



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**

**CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y CLÍNICAS  
DE MUJERES CON ANTICONCEPCIÓN QUIRÚRGICA  
VOLUNTARIA EN EL HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ  
EN LOS AÑOS 2013-2014**

**TESIS PRESENTADO POR:**

**Ana Cecilia Aroste Ore**

**PARA OPTAR:**

**El grado de licenciatura**

**Lima 2016**

## INDICE

CARATULA	I
PAGINAS PRELIMINARES	II
RESUMEN	III
ABSTRACT	IV
	Pag.
INTRODUCCIÓN	1-2
<b>CAPITULO I</b>	<b>PLANEAMIENTO METODOLÓGICO</b>
1.1 Descripción de la Realidad Problemática	3-5
1.2 Delimitación de la investigación	6
1.3 Formulación del Problema	6
1.3.1 Problema principal	
1.3.2 Problemas secundarios	
1.4 Objetivos de la investigación	6
1.4.1 Objetivo general	
1.4.2 Objetivos específicos	
1.5 Hipótesis	7
1.5.1 Hipótesis general	
1.5.2 Identificación y Clasificación de Variables e Indicadores	8
1.6 Diseño de la Investigación	9
1.6.1 Tipo de investigación	
1.6.2 Nivel de la investigación	
1.6.3 Método	
1.7 Población y muestra	10
1.7.1 Población	
1.7.2 Muestra	
1.8 Técnicas e instrumentos	10
1.8.1 Técnicas	
1.8.2 Instrumentos	
1.9 Justificación	11

## **CAPITULO II      MARCO TEORICO**

2.1	Fundamentos teóricos de la Investigación	
2.1.1	Antecedentes	12-16
2.1.2	Bases teóricas	17-36
2.1.3	Definición de términos	36

## **CAPITULO III.      PRESENTACIÓN,      INTERPRETACIÓN      ANÁLISIS      Y DISCUSION DE RESULTADOS**

3.1	Presentación de resultados	37-64
3.2	Interpretación, análisis y discusión de resultados	65-66

## **CAPITULO IV.      CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

4.1	Conclusiones	67
4.2	Recomendaciones	68

## **FUENTES DE INFORMACION**      69-72

## **ANEXOS**      73

Matriz de consistencia

Instrumentos de recolección de datos

Juicio de expertos

Autorización Institucional donde se ha realizado el estudio

**Dedico a:**

A mi familia, ya que gracias a su apoyo y su valiosa orientación pude terminar con éxito el presente trabajo investigativo.

**Agradezco:**

Mi gratitud especial a mis asesoras, que me supieron prodigar sus sabias enseñanzas, de manera especial a la Dra. Maria Caldas y obstetra. Luisa Parra Silva en la tesis.

De igual manera expreso mi agradecimiento al Dr. Wilfredo Hernández que me facilito la recopilación de la información necesaria para el feliz desarrollo de la misma.

## RESUMEN

El presente estudio fue planteado con el **objetivo:** Determinar las características sociodemográficas y clínicas de mujeres con anticoncepción quirúrgica voluntaria en el Hospital Carlos Lanfranco la Hoz en los años 2013 - 2014. **Material y métodos:** Investigación retrospectiva de diseño Descriptivo - Aplicativo; la población sujeto de estudio fueron 198 usuarias que se sometieron a la anticoncepción quirúrgica voluntaria en el Hospital Carlos Lanfranco la Hoz en los años 2013 - 2014. La muestra fue censal. Se utilizó la técnica de recolección de datos por medio de revisión de historias clínicas de usuarias que se sometieron a la anticoncepción quirúrgica voluntaria. El instrumento usado fue la ficha de recolección de datos o lista de chequeo.

**Resultados** Las mujeres estuvieron entre las edades de 24-30 años con 39,90% y 31-37 años con 43,94%. El 98,99% procede del ámbito urbano y el 1,01% se encuentra en el ámbito rural.

El 92,93% son amas de casa y el 35,35% tienen secundaria completa. En relación a la paridad el 52,02% fueron multigesta y el 47,98% gran multigesta, con respecto al número de hijos; se obtuvo mayor porcentaje en mujeres con 3 hijos siendo el 44,44%.

De acuerdo con el tipo de parto el 77,27% tuvieron cesárea y el 22,73% fueron eutócico, en relación al uso de métodos antes de la ligadura un 70,71% tuvo anticoncepción oral, inyectables 22,73% y otros (preservativo) 6,57%.

Con respecto a los antecedentes de parto con complicaciones el 77,27% fueron Cesareadas anteriormente, el 4,04% atonía uterina, el 2,53% hemorragia post parto, parto obstruido 37,37%, parto disfuncional 23,23% y otros (placenta previa) 5,05%.

Con relación a enfermedades limitantes el 13,64% tuvieron en sus embarazos o partos preeclampsia severa, tuberculosis el 1,01 % y el 2,53% otros (retardo mental e hipertiroidismo). **Conclusiones:** Se evidenció que de las 198 mujeres que optaron por la anticoncepción quirúrgica voluntaria la mayoría procedía del ámbito urbano estando entre las edades de 31-37 y 24-30 , teniendo secundaria completa, siendo ama de casa y 3 hijos.

Con respecto a las características clínicas donde se incluye antecedentes de partos con complicaciones y enfermedades limitantes (Preeclampsia severa, Diabetes Mellitus, Colestasis gravídica, sida, etc.) tienen cierto grado de predisposición, debido a los resultados obtenidos en dicho estudio.

**Palabras clave: Ligadura de trompas de falopio.**

## ABSTRAC

This study was planned with the aim: To determine the sociodemographic and clinical characteristics of women with voluntary sterilization in the Hospital Carlos Lanfranco la Hoz in the years 2013 -2014. **Methods:** Retrospective descriptive research design - Applicative; the target population of study were 198 users who underwent voluntary sterilization in Hospital Carlos Franco Lan sickle in the years 2013 - 2014. The sample census. The data collection technique was used by review of medical records users who underwent voluntary sterilization. The instrument used was the data collection sheet or checklist.

**Results** The women were between 24-30 years and 31-37 years 39, 90% to 43,94%. The 98, 99% comes from urban areas and 1, 01% is in rural areas.

The 92, 93% are housewives and 35, 35% had completed secondary school. Regarding the parity were 52, 02% and 47, 98% multigravida's great multigesta, with respect to the number of children; largest percentage was obtained in women with 3 children being 44, 44%.

According to the mode of delivery cesarean section they had 77.27% and 22, 73% were eutocic, regarding the use of methods prior to ligation one 70, 71% had oral, injectable contraception and other 22, 73% (preservative) 6, 57%.

Regarding the complications 77,27% were cesarean previously, uterine inertia

4,04%, 2,53% post-partum hemorrhage, obstructed labor 37,37% ,23,23% dysfunctional labor and other (placenta previa) 5,05%.

With regard to limiting the disease were 13.64% in its severe preeclampsia pregnancy or childbirth, tuberculosis 1.01% and 2.53% other (mental retardation and hyperthyroidism). Conclusions: It was demonstrated that of the 198 women who opted for voluntary surgical contraception most came from urban areas being between the ages of 31-37 and 24-30 having completed secondary, being a housewife and 3 children.

With respect to the clinical history where delivery is included with complications and limiting disease (severe Preeclampsia, Diabetes Mellitus, Coleastasis gravidarum, AIDS, etc.) have some degree of bias, due to the results obtained in this study.

**Keywords: tubal ligation.**

## INTRODUCCION

Desde hace algunos años, la anticoncepción quirúrgica voluntaria femenina ha ido progresando su uso de forma rápida, como método de planificación familiar, por ser un método permanente de la contracepción.

Durante la época de la revolución sexual de los años 60 y 70 se logró marcar una etapa de cambio cultural en relación a la conducta sexual y anticoncepción tanto del hombre como de las mujeres; que sumado al avance tecnológico de los procedimientos quirúrgicos, contribuyó a que la anticoncepción quirúrgica representara una forma segura y eficaz de prevenir el embarazo no deseado.

En el Perú, en los años 1990-2000; hubo un programa sobre la anticoncepción quirúrgica voluntaria ``forzadas`` contra las mujeres indígenas (esencialmente quechuas), con el propósito de un plan de control demográfico en los sectores pobres de la sociedad peruana.

Hoy por hoy, en el Perú la anticoncepción quirúrgica voluntaria es el método más frecuente entre las parejas debido a que permite la protección frente al embarazo en aquellas parejas que dada su edad y el número de hijos desean limitar en número de su familia. (Revista de Psicología. Pontificia Universidad Católica del Perú, Dpto. de Humanidades, Jiménez, F.)

La anticoncepción quirúrgica voluntaria es uno de los métodos más seguros en la medida en que las tasas de complicaciones señaladas son habitualmente inferiores a la de la mayor parte de los otros métodos. Es un procedimiento quirúrgico, el cual consiste en la oclusión bilateral de las trompas de falopio para que el óvulo y el espermatozoide no se unan.

Este método puede realizarse de forma ambulatoria siempre teniendo en cuenta las condiciones de infraestructura, equipamiento e instrumental especial. Se puede realizar después del parto vaginal, después del parto por cesárea o se puede hacer una ligadura de intervalo aquello que se realiza en cualquier momento del ciclo si se tiene la certeza de que no hay un

embarazo de por medio o por ultimo después de un post aborto bajo la cobertura antibiótica.

Según la organización mundial de la salud la anticoncepción quirúrgica voluntaria; es actualmente el procedimiento anticonceptivo más usado en el mundo. A la vez calculó que más de 100 millones de mujeres en edad fértil habían sido esterilizadas en el mundo y que más de 100 millones de mujeres que habitan en el mundo en desarrollo elegirían este procedimiento en los próximos 20 años.

Siendo características principales para la decisión de usar este método, las características sociodemográficas y clínicas que puedan predisponer a la elección de la anticoncepcion quirúrgica voluntaria femenina.

Por ejemplo en las características sociales se le podría atribuir al estado civil, ocupación y nivel económico. Y Con respecto a las características demográficas, ciertos parámetros como por ejemplo la edad, el nivel de instrucción y la procedencia.

Y en las características clínicas, aquello que involucra un cierto grado de riesgo para el organismo de la mujer, como por ejemplo antecedentes obstétricos (la paridad, el número de gestaciones, periodo intergenésico, vía de partos, número de hijos), antecedente de partos con complicaciones y enfermedades limitantes.

Todos estos factores pueden inducir a que la población femenina opte por la anticoncepción quirúrgica voluntaria, ya que contribuirá a una reducción de complicaciones tanto para la salud de ellas mismas si volvieran a salir embarazadas con una edad mayor a lo recomendable y un número elevado de hijos.

## **CAPITULO I**

### **PLANEAMIENTO METODOLÓGICO**

#### **1.1 DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA**

La planificación familiar permite a las personas tener el número de hijos que desean y determinar el intervalo entre embarazos. Esto se logra mediante la aplicación de métodos anticonceptivos.<sup>1</sup>

Entre ellos está un método irreversible como la anticoncepción quirúrgica voluntaria femenina, es una intervención quirúrgica para impedir futuras gestaciones, consiste en la oclusión bilateral de las trompas de falopio con el fin de impedir la unión de los gametos (óvulo-espermatozoide).<sup>2</sup>

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva del 2009 en Panamá casi la mitad de las mujeres casadas o unidas (48.8%) utilizan, actualmente, algún método moderno de planificación familiar. La anticoncepción quirúrgica voluntaria femenina es el método más utilizado con un 16.8%. (4.7% en el segmento de 25-29 años y hasta 32.5% en el de 45–49 años).<sup>3</sup>

El uso de métodos modernos en las áreas de población indígena es de 19,0%. Sin embargo, datos del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos indican que en el 2010 la prevalencia de uso de anticonceptivos en las mujeres en edad fértil fue de 11,8%.<sup>3</sup>

Por otra parte se realizó una encuesta Nacional de salud familiar FESAL 2009 por parte del Ministerio de Salud de El Salvador; donde se documentó que la anticoncepción quirúrgica voluntaria femenina es aún el método de anticoncepción más común de El Salvador y que gran parte de la reducción de la fertilidad a largo plazo es producto del importante incremento del uso de métodos anticonceptivos.

El porcentaje de mujeres en edad de concebir que usan métodos anticonceptivos aumentó de un 47% en 1988 a un 73% en 2009, siendo la anticoncepción quirúrgica voluntaria femenina el método que más se ha extendido.

Un gran número de mujeres salvadoreñas comenzaron a realizarse el procedimiento de la anticoncepción quirúrgica voluntaria. El porcentaje de mujeres en edad de concebir que optaron por la anticoncepción quirúrgica voluntaria aumentó apenas de un 10% en 1975 a un 31% en 1985. Este porcentaje se ha mantenido cerca de ese nivel durante los últimos 23 años. El Salvador tiene una de las más altas tasas de mujeres que se realizaron el procedimiento. En América Latina y el Caribe, superada únicamente por Brasil, República Dominicana y Puerto Rico.

Solamente unos pocos países asiáticos, especialmente India y China, tienen tasas de anticoncepción quirúrgica voluntaria femenina por encima de este nivel. En los Estados Unidos solo el 21% de mujeres en edad de procrear han optado por la anticoncepción quirúrgica voluntaria. <sup>4</sup>

Según la organización mundial de la salud en el estudio de Minilaparotomía y técnicas endoscópicas para la esterilización, la anticoncepción quirúrgica voluntaria femenina; es actualmente el procedimiento anticonceptivo más usado en el mundo. A la vez calculó que más de 100 millones de mujeres en edad fértil habían sido esterilizadas en el mundo y que más de 100 millones de mujeres que habitan en el mundo en desarrollo elegirían como método la anticoncepción quirúrgica voluntaria femenina en los próximos 20 años<sup>5</sup>.

En nuestro país según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2014 en el uso actual de métodos existe una relación entre la edad de las mujeres actualmente unidas y el método moderno de mayor uso. Es decir que entre las mujeres de 15 a 34 años de edad, la inyección fue el método de mayor uso (26,1%en promedio) y entre las mujeres mayores de 40 a 49 años fue la anticoncepción quirúrgica voluntaria femenina (17,4%, en promedio).<sup>6</sup>

La elección de un método anticonceptivo clásico o definitivo varía mucho según los países y la cultura .En esta elección interviene muchos factores como por ejemplo sociales, económicos, religiosos, culturales y personales; por ejemplo en África la tasa de anticoncepción quirúrgica voluntaria es baja, apenas el 23 % de las mujeres de África usan métodos anticonceptivos modernos, y esta disminución del uso coincide con una considerable necesidad insatisfecha y tasas de mortalidad materna mucho más elevadas.<sup>7</sup>

En este contexto se requiere conocer que características tienen las mujeres que eligen este método, sus motivaciones, entre otros por lo que el presente trabajo está orientado a determinar tal situación.

## **1.2 DELIMITACION DE LA INVESTIGACIÓN**

### **Delimitación social**

La población sujeto de estudio fueron las mujeres que se sometieron a la anticoncepción quirúrgica voluntaria.

### **Delimitación temporal**

El periodo de investigación estuvo entre los años 2013 y 2014

### **Delimitación espacial**

Esta investigación se realizó en el Hospital Puente Piedra ``Carlos Lanfranco La Hoz`` es un hospital categoría II-2 .Esta ubicado a 31 Km al norte de la ciudad de lima. Fue inaugurado el 17 de setiembre de 1971 iniciando su actividades con atención ambulatoria en las cinco especialidades básicas (medicina, pediatría, Gineco-obstetricia cirugía, odontoestomatología).

## **1.3 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.**

### **1.3.1 Problema Principal**

¿Cuáles son las características sociodemográficas y clínicas de mujeres con anticoncepción quirúrgica voluntaria en el hospital Carlos Lanfranco la Hoz en los años 2013-2014?

### **1.3.2 Problemas Secundarios**

¿Cuáles son las características sociales de mujeres con anticoncepción quirúrgica voluntaria?

¿Cuáles son las características demográficas de mujeres con anticoncepción quirúrgica voluntaria?

¿Cuáles son las características clínicas de mujeres con anticoncepción quirúrgica voluntaria?

## **1.4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN**

### **1.4.1 Objetivo General**

Determinar las características sociodemográficas y clínicas de mujeres con anticoncepción quirúrgica voluntaria en el hospital Carlos Lanfranco la Hoz en los años 2013-2014

### **1.4.2 Objetivos Específicos**

- Determinar las características sociales de mujeres con anticoncepción quirúrgica voluntaria.
- Determinar las características demográficas de mujeres con anticoncepción quirúrgica voluntaria.
- Determinar las características clínicas de mujeres con anticoncepción quirúrgica voluntaria.

## **1.5 HIÓTESIS DE INVESTIGACIÓN**

### **1.5.1 Hipótesis General**

No es pertinente.

### **1.5.2 Identificación y Clasificación de Variables e Indicadores**

V1: Características sociodemográficas.

V2: Características clínicas.

VARIABLE	ASPECTOS O DIMENSIONES	INDICADORES
V <sub>1</sub> : Características sociodemográficas	Social	Estado civil
		Ocupación
	Demográficas	Edad
		Nivel de instrucción
		Procedencia
	V <sub>2</sub> : características clínicas	Antecedentes obstétricos
Número de hijos		
Periodo intergenésico		
Vías de parto		
Uso de otro MAC antes de la ligadura		
Antecedente de parto con complicaciones		Cesárea anterior
		Atonía uterina
		Inversión uterina
		Hemorragia post parto
		Parto obstruido
		Parto disfuncional
		Otros
Enfermedad limitante		Preeclampsia severa
		Colestasis gravídica
		DBT Mellitus
		Enfermedad cardiovascular
		TBC
		VIH-SIDA
		Otros

## **1.6 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN**

### **1.6.1 Tipos de Investigación**

Descriptivo, porque se busca explicar las características o peculiaridades de un grupo de personas, objetos o situaciones que están bajo un constante estudio, describiendo los fenómenos o sucesos tal y como se presentaron; Retrospectivo, porque la información fue recolectada de hechos anteriores, ya suscitados en las historias clínicas a través de una ficha de recolección de datos y de corte Transversal, porque los datos que se levantaron fueron tomados en un solo momento en un tiempo determinado.

### **1.6.2 Nivel de Investigación**

Aplicativo, porque se realizó sobre hechos concretos y específicos de carácter netamente utilitarios, orientados a la resolución de problemas específicos.

### **1.6.3 Método**

De tipo cuantitativo porque se le asignó un valor numérico a las variables estudiadas. Y cuyos resultados obtenidos se representaron en porcentajes.

## **1.7 POBLACIÓN Y MUESTRA DE LA INVESTIGACIÓN**

### **1.7.1 Población**

La población fueron las 198 usuarias que se sometieron a la anticoncepción quirúrgica voluntaria en el Hospital Carlos Lanfranco la Hoz en los años 2013-2014.

### **1.7.2 Muestra**

La muestra fue censal dado que se tomó en cuenta a todas las mujeres sometidas a AQV teniendo como características sociales (estado civil, ocupación), características demográficas (edad, procedencia, nivel de instrucción,) y características clínicas (antecedentes obstétricos, antecedentes de partos con

complicaciones, enfermedades limitantes) en el periodo de estudio.

## **1.8 TÉCNICAS E INSTRUMENTACIÓN DE LA RECOLECCIÓN DE DATOS**

### **1.8.1 Técnicas**

Se utilizó la técnica de recolección de datos por medio de la revisión de historias clínicas de las usuarias que se sometieron a la anticoncepción quirúrgica voluntaria.

### **1.8.2 Instrumentos**

El instrumento que se utilizó fue la ficha de recolección de datos, el cual estuvo constituido por dos rubros:

**Características sociodemográficas** que a su vez se subdividió en dos partes, sociales y demográficos que consto de 6 ítems en donde se colocó la edad, procedencia, nivel de instrucción, ocupación, estado civil, nivel económico.

**Características clínicas** estuvo constituida por los siguientes ítems antecedentes obstétricos con 5 ítems: paridad, número de hijos, periodo intergenésico, tipo de parto, uso de otro MAC antes de la ligadura; antecedentes de partos con complicaciones el que se dividió en 6 ítems: cesárea anterior, atonía uterina, inversión uterina, hemorragia post parto, parto obstruido y parto disfuncional. Por ultimo sobre las enfermedades limitantes tuvo 6 ítems: Preeclampsia severa, Colestasis gravídica, DBT Mellitus, Enfermedad cardiovascular, Tuberculosis, Sida.

