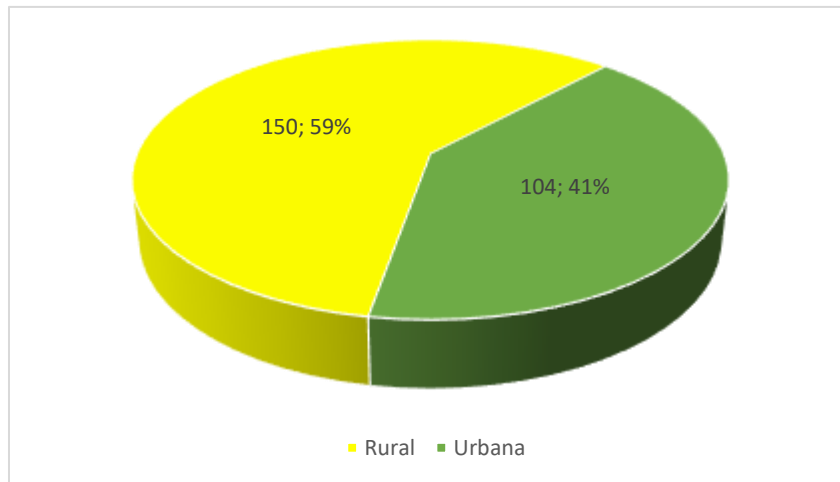
Gráfico 5. Frecuencia por actividad actual



En el gráfico 5 observamos la actividad actual que desempeñan las pacientes durante la pandemia, observamos que el 66.0% (169 pacientes) indica que no estudia ni trabaja, el 17.0% (44 pacientes) no estudia y trabaja, el 12.0% (31 pacientes) estudia y no trabaja, y el 4.0% (11 pacientes) estudia y trabaja.



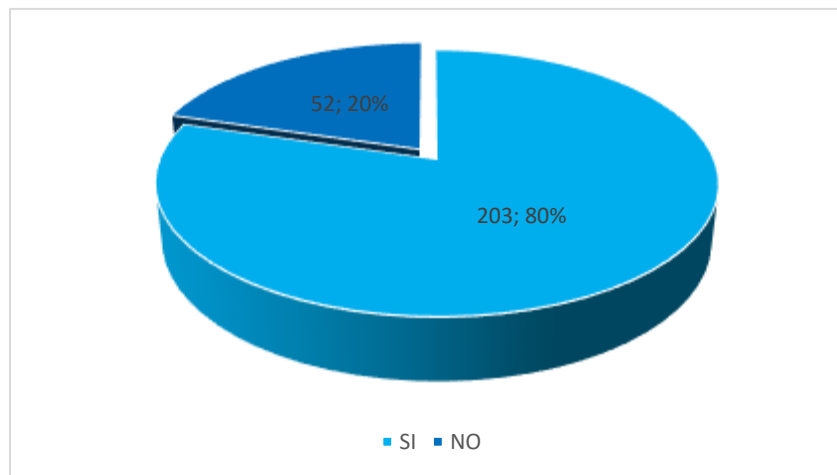
Gráfico 6. Frecuencia por área de residencia



En el gráfico 6 se observa que, el área de residencia de las pacientes, donde el 59.0% (150 pacientes) corresponde al área rural y el 41.0% (104 pacientes) al área urbana.



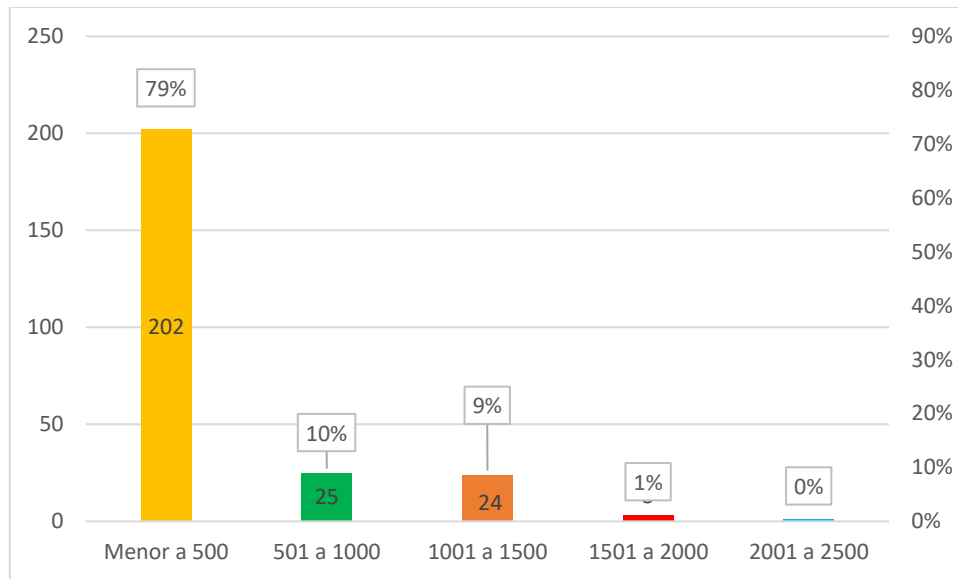
Gráfico 7. Frecuencia según Servicios básicos



En el gráfico 7 con respecto a los servicios básicos, que son agua, desagüe y luz nos muestra que el 80.0% (203 pacientes) sí cuentan con servicios básicos, mientras que el 20.0% (52 pacientes) no cuenta con estos servicios mencionados.



Gráfico 8. Frecuencia según el Ingreso mensual económico



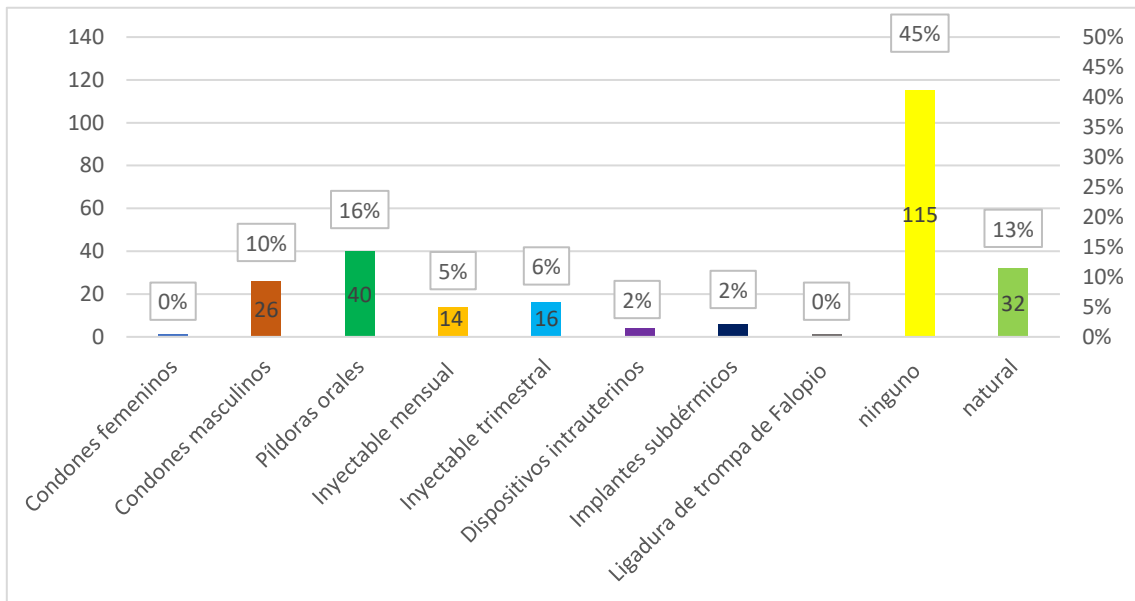
En el gráfico 8 observamos el ingreso mensual de las familias, donde el 79.0% (202 pacientes) indican tener ingresos de S/500 a menos, el 10.0% (25 pacientes) de S/501 a S/1000, el 9.0% (24 pacientes) en el rango de S/1001 a S/1500, el 1.0% (3 pacientes) de S/1501 a S/2000 y el 0.0% (1 paciente) de S/2001 a S/2500.



4.2. Resultado de los objetivos específicos

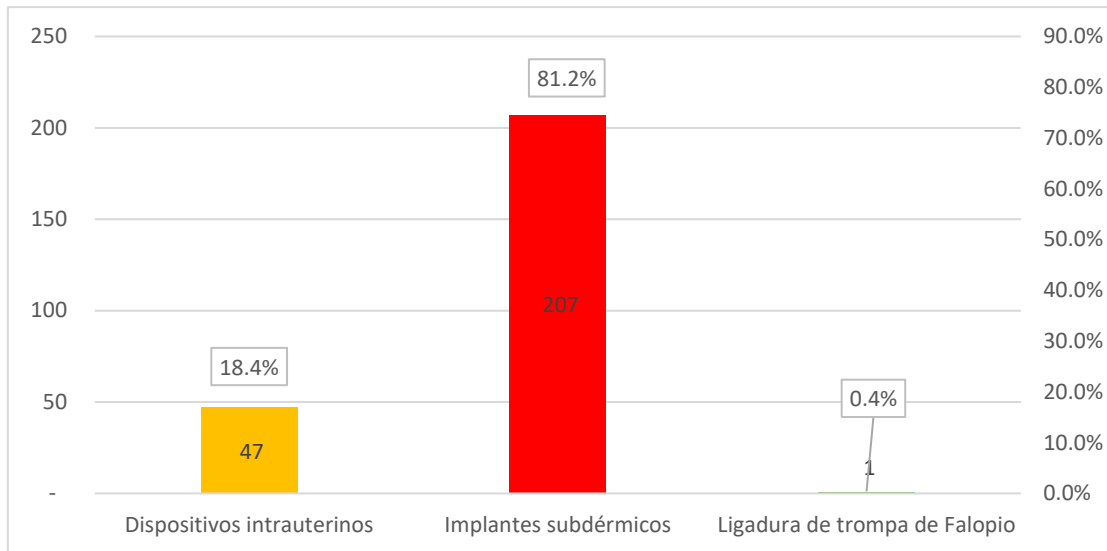
Objetivo específico 1. Identificar los métodos anticonceptivos de larga duración reversibles en usuarias que acuden al consultorio de planificación familiar.

Gráfico 9. Tipo de método anticonceptivo que utilizó antes de recibir atención por consultorio de planificación familiar



El gráfico 9, muestra el uso del tipo de método anticonceptivo que utilizaron las pacientes en pandemia antes de recibir atención por el servicio de planificación familiar, de los cuales el 45.0% (115 pacientes) no utilizaron ningún método anticonceptivo, el 16.0% (40 pacientes) consumieron píldoras orales, el 13.0% (32 pacientes) usaron métodos naturales, 10.0% (26 pacientes) optaron por condones masculinos, 6.0% (16 pacientes) se aplicaron inyectables trimestrales, 5.0% (14 pacientes) utilizaron inyectables mensuales; 2.0% (6 pacientes) optaron por implantes subdérmicos y el 2.0% (4 pacientes) eligieron dispositivos intrauterinos.

Gráfico 10. Tipo de método anticonceptivo después de recibir atención por consultorio de planificación familiar



El gráfico 10, muestra que, el 100% de la muestra (255 pacientes) recibieron algún método anticonceptivo después de ser atendidas por el servicio de planificación familia, el método más usado es el implante subdérmico con 81.2% (207 pacientes), seguido de los dispositivos intrauterinos con 18.4% (47 pacientes) y el 0.4% (1 pacientes) con ligadura de trompas para el control de natalidad.



Tabla 1. Estadísticos descriptivos

		Tipo de anticonceptivo que utilizó antes de la atención	Tipo de anticonceptivo que utilizó después de la atención
N	Válido	255	255
	Perdidos	0	0
Media		6.82	6.82
Error estándar de la media		.025	.187
Mediana		7.00	9.00
Moda		7	9
Desv. Desviación		.395	2.983
Varianza		.156	8.899
Rango		2	9
Mínimo		6	1
Máximo		8	10
Suma		1739	1738

En la tabla 1, se aprecian los estadísticos descriptivos de la muestra. En primer lugar, respecto al tipo de anticonceptivo que utilizaron las pacientes antes de la atención, la media fue de 6.82, lo cual quiere decir que, el 45% de las pacientes no se protegían con algún método anticonceptivo, exponiéndose a quedar embarazadas sin alguna planificación previa. La media fue de 6.82, puesto que, el 81,2% de las pacientes optaron por hacer de su vida sexual y reproductiva una responsabilidad, utilizando implantes subdérmicos.



Objetivo específico 2. Describir las características sociodemográficas de las usuarias de métodos anticonceptivos de larga duración.

