

Universidad Católica de Santa María

“IN SCIENTIA ET FIDE ERIT FORTITUDO NOSTRA”

Facultad de Medicina Humana

Programa Profesional de Medicina Humana



“Factores que condicionan el rechazo al bloqueo tubárico bilateral en puérperas atendidas en el Hospital Edmundo Escomel, Arequipa, 2014-2015”

Autora:

MIRIAM CELINA CÁRDENAS CHOQUE

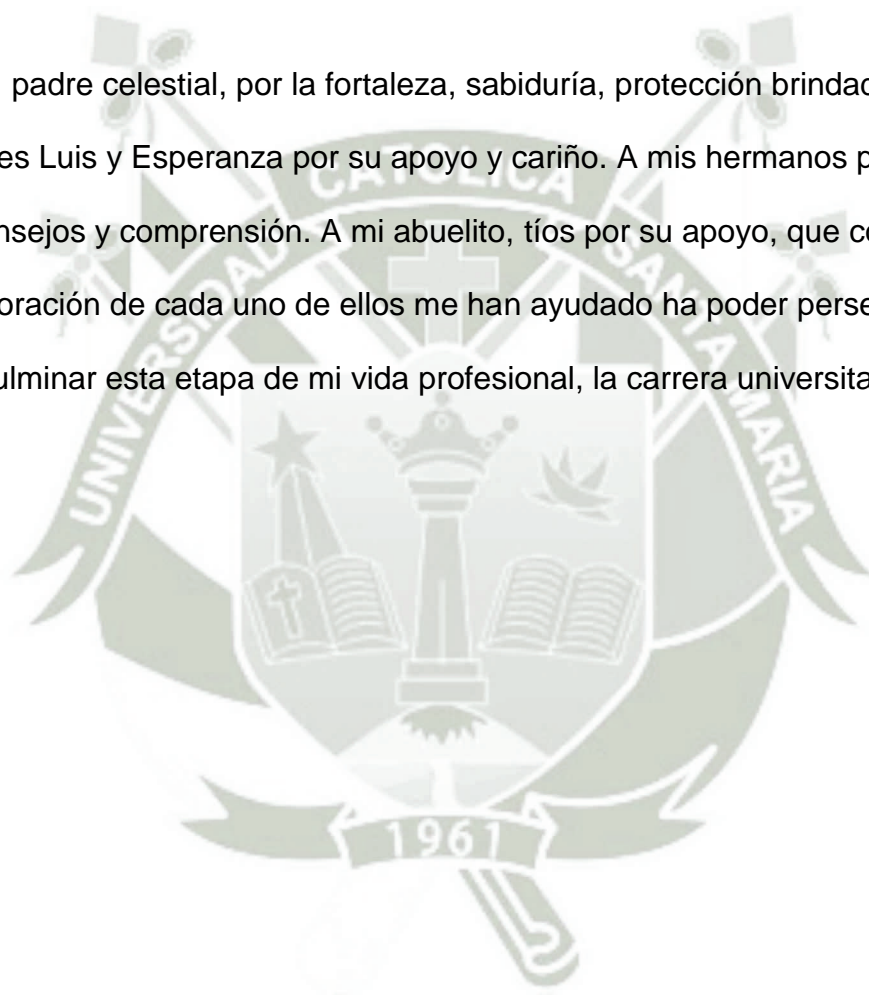
Trabajo de Investigación para obtener el Título
Profesional de Médico Cirujano

Arequipa - Perú

2015

DEDICATORIA

A Dios, padre celestial, por la fortaleza, sabiduría, protección brindada. A mis padres Luis y Esperanza por su apoyo y cariño. A mis hermanos por sus consejos y comprensión. A mi abuelito, tíos por su apoyo, que con la colaboración de cada uno de ellos me han ayudado a poder perseverar y culminar esta etapa de mi vida profesional, la carrera universitaria.



EPÍGRAFE

Confío en el destino y en la casualidad, pero sobre todo confío en el trabajo.

Inés Sastre

Nunca desistas de un sueño, solo trata de ver las señales que te llevan a él.

Paulo Coelho.



ÍNDICE GENERAL

RESUMEN	5
ABSTRACT	6
INTRODUCCIÓN	7
CAPÍTULO I MATERIAL Y MÉTODOS	10
CAPÍTULO II RESULTADOS	15
CAPÍTULO III. DISCUSIÓN Y COMENTARIOS	42
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	51
BIBLIOGRAFÍA	54
ANEXOS	59
Anexo 1: Ficha de recolección de datos	60
Anexo 2 Matriz de sistematización de información	61
Anexo 3 Proyecto de investigación	62

RESUMEN

Antecedente: La aceptación del bloqueo tubario bilateral suele ser baja en nuestro medio, a pesar de la existencia de indicaciones para este método.

Objetivo: Identificar los factores que condicionan el rechazo al bloqueo tubárico bilateral (BTB) en puérperas atendidas en el Hospital Edmundo Escomel, Arequipa.

Métodos: Se estudió una muestra de puérperas con indicación de bloqueo tubario para identificar a aquellas que rechazan o aceptan el BTB. Se comparan grupos mediante prueba chi cuadrado y t de Student y se asocian variables con prueba odds ratio y mediante regresión logística.

Resultados: De las 100 puérperas encuestadas, 38% aceptó realizarse el BTB y 62% lo rechazó. Las mujeres que aceptaron fueron más jóvenes (29.08 años) que las que rechazaron (31.97 años; $p < 0.05$). El 25.81% de puérperas que rechazaron el método tuvieron un solo parto, comparada con 2.63% de primíparas que aceptan el método ($p < 0.05$, OR = 12.87). En 32.26% de casos que rechazaron el BTB el parto fue por cesárea, lo que ocurrió en 18.42% de casos que aceptaron ($p > 0.05$; OR = 2.11). El contar con pareja estable se observó con proporciones similares en ambos grupos (95.16% en las que rechazan, 100% en las que aceptan; $p > 0.05$; OR = 0.00), similar que con el grado de instrucción, que fue predominantemente superior (61.29% en rechazo, 50% en aceptación; $p > 0.05$; OR = 0.00). En ambos grupos predominó la religión católica (93.55% en las que rechazan el BTB, 84.21% en el otro grupo; $p > 0.05$; OR = 2.72). La ocupación remunerada se asoció a un riesgo de 1.24 veces de rechazar el bloqueo tubárico. El 14.52% de puérperas que rechazaron el método tuvieron alguna patología actual, comparada con 7.89% entre las que aceptaron ($p > 0.05$; OR = 1.98).

Conclusión: La frecuencia de rechazo al BTB es alta en nuestro medio, y se relaciona a una mayor edad y a la primiparidad.

PALABRAS CLAVE: Bloqueo tubario bilateral – indicaciones – aceptación – rechazo.

ABSTRACT

Background: The acceptance of bilateral tubal blockage is usually low in our country, despite the existence of indications for this method.

Objective: To identify factors that influence the rejection of bilateral tubal blockage (BTB) in puerperal women treated at the Hospital Edmundo Escomel, Arequipa.

Methods: A sample of puerperal women was studied with indication of tubal blockage to identify those who reject or accept the BTB. Groups were compared by chi-square test and Student's t test and variables are associated with odds ratio and logistic regression.

Results: One hundred puerperal women were surveyed, 38% accepted to perform the procedure and 62% rejected it done. Women who accepted were younger (29.08 years) than those who rejected (31.97 years; $p < 0.05$). The 25.81% of puerperal women who rejected the method had a single birth, in compared with 2.63% of primiparous women who accept the method ;($p < 0.05$, OR = 12.87). In 32.26% of cases who rejected BTB was cesarean delivery compared with 18.42% of cases accepted it ($p > 0.05$; OR = 2.11). Having stable relationship was observed with similar proportions in both groups (95.16% rejecting, 100% in acceptance; $p > 0.05$; OR = 0.00), similar to the level of education, which was predominantly higher level of education achieved (61.29% rejecting, 50% in acceptance; $p > 0.05$; OR = 0.00 in both groups predominated). Catholicism was predominant (93.55% in rejecting the BTB, 84.21% in the other group; $p > 0.05$; OR = 2.72). The gainful occupation was associated with a 1.24 times risk to reject the tubal blockage. The 14.52% of puerperal woman who rejected the method had some actual pathology, compared with 7.89% among those who accepted ($p > 0.05$; OR = 1.98).

Conclusion: The frequency of rejection of the BTB is high in our environment and it is related to increased age and Primiparity.

KEY WORDS: bilateral tubal blockage - indications - acceptance - rejection.

INTRODUCCIÓN

Respecto a la Planificación Familiar los métodos anticonceptivos que se ofertan son mayor en el sector público (Ministerio de Salud y Es Salud) en el Perú.(30)

En el País en ese sector tenemos el ritmo, píldoras anticonceptivas, píldoras de solo progestágeno, inyectable trimestral, DIU de cobre, condón masculino como los temporales y como los permanentes se encuentran la anticoncepción quirúrgica voluntaria femenina también llamado bloqueo tubárico bilateral (BTB) y la masculina. (28)

El BTB es un método de control de la fecundidad femenina que se realiza mediante una intervención quirúrgica electiva, de complejidad intermedia, con indicaciones precisas cuyo objetivo es ocluir y seccionar las trompas de Falopio de esta manera impide la unión del espermatozoide con el óvulo a nivel de la trompa evitando la fertilización. Es eficaz, inmediata y permanente, no interfiere con el deseo sexual ni con la producción hormonal por parte de los ovarios y no previene las ITS. No presenta efectos colaterales asociados directamente al método sino al procedimiento anestésico o quirúrgico: infección, sangrado. (26) Además ha demostrado protección contra el cáncer de ovario y disminución del riesgo de enfermedad inflamatoria pélvica. A largo plazo las complicaciones son el arrepentimiento que se observa predominantemente en mujeres jóvenes, embarazo ectópico es raro, casos de histerectomía es menor, no produce cambios en el ciclo menstrual (27)

En un estudio realizado por Rodríguez-Paz CA, Gonzáles-De Blas JJ, Carreón-Bringas RM sobre “Experiencia en vasectomías y oclusión tubaria bilateral por cirugía ambulatoria en dos hospitales rurales”, en México, muestra que las complicaciones en las oclusiones tubarias bilaterales (OTB) del cirujano general (0.55%) no presentan diferencia estadística con la de los ginecoobstetras (0.65%) y las complicaciones fueron dolor postquirúrgico, sangrado de la herida, sangrado intraabdominal.(31)

La técnica recomendada del BTB es la de Pomeroy, a través de minilaparatomía, pero en un estudio de Huber AW, Mueller MD, Guezzi F, Cromi A, Dreher E, y Raio L sobre “Esterilización tubaria: complicaciones de laparoscopia y minilaparotomía” los resultados muestran que la proporción de complicaciones mayores fue más alta en el grupo 3 (esterilización postparto vía mini laparotomía) que en el grupo 1 (esterilización de intervalo sin embarazo vía laparoscópica) pero no estadísticamente diferente que el grupo 1 y 2 (esterilización postparto vía laparoscópica). Las complicaciones menores fueron estadísticamente significativa más frecuente en grupo 3 que en grupo 1 o grupo 2. No hubo caso de muerte ni en el intra-operatorio ni en el post-operatorio de las pacientes estudiadas. (34)

En un estudio realizado por Moschella RG, Charalambopoulos JT, Pawlowicz MP, Naddeos J, Rodrigues PG sobre “Motivos de solicitud de ligadura tubaria. Estudio exploratorio desde la perspectiva de las usuarias gran multíparas que asisten a un hospital público de la ciudad de Buenos Aires.”, se estudió a 30 usuarias de gran multiparidad (mayor o igual a 5 partos) que solicitaron la ligadura tubaria, se muestra que la mitad de las mujeres entrevistadas había solicitado la ligadura tubaria previamente y 22 de 26 mujeres embarazadas al momento de solicitar la práctica, señalaron que su embarazo era no deseado, la edad promedio fue 34.6 años. Los motivos determinantes para la solicitud de la práctica fue el temor a sufrir complicaciones en la salud en caso de un nuevo embarazo y la situación de un embarazo inesperado. (32)

En el Perú la prevalencia de uso de MAC es el 69% y en Arequipa el 76 %. El 8.9% usa la esterilización femenina. Entre los años 2009 y 2013, a nivel nacional, el uso de la esterilización disminuyó en 0,7. El porcentaje de esterilización femenina en el 2013 fue 9.1%. Las usuarias de algún método moderno fueron informadas sobre los efectos secundarios del método, en menor porcentaje en Arequipa (64.0%) comparación con Tacna (92,6%). (30)

A pesar de la eficacia de este método quirúrgico se observa los siguientes resultados: En el estudio realizado por Núñez S, Salinas A, sobre “Conocimientos y posible utilización de métodos anticonceptivos en puérperas atendidas en el Hospital Goyeneche de Arequipa, 2011” (10). Un 6,49% de puérperas estudiadas se realizará la ligadura tubaria.

Por la experiencia adquirida durante mi periodo del internado observe casos de puérperas que tenían indicación de BTB se mostraban indecisas y negativas a usar un método anticonceptivo seguro como es el quirúrgico y otras que lo deseaban por haber alcanzado el número de hijos deseados. Dada la baja frecuencia de realización de BTB, es que constituye un interés personal conocer los factores que determinan su rechazo por parte de mujeres con posibilidad de acceder a este método pero a pesar de ello lo rechazan, para que la presente investigación sea motivo para planificar estrategias que mejoren la realización de este procedimiento y a su vez mejorar la calidad de vida de este grupo de mujeres en edad fértil.

Los Objetivos del presente estudio son conocer la frecuencia de aceptación y de rechazo del BTB, describir las características socio-demográficas y establecer los factores condicionantes de rechazo del BTB de las puérperas atendidas en el Hospital Edmundo Escobel, Arequipa.

CAPÍTULO I

MATERIAL Y MÉTODOS

1. Técnicas, instrumentos y materiales

Técnicas: En la presente investigación se aplicó la técnica de la encuesta.

Instrumentos: El instrumento utilizado consistió en una ficha de recolección de datos (Anexo 1).

Materiales:

- Fichas de investigación
- Material de escritorio
- Computadora personal con programas de procesamiento de textos, bases de datos y estadísticos.

2. Campo de verificación

2.1.Ubicación espacial: El presente estudio se realizó en el Hospital Edmundo Escobel de la Red Asistencial EsSalud de Arequipa.

2.2.Ubicación temporal: El estudio se realizó en forma coyuntural durante el mes de diciembre 2014 y enero 2015

2.3.Unidades de estudio: Puérperas con parto atendido en el Hospital Edmundo Escobel de Arequipa.

Población: Todas las puérperas con parto atendido en el Hospital Edmundo Escobel de Arequipa en el periodo de estudio.

Muestra: Se estudió una muestra representativa cuyo tamaño se calculó mediante la fórmula de muestreo para proporciones en población finita no conocida.

$$n = \frac{Z\alpha^2 \cdot p \cdot q}{E^2}$$

Donde:

n = tamaño de la muestra

Z α = coeficiente de confiabilidad para una precisión del 95% = 1.96

p = frecuencia de aceptación de BTB (6.49%)

q = 1 – p

E = error absoluto = 5% para estudios de ciencias de la salud = 0.05

Por tanto: n = 93.25 \approx 100 casos

Además las integrantes de la muestra cumplieron los criterios de selección.

