



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

**INCIDENCIA Y CARACTERISTICAS DE PUERPERAS CON
ANTICONCEPCIÓN QUIRURGICA VOLUNTARIA, ATENDIDAS EN
EL HOSPITAL AMAZÓNICO PERIODO ENERO – DICIEMBRE 2017.**

PRESENTADO POR:

JIMENEZ CERRUBIO, ZENY

PARA OPTAR EL:

TITULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN OBSTETRICIA

ASESOR:

DRA LEILA ROSA MARINO PANDURO DE IBAZETA

PUCALLPA – PERU

2018

INDICE

CARATULA	I
PAGINAS PRELIMINARES	II
RESUMEN	VI
ABSTRACT	VII
INTRODUCCION	VIII

I. PLANEAMIENTO METODOLÓGICO

1.1 Descripción de la Realidad Problemática	10
1.2 Delimitación de la investigación	12
1.3 Formulación del Problema	12
1.3.1 Problema principal	12
1.3.2 Problemas secundarios	12
1.4 Objetivos de la investigación	13
1.4.1 Objetivo general	13
1.4.2 Objetivos específicos	13
1.5 Hipótesis de Investigación	14
1.5.1 Hipótesis	14
1.5.2 Variable	14
1.5.3 Identificación y Clasificación de Variables e Indicadores	15
1.6 Diseño de la Investigación	16
1.6.1 Tipo de investigación	16
1.6.2 Nivel de la investigación	16
1.6.3 Método	16
1.7 Población y muestra	16
1.7.1 Población	16
1.7.2 Muestra	16
1.8 Técnicas e instrumentos	18
1.8.1 Técnicas	18
1.8.2 Instrumentos	18
1.9 Justificación e importancia de la investigación	18

II. MARCO TEORICO	
2.1 Fundamentos teóricos de la Investigación	21
2.1.1 Antecedentes	21
2.1.2 Bases teóricas	27
2.1.3 Definición de términos	40
III. PRESENTACIÓN, INTERPRETACIÓN ANÁLISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS	
3.1 Presentación de resultados	42
3.2 Interpretación, análisis y discusión de resultados	42
IV. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
4.1 Conclusiones	57
4.2 Recomendaciones	58
FUENTES DE INFORMACION	59
ANEXOS	62

DEDICATORIA:

A Dios, por su infinita bondad al brindarme vida y salud; y permitirme culminar una etapa más en mi vida.

A mi hijo Alberth, iniciaste conmigo todos estos maravillosos años con esta hermosa carrera.

A mi esposo Roberto por ayudarme y creer en mí todos estos años, en mi superación para salir adelante.

A mi hermana Graciela, toda tu ayuda es infinita.

Y a mi Madre Margarita por orientarme , guiarme siempre, para cumplir mi sueño de ser profesional.

AGRADECIMIENTO

A la Universidad Alas Peruanas y a cada uno de los docentes que me brindaron sus conocimientos para culminar mi preparación en el pre grado.

Al Hospital Amazónico por permitirme realizar mi trabajo de investigación.

Con especial gratitud a mi asesora de tesis, Dra. Leila Rosa Marino Panduro de Ibazeta, por su esfuerzo, dedicación, conocimientos, orientación y motivación que ha sido primordial durante el desarrollo de mi tesis.

RESUMEN

El presente estudio se realizó con el **Objetivo** de: Determinar la incidencia y las características de las puérperas con anticoncepción quirúrgica voluntaria atendidas en el Hospital Amazónico, periodo Enero – Diciembre, 2017. **Material y métodos** Cuantitativo, descriptivo, univariado, retrospectivo de corte transversal, la muestra estuvo conformada por 117 puérperas con anticoncepción quirúrgica voluntaria, el instrumento fue la ficha de recolección de datos. **Resultados:** respecto a las características sociodemográficas encontramos que 44% de puérperas en estudio se encuentra en el rango de edades de 26 - 34 años, el 52% con el grado de instrucción de nivel secundario, el 90% en estado civil de convivencia, el 93% de ocupación amas de casa, el 50% procedieron del distrito de Yarinacocha Considerando las características gineco obstétricas el 91% iniciaron relaciones sexuales entre el rango de edades 13-19 años, el 71% tuvieron más de una pareja sexual el 46% utilizaban el método anticonceptivo inyectable trimestral, y el 31% ningún anticonceptivo, el 99% tuvieron una paridad mayor igual a tres partos, el 91% tuvieron un periodo intergenésico mayor de dos años, el 9% tuvieron antecedentes de cesárea, el 96% de las puérperas el motivo para realizarse la anticoncepción quirúrgica voluntaria fue por paridad satisfecha a diferencia de un 3% lo realizó por tener el diagnóstico de ser portadoras de VIH, respecto a las complicaciones post quirúrgicas solo el 5% presentó algún tipo de complicaciones: infección de herida operatoria, dehiscencia de herida operatoria y seroma respectivamente, la incidencia de anticoncepción quirúrgica voluntaria(AQV) en el presente estudio, se observó un 0,048%.

ABSTRACT

The present study it has been made with the **Objective** of: To determine the incidence and characteristics of the puerperal women with voluntary surgical contraception treated in the Amazonian Hospital, period January - December, 2017. **Material and methods:** quantitative, descriptive, univariate, retrospective of cross section, the sample consisted of 117 puerperal women with voluntary surgical contraception, the instrument was the data collection card. **Results:** Regarding the sociodemographic characteristics, we found that 44% of puerperal women in the study are in the age range of 26 - 34 years, 52% with education high school, 90% in civil status of coexistence, 93% of housewife occupation, 50% came from the district of Yarinacocha Considering the obstetric gynecological characteristics 91% began sexual relations between the age range 13-19 years, 71% had more than one sexual partner 46% used the contraceptive method injectable quarterly, and 31% no contraceptive, 99% had a parity greater than three births, 91% had an intergenic period longer than two years, 9% had a cesarean's section history, 96% of the puerperal women the reason to perform the voluntary surgical contraception was by parity satisfied, unlike 3% I perform it because of having the diagnosis of being HIV carriers, with respect to post-surgical complications, only 5% presented some type of complications: operative wound infection, dehiscence of operative wound and seroma respectively, the incidence of voluntary surgical contraception (AQV) in the present study, 0,048% Was observed.

INTRODUCCION

Actualmente la Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria (AQV) se ha convertido en uno de los métodos de regulación de la fecundidad más ampliamente usados en el mundo por su seguridad y eficacia.

Podemos afirmar que aproximadamente el 94% de las muertes maternas directamente vinculadas al embarazo podrían prevenirse con un adecuado control de la gestación, parto y prevención de los embarazos no deseados a través de los métodos de la Planificación Familiar, dentro de ellos la anticoncepción quirúrgica voluntaria.

Los programas nacionales de planificación Familiar, que se iniciaron en 1987 en el Instituto Peruano de Seguridad Social (IPSS, ahora EsSalud) primero y luego en el Ministerio de Salud (MINSA), no pudieron incorporarlo hasta recién, el año 1996, se aprobó como Método de PF; fue el que más impulso recibió por parte de las campañas de planificación Familiar del MINSA, primero porque realmente existía una demanda insatisfecha en mujeres de alta paridad y que necesitaban un método definitivo, y como una estrategia preventiva para reducir los índices de morbilidad materna en las grandes multíparas.

Se realizaron cerca de 300 000 AQV, la mayoría ligaduras tubáricas con mini-lap, con complicaciones y muertes por debajo de las estadísticas mundiales, su eficacia es inmediata y muy alta (menos del uno por ciento de embarazos en el primer año), y no interfiere en el deseo o el placer sexual ni en el balance hormonal de la mujer, como toda cirugía, puede tener complicaciones, pero las técnicas modernas resultan muy seguras, siempre que se cumplan las indicaciones pre y posoperatorias, este es un método no reversible y por tanto se

debe solicitar cuando la mujer esté convencida de haber satisfecho sus expectativas reproductivas.

En el presente estudio se pretende identificar las características sociodemográficas, ginecoobtetricas y complicación más frecuentes que podría suscitarse luego de una intervención quirúrgica del bloqueo de trompas bilateral, los hallazgos serán válidos para contar con información de primera fuente para que sean utilizados en futuras investigaciones de mayor envergadura debido a que en nuestro medio no contamos con una línea de base con trabajos enmarcados en esta área de la investigación.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA.

A nivel mundial, según la Organización de las Naciones Unidas (ONU), la esterilización femenina es el método más común de anticoncepción en todo el mundo, utilizado por el 19% de todas las mujeres de 15 a 49 años que están casadas o en unión libre. La dependencia de la esterilización femenina es más alta en América Latina y el Caribe con un 26%, en Asia con el 23,4%, en Europa con un 3,8% y la más baja en África con el 1,7%. La anticoncepción quirúrgica voluntaria (AQV), es empleado a nivel mundial por alrededor de 200 millones de mujeres (2), con una eficacia del 99,5% (3).

En otros países similares al nuestro, la Planificación Familiar ha avanzado considerablemente utilizando los diversos métodos contraceptivos y particularmente el Bloqueo Tubario bilateral se va perfeccionando hasta lograr hacerlo en forma ambulatoria, constituyendo Centros de capacitación internacional en países latinoamericanos como Colombia, Chile, México, Ecuador, Santo Domingo y Costa Rica (4).

Las primeras Ligaduras Tubaricas en EE.UU. fueron realizadas intracesárea por Samuel Smith Lungren, en Ohio durante 1880, con el objetivo de evitar futuros embarazos de alto riesgo. Recién en 1961, en

Japón, Uchida realizó por primera vez la mini laparotomía para efectuar las ligaduras tubáricas, llegando a reportar más de 2000 ligaduras posparto (5).

Más de 100 millones de mujeres en edad fértil han utilizado este procedimiento y se estima que más de 100 millones de mujeres de países en vías de desarrollo la solicitarán en los próximos 20 años. Así mismo, en EE.UU. más de 2 millones de mujeres entre 20 y 49 años realizaron el procedimiento entre 1994 y 1996, un promedio de 684.000 mujeres por año, lo que equivale a una tasa de 11,5 Ligadura Tubárica cada 1000 mujeres. Aproximadamente la mitad de éstos procedimientos se realizaron en el post parto, durante la internación (5).

En 1995, en EE.UU. el 24% de las mujeres casadas habían elegido la Ligadura Tubárica como método de regulación de su fertilidad (5). En el Perú alrededor de 2,241 muertes por causas relacionadas con el embarazo, parto y post parto; presentando una tasa de mortalidad de 303 por cada 100,000 nacidos vivos (7), estos métodos quirúrgicos para la concepción se incorporaron a fines de los setenta dentro de la oferta anticonceptiva de las asociaciones privadas de planificación familiar (PF) (1). Su uso ha ido en aumento constante y suele presentar fallas técnicas por cada 0.5 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año.

La Esterilización Tubárica es un método anticonceptivo seguro. La tasa de mortalidad en los Estados Unidos se ha estimado en 1.4 muertes por cada 100.000 procedimientos (8). La mayoría de las muertes en los Estados Unidos se han atribuido a la hipoventilación y paro cardiorrespiratorio durante la anestesia general.

A largo plazo el efecto protector de la ligadura de trompas en la incidencia de cáncer de ovario ha sido confirmado por varios estudios observacionales (9). Este efecto protector persiste después de ajustar por edad, uso de anticonceptivos orales y la paridad. Además, un estudio de casos y controles de 4.742 mujeres encontraron ninguna asociación entre

la ligadura de trompas y el cáncer de mama; sin embargo, no protege contra ninguna enfermedad de transmisión sexual, pero se ha podido reducir la propagación de microorganismos en el tracto genital inferior de la cavidad peritoneal y así proteger contra la enfermedad pélvica inflamatoria (EPI).(9)

1.2 DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

1.2.1 Delimitación espacial

El estudio se realizó en el Hospital Amazónico, establecimiento De Salud Nivel II.2 Ubicado en el Jirón Aguaytia N° 605 en El Distrito De Yarinacocha, Provincia De Coronel Portillo Región Ucayali.

1.2.2 Delimitación temporal

El presente estudio se realizó en el periodo de Enero a Diciembre 2017, con la finalidad de dar respuesta a los objetivos planteados.

1.2.3 Delimitación Social

El grupo social en el cual se centró la investigación fueron las puérperas que aceptaron la anticoncepción quirúrgica voluntaria, en el Hospital Amazónico en el periodo de estudio.

1.3 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.3.1 Problema Principal

¿Cuál es la incidencia y las características de las puérperas con anticoncepción quirúrgica voluntaria, atendidas en el Hospital Amazónico, periodo Enero – Diciembre, 2017?

1.3.2 PROBLEMAS SECUNDARIOS

✓ ¿Cuáles son las características sociodemográficas de las puérperas con anticoncepción quirúrgica voluntaria, atendidas en el Hospital Amazónico, periodo Enero – Diciembre, 2017?

- ✓ ¿Cuáles son las características Gineco Obstétricas de las puérperas con anticoncepción quirúrgica voluntaria, atendidas en el Hospital Amazónico, periodo Enero – Diciembre, 2017?
- ✓ ¿Cuáles son las complicaciones más frecuentes que se presentan en las puérperas con anticoncepción quirúrgica voluntaria, atendidas en el Hospital Amazónico, periodo Enero – Diciembre, 2017?
- ✓ ¿Cuál es la incidencia de puérperas con anticoncepción quirúrgica voluntaria, atendidas en el Hospital Amazónico de periodo enero – Diciembre, 2017?

1.4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.4.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar la incidencia y las características de las puérperas con anticoncepción quirúrgica voluntaria, atendidas en el Hospital Amazónico, periodo Enero – Diciembre, 2017.

1.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar las características sociodemográficas de las puérperas con anticoncepción quirúrgica voluntaria, atendidas en el Hospital Amazónico, periodo Enero – Diciembre, 2017
- Identificar las características Gineco Obstétricas de las puérperas con anticoncepción quirúrgica voluntaria, atendidas en el Hospital Amazónico , periodo Enero – Diciembre, 2017
- Identificar las complicaciones más frecuentes que se presentan en las puérperas con anticoncepción quirúrgica voluntaria, atendidas en el Hospital Amazónico, periodo Enero – Diciembre, 2017.
- Determinar la incidencia de las puérperas con anticoncepción quirúrgica voluntaria, atendidas en el Hospital Amazónico, periodo Enero – Diciembre, 2017.

1.5 HIPÓTESIS Y VARIABLES

1.5.1 HIPÓTESIS

La presente investigación al ser un estudio exploratorio y descriptivo no se planteó hipótesis de investigación.

1.5.2 VARIABLE

➤ **Estudio Univariado:**

Características de puérperas con anticoncepción quirúrgica voluntaria.

1.5.3 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	ASPECTOS O DIMENSIONES	INDICADORES
Variable Características de puérperas con anticoncepción quirúrgica voluntaria	Características Sociodemográficas	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Edad ✓ Grado de instrucción ✓ Estado Civil ✓ Ocupación
	Características Gineco obstétricas	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Inicio de relaciones sexuales ✓ Paridad ✓ Número de parejas sexuales ✓ Periodo intergenesico ✓ Método anticonceptivo anterior ✓ Antecedentes de cesárea
	Características de las complicaciones de las Puérperas post AQV	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Infección de herida operatoria ✓ Hemorragia post operación ✓ Dehiscencia de herida operatoria ✓ Seroma de herida operatoria
	Incidencia	<ul style="list-style-type: none"> ✓ N° de puérperas con Anticoncepción quirúrgica voluntaria (AQV)

1.6 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

1.6.1 Tipo de investigación

El presente estudio es un diseño descriptivo transversal .

Estará orientada a obtener información precisa tal como se presenta, sin sufrir alteración o manipulación.

De corte transversal por que la información se obtendrá en un solo momento haciendo un corte en el tiempo.

1.6.2 Nivel de investigación

La investigación corresponde al nivel exploratorio de tipo univariado describiendo los indicadores de la variable.

1.6.3 Método

El método de investigación es cuantitativo.

1.7 POBLACIÓN Y MUESTRA DE LA INVESTIGACIÓN

1.7.1 Población

Fueron 3500 puérperas atendidas en el periodo de estudio en el departamento de gineco-obstetricia del hospital amazónico de ellas 168 se sometieron a la anticoncepción quirúrgica voluntaria (AQV).

