

UNIVERSIDAD DE HUANUCO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA ACADÉMICO DE OBSTETRICIA



TESIS

“Factores asociados al uso del acetato de medroxiprogesterona en mujeres post parto en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano, julio a diciembre 2021”

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE OBSTETRA

AUTORA: Tucto Vásquez, Nicefa Yadhira

ASESORA: Marcelo Armas, Maricela Luz

HUÁNUCO – PERÚ

2024

U

TIPO DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN:

- Tesis (X)
- Trabajo de Suficiencia Profesional ()
- Trabajo de Investigación ()
- Trabajo Académico ()

LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN: Salud Materno y Perinatal
AÑO DE LA LÍNEA DE INVESTIGACIÓN (2020)

CAMPO DE CONOCIMIENTO OCDE:

Área: Ciencias médicas, Ciencias de la salud

Sub área: Medicina clínica

Disciplina: Obstetricia, Ginecología

D

DATOS DEL PROGRAMA:

Nombre del Grado/Título a recibir: Título Profesional de Obstetra

Código del Programa: P02

Tipo de Financiamiento:

- Propio (X)
- UDH ()
- Fondos Concursables ()

DATOS DEL AUTOR:

Documento Nacional de Identidad (DNI): 76272654

DATOS DEL ASESOR:

Documento Nacional de Identidad (DNI): 04049506

Grado/Título: Doctora en ciencias de la salud

Código ORCID: 0000-0001-8585-1426

DATOS DE LOS JURADOS:

Nº	APELLIDOS Y NOMBRES	GRADO	DNI	Código ORCID
1	Pozo Pérez, Martha Alejandrina	Doctora en ciencias de la salud	22408219	0000-0003-4564-9025
2	Ballarte Baylon, Natalia	Magister en ciencias de la educación docencia en educación superior e investigación	22486754	0000-0002-0795-9324
3	Maque Ponce, Andy	Magister en salud pública y gestión sanitaria gestión de proyectos de salud	22494193	0000-0003-1181-3157

H



UDH
UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO
<http://www.udh.edu.pe>

**UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA ACADÉMICO DE OBSTETRICIA**



ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

En la ciudad de Huánuco, siendo las **diez** horas del día **veintinueve** del mes de **mayo** del año **dos mil veinticuatro**, se reunieron en el auditorio de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Huánuco en cumplimiento de lo señalado en el Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad, los jurados calificadores integrado por los docentes:

- | | |
|--------------------------------------|-----------------------------|
| • DRA. MARTHA ALEJANDRINA POZO PEREZ | Presidente |
| • MG. NATALIA BALLARTE BAYLON | Secretaria |
| • MG. ANDY MAQUE PONCE | Vocal |
| • MG. LIDIA BETZAIDA FALCON FRETTEL | (Jurado Accesitario) |

Nombrados mediante **RESOLUCION 785-2024-D-FCS-UDH**, para evaluar la Tesis intitulado **“FACTORES ASOCIADOS AL USO DEL ACETATO DE MEDROXIPROGESTERONA EN MUJERES POST PARTO EN EL HOSPITAL REGIONAL HERMILIO VALDIZAN MEDRANO, JULIO A DICIEMBRE 2021”**; presentado por la Bachiller en Obstetricia Nicefa Yadhira, TUCTO VASQUEZ, para optar el Título Profesional de **Obstetra**.

Dicho acto de sustentación se desarrolló en dos etapas: exposición y absolución de preguntas, procediéndose luego a la evaluación por parte de los miembros del Jurado.

Habiendo absuelto las objeciones que le fueron formuladas por los miembros del jurado y de conformidad con las respectivas disposiciones reglamentarias, procedieron a deliberar y calificar, declarándola aprobada por unanimidad con el calificativo cuantitativo de 16 y cualitativo de bueno.

Siendo las, 11 horas del día **veintinueve** del mes de **mayo** del año **2024**, los miembros del Jurado Calificador firman el presente Acta en señal de conformidad.

DRA. MARTHA ALEJANDRINA POZO PEREZ

DNI: 22408219

CÓDIGO ORCID:0000-003-4564-9025

MG. NATALIA BALLARTE BAYLON

DNI: 22486754

CÓDIGO ORCID: 0000-0002-0795-9324

MG. ANDY MAQUE PONCE

DNI: 22494193

CÓDIGO ORCID: 0000-0003-1181-3157



UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO

CONSTANCIA DE ORIGINALIDAD

El comité de integridad científica, realizó la revisión del trabajo de investigación del estudiante: NICEFA YADHIRA TUCTO VÁSQUEZ, de la investigación titulada “Factores asociados al uso del acetato de medroxiprogesterona en mujeres post parto en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano, julio a diciembre 2021”, con asesora MARICELA LUZ MARCELO ARMAS, designada mediante documento: RESOLUCIÓN N° 1091-2021-D-FCS-UDH del P. A. de OBSTETRICIA.

Puede constar que la misma tiene un índice de similitud del 22 % verificable en el reporte final del análisis de originalidad mediante el Software Turnitin.

Por lo que concluyo que cada una de las coincidencias detectadas no constituyen plagio y cumple con todas las normas de la Universidad de Huánuco.

Se expide la presente, a solicitud del interesado para los fines que estime conveniente.

Huánuco, 23 de agosto de 2024



RICHARD J. SOLIS TOLEDO
D.N.I.: 47074047
cod. ORCID: 0000-0002-7629-6421



FERNANDO F. SILVERIO BRAVO
D.N.I.: 40618286
cod. ORCID: 0009-0008-6777-3370

24. Yadhira Nicefa Tucto Vázquez.docx

INFORME DE ORIGINALIDAD

22%	22%	4%	10%
INDICE DE SIMILITUD	FUENTES DE INTERNET	PUBLICACIONES	TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	udh.edu.pe Fuente de Internet	4%
2	hdl.handle.net Fuente de Internet	2%
3	repositorio.unasam.edu.pe Fuente de Internet	1%
4	repositorio.upao.edu.pe Fuente de Internet	1%
5	1library.co Fuente de Internet	1%



RICHARD J. SOLIS TOLEDO,
D.N.I.: 47074047
cod. ORCID: 0000-0002-7629-6421



FERNANDO F. SILVERIO BRAVO
D.N.I.: 40618286
cod. ORCID: 0009-0008-6777-3370

DEDICATORIA

A Dios, fuente de sabiduría y guía constante en mi camino académico. Gracias por iluminar mi mente y fortalecer mi espíritu durante este viaje.

A mi familia, cuyo amor incondicional y apoyo inquebrantable han sido el pilar fundamental en cada etapa de mi vida. Su aliento ha sido mi motor y su comprensión, mi refugio.

A mi preciada hija, quien ha sido la inspiración detrás de cada paso que he dado. Tu inocencia y alegría han sido mi luz en los días oscuros, y tu presencia, mi mayor motivación para alcanzar mis metas.

Este trabajo está dedicado a ustedes, quienes han sido mi razón de ser, mi fuerza y mi felicidad. Con gratitud eterna y amor infinito.

AGRADECIMIENTO

Quisiera expresar mi profundo agradecimiento a todas las personas que han sido piezas clave en este viaje académico:

A Dios, fuente de fortaleza y sabiduría. Agradezco por la inspiración constante, la guía inquebrantable y las oportunidades que me has brindado a lo largo de este proceso.

Para mis padres, por su amor, su gran sacrificio y ayuda incondicional han sido mi mayor motivación. Su ejemplo de dedicación y perseverancia ha sido la base sobre la cual construí este logro. Gracias por ser mis pilares en los momentos difíciles y por celebrar conmigo en los triunfos.

A mi preciosa hija, mi fuente de alegría y motivo para esforzarme cada día. Tu presencia ha sido mi mayor inspiración, y cada paso que doy es con la esperanza de construir un mejor futuro para ti.

A mis estimados docentes, quienes han compartido su conocimiento y han guiado mi aprendizaje. Aprecio profundamente su compromiso y paciencia, que han enriquecido mi formación académica y personal.

Este logro no habría sido posible sin la contribución invaluable de cada uno de ustedes. A todos, mi más sincero agradecimiento.

ÍNDICE

DEDICATORIA	II
AGRADECIMIENTO	III
ÍNDICE.....	IV
ÍNDICE DE TABLAS	VII
ÍNDICE DE GRAFICOS	IX
RESUMEN	XI
ABSTRACT	XII
INTRODUCCIÓN	XIII
CAPITULO I.....	15
PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	15
1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA.....	15
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	19
1.2.1. PROBLEMA GENERAL	19
1.2.2. PROBLEMAS ESPECÍFICOS	19
1.3. OBJETIVOS	20
1.3.1. OBJETIVO GENERAL.....	20
1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	20
1.4. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	20
1.4.1. JUSTIFICACIÓN A NIVEL TEÓRICO	21
1.4.2. JUSTIFICACIÓN A NIVEL PRÁCTICO	21
1.4.3. JUSTIFICACIÓN A NIVEL METODOLÓGICO	21
1.5. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN	22
1.6. VIABILIDAD DE LA INVESTIGACIÓN.....	22
CAPITULO II.....	23
MARCO TEORICO	23
2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	23
2.1.1. ANTECEDENTES INTERNACIONALES.....	23
2.1.2. ANTECEDENTES NACIONALES	28
2.1.3. ANTECEDENTES LOCALES	33
2.2. BASES TEÓRICAS	35
2.2.1. SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA.....	35
2.2.2. PLANIFICACIÓN FAMILIAR	37

2.2.3.	PLANIFICACIÓN FAMILIAR Y COVID - 19.....	38
2.2.4.	CONTROL DE LA POBLACIÓN.....	39
2.2.5.	ORIENTACIÓN Y ASESORAMIENTO EN MATERIA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR.....	40
2.2.6.	MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS.....	45
2.2.7.	TEMPORALES.....	47
2.2.8.	MÉTODOS DE BARRERA.....	51
2.2.9.	MÉTODOS HORMONALES.....	53
2.2.10.	ANTICONCEPTIVOS INYECTABLES.....	57
2.2.11.	FISIOLOGÍA DE LAS HORMONAS SEXUALES FEMENINAS EN CICLO MENSTRUAL.....	67
2.2.12.	ACETATO DE MEDROXIPROGESTERONA.....	71
2.2.13.	FACTORES SOCIODEMOGRÁFICAS Y GÍNECO- OBSTÉTRICOS.....	81
2.3.	DEFINICIÓN CONCEPTUAL.....	82
2.4.	HIPÓTESIS.....	83
2.4.1.	HIPÓTESIS GENERAL.....	83
2.4.2.	HIPÓTESIS ESPECÍFICAS.....	83
2.5.	VARIABLES.....	84
2.5.1.	VARIABLE DEPENDIENTE.....	84
2.5.2.	VARIABLE INDEPENDIENTE.....	84
2.6.	OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.....	85
CAPITULO III.....		87
METODOLOGIA DE LA INVESTIGACIÓN.....		87
3.1.	TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	87
3.1.1.	ENFOQUE.....	87
3.1.2.	ALCANCE O NIVEL DE INVESTIGACIÓN.....	87
3.1.3.	DISEÑO.....	87
3.2.	POBLACIÓN Y MUESTRA.....	88
3.2.1.	POBLACIÓN.....	88
3.2.2.	MUESTRA.....	89
3.3.	TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS....	90
3.3.1.	TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	90
3.3.2.	APLICACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS.....	90

3.3.3.	INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	90
3.4.	TÉCNICAS PARA EL PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.....	90
3.4.1.	PROCESAMIENTO DE LOS DATOS.....	91
3.4.2.	PLAN DE TABULACIÓN DE DATOS.....	91
3.4.3.	CLASIFICACIÓN DE LOS DATOS.....	91
3.4.4.	PRESENTACIÓN DE DATOS.....	91
3.4.5.	ANÁLISIS DE INFORMACIÓN.....	91
CAPÍTULO IV.....		92
RESULTADOS.....		92
4.1.	PROCESAMIENTO DE DATOS.....	92
4.1.1.	FACTORES DEMOGRÁFICOS Y USO DE MEDROXIPROGESTERONA.....	92
4.1.2.	FACTORES GÍNECO-OBSTÉTRICOS Y USO DE MEDROXIPROGESTERONA.....	96
4.1.3.	FACTORES CULTURALES Y USO DE MEDROXIPROGESTERONA.....	99
4.1.4.	FACTORES SEXUALES – REPRODUCTIVOS Y USO DE MEDROXIPROGESTERONA.....	101
4.2.	RESULTADOS INFERENCIALES.....	106
4.3.	CONTRASTACIÓN Y PRUEBA DE HIPÓTESIS.....	108
CAPÍTULO V.....		112
DISCUSION DE RESULTADOS.....		112
5.1.	CONTRASTACIÓN DE RESULTADOS.....	112
CONCLUSIONES.....		116
RECOMENDACIONES.....		118
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....		121
ANEXOS.....		129

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Edad de las mujeres post parto en el servicio de planificación familiar ante el uso de acetato de medroxiprogesterona en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano, julio a diciembre, 2021	92
Tabla 2. Grado de instrucción de las mujeres post parto en el servicio de planificación familiar ante el uso de acetato de medroxiprogesterona en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano, julio a diciembre, 2021	93
Tabla 3. Estado civil de las mujeres post parto en el servicio de planificación familiar ante el uso de acetato de medroxiprogesterona en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano, julio a diciembre, 2021	94
Tabla 4. Ocupación de las mujeres post parto en el servicio de planificación familiar ante el uso de acetato de medroxiprogesterona en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano, julio a diciembre, 2021	95
Tabla 5. Paridad de las mujeres post parto en el servicio de planificación familiar ante el uso de acetato de medroxiprogesterona en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano, julio a diciembre, 2021	96
Tabla 6. Periodo intergenésico de las mujeres post parto en el servicio de planificación familiar ante el uso de acetato de medroxiprogesterona en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano, julio a diciembre, 2021	97
Tabla 7. Tipo de parto de las mujeres post parto en el servicio de planificación familiar ante el uso de acetato de medroxiprogesterona en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano, julio a diciembre, 2021	98
Tabla 8. Religión de las mujeres post parto en el servicio de planificación familiar ante el uso de acetato de medroxiprogesterona en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano, julio a diciembre, 2021	99
Tabla 9. Mitos y creencias de las mujeres post parto en el servicio de planificación familiar ante el uso de acetato de medroxiprogesterona en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano, julio a diciembre, 2021	100
Tabla 10. Menarquia de las mujeres post parto en el servicio de planificación familiar ante el uso de acetato de medroxiprogesterona en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano, julio a diciembre, 2021	101

Tabla 11. Año de inicio de las relaciones sexuales en las mujeres post parto del servicio de planificación familiar ante el uso de acetato de medroxiprogesterona en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano, julio a diciembre, 2021	102
Tabla 12. Edad del primer embarazo en las mujeres post parto del servicio de planificación familiar ante el uso de acetato de medroxiprogesterona en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano, julio a diciembre, 2021	103
Tabla 13. Antecedente de aborto en las mujeres post parto del servicio de planificación familiar ante el uso de acetato de medroxiprogesterona en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano, julio a diciembre, 2021	104
Tabla 14. Número de parejas sexuales de las mujeres post parto del servicio de planificación familiar ante el uso de acetato de medroxiprogesterona en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano, julio a diciembre, 2021	105
Tabla 15. Prueba de normalidad de las variables de los factores asociados al uso de acetato de medroxiprogesterona en mujeres post parto en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano, julio a diciembre, 2021	106
Tabla 16. Factores demográficos asociados al uso de acetato de medroxiprogesterona en mujeres post parto en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano, julio a diciembre, 2021	108
Tabla 17. Factores Gíneco obstétricos asociados al uso de acetato de medroxiprogesterona en mujeres post parto en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano, julio a diciembre, 2021	109
Tabla 18. Factores culturales asociados al uso de acetato de medroxiprogesterona en mujeres post parto en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano, julio a diciembre, 2021	110
Tabla 19. Factores sexuales y reproductivos asociados al uso de acetato de medroxiprogesterona en mujeres post parto en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano, julio a diciembre, 2021	111

ÍNDICE DE GRAFICOS

Gráfico 1. Edad de las mujeres post parto en el servicio de planificación familiar ante el uso de acetato de medroxiprogesterona en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano, julio a diciembre, 2021	92
Gráfico 2. Grado de instrucción de las mujeres post parto en el servicio de planificación familiar ante el uso de acetato de medroxiprogesterona en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano, julio a diciembre, 2021	93
Gráfico 3. Estado civil de las mujeres post parto en el servicio de planificación familiar ante el uso de acetato de medroxiprogesterona en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano, julio a diciembre, 2021	94
Gráfico 4. Ocupación de las mujeres post parto en el servicio de planificación familiar ante el uso de acetato de medroxiprogesterona en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano, julio a diciembre, 2021	95
Gráfico 5. Paridad de las mujeres post parto en el servicio de planificación familiar ante el uso de acetato de medroxiprogesterona en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano, julio a diciembre, 2021	96
Gráfico 6. Periodo intergenésico de las mujeres post parto en el servicio de planificación familiar ante el uso de acetato de medroxiprogesterona en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano, julio a diciembre, 2021	97
Gráfico 7. Tipo de parto de las mujeres post parto en el servicio de planificación familiar ante el uso de acetato de medroxiprogesterona en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano, julio a diciembre, 2021	98
Gráfico 8. Religión de las mujeres post parto en el servicio de planificación familiar ante el uso de acetato de medroxiprogesterona en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano, julio a diciembre, 2021	99
Gráfico 9. Mitos y creencias de las mujeres post parto en el servicio de planificación familiar ante el uso de acetato de medroxiprogesterona en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano, julio a diciembre, 2021	100
Gráfico 10. Menarquia de las mujeres post parto en el servicio de planificación familiar ante el uso de acetato de medroxiprogesterona en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano, julio a diciembre, 2021	101

Gráfico 11. Año de inicio de las relaciones sexuales en las mujeres post parto del servicio de planificación familiar ante el uso de acetato de medroxiprogesterona en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano, julio a diciembre, 2021	102
Gráfico 12. Edad del primer embarazo en las mujeres post parto del servicio de planificación familiar ante el uso de acetato de medroxiprogesterona en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano, julio a diciembre, 2021	103
Gráfico 13. Antecedente de aborto en las mujeres post parto del servicio de planificación familiar ante el uso de acetato de medroxiprogesterona en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano, julio a diciembre, 2021	104
Gráfico 14. Número de parejas sexuales de las mujeres post parto del servicio de planificación familiar ante el uso de acetato de medroxiprogesterona en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano, julio a diciembre, 2021	105

RESUMEN

Objetivo. Identificar los factores asociados al uso de acetato de medroxiprogesterona en mujeres post parto en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano, julio a diciembre 2021. **Método.** Retrospectivo correlacional en 75 mujeres postparto, evaluado con historias clínicas. Hipótesis comprobadas mediante prueba no paramétrica de Chi Cuadrado (X^2), $p \leq 0.05$. **Resultados.** De la muestra, 50 mujeres eligieron el anticonceptivo hormonal trimestral (Acetato de medroxiprogesterona), y 25 optaron por otro método (barrera). En el análisis inferencial, los aspectos demográficos, como la edad ($p=0.019$) y el estado civil ($p<.001$), destacan. En los factores gineco obstétricos, solo el periodo intergenésico ($p=0.033$) es relevante. En cuanto a los factores culturales, tanto la religión ($p<.001$) como los mitos y creencias ($p<.001$) muestran diferencias estadísticamente significativas ($p\leq 0.05$), respaldando una relación causal entre estas variables. En los factores sexuales y reproductivos, la menarquia ($p=0.858$), edad de inicio de relaciones sexuales ($p=0.731$), edad del primer embarazo ($p=0.122$), antecedentes de aborto ($p=0.842$) y número de parejas sexuales ($p=0.737$) no alcanzan el nivel de significancia $\alpha=0.05$, indicando la falta de relación significativa con el uso de acetato de medroxiprogesterona (AMP). **Conclusión.** La elección y uso de medroxiprogesterona se relacionan principalmente con factores demográficos, como la edad y el estado civil. Los factores gineco obstétricos son relevantes solo durante el periodo intergenésico, mientras que los factores culturales (religión, mitos/creencias) también influyen. Sin embargo, los factores sexuales y reproductivos no afectan la elección y uso del anticonceptivo.

Palabras claves. Factores, uso, acetato, mujeres, parto.

ABSTRACT

Objective. Identify factors associated with the use of medroxyprogesterone acetate in postpartum women at Hermilio Valdizán Medrano Regional Hospital, July to December 2021. **Method.** Retrospective, non-experimental, descriptive correlational study conducted on 75 postpartum women, with evaluation through medical records and hypothesis testing using the non-parametric Chi-square (X^2) independence test, with a p-value ≤ 0.05 . **Results.** From the sample, 50 women chose the quarterly hormonal contraceptive (Medroxyprogesterone Acetate), while 25 opted for another family planning method (barrier). In the inferential analysis of associated factors, demographic aspects such as age ($p=0.019$) and marital status ($p<.001$) stand out. In gynecobstetric factors, only the intergenetic period ($p=0.033$) shows significance. Regarding cultural factors, both religion ($p<.001$) and myths and beliefs ($p<.001$) reveal statistically significant differences ($p\leq 0.05$), supporting the existence of a causal relationship between these dimensions of the variables. On the other hand, in sexual and reproductive factors, the age of onset of menstruation (menarche) with a p-value of 0.858, the age of onset of sexual relations with a p-value of 0.731, age at first pregnancy with a p-value of 0.122, history of abortion with a p-value of 0.842, and number of sexual partners with a p-value of 0.737 surpass the significance level $\alpha=0.05$, indicating the absence of a significant relationship between these factors and the use of medroxyprogesterone acetate (MPA). **Conclusion.** Among the factors associated with the use of medroxyprogesterone, only demographic factors stand out, emphasizing age and marital status. Gynecobstetric factors are relevant only in the intergenetic period, while cultural factors (religion and myths/beliefs) also show a relationship. However, sexual and reproductive factors are not related to the choice and use of the contraceptive method.

Keywords. Factors, use, acetate, women, childbirth.

INTRODUCCIÓN

En el ámbito de la salud sexual y reproductiva en el Perú, una cantidad significativa de mujeres, jóvenes y adolescentes encuentran obstáculos para obtener los recursos informativos y acceder a los servicios que son fundamentales para el ejercicio pleno de su derecho a la planificación familiar. La falta de accesibilidad y conocimiento sobre técnicas anticonceptivas es particularmente prevalente en las regiones rurales, a pesar de que estos métodos están fácilmente disponibles. Los resultados de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2020 indican que existe una importante tasa de embarazo adolescente, lo que pone de manifiesto las disparidades existentes entre las distintas regiones. A pesar de que existen programas y técnicas anticonceptivas gratuitas, como las que brinda el Ministerio de Salud del Perú, la tasa de uso en Huánuco es bastante baja, llegando al 51,34%.⁽¹⁾

La planificación familiar es esencial para gestionar tanto la cantidad de hijos como el intervalo entre embarazos; sin embargo, aún existen obstáculos para su implementación y comprensión, sobre todo en el uso del acetato de medroxiprogesterona. A pesar de ser el método más utilizado en el Perú, con una prevalencia del 19% en la población⁽²⁾, existe un limitado conocimiento de sus efectos secundarios y pautas recomendadas. Además, la alta demanda en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano no ha sido plenamente comprendida en términos de su correlación con factores culturales, sexuales y obstétricos. Esto pone de manifiesto la necesidad de realizar más estudios en este campo, ya que es posible que la falta de conocimiento y comprensión de estas características pueda ser un factor que contribuya a las importantes tasas de abandono de la técnica.

Ante esto, la cuestión más importante que se plantea es la siguiente: ¿cuáles son las variables relacionadas con el empleo del acetato de medroxiprogesterona en puérperas del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano entre los meses de julio y diciembre del año 2021? Es el objetivo de este estudio investigar la conexión que existe entre estos elementos y el uso de medroxiprogesterona. Para este estudio se utilizaron métodos de

investigación cuantitativos, descriptivos, retrospectivos, no experimentales y correlacionales. Para la recogida de datos se utilizó un análisis documentado de historias clínicas, que incluyó la recopilación de información de 93 mujeres que acababan de dar a luz. Hay cinco capítulos que componen el marco del estudio, y la investigación concluye con algunas sugerencias, anexos y conclusiones.

CAPITULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

En el contexto de la salud sexual y reproductiva, se contempla como un derecho fundamental de las personas, independientemente de su género, a tener la capacidad de decidir de manera autónoma sobre su salud reproductiva y experimentar una vida sexual enriquecedora y completa. A pesar de ello, un número importante de mujeres, jóvenes y adolescentes en Perú continúan enfrentando obstáculos para acceder a los recursos informativos y a los servicios imprescindibles para ejercer este derecho. Es difícil para las mujeres, jóvenes y adolescentes en el Perú ejercer su derecho a recibir datos y asistencia especializados en planificación familiar ya que existe una escasa accesibilidad a estos recursos. Esto incluye la provisión de información, consejería y prescripción de diversos tipos de anticonceptivos. Es esencial para las personas en edad reproductiva porque permite a las parejas tomar decisiones bien informadas sobre si desean o no tener hijos. ⁽³⁾

Las Naciones Unidas estiman que más de los 214 millones de mujeres que están comprometidas en prevenir la gestación, una parte significativa no recurre a métodos de control de natalidad que sean confiables y efectivos. Se calcula que aproximadamente el 65% de las mujeres de América Latina y el Caribe con edades comprendidas entre los 15 y los 49 años han expresado su deseo de no quedarse embarazadas. Por otro lado, actualmente hay 24 millones de mujeres que no tienen acceso a métodos anticonceptivos contemporáneos, y otros 18 millones de mujeres que no utilizan ningún tipo de anticonceptivo. Se calcula que las mujeres que tienen una necesidad insatisfecha de anticoncepción representan el sesenta y seis por ciento de los nacimientos no deseados que se producen en las mujeres de la zona. A pesar de que la utilización mundial de técnicas anticonceptivas modernas ha aumentado del 36% en 1970 al 64% en 2016, aún queda mucho trabajo por hacer para garantizar que cada mujer tenga la capacidad de ejercer su elección para determinar si concebirá o no, cuándo lo hará y cuánto tiempo

esperará entre un parto y otro. ⁽⁴⁾

Por otro lado, al tomar en cuenta los efectos de la planificación en América Latina y el Caribe, se proyecta que existen 160 millones de jóvenes en la región. Entre las muchas variables que contribuyen a la vulnerabilidad de las adolescentes, el embarazo inesperado es una de las que más contribuye. Hay alrededor de 14 millones de niños nacidos de madres adolescentes en todo el mundo, principalmente entre los 15 y los 19 años, según cifras de Naciones Unidas. En América Latina y el Caribe se producen alrededor de 2 millones de nacimientos, lo que representa el 13% del total de nacimientos que tienen lugar en la zona. ⁽⁴⁾

El 82% de las adolescentes entre 15 y 19 años se ha quedado embarazada alguna vez en su vida, según los resultados de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2020. El 6,5% de ellas ya ha dado a luz con anterioridad, mientras que el 1,7% está gestando su primer hijo por primera vez. Es importante saber que la incidencia del embarazo adolescente es mayor en las regiones rurales, con una tasa del 12,4%. Esto es algo que debe tenerse en cuenta. En el área de Selva, la proporción de adolescentes que han sido madres anteriormente es la mayor (10,4%), mientras que el porcentaje de adolescentes que están embarazadas de su primer hijo es el menor (2,0%). Del mismo modo, la zona de la Selva tiene la mayor tasa de adolescentes que son madres o están embarazadas de su primer hijo (14,3%). Se trata del porcentaje más alto de todo el mundo. En la zona Selva, la mayoría de estas adolescentes se encuentran en el quintil de menor riqueza, que representa el 13,6% de la población. En comparación con otras regiones, la zona de la Sierra tiene una menor proporción de adolescentes que han sido madres (7,0%), y las que están situadas en el quintil de mayores ingresos tienen el menor porcentaje de adolescentes que están embarazadas de su primer hijo (2,7%). ⁽⁵⁾

Además, los numerosos métodos anticonceptivos que se utilizan en la actualidad. Una investigación del Departamento de Salud y Servicios Humanos (DHS) 2020 reveló que aproximadamente el 77,4% de las mujeres de entre 15 y 49 años que no estaban casadas y/o convivían utilizaban algún tipo de

anticonceptivo. El 55,0% de esta proporción utilizaba una técnica anticonceptiva contemporánea, mientras que el 22,0% de la población utilizaba un método tradicional. Mientras que sólo el 48,7% de las mujeres de las regiones rurales utilizaban métodos anticonceptivos contemporáneos, la mayoría de las mujeres de las zonas urbanas utilizaban métodos anticonceptivos modernos (57,1%). Por otro lado, el porcentaje de personas que recurren a métodos tradicionales es mucho mayor en las regiones rurales (29,3%) que en las zonas urbanas (20,1%).⁽⁵⁾

El Instituto Nacional Materno Perinatal reporta que utilizaron los siguientes porcentajes de métodos anticonceptivos al momento del egreso del servicio de puerperio: 34.59% preservativo, 15.48% métodos inyectables, 2.78% ligadura de trompas bilateral, 1.27% píldoras y 0.78% dispositivos intrauterinos (DIU). Además, la lactancia materna y el método de lactancia y amenorrea (MELA) son elegidos en 12,31% de las mujeres, mientras que el 29,33% de las mujeres no eligen ningún método anticonceptivo ya que no se sienten embarazadas. Es importante destacar que entre el 95% y el 98% de las mujeres que acaban de dar a luz no desean concebir otro hijo en un período de dos años siguientes al nacimiento del primero.⁽⁶⁾

Además, el Ministerio de Salud (MINSA) y Servicios Sociales ofrece trece métodos anticonceptivos diferentes accesibles sin coste alguno en 8.000 instituciones sanitarias de todo el país. Dicho esto, la tasa de utilización en Huánuco es bastante baja: 51,4%. El promedio de prevalencia de técnicas anticonceptivas en América Latina es de 70%, lo que implica que se desea un promedio mayor. Por ello, es necesario que se tomen medidas para optimizar la utilización de métodos anticonceptivos eficaces.⁽¹⁾

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), la planificación familiar permite a las personas gestionar la cantidad de hijos que desean y el intervalo entre cada embarazo. Esto se consigue mediante el uso de diversos métodos anticonceptivos y terapias contra la infertilidad. En los países en desarrollo, se calcula que unos 222 millones de mujeres no utilizan ningún tipo de anticonceptivo, a pesar de haber expresado su deseo de posponer o dejar de tener hijos.⁽⁷⁾

En Venezuela hay un 39,12% de mujeres que utilizan la técnica anticonceptiva inyectable trimestral conocida como acetato de medroxiprogesterona (MAC). En Colombia, el porcentaje de mujeres que usan acetato de medroxiprogesterona es de 35%, mientras que, en Chile, el porcentaje es de 28%. ⁽²⁾

El Ministerio de Salud de Perú reportó en 2017 que esta intervención tiene una prevalencia del 19% en la población, por lo que es la opción que más se selecciona a nivel nacional. El 75% de las mujeres sexualmente activas en edad reproductiva en el Perú utiliza algún método anticonceptivo, según lo reportado por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI, 2015). El porcentaje de personas que emplean técnicas contemporáneas es de 56,2%, siendo 54,1% de estas personas las que viven en áreas metropolitanas especialmente. El porcentaje de personas que emplean técnicas contemporáneas es 33,2% menor en las regiones rurales. Además, durante el año 2017, el acetato de medroxiprogesterona fue el tipo de anticonceptivo que más se utilizó a escala nacional. ⁽²⁾

Es de suma importancia brindar asesoría integral tanto a la madre como a su cónyuge durante todo el periodo del puerperio, enfocándose en los beneficios y limitaciones de los diferentes métodos de anticoncepción. De este modo, podrán hacer una elección responsable y bien informada. Teniendo en cuenta que la forma de anticoncepción posparto que se elija no sólo debe favorecer la lactancia, sino también proteger la salud tanto de la madre como del niño, es esencial hacer hincapié en la importancia de este procedimiento. El acetato de medroxiprogesterona es el método más frecuentemente empleado por mujeres en edad fértil y durante el postparto en nuestra nación. Sin embargo, se relaciona con una mayor tasa de abandono debido a sus efectos adversos, que incluyen, entre otros, anomalías en la menstruación, aumento de peso, dolores de cabeza, hemorragias irregulares, erupciones cutáneas, malestar estomacal, vértigo, reducción de la densidad ósea y disminución del apetito sexual. Estos son sólo algunos de los efectos no deseados. Con relación a la aplicación del acetato de medroxiprogesterona, es esencial destacar que no todas las usuarias poseen suficiente comprensión

del mecanismo de acción y de las recomendaciones que son indicadas después de la administración del medicamento. ⁽⁸⁾

Dentro de la población de personas que hacen uso del servicio de control de natalidad, el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano tiene mayor demanda en la técnica inyectable trimestral (acetato de medroxiprogesterona 150mg). Tras el parto o el aborto, estas personas reciben asesoramiento y consejo tanto antes como después de su salida del hospital. ⁽⁹⁾

Por otro lado, no se conocen bien las razones concretas por las que la técnica inyectable trimestral (acetato de medroxiprogesterona 150 mg) tiene una gran demanda tras el parto en este hospital. Lo único que se sabe es que no limita la producción de leche materna, como recomiendan los especialistas médicos. Por otro lado, aún no se ha establecido la asociación entre la usuaria y otros factores, como características culturales, sexuales y obstétricas. ⁽¹⁰⁾

Teniendo en cuenta los aspectos antes mencionados, así como las cuestiones que están siendo experimentadas por el público, me gustaría presentar la siguiente pregunta de investigación:

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. PROBLEMA GENERAL

¿Cuáles son los factores asociados al uso de acetato de medroxiprogesterona en mujeres post parto en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano, julio a diciembre 2021?