Tabla 2. Características sociodemográficas

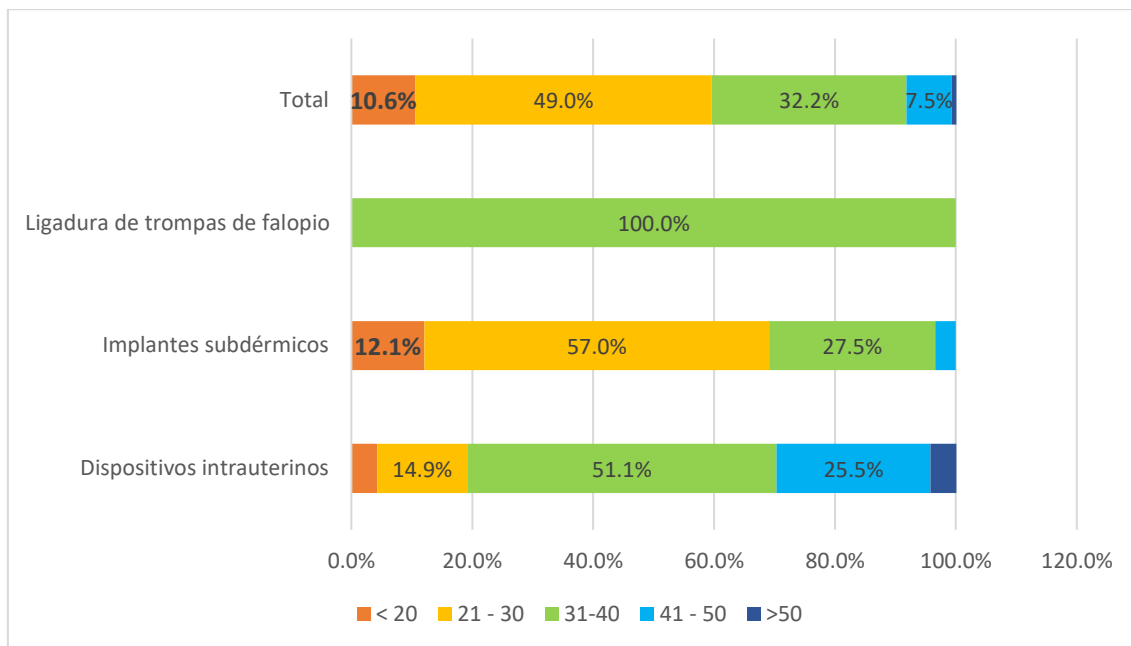
	Media	Mediana	Moda	Desv. Estándar
Edad	2.3882	2.0000	2.00	0.80492
Grado de instrucción	5.16	5.00	5	1.615
Estado civil	2.47	3.00	3	0.783
Tipo de seguro	2.53	2.00	2	1.160
Tipo de ocupación	1.81	1.00	1	1.180
Actividad actual	1.60	1.00	1	0.921
Area de residencia	1.41	1.00	1	0.492
Religión	1.41	1.00	1	1.313
Tipo de vivienda	1.45	1.00	1	0.499
Cuenta con servicios básicos	1.20	1.00	1	0.404
Ingreso mensual	1.34	1.00	1	0.729

En la tabla 2, según las variables sociodemográficas. Respecto a la edad, tiene una media de 2,3882, mediana y moda de 2 siendo el rango predominante de 21 a 30 años (125 pacientes). El grado de instrucción cuanta con una media de 5.16, mediana y moda de 5 con el grado de instrucción más prevalente fue la secundaria completa. Según el estado civil, se halló una media de 2,47, mediana y moda de 3, contando con mayor frecuencia las mujeres convivientes. Y el seguro que tienen mayormente las pacientes es el SIS, por la media de 2,53, mediana y moda de 2. En cuanto al tipo de ocupación, el más predominante fue ama de casa, porque se encontró una media de 1,81, mediana y moda de 1.



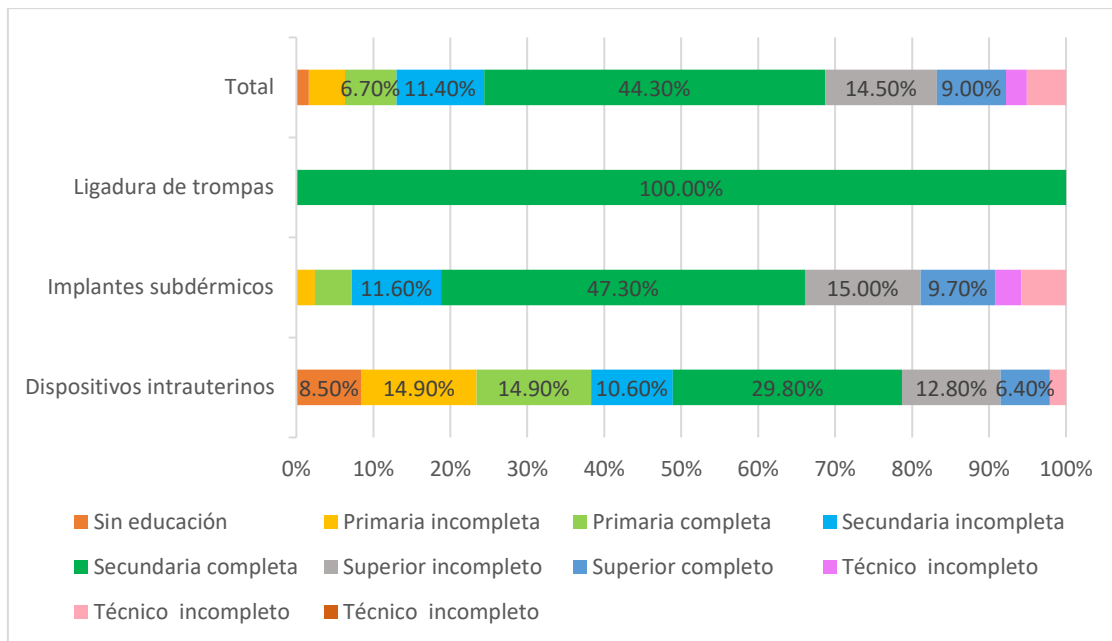
Según actividad actual, el mayor porcentaje identificó que, las usuarias no estudian ni trabajan y de ellas, obteniéndose una media de 1,60, mediana y moda de 1. Por otro lado, referente al área de residencia, mayormente viven en el área rural, por la media de 1,41, mediana y moda de 1. En cuanto a la religión, las usuarias mayormente son católicas, esto también se demuestra en la media de 1,41, mediana y moda de 1. Referente al tipo de vivienda, la mayoría vive en una vivienda alquilada, con una media de 1,45, mediana y moda de 1. Además, sobre los servicios básicos, se obtuvo una media de 1,20, mediana y moda de 1, es decir que las mujeres, sí tiene cuenta con los servicios básicos. Finalmente, respecto al ingreso mensual económico, se encontró que la gran parte de las mujeres reciben un ingreso menor a 128.20 dólares americanos (500 Nuevos Soles), con una media de 1,34, mediana y moda de 1.

Gráfico 11. Frecuencia elección de métodos anticonceptivos según edad



En el gráfico 11, se aprecia la elección de métodos anticonceptivo de las pacientes que recibieron atención, según edad, donde observamos que, el 49.0% de ellas tienen entre 21 a 30 años (125 pacientes) y mayormente optan por utilizar implantes subdérmicos en un 75,0% después de la atención. El 32.2% correspondiente a mujeres de 31 a 40 años (82 pacientes) también eligen usar los implantes subdérmicos con un porcentaje de 27,5% y solo 1 opta por la ligadura de trompas de Falopio. Por otro lado, el 10.6% son menores de 20 años (27 pacientes) quienes prefieren, de igual manera, los implantes subdérmicos en un 12,1%. El 7,5% (19 pacientes) son pacientes de 41 a 50 años, las cuales prefieren usar los dispositivos intrauterinos en un 25,5, y finalmente, el 0.8% son mayores de 50 años (2 pacientes) con edad máxima de 54 años, quienes también optan por utilizar los dispositivos intrauterinos en un 4,3%.

Gráfico 12. Frecuencia elección de métodos anticonceptivos según grado de instrucción



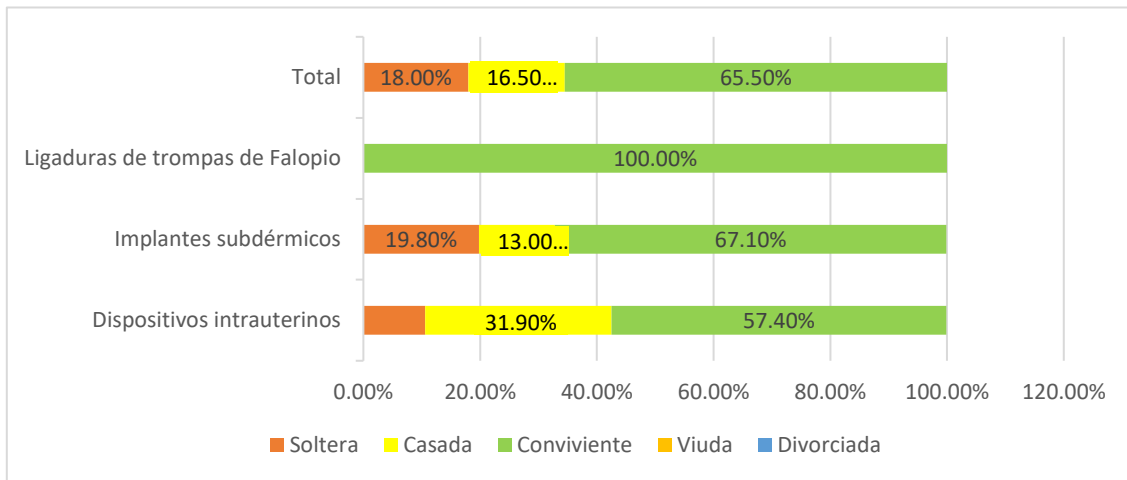
En el gráfico 12, se observa la elección de los métodos anticonceptivos de las pacientes, después de haber recibido atención de planificación familiar, en relación con su grado de educación. Del 44,3% que tienen secundaria completa, el 47,3% (98 pacientes), optaron por utilizar implantes subdérmicos y solo 1, prefiere ligarse las trompas de Falopio. Seguido del 14,5%, que manifiestan estudios superiores incompleto, el 15,0% (31 pacientes) optaron por implantes subdérmicos. Además, del 11,4% que tiene secundaria incompleta, el 11,6% (24 pacientes) prefirieron los implantes subdérmicos. Por otro lado, del 9,0% de personas con estudios superiores completos, el 9,7% (20 pacientes), optaron por los implantes subdérmicos. Referente al 6,7% que tiene primaria completa, el 14,9% (7 pacientes) manifestaron utilizar dispositivos intrauterinos. Además, del 5,1% de técnicos incompletos, el 5,8% (12 pacientes) optaron por usar los implantes subdérmicos. Asimismo, del 4,7% de personas con primaria incompleta, el 14,9% (7 pacientes) prefieren optar por los dispositivos intrauterinos. Asimismo, del 2,7% de personas con estudios técnico incompleto,



el 3,4% (7 pacientes), prefieren usar los implantes subdérmicos. Finalmente, del 1,6% de pacientes sin educación, el 8,5% (4 pacientes) eligieron utilizar los dispositivos intrauterinos.

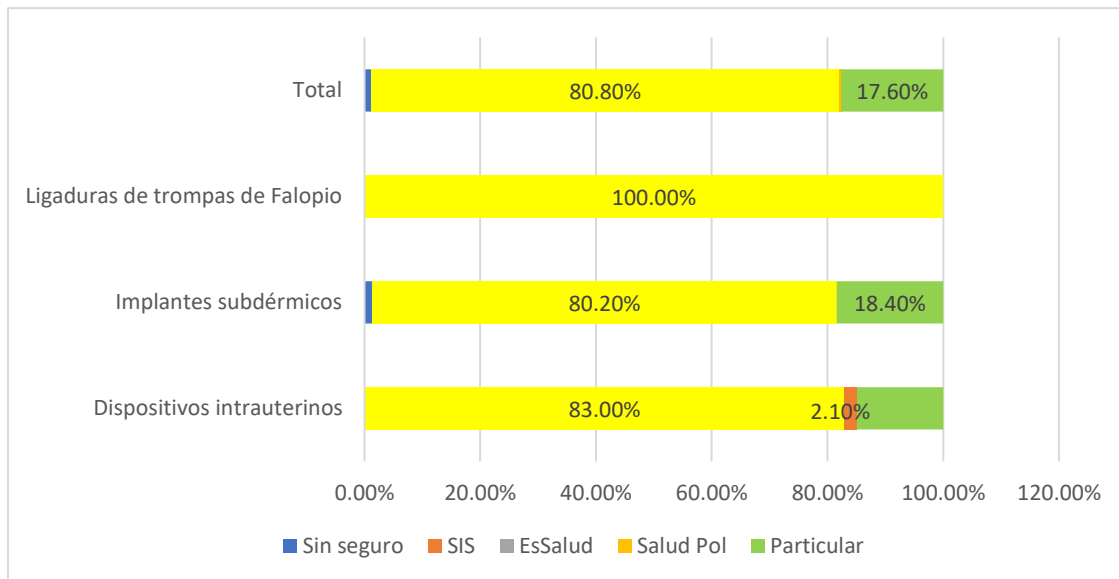


Gráfico 13. Frecuencia elección de métodos anticonceptivos según estado civil



En el gráfico 13, se evidencia el método anticonceptivo que recibieron las pacientes después de la atención, clasificadas por su estado civil, donde, del 65,5% que son convivientes, el 67,1% (139 pacientes) optaron por implantes subdérmicos y solo 1 optó por ligarse las trompas de Falopio. Además, del 18,0% de pacientes solteras, el 19,8% (41 pacientes) eligieron implantes subdérmicos, y finalmente, del 16,5% que corresponden a las casadas, el 31,9% (15 pacientes) utilizaron los dispositivos intrauterinos.