Criterios de selección:

• **Criterios de Inclusión**

- Puérperas con parto atendido en el Hospital
- Puérperas con indicación de BTB
- Aceptación voluntaria en la investigación.

- **Exclusión**

- Puérperas sometidas a histerectomía
- Fichas de encuestas incompletas o mal llenadas.

3. Tipo de investigación: Se trata de un estudio de campo.

4. Nivel de investigación: La presente investigación es un estudio observacional, prospectivo y de corte transversal.

5. Estrategia de Recolección de datos

5.1. Organización

Se realizaron las coordinaciones con la dirección del hospital para obtener la autorización para efectuar el estudio.

Se contactará a las puérperas que tenían indicación para la realización de BTB, y en ellas se solicitó su participación voluntaria en el estudio. Se aplicó una ficha de encuesta sobre características sociodemográficas y del rechazo o aceptación del BTB como método anticonceptivo.

Una vez concluida la recolección de datos, éstos fueron organizados en bases de datos para su posterior interpretación y análisis.

5.2. Validación de los instrumentos

No se requiere de validación cuantitativa por tratarse de una ficha de recolección de datos, cuya estructura fue validada en cuanto a contenido por un experto (tutor).

5.3. Criterios para manejo de resultados

a) Plan de Procesamiento

Los datos registrados en el Anexo 1 fueron codificados y tabulados para su análisis e interpretación.

b) Plan de Clasificación:

Se empleó una matriz de sistematización de datos en la que se transcribieron los datos obtenidos en cada Ficha para facilitar su uso. La matriz fue diseñada en una hoja de cálculo electrónica (Excel 2010).

c) Plan de Codificación:

Se procedió a la codificación de los datos que contenían indicadores en la escala nominal y ordinal para facilitar el ingreso de datos.

d) Plan de Recuento.

El recuento de los datos fue electrónico, en base a la matriz diseñada en la hoja de cálculo.

e) Plan de análisis

Se empleó estadística descriptiva con distribución de frecuencias (absolutas y relativas), medidas de tendencia central (promedio) y de dispersión (rango, desviación estándar) para variables numéricas; las variables categóricas se presentan como proporciones. La comparación de

variables categóricas entre grupos se realizó con la prueba chi cuadrado y de las variables numéricas entre grupos, t de student. La asociación bivariada se analizó con el cálculo del odds ratio, y la asociación multivariada mediante análisis de regresión logística de los factores bivariados identificados como significativos. Se consideraron significativas diferencias de $p < 0.05$. Para el análisis de datos se empleó la hoja de cálculo de Excel 2010 con su complemento analítico y el paquete SPSSv.20.0.





Tabla 1

Distribución de puérperas según rechazo o aceptación del Bloqueo tubárico bilateral

BTB	N°	%
Aceptación	38	38.00%
Rechazo	62	62.00%
Total	100	100.00%

La tabla y gráfico 1 muestra que el 38% de las puérperas encuestadas aceptaron el bloqueo tubárico bilateral (BTB) mientras que el 62% lo rechazaron.

Gráfico 1

Distribución de puérperas según rechazo o aceptación del Bloqueo tubárico bilateral

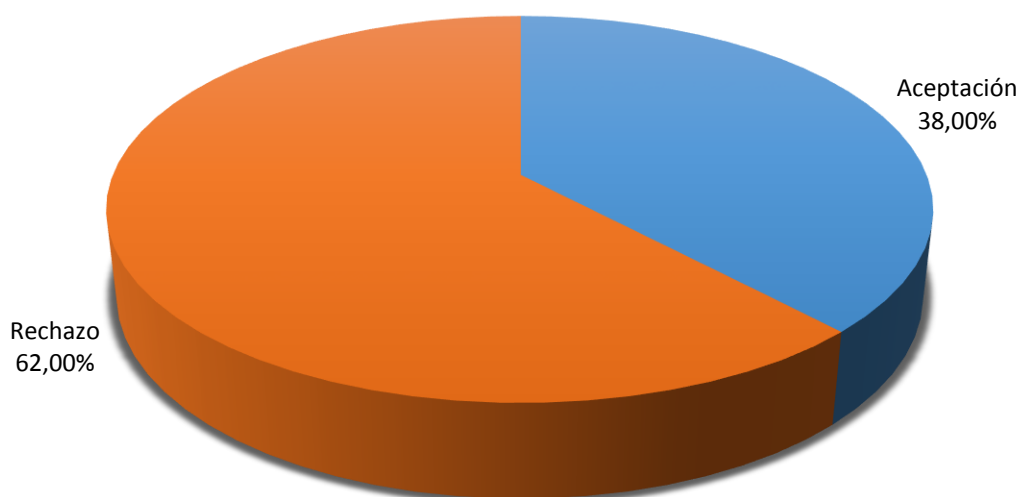


Tabla 2

**Distribución de puérperas por indicación médica de BTB según
rechazo o aceptación del BTB**

Indicación médica de BTB	Rechazo		Aceptación		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
A solicitud	0	0.00%	1	2.63%	1	1.00%
N° deseado de hijos	51	82.26%	37	97.37%	88	88.00%
Riesgo reproductivo	21	33.87%	3	7.89%	24	24.00%

Chi² =8.89

G. libertad = 2

p = 0.01

La tabla y grafica 2 muestra las indicaciones del BTB en las puérperas estudiadas; 1% lo solicitó voluntariamente, 88% por haber alcanzado el número deseado de hijos, y 24% por alto riesgo reproductivo; las puérperas que rechazaron el método tuvieron riesgo reproductivo en mayor proporción 33.87%.

Gráfico 2

Distribución de puérperas por indicación médica de BTB según rechazo o aceptación del BTB

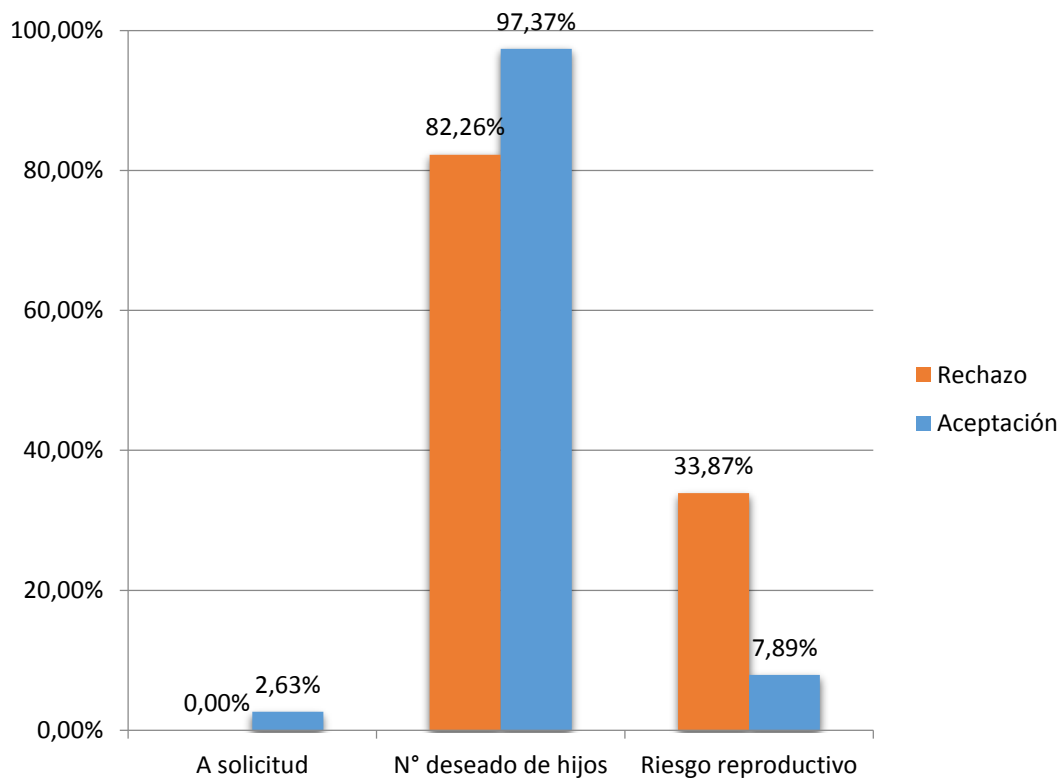


Tabla 3

Distribución de puérperas que rechazaron el BTB según intención de uso de MAC alternativos(n = 62)

MAC alternativos	N°	%
Ninguno	8	12.90%
Preservativo	14	22.58%
Inyección trimestral	13	20.97%
T de cobre	12	19.35%
Píldora	10	16.13%
Ritmo	4	6.45%
Norplant	3	4.84%
Óvulos vaginales	1	1.61%

En la tabla y grafico 3 se aprecia que de las 62 puérperas encuestadas que rechazaron el BTB, el 87.10% tienen intención de usar otro MAC como el preservativo (22.58%), la inyección trimestral (20.97%), la T de cobre (19.35%), la píldora (16.13%), el método del ritmo (6.45%), el norplant en 4.84% y los óvulos vaginales en 1.61%.

Gráfico 3

Distribución de puérperas que rechazaron el BTB según intención de uso de MAC alternativos(n = 62)

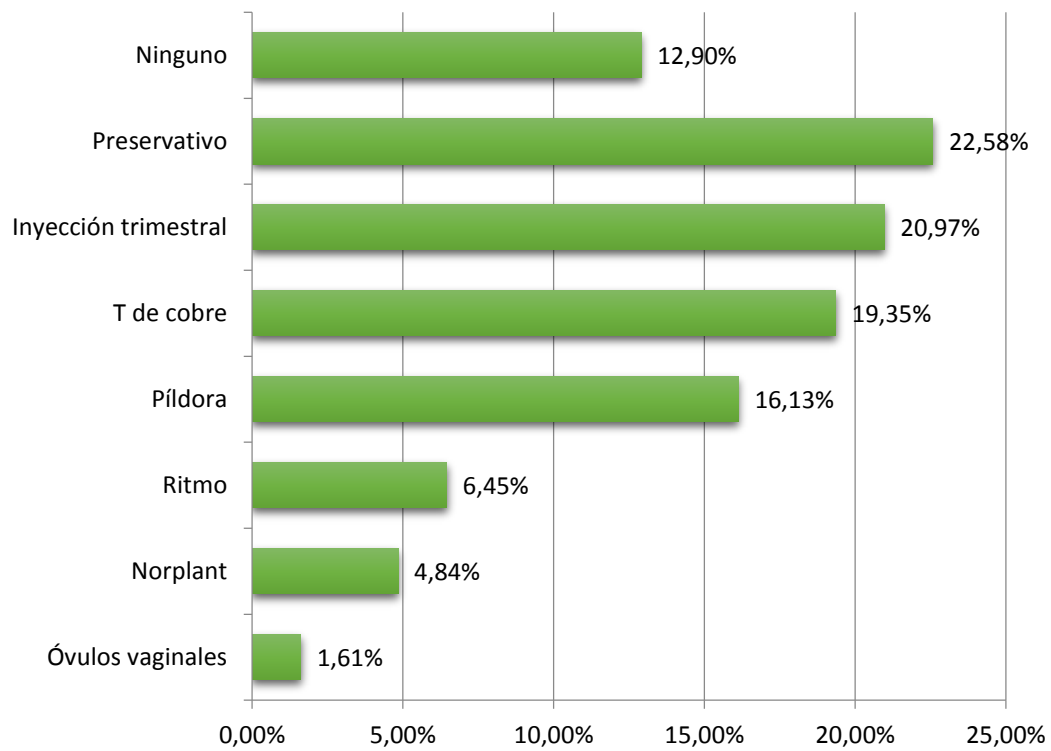


Tabla 4

Distribución de las puérperas que rechazaron el BTB según razones referidas (n = 62)

Razón de rechazo del BTB	N°	%
Ninguna	21	33.87%
Temor a complicaciones operatorias	14	22.58%
Temor a infecciones operatorias	13	20.97%
Desea más hijos	11	17.74%
Temor a hemorragias operatorias	6	9.68%
Cambio de carácter	5	8.06%
Esposo se hará vasectomía	4	6.45%
Produce menopausia	3	4.84%
Está cerca a menopausia	2	3.23%
Alteración hormonal	2	3.23%
Cefaleas	2	3.23%
Produce cáncer de ovario	1	1.61%
Temor a falla	1	1.61%
Hemorragias vaginales	1	1.61%
No podrá hacer fuerza	1	1.61%

En la Tabla y Gráfico 4 muestra entre las razones que se refirieron para rechazar el método de BTB 33.87% no refirió ninguna razón, 22.58% dijo que era por temor a las complicaciones intraoperatorias, 20.97% por temor a infecciones por la operación, 17.74% porque desea tener más hijos, el 6.45% de casos la mujer refirió que su esposo se haría la vasectomía.

Gráfico 4

Distribución de las puérperas que rechazaron el BTB según razones referidas (n = 62)

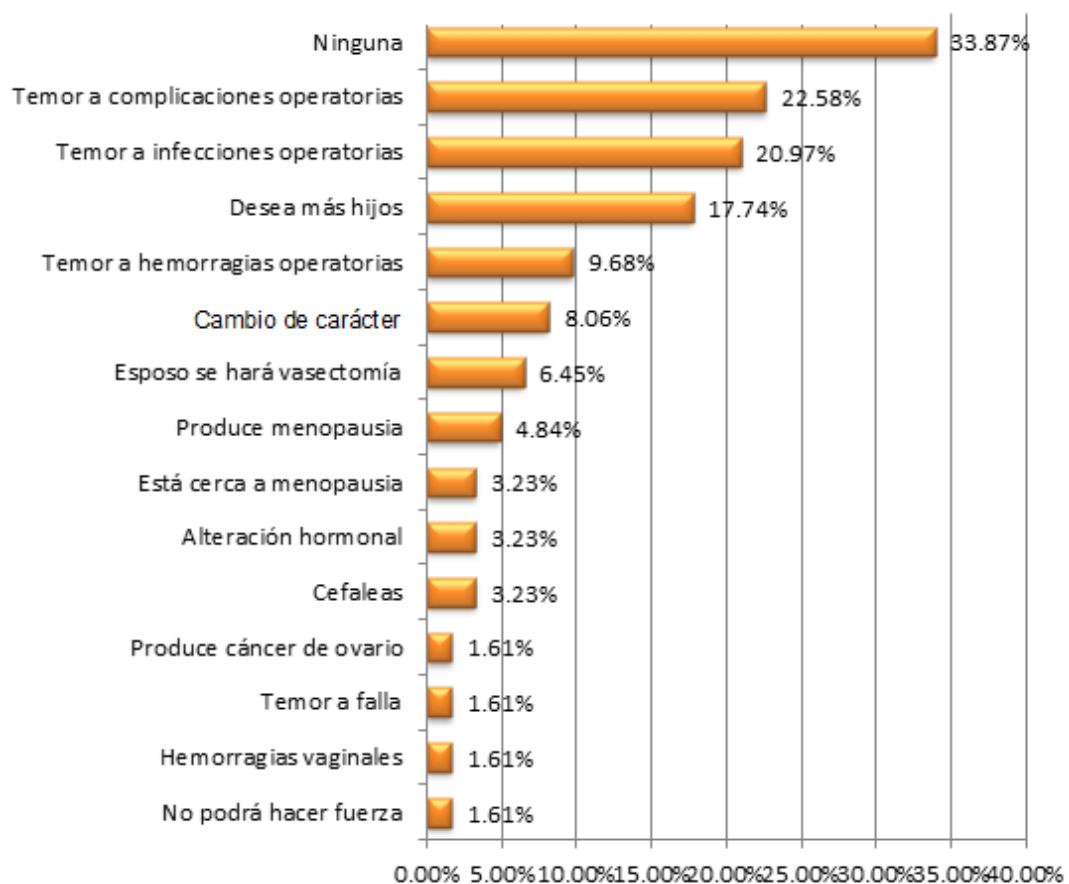


Tabla 5

Distribución de las puérperas por grupo etario según rechazo o aceptación del BTB

Edad (años)	Rechazo		Aceptación		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
20-24	4	6.45%	5	13.16%	9	9.00%
25-29	14	22.58%	17	44.74%	31	31.00%
30-34	26	41.94%	11	28.95%	37	37.00%
35-39	14	22.58%	5	13.16%	19	19.00%
40-44	4	6.45%	0	0.00%	4	4.00%
Total	62	100.00%	38	100.00%	100	100.00%

Edad promedio \pm D. estándar (mín – máx)

- Rechazo: 31.97 \pm 4.87 años (22-44 años)
- Aceptación: 29.08 \pm 4.26 años (21-37 años)

Prueba t = 3.02

G. libertad = 98

p < 0.05

La tabla y gráfico 5 muestran la relación entre el rechazo al BTB con la edad; las puérperas que aceptaron tienen una edad promedio de 29.08 años y las que rechazaron el método tuvieron en promedio 31.97 años, siendo la diferencia significativa (p < 0.05).