1.7.2 Muestra

La muestra está conformada por 117 puérperas con anticoncepción quirúrgica voluntaria, atendidas en el hospital amazónico, para lo cual se aplicara la formula estadística para población finita o conocida.

$$n = \frac{Z^2 N.P. q}{E^2 (N-1) + Z^2 P q}$$

Donde:

n= muestra

Z= 1,96 (valor en la tabla de la distribución normal estándar correspondiente a un nivel de confianza de 95%)

p= 0.5 (probabilidad de tener el factor a investigar, cuando no se conoce la proporción ni por antecedentes, se considera 50%)

q= 1-p= 1-0,5= 0,5 (probabilidad de no tener el factor a investigar, que se consideraría también 50%)

E= 0,05 (error máximo permisible o precisión que se considera frecuentemente 5%)

N= 168

$$n = \frac{1.96 \times 1.96 \times 168 \times 0.5 \times 0.5}{0.05 \times 0.05 (168-1) + 1.96 \times 1.96 \times 0.5 \times 0.5}$$

n = 117.09=

117

1.7.3 Criterios de inclusión

Se incluyó todos los casos de puérperas que tuvieron anticoncepción quirúrgica voluntaria atendida en el hospital amazónico en el periodo de estudio y que precisa información completa en las historias clínicas.

1.7.4 Criterios de exclusión

Se excluyeron los casos cuyas historias clínicas no registren la información requerida.

Y se excluyeron a las pacientes con historia clínica que registraban métodos anticonceptivos no quirúrgicos.

1.8 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

1.8.1 Técnica

La técnica empleada será la revisión de historias clínicas de las puérperas con Anticoncepción quirúrgica voluntaria (AQV) en un periodo de un año.

1.8.2 Instrumentos

El instrumento que se utilizó fue la ficha de recolección de datos que se empleó en la investigación, está constituido por los siguientes componentes:

- Características Sociodemográficos.
- Características obstétricas.
- Complicaciones post AQV.
- Incidencia.

Estos componentes y sus dimensiones nos ayudaron a recabar la información que nos dio respuestas a las interrogantes y a los objetivos de investigación.

Validez de los instrumentos: No se requiere de validar el instrumento debido a que los datos que sirvieron de fuente de información son aquellos que están plasmados en la historia clínica y serán utilizados sin realizar modificación alguna.

1.9 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

La anticoncepción quirúrgica voluntaria o por sus siglas AQV es un método irreversible y un método eficaz para prevenir el embarazo, pero no es un método que cuente con la promoción para su utilización y además hay pocos antecedentes de estudio de este método. Es por esta razón que se crea la necesidad de investigación pues al interior de nuestra localidad existe un alto porcentaje de embarazos no deseados y además poca orientación en este método conllevando en una inestabilidad

económica o en ciertos casos la muerte de la mujer por complicaciones obstétricas.

Los diferentes cambios en las políticas de salud de los países de América Latina, han dado mayor relevancia a los programas de salud materna infantil y a la planificación familiar, con la finalidad de disminuir los índices de morbi- mortalidad materno perinatal que en nuestro país aún se encuentra con un alto índice, por lo que este tipo de método permitirá optar a las parejas con paridad satisfecha realizarse el procedimiento quirúrgico y evitar futuros embarazos que podría poner en riesgo la salud de la madre.

En el Perú la RMM es de 93 defunciones maternas por 100,000 nacidos vivos (ENDES 2010). Según la Organización Mundial de la Salud, el Perú ha alcanzado una razón de muerte materna de 68 por 100,000 nacidos vivos). Habiéndose logrado disminuir un 72% en relación a la línea basal que estableció la meta del Objetivo de Desarrollo del Milenio que fue de 66.3 por 100,000 nacidos vivos.

Si bien es cierto que en el Perú, ha logrado disminuir la Mortalidad Materna en comparación al año 2000, lo que representa un importante descenso, todavía se presenta una importante brecha por reducir.

En cuanto a la demanda de atenciones de Planificación Familiar, el Perú presentó un crecimiento entre 2000 al 2016, el uso de anticonceptivos (todos los métodos) de 68.9 a 76.2 % (mujeres en unión) respectivamente. (4 de cada 5 mujeres unidas usan algún método anticonceptivo).

La prevalencia de métodos modernos, entre las mujeres unidas de 50.4 % en 2000 a 54.3 % en el 2016. (Casi de 3 de cada 5 mujeres unidas usan algún método anticonceptivo moderno). INEI, ENDES 2014-2016.

Si bien es cierto la prevalencia de métodos anticonceptivos se ha ido incrementando lentamente aún hay una demanda insatisfecha de planificación familiar siendo las cifras de 10.2% en el 2000 (ENDES 2000) a 6.5 % en el 2016 (ENDES 2016).

Es por eso, mediante la planificación familiar se oferta todos los métodos dentro de una de ellas la anticoncepción quirúrgica por su efectividad para prevenir embarazos no deseados y riesgos de muerte maternas, siempre y cuando se cuente con la paridad satisfecha, el riesgo de embarazo varía según la edad y el método de la oclusión.

También es importante considerar las complicaciones que se pueden presentar durante o después de la intervención quirúrgica. Sin embargo, a pesar de ello el presente trabajo de investigación busca a través de lo antes expuesto determinar las características de las puérperas con anticoncepción quirúrgica voluntaria, y la incidencia que se presenta en nuestro medio, el que permitirá identificar la preferencia de las puérperas por el método definitivo el mismo que servirá de línea de base para futuras investigaciones.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 FUNDAMENTOS TEÓRICOS DE LA INVESTIGACIÓN

Entre los principales estudios, investigaciones o tesis encontradas, y tomadas como referentes, en esta propuesta de investigación están:

2.1.1 ANTECEDENTES

Antecedentes internacionales

Yrma G Puente y col. (1993) en su trabajo realizado en el servicio de Gineco Obstetricia, cuyo **objetivo** fue determinar el perfil gineco-obstétrico de pacientes sometidas a planificación familiar mediante esterilización quirúrgica del Hospital “Pastor Oropeza” en Venezuela durante el período Enero a Diciembre de 1992. **Método y muestra:** Los datos se analizaron porcentualmente según edad, número de hijos, anticoncepción anterior y ocupación y vaciados en cuadros. De los cuadros correspondientes se extrajo el grupo etario y el número de hijos más frecuentes para asignarles la puntuación según los criterios antes mencionados y se procedió a totalizarlos. **Resumen:** Se revisaron 309 historias médicas de pacientes sometidas a planificación familiar mediante esterilización quirúrgica, algunas características gineco-obstétricas, así como su ocupación y puntuación obtenida según los criterios usados para tal tipo de intervención en dicho centro asistencial. Los **Resultados:**

muestran que la mayoría de las esterilizaciones quirúrgicas voluntarias en estas pacientes de este estudio realizado fueron de un 71% con fines de planificación, en pacientes jóvenes del rango de edad de 26 a 35 años con un 66%, las cuales quedaron planificadas con 3 a 4 hijos en 47%, el método anticonceptivo más usado fue el método mixto con 50% y la ocupación más frecuente fue oficios del hogar con 90%. La mayoría de las pacientes intervenidas obtuvieron la puntuación mínima exigida por los criterios del servicio donde se realizó el estudio. (11)

Carvajal C. Pedro y col (2015). En un estudio realizado en **Ecuador** cuyo **objetivo** fue determinar la incidencia anual de casos de esterilización tubárica Hospital General Isidro Ayora de la ciudad de Loja durante el período 2012 al 2014; **Resumen:** conocer los casos de esterilización tubárica considerando la edad, inicio de vida sexual, estado civil, instrucción, residencia, religión, gestas, paridad, número de hijos vivos y abortos; identificar las técnicas quirúrgicas y sus complicaciones en la esterilización tubárica, **Método y muestra:** teniendo como universo 1500 mujeres y como muestra a 1035 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión, utilizándose la fórmula de incidencia, edad media y desviación estándar para la obtención de los resultados, siendo el instrumento utilizado un formulario de recolección de datos el cual se llenó verificando las historias clínicas de dicho hospital; **Conclusión:** la incidencia de cada año fue 3 de cada 1000 mujeres en edad reproductiva; de 27-33 años, casadas, con educación primaria, residentes en sector urbano, católicas y que cuentan con 3-4 hijos y de 1-2 abortos; la edad media de las mujeres ligadas fue de 31 años en el 2012 y 2014 y en el 2013 de 32 años , el 47.73% (n=494) utilizó la técnica Pomeroy, que presentó complicaciones de hemorragia del 1.84%, mientras que el 9.08% (n=94) utilizó la técnica Oxford la cual presentó hemorragia, hematomas y lesiones viscerales en un 5.12%, llegando a concluir que la incidencia durante cada año de estudio fue 3 de cada 1000 mujeres, la edad media tuvo una ligera variación en cada año y fue de 31 y 32 años y la técnica Pomeroy se utilizó mayormente y presentó un bajo porcentaje de

complicaciones, mientras que la técnica Oxford se utilizó muy poco y presentó mayor porcentaje de complicaciones.(9)

Fernández R. col (2007) En su investigación realizada en Caracas **(Venezuela)** cuyo **objetivo** fue determinar la frecuencia de uso de los distintos métodos anticonceptivos disponibles en la actualidad, durante el período enero 2002 - diciembre 2006. **Resumen:** Estudio retrospectivo, descriptivo de corte transversal, **Método y muestra:** en el cual se revisaron 5 140 historias de usuarias que acudieron en busca de datos sobre el uso de métodos anticonceptivos. Servicio de Planificación Familiar del Hospital “Materno Infantil del Este” en Caracas. **Conclusión:** 39,12 por ciento utiliza anticoncepción hormonal oral (AO); 20,89 por ciento esterilización quirúrgica (Eqx), 20,56 por ciento dispositivos intrauterinos (DIU); y el 16,83 por ciento anticoncepción hormonal parenteral (AHP). El resto estaba representado por 1,19 por ciento método de barrera (condón masculino), 1,03 por ciento subdérmico y 0,37 por ciento transdérmico. Entre la anticoncepción hormonal oral el 66,92 por ciento utilizaba píldoras monofásicas, 23,13 por ciento minipíldora y 9,95 por ciento trifásicos. De los dispositivos intrauterinos el 90,05 por ciento eran medicados (cobre) y el 9,95 por ciento inertes. Finalmente en cuanto a la anticoncepción hormonal parenteral el 95,95 por ciento fue combinada y el 4,05 por ciento sólo acetato de medroxiprogesterona. La primera opción preferida por las usuarias fue la anticoncepción hormonal oral seguida por la esterilización quirúrgica y los dispositivos intrauterinos (DIU). La anticoncepción hormonal parenteral se ubicó en el cuarto lugar. El resto de las opciones representaban menos del 3 por ciento. Es importante destacar que la participación libre e informada de la usuaria en la elección del método anticonceptivo es un pilar fundamental tanto en la efectividad del mismo como en la disminución del abandono.(13)

Moschella R. y col. (2012). En una investigación realizada en Argentina cuyo objetivo fue describir los motivos que implican a las mujeres gran multíparas para solicitar la ligadura tubaria. **Material y métodos:** El diseño fue exploratorio-descriptivo y la metodología cualitativa. Se

realizaron entrevistas en profundidad a una muestra intencional de 30 usuarias gran múltiparas (> 5 partos) que solicitaron la anticoncepción quirúrgica en el Área de Salud Sexual y Reproductiva del HMI Ramón Sardá de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, y a 10 profesionales de la salud, considerados informantes clave. **Conclusión:** La mitad de las mujeres entrevistadas había solicitado la ligadura tubarica previamente y 22 de 26 mujeres (84,6 por ciento) que estaban embarazadas al momento de solicitar la práctica, señalaron que su embarazo no era deseado. Entre algunos resultados, la mayoría era de nacionalidad argentina y la edad promedio fue de 34, años. El temor a sufrir complicaciones en la salud en caso de un nuevo embarazo y la situación de un embarazo inesperado, aparecen como motivos determinantes para la solicitud de la práctica. Conclusiones: Si bien la sanción de la ley es muy reciente y su implementación está sujeta a diversas barreras, depende de la voluntad de los actores sociales para que dichos obstáculos sean visibilizados, a fin de optimizar la calidad de atención de las beneficiarias de los Programas de Salud Sexual y Reproductiva de Argentina.

Ángela M. Sosa y col. (2013), investigación titulada Esterilización Quirúrgica Femenina Y Masculina, Honduras. **Objetivo:** Determinar las causas que motivan y que no motivan a las persona a realizarse la esterilización quirúrgica, contribuyendo así a la importancia de la misma, **Resumen:** carecen de una adecuada información de los métodos anticonceptivos. Los métodos anticonceptivos cada vez se hacen más frecuentes son los relacionados con la planificación familiar. En el caso de las relaciones de las parejas al momento de querer tener hijos o no, se observa que no se tiene una medida de control, los estudiantes no consiguen tener consciencia de la importancia de planificar. En tal sentido, no logran organizar sus actos. **Método y muestra:** No Experimental, Transversal y descriptivo. De un total de 4895 alumnos matriculados en la universidad se hizo una ponderación utilizando el programa STATS el cual nos dio una muestra de: 407 estudiantes a encuestar. **Conclusión:** Según la investigación y el análisis de datos, las

principales ventajas de realizarse la ligadura son: Elimina el miedo de quedar embarazada. 32.41%, Menor riesgo de cáncer de ovario. 19.07% Quedando por último: No interviene en las hormonas. 9.11%. En las ventajas seleccionadas por estudiantes sobresalen tres que son: Es una cirugía simple. 23.5%, No altera el funcionamiento del cuerpo. 22.30%, No resta el desempeño sexual. 22.06%.

Edward D. Alvarenga (2013), Factores que determinan la aceptación de métodos de planificación familiar en las usuarias de edad fértil que consultan en las unidades comunitarias de salud familiar la Carrillo San Miguel, Trompina el bejucal sociedad y especializada la presita San Miguel. Año 2013. **Resumen:** Los métodos de planificación familiar (MPF) son conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones dirigidas a hombres y mujeres en edad fértil, dentro de los cuales se encuentra la información, educación, consejería y anticoncepción, incluyendo la entrega de suministros, para que las personas o parejas acepten un determinado método de su conveniencia y ejerzan el derecho a decidir libre y responsablemente, si quieren o no tener hijos, así como su número y el espaciamiento entre ellos, la investigación se deriva en los factores sociales y culturales que determinan la aceptación de los métodos de planificación familiar **El objetivo:** Investigar los factores sociales y culturales que determinan la aceptación de métodos de planificación familiar en las usuarias de edad fértil. **Metodología y muestra:** es prospectivo de tipo transversal, descriptivo y analítico se toma una muestra de 736 mujeres usuarias de edad fértil, se aplican los criterios de inclusión y exclusión la unidad de información es la paciente usuaria de edad fértil, además es de tipo cuantitativo ya que el instrumento utilizado es la cédula de entrevista que permite sistematizar la información de la investigación lo que facilita el registro y el análisis estadístico, se realiza la tabulación utilizando el programa SPSS V19.0 (Software procesador de datos estadísticos versión 19). De esta manera se realizan tablas y gráficos que permiten el análisis e interpretación de los resultados de cada una de las respuestas, a través de los métodos de frecuencia y

porcentaje simple, lo cual permite la presentación de los datos de forma sistémica. Además es cualitativo porque se analizan los resultados obtenidos en el instrumento determinando los factores socioculturales para la aceptación de un determinado (MPF) conocimiento fundamentado en el contenido de la respuesta de los encuestados, **Conclusión:** de las 736 pacientes estudiadas se observó que en las de 15-25 y 26-35 años el método más utilizado es la inyección trimestral, con un 70.6% y el 53.7% respectivamente y el grupo de 36-45 años es la inyección bimensual. Con respecto al estado civil las pacientes casadas y acompañadas usan la inyección trimestral en 58.9% y 61.1% respectivamente, las solteras utilizan en igual porcentaje ACO y condones en un 50% no utilizan inyectables. En cuanto a la religión se observó que a las católicas y protestantes utilizan inyectables trimestrales en 64.3% y 67.3% respectivamente las que no asisten a ninguna iglesia utilizan ACO en un 46.4%. Estos son los factores que determinan la aceptación de los métodos de planificación familiar el nivel social y cultural, por lo que se acepta la hipótesis de trabajo y se descarta la hipótesis nula. Impacto va enfocado a disminuir los embarazos no deseados y modificar las actitudes de la población en estudio y así lograr el derecho a decidir libre y responsablemente, si quieren o no tener hijos, así como su número y el espaciamiento entre ellos. (21)