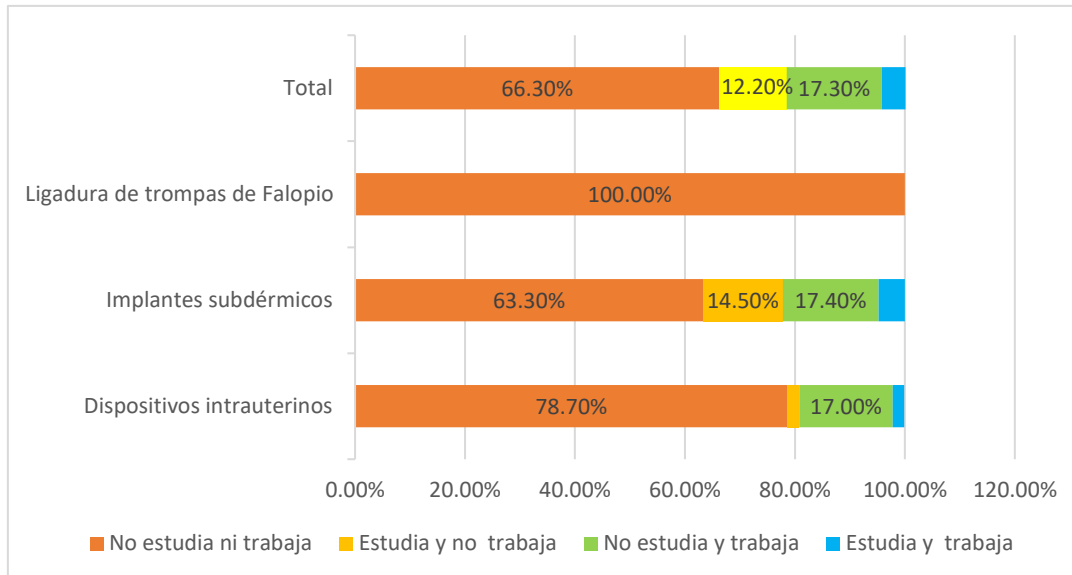
Gráfico 14. Frecuencia elección de métodos anticonceptivos según tipo de seguro



En el gráfico 14, se aprecia el tipo de método anticonceptivo que eligieron las pacientes después de la atención, respecto al tipo de seguro. Del 80,8%, correspondiente a las personas que tienen SIS, el 80,2% (166 pacientes) optaron por utilizar implantes subdérmicos y solo 1 optó por la ligadura de trompas de Falopio. Además, del 17,6% que poseen un seguro particular, el 18,4% (38 pacientes) eligieron usar implantes subdérmicos. Por otro lado, del 1,2% que no tiene seguro, el 1,4% (3 pacientes) decidieron usar los implantes subdérmicos y finalmente, el 9,4% equivale a una persona que tiene Salud Pol, la cual decidió optar por el implante subdérmico.



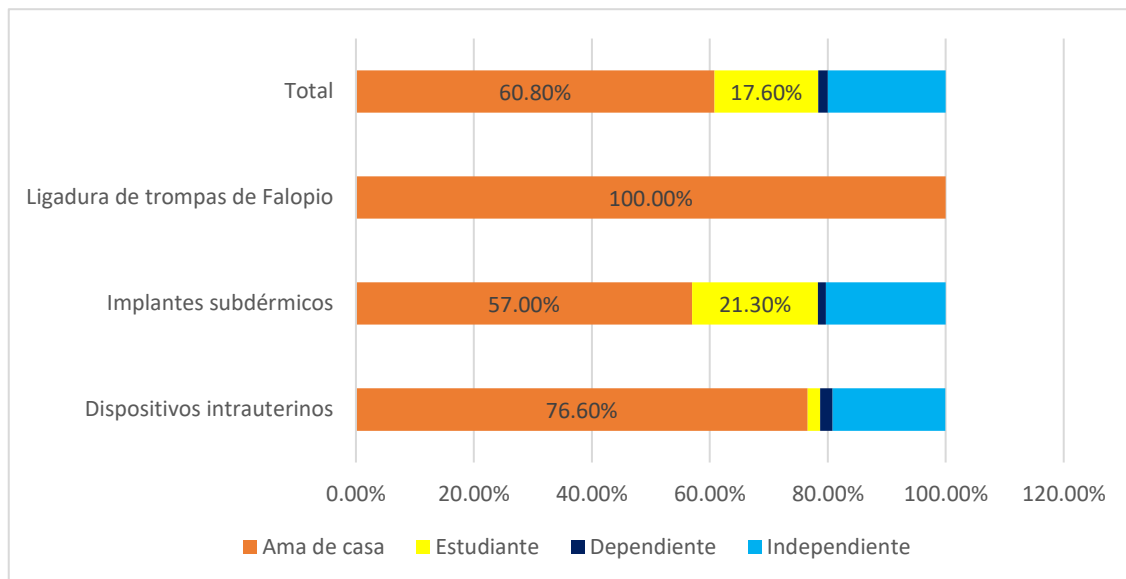
Gráfico 15. Frecuencia elección de métodos anticonceptivos según actividad actual que realiza



En el gráfico 15, se puede apreciar el método anticonceptivo que recibieron las pacientes después de la atención según su actividad actual. Del 66,3% de mujeres que no estudian ni trabajan, el 63,3% (131 pacientes) eligieron los implantes subdérmicos y solo 1 de ellas, optó por ligarse las trompas de Falopio. Por otro lado, del 17,3% de las pacientes que no estudian, pero sí trabajan, el 14,5% (30 pacientes) optaron por los implantes subdérmicos. Además, del 12,2% equivalente a las mujeres que estudian y no trabajan, el 14,5% (30 pacientes) eligieron los implantes y finalmente, del 4,3% de mujeres que estudian y trabajan a la vez, el 4,8% (10 pacientes) optaron por usar los implantes subdérmicos.



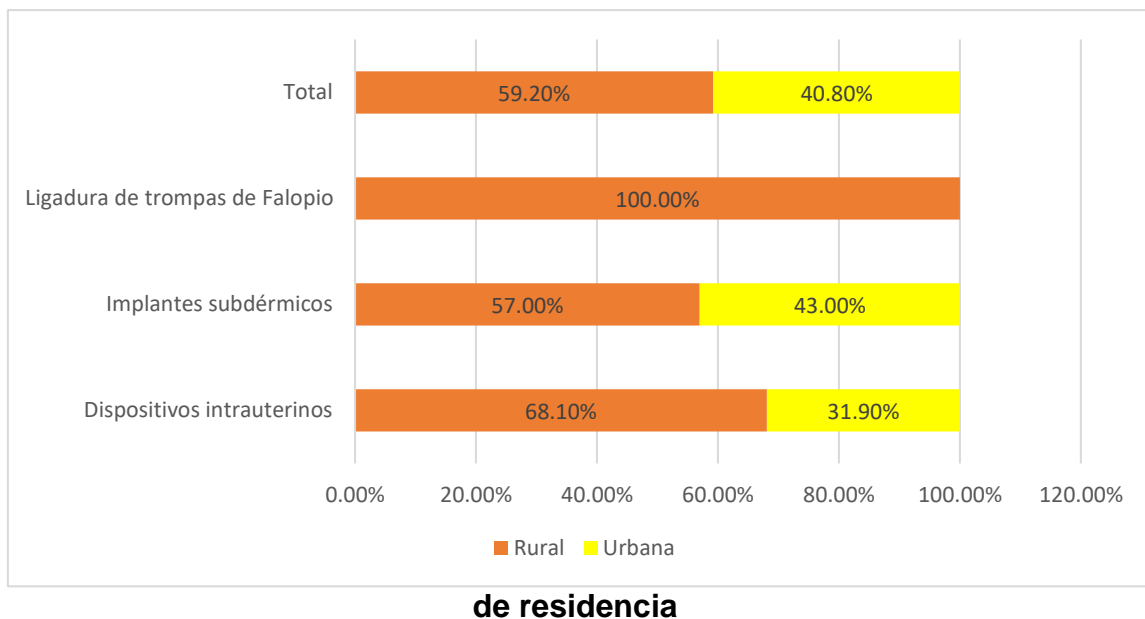
Gráfico 16. Frecuencia elección de métodos anticonceptivos según tipo de ocupación



En el gráfico 16, se observa el método anticonceptivo que recibieron las pacientes después de la atención del servicio de planificación familiar, según el tipo de ocupación que tienen. El 60,8% son ama de casa y de ese porcentaje, el 57,0% (118 pacientes) optaron por los implantes subdérmicos y solo 1 opta por la ligadura de trompas de Falopio. Además, el 20,0% de mujeres que trabajan independientemente, el 20,3% (42 pacientes) utilizan implantes subdérmicos. El 17,6% son estudiantes, de las cuales, el 21,3% (44 pacientes) prefieren los implantes subdérmicos. Finalmente, el 1,6% tienen una ocupación dependiente y de ellas, el 1,4% (3 pacientes) usan los implantes subdérmicos.



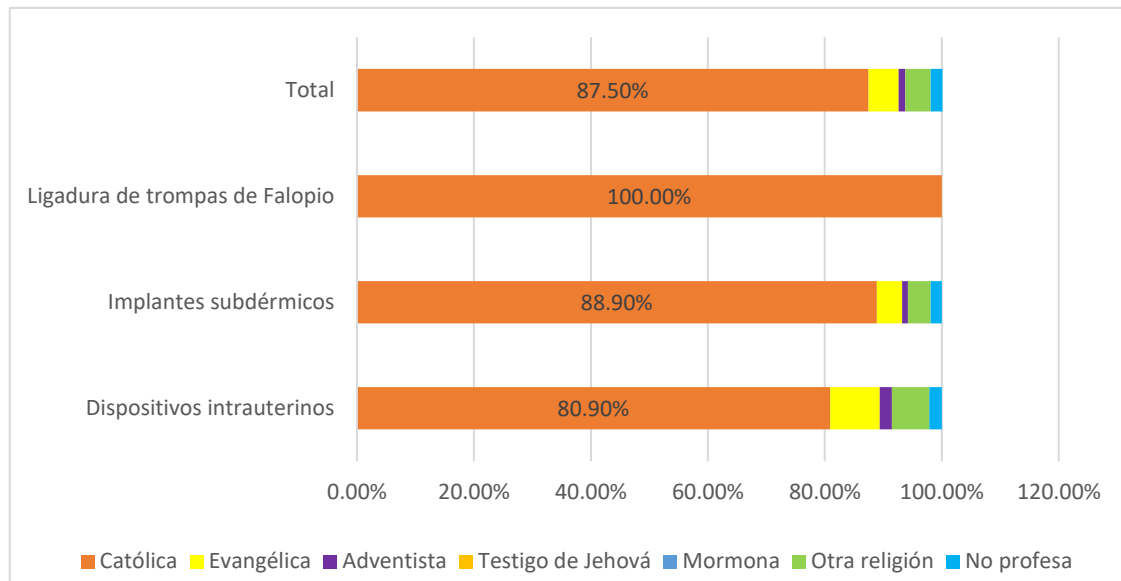
Gráfico 17. Frecuencia elección de métodos anticonceptivos según área



En el gráfico 17, se evidencia los métodos anticonceptivos que recibieron las pacientes después de la atención, según área de residencia. Del 59,2% que corresponde a las pacientes del área rural, el 68,1% (32 pacientes) optaron por los dispositivos intrauterinos, siendo solo 1. Por otro lado, del 40,8% que equivale al área urbana, el 43,0% (89 pacientes) eligen los implantes subdérmicos.



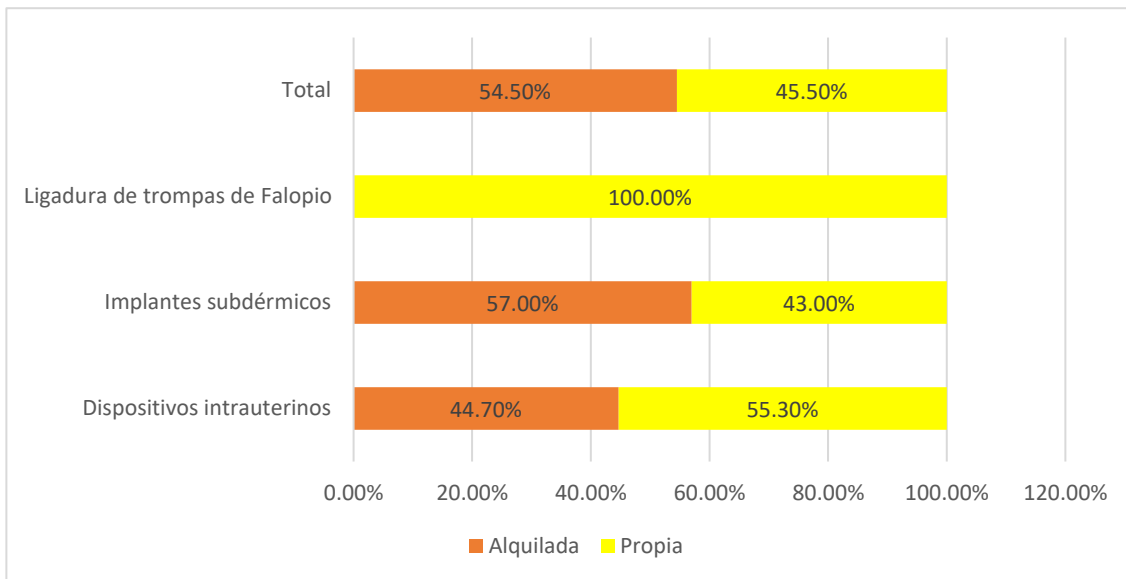
Gráfico 18. Frecuencia elección de métodos anticonceptivos según religión



En el gráfico 18, se observa el tipo de método anticonceptivo que recibieron las pacientes después de obtener el servicio de planificación familiar, respecto a la religión. El 87,5% corresponde a las pacientes católicas, quienes el 88,9% (184 pacientes) optan por los implantes subdérmicos y en menor medida por la ligadura de trompas de Falopio siendo solo 1 mujer quien elige ese método. Además, el 5,1% es evangelista, del cual, el 4,3% (9 pacientes) eligieron los implantes subdérmicos. Por otro lado, del 4,3% que equivale a las mujeres con otra religión, el 3,9% (8 pacientes) optaron por los implantes subdérmicos. Asimismo, el 1,2% es adventista, de las cuales, el 1,0% (2 pacientes) requieren de implantes subdérmicos. Es menor medida se encuentra el 2,0% de mujeres que no profesan, siendo el 1,9% (4 pacientes) que utilizan implantes subdérmicos.

