



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA

Relación entre el nivel de conocimiento y elección de métodos
anticonceptivos en puérperas inmediatas

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

Médico Cirujano

AUTORA:

Encarnacion Montalvo, Mariela Isolina Felicita (orcid.org/0000-0002-7884-6378)

ASESOR:

MSc. Al-Kassab Cordova, Ali (orcid.org/0000-0003-3718-5857)

LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN:

Salud Materna

LÍNEA DE RESPONSABILIDAD SOCIAL UNIVERSITARIA:

Promoción de la salud, nutrición y salud alimentaria

TRUJILLO – PERÚ

2023

Dedicatoria

A mi padre Emiliano Encarnación Acuña que partió a la casa de Dios, este logro es en su honor, porque fue gracias a su amor y dedicación que aprendí a nunca rendirme.

A mi madre Julia Montalvo Peña por su cariño, ejemplo de perseverancia, que me inculcó a cumplir mis metas.

A mi esposo José Cruz Rivera y a mis hijas Julia, María, Gabriela y mi nieto Diego, por brindarme su amor y apoyo incondicional.

Agradecimiento

Mi agradecimiento a Dios, por la vida y todos los buenos y no tan buenos momentos, que me han enseñado a ser la persona que soy hoy.

Agradezco a los docentes de la Universidad César Vallejo por los conocimientos brindados con dedicación y empatía.

Mi agradecimiento a los docentes Dr. Juan Lorgio Castillo Castillo y al Dr. Ali Al-kassab Córdoba, por sus conocimientos, apoyo y confianza en el desarrollo del presente estudio.

Mi aprecio, estima y gratitud a mis compañeros de estudios por brindarme su amistad y apoyo en el transcurso de las actividades universitarias.

Mi agradecimiento al personal del Departamento de Ginecología y Obstetricia del hospital donde se efectuó el presente estudio.

Índice de contenidos

Carátula	
Dedicatoria.....	ii
Agradecimiento.....	iii
Índice de contenido.....	iv
Índice de tablas.....	v
Resumen.....	vi
Abstract.....	vii
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. MARCO TEÓRICO.....	5
III. METODOLOGÍA	
3.1 Tipo y diseño de investigación	12
3.2 Variables y operacionalización	12
3.3 Población, muestra y muestreo	13
3.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos.	14
3.5 Procedimiento.....	14
3.6 Método de análisis de datos.....	15
3.7 Aspectos éticos.....	15
IV. RESULTADOS.....	16
V. DISCUSIÓN.....	21
VI. CONCLUSIONES	26
VII. RECOMENDACIONES.....	27
REFERENCIAS.....	28
ANEXOS	

Índice de tablas

Tabla N° 01: Datos demográficos y obstétricos de las puérperas inmediatas atendidas en un hospital público de Trujillo, La Libertad.....	15
Figura N°1. Porcentaje de Métodos anticonceptivo utilizados antes del embarazo por las puérperas inmediatas atendidas en un hospital público de Trujillo, La Libertad.....	16
Figura N°2. Porcentaje de MAC elegidos por las puérperas inmediatas atendidas en un hospital público de Trujillo, La Libertad.	17
Tabla N°2. Distribución según nivel de conocimiento según datos demográficos y obstétricos en puérperas inmediatas atendidas en un hospital público de Trujillo, La Libertad.....	18
Tabla N° 03: Distribución según nivel de conocimiento sobre elección de MAC de embarazadas y puérperas inmediatas atendidas en un hospital público de Trujillo, La Libertad.....	18

Resumen

Objetivo: Evaluar la asociación entre nivel de conocimiento y elección de MAC en puérperas inmediatas en un hospital público de Trujillo, La Libertad.

Métodos: Se realizó un estudio transversal analítico en un hospital de referencia. Se incluyeron a pacientes hospitalizadas en puerperio inmediato de 15 a 49 años con parto sin complicaciones. Las participantes fueron seleccionadas por muestreo no probabilístico a conveniencia. Se aplicó una encuesta por entrevista directa para evaluar los conocimientos y elección de MAC. Se calculó estadística descriptiva y el test exacto de Fisher para evaluar la asociación.

Resultados: Un total de 128 puérperas se incluyeron en el estudio. La mediana de edad fue 31 años. La mayoría provenían de ámbito urbano (72.66%) y tenían educación secundaria (39.06%). El 57.03% reportaron un embarazo no deseado, 88.28% usaron MAC antes del embarazo y 84.38% accedieron al uso de MAC durante el puerperio. El nivel de conocimientos sobre los MAC no se asoció al uso de MAC en el puerperio (0.765).

Conclusión: No se encontró asociación entre el nivel de conocimiento y el uso de MAC en puérperas. No obstante, estudios a mayor escala que tomen en cuenta confusores son necesarios.

Palabras clave: Métodos anticonceptivos, planificación familiar, puerperio, Perú.

Abstract

Objective: To evaluate the association between the level of knowledge and the choice of CM in immediate postpartum women in a public hospital in Trujillo, La Libertad.

Methods: An analytical cross-sectional study was conducted in a referral hospital. Patients hospitalized in the immediate postpartum period, aged 15 to 49 years, with uncomplicated deliveries were included. Participants were selected through non-probabilistic convenience sampling. A survey through direct interviews was conducted to assess knowledge and choice of CM. Descriptive statistics and Fisher's exact test were calculated to evaluate the association.

Results: A total of 128 postpartum women were included in the study. The median age was 31 years. The majority came from urban areas (72.66%) and had secondary education (39.06%). 57.03% reported an unwanted pregnancy, 88.28% used CM before pregnancy, and 84.38% agreed to use CM during the postpartum period. The level of knowledge about CM was not associated with the use of CM in the postpartum period (0.765).

Conclusion: No association was found between the level of knowledge and the use of CM in postpartum women. However, larger-scale studies that consider confounding factors are necessary.

Keywords: Contraceptive methods, family planning, postpartum, Peru.

I. INTRODUCCIÓN

La planificación familiar (PF) tiene como propósito fundamental que las personas o parejas en la etapa fértil ejerzan su derecho de elección libre y con responsabilidad de tener o no tener hijos, su número, y el periodo intergenésico entre ellos. Esto contribuye a reducir el riesgo reproductivo, y por lo tanto disminuye la mortalidad materna e infantil, por ello se considera como una intervención costo-efectiva. La PF incluye procesos como la información, educación, orientación, consejería, prescripción y provisión de métodos anticonceptivos (MAC) modernos otorgados por el personal de salud capacitado. Los MAC son procedimientos que previenen o reducen la fecundación en mujeres en edad fértil (15 a 49 años). (1) Estos métodos se clasifican en métodos naturales y métodos modernos con características de eficacia y seguridad inherentes a cada uno de ellos. Los métodos naturales están basados en el conocimiento de la fertilidad de la mujer y evitar voluntariamente el coito durante la fase fértil del ciclo menstrual. Los métodos modernos son productos o procedimientos médicos que interfieren con la reproducción en las relaciones sexuales (2).

En el año 2021, a nivel mundial, 1,110 millones de mujeres en edad reproductiva tuvieron necesidad de PF, 842 millones estuvieron usando MAC modernos y 270 millones de mujeres tienen una necesidad insatisfecha de anticoncepción (3) La proporción de mujeres en edad reproductiva (de 15 a 49 años) Con respecto a los objetivos del desarrollo sostenibles, el indicador 3.7.1 las mujeres que satisfacen sus necesidades PF con MAC moderno, en el año 2022, es del 77% a nivel mundial mientras que en la región de África subsahariana solo llega al 56% (4).

En el Perú, la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2021 reporta que 57% de las mujeres en edad reproductiva casadas y/o convivientes usan algún MAC moderno. Existe una tendencia ascendente de 24 puntos porcentuales durante los últimos 30 años, sin embargo, el incremento en los últimos 5 años fue de 2.7% (5).

La planificación familiar posparto (PFPP) es parte de la PF, que tiene por finalidad prevenir embarazos no planificados y evitar intervalos intergenésicos cortos durante los primeros 12 meses después del parto (6). Además, busca disminuir la mortalidad materna e infantil. Los periodos intergenésicos de 24 y 36 meses disminuyen el riesgo de mortalidad infantil en menores de 5 años baja en un 25% a 13%, respectivamente. El impacto sería un total de 1.836.000 muertes evitadas anualmente en los países en desarrollo (7). En este contexto el año 2005 la Organización Mundial para la salud recomendó que después de un nacimiento vivo, el intervalo recomendado antes de intentar el siguiente embarazo debe ser al menos 24 meses para reducir el riesgo de efectos adversos maternos, neonatales e infantiles (8) investigaciones actuales (9,10) al respecto reafirman la recomendación (7). Por lo tanto, abordar la necesidad insatisfecha de planificación familiar durante el período posparto es fundamental para la salud materno infantil, además ofrece una gama de posibles beneficios no sanitarios que abarcan mayores oportunidades educativas y empoderamiento de las mujeres, crecimiento demográfico y desarrollo económico sostenible para los países (3).

La definición del período postparto, también llamado puerperio, indica que su inicio es al término del alumbramiento y se extiende hasta aproximadamente de 6 a 8 semanas (11) Durante este periodo, la lactancia materna se constituye como un MAC, también denominado método de la amenorrea de la lactancia (MELA). Este método es efectivo solo si se cumple con: lactancia exclusiva día y noche, menstruación de la madre ausente y el bebe tiene menos de seis meses. Las mujeres que no amamantan pueden ovular. La ovulación puede comenzar tan pronto como 21 días después del nacimiento y quedar embarazadas entre cuatro y seis semanas después del parto. por lo tanto el riesgo de embarazo después del parto subraya la importancia de iniciar PFPP en el puerperio inmediato, es decir en las 24 primeras horas del puerperio (12).

La PFPP fue implementada para otorgar servicios de PF en el entorno del cuidado obstétrico en hospitales de 21 países durante el año 1966 al 1973, en

138 instituciones. Durante este periodo se atendieron a 3,5 millones de mujeres y se estimó que se evitaron 500 mil embarazos no planeados (13,14).

Tanto en la PF, y específicamente en la PFPP, es importante contar con información suficiente sobre los MAC que debe ser proporcionada por profesionales de la salud capacitados, donde esta proporcione a las personas la información básica como: eficacia, clasificación (temporalidad), ventajas y , desventajas de los MAC; los efectos secundarios, conceptos sobre la amenorrea y fertilidad, Estos factores son necesarios en la toma de decisiones incluyendo la selección y uso correcto y constante de la anticoncepción moderna. No obstante, hay otros factores que intervienen en la elección de MAC como los factores demográficos: edad, estado civil, nivel educativo y número de hijos, así como también la opinión de la pareja, e inclusive la religión y la autonomía de la mujer (14).