Antecedentes nacionales

Palma G. y col. (2006) en su trabajo realizado en el Instituto Materno Perinatal en la ciudad de Lima, **objetivo:** Determinar los métodos de intervención para anticoncepción quirúrgica voluntaria. **Método y muestra:** estudiar a 620 pacientes sometidas a Bloqueo Tubario Bilateral (esterilización quirúrgica) entre diciembre 1990 a diciembre de 1992 del Instituto Materno Perinatal (Ex Hospital Maternidad de Lima), en las etapas de Intervalo, Post Parto y Post Aborto no complicado, que cumplieron con los requisitos de voluntariedad, riesgo reproductivo y normas legales vigentes. Se detalla la técnica empleada: POMEROY con vía de abordaje: MINILAP con ANESTESIA LOCAL y SEDACION

RAPIDA observando su facilidad, pocos recursos, mínimos costos y casi nulas complicaciones. **Conclusión:** El procedimiento se aplicó en post parto inmediato 74.7%, en época de intervalo 24.1 % y en Post aborto no complicado 1.2%. En el post parto eutócico 53.6% fue en el 2do. día de puerperio, siguiendo en el tercer día con 29.5%; con menores cifras en el primero y otros días del puerperio. La mayoría de pacientes (38.3) tenían 4 hijos y 27.3% tenían 5 hijos, encontrando en el B.T. ambulatorio la solución a la problemática que el riesgo reproductivo representa. Se concluye que el tratamiento quirúrgico preventivo inmerso en Planificación Familiar (B.T.B), mediante Minilap con anestesia local y sedación rápida; brinda positividad en lo que a costo-beneficio se refiere. Es posible recomendar el método descrito para capacitación y aplicación nacional como medida contraceptiva, que ofrece mayores ventajas, con mínimos requerimientos de personal, equipo y alta ventaja de costo beneficios consecuentes. (7)

2.1.2 BASES TEÓRICAS

ANTICONCEPCIÓN QUIRÚRGICA VOLUNTARIA FEMENINA

Es un método anticonceptivo permanente, que se realiza mediante una intervención quirúrgica electiva, de complejidad intermedia cuyo objetivo es ocluir y seccionar las trompas de Falopio.

a) Mecanismo de acción Impedir la unión del espermatozoide con el óvulo al nivel de la trompa, con el fin de evitar la fertilización. (20)

➤ Tasa de falla

- ✓ Falla teórica 0.5 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año.
- ✓ Falla de uso típico 0.5 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año.

➤ Características

- Eficacia alta, 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, consejería especializada y evaluación médica.
- Es definitiva, debe ser considerada irreversible.
- El proveedor debe ser necesariamente un médico calificado.
- Requiere condiciones de infraestructura y equipamiento, por lo que los establecimientos donde se realice deben estar calificados.
- Durante la intervención el establecimiento debe contar con médico anesthesiólogo o médico con entrenamiento en anesthesiología.
- No previene las ITS, VIH SIDA, ni el HTVL1. Para mayor protección es recomendable el uso de preservativo en la pareja en riesgo.(20;21)

➤ **Forma de uso**

- ✓ La técnica recomendada es la de Pomeroy, a través de minilaparatomía, el tipo de incisión será suprapúbica para el periodo internatal, umbilical para el post parto y la transcesarea.
- ✓ Otra alternativa sería la vía laparoscópica.
- ✓ El tipo de anestesia local con sedo analgesia. No se recomienda el uso de este tipo de anestesia en:
 - Mujeres con antecedentes de cirugía pélvica previa.
 - Enfermedad pélvica inflamatoria reciente.
 - Retroflexión uterina fija.
 - Mujeres obesas.
 - Mujeres con problemas psiquiátricos, que impidan su colaboración.

En estos casos se usará la anestesia epidural o general. (22)

➤ **Momento de la intervención**

- Post parto hasta las 48 horas.
- Luego de la atención del aborto no complicado.
- De intervalo, en cualquier momento, de preferencia en la primera mitad del ciclo.
- En seis semanas o más post parto, siempre que no exista gestación.

- Transcesánea. (21)

➤ **Consideraciones previas a la Intervención**

Este procedimiento puede ser realizado en aquellas usuarias que deseen un método permanente, por lo que se requiere que se cumplan los siguientes requisitos:

- Que la usuaria solicite el método.
- Que la usuaria sea mayor de edad, sin embargo, no se recomienda operar a usuarias menores de 25 años, a menos que presenten algún factor de riesgo reproductivo, por el riesgo alto de arrepentimiento.
- Que haya completado el número de hijos deseado.
- Que la usuaria haya recibido las dos sesiones de consejería previa.
- Que haya entendido el significado del consentimiento informado y firmado.
- Que haya firmado la solicitud para la intervención.
- Que haya entendido el tipo de intervención a que será sometida.
- Valoración del riesgo quirúrgico y cuando proceda, del riesgo anestésico.
- El bloqueo tubario debe efectuarse por personal calificado en el procedimiento.
- El bloqueo tubario debe efectuarse en centro asistencial calificado para AQV.
- El procedimiento puede realizarse en cualquier día del ciclo menstrual, cuando se está razonablemente seguro que no hay embarazo.
- El procedimiento debe realizarse según lo establecido en el Manual de Normas y Procedimientos para actividades de AQV vigente. (20;21)

➤ Utilícese con precaución en:

- ✓ Usuaria joven (menor de 25 años).
- ✓ Usuaria sin hijos vivos.
- ✓ Tener un hijo (especialmente el más pequeño) con salud delicada.
- ✓ Unión de pareja inestable.
- ✓ Usuaris solteras o viudas.

- ✓ Mujeres en el post aborto y post parto que no hayan tomado la decisión con anterioridad. (20)

➤ **Condiciones que contraindican la anticoncepción quirúrgica femenina voluntaria:**

➤ **Contraindicaciones psicosociales**

- Usuaris presionadas por el cónyuge o por alguna persona.
- Usuaris que han tomado su decisión bajo presión desusada.
- Usuaris con conflictos no resueltos de índole religiosa o cultural.
- Usuaris con expectativas no resueltas acerca de la irreversibilidad.

➤ **Consideraciones médicas** Si presenta alguna de las siguientes patologías se recomienda cautela, postergación, manejo especial y realizar con precaución:

Cautela: Utilizar con prudencia o precaución:

- Antecedentes de enfermedad inflamatoria pélvica.
- Cáncer de mama.
- Miomas uterinos.
- Antecedentes de cirugía abdominal o pelviana.
- Hipertensión arterial leve,
- Antecedentes de ACV o de cardiopatías sin complicaciones
- Epilepsia.
- Hipotiroidismo.
- Cirrosis o tumores hepáticos.
- Nefropatías.
- Hernia diafragmática.
- Obesidad

➤ **Postergación o demora:**

- Embarazo, puede realizarse después del embarazo.
- Puérpera post pre eclampsia severa o eclampsia.
- Complicaciones post parto: anemia severa, infección.
- Aborto complicado (hemorragia, infección).

- Sangrado uterino anormal.
- Enfermedad inflamatoria pélvica dentro de los últimos 3 meses.
- Cervicitis purulenta.
- Cáncer ginecológico.
- Enfermedad trofoblástica maligna.
- Hepatitis viral activa, bronquitis o neumonía.
- Infección cutánea abdominal.

➤ **Manejo especial en:**

- VIH/SIDA.
- Útero fijo a causa de cirugías o infecciones previas.
- Endometriosis.
- Hernia de pared abdominal o umbilical.
- Rotura uterina o perforación post parto o aborto complicado.
- Conjunción de varios factores de riesgo: edad, tabaquismo, hipertensión Moderada o severa.
- Diabetes de más de 20 años.
- Coagulación intravascular diseminada (CID).
- Tuberculosis pélvica.
- Patología pulmonar crónica.
- Cardiopatía por bloqueo o estenosis arterial, trombosis venosa profunda de miembros inferiores o pulmones. (requieren otros especialistas).
- Hipertensión severa.

➤ **Efectos posibles**

- No se conocen efectos colaterales asociados directamente al método.
- Ocasionalmente pueden presentarse problemas asociados al procedimiento anestésico (bloqueo epidural o anestesia general) o quirúrgico (hemorragia o infección). (21)

➤ **Disposiciones para el período postoperatorio**

- ✓ Después del procedimiento la usuaria debe mantenerse en observación por lo menos 4 horas. Si procede de zona rural o lejana deberá

permanecer como mínimo 24 horas en el hospital donde se realizó la intervención.

- ✓ Entregar información por escrito, de cuidados a tener en cuanto a actividad física, curación de la herida operatoria, y presentación de signos de alarma que ameritan acudir al establecimiento de salud.
- ✓ Provisión de analgésico e indicaciones de uso.
- ✓ El reinicio de la actividad sexual será determinada en la visita de seguimiento post operatorio y dependerá de las condiciones en las cuales fue realizada la cirugía.
- ✓ Luego de la intervención la usuaria deberá observar reposo por 7 días.(20;21)

➤ **Programación de seguimiento**

- La usuaria será citada para su primer control el 3er día post operatorio y para el segundo control el 7mo día.
- Si la usuaria no acudiera a su control por la distancia o dificultades de inaccesibilidad se deberá realizar la visita domiciliaria.
- Posteriormente serán citadas cada año para promover una consulta de promoción de salud reproductiva integral.
- 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.
 - Mareos o dolor de cabeza.

La anticoncepción (o esterilización) tubárica constituye una postura radical que permite interferir la fecundidad de la mujer para suprimir definitivamente su capacidad reproductiva.

Es un método mediante el cual, a través de una intervención quirúrgica, con resección de tejido o no, se consigue modificar la anatomía de la mujer para bloquear el encuentro del espermatozoide con el óvulo y, por ende, la fecundación. (20; 21)

➤ **ORIENTACIÓN/CONSEJERÍA PARA ANTICONCEPCIÓN QUIRÚRGICA VOLUNTARIA (AQV)**

La AQV es un método anticonceptivo permanente que requiere de una consejería/ orientación especial; por lo tanto debe tener en cuenta que:

- La orientación/consejería debe brindarse a toda persona interesada en espaciar, limitar o postergar su fecundidad. En caso de que la persona opte por algún método desde la primera consulta, excepto Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria (AQV), éste podrá ser prescrito, luego de la evaluación profesional y siempre que se cuente con la/el proveedora/or capacitada/o para ello se debe proporcionar información, orientación/consejería y apoyo educativo a la/el usuaria/o para esclarecer las dudas que pudieran tener sobre los métodos anticonceptivos, en cuanto a características de los métodos femeninos y masculinos, mecanismos de acción, eficacia anticonceptiva, beneficios, contraindicaciones, efectos colaterales y signos de alarma.
- Se debe hacer énfasis en la relación entre las características de los métodos y los deseos de la/el usuaria/o y/o de la pareja. Se debe poner especial atención en la seguridad, eficacia y duración de la protección anticonceptiva de cada uno de los métodos así como de sus características: indicaciones, beneficios y/o limitaciones, necesidades de seguimiento, signos de alarma, y buen uso.

➤ **La usuaria orientada recibe:**

- Dos (2) sesiones por treinta (30) minutos en el año en orientación/consejería general.

- Tres (3) sesiones por treinta (30) minutos en el caso de Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria Femenina o Masculina (una sesión especial para AQV, otra después de las setenta y dos (72) horas otra sesión para la firma del consentimiento informado).
- Se debe dar orientación/consejería diferenciada a los siguientes:
 - ❖ Usuarías/os que soliciten métodos anticonceptivos permanentes.
 - ❖ Usuarías/os que presenten limitaciones físicas o psíquicas que puedan afectar su capacidad de decisión.
 - ❖ Personas iletradas, con el fin de garantizar una toma de decisión informada.
 - ❖ Personas en situación de violencia sexual.
 - ❖ Personas viviendo con el VIH/SIDA (PVVIH/SIDA).

Para la atención integral en planificación familiar a las/os usuarias/os en los servicios de salud del ámbito de aplicación de la presente norma técnica de salud, se ha dispuesto lo siguiente:

- ✓ Para optar por un método anticonceptivo, incluso los definitivos, se requiere la decisión informada y personal de la/el usuaria/o, previa orientación/consejería. Los métodos quirúrgicos y los invasivos deben contar con su respectivo consentimiento firmado. (15;20;24)
- ✓ La intervención, los exámenes de laboratorio, el riesgo quirúrgico y la hospitalización en el caso del bloqueo tubario bilateral son gratuitos en los establecimientos de salud públicos que cuenten con categoría para ello.
- ✓ Las personas serán tratadas con dignidad, con respeto a sus derechos y costumbres. Se garantizará la privacidad y confidencialidad.
- ✓ Se brindará especial atención a los derechos de las personas iletradas.
- ✓ Está prohibido inducir a las/os usuarias/os la aceptación de cualquier método anticonceptivo, valiéndose de engaños u ocultando información así como toda forma de presión, coacción, violencia o manipulación sobre las personas, sus familiares o su representante legal.

Para facilitar la atención en orientación/consejería en planificación familiar se seguirá el modelo de los 5 pasos:

- ❖ PRIMER PASO: establecer una relación cordial.
- ❖ SEGUNDO PASO: identificar las necesidades de la/el usuaria/o.
- ❖ TERCER PASO: responder a las necesidades de la/el usuaria/o.
- ❖ CUARTO PASO: verificar la comprensión de la/el usuaria/o.
- ❖ QUINTO PASO: mantener la relación cordial.(20)

➤ **ÁREA PARA LA PROVISIÓN DE LOS MÉTODOS DEFINITIVOS (AQV)**

- Los establecimientos de salud públicos que brinden atención con métodos anticonceptivos definitivos serán considerados desde las categorías II-1, II-2, III-1, III-2. Que cuenten con unidad prestadora de salud Centro Quirúrgico según norma de categorización vigente.

Unidad de medida: Pareja protegida con Bloqueo Tubario Bilateral. Se considera pareja protegida a la mujer que se ha sometido al procedimiento quirúrgico de Bloqueo Tubario Bilateral, en el establecimiento de salud (desde la categoría II.1) (15, 20,24).

➤ **La usuaria recibe:**

- Tres (3) atenciones; una (1) de evaluación previa y dos (2) de control pos procedimiento.
- (No incluye las tres (3) sesiones de consejería: la general, la específica para AQV, y la tercera después de las setenta y dos (72) horas para la firma del consentimiento informado).
- Una (1) intervención quirúrgica de sesenta (60) minutos y 1 día de hospitalización.
- Examen de Papanicolaou.
- Examen de mamas.
- Exámenes de Laboratorio (incluye tamizaje con prueba rápida para VIH y Sífilis).
- Tamizaje de Violencia Basada en Género. Si la usuaria no acudiera al servicio para su control se deberá realizar dos (2) visitas domiciliarias (al tercer y séptimo día posoperatorio).

➤ **PERIODO INTERGENESICO**

Según OMS el Periodo intergenesico es el Período comprendido entre la finalización del último embarazo (parto o aborto) y el inicio del actual, el tiempo normado entre la finalización de un embarazo y el inicio del siguiente debe ser mayor de 2 años.