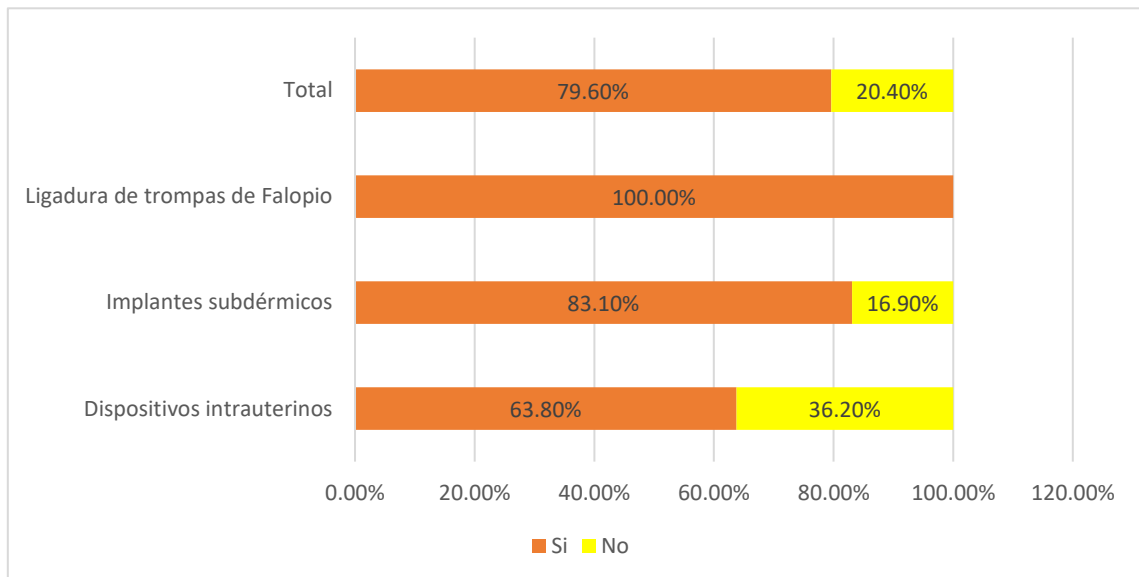


Gráfico 19. Frecuencia elección de métodos anticonceptivos según tipo de vivienda



En el gráfico 19, se aprecia los métodos anticonceptivos que recibió la muestra después de la atención que tuvo, respecto al tipo de vivienda. Del total de 54,5% que corresponde a las pacientes con vivienda alquilada, el 57,0% (118 pacientes) optaron por implantes subdérmicos. Por otro lado, del 45,5% de mujeres con casa propia, el 43,0% (89 pacientes) prefirieron también los implantes subdérmicos y solo 1 de ellas, optaron por la ligadura de trompas de Falopio.

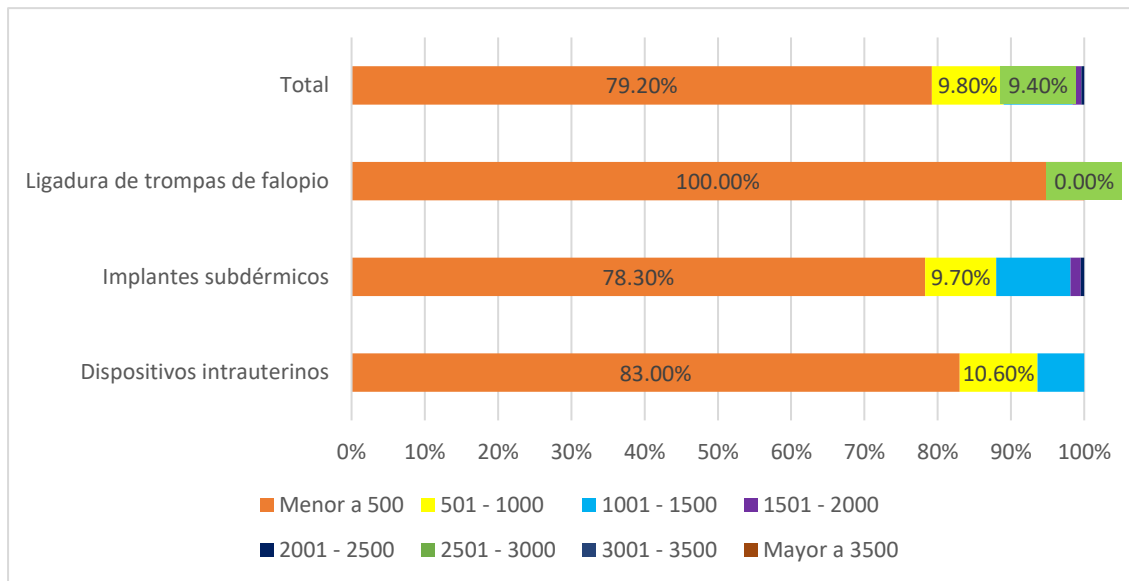
Gráfico 20. Frecuencia elección de métodos anticonceptivos según servicios básicos



El gráfico 20, permite apreciar los métodos anticonceptivos que recibieron las mujeres después de atenderse en el servicio de planificación familiar, en cuanto a los servicios básicos. Del total de 79,6% correspondiente a pacientes que sí cuentan con servicios básicos, el 83,1% (172 pacientes) optan por los implantes subdérmicos y solo 1 eligió la ligadura de trompas de Falopio. Por otro lado, del 20,4% equivalente a las mujeres que no tienen servicios básicos, el 16,9% (35 pacientes) eligieron los implantes subdérmicos.



Gráfico 21. Frecuencia elección de métodos anticonceptivos según Ingreso mensual económico



En el gráfico 21, se observan los métodos anticonceptivos que utilizaron las pacientes después de acudir al servicio de planificación familiar, respecto al ingreso mensual. Donde, del 79,2% equivalente a un ingreso menor 128.20 dólares americanos (500 Nuevos Soles) de las pacientes, el 78,3% (162 pacientes) optaron por los implantes subdérmicos y solo 1 por la ligadura de trompas de Falopio. Además, del 9,8% correspondiente a un ingreso de 128.20 – 256.42 dólares americanos (501 a 1000 soles), el 9,7% (20 pacientes) eligieron los implantes subdérmicos. Por otro lado, del 9,4% de mujeres que ganan mensualmente entre 256.42 – 576.92 dólares americanos (1001 a 1500 soles), el 10,1% manifiesta utilizar los implantes. Asimismo, del 1,2% de pacientes con ingresos de 256.42 - 512.82 dólares americanos (1501 a 2000 soles), el 1,4% (3 pacientes) prefiere utilizar implantes. Finalmente, del 0,4% que equivalente a las pacientes con ingresos desde 512.82 – 641.02 dólares americanos (2001 a 2500 nuevos soles), el 0,5% (1 paciente) optó por el implante subdérmico.



Objetivo específico 3. Describir las características obstétricas de las usuarias de métodos anticonceptivos de larga duración.

Tabla 3. Características obstétricas

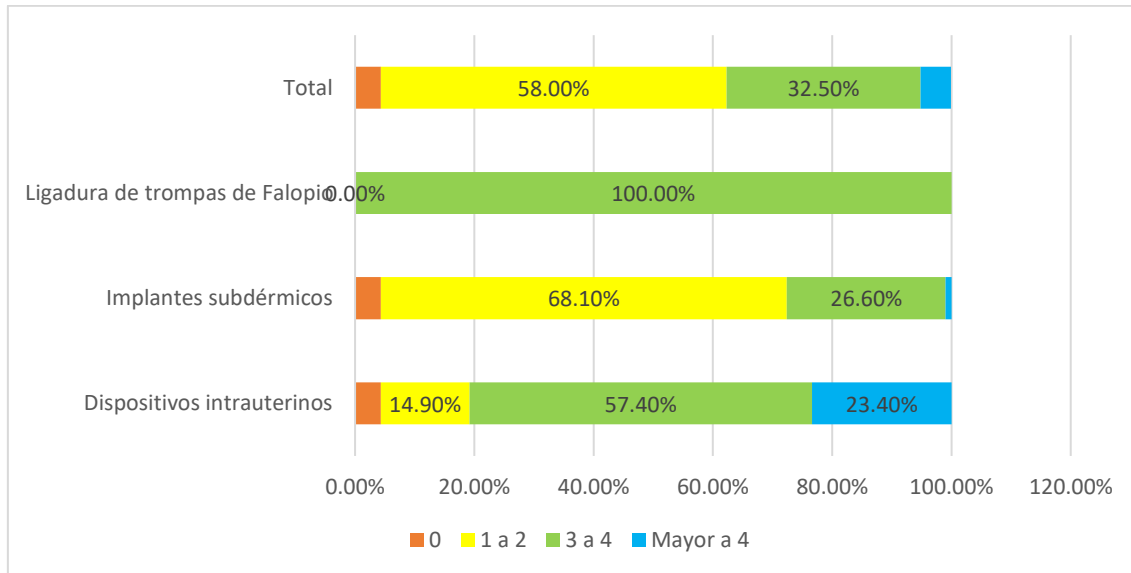
	N		Media	Mediana	Moda	Desv. Estándar
	Válido	Perdidos				
Número de gestas	255	0	2.30	2.00	2	1.597
Número de abortos	255	0	0.50	0.00	0	0.614
Número de partos	255	0	1.83	2.00	1	1.487
Número de hijos nacidos vivos	255	0	1.82	2.00	1	1.464
Número de controles prenatales	255	0	5.09	5.00	0	3.540
Periodo intergenesico	255	0	2.33	1.00	0	3.172

En la tabla 3, se aprecian las características obstétricas de las pacientes que se atendieron al servicio de planificación familiar en el Hospital Regional del Cusco, donde el número de gestas tuvo una media de 2.30 mediana y moda de 2, dando a entender que el rango predominante fue el de 1 a 2. En cuanto al número de abortos, la media fue de 0.50, mediana y moda de 0, dando a concluir que el número predominante de abortos fue 0. Respecto al número de partos, la media fue de 1.83, mediana de 2 y moda 1, dando a entender que el rango predominante fue de 1 a 2. Además, el número de hijos nacidos la media es de 1.82 con mediana de 2 y moda 1, dando a relucir que el rango predominante es de 1 a 2 hijos. Por otro lado, la media de número de controles prenatales es 5.09, con una mediana de 5 y moda 0, concluyendo que el rango predominante es de 1 a 6 controles. Finalmente, la media del periodo intergenésico es 2.33, con una



mediana de 1 y moda 0, dando a entender que el rango predominante es menor a 24 meses.

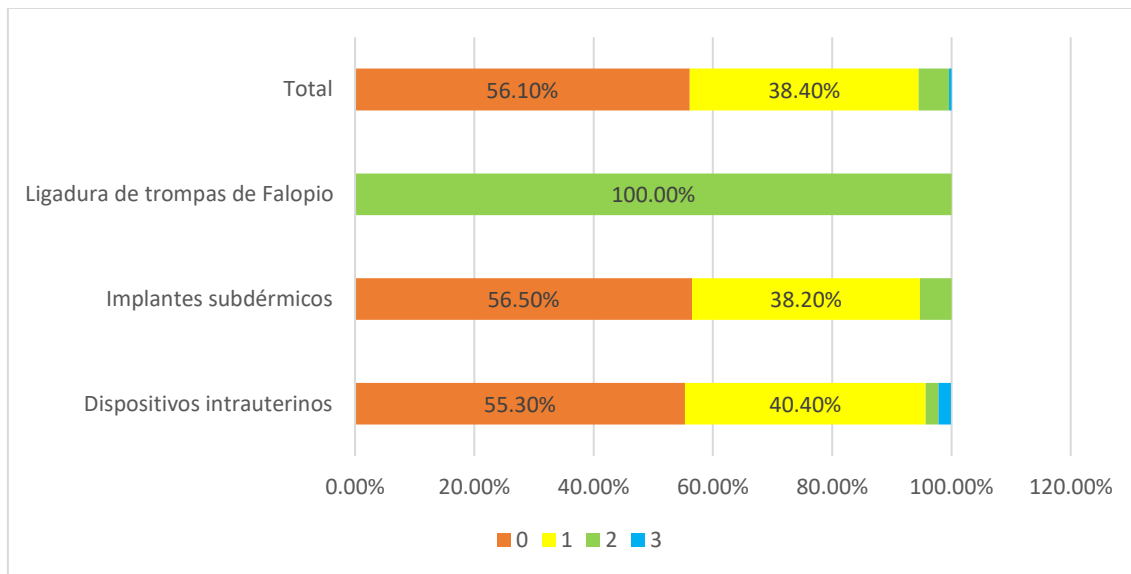
Gráfico 22. Frecuencia métodos anticonceptivos usados después de atención en planificación familiar según número de gestas



En el gráfico 22, se puede apreciar los métodos anticonceptivos que recibieron las pacientes después de la atención del servicio de planificación familiar, respecto al número de gestas de usuarias, donde del 58,0% equivalente a 1 y 2 gestas de las pacientes, el 68,1% (141 pacientes) optaron por los implantes subdérmicos. Por otro lado, del 32,5% correspondiente a 3 y 4 gestas, el 26,6% (55 pacientes) eligieron los implantes subdérmicos y solo 1, la ligadura de trompas de Falopio. En cuanto al 5,1% quienes equivalen a las gestas mayores de 4, el 23,4% (11 pacientes) optaron por los dispositivos intrauterinos. Finalmente, del 4,3% que corresponden a 0 gestas, el 4,3% (9 pacientes) optaron por los implantes subdérmicos.