## **1.9 JUSTIFICACIÓN E INPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN**

La anticoncepcion quirúrgica voluntaria es un método seguro de suma importancia en la planificación familiar. Pero si bien este método se realiza más en naciones desarrolladas; en comparación con en el Perú la anticoncepción quirúrgica voluntaria tiene baja cobertura, debido que es un país en vía de desarrollo.

Es por eso que la anticoncepción quirúrgica voluntaria es poco utilizada, esto puede deberse a falsas creencias acerca de este método que puede ser influenciada por sus culturas o falta de acceso a los servicios de planificación familiar. Es por eso que se debe dar a conocer sobre el uso de la anticoncepción quirúrgica voluntaria como procedimiento quirúrgico seguro, de gran eficacia, cómodo y económico.

Los conceptos erróneos impiden que cierta parte de la población femenina se haga este procedimiento al creer que trae desventajas y afectara su vida sexual negándose la oportunidad de disfrutar de las ventajas que trae consigo tanto para la persona que se la realiza como para la pareja, tales como que la operación es sencilla, no interviene con la producción de hormonas, elimina el miedo a quedarse embarazada, no afecta al libido, a la vez que es práctica y confiable.

Por lo que es importante que el profesional de salud deba difundir la salud preventiva , brindar orientación y consejería sobre la anticoncepción quirúrgica voluntaria femenina con el fin de que las mujeres que ya sobrepasaron el límite de hijos o que no cuente con economía para poder sobrellevar un embarazo más, aparte de que es muy riesgoso salir embarazada a una edad mayor, previniendo así riesgos obstétricos y la mortalidad materna.

Los resultados del presente estudio permitirían establecer algunas estrategias a fin de promover su elección en la población vulnerable y sensibilizándolas.

## CAPITULO II

### MARCO TEORICO

#### 2.1 FUNDAMENTOS TEORICOS DE LA INVESTIGACION

##### 2.1.1 ANTECEDENTES

###### INTERNACIONAL:

**Emmanuel Ferreira Francisco Gastón, Galeano Johana Evelin, Gallard Natalia Evelyn, Ramón Mansutti Luciano** realizaron el presente trabajo entre abril y junio de 2011 en la ciudad de Corrientes, Argentina. Con el **Objetivo** de Conocer qué porcentaje de la población estudiada se realizó la ligadura de trompas. Describir las características de las mujeres que se realizaron el procedimiento. Determinar los motivos más frecuentes por los cuales las mujeres no la utilizan. Utilizando los siguientes **Materiales y métodos:** Estudio descriptivo, realizado con una muestra de 480 mujeres, seleccionadas al azar, residentes de la ciudad de Corrientes, de entre 21 y 50 años de edad, con al menos un hijo. Se utilizó una encuesta anónima para recolectar los datos. Teniendo como **Resultados** que 57 mujeres se realizaron la ligadura tubaria. Al momento de realizársela: 57% tenía 35 años o más, 47% tenía 3 hijos o más, 61% estaban casadas, 42% contaba con secundaria completa, el 68% tenía obra social y

el 58% trabajaba. El motivo más frecuente por el cual no utilizaron el método fue en un 71% por preferir métodos no definitivos. Llegando a las **Conclusiones** que Algunas de las características halladas en las mujeres con ligadura tubaria son similares a las encontradas en otros estudios, como ser, la edad mayor a 35 años, la multiparidad y el estar casadas o en unión estable. Sin embargo el nivel de educación contrastó notablemente. Más del 70% de las mujeres no la utilizó por preferir métodos no definitivos planeando hijos a futuro.

**Rodríguez Miñón Pablo Aparicio, de la Fuente Valero Jesús, Martínez Lara Ana, etc.** Realizaron el presente trabajo en el Servicio de Ginecología, Hospital Universitario Infanta Leonor, Madrid, España. En el año 2014 con el **Objetivo** de Analizar las tasas de éxito, las complicaciones y gestaciones no deseadas en pacientes con anticoncepción definitiva con Essure. Utilizando como **Método** un estudio descriptivo y retrospectivo realizado en 517 pacientes a quienes se efectuó anticoncepción definitiva con el método Essure en la consulta ambulatoria, con histeroscopia, sin anestesia y controladas a los tres meses con radiografía simple de abdomen, ecografía y, en casos seleccionados, histerosalpingografía. Obteniendo los siguientes **Resultados** que las tasas de éxito en la inserción de Essure fueron de 96.8%, similar a lo publicado en la bibliografía con 3.7% de reacciones vagas, como complicación más prevalente. Se observaron siete casos (1.35%) de gestaciones no deseadas. Y llegando a la **Conclusión** que el método anticonceptivo permanente Essure es de fácil aplicación y con escasa tasa de complicaciones. En nuestro estudio la tasa de gestaciones no deseadas fue elevada, razón por la que debemos replantear los protocolos establecidos de colocación y seguimiento, y considerar a la histerosalpingografía un método rutinario de control.

**Moschella Romina G; Charalambo poulos Jorge T; Pawlowicz María Pía; Naddeo Silvana J; Rodríguez Patricia G; Giménez Alejandra.** Realizaron el presente trabajo en el año 2010 en el Hospital Materno Infantil Ramón Sarda de Buenos aires con el **Objetivo** de describir los factores que impulsaron u obstaculizaron la ruta crítica que realizaron las mujeres gran multíparas para ejercer el derecho a solicitar la ligadura tubaria. **Material y métodos:** el diseño fue exploratorio descriptivo. Se realizaron entrevistas en profundidad y se administró un cuestionario sociodemográfico a una muestra intencional de 30 usuarias gran multíparas que solicitaron la anticoncepción quirúrgica durante el período: agosto de 2009 - enero de 2010, en el Área de Salud Sexual y Reproductiva del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Obteniendo los siguientes **Resultados** que 17 de las entrevistadas había solicitado la ligadura tubaria previamente. Del total, 22 entrevistadas iniciaron el recorrido cursando un embarazo no deseado y 9 pensaron en recurrir a un aborto inseguro, entre las cuales 5 averiguaron al respecto y 1 lo intentó. **Conclusiones:** Se espera que los resultados sean de utilidad para el diseño de estrategias intersectoriales efectivas que permitan monitorear el cumplimiento de la ley nacional N° 26.130 con el fin de garantizar el acceso oportuno a la ligadura tubaria, y disminuir las iniquidades relativas a brechas territoriales, institucionales y obstáculos simbólicos y epistemológicos, a nivel sanitario, en la Argentina.

**Torres Tabares Claudia María, Vergara Muñoz Elizabeth Cristina** Realizaron el presente trabajo en el año 2010 en Medellín .Colombia con el **Objetivo** de determinar las Características sociodemográficas de personas sometidas a esterilización quirúrgica (Medellín 2006-2010) **Materiales y métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo, con fuente de información secundaria

tomando datos de registros clínicos de tubectomía y vasectomía en una institución de segundo nivel desde 2006 a 2010. Se registraron y analizaron las variables sociodemográficas de los usuarios, que incluyeron: fecha de realización, procedimiento realizado, edad, sexo, escolaridad, estado civil, estrato socioeconómico, afiliación al sistema de seguridad social y número de hijos. Obteniendo los siguientes **Resultados:** Se realizaron 61.248 procedimientos de esterilización quirúrgica, 67,9% tubectomías y 32,1% vasectomías. Las edades más comunes para ambas operaciones están entre los 30 y 39 años. Los estratos socioeconómicos predominantes fueron dos y tres con un 44,9% y 33,2% respectivamente. Un alto porcentaje se encuentran en unión libre o casados. En cuanto a la ocupación, predominan las amas de casa con un 39% y obreros en general con un 47%; el 47,7% tuvieron un nivel de escolaridad de secundaria completa y un 44,9% tenían dos hijos. En cuanto al tipo de afiliación, el 91% de los usuarios pertenecían al régimen contributivo, siendo la EPS Sura la de mayor frecuencia, seguida de la EPS Coomeva. Llegando a la **Conclusión** que en el estudio se pudo tipificar así a las personas que accedieron en mayor proporción a la esterilización quirúrgica, las mujeres que solicitaron la tubectomía fueron en su mayoría personas entre 20 y 39 años, casadas, dedicadas al hogar como amas de casa, con secundaria completa y tres hijos como promedio, pertenecían al estrato socioeconómico dos y con afiliación al sistema de seguridad social contributivo. En cuanto a los hombres sometidos a la vasectomía, fueron en su mayoría personas entre 30 y 49 años, con una ocupación predominante de obrero, secundaria completa, 2 hijos en promedio, pertenecientes al nivel socioeconómico dos o tres y con afiliación al sistema contributivo.

## NACIONALES

**Benites A. Antonio, Mamani J, Arosquipa C** realizaron el presente trabajo en el año 2015 EN EL C.S Tayacaja Huancavelica con el **Objetivo** evaluar los conocimientos de actitudes en una población rural que adopta como método anticonceptivo la anticoncepción quirúrgica voluntaria con la finalidad de mejorar las coberturas del programa de planificación familiar. Teniendo como **Materiales y métodos:** un estudio descriptivo transversal mediante la aplicación de una encuesta a 90 pacientes dos semanas después del bloqueo tubario bilateral y teniendo como **Resultados:** El método anticonceptivo usado antes del bloqueo tubario bilateral: 43,3% no uso algún método, 18,8% usó depoprovera, 16,6% método natural. Dentro de las razones fundamentales para adoptar la anticoncepción quirúrgica voluntaria principalmente prima la condición económica baja (73,3%), el tamaño familiar deseado (16,6%) y razones de salud 10%.

La principal fuente de información sobre anticoncepción quirúrgica fue a través del personal técnico de enfermería 40%, 13,3% por algún pariente médico, enfermera y obstetras 22,1%, radio, TV y periódicos 18,7%. La opinión de los encuestados con respecto a la anticoncepción quirúrgica voluntaria antes de la intervención fue: 36,6% produce cáncer, va a producir invalidez y/o dificultad para trabajar, 20%, 13,3% creen que van a dejar de ser mujer. Llegando a la **Conclusión** que actualmente un 70% está convencido que la AQV es un buen método; pero lo que llama la atención es que un 10% cree que va a tener cáncer en el futuro y un 4,4% cree que va a dejar de ser mujer. Todo esto refleja, como se dijo anteriormente, el nivel cultural.

## **2.1.2 BASES TEÓRICAS**

### **ANTICONCEPCIÓN QUIRÚRGICA VOLUNTARIA<sup>8</sup>**

#### **a. Concepto**

Es un método anticonceptivo quirúrgico de carácter definitivo para las mujeres que optan por no tener más hijos. El cual consiste en el bloqueo tubarico bilateral. Es decir que al bloquear las trompas de Falopio mediante un corte o una cauterización, este va impedir que los espermatozoides lleguen al óvulo y lo fertilicen.<sup>8</sup>

#### **b. Eficacia anticonceptiva**

La anticoncepción quirúrgica voluntaria femenina es uno de los métodos anticonceptivos más efectivos, con una tasa global de embarazos menor 0.5 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso.<sup>8</sup>

#### **c. Características<sup>9</sup>**

- Alta eficacia, inmediata y permanente.
- Puede ser realizada en forma ambulatoria.
- No interfiere con el deseo sexual, ni con la producción hormonal por parte de los ovarios.
- Requiere, previamente, evaluación médica y orientación/consejería adecuada.
- Es considerada irreversible.
- Debe ser realizada por personal médico capacitado.
- Requiere condiciones de infraestructura, equipamiento e instrumental especial, de acuerdo a los criterios establecidos en las normas.

#### **d. Consideraciones para realizar el procedimiento**<sup>9</sup>

- Que la usuaria solicite el método.
- Que la mujer sea mayor de edad. No se recomienda realizar el procedimiento a menores de 25 años, a menos que presenten algún factor de riesgo reproductivo.
- Paridad satisfecha.
- Que la usuaria haya recibido las dos sesiones obligatorias de orientación/consejería previa.
- Que haya comprendido los alcances del procedimiento, haya firmado el consentimiento informado y la solicitud para la intervención.
- Contar con análisis de rutina, riesgo quirúrgico y cuando proceda riesgo anestésico.
- El Bloqueo Tubario debe efectuarse por médico/a calificado/a en el procedimiento.
- El procedimiento puede realizarse cualquier día del ciclo menstrual, cuando se está razonablemente seguro que no existe un embarazo.
- El procedimiento debe realizarse bajo las normas quirúrgicas y de bioseguridad establecidas y en establecimientos con capacidad resolutive.

#### **e. Momentos de la intervención**<sup>10</sup>

##### **Esterilización tubarica puerperal**

El procedimiento de la anticoncepción quirúrgica voluntaria después del parto vaginal: Se realiza generalmente entre 24 - 48 horas después del parto.

El momento de la cirugía es óptima dentro de las 6 horas. Sin embargo debe llevarse a cabo dentro de 48 horas. La principal ventaja de elegir este momento es que en este punto de tiempo de la cirugía es técnicamente simple, debido a que el fondo

uterino está en el nivel de ombligo. Como resultado las trompas de Falopio son fácilmente accesibles a través de una pequeña incisión abdominal periumbilical.

La anticoncepción quirúrgica voluntaria después del parto por cesárea: Puede realizarse después del cierre de la incisión uterina durante un parto por cesárea.

### **Ligadura de intervalo**

Es aquella que se realiza en cualquier momento del ciclo si se tiene la certeza de que no hay un embarazo de por medio.

La operación se puede realizar más allá de 6 semanas después del parto o aborto, momento ideal para la realización de la cirugía es la fase postmetrual durante la fase temprana proliferativa.

En caso de que la anticoncepción quirúrgica voluntaria se lleve a cabo en la fase premenstrual, las mujeres deben ser aconsejadas sobre la posibilidad de pre concepción existente.

### **Post aborto**

La anticoncepción quirúrgica femenina se puede realizar junta con la interrupción médica del embarazo o incluso después de un aborto espontáneo bajo cobertura antibiótica.

### **f. Indicaciones<sup>10</sup>**

La anticoncepción quirúrgica voluntaria femenina está indicada para mujeres que quieren un método permanente de anticoncepción y están libres de cualquier patología ginecológica.

También está indicada para las mujeres en los que el embarazo podría representar un alto riesgo para su salud.

## **g. Riesgos** <sup>10</sup>

El procedimiento de la anticoncepción quirúrgica voluntaria femenina puede estar asociado con ciertas complicaciones, tales como:

### **Efectos de la anestesia**

Este procedimiento se realiza generalmente bajo anestesia local, a veces el procedimiento también se puede realizar bajo anestesia general. En estos casos las mujeres están en riesgo de complicaciones inherentes a la anestesia general puede provocar reacciones alérgicas.

### **Dolor**

Después de someterse al procedimiento de la anticoncepción quirúrgica voluntaria femenina por medio de la laparoscopia, las mujeres pueden experimentar algún grado de dolor en el pecho y dolor en el hombro, debido a neumoperitoneo, que ha sido creado antes de la inserción del trocar. Para esto los analgésicos leves suelen ser suficientes para controlar este dolor.

### **Sangrado o infección**

El procedimiento de laparoscopia puede asociarse con complicaciones como infección y sangrado. El procedimiento de la minilaparotomía puede asociarse con complicaciones, como infecciones de heridas, hematomas e infecciones graves, como enfermedades inflamatorias pélvicas.

Por lo general no se recomienda el uso de antibióticos profilácticos antes del procedimiento

La hemorragia es una complicación poco frecuente, por lo general ocurre después de una lesión a un vaso, lesión siguiente importante en el momento de la entrada del laparoscopio.

### **Lesiones a los órganos del cuerpo**

Existe el riesgo de causar lesiones a los órganos del cuerpo como el tracto gastrointestinal y genitourinario y los grandes vasos especialmente cuando el procedimiento se realiza bajo guía laparoscópica.

### **Fracaso del procedimiento**

Aunque el procedimiento de la anticoncepción quirúrgica voluntaria es muy eficaz y se considera la forma definitiva o la prevención del embarazo, tiene la tasa de fracaso de 0,1 a 0,8% durante los primeros años al menos un tercio de estos son los embarazos ectópicos esta es generalmente causada por un cierre incompleto de las trompas.

### **Embarazo ectópico**

El fracaso del procedimiento de la anticoncepción quirúrgica voluntaria se asocia con una alta probabilidad de embarazo ectópico, en comparación con el embarazo intrauterino se ha asociado con diversos enfoques para la ligadura de trompas, el enfoque histeroscópico aún no se ha encontrado para ser asociado con un mayor riesgo de embarazo ectópico.

Causas del fracaso de la ligadura de trompas:

Son diversas las causas de fracaso de la ligadura de trompas bilateral de las cuales se menciona:

### **Embarazo en la fase lútea**

El embarazo en la fase lútea se define como un embarazo en el que la concepción se produce antes de la anticoncepción quirúrgica voluntaria, pero el embarazo se diagnostica después del procedimiento de la anticoncepción quirúrgica de intervalo.

### **Identificación errónea del oviducto**

Identificación errónea del oviducto puede ocurrir debido a la exposición inadecuada, adherencias, patología anexial o mala iluminación. Esto podría desencadenar una equivocación en la ligadura del ligamento redondo, el ligamento ovárico, ligamento infundibular, también podría ocurrir una dilatación de ligamentos o los vasos sanguíneos del oviducto.

### **Oclusión incompleta del oviducto**

Esto se debe a que los clips mecánicos están mal colocados o el uso inadecuado de dispositivos mecánicos en los tubos de dilatación.

La oclusión de las trompas incompleta con electrocoagulación se asocia generalmente con demasiado o breve aplicación de corriente, una técnica inadecuada se produce con el uso de las suturas o fracaso equivocados para preservar un segmento proximal de trompas 2 cm.

## **h. Procedimiento Quirúrgico<sup>11</sup>**

En la actualidad existe variedad de alternativas posibles para las mujeres que solicitan un método de la anticoncepción quirúrgica voluntaria.

Las vías de acceso para la intervención quirúrgica pueden ser vía abdominal o vía vaginal.

### **Vía abdominal:**

El acceso a los oviductos a través de la vía abdominal puede efectuarse mediante formas:

### **Laparoscopia**

El método laparoscópico que utiliza una aguja delgada y larga que se inserta a través del ombligo hacia el interior de la cavidad peritoneal. Esta aguja se utiliza para introducir gas

(principalmente dióxido de carbono). Posteriormente al retirarse la aguja, se inserta un trócar dentro de la cavidad peritoneal.

El laparoscopio se introduce a través de la vaina del trócar y se realizan otras dos pequeñas insisiones para colocar pinzas que permitan maniobrar los órganos abdomino-pelvianos.

### **Minilaparotomía**

La minilaparotomía es una laparotomía que se efectúa a través de una pequeña incisión suprapúbica transversal (generalmente de menos de 5 cm).

Mediante un instrumento especial (movilizador de Vitoon) se moviliza el útero para acercar las trompas al operador y facilitar la cirugía.

### **Vía Vaginal:**

Puede accederse a las trompas por colpotomía, actualmente no recomendado por la OMS, o bien por culdoscopia, método que ha sido reemplazado por la laparoscopia.

**Colpotomía:** Permite operar sobre los oviductos con visión directa, pero la Organización Mundial de la Salud ha prohibido oficialmente el empleo de esta vía para realizar operaciones de los anejos.

**Culdoscopia:** El acto quirúrgico se efectúa a través de un equipo endoscópico. Esta técnica constituyó el primer método de esterilización endoscópica aceptado universalmente, pero ha sido sustituida totalmente por la endoscopia.

Independientemente de la vía de acceso para la realización de los procedimientos se utilizan diferentes técnicas:

### **Ligadura y sección**

Estas técnicas implican la ligadura de las trompas con material de sutura, la sección de las mismas y en algunas de ellas,

también la exéresis de una porción de la trompa. En el cual se encuentra la técnica de Pomeroy; siendo utilizada porque es simple y efectiva.