Cuando el intervalo corto entre el nacimiento y el próximo embarazo era menos de 18 meses o más de 59 meses, existía mayor riesgo de resultados adversos para la salud perinatal, comparado con las mujeres que dieron a luz 18 a 23 meses después de un nacimiento vivo. (18; 21; 24)

➤ **PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS**

Los procedimientos quirúrgicos que universalmente se realizan para bloquear las trompas uterinas, difieren si se ejecutan a continuación de un parto (momento en el cual los oviductos están retirados de la pelvis) o en el período de intervalo (en el que las tubas se localizan en la cavidad pelviana). (12)

Respetando estas diferencias de localización, en ocasiones a la necesidad de reducir los riesgos quirúrgico y anestésico con la disminución del tiempo operatorio en otras, o sencillamente debido a intereses puramente estéticos, se han desarrollado diferentes vías para llegar hasta las trompas uterinas cuando se les pretende ocluir, a saber:

1. ABDOMINAL

- Laparotomía
- Minilaparotomía
- Microlaparotomía
- Inguinal
- Laparoscopia

2. VAGINAL

- Colpotomía
- Culdoscopia
- Histeroscopia

➤ VÍA ABDOMINAL

El acceso a los oviductos a través de la vía abdominal, puede efectuarse mediante 5 formas:

- 1. Laparotomía:** Necesita de una incisión lo suficientemente grande en la pared abdominal anterior, que permita operar manualmente sobre las trompas; sin embargo, sería ilógico recurrir actualmente a esta vía de acceso con el único objetivo de bloquear los conductos uterinos.
- 2. Minilaparotomía:** Se hace una pequeña incisión en la pared abdominal, y mediante la utilización de un instrumento insertado a través del cérvix, se moviliza el útero para atraer las trompas hacia esta.
- 3. Microlaparotomía infraumbilical:** Se ejecuta después del parto mediante la realización de una incisión de 2 centímetros en el mismo reborde umbilical inferior.
- 4. Vía inguinal:** Con propósitos estéticos, se abre la cavidad peritoneal al nivel del anillo interno del conducto inguinal para atraer, extraperitonizar y operar sobre las trompas.
- 5. Laparoscopia:** A través de una pequeña incisión en la pared abdominal se introduce un aparato endoscópico que permite ver y trabajar instrumentalmente en los conductos.

➤ VÍA VAGINAL

A través de esa vía, el acceso hasta las trompas uterinas puede adquirir 3 modalidades diferentes:

- 3 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.
- 4 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.

5 Histeroscopia: Se llega a las trompas de Falopio a través del cérvix y la cavidad uterina.

Una vez que los oviductos hayan sido alcanzados o resulten visibles, pueden ser obstruidos de muy diversas maneras:

- Bajo visión directa pueden ser ligados y resecaados, así como aplicar grapas y anillos sobre ellos.
- Con las técnicas endoscópicas, los únicos métodos utilizados actualmente son la electrocoagulación y la aplicación de grapas y anillos.
- A través de la histeroscopia se abordan por su porción intrauterina y se intenta la oclusión de estos mediante el uso de tapones de cerámica, silicona, diferentes adhesivos, sustancias esclerosantes y criocirugía, añadidas técnicas de diatermia y coagulación, capaces de inducir cambios morfológicos obstructivos en el epitelio tubárico.

➤ **TÉCNICAS QUIRURGICAS**

a. Pomeroy

La incisión se realiza aproximadamente a 1 centímetro por debajo del punto en el que se localiza el fondo uterino, se identifica la trompa de Falopio y se coge en la porción ístmica con una pinza Allis o Kocher, por debajo se realiza un nudo doble con seda del 0 o 2-0, luego se elimina el segmento ligado de la trompa con las tijeras, después de lo cual se retrae la musculares protruyendo la luz Tubárica, los extremos ligados deben ser explorados para la hemostasia y confirmar la presencia de la luz Tubárica. El mismo procedimiento se completa en el lado contralateral. (12;13)

b. Parkland

También llamada Técnica Pomeroy Modificada, pero se diferencia en que en esta técnica se ligan dos puntos del segmento de trompa, en lugar de uno. La trompa de Falopio se identifica y se eleva en la

porción ístmica con una pinza Allis o Kocher, se hace una abertura en una porción avascular del mesosalpinx y se pasa una seda del 0 o 2-0 a través de la abertura, luego se liga la porción proximal con vicryl y el segmento intermedio del tubo se corta con tijeras, se comprueba la hemostasia de los extremos ligados y la presencia de la luz Tubárica. El mismo procedimiento se completa en el lado contralateral. (12; 13)

c. Oxford

Es muy popular en Inglaterra, que es similar a una salpingectomía media, pero una vez ligados los segmentos y removida una pequeña porción de trompa en su porción ístmica, los cabos son fijados al ligamento redondo. Tiene el inconveniente de necesitar incisiones amplias, aunque es una técnica con una baja tasa de fracasos. (13)

d. Kroener

Se desarrolló para la esterilización en el momento de la cesárea. Tiene una tasa de fallos extremadamente baja (<1/1000) pero generalmente se asocia con mayor pérdida de sangre intraoperatoria. Tras la finalización de la histerorrafia, la trompa de Falopio se sujeta con una pinza de anilla pequeña o un Kocher, se pasa un hemostato a través de una porción avascular de la mesosalpinx cerca de la unión ampular-ístmica. Se pasa un hilo vicryl de 2-0 a través de esta abertura y se liga la trompa doblemente. A continuación con un hemostato se realiza un orificio de 1 cm de profundidad en el miometrio posterior. Se aproxima el extremo proximal de la trompa y se introduce en dicho orificio y se saca la aguja por la superficie uterina. Estas dos suturas se atan juntas y el muñón de trompa queda enterrado en la capa muscular uterina. (3; 7;13)

e. Irving

El principio de la técnica es el de producir un circuito cerrado úterotubárico, al implantar la porción proximal de la trompa en la pared uterina anterior. Se aísla un segmento del tercio proximal de la

trompa, se realiza doble ligadura con una sutura sintética reabsorbible para luego seccionar la trompa. Se libera el muñón tubárico proximal del mesosalpinx, para luego abrir un túnel con una pinza de Crille pequeña en la superficie anterior del útero, cerca del cuerno, y allí se implanta la trompa. (7;13)

f. Uschida

Esta técnica es probablemente el método más complejo de la Esterilización Tubárica. Su ventaja es que tiene una tasa de fallos extremadamente baja. Se realiza una incisión suprapúbica (supraumbilical si es después del parto), la trompa de Falopio se sujeta con una pinza de Babcock y se pone en el campo operatorio. Con una aguja de calibre 25 se inyecta solución salina en la capa subserosa en un área de 2 cm distal al cuerno uterino. La serosa Tubárica se incide longitudinalmente para liberar un segmento de 2 a 3 cm a continuación se pasa un hilo reabsorbible del 0 o 2-0 por debajo del segmento de tubo liberado y se anuda en ambos extremos del segmento de trompas aislado. Ambas suturas se realizan con pinzas hemostáticas, mientras que el segmento aislado de trompas es extirpado y examinado para asegurarse de que la luz de las trompas se interrumpe. (13)

2.1.3. DEFINICIÓN DE TERMINOS BÁSICOS

- **Puerperio**

Es el período que inmediatamente sigue al parto y que se extiende el tiempo necesario (usualmente 6-8 semanas, o 40 días) para que el cuerpo materno incluyendo las hormonas y el aparato reproductor femenino, vuelven a las condiciones pregestacionales, aminorando las características adquiridas durante el embarazo.

- **Planificación familiar**

Conjunto de prácticas que al ser utilizadas por una mujer, un hombre o una pareja de potenciales progenitores orientadas

básicamente al control de la reproducción mediante el uso de métodos anticonceptivos en la práctica de relaciones sexuales.

- **Anticoncepción**

Conjunto de métodos o sustancias empleados para evitar la fecundación y por consiguiente el embarazo.

- **Anticoncepción quirúrgica voluntaria**

Operación electiva para ocluir y seccionar las Trompas de Falopio (conductos que llevan los óvulos al útero) de modo permanente.

- **Oclusión Tubárica Bilateral**

Método anticonceptivo que consiste en la sección y ligadura de las trompas de Falopio, lugar habitual de la fecundación, que comunica los ovarios con el útero.

- **Trompa uterina**

Conductos musculares que conectan los ovarios y el útero o matriz.

- **Consentimiento informado:** Es la decisión voluntaria del aceptante para que le realice un procedimiento anticonceptivo. Con pleno conocimiento y comprensión de la información pertinente y sin presiones.

- **Consejería**

Proceso educativo que ayuda a garantizar que las personas, tomen decisiones libres e informadas acerca de su vida reproductiva.

CAPÍTULO III

PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

TABLA N° 01

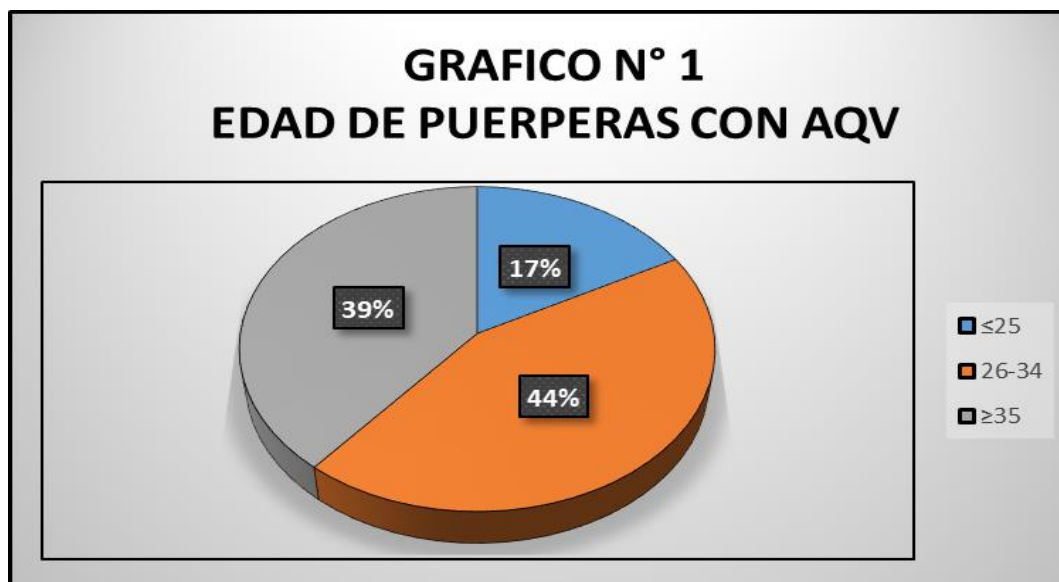
EDAD DE PUERPERAS CON ANTICONCEPCION QUIRURGICA VOLUNTARIA, ATENDIDAS EN EL HOSPITAL AMAZONICO PERIODO ENERO –DICIEMBRE 2017

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
≤25	20	17
26-34	52	44
≥35	45	39
TOTAL	117	100

Fuente: Historias Clínicas de púerperas en estudio HA- 2017

ANALISIS E INTERPRETACIÓN: En la tabla y gráfico N° 01, observamos que el 17% de las púerperas tuvieron menos de 25 años, en el rango de edades de 26-34 años seguido del 44%.

Un estudio realizado por Carbajal C.Pedro y col(2015) Cuyo objetivo fue determinar la incidencia anual de esterilización tubarica-Hospital General Isidro Ayora se encontró que la edad media de las mujeres fue de 27-33 encontrando similitud con nuestro estudio.



Fuente: Historias Clínicas de púerperas en estudio HA- 2017

TABLA N° 02

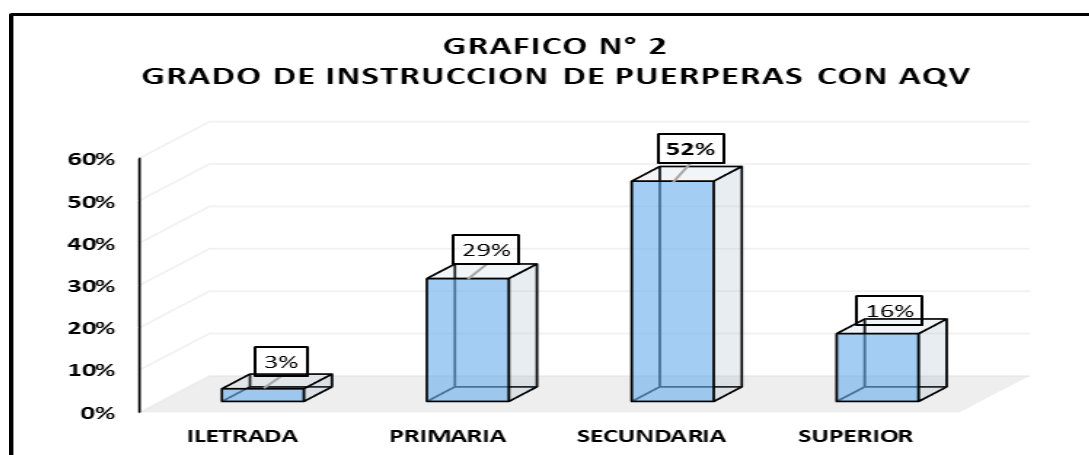
GRADO DE INSTRUCCIÓN DE PUERPERAS CON ANTICONCEPCION QUIRURGICA VOLUNTARIA, ATENDIDAS EN EL HOSPITAL AMAZONICO PERIODO ENERO –DICIEMBRE 2017

GRADO DE ESTUDIO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ILETRADA	3	3
PRIMARIA	34	29
SECUNDARIA	61	52
SUPERIOR	19	16
TOTAL	117	100

Fuente: Historias Clínicas de puérperas en estudio HA-2017

ANALISIS E INTERPRETACIÓN: En la tabla y gráfico N° 02, se encontró que el 84% de las puérperas con AQV solo tuvieron estudios básicos, mientras que un 16% contaban con una carrera superior ya culminada o en proceso de culminarla.

Contrastando el resultado del estudio de Carvajal C. Pedro cuyo objetivo fue: determinar la incidencia anual de casos de esterilización tubárica Hospital General Isidro Ayora de la ciudad de Loja durante el período 2012 al 2014. Encontrando que el 30% de estas usuarias solo tenían estudios básicos, teniendo similitud con los resultados de nuestro estudio.



Fuente: Historias Clínicas de puérperas en estudio HA- 2017

TABLA N° 03

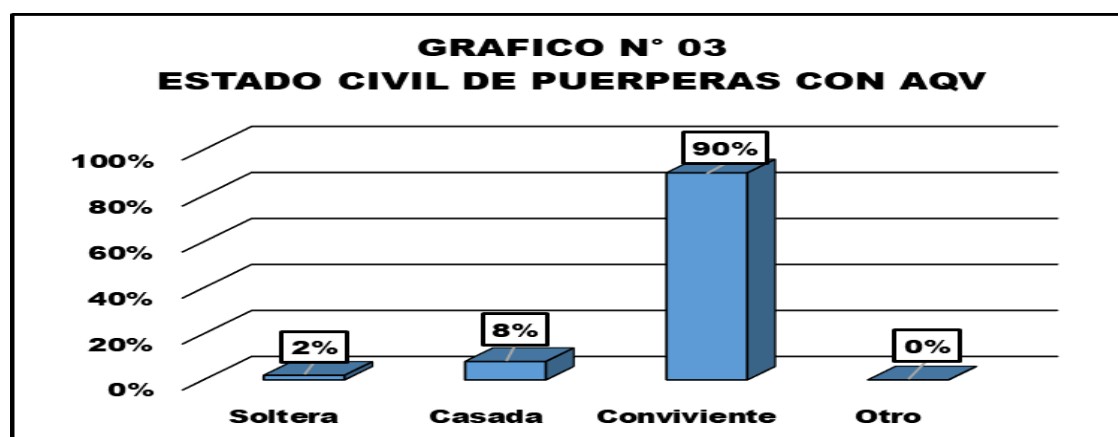
ESTADO CIVIL DE PUERPERAS CON ANTICONCEPCION QUIRURGICA VOLUNTARIA, ATENDIDAS EN EL HOSPITAL AMAZONICO PERIODO ENERO – DICIEMBRE 2017.

ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SOLTERA	2	2
CASADA	9	8
CONVIVIENTE	106	90
OTRO	0	0
TOTAL	117	100

Fuente: Historias Clínicas de puérperas con anticoncepción quirúrgica voluntaria atendidas en el hospital Amazónico 2017

ANALISIS E INTERPRETACIÓN: En la tabla y gráfico N° 03, se observa que el 90% de las puérperas se encontraron en el estado civil de convivientes, mientras que el 2% de estas pacientes contaban con el estado civil de solteras.

Contrastando el resultado del estudio de Edward D. Alvarenga (2013) Cuyo objetivo es, Factores que determinan la aceptación de métodos de planificación familiar en las usuarias de edad fértil que consultan en las unidades comunitarias de salud familiar la Carrillo San Miguel, Trompina el bejucal sociedad y especializada la presita san miguel. Año 2013. Se evidenció que las pacientes estaban casadas, cuyo resultado difiere con nuestro estudio.