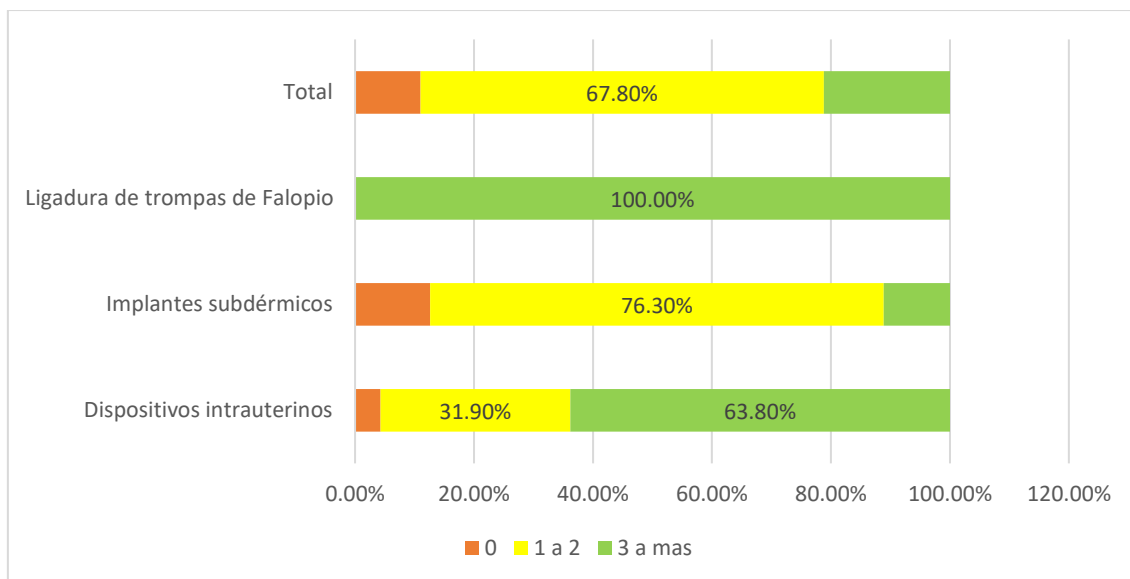


Gráfico 23. Frecuencia métodos anticonceptivos usados después de atención en planificación familiar según número de abortos



En el gráfico 23, se aprecian los métodos anticonceptivos que recibieron las pacientes después de la atención, respecto al número de abortos. Donde, del 56,1%, correspondiente a 0 abortos, el 56,5% (117 pacientes) optaron por los implantes subdérmicos. Por otro lado, del 38,4%, equivalente a 1 aborto, el 38,2% (79 pacientes) eligieron también los implantes subdérmicos. Además, del 5,1% correspondiente a 2 abortos, el 5,3% (11 pacientes) utilizaron los implantes subdérmicos y solo 1 la ligadura de trompas. Finalmente, del 0,4%, equivalente a 3 abortos, el 2,1% (1 paciente) optó por el dispositivo intrauterino.

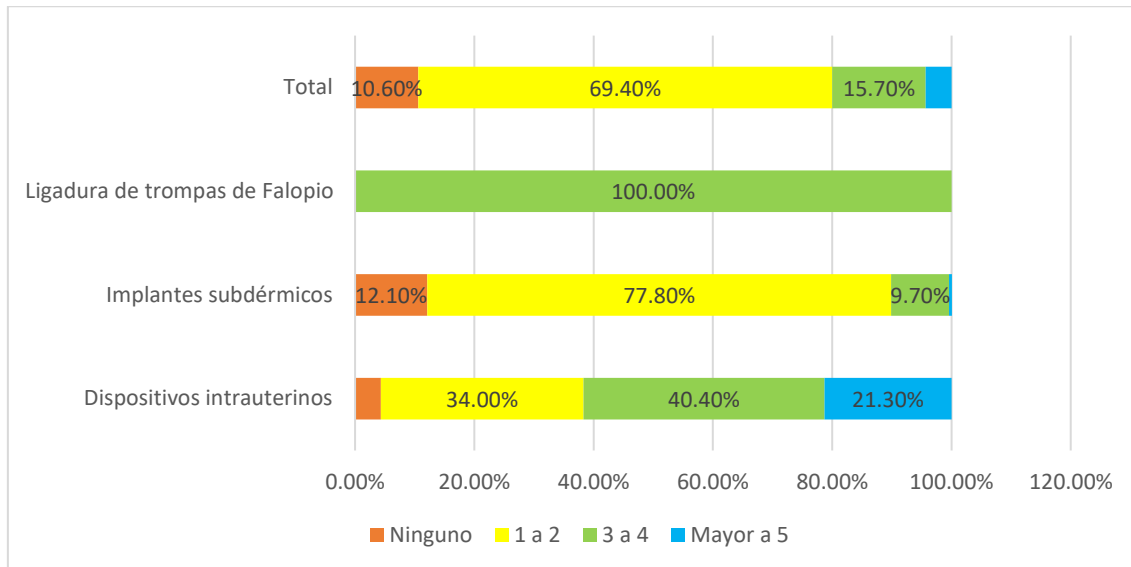
Gráfico 24. Frecuencia métodos anticonceptivos usados después de atención en planificación familiar según número de partos



En el gráfico 24, podemos observar los métodos anticonceptivos que recibieron las pacientes después de su respectiva atención en el servicio de planificación familiar, respecto al número de parto. Donde, del 67,8% equivalente al rango de 1 a 2 partos, el 76,3% (158 pacientes) optaron por los implantes subdérmicos. Además, del 21,2%, equivalente a 3 a más partos, el 63,8% (30 pacientes) utilizó los dispositivos intrauterinos y una la ligadura de trompas. Finalmente, del 11,0% que corresponde a 0 partos, el 12,6% (26 pacientes) optaron por los implantes subdérmicos.

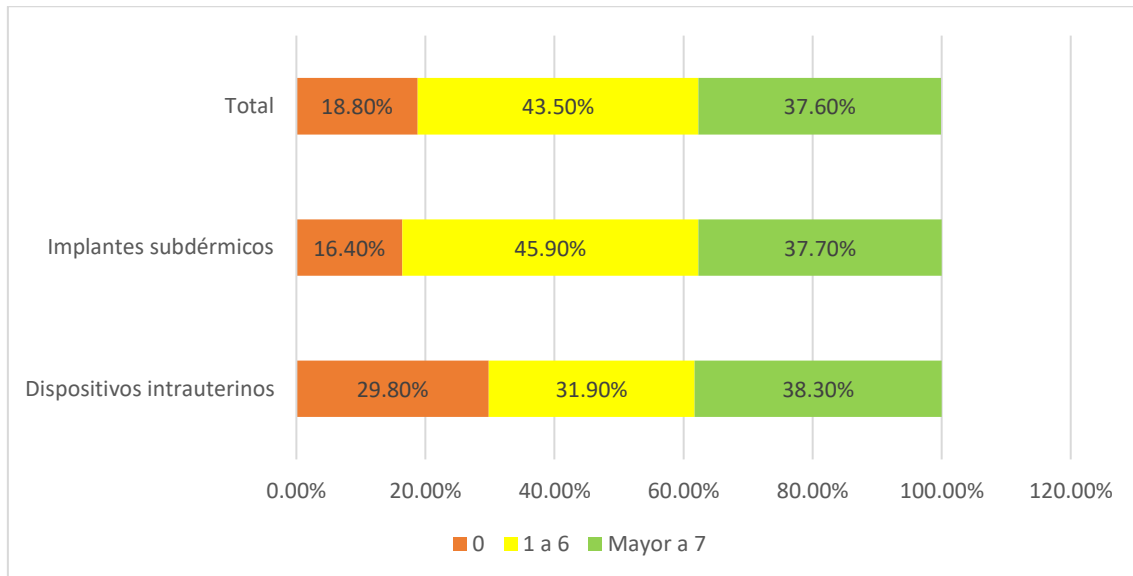


Gráfico 25. Frecuencia métodos anticonceptivos usados después de atención en planificación familiar según número de hijos vivos



En el gráfico 25, se aprecian los métodos anticonceptivos que recibieron las pacientes después de atenderse en el servicio de planificación familiar, respecto al número de hijos vivos. Del 69,4% que corresponde al rango de 1 a 2 hijos vivos, el 77,8% (161 pacientes) optaron por los implantes subdérmicos y el 0,0% por la ligadura de trompas de Falopio. Además, del 15,7% equivalente a las pacientes que tienen entre 3 a 4 hijos vivos, el 9,7% (20 pacientes) también prefieren los implantes subdérmicos y solo 1 mujer la ligadura de trompas. Por otro lado, del 10,6% de mujeres que no tienen ningún hijo vivo, el 12,1% (25 pacientes) optaron por los implantes subdérmicos. Finalmente, del 4,3% que son las mujeres que tienen más de 5 hijos vivos, el 21,3% (10 pacientes) eligieron los dispositivos intrauterinos.

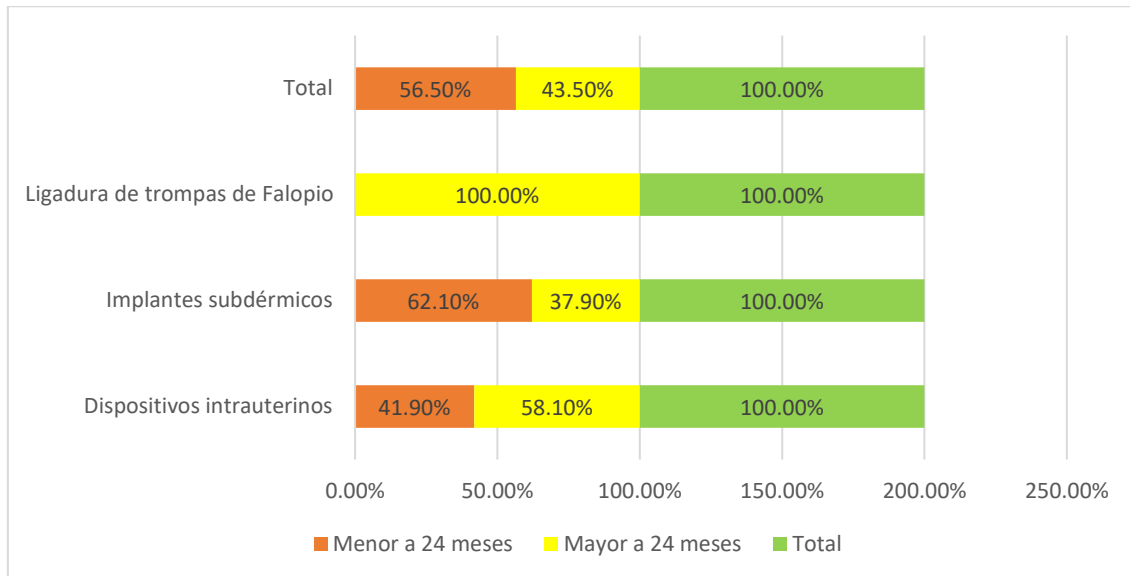
Gráfico 26. Frecuencia métodos anticonceptivos usados después de atención en planificación familiar según número de controles prenatales



En el gráfico 26, se aprecian los métodos anticonceptivos que recibieron las pacientes después de atenderse en el servicio de planificación familiar, en cuanto al número de controles prenatales. Donde, del 43,5%, que equivale de 1 hasta 6 controles prenatales, el 45,9% (95 pacientes) eligieron los implantes subdérmicos y solo 1 por la ligadura de trompas de Falopio. Además, del 37,6% que son las mujeres que han tenido más de 7 controles prenatales, el 37,7% (78 pacientes) optaron por los implantes subdérmicos. Asimismo, del 18,8% equivalente a ningún control prenatal, el 16,4% (34 pacientes) utilizan los implantes subdérmicos.



Gráfico 27. Frecuencia métodos anticonceptivos usados después de atención en planificación familiar según periodo intergenésico



Como se observa, en el gráfico 27, se aprecian los métodos anticonceptivos que las pacientes recibieron después de atenderse en el servicio de planificación familiar, respecto al periodo intergenésico. Donde, del 56,5% correspondiente a un periodo menor a 24 meses, el 62,1% (77 pacientes) optaron por los implantes subdérmicos. Por otro lado, del 43,5% equivalente a un periodo intergenésico mayor a 24 meses, el 37,9% (47 pacientes) eligieron también los implantes subdérmicos y solo 1 paciente optó por ligarse las trompas de Falopio.



4.3. Resultado del objetivo general

Describir las características sociodemográficas y obstétricas en usuarias de métodos anticonceptivos de larga duración reversibles en el consultorio de planificación familiar en pandemia en el hospital regional de Cusco 2021

Tabla 4. Tabla cruzada entre Características sociodemográficas y uso de anticonceptivos después de la atención en planificación familiar

		Dispositivos intrauterinos		Implantes subdérmicos		Ligadura de trompas de Falopio		Total	
		f	%	f	%	f	%	f	%
Características sociodemográficas									
Edad	21 - 30	7	14,9%	118	57,0%	0	0,0%	125	49,0%
Grado de instrucción	Secundaria completa	14	29,8%	98	47,3%	1	100,0%	113	44,3%
Estado civil	Conviviente	27	57,4%	139	67,1%	1	100,0%	167	65,5%
Tipo de seguro	SIS	39	83,0%	166	80,2%	1	100,0%	206	80,8%
Actividad actual	No estudia ni trabaja	37	78,7%	131	63,3%	1	100,0%	169	66,3%
Tipo de ocupación	Ama de casa	36	76,6%	118	57,0%	1	100,0%	15	60,8%
Área de residencia	Rural	32	68,1%	118	57,0%	1	100,0%	151	59,2%
Religión	Católica	38	80,9%	184	88,9%	1	100,0%	223	87,5%
Tipo de vivienda	Alquilada	21	44,7%	118	57,0%	0	0,0%	139	54,5%
Servicios básicos	Cuenta con servicios básicos	30	63,8%	172	83,1%	1	100,0%	203	79,6%
Ingreso mensual económico	Menor a 500	39	83,0%	162	78,3%	1	100,0%	202	79,2%

En las tablas 4 muestran todas las características sociodemográficas y obstétricas predominantes de las pacientes que optaron por los métodos anticonceptivos después de recibir atención de planificación familiar. En 83.0% las pacientes optaron por los implantes subdérmicos, predominante en pacientes que profesan religión católica, seguida del uso de dispositivos intrauterinos con como segunda opción con 78.3%. Además, de este grupo, sus características es que, son mujeres entre 21 a 30 años, con secundaria completa, conviviente, con



tipo de seguro SIS, no estudian ni trabajan, además, son amas de casa, viven en zonas rurales y casas alquiladas, católicas, cuenta con servicios básicos y sus ingresos mensuales son menores a \$127 (S/500).