Esta técnica consiste en ligar la base de una pequeña asa de la trompa de Falopio cerca de la porción media con suturas reabsorbibles, seccionando luego en la parte superior (salpingectomía parcial). El material de sutura se absorbe rápidamente, reduciendo las posibilidades de inflamación y formación de una fístula que produzca la recanalización tubaria. Este procedimiento destruye aproximadamente 3 a 4cm de trompa, por lo cual en el caso de tener que efectuar la reversión de la ligadura tubarica, ésta sería más dificultosa.

### **Eléctricas (electrocoagulación bipolar)**

Este método emplea corriente eléctrica para coagular o quemar una pequeña porción de las trompas de Falopio.

Por medio de la electrocoagulación unipolar aunque ha sido reemplazada por la bipolar debido a la severidad de complicaciones en el intestino, piel, o quemaduras en la cara o manos del operador. También se han reportado muertes con la coagulación unipolar.

### **Mecánicas**

En esta técnica utilizan una banda o anillo de silicona o de goma (anillo de Yoon) o clips (Filshie, Hulka) para sellar las trompas. En algunos países es el método de elección para la ligadura tubaria del intervalo por vía laparoscópica.

Se asocian a su vez a mayor dolor postoperatorio que la electrocoagulación, el cual podría reducirse con la utilización de anestesia local intraoperatoria en las trompas. Por otro lado, si ocurre un embarazo, es menos probable que sea un embarazo ectópico si se han utilizado métodos mecánicos.

#### **i. Manejo post operatorio<sup>12</sup>**

Independientemente si se realiza inmediatamente después del parto o no, se debe tener en cuenta ciertos cuidados:

- Descansar durante 2 días y evitar el trabajo vigoroso y levantar objetos pesados durante una semana.  
Por ejemplo; en la actividad física la usuaria puede volver a sus rutinas habituales teniendo en cuenta que debe reiniciar en forma progresiva.
- En la curación de la herida operatoria, mantener la incisión limpia y seca durante 1 ó 2 días.
- Evitar frotar la incisión durante 1 semana.
- Abstenerse de tener sexo durante por lo menos 1 semana.

#### **j. Programación de seguimiento**

- Es muy recomendable realizar controles dentro de los 7 días o por lo menos 2 semanas.
- Es importante mencionar a la usuaria que puede acudir al establecimiento en cualquier momento que ella o su pareja crea necesario.
- Se debe instruir a la usuaria que acuda al establecimiento si presenta cualquiera de los siguientes síntomas:
  - Sintomatología urinaria.
  - Dolor pélvico o abdominal severo.
  - Hemorragia en la herida operatoria.
  - Fiebre y dolor local en la herida operatoria.

#### **k. Mitos y creencias**

Hace unos años la anticoncepción quirúrgica voluntaria femenina se realizaba bajo ciertos criterios médicos, tales como la edad de la paciente, el número de embarazos y su estabilidad con una pareja, pero hoy en día con el empoderamiento que ha asumido la mujer en la sociedad y la valoración de sus derechos; este

procedimiento se le puede realizar a cualquier mujer, independientemente de la edad o el número de paridad. Puesto que se considera que tiene derecho a decidir sobre su salud reproductiva.<sup>13</sup>

Aunque este procedimiento sea efectivo y seguro, hoy en el siglo XXI existe cierta población femenina que tiene claro que no desean hijos pero no acceden a este método por diferentes motivos como por ejemplo algunos temores o mitos, que no están bien fundamentados.<sup>13</sup>

También hay quienes evitan someterse al procedimiento por la falsa percepción que disminuye la libido o el deseo sexual. Sin embargo hay que aclarar que la única función de las trompas de Falopio es permitir el paso de los espermatozoides para que logren unirse con el óvulo, pero no interfieren en absoluto en la producción hormonal, la cual está a cargo de los ovarios.<sup>14</sup>

La otra creencia infundada es que el procedimiento no se puede revertir, en caso que la paciente se arrepienta en el futuro. Pero esto sí es posible, mediante un procedimiento de recanalización de trompas, en el que se vuelven a juntar los extremos. Se puede realizar como cirugía abierta y también por laparoscopia con una mínima incisión, con buena tasa de éxito.<sup>14</sup>

## **CARACTERISITICAS SOCIODEMOGRAFICAS Y CLINICAS**

Por lo general las personas toman decisiones sobre la planificación de la familia de manera progresiva a lo largo de la etapa fértil.

La elección de métodos anticonceptivos en la población femenina se ha visto condicionada por varios factores que afectan directa o indirectamente a la población.

Entre las características que pueden influir en la elección de una anticoncepción quirúrgica voluntaria femenina destacan:

#### **a. Aspectos sociales**

El entorno social es pieza clave en la decisión pues como seres sociales que somos siempre estamos en relación con otros seres. Dentro de los factores sociales encontramos el **estado civil**, que tiene como concepto la situación personal en que se encuentra o no una persona física en relación a otra, con quien se crean lazos jurídicamente reconocidos sin que sea su pariente, constituyendo con ella una institución familiar, y adquiriendo derechos y deberes al respecto.<sup>15</sup>

Por ejemplo si las mujeres son jóvenes y tienen un nivel de educación bajo, es más probable que se encuentren en unión libre y no formalmente casadas, la mayoría de las parejas jóvenes conviven en unión libre. Es decir pueden tener múltiples compañeros ,esto influye sobre el nivel de fecundidad.<sup>15</sup>

La capacidad de la mujer para controlar su propia fecundidad y el método anticonceptivo seleccionado depende del estatus económico de la mujer y su propia imagen. Una mujer que se siente incapaz de controlar otros aspectos de su vida tal vez tendrá menos probabilidad de sentirse capaz de tomar y ejecutar decisiones con relación a su fecundidad. Es por eso que otro criterio del factor social es el **nivel económico**; por ejemplo en una familia de estatus bajo y un número elevado de hijos esto podría condicionar a que la mujer opte por la esterilización femenina.<sup>16</sup>

En relativo a la ubicación de las usuarias en la escala social se establece una diferenciación entre las mujeres de sectores bajos y

aquellas de estratos medio o alto, en el cual los de estrato bajo son las que mayormente solicitan la ligadura tubarica fundamentalmente como una medida contraceptiva segura.<sup>16</sup>

Según en la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, existe relación entre la edad de las mujeres actualmente unidas y el método moderno de mayor uso. Así, entre las mujeres de 15 a 34 años de edad, la inyección fue el método de mayor uso (26,1% en promedio) y entre las mujeres mayores de 45 a 49 años fue la anticoncepción quirúrgica voluntaria (17,4%, en promedio).<sup>16</sup>

#### **b. Aspecto demográficos**

Al tratar de enfocar los aspectos demográficos que condicionan la elección de un método definitivo cabe resaltar ciertos parámetros como por ejemplo la edad, el nivel de instrucción y la procedencia son algunas de las características que se consideran en el análisis de la población femenina.<sup>17</sup>

La edad es un factor importante de la fecundidad; en los países subdesarrollados como el nuestro, donde predomina una población joven, es necesario tener en cuenta que la edad materna influye enormemente en el bienestar del binomio madre hijo.

#### **Edad al momento de la anticoncepción quirúrgica voluntaria<sup>18</sup>**

Si se relaciona la edad de la mujer al momento de la operación con el tiempo transcurrido hasta la fecha de la entrevista, es posible estudiar tendencias en la adopción del procedimiento de la anticoncepción quirúrgica voluntaria, es decir, si ha habido cambios en la edad de las mujeres respecto a la aceptación del método; específicamente, en qué medida la edad al momento del procedimiento ha estado aumentando o disminuyendo.<sup>18</sup>

En la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2014 del INEI Se observó que el 62,6 % de las esterilizaciones ocurren después de los 29 años de edad.<sup>18</sup>

**Según área de procedencia:**

El uso de anticonceptivos varía de acuerdo al lugar de residencia; un mayor porcentaje de mujeres urbanas, especialmente las que habitan en la capital, usan más anticonceptivos en comparación con las mujeres del área rural, lo que puede reflejar una mayor accesibilidad de los mismos en la ciudad.

Las mujeres con mayores riesgos son las que viven en condiciones de pobreza o pobreza extrema con residencia rural o urbana marginal y con bajo nivel de instrucción.

Existe una diferencia porcentual en el nivel de uso de algún método anticonceptivo 74,1% en el área rural y 73,9% en el área urbana.<sup>18</sup>

Asimismo, la proporción de usuarias de un método tradicional fue mayor en el área rural que en el área urbana en cambio el porcentaje de usuarias de un método moderno fue mayor en el área urbana en comparación con el área rural de las cuales destaca la anticoncepción quirúrgica femenina y el inyectable.<sup>18</sup>

**Según el nivel de instrucción <sup>18</sup>**

Se entiende por nivel de instrucción al grado alcanzado a nivel educativo por las personas. Esto se categoriza por nivel primario (completo – incompleto), secundaria (completo – incompleto), superior universitario, Superior no Universitario y teniendo en cuenta también el analfabetismo.

Se sabe que el nivel de educación de las mujeres influye de manera importante en sus actitudes y prácticas relacionadas con

la salud y el comportamiento reproductivo, sus actitudes hacia el tamaño ideal de la familia y la práctica de la planificación familiar.

En el Perú el nivel de estudio alcanzado según realizada en el censo 2012 el nivel educativo de las mujeres de 15 a 49 años de edad ha mejorado en el año 2012 respecto al año 2009. El 54,8 por ciento tienen educación secundaria completa o superior. Esta condición en el área urbana fue 1,9 veces la proporción observada en el área rural.

De continuar los niveles actuales de reproducción, las mujeres sin educación tendrían al final de su vida reproductiva 1,5 veces más el número de hijas e hijos que aquellas con educación superior.<sup>18</sup>

#### **c. Aspecto clínicos**<sup>19</sup>

Los factores clínicos son aquellos que involucran un cierto grado de riesgo para el organismo de la mujer, incluyendo la paridad, el número de gestaciones, periodo intergenésico, vía de partos, número de hijos, antecedente de partos con complicaciones y enfermedades limitantes.

##### **Paridad y número de hijos:**

Se entiende por paridad al número de partos que ha tenido la mujer ya sea por vía vaginal o por cesárea; teniendo como resultado uno o más productos (vivos o muertos).

La alta paridad es un factor reconocido de morbilidad materno-infantil y por eso lleva a considerar la ligadura tubarica como una opción anticonceptiva a fin de evitar los riesgos que entraña para la salud y la vida de la mujer y la criatura.<sup>19</sup>

En el país existe una alta motivación por limitar el tamaño familiar y espaciar la ocurrencia de los nacimientos. En el país, la Tasa Global de Fecundidad (TGF) fue de 2,5 hijos por mujer para el período 2011 - 2014 según la Encuesta 2014. La TGF estimada para el área rural (3,3) fue 43,5% más alta que la del área urbana (2,3).<sup>20</sup>

Las tasas de fecundidad por edad, en promedio fueron relativamente bajas al comienzo de la vida reproductiva, pero alcanzan su mayor nivel en los grupos 20 a 24 y 25 a 29 años de edad. La fecundidad desciende rápidamente a partir de los 35 años de edad; esto quiere decir que está aumentando el uso de los métodos de planificación teniendo como opción primordial los métodos modernos (inyección y la anticoncepción quirúrgica voluntaria).<sup>20</sup>

### **Periodo intergenésico<sup>21</sup>**

Se define como periodo intergenésico al intervalo de tiempo que se debe dejar pasar entre la finalización del último embarazo que puede terminar en parto o aborto y el inicio actual del nuevo embarazo, el tiempo normado debe ser mayor de 2 años.<sup>21</sup>

El intervalo promedio entre el nacimiento de un niño vivo y la concepción del siguiente en las mujeres de los países menos desarrollados es de aproximadamente tres años. Este intervalo es más corto en poblaciones con mejor nutrición, aun cuando amamanten y tengan un comportamiento sexual similar al de las mujeres de las áreas menos desarrolladas. <sup>21</sup>

Los nacimientos muy seguidos le dejan menos oportunidades a la madre para recuperarse del desgaste del embarazo y la lactancia antes de repetir el proceso. Las condiciones empeoran si la madre continúa amamantando mientras esta nuevamente embarazada, ya que el intervalo recuperativo es nulo.<sup>21</sup>

### **Vías de parto<sup>22</sup>**

El parto es el proceso fisiológico con el que la mujer finaliza su gestación a término que abarca desde las 37 hasta las 42 semanas cumplidas.

Este proceso del trabajo de parto abarca 4 periodos:

Primer periodo (Dilatación): Comienza cuando se producen las contracciones uterinas en forma rítmica y regular, suficiente para producir adelgazamiento del cuello uterino, llamado borramiento. Esta etapa del trabajo de parto termina cuando el cuello uterino se dilata por completo unos 10cm para permitir el paso de la cabeza fetal.

Segundo periodo (Expulsivo): Comienza cuando la dilatación cervical está completa y termina con el nacimiento del producto.

Tercer periodo (Alumbramiento): Comienza justo después del nacimiento del feto y termina con el alumbramiento de la placenta.

Las vías de parto son vaginal y abdominal (cesárea).

Vía vaginal

Se define como el nacimiento de un feto por medio de la cavidad vagina, el cual su comienzo puede ser espontáneo o inducido.

Vía abdominal (cesárea)

Se define como el nacimiento de un feto por medio de una incisión en la pared abdominal y en la pared uterina.

En algunos casos, la cesárea se programa por anticipado ya que a veces se sabe con claridad que una mujer necesitará una cesárea incluso antes de que comience el parto, que puede deberse a una posición difícil del bebé, cirugía previa o por complicaciones imprevistas.

Por otra parte la frecuencia de cesáreas aumenta con el avance de la edad y con eso también aumenta el riesgo de una ruptura uterina debido a un número repetitivo de cesáreas.

Tanto la vía vaginal como el abdominal si lo relacionamos con un método definitivo como elección sería una opción favorable para la mujer.

Por ejemplo en la multípara un número elevado de partos puede inducir a ciertas complicaciones como por ejemplo ruptura uterina, hemorragia después del parto por una relajación del útero.

### **Uso de otro MAC antes de la ligadura<sup>23</sup>**

El uso de los métodos anticonceptivos, es una de los factores más importantes para evitar la fecundación y constituye sin duda la práctica más eficaz para prevenir embarazos no deseados y evitar cierto riesgo para las mujeres, además ayuda a mejorar el bienestar que la familia desea alcanzar.

Existen diversos métodos anticonceptivos por ejemplo: Métodos de barrera (preservativo masculino y femenino); Métodos hormonales (Anillo vaginal, Píldora anticonceptiva, Parches, inyectables, inplanon); Dispositivo intrauterino; métodos irreversibles (anticoncepción quirúrgica voluntaria femenina y vasectomía).

La continuidad del método elegido va a depender de ciertos criterios como la eficacia, duración de la protección anticonceptiva de cada uno de los métodos, así como de sus características: las indicaciones, beneficios o limitaciones que puedan inducir a que la usuaria opte por un método irreversible si es que no se siente protegida con el método elegido o existan ciertos riesgos en la salud de la mujer que hagan que la usuaria solicite la anticoncepción quirúrgica voluntaria.

### **Antecedente de partos con complicaciones<sup>22</sup>**

Los antecedentes de parto con complicaciones son aquellos riesgos que podrían intervenir en el nuevo embarazo y poniendo en riesgo la salud de la madre o el feto durante en el parto.

Es decir mujeres cuya vida está en riesgo ante la posibilidad de un nuevo embarazo (alto riesgo reproductivo), teniendo como antecedentes el caso de Cesárea anterior, hemorragia post parto, rotura uterina, atonía uterina, inversión uterina, complicaciones en el trabajo de parto (parto disfuncional y parto obstruido).

#### **Hemorragia post parto:**

Se define como la pérdida s de 500ml o más de sangre después de que se completa el tercer periodo del trabajo de parto.

La hemorragia postparto es la causa más importante de hemorragia en el puerperio y es la principal causa de muerte materna.

La hemorragia posparto puede ser dividida en 2 tipos, la hemorragia postparto temprana, que ocurre dentro de las primeras 24 horas del parto y la hemorragia postparto tardía, que ocurre 24 horas a 6 semanas después del parto.

Las principales causas de hemorragia posparto se le puede atribuir a una atonía uterina, traumatismo físico o una retención placentaria.

#### **Atonía uterina:**

Se refiere a la incapacidad del útero para contraerse debido pérdida del tono de la musculatura del útero que conlleva a la ausencia de contracción del mismo y un consecuente retraso en su involución tras el parto.

Los factores de riesgo para la atonía uterina pueden deberse a una alta paridad, sobredistensión uterina por embarazos múltiples, cansancio uterino por un parto prolongado o distocia.

**Rotura uterina:**

Es aquella ruptura de una parte del útero que se rompe o desgarrar durante la dilatación. La causa de rotura uterina es la existencia de una cicatriz en la pared del útero. Dicha cicatriz puede ser el resultado de una cesárea anterior.

Es una complicación muy grave y se acompaña de alta mortalidad materna y perinatal.

**Parto disfuncional:**

Es aquel en donde la progresión del trabajo de parto no progresa, ni el borramiento ni la dilatación del cuello uterino y no hay descenso de la presentación, debido por alteraciones en la contractilidad de la dinámica uterina.

Provocando así una fase latente prolongada con un tiempo de trabajo de parto mayor a lo establecido y con una dilatación menor de 4 cm de dilatación o una fase activa estacionada por más de 20 horas de trabajo de parto.

**Parto obstruido:**

Se denomina parto obstruido cuando los huesos de la pelvis de la mujer obstruyen el paso del feto hacia el exterior, por ejemplo en una desproporción céfalo pélvico, feto con enclavamiento de hombros, el cual va impedir que el feto descienda normalmente por la cavidad uterina, la macrosomía fetal también influyen en el trabajo de parto.

### **Enfermedades limitantes<sup>24</sup>**

Son aquellas enfermedades por el cual el medico considera ciertas situaciones como razón de indicación para esterilización de la mujer ,cuya vida está en riesgo ante la posibilidad de un nuevo embarazo (alto riesgo reproductivo), como en el caso enfermedad sistémica que se agrava con un embarazo nuevo tales como :hipertensión severa, isoinmunización al factor Rh con daño perinatal, colestasis gravídica severa, diabetes mellitus con compromiso vascular, enfermedad tromboembólica grave y enfermedades cardiovasculares, Tuberculosis , Sida.

### **2.1.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS**

#### **a. AQV:**

Es una intervención quirúrgica electiva cuyo objetivo es ocluir y seccionar las Trompas de Falopio. Es un método anticonceptivo permanente.

#### **b. Características clínicas:**

Son el conjunto de características que involucran un cierto grado de riesgo para el organismo humano.

#### **c. Características Sociodemográficas:**

Son el conjunto de características biológicas, sociales económico y cultural que están presentes en la población sujeta a estudio.

**CAPITULO III**  
**PRESENTACIÓN, INTERPRETACIÓN ANÁLISIS Y DISCUSION DE**  
**RESULTADOS**

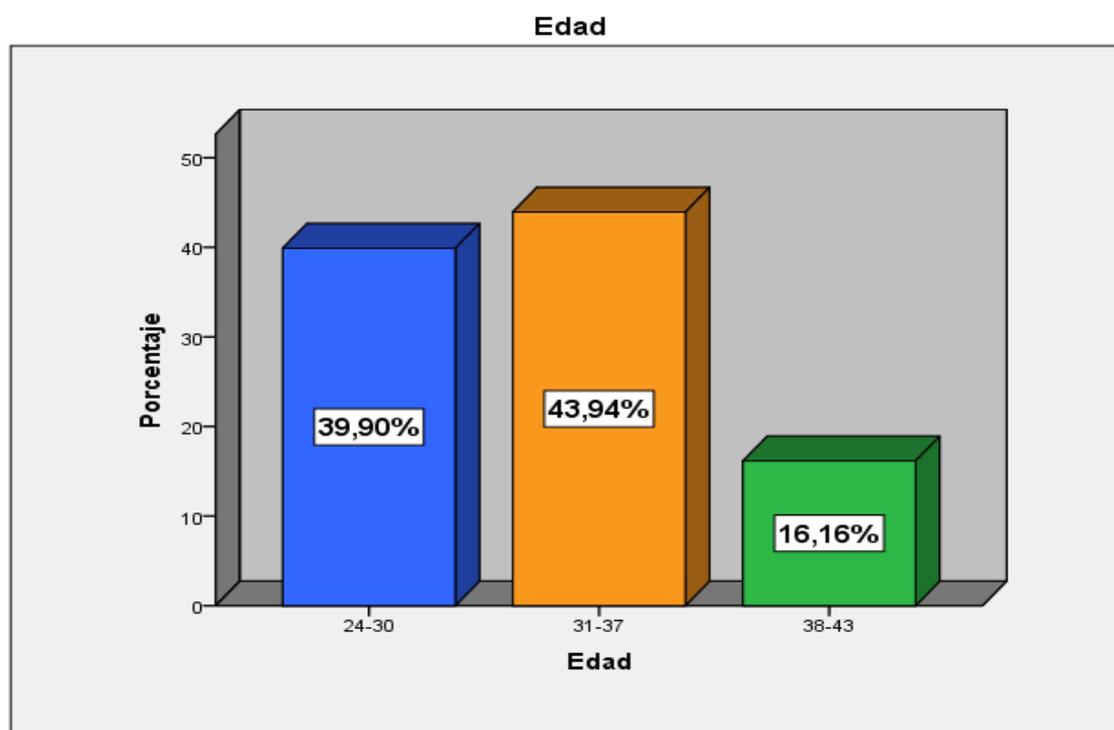
## CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

### EDAD

Tabla N° 1

Edad			
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válido 24-30	79	39,90	39,90
31-37	87	43,94	43,94
38-43	32	16,16	16,16
Total	198	100,0	100,0

Gráfico N° 1



Fuente: Ficha de recolección de datos (mujeres con anticoncepción quirúrgica voluntaria) realizadas en el HCLLH en el año 2013-2014

Interpretación.-

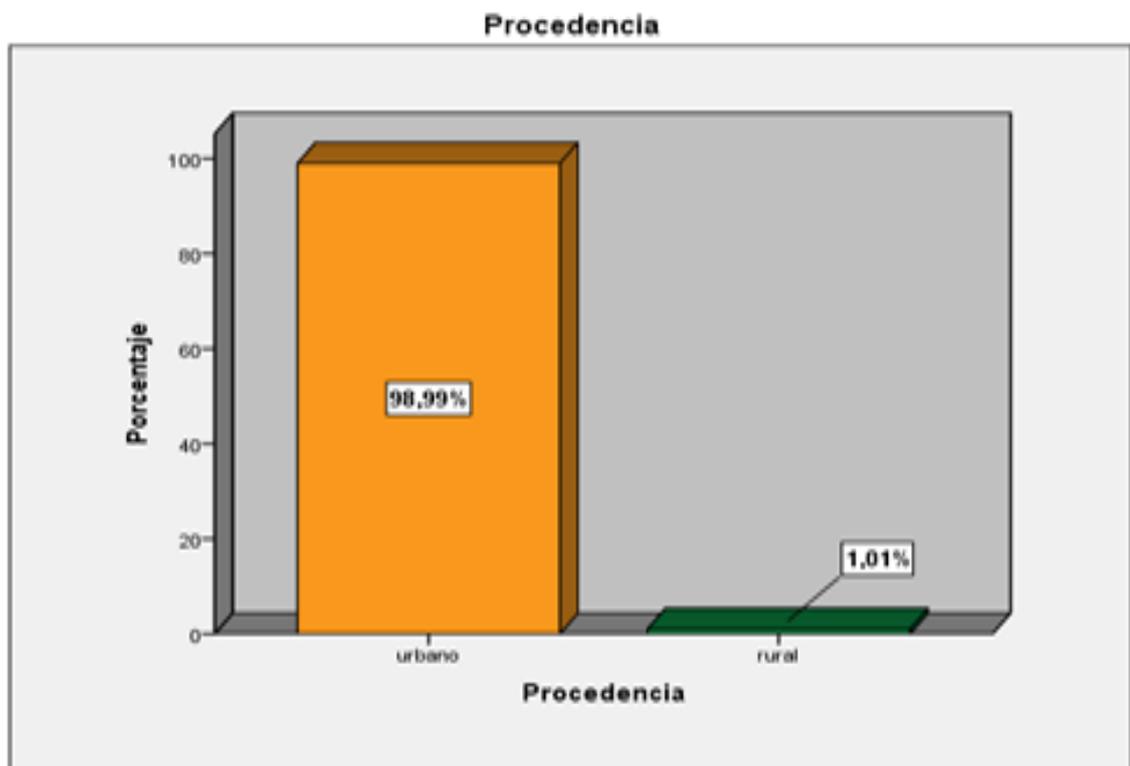
En los resultados del estudio se evidenció que el 43,94 % estuvieron entre los 31 – 37 años de edad, el 39,90% entre los 24 – 30 años y el 16,16% entre los 38-43 años.

## PROCEDENCIA

Tabla N° 2

Procedencia			
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válido urbano	196	98,99	98,99
rural	2	1,01	1,01
Total	198	100,0	100,0

Gráfico N° 2



Fuente: Ficha de recolección de datos (mujeres con anticoncepción quirúrgica voluntaria) realizadas en el HCLLH en el año 2013-2014

Interpretación.-

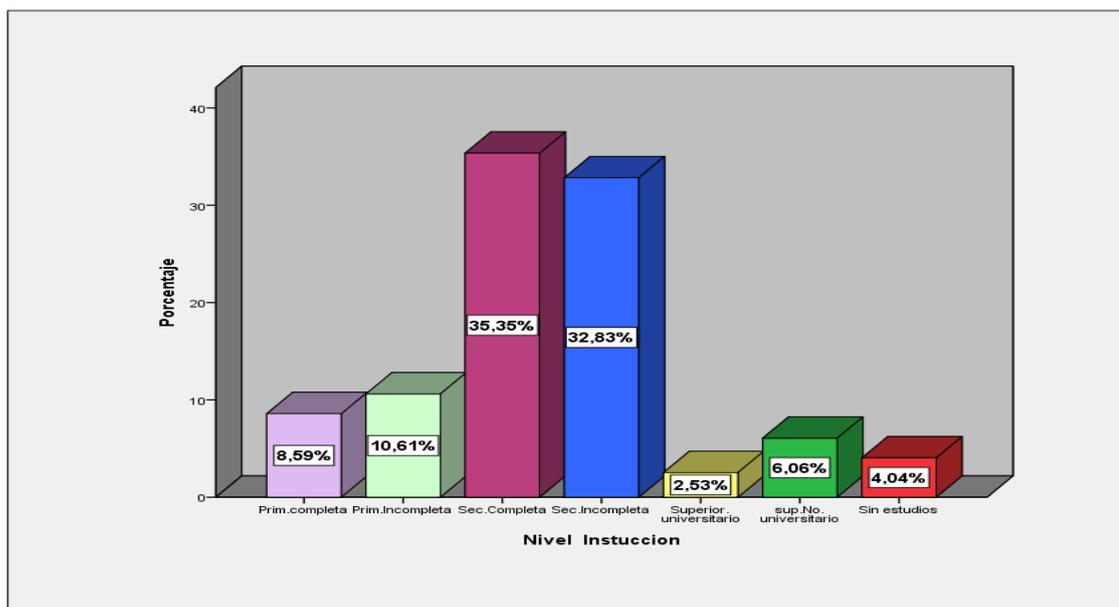
El 98,99% de las mujeres que se sometieron a la anticoncepción quirúrgica voluntaria procedieron del ámbito urbano y el 1.01 % del ámbito rural.

## NIVEL DE INSTRUCCIÓN

Tabla N° 3

		Nivel de Instrucción		
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válido	Prim. Completa	17	8,59	8,59
	Prim. Incompleta	21	10,61	10,61
	Sec.Completa	70	35,35	35,35
	Sec.Incompleta	65	32,83	32,83
	Superior. Universitario	5	2,53	2,53
	sup.No.universitario	12	6,06	6,06
	Sin estudios	8	4,04	4,04
	Total	198	100,0	100,0

Gráfico N°3



Fuente: Ficha de recolección de datos (mujeres con anticoncepción quirúrgica voluntaria) realizadas en el HCLLH en el año 2013-2014

### Interpretación.-

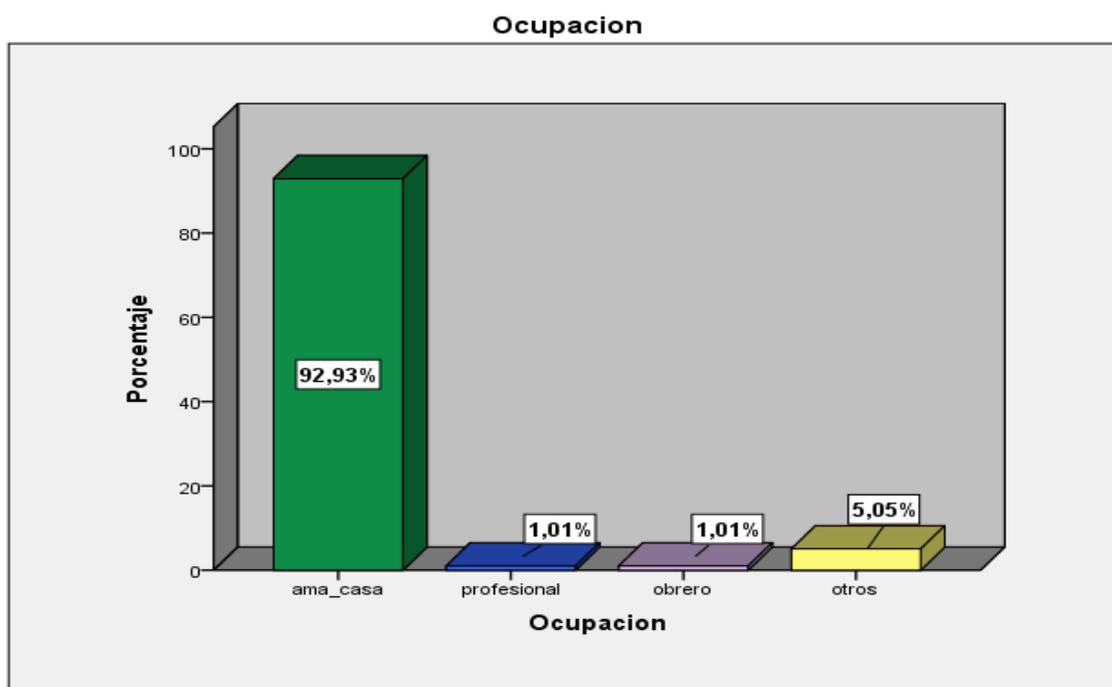
En relación al nivel de instrucción el 35,35% tienen secundaria completa, el 32,83% secundaria incompleta, el 8,59% primaria completa, el 10,61% primaria incompleta, el 2,53% superior universitario, el 6,06% superior no universitario y por último el 4,04% han sido iletradas.

## OCUPACIÓN

Tabla N° 4

		Ocupación		
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válido	Ama de casa	184	92,93	92,93
	profesional	2	1,01	1,01
	obrero	2	1,01	1,01
	otros	10	5,05	5,05
	Total	198	100,0	100,0

Gráfico N°4



Fuente: Ficha de recolección de datos (mujeres con anticoncepción quirúrgica voluntaria) realizadas en el HCLLH en el año 2013-2014

Interpretación.-

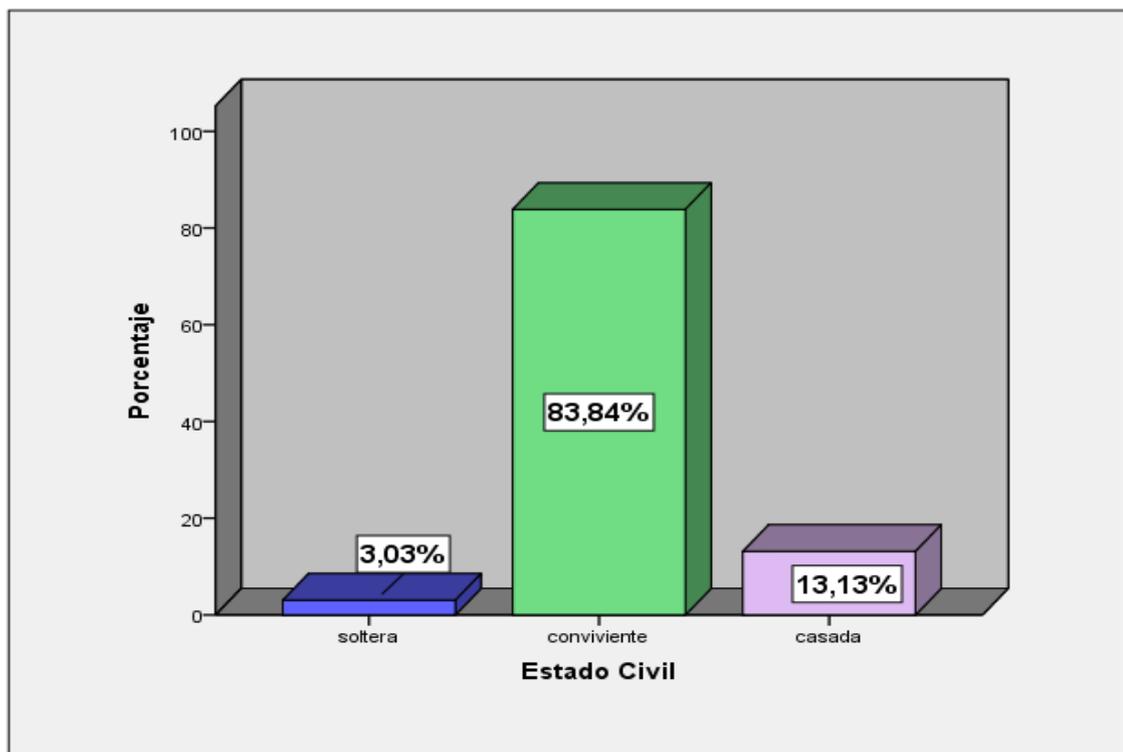
De la población sujeto de investigación el 92,93% son amas de casa; el 1,01% profesional; 1,01% obrero y el 5,05% otro (trabajo independiente u comerciante).

## ESTADO CIVIL

Tabla N° 5

Estado Civil			
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válido soltera	6	3,03	3,03
conviviente	166	83,84	83,84
casada	26	13,13	13,13
Total	198	100,0	100,0

Gráfico N°5



Fuente: Ficha de recolección de datos (mujeres con anticoncepción quirúrgica voluntaria) realizadas en el HCLLH en el año 2013-2014

Interpretación.-

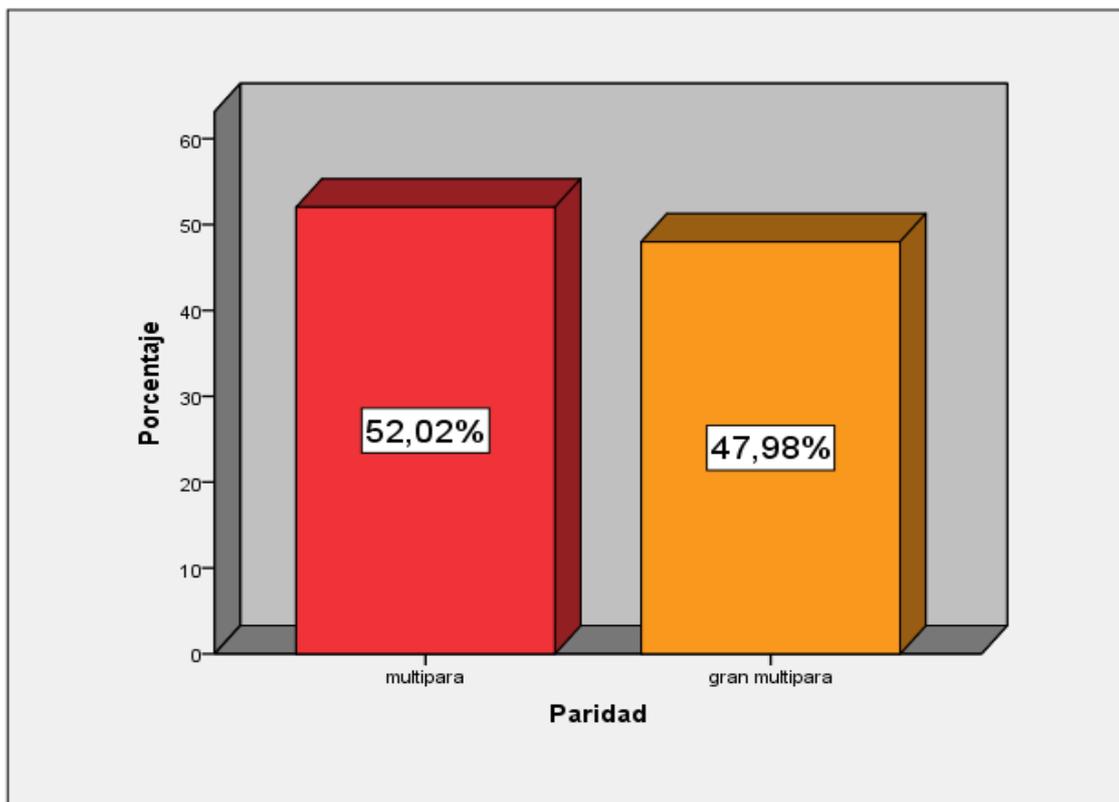
Respecto al estado civil el 83,84% son convivientes, 13,13% casados, 3,03% solteras.

## CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS PARIDAD

Tabla N° 6

		Paridad		
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válido	Multípara	103	52,02	52,02
	Gran multípara	95	47,98	47,98
	Total	198	100,0	100,0

Gráfico N°6



Fuente: Ficha de recolección de datos (mujeres con anticoncepción quirúrgica voluntaria) realizadas en el HCLLH en el año 2013-2014

Interpretación.-

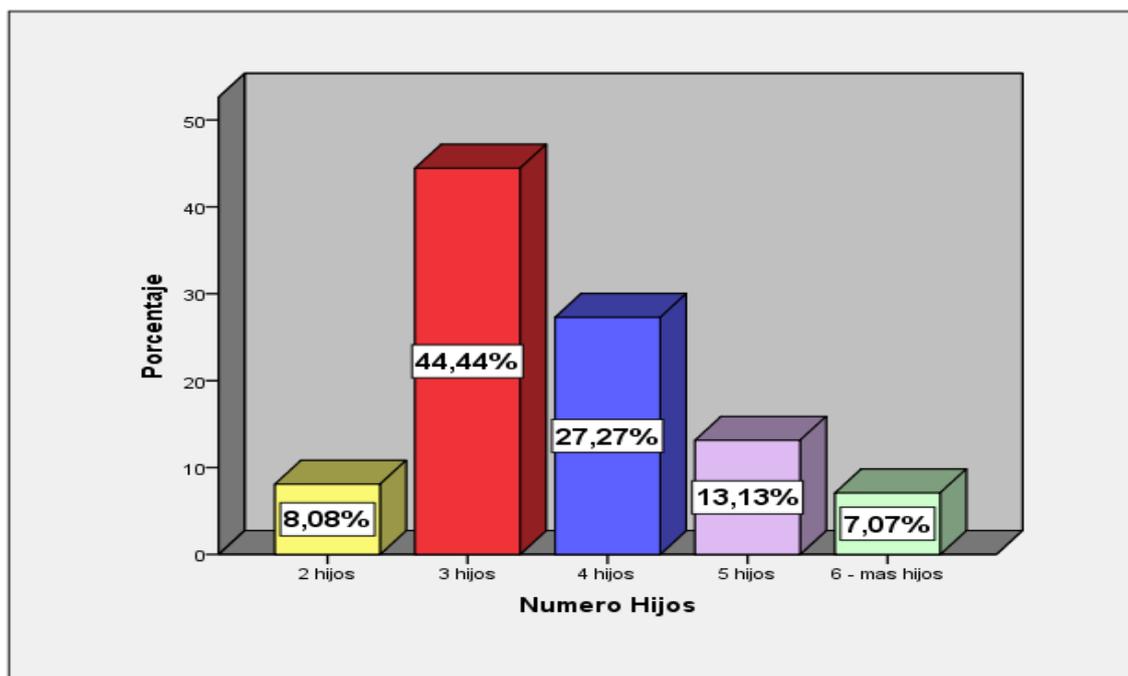
Respecto a la paridad el 52,02 % fueron multíparas y el 47,98% gran multíparas.

## NÚMERO DE HIJOS

Tabla N° 7

		Numero Hijos			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	2 hijos	16	8,08	8,08	8,08
	3 hijos	88	44,44	44,44	52,53
	4 hijos	54	27,27	27,27	79,80
	5 hijos	26	13,13	13,13	92,93
	6 - más hijos	14	7,07	7,07	100,00
	Total	198	100,0	100,0	

Gráfico N°7



Fuente: Ficha de recolección de datos (mujeres con anticoncepción quirúrgica voluntaria) realizadas en el HCLLH en el año 2013-2014

Interpretación.-

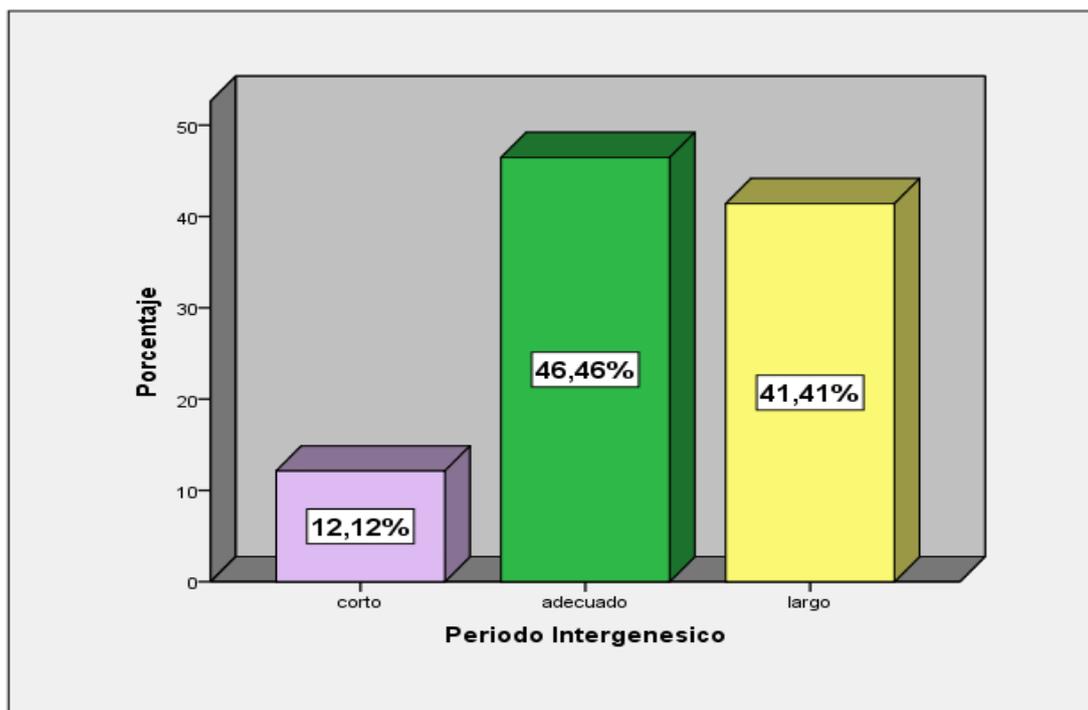
Respecto al número de hijos, en el estudio se evidencio que el 8,08% tuvieron 2 hijos, 44,44% 3 hijos, 27,27 % 4 hijos, 13,13% 5 hijos y 7,07% 6 hijos.

## PERIODO INTERGENÉSICO

Tabla N° 8

		Periodo Intergenésico		
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válido	corto	24	12,12	12,12
	adecuado	92	46,46	46,46
	largo	82	41,41	41,41
	Total	198	100,0	100,0

Gráfico N°8



Fuente: Ficha de recolección de datos (mujeres con anticoncepción quirúrgica voluntaria) realizadas en el HCLLH en el año 2013-2014

Interpretación.-

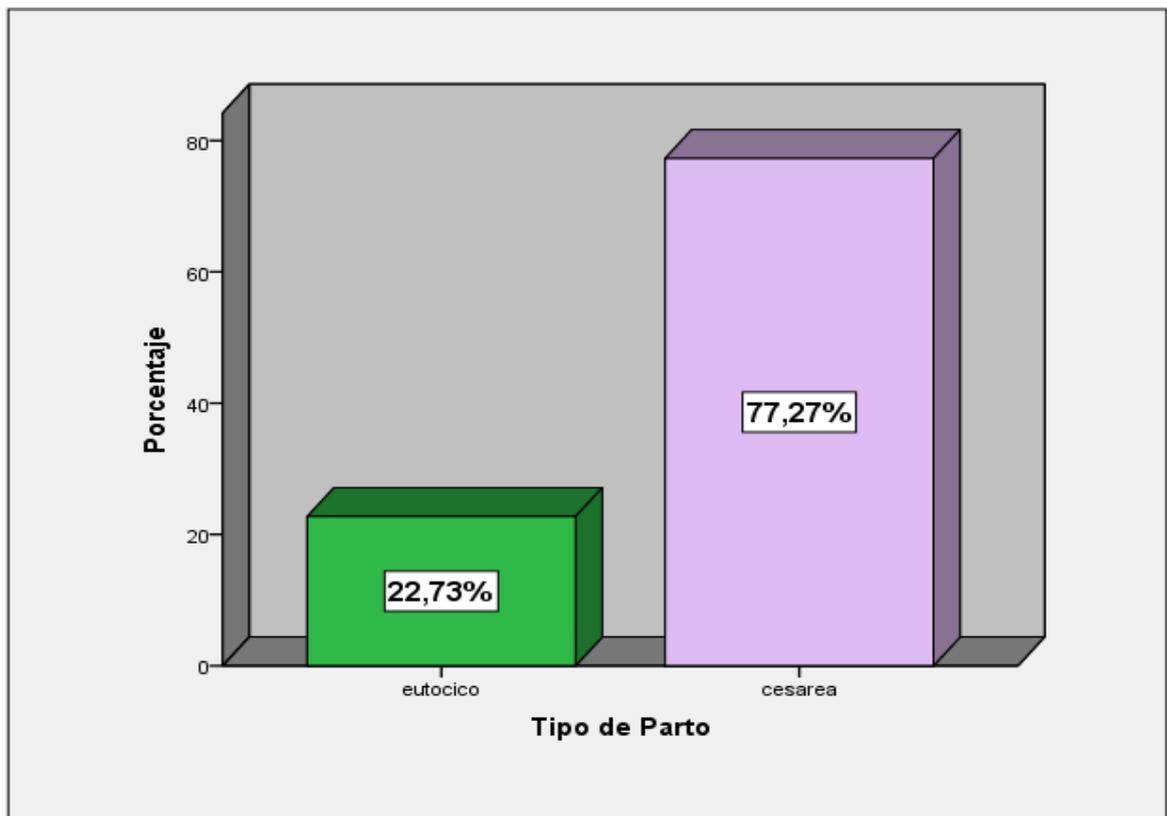
Respecto con el periodo intergenésico de cada mujer, se obtuvo el 12,12% periodo intergenésico corto, 46,46% periodo intergenésico adecuado y el 41,41% periodo intergenésico largo.

## TIPO DE PARTO

Tabla N° 9

		Tipo de Parto		
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válido	Eutócico	45	22,73	22,73
	Cesárea	153	77,27	77,27
	Total	198	100,0	100,0

Gráfico N°9



Fuente: Ficha de recolección de datos (mujeres con anticoncepción quirúrgica voluntaria) realizadas en el HCLLH en el año 2013-2014

Interpretación.-

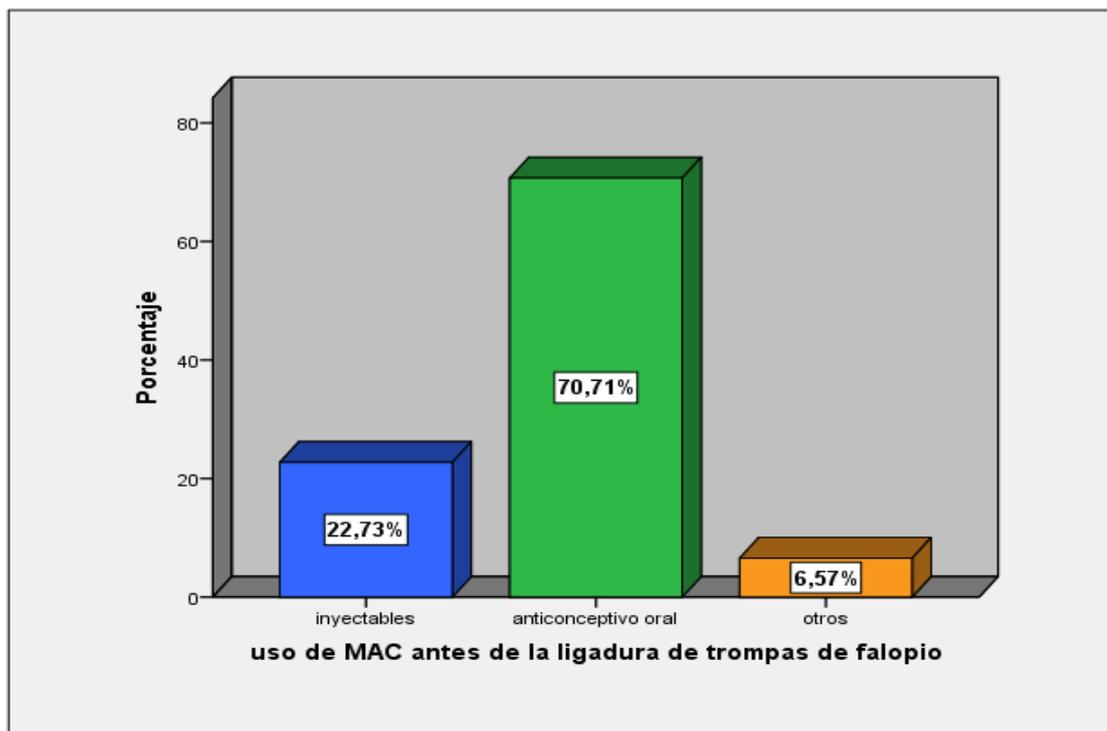
Con respecto al tipo de parto, el 77,27% fueron Cesareadas y el 22,73% tuvieron un parto vaginal.

## USO DE MAC ANTES DE LA LIGADURA

Tabla N° 10

Uso de MAC Antes de la Ligadura de Trompas de Falopio				
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válido	inyectables	45	22,73	22,73
	Anticonceptivo oral	140	70,71	70,71
	otros	13	6,57	6,57
	Total	198	100,0	100,0

Gráfico N°10



Fuente: Ficha de recolección de datos (mujeres con anticoncepción quirúrgica voluntaria) realizadas en el HCLLH en el año 2013-2014

Interpretación.-

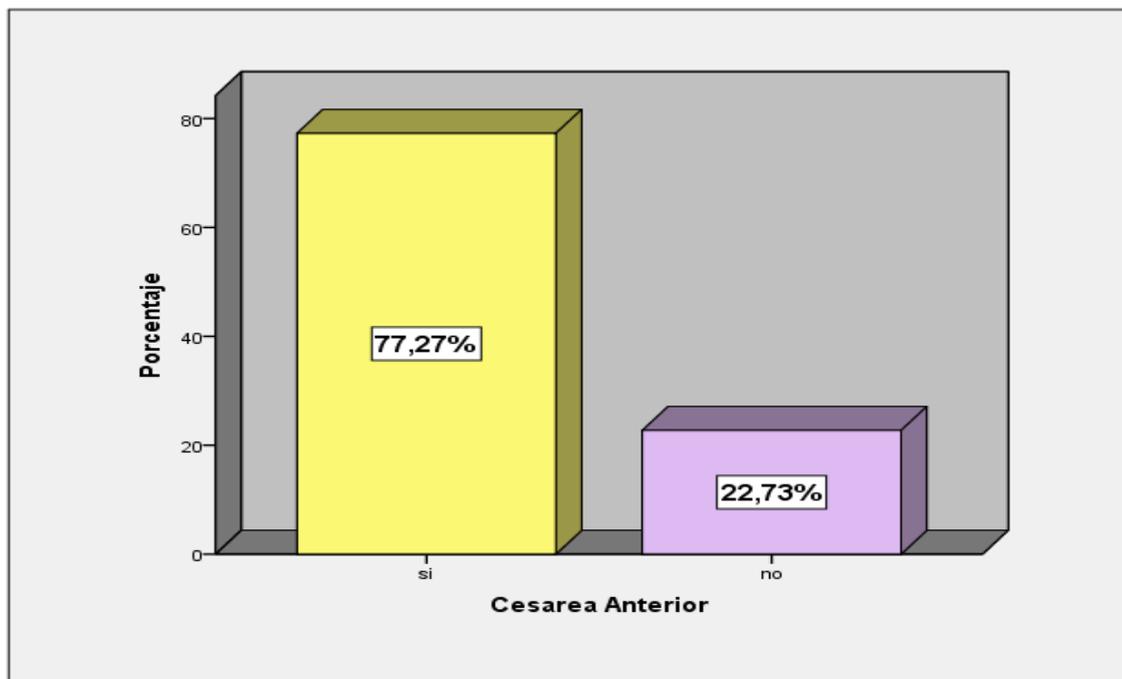
Con respecto al uso de métodos anticonceptivos usados antes de solicitar la realización de la anticoncepción quirúrgica voluntaria, se obtuvo que el 22,73% usaba inyectables, 70,71% anticonceptivo oral, 6,57 % otro (preservativos).

## ANTECEDENTE DE PARTOS CON COMPLICACIONES CESAREADA ANTERIOR

Tabla N° 11

		Cesárea Anterior		
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válido	si	153	77,27	77,27
	no	45	22,73	22,73
Total		198	100,0	100,0

Gráfico N°11



Fuente: Ficha de recolección de datos (mujeres con anticoncepción quirúrgica voluntaria) realizadas en el HCLLH en el año 2013-2014

Interpretación.-

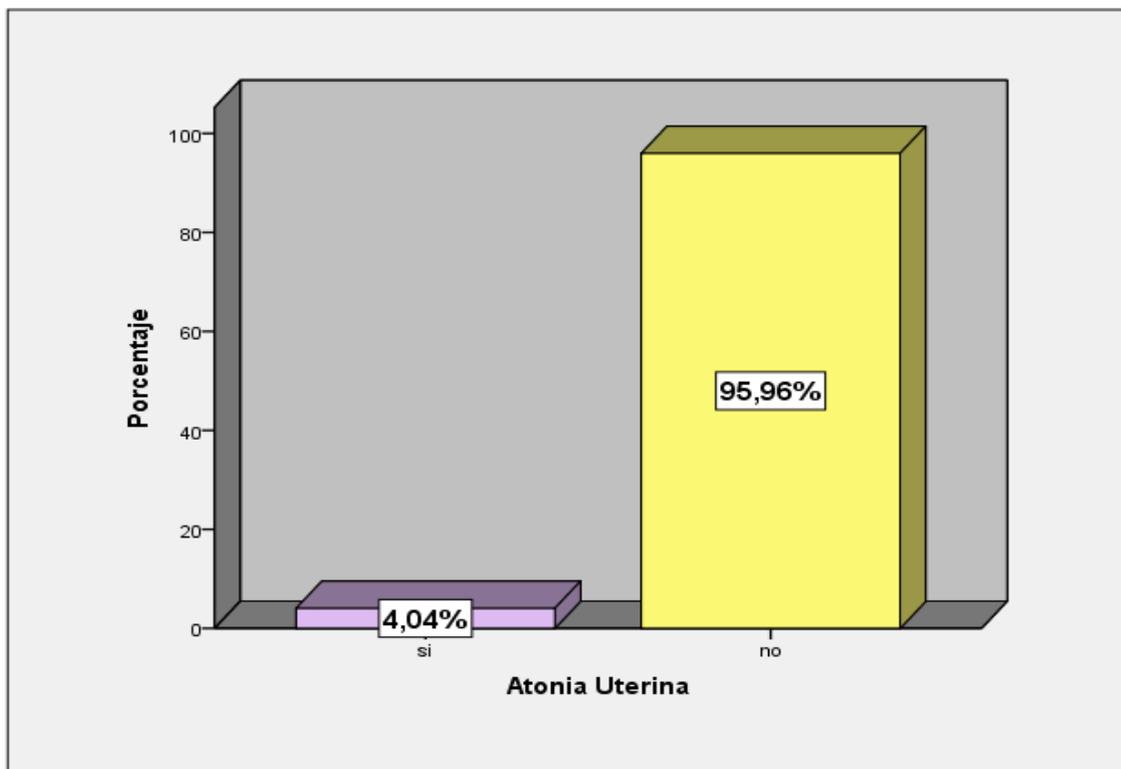
En relación a antecedentes Obstétricos el 77,27% tuvieron cesaría anterior.

## ATONÍA UTERINA

Tabla N° 12

Atonía Uterina			
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válido si	8	4,04	4,04
no	190	95,96	95,96
Total	198	100,0	100,0

Gráfico N°12



Fuente: Ficha de recolección de datos (mujeres con anticoncepción quirúrgica voluntaria) realizadas en el HCLLH en el año 2013-2014

Interpretación.-

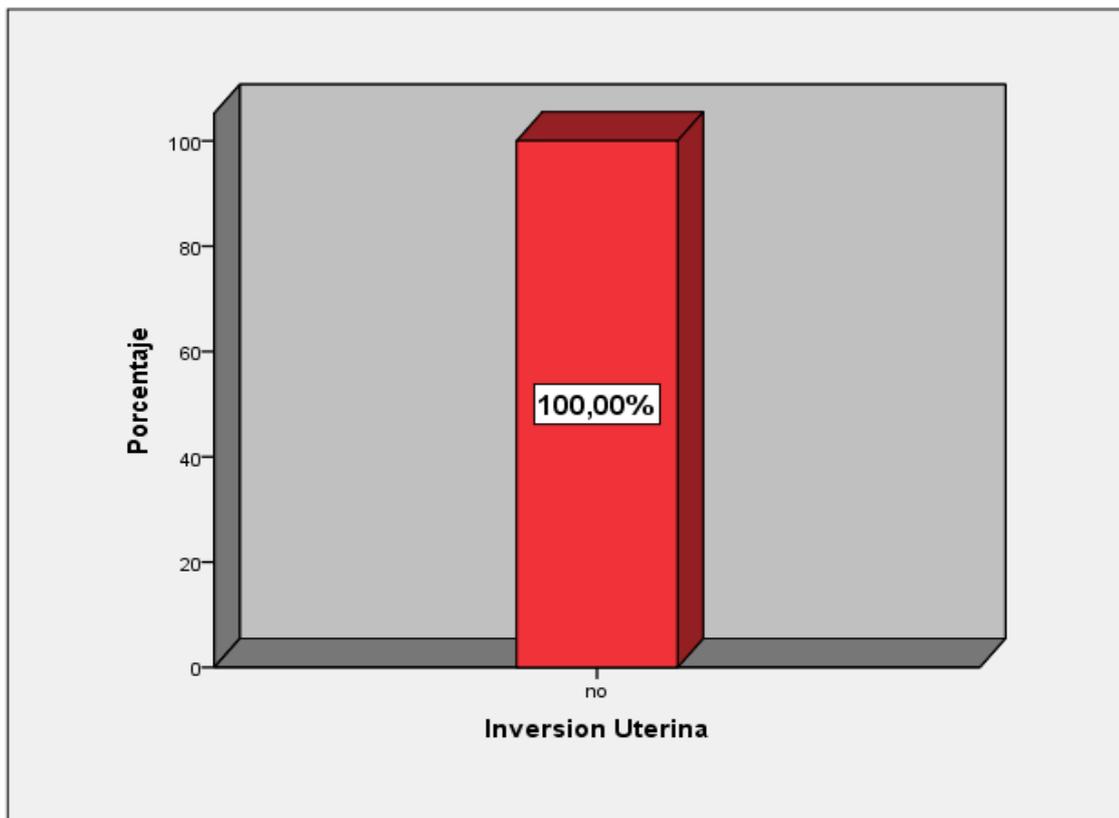
Con respecto al antecedente de atonía uterina se obtuvo que el 4,04% tuvo atonía uterina y un 95,96% no.

## INVERSIÓN UTERINA

Tabla N° 13

Inversión Uterina			
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válido no	198	100,0	100,0

Gráfico N°13



Fuente: Ficha de recolección de datos (mujeres con anticoncepción quirúrgica voluntaria) realizadas en el HCLLH en el año 2013-2014

Interpretación.-

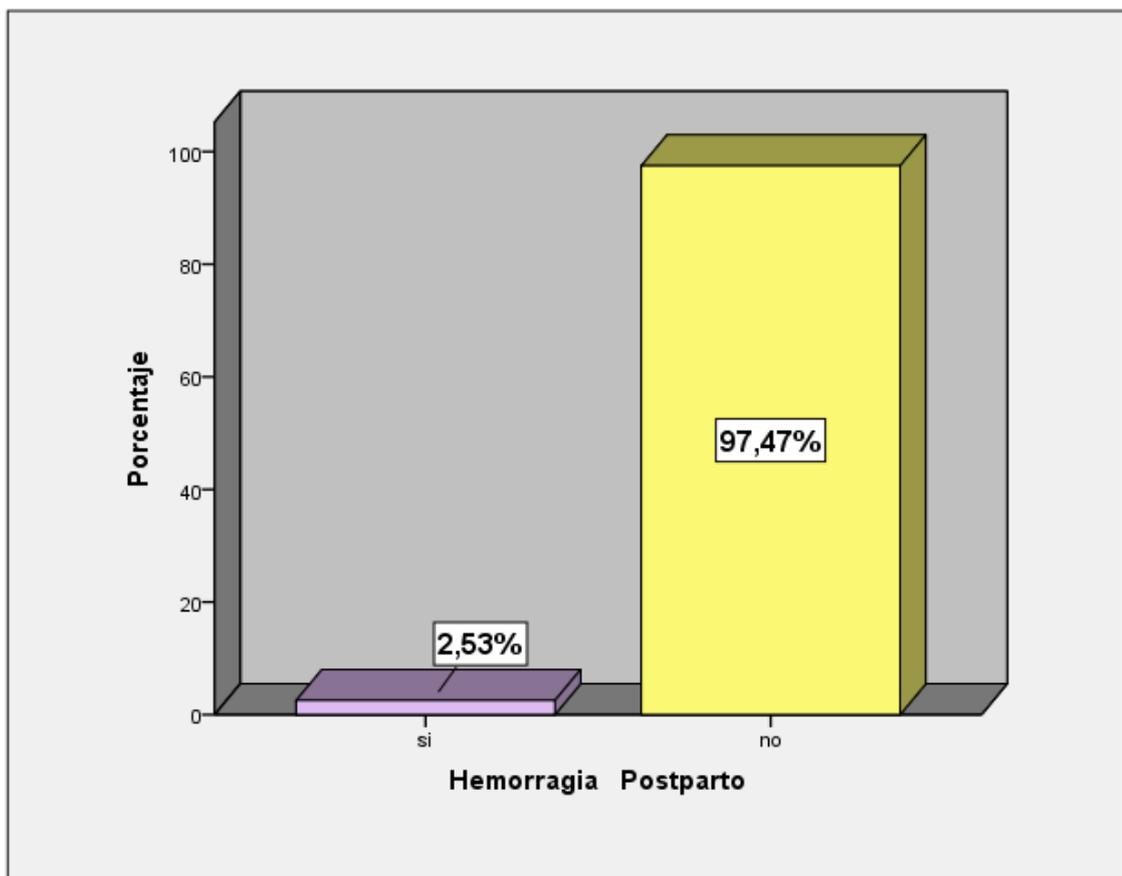
En los resultados del estudio se evidenció que el 100,00% de las mujeres que se sometieron a la anticoncepción quirúrgica voluntaria no tuvieron inversión uterina.

## HEMORRAGIA POST PARTO

Tabla N° 14

Hemorragia Postparto			
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válido si	5	2,53	2,53
no	193	97,47	97,47
Total	198	100,0	100,0

Gráfico N°14



Fuente: Ficha de recolección de datos (mujeres con anticoncepción quirúrgica voluntaria) realizadas en el HCLLH en el año 2013-2014

Interpretación.-

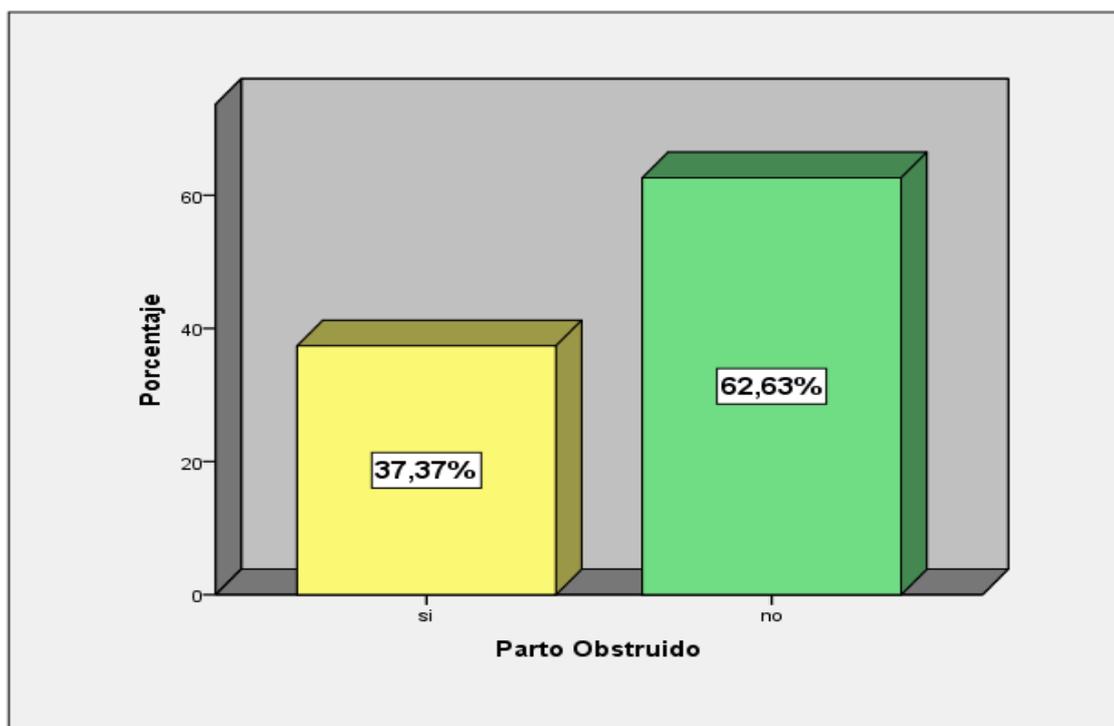
En los resultados del estudio se evidenció que el 2,53% tuvieron hemorragia post parto y el 97,47% no lo padecieron.

## PARTO OBSTRUIDO

Tabla N° 15

		Parto Obstruido		
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válido	si	74	37,37	37,37
	no	124	62,63	62,63
	Total	198	100,0	100,0

Gráfico N°15



Fuente: Ficha de recolección de datos (mujeres con anticoncepción quirúrgica voluntaria) realizadas en el HCLLH en el año 2013-2014

Interpretación.-

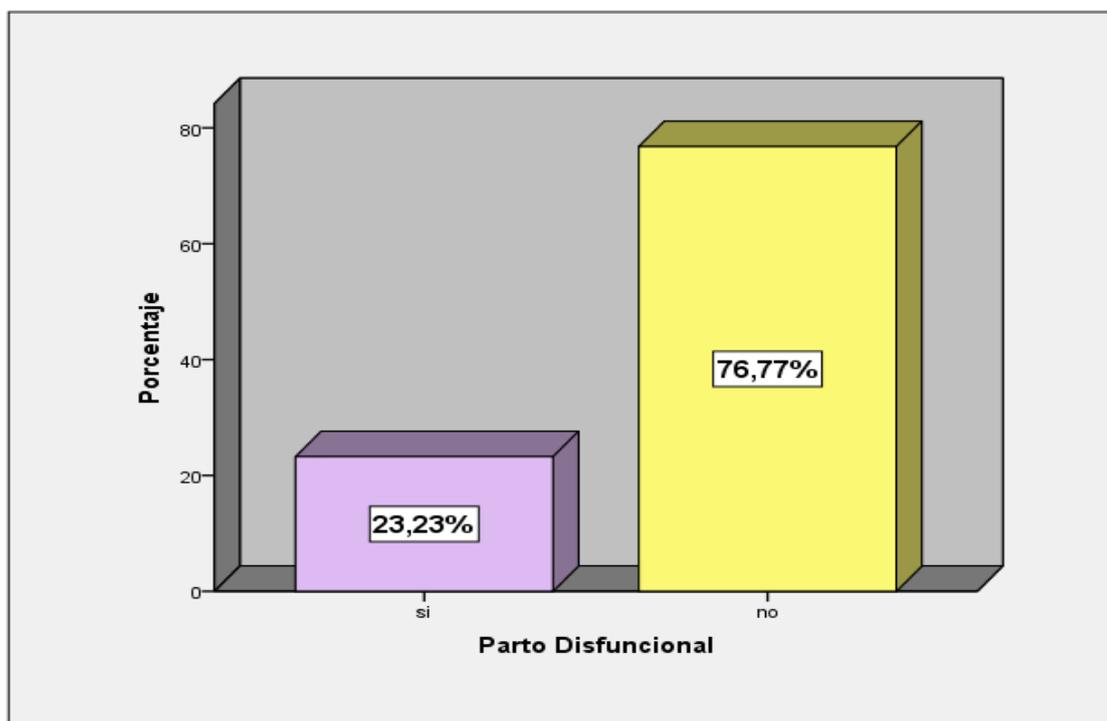
En los resultados del estudio se evidenció que el 37,37% tuvo un parto obstruido (ya sea por una macrosomía fetal o un DCP) y el 62,63% no lo tuvieron en sus partos anteriores.

## PARTO DISFUNCIONAL

Tabla N° 16

Parto Disfuncional			
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válido	si	46	23,23
	no	152	76,77
	Total	198	100,0

Gráfico N°16



Fuente: Ficha de recolección de datos (mujeres con anticoncepción quirúrgica voluntaria) realizadas en el HCLLH en el año 2013-2014

Interpretación.-

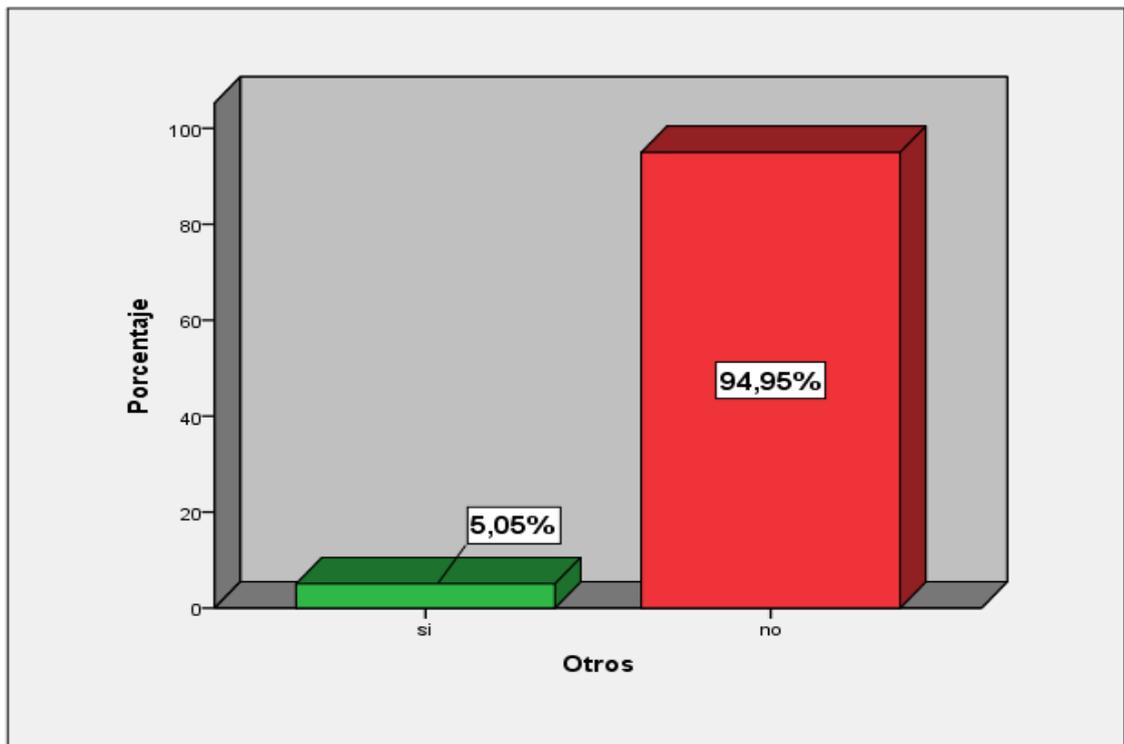
En los resultados del estudio se evidenció que el 23,23% tuvo un parto disfuncional y el 76,77% no lo tuvieron.

## Otros

Tabla N° 17

Otros			
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válido si	10	5,05	5,05
no	188	94,95	94,95
Total	198	100,0	100,0

Gráfico N°17



Fuente: Ficha de recolección de datos (mujeres con anticoncepción quirúrgica voluntaria) realizadas en el HCLLH en el año 2013-2014

### Interpretación.-

En los resultados del estudio se evidenció que de las mujeres que se sometieron a la anticoncepción quirúrgica voluntaria el 5.05% tuvieron como antecedentes otros (placenta previa) y el 94.95% no.

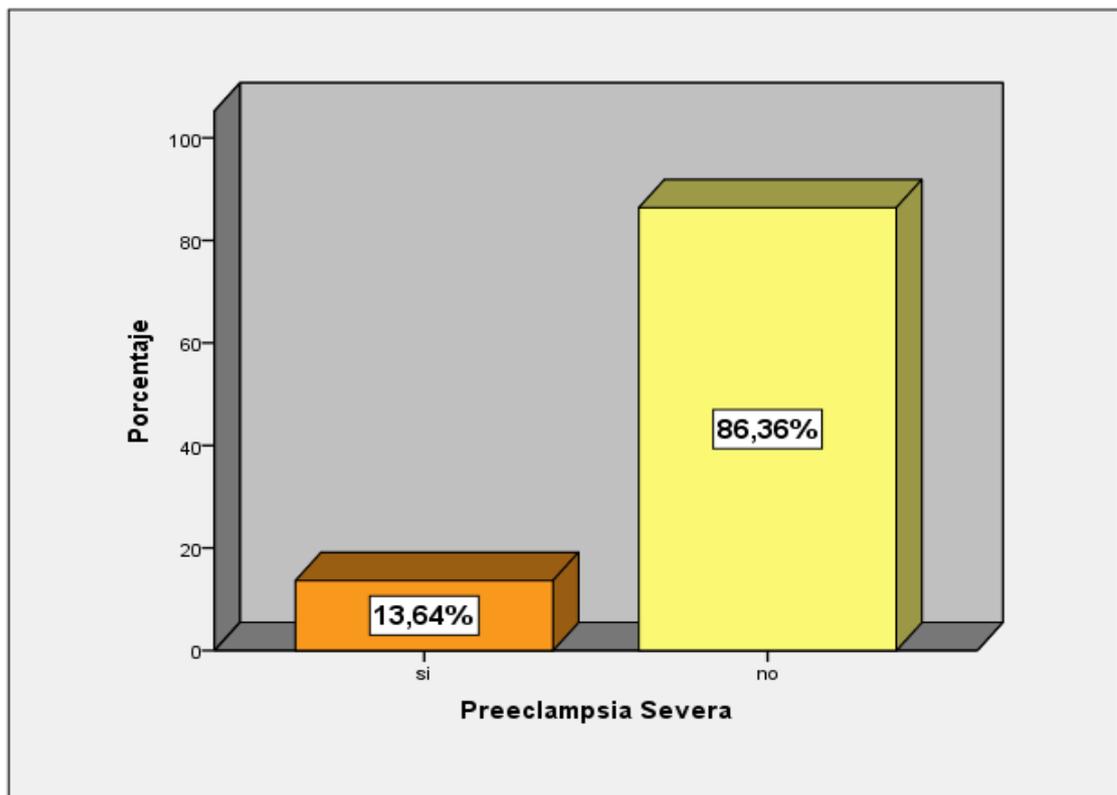
## ENFERMEDADES LIMITANTES

### PREECLAMPSIA SEVERA

Tabla N° 17

Preeclampsia Severa				
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válido	si	27	13,64	13,64
	no	171	86,36	86,36
	Total	198	100,0	100,0

Gráfico N°17



Fuente: Ficha de recolección de datos (mujeres con anticoncepción quirúrgica voluntaria) realizadas en el HCLLH en el año 2013-2014

Interpretación.-

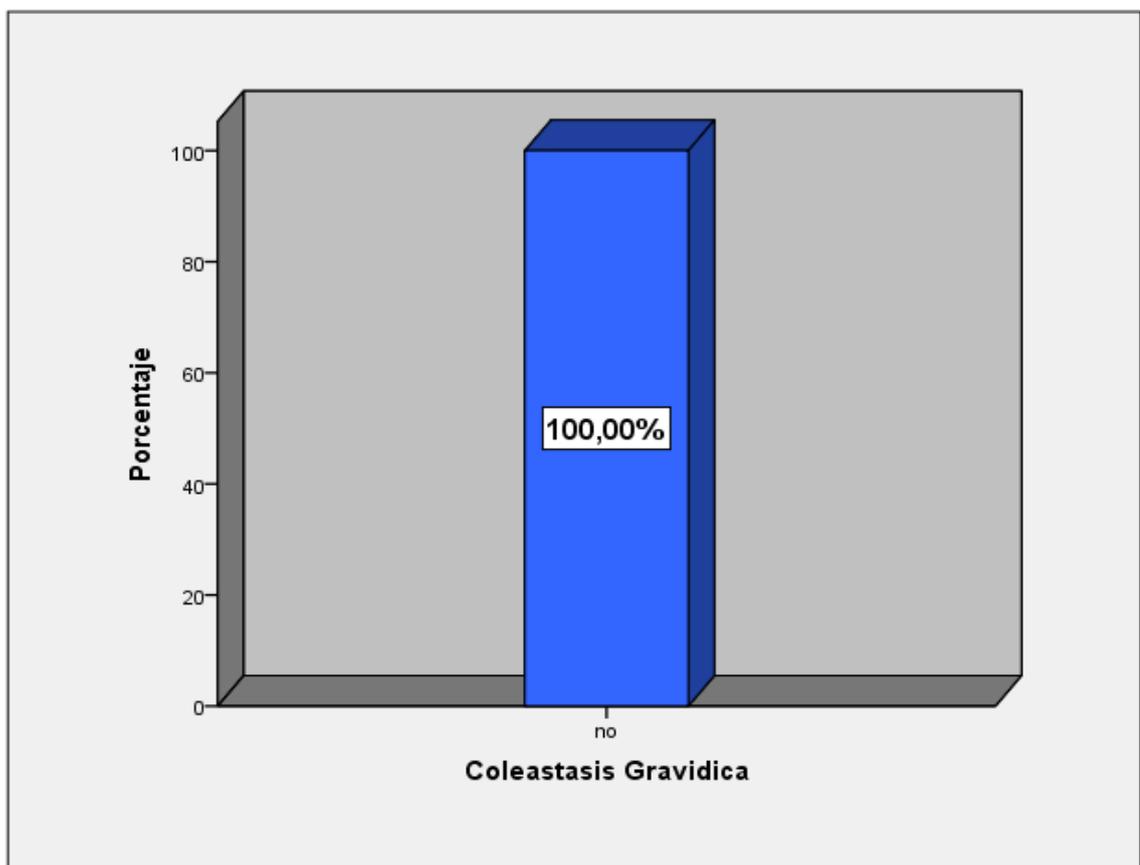
Con respecto a enfermedades limitantes se obtuvo que el 13.64% tuvieron preeclampsia severa y el 86.4% no.

## COLEASTASIS GRAVÍDICA

Tabla N° 18

Coleastasis Gravídica			
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válido no	198	100,0	100,0

Gráfico N°18



Fuente: Ficha de recolección de datos (mujeres con anticoncepción quirúrgica voluntaria) realizadas en el HCLLH en el año 2013-2014

Interpretación.-

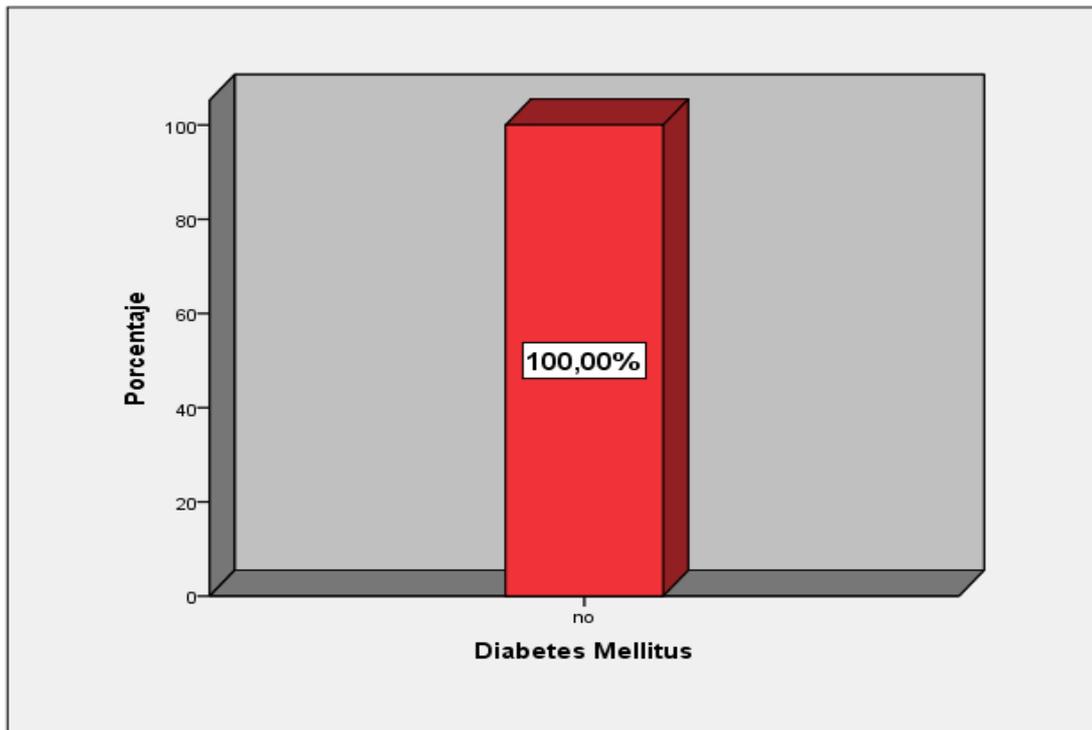
En los resultados del estudio se evidenció que el 100,00% de las mujeres que se sometieron a la anticoncepción quirúrgica voluntaria no tuvieron Coleastasis gravídica.

## DIABETES MELLITUS

Tabla N° 19

Diabetes Mellitus			
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válido no	198	100,0	100,0

Gráfico N°19



Fuente: Ficha de recolección de datos (mujeres con anticoncepción quirúrgica voluntaria) realizadas en el HCLLH en el año 2013-2014

Interpretación.-

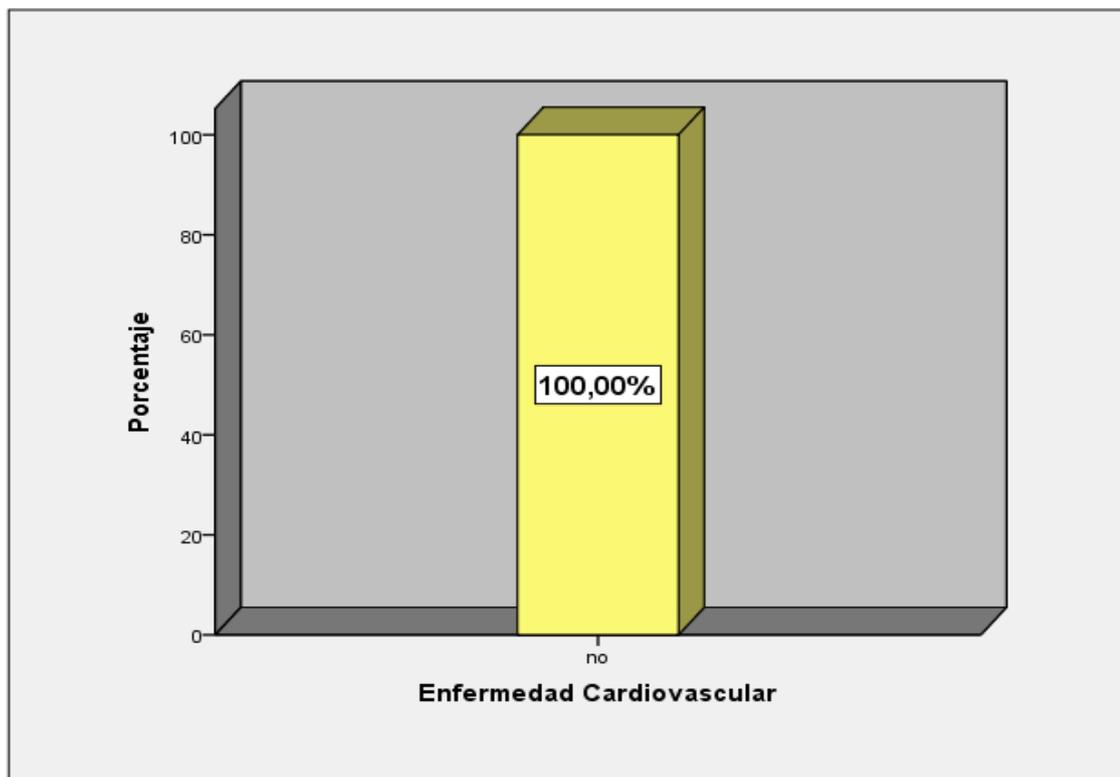
En los resultados del estudio se evidenció que el 100,00% de las mujeres que se sometieron a la anticoncepción quirúrgica voluntaria no tuvieron Diabetes Mellitus.

## Enfermedad cardiovascular

Tabla N° 20

Enfermedad Cardiovascular			
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válido no	198	100,0	100,0

Gráfico N°20



Fuente: Ficha de recolección de datos (mujeres con anticoncepción quirúrgica voluntaria) realizadas en el HCLLH en el año 2013-2014

Interpretación.-

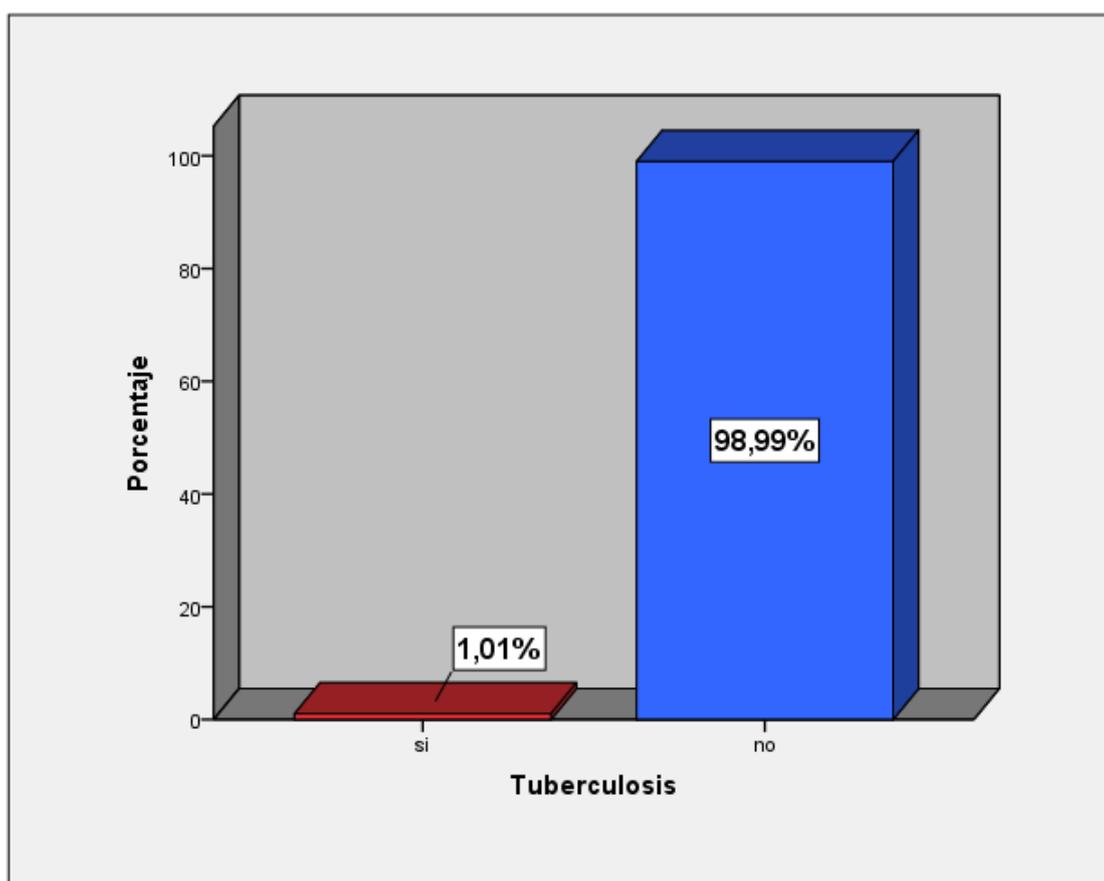
En los resultados del estudio se evidenció que el 100,00% de las mujeres que se sometieron a la anticoncepción quirúrgica voluntaria no tuvieron una Enfermedad Cardiovascular.

## TUBERCULOSIS

Tabla N° 21

		Tuberculosis		
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válido	si	2	1,01	1,01
	no	196	98,99	98,99
	Total	198	100,0	100,0

Gráfico N°21



Fuente: Ficha de recolección de datos (mujeres con anticoncepción quirúrgica voluntaria) realizadas en el HCLLH en el año 2013-2014

Interpretación.-

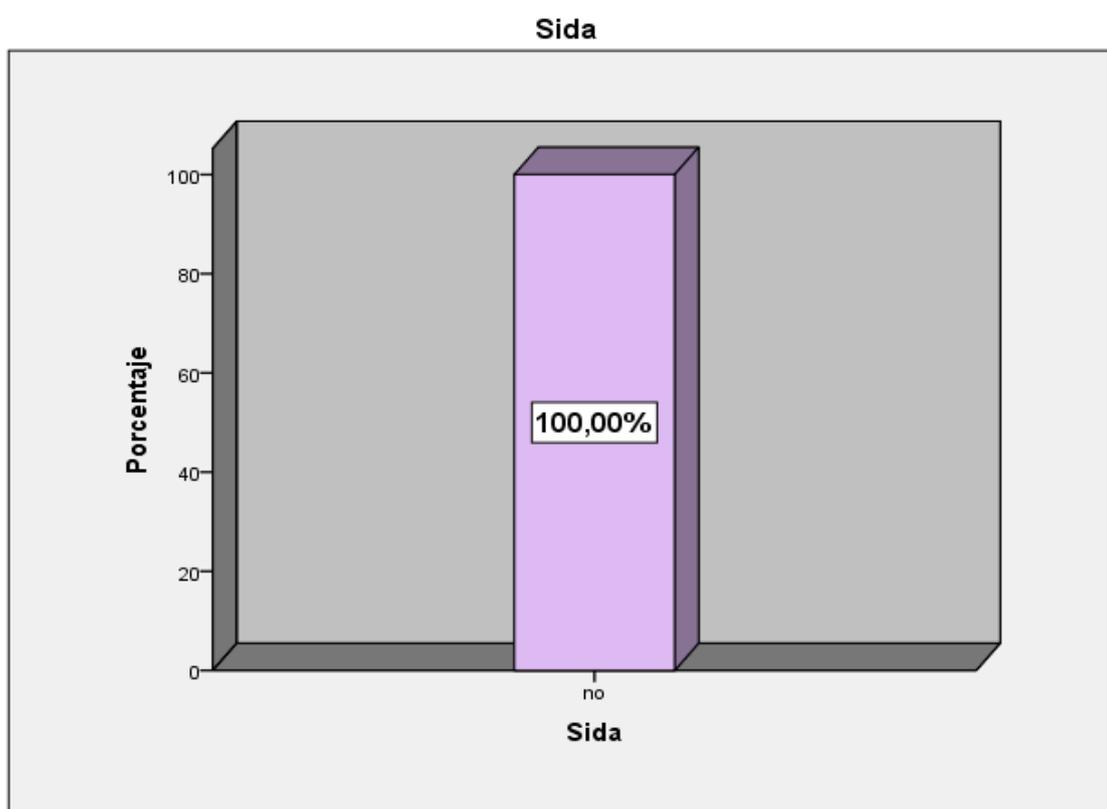
En los resultados del estudio se evidenció que el 1,01% tuvo tuberculosis y el 98.99% no lo padecieron.

## SIDA

Tabla N° 22

Sida			
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válido no	198	100,0	100,0

Gráfico N°22



Fuente: Ficha de recolección de datos (mujeres con anticoncepción quirúrgica voluntaria) realizadas en el HCLLH en el año 2013-2014

Interpretación.-

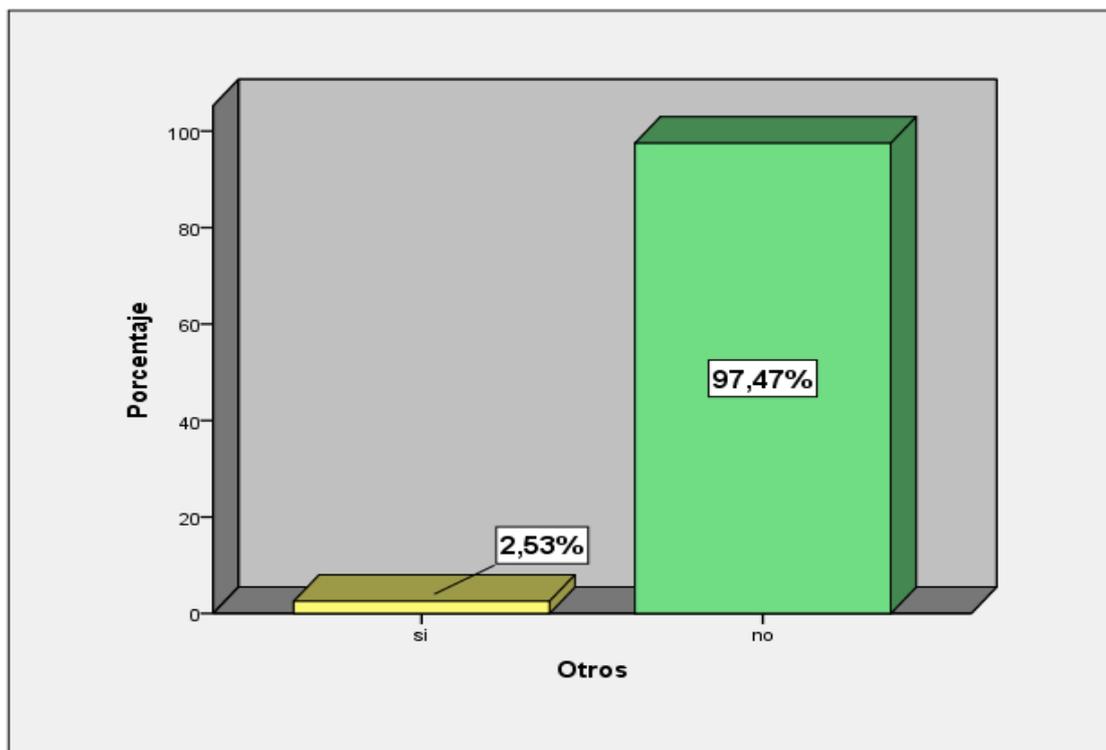
En los resultados del estudio se evidenció que el 100,00% de las mujeres que se sometieron a la anticoncepción quirúrgica voluntaria no tuvo como antecedente el Sida.

## OTROS

Tabla N° 23

		Otros		
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válido	si	5	2,53	2,53
	no	193	97,47	97,47
	Total	198	100,0	100,0

Gráfico N°23



Fuente: Ficha de recolección de datos (mujeres con anticoncepción quirúrgica voluntaria) realizadas en el HCLLH en el año 2013-2014

Interpretación.-

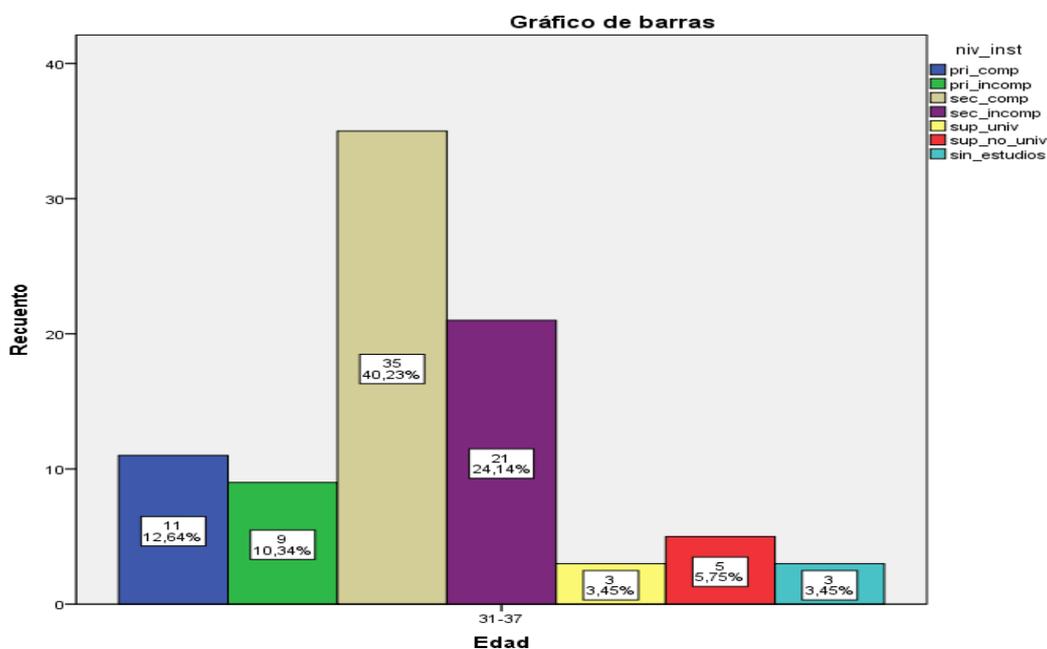
En los resultados del estudio se evidenció que el 2.53% (5) tuvo una enfermedad limitante como por ejemplo Hipertiroidismo, y él 97.47% no lo padecieron.