Fuente: Historias Clínicas de puérperas en estudio HA- 2017

TABLA N° 04

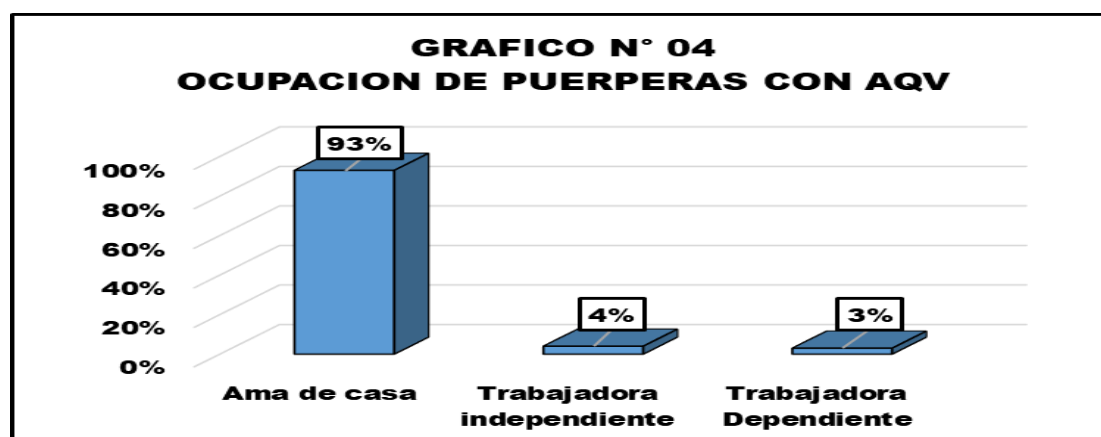
OCUPACION DE PUERPERAS CON ANTICONCEPCIÓN QUIRÚRGICA VOLUNTARIA, ATENDIDAS EN EL HOSPITAL AMAZONICO PERIODO ENERO – DICIEMBRE 2017

OCUPACION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
AMA DE CASA	109	93
TRABAJADORA INDEPENDIENTE	5	4
TRABAJADORA DEPENDIENTE	3	3
TOTAL	117	100

Fuente: Historias Clínicas de puérperas en estudio HA- 2017

ANÁLISIS EINTERPRETACIÓN: En la tabla y gráfico N° 04, observamos que un 93% de las pacientes en estudio tuvieron como ocupación ser amas de casa, seguido de un 4% que corresponde a trabajadoras independientes.

Contrastando el resultado del estudio Yrma G Puente cuyo objetivo: Determinar el perfil Gineco-obstétrico de pacientes sometidas a planificación familiar mediante esterilización quirúrgica del Hospital “Pastor Oropeza” en Venezuela durante el período Enero a Diciembre de 1992. Encontrando evidencia que el 69,25 % indicaban que realizaban oficios del hogar y se dedicaban a su casa, resultados semejantes a lo nuestro.



Fuente: Historias Clínicas de puérperas en estudio HA- 2017

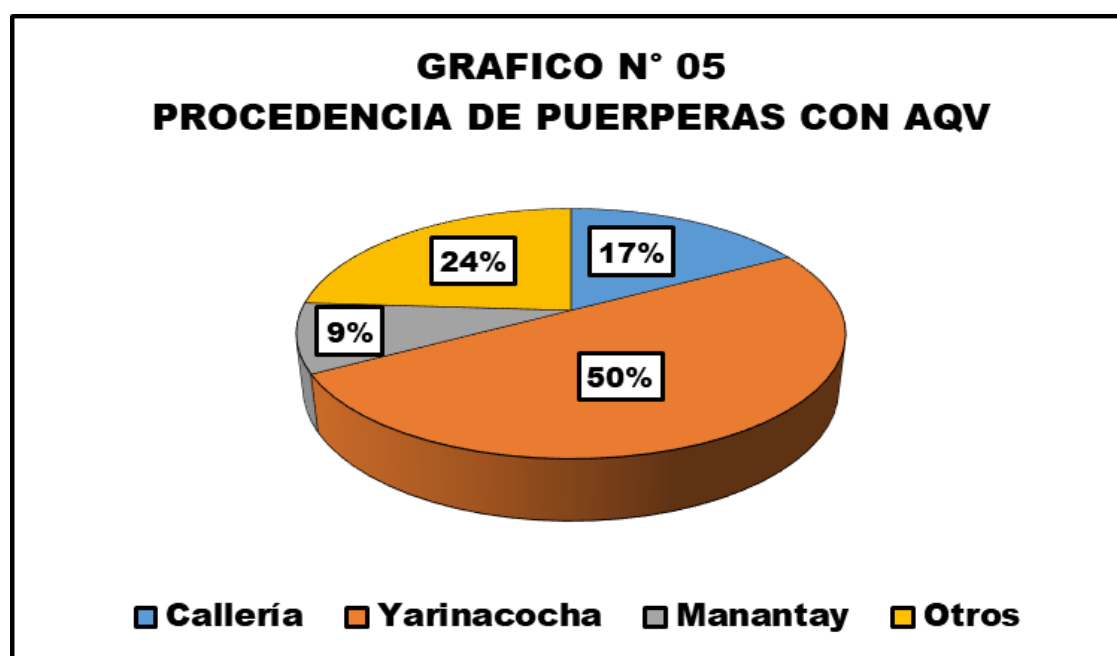
TABLA N° 05

PROCEDENCIA DE PUÉRPERAS CON ANTICONCEPCIÓN QUIRÚRGICA VOLUNTARIA, ATENDIDAS EN EL HOSPITAL AMAZÓNICO PERIODO ENERO – DICIEMBRE 2017

PROCEDENCIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Callería	20	17
Yarinacocha	59	50
Manantay	10	9
Otros	28	24
TOTAL	117	100

Fuente : Historias Clínicas de puérperas en estudio HA- 2017

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN: En la tabla y gráfico N° 05, encontramos que el 50% (59) de las puérperas procedieron del distrito de Yarinacocha, seguido del 17% (20) quienes provienen de Calleria, El alto porcentaje que recae en el distrito de yarinacocha es debido a que dicha población se encuentra en el área geográfica del establecimiento de salud donde se desarrolla el estudio.



Fuente: Clínicas de puérperas en estudio HA- 2017

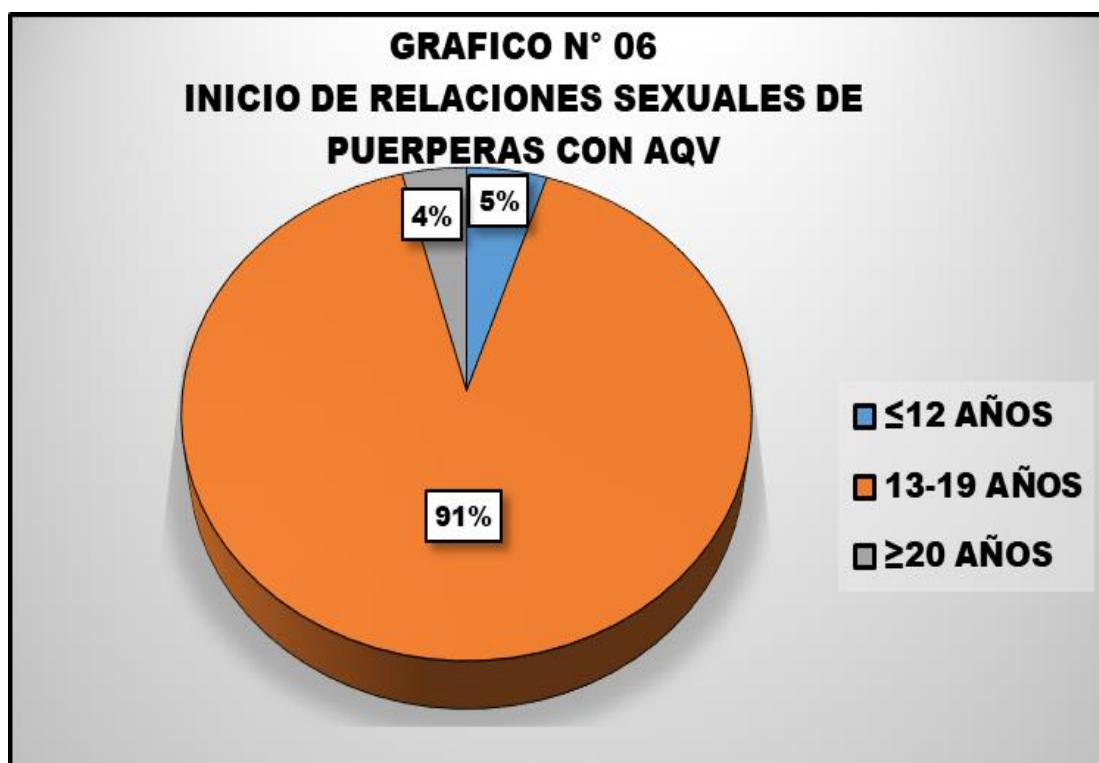
TABLA N° 06

INICIO DE RELACIONES SEXUALES DE PUERPERAS CON ANTICONCEPCIÓN QUIRÚRGICA VOLUNTARIA, ATENDIDAS EN EL HOSPITAL AMAZÓNICO PERIODO ENERO –DICIEMBRE 2017

INICIO DE RELACIONES SEXUALES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
≤12 AÑOS	6	5
13-19 AÑOS	106	91
≥20 AÑOS	5	4
TOTAL	117	100

Fuente: Historias Clínicas de puérperas en estudio HA- 2017

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN: En la tabla y gráfico N° 06, encontramos que 91% (106) de las puérperas en nuestro estudio habían iniciado sus relaciones sexuales entre los 13 a 19 años, seguido del 5% (6) quienes iniciaron ≤12 años y solo el 4% (5) iniciaron posterior a los 19 años.



Fuente: Historias Clínicas de puérperas en estudio HA- 2017.

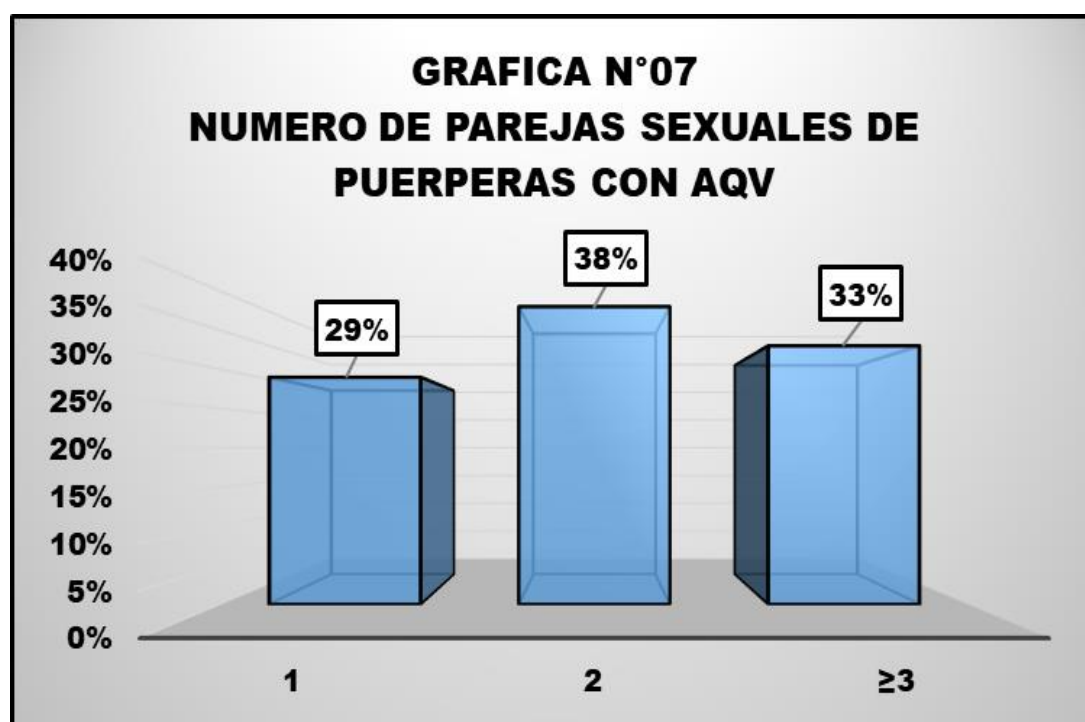
TABLA N° 07

NUMERO DE PAREJAS SEXUALES DE PUERPERAS CON ANTICONCEPCIÓN QUIRÚRGICA VOLUNTARIA, ATENDIDAS EN EL HOSPITAL AMAZÓNICO PERIODO ENERO –DICIEMBRE 2017

NUMERO DE PAREJAS SEXUALES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1	34	29
2	45	38
≥3	38	33
TOTAL	117	100

Fuente: Historias Clínicas de puérperas en estudio HA- 2017.

INTERPRETACIÓN: En la tabla y gráfico N° 07, podemos observar que el 29% de estas pacientes de estudio tuvieron solo 1 pareja sexual, mientras el 71% de estas pacientes tuvo más de 2 parejas sexuales, lo que incrementa el riesgo de mayor números de embarazos no deseados o contraer enfermedades sexuales.



Fuente: Historias Clínicas de puérperas en estudio HA- 2017

TABLA N° 08**MÉTODO ANTICONCEPTIVO ANTERIOR DE PUÉRPERAS CON ANTICONCEPCIÓN QUIRÚRGICA VOLUNTARIA, ATENDIDAS EN EL HOSPITAL AMAZONICO PERIODO ENERO –DICIEMBRE 2017**

METODO ANTICONCEPTIVO ANTERIOR	FRECUENCIA	PROCENTAJE
INYECTABLE TRIMESTRAL	54	46
INYECTABLE MENSUAL	0	0
ANTICONCEPTIVO ORAL COMBINADO	24	21
ANTICONCEPTIVO ORAL SOLO PROGESTAGENO	0	0
PRESERVATIVO	1	1
NINGUNO	37	31
OTRO	1	1
TOTAL	117	100

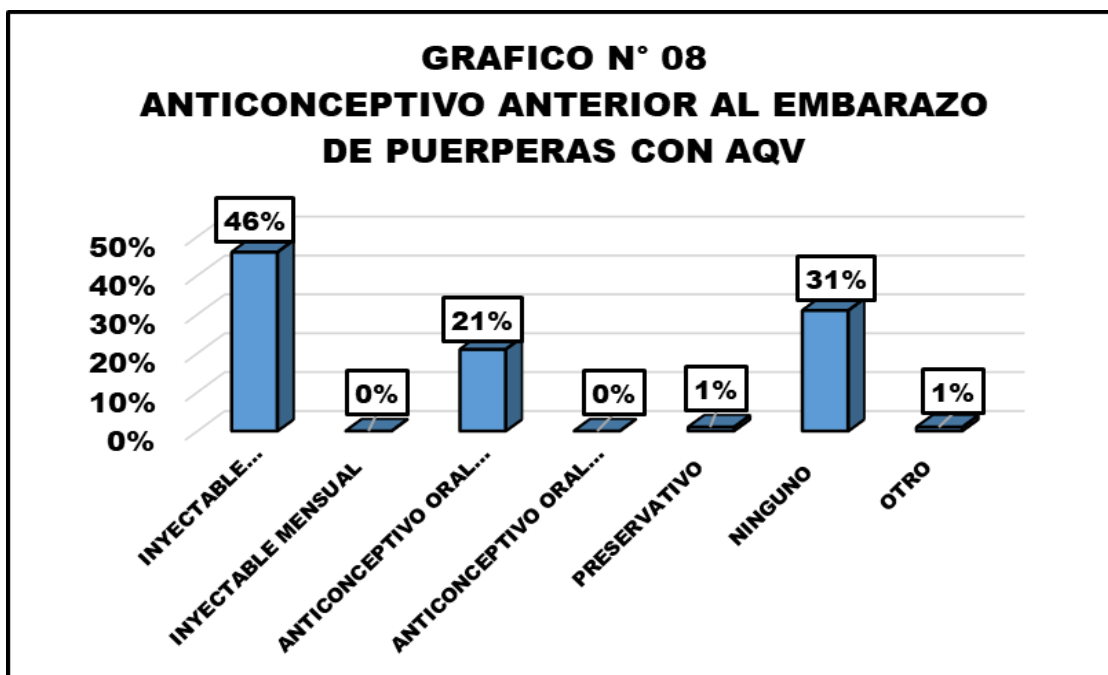
Fuente: Historias Clínicas de puérperas en estudio HA- 2017 .

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN: En la tabla y gráfico N° 08, encontramos que las pacientes del estudio el 46% (54) utilizaban inyectables trimestrales, el 21% (24) con anticonceptivos orales combinados, 1 (1%) usaba preservativo y el 31% (37) no utilizaron ningún método y estuvieron expuestas a embarazos no deseados.

La investigación realizada por Fernández R. col (2007) En su investigación realizada en Caracas (Venezuela) Cuyo objetivo fue determinar la frecuencia de uso de los distintos métodos anticonceptivos disponibles en la actualidad, durante el período enero 2002 - diciembre 2006 determinaron que el método más usado era la anticoncepción hormonal oral (39.12%), seguido la esterilización (20.89%), DIU (20.56%) cuyo resultado difiere con nuestro estudio.

GRÁFICO N° 08

MÉTODO ANTICONCEPTIVO ANTERIOR AL DEL EMBARAZO DE PUÉRPERAS CON ANTICONCEPCIÓN QUIRÚRGICA VOLUNTARIA, ATENDIDAS EN EL HOSPITAL AMAZÓNICO PERIODO ENERO –DICIEMBRE 2017



Fuente: Historias Clínicas de puérperas en estudio HA- 2017

TABLA N° 09

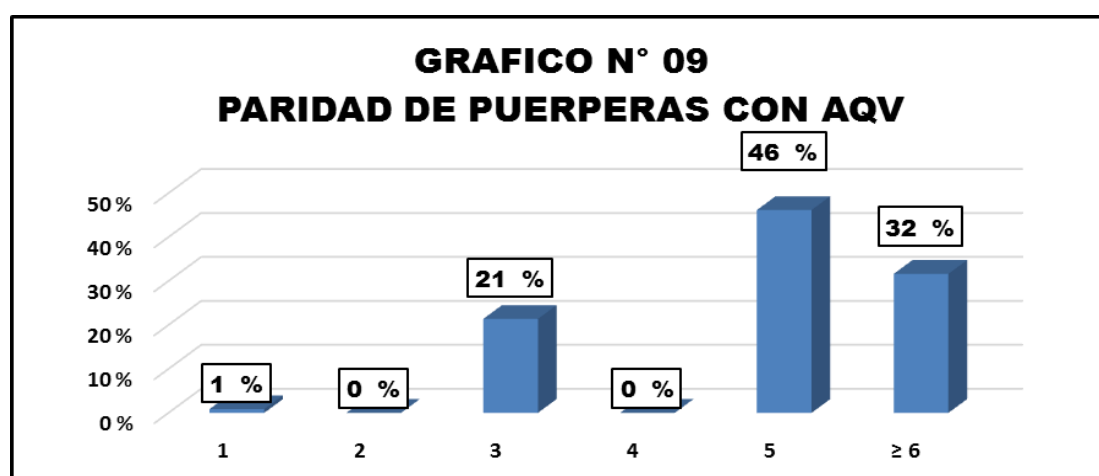
PARIDAD DE PUÉRPERAS CON ANTICONCEPCIÓN QUIRÚRGICA VOLUNTARIA, ATENDIDAS EN EL HOSPITAL AMAZÓNICO PERIODO ENERO –DICIEMBRE 2017

PARIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1	1	1
2	0	0
3	25	21
4	0	0
5	54	46
≥ 6	37	32
TOTAL	117	100

Fuente: Historias Clínicas de puérperas en estudio HA- 2017

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN: En la tabla y gráfico N° 09, observamos que el 99% de las puérperas tuvieron una paridad mayor de dos y solo el 1% tuvo un antecedente de parto.

Contrastando con el estudio de Guerrero – Puente Y y colaboradores determinaron que el 47,25% de sus pacientes habían tenido entre 3 a 4 partos, seguido de aquellas que habían tenido de 5 partos a más cuyo porcentaje fue del 46,28%, a diferencia de nuestro estudio el 46% de la pacientes habían tenido solo un parto previo y aquellas que tuvieron de 3 a más representa el 53% estos resultados tienen similitud con nuestros hallazgos.



Fuente: Historias Clínicas de puérperas en estudio HA- 2017

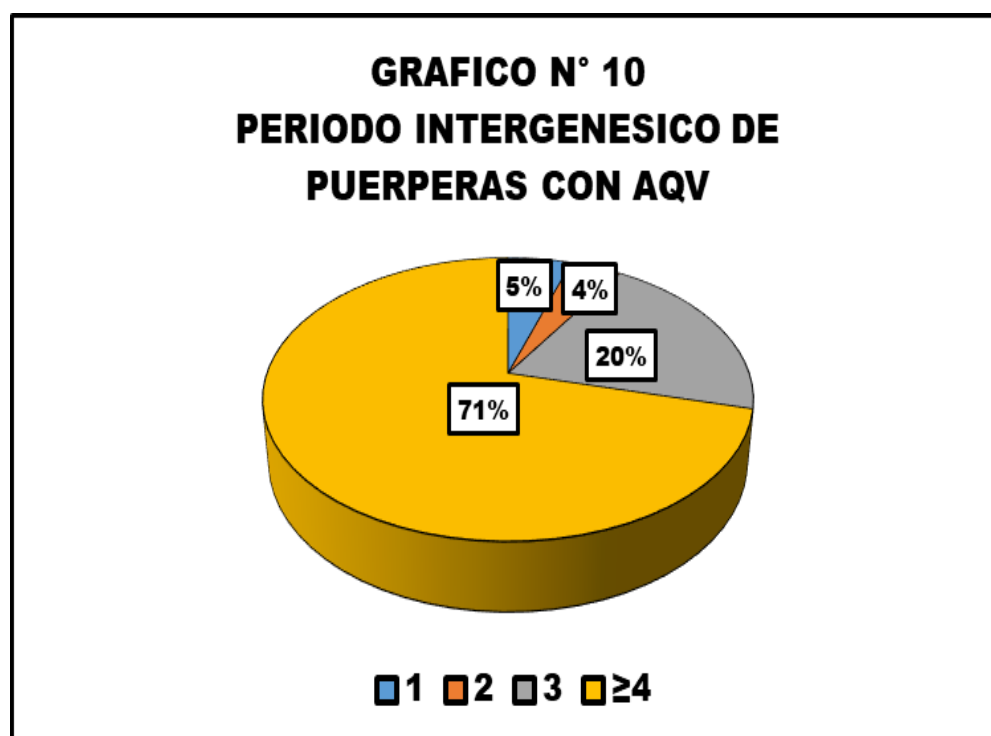
TABLA N° 10

PERIODO INTERGENÉSICO DE PUÉRPERAS CON ANTICONCEPCIÓN QUIRÚRGICA VOLUNTARIA, ATENDIDAS EN EL HOSPITAL AMAZÓNICO PERIODO ENERO –DICIEMBRE 2017

PERIODO INTERGENESICO (AÑOS)	FRECUENCIA	PROCENTAJE
1	6	5
2	5	4
3	23	20
≥4	83	71
TOTAL	117	100

Fuente: Historias Clínicas de puérperas en estudio HA- 2017

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN: En la tabla y gráfico N° 10, encontramos que el 9% de las puérperas en estudio tuvieron un periodo intergenesico corto, es decir menor o igual a dos años y el 91% mayor a tres años como periodo intergenesico adecuado.



Fuente: Historias Clínicas de puérperas en estudio HA- 2017

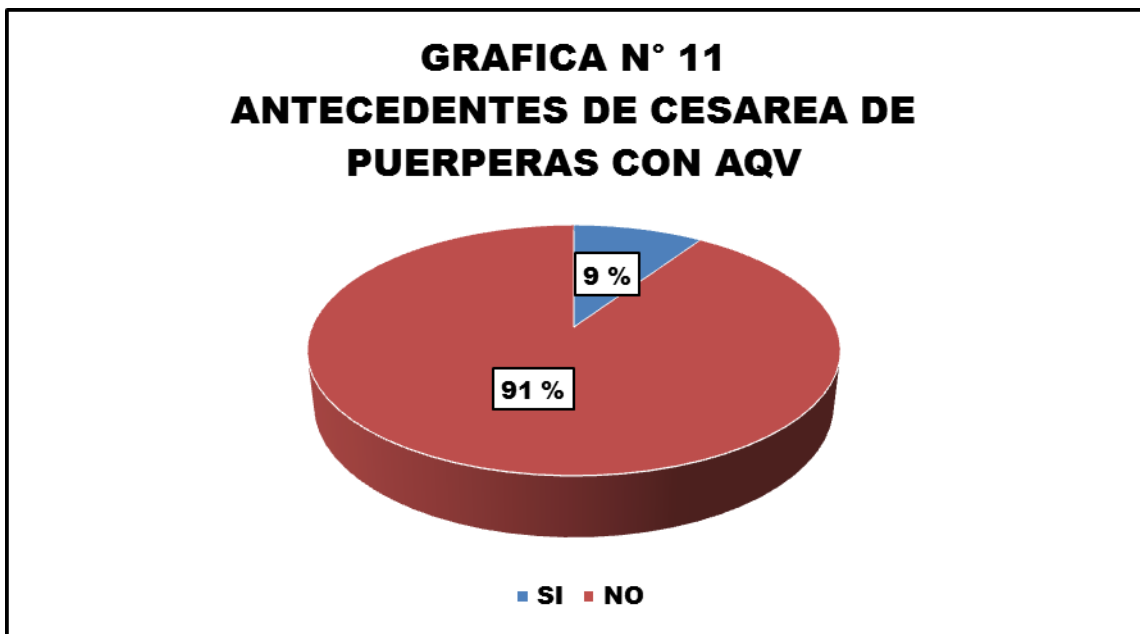
TABLA N° 11

ANTECEDENTES DE CESÁREA DE PUÉRPERAS CON ANTICONCEPCIÓN QUIRÚRGICA VOLUNTARIA, ATENDIDAS EN EL HOSPITAL AMAZÓNICO PERIODO ENERO –DICIEMBRE 2017

ANTECEDENTES DE CESÁREA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	11	9
NO	106	91
TOTAL	117	100

Fuente: Historias Clínicas de puérperas en estudio HA- 2017

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN: En la tabla y gráfico N° 11, podemos observar que el 9% (11) de las puérperas en nuestro estudio tuvieron antecedente de cesárea previa a diferencia del 91% (106) que no tuvieron cesárea previa.



Fuente Historias Clínicas de puérperas en estudio HA- 2017:

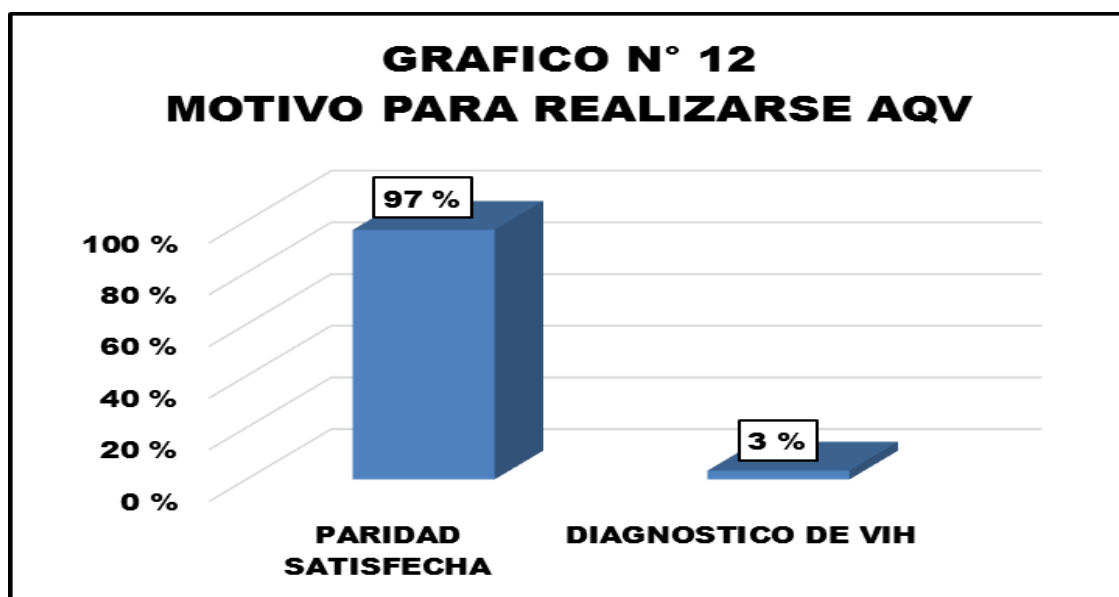
TABLA N° 12

MOTIVO PARA LA ANTICONCEPCIÓN QUIRÚRGICA VOLUNTARIA, DE LAS PUÉRPERAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL AMAZÓNICO PERIODO ENERO –DICIEMBRE 2017

MOTIVO PARA LA AQV	FRECUENCIA	PORCENTAJE
PARIDAD SATISFECHA	113	97
DIAGNOSTICO DE VIH	4	3
TOTAL	117	100

Fuente: Historias Clínicas de puérperas en estudio HA- 2017

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN: En la tabla y grafico N°12 observamos que el 97% que las puérperas en estudio tuvieron la anticoncepción quirúrgica voluntaria porque contaban con la paridad satisfecha o número de hijos que desearon tener a diferencia de un 3% que lo hicieron por tener el diagnóstico de ser portadoras del virus de inmunodeficiencia humana (VIH).



Fuente: Historias Clínicas de puérperas en estudio HA- 2017

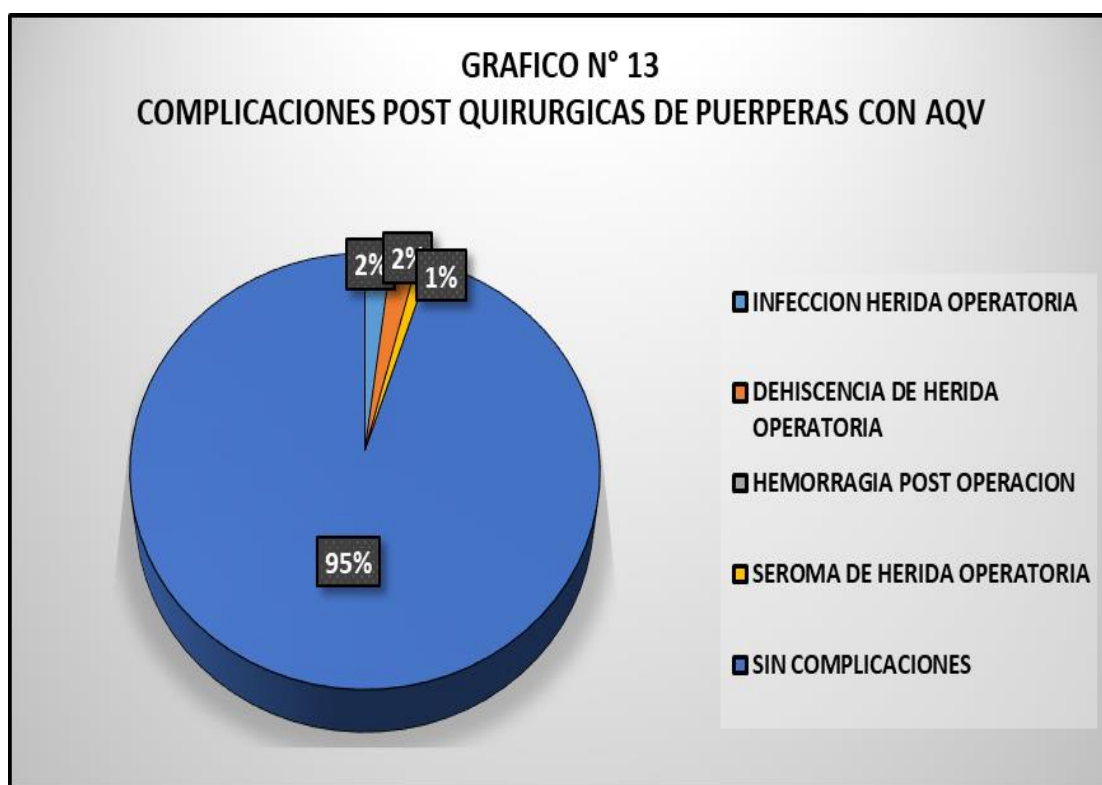
TABLA N° 13

COMPLICACIONES POST QUIRÚRGICAS DE PUÉRPERAS CON ANTICONCEPCIÓN QUIRÚRGICA VOLUNTARIA, ATENDIDAS EN EL HOSPITAL AMAZÓNICO PERIODO ENERO –DICIEMBRE 2017

COMPLICACIONES POST QUIRURGICA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Infección herida operatoria	2	2
Dehiscencia de herida operatoria	2	2
Hemorragia post quirúrgica	0	0
Seroma de herida operatoria	1	1
sin complicaciones	112	95
TOTAL	117	100

Fuente: Historias Clínicas de puérperas en estudio HA- 2017

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN: En la tabla y grafico N°13, observamos que el 5% de las puérperas sometidas con anticoncepción quirúrgica voluntaria tuvieron algún tipo de complicaciones como infección de herida operatoria, dehiscencia de herida y seroma respectivamente.



Fuente: Historias Clínicas de puérperas en estudio HA- 2017

CONCLUSIONES

Concluida la investigación llegamos a las siguientes conclusiones:

1. Respecto a las características sociodemográficas encontramos que el 44% de la población en estudio se encuentra en el rango de edades de 26-34 años, el 52% cuenta con el grado de instrucción de nivel secundario, el 90% en un estado civil de convivencia, el 93% de ocupación amas de casa, el 50% procedieron del distrito de Yarinacocha.
2. Considerando las características Gineco Obstétricas el 91% de las puérperas con anticoncepción quirúrgica voluntaria iniciaron relaciones sexuales entre el rango de edades 13-19 años, el 71%, tuvieron más de una pareja sexual, el 46% utilizaban el método anticonceptivo inyectable trimestral, y el 31% ningún anticonceptivo, el 99%, tuvieron una paridad mayor igual a tres partos, el 91% tuvieron un periodo intergenésico mayor de dos años, el 9% tuvieron antecedentes de cesárea, el 96% de las puérperas el motivo para realizarse la anticoncepción quirúrgica voluntaria fue por paridad satisfecha a diferencia de un 3% se realizaron la anticoncepción quirúrgica voluntaria por ser portadoras de VIH.
3. Respecto a las complicaciones post quirúrgicas solo el 5% presento algún tipo de complicaciones como: infección de herida operatoria, dehiscencia de herida operatoria y seroma respectivamente.
4. La incidencia de anticoncepción quirúrgica voluntaria (AQV) en el presente estudio, se observó un 0,048% de puérperas aceptantes a este método de planificación familiar.

RECOMENDACIONES

Conociendo los resultados de la investigación realizamos las siguientes recomendaciones.

1. Se recomienda a los Profesionales de Obstetricia que laboran en los diferentes establecimientos de salud extender su cobertura de atención para llegar a la población de sus jurisdicciones motivando el uso de los métodos anticonceptivos, evitando de este modo embarazos no deseados ya que aproximadamente la tercera parte de las puérperas en estudio no utilizaban método anticonceptivo previo a la anticoncepción quirúrgica voluntaria.
2. Recomendar a los médicos gineco-obstetra que realizan las intervenciones quirúrgicas (AQV) planificar un seguimiento idóneo de las puérperas para detectar oportuna y adecuadamente las complicaciones postquirúrgicas.
3. A los profesionales responsables del programa de planificación familiar de los establecimientos de salud se recomienda incentivar a las puérperas mediante la consejería a optar por un método anticonceptivo definitivo; como es la anticoncepción quirúrgica voluntaria siendo este un método de fácil acceso con mínimo riesgo para aquellas parejas que cuentan con la paridad satisfecha.
4. Siendo la anticoncepción quirúrgica voluntaria (AQV) un método de fácil acceso y con mínimas complicaciones, recomendar a los directivos de la DIRESA encargados del programa de salud sexual reproductiva realizar campañas de difusión y dar a conocer los beneficios de la anticoncepción quirúrgica voluntaria para incrementar el número de usuarias de este método anticonceptivo de esta manera tendremos una mayor prevalencia en nuestro medio.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Guzmán A. Controversias sobre anticoncepción. Anticoncepción quirúrgica voluntaria como alternativa a los métodos anticonceptivos reversibles de larga acción-LARC. Revista Perú Gineco-Obstet. 2017, 63-81-82.
2. Radloff S, Jacobstein R. Contraceptive use, unmet need, and the benefits of meeting family planning demand. Intern J Gynecol Obstet. 2012
3. Trussell J. Contraceptive failure in the USA. Contraception. 2011,83-397-404.
4. Ministerio de salud Anticoncepción quirúrgica mujeres. Ligaduras de trompas de Falopio 2008, Lima, Perú.
5. Vargas-Vásquez L M, Padilla-Guzmán M. Anticoncepción quirúrgica voluntaria. Conocimientos y actitudes de la población femenina en la localidad de Nueva Cajamarca. 1997. (Internet) Universidad Nacional de San Martín.
6. Fajardo-Ordoñez AE. Carbajal Aponte PA. Epidemiología, técnicas quirúrgicas y sus complicaciones en la esterilización tubárica en pacientes atendidas en el Hospital San Isidro Ayora, durante el periodo 2012-2016.
7. Palma-Guevara R, Alvarado-Rato C, Castilla-Espinoza R. Anticoncepción quirúrgica. Rev. Per. Ginec Obst. 1993; 39-72-80.
8. Jamieson, D., Hillis, S., & Duerr, A. (2000). Complications of interval laparoscopic tubal sterilization. Review of Sterilization.
9. National Center for Health Statics; Vital Health Stat. (2005). Fertility, family planning, and reproductive health of U.S. women.
10. Callahui, I. (2004). Incidencia y factores de riesgo para complicaciones del bloqueo Tubárica bilateral.

11. Guerrero-Puente Y, Terán JG. Perfil ginecobstétrico de pacientes sometidas a planificación familiar mediante esterilización quirúrgica. Bol. Med. Postgrado. 1996; 4-7-12.
12. Almira AG. Anticoncepción quirúrgica femenina. MEDISAN. 2004; 8-20-5.
13. Fernández R, López L, Martínez H, Kopecky D, Uzcátegui G Muñoz Met al. Métodos anticonceptivos: prevalencia de uso según método en el Hospital Materno Infantil del Este Petare. Rev Obstet Ginecol Venez. 2009.
14. Moschella RG, Charalambopoulos JT, Pawlowicz MP; Naddeo SJ; Rodríguez PG. Motivos de solicitud de la ligadura tubaria: estudio exploratorio desde la perspectiva de las usuarias gran multíparas que asisten a un hospital público de la Ciudad de Buenos Aires. Rev. Hosp. Matern. Infant. Ramon Sarda. 2009.
15. MINSA: Norma Técnica De Salud De Planificación Familiar - Ntsn°124-2016- Minsa-V.01 Rm N° 652-2016/MINSA.
16. MINSA: Cartilla Informativa para adolescentes - Métodos Anticonceptivos que debes conocer (2016). - Imppares - UNFPA
17. Ministerio de Salud 2001 Lineamientos para la Conformación de Redes de Salud Lima Perú.
18. Ministerio de Salud 2002 Lineamientos de política sectorial para el periodo 2002-2012 Lima – Perú NORMA TÉCNICA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR.
19. Ministerio de Salud 2002 Sismet Directiva del Sistema Integrado de Suministro de Medicamentos en Insumos Medico Quirúrgicos Lima Perú.
20. Ministerio de Salud 2004 Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva Lima - Perú

21. Neamatalla G S; Harper B P: 1991 "Consejería en Planificación Familiar y Esterilización Voluntaria y Segura (AVSC), New York.
22. Organización Mundial de la Salud 2004 Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use Geneva
23. Sivin I 1992 "The Copper T 380^a Intrauterine Device. A Summary of Scientific Data", el Consejo de Población, New York USA.
24. Informe de una Consulta Técnica de la OMS sobre el Espaciamiento de Nacimientos. Organización Mundial de la Salud, 2006.

ANEXOS

ANEXO: 01



UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
Escuela Académico Profesional de Obstetricia

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Título de la investigación: INCIDENCIA Y CARACTERÍSTICAS DE PUÉRPERAS CON ANTICONCEPCIÓN QUIRÚRGICA VOLUNTARIA, ATENDIDAS EN EL HOSPITAL AMAZÓNICO PERIODO ENERO –DICIEMBRE 2017.

Objetivo: Determinar la incidencia y las características de las puérperas con anticoncepción quirúrgica voluntaria, en el Hospital Amazónico, periodo Enero – Diciembre, 2017.

I. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICOS

1. Edad:

- a. ≤ 25
- b. 26-34
- c. ≥ 35

2. Grado de instrucción:

- a. Ilustrada
- b. Primaria
- c. Secundaria
- d. Superior.

3. Estado civil:

- a. Casada
- b. Conviviente
- c. Soltera
- d. otro

4. Procedencia:

- a. Yarinacocha
- b. Callería
- c. Manantay
- d. Otros

5. Ocupación:

- a. Ama de casa
- b. Trabajador Independiente
- c. Trabajador Dependiente

II. CARACTERISTICAS GINECO-OBSTÉTRICAS:

6. Inicio de relaciones sexuales

- a. ≤ 12 años
- b. 13 a 19 años
- c. ≥ 20 años

7. Número de Parejas Sexuales:

- a. 1
- b. 2
- c. ≥ 3

8. Método anticonceptivo anterior al embarazo

- a. Inyectable trimestral
- b. Inyectable mensual
- c. Anticonceptivo oral combinado
- d. Anticonceptivo oral solo progestágeno
- e. Preservativo
- f. ninguno
- g. otros _____

9. Paridad:

- a. 1
- b. 2
- c. 3
- d. 4
- e. 5
- f. ≥ 6

10. Periodo intergenesico

- a. 1
- b. 2
- c. 3
- d. ≥ 4

11. Antecedentes de cesárea

- a. Si
- b. No

12. Motivo para realizar la AQV

- a. Paridad satisfecha.
- b. VIH.
- c. Otros.

III. COMPLICACIONES POST A QV

13. Complicaciones

a. Infección de herida operatoria

Si No

b. Dehiscencia de herida operatoria

Si No

c. Hemorragia post operación

Si No

d. Seroma de herida operatoria

Si No

e. Sin complicaciones.

Anexo 02

MATRIZ DE CONSISTENCIA

Título del proyecto: INCIDENCIA Y CARACTERÍSTICAS DE PUÉRPERAS CON ANTICONCEPCIÓN QUIRÚRGICA VOLUNTARIA, ATENDIDAS EN EL HOSPITAL AMAZÓNICO PERIODO ENERO –DICIEMBRE 2017.

PROBLEMA	OBJETIVO	OPERACIONALIZACIÓN			MÉTODO
		VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	
<p>Problema principal</p> <p>INCIDENCIA Y CARACTERÍSTICAS DE PUÉRPERAS CON ANTICONCEPCIÓN QUIRÚRGICA VOLUNTARIA, ATENDIDAS EN EL HOSPITAL AMAZÓNICO PERIODO ENERO – DICIEMBRE 2017.</p> <p>Problemas secundarios</p> <p>¿Cuáles son las características sociodemográficas de las puérperas con anticoncepción quirúrgica voluntaria, atendidas en el Hospital Amazónico, periodo Enero – Diciembre, 2017?</p> <p>¿Cuáles son las características gineco obstétricas de las puérperas con anticoncepción quirúrgica voluntaria, atendidas en el Hospital Amazónico, periodo Enero –</p>	<p>Objetivo general</p> <p>Determinar la incidencia y las características de las puérperas con anticoncepción quirúrgica voluntaria, en el Hospital Amazónico, periodo Enero – Diciembre, 2017.</p> <p>Objetivos específicos</p> <p>Identificar las características sociodemográficas de las puérperas con anticoncepción quirúrgica voluntaria en el Hospital Amazónico, periodo Enero – Diciembre, 2017.</p> <p>Determinar las características gineco obstétricas de las puérperas con anticoncepción quirúrgica voluntaria, en el Hospital Amazónico, periodo Enero – Diciembre 2017.</p> <p>Identificar las complicaciones más frecuentes que se presentan en las puérperas con</p>	<p>Variable</p> <p>Características de puérperas con anticoncepción quirúrgica voluntaria.</p>	<p>- Características sociodemográficas</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Edad ✓ Grado de instrucción ✓ Estado Civil ✓ Ocupación 	<p>Cuantitativo, descriptivo, univariado, retrospectivo de corte transversal</p>
			<p>- Características Gineco-obstétricas</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Inicio de relaciones sexuales ✓ Número de parejas sexuales ✓ Método anticonceptivo anterior ✓ Paridad ✓ Periodo intergenesico ✓ Antecedentes de cesárea 	
			<p>- Características de las complicaciones de las Puérperas post AQV</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Hemorragia post operación ✓ Dehiscencia herida operatoria ✓ Seroma de herida operatoria 	
			<p>- Incidencia</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Numero de puérperas con anticoncepción quirúrgica voluntaria 	

<p>Diciembre, 2017?</p> <p>¿Cuáles son las complicaciones más frecuentes que se presentan las puérperas con anticoncepción quirúrgica voluntaria, atendidas en el Hospital Amazónico, periodo Enero – Diciembre, 2017?</p> <p>¿Cuál es la incidencia de puérperas con anticoncepción quirúrgica voluntaria, atendidas en el Hospital Amazónico de periodo enero – Diciembre, 2017?</p>	<p>anticoncepción quirúrgica voluntaria, atendidas en el Hospital Amazónico, periodo Enero – Diciembre, 2017.</p> <p>Determinar la incidencia de las puérperas con anticoncepción quirúrgica voluntaria, atendidas en el Hospital Amazónico, periodo Enero – Diciembre, 2017.</p>				
---	---	--	--	--	--

Anexo 03



CONSENTIMIENTO INFORMADO Y SOLICITUD PARA LIGADURA DE TROMPAS

DISA: UCAYALI

ESTABLECIMIENTO: HOSPITAL AMAZONICO

N° H.C: _____

Consentimiento Informado y Solicitud de Intervención para Ligadura de Trompas

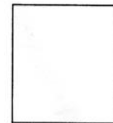
Yo, _____ identificada con D.N.I. _____, y en pleno uso de mis facultades mentales, declaro que he recibido información y comprendido lo siguiente:

- Hay métodos anticonceptivos temporales y disponibles que son gratuitos que puedo elegir en lugar de la Ligadura de Trompas.
- La Ligadura de Trompas es una operación electiva, no es una operación de emergencia.
- Esta operación como otras operaciones, tiene riesgos, complicaciones y mortalidad (entre 4-10 por 100,000 Ligaduras de Trompas).
- Después de la Ligadura de Trompas no podré tener hijos, su efecto es permanente.
- Existe riesgo mínimo de falla del método que podría dar lugar a un embarazo.
- Se me ha informado que el establecimiento de salud reúne las condiciones y el personal adecuados para esta operación.
- La operación, los cuidados, medicinas y controles, y atención de las complicaciones son gratuitas.
- Dispongo de por los menos 3 días para pensar cuidadosamente sobre la Ligadura de Trompas y después sin es mi decisión, venir al servicio de salud para operarme.
- Puedo pedir más explicaciones sobre la Ligadura de Trompas o desistir de la operación en cualquier momento aunque haya firmado ésta solicitud.
- Ni yo ni mi pareja, ni mis parientes perderemos nuestro derecho a atendernos o beneficiarnos de los servicios de salud de éste o cualquier otro establecimiento cualquiera sea mi decisión con respecto a la Ligadura de Trompas..

Por tanto, después de recibir información sobre los métodos anticonceptivos y haber reflexionado sobre las opciones que tengo, he elegido en forma voluntaria optar por la Ligadura de Trompas, solicito que se me realice la operación. Para tal fin he brindado al personal de salud información veraz sobre mis antecedentes y estado de salud y me comprometo a seguir las indicaciones pre operatorias asistiendo a los controles posteriores a la operación en las fecha que se me indique. Declaro además que esta decisión ha sido tomada sin presión ni promesa de beneficio de ningún tipo.

Fecha: ____/____/____

Firma de la Usuaría
D.N.I. N°



HUELLA
DIGITAL
USUARIA

Firma y sello del Profesional
que brinda la orientación/consejería

Si la usuaria es analfabeta o presenta déficit mental o enfermedades psiquiátricas, un pariente o testigo deberá firmar la siguiente declaración. Quien suscribe es testigo que la usuaria conoce y comprende el contenido del documento y ha impreso su huella digital en mi presencia, manifestando su conformidad con el mismo.

Fecha: ____/____/____

Nombre de el/la Testigo: _____



HUELLA
DIGITAL
USUARIA

Firma de el/la Testigo
D.N.I. N°

Autorización de Intervención para Ligadura de Trompas (72 horas después de recibido la orientación/consejería)

Fecha la intervención: ____/____/____

Yo, _____, ratifico mi solicitud y autorizo la operación de Ligadura de Trompas.

Firma o Huella Digital de la Usuaría

Yo, _____, con C.M.P. _____, he verificado que la decisión ha sido tomada en forma libre e informada.

Firma y sello de el/la Médico



MINISTERIO DE SALUD
DIRECCION REGIONAL DE SALUD - UCAYALI
HOSPITAL AMAZONICO

HISTORIA CLÍNICA AQV FEMENINO

HISTORIA CLINICA DE AQV		ESTABLEC.											Nº H.C.																
Fecha de la operación: / /		Nombre y Apellidos										Edad	Hijos Vivos																
Domicilio:		Localidad:																											
Estado Civil Casado(a) <input type="checkbox"/> Conv. <input type="checkbox"/> Soltera <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/>	Escolaridad Ninguno <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Superior <input type="checkbox"/>	Anticonceptivos usados en el último año Ninguno <input type="checkbox"/> DIU <input type="checkbox"/> Inyectable <input type="checkbox"/>		Met. Vaq. <input type="checkbox"/>	Pildora <input type="checkbox"/>	Implant. <input type="checkbox"/>	Confidones <input type="checkbox"/>	Ritmo <input type="checkbox"/>	Otros <input type="checkbox"/>	AQV Se informó por: Paciente <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Personal de Salud <input type="checkbox"/>		Campana de Salud Regional Promotor <input type="checkbox"/> TV, Radio, Perid. <input type="checkbox"/> Difusión del establec. <input type="checkbox"/>																	
ANTECEDENTES							FAMILIARES			PAP			Resultado																
PERSONALES							NO			SI			Normal		Anormal		No sabe												
Enfermedades Cardíacas <input type="checkbox"/>		Hipertensión <input type="checkbox"/>		Anemia <input type="checkbox"/>		Diabetes <input type="checkbox"/>		Convulsiones <input type="checkbox"/>		Trastornos Psiquiátricos <input type="checkbox"/>		Tuberculosis <input type="checkbox"/>		Hepatitis <input type="checkbox"/>		Trastornos de coagulación <input type="checkbox"/>		Enderm. De Transmisión sexual <input type="checkbox"/>		Infección Urinaria <input type="checkbox"/>		Enfermedad Inflamatoria Pélvica <input type="checkbox"/>		Cirugía Pélvica / Abdominal <input type="checkbox"/>		Toma medicamentos <input type="checkbox"/>		Alergia a medicamentos <input type="checkbox"/>	
							Diabetes <input type="checkbox"/>			Hipertensión <input type="checkbox"/>			3 años o menos <input type="checkbox"/>			a 3 años <input type="checkbox"/>													
							M <input type="checkbox"/>			G <input type="checkbox"/>			RC <input type="checkbox"/>			P <input type="checkbox"/>			FUR: / /			AQV Post Parto Inmed. <input type="checkbox"/>		Post Abosto <input type="checkbox"/>		Durante Cesarea <input type="checkbox"/>		Intervalo <input type="checkbox"/>	
EVALUACIÓN ACTUAL																													
SINTOMAS				EXAMEN FISICO EST. NUTRIC.				SIGNOS VITALES				APARATO GENITAL																	
Leucorrea <input type="checkbox"/>				Buena <input type="checkbox"/>				Peso <input type="checkbox"/>				Genitales Ext. <input type="checkbox"/>																	
Dispareunia <input type="checkbox"/>				Desnutrición <input type="checkbox"/>				Temp. <input type="checkbox"/>				Vagina <input type="checkbox"/>																	
Dismenorrea <input type="checkbox"/>				Obesidad <input type="checkbox"/>				Pres. Art. <input type="checkbox"/>				Cuello <input type="checkbox"/>																	
Molestias Urinarias <input type="checkbox"/>				SISTEM: <input type="checkbox"/>				Talla <input type="checkbox"/>				Anexos <input type="checkbox"/>																	
Hipermenorrea <input type="checkbox"/>				Piel <input type="checkbox"/>				Pulso <input type="checkbox"/>				Tamaño <input type="checkbox"/>																	
Dolor Pélvico <input type="checkbox"/>				Corazón <input type="checkbox"/>				Frec. Resp. <input type="checkbox"/>				Movilidad <input type="checkbox"/>																	
Fiebre <input type="checkbox"/>				Pulmones <input type="checkbox"/>								Posic. Ut. <input type="checkbox"/>																	
Tos <input type="checkbox"/>				Abdomen <input type="checkbox"/>								Anteversión <input type="checkbox"/>																	
												Retroversión <input type="checkbox"/>																	
												Describir Anormalidades																	
DATO OPERATORIOS																													
VACIAMIENTO DE LA VEJIGA				TÉCNICA QUIRURGICA				COMPLICACIONES ASOCIADAS AL PROCEDIMIENTO																					
No se vació <input type="checkbox"/>				Minilaparatomía <input type="checkbox"/>				Ninguna <input type="checkbox"/>																					
Micción expont. Antes de la Operación <input type="checkbox"/>				Laparoscopia <input type="checkbox"/>				Perforación Uterina <input type="checkbox"/>																					
Cateterismo Vesical <input type="checkbox"/>				Laparatomía <input type="checkbox"/>				Perforación u otra lesión vesical <input type="checkbox"/>																					
TIPO DE ANESTESIA				Procedimiento no concluido <input type="checkbox"/>				Perforación u otra lesión intestinal <input type="checkbox"/>																					
Local con Anestesia y/o sedante <input type="checkbox"/>				TÉCNICA OPERATORIA				Lesión de trompas o mesosalpinx <input type="checkbox"/>																					
Regional (raquídea, epidural o caudal) <input type="checkbox"/>				Pomeroy <input type="checkbox"/>				Lesión de otra viscera <input type="checkbox"/>																					
General sin Intubación (incluye Ketamina) <input type="checkbox"/>				Ligadura sin resección <input type="checkbox"/>				Lesión de vaso sanguíneo importante <input type="checkbox"/>																					
General con Intubación <input type="checkbox"/>				Frinbicciomía <input type="checkbox"/>				Procedimiento no completo <input type="checkbox"/>																					
Otros (especifique) <input type="checkbox"/>				Bandas o Anillos <input type="checkbox"/>				Operación no prevista (especifique)																					
COMPLICACIONES DE LA ANESTESIA				DURAC. OPERACIÓN <input type="checkbox"/> Min.				HALLAGOS PATOLÓGICOS																					
Ninguna <input type="checkbox"/>								Adherencias <input type="checkbox"/>																					
Vómitos <input type="checkbox"/>								Tumor osanéo <input type="checkbox"/>																					
Hipertensión <input type="checkbox"/>								Embarazo <input type="checkbox"/>																					
Depresión Respiratoria <input type="checkbox"/>																													
Agitación Psicomotriz <input type="checkbox"/>																													
Convulsiones <input type="checkbox"/>																													
Otras <input type="checkbox"/>																													
RECUPERACIÓN:																													
Hora				15'		30''		1 hr.		2 hr.		ALTA																	
Tensión Arterial max / min (mm Hg)																													
Frecuencia Respiratoria																													
Sangrado Vaginal																													
Estado de conciencia																													
Zona operatoria																													
DATOS POST OPERATORIOS																													
COMP. POST. OPERATORIAS INMED.				TRATAM. COMPLICACIONES				Número de Controles				COMPLICACIONES DESPUES DEL ALTA																	
Ninguna <input type="checkbox"/>				Trasfusión de sangre o de plasma <input type="checkbox"/>				1 <input type="checkbox"/>				Ninguna <input type="checkbox"/>																	
Dolor abdominal <input type="checkbox"/>				Cirugía de Emergencia <input type="checkbox"/>				2 <input type="checkbox"/>				Infección Pélvica <input type="checkbox"/>																	
Complicación Cardio respiratoria <input type="checkbox"/>												Infección Urinaria <input type="checkbox"/>																	
Hemorragia o sangrado vaginal <input type="checkbox"/>												Infección de Herida o Ematoma <input type="checkbox"/>																	
Nausea y Vómitos <input type="checkbox"/>												Fiebre por otra causa <input type="checkbox"/>																	
ESTADO DE EGREDO DEL PACIENTE				TIEMPO DE HOSPITALIZACIÓN				SEGÚN POST OPERATORIO				Hemorragia o Sangrado normal <input type="checkbox"/>																	
Sano <input type="checkbox"/>				Menos de 1 día <input type="checkbox"/>				De emergencia <input type="checkbox"/>				Abdominal Intenso, Abdominal Agudo <input type="checkbox"/>																	
Transferencia a otro establec. <input type="checkbox"/>				1 a 2 días <input type="checkbox"/>				Visita al Centro u Hospital programado <input type="checkbox"/>				Fallecimiento <input type="checkbox"/>																	
Fallecido <input type="checkbox"/>				Más de 2 días <input type="checkbox"/>				Visita Domiciliaria <input type="checkbox"/>																					
								No se realizó seguimiento <input type="checkbox"/>																					
NOMBRE Y APELLIDOS DEL CIRUJANO																													
GINECOLOGO <input type="checkbox"/>				MEDICO CERTIFICADO POR EL PROGRAMA <input type="checkbox"/>				FIRMA Y C.M.P. <input type="checkbox"/>																					

Anexo 04

DIRESA _____	ESTABLECIMIENTO _____	N de Historia Clínica : _____
Con consentimiento informado y Solicitud de Intervención para Ligadura de Trompas		
Yo, _____, identificada con D.N.I. _____, y en pleno uso de mis facultades mentales, declaro que he recibido información y comprendo lo siguiente:		
Hay métodos anticonceptivos temporales y disponibles que son gratuitos que puedo elegir en lugar de la Ligadura de Trompas.		
La Ligadura de Trompas es una operación electiva, no es una operación de emergencia.		
Esta operación, como otras operaciones, tiene riesgos, complicaciones y mortalidad (entre 4-10 por 100,000 Ligadura de trompas)		
Después de la Ligadura de Trompas no podrá tener más hijos, su efecto es permanente.		
Existe un riesgo mínimo de fallar al método que podría dar lugar a un embarazo.		
Se me ha informado que el establecimiento de salud reúne las condiciones y el personal adecuados para esta operación		
La operación, los cuidados, medicinas y controles, y atención de las complicaciones son gratuitas.		
Dispongo de por lo menos 3 días para pensar cuidadosamente sobre la Ligadura de Trompas y después, si es mi decisión, venir al servicio de salud para operarme.		
Puedo pedir más explicaciones sobre la Ligadura de Trompas desde el momento de la operación en cualquier momento, aunque haya firmado esta solicitud.		
Ni yo ni mi pareja ni mis parientes perdemos nuestro derecho a atendernos o beneficiarnos de los servicios de salud de este o cualquier otro establecimiento o cualquiera sea mi decisión con respecto a la Ligadura de Trompas.		
Por tanto, después de recibir información sobre los métodos anticonceptivos y reflexionado sobre las opciones que tengo, he elegido en forma voluntaria optar por la Ligadura de Trompas, solicito que se me realice la operación. Para tal fin he brindado al personal de salud información sobre mis antecedentes y estado de salud y me comprometo a seguir las indicaciones pre y postoperatorias, acudiendo a los controles posteriores a la operación en la fecha que se me indique.		
Declaro además que esta decisión ha sido tomada sin presión, ni promesas o beneficio de ningún tipo.		
Fecha: ____/____/____	_____ Firma y sello del Personal Que brinda la orientación y consejería	
_____ Firma de la Usuario	<input style="width: 80px; height: 60px;" type="text"/>	Huella Digital
Si la usuaria es analfabeta o presenta dificultad mental o enfermedad psiquiátrica, un pariente o testigo deberá firmar la siguiente declaración. Quien suscribe es testigo que la usuaria conoce y comprende el contenido del documento y ha impreso su huella digital en mi presencia, manifestando su conformidad con el mismo.		
Fecha: ____/____/____	Nombre de este Testigo: _____	
_____ Firma de este Testigo D.N.I.	Huella Digital de este Testigo	<input style="width: 80px; height: 60px;" type="text"/>
Autorización de Intervención para Ligadura de Trompas		
Fecha de la Intervención ____/____/____		
Yo, _____ ratifico mi solicitud y autorizo la operación de Ligadura de Trompas		
Yo, _____, con C.M.P. _____, he verificado que la decisión ha sido tomada en forma libre e informada.		
_____ Firma o Huella Digital de la usuaria	_____ Firma y sello de este Médico Cirujano/a	

Anexo 05

BASE LEGAL

- Constitución Política del Perú, 1993.
- Ley N° 26842, Ley General de Salud
- Ley N° 27657, Ley del Ministerio de Salud
- Lineamientos de Política Sectorial para el periodo 2002 - 2012 y los Principios Fundamentales para el Plan Estratégico Sectorial del quinquenio agosto 2001 – Julio 2006.
- Decreto Supremo N° 013-2002-SA, Reglamento de la Ley del Ministerio de Salud.
- Decreto Supremo N° 014-2002-SA, Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
- Resolución Ministerial N° 729-2003-SA/DM. Aprobación del Nuevo Modelo de Atención Integral de Salud.
- Resolución Ministerial N° 465-99-SA/DM, Normas de Planificación Familiar.
- Resolución Ministerial N° 439-98-SA/DM, Normas para la calificación de Puntos de Entrega de Servicios para la Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria.
- Resolución Ministerial N° 440-99-SA/DM, Normas para la calificación de Médicos Cirujanos para la Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria.

Facultad de Medicina Humana y Ciencias de la Salud
Escuela Profesional de Obstetricia

"Año del Dialogo y la Reconciliación Nacional"

MINISTERIO DE SALUD
DIRESAU - GDS - GRU
HOSPITAL AMAZÓNICO
TRAMITE DOCUMENTARIO

12 ENE 2018

REGISTRO N°

HORA

FIRMA

Yarinacocha, 12 de Enero 2018

OFICIO N°002 – EPO-FMHyCS-UAP-P2018

A :
Dr. Luis Stalin Romero Jara.
Director Ejecutivo del Hospital Amazónico.

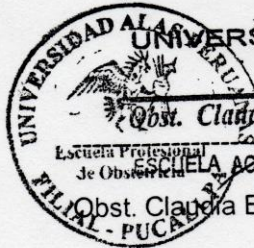
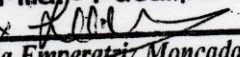
DE :
Obst. Claudia Emperatriz Moncada Cárdenas.
Coordinadora Académica de la Escuela Profesional de Obstetricia – UAP

Asunto: Solicito Facilidades para Revisión de Historias Clínicas

Tengo el agrado de dirigirme a su digno despacho, para saludarlo cordialmente y a la vez solicitarle facilidades para que la Bachiller **Jiménez Cerrubio, Zeny** de la Escuela Profesional de Obstetricia- UAP, realice la revisión de historias clínicas de las pacientes en estudio de la institución que usted dirige, ya que se encuentra desarrollando su tesis con el tema: **"INCIDENCIA Y CARACTERISTICAS DE PUERPERAS CON ANTICONCEPCION QUIRURGICA VOLUNTARIA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL AMAZONICO PERIODO ENERO –DICIEMBRE 2017"**

Contando desde ya con su apoyo y concedora de su espíritu colaborador a favor de la población estudiantil de la región, me despido de usted no sin antes expresarle las muestras de mi estima personal.

Atentamente:


UAP
UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS
Filial - Pucallpa

Obst. Claudia Emperatriz Moncada Cárdenas
COORDINADORA
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA
Obst. Claudia Emperatriz Moncada Cárdenas
Coordinadora
Escuela Profesional de Obstetricia
Filial Pucallpa