Tabla 5. Tabla cruzada entre Características obstétricas predominantes y uso de anticonceptivos después de la atención en planificación familiar

		Dispositivos intrauterinos		Implantes subdérmicos		Ligadura trompas Falopio		de Total		
		F	%	f	%	f	%	f	%	
Características obstétricas										
Número de gestas	1 a 2	7	14,9%	141	68,1%	0	0,0%	148	58,0%	
Número de abortos	0	26	55,3%	117	56,5%	0	0,0%	143	56,1%	
Número de partos	1 a 2	15	31,9%	158	76,3%	0	0,0%	173	67,8%	
Número de hijos vivos	1 a 2	16	34,0%	161	77,8%	0	0,0%	177	69,4%	
Número de controles prenatales	1 a 6	15	31,9%	95	45,9%	1	100,0%	111	43,5%	
Periodo intergenésico	Menor a 24 meses	18	41,9%	77	62,1%	0	0,0%	95	56,5%	

En la tabla 5, se muestran las características obstétricas, las mujeres optan por los implantes subdérmicos en 62.1%, seguido de los dispositivos intrauterinos con 41.9% predominante en pacientes que tuvieron entre 1 y 2 hijos vivos con 69,4%, 1 a 2 partos 67.8%.



CAPITULO V: DISCUSIÓN

5.1 Análisis y conclusiones del estudio.

En el presente estudio, de acuerdo con el objetivo general, se obtuvieron las características sociodemográficas y obstétricas de las pacientes que recibieron métodos anticonceptivos en el consultorio de planificación familiar en el Hospital Regional de Cusco, 2021. En general, se evidenció que las pacientes prefieren optar por los implantes subdérmicos, además, de este grupo, como características sociodemográficas se encuentra que, son mujeres de 21 a 30 años, con secundaria completa, convivientes, con seguro SIS, las cuales no estudian ni trabajan, amas de casa, viven en zonas rurales y alquiladas, su religión es católica, cuentan con servicios básicos y sus ingresos mensuales son menores a \$127 (S/500). Por otro lado, en cuanto a las características obstétricas, independientemente de los números de gestas, abortos, partos, hijos vivos, controles prenatales y periodo intergenésico, las pacientes prefieren utilizar los implantes subdérmicos, y mayormente han tenido entre 1 y 2 hijos vivos, 1 a 2 partos y 0 abortos. Estos resultados pueden compararse con el estudio de İnal O., İnal HA., Küçükkendirci H., Sargın-Oruç A. y Güneç O. (18) quienes, en Alemania, realizaron una investigación a 10.730 mujeres del Policlínico de Planificación Familiar del Hospital de Capacitación e Investigación de Konya, donde la edad promedio fue de $31,57 \pm 8,14$ años, número de nacimientos promedio de $1,92 \pm 1,01$ y el número de hijos $1,83 \pm 0,90$. Entre las mujeres de la muestra, el 65% eran egresadas de la escuela secundaria, el 88,92% tenían seguridad social y el 82,84% pertenecían al grupo de ingresos medios según su situación económica. Por otro lado, se evidenció que el método más elegido fue el dispositivo intrauterino (DIU) y el menos preferido fue el



implante subcutáneo (IS). Asimismo, el uso del DIU, anticonceptivos orales e IS aumentó a medida que mejoraba el nivel socioeconómico y educativo ($p < 0,05$). Los resultados son útiles y necesarios, puesto que contribuyen significativamente en lo que respecta a estadísticas sociodemográficas y obstétricas actuales sobre métodos anticonceptivos, las cuales permiten inferir y tener mayor conocimiento de cuál es la edad promedio de las mujeres que optan por acudir al servicio de planificación familiar, qué tipo de economía tienen, nivel de educación, número de hijos, abortos, si cuentan con un seguro de vida o no, entre otros. Además, permite aclarar que, el servicio de planificación familiar influye en la toma de decisiones de los pacientes, puesto que, el especialista genera concientización en los pacientes brindándoles conocimientos y haciéndoles entender que la práctica de la anticoncepción de manera planificada, conlleva a diversos beneficios que favorecen a la salud de la mujer y el recién nacido, y por supuesto, a otros ámbitos como el social y económico, tal como lo describe la Organización Mundial de la Salud (1). Por este motivo, es que se infiere que hubo cambios antes y después del servicio.

Por otro lado, el primer objetivo específico fue identificar los métodos anticonceptivos de larga duración reversibles en usuarias que acuden al consultorio de planificación familiar, por lo cual se obtuvo que, respecto al método anticonceptivo que utilizaron antes de recibir la atención, el 45,0% no utilizaron ningún método anticonceptivo, el 16,0% consumieron píldoras orales, el 13,0% usaron métodos naturales, el 10,0% optaron por condones masculinos, el 6,0% se aplicaron inyectables trimestrales, el 5,0% utilizaron inyectables mensuales, el 2,0% optaron por implantes subdérmicos y el 2,0% eligieron dispositivos intrauterinos. Además, referente al método anticonceptivo después



de recibir atención, se determinó que, el método más usado es el implante subdérmico con 81,2%, seguido de los dispositivos intrauterinos con 18,4% y último fue la ligadura de trompas con 0,4%. En vista a los datos, se infiere que, casi la mitad de las pacientes anteriormente no se protegían con algún método anticonceptivo; sin embargo, después del servicio de planificación familiar, más del 81,2% de las pacientes optaron por utilizar los implantes subdérmicos, interpretándose que, el servicio de planificación familiar fue de mucha ayuda para que las pacientes decidan llevar una vida sexual y reproductiva segura y con responsabilidad. Estos datos son semejantes del estudio de Lindh I., Hognert H., y Milsom I. quienes, mediante una muestra de mujeres jóvenes de Gotemburgo -Suecia, encontraron una diferencia de uso entre el año 1991 y 2001, donde en el año 1991, el 62% de su muestra usaba anticonceptivos y en el 2001, este porcentaje aumentó en 78% optando por implantes, anticonceptivos intrauterinos y píldoras de progestágeno (16). Se evidencia entonces que, cada vez, la población tiene en consideración que los métodos anticonceptivos son fundamentales para optar por una vida sexual y reproductiva sana, puesto que, tienen muchos beneficios tal y como lo menciona la Organización Mundial de la Salud (1) los cuales son la prevención de riesgos en el embarazo, reduce la mortalidad infantil, previene la infección por el VIH y el sida, además refuerza el poder de decisión y una mejor educación puesto que, al no tener la responsabilidad de conlleva un hijo, podrán tener oportunidades de educación superior, además, reduce el embarazo en adolescentes y por ende, habrá un menor crecimiento poblacional.

Respecto al segundo objetivo específico, el cual permitió describir las características sociodemográficas de las pacientes, se menciona que, la edad



más frecuente de pacientes que acudieron al servicio de planificación familiar del Hospital Regional del Cusco en pandemia pertenece al rango de 21-30 años con 49,9% de las cuales el 57,0% (118 pacientes) optaron por los implantes subdérmicos. Además, del 44,3% correspondiente al grado de instrucción secundaria completa, el 47,3% (98 pacientes) eligieron también los implantes subdérmicos y 1 la ligadura de trompas. Asimismo, del 65,5% que equivale al estado civil conviviente, el 67,1% (139 pacientes) utilizaron los implantes subdérmicos y 1 la ligadura de trompas. Por otro lado, del 80,8% de pacientes con SIS, el 80,2% (166 pacientes) optaron por los implantes subdérmicos y 1 por la ligadura de trompas. Por otro lado, del 66,3% que no estudia ni trabaja, el 63,3% (131 pacientes) eligieron los implantes subdérmicos y 1 la ligadura de trompas. Además, del 59,2% que corresponde a las pacientes que viven en zonas rurales, el 57,0% (118 pacientes) también optaron por los implantes subdérmicos y 1 por la ligadura de trompas. Referente al 87,5% de religión católica, el 88,9% (184 pacientes) optaron por los implantes subdérmicos y 1 por la ligadura de trompas. Asimismo, del 54,5% de mujeres con viviendas alquiladas, el 57,0% (118 pacientes) prefieren los implantes subdérmicos. Y del 79,6% de pacientes que sí cuentan con servicios básicos, el 83,1% (172 pacientes) eligieron los implantes subdérmicos y 1 la ligadura de trompas. Finalmente, del 79,2% que equivale a un ingreso menor de \$127 (S/500), el 78,3% eligieron también los implantes subdérmicos y 1 la ligadura de trompas de Falopio. Por lo tanto, las características sociodemográficas predominantes de las pacientes que optaron mayormente por los implantes subdérmicos son, mujeres de 21 a 30 años, con secundaria completa, convivientes, con SIS, no estudian ni trabajan, amas de casa, viven en zonas rurales y alquiladas, son



católica, cuenta con servicios básicos y sus ingresos son menores a \$127 (S/500). Estos resultados se pueden comparar con la investigación de Lamidi EO, quien realizó un estudio en mujeres de Nigeria donde encontró que, la proporción de mujeres sexualmente activas, casadas y en convivencia que utilizan métodos anticonceptivos modernos varía depende los estados de Kano, Yobe, Jigawa y Osun. Es decir, los estados donde residen mujeres con mayor proporción de educación secundaria o superior y tasas más altas de participación laboral femenina y más poder de decisión de su salud, tenían probabilidades más altas de usar anticonceptivos modernos, por lo que, las características propias de cada población hacen variar sustancialmente el uso de anticonceptivos (16). Los resultados encontraron resultados relevantes, debido a que se pudo identificar las características sociodemográficas de las pacientes que optan por el servicio de planificación familiar, quienes, en su mayoría, prefieren utilizar los implantes subdérmicos y solo 1 persona, la ligadura de trompas de Falopio. Se entiende entonces que, el implante subdérmico (36) es un método anticonceptivo que prefieren las mujeres posiblemente porque es un método que actuará en el cuerpo de la mujer por 3 años, es efectivo para evitar los embarazos no deseados y, sobre todo, porque es reversible. Por el contrario, no eligen la ligadura de trompas, a excepción de 1 mujer, porque es un método irreversible, puesto que, la mayoría de las pacientes aún son jóvenes y su motivo de consulta, por el momento, solo sería prevenir un embarazo, sin descartar un posible embarazo en el futuro, cuando sus condiciones económicas mejoren.

Finalmente, el tercer objetivo específico se basó en describir las características obstétricas de las usuarias, por lo cual se halló que, de acuerdo con el número de gestas, del 58,0% correspondiente a 1-2 gestas, el 68,1% (141



pacientes) prefieren utilizar los implantes subdérmicos. Referente al número de abortos, del 56,1%, equivalente a 0 abortos, el 56,5% (117 pacientes) optaron por los implantes subdérmicos. Además, del 67,8% correspondiente a 1 -2 número de partos, el 76,3% (158 pacientes) utilizaron los implantes subdérmicos. Por otro lado, del 69,4% equivalente a 1-2 hijos vivos, el 77,8% (161 pacientes) optaron por los implantes subdérmicos. Asimismo, del 43,5% que equivale a 1-6 número de controles prenatales, el 45,9% (95 pacientes) también prefirieron los implantes subdérmicos y 1 la ligadura de trompas. Finalmente, del 56,5% que corresponde a un periodo intergenésico menor a 24 meses, el 62,1% (77 pacientes) optaron por los implantes subdérmicos. En base a estos resultados, es importante mencionar el estudio de Kakaiya R., Lopez L. y Nelson A. (20) quienes, en su análisis en 500 mujeres de Estados Unidos, de 18 a 45 años con diferentes niveles de estudios, determinaron que, más de dos tercios de las mujeres sobreestimaron significativamente la eficacia de cada uno de los métodos anticonceptivos. Además, el 56% pensaba que los anticonceptivos orales eran al menos tan peligrosos para la salud de la mujer como el embarazo.

Se identificó las características obstétricas de las mujeres que acudieron al servicio de planificación familiar, donde es válido resaltar que, anteriormente las mujeres no se protegían con ningún método anticonceptivo; sin embargo, después del servicio de planificación familiar, las mujeres empezaron a utilizar mayormente los implantes subdérmicos donde, las características obstétricas principales fueron que, han tenido entre 1-2 gestas, 0 abortos, 1-2 partos, 1-2 hijos vivos, 1-6 controles prenatales y un periodo intergenésico menor a 24 meses y el implante subdérmico sería un método ideal para ellas, con lo cual se



infiere que, este método se adapta a las condiciones obstétricas que han atravesado las mujeres. Además, para ello, es importante que las personas dejen de infravalorar la eficacia de estos métodos, por ello es imprescindible que cada persona acuda al servicio de planificación familiar para despejar sus dudas y preguntas sobre temas que aún no conocen o en todo caso, tienen información errada.