1.2.2. PROBLEMAS ESPECÍFICOS

PE₁: ¿Cuáles son los factores demográficos asociados al uso de acetato de medroxiprogesterona en mujeres post parto en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano, julio a diciembre 2021?

PE₂: ¿Cuáles son los factores gineco-obstétricos asociados al uso de acetato de medroxiprogesterona en mujeres post parto en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano, julio a diciembre 2021?

PE₃: ¿Cuáles son los factores culturales asociados al uso de acetato de medroxiprogesterona en mujeres post parto en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano, julio a diciembre 2021?

PE₄: ¿Cuáles son los factores sexuales y reproductivos asociados al uso de acetato de medroxiprogesterona en mujeres post parto en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano, julio a diciembre 2021?

1.3. OBJETIVOS

1.3.1. OBJETIVO GENERAL

Identificar los factores asociados al uso de acetato de medroxiprogesterona en mujeres post parto en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano, julio a diciembre 2021.

1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

OE₁: Identificar los factores demográficos asociados al uso de acetato de medroxiprogesterona en mujeres post parto en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano, julio a diciembre 2021.

OE₂: Determinar los factores gineco-obstétricos asociados al uso de acetato de medroxiprogesterona en mujeres post parto en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano, julio a diciembre 2021.

OE₃: Determinar los factores culturales asociados al uso de acetato de medroxiprogesterona en mujeres post parto en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano, julio a diciembre 2021.

OE₄: Identificar los factores sexuales y reproductivos asociados al uso de acetato de medroxiprogesterona en mujeres post parto en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano, julio a diciembre 2021.

1.4. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

La medroxiprogesterona es un componente esencial de la terapia anticonceptiva posparto para cumplir con las demandas de planificación

familiar de la población mujer después del parto. Lamentablemente, a menudo las pacientes no obtienen los tratamientos necesarios para alcanzar períodos de tiempo más prolongados entre embarazos o para prevenir embarazos no planificados y los riesgos que conllevan. En situaciones como éstas, la utilización de métodos anticonceptivos de larga duración inmediatamente después del parto es una opción útil para las mujeres, ya que contribuye a subsanar las deficiencias en la cobertura anticonceptiva posparto.

1.4.1. JUSTIFICACIÓN A NIVEL TEÓRICO

La importancia de conocer la función del acetato de medroxiprogesterona durante el puerperio proporcionó una sólida justificación teórica para este estudio. Por ello, tiene la habilidad para disminuir la cantidad de embarazos que se producen durante este período de tiempo, evitando así que se produzcan breves intervalos entre embarazos. Además, ayuda en la prevención de problemas que pueden surgir en las mujeres embarazadas, como el parto prematuro, la diabetes gestacional, el desprendimiento prematuro de la placenta, la mortalidad neonatal y la restricción del crecimiento intrauterino.

1.4.2. JUSTIFICACIÓN A NIVEL PRÁCTICO

Es evidente que este medicamento es bastante factible desde una perspectiva práctica, y es el método anticonceptivo que la mayoría de las mujeres eligen como método de protección contra el embarazo. Por lo tanto, a fin de evitar la interrupción de este método extremadamente confiable, los obstetras deben educar a las puérperas sobre los posibles efectos nocivos de este medicamento, así como sobre los remedios disponibles en caso de que presenten síntomas que no suelen estar relacionados con su uso.

1.4.3. JUSTIFICACIÓN A NIVEL METODOLÓGICO

Desde una perspectiva metodológica, esta investigación se ha podido llevar a cabo de forma realista y razonable. Se empleó una herramienta para la recolección de información y técnicas estadísticas

para que fuera factible medir la incidencia de las variables predisponentes entre las puérperas en su vida cotidiana. Esto se logró mediante la utilización del proceso.

1.5. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

Nuestro estudio tuvo varias limitaciones, siendo la más significativa la lentitud de reacción del hospital en los procedimientos administrativos. Además, al no haber financiación designada para el estudio, el investigador se ha visto obligado a asumir la responsabilidad de cubrir todo el coste de la presente actividad de investigación.

Las mujeres en edad reproductiva atendidas en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano durante los meses de julio y diciembre de 2021 fueron los únicos sujetos de la investigación. La carencia de recursos financieros, la ausencia de estudios previos en la región sobre el tema en cuestión, la escasa motivación de las posibles participantes para colaborar activamente en la recopilación de datos, y la limitada disponibilidad de tiempo para realizar un estudio más exhaustivo son algunos de los factores que llevaron a tomar esta decisión desde diferentes perspectivas. Es esencial aclarar que no se incluirá en la investigación a las mujeres que hayan sido remitidas al hospital desde otros centros para recibir tratamiento médico. Esto se debe al hecho de que el hospital tiene una mayor capacidad para tratar sus situaciones.

1.6. VIABILIDAD DE LA INVESTIGACIÓN

Por su trascendencia y significación en nuestra área de estudio y formación profesional, el proyecto de investigación que indaga las variables vinculadas con la utilización del acetato de medroxiprogesterona en mujeres que atraviesan el desarrollo puerperal es viable. Estudiantes y profesionales se beneficiarán de esta investigación, ya que les proporcionará conocimientos actualizados. La abundancia de informaciones accesibles actualmente sobre las partes básicas del conocimiento, como definiciones y conceptos, que ayudan a una mejor comprensión de la materia, da crédito a la viabilidad de este estudio.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

2.1.1. ANTECEDENTES INTERNACIONALES

México (2020), Valdés y Castelo. ⁽¹¹⁾ “**Anticoncepción con solo progestina (Progestin-only contraception)**”. En la época actual, el método anticonceptivo de progestágeno único se recomienda a menudo como método anticonceptivo preferido. Diferentes formas de presentación, diferentes métodos de administración y diferentes composiciones forman parte de las opciones, que abarcan una amplia variedad de escenarios y posibilidades. Entre los casos se encuentran el anticonceptivo oral de desogestrel, los implantes subcutáneos que contienen levonorgestrel o etonorgestrel, la inyección de acetato de medroxiprogesterona y el dispositivo intrauterino que libera levonorgestrel. Cada uno de ellos tiene un componente hormonal único derivado de la familia de las progestinas. Este componente es el responsable de proporcionar una anticoncepción eficaz y evitar los efectos adversos que suelen ir ligados a los estrógenos. Los anticonceptivos que sólo contienen progestágenos actúan de forma muy eficaz y eficiente principalmente mediante un efecto de retroalimentación negativa sobre el eje hipotalámico-hipofisario a nivel central. Además, altera la motilidad de los túbulos y favorece la transformación del moco cervical a nivel periférico. También induce la atrofia endometrial. Debido a que tienen mucho éxito independientemente del método de administración, los anticonceptivos que simplemente incluyen progestágenos son apropiados para ser utilizados por todas y cada una de las mujeres que buscan un método anticonceptivo. Son especialmente recomendables para las mujeres que no tienen la opción de usar métodos anticonceptivos que incluyen estrógenos, ya sea de forma temporal (por ejemplo, durante la lactancia) o permanente (por ejemplo, las mujeres que fuman y son mayores de 35 años, o aquellas

que tienen factores de riesgo adicionales para trombosis venosa profunda). También pueden utilizarse para aliviar los síntomas de la dismenorrea o sangrado menstrual excesivo. Las alteraciones en el patrón del ciclo menstrual, las variaciones en el peso provocadas por su impacto androgénico y el desarrollo de quistes ováricos funcionales suelen ser los efectos adversos más frecuentes asociados al uso de estos medicamentos.

México (2019), Ochoa. ⁽¹²⁾ **“Efecto de la exposición in vitro de medroxiprogesterona en la producción de IL10, TNF-alfa y proliferación celular de leucocitos mononucleares aislados de sangre periférica de mujeres sanas de 18 a 25 años”**. Las alteraciones en los procesos metabólicos, las manifestaciones clínicas y las respuestas inmunitarias se han relacionado con la utilización de métodos anticonceptivos basados en hormonas. La finalidad principal de esta investigación era investigar los efectos de la exposición a los análogos de la progesterona que se encuentran en los métodos anticonceptivos hormonales en relación con la producción de citocinas en los leucocitos, así como las modificaciones en el desarrollo celular inducidas por la exposición a la medroxiprogesterona, que actúa como un análogo de la progesterona que se utiliza como anticonceptivo. Para lograr este objetivo, se tomaron un total de veinte muestras de sangre de mujeres que gozaban de buena salud y tenían entre 18 y 25 años. Se registraron meticulosamente todos los historiales médicos de las solicitantes, incluidos detalles sobre sus embarazos y el estado de su salud reproductiva. Como paso adicional, se utilizó una punción venosa para recoger una muestra de sangre de 10 mililitros con el fin de aislar leucocitos mononucleares. Tras un periodo de incubación de veinticuatro horas, las células se sometieron a tratamiento con medroxiprogesterona en dosis de 2,5 mg/mL, 5 mg/mL o 10 mg/mL durante tres o veinticuatro horas. Las dosis que se seleccionaron se diseñaron para simular los niveles normales de la hormona que se encuentran en la circulación después de haber sido administrada a criaturas vivas o animales. Se utilizó un método conocido como ELISA para determinar los niveles de

las citocinas TNF-alfa e IL-10 presentes en el fluido que rodeaba las células. También se utilizó una técnica conocida como citometría de flujo para investigar la proliferación de las células. Según los resultados, se observó un patrón de disminución de los niveles de TNF-alfa con una mayor exposición a la hormona durante periodos de tiempo más prolongados. En cuanto a la IL-10, los niveles descubiertos fueron insignificantes y no se observó ningún patrón discernible. Respecto a la proliferación celular, no se detectaron alteraciones en el proceso de crecimiento celular; sin embargo, se produjo un posible aumento en el número de células que experimentaban apoptosis. Esto indica que el medicamento puede tener un efecto sobre las células que componen el sistema inmunitario.

Ecuador (2018), Calle. ⁽¹³⁾ **“Conocimientos y prácticas de la anticoncepción en mujeres postparto en el área de hospitalización de ginecología y obstetricia del Hospital Alfredo Noboa Montenegro”**. El concepto de período posparto se refiere a los cuarenta días que siguen al parto, durante los cuales las madres atraviesan un periodo de transformación tanto física como psicológica. Es de suma importancia dar prioridad a la salud sexual y reproductiva de las mujeres en su totalidad durante este periodo. También, es esencial proporcionar a las mujeres información sobre diversos métodos de planificación familiar para evitar o retrasar futuros nacimientos. El propósito de este estudio es evaluar el grado de familiaridad y la aplicación de diversos métodos anticonceptivos entre las mujeres que acaban de dar a luz, así como disponer de herramientas que permitan difundir esta información. En la presente investigación se utiliza un enfoque de investigación observacional descriptiva, junto con técnicas de investigación cualitativas y cuantitativas. La investigación es un estudio transversal corto que se realizó en agosto de 2018 e se incluyó una muestra de 104 mujeres en el posparto que recibieron atención en el servicio de Ginecología tanto por parto normal como por cesárea. La información se recopiló mediante el uso de un cuestionario en una encuesta que se llevó a cabo después de que las participantes dieran su permiso informado.

La mayoría de las mujeres involucradas en el estudio pertenecían a las siguientes categorías: eran mestizas, tenían entre 16 y 25 años, mantenían una relación que incluía la cohabitación y declararon tener un hijo. El 47% de los participantes no conocía ningún método anticonceptivo, mientras que el 87% conocía al menos una técnica. Sin embargo, el 65,4% de los encuestados afirmó no utilizar ningún tipo de anticonceptivo, y el 71,2% de los encuestados no buscó información sobre planificación familiar. Como consecuencia de esto, se entregará información oportuna, la cual se generará a partir de la construcción de un enfoque educativo específicamente diseñado para aumentar la comprensión de la planificación familiar y su significado.

Nicaragua (2017), Corea y Hernández. ⁽¹⁴⁾ **“Conocimientos, actitudes y prácticas sobre métodos anticonceptivos posparto en el personal médico del Hospital Gaspar García Laviana, septiembre a diciembre 2016”**. Una investigación que se realizó en el Hospital Gaspar García Laviana del departamento de Rivas, fue un estudio descriptivo de tipo transversal. El propósito de la investigación fue indagar sobre los conocimientos, actitudes y comportamientos de los médicos tratantes con relación a las opciones de anticoncepción postparto. KAP, por sus siglas en inglés, knowledge, attitudes, and practices, fue la metodología que se utilizó en esta investigación, la cual se llevó a cabo entre septiembre y diciembre de 2016. La muestra se recogió mediante el uso de un muestreo de conveniencia, que consistió en una encuesta con preguntas cerradas realizada a cincuenta y dos médicos con el fin de recoger información sobre sus características sociodemográficas, conocimientos, actitudes y prácticas. Para recabar información, realizamos una encuesta que constaba de veintiséis preguntas cerradas para evaluar los conocimientos. Para ser considerados conocedores, los participantes fueron evaluados en función de su capacidad para responder correctamente a 18 preguntas. Para evaluar las actitudes, planteamos ocho preguntas cerradas, y se consideró que tenían una actitud positiva las personas que respondieron afirmativamente a siete de las preguntas. Las prácticas se observaron

durante las visitas médicas en la sección de ginecología a lo largo de diez días que se alternaron entre sí, y se evaluaron directamente un total de ocho aspectos. Para tabular la información se utilizó la aplicación SPSS. Según los resultados, el nivel de conocimientos alcanzó el 73,1%, el de actitudes positivas el 78,8% y el de buenas prácticas el 68,5%.

Ecuador (2020), Luzuriaga y Velecela.⁽¹⁵⁾ **“Prevalencia y tipo de anticoncepción post-parto inmediato en puérperas del Hospital Moreno Vázquez. Año 2018. Gualaceo”**. La investigación se centra en el puerperio, que es el periodo de tiempo que transcurre cuarenta días después de que una mujer haya dado a luz. Este periodo de tiempo requiere una mayor atención a la salud sexual y reproductiva con el fin de evitar o retrasar la concepción no deseada. En el transcurso del 2018, el propósito de este estudio es establecer la frecuencia y los tipos de métodos anticonceptivos utilizados inmediatamente después del parto en mujeres en el posparto que recibieron atención en el Hospital Moreno Vázquez del cantón Gualaceo. En este estudio, los investigadores examinaron 411 historias clínicas de mujeres en el posparto que recibieron atención en el hospital. La investigación se realizó mediante una técnica observacional, analítica, transversal y retrospectiva. Se facilitó anticoncepción a estas 86 personas. Se realizó una investigación destinada a explorar la conexión entre la anticoncepción posparto y determinadas características. Estos factores incluían ser menor de 19 años, tener menos de seis años de educación, no estar casada y recibir asesoramiento sobre planificación familiar (asesoramiento sobre PF). Los resultados del análisis de los datos obtenidos se presentaron en tablas básicas y compuestas. El análisis se realizó con el programa SPSS. Según los resultados, el porcentaje de mujeres que utilizaron técnicas anticonceptivas poco después del parto fue del 20,9% (86), considerando que la ligadura de trompas es el método más frecuentemente adoptado con un 61,6% (53), seguido del implante subdérmico con un 25,6% (22). El implante subdérmico fue el método de elección para las mujeres menores de veinte años, mientras que la esterilización quirúrgica fue el método de elección para las mujeres de

más de veinte años. Las variables edad ($p = 0,007$), nivel educativo ($p = 0,004$) y orientación sobre planificación familiar ($p = 0,005$) presentaron una significancia estadística, mientras que el estado civil no mostró significancia estadística ($p = 0,06$). Conclusiones: La incidencia del uso de métodos anticonceptivos en el periodo inmediato posparto en nuestra clínica aún está por debajo de los estándares recomendados emitidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS), que prescriben un rango de 75% a 85%.

2.1.2. ANTECEDENTES NACIONALES

Lima (2019), Celestino. ⁽¹⁶⁾ “Factores asociados al uso de métodos anticonceptivos en el postparto en pacientes atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unánue. Lima, 2018”. El propósito de la investigación fue determinar los parámetros que se vinculan con el uso de diversos métodos anticonceptivos durante el puerperio en cuanto a las pacientes que recibieron atención en el Hospital Nacional Hipólito Unánue de Lima entre octubre y diciembre de 2018. A nivel de la relación de pareja, esta investigación se realizó utilizando estrategias que incluyeron la observación, el análisis transversal y la investigación prospectiva. Ciento setenta y siete pacientes puérperas que satisfacían los criterios de selección fueron incorporadas a la muestra. En el análisis de los datos cualitativos se utilizaron los enfoques de distribución de frecuencias absolutas y relativas. Se utilizaron pruebas estadísticas como el chi-cuadrado de Pearson, prueba exacta de Fisher y prueba de tendencia lineal a nivel inferencial con el fin de extraer conclusiones. Si el valor p era inferior a 0,05, se determinaba que la asociación era estadísticamente significativa. Los anticonceptivos hormonales, en particular el anticonceptivo trimestral y el implante hormonal subcutáneo, fueron el método anticonceptivo más utilizado, representando el 85% de todas las concepciones. También se utilizaron preservativos y métodos de barrera, que representaron el 15% de todos los nacimientos. Se demostró que el estado civil relacionado con la convivencia ($p = 0,007$), la intención de la disposición de la pareja para emplear métodos anticonceptivos ($p = 0,048$) y el impacto de la pareja en la elección de

estos métodos hormonales ($p=0,007$) fueron las características sociodemográficas que se vincularon con la utilización de métodos anticonceptivos durante el periodo posparto. Por otro lado, los elementos que fueron considerados como técnicas de barrera fueron estar casada, la ausencia de interés en la participación de la pareja en la utilización de métodos anticonceptivos y la falta de influencia del cónyuge en la elección del método. El examen de la relación entre el uso de anticonceptivos después del parto y las variables obstétrico-ginecológicas y culturales reveló que no había relación significativa ($p>0,05$). Entre las pacientes que fueron examinadas en el Hospital Nacional Hipólito Unánue de Lima entre octubre y diciembre de 2018, los factores que determinaron si usaron o no anticonceptivos a lo largo de su puerperio fueron su estado civil, la intención de su pareja de usar anticonceptivos y el impacto de su pareja en la toma de decisiones sobre la selección del método.

Juliaca (2019), Vilavila.⁽¹⁷⁾ “Características socio-reproductivas de usuarias de acetato de medroxiprogesterona relacionado a su peso en el Centro de Salud Guadalupe 2018”. El propósito de este estudio es evaluar las características socio-reproductivas de las pacientes que tomaban acetato de medroxiprogesterona en el Centro de Salud de Guadalupe durante el período de 2018, tomando en cuenta sus condiciones de peso. En la metodología de la investigación se utiliza una técnica no experimental y en la tesis se utiliza una estrategia cuantitativa. tiene un diseño transversal y un énfasis en los factores relacionales como sus características definitorias. Dentro de la población se contó con cien personas que utilizaban el método hormonal de acetato de medroxiprogesterona para la planificación familiar en el Centro de Salud «Guadalupe» ubicado en la ciudad de Juliaca. El tamaño de la muestra del estudio incluyó un total de ochenta casos. La hipótesis se puso a prueba mediante análisis chi-cuadrado. Los resultados mostraron una significativa correlación entre las características sociodemográficas de los usuarios y el aumento de peso. En concreto, el 16,2% de la muestra estaba formado por usuarias mayores de 35 años, el 22,5% había

terminado la enseñanza secundaria, el 22,4% estaba casada y el 20,0% era ama de casa. Respecto a las características reproductivas de las mujeres que utilizan el servicio, el 18,8% de ellas ha dado a luz muchas veces, el 17,5% ha tenido un intervalo de más de cuatro años entre embarazos y el 23,8% lleva utilizando el método cinco años o más. Los comportamientos diarios de las usuarias son los siguientes: El 18,7% sigue a veces una dieta sana, el 30% lleva un estilo de vida sedentario, el 22,5% toma medicamentos peligrosos como el consumo de café y el 20,1% experimenta alteraciones emocionales como ansiedad. Como resultado de la comparación entre el uso inicial y el uso actual de anticonceptivos, se ha observado que el 55,0% entre usuarias, ha mantenido el mismo índice de masa corporal, mientras que el 36,2% ha tenido un aumento de peso y el 8,8% ha experimentado una reducción de peso. Por ello, la existencia de un vínculo queda confirmada y respaldada por el estadístico Chi-cuadrado que presentamos anteriormente. De acuerdo con los hallazgos del estudio llevado a cabo en el Centro de Salud Guadalupe durante el año 2018, se descubrió una relación entre el peso de los individuos que utilizaron acetato de medroxiprogesterona y sus características socio-reproductivas. Este hallazgo sugiere que existe la posibilidad de generar nueva información.

Huancavelica (2017), Espinoza y Riveros.⁽¹⁸⁾ “Efectos secundarios de acetato de medroxiprogesterona, en las usuarias del servicio de planificación familiar del Centro De Salud Santa Ana, de la provincia y región de Huancavelica durante el año 2017”. En el año 2017, el objetivo fue determinar si el uso del acetato de medroxiprogesterona tuvo o no algún impacto negativo en las personas que utilizaron el programa de planificación familiar proporcionado por el Centro de Salud Santa Ana en Huancavelica. En cuanto a la metodología, el estudio utilizó un enfoque fundamental, con un nivel de análisis descriptivo. Para la técnica se utilizó un enfoque descriptivo directo y transversal. La muestra demográfica y muestral estuvo conformada por 180 individuos que se habían inscrito al programa de planificación familiar del Centro de Salud Santa Ana en Huancavelica durante el año 2017. Estas personas habían

utilizado el procedimiento de acetato de medroxiprogesterona. Dentro de los descubrimientos, la mayor parte de personas que utilizan el acetato de medroxiprogesterona (AMDP) son adultos. Hubo un total de 58 personas que utilizaron este medicamento. El 99% (106), es decir, del total de usuarias, son multigestacionales. El 28% de ellas, es decir, el 78,6%, son multigestacionales. La categoría de mujeres adultas jóvenes representa el 70,6% (48) del número total de usuarias, y todas y cada una de ellas son personas que nunca han dado a luz antes. Además, las mujeres multigestacionales representan el 21,4% (24) de la población adulta joven. Las adolescentes son sólo dos de nuestros clientes. Del mismo modo, el cuarenta y seis por ciento (73), es decir, el cuarenta y seis por ciento, del total de personas que utilizan PDMA han completado estudios superiores que no son universitarios. El 73% de ellos son solteros, mientras que el 27,9% están casados y han terminado sus estudios superiores. De estos usuarios, sólo el 2,9% (19) se consideran adolescentes. El 27,9% (19 personas) de los que tienen estudios secundarios están casados, y el 25,3% (21 personas) tienen una relación estable por cohabitación. En cuanto a los estudios primarios, el 19,1% de la población, es decir, trece personas, están casadas. Por último, el 1,2% de la población es analfabeta y convive. En cuanto al tiempo que llevan utilizando el PSA inyectable trimestral, la mayoría de los individuos, que representan el 56,7% (102) del total, llevan utilizando la técnica más de un año. Además, el 75,5% (77) de estos individuos se consideran en edad adulta. Una abrumadora mayoría de usuarios de PSA, que representa el 86,7% (156) del total de usuarios, indicó no tener antecedentes personales. Había antecedentes de hipertensión entre el segundo grupo más numeroso, que constaba de diez usuarios y representaba el 5,6% del total. Uno de los efectos negativos más frecuentes del acetato de medroxiprogesterona fue la ausencia de menstruación, que experimentaron el 83,3% (150) de las personas utilizando el medicamento. El siguiente síntoma es el dolor de cabeza, experimentado por el 77,8% de las usuarias (140 en total). Además, el 63,9% (115) de los usuarios informaron de un aumento de su apetito, mientras que el 62,2% (112) de toda la población de usuarios informaron

de un aumento de su peso por el uso del producto. Los efectos secundarios más frecuentes que se observaron con la administración de el acetato de medroxiprogesterona resultó en ausencia de menstruación, notificada por el 83,3% (150) de las participantes, dolor de cabeza, notificado por el 77,8% (140), aumento del apetito, notificado por el 63,9% (115), y aumento de peso, registrado por el 62,2% (112). Algunos de los efectos adversos menos frecuentes notificados por las usuarias fueron los siguientes: manchado en el 16,7% (30) de los casos, acné en el 16,1% (29) de los casos y alopecia en sólo el 15,6% (28) de los casos. Además, el 15% (27) de las usuarias sufrieron efectos secundarios adicionales, como sangrado menstrual irregular y manchas faciales.

Ica (2021), Clares. ⁽¹⁹⁾ “Tiempo de uso del acetato de medroxiprogesterona y efectos secundarios en usuarias atendidas en el Puesto De Salud De La Venta – 2020”. El objetivo principal de la investigación es determinar si existe o no una conexión entre el tiempo que los individuos han estado utilizando el acetato de medroxiprogesterona y la manifestación de efectos secundarios en las personas que acudieron al Puesto de Salud de La Venta durante el año 2020. El enfoque del estudio que se utilizó se conoce como investigación básica, y el tamaño de la muestra consistió en 169 individuos la aparición de efectos adversos en los pacientes que asistieron al Puesto de Salud de La Venta en el año 2020. La amenorrea, que ocurrió en el 55% de los casos, y el sangrado definido como manchado, que se registró en el 25,4% de los casos, resultaron ser las anomalías mensuales más frecuentes, según los datos. En el cincuenta y cinco por ciento de las pacientes, el síntoma más común era el dolor de cabeza. En cuanto al tiempo que llevaban utilizando el método del acetato de medroxiprogesterona, el sesenta y cuatro por ciento de las participantes lo habían utilizado durante un periodo de tiempo que oscilaba entre los tres y los seis meses. Según estos resultados, parece existir una correlación estadísticamente importante entre la duración del uso del acetato de medroxiprogesterona y la incidencia de efectos adversos en quienes lo toman.

La libertad (2020), Murga. ⁽²⁰⁾ Relación entre uso del acetato de medroxiprogesterona con el climaterio en mujeres de 35 a 45 años. Hospital regional docente de Trujillo 2019. En el transcurso del año 2019 se realizó una investigación cuantitativa y descriptiva en el Hospital Regional Docente de Trujillo con el objetivo de examinar la posible conexión entre el uso de 150 miligramos de acetato de medroxiprogesterona y la manifestación de síntomas climatéricos en mujeres de entre 35 y 45 años. Un total de 122 mujeres participaron en el estudio de investigación, 61 de las cuales tomaban anticonceptivos inyectables trimestralmente, mientras que las otras 61 no utilizaban ningún anticonceptivo hormonal. Además del test de Goldberg, que se utilizó para evaluar el nivel de ansiedad y depresión de un individuo, el proceso de recopilación de datos incluyó una encuesta validada que comprendía ocho indicadores con requisitos de frecuencia. Los resultados de la investigación mostraron que las personas que utilizaban acetato de medroxiprogesterona 150 mg no presentaban ningún signo o síntoma, mientras que el 34,4% de las que utilizaban el medicamento sí sufrían tales síntomas. Además, la mayoría de las usuarias, que representaban el 68,85% del total, llevaban tomando la sustancia entre uno y dos años. La disminución de la libido fue el síntoma más frecuente, con un 45,9% de los casos, seguido de los sofocos (42,6%) y la sequedad vaginal (36,1%). En el Hospital Regional Docente de Trujillo, en 2019, se descubrió una relación estadísticamente significativa entre la inyección de 150 miligramos de acetato de medroxiprogesterona y la aparición de signos y síntomas climatéricos en mujeres de 35 a 45 años. Se determinó que esta correlación era estadísticamente significativa ($p < 0,05$).

2.1.3. ANTECEDENTES LOCALES

Huánuco (2017), Malpartida. ⁽⁹⁾ **“Factores asociados para la elección del acetato de medroxiprogesterona como método anticonceptivo en usuarias nuevas del servicio de planificación familiar del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano – Huánuco 2016”**. El objetivo de este estudio fue determinar las variables

que intervienen en la decisión de utilizar el acetato de medroxiprogesterona como opción de anticoncepción para las personas que visitaron por primera vez el servicio de planificación familiar en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco en 2016. Se incluyó un total de 229 mujeres como muestra representativa para la investigación que realizamos. Para el estudio se utilizaron métodos de investigación descriptivo, prospectivo y transversal. Los fines del proyecto se lograron mediante el uso de encuestas y un cuestionario estructurado como herramientas para la recopilación de datos en la investigación científica. Según los resultados del estudio, se ha determinado que los jóvenes de entre 20 y 24 años son los principales usuarios de medroxiprogesterona como método anticonceptivo. Esto es especialmente cierto en el caso de quienes han finalizado sus estudios universitarios. Además, la mayoría de las personas que se decantan por esta opción son parejas que conviven en el mismo hogar.

Huánuco (2018), Leiva.⁽²¹⁾ **“Funcionalidad familiar y aceptación de métodos anticonceptivos en puérperas del Hospital Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco, 2017”**. Con el objetivo de determinar si existe o no relación entre la facilidad para funcionar dentro de una familia y el grado de aceptabilidad hacia diversos métodos anticonceptivos. En la investigación participaron 260 madres mujeres en el posparto del Hospital Hermilio Valdizán Medrano en Huánuco, se utilizó un diseño correlacional y contó con un tamaño muestral de sesenta y cinco participantes. El año 2017 fue el año en que se realizó la recolección de datos. En el transcurso de la investigación se utilizó un cuestionario para determinar el grado de aceptación de distintos métodos anticonceptivos. Además, se emplearon escalas para evaluar el APGAR familiar, las dinámicas dentro del núcleo familiar y la apreciación del subsistema conyugal. En el análisis inferencial, se aplicó el coeficiente de correlación Rho elaborado por Spearman. Los hallazgos indicaron que el 92,3% de las mujeres en el posparto, es decir, 240 de ellas, mostraban una actitud favorable hacia los distintos métodos anticonceptivos. En cuanto al funcionamiento de la familia, el 55,8% de

las puérperas (145 puérperas) tenían un alto grado de apego familiar, el 47,3% de las puérperas (123 puérperas) demostraban una funcionalidad moderada en las conexiones intrafamiliares, y el 62,7% de las puérperas (163 puérperas) eran compañeras funcionales dentro del subsistema conyugal. Por otro lado, hubo una correlación relevante entre la aceptación de métodos anticonceptivos y el desempeño del núcleo familiar, determinado por el APGAR familiar, los vínculos intrafamiliares y el subsistema conyugal. Existe una alta asociación entre el funcionamiento del núcleo familiar y la disposición hacia métodos anticonceptivos en mujeres en el posparto del Hospital Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco. El valor p para cada una de estas correlaciones indicó que era menor o igual a 0,000.

2.2. BASES TEÓRICAS

2.2.1. SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

La salud sexual es fundamental para el bienestar integral de los individuos, las parejas y las familias, así como para el avance social y económico de las comunidades y naciones. Involucra una perspectiva constructiva y respetuosa hacia la sexualidad y las interacciones sexuales, así como la posibilidad de disfrutar de experiencias sexuales agradables y seguras, sin coacción, discriminación ni violencia. Tanto los hombres como las mujeres deben tener acceso a información precisa sobre el sexo y la sexualidad, ser conscientes de los riesgos asociados a la actividad sexual sin protección y tener la capacidad de buscar atención sanitaria sexual. También es muy importante residir en un ambiente que apoye y promueva progresivamente la salud sexual y reproductiva. ⁽²²⁾

Por otro lado, la Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud sexual como un estado óptimo de bienestar físico, emocional, mental y social en relación con la sexualidad; no se limita únicamente a la ausencia de enfermedad, disfunción o discapacidad. Para alcanzar y preservar la salud sexual, es necesario que se respeten, protejan y

ejerzan plenamente los derechos sexuales de todas las personas, sin embargo, la sexualidad es un componente fundamental del ser humano a lo largo de toda su existencia e involucra el sexo, las identidades y roles de género, la orientación o preferencia sexual, el erotismo, el placer, la intimidad y la reproducción. Este aspecto se experimenta y manifiesta a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias y actitudes, La sexualidad constituye un elemento esencial en la vida humana desde el inicio hasta el final de la existencia, abarcando el sexo, las identidades y roles de género, las orientaciones o preferencias sexuales, el erotismo, el placer, la intimidad y la procreación. Este aspecto se vive y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias y actitudes. ⁽²³⁾

La Salud Reproductiva, definida desde otra perspectiva, es la capacidad de los individuos de tener una vida sexual segura y satisfactoria, con autonomía para determinar el momento, la forma y la frecuencia de la reproducción. Este concepto engloba la práctica de una sexualidad consciente y responsable, basada en relaciones de igualdad y equidad entre los géneros, y el respeto absoluto por la integridad física del ser humano. Además, implica asumir la responsabilidad de las consecuencias derivadas del comportamiento sexual. La sexualidad y la reproducción son elementos fundamentales de la salud sexual y reproductiva, con la sexualidad siendo un aspecto integral y constante en la vida de los individuos a lo largo de su existencia y se desarrolla con el paso de los años, a partir de los conocimientos, valores, creencias y tradiciones del entorno social influyen profundamente en la sexualidad, la cual es una dimensión con la que todas las personas interactúan diariamente y que va más allá de lo físico, como las relaciones sexuales. Se manifiesta en las diversas maneras en que los individuos expresan y se relacionan con su entorno social, representando una significativa fuente de bienestar y satisfacción tanto física como emocional. No obstante, también es uno de los pilares sobre los cuales se erigen las desigualdades y disparidades. Mientras la sexualidad es una constante en la vida de las personas, la reproducción es una capacidad temporal

de engendrar que poseen tanto hombres como mujeres. En el caso de las mujeres, esta capacidad está restringida a los días fértiles del ciclo menstrual, durante el período que va desde la menarquia hasta la menopausia, esto nos lleva a definir que el cuidado de la salud sexual y reproductiva abarca un conjunto de métodos, técnicas y servicios destinados a la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación que favorecen la salud sexual y reproductiva y el bienestar de los individuos, adaptándose a sus necesidades cambiantes en cada fase de la vida. La calidad de vida y el estado de salud de las personas están fuertemente condicionados por sus prácticas y comportamientos en el ámbito sexual y reproductivo, haciendo de la salud sexual y reproductiva un factor crucial para el mejoramiento de la calidad de vida. ⁽²⁴⁾

2.2.2. PLANIFICACIÓN FAMILIAR

La planificación familiar brinda a los individuos la capacidad de gestionar la cantidad de hijos que desean tener y el intervalo entre los embarazos. Implica el uso de métodos anticonceptivos y el tratamiento de la infertilidad. Por lo tanto, desempeña un papel crucial en el programa de salud reproductiva de la Organización Mundial de la Salud (OMS). El acceso a métodos anticonceptivos seguros y efectivos ayuda a disminuir la mortalidad materna, al minimizar los riesgos asociados a los abortos inseguros y el impacto del embarazo. ⁽²⁵⁾

La planificación familiar se refiere a la amplia gama de prácticas empleadas por individuos o parejas para regular su reproducción y descendencia. Permite a los individuos tomar decisiones informadas sobre el momento óptimo para la paternidad y el número deseado de hijos. Como consecuencia, la actividad sexual ya no se asocia únicamente a la procreación, puesto que las parejas pueden sostener relaciones sexuales sin el riesgo de concepción. ⁽²⁶⁾

Sin embargo, es importante señalar que este término se refiere a una estrategia que puede parecer simple o sencilla, pero que en realidad abarca mucho más que ayudar a las familias a adoptar comportamientos reproductivos adecuados para alcanzar sus objetivos relacionados con la salud. De hecho, se trata de un concepto estrechamente vinculado al

progreso y avance de naciones enteras. Las cuestiones reproductivas, hoy en día y desde la antigüedad, no sólo han sido una preocupación, pues no solo afecta a las familias, sino que también ha llegado a ser una preocupación personal, ya que los individuos han tomado conciencia de que el ejercicio de su sexualidad puede, en ciertas situaciones, llevar a embarazos no deseados en mujeres y niños. Esta inquietud personal, en tiempos recientes, se ha transformado en una preocupación global, en este marco, el concepto contemporáneo de planificación familiar emerge como una estrategia integral que no solo busca optimizar la salud sexual y reproductiva de los individuos, sino también impactar positivamente en la educación, mitigar la pobreza, mejorar el entorno ecológico y fomentar el crecimiento económico de los países. En esencia, se trata de una visión más abarcadora que debe ser considerada por los responsables de la toma de decisiones gubernamentales. Esta visión debe ser apreciada como una herramienta esencial para alcanzar un desarrollo sostenible y equilibrado de las naciones. ⁽²⁷⁾

2.2.3. PLANIFICACIÓN FAMILIAR Y COVID - 19

La planificación familiar a lo largo de la pandemia de COVID-19 es un reto importante. Para afrontarlo, proponemos implementar nuevas estrategias que promuevan una salud sexual y reproductiva responsable. Estas tácticas deben sustentarse en los principios de equidad y paridad de género. A través de la planificación familiar podemos prevenir muertes maternas, reducir la incidencia de embarazos no planificados, mejorar la salud de los niños (aumentando sus posibilidades de supervivencia) y promover la adopción de prácticas sexuales responsables y más seguras. Es crucial abordar esta cuestión desde la adolescencia y la edad adulta temprana, así como durante la atención prenatal de las mujeres embarazadas. Durante estas etapas, las personas deben recibir asesoramiento sobre sus intenciones reproductivas y el espaciamiento óptimo entre nacimientos, o la decisión de no tener más hijos. Además, la atención posparto o puerperio inmediato debe incluir la provisión de métodos anticonceptivos gratuitos y seguros que se adapten a las necesidades y preferencias de las personas. ⁽²⁸⁾

2.2.4. CONTROL DE LA POBLACIÓN

El criterio de población se aplica de la siguiente manera: Se toma en cuenta el 60,8% del total de la población femenina en edad fértil (PFE), que constituye el 51,2% de las usuarias de métodos de Planificación Familiar (PF). Además, el 8,6% de la población total de PF representa la demanda insatisfecha de PF, mientras que el 1,0% representa el fracaso anticonceptivo. Estas cifras (60,8% de PF) son indicativas del grado de satisfacción de las necesidades y preferencias de la población. De los resultados totales (60,8% de la PFM), el MINSA debería cubrir al 51,9% de la población, asumiendo la existencia de otros prestadores de servicios de planificación familiar. Sin embargo, en las zonas donde el MINSA es el único prestador de servicios de salud, se debe tomar en cuenta el 60,8% del total de MFS de esa zona para efectos de programación. Según DIRESA, DISA, DIRIS, la población de HSM (2019) en Huánuco es de 216,779 habitantes. La tasa actual de uso de métodos es de 53,4%, con una demanda insatisfecha de 7,5% y una tasa de falla de métodos de 1,0%. Esto resulta en una demanda total de planificación familiar de 61,9%, y el Ministerio de Salud (MINSA) atiende el 51,9% de esta demanda. ⁽²⁹⁾

En Perú, el porcentaje de mujeres que están actualmente casadas que usan métodos anticonceptivos ha evolucionado de manera diferente según su lugar de residencia. En el área urbana, el porcentaje de uso era de 58,5% en 1986, mostrando un incremento significativo a 75,8% en 2019. Del mismo modo, en las zonas rurales, el porcentaje de uso era del 24,0% en 1986, pero experimentó un cambio drástico con un aumento del 76,1% en 2019. Estos resultados indican una mejora positiva en el ámbito de la planificación familiar. ⁽³⁰⁾

En la actualidad, El gobierno, a través del Ministerio de Salud, ofrece a las mujeres la oportunidad de ejercer su derecho a la maternidad de forma consciente y responsable, promoviendo relaciones equitativas entre los géneros y respetando la integridad física de cada individuo. En consecuencia, la planificación familiar ha emergido como

una estrategia clave. El Ministerio de Salud proporciona servicios de asesoramiento y orientación, además de facilitar el acceso a métodos anticonceptivos, para satisfacer las necesidades de la población, este principio también aplica a adolescentes y mujeres jóvenes en edad reproductiva que se embarazan por desconocimiento y por falta de métodos anticonceptivos; es crucial redirigir los esfuerzos hacia la cobertura de la demanda de aquellos segmentos de la población que aún no tienen acceso a los servicios de planificación familiar, ya sea por barreras geográficas o falta de información. Se debe resaltar la importancia de la planificación familiar, que ofrece múltiples ventajas a las parejas, como evitar la sobrepoblación y sus consecuencias asociadas, como la desnutrición y el abandono escolar, al no poder satisfacer las necesidades básicas de los hijos. ⁽³¹⁾

2.2.5. ORIENTACIÓN Y ASESORAMIENTO EN MATERIA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

La orientación/asesoramiento es un tipo de comunicación en la que el asesor establece un contacto directo y privado para proporcionar a los clientes información abundante y precisa. Esto permite a los clientes reflexionar y analizar la información, lo que les permite tomar decisiones voluntarias y bien informadas.

Por lo tanto, puede afirmarse que la orientación y el asesoramiento deben clasificarse en las siguientes categorías:

a) Servicios integrales de orientación y asesoramiento en planificación familiar

La orientación y el asesoramiento eficaces facilitan:

- Evaluar las ventajas y los posibles inconvenientes de las distintas técnicas anticonceptivas.
- Ayudar al cliente a evaluar sus necesidades.

- Facilitar al cliente la toma de decisiones bien informadas y voluntarias con respecto a la fertilidad y la anticoncepción.
- Establecer un medio de contacto eficaz y recíproco entre el asesor y el cliente.
- Proporcionar información pertinente y posibilitar que el usuario la adapte y emplee de acuerdo con sus requisitos y contextos individuales.
- Ayudar al cliente en el uso eficaz de las técnicas anticonceptivas.
- Aumentar la eficacia y la constancia en el uso de un método determinado.

Categorías de usuarios:

- Nuevo usuario (del método): Individuo que adopta voluntariamente una técnica anticonceptiva por primera vez en su vida. Un nuevo usuario puede ser considerado un nuevo usuario para cada método diferente que elija utilizar, y también se lo puede denominar cliente.
- Continuador (del método): Individuo que afirma el uso actual o pasado del método anticonceptivo.

b) Asesoramiento y orientación a las puérperas

Las puérperas tienen la opción de comenzar a usar los siguientes métodos inmediatamente: Método de Amenorrea Lactacional (MELA), T de Cobre (DIU) y Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria Femenina (AQVF). Además, su pareja puede utilizar preservativos y Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria Masculina (AQVM) o someterse a una vasectomía en cualquier momento. La ampolla puede iniciarse 6 semanas después del parto. Se puede ofrecer asesoramiento antes de una cesárea o un parto en el hospital, si la mujer desea conocer sobre la CSVM, y también se puede proporcionar orientación en la sala de recuperación postparto. Además, el asesoramiento postnatal puede ser

brindado durante la consulta de seguimiento posterior al parto, a través de diversos programas, dentro de la comunidad o en las visitas de seguimiento del lactante. ⁽³²⁾

Durante el puerperio, es crucial que las mujeres den prioridad a su propia salud y a la de su hijo. Para garantizarlo, es aconsejable que el asesoramiento sea una actividad integral que se ofrezca durante el embarazo o después del parto. Este asesoramiento proporcionará información importante sobre diversos aspectos de la atención sanitaria, como los cuidados durante el embarazo, el reconocimiento de los signos de alarma, la atención postnatal, la contracepción y el manejo del recién nacido. También permite a la usuaria y a su pareja disponer de tiempo suficiente para tomar decisiones informadas sobre sus necesidades de planificación familiar. Los asesores deben tener en cuenta que las mujeres embarazadas y puérperas a menudo experimentan transformaciones mentales y físicas, que a veces pueden provocar ansiedad. Esta ansiedad incluye preocupaciones no sólo sobre la atención sanitaria y los posibles signos de alarma, sino también sobre muchos aspectos de su sexualidad. ⁽³³⁾

c) Información esencial y necesaria para el asesoramiento

- Momento óptimo para ofrecer asesoramiento/consejería anticonceptiva: La fase prenatal presenta un momento oportuno para ofrecer consejería/asesoramiento a las futuras madres, ya que les da tiempo suficiente para deliberar y tomar decisiones informadas. El asesoramiento puede ofrecerse a la embarazada durante su estancia en el centro y antes del alta, en función de su estado y sus preferencias. Las investigaciones indican que el asesoramiento es más eficaz durante el periodo perinatal que durante el puerperio. Es óptimo que el cónyuge o la pareja participen en el asesoramiento anticonceptivo.
- La usuaria y su pareja deben recibir información sobre la duración de la recuperación de la fertilidad y los posibles riesgos asociados a un

nuevo embarazo, así como sobre los distintos métodos anticonceptivos.

- Ventajas de la lactancia materna: Es importante recordar a las usuarias que la leche materna es el alimento óptimo para los lactantes menores de 6 meses, ya que es altamente digestible y proporciona protección frente a las infecciones prevalentes. Es crucial que todas las madres sean conscientes de la importancia de la lactancia materna para fomentar una fuerte conexión emocional entre la madre y su recién nacido.⁽³³⁾

Los métodos anticonceptivos recomendados incluyen el Método de Lactancia Exclusiva (MELA), los dispositivos intrauterinos (DIU), los AOV, las píldoras de progestágeno solo, los métodos anticonceptivos inyectables y los dispositivos de protección. Para las mujeres en periodo de lactancia, se recomiendan las píldoras anticonceptivas combinadas después de seis meses.⁽³⁴⁾

Factores a considerar: Se debe tener en cuenta el estado emocional de la usuaria y respetar su decisión de hablar o no sobre el uso de anticonceptivos. Para brindar un asesoramiento eficaz a la clienta, es importante tener en cuenta las variaciones en las necesidades anticonceptivas de las distintas mujeres. Si la usuaria es adolescente, también es necesario ofrecer orientación y asesoramiento a sus padres y/o acompañantes. Además, los asesores deben tener en cuenta que no es aconsejable brindar asesoramiento durante todo el proceso de trabajo de parto y parto, ya que el intenso estrés y sufrimiento que experimenta la usuaria puede afectar significativamente su capacidad de tomar decisiones. En tales circunstancias, existe una mayor probabilidad de que la usuaria cambie de opinión más adelante.⁽³⁴⁾

Además, es esencial proporcionar a la usuaria información, asesoramiento y asistencia educativa para resolver cualquier inquietud relacionada con los métodos anticonceptivos. Esto abarca la explicación de las características de los métodos tanto femeninos como masculinos,

sus mecanismos de funcionamiento, efectividad, beneficios, contraindicaciones, efectos secundarios y señales de alerta. Además, es crucial subrayar la relación entre las propiedades del método y las preferencias del usuario o de la pareja. Se debe prestar especial atención a la seguridad, eficacia y duración de la protección que cada método proporciona, así como a sus indicaciones específicas, ventajas, limitaciones, requisitos de seguimiento, señales de advertencia y uso correcto.

Además, es fundamental proporcionar orientación/asesoramiento especializado a las siguientes personas:

- Usuarios que buscan técnicas anticonceptivas a largo plazo.
- Clientes con deficiencias físicas o psicológicas que puedan afectar a su capacidad para tomar decisiones informadas.
- Mujeres posparto o posaborto.
- Para garantizar un proceso de toma de decisiones bien informado, es importante incluir a las personas analfabetas.
- Víctimas de violencia sexual.
- Personas afectadas por el VIH/SIDA.
- Individuos con antecedentes médicos de cánceres influidos por las hormonas sexuales, como el cáncer de mama, el cáncer endometrial y el cáncer hepático.
- Individuos que padezcan afecciones sistémicas graves, como trastornos hepáticos o diabetes mellitus de cualquier tipo.
- Individuos que padezcan o hayan padecido antecedentes médicos de procesos trombo-embólicos activos.
- Adolescentes.

- Otros individuos que busquen información o la prestación de un servicio.

Para agilizar el asesoramiento sobre planificación familiar, seguiremos un paradigma de cinco pasos.

- Primer paso: Establecer una relación cordial.
- Segundo paso: Identificar las necesidades del cliente.
- Tercer paso: Atender las necesidades del cliente.
- Cuarto paso: Verificar la comprensión del cliente.
- Quinto paso: Preservar una relación cordial. ⁽³⁵⁾

2.2.6. MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

Son las diversas técnicas o estrategias disponibles para las mujeres sexualmente activas para prevenir el embarazo. Estos métodos pueden clasificarse en hormonales o no hormonales, temporales o permanentes, fundamentados en tecnología o conductuales. Es importante tener en cuenta las características específicas de cada método a la hora de elegir uno, ya que debe ajustarse de forma eficaz y segura a los objetivos reproductivos y al estado general de salud. La eficacia de estos métodos es mayor cuando se utilizan perfectamente, pero menor durante su uso regular debido al uso incorrecto por parte de algunas personas. Por lo tanto, es fundamental conocer y utilizar correctamente el método elegido. Al considerar la seguridad, algunas mujeres pueden tener problemas de salud que limiten su capacidad para utilizar determinados métodos anticonceptivos, como se indica en los Criterios de elegibilidad médica para la utilización de métodos anticonceptivos de la Organización Mundial de la Salud. Cabe señalar que algunos anticonceptivos ofrecen beneficios para la salud de las usuarias. Por ejemplo, el uso del preservativo ayuda para evitar las infecciones de transmisión sexual, incluyendo el VIH/SIDA. Además, las píldoras anticonceptivas combinadas alivian los síntomas

premenstruales y la anemia, al tiempo que protegen contra ciertos cánceres del aparato reproductor. ⁽³⁶⁾

Alternativamente, se refiere a un grupo de técnicas empleadas en relaciones heterosexuales, que involucran el uso de métodos anticonceptivos, con el fin de prevenir embarazos no deseados y controlar tanto el momento como la cantidad de embarazos (anticoncepción). La utilización de un método anticonceptivo posibilita mantener relaciones sexuales con mayor tranquilidad, ya que mitiga el riesgo de un embarazo no deseado. Dependiendo del método específico utilizado, también puede ofrecer una protección adicional contra las infecciones de transmisión sexual (ITS). Es importante tener en cuenta que ningún método anticonceptivo es perfecto ni totalmente infalible; cada método tiene su propio conjunto de ventajas e inconvenientes. Sin embargo, los métodos considerados eficaces ofrecen un nivel significativamente alto de protección anticonceptiva. La mayoría de los tratamientos disponibles están diseñados para mujeres, y hay varias opciones entre las que elegir, cada una con diferentes mecanismos de acción y métodos de administración. Sólo el preservativo masculino y la vasectomía son métodos anticonceptivos disponibles para los hombres. Es en este contexto específico en el que los individuos deben asumir su papel en la anticoncepción. Además, son principalmente las mujeres quienes soportan la carga de las cuestiones, inquietudes y efectos sobre la salud relacionados con el empleo de anticonceptivos.

A la hora de seleccionar un método, deben tenerse en cuenta los siguientes factores:

- Su eficacia se refiere a su capacidad para prevenir el embarazo.
- La seguridad del producto, es decir, su impacto sobre la salud. Deben tenerse en cuenta sus contraindicaciones.
- La facilidad de uso y la necesidad de supervisión médica son factores que deben tenerse en cuenta.

- Su capacidad para prevenir el VIH y otras infecciones de transmisión sexual (ITS) con efectividad.
- La reversibilidad del procedimiento permite recuperar la fertilidad una vez interrumpido. Además, es imprescindible que la mujer lo encuentre placentero. Salvo en el caso de los métodos no médico-dependientes, es imperativo respetar las indicaciones y sugerencias dadas por el profesional de la salud. ⁽³⁷⁾

En consecuencia, todos los centros de salud pública del país ofrecen servicios completos de planificación familiar de forma gratuita. Estos servicios incluyen la evaluación de la historia clínica, orientación y consejería, así como la prescripción de técnicas anticonceptivas y anticoncepción de emergencia.

Los siguientes métodos pueden incluirse en esta categoría

2.2.7. TEMPORALES

2.2.7.1. MÉTODOS DE ABSTINENCIA PERIÓDICA

Métodos de anticoncepción que implican la prevención de intencionadamente la actividad sexual durante determinados periodos de tiempo.

El método del ritmo, también conocido como método del periodo o del calendario, se utiliza para determinar la ventana de fertilidad en una mujer basándose en el historial de su ciclo menstrual. La eficacia de este método varía significativamente, con una tasa de fracaso que oscila entre el 3% y el 20%, lo que implica que, en un grupo de 100 parejas que emplean este método a lo largo de un año, entre 3 y 20 mujeres podrían quedar embarazadas. La tasa de fracaso puede reducirse utilizando el método correctamente, con una tasa potencial del 3% si se utiliza con exactitud. Para calcular el primer día fértil, resta 18 días del ciclo menstrual más breve, y para determinar el último día de fertilidad, resta 11 días del ciclo más extenso. Por ejemplo, si una

mujer ha tenido 6 ciclos menstruales con las siguientes duraciones 29 días, 30 días, 28 días, 28 días, 31 días, 32 días y 31 días. Si se resta 18 al ciclo más corto de 28 días, el valor resultante es 10. Si se resta 11 al ciclo más largo, de 32 días, se obtiene un resultado de 21. El período fértil en este caso se produce del 10º al 2º día del ciclo. ⁽³⁸⁾

2.2.7.2. BILLINGS O DEL MOCO CERVICAL

La evaluación del moco cervical implica en identificar los periodos fértiles e infértiles basándose en las características del moco producido en el cuello uterino. Esta secreción experimenta cambios influidos por las hormonas (estrógeno y progesterona) durante el ciclo menstrual. Observando estos cambios, las mujeres pueden determinar sus periodos fértiles e infértiles. El moco se parece más a la clara de un huevo crudo durante el periodo fértil.

La tasa de fracaso de estos métodos puede variar significativamente, oscilando entre un 3% y un 20% de mujeres que pueden quedar embarazadas, lo que implica que de cada 100 parejas que emplean estos métodos durante un año, ese es el rango de riesgo de embarazo. La eficacia de estos métodos depende de su uso adecuado, con una tasa de fracaso tan baja como el 3% cuando se utilizan correctamente. Para utilizar estos métodos con eficacia, la mujer debe monitorear la aparición y las características del flujo cervical. Una vez finalizada la menstruación, suele haber un intervalo sin secreción que se extiende de 2 a 3 días. Posteriormente, el moco cervical adquiere una apariencia inicialmente blanquecina, turbia y viscosa, y gradualmente se vuelve más claro, transparente y elástico (como un hilo cuando se estira entre los dedos). El último día en que el moco cervical presenta esta apariencia se denomina día de máxima fertilidad del moco, señalando que la ovulación ha tenido lugar o se producirá en aproximadamente 24 horas. Desde el cuarto día posterior al día de máxima fertilidad del moco, comienza

la fase infértil, que se extiende hasta el inicio del siguiente ciclo menstrual. ⁽³⁹⁾

2.2.7.3. MÉTODO DE LOS DÍAS FIJOS O MÉTODO DEL COLLAR

El método del día fijo, a veces conocido como método del collar, es una técnica utilizada para determinar el día de la semana para una fecha dada.

El método de los días fijos se fundamenta en la comprensión del intervalo fértil y es apropiado para mujeres que tienen ciclos menstruales con una duración de entre 26 y 32 días. Su eficacia varía considerablemente, con una tasa de fracaso que oscila entre el 3% y el 20%. En otras palabras, de cada 100 parejas que utilicen este método durante un año, entre 3 y 20 mujeres podrían seguir enfrentando el riesgo de concebir un embarazo. La tasa de fracaso puede reducirse al 3% si el método se utiliza correctamente. Para utilizar este método eficazmente, las mujeres deben abstenerse de mantener relaciones sexuales vaginales entre los días 8 y 19 de su ciclo menstrual, ambos inclusive.

Las instrucciones para utilizar este método son las siguientes: En un calendario, marque el día en que comienza la menstruación y los seis días siguientes. A continuación, marque con una X los 12 días siguientes. Es crucial que la mujer se abstenga de tener relaciones sexuales con penetración vaginal durante los días señalados con una X en el calendario. No obstante, puede mantener relaciones sexuales con penetración vaginal durante los días indicados con un círculo, así como durante el intervalo que sigue al último día marcado con una X hasta el inicio de su siguiente ciclo menstrual. Si la menstruación de una mujer se retrasa o se adelanta, debe utilizar siempre un preservativo en el próximo ciclo menstrual, mientras que debe evitar las relaciones sexuales en los días señalados con una X. Si el ciclo menstrual de una mujer se retrasa o adelanta significativamente con respecto a lo normal, es

aconsejable buscar asesoramiento médico, ya que puede ser necesario considerar la modificación de su estrategia anticonceptiva.⁽⁴⁰⁾

2.2.7.4. MÉTODO DE LA TEMPERATURA BASAL

El registro de la temperatura corporal basal (TCB) es un método natural utilizado para seguir los cambios de temperatura durante la ovulación. Se aconseja abstenerse de mantener relaciones sexuales hasta que la temperatura aumente, indicando la ovulación. Este aumento de la temperatura está provocado por la progesterona. La TCB debe medirse por vía rectal por la mañana. Sin embargo, este método no es adecuado para las personas que sufren sofocos, estrés o amenorrea.⁽⁴¹⁾

- **Coito interrumpido**

El coitus interruptus se refiere a la práctica de interrumpir las relaciones sexuales antes de la eyaculación para evitar el embarazo.

La retirada, a menudo denominada método «pull-out», es una técnica comúnmente empleada por las parejas que desean evitar el embarazo sin depender de métodos anticonceptivos estables. Este método implica la extracción del pene de la vagina antes de que ocurra la eyaculación, interrumpiendo así el coito regular. Es importante señalar que la retirada no proporciona protección contra las infecciones de transmisión sexual (ITS) ni contra el SIDA.⁽⁴¹⁾

2.2.7.5. MÉTODO DE LA LACTANCIA MATERNA Y AMENORREA (MELA)

La lactancia materna exclusiva es el único método que ofrece a las mujeres la posibilidad de mantener una condición de infertilidad durante el período de amamantamiento. Su efecto anticonceptivo se basa en la inhibición de la ovulación se logra a través de alteraciones hormonales que se producen como

resultado de la estimulación del pezón. Esta estimulación conduce a la producción de prolactina y oxitocina, que a su vez estimulan la producción y liberación de leche materna, al tiempo que inhiben la ovulación se suprime al disminuir los niveles de la hormona reguladora de las gonadotropinas (GnRH). Sin embargo, es importante señalar que la persona que utilice este método debe cumplir ciertos requisitos específicos:

- La lactancia materna exclusiva implica alimentar al bebé únicamente con leche materna, sin incluir ningún otro tipo de alimento, ya sea líquido o sólido. Consiste en alimentar al bebé siempre que lo necesite, normalmente de 10 a 12 veces al día, con un intervalo máximo de 4 horas entre tomas durante el día y de 6 horas por la noche.
- Es fácil de usar y muy eficaz cuando se cumplen ciertas condiciones esenciales; no impide las relaciones sexuales; no requiere la supervisión de profesionales médicos; no exige el uso de materiales anticonceptivos; no tiene efectos adversos; reduce la hemorragia posparto; sirve como fuente óptima de alimento para los lactantes durante los primeros meses; reduce el riesgo de que los lactantes estén expuestos a microorganismos contaminantes en el agua o los utensilios. En el caso de una madre seropositiva, el virus puede ser transmitido al bebé a través de la lactancia materna exclusiva. Además, este método no ofrece protección frente a las enfermedades de transmisión sexual (ETS).⁽⁴¹⁾

2.2.8. MÉTODOS DE BARRERA

2.2.8.1. PRESERVATIVO MASCULINO O SIMPLEMENTE PRESERVATIVO

El preservativo es una capa delgada de látex que se ajusta al pene erecto para evitar que los espermatozoides entren en el útero durante las relaciones sexuales. Debe utilizarse durante el coito.

Normalmente contiene un pequeño depósito en su extremo cerrado que funciona como reservorio de semen y contribuye a evitar la propagación de Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS). Según la Organización Mundial de la Salud, cuando se utiliza correctamente, tiene un índice de eficacia del 98%, que disminuye al 85% si se usa de forma inadecuada. Por lo tanto, sus ventajas incluyen la accesibilidad, la asequibilidad y el hecho de que no requiere receta médica. No tiene efectos adversos. Puede servir como técnica anticonceptiva complementaria. Protege contra las enfermedades de transmisión sexual. Sin embargo, tiene el inconveniente de que requiere una colocación óptima para una alta eficacia. Tiene la capacidad de reducir la experiencia sexual en los varones y no debe ser utilizado por personas alérgicas al látex. ⁽⁴²⁾

2.2.8.2. PRESERVATIVO O CONDÓN FEMENINO

El artículo mencionado es un revestimiento de poliuretano creado para adaptarse de manera precisa al interior de la vagina. Se compone de dos aros flexibles, uno colocado internamente para mantener la vaina en posición y el otro externamente para cubrir los labios vaginales. Cuando se emplea de manera adecuada y constante, muestra una efectividad del 90% en la prevención de embarazos y enfermedades de transmisión sexual. Sin embargo, si no se utiliza con los cuidados adecuados, su eficacia desciende al 79%. Es importante tener en cuenta que el uso de este producto requiere un entrenamiento para su correcta inserción. ⁽⁴²⁾

- **Diafragma**

El diafragma es un método anticonceptivo que se presenta como un disco delgado y flexible. Se coloca en el cuello del útero y actúa bloqueando el paso de los espermatozoides hacia el útero. El diafragma puede utilizarse con crema o gel espermicida para aumentar aún más su eficacia. Debe insertarse entre 2 y 6 horas antes del coito. Cuando se utiliza correctamente y en combinación con cremas o jaleas espermicidas, tiene una tasa de eficacia de

aproximadamente el 82%. Sin embargo, es importante tener en cuenta que el diafragma puede causar inconvenientes debido a las alergias al látex, las infecciones genitales y la necesidad de una medición adecuada y de formación para su correcta inserción. ⁽⁴²⁾

- **Espermicidas**

Sustancias anticonceptivas que inmovilizan o matan los espermatozoides.

Son agentes químicos que modifican el movimiento o provocan la muerte de los espermatozoides. Se utilizan para aumentar la eficacia de otra técnica, como los preservativos y los diafragmas. Están disponibles en muchas formulaciones medicinales, como óvulos, espumas, jaleas y cremas. El principio activo predominante es el monoximil 9, que puede provocar reacciones alérgicas en determinadas personas. Si se utiliza correctamente, tiene una eficacia del 70%, aunque no ofrece protección contra las enfermedades de transmisión sexual (ETS).

Los métodos hormonales se refieren a los métodos anticonceptivos que utilizan hormonas para prevenir el embarazo.

Cuando se utilizan de forma adecuada y sistemática, la tasa de éxito de este método generalmente resulta en entre 6 y 8 embarazos por cada 100 mujeres durante el primer año de uso. Es decir, se producen aproximadamente 0,1 embarazos por cada 100 mujeres en ese primer año de utilización. ⁽⁴²⁾

2.2.9. MÉTODOS HORMONALES

La efectividad estándar de este método se traduce en la ocurrencia de entre 6 y 8 embarazos por cada 100 mujeres durante el primer año de aplicación, siempre que se utilice de manera correcta y regular. En términos concretos, esto equivale a aproximadamente 0,1 embarazos por cada 100 mujeres en el transcurso del primer año de utilización. ⁽⁴³⁾

2.2.9.1. ANTICONCEPTIVOS ORALES

Se categorizan en dos categorías:

- Monofásicos combinados (en dosis altas y en dosis bajas).
- Consolidados en sistema trifásico.
- Mensuales.
- Anticonceptivos de sólo progesterona, también conocidos como minipíldoras.

Los anticonceptivos orales combinados monofásicos implican la mezcla de un estrógeno llamado etinilestradiol y un gestágeno. Estas píldoras tienen cantidades iguales de estrógeno y progestágeno, por lo que se denominan monofásicas. Todos los anticonceptivos orales monofásicos operan de manera uniforme. Su principal mecanismo de acción consiste en evitar la ovulación al suprimir la liberación de las hormonas FSH y LH desde la glándula pituitaria. Este efecto de bloqueo de la ovulación convierte a los anticonceptivos orales en el método de control de natalidad reversible más eficiente.

Existen varios preparados en el mercado.

La macrodosis se refiere a las personas a las que se ha administrado una dosis de 50 microgramos o más de etinilestradiol, estos anticonceptivos, aunque pueden utilizarse en situaciones de emergencia, en general no se aconseja su uso regular.

Las microdosis se refieren a comprimidos que incluyen comprimidos que tienen 35 microgramos o menos de etinilestradiol (EE). Este grupo abarca formulaciones con 35, 30, 20 y 15 microgramos de EE, que se han añadido recientemente. El EE está relacionado con muchos gestágenos. ⁽⁴³⁾

Pueden estar compuestos por derivados de la progesterona, entre estos se incluyen compuestos derivados de la

medroxiprogesterona y la ciproterona, así como aquellos originados a partir de la nortestosterona. Actualmente, estos últimos derivados, conocidos como de primera, segunda o tercera generación, son los más utilizados. La primera generación de estos compuestos incluye derivados como la noretisterona y el linestrenol, mientras que en una generación más reciente se encuentran el norgestrel y el levonorgestrel. La generación más reciente comprende Desorgestrel, Norgestimate y Gestodene.

Combinaciones trifásicas, los comprimidos contienen dosis variables de Estrógeno y Progestágeno, que se distinguen por colores diferentes. La dosis de Etinilestradiol permanece constante o aumenta ligeramente durante el ciclo, mientras que la dosis de Gestodeno aumenta progresivamente, sobre todo en los 7 últimos comprimidos. Es esencial tomar los comprimidos en el orden correcto, como indica la numeración del blíster. Este método ofrece varias ventajas:

- La probabilidad de problemas es mínima y la eficacia es alta si se utiliza correctamente.
- Regularizan los ciclos menstruales y alivian la dismenorrea.
- No requieren intervalos de descanso.
- Adecuadas para personas desde la pubertad hasta el inicio de la menopausia.
- Su uso puede interrumpirse en cualquier momento, con lo que se consigue un restablecimiento inmediato de la fertilidad.
- Sirven para mitigar o reducir la aparición de anemia ferropénica.
- Previenen el embarazo ectópico, el cáncer de endometrio y ovario, los quistes ováricos, la enfermedad inflamatoria pélvica y las patologías benignas de la mama.

Sin embargo, existen inconvenientes asociados a este tratamiento. Algunas usuarias han expresado su malestar debido al

requisito de ingesta diaria. Además, se han notificado efectos secundarios leves, como hemorragias intermenstruales, cefaleas sin alteraciones visuales, náuseas, vómitos y aumento de peso (aunque sólo el 20% de las usuarias ganan más de dos kilos en un año). Es importante señalar que estos efectos adversos tienden a disminuir con la continuación del tratamiento y no justifican la interrupción de su uso. Sin embargo, La aparición de efectos secundarios o adversos más serios se detalla en la sección denominada “motivos para cesar el tratamiento”.⁽⁴³⁾

- **Mensual**

Se ingiere una pastilla al mes que contiene un potente estrógeno de liberación prolongada (Quinestrol) junto con un progestágeno (diacetato de etinodiol). Este fármaco puede provocar frecuentes trastornos hemorrágicos debido a la elevada dosis de estrógenos con un efecto duradero. No se utiliza habitualmente debido a sus importantes efectos adversos. Sin embargo, es cómodo de usar, pero el inconveniente es la elevada incidencia de efectos secundarios.⁽⁴⁴⁾

2.2.9.2. MINIPÍLDORAS O ANTICONCEPTIVOS SÓLO DE PROGESTERONA

- Las minipíldoras, a veces se denominan anticonceptivos de progesterona sola.
- Estos métodos también se conocen como POP (píldoras solo de progesterona). Existen tres variantes: Exluton-NR, que contiene 0,5 mg de Linestrenol; Microlut-NR, que incluye 0,030 mg de Levonorgestrel; y Norgeal-NR, que tiene 0,075 mg de Norgestrel. A diferencia de otros métodos, no previenen la ovulación. En lugar de eso, su modo de acción se basa en alterar la consistencia del moco cervical, volviéndolo espeso y adverso para los espermatozoides, lo cual dificulta su tránsito hacia el útero. Estos anticonceptivos se utilizan comúnmente

durante la lactancia con una eficacia del 99,5% en los primeros seis meses posparto. También son adecuados para mujeres que no pueden usar estrógenos, como aquellas con hipertensión leve a moderada, con una eficacia del 96,8%. Además, son una opción para mujeres en perimenopausia que prefieren evitar los estrógenos, como en el caso de fumadoras mayores de 35 años o hipertensas, manteniendo una eficacia del 96,8%. Entre sus ventajas se incluyen una buena tolerancia, la posibilidad de uso durante la lactancia, y su adecuación para mujeres mayores de 35 años que fuman. Sin embargo, en algunas mujeres puede causar una reducción en la lactancia o alteraciones en el ciclo menstrual. Además, como método anticonceptivo único, es menos eficaz comparado con los anticonceptivos que suprimen la ovulación. ⁽⁴⁴⁾

2.2.10. ANTICONCEPTIVOS INYECTABLES

Para la anticoncepción se utilizan dos formas de anticonceptivos hormonales inyectables:

La opción mensual consiste en una combinación de hormonas, a saber, estrógeno y progesterona, mientras que la alternativa por trimestre únicamente contiene progestágeno.

Las inyecciones anticonceptivas que contienen una combinación de hormonas están disponibles para todas las mujeres saludables que deseen prevenir o espaciar embarazos, siempre y cuando hayan recibido una orientación adecuada. En contraste, las inyecciones que solo contienen progestágeno, aplicadas trimestralmente, se recomiendan para mujeres mayores de 18 años. Estas hormonas inyectables funcionan mediante tres mecanismos principales: evitan la ovulación, provocan alteraciones en el endometrio y dificultan el paso de los espermatozoides. Al ser administrado el anticonceptivo, se producen cambios en el cuerpo que previenen el embarazo: inhiben la ovulación, manteniendo los ovarios inactivos; espesan el moco cervical, dificultando

el paso de los espermatozoides; y alteran el endometrio, dejándolo demasiado fino para la implantación de un óvulo fecundado. El efecto anticonceptivo de los progestágenos puede ser prolongado, llegando a durar hasta un año sin embarazo. Por otro lado, con el uso combinado de estrógenos y progestágenos, la fertilidad suele recuperarse en un plazo de 1 a 2 meses. ⁽⁴⁵⁾

Aunque la eficacia de los anticonceptivos hormonales inyectables administrados mensualmente es superior al 99% desde el primer día de uso, si se usan adecuadamente, es así que los de aplicación trimestral, tienen una alta efectividad en el primer año de uso, si se administran regularmente, la efectividad es mayor al 99%, sin embargo, tiene efectos secundarios; este es el caso de algunas mujeres que pueden presentarse efectos secundarios como cefaleas, náuseas o vértigos, así como alteraciones en la piel y en el patrón menstrual. Generalmente, estas molestias son transitorias y tienden a reducirse con el tiempo. También puede ocurrir sangrado irregular, que es frecuente durante los primeros tres meses de uso; si el sangrado es abundante o persistente, se recomienda consultar al médico. Además, el sangrado menstrual puede disminuir o cesar completamente, lo cual no indica un problema de salud; la ausencia de menstruación, especialmente después del primer año de uso, es habitual y algunas mujeres la consideran beneficiosa. Por otro lado, el incremento de peso es otro efecto secundario; aproximadamente dos de cada tres mujeres que utilizan este anticonceptivo experimentan un aumento de entre 1 y 2 kilos durante el primer año. Ajustar la dieta y mantener una rutina de ejercicio puede ayudar a manejar o prevenir este aumento de peso., otros efectos secundarios pueden ser alergias, caída del cabello, acné, pechos doloridos, apetito sexual, sofocos, alteraciones en el estado de ánimo, ansiedad, cefaleas, sentimientos depresivos, sequedad vaginal, retención de líquidos, náuseas o aumento de la presión arterial, mientras tanto hay que tener en cuenta que existen como, no todas las mujeres son aptas para utilizar anticonceptivos inyectables. Esto incluye a aquellas con enfermedades hepáticas, cardiovasculares, diabetes,

migrañas, depresión, y también a mujeres mayores de 35 años, pero hay que tener en cuenta que las ventajas de los anticonceptivos inyectables incluyen su capacidad para reducir el riesgo de formación de quistes ováricos y proteger contra la enfermedad inflamatoria pélvica. Ofrecen protección contra el embarazo en solo 24 horas y disminuyen el sangrado menstrual. Además, son una opción anticonceptiva que no requiere una rutina diaria, por otro lado, también existen desventajas de los anticonceptivos inyectables que pueden aumentar, disminuir o incluso desaparecer del ciclo menstrual que puede verse afectado, y es posible que se experimente un incremento en el peso corporal. Este método no brinda protección contra infecciones de transmisión sexual. Es crucial no posponer la siguiente dosis más allá de tres días. Tras cesar el uso, se debe esperar varios meses antes de intentar concebir, ya que la fertilidad no se recupera de inmediato. Los anticonceptivos hormonales inyectables no son adecuados para mujeres embarazadas o que sospechen estarlo. Además, no se recomiendan a mujeres con enfermedades de la sangre o varices. Los posibles efectos secundarios incluyen dolores de cabeza, vómitos, reducción del sangrado menstrual y depresión leve. ⁽⁴⁵⁾

Los anticonceptivos inyectables se aplican mediante una inyección en el músculo de la zona glútea como una opción de contracepción hormonal.

2.2.10.1. ANTICONCEPTIVOS INYECTABLES MENSUALES

La primera dosis se suministra durante los primeros cinco días del ciclo menstrual, y las siguientes dosis se deben aplicar cada 30 días, sin exceder un margen de 3 días, para asegurar la efectividad del método.

2.2.10.2. ANTICONCEPTIVOS INYECTABLES TRIMESTRALES

La inyección inicial se administra dentro de los siete primeros días de la menstruación, seguida de inyecciones posteriores cada 90 días. Es crucial seguir este programa y no exceder un intervalo

de 3 días entre aplicaciones para asegurar la efectividad del anticonceptivo. Si la inyección no se aplica en la fecha establecida, es esencial utilizar un preservativo en las relaciones sexuales hasta la próxima administración de la inyección y reanudar el ciclo de aplicación adecuado. En caso de ausencia de la menstruación, es aconsejable acudir a su clínica. La duración de uso sugerida es ininterrumpida durante un máximo de cinco años, y no se acumulan en el organismo. Cuando se interrumpe su uso, la fertilidad se recupera muy pronto.⁽⁴⁵⁾

2.2.10.3. ANTICONCEPTIVOS HORMONALES COMBINADOS DE DEPÓSITO

Los métodos anticonceptivos que contienen una combinación de hormonas de depósito son métodos anticonceptivos que contienen una combinación de hormonas.

Existen dos formulaciones disponibles para el inyectable combinado.

El fármaco consta de 5 miligramos de valerato de estradiol y 50 miligramos de enantato de noretisterona.

El cipionato de estradiol y el acetato de medroxiprogesterona, en dosis de 5 mg y 25 mg respectivamente, actúan suprimiendo la ovulación y aumentando la densidad del moco cervical para bloquear el paso de los espermatozoides. Estos fármacos son eficaces y tienen un rápido inicio de acción. Pueden ser utilizados por mujeres de cualquier edad o número de partos y no interfieren con las relaciones sexuales. Tampoco es necesario realizar exámenes pélvicos previos a su uso. Proporcionan cierta protección contra las enfermedades inflamatorias pélvicas (EIP). Es frecuente que se produzcan cambios en los patrones de sangrado menstrual y puede producirse un aumento de peso. La fertilidad se recupera inmediatamente después de interrumpir su uso. Las mujeres que padecen enfermedades crónicas deben recibir una

evaluación por parte de especialistas médicos antes de comenzar a utilizar estos anticonceptivos. También es importante tener en cuenta que estos métodos no previenen infecciones de transmisión sexual (ITS), VIH-SIDA, ni HTLV1. Los medicamentos se introducen a través de una inyección IM profunda en el área de los glúteos o deltoides, sin requerir masaje después de la inyección. La primera dosis debe aplicarse entre el primer y el quinto día del ciclo menstrual, mientras que las dosis subsecuentes se deben administrar cada 30 días, permitiendo una variación de más o menos 3 días. ⁽⁴⁶⁾

Parche Hormonal Combinado: El método en cuestión, como su nombre sugiere, implica un sistema que se adhiere a la piel y libera de manera continua y gradual la hormona al torrente sanguíneo. Su principio de funcionamiento se basa en la supresión de la ovulación y la alteración del moco cervical, bloqueando así el paso de los espermatozoides. Este método se distingue por su alta eficacia, no requiere exámenes pélvicos previos, presenta una menor incidencia de enfermedad inflamatoria pélvica (EIP), y puede regularizar el ciclo menstrual, además de mejorar las erupciones faciales y reducir el crecimiento excesivo de vello no deseado. La fertilidad regresa de manera inmediata después de interrumpir el uso. Es esencial que las mujeres con enfermedades crónicas sean evaluadas por profesionales médicos especializados. No ofrece protección contra infecciones de transmisión sexual (ITS), VIH/SIDA o HTVL1. Entre los posibles efectos secundarios se encuentran la amenorrea, náuseas, vómitos, mareos y aumento de peso.

El parche puede ser colocado en las nalgas, la parte superior del torso, las extremidades o el abdomen, sin interferir con actividades diarias como bañarse, hacer ejercicio o nadar. Debe aplicarse semanalmente: el primer día del ciclo menstrual, el parche se coloca directamente sobre la piel limpia, seca y libre de vello. Se debe reemplazar por un nuevo parche cada semana

durante tres semanas consecutivas. En la cuarta semana, no se usa parche, permitiendo el periodo menstrual. Así, se utilizan tres parches en cada ciclo. Es recomendable cambiar la ubicación del parche para evitar irritaciones. Además, productos como cremas, maquillaje y lociones aplicados sobre la piel pueden afectar la adherencia del parche, por lo que se debe verificar regularmente que el parche permanezca en su lugar.⁽⁴⁶⁾

Anillo vaginal: Es un pequeño dispositivo flexible, transparente y suave que se coloca en la vagina una vez al mes para ofrecer protección anticonceptiva. El anillo libera de manera continua bajas dosis de estrógeno y progesterona. Cada anillo vaginal proporciona 2,7 mg de etinilestradiol y 11 mg de etonogestrel, con una dosis total del medicamento de 7 mg. Su principal función es prevenir la ovulación y espesar el moco cervical, creando una barrera que impide el paso de los espermatozoides. El fármaco suele utilizarse durante tres semanas, a partir del primer día del periodo menstrual. Una vez transcurridas las tres semanas, se retira la medicación, lo que permite una semana de descanso durante la cual se produce la menstruación. Una vez transcurrida la semana, se debe insertar un nuevo anillo. Es crucial verificar que el anillo no haya sido expulsado inadvertidamente. Entre los efectos secundarios habituales de este tratamiento se incluyen irritación, dolor y un incremento en el flujo vaginal. Además, al presentar una menor concentración hormonal, este método tiende a causar reacciones adversas con menor frecuencia y de menor intensidad, tales como náuseas y sensibilidad mamaria.⁽⁴⁶⁾

Implantes solo de progestina: Estos dispositivos son pequeños cilindros que contienen la hormona progestágena y se colocan bajo la piel, típicamente en la cara interna del brazo. Desde esta ubicación, el implante libera de manera continua el anticonceptivo en el torrente sanguíneo. Al finalizar el periodo de uso, el implante debe ser extraído por un profesional capacitado.

Su principal mecanismo de acción es la viscosidad incrementada del moco cervical, lo cual previene la entrada de espermatozoides en el útero, además de suprimir la ovulación y reducir la liberación de óvulos en las trompas de Falopio.

Entre sus características, se destaca su eficacia y la posibilidad de uso en mujeres de cualquier edad, aunque se recomienda precaución durante los dos años siguientes a la menarquia. Su uso prolongado podría potencialmente causar problemas óseos, aunque esto no está definitivamente establecido. Ofrece protección anticonceptiva por un período de tres años y es compatible con la lactancia. Este método puede disminuir el flujo menstrual y, en algunas mujeres, eliminar el dolor menstrual. También reduce el riesgo de cáncer de endometrio. Sin embargo, no proporciona protección contra infecciones de transmisión sexual (ITS), VIH-SIDA ni HTLV1. El implante debe colocarse durante los primeros cinco días del ciclo menstrual, y si no es posible adherirse a este calendario, se recomienda utilizar un método adicional de protección durante la primera semana para asegurar la prevención del embarazo. Para las madres que están amamantando a sus hijos, es aconsejable iniciar las medidas anticonceptivas seis semanas después del parto. En ausencia de opciones alternativas, se recomienda considerar el uso de anticonceptivos si la mujer no se siente segura confiando únicamente en la lactancia materna como método anticonceptivo y si aún no ha reanudado la menstruación.⁽⁴⁷⁾

2.2.10.4. DISPOSITIVO INTRAUTERINO (DIU)

Existen cuatro variedades diferentes de dispositivos intrauterinos (DIU) que liberan levonorgestrel.

- Un dispositivo intrauterino (DIU) con una dosis de 13,5 mg tiene una duración de eficacia con una efectividad de 3 años y un índice de embarazo acumulada del 0,9% durante el mismo periodo.

- Un dispositivo intrauterino (DIU) de 19,5 mg tiene una duración de eficacia de un periodo de 5 años y una tasa de embarazo acumulada del 1,5% durante el mismo periodo.
- Dos dispositivos intrauterinos (DIU) contienen cada uno 52 miligramos (mg) de una sustancia determinada. Estos DIU son eficaces durante un mínimo de cinco años con una tasa acumulada de embarazos del 0,7 al 0,9% durante un periodo de 5 años. El estudio pretende evaluar la efectividad del DIU de 52 mg a lo largo de un uso de ocho años.
- La quinta opción es un dispositivo intrauterino (DIU) de cobre T380A. La eficacia de este método dura 10 años, con una tasa de embarazo acumulada inferior al 2% en un periodo de 12 años.

Los médicos que realizan inserciones de DIU no están obligados a realizar previamente una prueba de Papanicolaou (PAP), salvo que se sospeche la presencia de anomalías cervicales. En esos casos, es necesario llevar a cabo una citología cervical o una biopsia del cuello uterino. Si durante la inserción del DIU se detecta secreción purulenta, el procedimiento no se lleva a cabo. Además, es crucial realizar pruebas de detección para infecciones de transmisión sexual e iniciar un tratamiento antibiótico empírico mientras se esperan los resultados de las pruebas.

Durante la inserción del DIU, es crucial emplear un enfoque altamente estéril. Es necesario realizar una evaluación manual para localizar la posición del útero. Posteriormente, se debe colocar un tenáculo en la parte frontal del cuello uterino para estabilizar el útero, alinear su eje y facilitar la colocación exacta del DIU. Para medir la longitud de la cavidad uterina antes de la inserción del dispositivo intrauterino (DIU), se emplea frecuentemente un histerómetro o un aspirador endometrial, que también se utiliza para la realización de biopsias. Antes de la inserción, es

aconsejable consultar atentamente las instrucciones que acompañan al dispositivo intrauterino (DIU), ya que las cinco variedades diferentes de DIU se insertan de distintas maneras.⁽⁴⁸⁾

El seguimiento rutinario tras la inserción del DIU es innecesario. Las pacientes solo necesitan regresar para una evaluación si presentan síntomas o complicaciones, tales como dolor, sangrado excesivo, secreción vaginal inusual o fiebre. También deben volver si el método no cumple con sus expectativas. Adicionalmente, el dispositivo intrauterino (DIU) puede ser colocado en cualquier etapa del ciclo menstrual, siempre y cuando la mujer no haya tenido relaciones sexuales desprotegidas en el último mes. También es posible realizar la inserción inmediatamente después de un aborto espontáneo o inducido en el primer o segundo trimestre, o después de la expulsión de la placenta en un parto vaginal o cesárea.

Las contraindicaciones para este procedimiento incluyen las siguientes: una infección pélvica en curso, normalmente enfermedad inflamatoria pélvica (EIP), cervicitis con indicios de infecciones de transmisión sexual, tuberculosis pélvica, aborto séptico, endometritis puerperal o sepsis en los últimos tres meses. Alteraciones estructurales que causen distorsión en la cavidad uterina. Enfermedad trofoblástica gestacional, caracterizada por niveles consistentemente elevados de la subunidad beta de la gonadotropina coriónica humana en suero (beta-HCG), que es una afección que no se recomienda debido a la insuficiente evidencia que respalda su uso. Hemorragia vaginal inexplicada. Diagnóstico de cáncer de cuello uterino o de endometrio. Las contraindicaciones del DIU liberador de levonorgestrel son el embarazo, el cáncer de mama o la alergia al levonorgestrel. Las contraindicaciones del DIU de cobre T380 está contraindicado en casos de enfermedad de Wilson o alergia al cobre.

Además, existen consecuencias adversas asociadas al uso de los DIU. Una de ellas es el cese completo del sangrado vaginal, que se produce en el 6% de las mujeres que emplean el DIU durante 3 años y en el 20% de las que lo usan durante 5 años, se observan ciertos efectos o condiciones. El DIU de cobre T380A puede provocar un aumento del flujo sanguíneo durante la menstruación y dolores menstruales más intensos, que pueden aliviarse con antiinflamatorios no esteroideos como el ibuprofeno. (48)

En cambio, la cantidad de cobre varía entre 200 mm² (baja carga) y 380 mm² (alta carga), con una liberación diaria de 40-50 µg, que se produce principalmente en los primeros meses de uso y disminuye posteriormente. Los dispositivos intrauterinos de alta carga son tratamientos anticonceptivos extremadamente eficaces. La adición de un núcleo de plata (Nova T®) al hilo de cobre ha mejorado la longevidad de los DIU haciéndolos más duraderos. Esto se debe a que, en los DIU sólo de cobre, la durabilidad no viene determinada principalmente por la eliminación completa de la carga, sino por la fragmentación del hilo.

Los DIU en forma de T liberan gestágeno y tienen un depósito situado en el vástago principal. Los principales tipos de DIU son los que liberan progesterona, como Progestasert®, que contiene 38 mg de progesterona. Estos DIU liberan 65 µg de progesterona cada día, por lo que se agotan completamente en unos 12-18 meses. Por tanto, deben sustituirse anualmente. El DIU liberador de levonorgestrel (Mirena®) no eleva los niveles plasmáticos de gestágeno. Contiene 52 mg de levonorgestrel en el vástago vertical y libera de 15 a 20 µg diarios. Este DIU actúa como un método local y también reduce en parte la ovulación al aumentar los niveles plasmáticos de gestágeno, lo que se traduce en una elevada eficacia anticonceptiva. Según las estimaciones, es necesario sustituirlo cada 5 años de uso. Además, se ha demostrado que una vez que se desea su eliminación por vía reproductiva, el retorno a la fertilidad se produce muy rápidamente. (49)

2.2.11. FISIOLÓGÍA DE LAS HORMONAS SEXUALES FEMENINAS EN CICLO MENSTRUAL

Para entender cómo afectan los anticonceptivos hormonales, es fundamental considerar aspectos clave de la fisiología de la sexualidad femenina, especialmente la interacción entre las hormonas ováricas y las del hipotálamo e hipófisis en la regulación del ciclo de la menstruación.

La fase de desarrollo folicular se inicia con un aumento en la producción de las hormonas foliculoestimulante (FSH) y luteinizante (LH) por parte de la hipófisis, lo que provoca una elevación gradual de los niveles de estrógenos durante esta etapa temprana. Luego, debido al efecto de retroalimentación negativa de los estrógenos, la liberación de gonadotropinas disminuye hasta aproximadamente el día 12 del ciclo, momento en el cual se produce un incremento repentino en la secreción de LH (pico preovulatorio) y en menor grado, de FSH. Este aumento en la LH es esencial para la ovulación y el subsecuente desarrollo del cuerpo lúteo. En la fase postovulatoria, el cuerpo produce niveles elevados de progesterona y estrógenos para preparar el útero para un posible embarazo. El aumento de estas hormonas inhibe la liberación de FSH y LH por la adenohipófisis. Si no ocurre la fertilización, los niveles de hormonas ováricas disminuyen a medida que el cuerpo lúteo se degenera. Finalmente, la secreción de FSH comienza a aumentar nuevamente, seguida por la de LH, marcando el comienzo de un nuevo ciclo hormonal. Este ciclo es regulado por la capacidad de los estrógenos para inhibir la producción de FSH y LH. La administración de estas hormonas durante la primera parte del ciclo puede evitar el aumento de LH necesario para la ovulación, lo que explica por qué los estrógenos y progestágenos, ya sea por separado o combinados, han sido efectivos durante años como método de anticoncepción hormonal femenina.⁽⁵⁰⁾

Sin embargo, las hormonas sexuales tienen características generales.

Los andrógenos son responsables de estimular la formación de los rasgos sexuales primarios durante el desarrollo embrionario y en la manifestación de los rasgos sexuales secundarios dentro de la pubertad. Son responsables del desarrollo general y de la producción de proteínas, que se manifiestan como transformaciones esqueléticas y musculares exclusivas de los varones. Los esteroides se producen principalmente en las células de Leydig en los testículos, en menor grado en la corteza adrenal de los hombres, y en cantidades menores en otros tejidos en los ovarios de las mujeres. Los andrógenos, como la testosterona, la androstenodiona y la dehidroepiandrosterona, se generan a partir del colesterol, de forma similar a otras hormonas esteroideas. La dehidroepiandrosterona sirve de precursor tanto para los andrógenos como para el estradiol.

Una parte significativa de la testosterona producida se une a la albúmina o a las globulinas que transportan hormonas sexuales para su transporte al torrente sanguíneo, lo que da lugar a niveles limitados de testosterona libre en suero. Los elementos que facilitan esta transferencia y el proceso mediante el cual la célula provoca la separación del complejo hormona-globulina, no han sido identificados actualmente. Sin embargo, existe la hipótesis que este proceso está determinado por la concentración de la hormona en el plasma. Una vez que la hormona entra en la célula, se enlaza de manera específica a su receptor, situado en el citoplasma y/o en el núcleo. Esta interacción provoca la formación de dímeros del receptor y su consiguiente activación. Al igual que otros receptores de esteroides, los receptores de andrógenos constan de múltiples dominios funcionales.⁽⁵¹⁾

1. La región reguladora y de unión a esteroides se encuentra en la región C-terminal. La proteína posee muchos sitios de fosforilación y desempeña un papel en la activación del complejo hormona-receptor.
2. La región de unión al ADN, situado en la región central, juega un papel fundamental en la activación de la transcripción. Este segmento se encarga de regir el gen que va a ser controlado por el receptor.

3. La parte bisagra, ubicada entre los dos dominios previos, alberga una región señal crucial responsable de la translocación del receptor del citoplasma al núcleo tras su síntesis. La región hidrofílica variable está presente en varios receptores.

La asociación de las hormonas de sexo masculino con los receptores de andrógenos tiene consecuencias genómicas, como la estimulación de las MAPK y otros elementos de transcripción que favorecen el crecimiento y la proliferación de diferentes tipos de células. Además, hay receptores androgénicos en la membrana que generan efectos no relacionados con el genoma debido a su resistencia a los inhibidores de la transcripción génica. Uno de los efectos observados es una elevación de los niveles de calcio intracelular ($[Ca^{2+}]_i$) provocada por el aumento de la producción de trifosfato de inositol (IP3) o la fosforilación de las quinasas 1 y 2 reguladas por señales extracelulares (ERK1/2) (Estrada et al., 2000).⁽⁵¹⁾

Los estrógenos son hormonas que desempeñan un papel crucial en el desarrollo de los rasgos secundarios femeninos y en las alteraciones de la composición corporal. Los estrógenos producidos al principio del ciclo ovárico desempeñan un papel vital en la preparación del tracto reproductivo para recoger y transportar gametos, así como en la creación de un entorno beneficiosa para la concepción y la implantación. Además, estas iniciativas se extienden más allá del tracto reproductivo y afectan a otros tejidos regulando el metabolismo (ya que tienen un efecto anabólico), manteniendo el equilibrio óseo, reduciendo la fragilidad capilar e influyendo en los niveles plasmáticos de colesterol, entre otras cosas. Los ovarios, junto con la corteza suprarrenal en menor medida, en mujeres premenopáusicas, los ovarios son la principal fuente de estrógenos circulantes. Estos estrógenos se derivan del colesterol a través de una serie de transformaciones bioquímicas que comienzan con la producción de progesterona y testosterona. Durante la fase folicular del ciclo ovárico, las células granulosas convierten casi toda la testosterona y una parte considerable de la progesterona en estrógenos, antes de su liberación por los ovarios. El principal estrógeno que se libera

es el 17β -estradiol, mientras que la estrona y el estriol se secretan en menor cantidad.

El estradiol, que se libera en el organismo, puede oxidarse a estrona. Ambos estrógenos pueden transformarse en estriol. Estos cambios tienen lugar principalmente en el hígado. En los varones y en las mujeres posmenopáusicas, los estrógenos se producen principalmente en el estroma del tejido adiposo. Esto ocurre a través de la síntesis de estrona a partir de DHEA, la cual es liberada por la corteza adrenal. Por lo tanto, la cantidad de estrógenos está parcialmente controlada por la presencia de precursores de andrógenos. La concentración de estradiol libre en la sangre es mínimo, similar al de los andrógenos. Circula uniéndose a la 17β -estradiol binding globulin y también se liga, aunque con menor detalle, a la albúmina. Como resultado, el estradiol permanece inactivo hasta que se une a su receptor. ⁽⁵¹⁾

Los receptores de estrógenos pueden clasificarse en dos subtipos: alfa y beta.

El ER α se encuentra en numerosos órganos femeninos, incluidos los ovarios, las glándulas mamarias, el sistema cardiovascular y el cerebro. Por su parte, el ER β se manifiesta de manera destacada en los ovarios y, en menor proporción, en varios órganos, incluido el sistema vascular, sobre todo en las células endoteliales y del músculo liso, especialmente en las mujeres. Los receptores de esteroides indicados anteriormente tienen la estructura característica consistente en un dominio de unión al ADN, estos receptores poseen un dominio C-terminal o de unión al ligando, así como una región N-terminal altamente variable. Se encuentran tanto en el citoplasma como en el núcleo celular. Después de que el estrógeno se une al receptor, los complejos formados se acoplan a regiones específicas del ADN, denominadas elementos de respuesta a estrógenos (ERE), y modulan la transcripción de varios genes. ⁽⁵¹⁾

Por otro lado, la síntesis de progesterona es de 2-3 mg/día antes de la ovulación y se eleva a 20-30 mg/día durante la fase lútea. En la fase folicular de la mujer y en el hombre, los niveles de progesterona en sangre son de 1 ng/ml. Entre los progestágenos sintéticos, se incluyen compuestos que imitan la acción de la progesterona, como el acetato de medroxiprogesterona. Los estudios sugieren que este compuesto puede tener un efecto antiandrogénico. Además, la FDA ha reconocido sus propiedades antiestrogénicas. El acetato de medroxiprogesterona suele administrarse mediante inyección intramuscular, ya que no es eficaz por vía oral. Sin embargo, compuestos como el acetato de medroxiprogesterona, la hidroxiprogesterona y el megestrol, que pueden ser ingeridos por vía oral. La vida media de la progesterona es de 5 minutos, mientras que la del Norgestrel es de 12 horas y la de la medroxiprogesterona es de 24 horas. ⁽⁵²⁾

2.2.12. ACETATO DE MEDROXIPROGESTERONA

El acetato de medroxiprogesterona, comúnmente llamado Depo-Provera, y el enantato de noretindrona, conocido como Norgest, han sido empleados extensamente a nivel global durante muchos años. Estos derivados sintéticos de la medroxiprogesterona tienen acción progestacional y proporcionan protección anticonceptiva durante tres meses. El descubrimiento, en 1953, de que la esterificación de un progestágeno daba lugar a un fármaco de efecto duradero condujo al uso de estos anticonceptivos como método anticonceptivo desde principios de los años sesenta. ⁽⁵³⁾

En cuanto a su composición, el acetato de medroxiprogesterona (DMPA) está presente en una concentración de 150 mg por 1 ml. Depo-Provera se inyecta IM en forma de ampolla de 150 mg/ml. ⁽⁵⁴⁾

Su forma de actuar implica engrosar el moco cervical para bloquear la entrada de espermatozoides, inhibir la ovulación, ralentizar el movimiento de los óvulos a través de las trompas de Falopio y inducir modificaciones en el revestimiento del útero. El acetato de medroxiprogesterona es un progestágeno sintético estructuralmente

similar a la hormona natural progesterona. Se ha comprobado que ejerce múltiples efectos farmacológicos sobre el sistema endocrino, tales como la inhibición de gonadotropinas producidas por la hipófisis, la disminución de los niveles de hidrocortisona en sangre, la reducción de la testosterona en circulación y la disminución de los niveles de estrógenos en la sangre. Esto ocurre mediante la inhibición de la producción de hormonas hipofisarias y la estimulación de la reductasa hepática, lo que incrementa la eliminación de testosterona y disminuye la conversión de andrógenos en estrógenos. Estas acciones provocan diversos efectos secundarios, resultado de la supresión de la producción de las gonadotropinas LH y FSH. En consecuencia, también induce anovulación, reduce el movimiento de las trompas de Falopio, espesa el moco cervical y disminuye la proliferación del endometrio. Estos mecanismos contribuyen colectivamente a su eficacia anticonceptiva. ⁽⁵⁵⁾

En el proceso de ovulación, los progestágenos interfieren en el balance de las hormonas naturales al bloquear las señales del hipotálamo y la hipófisis, que son cruciales para que se produzca la ovulación. Como resultado, en determinados ciclos, el folículo no se desarrolla correctamente, lo que provoca la ausencia de liberación de óvulos. Modulan los patrones de secreción a nivel central, lo que provoca una alteración en la llegada de las señales de ovulación al endometrio adecuado, dando lugar a una ovulación anormal. Sin embargo, su efecto sobre la ovulación no siempre es completo ni universal, puesto que la inhibición de la ovulación está determinada por la cantidad de progestágeno en el organismo femenino. En consecuencia, las mujeres con niveles más bajos de progestágeno en el torrente sanguíneo son más propensas a la ovulación, mientras que las que tienen mayor grasa corporal necesitan niveles más altos de progestágeno para lograr una eficacia anticonceptiva comparable.

a) Engrosamiento del moco cervical

Este mecanismo funciona al inhibir la ovulación, aumentar la viscosidad del moco cervical para dificultar el paso de los

espermatozoides, disminuir el desplazamiento de los óvulos a través de las trompas de Falopio y provocar cambios en el revestimiento del útero.

b) A nivel del Hipotálamo

Los métodos de anticoncepción inyectable afectan principalmente al hipotálamo bloqueando la liberación del factor liberador de gonadotropina y de hormonas. Esto provoca una disminución de la liberación de la hormona luteinizante (LH) y, en menor grado, de la hormona foliculoestimulante (FSH), lo que a su vez suprime la función ovárica. Además, estos anticonceptivos impiden directamente la ovulación en los ovarios. También tienen efectos sobre el útero (revestimiento endometrial), el tapón cervical y la vagina.

c) A nivel del endometrio

Estos medicamentos previenen acumulación de tejido en la pared uterina, reduciendo su capacidad para acomodar la implantación del óvulo fertilizado. Como consecuencia, el endometrio continúa desarrollando una capa que se descama de forma regular, lo que puede provocar hemorragias irregulares en las personas que utilizan anticonceptivos inyectables.

d) A nivel de las trompas de Falopio

Se piensa que evitan el progreso del óvulo desde el ovario hasta el útero al ralentizar su movimiento. Esto se consigue disminuyendo la cantidad de cilios, que son las estructuras filamentosas que recubren las trompas y ayudan a mover el óvulo. Cuando se administra Depo-Provera (acetato de medroxiprogesterona) a las mujeres cada 3 meses a la dosis recomendada, se dificulta la liberación de gonadotropinas. Como consecuencia, se impide la maduración de los folículos y la ovulación, así como el revestimiento endometrial se vuelve más delgado. Estas acciones dan lugar a su efecto anticonceptivo. ⁽⁵⁶⁾

Otro aspecto crucial del Acetato de Medroxiprogesterona (AMPD) como anticonceptivo es su eficacia prolongada durante al menos 90 días

tras su administración, lo que supone un retraso en la recuperación de la fertilidad en comparación con diferentes métodos hormonales. Además, la probabilidad de embarazo durante el primer año tras suspender el uso del AMPD es menor en comparación con otros métodos anticonceptivos. Aproximadamente 14 meses después de dejar de utilizar este método anticonceptivo, la probabilidad de quedarse embarazada es comparable a la de las mujeres que no han recurrido a ningún método de control de la natalidad. El retraso no parece estar relacionado con el número de inyecciones administradas ni con la edad de la usuaria. ⁽⁵⁷⁾

No se conoce ningún caso de infertilidad permanente causada por este procedimiento, lo que indica una eficacia muy favorable, con una tasa de embarazo accidental inferior al 1% tras el primer año de utilización. Este método proporciona el beneficio de la protección contra:

- Probabilidad de concepción.
- El carcinoma endometrial es un tipo de cáncer que afecta al revestimiento del útero.
- Los fibromas uterinos son tumores benignos que se desarrollan en el útero.
- Puede tener un efecto protector contra la enfermedad inflamatoria pélvica.
- Anemia causada por la carencia de hierro.
- Además, atenúa los episodios de crisis falciformes.
- Las indicaciones para la endometriosis incluyen dolor pélvico y hemorragia endometrial.
- Por lo tanto, ayuda a prevenir la anemia ferropénica.

Los efectos secundarios de este fármaco incluyen irregularidades menstruales, hemorragias prolongadas o abundantes y amenorrea.

Algunas mujeres también pueden padecer cefalea, sensibilidad en los senos, incremento de peso, náuseas, ansiedad, alteraciones en el estado de ánimo o en el deseo sexual, mareos, hinchazón y malestar abdominal. En ciertos casos, puede ocurrir un retraso en la recuperación del estado fértil. Sin embargo, los síntomas leves pueden tratarse aconsejando y animando a la usuaria a seguir utilizando el método. También es importante descartar cualquier otra afección subyacente que pueda estar causando estos efectos. ⁽⁵⁷⁾

Si la usuaria experimenta sangrado moderado o manchado prolongado, se recomienda aconsejarla y tranquilizarla. Si estas medidas no son efectivas y la usuaria desea continuar usando el método, se pueden tomar anticonceptivos orales combinados (AOC) o estrógenos por una duración limitada de no más de 3 meses.

Ibuprofeno u otro antiinflamatorio no esteroideo: Si la última inyección se aplicó hace más de 4 semanas, una nueva inyección puede seguir siendo efectiva. La siguiente dosis debe programarse 3 meses después de la inyección anterior. Aunque las hemorragias abundantes son infrecuentes, pueden controlarse administrando dosis más altas de AOC o estrógenos (1 comprimido diario durante 21 días). Si la hemorragia persiste, es importante investigar y tratar cualquier patología subyacente. ⁽⁵⁷⁾

Al hablar de farmacocinética, deben tenerse en cuenta los siguientes aspectos:

e) Absorción

Tras la administración de una inyección de dosis única intramuscular (IM) de 150 mg de suspensión inyectable de acetato de medroxiprogesterona USP a ocho mujeres de entre 28 y 36 años, la concentración de acetato de medroxiprogesterona aumentó gradualmente durante un período de aproximado 21 días. Las concentraciones máximas en plasma oscilaron entre 1 y 7 ng/mL, medidas mediante un procedimiento de radioinmunoanálisis de

extracción. La administración intramuscular de acetato de medroxiprogesterona conduce a una liberación lenta, lo que resulta en niveles sostenidos pero bajos en el torrente sanguíneo.

f) Distribución

El MPA (acetato de medroxiprogesterona USP) tiene una distribución media de unión a las proteínas presentes en el plasma del 86%. La principal afinidad es por la albúmina sérica. El MPA no se une a la globulina fijadora de hormonas sexuales (SHBG). Aproximadamente el 90-95% del MPA es capaz de atravesar la barrera hematoencefálica y placentaria.

g) Metabolismo

El acetato de medroxiprogesterona funciona en el torrente sanguíneo y se absorbe entre dos y cuatro horas posteriores a su administración. Es metabolizado en el hígado por las enzimas del citocromo P450, dando lugar a la producción de más de 10 metabolitos distintos. La mayor parte de estos metabolitos se elimina a través de la orina en forma de conjugados glucurónidos. El acetato de medroxiprogesterona, cuando se administra dentro del intervalo de dosificación típico, suprime la liberación de gonadotropina hipofisaria, impidiendo así el desarrollo del folículo y la ovulación. Debido a su prolongada duración de acción y al consiguiente desafío de estimar el tiempo de expulsión tras una aplicación.

h) Excreción

Los niveles de acetato de medroxiprogesterona en el organismo disminuyen gradualmente con el tiempo hasta que dejan de ser detectables (<100 pg/mL) entre 120 y 200 días posteriores de la aplicación. Esto se determinó mediante un procedimiento de radioinmunoanálisis para medir los niveles de acetato de medroxiprogesterona en sangre. La vida media aproximada del acetato de medroxiprogesterona, tras su aplicación IM en forma de suspensión

inyectable de acetato de medroxiprogesterona USP, es de cerca de 50 días. La mayor parte de sus metabolitos se elimina por vía urinaria en forma de conjugados glucurónidos, mientras que solo una pequeña fracción se excreta como sulfatos. El proceso de expulsión se extiende por alrededor de 6 semanas tras la aplicación. ⁽⁵⁸⁾

El Ministerio de Salud (MINSA) brinda las siguientes recomendaciones:

- Mujeres con edades comprendidas entre 18 y 45 años, que hayan tenido muchos o ningún embarazo y sean sexualmente activas, y que soliciten y prefieran específicamente el uso de anticoncepción inyectable temporal de acción prolongada.
- En mujeres que tienen condiciones médicas que hacen que otros métodos anticonceptivos sean inadecuados.
- La lactancia puede iniciarse y continuarse hasta 6 meses o incluso más después del parto, ya sea posparto o tras cesárea. En mujeres que no amamantan, dentro de los primeros 21 días posparto.
- En caso de aborto espontáneo, ya sea en el primer trimestre, en el segundo o poco después de un aborto séptico. ⁽⁵⁹⁾

Y contradicciones:

- Las contraindicaciones incluyen sensibilidad exagerada a los progestágenos, tromboflebitis, una ocurrencia previa o actual de trombosis o accidente cerebrovascular, cáncer de mama o genital (cuando se emplea una formulación no asociada con neoplasias), insuficiencia hepática, abortos espontáneos incompletos, embarazo y hemorragia vaginal irregular sin explicación.
- Individuos dentro del rango de edad entre 13 y 17 años. La ausencia de menstruación, causada por la administración en el uso de anticonceptivos inyectables durante los años iniciales después del inicio de la menstruación incrementa el riesgo de desarrollar

osteoporosis en etapas posteriores de la vida de la mujer, especialmente en aquellas con factores de riesgo como enfermedades óseas.

- Mujeres que experimentan climaterio, debido al aumento potencial de osteoporosis y fracturas óseas después de la menopausia causado por el agotamiento del calcio, el uso de este método no es capaz de aplicarse universalmente. Es fundamental seguir rigurosamente las contraindicaciones para prevenir efectos secundarios, los cuales podrían ser tanto absolutos como graves. En tales casos, debe recomendarse encarecidamente un método anticonceptivo alternativo.
- Las contraindicaciones absolutas incluyen antecedentes o riesgo de tromboembolismo, cardiopatía actual, accidente cerebrovascular, cáncer en la mama, neoplasias malignas en el tracto del genital, tumor de la hipófisis, insuficiencia en el riñón, gestación o presunción de embarazo.
- Las afecciones graves incluyen diabetes o prediabetes, hipertensión arterial, anemia falciforme, hemorragia vaginal no detectada, patología vascular oftálmica, epilepsia, prolactinemia y varices.⁽⁵⁹⁾

La Norma Técnica 2016 del MINSA enumera las situaciones restrictivas en la utilización inyectable:

- Individuo con enfermedad en el hígado grave manifestada por síntomas como ictericia, hepatitis activa, cirrosis avanzada y tumor hepático.
- Individuos a los que se les haya diagnosticado diabetes mayores de 20 años, o aquellos que hayan tenido problemas en las arterias, la vista, los riñones o el sistema neurológico como consecuencia de la diabetes.

- El infarto de miocardio se refiere a la enfermedad cardíaca causada por la obstrucción o estrechamiento de las arterias, a menudo denominada accidente cardiovascular.
- Hemorragia vaginal inexplicada que podría indicar embarazo o enfermedad subyacente.
- Historial de cáncer de mama.
- Factores que puedan aumentar la probabilidad de desarrollar una enfermedad cardíaca (cardiopatía coronaria) o un accidente cardiovascular, como hipertensión o diabetes.

El método (AMPD) tiene una tasa teórica de fallos de 0,3 gestaciones por cada 100 mujeres en el año primero y una tasa de fallos con uso típico de 3 concepciones por cada 100 mujeres durante el año primero. Esto se traduce en una tasa de eficacia de más del 99%, que indica al menos de 1 de 100 féminas que utilicen el método se quedará gestando cada año.⁽⁴⁶⁾

De ahí que poseamos los beneficios subsiguientes:

- Se administra trimestralmente
- Es extremadamente eficaz
- Carece de efectos adversos asociados a los estrógenos.
- Tiene el potencial de mitigar los episodios de crisis en individuos diagnosticados de anemia falciforme.
- Es económicamente eficiente.
- Reduce la probabilidad de enfermedad inflamatoria pélvica.
- Excelente resultado.
- Eficazmente rápida (debe empezar en los 7 días iniciales del periodo).

- Duración moderada (3 meses).
- No requiere examen pélvico previo.
- No tiene efecto sobre la lactancia cuando se aplica después de 6 semanas postparto.
- No tiene ningún efecto sobre autenticidad cálida ni el incremento de leche de madre.

Sin embargo, también tiene inconvenientes, como su incapacidad para proporcionar protección contra las infecciones de transmisión sexual, dentro de ello el VIH/SIDA. Además, se asocia a una disminución de la densidad ósea, lo que aumenta la probabilidad de desarrollar osteoporosis. Es necesario administrarla cada trimestre mediante inyección. Aplaza el restablecimiento de la capacidad reproductiva. ⁽⁴⁶⁾

Antes de la administración, es necesario agitar enérgicamente la forma de suspensión acuosa estéril de Depo-Provera para garantizar que la dosis administrada sea una suspensión consistente del fármaco. Administrar 150 mg de acetato de medroxiprogesterona por vía IM por/cada 3 meses.

- **Administración inicial**

Ocurrencia: Generalmente en el día 1 y 5 después del inicio de la menstruación.

Posparto se refiere al período inmediatamente posterior al parto en mujeres que no están amamantando actualmente.

Inicio de la lactancia en mujeres seis semanas después del parto.

- **Próxima administración**

Administrar a intervalos de tres meses, con posibilidad de adelantar o retrasar hasta dos semanas en circunstancias excepcionales. ⁽⁶⁰⁾

2.2.13. FACTORES SOCIODEMOGRÁFICAS Y GÍNECO-OBSTÉTRICOS

Edad a la primera relación sexual: En naciones pobres como la nuestra, donde predomina una población joven, es crucial considerar la edad a la que los individuos tienen su primera relación sexual. Este factor tiene implicaciones para la fertilidad y el bienestar de la madre y el niño. Las adolescentes de entre 6 y 17,9 años corren un riesgo considerable de quedarse embarazadas. Esto es especialmente preocupante porque su primera relación sexual suele producirse de forma inesperada y sin ninguna medida anticonceptiva para evitar el embarazo.

Estado civil: Las investigaciones indican que un porcentaje significativo de adolescentes solteras son sexualmente activas, aunque un número considerable de ellas no mantiene relaciones sexuales con regularidad. Algunas hacen un uso irregular de los anticonceptivos o eligen métodos poco fiables, lo que aumenta su vulnerabilidad a los embarazos no deseados.

Escolarización: La prevalencia del embarazo adolescente está aumentando, sobre todo en las zonas rurales con escasas oportunidades educativas. En general, existe una correlación directa entre la educación y el conocimiento y uso de técnicas anticonceptivas.

Religión: En América Latina, la religión tiene un impacto limitado en la utilización anticonceptiva de manera individual. Sin embargo, en algunos países, la religión desempeña un papel importante en la accesibilidad a los anticonceptivos. Los dirigentes de la política y los encargados del servicio de planificación familiar pueden ser reacios a ofrecer estos servicios debido a preocupaciones sobre posibles conflictos con instituciones religiosas influyentes.

1. La noción en anticonceptivos impide el placer y la intimidad.
2. La noción que los métodos impiden la satisfacción en la intimidad.
3. Los jóvenes tienen el derecho de obtener información exacta y

acceder a una gama de métodos anticonceptivos seguros, eficaces y adecuados para tomar decisiones informadas sobre la regulación de la fertilidad. Aunque existen numerosas opciones anticonceptivas, un método ideal debe tener las siguientes características:

- El método es altamente eficaz, lo que garantiza que no se produzca ningún embarazo en el 100% de las parejas que lo utilizan.
- Que sea reversible: Si se interrumpe el método anticonceptivo y la actividad sexual continúa como de costumbre, el embarazo debería producirse en un plazo máximo de 2 años.
- Inocuo: no debe inducir reacciones adversas en relaciones que lo utilicen.
- De aplicación: su uso debe ser accesible a la facilidad y querido por la pareja.
- Económicamente accesible: no debe representar un reto financiero para su adquisición. ⁽⁶¹⁾

2.3. DEFINICIÓN CONCEPTUAL

a) Anticoncepción: La anticoncepción se refiere al uso de fármacos, dispositivos o procedimientos quirúrgicos con el objetivo de prevenir el embarazo. Existe una amplia gama de métodos anticonceptivos. Estos procedimientos incluyen técnicas de barrera para evitar la fusión del espermatozoides y el óvulo, enfoques hormonales, dispositivos intrauterinos (DIU), así como intervenciones quirúrgicas para bloquear las trompas de Falopio en féminas o los dos orificios en que el espermatozoides sale de los testículos en los hombres. También se denomina control de la natalidad. ⁽⁶²⁾

b) Planificación: Abarca una serie de sucesos e implicaciones diseñadas para individuos y parejas en edad reproductiva. Incluyen información, educación, asesoramiento y acceso a métodos anticonceptivos. El objetivo es permitir que los individuos o uniones conozcan más decisiones sobre si tener o no hijos, así como sobre el momento y el espaciamiento de los embarazos, de forma voluntaria y responsable. ⁽⁸⁾

- c) Postparto:** También conocido como puerperio, se refiere al periodo que sigue al parto hasta seis semanas después del mismo, durante el cual el cuerpo femenino experimenta una vuelta a su estado normal. ⁽⁶³⁾
- d) Esterilización femenina:** La esterilización femenina se logra mediante el uso de la laparoscopia, la histeroscopia y la minilaparotomía, que son medios de anticoncepción permanente en las mujeres. Estos procedimientos implican la extirpación quirúrgica de las trompas de Falopio, que son responsables de trasladar el óvulo desde los ovarios hasta parte de útero. Las trompas de Falopio pueden extirparse quirúrgicamente, dejando a la mujer estéril e infértil. Este tratamiento, muy eficaz, consiste en cortar los canales por los que pasan los gametos, impidiendo así la reproducción. ⁽⁶⁴⁾
- e) Inyección anticonceptiva:** Se trata de una inyección hormonal que evita eficazmente la ovulación y aumenta la viscosidad del moco cervical, impidiendo así la liberación de óvulos e impidiendo el movimiento de los espermatozoides. ⁽⁶⁵⁾

2.4. HIPÓTESIS

2.4.1. HIPÓTESIS GENERAL

Hi: Existen factores asociados al uso de acetato de medroxiprogesterona en mujeres post parto en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano, julio a diciembre 2021.

Ho: No existen factores asociados al uso de acetato de medroxiprogesterona en mujeres post parto en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano, julio a diciembre 2021.

2.4.2. HIPÓTESIS ESPECÍFICAS

Hi₁: Los factores demográficos se asocian al uso de acetato de medroxiprogesterona en mujeres post parto en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano, julio a diciembre 2021.

Ho₁: Los factores demográficos no se asocian al uso de acetato de medroxiprogesterona en mujeres post parto en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano, julio a diciembre 2021.

Hi₂: Los factores gíneco-obstétricos se asocian al uso de acetato de medroxiprogesterona en mujeres post parto en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano, julio a diciembre 2021.

Ho₂: Los factores gíneco-obstétricos no se asocian al uso de acetato de medroxiprogesterona en mujeres post parto en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano, julio a diciembre 2021.

Hi₃: Los factores culturales se asocian al uso de acetato de medroxiprogesterona en mujeres post parto en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano, julio a diciembre 2021.

Ho₃: Los factores culturales no se asocian al uso de acetato de medroxiprogesterona en mujeres post parto en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano, julio a diciembre 2021.

Hi₄: Los factores sexuales y reproductivos se asocian al uso de acetato de medroxiprogesterona en mujeres post parto en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano, julio a diciembre 2021.

Ho₄: Los factores sexuales y reproductivos no se asocian al uso de acetato de medroxiprogesterona en mujeres post parto en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano, julio a diciembre 2021.

2.5. VARIABLES

2.5.1. VARIABLE DEPENDIENTE

Uso de acetato de medroxiprogesterona

2.5.2. VARIABLE INDEPENDIENTE

Factores asociados

2.6. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENCIÓN	INDICADOR	CATEGORÍA	ESCALA	TECNICA E INSTRUMENTO	
FACTORES ASOCIADOS	Son los componentes que pueden condicionar una situación y convertirse en la causa de la evolución o transformación de los hechos.	Factores sociodemográficos	Edad	<ul style="list-style-type: none"> De 15 a 25 años De 26 a 35 años De 36 a 45 años 	Ordinal	Historia clínica	
			Grado de instrucción	<ul style="list-style-type: none"> Sin instrucción Primaria Secundaria Superior incompleta Superior completa 	Ordinal		
			Estado civil	<ul style="list-style-type: none"> Soltera Conviviente Casada Divorciada 	Nominal		
			Ocupación	<ul style="list-style-type: none"> Estudiante Ama de casa Trabajador independiente Trabajador dependiente 	Nominal		
			Paridad	<ul style="list-style-type: none"> Primípara Múltipara Gran múltipara 	Ordinal		
			Periodo intergenésico	<ul style="list-style-type: none"> Menor de 2 años Mayor o igual a 2 años Ninguna 	Ordinal		Historia clínica
			Tipo de parto	<ul style="list-style-type: none"> Vaginal Cesárea 	Nominal		

		Religión	<ul style="list-style-type: none"> • Católica • Evangélica 	Nominal	
	Factores culturales	Mitos y creencias	<ul style="list-style-type: none"> • Engorda • Produce infertilidad • Corta la menstruación • Produce cáncer • Otros 	Nominal	Historia clínica
		Menarquía	<ul style="list-style-type: none"> • Menor o igual a 14 años • Mayor a 14 años 	Ordinal	
		Inicio de las relaciones sexuales	<ul style="list-style-type: none"> • De 12 a 14 años • De 15 a 17 años • Mayor o igual a 18 años 	Ordinal	Historia clínica
	Factores sexuales y reproductivos	Edad del primer embarazo	<ul style="list-style-type: none"> • De 12 a 14 años • De 15 a 17 años • Mayor o igual a 18 años 	Ordinal	
		Antecedente de aborto	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No 	Nominal	
		Número de parejas sexuales	<ul style="list-style-type: none"> • Una pareja • De 2 a 4 parejas • De 5 a más parejas 	Ordinal	

VARIABLE DEPENDIENTE

Uso del acetato de medroxiprogesterona	Usaria del programa de Planificación Familiar que utilizan el método anticonceptivo (Acetato de Medroxiprogesterona)	Única	Uso del acetato de medroxiprogesterona	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No 	Nominal	Historia clínica
---	--	--------------	--	--	---------	------------------

CAPITULO III

METODOLOGIA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

La investigación empleó un diseño DESCRIPTIVO RETROSPECTIVO, NO EXPERIMENTAL Y CORRELACIONAL.

La medición de la variable de investigación se realizó de forma RETROSPECTIVA, lo que significa que se basó en datos de periodos de tiempo y fechas anteriores.

La investigación NO EXPERIMENTAL se refiere a un tipo de investigación en el que no se puede manipular deliberadamente variables, centrándose en observar y analizar fenómenos existentes.

DESCRIPTIVO: Permite describir y examinar metódicamente los factores considerados: **“Uso de acetato de medroxiprogesterona en mujeres post parto”**.

3.1.1. ENFOQUE

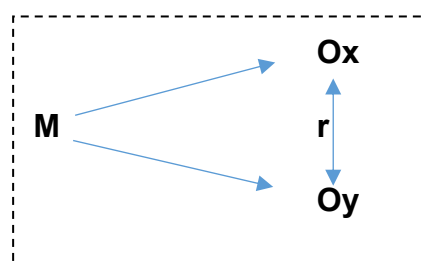
El estudio emplea un enfoque cuantitativo

3.1.2. ALCANCE O NIVEL DE INVESTIGACIÓN

El estudio empleó un nivel de investigación correlacional

3.1.3. DISEÑO

Para la investigación mencionada se empleó el diseño subsiguiente



Donde:

Ox: Variable 1 (factores asociados)

Oy: Variable 2 (Uso del acetato de medroxiprogesterona)

r: Correlacionar variables.

3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

3.2.1. POBLACIÓN

Estuvo integrada por mujeres post parto con edades de 15 y 45 años, que acudieron a los servicios de planificación familiar del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano de julio a diciembre de 2021. El número total de participantes fue de 93.

3.2.1.1. CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN

A. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Mujeres post parto
- Puérperas que hayan sido atendidas en el Hospital de Contingencia Hermilio Valdizán Medrano durante periodo julio – diciembre 2021.
- Mujeres desde los 15 hasta los 45 años de edad
- Puérperas que acudieron a consulta interna en el mes de julio, hasta diciembre del 2021.
- Puérperas utilizando el método de planificación Acetato de medroxiprogesterona.

B. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Gestantes
- Historia Clínica incompleta
- Mujeres postparto que no hayan sido atendidas en el Hospital de Contingencia Hermilio Valdizán Medrano durante periodo julio – diciembre 2021.

- Mujeres con edades menor a 15 años y mayores a 45 años.
- Puérperas con otro método anticonceptivo que no sea el acetato de medroxiprogesterona.

3.2.2. MUESTRA

Seleccionada por medio del método de muestreo probabilístico aleatorio simple, utilizando específicamente la modalidad de selección completa. Este método garantiza que todos los individuos de la población estudiada tengan las mismas posibilidades de ser elegidos, con el objetivo de obtener una muestra que represente fielmente a la población.

La magnitud muestral se determinó utilizando un rango de confianza con el 95% y un límite de error del 5%, empleando la fórmula siguiente:

$$n = \frac{N * Z_{1-\alpha}^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{1-\alpha}^2 * p * q}$$

Dónde:

n = El tamaño muestral a calcular

N = Tamaño general del universo que es igual a 75

Z = Confiabilidad que integra un 95% $\geq Z=1,96$

e = Margen máximo de error admitido (7,5% = 0,075)

p = Éxito probable (0.5)

Q = Fracaso probable (0.5)

$$\frac{93 * 1.96^2 * 0.5 * 0.5}{0.05^2(93 - 1) + 1.96^2 * 0.5 * 0.5}$$

$$n = 75.03125$$

Hay 75 pacientes post parto.

El estudio se centró exclusivamente en 75 pacientes posparto. De ellas, 50 pacientes optaron por utilizar el método anticonceptivo acetato de medroxiprogesterona, mientras que las 25 pacientes restantes optaron por un método diferente conocido como método de barrera. Todas estas pacientes formaban parte del programa de planificación familiar del hospital en cuestión.

Método de muestreo: Muestreo aleatorio simple probabilístico.

3.3. TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.3.1. TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La metodología empleada consistió en el estudio documentado en historias del paciente clínico para la recogida de información.

3.3.2. APLICACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS

Tras obtener la aprobación para investigar y adquirir una validación instrumental fiable, la recolección de documentos se realizó de acuerdo con el calendario de actividades previsto. El proceso de recogida de datos siguió el diagrama de flujo esbozado en el plan de trabajo de la investigación.

3.3.3. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Fue la ficha de cuestionario recolectando datos de la historia clínica que sirvió como herramienta de recolección de datos para obtener información de la historia clínica de las puérperas o puérperas posparto usuarias de Acetato de Medroxiprogesterona en el Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano entre julio y diciembre de 2021.

3.4. TÉCNICAS PARA EL PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Para procesar información implicó la consideración de las siguientes etapas:

3.4.1. PROCESAMIENTO DE LOS DATOS

Los resultados se analizaron inicialmente de forma manual mediante la creación de una base de datos de códigos numéricos. A continuación, esta base de datos se transfirió a una hoja calculada en Excel 2023, donde matemáticamente se calculó dichas dimensiones. Por último, el tratamiento estadístico se llevó a cabo utilizando el programa estadístico IBM SPSS Versión 27 para Windows.

3.4.2. PLAN DE TABULACIÓN DE DATOS

Los resultados recogidos se utilizaron para tabular la información en tablas de frecuencias y porcentajes. Estas tablas se utilizaron para el análisis descriptivo e inferencial en el estudio de investigación. Además, se emplearon tablas cruzadas para determinar la relación entre las variables.

3.4.3. CLASIFICACIÓN DE LOS DATOS

El estudio se realizó con base en las variables examinadas, utilizando medidas ordinales y nominales.

3.4.4. PRESENTACIÓN DE DATOS

La información se organizó en tablas y gráficos académicos basados en las dimensiones examinadas en el estudio. Esto facilita el examen y la interpretación de cada tabla, de acuerdo con el marco de teoría variable, investigadas en este análisis.

3.4.5. ANÁLISIS DE INFORMACIÓN

El tamaño de la muestra para la tesis se determinó en 75 usuarias. Para evaluar la normalidad de los datos, se aplicó la prueba de Kolmogorov-Smirnov^a, una prueba no paramétrica. Esta prueba indicó que la información plasmada no tiene una distribución normal. Por lo tanto, se utilizó la prueba de correlación Chi-cuadrado (X^2), teniendo en cuenta la naturaleza categórica de las variables, el tamaño de la muestra y que la frecuencia esperada era inferior al 25%.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

4.1. PROCESAMIENTO DE DATOS

4.1.1. FACTORES DEMOGRÁFICOS Y USO DE MEDROXIPROGESTERONA

Tabla 1. Edad de las mujeres post parto en el servicio de planificación familiar ante el uso de acetato de medroxiprogesterona en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano, julio a diciembre, 2021

FACTORES DEMOGRÁFICOS	Uso de Medroxiprogesterona			
	Sí		No	
Edad	N	%	N	%
De 15 a 25 años	13	26.00	8	32.00
De 26 a 35 años	31	62.00	8	32.00
De 36 a 45 años	6	12.00	9	36.00
Total	50	100	25	100

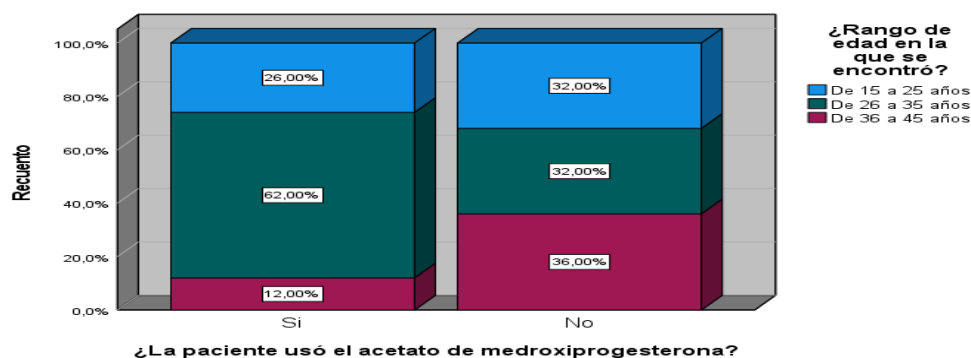


Gráfico 1. Edad de las mujeres post parto en el servicio de planificación familiar ante el uso de acetato de medroxiprogesterona en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano, julio a diciembre, 2021

Análisis e interpretación: En la tabla y gráfico 1. Destaca que el 62.00% de las pacientes que optaron por el acetato de medroxiprogesterona (AMP) pertenecía al grupo de 26 a 35 años, seguido por un 26.00% en el rango de 15 a 25 años y un 12.00% en el grupo de 36 a 45 años. Por otro lado, entre las pacientes que eligieron otro método anticonceptivo, como el preservativo, se observa que el 36.00% se encontraba en el grupo de 36 a 45 años, mientras que el 32.00% se distribuía equitativamente entre las edades de 15 a 25 y 26 a 35 años, respectivamente.

Tabla 2. Grado de instrucción de las mujeres post parto en el servicio de planificación familiar ante el uso de acetato de medroxiprogesterona en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano, julio a diciembre, 2021

FACTORES DEMOGRÁFICOS	Uso de Medroxiprogesterona			
	Si		No	
Grado de instrucción	N	%	N	%
Sin instrucción	0	0.00	0	0.00
Primaria	0	0.00	0	0.00
Secundaria	29	58.00	16	64.00
Superior no universitario	13	26.00	7	28.00
Superior universitario	8	16.00	2	8.00
Total	50	100	25	100

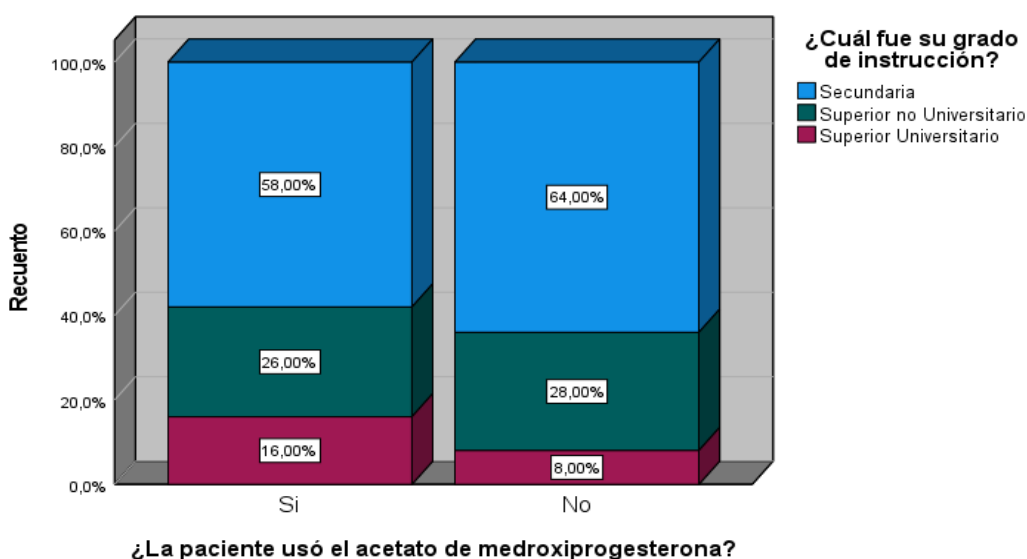


Gráfico 2. Grado de instrucción de las mujeres post parto en el servicio de planificación familiar ante el uso de acetato de medroxiprogesterona en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano, julio a diciembre, 2021

Análisis e interpretación: En la tabla y gráfico 2. Se evidencia que entre las pacientes que utilizaron el acetato de medroxiprogesterona (AMP), el 58.00% tenía educación primaria, seguido por un 26.00% con educación superior no universitaria y un 16.00% con educación superior universitaria. Por otro lado, al analizar las pacientes que optaron por otro método anticonceptivo, destaca que el 64.00% tenía educación secundaria, el 28.00% poseía educación superior no universitaria y el 8.00% había alcanzado educación superior universitaria.

Tabla 3. Estado civil de las mujeres post parto en el servicio de planificación familiar ante el uso de acetato de medroxiprogesterona en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano, julio a diciembre, 2021

FACTORES DEMOGRÁFICOS	Uso de Medroxiprogesterona			
	Si		No	
Estado civil	N	%	N	%
Soltera	3	6.00	13	52.00
Conviviente	35	70.00	11	44.00
Casada	12	24.00	1	4.00
Divorciada	0	0.00	0	0.00
Total	50	100	25	100

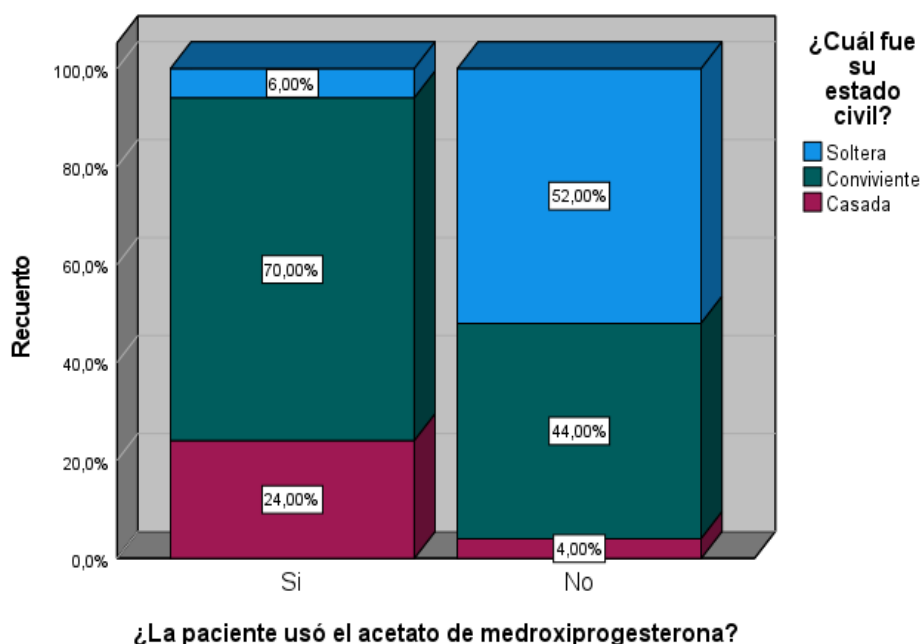


Gráfico 3. Estado civil de las mujeres post parto en el servicio de planificación familiar ante el uso de acetato de medroxiprogesterona en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano, julio a diciembre, 2021

Análisis e interpretación: En la tabla y gráfico 3. Destaca que, de las 50 pacientes que optaron por el acetato de medroxiprogesterona (AMP), el 70.00% eran usuarias convivientes, el 24.00% estaban casadas y el 6.00% eran madres solteras. Contrariamente, en el grupo de 25 usuarias que no seleccionaron el método de acetato de medroxiprogesterona como método de planificación familiar, el 52.00% eran mujeres solteras, el 44.00% eran usuarias convivientes y el 4.00% estaban casadas.

Tabla 4. Ocupación de las mujeres post parto en el servicio de planificación familiar ante el uso de acetato de medroxiprogesterona en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano, julio a diciembre, 2021

FACTORES DEMOGRÁFICOS	Uso de Medroxiprogesterona			
	Si		No	
Ocupación	N	%	N	%
Estudiante	8	16.00	7	28.00
Ama de casa	21	42.00	12	48.00
Trabajadora independiente	20	40.00	4	16.00
Trabajadora dependiente	1	2.00	2	8.00
Total	50	100	25	100

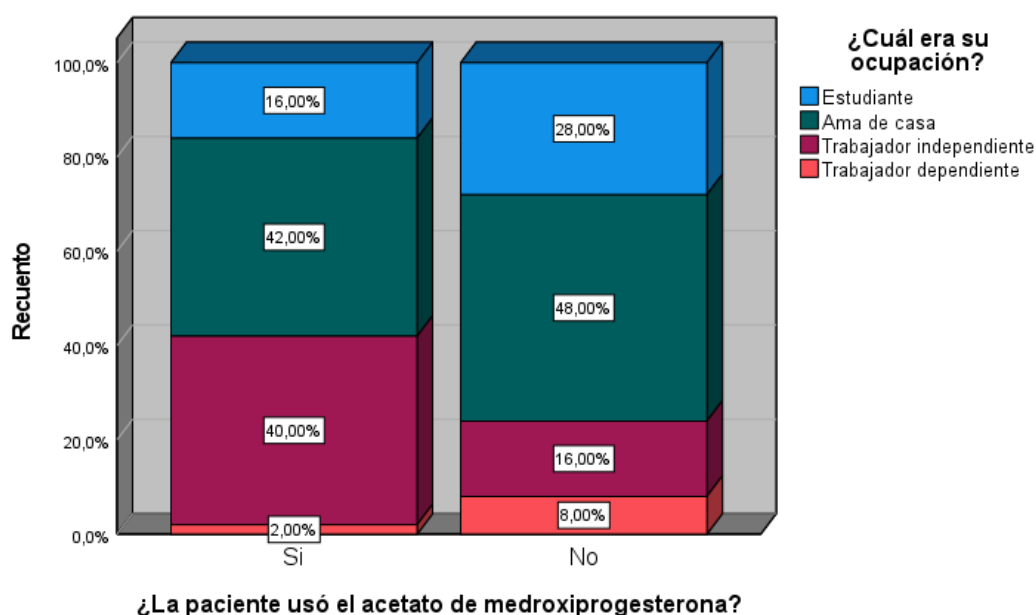


Gráfico 4. Ocupación de las mujeres post parto en el servicio de planificación familiar ante el uso de acetato de medroxiprogesterona en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano, julio a diciembre, 2021

Análisis e interpretación: En la tabla y gráfico 4. Se observa que, dentro del grupo de 50 usuarias que optaron por el método de acetato de medroxiprogesterona (AMP), el 42.00% se dedicaba a los quehaceres del hogar, el 40.00% eran trabajadoras independientes, el 16.00% eran estudiantes y el 2.00% trabajadoras dependientes. En contraste, entre las 25 pacientes que eligieron otro método de planificación familiar (preservativo), se destaca que el 48.00% eran amas de casa, el 28.00% eran estudiantes, el 16.00% eran trabajadoras independientes y el 8.00% eran trabajadoras dependientes (contratadas).

4.1.2. FACTORES GÍNECO-OBSTÉTRICOS Y USO DE MEDROXIPROGESTERONA

Tabla 5. Paridad de las mujeres post parto en el servicio de planificación familiar ante el uso de acetato de medroxiprogesterona en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano, julio a diciembre, 2021

FACTORES GÍNECO-OBSTÉTRICOS	Uso de Medroxiprogesterona			
	Si		No	
Paridad	N	%	N	%
Primípara	29	58.00	11	44.00
Múltipara	21	42.00	14	56.00
Gran múltipara	0	0.00	0	0.00
Total	50	100	25	100

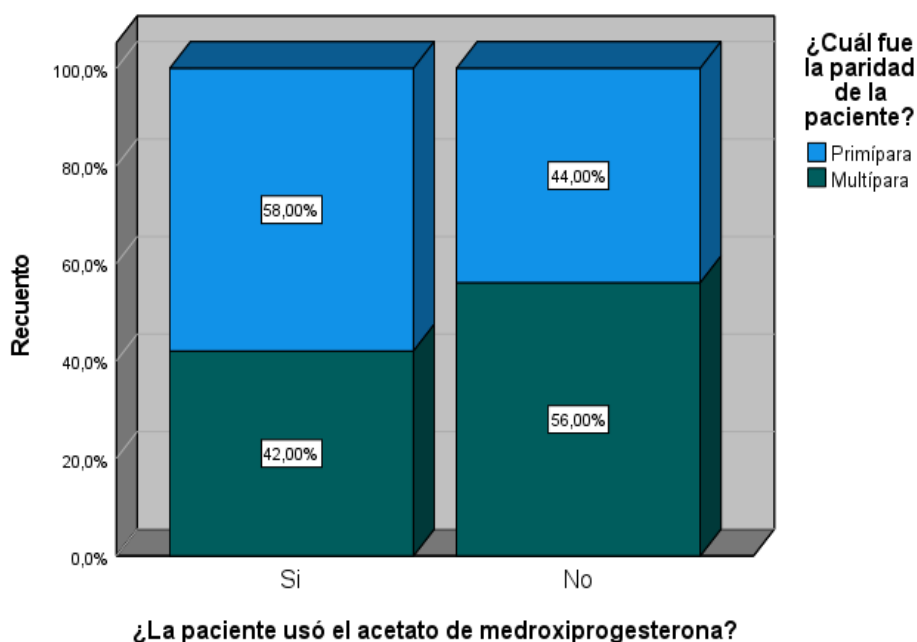


Gráfico 5. Paridad de las mujeres post parto en el servicio de planificación familiar ante el uso de acetato de medroxiprogesterona en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano, julio a diciembre, 2021

Análisis e interpretación: En la tabla y gráfico 5. Se revela que, de las 50 usuarias cuya elección de método anticonceptivo fue el acetato de medroxiprogesterona (AMP), el 58.00% fueron usuarias primíparas y el 42.00% fueron pacientes múltiparas. En contraste, entre las 25 pacientes que optaron por un método de barrera, se destaca que el 56.00% fueron usuarias múltiparas y el 44.00% fueron primíparas.

Tabla 6. Periodo intergenésico de las mujeres post parto en el servicio de planificación familiar ante el uso de acetato de medroxiprogesterona en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano, julio a diciembre, 2021

FACTORES GÍNECO-OBSTÉTRICOS	Uso de Medroxiprogesterona			
	Si		No	
Periodo intergenésico	N	%	N	%
Menor de 2 años	0	0.00	0	0.00
Mayor o igual de 2 años	19	38.00	16	64.00
Ninguno	31	62.00	9	36.00
Total	50	100	25	100

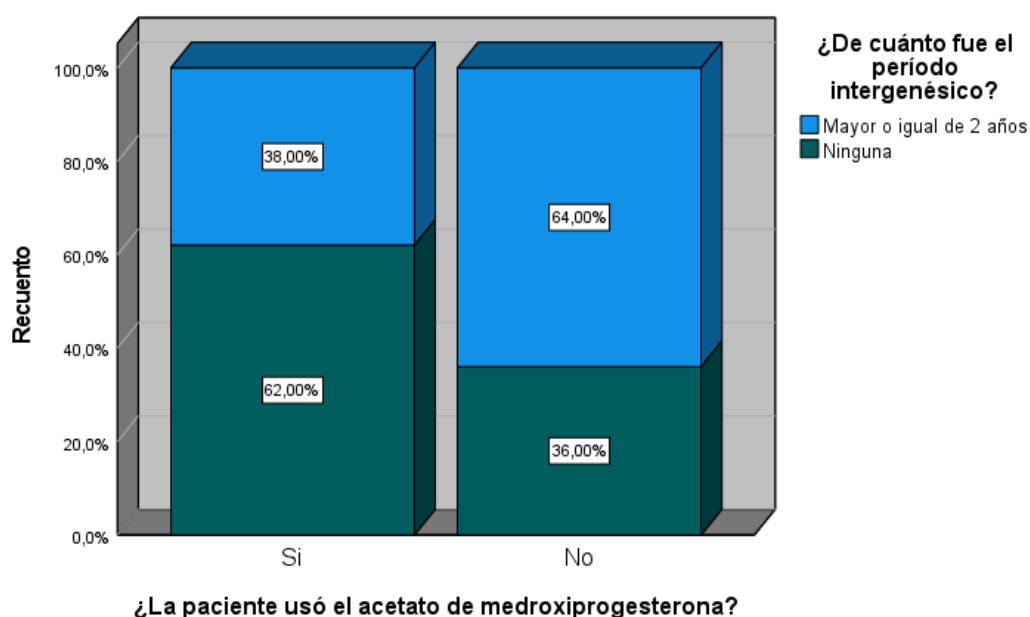


Gráfico 6. Periodo intergenésico de las mujeres post parto en el servicio de planificación familiar ante el uso de acetato de medroxiprogesterona en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano, julio a diciembre, 2021

Análisis e interpretación: En la tabla y gráfico 6. Se observa que de las 50 usuarias que seleccionaron el método anticonceptivo acetato de medroxiprogesterona (AMP), el 62.00% no tenían antecedentes como periodo intergenésico, mientras que el 38.00% tenía un intervalo de 2 años o más entre los periodos de embarazo. Por otro lado, entre las 25 usuarias que optaron por otro método de planificación familiar, resalta que el 64.00% tenía un periodo intergenésico de 2 años o más, mientras que el 36.00% no presentaba ninguna relación con dicha alternativa (No tenían periodo intergenésico).

Tabla 7. Tipo de parto de las mujeres post parto en el servicio de planificación familiar ante el uso de acetato de medroxiprogesterona en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano, julio a diciembre, 2021

FACTORES GÍNECO-OBSTÉTRICOS	Uso de Medroxiprogesterona			
	Si		No	
Tipo de parto	N	%	N	%
Vaginal	16	32.00	7	28.00
Cesárea	34	68.00	18	72.00
Total	50	100	25	100

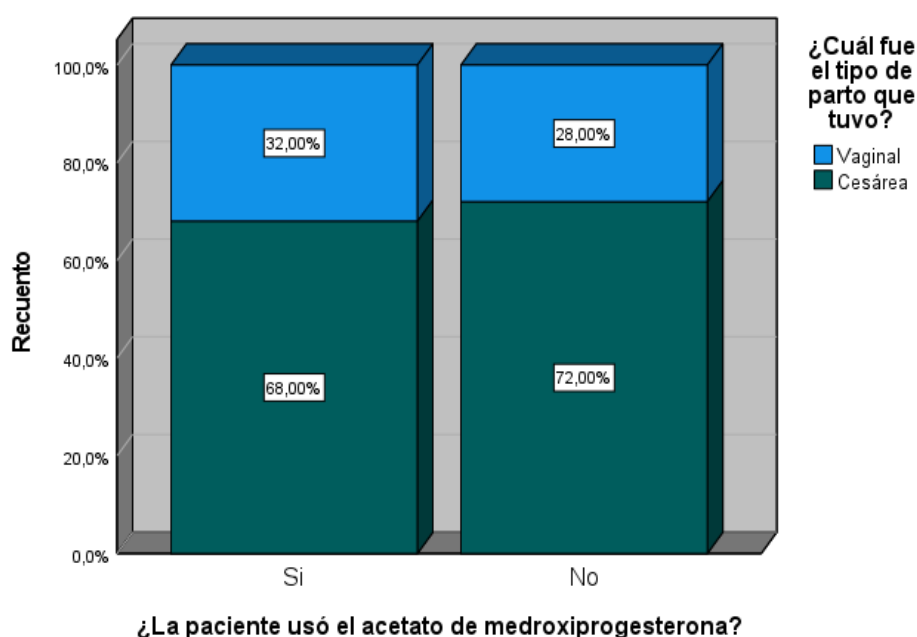


Gráfico 7. Tipo de parto de las mujeres post parto en el servicio de planificación familiar ante el uso de acetato de medroxiprogesterona en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano, julio a diciembre, 2021

Análisis e interpretación: En la tabla y gráfico 7. Entre las 75 pacientes atendidas en el servicio de planificación, se destacan dos grupos. De las 50 que optaron por el método de acetato de medroxiprogesterona (AMP), el 68.00% experimentó un parto vía cesárea, mientras que el 32.00% tuvo un parto vía vaginal. Por otro lado, entre las 25 gestantes que eligieron otro método, sobresale que el 72.00% tuvo un parto finalizado vía cesárea y el 28.00% experimentó un parto vía vaginal.

4.1.3. FACTORES CULTURALES Y USO DE MEDROXIPROGESTERONA

Tabla 8. Religión de las mujeres post parto en el servicio de planificación familiar ante el uso de acetato de medroxiprogesterona en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano, julio a diciembre, 2021

FACTORES CULTURALES	Uso de Medroxiprogesterona			
	Si		No	
Religión	N	%	N	%
Católica	30	60.00	4	16.00
Evangélica	20	40.00	21	84.00
Total	50	100	25	100

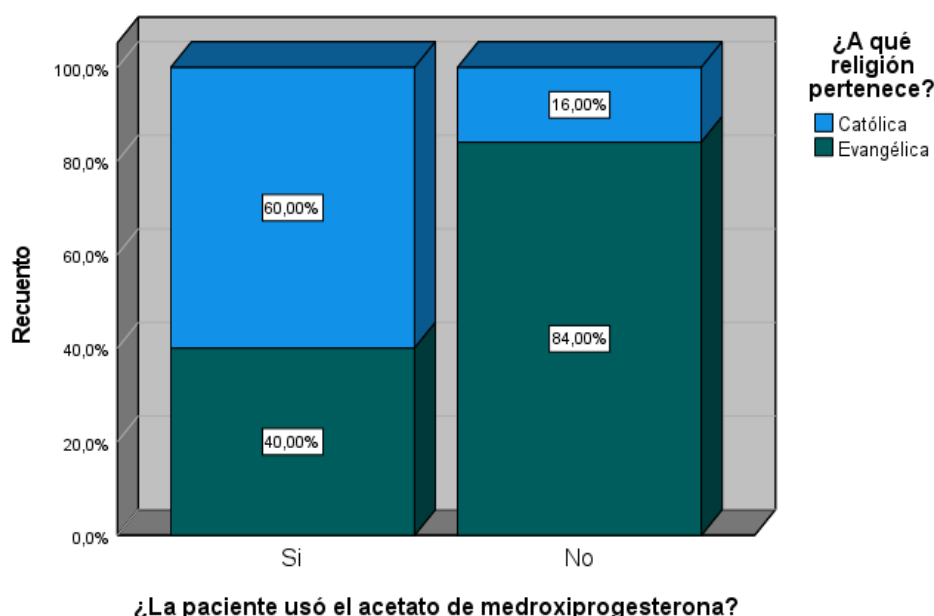


Gráfico 8. Religión de las mujeres post parto en el servicio de planificación familiar ante el uso de acetato de medroxiprogesterona en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano, julio a diciembre, 2021

Análisis e interpretación: En la tabla y gráfico 8. Se evidencia que, de las 50 pacientes atendidas que eligieron el método de planificación familiar (acetato de medroxiprogesterona), el 60.00% adhería a la religión católica, mientras que el 40.00% practicaba la fe evangélica. Contrariamente, entre las 25 usuarias que optaron por otro método, resalta que el 84.00% eran seguidoras de la fe evangélica, mientras que el 16.00% profesaba la religión católica.

Tabla 9. Mitos y creencias de las mujeres post parto en el servicio de planificación familiar ante el uso de acetato de medroxiprogesterona en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano, julio a diciembre, 2021

FACTORES CULTURALES	Uso de Medroxiprogesterona			
	Si		No	
Mitos y creencias	N	%	N	%
Engorda	42	84.00	8	32.00
Produce infertilidad	0	0.00	0	0.00
Corta la menstruación	8	16.00	17	68.00
Produce cáncer	0	0.00	0	0.00
Otros	0	0.00	0	0.00
Total	50	100	25	100

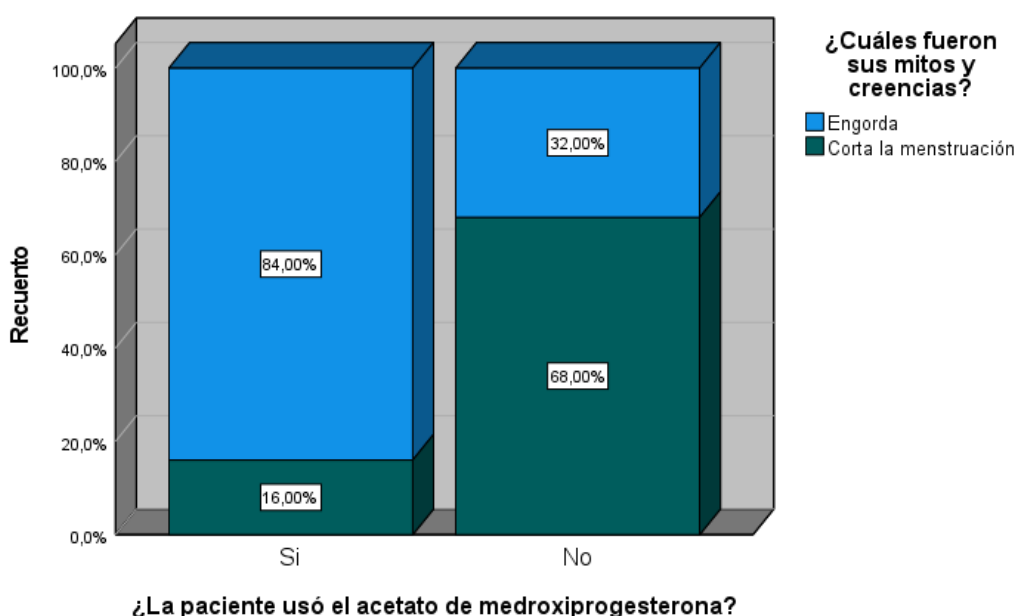


Gráfico 9. Mitos y creencias de las mujeres post parto en el servicio de planificación familiar ante el uso de acetato de medroxiprogesterona en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano, julio a diciembre, 2021

Análisis e interpretación: En la tabla y gráfico 9. Se evidencia que, de las 50 pacientes que optaron por el método anticonceptivo acetato de medroxiprogesterona (AMP), el 84.00% asoció la creencia de que el método provoca aumento de peso, mientras que el 16.00% lo vinculó con la interrupción del ciclo menstrual. En contraste, entre las 25 usuarias que seleccionaron otro método (barrera), resalta que el 68.0% tenía la creencia de que dicho método corta la menstruación, mientras que el 32.00% expresó la expectativa de que pudiera causar aumento de peso.

4.1.4. FACTORES SEXUALES – REPRODUCTIVOS Y USO DE MEDROXIPROGESTERONA

Tabla 10. Menarquia de las mujeres post parto en el servicio de planificación familiar ante el uso de acetato de medroxiprogesterona en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano, julio a diciembre, 2021

FACTORES SEXUALES Y REPRODUCTIVOS	Uso de Medroxiprogesterona			
	Si		No	
Menarquia	N	%	N	%
Menor o igual a 14 años	15	30.00	7	28.00
Mayor a 14 años	35	70.00	18	72.00
Total	50	100	25	100

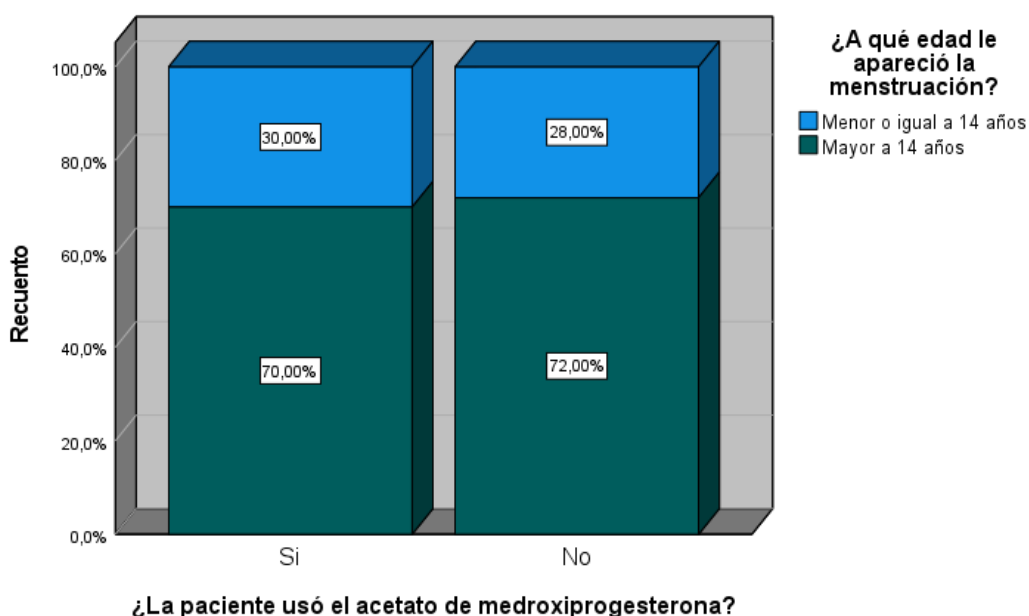


Gráfico 10. Menarquia de las mujeres post parto en el servicio de planificación familiar ante el uso de acetato de medroxiprogesterona en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano, julio a diciembre, 2021

Análisis e interpretación: En la tabla y gráfico 10. Se detalla que, de las 50 pacientes que utilizaron el método de acetato de medroxiprogesterona, el 70.00% experimentó la menarquia después de los 14 años de edad, mientras que el 30.00% la experimentó a los 14 años de edad o antes. En contraste, entre las 25 usuarias que optaron por el método de barrera (clasificado como otro método), destaca que el 72.00% experimentó la menarquia después de los 14 años de edad, mientras que el 28.00% la experimentó a los 14 años de edad o antes.

Tabla 11. Año de inicio de las relaciones sexuales en las mujeres post parto del servicio de planificación familiar ante el uso de acetato de medroxiprogesterona en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano, julio a diciembre, 2021

FACTORES SEXUALES Y REPRODUCTIVOS	Uso de Medroxiprogesterona			
	Si		No	
Inicio de relaciones sexuales (IRS)	N	%	N	%
De 12 a 14 años	0	0.00	0	0.00
De 15 a 17 años	18	36.00	8	32.00
Mayor o igual de 18 años	32	64.00	17	68.00
Total	50	100	25	100

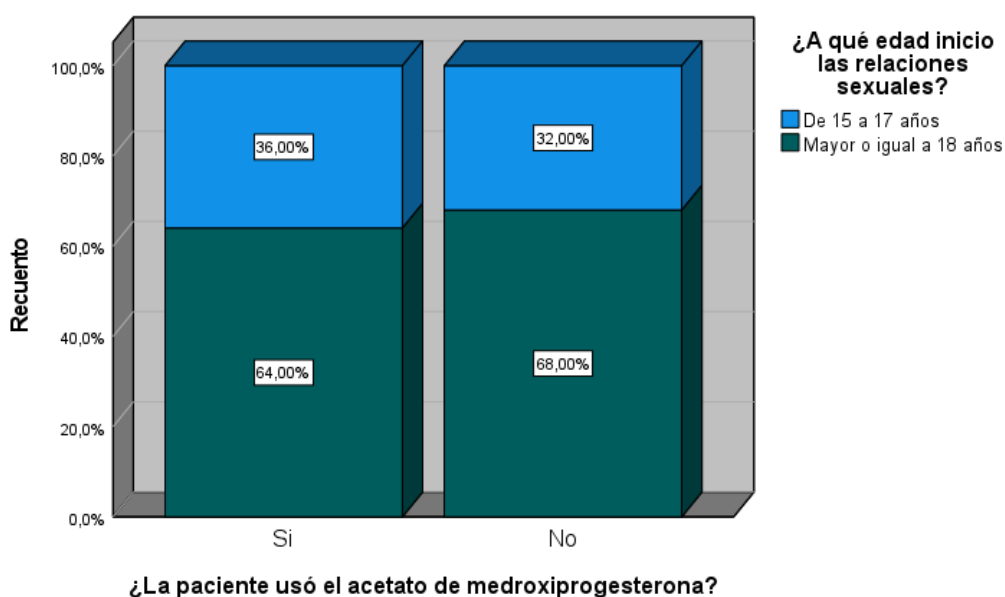


Gráfico 11. Año de inicio de las relaciones sexuales en las mujeres post parto del servicio de planificación familiar ante el uso de acetato de medroxiprogesterona en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano, julio a diciembre, 2021

Análisis e interpretación: En la tabla y gráfico 11. Entre el total de 75 pacientes atendidas en el servicio de planificación familiar, se destaca el grupo de 50 usuarias, donde el 64.00% inició sus relaciones sexuales a los 18 años o más, y el 36.00% lo hizo entre los 15 y 17 años. Por otro lado, entre las 25 usuarias que eligieron otro método de planificación familiar (método de barrera), el 68.00% también inició sus relaciones sexuales a los 18 años o más, mientras que el 32.00% lo hizo entre los 15 y 17 años.

Tabla 12. Edad del primer embarazo en las mujeres post parto del servicio de planificación familiar ante el uso de acetato de medroxiprogesterona en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano, julio a diciembre, 2021

FACTORES SEXUALES Y REPRODUCTIVOS	Uso de Medroxiprogesterona			
	Si		No	
Edad del primer embarazo	N	%	N	%
Menor de 18 años	6	12.00	0	0.00
De 18 a 25 años	8	16.00	7	28.00
Mayor de 25 años	36	72.00	18	72.00
Total	50	100	25	100

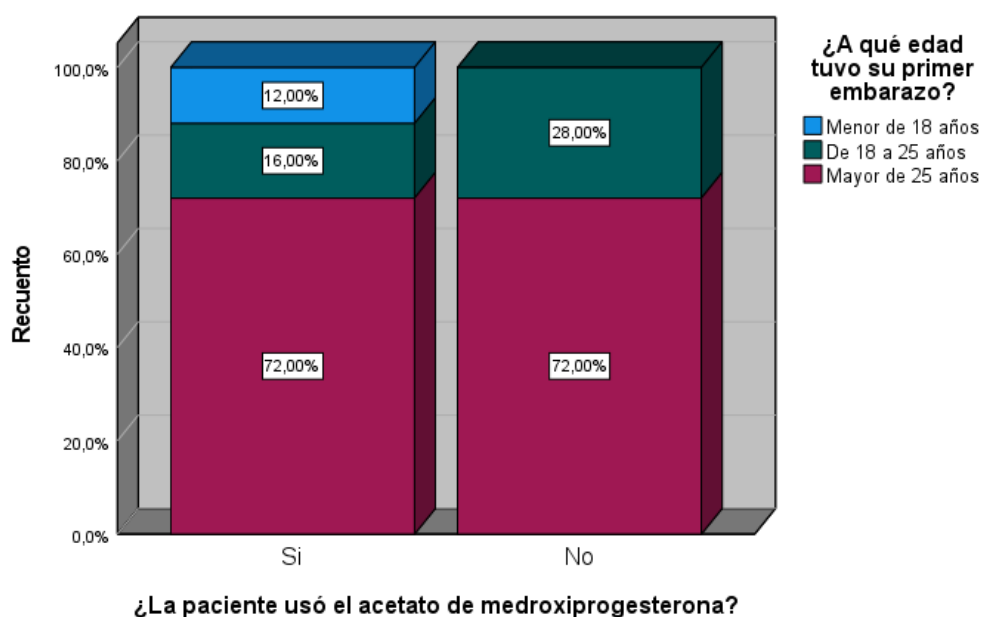


Gráfico 12. Edad del primer embarazo en las mujeres post parto del servicio de planificación familiar ante el uso de acetato de medroxiprogesterona en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano, julio a diciembre, 2021

Análisis e interpretación: En la tabla y gráfico 12. Se destaca entre las pacientes posparto del servicio de planificación familiar, que de las 50 usuarias que eligieron el método anticonceptivo acetato de medroxiprogesterona, el 72.00% experimentó su primer embarazo después de los 25 años, seguido por el 16.00% entre los 18 y 25 años, y el 12.00% antes de los 18 años. En contraste, entre las usuarias que optaron por otro método (método de barrera), se observa que el 72.00% tuvo su primer embarazo después de los 25 años, mientras que el 28.00% lo experimentó entre los 18 y 25 años.

Tabla 13. Antecedente de aborto en las mujeres post parto del servicio de planificación familiar ante el uso de acetato de medroxiprogesterona en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano, julio a diciembre, 2021

FACTORES SEXUALES Y REPRODUCTIVOS	Uso de Medroxiprogesterona			
	Si		No	
Antecedente de aborto	N	%	N	%
Si	11	22.00	5	20.00
No	39	78.00	20	80.00
Total	50	100	25	100

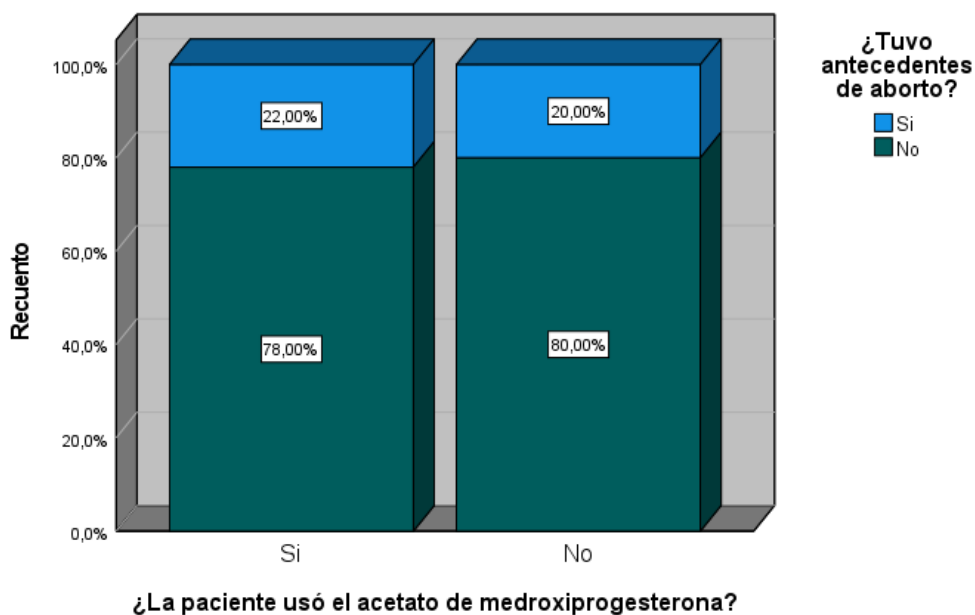


Gráfico 13. Antecedente de aborto en las mujeres post parto del servicio de planificación familiar ante el uso de acetato de medroxiprogesterona en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano, julio a diciembre, 2021

Análisis e interpretación: En la tabla y gráfico 13. Entre las 50 pacientes postparto atendidas por el servicio de planificación familiar, y cuya elección de método fue el acetato de medroxiprogesterona (AMP), se destaca que el 78.00% no tenía antecedentes de aborto, mientras que el 22.00% sí había experimentado este antecedente. Por otro lado, entre las 25 usuarias que eligieron otro método anticonceptivo (método de barrera), el 80.00% no tenía antecedentes de aborto, mientras que el 20.00% sí los presentaba.

Tabla 14. Número de parejas sexuales de las mujeres post parto del servicio de planificación familiar ante el uso de acetato de medroxiprogesterona en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano, julio a diciembre, 2021

FACTORES SEXUALES Y REPRODUCTIVOS	Uso de Medroxiprogesterona			
	Si		No	
Número de parejas sexuales	N	%	N	%
Una pareja	20	40.00	9	32.00
De 2 a 4 parejas	30	60.00	16	68.00
De 5 a más parejas	0	0.00	0	0.00
Total	50	100	25	100

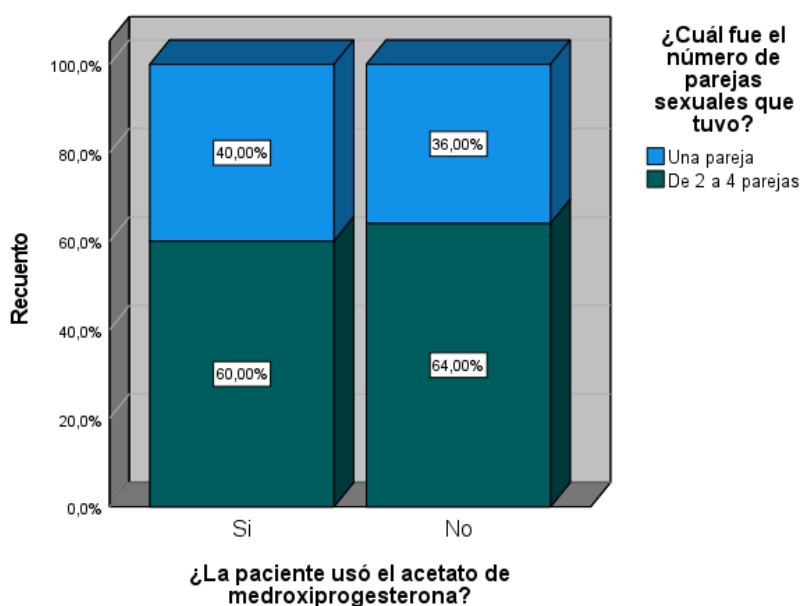


Gráfico 14. Número de parejas sexuales de las mujeres post parto del servicio de planificación familiar ante el uso de acetato de medroxiprogesterona en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano, julio a diciembre, 2021

Análisis e interpretación: En la tabla y gráfico 14. se destaca que, de las 50 pacientes que utilizaron como método anticonceptivo el acetato de medroxiprogesterona (AMP), el 60.00% tenía antecedentes de 2 a 4 parejas sexuales, mientras que el 40.00% había tenido solo una pareja a lo largo de su vida. Por otro lado, entre las 25 usuarias que no utilizaron acetato de medroxiprogesterona, se observa que el 64.00% tuvo de 2 a 4 parejas sexuales, mientras que el 36.00% solo tuvo una pareja a lo largo de su vida.

4.2. RESULTADOS INFERENCIALES

Tabla 15. Prueba de normalidad de las variables de los factores asociados al uso de acetato de medroxiprogesterona en mujeres post parto en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano, julio a diciembre, 2021

FACTORES ASOCIADOS	Prueba de normalidad					
	Kolmogorov - Smirnov ^a			Shapiro - Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
FACTORES DEMOGRÁFICOS						
Edad	,266	75	<.001	,803	75	<.001
Grado de instrucción	,370	75	<.001	,702	75	<.001
Estado civil	,312	75	<.001	,777	75	<.001
Ocupación	,238	75	<.001	,857	75	<.001
FACTORES GÍNECO-OBSTÉTRICOS						
Paridad	,357	75	<.001	,635	75	<.001
Periodo intergenésico	,357	75	<.001	,635	75	<.001
Tipo de parto	,439	75	<.001	,580	75	<.001
FACTORES CULTURALES						
Religión	,364	75	<.001	,633	75	<.001
Mitos y creencias	,425	75	<.001	,595	75	<.001
FACTORES SEXUALES Y REPRODUCTIVOS						
Menarquia	,446	75	<.001	,571	75	<.001
Inicio de relaciones sexuales	,419	75	<.001	,601	75	<.001
Edad del primer embarazo	,436	75	<.001	,604	75	<.001
Antecedente de aborto	,484	75	<.001	,504	75	<.001
Número de parejas sexuales	,398	75	<.001	,618	75	<.001

En la Tabla 15, se aprecia que los niveles de significancia obtenidos mediante las pruebas de Kolmogorov-Smirnov son inferiores a .001. Por consiguiente, podemos concluir que la variable asociadas al uso de medroxiprogesterona en mujeres postparto" no exhibe una distribución normal; es decir, los datos no siguen una distribución normal.

Este hecho se presenta de la siguiente manera:

Planteamiento de la hipótesis de normalidad:

Ho: Los datos siguen una distribución normal.

Hi: Los datos no siguen una distribución normal.

Estadística de prueba:

Si el valor de p (p valor) es menor a 0.05, se rechaza la Hipótesis nula

Si el valor de p es mayor o igual a 0.05, se acepta la hipótesis nula (Ho) y se rechaza la alterna (Hi)

Por lo tanto, podemos afirmar que la variable de factores demográficos, gineco-obstétricos, culturales y sexuales-reproductivos no sigue una distribución normal, lo cual respalda la conclusión de que se trata de una prueba no paramétrica.

4.3. CONTRASTACIÓN Y PRUEBA DE HIPÓTESIS

Tabla 16. Factores demográficos asociados al uso de acetato de medroxiprogesterona en mujeres post parto en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano, julio a diciembre, 2021

FACTORES DEMOGRÁFICOS	Uso de medroxiprogesterona				X ²	P valor
	Si		No			
	N	%	N	%		
Edad						
De 15 a 25 años	13	26.00	8	32.00	7.899	0.019
De 26 a 35 años	31	62.00	8	32.00		
De 36 a 45 años	6	12.00	9	36.00		
Grado de instrucción						
Sin instrucción	0	0.00	0	0.00	0.925	0.630
Primaria	0	0.00	0	0.00		
Secundaria	29	58.00	16	64.00		
Superior no universitario	13	26.00	7	28.00		
Superior universitario	8	16.00	2	8.00		
Estado civil						
Soltera	3	6.00	13	52.00	22.214	<.001
Conviviente	35	70.00	11	44.00		
Casada	12	24.00	1	4.00		
Divorciada	0	0.00	0			
Ocupación						
Estudiante	8	16.00	7	28.00	5.836	0.120
Ama de casa	21	42.00	12	48.00		
Trabajador independiente	20	40.00	4	16.00		
Trabajador dependiente	1	2.00	2	8.00		
TOTAL	50	100.0	25	100.0		

Al contrastar la hipótesis, es esencial destacar que los datos obtenidos entre ambas variables, factores demográficos y el uso de acetato de medroxiprogesterona (AMP), fueron tratados con relación causal habiéndose determinado mediante la prueba no paramétrica de Chi cuadrado (X^2), donde solo la edad (0.019) y el estado civil (<.001) mostrando una valoración estadística de confianza menor que $\alpha=0.05$, determinando que si existe una diferencia significativa entre ambos grupos, es decir, existe una relación entre las dimensiones mencionadas y el uso de acetato de medroxiprogesterona. Por otro lado, el grado de instrucción (0.630) y la ocupación (0.120) no cumplen como criterio de relación.

Tabla 17. Factores Gineco obstétricos asociados al uso de acetato de medroxiprogesterona en mujeres post parto en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano, julio a diciembre, 2021

FACTORES GÍNECO OBSTETRICOS	Uso de medroxiprogesterona				X ²	P valor
	Si		No			
	N	%	N	%		
Paridad						
Primípara	29	58.00	11	44.00	1.313	0.252
Múltipara	21	42.00	14	56.00		
Gran múltipara	0	0.00	0	0.00		
Periodo intergenésico						
Menor de dos años	0	0.00	0	0.00	4.527	0.033
Mayor o igual de dos años	19	38.00	16	64.00		
Ninguna	31	62.00	9	36.00		
Tipo de parto						
Vaginal	16	32.00	7	28.00	0.125	0.723
Cesárea	34	68.00	18	72.00		
TOTAL	50	100.0	25	100.0		

Al llevar a cabo el análisis de hipótesis, es crucial resaltar que los datos estadísticos asociados con las variables de factores gineco obstétricos y el uso de acetato de medroxiprogesterona (AMP) fueron evaluados en términos de una posible relación causal, utilizando el estadístico no paramétrico de Chi-Cuadrado (X^2). Se observa un valor de X^2 igual a 4.527 con un p-valor de 0.033 solo para el periodo intergenésico, indicando una significancia estadística con un nivel de confianza inferior a $\alpha=0.05$. Este resultado concluye que hay una diferencia significativa entre ambos grupos, es decir, existe una relación única entre la dimensión mencionada y el uso de acetato de medroxiprogesterona.

En contraste, al evaluar el valor de X^2 igual a 1.313 con un p-valor de 0.252 para la paridad y X^2 igual a 0.125 con un p-valor de 0.723 para el tipo de parto, se observa una significancia estadística superior a la esperada ($\alpha=0.05$). Por lo tanto, se concluye que estas dimensiones no están causalmente relacionadas con la variable analizada, es decir, no existe evidencia suficiente para afirmar una conexión causal entre la paridad, el tipo de parto y el uso de acetato de medroxiprogesterona.

Tabla 18. Factores culturales asociados al uso de acetato de medroxiprogesterona en mujeres post parto en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano, julio a diciembre, 2021

FACTORES CULTURALES	Uso de medroxiprogesterona				X ²	P valor
	Si		No			
	N	%	N	%		
Religión						
Católica	30	60.00	4	16.00	13.020	<.001
Evangélica	20	40.00	21	84.00		
Mitos y creencias						
Engorda	42	84.00	8	32.00	20.280	<.001
Produce infertilidad	0	0.00	0	0.00		
Corta la menstruación	8	16.00	17	68.00		
Produce cáncer	0	0.00	0	0.00		
Otros	0	0.00	0	0.00		
TOTAL	50	100.0	25	100.0		

Al llevar a cabo la contrastación de hipótesis para examinar la relación causal entre las variables de factores culturales y el uso de acetato de medroxiprogesterona (AMP), se empleó la prueba no paramétrica de Chi-Cuadrado (X²). Destacan valores de X² igual a 13.020 con un p-valor <.001 para el tipo de religión y X² igual a 20.280 con un p-valor <.001 para los mitos y creencias, lo cual indica una significancia estadística con un nivel de confianza inferior a $\alpha=0.05$. Esta evidencia concluye que existe una diferencia significativa entre los grupos, es decir, hay una relación entre las dimensiones de religión y mitos/creencias, consideradas como factores culturales, y el uso de acetato de medroxiprogesterona.

Por ende, se llega a la conclusión de que los factores culturales, específicamente la religión y las creencias culturales, influyen en la elección de utilizar el método anticonceptivo de acetato de medroxiprogesterona (AMP).

Tabla 19. Factores sexuales y reproductivos asociados al uso de acetato de medroxiprogesterona en mujeres post parto en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano, julio a diciembre, 2021

FACTORES SEXUALES Y REPRODUCTIVOS	Uso de medroxiprogesterona				X ²	P valor
	Si		No			
	N	%	N	%		
Menarquia						
Menor o igual a 14 años	15	30.00	7	28.00	0.032	0.858
Mayor de 14 años	35	70.00	18	72.00		
Edad de inicio de relaciones sexuales						
De 12 a 14 años	0	0.00	0	0.00	0.118	0.731
De 15 a 17 años	18	36.00	8	32.00		
Mayor de 18 años	32	64.00	17	68.00		
Edad del primer embarazo						
Menor de 18 años	6	12.00	0	0.00	4.200	0.122
De 18 a 25 años	8	16.00	7	28.00		
Mayor de 25 años	36	72.00	18	72.00		
Antecedente de aborto						
Si	11	22.00	5	20.00	0.040	0.842
No	39	78.00	20	80.00		
Número de parejas sexuales						
Una pareja	20	40.00	9	36.00	0.112	0.737
De 2 a 4 parejas	30	60.00	16	64.0		
De 5 a más parejas	0	0.00	0	0.00		
TOTAL	50	100.0	25	100.0		

Al someter a contraste la hipótesis de posible relación causal entre las variables de factores sexuales y reproductivos con el uso de acetato de medroxiprogesterona (AMP) y al emplear la prueba no paramétrica de Chi Cuadrado (X²), se obtienen los siguientes resultados para cada dimensión: Menarquia (X²=0.032, p valor=0.858), edad de inicio de las relaciones sexuales (X²=0.118, p valor=0.731), edad del primer embarazo (X²=4.200, p valor=0.122), antecedente de aborto (X²=0.040, p valor=0.842) y número de parejas sexuales (X²=0.112, p valor=0.737). Estos hallazgos indican una falta de significancia estadística, con un nivel de confianza superior a $\alpha=0.05$.

La evidencia resalta que no existe una diferencia significativa entre las variables, lo que implica que no hay una relación estadísticamente significativa entre las dimensiones de factores sexuales y reproductivos con el uso de acetato de medroxiprogesterona.

CAPÍTULO V

DISCUSION DE RESULTADOS

5.1. CONTRASTACIÓN DE RESULTADOS

Esta investigación se llevó a cabo con el objetivo de identificar los factores vinculados al uso de acetato de medroxiprogesterona en mujeres postparto, específicamente en el ámbito de planificación familiar del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano durante el período comprendido entre julio y diciembre del año 2021. A lo largo de este estudio, que abarcó desde la planificación hasta la ejecución del trabajo de campo, el procesamiento de datos, el análisis inferencial y la aplicación de pruebas de hipótesis estadísticas, se exploraron diversas dimensiones de factores asociados, incluyendo factores demográficos, gineco obstétricos, culturales, y sexuales/reproductivos.

Los resultados obtenidos, fueron respaldados por un nivel de confianza $\alpha=0.05$, que permitieron llegar a las siguientes discusiones y entre los factores analizados, hay influencias destacadas en la elección de utilizar acetato de medroxiprogesterona, las cuales se describen a continuación:

Dentro de los factores demográficos y su vinculación con el uso de acetato de medroxiprogesterona, es relevante destacar que tanto la edad ($p=0.019$) como el estado civil ($p<.001$), cuando aplicados en la población de estudio, proporcionan evidencia para afirmar que únicamente estas dimensiones están asociadas con la elección de este método anticonceptivo. Sin embargo, el grado de instrucción ($p=0.630$) y la ocupación ($p=0.120$) no revelan una asociación estadísticamente significativa.

Coincido con Luzuriaga y Velecela (15) (15) al señalar que la prevalencia de anticoncepción post-parto inmediata fue del 20.9% (86). En concordancia con este hallazgo, se observa que la edad ($p=0.007$), el nivel de instrucción ($p=0.004$) y la consejería en planificación familiar ($p=0.005$) mostraron significancia estadística. Sin embargo, es importante destacar que el estado civil no alcanzó significancia estadística ($p=0.06$).

Asimismo, según las conclusiones de Celestino (16), se establece que los métodos anticonceptivos más prevalentes fueron los hormonales, utilizados en un 85%. En relación con los factores sociodemográficos asociados al empleo de métodos anticonceptivos en el postparto, se destaca únicamente el estado civil, evidenciando significancia estadística con un valor de p igual a 0.007.

En lo que respecta a los factores gineco obstétricos y su vinculación con el uso de acetato de medroxiprogesterona, destaca únicamente que el periodo intergenésico ($p=0.033$) la cual evidencia una relación con la elección del método anticonceptivo de acetato de medroxiprogesterona (AMP). No obstante, en base a sus respectivos valores, la paridad ($p=0.252$) y el tipo de parto ($p=0.723$) no presentan relación con la variable objeto de estudio.

En contraste, es fundamental resaltar que los factores culturales revelan una conexión sustancial con la elección y uso del acetato de medroxiprogesterona. Esta conexión es evidenciada de manera significativa a través de las dimensiones de religión ($p<.001$) y mitos y creencias ($p<.001$), las cuales exhiben una significancia estadística notable en su correlación.

No obstante, según los hallazgos de Celestino (16) , demuestra como resultados lo contrario a lo encontrado en nuestro estudio, las cuales afirma que los métodos anticonceptivos más prevalentes correspondieron al hormonal, representando un 85% del total. Sin embargo, al analizar los factores gineco-obstétricos, se constató que no estuvieron asociados con el uso de métodos anticonceptivos en el postparto, ya que los valores de p fueron superiores a 0.05.

Por otro lado, Vilavila. (17) respalda la afirmación de que existe una relación significativa entre el mito de incremento de peso y el uso del método anticonceptivo hormonal como estrategia de planificación familiar en las usuarias.

En la fase final de la exploración, al considerar los factores sexuales y reproductivos en relación con el uso de acetato de medroxiprogesterona, se

examinaron diversas dimensiones, a saber, la menarquia o edad de la primera menstruación ($p=0.858$), la edad de inicio de las relaciones sexuales ($p=0.731$), la edad del primer embarazo ($p=0.122$), los antecedentes de aborto ($p=0.842$), y el número de parejas sexuales ($p=0.737$). Los resultados obtenidos para estas dimensiones superan considerablemente el valor de referencia de 0.05 en los p valores, indicando que los factores sexuales y reproductivos no guardan relación significativa con la elección del método anticonceptivo en cuestión.

En resumen, estos informes simplemente subrayan que, aunque ciertos factores influyen en la elección del método anticonceptivo, no siempre se establece una relación clara. Actualmente, es crucial promover algún método de planificación familiar para mejorar la salud sexual y reproductiva de las usuarias. No obstante, en regiones como el departamento de Huánuco y otras áreas del país, podría representar un preocupante problema sanitario debido a la falta de conocimiento en muchas comunidades.

Esto es especialmente evidente en los factores culturales, donde la elección del acetato de medroxiprogesterona como método anticonceptivo está influenciada por consideraciones religiosas y mitos. En este sentido, es imperativo implementar medidas y estrategias que fortalezcan los conocimientos en estas comunidades, e incluso en el Hospital regional Hermilio Valdizán Medrano, buscando mejorar la toma de decisiones informadas sobre la planificación familiar y la salud reproductiva.

En este contexto, es crucial destacar como un elemento fundamental de fortaleza en esta investigación que el instrumento de recolección de datos fue sometido a rigurosas pruebas de validez y confiabilidad. Esto aseguró una evaluación precisa y una identificación efectiva de los factores que influyen en el uso de acetato de medroxiprogesterona en mujeres postparto.

Y desde una perspectiva a la salud pública, estos datos sugieren que la implementación de programas educativos y estrategias de concientización podría ser beneficiosa para mejorar la comprensión y la toma de decisiones informadas sobre la planificación familiar. Además, la atención personalizada

y la consideración de estos diversos factores podrían ser clave en la orientación de las mujeres postparto hacia métodos anticonceptivos que se alineen mejor con sus necesidades y preferencias individuales.

Por lo tanto, se recomienda enfáticamente fortalecer y ampliar las iniciativas y programas destinados a la promoción y control del uso de acetato de medroxiprogesterona en mujeres postparto. Esto podría involucrar estrategias como la educación sobre sus beneficios y posibles efectos secundarios, la disponibilidad y acceso adecuado a este método anticonceptivo, así como la implementación de campañas informativas para concientizar a las mujeres sobre sus opciones de planificación familiar. Es esencial que las autoridades sanitarias, los profesionales de la salud y la comunidad colaboren de manera coordinada para asegurar que las mujeres postparto tomen decisiones informadas sobre su salud reproductiva.

CONCLUSIONES

1. Se observó que, entre los factores demográficos presentados por las mujeres postparto en relación con el uso del método anticonceptivo hormonal de acetato de medroxiprogesterona en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano, durante el periodo de julio a diciembre de 2021, se destacaron las dimensiones de edad, grado de instrucción, estado civil y ocupación. Sin embargo, únicamente la edad ($p=0.019$) y el estado civil ($p<.001$) mostraron una correlación significativa, con resultados considerablemente inferiores al nivel de significancia estadística establecido en $\alpha=0.05$. Estos resultados indican una relación significativa entre estas dimensiones demográficas y la elección y uso del acetato de medroxiprogesterona como método anticonceptivo.
2. En el contexto de los factores gineco-obstétricos vinculados al uso del método anticonceptivo hormonal de acetato de medroxiprogesterona en mujeres postparto atendidas en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano durante julio a diciembre del 2021, y considerando las dimensiones de paridad, periodo intergenésico y tipo de parto, destaca significativamente el periodo intergenésico, con un valor de $p=0.033$. Este resultado exhibe una relevancia estadística inferior al umbral establecido de $\alpha=0.05$, indicando que únicamente esta dimensión ejerce influencia en la elección y utilización del acetato de medroxiprogesterona como método anticonceptivo en este grupo específico de mujeres postparto.
3. En lo referente a los factores culturales en mujeres postparto atendidas en el servicio de planificación familiar del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano durante el periodo de julio a diciembre de 2021, en relación al uso de acetato de medroxiprogesterona (AMP), se evidencia una conexión significativa. Tanto la dimensión de religión (p valor $<.001$) como los mitos y creencias (p valor $<.001$) muestran resultados que respaldan y validan la existencia de una relación causal entre estas variables, al poseer resultados inferiores al nivel de significancia de 0.05.

4. Se constató que los factores sexuales y reproductivos en mujeres postparto, atendidas en el servicio de planificación familiar del Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano durante el periodo de julio a diciembre de 2021, presentan dimensiones analizadas como la edad de inicio del periodo menstrual (menarquia) con valor $p=0.858$, la edad de inicio de las relaciones sexuales $p=0.731$, edad del primer embarazo $p=0.122$, antecedentes de aborto $p=0.842$ y número de parejas sexuales $p=0.737$. Estos resultados superan ampliamente el nivel de significancia $\alpha=0.05$, indicando que no existe una relación significativa entre los factores sexuales y reproductivos y la elección y uso del acetato de medroxiprogesterona.

RECOMENDACIONES

- **Director del Hospital**

- Fomentar la implementación de programas educativos sobre métodos anticonceptivos postparto, destacando información específica sobre el acetato de medroxiprogesterona.
- Apoyar la asignación de recursos para la capacitación continua del personal de salud en temas de planificación familiar y anticoncepción postparto.
- Facilitar la integración de servicios de salud reproductiva y planificación familiar en otros servicios médicos del hospital para garantizar una atención holística.
- Colaborar con organizaciones externas para obtener recursos adicionales destinados a programas de educación y sensibilización sobre métodos anticonceptivos.

- **Área de Obstetricia**

- Reforzar la sensibilización sobre la importancia de discutir opciones anticonceptivas con las pacientes postparto durante las consultas pre y postnatales.
- Establecer protocolos claros para abordar la orientación anticonceptiva de manera integral en el seguimiento de mujeres postparto.
- Establecer una línea directa de comunicación entre el personal de obstetricia y el personal de planificación familiar para una atención más coordinada.
- Implementar evaluaciones periódicas del conocimiento del personal en cuanto a opciones anticonceptivas, brindando oportunidades de formación continua.

-

- **Jefe del Servicio de Planificación Familiar**

- Diseñar campañas informativas que destaquen los beneficios y posibles efectos secundarios del acetato de medroxiprogesterona, enfocadas en el contexto cultural local.
- Evaluar la disponibilidad y accesibilidad de métodos anticonceptivos, asegurando que el acetato de medroxiprogesterona esté disponible para las mujeres que deseen utilizarlo.
- Desarrollar estrategias para reducir las barreras de acceso a métodos anticonceptivos, incluyendo el suministro gratuito o subsidiado de los mismos.
- Monitorear y analizar regularmente las estadísticas de uso de métodos anticonceptivos para identificar posibles áreas de mejora en la atención.

- **Personal en general**

- Fortalecer la comunicación y el trabajo en equipo entre los profesionales de la salud para brindar información coherente y completa sobre los métodos anticonceptivos, especialmente el acetato de medroxiprogesterona.
- Promover un enfoque centrado en la paciente, brindando un espacio para que las mujeres expresen sus preferencias y dudas en relación con la anticoncepción postparto.
- Implementar sesiones de sensibilización y capacitación sobre la importancia de brindar un entorno de apoyo y libre de juicios al discutir opciones anticonceptivas con las mujeres postparto.
- Establecer canales de retroalimentación para el personal, permitiéndoles expresar inquietudes y sugerencias para mejorar la prestación de servicios.

- **Mujeres Postparto**

- Ofrecer sesiones educativas personalizadas durante las consultas

postparto para informar sobre las diferentes opciones anticonceptivas, incluyendo el acetato de medroxiprogesterona.

- Incentivar la participación activa en la toma de decisiones sobre la planificación familiar, proporcionando recursos visuales y materiales educativos comprensibles.
- Facilitar grupos de apoyo entre mujeres postparto para compartir experiencias y conocimientos sobre diferentes métodos anticonceptivos, incluyendo el acetato de medroxiprogesterona.
- Proporcionar materiales educativos escritos y visuales en formatos accesibles y comprensibles para mejorar la alfabetización en salud reproductiva.

- **Investigación continua**

- Apoyar la realización de estudios adicionales que profundicen en las percepciones y experiencias de las mujeres postparto en relación con la anticoncepción, para adaptar estrategias a las necesidades específicas de la población local.

- **Colaboración Interinstitucional**

- Establecer alianzas con instituciones educativas y organizaciones comunitarias para ampliar la difusión de información sobre métodos anticonceptivos, incluyendo charlas educativas y talleres.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Gobierno del Perú. Minsa garantiza continuidad de atención en planificación familiar durante la emergencia. Lima: Ministerio de Salud; 2020.
2. Ramos Bautista Caterin Meliza MPSM. Factores asociados al uso de acetato de Medroxiprogesterona en mujeres post parto en el Hospital Victor Ramos Guardia Huaraz, 2018. Tesis para optar el título de Licenciada en Obstetricia. Huaraz - Perú: Universidad Nacional Santiago Atúnes de Mayolo, Departamento de Obstetricia; 2018.
3. Carbajal Magallanes DJ MRA. Factores asociados al uso de anticoncepción post parto del Hospital Maria Auxiliadora en el periodo del julio - agosto 2019. Para optar el título profesional de Licenciada en Obstetricia. Lima: Universidad Norbert Wiener, Escuela Académico Profesional de Obstetricia; 2019.
4. Unidas FdPdIN. Planificación Familiar: Clave para el Desarrollo Sostenible. ; 2017.
5. INEI. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES). Perú: Instituto Nacional de Estadística e Informática; 2021.
6. RMY PC. Barreras percibidas por las puérperas para el uso de métodos anticonceptivos modernos en el Instituto Nacional Materno Perinatal, 2017. Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en Obstetricia. Lima - Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Departamento de Obstetricia; 2017.
7. Organización Mundial de la Salud. Planificación familiar. ; 2020.
8. MINSA. Norma Técnica de Salud de Planificación Familiar. Primera ed. Lima; 2017.
9. Malpartida Mosquera EP. Factores asociados para la elección del acetato de medroxiprogesterona como método anticonceptivo en usuarias nuevas

- del servicio de planificación familiar del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano - Huánuco 2016. Tesis para optar el título profesional de Obstetra. Huánuco: Universidad de Huánuco, Departamento de Obstetricia; 2016.
10. Hidalgo Cervantes YB. Nivel de conocimientos sobre efectos adversos en medroxiprogesterona en usuarias de planificación familiar del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano en Huánuco, enero-agosto 2017. Tesis de grado. Huánuco: Universidad de Huánuco, Escuela Académico Profesional de Obstetricia; 2019.
 11. Valdés Bango M, Castelo Branco C. Anticoncepción con solo progestina (Progestin-only contraception). *Ginecol Obstet Mex.* 2020; 88.
 12. Ochoa Arriaga FG. “Efecto de la exposición in vitro de medroxiprogesterona en la producción de IL10, TNF-alfa y proliferación celular de leucocitos mononucleares aislados de sangre periférica de mujeres sanas de 18 a 25 años”. Tesis de grado. México: Universidad Autónoma del Estado de México, Facultad de Medicina; 2019.
 13. Calle Guaña GA. Conocimientos y prácticas de la anticoncepción en mujeres postparto en el área de hospitalización de ginecología y obstetricia del Hospital Alfredo Noboa Montenegro. Proyecto de investigación. Ambato : Universidad Regional Autónoma de los Andes, Facultad de Ciencias Médicas; 2018.
 14. Corea Avilés GM, Hernández Álvarez ÁM. Conocimientos y prácticas de la anticoncepción en mujeres postparto en el área de hospitalización de ginecología y obstetricia del Hospital Alfredo Noboa Montenegro. Tesis de grado. Rivas: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Facultad de Ciencias Médicas; 2017.
 15. Luzuriaga González MF, Velecela Garay GA. Prevalencia y tipo de anticoncepción post-parto inmediato en puérperas del Hospital Moreno Vázquez. Año 2018. Gualaceo. Tesis de grado. Cuenca: Universidad de Cuenca, Facultad de Ciencias Médicas; 2020.

16. Celestino Dorival AD. Factores asociados al uso de métodos anticonceptivos en el postparto en pacientes atendidas en el Hospital nacional Hipólito Unánue. Lima, 2018. Tesis Para Optar El Título Profesional De Licenciada En Obstetricia. Lima: Universidad Nacional Federico Villarreal, Departamento de Obstetricia; 2019.
17. Vilavila Quea K. Características socio-reproductivas de usuarias de Acetato de Medroxiprogesterona relacionado a su peso en el Centro de Salud Guadalupe 2018. Para optar el título profesional de Obstetra. Juliaca: Universidad Andina Nestor Cáceres Velasquez, Escuela Profesional de Obstetricia; 2019.
18. Espinoza Garagundo L, Riveros Vilcas Y. “Efectos secundarios de acetato de medroxiprogesterona, en las usuarias del servicio de planificación familiar del centro de salud santa ana, de la provincia y región de Huancavelica durante el año 2017”. Tesis de grado. Huancavelica: Universidad Nacional de Huancavelica, Escuela Profesional de Obstetricia; 2017.
19. Leonela CRL. Tiempo de uso del acetato de medroxiprogesterona y efectos secundarios en usuarias atendidas en el Puesto de Salud de La Venta – 2020. Tesis de grado. Ica: Universidad Autónoma de Ica, Programa Académico de Obstetricia; 2021.
20. Murga Moreno AS. Relación entre uso del acetato de medroxiprogesterona con el climaterio en mujeres de 35 a 45 años. Hospital Regional Docente de Trujillo 2019. Tesis de grado. Trujillo: Universidad Privada Antenor Orrego, Escuela Profesional de Obstetricia; 2020.
21. Leiva Yaro AV. Funcionalidad familiar y aceptación de métodos anticonceptivos en puérperas del Hospital Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco, 2017. Tesis de posgrado. Huánuco: Universidad de Huánuco, Escuela Académico Profesional de Obstetricia; 2018.
22. Organización Mundial de la Salud. Salud Sexual. 2021.
23. L D. Salud Sexual. Asociación Mundial para la Salud Sexual (WAS). 2014.

24. Ministerio de Salud (MINSA). Salud Sexual y Reproductiva. Dirección General de Salud de las Personas. .
25. Organización Mundial de la Salud (OMS). Planificación Familiar. 2020 Junio.
26. Rogel Cayetano SZ. La planificación familiar: beneficios, recomendaciones y métodos. Reproducción asistida ORG. 2020 marzo.
27. M G. La planificación familiar como herramienta básica para el desarrollo. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica. 2013 Julio; 30(3).
28. Ministerio de Salud. Gob.pe. [Online]. [cited 2021 agosto 10. Available from: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/campa%C3%B1as/1490-en-tiempos-de-covid-19-planifica-tu-familia>.
29. Ministerio de Salud. Programación año 2021 en salud sexual y reproductiva. Perú: MINSA, Planificación Familiar; 2021.
30. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Series anuales de indicadores principales de la ENDES - 2019. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. Perú: INEI; 2019.
31. Ministerio de Salud. Planifica tu futuro. Perú: MINSA, Planificación Familiar.
32. Bareto Yauri NM GPS. Orientación y consejería sobre planificación familiar y uso de métodos anticonceptivos de usuarias del centro de salud "Ernesto Gevara la Serna" Huancayo - Junín 2013. Para optar el título profesional de obstetra. Huancavelica: Universidad Nacional de Huancavelica, Departamento de Obstetricia; 2014.
33. Ministerio de Salud (MINSA). Manual de orientación y consejería en Salud Sexual y Reproductiva. Perú: Dirección General de Salud de las Personas, Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva; 2006.

34. Ministerio de Salud. Manual de Orientación y Consejería en Salud Sexual y Reproductiva. Dirección General de Salud de las Personas, Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva; 2006.
35. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Demográfica Y de Salud Familiar. Perú: INEI, Encuesta Demográfica y de Salud Familiar; 2013.
36. Días S SV. ¿Qué y cuales son los métodos anticonceptivos? Santiago de Chile: Instituto Chileno de Medicina Reproductiva, 101; 2017.
37. Anes Orellana A DCJLLMPAM. España: Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid., Servicio de Promoción de la Salud. Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención.; 2013.
38. Soto Huarcaya CTHF. Conocimiento sobre métodos anticonceptivos en adolescentes de la Institución Educativa América, Distrito de Ascensión - Huancavelica, 2019. Para optar el título profesional de Licenciada en Enfermería. Huancavelica - Perú: Universidad Nacional de huancavelica , Facultad de Enfermería; 2019.
39. Organización Mundial de la Salud. Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos. OMS; 2015.
40. MC C. Nuevas recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para el uso de los métodos anticonceptivos. Artículo. Salvador Zubirán, Ciudad de México, México: Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición , Departamento de Biología de la Reproducción; 2016.
41. Rodriguez Paulino FG, Huapaya Coronación CJ. Nivel de conocimiento en el uso de métodos anticonceptivos en adolescentes de educación secundaria en tres colegios de Lima en el periodo de octubre a diciembre 2018. Tesis para optar el Título Profesional de Químico Farmacéutico. Lima - Perú: Universidad Norbert Wiener, Facultad de Farmacia y Bioquímica; 2018.

42. Olmas JM. Nivel de conocimiento y utilización de métodos anticonceptivos que posee un grupo de estudiantes de primer y quinto año de medicina de la facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Córdoba. maestría en Salud Sexual y Reproductiva. Córdoba: Universidad Nacional de Córdoba, Facultad de Ciencias Médicas; 2016.
43. Quispe Rivas SP. Parámetros sociodemográficos asociados al nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos en universitarios ingresantes de la Universidad Ricardo Palma durante el 2018. Tesis para optar el título de Médico Cirujano. Lima - Perú: Universidad Ricardo Palma, Facultad de Medicina Humana; 2018.
44. Ministerio de Salud. Norma Técnica de Planificación Familiar. Perú - Lima: MINSA, Dirección general de Salud de las Personas; 2005.
45. Torres Leiva Y. Valoración de tolerancia de implantes subdérmicos versus inyectables en pacientes de edad fértil de 20 a 30 años de edad que acuden a consulta interna de Ginecología y Obstetricia en el Hospital Universitario de Motupe en el periodo marzo- agosto 2015. tesis previa a la obtención del título de Médico General. Ecuador: Universidad Nacional de Loja, Medicina Humana; 2016.
46. Ministerio de Salud. Norma Técnica de Salud de Planificación Familiar. Lima - Perú: MINSA; 2016.
47. Ministerio de Salud. Norma Técnica de Planificación Familiar. Lima: MINSA, Dirección General de Salud de las Personas, Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva; 2005. Report No.: 032.
48. Frances E C. Manual MSD versión para profesionales. [Online].; 2020. Available from: <https://www.msdmanuals.com/es-pe/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/planificaci%C3%B3n-familiar/dispositivo-intrauterino-diu>.
49. F. Soto Blancoa ADMMBMMGSSJR. DIU en Atención Primaria. ELSEVIER. 2003 marzo; 41(3).

50. E. Hall J, Arthur G. Tratado de Fisiología Médica. Decimo segunda ed. Missisipi.
51. Martorell Martín A. Influencia de las hormonas sexuales endógenas en la respuesta vasodilatadora inducida por acetilcolina. Participación de los prostanoides e interacción con el óxido nítrico. Tesis Doctoral. Madrid - España: Universidad Autónoma de Madrid, Departamento de Fisiología; 2008.
52. Carbajal Ugarte JA CBAPHELBD. Eficacia y efectos adversos de anticonceptivos hormonales. México: Instituto Mexicano del seguro social; 2006.
53. Organización Mundial de la Salud. Anticoncepción de Urgencia. OMS; 2018.
54. Federación Colombiana de Obstetricia y Ginecología. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. 2019; 70(20).
55. Asociación Española de Pediatría. Diazepam. España: 2020.
56. Pfizer. DEPO-PROVERA® 150 mg/mL, (Acetato de medroxiprogesterona) Suspensión inyectable.
57. Alemán Salinas CS, Bonilla Guevara KM, Umaña Villatoro SM. Relación entre el uso de Anticonceptivos Hormonales Orales e Inyectables y el aumento de índice de masa corporal en mujeres de 19 y 35 años de edad resgistradas en el Programa de Planificación Familiar de las unidades comunitarias en Salud Familiar. Trabajo de investigación para la obtención del título de Doctor en Medicina. El Salvador: Universidad de El Salvador, Departamento de Medicina; 2015.
58. Espinoza Garagundo L RVY. Efectos secundarios de Acetato de Medroxiprogesterona, en las usuarias de Planificación Familiar del Centro de Salud Santa Ana, de la Provincia y Región de Huancavelica durante el año 2017. Para optar el título profesional de Obstetra. Huancavelica: Universidad Nacional de Huancavelica, Departamento de Obstetricia; 2017.

59. Ministerio de Salud. Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva. Perú: MINSA; 2004.
60. Dirección General de Salud de las Personas/ Dirección Ejecutiva de Atención Integral de Salud. Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva. Perú: Minsiterio de Salud; 2016.
61. Solari Acevedo KA TLD. Nivel de Conocimiento, Actitudes y Prácticas sobre métodos Anticonceptivos en Adolescentes de los Institutos Rosa Casco Wiwilí Nueva Segovia y de San Pedro del Norte-RACCS periodo Mayo a Junio 2017. Tesis Monográfica para optar al título de. Nicaragua - Managua: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Facultad de Ciencias Médicas; 2017.
62. Instituto Nacional del Cáncer. Cancer.gov. [Online]. Available from: <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/anticoncepcion>.
63. RISCAR; INTERREG. Salud Extremadura. [Online].; 2018. Available from: <https://saludextremadura.ses.es/ventanafamilia/contenido?content=definicion-puerperio>.
64. Frances E. C. Manual MSD versión para público en general. [Online].; 2020. Available from: <https://www.msdmanuals.com/es/hogar/salud-femenina/planificaci%C3%B3n-familiar/anticoncepci%C3%B3n-permanente>.
65. BAYER. Your life. [Online].; 2021. Available from: <https://www.your-life.com/es/metodos-anticonceptivos/anticonceptivos-de-corta-duracion/inyeccion-anticonceptiva>.

COMO CITAR ESTE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

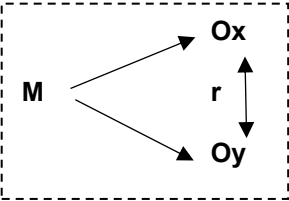
Tucto N. Factores asociados al uso del acetato de medroxiprogesterona en mujeres post parto en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano, julio a diciembre 2021 [Internet] Huánuco: Universidad de Huánuco; 2024 [Consultado _____]. Disponible en: <http://...>

ANEXOS

ANEXO 1

MATRIZ DE CONSISTENCIA

TÍTULO: “FACTORES ASOCIADOS AL USO DE ACETATO DE MEDROXIPROGESTERONA EN MUJERES POST PARTO EN EL HOSPITAL REGIONAL HERMILIO VALDIZAN MEDRANO, JULIO A DICIEMBRE 2021”

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLE	METODOLOGÍA	Técnicas e Instrumentos de recolección de datos
Problema General	Objetivo General	Hipótesis General	Variable independiente	TIPO DE INVESTIGACION:	TECNICA
			Factores asociados	Retrospectivo, no experimental, descriptivo correlacional.	La técnica de recolección de datos empleada fue el análisis documental de historias clínicas.
		Hi: Existen factores asociados al uso de acetato de medroxiprogesterona en mujeres post parto en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano, julio a diciembre 2021.	Variable dependiente	Nivel de Investigación	
			Uso de acetato de medroxiprogesterona	Correlacional	
		Ho: No existen factores asociados al uso de acetato de medroxiprogesterona en		Diseño de investigación	INSTRUMENTO
¿Cuáles son los factores asociados al uso de acetato de medroxiprogesterona en mujeres post parto en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano,	Identificar los factores asociados al uso de acetato de medroxiprogesterona en mujeres post parto en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano,			No experimental	Dicho instrumento fue la ficha de cuestionario de recolección de
					

julio a diciembre 2021?	julio a diciembre 2021.	mujeres post parto en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano, julio a diciembre 2021.	datos, de la historia clínica de mujeres o puérperas postparto que utilizan el Acetato de Medroxiprogesterona en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano durante periodo de julio a diciembre del año 2021.
Problemas Específicos	Objetivos específicos	Hipótesis específicas	
PE₁: ¿Cuáles son los factores demográficos asociados al uso de acetato de medroxiprogesterona en mujeres post parto en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano, julio a diciembre 2021?	OE₁: Identificar los factores demográficos asociados al uso de acetato de medroxiprogesterona en mujeres post parto en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano, julio a diciembre 2021.	Hi₁: Los factores demográficos se asocian al uso de acetato de medroxiprogesterona en mujeres post parto en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano, julio a diciembre 2021. Ho₁: Los factores demográficos no se asocian al uso de acetato de medroxiprogesterona en mujeres post parto en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano, julio a diciembre 2021.	<p>Donde:</p> <p>Ox: Variable 1 (factores asociados)</p> <p>Oy: Variable 2 (Uso del acetato de medroxiprogesterona)</p> <p>r: Correlación entre dichas variables.</p> <p>POBLACIÓN</p> <p>La población considerada para este estudio estuvo conformada por pacientes a partir de los 15 años de edad y no mayor de 45 años, que fueron estudiados según la presentación de casos con el servicio de planificación familiar del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano, julio a diciembre 2021, constituida por 93 mujeres post parto.</p>

<p>PE₂: ¿Cuáles son los factores gineco-obstétricos asociados al uso de acetato de medroxiprogesterona en mujeres post parto en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano, julio a diciembre 2021?</p>	<p>OE₂: Determinar los factores gineco-obstétricos asociados al uso de acetato de medroxiprogesterona en mujeres post parto en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano, julio a diciembre 2021.</p>	<p>Hi₂: Los factores gineco-obstétricos se asocian al uso de acetato de medroxiprogesterona en mujeres post parto en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano, julio a diciembre 2021.</p> <p>Ho₂: Los factores gineco-obstétricos no se asocian al uso de acetato de medroxiprogesterona en mujeres post parto en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano, julio a diciembre 2021.</p>	<p style="text-align: center;">MUESTRA</p> <p style="text-align: center;">Conformada por 75 pacientes puérperas.</p> <p>Sin embargo, se trabajó en su totalidad con 75 pacientes puérperas, de las cuales solo 50 decidieron cuidarse con el método anticonceptivo (Acetato de medroxiprogesterona) y 25 con otro método (método de barrera), en el servicio de planificación familiar de dicho nosocomio.</p>
<p>PE₃: ¿Cuáles son los factores culturales asociados al uso de acetato de medroxiprogesterona en mujeres post parto en el Hospital</p>	<p>OE₃: Determinar los factores culturales asociados al uso de acetato de medroxiprogesterona en mujeres post parto en el Hospital</p>	<p>Hi₃: Los factores culturales se asocian al uso de acetato de medroxiprogesterona en mujeres post parto en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano, julio a diciembre 2021.</p>	

Regional Hermilio Valdizán Medrano, julio a diciembre 2021?	Regional Hermilio Valdizán Medrano, julio a diciembre 2021.	Ho₃: Los factores culturales no se asocian al uso de acetato de medroxiprogesterona en mujeres post parto en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano, julio a diciembre 2021.
PO₄: ¿Cuáles son los factores sexuales y reproductivos asociados al uso de acetato de medroxiprogesterona en mujeres post parto en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano, julio a diciembre 2021?	OE₄: Identificar los factores sexuales y reproductivos asociados al uso de acetato de medroxiprogesterona en mujeres post parto en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano, julio a diciembre 2021.	Hi₄: Los factores sexuales y reproductivos se asocian al uso de acetato de medroxiprogesterona en mujeres post parto en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano, julio a diciembre 2021. Ho₄: Los factores sexuales y reproductivos no se asocian al uso de acetato de medroxiprogesterona en mujeres post parto en el Hospital Regional Hermilio

Valdizán Medrano, julio a
diciembre 2021.

ANEXO 2

“GUÍA DE EVALUACION”

TÍTULO: “FACTORES ASOCIADOS AL USO DE ACETATO DE MEDROXIPROGESTERONA EN MUJERES POST PARTO EN EL HOSPITAL REGIONAL HERMILIO VALDIZAN MEDRANO, JULIO A DICIEMBRE 2021”

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

N° FICHA

N° HCL

I. FACTORES DEMOGRAFICOS

1. ¿Rango de edad en la que se encontró?
 - a. De 15 a 25 años
 - b. De 26 a 35 años
 - c. De 36 a 45 años
2. ¿Cuál fue su grado de instrucción?
 - a. Sin instrucción
 - b. Primaria
 - c. Secundaria
 - d. Superior no Universitario
 - e. Superior Universitario
3. ¿Cuál fue su estado civil?
 - a. Soltera
 - b. Conviviente
 - c. Casada
 - d. Divorciada
4. ¿Cuál era su ocupación?
 - a. Estudiante
 - b. Ama de casa
 - c. Trabajador independiente
 - d. Trabajador dependiente

II. FACTORES GÍNECO OBSTÉTRICOS

5. ¿Cuál fue la paridad de la paciente?
 - a. Primípara
 - b. Multípara
 - c. Gran multípara

6. ¿De cuánto fue el período intergenésico?
 - a. Menor de 2 años
 - b. Mayor o igual a 2 años
 - c. Ninguna
7. ¿Cuál fue el tipo de parto que tuvo?
 - a. Vaginal
 - b. Cesárea

III. FACTORES CULTURALES

8. ¿A qué religión pertenece?
 - a. Católica
 - b. Evangélica
9. ¿Cuáles fueron sus mitos y creencias?
 - a. Engorda
 - b. Produce infertilidad
 - c. Corta la menstruación
 - d. Produce cáncer
 - e. Otros

IV. FACTORES SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

10. ¿A qué edad le apareció la menstruación?
 - a. Menor o igual a 14 años
 - b. Mayor a 14 años
11. ¿A qué edad inicio las relaciones sexuales?
 - a. De 12 a 14 años
 - b. De 15 a 17 años
 - c. Mayor o igual a 18 años
12. ¿A qué edad tuvo su primer embarazo?
 - a. Menor de 18 años
 - b. De 18 a 25 años
 - c. Mayor de 25 años
13. ¿Tuvo antecedentes de aborto?
 - a. Si
 - b. No

14. ¿Cuál fue el número de parejas sexuales que tuvo?

- a. Una pareja
- b. De 2 a 4 parejas
- c. De 5 a más parejas

V. USO DEL ACETATO

15. ¿La paciente usó el acetato de medroxiprogesterona?

- a. Si
- b. No

ANEXO 3

BASE DE DATOS

TÍTULO: “FACTORES ASOCIADOS AL USO DE ACETATO DE MEDROXIPROGESTERONA EN MUJERES POST PARTO EN EL HOSPITAL REGIONAL HERMILIO VALDIZAN MEDRANO, JULIO A DICIEMBRE 2021”

CUESTIONARIO DE FACTORES ASOCIADOS AL USO DE ACETATO DE MEDROXIPROGESTERONA															
N°	FACTOR DEMOGRÁFICO				FACTOR GÍNECO OBSTÉTRICO			FACTOR CULTURAL		FACTOR SEXUAL Y REPRODUCTIVO					USO DE AMP
	EDAD	GI	EC	OC	PARIDAD	PI	TIPO	R	MITOS	M	IRS	1 EMB	ABORTO	PS	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	
1	3	3	1	1	1	3	1	2	1	1	2	3	1	1	2
2	1	3	2	1	1	3	2	1	1	2	3	3	1	1	1
3	2	3	2	1	1	3	2	1	3	2	2	1	1	1	1
4	3	3	2	1	1	2	2	2	1	2	2	2	2	1	2
5	2	3	2	2	1	3	1	1	1	2	2	1	2	1	1
6	2	3	2	3	1	3	2	1	1	2	3	3	2	1	1
7	1	3	2	2	2	2	1	2	1	2	3	2	2	1	2
8	2	3	2	1	2	3	2	2	1	2	3	3	2	2	1
9	3	3	2	2	2	3	2	1	1	2	3	3	2	1	1
10	2	3	2	3	2	2	1	1	1	1	3	2	2	2	1
11	2	3	2	2	2	2	2	2	3	2	3	2	2	2	2
12	1	3	2	1	2	2	2	2	1	2	3	3	2	2	2
13	3	3	2	1	2	3	1	2	3	2	2	3	2	2	2
14	2	3	2	2	2	2	2	1	1	1	3	1	2	2	1
15	2	3	3	3	2	3	1	2	3	2	2	1	2	1	1

16	1	4	3	3	2	3	2	1	3	1	2	3	2	2	1
17	3	3	2	3	2	3	2	2	3	2	3	3	2	1	2
18	2	3	2	2	2	2	1	1	1	2	2	3	2	2	1
19	2	3	3	2	2	3	2	1	1	2	3	3	2	1	1
20	1	5	3	3	1	2	2	1	1	2	3	2	2	2	1
21	2	5	3	1	2	2	2	1	1	2	3	2	1	1	1
22	3	5	1	2	2	2	1	2	3	2	3	3	2	2	2
23	2	5	2	3	2	3	2	2	1	1	2	3	2	1	1
24	1	3	3	2	1	3	1	1	1	2	3	3	2	1	1
25	3	3	3	2	1	3	1	1	1	2	2	3	1	1	1
26	2	3	1	2	1	2	1	2	3	2	3	3	2	1	2
27	2	3	2	2	1	3	1	1	1	2	2	3	2	1	1
28	1	4	2	2	1	2	2	2	1	1	3	3	2	1	1
29	3	4	2	3	1	2	2	1	1	2	3	3	2	2	1
30	2	4	2	3	2	3	2	2	3	2	3	3	2	2	2
31	1	4	2	3	2	2	1	2	3	1	3	3	2	2	2
32	2	4	3	3	2	3	2	1	1	2	2	3	2	2	1
33	2	4	3	1	1	2	2	2	1	1	3	3	2	2	1
34	1	3	2	2	1	3	2	1	3	2	3	3	1	2	1
35	2	4	3	3	2	3	1	2	1	1	3	2	2	2	1
36	1	3	2	1	2	3	2	2	3	2	3	2	2	1	2
37	2	3	2	2	2	2	2	2	1	2	3	2	1	1	1
38	2	3	2	3	1	3	2	2	3	2	3	3	1	1	1
39	2	4	2	4	2	3	2	2	1	1	3	3	1	2	2
40	2	4	2	4	2	2	2	1	1	2	3	3	1	1	1
41	2	4	2	3	2	3	1	2	1	2	3	3	2	2	1
42	1	3	2	2	2	3	2	2	3	2	3	2	2	2	1

43	1	4	1	2	1	2	2	2	3	2	2	3	2	2	2
44	1	4	1	3	1	3	1	2	1	2	3	3	2	2	1
45	2	4	2	1	1	3	2	1	1	2	3	3	2	2	1
46	3	4	1	1	1	2	2	2	1	1	2	3	1	2	2
47	2	3	2	2	1	2	2	2	1	2	3	3	2	2	1
48	2	3	2	3	1	2	2	1	1	2	3	3	1	2	1
49	2	3	2	4	1	2	2	2	3	1	3	3	2	2	2
50	2	3	1	3	1	3	2	1	1	1	2	2	2	2	1
51	1	3	2	3	1	3	2	1	1	1	3	3	2	2	1
52	3	3	1	3	1	3	2	2	1	2	3	2	2	2	1
53	2	3	1	1	1	2	2	2	3	2	3	2	1	2	2
54	2	4	2	1	2	3	1	1	3	2	2	3	2	2	1
55	1	4	2	2	2	2	2	1	1	1	2	3	2	1	1
56	2	5	1	3	2	3	2	2	3	2	2	2	2	2	2
57	3	5	2	3	1	2	2	2	1	1	2	3	2	1	1
58	1	5	3	3	1	3	1	2	1	2	2	3	2	2	1
59	2	5	3	3	1	3	1	2	1	2	2	3	1	1	1
60	2	5	2	3	1	2	1	2	3	2	2	3	2	2	1
61	2	4	1	2	1	3	2	2	3	2	2	3	2	2	2
62	2	4	2	2	1	3	2	2	1	2	3	1	2	2	1
63	1	4	3	2	1	2	1	1	1	2	2	3	1	2	2
64	3	3	1	2	1	2	2	2	3	2	3	2	2	1	2
65	1	3	2	2	2	2	1	1	1	1	2	3	2	2	1
66	2	3	2	2	2	3	2	2	1	2	3	3	2	2	1
67	2	3	2	2	2	3	1	2	1	2	3	3	2	2	1
68	3	3	1	2	2	2	2	1	3	1	3	3	2	1	2
69	1	3	1	2	2	2	2	1	1	2	3	3	2	2	2

70	3	5	2	1	1	2	2	1	1	2	3	3	1	2	1
71	2	3	2	2	1	3	2	1	1	1	2	3	2	2	1
72	1	3	1	2	2	3	2	1	3	2	3	3	2	1	2
73	2	3	2	2	1	2	2	1	1	1	3	1	2	2	1
74	1	3	2	2	1	2	2	1	1	1	3	3	2	1	1
75	3	3	1	2	1	2	2	2	3	1	3	3	2	2	2