## Contingencia entre la edad (predominante) y el nivel de instrucción

Tabla cruzada niv\_inst\*Edad

Recuento

		Edad	
		31-37	Total
niv_inst	pri_comp	11	11
	pri_incomp	9	9
	sec_comp	35	35
	sec_incomp	21	21
	sup_univ	3	3
	sup_no_univ	5	5
	sin_estudios	3	3
Total		87	87



Fuente: Ficha de recolección de datos (mujeres con anticoncepción quirúrgica voluntaria) realizadas en el HCLLH en el año 2013-2014

### Interpretación.-

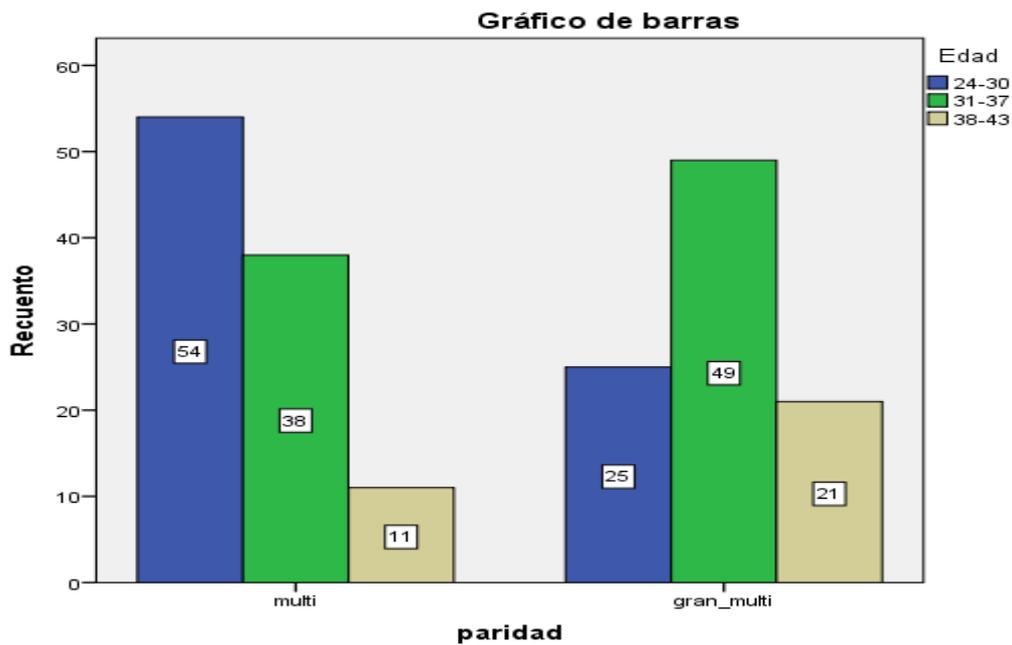
En los resultados del estudio se evidenció que de la edad predominante (31-37 años) se obtuvo un mayor porcentaje en mujeres con un nivel educativo de secundaria completa con un 40,23%, siguiéndole secundaria incompleta 24,14%, primaria completa 12,64%, primaria incompleta 10,34%, superior universitario 3,45%, superior no universitario 5,75 y mujeres sin estudios 3,45%.

## Contingencia entre la edad (predominante) y paridad

Tabla cruzada paridad\*Edad

Recuento

		Edad			Total
		24-30	31-37	38-43	
paridad	Multi	54	38	11	103
	Gran_multi	25	49	21	95
Total		79	87	32	198



Fuente: Ficha de recolección de datos (mujeres con anticoncepción quirúrgica voluntaria) realizadas en el HCLLH en el año 2013-2014

Interpretación.-

En los resultados del estudio se evidenció que se obtuvieron más número de casos en mujeres multíparas en donde la edad de 24-30 años tuvo 54 casos siguiéndole 31-34 años (36) y 38-43 años (11).

## DISCUSION DE RESULTADOS

Los resultados reflejan que las variables analizadas son similares con otras investigaciones llevadas a cabo.

El total de historias clínicas revisadas de mujeres que se sometieron a la anticoncepción quirúrgica voluntaria en los años 2013-2014 fueron 198 siendo este el 100%.

El mayor porcentaje de las mujeres que se sometieron a la anticoncepción quirúrgica voluntaria estuvieron entre las edades de 31-37 años siguiéndoles 24-30 años , resultado que se asemeja al obtenido por un estudio que se realizó en Colombia – Medellín (**Torres Tabares Claudia María, Vergara Muñoz Elizabeth Cristina-2010**) en el cual la edad promedio fue entre 20 y 39 años; al igual que concordaron el estado civil, nivel de instrucción y ocupación ya que tuvieron como resultados un alto porcentaje en dicho estudio donde las mujeres que optaron por la anticoncepción quirúrgica voluntaria se encontraban en unión libre o casados, dedicadas al hogar como amas de casa, con secundaria completa y tres hijos como promedio.

Con respecto a las características clínicas en base a los antecedentes obstétricos como paridad , número de hijos , periodo intergenésico , tipo de parto y uso de método anticonceptivo antes de la ligadura se obtuvo en este estudio un alto porcentaje en multíparas con 52,02%, 3 hijos con un 44,44 %; periodo intergenésico adecuado con un 46,46 %, el tipo de parto con más porcentaje fue el de cesárea con un 77,27 % y la mayoría de las mujeres participantes utilizo algún método anticonceptivo previo, es decir antes de solicitar la realización de la anticoncepción quirúrgica voluntaria, obteniendo así un 70,71% en anticoncepción oral ; el cual fue Comparado con el estudio hecho por **Emmanuel Ferreira Francisco Gastón, Galeano Johana Evelin, Gallard Natalia Evelyn, Ramón Mansutti Luciano** (Corrientes – Argentina 2011) donde podemos decir que son similares algunas de las características halladas en las mujeres con anticoncepción quirúrgica voluntaria femenina como es la multiparidad y el número de hijos.

En el estudio de **Emmanuel Ferreira Francisco Gastón, Galeano Johana Evelin, Gallard Natalia Evelyn, Ramón Mansutti Luciano** (Corrientes – Argentina - 2011) se demostró un alto porcentaje en multíparas y el número de hijos, es decir la paridad demuestra ser un factor determinante a la hora de optar por este procedimiento. Los resultados obtenidos en dicho estudio muestran una asociación entre el aumento de la paridad con el incremento de la solicitud de la anticoncepción quirúrgica voluntaria femenina, acrecentándose notablemente luego de la tercera y cuarta gesta.

Con respecto a las características clínicas en base a los antecedentes de partos con complicaciones se encontraron un alto porcentaje, como por ejemplo: parto obstruido con un 37,37% a diferencia del parto disfuncional, atonía uterina, inversión uterina, hemorragia post parto, otros y en base a las enfermedades limitantes se obtuvo un porcentaje de 13,64% preeclampsia severa, a diferencia de los demás que obtuvieron un porcentaje mínimo (Diabetes Mellitus, Tuberculosis, Sida, Colestasis Gravídica, otros), el cual pudo haber sometido a que las mujeres optaran por un método definitivo como es en el caso del estudio de **Moschella Romina G; Charalambo poulos Jorge T; Pawlowicz María Pía; Naddeo Silvana J; Rodríguez Patricia G; Giménez Alejandra**. realizado en Buenos Aires - 2010, donde las mujeres manifestaron que solicitaban la anticoncepción quirúrgica voluntaria porque no deseaban tener más hijos, a la vez expresaron tener temor a sufrir complicaciones en la salud en caso de un nuevo embarazo, el factor de riesgo que caracterizó el estudio en Buenos Aires obtuvo como resultado de su muestra la alta paridad, cesárea anterior, hipertensión arterial y otras enfermedades limitantes con un porcentaje inferior hipertiroidismo, sida, diabetes, etc.

## CONCLUSIONES

- Con respecto a las características sociodemográficas se evidenció que aquellas mujeres que se sometieron a la anticoncepción quirúrgica voluntaria comprendían las de edades de 31 a 37 años de edad con un estado civil de conviviente, secundaria completa, procediendo del ámbito urbano y teniendo como ocupación ama de casas.
- Continuando con las características clínicas en base a los antecedentes obstétricos se evidenció un mayor porcentaje en multíparas con un 52,02%, con periodo intergenésico adecuado de 46,46% y una vía de parto predominando las cesáreas con un 77,27%.

Respecto a las antecedentes de partos con complicaciones se evidencio un alto porcentaje en Cesareada anterior con un 77,27%, y un mínimo en atonía uterina con 4,04%, 2,53% hemorragia post parto, 37,37% parto obstruido, 23,23% parto disfuncional, otros 5,05% (placenta previa) y un porcentaje nulo inversión uterina.

Referente a las enfermedades limitantes predominó la preeclampsia severa con un 13,64% y un mínimo entre tuberculosis con un 1,01%, otros (hipertiroidismo y retraso mental) con un 2,53% y un porcentaje nulo en cuanto a Diabetes Mellitus, Coleastasis Gravídica, Enfermedad Cardiovascular y Sida.

## RECOMENDACIONES

Dado que la multiparidad es un factor agravante en las complicaciones obstétricas se recomienda al Hospital lo siguiente:

Fortalecer la promoción permanente de los servicios de planificación familiar, que ofrezcan una gama de métodos de planificación familiar en el marco del ejercicio responsable e informado de los derechos de los hombres y mujeres sobre su sexualidad y su reproducción.

Dado que la anticoncepción quirúrgica voluntaria es un método permanente se debe tener en cuenta que la consejería debe estar orientado básicamente a las parejas que ya cumplieron con el número de hijos que pueden atender.

Aplicar el Modelo de Atención Integral en los servicios de planificación familiar ya que permitirá no sólo mejorar la calidad de los servicios, sino generar mayor participación de la ciudadanía sobre las decisiones y acciones que afectan su salud, en el marco del enfoque de Promoción de la Salud y avanzar hacia mejores niveles de bienestar integral de la persona, la familia y la comunidad

.

## FUENTES DE INFORMACION

1. Organización Mundial de Salud - 2015  
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/es/>
2. Gómez Torres Piedad. Análisis del uso de métodos anticonceptivos según los estilos de apego en universitarios de ciencias de la salud de la universidad de Almería 2012. [Tesis de maestría]España.UDA 2012.  
<http://repositorio.ual.es:8080/jspui/bitstream/10835/2367/1/Trabajo.pdf>
3. Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Panamá - 2009  
[http://www.paho.org/saludenlasamericas/index.php?id=49&option=com\\_content](http://www.paho.org/saludenlasamericas/index.php?id=49&option=com_content)
4. Ministerio de Salud El Salvador, Encuesta Nacional de Salud Familiar: FESAL- 2008 (2009).  
[www.fesal.org.sv](http://www.fesal.org.sv)
5. Organización mundial de la salud. Minilaparotomía y técnicas endoscópicas para la esterilización tubárica  
<http://apps.who.int/rhl/fertility/contraception/hbcom/es/index.html>
6. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2014. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Boletín de planificación familiar  
[https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitales/Est/Lib1211/pdf/Libro.pdf](https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1211/pdf/Libro.pdf)
7. United Nations Population Fund (UNFPA).ADDING IT UP IT: The Costs and Benefits of Investing in Sexual and Reproductive Health 2014.  
<http://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Adding%20It%20Up-Final-11.18.14.pdf>
8. Organización Mundial de la Salud. Planificación familiar ,Un manual mundial para proveedores.2011  
[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44074/1/9780978856304\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44074/1/9780978856304_spa.pdf)
9. Guías Nacionales de Atención Integral de Salud sexual y Reproductiva: Lima, Ministerio de Salud, 2004.

10. Tips and Tricks in Operative Obstetrics and Gynecology. Saxena Richa. 20ed: New Delhi; London. Editorial Jaypee Bros Medical; 2011.

[https://books.google.com.pe/books?id=SI0kPWIXU8UC&pg=PA438&lpq=PA438&dq=tubal+ligation+The+American+College+Of+Obstetricians+And&source=bl&ots=ErDx6ls5cg&sig=JugRbyLNsqslLaCeZEE6v2rctUBs&hl=es&sa=X&redir\\_esc=y#v=onepage&q=tubal%20ligation%20The%20American%20College%20Of%20Obstetricians%20And&f=false](https://books.google.com.pe/books?id=SI0kPWIXU8UC&pg=PA438&lpq=PA438&dq=tubal+ligation+The+American+College+Of+Obstetricians+And&source=bl&ots=ErDx6ls5cg&sig=JugRbyLNsqslLaCeZEE6v2rctUBs&hl=es&sa=X&redir_esc=y#v=onepage&q=tubal%20ligation%20The%20American%20College%20Of%20Obstetricians%20And&f=false)

11. Ministerio de Salud de la Nación. Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable: Documento Científico - Ligadura Tubaria. Argentina .OMS; 2010.

[http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000669cnt-ligadura\\_tubaria.pdf](http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000669cnt-ligadura_tubaria.pdf)

12. Organización Mundial de la Salud. Planificación familiar, Un manual mundial para proveedores. 2011.

[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44074/1/9780978856304\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44074/1/9780978856304_spa.pdf)

13. Centro de Promoción y Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos PROMSEX. Mitos y métodos anticonceptivos. 1 ed. Lima, Perú. Editorial CP Impresores E.I.R.L.; 2011.

<http://www.unfpa.org.pe/publicaciones/publicacionesperu/PROMSEX-Mitos-Metodos-Anticonceptivos.pdf>

14. Ministerio de Salud Pública, Dirección General de la Salud. Guía en salud sexual y reproductiva .Manual de orientación anticonceptiva métodos temporales y permanentes. 2013.

[http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos\\_adjuntos/Gu%C3%ADa%20Orientacion%20anticonceptiva%20MSP%202014\\_1.pdf](http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/Gu%C3%ADa%20Orientacion%20anticonceptiva%20MSP%202014_1.pdf)

15. Mafla Pantoja Dayana Nataly, Yamá Coral Ayda Viviana. Factores sociales, culturales y religiosos que impiden la utilización de métodos anticonceptivos en mujeres en edad fértil en el servicio de ginecología del hospital Marco Vinicio Iza de la provincia de Sucumbíos en el

periodo marzo agosto 2014. [Tesis de Licenciatura]. Tulcán-Ecuador.  
Universidad Politécnica Estatal Del Carchi.2014

<http://181.198.77.140:8080/bitstream/123456789/288/1/44%20FACTORES%20SOCIALES,%20CULTURALES%20Y%20RELIGIOSOS%20QUE%20IMPIDEN%20LA%20UTILIZACI%C3%93N%20DE%20M%C3%89TODOS%20ANTICONCEPTIVOS%20EN%20MUJERES%20EN%20EDAD%20F%C3%89RTIL%20EN%20EL%20SERVICIO%20DE%20GINECOLOG%C3%8DA%20DEL%20HOSPITAL%20MARCO%20VINICIO%20IZA%20DE%20LA%20PROVINCIA%20DE.pdf>  
f

16. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2014. Lima: INEI; 2014

[https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitales/Est/Lib1211/index.html](https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1211/index.html)

17. Campoverde Pabón Wendy Marianela, Gualpa Villa Ingrith Paola. Aceptación de métodos de planificación familiar en mujeres en período fértil en el área de influencia del Hospital Guamote en el período abril a agosto del 2012. [Tesis maestría]. Ecuador: Quito: Editorial UCDEJM; 2012.

<http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/4532/1/T-UCE-0006-97.pdf>

18. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2014. Lima: INEI; 2014

[http://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitales/Est/Lib1211/index.html](http://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1211/index.html)

19. Del Río Fortuna Cynthia. Elecciones en anticoncepción quirúrgica: una mirada sobre la relación entre la técnica y la persona. Scielo. [en línea] 2010[fecha de acceso 16 de Agosto 2015]. URL disponible:

[http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S185196282009000100005&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S185196282009000100005&script=sci_arttext)

20. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2014. Lima: INEI; 2014

[http://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitales/Est/Lib1211/index.html](http://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1211/index.html)

21. Costales Sánchez, Freddy Agustín; Valle Ramos, Juan Ignacio. Relación entre variables socio-económicas con conocimiento y preferencia sobre métodos anticonceptivos en mujeres postparto. Hospital Enrique Garcés 2013. [Tesis de licenciatura]. Ecuador. PUC E; 2013
- <http://repositorio.puce.edu.ec/handle/22000/5886>
22. Cunningham, F. Gary. Williams Obstetricia. 23ed. Mexico: Editorial McGraw Hill Interamericana; 2011.
- [https://books.google.com.pe/books?id=DVSGBwAAQBAJ&pg=PA390&lpg=PA390&dq=complicaciones+obstetricas+del+trabajo+de+parto&source=bl&ots=hE9PJFd-tl&sig=5O5k3e\\_FedCyF35SXYFkUXPbkjY&hl=es&sa=X&redir\\_esc=y#v=onepage&q=complicaciones%20obstetricas%20del%20trabajo%20de%20parto&f=false](https://books.google.com.pe/books?id=DVSGBwAAQBAJ&pg=PA390&lpg=PA390&dq=complicaciones+obstetricas+del+trabajo+de+parto&source=bl&ots=hE9PJFd-tl&sig=5O5k3e_FedCyF35SXYFkUXPbkjY&hl=es&sa=X&redir_esc=y#v=onepage&q=complicaciones%20obstetricas%20del%20trabajo%20de%20parto&f=false)
23. Guzmán Ojeda Carlos Alberto. Nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos y planificación familiar en las mujeres de edad fértil y su repercusión en sus embarazos, en el barrio “san Vicente alto” de la ciudad de Loja, durante el periodo marzo - agosto 2011”. [Tesis de licenciatura]. Ecuador: Loja; 2011-2012
- <http://dspace.unl.edu.ec/jspui/handle/123456789/6317>
24. Castro Rene, Díaz Soledad, Galán Guillermo, López Carmen, Matamala Maria Isabel. Normas técnicas y Guías clínicas sobre regulación de la fertilidad. Chile. 2010. p. 104
- <http://web.minsal.cl/portal/url/item/795c63caff4ede9fe04001011f014bf2.pdf>

# ANEXOS

## MATRIZ DE CONSISTENCIA

### TITULO DEL PROYECTO: Características sociodemográficas y clínicas de mujeres con anticoncepción quirúrgica voluntaria en el hospital Carlos Lan Franco la hoz en los años 2013-2014

Problema	Objetivo	Hipótesis	Operacionalización		Método
			Variable	Indicadores	
<p><b>Problema general</b> ¿Cuáles son las características sociodemográficas y clínicas de mujeres con anticoncepción quirúrgica voluntaria en el hospital Carlos Lan Franco la hoz en los años 2013-2014?</p> <p><b>Problema secundarios:</b> ¿Cuáles son las características sociales de mujeres con anticoncepción quirúrgica voluntaria? ¿Cuáles son las características demográficas de mujeres con anticoncepción quirúrgica voluntaria? ¿Cuáles son las características clínicas de mujeres con anticoncepción quirúrgica voluntaria?</p>	<p><b>Objetivo general</b> Determinar la las características sociodemográficas y clínicas de mujeres con anticoncepción quirúrgica voluntaria en el hospital Carlos Lan Franco la hoz en los años 2013-2014.</p> <p><b>Objetivos específicos</b> •Determinar las características sociales de mujeres con anticoncepción quirúrgica voluntaria. •Determinar las características demográficas de mujeres con anticoncepción quirúrgica voluntaria. •Determinar las características clínicas de mujeres con anticoncepción quirúrgica voluntaria.</p>	<p>No es pertinente</p>	<p><b>V1:</b> Características sociodemográficas.</p> <p><b>V2:</b> Características clínicas. Antecedentes obstétricos.</p> <p>Antecedente de partos con complicaciones.</p> <p>Enfermedades limitantes.</p>	<p>Estado civil Nivel económico</p> <p>Ocupación Edad Nivel de instrucción Procedencia</p> <p>Paridad Número de hijos Periodo intergenésico Vías de parto</p> <p>Cesárea anterior Atonía uterina Inversión uterina Hemorragia post parto Parto obstruido Parto disfuncional</p> <p>HTA severa Coleastasis gravídica DBT Mellitus Enfermedad cardiovascular Tuberculosis Sida</p>	<p><b>Tipo de Investigación:</b> Descriptivo <b>Nivel de Investigación:</b> Aplicativo <b>Método:</b> Cuantitativo <b>Técnicas:</b> Ficha de recolección de datos: Lista de chequeo. <b>Procesamiento:</b> Tabulación de la lista de chequeo y elaboración de los gráficos en el programa de spss</p> <p><b>Población y muestra</b> -198 usuarias que se sometieron a la anticoncepción quirúrgica voluntaria en el Hospital Carlos Lan Franco la hoz en los años 2013-2014. -Censal</p>



**Antecedentes de parto con complicaciones**

- 11) Cesareada anterior ( )
- 12) Atonía uterina ( )
- 13) Inversión uterina ( )
- 14) Hemorragia post parto ( )
- 15) Parto obstruido ( )
- 16) Parto disfuncional ( )
- 17) Otros.....

**Enfermedades limitantes**

- 18) HTA Severa ( )
- 19) Coleastasis gravídica ( )
- 20) DBT Mellitus ( )
- 21) Enfermedad cardiovascular ( )
- 22) Tuberculosis ( )
- 23) Sida ( )
- 24) Otros.....