5.2 Limitaciones del estudio

El estudio se realizó en el contexto de pandemia COVID-19, donde la principal limitante fue no realizar la encuesta de manera presencial debido al rechazo de algunos pacientes a la encuesta vía telefónica, por diferentes motivos: la primera que la población son del género femenino y es información íntima, así lo demuestra el presente estudio y la literatura internacional, esta población en gran porcentaje aún es ajena al manejo telefónico y virtual para brindar información personal y principalmente sobre su sexualidad, la segunda fue la desconfianza y miedo de consentir datos por las diferentes modalidades de robo digital como el phishing, en tercer lugar en nuestra base de datos obtenida del servicio de planificación familiar del Hospital Regional – Cusco, se encontraron números de celulares que en muchos de los casos no correspondían a las pacientes y los familiares que no vivían con el paciente y que no sabían que información brindar. Estas limitantes hicieron que tampoco se evalúen otros factores encontrados en diferentes antecedentes como el conocimiento sobre los métodos anticonceptivos, ventajas, desventajas y la adherencia a estos.



5.3 Conclusiones

1. Se concluye que la población usuaria de métodos anticonceptivos de larga duración reversibles, antes de recibir el servicio de planificación familiar, el 45,0% de las usuarias no utilizaba ningún método anticonceptivo, siendo evidente que algunas de ellas optaban por los métodos naturales y solo el 2.0% se protegían con los implantes subdérmicos y también con dispositivos intrauterinos. Sin embargo, después de recibir el servicio se pudo identificar que, el método más utilizado son los de larga duración, en especial el implante subdérmico con un 81,2% de prevalencia, seguido del dispositivo intrauterino con 18,4% y la ligadura de trompas con 0,4%, por lo tanto la atención del servicio de planificación familiar tuvo una óptima influencia en la toma de decisiones de las usuarias, puesto que, el personal encargado es especialista en brindar información pertinente y concientizar sobre la importancia que tienen los métodos anticonceptivos en las mujeres, basándose en la información de cada una, respecto a sus características demográficas y obstétricas.

2. Referente a las características sociodemográficas, las mujeres que acudieron al servicio de planificación familiar tienen entre 21 a 30 años, secundaria completa, son convivientes, cuentan con seguro del SIS, no estudian ni trabajan, son amas de casa, viven en zonas rurales, son católicas, cuentan con servicios básicos y sus ingresos son menores a \$127 (S/500). Finalmente, teniendo en cuenta todas sus características, el método anticonceptivo de larga duración que las pacientes pudieron elegir fueron los implantes subdérmicos, debido a recibieron atención por especialistas, tienen conocimientos de que los métodos anticonceptivos son importantes para su salud sexual y reproductiva, además, se informaron sobre la efectividad, no pone en riesgo su salud y es un



método efectivo, no genera riesgos ni daños en la salud sexual o reproductiva de las pacientes y les genera un gran ahorro económico, ya que es gratuito por el SIS.

3. Respecto a las características obstétricas de las usuarias, el número de gestas que tuvieron las mujeres muestra de estudio, fue de 1 a 2, han tenido 0 abortos, entre 1 a 2 partos, además de 1 a 2 hijos vivos. El número de controles prenatales fue de 1 a 6 y el periodo intergenésico fue menor a 24 meses. Finalmente, a pesar de las diversas características obstétricas que las pacientes puedan tener, el método elegido por ellas y recomendado por el especialista que brindó el servicio, fue el implante subdérmico, dado que consta de efectividad, es un método de larga duración, el estado lo brinda gratuitamente y, sobre todo, no genera daños en la salud de la mujer. Respecto a las características obstétricas, han tenido entre 1 a 2 gestas, 0 abortos, 1 a 2 partos, 1 a 2 hijos vivos, 1 a 6 controles prenatales y un periodo intergenésico menor a 24 meses.

4. Finalmente, el método anticonceptivo más elegido por las usuarias que acudieron al Hospital Regional de Cusco fue el implante subdérmico en las mujeres que tienen entre 21 a 30 años y desean prevenir un embarazo no deseado o no planificado.

5.4 Recomendaciones

1. Se recomienda, al director del Hospital Regional de Cusco, proponer en coordinación con el servicio de Gineco-obstetricia la realización de taller de métodos anticonceptivos para orientar al grupo objetivo de acuerdo con las instituciones educativas, periódicamente.



2. Se recomienda al director del Hospital Regional de Cusco y al servicio de Gineco-obstetricia taller de sexualidad y paternidad responsable en adolescente en forma mensual en la instalación del hospital regional, con colaboración de grupos de apoyo social

3. Se recomienda al director del Hospital Regional de Cusco y al servicio de Gineco-obstetricia la realización de campañas de promoción de salud sexual orientada a los docentes de las instituciones educativas correspondientes, semestralmente.

4. Para la universidad, y la facultad de ciencias de la salud, se recomienda promover la investigación social de salud sexual y reproductiva.

5. Se recomienda la interacción de la población con los servicios de salud para promover y prevenir los embarazos temprano y no deseados.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Schwartz JL, Weiner DH, Lai JJ, Frezieres RG, Creinin MD, Archer DF, et al. Contraceptive Efficacy, Safety, Fit, and Acceptability of a Single-Size Diaphragm Developed With End-User Input. *Obstetrics & Gynecology*. abril de 2015;125(4):895-903.
2. Lima: INEI; 2020. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar - ENDES 2020.
3. Planificación familiar [Internet]. [citado 17 de abril de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception>
4. Parks C, Peipert JF. Eliminating health disparities in unintended pregnancy with long-acting reversible contraception (LARC). *Am J Obstet Gynecol*. junio de 2016;214(6):681-8.
5. Schivone GB, Blumenthal PD. Contraception in the Developing World: Special Considerations. *Semin Reprod Med*. mayo de 2016;34(3):168-74.
6. Ahmed S, Creanga AA, Gillespie DG, Tsui AO. Economic Status, Education and Empowerment: Implications for Maternal Health Service Utilization in Developing Countries. *PLOS ONE*. 23 de junio de 2010;5(6):e11190.
7. Winner B, Peipert JF, Zhao Q, Buckel C, Madden T, Allsworth JE, et al. Effectiveness of Long-Acting Reversible Contraception. *New England Journal of Medicine*. 24 de mayo de 2012;366(21):1998-2007.



8. Cleland J, Conde-Agudelo A, Peterson H, Ross J, Tsui A. Contraception and health. *The Lancet*. 14 de julio de 2012;380(9837):149-56.
9. Taub RL, Jensen JT. Advances in contraception: new options for postpartum women. *Expert Opin Pharmacother*. mayo de 2017;18(7):677-88.
10. Wu JP, Moniz MH, Ursu AN. Long-acting Reversible Contraception—Highly Efficacious, Safe, and Underutilized. *JAMA*. 24 de julio de 2018;320(4):397-8.
11. Norma técnica de salud de planificación familiar / Ministerio de Salud. Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública. Dirección de Salud Sexual y Reproductiva. MINSA; 2017.
12. Stoddard A, McNicholas C, Peipert JF. Efficacy and safety of long-acting reversible contraception. *Drugs*. 28 de mayo de 2011;71(8):969-80.
13. Turok DK, Gawron LM, Lawson S. New developments in long-acting reversible contraception: the promise of intrauterine devices and implants to improve family planning services. *Fertil Steril*. noviembre de 2016;106(6):1273-81.
14. Lindh I, Ellström AA, Milsom I. The long-term influence of combined oral contraceptives on body weight. *Human Reproduction*. 1 de julio de 2011;26(7):1917-24.
15. Lindh I, Hognert H, Milsom I. The changing pattern of contraceptive use and pregnancies in four generations of young women. *Acta Obstet Gynecol Scand*. noviembre de 2016;95(11):1264-72.



16. Lamidi EO. State Variations in Women's Socioeconomic Status and Use of Modern Contraceptives in Nigeria. PLOS ONE. 10 de agosto de 2015;10(8):e0135172.
17. Morgan CR, Liu H. The relationship between area deprivation and prescription of long-acting reversible contraception in women of reproductive age in Lothian, Scotland, UK. J Fam Plann Reprod Health Care. 1 de octubre de 2017;43(4):281-8.
18. Öztürk İnal Z, İnal HA, Küçükkendirici H, Sargın Oruç A, Güneç O. The level of using family planning methods and factors that influence the preference of methods in the Konya-Merem area. J Turk Ger Gynecol Assoc. junio de 2017;18(2):72-6.
19. Ihongbe TO, Masho SW. Changes in the Use of Long-Acting Reversible Contraceptive Methods Among U.S. Nulliparous Women: Results from the 2006-2010, 2011-2013, and 2013-2015 National Survey of Family Growth. J Womens Health (Larchmt). marzo de 2018;27(3):245-52.
20. Kakaiya R, Lopez LL, Nelson AL. Women's perceptions of contraceptive efficacy and safety. Contraception and Reproductive Medicine. 20 de junio de 2017;2(1):19.
21. MCKINNEY D, HOUSE M, CHEN A, MUGLIA L, DEFRANCO E. The Influence of Interpregnancy Interval on Infant Mortality. Am J Obstet Gynecol. marzo de 2017;216(3):316.e1-316.e9.
22. Vu LTH, Oh J, Bui QTT, Le ATK. Use of modern contraceptives among married women in Vietnam: a multilevel analysis using the Multiple Indicator



- Cluster Survey (2011) and the Vietnam Population and Housing Census (2009). *Global Health Action*. 1 de diciembre de 2016;9(1):29574.
23. Salazar M, Öhman A. Who is using the morning-after pill? Inequalities in emergency contraception use among ever partnered Nicaraguan women; findings from a national survey. *Int J Equity Health*. 10 de septiembre de 2014;13:61.
24. Home [Internet]. [citado 17 de abril de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int>
25. Woodhams EJ, Gilliam M. Contraception. *Ann Intern Med*. 5 de febrero de 2019;170(3):ITC18-32.
26. Hatcher RA. *Contraceptive Technology*. Ardent Media; 2007. 941 p.
27. Williams RL, Fortenberry JD. Update on adolescent condom use. *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology*. octubre de 2011;23(5):350-4.
28. Graesslin O, Korver T. The contraceptive efficacy of Implanon®: A review of clinical trials and marketing experience. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*. 1 de enero de 2008;13(sup1):4-12.
29. Ireland LD, Allen RH. Combination Oral Contraceptive Pills. En: Shoupe D, editor. *The Handbook of Contraception: Evidence Based Practice Recommendations and Rationales* [Internet]. Cham: Springer International Publishing; 2020 [citado 1 de febrero de 2022]. p. 25-43. (Current Clinical Practice). Disponible en: https://doi.org/10.1007/978-3-030-46391-5_2



30. Ahrendt HJ, Nisand I, Bastianelli C, Gómez MA, Gemzell-Danielsson K, Urdl W, et al. Efficacy, acceptability and tolerability of the combined contraceptive ring, NuvaRing, compared with an oral contraceptive containing 30 µg of ethinyl estradiol and 3 mg of drospirenone. *Contraception*. 1 de diciembre de 2006;74(6):451-7.
31. Creinin MD, Meyn LA, Borgatta L, Barnhart K, Jensen J, Burke AE, et al. Multicenter Comparison of the Contraceptive Ring and Patch: A Randomized Controlled Trial. *Obstetrics & Gynecology*. febrero de 2008;111(2 Part 1):267-77.
32. Lopez LM, Grimes DA, Gallo MF, Schulz KF. Skin patch and vaginal ring versus combined oral contraceptives for contraception. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. 2010 [citado 1 de febrero de 2022];(3). Disponible en: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD003552.pub3/full>
33. Zieman M, Guillebaud J, Weisberg E, Shangold GA, Fisher AC, Creasy GW. Contraceptive efficacy and cycle control with the Ortho Evra™/Evra™ transdermal system: the analysis of pooled data. *Fertility and Sterility*. 1 de febrero de 2002;77:13-8.
34. Rosenberg ES, Dufort EM, Udo T, Wilberschied LA, Kumar J, Tesoriero J, et al. Association of Treatment With Hydroxychloroquine or Azithromycin With In-Hospital Mortality in Patients With COVID-19 in New York State. *JAMA*. 23 de 2020;323(24):2493-502.



35. Black KI, Kubba A. Non-oral contraception. *Obstetrics, Gynaecology & Reproductive Medicine*. 1 de diciembre de 2008;18(12):324-9.
36. Wu JP, Pickle S. Extended use of the intrauterine device: a literature review and recommendations for clinical practice. *Contraception*. 1 de junio de 2014;89(6):495-503.
37. McNicholas C, Swor E, Wan L, Peipert JF. Prolonged use of the etonogestrel implant and levonorgestrel intrauterine device: 2 years beyond Food and Drug Administration–approved duration. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 1 de junio de 2017;216(6):586.e1-586.e6.
38. Committee Opinion No. 642: Increasing Access to Contraceptive Implants and Intrauterine Devices to Reduce Unintended Pregnancy. *Obstet Gynecol*. octubre de 2015;126(4):e44-8.
39. INEI. INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA. Resultados definitivos. 2018.
40. Gutiérrez M. La planificación familiar como herramienta básica para el desarrollo. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*. julio de 2013;30(3):465-70.
41. Gutiérrez Ramos M. Los métodos reversibles de larga duración (LARC), una real opción anticonceptiva en el Perú. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*. enero de 2017;63(1):83-8.