Gráfico 5

Distribución de las puérperas por grupo etario según rechazo o aceptación del BTB

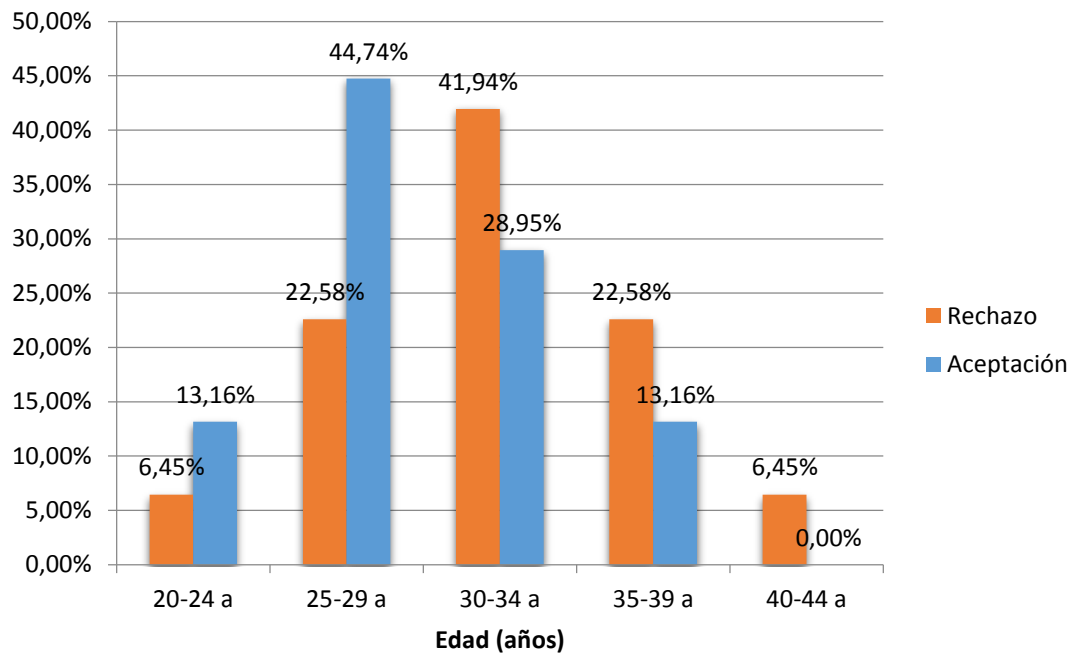


Tabla 6

Distribución de puérperas por paridad según rechazo o aceptación del BTB

Paridad	Rechazo		Aceptación		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
1 parto	16	25.81%	1	2.63%	17	17.00%
2 partos	33	53.23%	21	55.26%	54	54.00%
3 partos	9	14.52%	13	34.21%	22	22.00%
4 partos	4	6.45%	2	5.26%	6	6.00%
5 partos	0	0.00%	1	2.63%	1	1.00%
Total	62	100.00%	38	100.00%	100	100.00%

Chi² = 13.30 G. libertad = 4 p= 0.01
 ORprimiparidad= 12.87 IC 95%: 1.63 - 101.60

En la tabla y gráfico 6 se aprecia la paridad de las puérperas según su aceptación o rechazo del BTB; el 25.81% de puérperas que rechazaron el método tuvieron un solo parto. Las diferencias fueron significativas ($p < 0.05$) y la primiparidad se asoció a un riesgo 12.87 mayor de rechazo.

Gráfico 6

Distribución de púerperas por paridad según rechazo o aceptación del
BTB

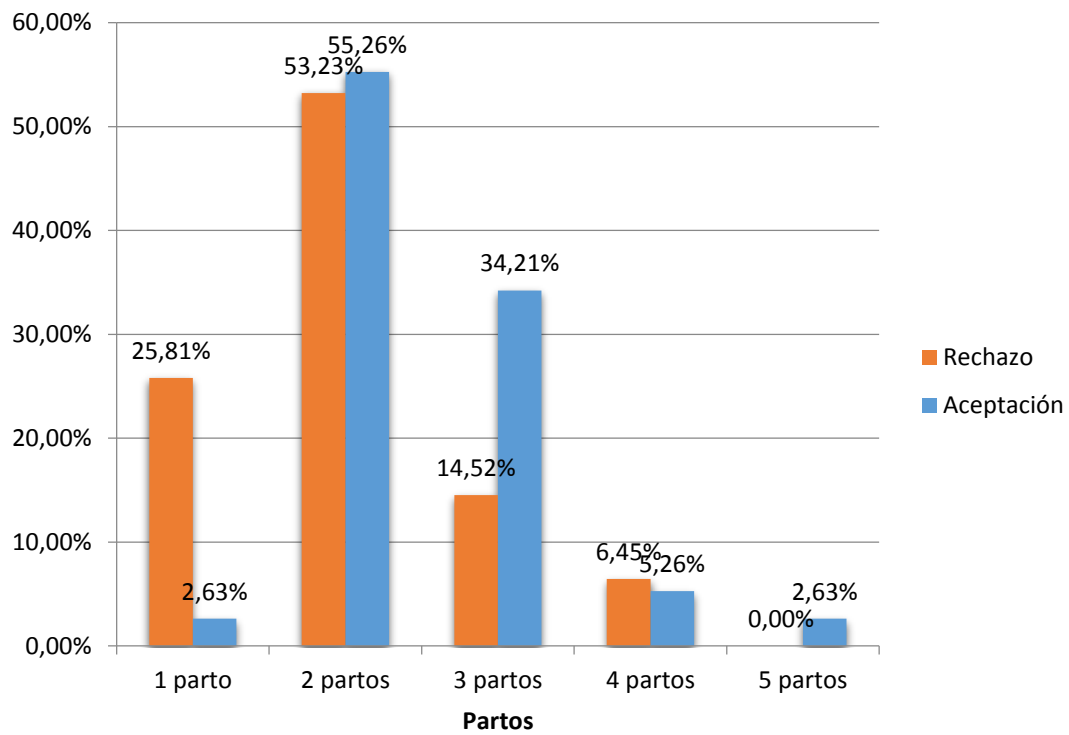


Tabla 7

Distribución de puérperas por tipo de parto según rechazo o aceptación del BTB

Tipo de Parto	Rechazo		Aceptación		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Cesárea	20	32.26%	7	18.42%	27	27.00%
Vaginal	42	67.74%	31	81.58%	73	73.00%
Total	62	100.00%	38	100.00%	100	100.00%

Chi² = 2.29 G. libertad = 1 p= 0.13
ORcesárea = 2.11 IC 95%: 0.79 - 5.61

La tabla y gráfico 7 muestran la relación del rechazo al BTB con la vía de terminación de los partos previos; en 32.26% de puérperas que rechazaron el BTB el parto fue por cesárea, lo que ocurrió en 18.42% de puérperas que aceptaron; las diferencias no obstante no fueron significativas ($p > 0.05$) aunque la cesárea se asoció a un riesgo 2.11 veces mayor de rechazar el BTB.

Gráfico 7

Distribución de puérperas por tipo de parto según rechazo o aceptación del BTB

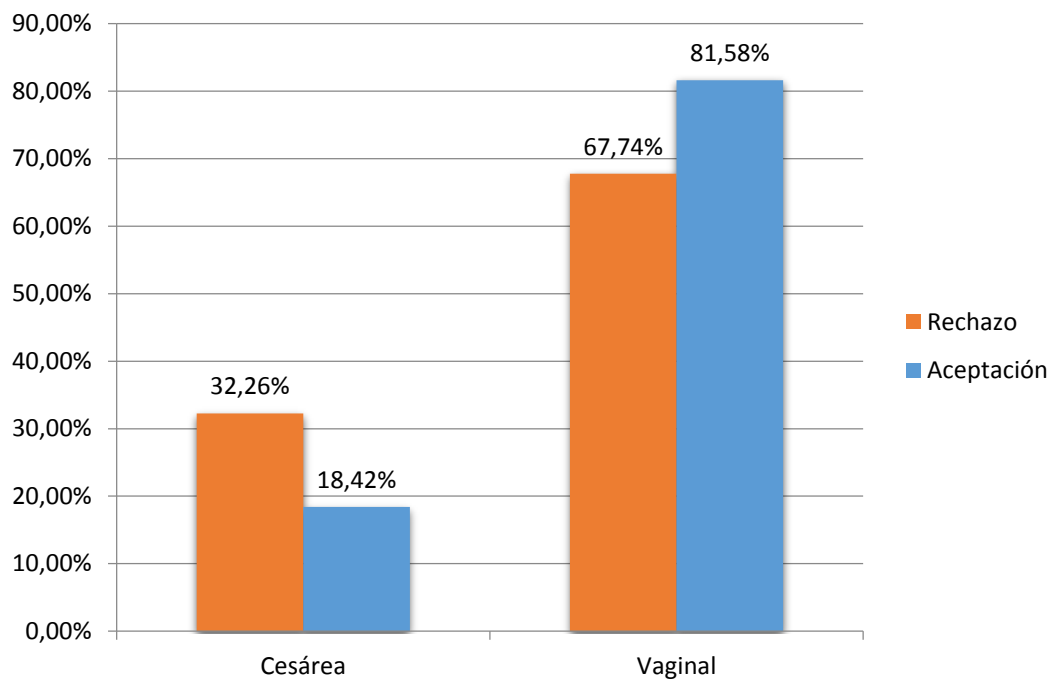


Tabla 8

Distribución de puérperas por indicación de cesárea según rechazo o aceptación del BTB

Indicación de cesárea	Rechazo (n = 20)		Aceptación (n = 7)		Total (n = 27)	
	N°	%	N°	%	N°	%
RPM	4	20.00%	3	42.86%	7	25.93%
Cesárea anterior	3	15.00%	4	57.14%	7	25.93%
SFA	4	20.00%	2	28.57%	6	22.22%
Dilatación estac.	4	20.00%	2	28.57%	6	22.22%
Distocia de present.	1	5.00%	5	71.43%	6	22.22%
PIG corto	4	20.00%	2	28.57%	6	22.22%
Oligoamnios	4	20.00%	1	14.29%	5	18.52%
Macroscómia fetal	5	25.00%	0	0.00%	5	18.52%
PIG prolongado	4	20.00%	1	14.29%	5	18.52%
Pelvis estrecha	3	15.00%	1	14.29%	4	14.81%
Inducción fallida	3	15.00%	0	0.00%	3	11.11%
Gestante añosa	2	10.00%	0	0.00%	2	7.41%
Preeclampsia	1	5.00%	1	14.29%	2	7.41%
Circular de cordón	2	10.00%	0	0.00%	2	7.41%
Obesidad	0	0.00%	1	14.29%	1	3.70%
Embarazo ectópico	1	5.00%	0	0.00%	1	3.70%
Polihidramnios	1	5.00%	0	0.00%	1	3.70%

Chi² = 18.99

G. libertad = 16

p = 0.27

La tabla y grafica 8 muestra la relación entre el rechazo al BTB y el antecedente de indicación de cesárea. La mayoría de puérperas fue la ruptura prematura de membranas (42.86% en las que aceptaron, 20% en las que rechazaron), la cesárea anterior, el sufrimiento fetal, la dilatación estacionaria,

las distocias de presentación, entre otras diversas, pero sin diferencias significativas entre ambos grupos ($p > 0,05$).

Gráfico 8

Distribución de púerperas por indicación de cesárea según rechazo o aceptación del BTB

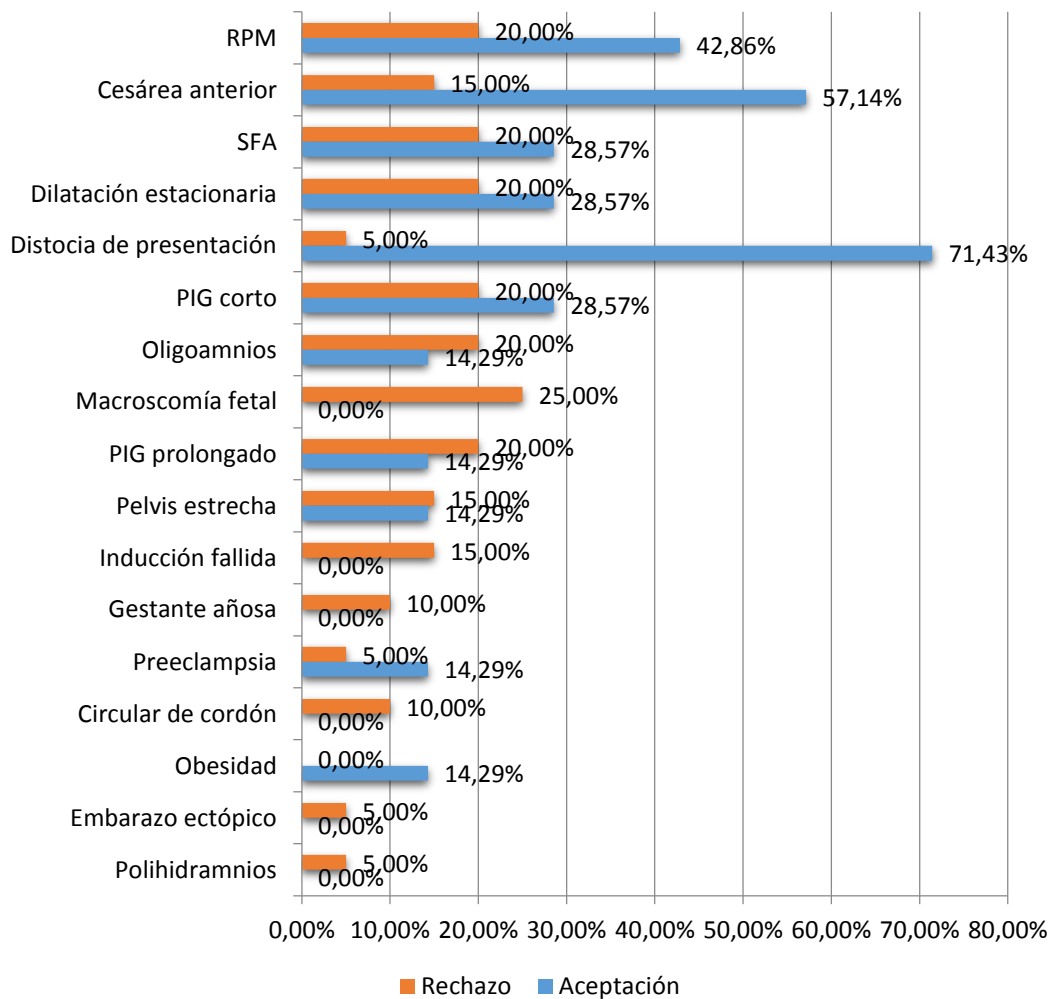


Tabla 9

Distribución de puérperas por estado civil según rechazo o aceptación del BTB

E civil	Rechazo		Aceptación		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Conviviente	31	50.00%	18	47.37%	49	49.00%
Casada	28	45.16%	20	52.63%	48	48.00%
Soltera	2	3.23%	0	0.00%	2	2.00%
Separada	1	1.61%	0	0.00%	1	1.00%
Total	62	100.00%	38	100.00%	100	100.00%

Chi² = 2.15

G. libertad = 3

p= 0.54

OR con pareja= 0.00

IC 95%: 0.00 - 3.69

En la tabla y gráfico 9 se aprecia el estado civil de las puérperas; el contar con pareja estable (conviviente o casada) 95.16% en las que rechazan mientras que 100% en las que aceptan, sin diferencias significativas entre grupos ($p > 0.05$), y no se relacionó al rechazo (OR = 0).

Gráfico 9

Distribución de púerperas por estado civil según rechazo o aceptación del BTB

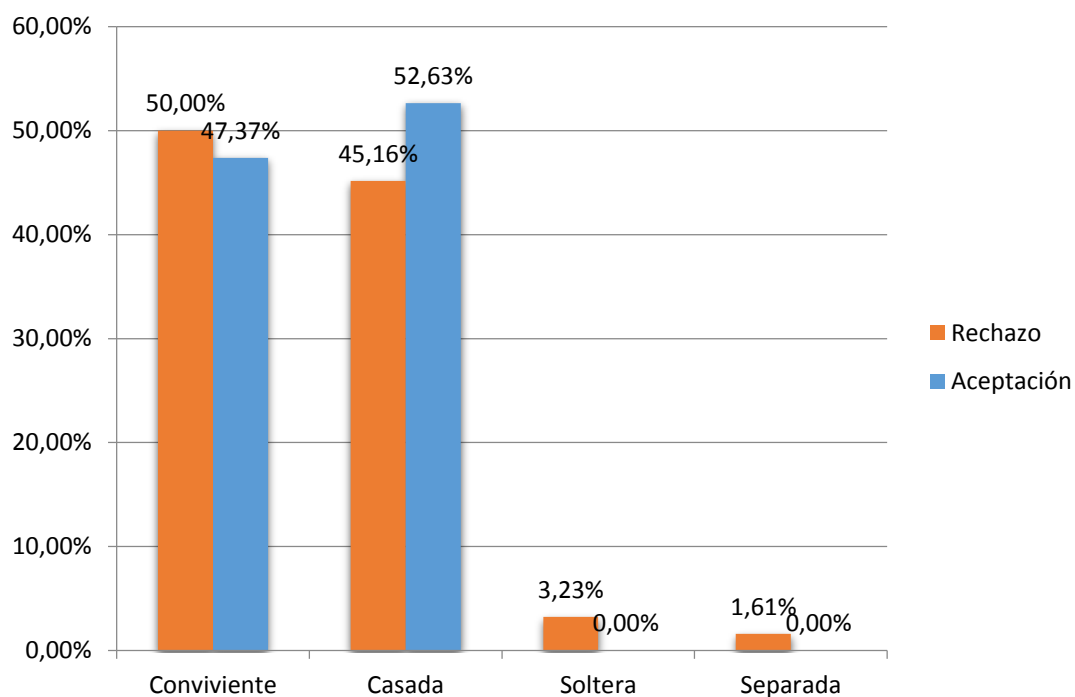


Tabla 10

**Distribución de puérperas por grado de instrucción según rechazo
aceptación del BTB**

Instrucción	Rechazo		Aceptación		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Primaria	0	0.00%	1	2.63%	1	1.00%
Secundaria	24	38.71%	18	47.37%	42	42.00%
Superior	38	61.29%	19	50.00%	57	57.00%
Total	62	100.00%	38	100.00%	100	100.00%

Chi² = 2.58 G. libertad = 2 p = 0.28
OR inst.baja = 0.00 IC 95%: 0.00 - 10.74

En tabla y gráfico 10, se aprecia el grado de instrucción de las puérperas que fue superior en 61.29% de casos de las que rechazaron el BTB, 50% de las que aceptaron ($p > 0.05$), con OR = 0.00.

Gráfico 10

Distribución de púerperas por grado de instrucción según rechazo o aceptación del BTB

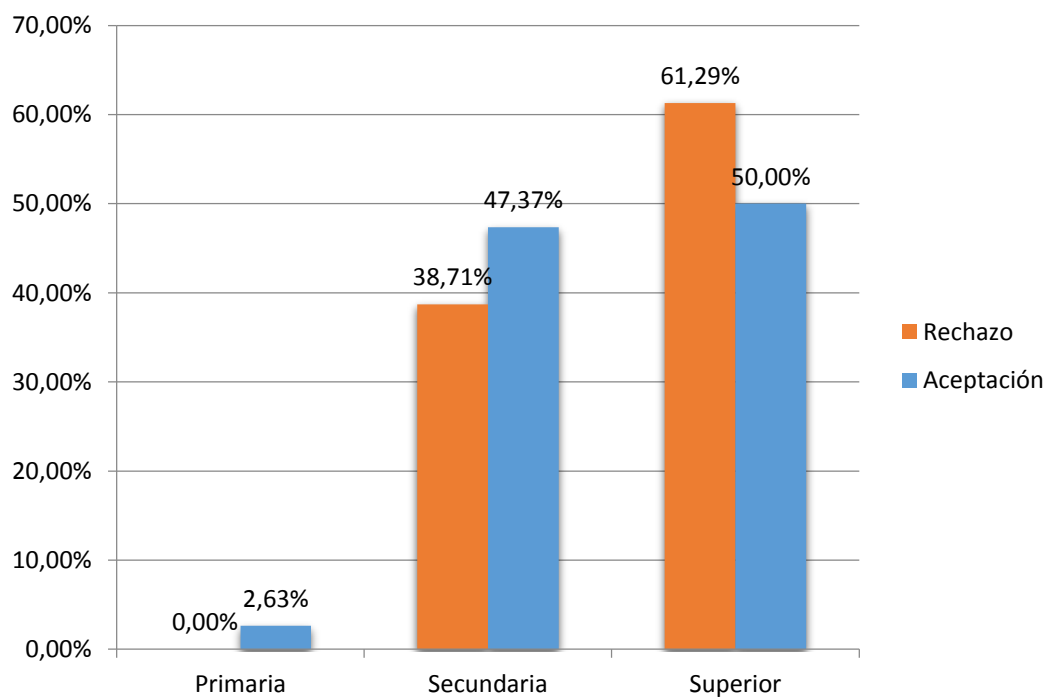


Tabla 11

Distribución de puérperas por tipo de religión según rechazo o aceptación del BTB

Tipo de Religión	Rechazo		Aceptación		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Católica	58	93.55%	32	84.21%	90	90.00%
Adventista	1	1.61%	2	5.26%	3	3.00%
Cristiana	1	1.61%	2	5.26%	3	3.00%
Evangelista	1	1.61%	2	5.26%	3	3.00%
Mormón	1	1.61%	0	0.00%	1	1.00%
Total	62	100.00%	38	100.00%	100	100.00%

Chi² = 3.98

G. libertad = 4

p = 0.41

ORcatólica = 2.72

IC 95%: 0.71 - 10.35

La tabla y gráfico 11; muestra que el 93.55% de puérperas que rechazan el BTB son católicas y el 84.21% que aceptan son católicas también ($p > 0.05$), la que se relacionó a un riesgo 2.72 veces mayor de rechazo.

Grafico 11

Distribución de púerperas por tipo de religión según rechazo o aceptación del BTB

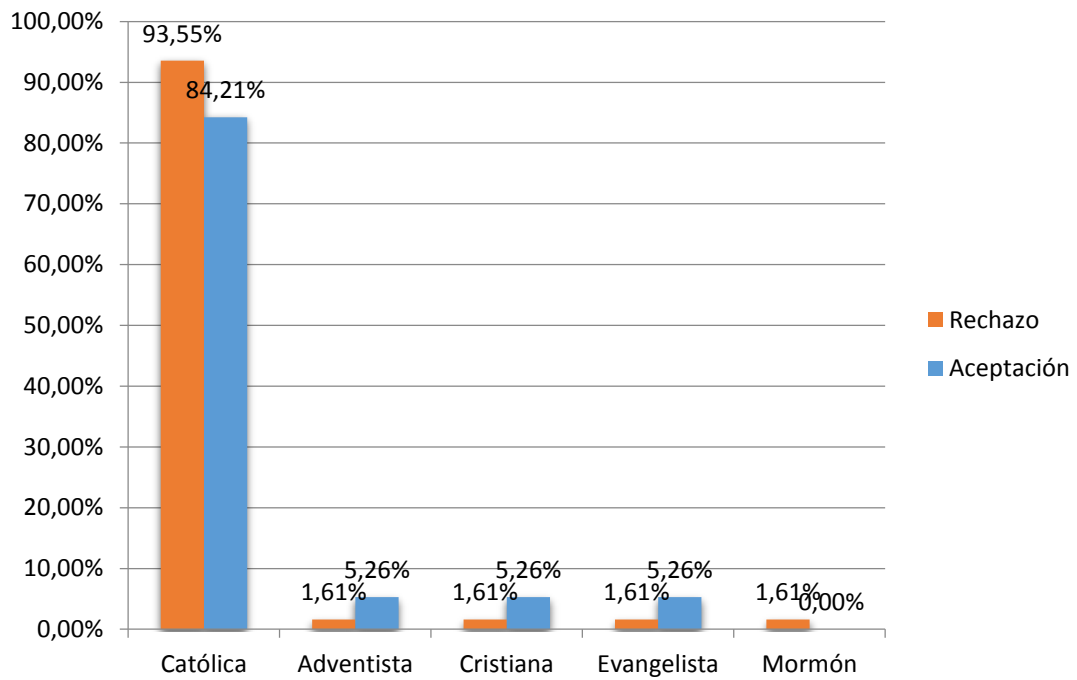


Tabla 12

Distribución de puérperas por ocupación según rechazo o aceptación del BTB

Ocupación	Rechazo		Aceptación		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Independiente	7	11.29%	6	15.79%	13	13.00%
Empleada	19	30.64%	8	21.05%	27	27.00%
Ama de casa	34	54.84%	24	63.16%	58	58.00%
Estudiante	2	3.23%	0	0.00%	2	2.00%
Total	62	100.00%	38	100.00%	100	100.00%

Chi² = 2.87

G. libertad = 4

p = 0.58

OR_{ocupac} = 1.24

IC 95%: 0.54 - 2.84

En la tabla y Gráfico 12 se muestra la influencia de la ocupación de las puérperas en el rechazo al BTB; entre los dos grupos predominó la ocupación en labores del hogar (54.84% con rechazo, 63.16% en aceptación, y con ocupación remunerada en proporciones similares ($p > 0.05$). Precisamente la ocupación remunerada se asoció a un riesgo de 1.24 veces de rechazar el bloqueo tubárico.

Gráfico 12

Distribución de puérperas por ocupación según rechazo o aceptación del BTB

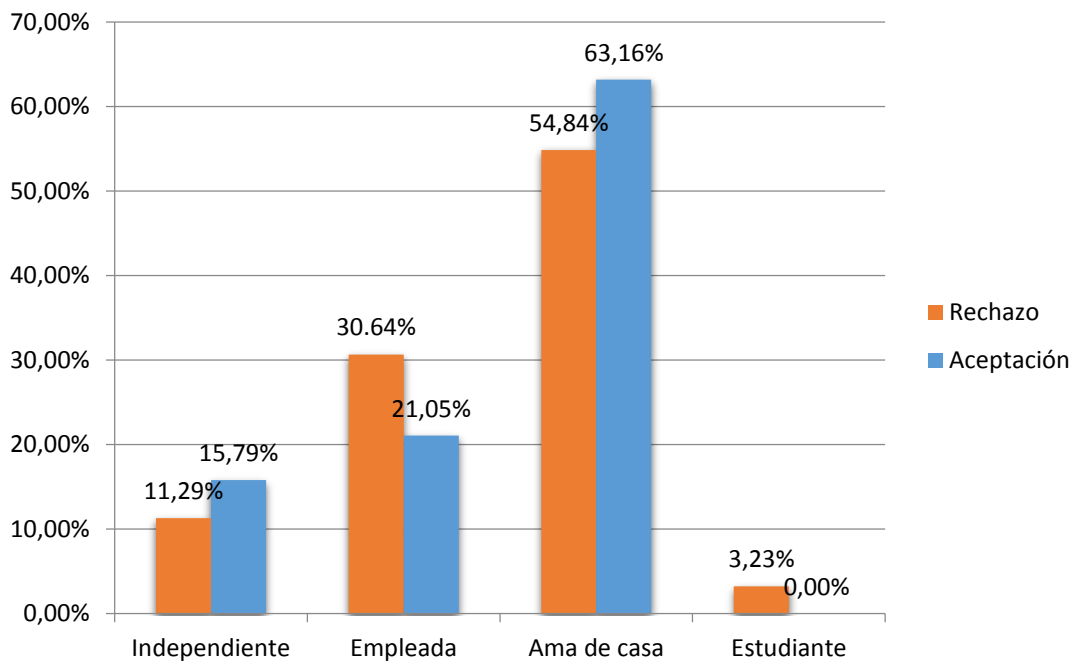


Tabla 13

Distribución de puérperas por patologías asociadas según rechazo o aceptación del BTB

Patología asociada	Rechazo		Aceptación		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Ninguna	53	85.48%	35	92.11%	88	88.00%
Gastritis	2	3.23%	1	2.63%	3	3.00%
Cardiopatía	1	1.61%	1	2.63%	2	2.00%
Hiperinsulinismo	2	3.23%	0	0.00%	2	2.00%
Asma	0	0.00%	1	2.63%	1	1.00%
Hipotiroidismo	1	1.61%	0	0.00%	1	1.00%
Hemorroides	1	1.61%	0	0.00%	1	1.00%
HTA	1	1.61%	0	0.00%	1	1.00%
Cáncer	1	1.61%	0	0.00%	1	1.00%
Total	62	100.00%	38	100.00%	100	100.00%

Chi² = 5.58 G. libertad = 8 p = 0.69
ORconenf. = 1.98 IC 95%: 0.50 - 7.83

En la tabla y gráfico 13 se muestra la influencia de enfermedad actual en el rechazo del BTB; el 14.52% de puérperas que rechazaron el método tuvieron alguna patología, 7.89% entre las que aceptaron el BTB: gastritis (3%), cardiopatías congénitas (2%), cáncer (1%) entre otras, pero sin diferencias significativas entre ambos grupos ($p > 0.05$); la presencia de enfermedad se asoció a un riesgo 1.98 veces mayor de rechazo al BTB.

Gráfico 13

Distribución de púerperas por patologías asociadas según rechazo o aceptación del BTB

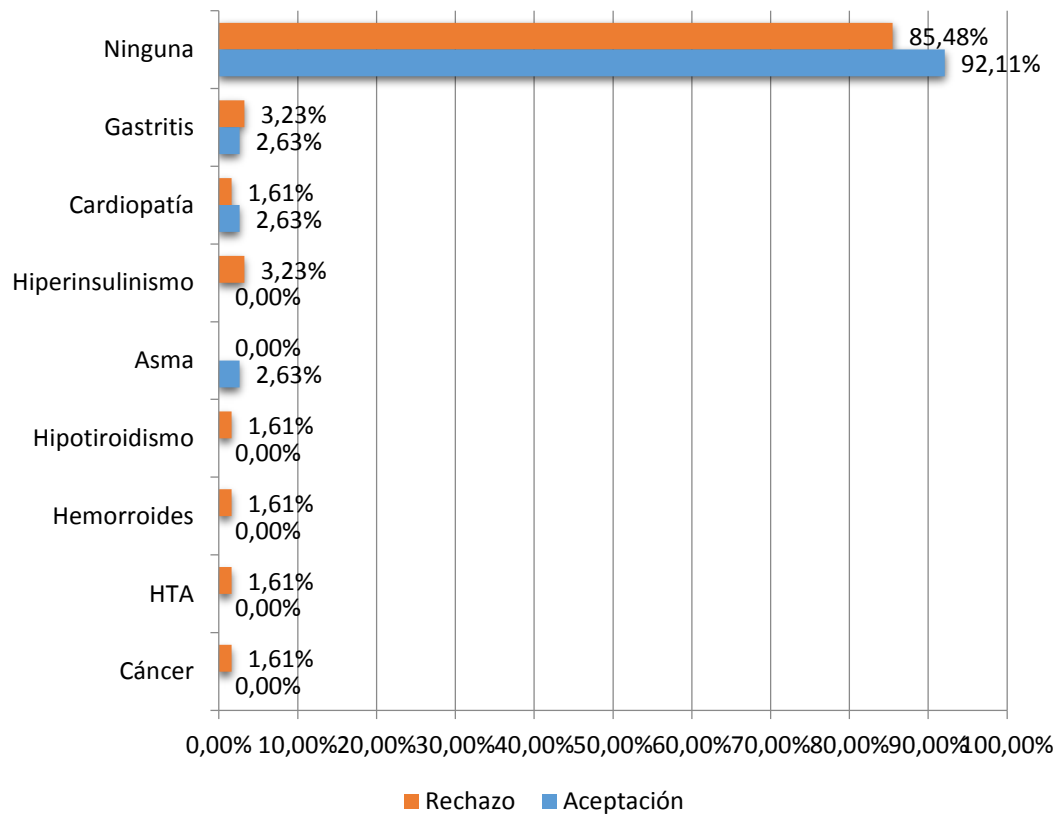


Tabla 14

**Análisis de regresión logística de los factores asociados a rechazo del
BTB**

	B	E.T.	Wald	gl	p.	OR	IC 95%		
Edad	0.17	0.06	8.75	1	0.00	1.19	1.06	-	1.33
Primiparidad	-2.18	1.11	3.87	1	0.05	0.11	0.01	-	0.99
Cesárea	-1.10	0.63	3.03	1	0.08	0.33	0.10	-	1.15
E. civil c/ pareja	18.13	2.26x10 ⁴	0.00	1	1.00	7.51x10 ⁷	0.00	-	-
Instrucc. Baja	21.93	4.02x10 ⁴	0.00	1	1.00	3.34x10 ⁹	0.00	-	-
Religión católica	-1.01	0.75	1.80	1	0.18	0.36	0.08	-	1.59
Ocup. Pagada	0.51	0.52	0.97	1	0.33	1.67	0.60	-	4.64
Enfermedad	-0.26	0.79	0.11	1	0.74	0.77	0.16	-	3.62

La tabla 14 muestra el resultado del análisis de regresión logística de las variables sociodemográficas de las puérperas relacionadas al rechazo al BTB; se confirmó que una mayor edad y la primiparidad son factores independientes predictores de rechazo al BTB en mujeres con indicación para la misma.

CAPÍTULO III.

DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

El presente estudio se realizó para identificar los factores que condicionan el rechazo al bloqueo tubárico bilateral en puérperas atendidas en el Hospital Edmundo Escomel, Arequipa. Se realizó la presente investigación debido a que en la práctica clínica durante el periodo del internado se ha apreciado casos de puérperas que presentando indicación de BTB estas se mostraban indecisas y negativas a usar un método anticonceptivo seguro como es el quirúrgico, otras que lo deseaban por haber alcanzado el número de hijos deseados, ante la necesidad de la práctica de un método eficaz para mejorar la calidad de vida de estas mujeres teniendo la posibilidad de acceder a este procedimiento, para así incrementar el uso de este procedimiento.

Para tal fin se estudió una muestra de gestantes con indicación de bloqueo tubárico para identificar a aquellas que rechazan o aceptan el BTB. Se comparan grupos mediante prueba chi cuadrado y t de Student y se asocian variables con prueba odds ratio y mediante regresión logística.

En la **Tabla y Gráfico 1** se muestra el porcentaje de aceptación y rechazo del BTB en puérperas con indicación del procedimiento; de las 100 puérperas encuestadas, 38% aceptó realizarse el bloqueo y 62% lo rechazó.

Nuestros resultados coinciden con los obtenidos por: Núñez S, Salinas A, en el estudio “Conocimientos y posible utilización de métodos anticonceptivos en puérperas atendidas en el Hospital Goyeneche de Arequipa, 2011” (10). En este estudio un 6,49% de puérperas estudiadas se realizará la ligadura tubaria. La cantidad de puérperas que acceden al BTB en ambos casos es menor pero en el Hospital Edmundo Escomel la cifra es mayor debido a que al tratarse de Es Salud es más factible el procedimiento, coincide con lo encontrado por INEI (En los hospitales de Es Salud se practicó la esterilización femenina en un 23.3% a nivel nacional en el 2013 (30)).

En la **Tabla y Gráfico 2** se muestra las razones para indicar el BTB en las puérperas estudiadas; una de ellas lo solicitó voluntariamente, y en 88% de casos fue por haber alcanzado el número deseado de hijos, y en 24% por alto riesgo reproductivo; las puérperas que rechazaron el método tuvieron riesgo reproductivo en mayor proporción (33.87% comparada con 7.89% de las que aceptaron), diferencia que resultó estadísticamente significativa ($p < 0.05$).

Este dato es importante respecto a la mayoría de indicación médica de BTB de las puérperas es haber alcanzado su meta reproductiva, así como existe una diferencia significativa en las que rechazan y aceptan el BTB en relación al riesgo reproductivo que presentan, lo que implica implementar estrategias para captar a esas pacientes y brindarles consejería para que decidan realizarse el procedimiento quirúrgico. Las puérperas con mayor riesgo reproductivo rechazan el BTB, porque desconocen que corren riesgo si se vuelven a embarazar.

Entre las puérperas que rechazaron el bloqueo tubárico, se indagó si al menos tenían intención de usar algún otro método, lo que ocurrió en 87.10% de casos, aunque con predominio del preservativo (22.58%), la inyección trimestral (20.97%) o la T de cobre (19.35%), seguida de la píldora en 16.13%, el método del ritmo en 6.45%, el norplant en 4.84% y los óvulos vaginales en 1.61% (**Tabla y Gráfico 3**).

Porque la mayoría tiene información de MAC. Que coincide con lo encontrado con el INEI: Las usuarias de algún método moderno fueron informadas, sobre los efectos secundarios del método, principalmente en Tacna (92,6%), no obstante en Arequipa (64,0%) en menor porcentaje tuvieron acceso a dicha información. (30)

Entre las razones que se refirieron para rechazar el método de BTB (**Tabla y Gráfico 4**): 33.87% no refirió ninguna razón, 22.58% dijo que era por temor a las complicaciones intraoperatorias, 20.97% por temor a infecciones por la operación, 17.74% porque desea tener más hijos, y en menor proporción por temor a hemorragias en la operación, por temor a tener cambios de carácter o porque creen que acelera la menopausia, entre otros; en 6.45% de puérperas refirió que su esposo se haría la vasectomía.

Según la bibliografía revisada el BTB no interfiere con la producción hormonal por parte de los ovarios. No presenta efectos colaterales asociados directamente al método sino al procedimiento anestésico (1-2%) o quirúrgico: infección (1%), sangrado (0.6-1%). (26,27) Además ha demostrado protección contra el cáncer de ovario (reduce 67% el riesgo de cáncer de ovario epitelial y

el 60% de riesgo de cáncer de ovario en mujeres con mutación BRCA1), no produce cambios en el ciclo menstrual (27).

La tasa de falla teórica es de 0.5 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año. Mientras que la tasa de falla de uso típico es de 0.5 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año (26).

Se evidencia la baja frecuencia de complicaciones del BTB con el estudio estudiorealizado por Rodriguez-Paz C.A., Gonzales.De Blas J.J. y Carrión-Bringas R. M. sobre “Experiencia en vasectomías y oclusión tubaria bilateral por cirugía ambulatoria en dos hospitales rurales”, en México, muestra que las complicaciones en las oclusiones tubarias bilaterales (OTB) del cirujano general (0.55%) no presentan diferencia estadística con la de los ginecoobstetras (0.65%) y las complicaciones fueron dolor postquirúrgico, sangrado de la herida, sangrado intraabdominal.(31)

La falta de justificación así como las razones para rechazar el BTB no tiene un fundamento teórico porque falta información acerca del tema.

Entre los factores relacionados al rechazo del BTB, la **Tabla y Gráfico 5** muestran la relación con la edad; las puérperas que aceptaron fueron más jóvenes, con edad promedio de 29.08 años y las que rechazaron el método tuvieron en promedio 31.97 años, siendo la diferencia significativa ($p < 0.05$).

Los resultados varían en relación al estudio realizado por Torres CM, Vergara EC sobre “Características sociodemográficas de personas sometidas a esterilización quirúrgica (Medellín 2006-2010)”. Las edades más comunes para las operaciones están entre los 30 y 39 años (33). Las puérperas de más

edad rechazan el BTB porque no han alcanzado el número de hijos deseado por inicio de relaciones sexuales a edadtardía.

En la **Tabla y Gráfico 6** se aprecia la paridad de las puérperas según su aceptación o rechazo del BTB; el 25.81% de puérperas que rechazaron el método tuvieron un solo parto (a pesar de tener indicación para BTB), comparada con 2.63% de primíparas que aceptan el método). Las diferencias fueron significativas ($p < 0.05$) y la primiparidad se asoció a un riesgo 12.87 mayor de rechazo.

Los resultados obtenidos se diferencian con respecto al estudio realizado por Torres C.M. y Vergara E. C. sobre “Características sociodemográficas de personas sometidas a esterilización quirúrgica (Medellín 2006-2010)”. Se encontró que un 44,9% tenían dos hijos. (33)

Porque desean tener más de un hijo, ya que si perderían uno, tienen otro.

La **Tabla y Gráfico 7** muestran la relación del rechazo al BTB con la vía de terminación de los partos previos; en 32.26% de casos que rechazaron el BTB el parto fue por cesárea, lo que ocurrió en 18.42% de casos que aceptaron; las diferencias no obstante no fueron significativas ($p > 0.05$) aunque la cesárea se asoció a un riesgo 2.11 veces mayor de rechazar el BTB. La indicación de la cesárea en estos casos en la mayoría de casos (**Tabla y Gráfico 8**) fue la ruptura prematura de membranas (42.86% en las que aceptaron, 20% en las que rechazaron), la cesárea anterior, el sufrimiento fetal, la dilatación estacionaria, las distocias de presentación, entre otras diversas, pero sin diferencias significativas entre ambos grupos ($p > 0,05$).

A pesar que hubo una mayor cantidad de cesáreas en los casos de rechazo que en los casos de aceptación, esto no fue significativo pero existe un mayor riesgo de rechazo en los casos de cesárea porque presentan temor al dolor en el postoperatorio, no desean otra cirugía más o posiblemente tienen la experiencia de infección o hematoma de herida operatorio previa.

En la **Tabla y Gráfico 9** se muestra el estado civil de laspuérperas; el contar con pareja estable (conviviente o casada) se observó con proporciones similares en ambos grupos (95.16% en las que rechazan, 100% en las que aceptan), sin diferencias significativas entre grupos ($p > 0.05$), y no se relacionó al rechazo ($OR = 0$). Algo similar ocurrió con la grado de instrucción de las madres (**Tabla y Gráfico 10**), que fue predominantemente superior (61.29% en rechazo, 50% en aceptación; $p > 0.05$), con $OR = 0.00$.

Nuestros resultados coinciden con los obtenidos del estudio realizado por Torres CM, Vergara EC sobre “Características sociodemográficas de personas sometidas a esterilización quirúrgica (Medellín 2006-2010)”. Un alto porcentaje se encuentran en unión libre o casados (33), pero varían en relación al nivel de instrucción. En aquel estudio el 47,7% tuvieron un nivel de escolaridad de secundaria completa. (33)

Casi el 100% de las madres que rechazaron el BTB presentan pareja estable porque necesitan la aprobación de su pareja (30). Las madres de nivel de educación secundaria aceptan el BTB porque probablemente tienen menor acceso a un trabajo bien remunerado y así a un buen nivel de recursos económicos.

La influencia de la religión sobre el rechazo se aprecia en la **Tabla y Gráfico 11**; en ambos grupos predominó la religión católica (93.55% en las que rechazan el BTB, 84.21% en el otro grupo; $p > 0.05$), la que se relacionó a un riesgo 2.72 veces mayor de rechazo.

En ambos grupos de rechazo y aceptación del BTB predominó la religión católica probablemente porque es la religión que más se profesa y acepta los métodos anticonceptivos naturales como morales y rechaza los artificiales.

En la **Tabla y Gráfico 12** se muestra la influencia de la ocupación de las madres en el rechazo del BTB; entre los dos grupos predominó la ocupación ama de casa (54.84% con rechazo, 63.16% en aceptación, y con ocupación remunerada en proporciones similares ($p > 0.05$)). Precisamente la ocupación remunerada se asoció a un riesgo de 1.24 veces de rechazar el bloqueo tubárico.

Nuestros resultados varían en relación al estudio realizado por Torres CM, Vergara E.C sobre “Características sociodemográficas de personas sometidas a esterilización quirúrgica (Medellín 2006-2010)”. Los resultados mostraron ama de casa en un 39%.(33)

En ambos casos de rechazo y aceptación predominó la ocupación de ama de casa, sin ser significativo, probablemente ya que varias de las puérperas encuestadas refirieron dejar temporalmente su trabajo para dedicarse al cuidado de su menor hijo, por lo que además difiere el número de puérperas con ocupación empleada e independiente con el número que

tienen el grado de instrucción superior, sin embargo la ocupación remunerada representa un riesgo para el rechazo del procedimiento, por temor al dolor postoperatorio y así no podrán realizar sus labores normalmente.

En la **Tabla y Gráfico 13** se muestra la influencia de enfermedad actual en el rechazo del BTB; el 14.52% de puérperas que rechazaron el método tuvieron alguna patología, comparada con 7.89% entre las que aceptaron el BTB; la frecuencia de patologías fue variada, desde gastritis (3%) a cardiopatías congénitas (2%) y el cáncer (1%), pero sin diferencias significativas entre ambos grupos ($p > 0.05$); la presencia de enfermedad se asoció a un riesgo 1.98 veces mayor de rechazo al BTB.

Las patologías mencionadas no constituyen contraindicaciones de BTB, pero la cardiopatía congénita es relevante para un embarazo.

Finalmente, la **Tabla 14** muestra el resultado del análisis de regresión logística de las variables sociodemográficas de las puérperas relacionadas al rechazo al BTB; se confirmó que una mayor edad y la primiparidad son factores independientes predictores de rechazo al BTB en mujeres con indicación para la misma.

Porque las puérperas desean tener más de un hijo, como lo demuestra el estudio realizado por MoschellaRG, CharalambopoulosJT, PawlowiczMP, Naddeos J, Rodríguez PG sobre “Motivos de solicitud de ligadura tubaria. Estudio exploratorio desde la perspectiva de las usuarias gran multíparas que asisten a un hospital público de la ciudad de Buenos Aires.”, se estudió a 30 usuarias de gran multiparidad (mayor o igual a 5 partos) que solicitaron la

ligadura tubaria. Los motivos determinantes para la solicitud de la práctica fue el temor a sufrir complicaciones en la salud en caso de un nuevo embarazo y la situación de un embarazo inesperado. (32)

El presente estudio no consideró si las puérperas habían recibido consejería previa al parto sobre los MAC, por lo que se recomienda considerarlo en un posterior estudio en relación al tema.



CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES



CONCLUSIONES

Primera.- El grado de aceptación del bloqueo tubárico bilateral (BTB) de las puérperas atendidas en el Hospital Edmundo Escomel, Arequipa, fue 38% y el de rechazo 62%.

Segunda.- Las características socio-demográficas de las puérperas atendidas en el Hospital Edmundo Escomel, Arequipa, que rechazan el BTB, con mayor frecuencia fueron: edad entre 30 y 34 años, 2 partos previos, parto vaginal, convivientes, educación predominante superior, religión católica, ocupación ama de casa y sin ninguna patología asociada.

Tercera.- Los factores condicionantes de rechazo del BTB en puérperas atendidas en el Hospital Edmundo Escomel, Arequipa, son la mayor edad y la primiparidad

RECOMENDACIONES

- 1) Se recomienda al servicio de Obstetricia del Hospital Edmundo Escomel:
Promover y dar charlas con material ilustrativo (folletos, videos en laptop)
sobre planificación familiar a todas las gestantes que acudan a su control
prenatal en el consultorio respectivo.
- 2) Se sugiere al servicio de Obstetricia del Hospital Edmundo Escomel:
Incrementar campañas sobre sexualidad responsable en el servicio de
ginecología y en instituciones educativas en mujeres de edad fértil.
- 3) Se recomienda al servicio de Obstetricia del Hospital Edmundo Escomel:
Identificar a las mujeres con alto riesgo obstétrico para que reciban
consejería oportuna y adecuada sobre la magnitud del problema que
conlleva otro embarazo y sobre la indicación y uso de un método
anticonceptivo seguro y eficaz como es el BTB para que opten por este.
- 4) Se sugiere al Director del Hospital Edmundo Escomel: Intensificar la
capacitación y concientizar al Personal de Salud para brindar una oportuna
y correcta información así como para la ejecución de este procedimiento
respectivamente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Subirana MT, PijuanMA, Goya M, Baró F, CasaldáligaJ. Gestación y anticoncepción. *RevEspCardiolSupl*, 2009;9(5):48–56.
2. De León R, López LL, Molina D, Torres JM. Factores que influyen en la aceptación del DIU en el puerperio inmediato. *Revista de la Escuela de Medicina “Dr. José Sierra Flores”*. 2010; 24(1):6-10.
3. Schwarcz R. *Obstetricia* 6va edición. Editorial el Ateneo, 2009.
4. Cunningham G, McDonald P, Gant N. Puerperio. En: *Obstetricia de Williams*, 20^a ed. México DF: McGraw-Hill Interamericana; 2006. p. 696-710.
5. Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología. *Métodos anticonceptivos y su uso en el Perú*, ENDES 2009
6. Jackson E. Controversies in postpartum contraception: when is it safe to start oral contraceptives after childbirth? *Thromb Res*. 2011;127Suppl3:S35-39.
7. MINSA – Instituto Materno Perinatal. *Guías de práctica clínica y procedimientos en obstetricia y perinatología*. 2010.
8. Navarro BL. Influencia de los conocimientos y actitudes en la aceptación del método anticonceptivo en el posparto: Hospital Hipólito Unanue abril – mayo 2008. *Rev Per ObstEnf*. 2008;4(2):117-121.
9. Carrera AV. Influencia de los conocimientos y actitudes sobre la aceptación de la anticoncepción quirúrgica voluntaria en mujeres en edad

- fértil. Tesis para optar el Título Profesional de médico cirujano. Facultad de Medicina Humana. Universidad Católica de Santa María, 2008.
10. Núñez S, Salinas A. Conocimientos y posible utilización de métodos anticonceptivos en puérperas atendidas en el Hospital Goyeneche de Arequipa, 2011. Tesis para optar el Título Profesional de Licenciadas en Obstetricia y Puericultura. Facultad de Medicina Humana, Programa Profesional de Obstetricia y Puericultura. Universidad Católica de Santa María, 2011.
 11. Romero G, Soria S, Ponce A. Aceptación de anticonceptivos durante el puerperio en embarazos no planeados. *GinecolObstetMex.* 2009;77(11):499-503.
 12. Lopera-Vallejo AF, IguarbeJG, Eyzaguirre F. Esterilización histeroscópica con Essure: experiencia en el Hospital Universitario Vall d'Hebron. *ProgObstetGinecol.* 2013;56(10):497-501.
 13. Ríos J. Eficacia y seguridad a largo plazo de la esterilización femenina histeroscópica mediante el dispositivo essure. Tesis doctoral. Universidad de Córdoba, 2014
 14. ManjónJB. Reflexiones biojurídicas sobre la esterilización forzosa de personas con deficiencia psíquica. *Derecho y Salud.* 2014; Volumen 24. Extraordinario XXIII Congreso 2014:131-142.
 15. DemolC. Aproximación a la sexualidad y al embarazo en jóvenes de comunidades rurales de Oaxaca (México). *Publicaciones urv.* México, 2014. pp 125-141.

16. Brodsky JM. Objeción de conciencia médica, salud sexual y reproductiva y autonomía personal de la mujer en la práctica de ligadura de trompas de falopio. Posibles conflictos y una propuesta desde la teoría de la ponderación de principios. En Letra, 2014, año I, número extraordinario: pp. 6-27.
17. Morales C, Lamelas ML, Tejuca S, Álvarez I. Anticoncepción posparto en mujeres con riesgo de exclusión social. ProgObstetGinecol. 2011; 54(1):16–20
18. Gervaise A, Fernandez H. Técnicas de esterilización femenina. EMC - Ginecología-Obstetricia, 2010;46(3):1–10.
19. Organización Mundial de la Salud. Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos. Cuarta edición. Ginebra: OMS; 2009.
20. Pineda EC. La esterilización femenina forzada en el contexto latinoamericano. Anamnesis, Revista de Bioética, Bogotá (Colombia). 2012;7:51-57
21. Galeano JE, Gallard NE, Mansutti LR. Grado de conocimiento de la población femenina de la Ciudad de Corrientes sobre la ley 26.130 (contracepción quirúrgica). Revista de Postgrado de la VIa Cátedra de Medicina. 2011; 209:14-17.
22. Álvarez M, Hinojosa M, Salvador S, López R, Gonzáles G, Carbonell I et. Morbilidad materna extremadamente grave, un problema actual. Rev Cubana HigEpidemiol. 2011;49(3):420-433.

23. Ministerio de Salud (Argentina). Anticoncepción quirúrgica en mujeres: Ligadura de Trompas de Falopio. 2008
24. Duffy S, Marsh F, Rogerson L, Hudson H, Cooper K, Jack S, et al. Female sterilisation: a cohort controlled comparative study of ESSURE versus laparoscopic sterilisation. BJOG 2005;112(11):1522-1528.
25. INEI. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2007-2008 (ENDES Continua 2007-2008). Lima: INEI 2009
26. MINSA/DGSP/ Norma técnica de planificación familiar. Dirección General de salud de las personas. Estrategia sanitaria nacional de salud sexual y reproductiva. Lima, 2005
27. Bartz D, Greenberg JA. Sterilization in the United States. Rev Obstet Gynecol. 2008;1(1):23-32
28. Távara-Orozco L. Análisis de la oferta de anticonceptivos en el Perú. Rev Per Ginecol Obstet. 2010;56:120-136
29. World Health Organization. World Health Statistics 2014. Ginebra: WHO; 2014
30. INEI. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar-ENDES 2013. Lima: INEI; 2014.
31. Rodríguez-Paz CA, Gonzáles-De Blas JJ, Carreón-Bringas RM. Experiencia en vasectomías y oclusión tubaria bilateral por cirugía ambulatoria en dos hospitales rurales. Cir Ciruj 2008;76:415-418.

32. Moschella, RG, CharalambopoulosJT, Pawlowicz, MP, Naddeos J, Rodrigues PG. Motivos de solicitud de ligadura tubaria. Estudio exploratorio desde la perspectiva de las usuarias gran multíparas que asisten a un hospital público de la ciudad de Buenos Aires. Rev. Hosp. Mat. Inf. Ramón Sardá. 2009;28(3):114-120.
33. Torres CM, Vergara EC. Características sociodemográficas de personas sometidas a esterilización quirúrgica (Medellín 2006-2010). Rev CES Salud Pública. 2012;3(2):129-140.
34. Huber AW, Mueller MD, Guezzi F, Cromi A, Dreher E, Raio L. Tubal sterilization: complications of laparoscopy andminilaparotomy. Eur J ObstetGynecolReprodBiol.2007;134(1):105-109.
35. Thiel JA, Carson GD. Cost-Effectiveness Analysis Comparing the Essure tubal sterilization procedure and Laparoscopic tubal sterilization. J ObstetGynaecol Can. 2008;30(7):581-585
36. Beerthuisen R. State-of-the-art of non-hormonal methods of contraception: V. Female sterilisation. Eur J ContraceptReprodHealthCare.2010;15(2):124-135.
37. Albornoz IM. Conocimientos y actitudes hacia los métodos anticonceptivos en los estudiantes de enfermería del primer año de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos 2006 .Tesis para optar el título profesional del Licenciada en Enfermería. Facultad de Medicina Humana E.A.P. de Enfermería de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos 2007.
38. Romero G, Urbina FJ, Ponce AL, Amador N. Morbilidad materno-fetal en embarazadas obesas. GinecolObstetMex. 2006;74(9):483-487.

ANEXOS



Anexo 1: Ficha de recolección de datos

Ficha: N° _____

La paciente participa de forma voluntaria y anónima en la encuesta para el trabajo de investigación que tiene como objetivo identificar los factores que condicionan el rechazo del bloqueo tubárico bilateral (BTB).

Acepto No acepto

Grupo de estudio: Rechazo del BTB Aceptación del BTB

Edad: _____ años

Paridad: _____ partos previos. N° Partos vaginales..... N° Cesáreas.....
indicación.....

N° de hijos vivos: _____

Estado civil: Soltero Casada Conviviente Separada

Nivel de Instrucción: Iltrado Primaria Secundaria Superior

Religión: Católica Adventista Evangelista Testigo de Jehová
Atea Otra

Ocupación: Ama de casa Empleada Estudiante Independiente

Enfermedad que padezca: _____

Indicación del BTB

- I. Solicitud propia de la paciente
- II. Alcanzó número deseado de hijos
- III. Riesgo reproductivo elevado

Tiene intención de usar algún otro método para no quedar embarazada?

No Si Si la respuesta es afirmativa, marque su elección

Método a escoger:

Ritmo Inyectable de 3 meses

Lactancia materna exclusiva T de cobre

Preservativos o condón Otra: _____

Píldora anticonceptiva

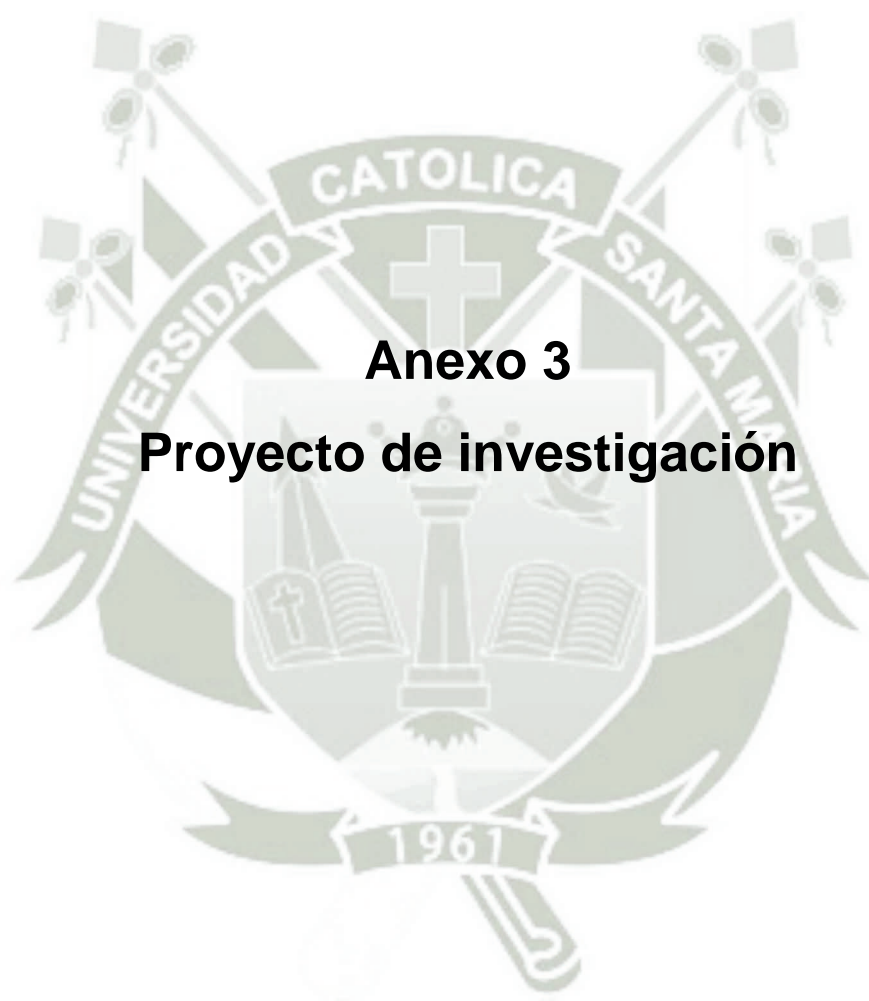
Si decidió no hacerse la ligadura de trompas, por favor indique el motivo

- Temor a infecciones de la cirugía
- Temor a hemorragias en la cirugía
- Temor a complicaciones en el futuro Especificar
- Deseo de tener más hijos
- Pareja se va realizar la vasectomía
- Otro Especificar

Observaciones:



Anexo 2
Matriz de sistematización de información



Anexo 3

Proyecto de investigación

I. PREÁMBULO

En la rotación que realice por el servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Edmundo Escomel durante el periodo de internado existía una amplia cantidad de pacientes que se les atendía el parto de las cuales un número considerable se trataban de multíparas jóvenes en otros casos añosas, otras que en su último parto presentaron preeclampsia y tenían un antecedente previo de la misma patología, multíparascesareadas por cesárea anterior con PIG corto, que durante la visita médica se les interrogaba sobre si pensaban hacerse la ligadura tubárica en caso contrario si pensaban utilizar algún método anticonceptivo, muchas de las respuestas fueron negativas o dudosas. También existía un número menor de pacientes que deseaban y preguntaban espontáneamente si se les podía hacer la ligadura tubárica porque ya no deseaban tener más hijos.

En la experiencia en la sala de operaciones durante el procedimiento del bloqueo tubárico bilateral (BTB) transcesarea, post parto inmediato y periodo de intervalo con la técnica de pomero y modificada, y sin presentarse complicaciones en el postoperatorio inmediato se percibió como un procedimiento relativamente rápido, seguro y estancia hospitalaria corta.

Con el incremento de la morbilidad materno-fetal como en los casos de la cardiopatía congénita, hipertensión gestacional y obesidad muchas mujeres desarrollan condiciones de alto riesgo obstétrico, que constituyen además del deseo de no tener más hijos por haber alcanzado su meta reproductiva, cada vez más mujeres necesitan disponer de la elección de un método anticonceptivo muy seguro y eficaz. (1, 22, 38).

El BTB es un método anticonceptivo quirúrgico y definitivo con indicaciones precisas; a pesar de la mayor dedicación de recursos e implementación en los centros

de atención primaria para la realización de estas técnicas, el grado de aceptación de este método sigue siendo bajo. Se prefieren otros métodos como el DIU o la elección de métodos menos seguros como la amenorrea de la lactancia o los métodos naturales (2,17).

Por la experiencia adquirida, lo percibido durante el periodo del internado y dada la baja frecuencia de realización de BTB, es que constituye un interés personal el conocer los factores que determinan su rechazo por parte de mujeres con posibilidad de acceder a este método pero a pesar de ello lo rechazan, para así la presente investigación sea motivo para planificar estrategias que mejoren la realización de este procedimiento y a su vez mejorar la calidad de vida de este grupo de mujeres en edad fértil.

II. PLANTEAMIENTO TEORICO

1. Problema de investigación

1.1. Enunciado del Problema

¿Cuáles son los factores que condicionan el rechazo al bloqueo tubárico bilateral en púerperas atendidas en el Hospital Edmundo Escomel, Arequipa, 2014?

1.2. Descripción del Problema

a) Área del conocimiento

- Área general: Ciencias de la Salud
- Área específica: Medicina Humana
- Especialidad: Gineco-Obstetricia
- Línea: Anticoncepción

b) Operacionalización de Variables

Variable	Indicador	Unidad o categoría	Tipo
<i>Variable dependiente</i>			
Bloqueo tubárico bilateral	Método quirúrgico	Aceptación / Rechazo	Categórica nominal
<i>Variables independientes</i>			
Factores que condicionan el rechazo al BTB	Edad materna	≤ 35 años	Categórica
		≥ 36 años	Ordinal
	Paridad	Primípara, múltipara	Categórica nominal
	Hijos vivos	1	Categórica
		2	ordinal
		3 o más	ordinal
	Estado civil	Soltera, casada, conviviente, separada	Categórica nominal
	Grado de instrucción	Iletrada, primaria, secundaria, superior	Categórica ordinal
	Religión	Católica, adventista, evangelista, testigo de Jehová, atea, otra	Categórica nominal
	Ocupación	Ama de casa, estudiante, independiente, empleada	Categórica nominal
Patología asociada	Diabetes HTA Cardiopatía Otra	Categórica nominal	

c) Interrogantes básicas

- 1) ¿Cuál es la frecuencia de aceptación y de rechazo del bloqueo tubárico bilateral (BTB) en puérperas atendidas en el Hospital Edmundo Escomel, Arequipa, 2014?
- 2) ¿Cuáles son las características socio-demográficas de las puérperas atendidas en el Hospital Edmundo Escomel, Arequipa, 2014?
- 3) ¿Cuáles son los factores condicionantes de rechazo del BTB de las puérperas atendidas en el Hospital Edmundo Escomel, Arequipa, 2014?
- d) **Tipo de investigación:** Se trata de un estudio de campo.
- e) **Nivel de investigación:** La presente investigación es un estudio observacional, prospectivo y de corte transversal.

1.3. Justificación del problema

El presente estudio busca establecer los factores que condicionan el rechazo al BTB en puérperas atendidas en el Hospital Edmundo Escomel, Arequipa; la anticoncepción quirúrgica es una opción importante en la etapa de puerperio que se ha practicado en poca frecuencia a pesar de la existencia de indicaciones del procedimiento, y no se conocen los motivos de su rechazo, por lo que nuestro estudio es **original**.

Tiene **relevancia científica**, ya que mediante los resultados obtenidos se podrá diseñar estrategias de salud para mejorar la aceptación de este método anticonceptivo seguro que es el BTB; tiene **relevancia práctica** porque permitirá identificar las causas del rechazo para poder educar a la población y mejorar las tasas de empleo del BTB; tiene **relevancia social**, ya que mejorará la calidad de vida y la salud reproductiva de una

proporción importante de la población.

El estudio es **contemporáneo** ya que las tasas de fecundidad son elevadas en nuestro medio y se tiene preocupación actual por el control poblacional.

El estudio es **factible** de realizar por tratarse de un diseño prospectivo en el que se cuenta con una población accesible.

Además de satisfacer la **motivación personal** de realizar una investigación en el campo de la gineco-obstetricia, lograremos una importante **contribución académica** al campo de la medicina, y por el desarrollo del proyecto en el área de pregrado en medicina, cumplimos con las **políticas de investigación** de la Universidad en esta etapa importante del desarrollo profesional.

2. Marco conceptual

ANTICONCEPCIÓN EN EL PUERPERIO

2.1. INTRODUCCIÓN

Puerperio o periodo del postparto comienza después de la salida de la placenta e incluye clásicamente las siguientes seis semanas. Se divide en: puerperio inmediato que abarca las primeras 24 horas, puerperio mediato desde las 24 horas hasta los primeros 10 días después del parto, puerperio alejado desde el 11vo día hasta los 42 días del parto y puerperio tardío que comprende al finalizar el puerperio alejado hasta los 364 días cumplidos.

El puerperio y la lactancia constituyen una etapa de grandes cambios físicos, psicológicos y sociales para la mujer, en el que la maternidad ocupa la mayor parte de su atención y, además, constituye el momento menos indicado para un nuevo embarazo. A pesar de que durante este período ocurre una serie de cambios hormonales

que disminuyen la fertilidad, el puerperio y la lactancia no confieren una garantía a otro embarazo (4). En grupos selectos de mujeres se precisa suspender de manera definitiva la fertilidad en la mujer, sea por razones médicas o por haber alcanzado un número ya deseado de hijos o por otras razones (19). Es necesario que estas mujeres tengan alcances acerca de la elección del mejor método anticonceptivo (21), ya que las ENDES reportan que la tasa global de fecundidad no se ha reducido a pesar de los deseos de las mujeres de tener menos hijos, la tasa específica de fecundidad de las adolescentes tiene una tendencia a elevarse y el uso de anticonceptivos, si bien aumentó en los últimos años, ha sido a expensas de la abstinencia periódica (22).

Cada mujer tiene necesidades específicas de anticoncepción en esta etapa, por lo que se desarrollarán los métodos posibles de anticoncepción en esta etapa (15, 16, 20).

Respecto a la Planificación Familiar en el Perú los métodos anticonceptivos que se ofertan en el sector público son en el Ministerio de Salud y Es Salud (30).

En el País en ese sector tenemos el ritmo, píldoras anticonceptivas, píldoras de solo progestágeno, inyectable trimestral, DIU de cobre, condón masculino como los temporales y como los permanentes se encuentran la anticoncepción quirúrgica voluntaria femenina también llamado bloqueo tubárico bilateral (BTB) y la masculina.(28)

En el Perú la prevalencia de uso de MAC es el 69%. (29)

En Arequipa el 76.6% de mujeres actualmente unidas usa un MAC, el 51.7% usa métodos modernos, el 24.9 % usa métodos tradicionales, el 23.4% no usa, el 16.9 % utiliza la abstinencia periódica, el 19.4% usa condón masculino y el 8.9% la esterilización femenina. (30)

Las usuarias de algún método moderno fueron informadas, sobre los efectos secundarios del método, principalmente en Tacna (92,6%), no obstante en Arequipa (64,0%) en menor porcentaje tuvieron acceso a dicha información. (30)

Entre los años 2009 y 2013, el uso de métodos modernos se incrementó en 1,3 puntos porcentuales, y la esterilización disminuyó en 0,7%, el porcentaje de Esterilización en el 2013 fue 9.1%. (30)

En los hospitales de Es Salud se practicó la esterilización femenina en un 23.3% a nivel nacional en el 2013. (30)

2.2. MÉTODO DE LA AMENORREA DE LA LACTANCIA

Durante años, los científicos han recomendado usar la amenorrea de la lactancia como método de regulación de la fertilidad. Sin embargo, las bases científicas para el uso de la lactancia materna como método anticonceptivo viable sólo se establecieron, firmemente, cuando se analizaron los cambios hormonales descritos anteriormente.

a) Definición

El método de amenorrea de la lactancia (MELA), es un método anticonceptivo temporal en el que se usa exclusivamente la lactancia para evitar la ovulación. Para usar correctamente el MELA, la mujer debe mantenerse en amenorrea desde el parto, amamantar completa o casi completamente y no deben transcurrir más de seis meses después del parto. Cuando cambia alguno de estos criterios, la pareja debe comenzar a usar otro método anticonceptivo si desea prevenir el embarazo. Lactancia casi completa significa que aproximadamente 90% de la alimentación del bebé proviene

de la lactancia materna y los intervalos entre una lactancia y otra no son superiores a 4-6 horas (4, 5).

b) Efectividad

Investigaciones recientes confirman que el MELA tiene una eficacia superior al 98% durante los primeros 6 meses después del parto. Se ha establecido firmemente la eficacia del MELA en estudios prospectivos y los programas deben considerar el MELA como un método adicional que aumenta las opciones de planificación familiar para las mujeres en el postparto. Se señala una frecuencia variable de falla entre 2% y 10% (5).

c) Ventajas

Las ventajas que se han señalado con el uso del MELA se enumeran a continuación.

- Disponible universalmente.
- Muy eficaz, por lo menos en el 98% de los casos en que se utiliza correctamente.
- Comienza inmediatamente después del parto.
- Beneficia la salud de la madre y del lactante.
- No se requieren productos ni suministros.
- Sirve de transición para otros anticonceptivos.
- Se basa en prácticas culturales y religiosas establecidas.
- Mejora los patrones de lactancia materna y destete.

- Permite posponer el uso de anticonceptivos hormonales hasta que el lactante esté más desarrollado.

d) Desventajas (6, 7)

Las desventajas del MELA se enumeran a continuación.

- Puede ser difícil mantener el patrón de lactancia materna.
- No protege contra las enfermedades de transmisión sexual.
- Su duración es limitada.
- Sólo es útil para las mujeres que están amamantando en el postparto.

e) Cuándo iniciar los anticonceptivos

Debido a que la infertilidad postparto es muy breve y el MELA es sólo para mujeres que dan exclusivamente lactancia, se debe establecer cuál va a ser el método anticonceptivo a usar durante el puerperio y la lactancia. Por otro lado, la ovulación puede ocurrir durante la tercera semana del puerperio en la mujer que no da lactancia, incluso antes de la menstruación, por lo que es importante insistir en que la primera visita postnatal se haga en la tercera semana y no al mes o a los 40 días, como es lo usual. En este momento, la pareja está muy motivada a usar anticonceptivos debido al embarazo reciente y a la presencia del recién nacido. Durante esta consulta también se puede evaluar si la lactancia se está llevando a cabo correctamente para evitar la ovulación y/o recomendar el uso de otro método anticonceptivo suplementario o de más larga duración(5).

2.3. MÉTODOS NO HORMONALES

a) Métodos de barrera

Estos métodos no causan ningún impacto sobre la lactancia y representan una excelente alternativa para las parejas motivadas. Los condones lubricados, cuando son utilizados con los espermaticidas, son especialmente útiles para evitar la dispareunia debido a la sequedad vaginal que puede ocurrir durante la lactancia. También sirven de protección contra enfermedades de transmisión sexual que hayan sido adquiridas al final del embarazo, período cuando es más común la infidelidad de la pareja. No se deben usar esponjas, capuchones cervicales o diafragmas hasta las 6 semanas del puerperio porque no ha ocurrido la involución de los órganos pélvicos; además, mientras exista sangrado puede aumentar la posibilidad de infección (5).

b) Coito interrumpido

Es una alternativa en aquellas parejas que no han podido planificar otro método anticonceptivo; sin embargo, debido a la baja efectividad en las parejas que no están acostumbradas a su uso, no es recomendable durante este período (5).

c) Métodos naturales

En el método Billings, de la ovulación o del moco cervical, las mujeres previamente entrenadas pueden ser capaces de detectar el moco ovulatorio, incluso antes de que ocurra la primera menstruación; sin embargo, este método tiene muchos falsos positivos y negativos como para ser usado con seguridad, por lo que es mejor esperar a que las menstruaciones se hagan regulares (5).

La falla teórica o de uso perfecto es de 3 embarazos por cada 100 mujeres en

el primer año de uso. Mientras la falla de uso o uso típico 25 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso.(26)

El método del ritmo, ogino-knaus de la regla o del calendario consiste en evitar el coito durante la fase fértil del ciclo menstrual. Falla teórica o de uso perfecto es de 9 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso. Mientras la falla de uso o uso típico 25 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso.(26)

No es recomendable el método del calendario porque la paciente puede ovular antes de la primera menstruación, lo que hace que este método no sea confiable. Además, en los primeros ciclos puede haber cierto grado de irregularidad menstrual por ovulaciones inconstantes y de mala calidad, por lo que es difícil establecer una fecha precisa de ovulación con base en los ciclos previos (5).

d) Dispositivo intrauterino (DIU)

El único que el Ministerio de Salud dispone es la T de Cobre 380-A que tiene una duración de 10 años. Su falla teórica es de 0.8 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año. Mientras que su falla de uso típico es de 0.6 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año (26).

La tasa de expulsión de los antiguos DIU inertes, era elevada cuando se insertaban antes de las 8 semanas del puerperio; sin embargo, estudios hechos con DIU medicados con cobre, cuando son insertados entre la cuarta y la octava semana del postparto, señalan que no aumenta la posibilidad de embarazo, de expulsión, de perforación uterina o de remoción por sangrado y/o dolor.(4,5)

La inserción también se puede realizar inmediatamente después del parto sin aumentar el riesgo de infección, perforación uterina, sangrado postparto o

subinvolución uterina, aunque con discreto aumento en la tasa de expulsión cuando se compara con la inserción hecha entre las 4 y 8 semanas. El DIU también se puede insertar durante la cesárea, colocándolo directamente en el fondo uterino cuando el útero está abierto, en estos casos la tasa de expulsión es menor que cuando se coloca por vía vaginal inmediatamente después del parto (4, 5).