Estudios realizados en Perú en el ámbito hospitalario en el departamento de Lima (30-34) y en la Provincia de Chepén (35). Sin embargo, no se encontraron estudios en la ciudad de Trujillo. Es relevante este estudio porque Trujillo, en su condición de capital de departamento, cuenta con hospitales de mayor resolución por lo cual se plantea realizar este trabajo en un hospital público de referencia.

Por ello surge la pregunta ¿existe asociación entre el nivel de conocimiento y la elección de MAC en puérperas inmediatas en un hospital de referencia en la ciudad de Trujillo, La Libertad?

El objetivo principal del presente trabajo fue determinar la relación entre el nivel de conocimiento y elección de MAC en puérperas inmediatas, atendidas en un hospital público de referencia en la ciudad de Trujillo, La Libertad. Los objetivos específicos fueron describir los datos demográficos y obstétricos; calcular el porcentaje de MAC utilizados antes y después del embarazo según tipo de MAC; clasificar el nivel de conocimientos sobre MAC; y analizar la asociación entre el nivel de conocimientos y la elección de MAC en las puérperas inmediatas atendidas en un hospital público de referencia en la ciudad de Trujillo, La Libertad.

La hipótesis nula fue: no hay asociación entre el nivel de conocimiento y elección de MAC en puérperas inmediatas, en un hospital público de referencia en la ciudad de Trujillo, La Libertad. En contraparte, la hipótesis alternativa fue: hay asociación entre el nivel de conocimiento y elección de MAC en puérperas inmediatas, en un hospital público de referencia en la ciudad de Trujillo, La Libertad.

II. MARCO TEÓRICO

La elección de los MAC modernos por parte de las mujeres en edad reproductiva y en periodo puerperal es resultado de los conocimientos que la persona recibe de diferentes fuentes. Dado ello, es necesario conocer las apreciaciones sobre estos y con ello tener una visión integral de las barreras en esta población y el acceso a las estrategias para disminuir para disminuir la brecha actual (15). A continuación, se precisan estudios en la literatura internacional y nacional respecto al tema en investigación:

Oduyebo T, et al. Condujo una investigación En EEUU, efectuada en 37 localidades entre los años 2012-2015, utilizando el Sistema de Monitoreo de Evaluación de Riesgos en el Embarazo. El objetivo fue estimar la prevalencia del uso de MAC reversibles de acción prolongada (LARC) en el post parto. Encontraron que 15.3% usaron LARC, correspondiendo 11.7% a DIU, 3.5% a implantes dérmicos y 11.3% a anticoncepción quirúrgica voluntaria (AQV). Con respecto a los anticonceptivos hormonales, 27.9% usaron inyecciones, pastillas, parche y anillo vaginal. Por otra parte, 24.8% de los participantes usaron otros MAC no hormonales incluyendo condones, diafragma, método de ritmo/planificación familiar natural, abstinencia y espermicida. Cabe mencionar que 20.8% no usaron MAC (16).

Feldman F, et al. Realizó un estudio sobre anticoncepción postparto en Uruguay en el año 2020. Hallaron que los MAC más usados fueron implante subdérmico (41.4%), ligadura tubárica (21.8%) y dispositivo intrauterino (DIU) (14.5%) (17).

Batyra E et al evaluaron la elección de MAC durante el puerperio tras un embarazo no deseado en mujeres peruanas y colombianas usando bases de datos de representatividad nacional. Los resultados nos indicaron que los principales MAC en los pospartos fue en los casos de embarazos planeados método tradicional/barrera y píldora/inyectable. En contraparte, los MAC más usados en embarazos no planeados fueron píldora, inyectable, DIU, implante subdérmico y esterilización (18).

En 2015, Loewenberg Y, et al. realizaron un estudio usando muestreo por conveniencia en 100 mujeres en un hospital universitario localizado en Ohio, Estados Unidos. El 18% informaron el uso MAC antes del alta hospitalaria. Las opciones fueron AQV femenina (38%), implante subdérmico (38%) inyectables (12%), DIU (6%) y AQV masculino (6%) (19). Igualmente, Brunson M, et al condujo un estudio en Estados Unidos de diseño cohorte retrospectivo en mujeres inscritas en el sistema de atención médica militar El estudio se realizó entre octubre del 2010 y marzo del 2015. Ellos concluyeron que los MAC posparto incluyeron esterilización propia o de la pareja en 7%, DIU 13,5%, implante de etonogestrel 3,4%, acetato de medroxiprogesterona de depósito 2,5% y píldora, parche, anillo 36,8%. Asimismo, 36.7% decidieron no usar MAC (20). Sheyn D et al, en Estados Unidos se realizó una investigación del 2012 al 2016 en una muestra de representatividad nacional de hospitalizaciones por parto. Concluyeron que el uso de LARC aumentó 34,6 a 54,9 por cada 10.000 partos mientras que la tasa de utilización de AQV disminuyó de 719,5 a 671,8 por cada 10.000 partos durante el mismo período (21).

Dev R. et al. en una revisión sistemática que comprende desde 1997 hasta 2018 de África Oriental, África Occidental y Asia Meridional/Sudeste Asiático, evaluaron el uso de MAC durante los 12 meses posteriores al parto. Se determinó que las tasas de prevalencia de MAC modernos durante el período posparto en todas las regiones fueron del 41,2%. Los MAC moderno más usado en el puerperio fueron los inyectables, seguidos de píldora anticonceptiva oral y condones (22). Por otra parte, Silesh M, et al. en una investigación conducida en 5 hospitales públicos de la Zona Norte de Shoa en Etiopia, concluyeron que solo 25% de puérperas eligieron el uso de MAC. El implante fue el MAC más utilizado (68,8%), seguido de DIU (13,1%) y método dual (6,0%) (23). Agula, C et al, en año 2018 en un estudio efectuado en Accra, Ghana concluyó que aproximadamente el 71.5% de las mujeres posparto no utilizó MAC. Del 28.5 % de mujeres que utilizó un MAC, los MAC modernos solo constituyeron el 15.5%. Los MAC más usados fueron Mela 3.5%, inyectables 3.3%, condón 2.6%, implantes 2.4%, y AQV 1.5.% (24).

En Toledo, España, Vázquez M. efectuó un estudio en el año 2012 en un centro de salud. Se reportó que el 62.1% utilizaron MAC en el puerperio. El MAC más usado fue el preservativo seguido de los MAC hormonales (25). Warzecha D et al, en el 2017 realizaron un estudio piloto en un hospital de Varsovia y en una comunidad colindante. Mediante una encuesta hallaron que el 86,4% los MAC más elegidos fueron anticonceptivos orales, DIU e inyectables (26).

Vara-Salazar E, et al en el 2019, condujo un estudio en México con datos de la encuesta nacional de salud y nutrición, concluyendo que el 65% de las mujeres eligieron MAC. El uso se clasificó según grupo etario: en mujeres adolescentes la preferencia fue por LARC: DIU (43.7%) e implantes (13.1%). Con respecto a las mujeres jóvenes (20-29 años) la mayoría recibió DIU (38%) seguido de AQV (17%) e implante (7%). Con respecto a las mujeres adultas (30 años a más), aproximadamente el 40% prefirió AQV, 14% DIU y 2% prefirió implante (27). Otro estudio realizado en Ciudad de México, México, por Zaldivar A et al en el 2018 hallaron que 82,3% de mujeres postparto en edad reproductiva refirió utilizar MAC. Los métodos más frecuentes fueron DIU (29,4%); implante subdérmico (20,5%) y condón (15,1%) (28).

Biroccio N. et al realizaron un estudio en el 2019 situado en un hospital público de Buenos Aires. Ellos hallaron que el uso de MAC en el puerperio fue de 74.5% y fue estimado según grupo etario. En las adolescentes, los MAC más elegidos fueron el implante subdérmico, DIU, y píldora oral de progesterona. Las adultas prefirieron DIU, AQV, y POP y en el grupo de puérperas añosas el más elegido por casi la mitad fue AQV y la píldora oral de progesterona. Se observó baja elección de preservativos en todos los grupos etarios (25). En un hospital público de São Paulo, Steiner M halló que 39% optaron por el DIU, 2,5% DPMA y 52,5% decidió no utilizar MAC en el momento del alta hospitalaria (29).

Ciertos estudios han sido identificados en el ámbito nacional. En Perú, Moras M. en 2015 halló en un hospital de Lima que mitad de mujeres en puerperio tenían conocimientos deficientes y el 89.7% seleccionó un MAC antes del alta médica, siendo los más elegidos el acetato de medroxiprogesterona, DIU y AQV (30). Asimismo, Salcedo J. en un hospital público en el norte de Lima reportó en su

trabajo de investigación que el 78,7% eligió un MAC y el nivel de conocimientos sobre planificación familiar era de nivel medio según su escala propuesta (31). Además, Ticona L. en el instituto de salud materno-perinatal realizado el 2016 refirió que el 53,8% de las puérperas presentó un nivel de conocimiento deficiente de acuerdo a la escala propuesta y halló una asociación entre el grado de instrucción y el nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos en las puérperas (32). Por otra parte, Salas R. en el 2015 encontró que el nivel de conocimiento sobre MAC fue predominantemente deficiente, siendo los inyectables el MAC más usado en el grupo de puérperas (33).). Ponce M. 2017, al evaluar el nivel de conocimiento sobre MAC en las puérperas que fueron atendidas en el instituto nacional de salud materno-perinatal se encontró que el 86.96% refería que si tenía conocimientos adecuados sobre los métodos. Los MAC modernos más conocidos fueron inyectable mensual (19.2%), inyectable trimestral (17.8%), el DIU (16.4%), los anticonceptivos orales combinados (15.1%). Los menos conocidos fueron el condón masculino (12.3%), el implante subdérmico (12.3%), AOV (6.9%) (34).

En el ámbito regional, escasos estudios fueron encontrados. En Chepén, Escalante M. encontró que el 84.0% tuvieron un nivel de conocimiento medio y no hubo asociación entre este y el uso de MAC (35) La falta de estudios resalta la necesidad de explorar estas asociaciones en el ámbito local.

La PFP es una prioridad cada vez más alta en muchos países y su aceptación varía en los países con ingresos medianos y bajos (22) Es necesario informar en la consejería la fertilidad en el puerperio, la cual puede reiniciarse en aproximadamente tres semanas luego del parto en las mujeres que no amamantan, siendo un riesgo potencial para la puérpera.(14) Asimismo, es conveniente hacer conocer a la usuaria la efectividad de los MAC, la eficacia está indicada por el número de embarazos habidos en un año por cada 100 mujeres que utilizan el método y según esto se clasifican en: muy eficaces (entre 0 y 0,9 embarazos), eficaces (de 1 a 9 embarazos); moderadamente eficaces (de 10 a 19 embarazos) y menos eficaces (de 20 o más embarazos) (3) Los MAC también se clasifican en modernos y no modernos. Los métodos modernos son considerados como un producto o procedimiento médico que

interfiere con la reproducción a partir de relaciones sexuales, entre los cuales tenemos esterilización (quirúrgicos la vasectomía y el bloqueo tubárico), dispositivos y sistemas intrauterinos, implantes subdérmicos, anticonceptivos orales, preservativos masculinos y femeninos, inyectables, píldoras anticonceptivas de emergencia, parches, agentes espermicidas (geles, espumas, cremas, óvulos, etc.), y anillos vaginales. En contraparte, los métodos no modernos o naturales están enfocados al conocimiento de la fertilidad incluyendo el método del ritmo, método del moco cervical, método de días fijos, y el método de amenorrea de la lactancia (MELA) (2).

La PPF es abordada en documentos nacionales e internacionales, incluyendo la norma técnica de salud de planificación familiar peruana (1) las normativas emitidas por OMS, (3,4,6,14,36,37,38,39) entre otras En el posparto inmediato, los MAC naturales usados son MELA y, entre los MAC modernos, se considera el uso de métodos de barrera, dispositivos intrauterinos (DIU): DIU con cobre (Di-Cu) DIU liberador de levonogestrel (DIU-LNG) progestágenos en presentación oral, e inyectable implantes subdérmicos de etonogestrel (1,4,14,36,37,38,39).

Clasificación:

A. Métodos no hormonales y métodos hormonales

A.1. MAC no hormonales:

- Dispositivos intrauterinos
La T Cobre 380 es un pequeño dispositivo de plástico flexible que contiene mangas o alambre de cobre que se inserta en el útero en el postparto inmediato. Son considerados MAC LARC y no deben de usarse en caso de sepsis puerperal.
- AQV anticoncepción quirúrgica voluntaria femenina
Llamado también bloqueo tubárico bilateral. Debe aplicarse en casos de parto eutócico entre las 24 horas postparto o en el transcurso de la cesárea.
- De barrera
Uso de condón masculino y condón femenino (1,36,37,38,39).

A.2. MAC hormonales:

- Vía oral:

Píldoras orales de progestágeno solo: Denominadas como “mini píldoras”, están indicadas en mujeres postparto que proporcionan lactancia natural. Contienen dosis muy bajas de un progestágeno ya sea levonorgestrel, linestrenol, desogestrel, o noretisterona. Por no contener estrógenos no interfieren con la lactancia. Su administración es diaria debiendo ser administrada a la misma hora del día. Además, el blíster no incluye píldoras inactivas, por lo cual, la efectividad depende de la usuaria (1,36,37,38,39)

- Vía parenteral:

- Anticonceptivos inyectables: Contienen acetato de medroxiprogesterona de depósito. Su administración es por vía intramuscular a dosis de 150 mg a intervalos de 3 meses (1,36,37,38,39).

- Implantes anticonceptivos: Son de uso subdérmico, contienen Etonogestrel y proporcionan anticoncepción efectiva hasta 3 años. La tasa de fracaso del uso típico es del 0,05% y la tasa de satisfacción del implante es alta. Aproximadamente el 80% de las usuarias informaron satisfacción con el implante, lo que llevó a una alta tasa de continuación ((1,35,36,38). En base a su alta eficacia y seguridad, los implantes anticonceptivos son adecuados para casi todas las mujeres que necesitan anticoncepción. Los efectos secundarios son leves, bien tolerados y se resuelven solos mayormente

- DIU-LNG: Libera un progestágeno natural como el levonorgestrel y se colocan en la cavidad uterina. Tiene efectividad durante 5 años (1,35,36,37,38,39).

B. Temporalidad

B.1. MAC irreversibles o definitivos

La AQV incluye el bloqueo tubárico bilateral.

B.2. métodos reversibles de acción prolongada (LARC).

Los LARC son MAC modernos de primera línea, incluyendo el DIU-Cu y DIU-LNG y los implantes subdérmicos. El DIU-Cu está aprobado para su uso hasta por 10 años y el implante subdérmico de Etonogestrel hasta 3 años.

Las ventajas de los LARC son: efectividad independiente del coito, la motivación del usuario, adherencia, mayor efectividad, mayores tasas de continuación y satisfacción del usuario. Además, no se requieren visitas frecuentes y no requieren fondos adicionales para un uso constante tras ser administrado y rápido retorno a la fertilidad (1,35,36,38,39).

III. METODOLOGIA

3.1. Tipo y diseño de investigación:

Tipo de Investigación: Aplicada.

Diseño de Investigación: Observacional, transversal analítico.

Criterios de selección, población, muestra y muestreo

Criterios de inclusión:

- Pacientes hospitalizadas en puerperio inmediato que acepten participar en el estudio.
- Edad entre 15 a 49 años.
- Puérperas de parto eutócico y distócicos sin complicaciones.

Criterios de exclusión:

- Pacientes puérperas con discapacidad.
- Mujeres post aborto.

3.2. Variables y operacionalización:

Variable dependiente

La elección de método anticonceptivo se definió como la decisión de la puérpera de elegir un MAC antes del alta médica. En el cuestionario aplicado, se consideró tener el desenlace para aquellas participantes que respondieron afirmativamente a la pregunta número 21: ¿Ha decidido usar algún MAC? Se le presenta varias alternativas en la cual tiene que marcar una sola respuesta: 1.Anticoncepcion quirúrgica voluntaria 2.Implante subdérmico de etonogestrel 3.Inyectable progestágeno trimestral,4.Preservativo: condón 5.DIU T de cobre 6.DIU levonogestrel, 7.Método de la amenorrea de la lactancia,8. tabletas de progestagenos.

Variable independiente:

El nivel de conocimientos sobre MAC de las puérperas fue la variable de exposición. Los conocimientos sobre MAC en las puérperas se evaluaron mediante un cuestionario validado (29), el cual consta de 20 preguntas con calificación de 1 punto por respuesta correcta. El nivel

de conocimientos se clasificó en deficiente, (0 a 9 puntos), regular (10 a 12 puntos), bueno (13 a 16 puntos) y excelente (17 a 20 puntos).

Covariables

La selección de covariables se basó en estudios (30,32). Se incluyeron datos sociodemográficos (edad, grado de instrucción, estado civil, lugar de residencia) y obstétricos (número de hijos, PIC, planificación del embarazo y uso de MAC antes del embarazo). La edad que se clasificó en 4 grupos: 15-17, 18-29, 30-39, 40-46 años. El ámbito de residencia fue dividido en urbano y rural. El grado de instrucción fue clasificado en primaria, secundaria, superior técnica y superior universitaria. Con respecto al estado civil, este fue categorizado como casada, soltera y conviviente. El número de hijos se dividió en uno, dos y más de 3. El PIC se dividió en Menos de 0 años, más de uno, más de 2 años, de 3 a 5 años, más de 5 años. La planificación del embarazo se categorizó en embarazo planificado y no planificado. Finalmente, el uso de MAC antes del embarazo se dividió en afirmativo y negativo, si la respuesta es si, se solicita nombrar el MAC más utilizado.

Anexo 1: Operacionalización de variables

3.3. Población, muestra y muestreo

Población:

Pacientes puérperas atendidas en el servicio de obstetricia de un hospital de referencia.

Muestra:

Cálculo de tamaño muestral:

Se aplicó la fórmula para estudios descriptivos con población finita (40) y el tamaño muestral se estimó en 128 puérperas.

Unidad de análisis: La paciente.

Unidad de muestra: La paciente.

Muestreo:

Se utilizó un muestreo no probabilístico a conveniencia del investigador

durante el mes de octubre del 2023. El promedio mensual de puérperas inmediatas atendidas fue 192. Se hizo un listado enumerado con el total de integrantes en una hoja en Microsoft Excel 2016 y se encuestó aproximadamente a 7 pacientes diarias durante 4 semanas. Previamente se les explicó sobre el estudio a realizar, se solicitó su colaboración, se manifestó el respeto por la información y se requirió la firma de aceptación del consentimiento informado (Anexo 3,4).

3.4. Técnicas e instrumento de recolección de datos:

Técnica:

La encuesta se aplicó mediante entrevista directa a las pacientes durante su hospitalización puerperal. Esta técnica de recolección de datos da lugar a establecer contacto con las unidades de observación.

Instrumento:

Se hizo uso de cuestionario aplicado previamente en el estudio de Moras M (30,32), dadas sus características de suficiencia, consistencia, y metodología (Anexo 5).

El cuestionario estuvo constituido de 3 partes:

- i. Datos sociodemográficos (edad, grado de instrucción, estado civil, lugar de residencia) y obstétricos (número de hijos, PIC, planificación del embarazo y uso de MAC antes del embarazo).
- ii. Conocimientos de MAC. Se evaluaron con 20 preguntas de respuesta única. Cada respuesta correcta valía un punto de acuerdo a la escala propuesta. A continuación, se presentan las respuestas correctas para cada pregunta: 1.e; 2.a; 3.e; 4.c; 5.c; 6.e; 7.c; 8.e; 9.a; 10.e; 11.c; 12.b; 13.e; 14.e; 15.e; 16.e; 17.e; 18.e; 19.d; 20.e.
- iii. Elección de MAC. Se evaluó en las preguntas 21 y 22 con opción múltiple

3.5. Procedimientos

Con la resolución de aprobación del proyecto emitido por la Universidad César Vallejo, se solicitó el permiso al establecimiento de salud para

acceder al Servicio de Obstetricia. Tras la obtención del consentimiento informado, se procedió a recoger la información con la aplicación de la encuesta teniendo en cuenta la técnica de muestreo descrita anteriormente y los criterios de inclusión y exclusión establecidos en el estudio. Los datos recolectados fueron introducidos en una hoja de cálculo diseñada en Microsoft Excel 2017.

3.6. Método de análisis de datos

Los datos fueron exportados a Stata 18.0 (Stata Corporation, College Station, Texas, EE. UU.). Las variables fueron descritas mediante frecuencias absolutas y relativas. La asociación entre la variable de exposición y el desenlace se evaluó mediante el test exacto de Fisher, previa obtención de los valores esperados. El uso de esta prueba se usó bajo el supuesto de que más del 20% de los valores esperados fueron mayores a 5. Estas estimaciones se hicieron usando un nivel de confianza del 95% y un alfa de 0.05.

3.7. Aspectos éticos:

El estudio se realizó respetando las normas éticas de investigación establecidas en la Declaración de Helsinki (41). Se obtuvo la aprobación del Comité de Ética e Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad César Vallejo de Trujillo y del hospital seleccionado.

IV. RESULTADOS

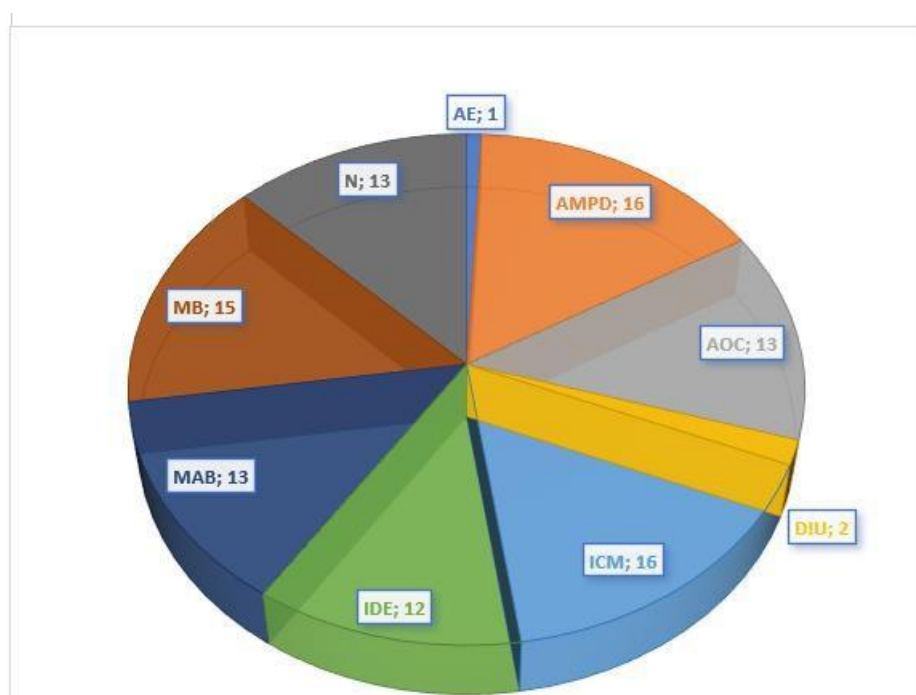
Tabla Nº 01: Datos demográficos y obstétricos de las puérperas inmediatas atendidas en un hospital público de Trujillo, La Libertad.

Variable	n (%)
Edad [mediana (RIC)]	31 (27-35)
Edad por grupos	
15-17	1 (0.78)
18-29	47 (36.72)
30-39	70 (54.69)
40-46	10 (7.81)
Lugar de procedencia	
Rural	35 (27.34)
Urbano	93 (72.66)
Grado de instrucción	
Primaria	10 (7.81)
Secundaria	50 (39.06)
Superior técnica	24 (18.75)
Superior universitaria	44 (34.38)
Estado civil	
Casada	38 (29.69)
Conviviente	80 (62.50)
Soltera	10 (7.81)
Número de hijos	
1	45 (35.16)
2	46 (35.94)
3 o mas	37 (28.91)
Periodo intergenésico (años)	
Menos de 0 años	47
Mas de uno	1 (1.3)
Mas de 2 años	7 (8.6)
De 3 a 5 años	24 (29.62)
Mas de 5 años	49(64.9)
Embarazo deseado	
Si	55 (42.97)
No	73 (57.03)
Uso de MAC antes del embarazo	
Si	113 (88.28)
No	15 (11.72)
Uso de MAC en el puerperio	
Si	108 (84.38)
No	20 (15.63)
Puntaje de conocimientos [promedio (DE)]	8.10 (3.69)
Puntaje de conocimientos	
Excelente	2 (1.56)
Bueno	13 (10.16)
Regular	37 (28.91)
Deficiente	76 (59.38)

RIC: rango intercuartílico. MAC: método anticonceptivo.

Un total de 128 participantes fueron incluidos. La mediana de edad fue 31 años, siendo el grupo etario más frecuente de 30 a 39 años. La mayoría provenían de ámbito urbano (72.66%) y tenían educación secundaria (39.06%). Con respecto a los datos gineco-obstétricos, 57.03% reportaron un embarazo no deseado, 88.28% usaron MAC antes del embarazo y 84.38% accedieron al uso de MAC durante el puerperio. El puntaje de conocimientos sobre los MAC fue en su mayoría deficiente (59.38%) (**Tabla 1**).

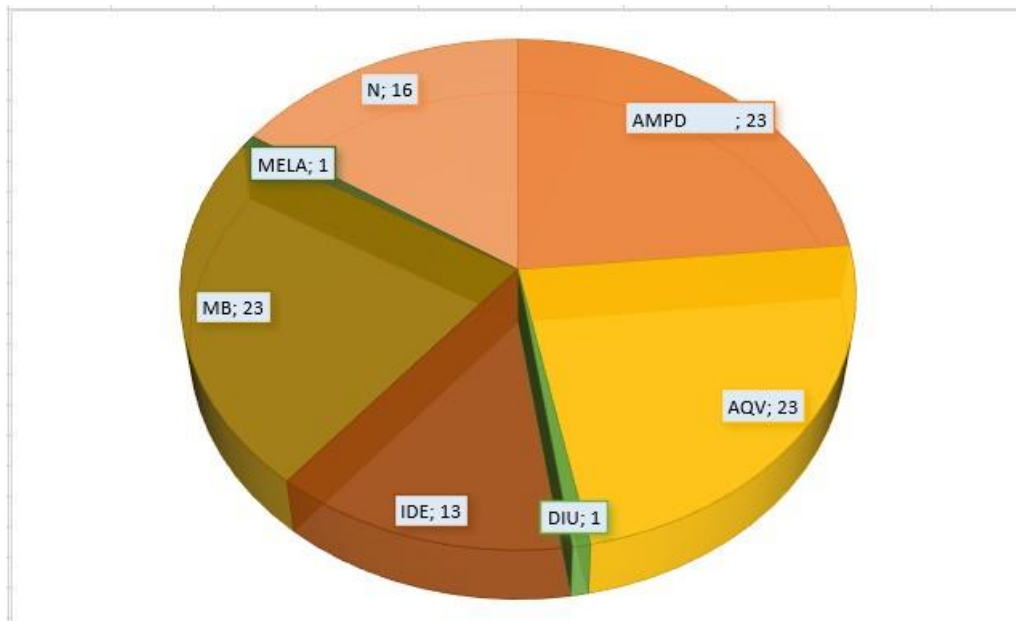
Figura N°1. Porcentaje de Métodos anticonceptivo utilizados antes del embarazo por las puérperas inmediatas atendidas en un hospital público de Trujillo, La Libertad.



AOC: Anticonceptivo oral combinado; ICM: Inyectable combinado mensual; AMPD: Inyectable Medroxiprogesterona de depósito; IDE: Implante dérmico de etonogestrel, AE Anticoncepción de emergencia, DIU-Cu Dispositivo intrauterino T de cobre, MB Método de barrera condón masculino, MAB Método de abstinencia periódica: Método del ritmo, N Ninguno.

El MAC más usado antes del embarazo fue inyectable combinado mensual 16%, inyectable de medroxiprogesterona 16% y condón masculino 15%.

Figura N°2. Porcentaje de MAC elegidos por las puérperas inmediatas atendidas en un hospital público de Trujillo, La Libertad.



AMPD: Inyectable Medroxiprogesterona de depósito; AQV: anticoncepción quirúrgica voluntaria femenina; IDE: Implante dérmico de etonogestrel; MELA: Método de amenorrea de la lactancia; DIU-Cu Dispositivo intrauterino T de cobre, MB; Método de barrera condón masculino; N: Ninguno.

Los MAC más usados tras la finalización del embarazo fueron AQV (23%), inyectable de medroxiprogesterona (23%) y condón masculino (23%).

Tabla N°2. Distribución según nivel de conocimiento según datos demográficos y obstétricos en puérperas inmediatas atendidas en un hospital público de Trujillo, La Libertad.

Variable	Nivel de conocimientos				Valor p*
	Deficiente n (%)	Regular n (%)	Bueno n (%)	Excelente n (%)	
Edad por grupos					
15-17	1 (50.00)	1 (50.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0.840
18-29	30 (65.22)	10 (21.74)	5 (10.87)	1 (2.17)	
30-39	38 (54.29)	24 (34.29)	7 (10.00)	1 (1.43)	
40-46	7 (70.00)	2 (20.00)	1 (10.00)	0 (0.00)	
Ámbito de residencia					0.568
Rural	23 (65.71)	8 (22.86)	3 (8.57)	1 (2.86)	
Urbano	53 (56.99)	29 (31.18)	10 (10.75)	1 (1.08)	
Grado de instrucción					<0.001
Primaria	10 (100.0)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	
Secundaria	39 (78.00)	11 (22.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	
Superior técnica	10 (41.67)	9 (37.50)	4 (16.67)	1 (4.17)	
Superior universitaria	17 (38.64)	17 (38.64)	9 (20.45)	1 (2.27)	
Estado civil					0.770
Casada	19 (50.0)	13 (34.21)	5 (13.16)	1 (2.63)	
Conviviente	51 (63.75)	21 (26.25)	7 (8.75)	1 (1.25)	
Soltera	6 (60.0)	3 (30.00)	1 (10.0)	0 (0.00)	
Número de hijos					0.264
1	27 (60.0)	12 (27.67)	5 (11.11)	1 (2.22)	
2	23 (50.0)	16 (34.78)	7 (15.22)	0 (0.00)	
3 o mas	26 (70.27)	9 (24.32)	1 (2.70)	9 (2.70)	
Periodo intergenésico (años)					1.000
Menos de 2 años	28 (58.33)	14 (29.17)	5 (10.42)	1 (2.08)	
2 años o mas	48 (60.00)	23 (28.75)	8 (10.00)	1 (1.25)	
Embarazo deseado					1.000
Si	32 (58.18)	16 (29.09)	6 (10.91)	1 (1.82)	
No	44 (60.27)	21 (28.77)	7 (9.59)	1 (1.37)	

*Test exacto de Fisher.

Con respecto al conocimiento, el nivel de deficiente se observó en el grupo etario de 28 a 29 años en el 65.66%, por el ámbito de procedencia el rural con el 65.71%, por el grado de instrucción el nivel primario el 100% y por el número de hijos, las puérperas que tuvieron 3 o más hijos el 70.27%

Tabla Nº 03: Distribución según nivel de conocimiento sobre elección de MAC antes del embarazadas y en puérperas inmediatas atendidas en un hospital público de Trujillo, La Libertad.

Variables	Nivel de conocimientos				valor p*
	Deficiente n (%)	Regular n (%)	Bueno n (%)	Excelente n (%)	
Elección de MAC Antes del embarazo					0.773
Si	65 (57.52)	34 (30.09)	12 (10.62)	2 (1.77)	
No	11 (73.33)	3 20.00)	1 (6.67)	0 (0.00)	
Elección de MAC en el puerperio					0.765
Si	64 (59.26)	32 (29.63)	10 (9.26)	2 (1.85)	
No	12 (60.00)	5 (25.00)	3(15.00)	0 (0.00)	

*Test exacto de Fisher.

Con respecto al uso de MAC durante el embarazo, 57.52% de las mujeres que reportaron usar MAC tenían un nivel de conocimiento deficiente. Al comparar el nivel de conocimiento con la elección de método anticonceptivo, 59.26% de las puérperas que accedieron al uso de MAC reportaron tener un nivel de conocimiento deficiente. En contraste, 60.0% de las mujeres que decidieron no usar MAC reportaron tener un nivel de conocimiento deficiente ($p=0.765$). (Tabla 3)

V. DISCUSIÓN

Hallazgos principales

El uso de los MAC en la etapa del puerperio es clave ya que contribuye a disminuir los embarazos no deseados, los abortos y ampliar los periodos intergenésicos, los cuales se relacionan con la disminución de la morbimortalidad del recién nacido y de la madre (8,9,10). Asimismo, tiene beneficios no sanitarios como mayores oportunidades educativas y empoderamiento de las mujeres lo que trae consigo mejoras demográficas y desarrollo económico sostenible (3).

En este contexto, se evaluó la asociación entre el nivel de conocimiento y elección de MAC en puérperas inmediatas. Este estudio fue realizado en un hospital público de referencia en una muestra de 128 pacientes atendidas en el mes de octubre del año 2023. Las participantes fueron seleccionadas por muestreo no probabilístico a conveniencia del investigador. Para medir el nivel de conocimientos se aplicó una encuesta con el consentimiento informado correspondiente. Los resultados resaltan que alrededor de dos tercios de las participantes reportaron el uso de MAC durante el puerperio. Asimismo, aproximadamente 60% reportaron tener un bajo nivel de conocimientos. Sin embargo, la asociación entre estas variables no fue estadísticamente significativa. Estos resultados se deben de interpretar con cautela y sugieren la necesidad de llevar estudios a mayor escala.

Plausibilidad de los hallazgos

En cuanto al uso de MAC antes del embarazo, observamos que los MAC más usados fueron inyectable combinado mensual (16%), inyectable de medroxiprogesterona (16%) y condón masculino (15%), que suman aproximadamente el 50%. Estos MAC difieren en eficacia y efectividad y además MAC están clasificados como moderadamente eficaces (3). El uso no correcto, la falta de adherencia y conocimiento al MAC pueden derivar en embarazos no deseados (42)

En cuanto a los datos obstétricos, se observó que los embarazos no deseados correspondieron al 57.3%. Encontramos en un estudio conducido en Uruguay que este porcentaje aumenta a 79.5% (17). Esto puede deberse al deficiente conocimiento de MAC, uso incorrecto o la falta de acceso (42). A nivel mundial, más de la mitad de los embarazos son no deseados (43). Los embarazos no planeados o no deseados son considerados un problema de salud pública debido a los resultados adversos de salud, sociales y económicos. Además, aumentan la morbilidad y mortalidad materna, neonatal e infantil (44). El embarazo puede ser no deseado por diversas razones. En primer lugar, podría deberse a problemas relacionados a la planificación familiar. En segundo lugar, puede deberse a problemas a nivel familiar, como creer que ya tiene demasiados hijos, no desear tener hijos en este momento, estar estudiando, ser soltera. El nivel económico también podría afectar al no tener los recursos financieros disponibles para mantener a un nuevo hijo (42). La información y oferta de MAC por el personal de salud de atención primaria y secundaria debe mejorar, particularmente con respecto a los LARC. (45) Existe evidencia sólida de que el asesoramiento puede aumentar el uso de MAC y potencialmente disminuir la tasa de embarazos no deseados. (46)

Comparación con estudios previos

Se encontraron estudios sobre del nivel de conocimientos sobre MAC en poblaciones de diferentes características, tales son adolescentes y estudiantes del área de salud. Sin embargo, son pocos los estudios en la etapa de puerperio, la cual es importante porque se debe elegir un MAC. Con respecto al nivel de conocimiento sobre MAC en puérperas, encontramos que el 59.3% tuvieron calificación deficiente. Diversos estudios han sido conducidos en el ámbito nacional. Nuestro estudio concuerda con el realizado por Moras (30) en hospital público de Lima, halló un nivel de conocimiento deficiente en 53.8%. Asimismo, Ticona halló que el 53,8% de las puérperas tuvo un nivel de conocimiento deficiente. Cabe destacar, que usando esta misma escala, Escalante en un hospital en un hospital público de la provincia

de Chepén halló que el nivel el conocimiento fue de nivel medio en el 84% en las puérperas, aunque el estudio se realizó en un hospital de menor nivel de complejidad (32). En el estudio Ponce R. en un hospital materno-perinatal en Limase reportó que el 86.96% tenían conocimiento de MAC en pacientes que negaban haber usado MAC modernos antes del embarazo, pero se debe precisar que este porcentaje no fue obtenido a partir de una escala estructurada, sino a partir de la respuesta a una pregunta dicotómica sobre conocimiento de MAC (35). En otro estudio, realizado por Eisenberg et al, en un estudio efectuado en hospital público en Missouri en Estados Unidos se encontró que el el 71% de los participantes eligieron LARC; 47% eligió DIU de levonorgestrel, 11% eligió DIU de cobre y 13% eligió el implante anticonceptivo.

Con respecto a los MAC elegidos en el puerperio, en nuestro estudio el 87.3% eligieron MAC. En otros estudios en Perú encontramos hallazgos similares como los observados por Salcedo (31) (78.74%) y Moras (30) (89.7%), siendo AQV, métodos de barrera e inyectable de medroxiprogesterona los más frecuentes con un 23% cada uno. Esto implica que casi la mitad de las puérperas han elegido MAC moderadamente eficaces. Se observa que el porcentaje de AQV es aproximadamente un tercio del total. Esto se debe a que el hospital es de referencia, por lo que estamos métodos están más al alcance de los pacientes. Asimismo, solo el 2.3% de las mujeres eligieron usar métodos LARC. En contraste, en el estudio Feldman et al en un estudio en hospital en el Uruguay observó que predominaron los LARC de la siguiente manera: implante subdérmico (41.4%), ligadura tubárica (21.8%) y DIU (14.5%) (17). En Estados Unidos, el estudio realizado por Lowenberg, Y et al en un hospital universitario localizado en Ohio, reportó valores más altos. El 91% de las puérperas tuvieron la intención de usar MAC al alta, siendo AQV y el implante los más frecuentes, sumando 86%. Con respecto a los métodos moderadamente eficaces, la frecuencia de inyectables fue 12% (19). Vásquez M en España (Toledo) en un hospital público, halló que el 37.9% no usó ningún MAC durante el puerperio. El más usado fueron el preservativo seguido de los anticonceptivos orales (22). Sin embargo, Silesh M et al. 2022 en la

investigación en 5 hospitales públicos en Etiopia encontró que 21.3% de las mujeres en el posparto inmediato utilizaron MAC, predominando los LARC, siendo el más utilizado el implante (81%), seguido de DIU (13,1%) (20). En otro estudio realizado por Eisenberg D et en el hospital público en Missouri en Estados Unidos se reportó que el 71% de los participantes eligieron LARC, 47% eligió el DIU de levonorgestrel, 11% eligió el DIU de cobre y 13% eligió el implante anticonceptivo. El 10% de las mujeres eligió las píldoras anticonceptivas orales (combinadas o con progestina sola), 8% eligió DMPA, 9% eligió el anillo vaginal y 2% eligió el parche anticonceptivo. El objetivo principal de este estudio fue promover el uso de LARC y proporcionar anticonceptivos sin costo a un gran número de mujeres en la región de St. Louis, en un esfuerzo por reducir los embarazos no deseados (38). Observamos que en varios estudios de están informando por el uso de los LARC por sus características de eficacia, uso, temporalidad y reversibilidad (47,48)

Cuando analizamos el nivel de conocimientos y el uso de MAC, encontramos en nuestro estudio que el nivel de conocimientos fue deficiente en 59.26% de las puérperas y 87.3% escogieron MAC en el puerperio inmediato. Estos hallazgos concuerdan con el estudio realizado por Ticona (32) quien que el 53,8% de las puérperas tuvo un nivel de conocimiento deficiente. Moras encontró un nivel de conocimiento deficiente, aunque 90% de las puérperas eligieron usar MAC. Además, la investigación de Salcedo (31) encontró un nivel de conocimientos medio en 78,16%. La mayoría de las puérperas eligió MAC antes del alta médica (78,74%), lo cual con diferente el estudio de los resultados que obtuvo Shilesh. En este, el nivel de conocimientos estimado considerado como alto se halló en 53.6% aunque solo el 21.3% de puérperas eligieron usar MAC (23).

Limitaciones y fortalezas

El presente estudio debe ser interpretado considerando sus limitaciones metodológicas. Primero, el estudio fue de diseño transversal, por lo que no es

posible determinar causalidad entre las variables bajo estudio. Además, los análisis fueron de naturaleza exploratoria, restringidos al uso de pruebas de contraste de hipótesis. No se tomó en cuenta el potencial efecto de las variables confusoras. Segundo, la entrevista directa puede haber causado sesgo de deseabilidad social en las pacientes. Tercero, el tamaño muestral del presente estudio es limitado y basado en una muestra no probabilística. Por lo tanto, el presente estudio no puede ser extrapolado a nivel regional ni nacional. Por otra parte, el presente estudio tiene ciertas fortalezas. Personal entrenado se encargó de recolectar la información mediante entrevistas directas y fue debidamente codificada. Este estudio se perfila como el primero en realizarse en la ciudad de Trujillo en un hospital público evaluando el uso de MAC en puérperas.

VI. CONCLUSIONES

No se encontró una asociación significativa entre el nivel de conocimiento y la elección de MAC en puérperas inmediatas en un hospital público de Trujillo, La Libertad.

En la muestra de estudio se evidenció que la mayoría de las puérperas pertenecían al grupo etario de 30 a 36 años edad, de procedencia urbana, educación secundaria, condición civil conviviente, con promedio de 2 hijos, periodo intergenésico de mas de 5 años y embarazos no planificados, usaban métodos anticonceptivos moderadamente eficaces antes del embarazo.

Se halló un nivel de conocimiento deficiente en la mayoría de las puérperas inmediatas.

La mayoría de las pacientes accedieron a usar MAC durante el puerperio inmediato

Los MAC más usados antes del embarazo fueron inyectables y condón masculino.

Los MAC más elegidos en el puerperio inmediato fueron AQV, inyectable y condón masculino.

VII. RECOMENDACIONES

Al personal de salud mejorar las estrategias de comunicación para brindar información personalizadas a los pacientes en PF y especialmente en la etapa de embarazo para que pueda decidir la puérpera el tipo de MAC que desea usar y hacer uso de ellos con oportunidad. Además, el puerperio debe ser tomado como un tiempo de particular importancia para poder comprometer a las pacientes a usar los MAC y controlarse regularmente. Las madres jóvenes son un grupo especialmente vulnerable y difícil de abordar, por lo que el enfoque hacia ellas debe ser integral y de una manera respetuosa.

Con respecto a las autoridades de salud, se deben realizar capacitaciones dirigidas al personal de salud, haciendo énfasis en el uso de LARC. Además, deben garantizar la disponibilidad de MAC en los centros de salud. Finalmente, se debe de realizar actividades preventivas dirigidas a la población para comprometerlos en el uso de MAC.

REFERENCIAS

1. Ministerio de salud Perú. Ministerio de Salud. Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública. Dirección de Salud Sexual y Reproductiva Norma técnica de salud de planificación familiar 2017. [Internet]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4191.pdf>.
2. Hubacher D, Trussell J. A Definition of Modern Contraceptive Methods, Contraception [Internet] 2015. doi: 10.1016/j.contraception.2015.08.008
3. World Health Organization. Family planning/contraception methods descriptive note. [Internet]. 2023. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception>
4. United Nations Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2022). World Family Planning 2022: Meeting the changing needs for family planning: Contraceptive use by age and method. Available from: https://www.un.org/development/desa/pd/sites/www.un.org.development.desa.pd/files/files/documents/2023/Feb/undesa_pd_2022_world-family-planning.pdf
5. Instituto Nacional de Estadística e Informática Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar - ENDES 2021. Available from: <https://www.gob.pe/institucion/inei/informes-publicaciones/2982736-peruencuesta-demografica-y-de-salud-familiar-endes-2021>
6. World Health Organization. Programming strategies for Postpartum Family Planning. 2014;1–58. Available from: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/93680/9789241506496_eng.pdf?sequence=1
7. Rutstein S. Effects of preceding birth intervals on neonatal, infant and under-five years mortality and nutritional status in developing countries: Evidence from the demographic and health surveys International Journal of Gynecology & Obstetrics, 2005;89:S7-S24 Available from: <https://factsforlife.org/pdf/BIRTH%20SPACING%20AND%20NUTRITION%20IN%20DEVELOPING%20COUNTRIES.pdf>
8. WHO. Report of a WHO technical consultation on birth spacing: Geneva, Switzerland 2005. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-RHR-07.1>

- 9.** Ali M, Bellizzi S, Shah I. The risk of perinatal mortality following short inter-pregnancy intervals-insights from 692 402 pregnancies in 113 Demographic and Health Surveys from 46 countries: a population-based analysis. *Lancet Glob Health*. 2023;11(10):e1544-e1552. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37734798/>
- 10.** Bauserman, M., Now ak, K., Nolen, T.L. et al. The relationship between birth intervals and adverse maternal and neonatal outcomes in six low and lower-middle income countries. *Reprod Health* 17 (Suppl 2), 157 (2020). Available from: <https://reproductive-health-journal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12978-020-01008-4#citeas>
- 11.** Berens P. Overview of the postpartum period: Normal physiology and routine maternal care UpToDate 2023 Available from: <https://www.uptodate.com/contents/overview-of-the-postpartum-period-normal-physiology-and-routine-maternal-care>
- 12.** Makins A, Cameron S. Post pregnancy contraception. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 220,66:41-54 Available from: <http://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/322117053>
- 13.** Castadot R, Silvin I, Alers J, Chapple R. The international postpartum family planning program: eight years of experience R. *Rep Popul Fam Plann* [Internet]. 1975;18(1):1–53. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/812162/>
- 14.** Meneses E, Leonardo Ailines L, Hernández M. Factores que influyen en el conocimiento funcional de métodos anticonceptivos, 2014. Situación Demográfica de México 2017 Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/398675/04_Meneses_Alines_Hernandez.pdf
- 15.** High Impact Practices in Family Planning (HIPs). Immediate postpartum family planning: a key component of childbirth care. Washington, DC: HIP Partnership; 2022. Available from: <https://www.fphighimpactpractices.org/briefs/immediate-postpartum-family-planning/>
- 16.** Oduyebo T, Zapata LB, Boutot ME, et al. Factors associated with postpartum use of long-acting reversible contraception. *Am J Obstet Gynecol*

2019;221(1): 43.e1–43.e11. Available from:

<https://doi.org/10.1016/j.ajog.2019.03.005>

17. Feldman F, Pires A, Nogueira V, Diaz E, Goncales C, Rey G. Uso de método anticonceptivo previo al embarazo, asesoramiento y preferencia posterior en puérperas del Hospital de Clínicas. *Anfamed* [Internet]. 2021; 8(1): e201. Disponible en:

http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2301-12542021000101201&lng=es

18. Batyra, E. “Contraceptive Use Behavior Change After an Unintended Birth in Colombia and Peru.” *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 2020;46:9-19 Available from: <https://doi.org/10.1363/46e8420>.

19. Loewenberg Y, Keder L, Keim S, Gallo M. Postpartum intentions on contraception use and method choice among breastfeeding women attending a university hospital in Ohio: a cross-sectional study. *Reprod Health*. 2017;14(45):2–8 Available from: <https://doi.org/10.1186/s12978-017-0307-4>

20. Brunson M, Klein D, Olsen C. Postpartum contraception: initiation and effectiveness in a large universal healthcare system. *Am J Obstet Gynecol*. 2017;217(1):55.e1-e9. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2017.02.036>.

21. Sheyn, D., & Arora, K. S. (2021). Changes in Rates of Inpatient Postpartum Long-Acting Reversible Contraception and Sterilization in the USA, 2012-2016. *Maternal and child health journal*, 25(10), 1562–1573. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8449803/>

22. Dev, R., Kohler, P., Feder, M. et al. A systematic review and meta-analysis of postpartum contraceptive use among women in low- and middle-income countries. *Reprod Health*. 2019;16:154 . Available from: <https://doi.org/10.1186/s12978-019-0824-4>

23. Silesh M, Lemma T, Abdu S, Fenta B, Tadese M, Taye B, et al. Utilisation of immediate postpartum family planning among postpartum women at public hospitals of North Shoa Zone, Ethiopia: a cross-sectional study. *BMJ Open* [Internet]. 2022;12:51152. Available from: <http://bmjopen.bmj.com/>

24. Agula, C., Henry, E. G., Asuming, P. O., Obeng-Dwamena, A., Toprah, T., Agyekum, M. W., Shah, I., & Bawah, A. A. (2022). Postpartum contraceptive initiation and use: Evidence from Accra, Ghana. *Women's health (London,*

England) 2022; 18: 1-11 Available from:

https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9742708/pdf/10.1177_17455057221141290.pdf

25. Vaquez M, García R, Escalonilla B, Alejandro M. Uso de anticonceptivos durante el puerperio y la lactancia materna. *Metas enferm* [Internet].

2015;18(4):12–7 Disponible en:

<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/ibc-140619?lang=es>

26. Warzecha D, Szymusik I, Pietrzak, B. et al. Sex education in Poland – a cross-sectional study evaluating over twenty thousand polish women’s knowledge of reproductive health issues and contraceptive methods. *BMC Public Health* 2019. Available from:

<https://bmcpublikealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-019-7046-0#citeas>

27. Vara-Salazar E, et al Provisión de métodos anticonceptivos en el posparto inmediato en México, 2018-19 *Salud pública de México* 2020;62(6) Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/salpubmex/sal-2020/sal206e.pdf>

28. Zaldivar A, Fernández M, Ponce F, Dávila R. Contraception after an obstetric Event. *Rev Cubana Med Gen Integr.* 2020;36(3):1-11. Available from: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubmedgenint/cmi-2020/cmi203c.pdf>

29. Biroccio N. Castro I. Dugo R. Gómez Chaín E. González A. Monzón, P. Elección de métodos anticonceptivos en el puerperio. *Rev.AMAAdA.* 2019;15(2) Available from: <https://www.amada.org.ar/index.php/numeros-anteriores/volumen-15-n-2-2019/55-revista/revista-n2-2019/342>

30. Moras M. Relación entre el conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en las pacientes puérperas del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión - Enero 2015. [Tesis] Universidad Nacional de San Marcos. Perú 2016. Disponible en: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/4067/Morasr.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

31. Salcedo J. Relación entre la actitud de la pareja respecto a la elección de métodos anticonceptivos en puérperas de parto eutócico del Hospital de San

- Juan de Lurigancho periodo Noviembre - Diciembre del 2015 . [Tesis]
Universidad Nacional de San Marcos. Perú 2016. Disponible en:
[https://cybertesis.unmsm.edu.pe/
bitstream/handle/20.500.12672/4722/Salcedo_cj.pdf?sequence=3&isAllowed=](https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/4722/Salcedo_cj.pdf?sequence=3&isAllowed=)
- 32.** Ticona L. Nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos en puérperas del Instituto Nacional Materno Perinatal en enero del 2016 [Tesis]
Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Perú 2016. Disponible en:
http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/4688/Ticona_sl.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- 33.** Salas R. Nivel de conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en pacientes puérperas atendidas en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital de Vitarte - octubre 2016 [Tesis]. Lima: Universidad Ricardo Palma, Facultad Medicina Humana. Perú 2016 Disponible en:
<https://repositorio.urp.edu.pe/handle/20.500.14138/5216>
- 34.** Ponce M. Barreras percibidas por las puérperas para el uso de métodos anticonceptivos modernos en el Instituto Nacional Materno Perinatal [Tesis]. Lima: Universidad Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina. Perú 2017. Disponible en: <https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/6783/Ponce.chr.pdf?sequence=3>
- 35.** Escalante M, "Nivel de conocimiento y factores asociados al uso de anticonceptivos en puérperas, Hospital Apoyo de Chepén [Tesis]. Trujillo: Universidad César Vallejo. Perú 2020. Disponible en:
<https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/4/discover?rpp=10&etal=0&query=metodos+anticonceptivos+puerpera+trujillo&groupby=none&page=1>
- 36.** World Health Organization Department of Sexual and Reproductive Health and Research (WHO/SRH) and Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health/Center for Communication Programs (CCP), Knowledge SUCCESS. Family Planning: A Global Handbook for Providers (2022 update). Baltimore and Geneva: CCP and WHO; 2022. Available from:
<https://fphandbook.org/sites/default/files/WHO-JHU-FPHandbook-2022Ed-v221115a.pdf>

- 37.** World Health Organization Department of Reproductive Health and Research Selected practice recommendations for contraceptive use 3ra ed. 2016 Available from: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/252267/9789241565400-eng.pdf?sequence=1>
- 38.** Eisenberg, D. L., Secura, G. M., Madden, T. E., Allsworth, J. E., Zhao, Q., & Peipert, J. F. Knowledge of contraceptive effectiveness. *American journal of obstetrics and gynecology*.2012, 206(6), 479.e1–479.e4799. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2012.04.012>
- 39.** World Health Organization. Medical eligibility criteria for contraceptive use Fifth edition 2015 Medical eligibility criteria for contraceptive use (MEC).Improving the quality of care infamily planning. Executive 2015 Available from: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/172915/WHO_RHR_15.07_eng.pdf?sequence=1
- 40.** Hernández S, Fernández L. Metodología de la investigación [Internet]. 5ta. ed. McGRAW-HILL / Interamericana editores s.a. México; 2010. Disponible en: <https://www.icmujeres.gob.mx/wp-content/uploads/>.
- 41.** Manzini J. Declaración De Helsinki: Principios Éticos para la Investigación Médica sobre sujetos humanos *Acta Bioeth*. 2000;6(2):321–34. Disponible en : https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51918/9780999203729_spa.pdf?sequence=6&isAllowed=
- 42.** Ranatunga IDJC, Jayaratne K. Proportion of unplanned pregnancies, their determinants and health outcomes of women delivering at a teaching hospital in Sri Lanka. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2020;20(1):667. Available from: <https://doi:10.1186/s12884-020-03259>
- 43.** Bearak J, Popinchalk A, Ganatra B, Moller, Tunçalp O, Beavin C, Kwok L, Alkema L.Unintended pregnancy and abortion by income, region, and the legal status of abortion: estimates from a comprehensive model for 1990– 2019.*The Lancet Global Health un Hospital* 2020;8:e115-1161. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2214109X20303156>)
- 44.** Habib MA, Raynes-Greenow C, Nausheen S, et al. Prevalence and determinants of unintended pregnancies amongst women attending antenatal

clinics in Pakistan. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2017;17(1):156. Available from: <https://doi:10.1186/s12884-017-1339-z>

45. Bexhell H, Guthrie K, Cleland K, Trussell J. Unplanned Pregnancy and Contraceptive Use in Hull and East Yorkshire. *Contraception* 2016; 93:3 Available from: [https://www.contraceptionjournal.org/article/S0010-7824\(15\)30105-0/fulltext#articleInformation](https://www.contraceptionjournal.org/article/S0010-7824(15)30105-0/fulltext#articleInformation)

46. Lee, J. K., Parisi, S. M., Akers, A. Y., Borrero, S., & Schwarz, E. B. The impact of contraceptive counseling in primary care on contraceptive use. *Journal of general internal medicine*; 2011; 26(7):731–736. Available from: <https://doi.org/10.1007/s11606-011-1647-3>

47. Baker CC, Creinin MD. Long-Acting Reversible Contraception. *Obstet Gynecol*. 2022;140(5):883-897. Available from <https://doi:10.1097/AOG.0000000000004967>

48. Taub RL, Jensen JT. Advances in contraception: new options for postpartum women. *Expert Opin Pharmacother*. 2017;18(7):677-688. Available from: <https://doi:10.1080/14656566.2017.1316370>

ANEXOS

Anexo 1: Operacionalización de variables. Anexo 2: Autorización de hospital.

Anexo 3: Consentimiento informado puérpera.

Anexo 4: Consentimiento informado por tutor/a de puérpera.

Anexo 5: Encuesta relación nivel de conocimiento y elección de métodos anticonceptivos en puérperas inmediatas.

Anexo 1: Operacionalización de variables:

Datos Demográficos	Permite conocer la población con el fin de observar los cambios en la estructura poblacional y su dinámica demográfica para la planeación de las políticas públicas para el bienestar, la estabilidad y la calidad de vida de la sociedad delimitada territorialmente de acuerdo con sus necesidades.	Identificar las características demográficas de las puerperas inmediatas	Edad	15 - 17 18 - 29 30 - 39 40 - 46	Cuantitativa de intervalo
			Grado de instrucción	1.Analfabeta 2.Primaria 3.Secundaria 4.Superior técnico 5.Superior universitario	Cualitativa ordinal
			Estado civil	1. Casada 2. Soltera 3. Conviviente	Cualitativa Nominal
			Lugar de residencia	1.Urbano 2. Rural	Cualitativa nominal
			Número de hijos	1 2 3 o mas	Cualitativa ordinal
			Periodo intergenésico	Menos de 0 años Mas de uno Mas de 2 años De 3 a 5 años Mas de 5 años	Cualitativa Ordinal
			Embarazo deseado	1. si 2.no	Cualitativa Nominal
			Uso de MAC antes del embarazo	1. si 2.no	Cualitativa nominal
Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala de medición
1. Nivel de conocimiento de puerperas sobre	"Conocimiento: conjunto de habilidades, destrezas, procesos mentales e	Información que permite a la mujer en puerperio inmediato, posponer un	Encuesta Para evaluar se considera 20 Preguntas La calificación	Deficiente =0-9 puntos Regular 10-12 puntos	Cualitativa ordinal

métodos anticonceptivos	información adquiridos por el individuo, que son necesarios para interpretar la realidad, resolver problemas y dirigir su comportamiento (40).	nuevo embarazo o finalizar su vida reproductiva, mediante un método anticonceptivo	es de acuerdo a la sumatoria de respuestas correctas Respuesta correcta=1 punto	Bueno 13-16 puntos. Excelente 17-20 puntos	
2. Elección del método anticonceptivo	"Elección: es el resultado de un proceso mental a través del cual se analizan diferentes alternativas y se opta por una de acuerdo a la conveniencia o a la valoración que se le atribuye.	Decisión de la puérpera de usar un método anticonceptivo antes del alta médica (29).	Encuesta Elección del método anticonceptivo, corresponden a las preguntas 21,22,23	A. Si 1. Anticoncepción quirúrgica voluntaria 2. Implante subdérmico: Etonogestrel 3. Inyectable progestágeno trimestral 4. Preservativo: condón 5. DIU-Cu 6. DIU-LNI 7. Amenorrea de la lactancia 8. tabletas de progestagenos B. No 1. especificar la respuesta	Cuantitativa nominal

Anexo 2: Autorización de hospital



"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año de la unidad, la paz y el desarrollo"

**RED ASISTENCIAL LA LIBERTAD
OFICINA DE CAPACITACION, INVESTIGACION Y DOCENCIA
COMITÉ DE INVESTIGACIÓN Y ÉTICA**

PI N° 90 CIYE- O.C.I.Y D-RALL-ESSALUD-2023

CONSTANCIA N° 91

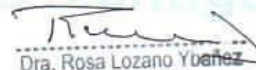

El presidente del Comité de Investigación de la Red Asistencial La Libertad – ESSALUD, ha aprobado el Proyecto de Investigación Titulado:

**"RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO Y ELECCIÓN
DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN PUÉRPERAS
INMEDIATAS."**

ENCARNACIÓN MONTALVO MARIELA ISOLINA FELICITA

Al finalizar el desarrollo de su proyecto deberá alcanzar un ejemplar del trabajo desarrollado via virtual al email (capacitacionrall@gmail.com), según Directiva N° 04-IETSI-ESSALUD-2016, a la Oficina de Capacitación, Investigación y Docencia - GRALL, caso contrario la información del Trabajo de Investigación no será avalada por ESSALUD.

Trujillo, 17 de julio del 2023


Dra. Rosa Lozano Ybanez
JEFE OCICYD-G
RED ASISTENCIAL LA LIBERTAD


NIT: 9070-2023-2135

Anexo 3

CONSENTIMIENTO INFORMADO PACIENTE

Relación entre nivel de conocimiento y elección de métodos anticonceptivos en puérperas inmediatas.

Estimada señora:

Con la finalidad de mejorar la accesibilidad de nuestras usuarias a métodos anticonceptivos en el Servicio de Gineco-Obstetricia, se está realizando un estudio a cargo de la suscrita Mariela Encarnación Montalvo, interna de Medicina Humana de la Universidad César Vallejo con el apoyo del Dr. Ali Al-Kassab Córdova, estamos invitando a usted a participar en forma voluntaria.

PROPOSITO DEL ESTUDIO: La investigación tiene por objetivo conocer el nivel de conocimientos sobre métodos anticonceptivos y su elección en pacientes post parto inmediato en el Servicio de Gineco-Obstetricia.

PROCEDIMIENTOS: Se utilizará una encuesta donde se indagará sobre datos generales, los conocimientos sobre métodos anticonceptivos y los métodos de elección en el puerperio inmediato, es decir antes del alta médica.

POSIBLES RIESGOS O MOLESTIAS: No existe riesgos para su salud.

BENEFICIOS: Mejorar la orientación y consejería que se da en las atenciones prenatales y permitirá a usted para optar por un método anticonceptivo si lo desea.

CONFIDENCIALIDAD: Los datos que usted nos proporcione son confidenciales, sólo lo saben usted y el entrevistador.

DERECHO A RETIRARSE DEL ESTUDIO: En cualquier momento puede usted desistir de participar en este estudio, dado que es VOLUNTARIO.

RESPONSABLES: Para cualquier pregunta, aclaración o reclamo puede acudir a los investigadores Mariela Encarnación Montalvo Interna de Medicina Humana Universidad César Vallejo (Cel. 948312687)

**CONSENTIMIENTO
INFORMADO**

Yo,.....

con DNI N°.....

Acepto voluntariamente formar parte de este estudio, habiendo leído todo el texto anterior y estando conforme, recibiendo una copia de este consentimiento.

Firma de la paciente

Firma del investigador

Trujillo , de del 2023

Anexo 4

CONSENTIMIENTO INFORMADO TUTOR / TUTORA PACIENTE DE 15 A 17 AÑOS 11 MESES 29 DIAS

Relación entre nivel de conocimiento y elección de métodos anticonceptivos en puérperas inmediatas.

Estimada tutor/a:

Con la finalidad de mejorar la accesibilidad de nuestras usuarias a métodos anticonceptivos en el Servicio de Gineco-Obstetricia, se está realizando un estudio a cargo de la suscrita Mariela Isolina Encarnación Montalvo, interna de Medicina Humana de la Universidad César Vallejo con el apoyo del Dr. Ali Al-Kassab Córdova, estamos invitando a su menor hija a participar en forma voluntaria.

PROPOSITO DEL ESTUDIO: La investigación tiene por objetivo conocer el nivel de conocimientos sobre MAC y su elección en pacientes post parto inmediato en el Servicio de Gineco-Obstetricia

PROCEDIMIENTOS: Se utilizará una encuesta donde se indagará sobre datos generales, los conocimientos sobre MAC y los métodos de elección en el puerperio inmediato, es decir antes del alta médica.

POSIBLES RIESGOS O MOLESTIAS: No existe riesgos para su salud.

BENEFICIOS: Mejorar la orientación y consejería que se da en las atenciones prenatales y permitirá a usted optar por un método anticonceptivo si lo desea.

CONFIDENCIALIDAD: Los datos que usted nos proporcione son confidenciales, sólo lo saben usted y el entrevistador.

DERECHO A RETIRARSE DEL ESTUDIO: En cualquier momento puede usted desistir de participar en este estudio, dado que es VOLUNTARIO.

RESPONSABLES: Para cualquier pregunta, aclaración o reclamo puede acudir a los investigadores Mariela Encarnación Montalvo Interna de Medicina Humana Universidad César Vallejo (Cel. 948312687)

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Tutor/a:

con DNI N°:

De:

Con DNI N°:

acepto voluntariamente formar parte de este estudio, habiendo leído todo el texto anterior y estando conforme, recibiendo una copia de este consentimiento.

Firma de tutor/a

Firma del investigador

Trujillo, dedel 2023

Anexo 5: Encuesta

Relación entre el nivel de conocimiento y elección de métodos anticonceptivos en puérperas inmediatas.

Fecha.....

Nº DNI.....

Sra. Sírvase llenar el presente cuestionario, **escribiendo o marcando** con una aspa (X) la respuesta según sus datos personales:

1. Edad:

2. Grado de Instrucción:

- A. Analfabeta
- B. Primaria
- C. Secundaria
- D. Superior Técnica
- E. Superior Universitaria

3. Estado Civil:

- A. Casada
- B. Soltera
- C. Conviviente

4. Número de Hijos.....(contar al Recién nacido)

5. Fecha del embarazo anterior:

6. Embarazo deseado o planificado:

- A. Si
- B. No

7. ¿En qué forma participa su pareja en la elección del método anticonceptivo?

- A. Imponiendo el método
- B. En Acuerdo mutuo
- C. Prohíbe su uso
- D. No ayuda a la elección

8. El conocimiento que tienes sobre MAC los has adquirido a través de

- A. Revistas, Periódicos

- B. Obstetra
- C. Médico
- D. Familiares
- E. Amigos
- F. Otros:

10. ¿A utilizado algún método anticonceptivo anterior a este embarazo?

- A. Si
- B. No

11.- Si la respuesta es Si, mencione el o los métodos anticonceptivos utilizados:

12. ¿A realizado atención prenatal en su último embarazo?

- A. SI
- B. No

13.Lugar de la atención prenatal:

- A Puesto de salud
- C.Centro médico
- D.Centro materno infantil
- E. Hospital

14 . ¿A recibido información sobre Métodos anticonceptivos en su atención prenatal?

- A. Si
- B. No

15. ¿A recibido información sobre Métodos anticonceptivos en su atención posparto?

- A. Si
- B. No

CONOCIMIENTOS SOBRE METODOS ANTICONCEPTIVOS

En las Sigüientes preguntas marque CON UN ASPA (X) UNA SOLA RESPUESTA:

1. La planificación familiar sirve para:

- a. Que la pareja decida cuándo y cuántos hijos tendrán.
- b. Evitar los embarazos.
- c. Tener los hijos en el momento más adecuado.
- d. Programar la llegada del próximo hijo.
- e. Todas son ciertas.

2. El método anticonceptivo que use una mujer debe ser:

- a. El que usted escoja, luego de asesoramiento médico.
- b. El que su marido le imponga.
- c. El que su médico decida.
- d. El que se elige luego de un asesoramiento completo de su pareja con el médico.
- e. El que le aconseje su amiga.

3. La planificación familiar después del parto permite:

- a. Evitar trasladarse a un centro de salud distante después del parto.
- b. Iniciar las relaciones sexuales antes de los 40 días, después del parto con seguridad.
- c. Protección contra el embarazo por largo tiempo.
- d. Menos dolor y sangramiento durante la colocación del dispositivo intrauterino.
- e. Todas son ciertas.

4. Con respecto a las pastillas anticonceptivas combinadas, no deben ser usadas por mujeres:

- a. Mayores de 35 años.
- b. Con diabetes controlada.
- c. Con hipertensión arterial.

- d. Con anemia por deficiencia de hierro.
- e. Ninguna de las anteriores

5. Se define a los Métodos anticonceptivos.

- a. La ligadura de las trompas.
- b. El quitar el útero.
- c. Los procedimientos naturales o artificiales destinados a evitar el embarazo.
- d. Las pastillas anticonceptivas.
- e. El aparato intrauterino.

6. Los Métodos anticonceptivos después del parto pueden iniciarse:

- a. A las 24 horas después del parto.
- b. Durante los primeros ocho días después del parto.
- c. A los 40 días después del parto.
- d. Cuando le quite el pecho al niño.
- e. En cualquier momento después del parto.

7. Son Métodos anticonceptivos de larga duración (LARC).

- a. Las pastillas anticonceptivas.
- b. Los condones.
- c. Implantes y dispositivos intrauterinos.
- d. El método del ritmo.
- e. Todos los anteriores.

8. Donde se debe acudir para elegir un método anticonceptivo:

- a. A las farmacias.
- b. A la iglesia.

- c. Al supermercado.
- d. A comprar libros o folletos sobre MAC.
- e. A los servicios de planificación públicos o privados.

9. Podemos clasificar los Métodos anticonceptivos en:

- a. Naturales y artificiales.
- b. Pastillas y aparatos.
- c. Condones y pastillas.
- d. Esterilización
- e. No sabe

10. Llamamos Métodos anticonceptivos naturales:

- a. Al método ritmo.
- b. Temperatura basal y moco cervical.
- c. Interrupción del acto sexual.
- d. La lactancia materna.
- e. Todas son ciertas.

11. Pueden usar métodos naturales:

- a. Todas las mujeres.
- b. Solo las católicas.
- c. Mujeres con reglas regulares.
- d. Las mujeres casadas.
- e. No se

12. El método del ritmo ayuda a:

- a. Quedar embarazadas.
- b. Determinar el período de fertilidad.
- c. Evitar el embarazo con eficiencia.
- d. Todas las anteriores.
- e. No se

13. Con respecto a los Métodos anticonceptivos, es cierto que:

- a. Ninguno es confiable.
- b. El aparato intrauterino produce cáncer.
- c. Al usarlos, muchas mujeres quedan infértiles permanentemente.
- d. La vasectomía y la ligadura de las trompas disminuyen el deseo sexual.
- e. Todas son falsas.

14. Con respecto al condón es cierto:

- a. No se debe utilizar más de una vez.
- b. Es recomendable su uso en toda relación sexual.
- c. Se coloca con el pene erecto.
- d. Sirven para prevenir enfermedades venéreas.
- e. Todas son ciertas.

15. Con respecto a los Métodos anticonceptivos reversibles de acción prolongada (LARC), son ciertas:

- a. Efectividad independiente del coito, la motivación del usuario y la adherencia
- b. No se requieren visitas frecuentes para reabastecerse
- c. Reversible, con un rápido retorno a la fertilidad después de la extracción
- d. Pocas contraindicaciones
- e. Todas son ciertas

16. Con respecto a los aparatos intrauterinos, DIU, es cierto que:

- a. Son de varias formas.
- b. No interfieren con la lactancia materna.
- c. Son de larga duración de 3 a 5 años
- d. Es uno de los métodos más efectivos.
- e. Todas son ciertas.

17. Los métodos hormonales incluyen:

- a. Las pastillas anticonceptivas.
- b. Las inyecciones.
- c. Los implantes dentro de la piel.

- d. Los aparatos intrauterinos DIU levonogestrel
- e. Todas las anteriores.

18. Cualquier pastilla anticonceptiva puede:

- a. Tomarse amamantando al bebé.
- b. Comenzarse en cualquier día del mes.
- c. Tomarlas cualquier mujer.
- d. Tomarse durante el embarazo.
- e. Todas son falsas.

19. Con respecto a la esterilización quirúrgica es falso que:

- a. Se puede emplear en la mujer.
- b. Se puede emplear en el hombre.
- c. Se pueden emplear en el hombre y en la mujer.
- d. Cualquiera se puede someter a esterilización cuando lo desee.
- e. Su elección debe ser consultada con el médico.

20. Con respecto a las mujeres que usan el aparato intrauterino que:

- a. No necesitan regresar nunca a control médico.
- b. Produce aumento de peso.
- c. Es muy recomendado en las mujeres que nunca han salido embarazadas.
- d. Si sale embarazada, se le incrusta en la cabeza del bebé.
- e. Todas son falsas.

ELECCION DE MÉTODO ANTICONCEPTIVO

21. ¿Ha decidido usar algún método anticonceptivo?

- A. Si
- B. No

22. En caso la respuesta es Sí: ¿Qué método escoge?

- 1. Anticoncepción quirúrgica voluntaria (ligadura de trompas uterinas)
- 2. Implante subdérmico de etonogestrel
- 3. Inyectable medroxiprogesterona 150 mg (trimestral)

4. Preservativo: condón
5. Dispositivo intrauterino: T de cobre
6. Dispositivo intrauterino de levonogestrel
7. Pastillas anticonceptivas con levonogestrel
8. Amenorrea de la lactancia

23. En caso la respuesta es No: ¿Por qué no desea usar un método anticonceptivo en el puerperio inmediato?

.....



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA**

Declaratoria de Autenticidad del Asesor

Yo, AL-KASSAB CORDOVA ALI, docente de la FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD de la escuela profesional de MEDICINA de la UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO SAC - TRUJILLO, asesor de Tesis titulada: "Relación entre el nivel de conocimiento y elección de métodos anticonceptivos en puérperas inmediatas.", cuyo autor es ENCARNACION MONTALVO MARIELA ISOLINA FELICITA, constato que la investigación tiene un índice de similitud de 14.00%, verificable en el reporte de originalidad del programa Turnitin, el cual ha sido realizado sin filtros, ni exclusiones.

He revisado dicho reporte y concluyo que cada una de las coincidencias detectadas no constituyen plagio. A mi leal saber y entender la Tesis cumple con todas las normas para el uso de citas y referencias establecidas por la Universidad César Vallejo.

En tal sentido, asumo la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión tanto de los documentos como de información aportada, por lo cual me someto a lo dispuesto en las normas académicas vigentes de la Universidad César Vallejo.

TRUJILLO, 18 de Diciembre del 2023

Apellidos y Nombres del Asesor:	Firma
AL-KASSAB CORDOVA ALI DNI: 73421383 ORCID: 0000-0003-3718-5857	Firmado electrónicamente por: AAAL-KASSABA el 18-12-2023 18:47:45

Código documento Trilce: TRI - 0700177