42. White K, Hopkins K, Potter JE, Grossman D. Knowledge and attitudes about long-acting reversible contraception among Latina women who desire sterilization. *Womens Health Issues*. agosto de 2013;23(4):e257-263.
43. Trussell J, Lalla AM, Doan QV, Reyes E, Pinto L, Gricar J. Cost effectiveness of contraceptives in the United States. *Contraception*. enero de 2009;79(1):5-14.
44. Madden T, Mullersman JL, Omvig KJ, Secura GM, Peipert JF. Structured contraceptive counseling provided by the Contraceptive CHOICE Project. *Contraception*. agosto de 2013;88(2):243-9.
45. Mansour D, Bahamondes L, Critchley H, Darney P, Fraser IS. The management of unacceptable bleeding patterns in etonogestrel-releasing contraceptive implant users. *Contraception*. marzo de 2011;83(3):202-10.
46. Committee on Gynecologic Practice. ACOG Committee Opinion Number 540: Risk of venous thromboembolism among users of drospirenone-containing oral contraceptive pills. *Obstet Gynecol*. noviembre de 2012;120(5):1239-42.
47. Curtis KM, Jatlaoui TC, Tepper NK, Zapata LB, Horton LG, Jamieson DJ, et al. U.S. Selected Practice Recommendations for Contraceptive Use, 2016. *Morbidity and Mortality Weekly Report: Recommendations and Reports*. 2016;65(4):1-66.
48. Breast cancer and hormonal contraceptives: collaborative reanalysis of individual data on 53 297 women with breast cancer and 100 239 women



- without breast cancer from 54 epidemiological studies. *The Lancet*. 22 de junio de 1996;347(9017):1713-27.
49. Marchbanks PA, Curtis KM, Mandel MG, Wilson HG, Jeng G, Folger SG, et al. Oral contraceptive formulation and risk of breast cancer. *Contraception*. 1 de abril de 2012;85(4):342-50.
50. Marchbanks PA, McDonald JA, Wilson HG, Folger SG, Mandel MG, Daling JR, et al. Oral Contraceptives and the Risk of Breast Cancer. *New England Journal of Medicine*. 27 de junio de 2002;346(26):2025-32.
51. Grimes DA, Hubacher D, Lopez LM, Schulz KF. Non-steroidal anti-inflammatory drugs for heavy bleeding or pain associated with intrauterine-device use. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. 2006 [citado 31 de diciembre de 2021];(4). Disponible en: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD006034.pub2/abstract>
52. Grimes DA, Lopez LM, Schulz KF. Antibiotic prophylaxis for intrauterine contraceptive device insertion. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. 1999 [citado 31 de diciembre de 2021];(3). Disponible en: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD001327/abstract>
53. ACOG Practice Bulletin No. 121: Long-acting reversible contraception: Implants and intrauterine devices. *Obstet Gynecol*. julio de 2011;118(1):184-96.



54. Espinoza Freire EE, Espinoza Freire EE. Las variables y su operacionalización en la investigación educativa. Segunda parte. Conrado. diciembre de 2019;15(69):171-80.

55. Hospital Regional. DIRECCION DE ESTADISTICA, DATOS OBTENIDOS SEGÚN ESTRATEGIA DE PLANIFICACION FAMILIAR 2021 [Internet]. [cito 17 de abril de 2022]. Disponible en: Registro en Servicios de planificación familiar .



ANEXOS

ANEXO N°1 VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS MEDIANTE CRITERIO DE EXPERTOS



Universidad
Andina
del Cusco

UNIVERSIDAD ANDINA DEL CUSCO

FACULTAD DE MEDICINA

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS



TITULO: “Características socio demografías y obstétricas en usuarias de métodos anticonceptivos de larga duración reversibles que acuden al consultorio de planificación familiar en épocas de pandemia en el Hospital Regional del Cusco, 2021”

SEDE : Hospital Regional del Cusco

INSTRUCCIONES: el llenado de la ficha será realizado a partir de los datos de las historias clínicas por la investigadora manteniendo los principios de ética en investigación.

- Número de identificación de la ficha: _____
- Número de historia clínica: _____
- Fecha: _____



1. Características sociodemográficas

a) Edad

- Menores de 20 años
- de 21 a 30 años
- de 31 a 40 años
- de 41 a 50 años
- mayores de 50 años

b) Grado de instrucción

- 1. Sin educación
- 2. Primaria incompleta
- 3. Primaria completa
- 4. Secundaria incompleta
- 5. Secundaria completa

c) Estado civil

- Soltera
- Casada
- Conviviente
- Viuda
- Divorciada

d) Tipo de seguro

- Sin seguro
- SIS
- EsSalud
- Salud Pol
- Particular

e) Ocupación

- 1. Ama de casa
- 2 estudiante
- 3 dependiente
- 4 independiente

f) Actividad actual

- No estudia ni trabaja
- Estudia y no trabaja
- No estudia y trabaja
- Estudia y trabaja

g) Área de residencia

- Rural
- Urbana

h) Religión

- Católica
- Evangélica
- Adventista
- Testigo de jehová
- Mormona
- Otra religión
- No profesa

i) Tipo de vivienda

- alquilada
- propia

j) Servicios básicos

- si
- no

k) Ingreso mensual

- 0-500
- 501 - 1000
- 1001 - 1500
- 1501 - 2000
- 2001 – 2500



2. Características de métodos Anticonceptivos

a) Tipo de método de anticonceptivo que usaba

- Condones femeninos
- Condones masculinos
- Anticonceptivos Orales
- Inyectable mensual
- Inyectable trimestral
- Dispositivos intrauterinos
- Implantes subdérmicos
- Ligadura de trompa de Falopio
- ninguno
- natural

b) Método anticonceptivo que recibió después de la atención

- Dispositivos intrauterinos
- Implantes

subdérmicos

- Ligadura de trompa de Falopio

3 características obstétricas

a) Numero de gestas

- 0
- 1 a 2
- 3 a 4
- Mayor a 4

b) Número de partos

- 0
- 1 a 2
- Mayor a 3

c) Número de hijos nacidos vivos

- Ninguno
- 1 a 2
- 3 a 4
- Mayor a 5

d) Número de controles prenatales

- 0
- 1 a 6
- Mayor a 7

e) Periodo intergenésico

- Menor a 24 meses
- Mayor a 24 meses



ANEXO N°1

VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS MEDIANTE CRITERIO DE EXPERTOS

GUÍA DE ESTIMACIÓN DEL INSTRUMENTO

INSTRUCCIONES: El presente documento, tiene como objetivo recoger información útil de personas especializadas acerca del tema: “Características socio demografías y obstétricas en usuarias de métodos anticonceptivos de larga duración reversibles que acuden al consultorio de planificación familiar en épocas de pandemia en el Hospital Regional del Cusco, 2021”, para la validez, construcción y confiabilidad del instrumento de recolección de datos para el estudio.

Está integrado por diez (10) interrogantes, las cuales se acompañan de una escala de estimación que significa lo siguiente:

5: Representa el mayor valor de la escala y debe ser asignado cuando se aprecia que el ítem es absuelto por el trabajo de investigación de una manera totalmente suficiente.

4: Representa que la estimación del trabajo de investigación absuelve en gran medida la interrogante planteada.

3: Significa la absolución del ítem en términos intermedios.

2: Representa una absolución escasa de la interrogante planteada.

1: Representa una ausencia de elementos que absuelven la interrogante planteada.

Marque con un aspa (X) en la escala geográfica que figura a la derecha de cada ítem, según la opinión que le merezca el instrumento de investigación.

HOJA DE PREGUNTAS PARA LA VALIDACIÓN DE PREGUNTAS DE LA ESCALA DE VALORACIÓN

1.- ¿Considera Ud. que los ítems del instrumento miden lo que se pretende?

1 2 3 4 5

2.- ¿Considera Ud. que la cantidad de ítems registrados en este instrumento de investigación son suficientes para obtener información y comprender la materia de estudio?

1 2 3 4 5



3.- ¿Considera Ud. que los ítems contenidos en este instrumento de investigación son una muestra representativa del universo materia de estudio?

1 2 3 4 5

4.- ¿Considera Ud. que si aplicamos en reiteradas oportunidades este instrumento de investigación a muestras similares obtendremos también datos similares?

1 2 3 4 5

5.- ¿Considera Ud. que los conceptos utilizados en este instrumento de investigación son todos y cada uno de ellos, propios de la variable de estudio?

1 2 3 4 5

6.- ¿Considera Ud. que todos y cada uno de los ítems contenidos en este instrumento de investigación están relacionados con el problema y los objetivos de la investigación?

1 2 3 4 5

7.- ¿Considera Ud. que el lenguaje utilizado en el presente instrumento de investigación es claro, sencillo y no da lugar a diversas interpretaciones?

1 2 3 4 5

8.- ¿Considera Ud. que la estructura del presente instrumento de investigación es adecuada al tipo de usuario a quien se dirige?

1 2 3 4 5

9.- ¿Considera Ud. qué tipo de preguntas utilizadas son apropiadas a los objetivos materia de estudio?

1 2 3 4 5

10.- ¿Qué aspectos habría que modificar o que aspectos tendrían que incrementarse o que aspectos habría que suprimir?



VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

Validación por juicio de expertos, utilizaremos el método: Distancia del punto medio (DPM).

PROCEDIMIENTO

1. Se elaborará una tabla de referencia, donde colocaremos los puntajes por ítems y sus respectivos promedios recabados de cinco Médicos con especialidad en Pediatría.

Evaluadores		2	3	4	5	
Ítems	1	2	3	4	5	PROMEDIO
1	5	5	5	5	5	5
2	5	4	4	5	5	4.6
3	5	5	5	5	5	5
4	5	5	5	5	5	5
5	5	5	5	5	5	5
6	5	5	5	5	5	5
7	5	5	5	5	5	5
8	5	5	5	5	5	5
9	5	5	5	5	5	5

Fuente: Morales, 2022

2. Con los promedios obtenidos determinaremos la distancia del punto promedio (DPP), utilizando la siguiente ecuación:

$$DPP = \sqrt{(x - y)^2 + (x - y)^2 + \dots (x - y)^2}$$

Dónde:

X= valor máximo en la escala concedido para cada ítem.

Y= promedio de cada ítem.

$$DPP = \sqrt{(5 - 5)^2 + (5 - 4.6)^2 + (5 - 5)^2 + (5 - 5)^2 + (5 - 5)^2 + (5 - 5)^2 + (5 - 5)^2 + (5 - 5)^2 + (5 - 5)^2}$$

Resultado: DPP= 0.4

3. Determinaremos la distancia máxima (D Máx.) del valor obtenido respecto al punto de referencia cero (0), con la ecuación:

$$D (max.) = \sqrt{(x - 1)^2 + (x - 1)^2 + \dots (x - 1)^2}$$

Dónde:

X = Valor Máximo en la escala concedido para cada ítem.

$$D(max.) = \sqrt{(5 - 1)^2 + (5 - 1)^2 + (5 - 1)^2 + (5 - 1)^2 + (5 - 1)^2 + (5 - 1)^2 + (5 - 1)^2 + (5 - 1)^2 + (5 - 1)^2}$$



Resultado: D Max. = 12

4. La D Max se divide entre el valor máximo de la escala:

Resultado: $12/5 = 2.40$

5. Con el último resultado, se construye una escala valorativa a partir de cero, hasta alcanzar el valor D Max, dividiendo en intervalos iguales entre sí denominados de la siguiente manera:

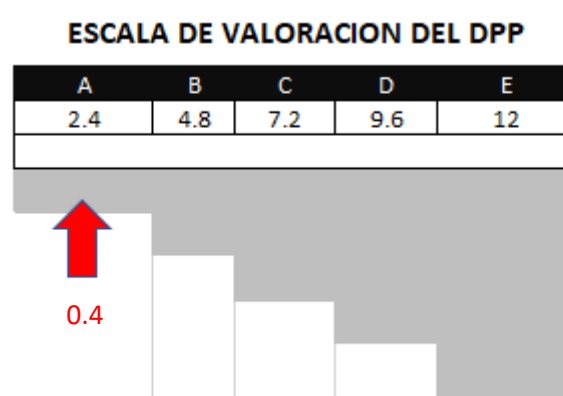
A= adecuado total.

B= adecuado en gran medida

C= adecuado promedio.

D= escasa adecuación

E= inadecuado



Fuente: Morales, 2022

CONCLUSIÓN:

En la escala construida, se ubicó la distancia del punto múltiple obtenida (Dpp), y se emite el juicio de valor. Dónde: $Dpp = 0.4$; que está ubicado en el intervalo A, indicando que el instrumento de investigación **“tiene adecuación total”** al fenómeno que se desea investigar, y por tanto ya puede ser utilizada.



ANEXO 2 COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD Y NO DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN RESERVADA

Yo, Sandy Suellem Morales Campana, estudiante de medicina , quien es responsable del trabajo de protocolo de tesis titulado “Características socio demografías y obstétricas en usuarias de métodos anticonceptivos de larga duración reversibles que acuden al consultorio de planificación familiar en épocas de pandemia en el Hospital Regional del Cusco, 2021”, tengo a bien expresar las siguientes disposiciones que se tomará para proteger la confidencialidad de la información obtenida de las Historias Clínicas que serán elegidas como parte de la muestra en estudio:

PRIMERA. - La información irá codificada en un banco de datos de identidades, es decir la identidad de los pacientes no será manipulada ni tomada en cuenta en el estudio.

SEGUNDA. – El banco de datos está separado de la información obtenida de cada una de las historias clínicas; de esta manera garantizar el anonimato de cada información.

TERCERO. - La información obtenida será manejada en su conjunto para análisis estadísticos y los resultados obtenidos serán de manejo del equipo de investigación.

Por tanto, el equipo de trabajo que está a cargo del desarrollo del trabajo de investigación se compromete:

1. Utilizar la información suministrada de la Historias Clínicas con fines exclusivamente informativos y científicos; se compromete, además, a utilizar todos los medios a su alcance, para garantizar la más estricta confidencialidad respecto de dicha información.
2. Abstenerse de reproducir, modificar, hacer pública o divulgar a terceros la información objeto de estudio.
3. Presentar un informe fidedigno de los resultados obtenido en calidad información institucional para su manejo de acuerdo con las disposiciones de la universidad.

En señal de expresa conformidad y aceptación de los términos recogidos en el presente documento, lo firma la Investigadora a cargo del trabajo, en la ciudad de Cusco, abril de 2022.

Nombre

Firma: _____

DNI:

Teléfono:

Correo: