

UNIVERSIDAD RICARDO PALMA

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA



PERFIL EPIDEMIOLÓGICO ASOCIADO AL USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS DE PACIENTES MUJERES ATENDIDAS EN EL CONSULTORIO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR DEL HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN DURANTE EL AÑO 2015

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
MÉDICO CIRUJANO**

ISABEL AMANDA ALLEMANT ORTIZ

Jhony A. De La Cruz Vargas
DIRECTOR DE LA TESIS

Lucy Elena Correa López
ASESOR DE LA TESIS

LIMA – PERÚ
2016

AGRADECIMIENTO

A mi familia, fuente de apoyo constante e incondicional en toda mi vida y más aún, pilares importantes en mis duros años de carrera profesional. A mis padres, quienes con su ejemplo, consejos y sabiduría supieron guiarme durante este largo camino.

DEDICATORIA:

A mi hermano, quién siempre estuvo pendiente de cada paso que daba, celebrando conmigo los triunfos y tendiéndome la mano para levantarnos juntos en cada caída; de quién siempre recibí los mejores consejos y quién siempre buscó forjar en mí las bases y herramientas fundamentales para lograr ser un médico completo en todas sus formas.

RESUMEN

OBJETIVO: Determinar cuál es el perfil epidemiológico asociado al uso de métodos anticonceptivos de pacientes mujeres atendidas en el Consultorio de Planificación Familiar del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión durante el año 2015. **MATERIALES Y MÉTODOS:** Se realizó un estudio de tipo Descriptivo – Retrospectivo - Observacional. Se recolectó información a partir de una ficha de recolección de datos, basado en la información registrada en las historias clínicas de las pacientes que acudieron al Consultorio de Planificación Familiar durante todo el año 2015. **RESULTADOS:** La edad predominante fue de 20 años (7,09%), siendo la edad media 26,16 años. El 69,64% no cursan con estudios superiores; 55,67% son mujeres convivientes. En cuanto a la paridad 59,22% tienen de 1 a 2 hijos y el método más utilizado por ellas fue el inyectable hormonal trimestral con 59,22%. **CONCLUSIONES:** Existe una alta demanda de métodos anticonceptivos por parte de la población joven, y son este grupo etario quienes prefieren el uso de inyectable hormonal trimestral como método anticonceptivo de elección.

Palabras Claves: *Métodos anticonceptivos, Perfil Epidemiológico, Planificación Familiar*

OBJECTIVE: To determine the epidemiological profile associated with the use of contraceptive methods in female patients treated at the Family Planning Room of Daniel Alcides Carrión National Hospital during 2015. **MATERIALS AND METHODS:** - It is a Descriptive – Observational – Retrospective study. The information was collected from a data collection sheet, based on the information recorded in the medical records of patients were attending at Planning Consulting Room during 2015. **RESULTS:** The

predominant age was 20 years (7.09%), the average age 26.16 years. The 69.64% did not present with higher education; 55.67% are cohabiting women. As for parity of 59.22% have 1-2 children and the method used by them was the quarterly hormone injection with 59.22%. **CONCLUSIONS:** There is a high demand for contraception by young people, and this group is those who prefer the use of quarterly injectable hormonal contraception method of choice.

Key words: contraceptive methods, Epidemiological Profile, Family Planning

INTRODUCCIÓN

La promoción de la planificación familiar —y el acceso a los métodos anticonceptivos preferidos para las mujeres y las parejas— resulta esencial para lograr el bienestar y la autonomía de las mujeres y, al mismo tiempo, apoyar la salud y el desarrollo de las comunidades de un país. La planificación familiar permite a las personas tener el número de hijos que desean y determinar el intervalo entre cada embarazo, esto se logra mediante la aplicación de diversos métodos anticonceptivos y consecuente tratamiento de la esterilidad.

Se calcula que en los países en desarrollo unos 225 millones de mujeres desean posponer o detener la procreación sin embargo no utilizan ningún método anticonceptivo; la importancia de éstos no sólo radica en este fin, puesto que también ayudan a prevenir la transmisión del VIH y otras infecciones de transmisión sexual. Además, tanto la planificación familiar y el uso de anticonceptivos, reducen la necesidad de recurrir al aborto, en especial, al aborto peligroso; y la consecuente muerte de madres y niños, al evitar los embarazos no deseados.

A escala mundial, el uso de anticonceptivos modernos ha aumentado ligeramente durante las últimas décadas. En el Perú, por ejemplo, el uso de anticonceptivos aumentó al 74.6% y para el Callao específicamente, 33, 288 parejas se encuentran en la actualidad protegidas por el uso de algún método.

El empleo de anticonceptivos también causa un impacto considerable en la tasa de fecundidad; Así, en nuestro país, la tasa global de fecundidad (TGF) disminuyó con respecto a las cifras de la década pasada.

Actualmente el Ministerio de Salud (MINSA) ha ampliado la gama de métodos anticonceptivos como el condón femenino, inyectable mensual e implantes; la eficacia y el buen empleo de éstos son clave fundamental para lograr el éxito y el cumplimiento de los objetivos principales de la planificación familiar en nuestro país.

ÍNDICE

CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	8
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	8
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	13
1.3 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.....	13
1.4 DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA	15
1.5 OBJETIVOS.....	15
1.5.1 Objetivo General	15
1.5.2 Objetivos Específicos.....	16
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	17
2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	17
2.2 BASES LEGALES.....	22
2.3 MARCO TEÓRICO	24
2.4 DEFINICIÓN DE CONCEPTOS OPERACIONALES	46
CAPÍTULO III: VARIABLES.....	47
3.1 VARIABLES: INDICADORES	47
CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA.....	53
4.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN	53
4.2 POBLACIÓN O UNIVERSO	53
4.3 UNIDAD DE ANÁLISIS	53
4.4. MUESTRA	53
4.5. CRITERIOS DE SELECCIÓN.....	54
4.5.1. Criterios de Inclusión	54
4.5.2. Criterios de Exclusión.....	54
4.5. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	54
4.6 PROCEDIMIENTO DE LA RECOLECCIÓN.....	55
4.7 PLAN DE ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	55
CAPÍTULO V: RESULTADOS Y DISCUSIÓN	56
5.1 RESULTADOS	56
5.2 DISCUSIÓN	73

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES..... 77

 CONCLUSIONES..... 77

 RECOMENDACIONES..... 78

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS 79

ANEXOS 83

CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El incremento en los últimos años de las tasas de embarazos no deseados y consecuentemente, de abortos, ha despertado el interés y preocupación de las diferentes organizaciones y entidades tanto internacionales como nacionales quienes se han esforzado en promover el uso responsable de los diferentes métodos anticonceptivos más efectivos como una de las principales estrategias sanitarias de salud.

El uso racional de métodos anticonceptivos forma parte del programa de Planificación Familiar, el cual es considerado un derecho de todos y todas a decidir cuándo y cuántos hijos tener. Así mismo, este programa está asociado a la reducción de los índices de mortalidad materna previniendo que las gestantes mueran durante el embarazo, parto o puerperio y proporcionándoles los elementos necesarios para evitar los riesgos que se presentan, además de brindarles la información necesaria que les permita aplazar la gestación hasta que se encuentren preparadas tanto física, emocional y económicamente.

Este criterio también es válido para adolescentes y jóvenes en edad fértil, quienes por desconocimiento se embarazan a temprana edad sin planificarlo, poniendo en riesgo su vida y la de su bebé, en lugar de esperar hasta después de los 20 años o establecer períodos intergenésicos de por lo menos 3 años para reducir el número de embarazos no planificados susceptibles a terminar en un aborto¹.

En la ***Cumbre Mundial de las Naciones Unidas (ONU) del 2010***, los gobiernos miembros se comprometieron a "garantizar que todas las mujeres, los hombres, incluidos los jóvenes, tengan información acerca de la mayor cantidad posible de métodos de

planificación familiar seguros, eficaces, asequibles y aceptables, que tengan acceso a ellos y que puedan elegir los que prefieran". Este compromiso, que forma parte del logro del **Quinto Objetivo de Desarrollo del Milenio** ("Mejorar la salud materna") reitera un consenso internacional anterior expresado en la Cumbre Mundial de la ONU del 2005, en la Declaración del Milenio de la ONU del 2000 y en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo de 1994. Dos de los seis indicadores de logro son la tasa de prevalencia anticonceptiva y las necesidades insatisfechas en lo que respecta a la planificación familiar².

En las últimas cuatro décadas, se han logrado grandes avances en relación con la expansión de la disponibilidad, el acceso, la calidad y el uso de servicios de planificación familiar voluntaria. Según cifras publicadas en las **Estadísticas Sanitarias Mundiales** recopilada por la **Organización Mundial de la Salud en el 2010**, se estima que, en todo el mundo, un 62% de las mujeres casadas o en pareja en edad reproductiva usan métodos anticonceptivos, lo que representa más de 720 millones de mujeres³.

Mientras que el 75 % de las mujeres de Europa del Norte, el 73 % de las de América del Norte, el 70 % de las de Asia y el 69 % de las de América del Sur usan métodos anticonceptivos modernos, apenas el 23 % de las mujeres de África usan métodos anticonceptivos modernos⁴.

Por otro lado en más de 40 países en vías de desarrollo y subdesarrollados, alrededor del 20 % de las mujeres casadas en edad reproductiva tienen una necesidad insatisfecha en lo que respecta a métodos anticonceptivos⁵.

En cuanto a la demanda de atenciones de Planificación Familiar, el Perú presentó un crecimiento entre 1992 al 2014; y el uso de anticonceptivos (todos los métodos) aumentó al 74.6 %. La prevalencia de métodos modernos, entre las mujeres en edad fértil en nuestro país incrementó de 41.3% en 1992 a 52.2% en el 2014 (3 de cada 4 mujeres usan algún método anticonceptivo)⁶.

La demanda insatisfecha de planificación familiar, ha disminuido poco en los últimos años, de 10.2 en el 2000 (ENDES 2000) a 8.6 en el 2014 (ENDES 2014)⁷.

Aunque en general, la demanda insatisfecha o necesidad no satisfecha ha disminuido como resultado del aumento en la oferta de métodos anticonceptivos y el uso correcto de los mismos, subsisten brechas en la población rural y la población del quintil más pobre.

Es por ello, que en los últimos años, el Ministerio de Salud Peruano ha realizado importantes esfuerzos para mejorar la oferta integral de servicios y satisfacer la demanda de la población en los diferentes aspectos de la salud sexual y reproductiva, asimismo, ha desarrollado estrategias para reducir la muerte materna y mejorar la calidad de vida y la salud de las personas, la que en gran medida está influenciada por sus conductas y comportamientos en la esfera de la sexualidad y la reproducción, por lo que se considera un elemento clave para la mejora, reforzar las actividades de salud sexual y reproductiva.

En este sentido se cuenta con normatividad adecuada culturalmente, incremento de la gama de métodos anticonceptivos con la inclusión del implante, inyectable mensual y condón femenino, que permitirá mejorar la calidad de atención a las usuarias/os de planificación familiar.

En el 2010 el Ministerio de Salud realizó la **Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2010(ENDES)**, obteniéndose como resultados que si bien la tasa global de fecundidad ha disminuido en los últimos años, aún sigue siendo el área rural la que mayor porcentaje presenta con 3,5 hijos por mujer comparada con la zona urbana que cuenta con un 2,2. Dentro de ello, el departamento de Loreto ocupó el primer lugar con una tasa de 4,3 para el año 2010. En esta misma encuesta se concluyó que el 25,6% de mujeres no usan ningún tipo de método anticonceptivo y dentro del grupo de mujeres que sí emplean algún tipo de método el más utilizado fue la inyección anticonceptiva (17,5%), seguida del preservativo (11,2%)⁸.

Por otro lado, en la **Encuesta Demográfica y de Salud Familiar del año 2013**, del total de adolescentes de 15 a 19 años el 13.9% ya estuvo alguna vez embarazada. Los mayores porcentajes de maternidad adolescente se presentan entre las mujeres con educación primaria (36.2 %), y dentro de ellas, aquellas residentes de la Selva (23.7%), entre las que se encuentran en el quintil inferior de riqueza (23.9%) y en el área rural (20.3%). Mientras que menores porcentajes se aprecian en Lima Metropolitana (10.6%), entre aquellas con educación superior y en las del quintil superior de riqueza (8.5% y 5.6% respectivamente).

9

Si hablamos sobre los índices de pobreza, continúan en niveles altos en el Perú. En 2008, el 36.2 % de la población peruana estaba en situación de pobreza y el 12.6% en pobreza extrema. Los departamentos con mayor porcentaje de población pobre, en el 2007, fueron: Huancavelica (85.7%), Apurímac (69.5%), Ayacucho (68.3%), Puno (67.2%) y Cajamarca (64.9%).(Anexo 01: Indicadores de pobreza extrema y Pobreza Total).

En cuanto a educación, algunos indicadores han mejorado. La universalización de la educación primaria es un objetivo casi cumplido, en los últimos diez años, la tasa neta de matrícula ha fluctuado entre el 90.6%¹ y el 94.2%. El alfabetismo de la población entre 15 a 24 años se muestra sin mayores diferencias entre las regiones, con porcentajes entre 95 y 99,1%. No obstante, el vínculo entre ruralidad y pobreza persiste, a pesar de los logros alcanzados, y esto se evidencia cuando observamos que entre los pobres extremos, una de cada diez personas entre los 15 y 24 años de edad es analfabeta. En el año 2008, la tasa de alfabetismo alcanzó al 92.9% de las mujeres de la zona rural.(Anexo 02: Tasa de analfabetismo en la población con edades entre 15 y 24 años, según sexo, área urbana rural, y nivel de pobreza 2008).

Por las grandes repercusiones que traen consigo los embarazos no deseados, gestaciones en mujeres adolescentes, embarazos sin periodos intergenésicos adecuados y abortos, es importante educar y orientar a las mujeres sobre la prevención de estos problemas de salud, identificando en primer lugar a la población en riesgo, el porcentaje de ellas que emplean método anticonceptivos y dentro de ellas, cuales son los métodos más empleados, con el fin de corroborar que el método que eligen sea el ideal y más seguro de acuerdo a la condición y perfil epidemiológico de cada una de ellas.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuáles el perfil epidemiológico asociado al uso de métodos anticonceptivos de pacientes mujeres atendidas en el Consultorio de Planificación Familiar del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión durante el año 2015?

1.3 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

El uso de anticonceptivos ha aumentado en muchas partes del mundo, específicamente, en la población joven se ha ido incrementando durante las últimas décadas, y es pues el inicio temprano de las relaciones sexuales, por ejemplo, uno de los factores influyentes en esta población para la elección de un método seguro.

La planificación familiar, y dentro de ella, el uso debido de los diversos métodos anticonceptivos, repercuten directa e indirectamente en la economía de un país, pues cobra importancia en la tasa de natalidad. Un uso inadecuado de éstos, o la falta de educación de las parejas en cuanto a los métodos de planificación familiar, conllevan a un incremento sostenido de la tasa de fecundidad; cabe mencionar que en zonas urbanas, como Lima, redujo abismalmente su tasa, gracias a su situación como capital, pues es privilegiada por la modernización, mientras que las zonas más alejadas de la capital (asentamientos humanos), se encuentran con acceso limitado a los sectores de salud educación, empleo y a medios de comunicación masiva.

Por otro lado, el uso de anticonceptivos puede contribuir a mejorar la condición de la mujer y su calidad de vida. Las mujeres con familias menos numerosas y más sanas probablemente tendrán más oportunidades de participar en actividades educativas, económicas y sociales. En cambio, cuando las niñas dejan precozmente la escuela para casarse y tener hijos, como suele ocurrir en algunas regiones, se perpetúa el ciclo de la baja condición y la alta fecundidad.

Además, al facilitarle a las parejas los medios para tener familias menos numerosas y más sanas, la planificación familiar reduce la carga económica y emocional de la paternidad. Las familias con menos hijos y más sanos pueden dedicar más recursos a facilitar a sus hijos alimentación suficiente, ropa de vestir, vivienda y oportunidades de educación.

Otro tema importante son los embarazos no deseados, que según la OMS son alrededor de 87 millones por año, y de estos embarazos 46 millones terminan en abortos inducidos siendo aproximadamente un 40% practicados en condiciones inseguras, constituyendo un problema de salud pública, que trae como consecuencia, una alta tasa de morbilidad materna y fetal en países en vías de desarrollo, como es el Perú.¹⁰

Socialmente, nuestro país sigue teniendo limitaciones en ciertas regiones en cuanto al conocimiento y distribución de los métodos anticonceptivos, pues pese a los diferentes cambios al que viene siendo sometida nuestra sociedad, el Perú se caracteriza aún por ser una sociedad muy cerrada en el tema de sexualidad. Hasta el día de hoy sigue siendo un tema tabú. En centros educativos, tanto en zona urbana como zonas rurales, este tema no ha entrado en una profunda enseñanza.

Por último, la base para aminorar el crecimiento insostenible de la población y los efectos negativos que éste acarrea sobre la economía, el medio ambiente y los esfuerzos nacionales y regionales por alcanzar el desarrollo de un país se asienta sobre la Estrategia de Salud Nacional, enfocada principalmente en un adecuado planteamiento de Planificación Familiar y exitosa ejecución de ésta.

En el Callao, son 33,288 parejas que utilizan algún tipo de anticoncepción. Por ello es importante fomentar y concientizar a la población del Callao, y en general, sobre el uso adecuado de los diferentes métodos anticonceptivos.

En la actualidad la Región Callao en conjunto con el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión realizan constantes campañas que fomentan las diferentes estrategias de Planificación Familiar. Por ejemplo, durante el año 2015, se realizaron Charlas de Capacitación y diversas actividades en el marco del “**Programa Mami Chalaca**”, éstas tienen como finalidad promover estilos de vida saludables, generando conciencia de la importancia del Control Prenatal, la identificación de los Signos de Alarma, la preparación en Psicoprofilaxis, Atención del Parto Institucional, de atención oportuna del Puerperio y Cuidados del Recién Nacido, así como incidir en la **Planificación Familiar post parto**. La planificación familiar pos parto tiene como objetivo garantizar que al ser dada de alta, la madre cuente con el método anticonceptivo más adecuado para su condición de salud con el fin de prolongar los periodos intergenésicos y consecuentemente disminuir la morbimortalidad materna en un futuro embarazo¹¹.

1.4 DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

El espacio de estudio de la investigación ha sido desarrollado en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, en el Consultorio de Planificación Familiar, perteneciente al Departamento de Ginecología y Obstetricia, durante todo el año 2015, tomando como referencia a todas las pacientes mujeres registradas que acudieron a dicho consultorio.

1.5 OBJETIVOS

1.5.1 Objetivo General

- Determinar el perfil epidemiológico asociado al uso de métodos anticonceptivos de pacientes mujeres atendidas en el Consultorio de Planificación Familiar del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión durante el año 2015.

1.5.2 Objetivos Específicos

- Determinar la edad predominante de las pacientes mujeres atendidas en el Consultorio de Planificación Familiar del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión durante el año 2015.
- Identificar el grado de instrucción de las pacientes mujeres atendidas en Consultorio de Planificación Familiar del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión durante el año 2015.
- Determinar el estado civil de las pacientes mujeres atendidas en el Consultorio de Planificación Familiar del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión durante el año 2015.
- Establecer el antecedente de aborto de las pacientes mujeres atendidas en el Consultorio de Planificación Familiar del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión durante el año 2015.
- Determinar la paridad de las pacientes atendidas en el Consultorio de Planificación Familiar del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión durante el año 2015.
- Determinar los métodos anticonceptivos más utilizados según el perfil epidemiológico de las pacientes mujeres atendidas en el Consultorio de Planificación Familiar del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión durante el año 2015.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

La planificación familiar es la decisión libre, voluntaria e informada de las personas para elegir cuándo, cuántos y cada cuánto tiempo van a tener hijos, así como la decisión de los hombres y las mujeres que puedan ejercer su derecho a elegir los métodos anticonceptivos que consideren pertinentes para planificar su familia.

La anticoncepción contribuye a reducir el número de embarazos riesgosos, menor tasa de fecundidad, menor riesgo de muerte materna e infantil, menor incidencia de embarazos en adolescentes y consecuentemente, menor incidencia de abortos.

Un estudio publicado en la Revista de Ginecología y Obstetricia de Venezuela en el año 2011 realizado por Ramón Fernández y col. ***“Métodos anticonceptivos: prevalencia de uso según método en el Hospital Infantil del Este”*** cuyo objetivo fue determinar la frecuencia de uso de los distintos métodos anticonceptivos disponibles en la actualidad, en las usuarias que asisten al Servicio de Planificación Familiar del Hospital “Materno Infantil Dr. Joel Valencia Parparcén” durante el período comprendido entre enero de 2002 y diciembre de 2006, la edad de las usuarias osciló entre los 15 y 51 años, con un promedio de $30,69 \pm 7,97$ años. Al relacionar la edad de las usuarias según el método anticonceptivo utilizado en la actualidad se encontró que el menor promedio de edad se registró en el grupo de Anticonceptivo Hormonal Oral (26,66 años) y el mayor en el grupo de usuarias de Esterilización quirúrgica femenina (33,98 años).

En cuanto al estado civil y el nivel educativo se encontró en este estudio ejecutado por Ramón Fernández y colaboradores, que en cuanto a los antecedentes gineco-obstétricos la mayoría de las usuarias (50,58 %) tenían el antecedente de 1 ó 2 gestas (sólo 6,71% nuligestas); y sin aborto previo en el 76,26 % de los casos En cuanto el uso previo de algún método anticonceptivo la mayor parte de

las usuarias (67,10%) reportaban la utilización de al menos un método anticonceptivo antes de acudir a la Consulta de Planificación familiar. Y por último, en este estudio se concluyó que el método anticonceptivo, más utilizado (2 011 mujeres) fue la anticonceptivo hormonal oral (39,12 %) seguido por la esterilización femenina quirúrgica (20,98%) y los DIU (20,56%)¹².

Un estudio publicado en este mismo país, Venezuela, en la Revista de Ginecología y Obstetricia en el año 2011 realizado por Liliane Somogyi y col. **“Métodos anticonceptivos: prevalencia de uso según método en el Hospital Infantil del Este”** comparó los métodos anticonceptivos utilizados en la década de 1990 con los utilizados en la década del 2000. Así pues, predominaron los anticonceptivos orales en ambas décadas, con 29,6 % y 31,4 % respectivamente. Los de mayor uso fueron levonorgestrel+etinilestradiol (25,9 %) y drospirenona+etinilestradiol (24,7 %). En la década de los 90 los anticonceptivos inyectables fueron mayormente acetato de medroxiprogesterona (66,7 %), y en la década del 2000 sólo noretindrona+valerianato de estradiol (100 %). El uso de implantes no superó el 1% en ambas épocas. En la década del 2000 8,4 % usaban métodos naturales en contraposición a 23,4 % utilizados en la década anterior. En cuanto al uso de preservativos en 17,8 % fue el porcentaje empleado en la década de los 90 comparado con el 24,4 % de los años 2000¹³.

Otro estudio elaborado en España por Alicia Maroto y col. **“Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos por la población femenina de una zona de salud”** ejecutado por muestreo sistemático a 389 mujeres entre 15-40 años concluyó que el 51,8% utilizaba algún método conceptual; sin embargo la prevalencia de uso en mujeres con riesgo de embarazo no deseado era 70.5%. En dicho estudio los métodos más conocidos fueron preservativo (90.4%), anticonceptivos orales (89.2%), seguido de dispositivos uterinos (78.3%).¹⁴

A nivel Latinoamericano, la **7ma Encuesta Nacional de la Juventud realizada en Chile** reveló que el uso de anticonceptivos por parte de los jóvenes se elevó a un 87,5% en 2012 (2.665.145 jóvenes), en comparación al 74% que existía en 2009 (2.354.835 jóvenes), lo que demuestra un alza de un 13,2% en el cuidado por parte de las personas de 15 a 29 años a la hora de tener relaciones sexuales.

En cuanto a las formas de prevención, esta misma Encuesta Nacional Chilena menciona que el preservativo (48,7%) y las píldoras anticonceptivas (38,3%) siguieron siendo las más utilizadas. Además, el 71,3% de los jóvenes aseguró ya haber iniciado su vida sexual. Al ser consultados sobre el tramo de edad de su iniciación sexual, un 80,3% sostuvo que esto ocurrió entre los 20 y 24 años. Esta encuesta detalló además que respecto al embarazo no planificado, las cifras han disminuido en casi todas las regiones del país sureño. En tanto, el 2009 a nivel nacional, el 30% de los jóvenes había vivido un embarazo no deseado en su vida, mientras que el 2012, este número bajó a un 21%.¹⁵

En nuestro país, el **INEI (Instituto Nacional de Estadística e informática)** reveló datos donde el porcentaje de mujeres que alguna vez han usado cualquier tipo de métodos fue de 44.9% (mujeres en edad fértil); dentro de ellas los métodos modernos más utilizados fueron: la píldora, DIU (dispositivos intrauterinos), inyección, métodos vaginales (espuma, jalea), condón, esterilizaciones (masculina y femenina), Norplant, MELA (amenorrea por lactancia), mientras que dentro de los métodos tradicionales encontramos el método del Ritmo y los folclóricos (brebajes, etc.)¹⁶.

El INEI además informó que el 30.2% de las mujeres empleaban métodos modernos. Por otro lado, el uso de los métodos tradicionales era de 14.6 % para el 2005. La preferencia por los métodos del “Ritmo” y “abstinencia periódica” fue de 24.1%. Sin embargo, las mujeres que usaban, método de Ritmo, no conocía con certeza alguna las fechas de su

ciclo menstrual, con lo cual deriva a su mal uso. Tres de cada 10 mujeres que dejaron de usar, lo hicieron por haberles ocasionado un embarazo no planeado, esto es por la ineficacia del método.

En las zonas rurales del Perú, un tercio de las mujeres eligió este método; en contraste, la quinta parte de las mujeres preferían este método. Otro de los más usados fueron la inyección 17%, el condón 14.9%, esterilización femenina 14.5% y la píldora 10.1%, según datos del 2005.

Los métodos que han crecido desde el 2000 son el ritmo, el condón y la píldora. La inyección fue preferida por 25 de cada 100 mujeres de las áreas rurales, en tanto que solamente lo escogían 14 en las urbanas, resultado poco menos que curioso si se tiene entendido que el uso de métodos modernos es predominio de las áreas urbanas.

Por otro lado **“La Encuesta de Demografía y Salud del INEI” (ENDES 2013)**, publicada en 2014, muestra que los embarazos en adolescentes aumentaron de 13.2%, en 2012, a 13.9% en 2013. Lo que más llama la atención es la creciente prevalencia de embarazo en la costa norte y particularmente en Lima, que en conjunto congregan a más de la mitad de la población de mujeres jóvenes embarazadas. Es en la capital, Lima, donde el embarazo adolescente pasó de 4.4% en 1991/92 a 10.6% en 2013. Este mismo estudio revela que 14 de cada 100 adolescentes del país, entre 14 y 19 años, están embarazadas o ya son madres, pese a que el 59% de ellas no lo tenía en sus planes.

El diario **Peru21**, publicó un artículo de Gracia Subiria Franco, especialista de Salud Sexual y Reproductiva del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) quien señaló que entre los factores que estarían influyendo en el avance de este fenómeno estarían la migración, la baja calidad de la educación –que antes era considerada un factor protector para las jóvenes– y las nuevas conductas sexuales de los adolescentes. Además refiere que la edad de inicio de la relación sexual de forma precoz (entre los 14 y 17 años) es un factor

influyente, pues la mayoría de menores de edad lo hace desinformada sobre los métodos anticonceptivos que existen.¹⁷

Un estudio realizado por la Sociedad Española de Contracepción (SEC) en el 2014 ***“Estudio Poblacional sobre el uso y la opinión de los métodos anticonceptivos en España”*** realizado a 2200 mujeres entre 15 y 49 años concluyó que el 89,9% de las mujeres habría tenido relaciones sexuales al menos una vez en su vida, y que la edad media de inicio de éstas fue entre 16 a 19,6 años. Así mismo, de esta población el 73,6% empleó algún método anticonceptivo en su primera relación sexual contra un 24,80% que no utilizó ningún método¹⁸.

Por otro lado, en este mismo estudio elaborado por la Sociedad Española de Contracepción, el 72.7% empleaban algún método, mientras que el 15.9% no utilizaba ninguna contracepción. Dentro de ellos el principal motivo por el cual no usan fue porque no mantenían relaciones sexuales, seguido de la no necesidad por la imposibilidad de tener hijos y en tercer lugar el deseo de concebir. En este estudio, además, el preservativo fue el anticonceptivo más usado con un 31,3%, seguido de las píldoras (16,2%), ligadura de trompas (5,5%), implante subcutáneo e inyectable (0.1%).

En el 2015 se publicó un estudio mexicano realizado por María C. Sánchez Meneses y col. ***“Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en adolescentes en un centro de salud”***. Este estudio ejecutado durante Setiembre y Octubre del 2014 en México, incluía 120 adolescentes de 15 a 19 años con vida sexual activa. En dicho estudio el método anticonceptivo más conocido por los adolescentes fue el condón masculino (100%), seguido del condón femenino (85.8%), anticonceptivos orales (87.5%), inyectables hormonales (57.5%), implante subdérmico (24.2%), entre otros. En contraste con estos resultados, en cuanto al método anticonceptivo más utilizado, el condón masculino siguió liderando con un 65.2%, seguido de los anticonceptivos orales 13.6%, implante

subdérmico 9.1%, píldora oral de emergencia 6.1% y en último lugar el dispositivo intrauterino al igual que el condón femenino con 3.0%.¹⁹

2.2 BASES LEGALES

Todos los ciudadanos poseen derechos como los manifestados por la Comisión de Derechos Humanos de las Naciones Unidas en la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva del 2003 “cuyo objetivo es mejorar la Salud Sexual y Reproductiva y promover el ejercicio de los Derechos Sexuales y Reproductivos de toda la población, con especial énfasis en la reducción de los factores de vulnerabilidad y los comportamientos de riesgo, el estímulo de los factores protectores y la atención a los grupos con necesidades específicas”. Además se confirma que “la salud sexual y la salud reproductiva son elementos esenciales del derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de la salud física y mental.”

La Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD), celebrada en El Cairo en 1994, y la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, celebrada en Beijing en 1995, subrayaron la importancia de atender las necesidades de las mujeres en lo referente a la Salud reproductiva y la Planificación Familiar.

Actualmente existe conciencia renovada acerca de la necesidad de crear políticas públicas específicas, se han implementado programas nacionales de salud dirigidos a la población y con unidades especiales para la atención en los establecimientos de salud, que van desde la prestación de servicios de promoción, prevención y tratamiento, en los que se hace énfasis en la salud sexual y reproductiva. Paralelamente la formación de recursos humanos en prácticas de atención, el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud y la ampliación de la oferta de anticonceptivos, entre otras vías, mediante talleres sobre los derechos a la salud sexual y reproductiva fortalecen dichos programas.

La atención de la salud sexual y reproductiva de las peruanas y peruanos, incluye la información y los servicios de planificación familiar; se reconoce no sólo como una intervención clave para mejorar la salud de las mujeres y los niños/as, sino también como un derecho humano.

En los últimos años, el Ministerio de Salud ha realizado importantes esfuerzos para mejorar la oferta integral de servicios y satisfacer la demanda de la población en los diferentes aspectos de la salud sexual y reproductiva, asimismo, ha desarrollado estrategias para reducir la muerte materna, mejorar la calidad de vida y la salud de las personas.

Se trata de que las mujeres y hombres tengan acceso a la información y servicios de la más amplia variedad para hacer uso de sus derechos a la planificación familiar y regular su fecundidad de acuerdo a sus ideales reproductivos.

Luego de la liquidación de los Programas Nacionales de Prevención y Control en el año 2001, en Agosto de 2004, el MINSA estableció diez Estrategias Sanitarias Nacionales (ESN): Inmunizaciones, Prevención y control de enfermedades metaxénicas y otras transmitidas por vectores, Prevención y control de Infecciones de transmisión sexual y VIH-SIDA, Prevención y control de Tuberculosis, **Salud Sexual y Salud Reproductiva**, Prevención y control de daños no transmisibles, Accidentes de tránsito, Salud de los pueblos indígenas, Alimentación y nutrición saludable, y Salud Mental y Cultura de Paz, que están en relación con las prioridades de salud definidas por el gobierno del período 2001-2006. El desarrollo y accionar de estas ESN ha sido dispar en el MINSA, algunas como las de TBC, VIH/Sida y Salud sexual y reproductiva vienen desarrollando sus actividades en forma organizada y sistemática.

Finalmente, las políticas de salud sexual y reproductiva para ambos sexos deben buscar el mejoramiento de sus condiciones de vida mediante el fomento de la equidad generacional y de género en su acceso a las oportunidades, la promoción del desarrollo de sus

capacidades, el respeto e incentivo del pleno goce y ejercicio de sus derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales, y la priorización de aquellos que se encuentran más desprotegidos.

2.3 MARCO TEÓRICO

Planificación Familiar.-

Según la Organización Mundial de la Salud, la planificación familiar (PF) se reconoce como la intervención principal que salva la vida de las madres e hijos, pues si mujer con el apoyo de su pareja, planifica su familia usando eficazmente la anticoncepción, podrá reducir los embarazos riesgosos y postergar la concepción hasta que se encuentren en situaciones adecuadas en cuanto a salud, economía y educación.

La promoción de la planificación familiar —y el acceso a los métodos anticonceptivos preferidos para las mujeres y las parejas— resulta esencial para lograr el bienestar y la autonomía de las mujeres y, al mismo tiempo, apoyar la salud y el desarrollo de las comunidades.

La planificación familiar permite espaciar los embarazos y puede posponerlos en las jóvenes que tienen mayor riesgo de morir por causa de la procreación prematura, lo cual disminuye la mortalidad materna. Evita los embarazos no deseados, incluidos los de mujeres de más edad, para quienes los riesgos ligados al embarazo son mayores. Permite además que las mujeres decidan el número de hijos que desean tener. Se ha comprobado que las mujeres que tienen más de cuatro hijos se enfrentan con un riesgo mayor de muerte materna.

Al reducir la tasa de embarazos no deseados, la planificación familiar también disminuye la necesidad de efectuar abortos peligrosos.

La Planificación Familiar es una estrategia fundamental en el logro de la salud sexual y reproductiva de un país.

Los objetivos globales de la Planificación Familiar son:

- Evitar embarazos no deseados.
- Regular los intervalos entre embarazos.
- Decidir el número de hijos en la familia.
- Regular el tiempo en que ocurren los nacimientos en relación con las edades de los padres.
- Facilitar los nacimientos deseados para mujeres con problemas de fecundidad.
- Evitar el embarazo cuando agravaría una enfermedad peligrosa presente.
- Brindar a los portadores de enfermedades genéticas la opción o posibilidad de evitar el embarazo.
- Reducción de la mortalidad infantil.
- Prevención de la infección por el VIH y SIDA.
- Menor crecimiento de la población.
- Disminución del embarazo en adolescentes.

En cuanto a la finalidad Global de la Planificación Familiar, ésta consiste en mejorar la salud de la madre, sus hijos y la familia en general. En este sentido, las medidas preventivas de salud reconocida son:

- Espaciamiento, limitación del tamaño de la familia y programación de los nacimientos.
- Ser sensible a las necesidades de control de la natalidad de la mujer o la pareja.
- Conservar la objetividad al hablar de los métodos de control de la natalidad, incluso cuando se trate de esterilización y aborto.

- Orientar a la mujer sobre todo los métodos de control de la natalidad.
- Ofrecer y ampliar información sobre el método elegido por la mujer.
- Permitir a la paciente tomar una decisión informada.
- Animar a la paciente a buscar ayuda cuando se le presente dudas o problemas.
- Estar a disposición de la paciente cuando necesite consejo o ayuda.

Otro término a tener en cuenta es **anticoncepción**, la cual se refiere al uso de métodos reversibles o irreversibles que tienen la finalidad de controlar la reproducción humana generando una ***condición de infertilidad momentánea o permanente sin afectar la salud general del individuo.***

Métodos Anticonceptivos.-

Un método anticonceptivo es “cualquier acto, dispositivo o medicación para impedir una concepción o un embarazo viable”. También es llamado anticoncepción o contracepción. Se usa en vistas del control de la natalidad.

Los métodos anticonceptivos se han utilizado desde tiempos antiguos, pero aquellos eficaces y seguros no estuvieron disponibles hasta el siglo XX. Algunas culturas restringen o desalientan el acceso al control de la natalidad, ya que consideran que es moral, religiosa o políticamente indeseable.

Los métodos anticonceptivos pueden ser muy fiables para evitar un embarazo, pero ello no significa necesariamente que ofrezcan protección contra la infección por VIH u otras enfermedades de transmisión sexual.

Estos métodos se subdividen en dos grandes grupos: métodos modernos y los tradicionales.

Índice de Pearl.-

La medición de la eficacia de un método anticonceptivo se realiza mediante el Índice de Pearl. El llamado Índice de Pearl estima la eficacia de los métodos anticonceptivos en lo que se refiere a la prevención de embarazos no deseados; se basa en el cálculo del número de embarazos que se presentan en 100 mujeres usuarias de un método anticonceptivo particular durante un año. El índice fue introducido por Raymond Pearl en 1933. Ha sido popular durante 70 años, en gran parte por la simplicidad de su cálculo.

Cuanto menor sea el número, más seguro funcionará el método. Lo importante es el llamado "práctico" Índice de Pearl. Indica la eficacia de un método en la vida cotidiana. Sin embargo describe el "teórico" Pearl Index, que también funciona para aplicaciones sin errores.

Cuanto mayor sea la diferencia entre los dos valores, más importante es la aplicación correcta para la seguridad del método. Cuanto menor sea la diferencia, menos puede salir mal.

Fórmula

$$IP = \frac{N^{\circ} \text{ total de embarazos} \cdot 12}{N^{\circ} \text{ de mujeres} \cdot N^{\circ} \text{ de meses}} \cdot 100$$

IP = N° relativo de embarazos x 1.20 dividido por N° de meses de exposición.

Son tres datos necesarios para obtener el Índice de Pearl de un estudio particular:

- El número total de meses o ciclos de exposición de las mujeres en el estudio.
- El número de gestaciones observadas.
- La razón por la que se abandona el estudio (gestación u otra razón).

Hay dos métodos para calcular el Índice de Pearl:

- **Primer método:** se divide el número de gestaciones entre los meses de exposición, y el resultado del cociente se multiplica por 1.200.
- **Segundo método:** se divide el número de gestaciones entre los ciclos menstruales experimentados por las mujeres del estudio, y después se multiplica por 1.300. En este método, al contrario que en el anterior, se usa 1.300 en vez de 1.200, ya que la duración del ciclo menstrual es de 28 días aproximadamente, lo que equivale a 13 ciclos al año.

El "**Uso ideal o perfecto** " se define como el uso correcto y consistente del método anticonceptivo, sin interrupciones y sin factores intervinientes que podrían afectar el desempeño del método.

El "**Uso Típico**" se define como el uso que el individuo da a su método anticonceptivo y es susceptible al error humano o falla del método ya sea por falta de información,

limitaciones del método, mala memoria, errores de uso, interferencia de otros factores sobre el método, etc. (*Anexo 03*).

MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS MODERNOS

Métodos Hormonales.-

Anticonceptivos orales en combinación («pastilla» o «píldora»):

Contiene dos hormonas (estrógeno y progestágeno). Estas sustancias van a impedir la liberación de las gonadotropinas del hipotálamo y de la hipófisis, lo que provoca que no se alcance la concentración máxima de LH y FSH y no se produzca la ovulación. Además disminuye el riesgo de cáncer endometrial y ovárico.

Las pastillas anticonceptivas se suelen presentar en estuches de 21 o 28 pastillas o tabletas. El estuche con 28 pastillas normalmente incluye las 21 pastillas que contienen hormonas y 7 que no contienen nada (placebo). Estas tabletas sirven para habituar a la mujer a que tome su píldora todos los días. La primera píldora se toma el primer día de regla, o entre el segundo y quinto día, en este caso último se recomienda el uso de condón durante la primera semana para una mayor protección, las siguientes una cada día respetando la misma hora, para crear de esta manera un hábito, y así que no se produzca ningún olvido. En ambos casos, las pastillas anticonceptivas funcionan de manera correcta si la mujer no olvida tomar ninguna toma.

Hay mujeres que no pueden o deben tomar la pastilla anticonceptiva, como son aquellas que tienen una presión arterial alta, aquellas que están dando lactancia materna, las que

tienen sangrados vaginales fuera de la menstruación, aquellas que ya han cumplido los 40 años, etc.

La posibilidad de embarazo es inmediata si se suspende la ingesta de la pastilla.

Es uno de los métodos anticonceptivos más eficaz para prevenir el embarazo y se acerca al 97% y casi al 100% si se combina con otros anticonceptivos. Su eficacia según como se usa comúnmente es de 92% según la OMS. La proporción de fallos de la píldora es de menos de 0.5 embarazos por cada 100 mujeres que la emplean anualmente.

Algunas de las ventajas del uso de las pastillas anticonceptivas son:

- Es muy eficaz en comparación con otros métodos anticonceptivos, ya que si se toma de manera correcta brinda una alta protección para no embarazarse.
- Los ciclos de la menstruación serán regulares, menos abundantes y en consecuencia menos dolorosos.
- Reduce los dolores pre-menstruales y dolor en las mamas.
- Previene la anemia por deficiencia de hierro.
- Puede reducir el riesgo de cáncer del útero y de ovario, el riesgo de quistes en los ovarios, miomas, endometriosis, enfermedad pélvica inflamatoria, etc.
- Tiene efectos positivos en la piel, en pacientes con Síndrome de Ovario Poliquístico disminuye la presencia de acné.
- Puede ser usada por mujeres con hijos o sin hijos.
- No interfiere en las relaciones sexuales.
- No requiere prescripción médica.
- Permite el retorno de la fertilidad, tan pronto como interrumpimos su uso.

Algunas de las desventajas del uso de las pastillas anticonceptivas son:

- Requiere un control médico periódico.

- Puede ocasionar dolores de cabeza, cambios de temperamento, un menor deseo sexual y depresión.
- No se recomienda a mujeres que están amamantando a sus bebés porque puede afectar a la cantidad y calidad de la leche.
- Puede producir cambios de peso.
- Puede producir sangrado en goteo o sangrado entre períodos menstruales especialmente si se olvida tomar las pastillas o si se demora en tomarlas (muy común en los primeros tres meses).
- Hay que acordarse de tomar la pastilla anticonceptiva a la misma hora todos los días.
- No protege frente a enfermedades de transmisión sexual.

Implante Subdérmico:

También llamado implante subcutáneo o implante hormonal. Es un anticonceptivo utilizado por la mujer que no busca un embarazo por un periodo prolongado.

Consiste en una cánula o varilla de tamaño pequeño que se inserta por el médico debajo de la piel de la mujer. Esta cánula libera de manera continua al torrente sanguíneo un componente hormonal para impedir la ovulación.

La inserción del implante anticonceptivo se realiza durante los primeros días de la menstruación, protegiéndote frente al embarazo. Lo realiza el médico dentro de su consultorio utilizando anestesia local. Se introduce dentro de la piel pero sin llegar al músculo. No es un proceso doloroso.

La función principal del implante anticonceptivo es evitar la ovulación, cambiar el moco uterino volviéndolo más espeso y modificar la capacidad que tiene el útero para hospedar al embrión.

La efectividad del implante anticonceptivo es de un >99%, éste disminuye si se excede el tiempo de vida o aumenta el peso corporal de la mujer.

Se puede usar durante 3 a 5 años, según el tipo; las hemorragias vaginales irregulares son comunes pero no dañinas

Algunas de las ventajas del uso del implante anticonceptivo pueden ser:

- Es un método anticonceptivo a largo plazo, tiene una duración de 3 a 5 años. Aunque si se desea puede ser extraído por el médico antes de finalizado su tiempo.
- Es cómodo y discreto de usar, que puede ser utilizado incluso durante la lactancia materna, ya que no afecta ni a la cantidad ni a la calidad de la leche materna.
- Al retirar el implante el retorno de la fertilidad se hace de una manera más veloz.
- Es un anticonceptivo que puede ser utilizado por mujeres que no toleran los estrógenos ya que solo contiene progestágenos.
- Pueden utilizarlo todas aquellas mujeres en su etapa reproductiva independientemente de su edad y del número de embarazos que haya tenido.

Algunas de las desventajas del uso del implante anticonceptivo:

- Irregularidad en las menstruaciones ya que solo contiene una hormona, por lo tanto, las reglas suelen ser más abundantes e irregulares, y como consecuencia no se puede prever el día de comienzo del manchado como si ocurre con otros anticonceptivos como la píldora anticonceptiva.
- No protege frente a las enfermedades de transmisión sexual.
- Suele producir un leve aumento de peso, acné o retención de líquidos.
- Puede producir complicaciones locales en el lugar donde se insertó el implante.

- No está recomendado para mujeres que tienen problemas en su circulación sanguínea, problemas cardiacos, las que creen que están embarazadas, las que tienen cáncer de mama, etc.
- Su efectividad es a partir del séptimo día de su inserción, por lo que se tiene que utilizar otro método anticonceptivo complementario durante los 7 primeros días.
- Puede producir depresión.
- Tiene un costo elevado inicial.
- En el caso de que la mujer se quedara embarazada, es algo muy raro, utilizando el implante anticonceptivo. puede producir un embarazo extrauterino o ectópico.
- En mujeres con sobrepeso o mujeres obesas la eficacia disminuye.

Inyecciones anticonceptivas:

Las inyecciones anticonceptivas son un método en forma de inyección intramuscular que contiene hormonas. Su aplicación es entre el primer y el quinto día de la menstruación. Las inyecciones anticonceptivas se pueden administrar mensualmente, bimestralmente o trimestralmente.

Los hormonales inyectables tienen tres mecanismos de acción; evitar la ovulación, generar cambios en el endometrio y dificultar el paso de los espermatozoides.

Cuando las inyecciones anticonceptivas se inyectan de manera mensual contienen las dos hormonas, es decir, estrógeno y progestina, es conocida como inyección combinada.

Cuando las inyecciones anticonceptivas se inyectan de manera bimestral o trimestral ésta sólo contiene la hormona de progestina.

No todas las mujeres pueden utilizar las inyecciones anticonceptivas, como es el caso de:

- Mujeres con enfermedades del hígado, cardiovasculares, etc.
- Mujeres que padezcan diabetes, migrañas, depresión, etc.

- Aquellas mujeres que tengan 35 años o más.

Una vez que el anticonceptivo es inyectado, actúa a través de tres mecanismos de acción: actúa adelgazando o atrofiando el endometrio, engrosa el moco del cuello del útero y finalmente actúa inhibiendo la ovulación.

Las inyecciones anticonceptivas tienen una efectividad del 99.7% con el uso correcto y según el uso común de las mujeres puede alcanzar hasta una efectividad de 97%.

Algunas de las ventajas del uso de las inyecciones anticonceptivas:

- Reduce el riesgo de la formación de quistes en los ovarios.
- Protegen del embarazo en tan solo 24 horas.
- Disminuye el sangrado de la menstruación.
- Es un anticonceptivo que no requiere de una rutina diaria.
- Puede reducir los cólicos menstruales.

Algunas de las desventajas del uso de las inyecciones anticonceptivas:

- Pueden incrementar, hacer que disminuya o incluso que desaparezca la menstruación.
- Puede aumentar el peso.
- No protege frente a las enfermedades de transmisión sexual.
- No se puede retrasar más de tres días la próxima inyección.
- Una vez interrumpida su aplicación se deben esperar unos meses para quedarte embarazada. La fertilidad de la mujer no es inmediata.
- Los hormonales inyectables no pueden ser utilizados por mujeres que están embarazadas o que sospechan estarlo.

- Pueden producir dolor de cabeza, vómitos, pérdida de sangrado menstrual, depresión leve, etc.

Inyectables hormonales de progestágeno sólo: Son inyecciones que contienen sólo progestágenos y se administran por vía intramuscular cada 3 meses. Cada uno de los anticonceptivos inyectables, acetato de medroxiprogesterona de depósito (AMPD) y enantato de noretisterona (NET-EN) contienen un progestágeno igual a la hormona natural progesterona producida en el cuerpo de la mujer.

No contienen estrógeno, por lo que pueden ser utilizados por mujeres que están amamantando y por mujeres que no pueden usar métodos con estrógeno.

La acción de los inyectables de progesterona es inhibir la ovulación y provocar alteraciones en el moco cervical que impiden el paso de los espermatozoides al útero.

El uso de este anticonceptivo consiste en administrar un frasco/ampolla de 150 mg de acetato de medroxiprogesterona a través de una inyección intramuscular, cada 3 meses. La primera inyección debe ser aplicada entre el primer y séptimo día del ciclo. La primera inyección también se puede iniciar sin menstruación si la mujer está segura de no estar embarazada, debiendo usar protección anticonceptiva adicional por 7 días si se inicia sin menstruación. Las próximas dosis deben ser administradas cada 3 meses (con un margen de 15 días después de la fecha prevista).

Si la mujer estuviera en amenorrea de lactancia (y se haya descartado un embarazo), podrá iniciar el uso de la inyección trimestral en cualquier día hasta antes de la sexta semana post parto.

Cuando se usan correctamente, menos del 1% de las mujeres se embaraza, es decir, cuando la mujer recibe sus inyecciones a tiempo, se produce menos de 1 embarazo en

cada 100 mujeres que utilizan inyectables de progestágeno solo durante el primer año (3 por cada 1000 mujeres).

Sin embargo, en el uso habitual se estima que 3% de las mujeres puede embarazarse en el primer año de uso. Tal como se utilizan comúnmente, se producen aproximadamente 3 embarazos en cada 100 mujeres.

La recuperación de la fertilidad tras la interrupción de las inyecciones en promedio, luego de recibir AMPD y NET-EN, demora unos 4 meses más y un mes más, respectivamente, que con la mayoría de los otros métodos.

Criterios médicos de elegibilidad para los inyectables de progestágeno solo:

- Mujeres amamantando con menos de 6 semanas después del parto
- Hipertensión arterial: PA sistólica mayor o igual a 160 o PA diastólica mayor o igual a 100
- Enfermedad cardiovascular
- Múltiples factores de riesgo para enfermedad cardiovascular (edad avanzada, uso de tabaco, diabetes e hipertensión arterial).
- Trombosis venosa profunda actual / Embolia pulmonar actual..
- Diabetes con más de 20 años de duración o con enfermedad vascular.
- Diabetes con retinopatía, neuropatía, neuropatía
- Cardiopatía isquémica actual o en el pasado
- Accidente cerebrovascular como antecedente.
- Sangrado vaginal de etiología desconocida (antes del diagnóstico)
- Cáncer de mama en el pasado y sin evidencia de enfermedad en los últimos 5 años.
- Hepatitis viral active.
- Cirrosis hepática severa descompensada

- Adenoma hepatocelular
- Tumor hepático maligno (hepatoma)
- Lupus eritematoso sistémico o desconocidos o trombocitopenia severa

Entre los beneficios de este tipo de inyectable hormonal encontramos:

- a) **AMPD:** Ayuda a proteger contra riesgo de embarazo; Cáncer del revestimiento uterino (cáncer endometrial); Fibromas uterinos; Puede ayudar a proteger contra enfermedad pélvica inflamatoria sintomática; anemia por deficiencia de hierro; reduce crisis de anemia falciforme y síntomas de endometriosis (dolor pélvico, sangrado irregular).
- b) **NET-EN:** Ayuda a proteger contra anemia por deficiencia de hierro.

Inyectables hormonales de progestágeno y estrógenos: contienen 2 hormonas—un progestágeno y un estrógeno— iguales a las hormonas naturales progesterona y estrógeno que produce el cuerpo de la mujer.

También reciben el nombre de anticonceptivos inyectables combinados (AIC).

Funcionan fundamentalmente impidiendo la liberación de óvulos de los ovarios (ovulación).

La eficacia depende de la puntualidad. Tal como se utilizan comúnmente, se producen cerca de 3 embarazos por cada 100 mujeres que utilizan inyectables mensuales durante el primer año. Esto significa que 97 de cada 100 mujeres que usan inyectables mensuales no quedarán embarazadas.

Cuando la mujer recibe las inyecciones en fecha, se produce menos de 1 embarazo en cada 100 mujeres que utilizan inyectables mensuales durante el primer año (5 por 10.000 mujeres).

El retorno de la fertilidad tras la interrupción de las inyecciones en promedio es de aproximadamente 1 mes más que con la mayoría de los otros métodos.

Parches anticonceptivos:

Libera dos hormonas de forma continua, una progestina y un estrógeno, directamente a través de la piel (parche) impidiendo así la ovulación. El parche proporciona una seguridad comparable a los anticonceptivos orales combinados con formulaciones hormonales similares y su perfil farmacocinético es parecido.

Se coloca el primer día del ciclo sobre la piel un parche que se cambiará semanalmente durante tres semanas seguidas. A los 21 días, cuando ya se hayan utilizado los tres parches, se da una semana de descanso donde no se aplica ningún parche y será el momento en el que aparecerá el sangrado menstrual. Debe colocarse en una zona del cuerpo sin cremas para que no se desprenda y nunca en la mamas; los sitios más adecuados son la nalga o el vientre.

Dentro de las ventajas de los parches encontramos:

- Una de las ventajas más importantes, y por la que es usado por muchas mujeres, es por lo fácil que es de utilizar.
- Tiene un alto porcentaje de efectividad (99%).
- Libera de forma uniforme el fármaco.
- Sólo se utiliza durante tres semanas al mes.
- Mejora los síntomas relacionados con el síndrome premenstrual.

En cuanto a las desventajas:

- No protege frente a enfermedades de transmisión sexual (sida, hepatitis C, sífilis, entre otras).

- Tener cuidado que no se despegue, ya que no haría el efecto deseado. La probabilidad de que se despegue es baja, pero puede suceder, especialmente en verano, ya que el sudor puede producir que no se adhiera completamente.
- No es recomendable en mujeres que tengan problemas de piel.
- Tampoco es aconsejable el uso del parche transdérmico anticonceptivo en mujeres que tengan un peso elevado (más de 80 Kg), ya que su efecto es menor en estos casos.

Anillo vaginal:

Libera dos hormonas de forma continua, una progestina y un estrógeno directamente.

Es un aro de un material similar al plástico de 5 cm. de diámetro y 4 mm de grosor contiene las hormonas similares a las de la píldora anticonceptiva; a través de unos pequeños poros en el anillo se va soltando el medicamento que es absorbido por la mucosa de la vagina. Los efectos secundarios y la eficacia son como los de la píldora.

Se introduce en la vagina, como un tampón, a los 5-7 días de empezar el ciclo, dejándolo dentro durante 21 días; pasado este tiempo se retira, se deja 7 días de descanso y se inserta otro nuevo.

Dispositivo intrauterino (DIU):

El dispositivo intrauterino o DIU es el método anticonceptivo reversible más frecuentemente usado en el mundo, –por unos 160 millones de mujeres. El dispositivo intrauterino debe ser introducido y extraído del útero por un profesional de la salud. El DIU permanece en el útero continuamente mientras que no se desee el embarazo.

Dependiendo del tipo de DIU puede tener una permanencia y duración entre 3 y 12 años (el modelo de cobre T 380A es eficaz hasta por 14 años).

Hay dos tipos principales de DIU, los que son inertes basados en cobre y aquellos basados en hormonas que funcionan por la liberación de progestágenos.

La mayoría de los DIU inertes no-hormonales son plásticos y tienen un marco en forma de T que envuelve un alambre electrolítico puro y/o tiene collarines o mangas de cobre.

Todos los DIU de segunda generación de cobre en forma de T tienen una tasa de fallo menor al 1% cada año y una tasa de fallo acumulado por 10 años entre 2-6%. Un ensayo a gran escala por la Organización Mundial de la Salud reportó un fallo acumulativo por 12 años para el T380A del 2,2%, o una tasa de 0,18% de fallos cada año durante 12 años, un valor equivalente a la ligadura de trompas que tiene un fallo por 10 años del 1,8%.

La presencia del dispositivo en el útero estimula la liberación de leucocitos y prostaglandinas por el endometrio, como parte de una reacción al cuerpo extraño. Estas sustancias son hostiles tanto para el espermatozoide como para los óvulos fecundados y los cigotos. La presencia de cobre incrementa el efecto espermicida y es un abortivo eficiente y confiable.

Los DIU no poseen elementos protectores en contra de una enfermedad de transmisión sexual o la enfermedad pélvica inflamatoria. Los DIU no-hormonales de cobre son considerados seguros durante la lactancia.

Métodos anticonceptivos de barrera.-

Preservativo:

También conocido como condón. Es una funda muy fina de látex que se coloca sobre el pene en erección. En su extremo cerrado suele llevar un pequeño reservorio que facilita el depósito del semen tras la eyaculación. Tiene una eficacia teórica entre 86 y 97%. Este método impide el paso de los espermatozoides al interior del útero.

Antes de ser abiertos deben conservarse en un medio seco y a temperaturas adecuadas. Es importante comprobar siempre la fecha de caducidad.

Es necesario saber que:

- El preservativo es de un sólo uso.
- Es el único método anticonceptivo, junto al preservativo femenino, eficaz para la prevención de las enfermedades de transmisión sexual, incluida la infección por VIH/SIDA.

Diafragma: Es una caperuza o casquete de látex muy flexible que se coloca en el fondo de la vagina, cubriendo completamente el cuello del útero. Su eficacia se calcula entre un 82 y un 96%.

Funciona impidiendo el paso de los espermatozoides al interior del útero, al tapan el cuello uterino que es el principal punto de paso.

Tiene que ir acompañado de una crema espermicida, que se extenderá sobre las dos caras y bordes del diafragma. Una vez puesto habrás de comprobar que el cuello del útero queda bien tapado. Se debe colocar antes del coito no pudiendo retirarlo hasta pasadas 6-8 horas. Si se realizan varios coitos seguidos no hay que extraerlo sino aplicar directamente la crema espermicida en la vagina.

Métodos anticonceptivos permanentes.-

Ligadura de trompas:

Consiste en interrumpir quirúrgicamente el lugar de paso de los óvulos y de los espermatozoides, con lo que se evita el embarazo. Son métodos permanentes que se consideran irreversibles, después de los cuales es muy difícil tener más hijos. Su eficacia es muy alta, cercana al 100%. evita que el espermatozoide encuentre al óvulo en las trompas de Falopio y, por tanto, la unión de ambos no se produzca.

Se puede realizar mediante varios procedimientos aunque el más frecuente es la laparoscopia.

Recientemente se ha desarrollado un nuevo método de obstrucción de las trompas llamado **ESSURE**; este método consiste en la introducción de un dispositivo de titanio en el interior de las trompas por medio de la histeroscopia, que permite el acceso al útero a través del cuello del mismo con una fibra óptica para poder verlo. Este dispositivo se deja allí y produce en unos 2-3 meses la obstrucción completa por una reacción de fibrosis. Para insertar estos dispositivos no se precisa anestesia general ni hospitalización, por lo tanto los riesgos son menores.

Vasectomía:

Consiste en la sección y ligadura de los conductos deferentes con la que se evita la salida de espermatozoides. Es un método de control de la natalidad, generalmente permanente. Tarda en actuar unos 3 meses debido a que quedan espermatozoides almacenados; no afecta el funcionamiento sexual del hombre; es fundamental que sea una elección voluntaria y con conocimiento de causa.

Otros Métodos anticonceptivos.-**Método de la amenorrea del amamantamiento (MELA):**

Es un método de anticoncepción temporal para las mujeres que recién dan a luz y que no han vuelto a menstruar; exige el amamantamiento exclusivo o día y noche completos, de una criatura menor de 6 meses.

Impide que los ovarios liberen óvulos (ovulación). Según la OMS su eficacia va entre 99% si se aplica de manera correcta y sostenida de un 98% según la práctica común de las mujeres.

MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS TRADICIONALES**Método ogino-knaus:**

Para una mujer cuyo ciclo menstrual se extiende entre 25 y 32 días, se estima que es infértil los primeros 7 días de su ciclo, es fértil entre los días 8 y 20, y vuelve a ser infértil

el día 21. Cuando se trata de evitar el embarazo, usándose perfectamente, este método tiene un nivel de efectividad de en torno al 80% (tasa de error del 20-25% según los estudios).

Coitus Interruptus:

El coitus interruptus o coito interrumpido, también conocido como retirada o marcha atrás, es un método de contracepción en el cual una pareja tiene relaciones sexuales, pero el pene es retirado prematuramente y el semen es eyaculado fuera de la vagina. Este método, por sí solo, es poco fiable porque el líquido pre seminal, que es secretado por las glándulas de Cowper para lubricar la uretra tras la erección, puede contener espermatozoides que pueden provocar un embarazo.

Método de Billings:

El método de ovulación Billings o método del moco cervical, es un método de regulación de la natalidad dentro de los llamados métodos anticonceptivos naturales. Este método consiste en que la mujer monitorea su fertilidad, identificando cuando es fértil y cuando no lo es, en cada ciclo. El flujo de la mujer no siempre es igual, sino que cambia en cantidad y consistencia en el transcurso del ciclo, volviéndose transparente, viscoso, como clara de huevo y adquiere mayor elasticidad al aproximarse la ovulación, en los días infértiles se caracteriza por mayor sequedad. En esta transformación se basa el método Billings, para determinar los días fértiles. Por tanto, la pareja se abstendrá de practicar relaciones sexuales en cuanto la mujer note la aparición del moco cervical.

Método de la temperatura basal:

El método de la temperatura basal consiste en recoger en tablas la temperatura corporal a lo largo del ciclo menstrual. De este modo se advierte el desnivel de temperatura -de entre 2 y 5 décimas de grado C.- producido por la secreción de progesterona en el ovario tras la ovulación. Este método sólo diagnostica la fase infértil post ovulatoria. Es un método anticonceptivo, el más efectivo de los llamados naturales. Cuando se añade un cálculo para determinar una fase relativamente infértil preovulatoria, al inicio del ciclo, se trata del método ciclo-térmico. Es necesario usar un termómetro de galio o galinstan, los cuales son más precisos que los termómetros digitales. Se empieza a tomar la temperatura el 5º día del ciclo, por vía rectal o vaginal durante 3 minutos. Se mide al despertar antes de cualquier actividad, después de haber dormido por lo menos 3 horas. Las variaciones de una hora en la medición se harán constar ya que tomada una hora más tarde la temperatura puede elevarse una décima y una hora más pronto de la habitual disminuir 1 décima.

2.4 DEFINICIÓN DE CONCEPTOS OPERACIONALES

USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS: A partir de la definición básica de “uso” como: Emplear algo con un fin determinado, servirse de un objeto para realizar una acción con él y establecer que el valor de uso de un bien está fijado por sus condiciones naturales y la aptitud que posee un objeto para satisfacer una necesidad. Se concluye que para esta investigación este término se aplica al empleo de elementos, productos o procedimientos que mediante su uso impide o reduce la posibilidad de que ocurra la fecundación al tener relaciones sexuales.

MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS: Los métodos anticonceptivos son Herramientas diversas, generalmente de aplicación en la mujer que impiden la fecundación. Los métodos anticonceptivos son elementos, productos o procedimientos que pueden usar hombres o mujeres para regular la fecundidad y tener relaciones sexuales libres de riesgo.

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO: El perfil epidemiológico es una dimensión de la epidemiología que sistematiza el conjunto de categorías (edad, sexo, estado civil, etc.) y a la vez expresa la relación salud - enfermedad y su comportamiento en las poblaciones humanas.

PLANIFICACIÓN FAMILIAR: conjunto de prácticas que pueden ser utilizadas por una mujer, un hombre o una pareja de potenciales progenitores orientadas básicamente al control de la reproducción mediante el uso de métodos anticonceptivos en la práctica de relaciones sexuales.

CAPÍTULO III: VARIABLES

3.1 VARIABLES: INDICADORES

VARIABLES INDEPENDIENTES

1. Edad

EDAD	
TIPO	Cuantitativa
NATURALEZA	Discreta
FORMA DE MEDICIÓN	Directa
ESCALA DE MEDICIÓN	De razón
INDICADOR	Años cronológicos
UNIDAD DE MEDIDA	Años
CATEGORÍA	No aplica
DIMENSIÓN	Biológica
DEFINICIÓN OPERACIONAL	Años cumplidos al momento de realización del estudio referidos por el entrevistado.
DEFINICIÓN CONCEPTUAL	Es el tiempo transcurrido desde el nacimiento de un ser vivo agrupados en intervalos.

2. Estado Civil

ESTADO CIVIL	
TIPO	Cualitativa
NATURALEZA	Politómica
FORMA DE MEDICIÓN	Directa
ESCALA DE MEDICIÓN	Nominal
INDICADOR	Estado civil
UNIDAD DE MEDIDA	No aplica
CATEGORÍA	- Soltera - Conviviente - Casada
DIMENSIÓN	Biológica
DEFINICIÓN OPERACIONAL	Situación personal en que se encuentra o no una persona física en relación a otra en el momento de la realización del estudio.
DEFINICIÓN CONCEPTUAL	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto. Conjunto de las circunstancias personales que determinan los derechos y obligaciones de las personas. .

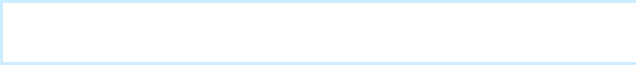
3. Grado de Instrucción

GRADO DE INSTRUCCIÓN	
TIPO	Cualitativo
NATURALEZA	Dicotómica
FORMA DE MEDICIÓN	Directa
ESCALA DE MEDICIÓN	Ordinal
INDICADOR	Tipo de método anticonceptivo elegido
UNIDAD DE MEDIDA	No aplica
CATEGORÍA	<ul style="list-style-type: none">- Superior (Institutos, Universidad)- No Superior (sólo primaria, sólo secundaria, primaria o secundaria incompletas)
DIMENSIÓN	Social
DEFINICIÓN OPERACIONAL	Grado más elevado de estudios realizados o en curso, sin tener en cuenta si se han terminado o están provisional o definitivamente incompletos al momento del estudio.
DEFINICIÓN CONCEPTUAL	Es el grado más alto completado, dentro del nivel más avanzado que se ha cursado, de acuerdo a las características del sistema educacional del país, considerando tanto los niveles primario, secundario, técnico y universitario.

4. Paridad

PARIDAD	
TIPO	Cuantitativa
NATURALEZA	Politómica
FORMA DE MEDICIÓN	Directa
ESCALA DE MEDICIÓN	De Razón
INDICADOR	Número de hijos
UNIDAD DE MEDIDA	No aplica
CATEGORÍA	<ul style="list-style-type: none">- Nulípara- De 1 a 2 hijos- De 3 a 4 hijos- De 5 hijos a más
DIMENSIÓN	Social
DEFINICIÓN OPERACIONAL	Número de hijos nacidos vivos por mujer sometida al estudio.
DEFINICIÓN CONCEPTUAL	El número de hijos por mujer va a determinar la tasa de natalidad bruta de un determinado lugar. Es la relación entre el número de nacidos vivos durante la vida de la mujer.

5. Antecedente de Aborto

ANTECEDENTE DE ABORTO	
TIPO	Cualitativo
NATURALEZA	Dicotómica
FORMA DE MEDICIÓN	Directa
ESCALA DE MEDICIÓN	Nominal
INDICADOR	Aborto previo
UNIDAD DE MEDIDA	No aplica
CATEGORÍA	- Sí - No
DIMENSIÓN	Social
DEFINICIÓN OPERACIONAL	Antecedente de interrupción del proceso fisiológico del embarazo causando la muerte del producto de la concepción o feto dentro o fuera del claustro materno, viable o no en las pacientes atendidas en el Consultorio de Planificación Familiar. 
DEFINICIÓN CONCEPTUAL	Interrupción voluntaria o involuntaria del embarazo antes de que el embrión o el feto estén en condiciones de vivir fuera del vientre materno.

VARIABLE DEPENDIENTE

6. Método Anticonceptivo

MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS	
TIPO	Cualitativo
NATURALEZA	Politómica
FORMA DE MEDICIÓN	Directa
ESCALA DE MEDICIÓN	Nominal
INDICADOR	Tipo de método anticonceptivo elegido
UNIDAD DE MEDIDA	No aplica
CATEGORÍA	<ul style="list-style-type: none">- Inyectables Hormonales- Anticonceptivos orales- Dispositivo Intrauterino- IMPLANON- Bloqueo tubárico bilateral- Otros
DIMENSIÓN	Social
DEFINICIÓN OPERACIONAL	Tipo de método anticonceptivo elegido voluntariamente por pacientes que acuden a Consultorio de Planificación Familiar.
DEFINICIÓN CONCEPTUAL	Se define como «cualquier acto, dispositivo o medicación para impedir una concepción o un embarazo viable». También es llamado anticoncepción o contracepción.

CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA

4.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

Se realizó un estudio tipo Descriptivo – Retrospectivo – Observacional.

4.2 POBLACIÓN O UNIVERSO

La población está constituida por 8838 pacientes mujeres atendidas en el consultorio de Planificación Familiar del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión durante todo el año 2015.

4.3 UNIDAD DE ANÁLISIS

Está constituida por cada paciente que acudió al Consultorio de Planificación Familiar del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión.

4.4. MUESTRA

La población estuvo conformada por todas las pacientes mujeres que acudieron al Consultorio de Planificación Familiar, de lunes a sábado en el turno de mañana, durante el año 2015, durante el cual se atendieron a un total de 8838 pacientes.

Para el cálculo del tamaño muestral se usó muestreo aleatorio obteniéndose del total un tamaño de muestra de **282 pacientes**.

4.5. CRITERIOS DE SELECCIÓN

4.5.1. Criterios de Inclusión

- Pacientes mujeres.
- Pacientes que acudieron al Consultorio de Planificación Familiar.
- Pacientes que optaron por algún método anticonceptivo.
- Pacientes atendidas durante todo el año 2015.
- Pacientes atendidas en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión.
- Pacientes registradas en las Historias Clínicas respectivas.

4.5.2. Criterios de Exclusión

- Pacientes varones.
- Pacientes atendidas fuera del periodo establecido.
- Pacientes no registradas en Historias Clínicas.

4.5. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se utilizó una ficha de recolección de datos, en la cual se transcribieron los datos de las historias clínicas de las pacientes que acudieron al consultorio de Planificación Familiar durante el periodo especificado, cuyo tamaño muestral fue un total de 282 pacientes. (Anexo 04).

4.6 PROCEDIMIENTO DE LA RECOLECCIÓN

- Se obtuvo la autorización del Jefe de Departamento y de Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión.
- Se solicitó autorización al Comité de Ética y del Departamento de Estadística de dicho nosocomio para la revisión respectiva de las historias clínicas.

- **Aspectos éticos:**

En todos los procedimientos del presente estudio se preservará la integridad y los derechos fundamentales de las pacientes sujetas a investigación, de acuerdo con los lineamientos de las buenas prácticas clínicas y de ética en investigación médica garantizando también la confidencialidad de los datos obtenidos.

4.7 PLAN DE ANÁLISIS DE RESULTADOS

- **Programas a utilizar para análisis de datos:**

Los datos fueron introducidos en una base de datos en el programa Microsoft Excel 2013 y los resultados fueron analizados en el programa estadístico SPSS versión 20.

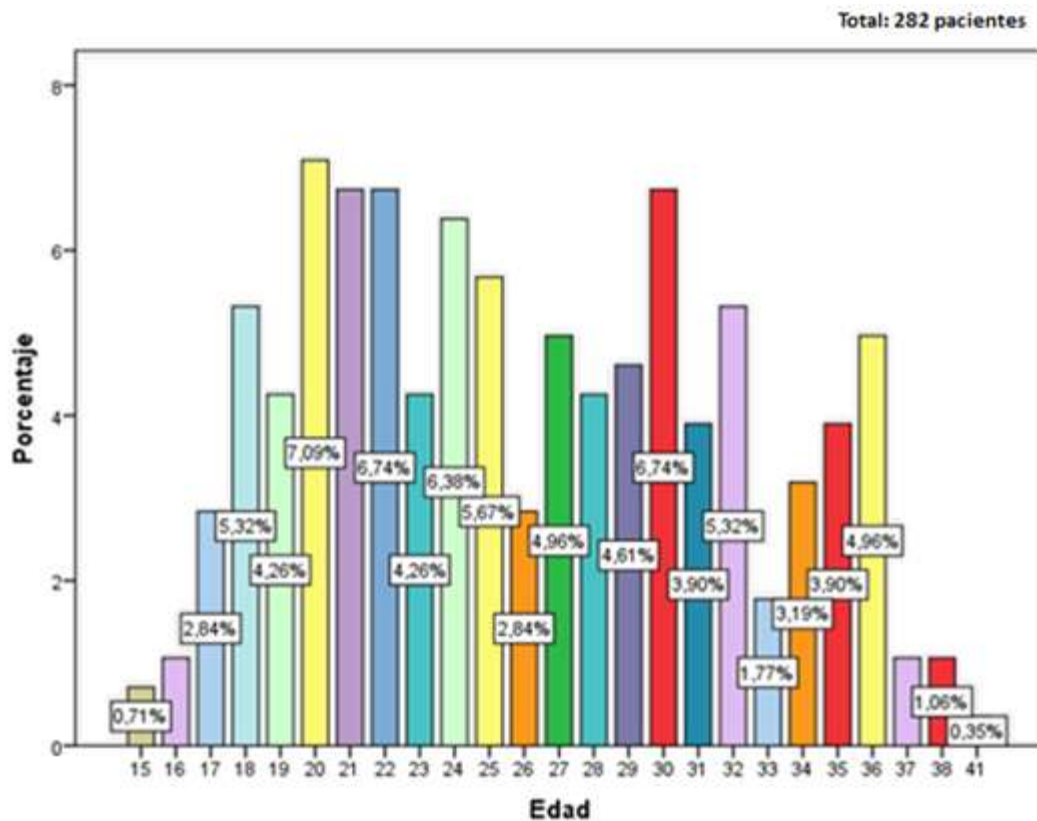
La representación de los datos se realizó mediante tablas.

CAPÍTULO V: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

5.1 RESULTADOS

TABLA N° 01:

EDAD DE PACIENTES MUJERES ATENDIDAS EN EL CONSULTORIO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR DURANTE EL 2015



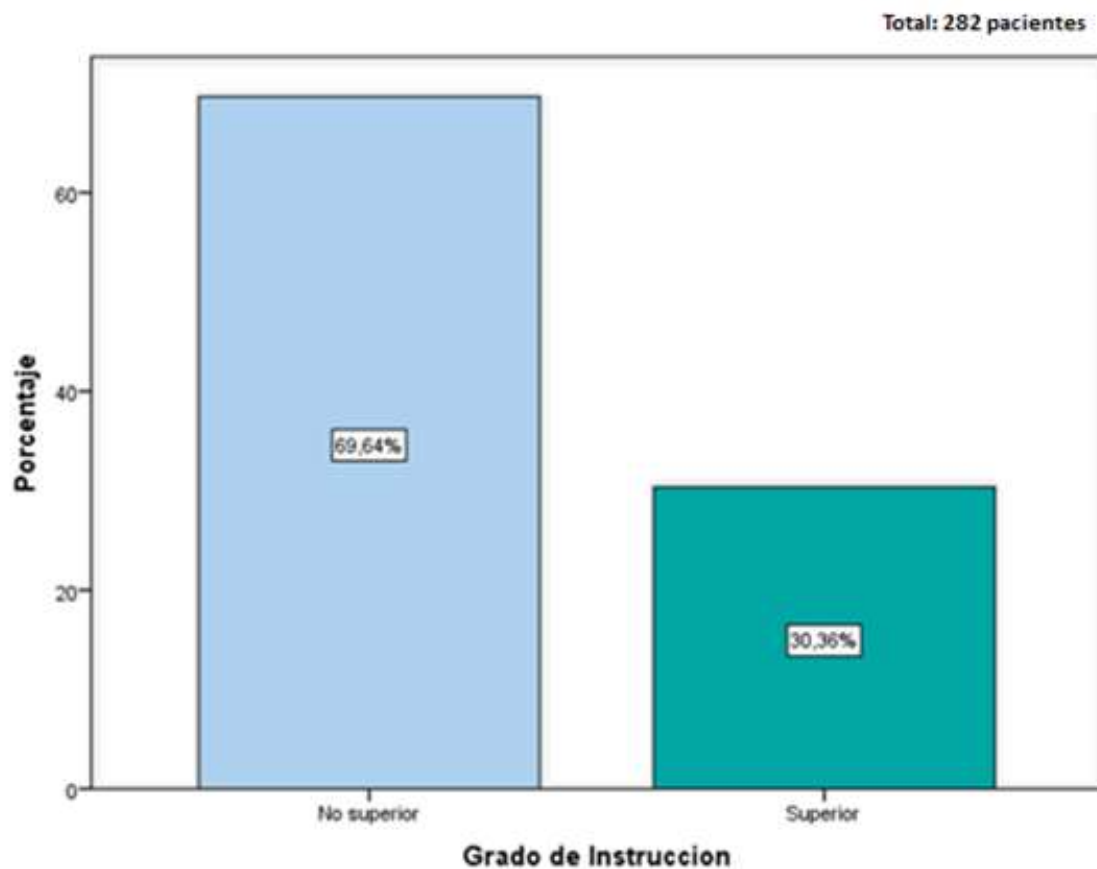
Fuente: Registro de Historias Clínicas del HNDAC
Elaboración: Propia

La muestra estuvo conformada por 282 pacientes mujeres que acudieron al Consultorio de Planificación Familiar a lo largo del año 2015. En cuanto a la edad, como se aprecia en la Tabla N° 01, el mayor porcentaje de mujeres tenían 20 años (7,09%), seguida de 21, 22 y 30 años con 6,74% cada uno. En tercer lugar encontramos las mujeres con 24 años (6,38%). Con menores porcentajes se encuentran aquellas pacientes con 15 años 0,71% y

en el lado opuesto aquellas con 41 años con 0,35%. Siendo la media de edad de toda la población en estudio 26,16 años.

TABLA N° 02:

GRADO DE INSTRUCCIÓN DE PACIENTES ATENDIDAS EN EL CONSULTORIO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR DURANTE EL 2015



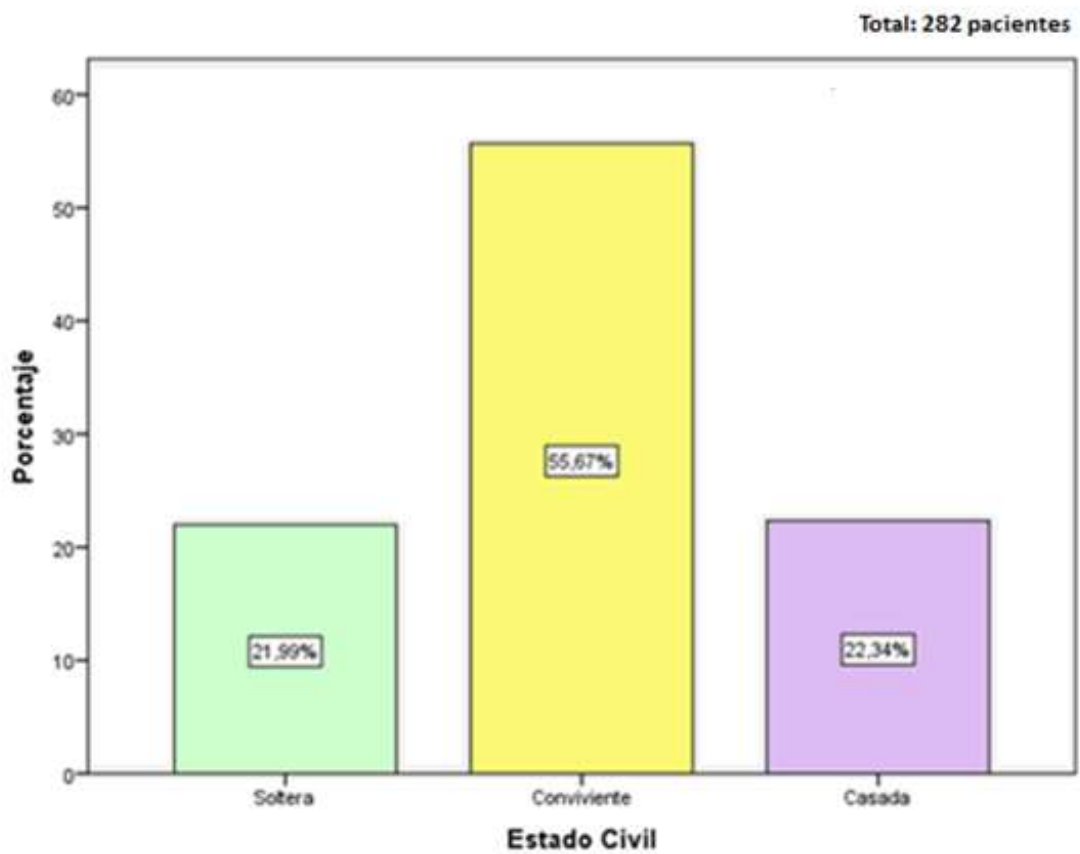
Fuente: Registro de Historias Clínicas del HNDAC
Elaboración: Propia

En cuanto al grado de instrucción, el 69,64% de las pacientes no habían cursado con estudios superiores, es decir, ya sea que sólo contaban con primaria, secundaria, o

estudios escolares incompletos, sin haber cursado estudios ni en institutos ni universitarios. Mientras que el 30,36% restante si habían cursado estudios superiores.

TABLA N° 03:

ESTADO CIVIL DE PACIENTES MUJERES ATENDIDAS EN EL CONSULTORIO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR DURANTE EL 2015

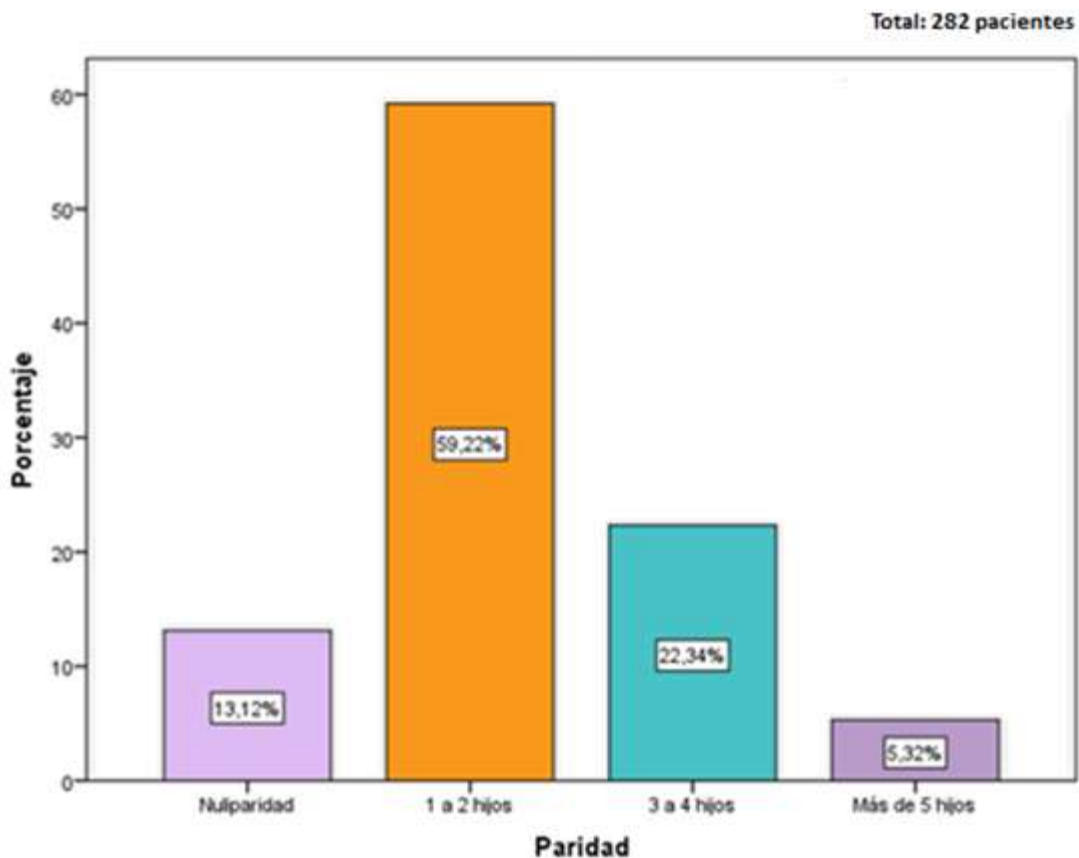


Fuente: Registro de Historias Clinicas del HNDAC
Elaboracion: Propia

El estado civil predominante de las pacientes que acudieron al consultorio de Planificación Familiar es conviviente, con un 55,67%, seguido de las mujeres casadas con 22,34% y en último lugar encontrándose aquellas mujeres solteras con 21,99%.

TABLA N° 04:

PARIDAD DE LAS PACIENTES MUJERES ATENDIDAS EN EL CONSULTORIO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR DURANTE EL 2015



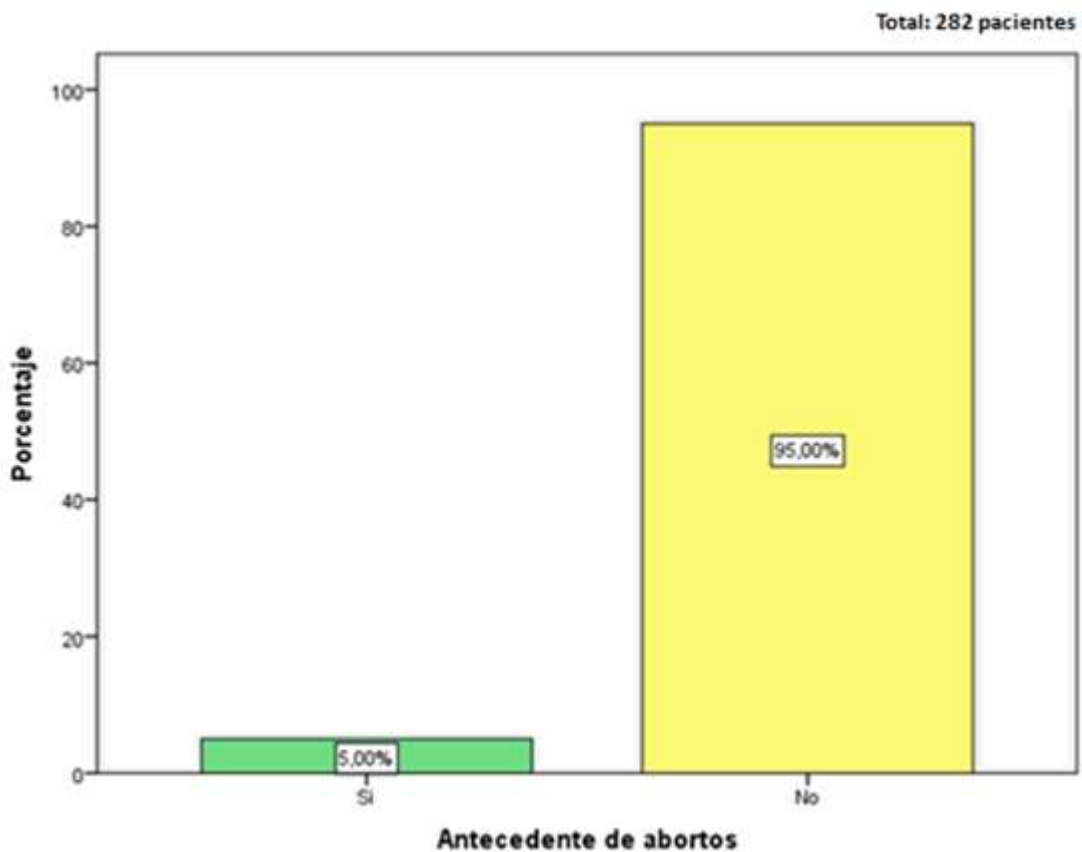
Fuente: Registro de Historias Clínicas del HNDAC
Elaboración: Propia

Lo que respecta al antecedente de paridad de las mujeres atendidas en el consultorio de planificación familiar para la elección de algún método anticonceptivo, más de la mitad de

las pacientes tenían de 1 a 2 hijos vivos (59,22%). Las mujeres con 3 a 4 hijos representaron un 22,34%. En tercer lugar se encontraron aquellas que no tienen ningún hijo vivo (13,12%) y aquellas madres grandes multíparas con 5 hijos a más hijos ocuparon el último lugar con 5,32% del total.

TABLA N° 05:

**ANTECEDENTE DE ABORTO DE LAS PACIENTES MUJERES ATENDIDAS EN EL
CONSULTORIO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR DURANTE EL 2015**

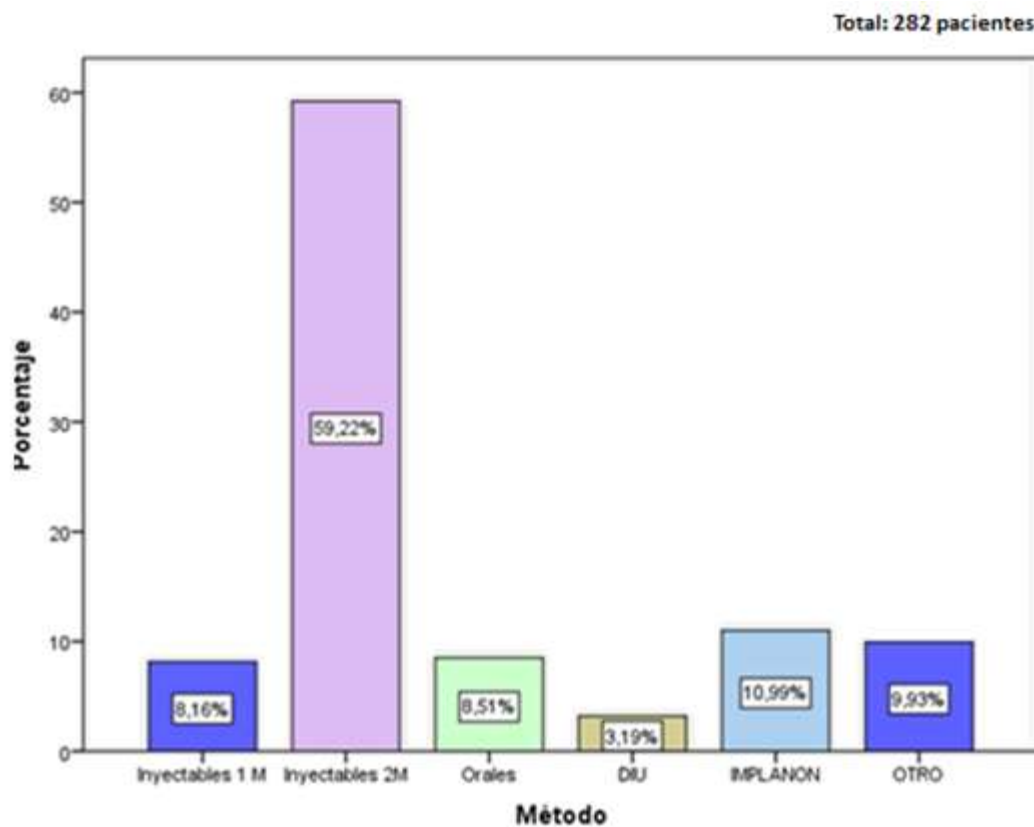


Fuente: Registro de Historias Clinicas del HNDAC
Elaboracion: Propia

Una población pequeña de mujeres fue la que presentó antecedente de aborto, con 5%, ya sea aborto inducido o espontáneo. Contrarrestando el 95% de mujeres que no refirieron haber presentado antecedente de aborto alguna vez en su vida.

TABLA N° 06:

MÉTODO ANTICONCEPTIVO EMPLEADO POR LAS PACIENTES MUJERES ATENDIDAS EN EL CONSULTORIO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR DURANTE EL 2015



Fuente: Registro de Historias Clínicas del HNDAC
Elaboración: Propia

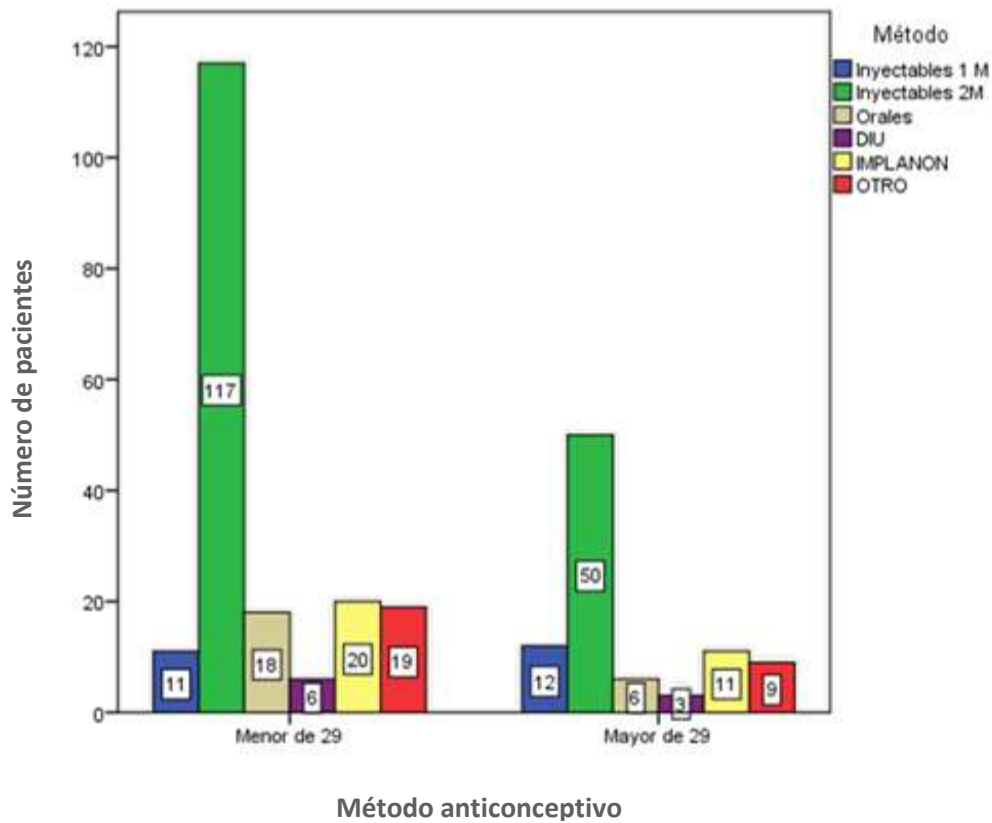
En el consultorio de planificación familiar, las mujeres atendidas durante el año 2015, emplearon preferentemente los anticonceptivos inyectables hormonales (67,38%), dentro

de ellos, el preferido por las pacientes fue el inyectable hormonal trimestral con 59,22% versus los inyectables hormonales mensuales con 8,16%. El segundo método más empleado por estas mujeres fue el IMPLANON (10,99%), seguido de otros métodos que incluían condones masculinos y femeninos, entre otros, con 9,93%.

Con menores porcentajes se encontraban aquellas pacientes que empleaban anticonceptivos orales (8,51%) y en último lugar las que utilizaban dispositivos uterinos como método anticonceptivo (3,19%).

TABLA N° 07:

MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS ELEGIDOS SEGÚN LA EDAD DE LAS PACIENTES MUJERES ATENDIDAS EN EL CONSULTORIO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR DURANTE EL 2015



Fuente: Registro de Historias Clínicas del HNDAC
Elaboración: Propia

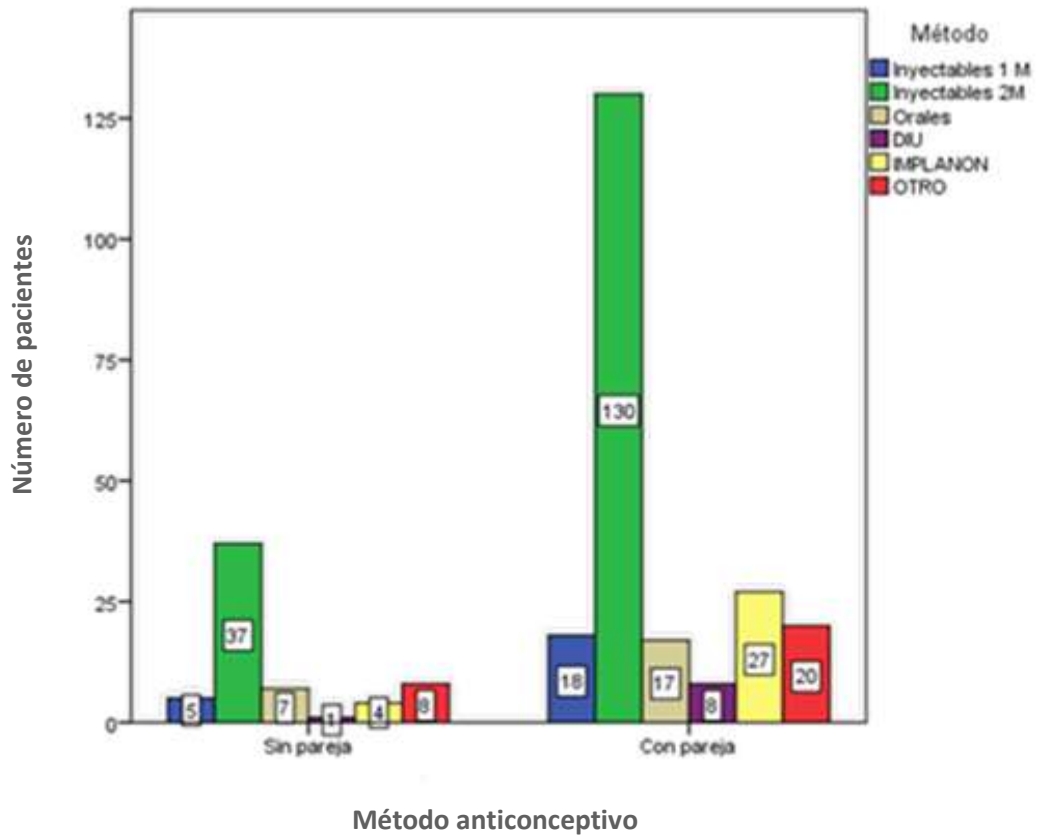
Para una mejor interpretación y relación de las usuarias de los diferentes métodos anticonceptivos, se dividió a las 282 pacientes en dos grupos, las mujeres con menos de

29 años y el otro grupo correspondiente a las pacientes con más de 29 años. Así observamos que en la tabla N° 07 las pacientes con menos de 29 años prefirieron el uso de inyectables hormonales trimestrales (117 pacientes) seguido del IMPLANON, el cual fue utilizado por 20 pacientes. Encontramos a los anticonceptivos orales, empleados por 18 mujeres, y en menor proporción, 6 usuarias menores de 29 años seleccionaron los dispositivos intrauterinos como método anticonceptivo.

Por otro lado, aquellas mujeres con edad mayor de 29 años, el inyectable hormonal trimestral ocupó el primer lugar (50 pacientes) seguido de inyectables hormonales mensuales (12 pacientes). Once mujeres prefirieron el uso del IMPLANON; nueve pacientes emplearon otros métodos anticonceptivos (condones masculinos, condones femeninos), y en último lugar se encontraron aquellas pacientes que prefirieron los dispositivos intrauterinos (3 pacientes).

TABLA N° 08:

MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS ELEGIDOS SEGÚN EL ESTADO CIVIL DE LAS PACIENTES MUJERES ATENDIDAS EN EL CONSULTORIO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR DURANTE EL 2015



Fuente: Registro de Historias Clínicas del HNDAC
Elaboración: Propia

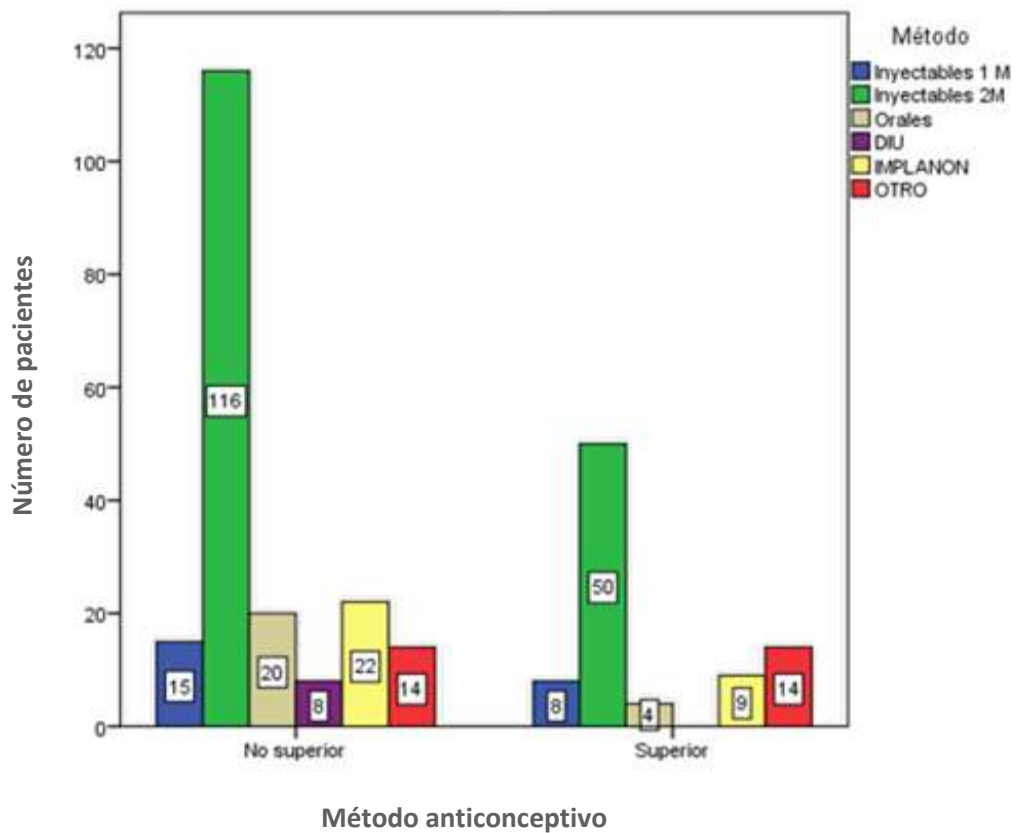
Para relacionar las mujeres según su estado civil, se dividió a las pacientes atendidas en el consultorio de planificación familiar (282) en dos grupos: aquellas con pareja (casadas, convivientes) y sin parejas (solteras).

Las mujeres atendidas que refirieron estar con pareja, ya sean casadas o convivientes, seleccionaron preferentemente el uso de inyectables hormonales trimestrales como método anticonceptivo de elección (130 pacientes), seguido de 27 pacientes con pareja que eligieron el IMPLANON como opción anticonceptiva, encontramos en tercer lugar otros métodos (20 pacientes) como los condones masculinos o femeninos y en último lugar, 8 pacientes con parejas que utilizaron los dispositivos intrauterinos.

Por otro lado, dentro de las mujeres sin pareja (solteras), 37 de ellas eligieron los inyectables hormonales trimestrales, 8 de ellas usaron otros métodos (condones masculinos y femeninos). El tercer lugar fue ocupado por las pacientes sin pareja que emplearon anticonceptivos orales (7 pacientes). Y el último lugar de esta población fue para aquellas mujeres que usaban el dispositivo uterino como método anticonceptivo (1 paciente).

TABLA N° 09:

MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS ELEGIDOS SEGÚN EL GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LAS PACIENTES MUJERES ATENDIDAS EN EL CONSULTORIO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR DURANTE EL 2015



Fuente: Registro de Historias Clínicas del HNDAC
Elaboración: Propia

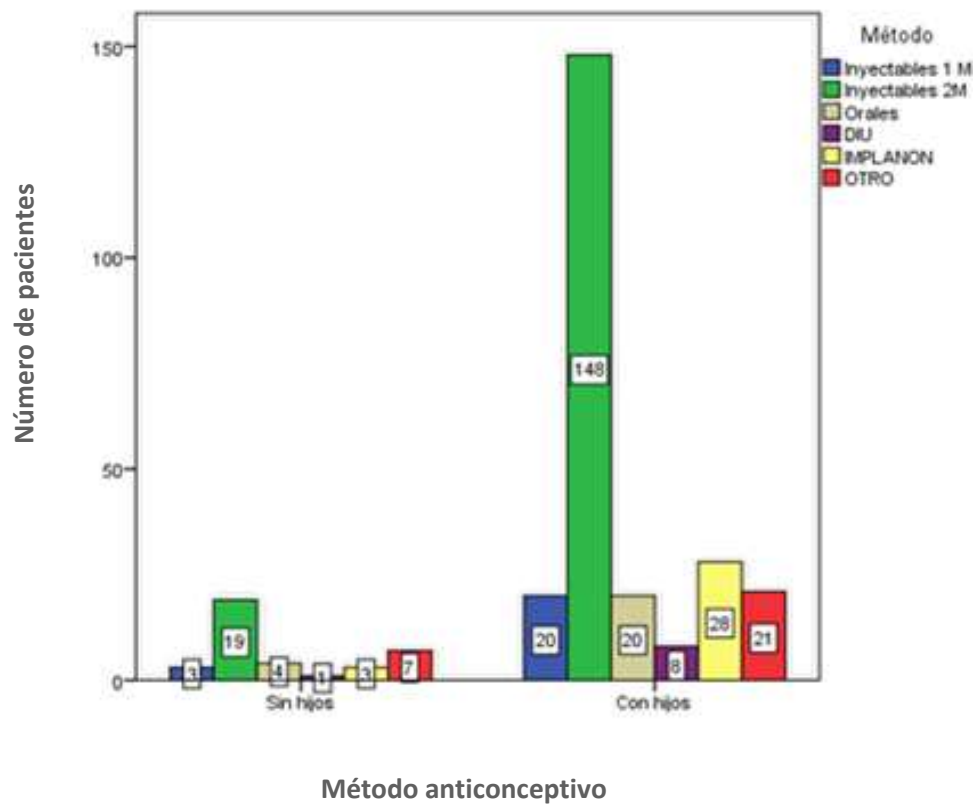
Según el grado de instrucción, las mujeres que no cursaron con grado superior alguno (no instituto ni universidad, primaria, secundaria o estudios escolares incompletos), eligieron en mayor porcentaje los inyectables hormonales trimestrales (116 pacientes), seguido del

uso de IMPLANON (22 pacientes), anticonceptivos orales (20 pacientes), otros métodos (condones masculinos y femeninos) usados por 14 mujeres y 8 pacientes eligieron los dispositivos intrauterinos como método.

Por otro lado, en el grupo de pacientes con estudios superiores, ya sea en institutos o universitarios, 50 de ellas usaron inyectables hormonales trimestrales, seguidas de 14 mujeres que seleccionaron otros métodos (dentro de ellos condones masculinos o condones femeninos). Nueve pacientes prefirieron el uso de IMPLANON, y una menor proporción, 4 mujeres, usaron anticonceptivos orales como método anticonceptivo.

TABLA N° 10:

MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS ELEGIDOS SEGÚN LA PARIDAD DE LAS PACIENTES
MUJERES ATENDIDAS EN EL CONSULTORIO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR DURANTE EL
2015



Fuente: Registro de Historias Clínicas del HNDAC
Elaboración: Propia

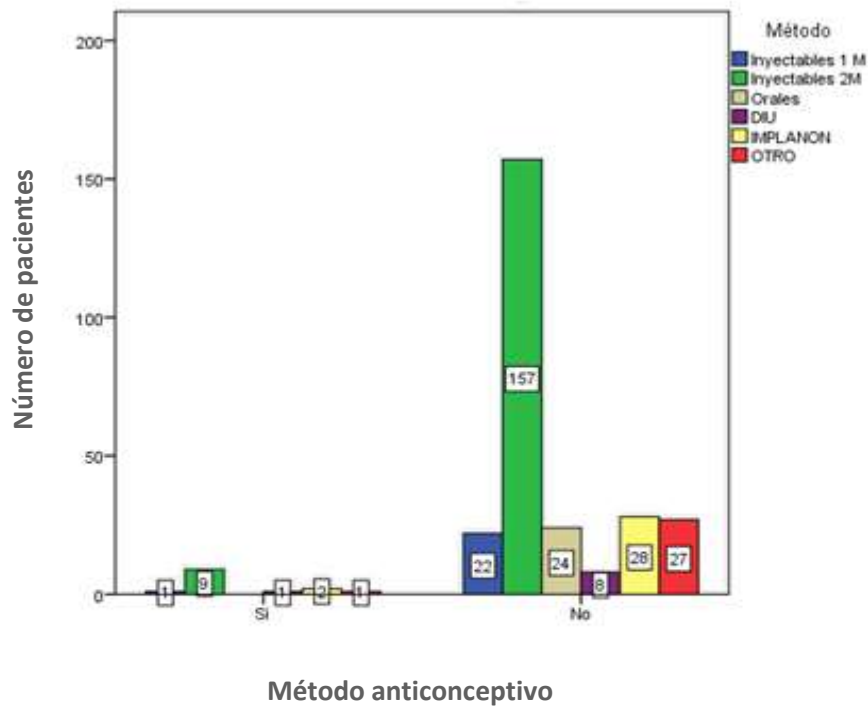
Con respecto a la paridad, en la siguiente tabla se dividió a la población total, en dos grupos para relacionar el método anticonceptivo elegido según la paridad, en mujeres sin hijos y mujeres con hijos.

Así en la tabla N° 10, se observa que la mayoría de pacientes con hijos usaron los inyectables hormonales trimestrales (148 mujeres), seguido de 28 pacientes que eligieron IMPLANON, 20 pacientes prefirieron el uso de anticonceptivos orales e inyectables hormonales mensuales. En menor proporción se encuentran otros métodos (condones masculinos femeninos, etc.) elegidos por 21 pacientes y en último lugar los dispositivos intrauterinos, seleccionados por tan solo 8 mujeres.

Por otro lado, en aquellas pacientes que no tienen hijos, el anticonceptivo más usado fue el inyectable hormonal, elegido por 19 pacientes, luego se encuentran otros métodos (condones masculinos, condones femeninos, etc) usados por 7 mujeres. Los anticonceptivos orales ocuparon el tercer lugar, al ser elegido como método por 4 mujeres. Y con menos preferencia encontramos los inyectables hormonales e IMPLANON (3 pacientes respectivamente) y los dispositivos intrauterinos solo elegido por una mujer.

TABLA N° 11:

**MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS ELEGIDOS SEGÚN EL ANTECEDENTE DE ABORTO DE LAS
PACIENTES MUJERES ATENDIDAS EN EL CONSULTORIO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR
DURANTE EL 2015**



Fuente: Registro de Historias Clinicas del HNDAC
Elaboracion: Propia

De las 14 pacientes mujeres atendidas en el Consultorio de Planificación Familiar con antecedente de aborto, el inyectable hormonal trimestral fue elegido como método anticonceptivo por 9 de ellas. Dos pacientes usaron el IMPLANON, mientras que los

inyectables hormonales mensuales, dispositivo intrauterino y otros métodos (condones masculinos, condones femeninos, etc.) fueron empleados por una paciente respectivamente.

En la población de mujeres que no tuvieron antecedente de aborto (266 pacientes), el método más usado fue el inyectable hormonal trimestral (157 mujeres), seguido del uso del IMPLANON (28 mujeres), 24 prefirieron el uso de anticonceptivos orales, 27 usaron otros métodos, mientras que 22 de ellas usaron inyectables hormonales mensuales. El último lugar fue ocupado los dispositivos intrauterinos, los cuales fueron usados por tan solo 8 mujeres sin antecedente de aborto.

5.2 DISCUSIÓN

Los métodos anticonceptivos forman parte de unos de los pilares fundamentales de la Planificación Familiar, tanto su disponibilidad, el acceso a ellos y el conocimiento de éstos, constituyen una de las Estrategias Sanitarias de nuestro país, cuyos objetivos principales son disminuir la tasa de embarazos no deseados, por ende el número de abortos peligrosos, prolongar los periodos intergenésicos en cada embarazo para conservar la salud de la madre y del futuro bebe, y posponer los embarazos hasta que los padres se encuentren emocional, física y económicamente preparados para asumir su rol. Es por ello que destaca la importancia del conocimiento de las preferencias anticonceptivas de cada una de las pacientes atendidas en el Consultorio de Planificación Familiar de acuerdo a las características propias de cada población.

Por ejemplo, en lo referente a la edad, se observó en el presente estudio que las edades de las mujeres atendidas durante el año 2015 en el consultorio de Planificación familiar iban desde los 15 hasta los 41 años, siendo las pacientes con 20 años las que obtuvieron el mayor porcentaje, seguidas de la mujeres con 21, 22 y 30 años.

Estos datos coinciden de manera similar con los resultados obtenidos por Ramón Fernández y col. en el estudio "**Métodos anticonceptivos: prevalencia de uso según método en el Hospital Infantil del Este**" en Venezuela, en donde se obtuvo que las edades oscilaron entre los 15 y 51 años, teniendo como promedio de edad $30,69 \pm 7,97$ años dentro de las usuarias.

La edad temprana de uso de métodos anticonceptivos (15 años) en ambos estudios podrían explicarse por el inicio temprano de los adolescentes con respecto a las relaciones sexuales, y el interés de alguno de ellos en emplear algún método de anticoncepción.

Al relacionar las edades según el uso de métodos anticonceptivos, en nuestro estudio concluimos que tanto para la población menor de 29 años, como las pacientes mayores de 30 años, prefirieron el uso de inyectables hormonales trimestrales. El IMPLANON fue

el segundo método más utilizado en la población menor de 29 años, mientras que las mujeres mayores de 30, usaron inyectables hormonales mensuales.

Según el estudio ya mencionado de Ramón Fernández y col. en el cual la población más joven prefirió el uso de anticonceptivos orales y las pacientes con mayor edad la esterilización quirúrgica contrastan con nuestros resultados, pues por ejemplo, para nuestras pacientes jóvenes la opción de inyecciones hormonales tendría más ventajas sobre los anticonceptivos orales, dentro de ellas podría encontrarse la rutina de uso de los anticonceptivos orales, pues las usuarias deben ser disciplinadas en su uso para una mejor eficacia del método. Con respecto al IMPLANON, que ocupó el segundo lugar en nuestra población joven, podría explicarse ya que en los últimos 5 años se ha promocionado el uso de implantes subdérmicos, resaltando su eficacia en cuanto a mayor protección de embarazos y la disponibilidad de éstos, al ser otorgadas de manera gratuita por el Sistema Integral de Salud. Además, en la población joven, los implantes subdérmicos, tendrían aún mayor ventajas, pues les concedería una anticoncepción por un periodo de 3 años con alto rango de eficacia, su fácil uso y sin muchos efectos adversos comparados con otros métodos.

Lo que respecta al estado civil, en nuestro trabajo de investigación, encontramos que el 55,67% de las pacientes eran convivientes y el 22,34% de usuarias eran mujeres casadas. Como se sabe, en nuestro país, las parejas convivientes han incrementado en las últimas dos décadas, mientras que el promedio de las mujeres casadas en los últimos 20 años ha ido disminuyendo, todo esto respaldaría los resultados obtenidos en este trabajo.

En cuanto al grado de instrucción, 69,64% de las pacientes atendidas en el Consultorio de Planificación Familiar no cursaron o no cursan con estudio superior (ya sea institutos o universidad). El **Instituto Nacional de Informática**, indica que el índice de alfabetismo en los últimos años de las edades entre 15 y 24 años corresponden a 95 y 99,1% respectivamente, existiendo una brecha considerable entre ambas edades, lo que podría justificar de alguna manera los resultados obtenidos en nuestro estudio.

Por otro lado, con respecto a la paridad de las pacientes mujeres atendidas durante el año 2015 el 59,22% de ellas tenían entre 1 a 2 hijos vivos, seguidas de las mujeres con 3 a 4 hijos (22,34%), pacientes nulíparas (13,12%) y en último lugar encontrándose aquellas con 5 o más hijos (5,32%). Estos resultados coinciden con las cifras obtenidas en la “**Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2012**” la cual informa que en los últimos años la tasa de fecundidad en el Perú disminuyó, teniendo cada mujer 2,6 hijos; y dentro de ellas, en Lima y Callao se reportaron un promedio de 2,1 hijos por cada mujer, lo cual reflejaría una menor tasa de fecundidad y la preocupación de las mujeres por emplear un método anticonceptivo eficaz que prolongue los periodos intergenésicos hasta el momento que se encuentren debidamente preparadas.

El antecedente de aborto juega un papel fundamental en la decisión de elegir algún método anticonceptivo, pues si el aborto fuese inducido por alguna mujer que no planificó su embarazo, su cuidado ante otro probable embarazo posterior formaría parte de una de sus principales preocupaciones. Por ejemplo en el Perú “**La Encuesta de Demografía y Salud del INEI**” (ENDES 2015) mostró que en Lima el embarazo en adolescentes se incrementó a 10.6% y que de ellas 14 de cada 100 están embarazadas o ya son madres pese a que el 59% de estas mujeres no los tenía en sus planes. En nuestro estudio, se observó que tan sólo el 5% de las mujeres atendidas informaron haber cursado alguna vez en su vida con algún aborto, ya sea inducido o espontáneo.

Durante el año 2015, según este estudio, se concluye que el inyectable hormonal trimestral fue el anticonceptivo más empleado por la usuarias con un 67,38%, mientras que los inyectables hormonales mensuales tan sólo alcanzaron un 8,16%. El segundo lugar fue ocupado por el IMPLANON (10,99%), método anticonceptivo en boga en los últimos tiempos.

En la “**Encuesta Demográfica y de Salud Familiar**” ENDES realizada en el Perú durante el año 2010 el 74,4% de las mujeres de dicho estudio usaron algún tipo de método anticonceptivo y dentro de ellas el método más utilizado fue la inyección hormonal

(17,5%), coincidiendo estos datos con los resultados obtenidos en nuestro trabajo de investigación. Sin embargo, en países desarrollados como España, el preservativo (90,4%) sigue siendo el método de elección, seguido de los anticonceptivos orales y dispositivos uterinos según muestra Alicia Maroto y col. en el estudio ***“Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos por la población femenina de una zona de salud”***.

En este trabajo se podría explicar el porcentaje considerable del uso del IMPLANON (10,99%) debido a las constantes campañas de promoción realizadas por la Región del Callao en conjunto con el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión mediante el programa ***“Mami Chalaca 2015”*** fomentando el uso de anticonceptivos, en especial del implante subdérmico, proporcionándolo de manera gratuita, promoviendo además su alta tasa de eficacia frente a otros métodos, la seguridad de no quedar embarazada durante un periodo de 3 años y el costo comparado con la práctica privada, que en este nosocomio es totalmente gratuito.

Además, este programa promueve intensivamente la planificación familiar en aquellas pacientes internadas en el servicio de Ginecología y Obstetricia, quienes han dado a luz ya sea por parto vaginal o cesárea, o aquellas quienes han sido sometidas a procedimientos como AMEU y Legrado Uterino, facilitándoles a ellas el acceso a algún método contraceptivo y brindándoles charlas sobre planificación familiar, asegurándose así, que al ser dadas de alta cuenten ya con algún método, disminuyendo indirectamente, el incremento de fecundidad, disminución de embarazos de alto riesgo a futuro y consecuentemente la disminución de la mortalidad materna e infantil.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

Finalizando el trabajo de investigación, se logró llegar a las siguientes conclusiones:

1. En el presente trabajo de investigación la edad predominante de las pacientes mujeres atendidas en el consultorio de Planificación Familiar del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión durante el año 2015 fue de 20 años, con una media de 26,16 años.
2. Con respecto al grado de instrucción, del total de 282 pacientes atendidas el 69,64% de las mujeres no cursaron con estudios superiores (no institutos, no universidad, tan solo cursaron con primaria o secundaria o refirieron haber cursado con estudios escolares incompletos.).
3. Un 55,67% de las mujeres se encontraban conviviendo con su pareja al momento de la elección de algún método anticonceptivo.
4. En cuanto al antecedente de aborto el 95% de las pacientes refirió no haber cursado con aborto previo en ningún momento de su vida, ni de manera espontánea ni inducida.
5. Con respecto a la paridad, de las 282 pacientes sometidas a estudio, 59,22% refirieron tener de 1 a 2 hijos vivos.
6. El método anticonceptivo más utilizado por las pacientes mujeres que acudieron al consultorio de Planificación Familiar del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión durante el año 2015, fue el inyectable hormonal trimestral con 59,22%.

RECOMENDACIONES

1. Promover el uso adecuado de los diferentes métodos anticonceptivos de acuerdo a la edad de la paciente, comorbilidades y expectativas de ellas mismas, así como orientarlas a la elección del método idóneo para cada caso asegurando el cumplimiento de éstos mediante charlas informativas por parte de personal capacitado en el tema dirigidas a pacientes internadas en el Hospital Daniel Alcides Carrión o que acuden por Consultorio Externo no sólo de Planificación Familiar sino también de Gineco-Obstetricia.
2. Realizar charlas informativas a los centros educativos secundarios, así como también Institutos y Centros Universitarios, orientando a la población joven al uso adecuado y racional de los métodos anticonceptivos. Adicionando además, la prevención de las diferentes enfermedades de transmisión sexual y abortos riesgosos que puede traer consigo la mala información.
3. Continuar con la promoción de la planificación familiar desde las salas de hospitalización para aquellas mujeres que acaban de dar a luz, así como también aquellas que acuden de manera externa por Consultorio de Planificación Familiar, facilitándoles la información y el acceso a los diferentes métodos anticonceptivos, disminuyendo consecuentemente el número de gestaciones por cada mujer y alargando en cada una de ellas el periodo intergenésicos con la finalidad de disminuir las morbimortalidad materno-infantil.
4. Instaurar en cada área del Servicio de Gineco-obstetricia, ya sea emergencia, consultorios de ginecología, consultorios de obstetricia, planificación familiar, hospitalización, Psicoprofilaxia, admisión obstétrica, entre otros, módulos de orientación sexual y planificación familiar con personal altamente calificado.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministerio de Salud del Estado Peruano [Página principal en Internet]
2. Naciones Unidas. 2010. Resolución 65/1: Cumplir la promesa: unidos para lograr los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Resolución aprobada en la 65ª Sesión de la Asamblea General, 19 de octubre de 2010. Nueva York. Ingreso: 13 de mayo de 2011 en www.un.org/en/mdg/summit2010/pdf/outcome_documentN1051260.pdf.
3. Organización Mundial de la Salud. Estadísticas sanitarias mundiales 2010. SBN 978 92 4 356398 5 (Clasificación NLM: WA 900.1)
4. Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela. Vol 71. Nro 3. Setiembre 2011.
5. Westoff, C. F. 2006. New Estimates of Unmet Need and the Demand for Family Planning (Nuevas estimaciones sobre las necesidades insatisfechas y la demanda de planificación familiar). Informes Comparativos de la Encuesta de Demografía y Salud (DHS) N.º 14. Calverton, MD: Macro International Inc.
6. Ministerio de la mujer y poblaciones vulnerables [Página Principal en Internet] http://www.mimp.gob.pe/files/direcciones/dgignd/informes/vii_informe_avances_igualdad.pdf
7. Portal de Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia- UNICEF – Planificación Familiar.

8. Resumen Ejecutivo Informe del cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio Perú – 2008, PNUD, Lima , 2009
9. Organización Mundial de la Salud. Planificación familiar. Nota de Prensa; Mayo 2015 [Página Principal en Internet].
10. Estrategia de Cooperación Técnica OPS/OMS Perú 2010-2014. Resumen Ejecutivo Informe del cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio Perú – 2008, PNUD, Lima, 2009.
11. Organización Mundial de la salud. [Pagia Principal en Internet]; URL. En: <http://www.who.int/whr/2005/chapter3/es/index3>.
12. World contraceptive use 2001. Nueva York, NY, Departamento de Asuntos Humanitarios de la Organización de las Naciones Unidas, 2002.
13. Instituto Nacional de Estadística e Informática/Planificación Familiar.
14. Instituto Nacional de Estadística e Informática/Planificación Familiar.
15. Portal de Radio Programas del Perú. [Página Principal en Internet].
16. Organización Mundial de la Salud. Maternal Mortality Ratios and Rates.1991. [Página Principal en Internet].
17. Instituto Peruano de Paternidad Responsable (INNPARES).Beneficios de la planificación familiar para la salud. [Página Principal en Internet].

18. Portal de El Comercio [Página Principal en Internet]
<http://elcomercio.pe/lima/ciudad/hospitales-lima-ofrecen-implanteanticonceptivo-gratis-noticia-1837858>

19. Portal del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión [Página Principal en Internet]
<http://www.hndac.gob.pe/index.php/component/content/article/9-actividades-oficiales/251-region-callao-y-hospital-carrion-realizaron-primera-charla-educativa-para-madres-gestantes-en-el-marco-del-programa-mami-chalaca-2015>

20. Sociedad Española de Contracepción. Estudio poblacional sobre el uso y la opinión de los métodos anticonceptivos en España). Marzo 2014.

21. Ramón Fernández et al. Métodos anticonceptivos: prevalencia de uso según método en el Hospital “Materno Infantil del Este”, Petare. Rev de Obstetricia y Ginecología de Venezuela. 2009; 69 (1) 28-34.

22. Liliane Somogyi et al. Métodos anticonceptivos: antes y ahora. Rev de Obstetricia y Ginecología de Venezuela. 2011. V71. N2.

23. Alicia Maroto de Agustín et al. Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos por la población femenina de una zona de salud. Rev. Española Salud Pública 1998. 72:547-557.

24. Portal EMOL [Página principal en Internet], Chile
<http://www.emol.com/noticias/nacional/2013/04/08/592409/estudio-revela-que-el-uso-de-anticonceptivos-en-jovenes-aumento-a-875-en-2012.html>

- 25.** Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta de demografía y salud del INE. 2013
- 26.** Portal PERU21 [Página principal en Internet]
<http://peru21.pe/actualidad/embarazo-adolescente-aumenta-lima-costa-norte-peru-inei-2191608>.
- 27.** María C. Sánchez Meneses et al. Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en adolescentes en un centro de salud. México 2015; 22 (2)

ANEXOS

ANEXO 01:

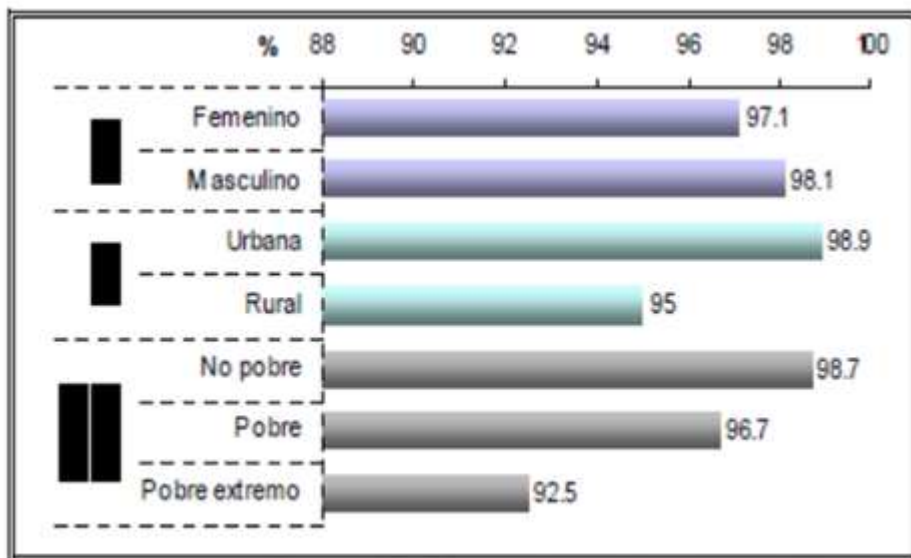
Tabla de indicadores de pobreza extrema y pobreza total

Indicadores	Año Base	2002	2008	Meta al 2015
Tasa de pobreza extrema	23.0 (1991)	23.9 9.7 (Urbana) 50.3 (Rural)	12.6 5.8 (Urbana) 21.0 (Rural)	11.5
Tasa de Pobreza Total	54.4 (1991)	54.4 42.0 (Urbana) 78.4 (Rural)	36.2 23.5 (Urbana) 59.8 (Rural)	27.3
Brecha de la pobreza total		16.2 (2004) 10.6 (Urbana) 26.6 (Rural)	11.1 5.8 (Urbana) 21.0 (Rural)	
Proporción del consumo nacional que corresponde al quintil más pobre		5.6	5.8	

Fuente: Informe del cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio Perú – 2008, PNUD

ANEXO 02:

Tasa de alfabetismo en la población con edades entre 15 y 24 años, según sexo, área urbano rural y nivel de pobreza, 2008.



Fuente: INEI - Encuesta Nacional de Hogares 2008.

ANEXO 03:

Tabla de embarazos por 100 mujeres en los primeros 12 meses de uso.

Eficacia de los métodos anticonceptivos

Método anticonceptivo	Uso correcto y consistente	Uso típico
Sin método	85	85
Implantes de levonorgestrel	0.05	0.05
Vasectomía	0.1	0.2
Inyectables combinados	0.1	3
Inyectable progestágeno solo (AMPD)	0.3	3
Esterilización femenina	0.5	0.5
Dispositivo intrauterino TCu 380A	0.6	0.8
Anticonceptivos orales de progestágeno solo (en lactancia)	0.5	1
Método de la amenorrea de lactancia (MELA)*	0.5	2
Anticonceptivos orales combinados	0.1	6-8
Anticonceptivos orales de progestágeno solo (sin lactancia)	0.5	‡
Condón masculino	2	15
Coito interrumpido	4	19
Diafragma con espermicida	6	16
Abstinencia periódica	1-9	25
Condón femenino	5	21
Espermicidas	18	29

0-1	Muy efectivo	2-9	Efectiva	10-30	Menos efectivas
-----	--------------	-----	----------	-------	-----------------

* Tasa de falla en los primeros 6 meses post-parto.

‡ Las pastillas de progestágeno solo son algo menos efectivas que las pastillas combinadas cuando se toman sin estar lactando.

Fuente: *The World Health Organization, Geneva, 2002/2004: "Selected Practice Recommendations for Contraceptive Use. Reproductive Health and Research Family and Community Health".*

ANEXO 04:

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO ASOCIADO AL USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS
DE PACIENTES MUJERES ATENDIDAS EN EL CONSULTORIO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR
DURANTE EL AÑO 2015**

FICHA TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Sexo: F () M () **Edad:** _____

Estado Civil: S () Conviviente () Casada ()

Grado de Instrucción: No Superior () Superior ()

Paridad: Nulípara () 1 a 2 hijos () 3 a 4 hijos ()

De 5 a más hijos ()

Antecedente de Abortos: Si () No ()

Tipo de Método anticonceptivo:

Inyectables () Tipo: Mensual () Trimestral ()

Anticonceptivos Orales ()

Dispositivo Intrauterino ()

IMPLANON ()

Otros ()