En la mujer que da lactancia, la inserción del DIU es relativamente fácil, también puede ser insertado inmediatamente después de un aborto del primer trimestre, pero en casos de abortos del segundo trimestre, se recomienda que la inserción se haga después que el útero halla involucionado. Aunque al igual que con el parto y la cesárea, la inserción se puede realizar al final del curetaje (5).

e) Esterilización quirúrgica

Es un excelente método para las mujeres que no desean tener más hijos y se puede realizar inmediatamente después del parto. Para ello se utiliza anestesia regional o local, con una pequeña incisión cerca del ombligo aprovechando la subinvolución uterina o mediante incisión transversal suprapúbica tipo Pfannenstiel. En casos de cesárea, la esterilización quirúrgica es todavía más fácil porque se realiza en el mismo acto operatorio (5, 23).

2.4. MÉTODOS HORMONALES

a) Mujeres que no dan lactancia

- **Anticonceptivos orales.**

En la mujer que decide no dar lactancia, la anticoncepción hormonal puede comenzar inmediatamente después del parto cuando se usan los anticonceptivos orales (AO) de sólo progestágenos (minipíldoras) o a las dos

semanas del puerperio cuando se usan los AO combinados de estrógeno-progestágeno, por el aumento del riesgo de tromboembolismo, debido al estado de hipercoagulabilidad que se produce inmediatamente después del parto (4, 5).

- **Progestágenos de acción prolongada.**

Tanto los implantes dérmicos como los progestágenos de depósito se pueden usar con gran seguridad durante el postparto inmediato en la mujer que no da lactancia. Los efectos secundarios de estos métodos son los mismos señalados en la mujer que no está en el puerperio (4, 5).

b) Mujeres que dan lactancia

- **Anticonceptivos orales.**

El uso de los AO en la mujer que da lactancia es motivo de discusión por muchos expertos en el ámbito mundial, porque todos los esteroides pasan a la leche materna y, por tanto, al recién nacido, aunque no parecen producir ningún efecto secundario. Los estrógenos disminuyen la cantidad y calidad de la leche, mientras que los progestágenos no tienen ningún efecto adverso sobre la lactancia. Debido a que la minipíldora no tiene ningún efecto sobre el crecimiento y desarrollo del niño, son de fácil uso y tienen una alta efectividad representan el método anticonceptivo hormonal de elección para la mujer que da lactancia (9).

La combinación de la lactancia materna con la minipíldora ha mostrado una eficacia anticonceptiva cercana a 100%, sobre todo cuando la lactancia es completa o casi completa. En contraste con los AO combinados, la minipíldora produce un discreto aumento en la producción de leche, por lo que la lactancia se

mantiene por más tiempo sin necesidad de suplementos lácteos. Debido a este efecto beneficioso se puede iniciar la minipíldora inmediatamente después del parto e incluso días antes del mismo. Otra posible ventaja es que protege contra la descalcificación asociada a la lactancia (4).

- **Progestágenos de acción prolongada.**

El acetato de medroxiprogesterona de depósito es una alternativa excelente durante el postparto y, a pesar de que pasa a través de la leche materna, no se han señalado efectos adversos ni en el crecimiento ni en el desarrollo de estos niños; además, tiene los beneficios del uso de los progestágenos sobre la producción láctea. Este medicamento se puede utilizar inmediatamente después del parto pero no debe ser administrado después de la tercera semana del puerperio, sobre todo en las mujeres con lactancia materna combinada con suplementos lácteos, por la posibilidad de un nuevo embarazo.

Los implantes dérmicos se pueden insertar en el postparto inmediato y esto es importante en los países con deficientes servicios de salud donde las madres no asisten a control postparto. Tiene la ventaja sobre los AO combinados que no afecta la lactancia (4).

2.5 ANTICONCEPCION Y LACTANCIA MATERNA (26)

Durante el puerperio la práctica de la lactancia materna es frecuente como lo demuestra la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar-2013, en la que se encontró 98,6% de las niñas y niños que nacieron en los cinco años anteriores a la Encuesta 2013 han lactado alguna vez. El 55,6% de niñas y niños empezó a lactar dentro de la primera hora de nacido (en Arequipa 45.6%), esta proporción ascendió a 93,6% (83.8% en

Arequipa) dentro del primer día. Por área de residencia, fue mayor en el área rural (99,0%) que en la urbana (98,5%). (30)

MÉTODO	CUANDO COMENZAR SI ESTÁ DANDO DE LACTAR	EFECTO SOBRE LA LECHE MATERNA
Métodos de barrera	<ul style="list-style-type: none"> Inmediatamente si se desea una máxima protección. 	<ul style="list-style-type: none"> Ninguno
Píldoras combinadas	<ul style="list-style-type: none"> No esta indicado a madres que dan de lactar. 	<ul style="list-style-type: none"> Altera la cantidad y calidad de la leche.
Método Hormonal solo de Progestágeno <ul style="list-style-type: none"> Acetato de Medroxiprogesterona Píldoras de solo progestágeno Implantes 	<ul style="list-style-type: none"> Puede usarse desde el puerperio inmediato. 	<ul style="list-style-type: none"> Los progestágenos pueden aumentar el flujo de leche.
DIU	<ul style="list-style-type: none"> Se puede insertar el DIU inmediatamente después del parto, o hasta 48 horas. Evite la inserción entre las 48 hrs. a las 4 semanas después del parto. Se puede insertar cuidadosamente el DIU después de 4 semanas posterior al parto y aún más tarde. 	<ul style="list-style-type: none"> Ninguna
Esterilización Tubaría	<ul style="list-style-type: none"> Hasta las 48 horas después del parto y a partir de las seis semanas (no se recomienda operar después de las 48 horas y antes de las 6 semanas) por riesgo de infección. 	<ul style="list-style-type: none"> Ninguna

2.6 EL BLOQUEO TUBARIO BILATERAL

2.6.1. Concepto

Es el método anticonceptivo quirúrgico permanente, cuyo objetivo es ocluir y seccionar las Trompas de Falopio bloqueando la unión del espermatozoide y óvulo, evitando de esta manera la concepción (7).

La tasa de falla teórica es de 0.5 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año. Mientras que la tasa de falla de uso típico es de 0.5 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año (26).

2.6.2 Indicaciones

El Bloqueo Tubárico se realizara en las pacientes que cumplan los siguientes requisitos (7):

- Paridad Satisfecha
- Voluntariedad mayor de 25 años
- Alto Riesgo Reproductivo

La edad mediana de la esterilización fue 31,3 años en el 2013 en el Perú, según el INEI Se observó que el 62,6 % de las esterilizaciones ocurren después de los 29 años de edad (30)

2.6.2.1 Contraindicaciones

Las contraindicaciones médicas, absolutas y relativas son (7):

- Embarazo.
- Infección pélvica aguda (salpingitis, endometritis, peritonitis).
- Patología pélvica (fibromas uterinos, sintomático o mayor de 10 cm. o masas anexiales que deberán recibir tratamiento previo adecuado).
- Útero fijo (ej. retroflexión, raro en mujeres fértiles).
- Historia de cirugías pélvica previa.
- Obesidad mórbida mayor de 90 kg.
- Alteraciones psiquiátricas (14).

Las contraindicaciones no médicas son (7):

- Pacientes bajo presión del cónyuge u otra persona.
- Pacientes con conflicto de índole religiosos o cultural
- Expectativas no resueltas acerca de la irreversibilidad.

2.6.3 Procedimiento

El Bloqueo Tubario puede realizarse (8, 18):

- Transcesárea.
- Post parto inmediato. Hasta las 48 horas (26)
- Post aborto no complicado.
- Periodo de intervalo.en cualquier momento, siempre que se esté razonablemente seguro de que no existe una gestación (26).

La vía de abordaje a las trompas puede ser por (26):

- Laparoscopia.
- Laparotomía.
- Transcesárea.
- Colpotomía.
- Minilaparatomía.

El tipo de anestesia requerida puede ser: general, epidural, raquídea, ó local.

El tipo de anestesia local con sedo analgesia. No se recomienda el uso de este tipo de anestesia en:

- Mujeres con antecedentes de cirugía pélvica previa.
- Enfermedad pélvica inflamatoria reciente.
- Retroflexión uterina fija.
- Mujeres obesas.
- Mujeres con problemas psiquiátricos, que impidan su colaboración.

En estos casos se usará la anestesia epidural o general (26).

La técnica a elegir varía desde los anillos tubáricos, los clips, la electrocoagulación y el método de Pomeroy modificado para la esterilización en mujeres. La técnica recomendada es la de Pomeroy, a través de minilaparatomía, el tipo de incisión será

suprapúbica para el periodo internatal, umbilical para el post parto y la transcesárea (26).

También se aplica un dispositivo por vía histeroscópica (Essure); los dispositivos implantados en las trompas desencadenan un proceso de fibrosis que producirá la oclusión tubárica con una eficacia del 98,8% (12, 13, 24, 27).

En un estudio de Thiel JA, Carson GD sobre “Análisis de comparación de costo-efectividad del procedimiento de esterilización tubaria Essure y procedimiento de esterilización tubaria vía laparoscópica” muestra que el procedimiento Essure, ambulatorio, presenta un ahorro de costos de \$111 por procedimiento de esterilización. (35)

En un estudio realizado por Beerthuisen R sobre “Lo moderno de métodos no hormonales de anticoncepción: esterilización femenina”, revisión de la literatura, concluyó que la esterilización femenina vía transcervical debería ser preferida a los procedimientos abdominales, que es un procedimiento ambulatorio bajo anestesia local o no. (36)

2.6.5. Efectos posibles

No se conocen efectos colaterales asociados directamente al método.

Ocasionalmente pueden presentarse problemas a corto plazo asociados al procedimiento anestésico (1%–2%) como en el bloqueo epidural o anestesia general y quirúrgico como hemorragia (0.6%–1%) e infección (1%). (26, 27). El riesgo de muerte tras la esterilización quirúrgica es 1 a 2 muertes por 100 000 procedimientos.

A largo plazo las complicaciones son el arrepentimiento (0.9% a 26%) que se observa predominantemente en mujeres jóvenes, menores de 30 años, también más frecuente en la esterilización postparto que de intervalo. El divorcio y el segundo matrimonio posterior a la esterilización son bajos. (27)

La necesidad de histerectomía tras 5 años posterior a la ligadura tubaria fue 8.4% comparado con 1.8% de las mujeres no esterilizadas, en el estudio CREST (“US

Collaborative Review of Sterilization”). Otro estudio de cohortes ha encontrado no incrementar la necesidad de histerectomía tras la esterilización pero concluyen que las mujeres quienes escogen la esterilización tubaria más frecuente seleccionan la solución quirúrgica a los desórdenes menstruales. (27)

La esterilización protege contra el embarazo ectópico porque pocos embarazos ocurren en mujeres esterilizadas, sin embargo si el embarazo sucede es más frecuente que sea ectópico, el estudio CREST demostró tras 10 años la probabilidad de embarazo ectópico fue 7.3 de embarazo ectópico por 1000 procedimientos. Relacionado al procedimiento con coagulación bipolar y una edad mayor de 30 años. (27)

No produce cambios en el ciclo menstrual. Además disminuye el riesgo de enfermedad inflamatoria pélvica.(27)

Además ha demostrado protección contra el cáncer de ovario, reduce 67% el riesgo de cáncer de ovario epitelial en mujeres esterilizadas en comparación con las no esterilizadas. Mujeres con mutación BRCA1 han reducido 60% riesgo de cáncer de ovario tras la esterilización.

El estudio CREST determino que 80% de 4576 mujeres estudiadas no reporto cambios en el interés sexual ni en el placer sexual, de las mujeres que notaron un cambio refirieron un cambio positivo respecto es este tópico. (27)

La esterilización femenina no incrementa a incidencia de cáncer de mama, de cáncer de endometrio o la disminución de la densidad ósea. (27)

2.6.6 Manejo de los posibles efectos o complicaciones más frecuentes (26)

COMPLICACIONES	MANEJO
Lesiones de la vejiga o del intestino (raras)	Diagnostique el problema. Si hay una lesión de la vejiga o del intestino, haga la reparación. De descubrirse la lesión en el postoperatorio, remita a la usuaria al establecimiento con capacidad resolutive.
Sangrado superficial (en los bordes de la piel o a nivel subcutáneo)	Trate según los hallazgos.
Dolor en incisión	Determine si hay infección o absceso y realice el tratamiento indicado.
Hematoma (subcutáneo)	Aplice fomentos tibios y húmedos sobre el hematoma. Mantenga a la usuaria bajo observación; por lo general, se resuelve con el pasar del tiempo, pero podría ser necesario drenarlo de ser muy extenso.
Infección de la herida	Prescribir antibióticos (dicloxacilina 500 mg cada 6 horas, por 7 días). De haber un absceso, drénelo previo tratamiento antibiótico y haga seguimiento y curación diaria
Fiebre postoperatoria	Determine la causa y trátela según corresponda.

3. ANALISIS DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

A nivel local

3.1. **Autor:**Carrera AV (9).

Título:Influencia de los conocimientos y actitudes sobre la aceptación de la anticoncepción quirúrgica voluntaria en mujeres en edad fértil.

Fuente:Tesis para optar el Título Profesional de médico cirujano. Facultad de Medicina Humana. Universidad Católica de Santa María, 2008.

Resumen: Se evaluó una muestra de 384 pacientes mujeres de 18 a 39 años, en el servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa para determinar el nivel de aceptación de la salpinguectomía bilateral en mujeres en edad fértil, sus conocimientos acerca del procedimiento, y las actitudes hacia la posibilidad del procedimiento, así como la asociación entre conocimientos y actitudes.

3.2. **Autor:**Núñez S, Salinas A(10).

Título: Conocimientos y posible utilización de métodos anticonceptivos en puérperas atendidas en el Hospital Goyeneche de Arequipa, 2011.

Fuente: Tesis para optar el Título Profesional de Licenciadas en Obstetricia y Puericultura. Universidad Católica de Santa María, 2011.

Resumen: Se entrevistó a una muestra representativa de 185 mujeres puérperas con parto atendido en el Servicio de obstetricia del Hospital Goyeneche durante el mes de setiembre. Se aplicó una ficha de datos y un cuestionario de conocimientos previamente validado. El 10,81% de puérperas fueron adolescentes, 77,30% fueron mujeres en edad reproductiva ideal, y 11,89% fueron gestantes añosas. La edad promedio fue de 26,29 años. El grado de instrucción predominante fue secundaria (67,57%) y fueron primípara en 57,30% de casos. El 64,32% de mujeres fueron convivientes y la ocupación predominante fue de ama de casa en 71,89%. El 37,84% de puérperas estudiadas no manifestó intención de usar algún método anticonceptivo a pesar de la consejería; el 30,81% manifestó que usará inyectables, 10,81% la T de cobre, 10,27% la píldora, y un 6,49% se realizará la ligadura tubaria. En 2,70% de casos se planea usar preservativo, y 1,08% el método del ritmo. El 49,73% de puérperas tiene un nivel deficiente de conocimientos, 45,41% tiene un nivel regular y sólo 4,86% muestra un buen nivel de conocimiento.

A nivel nacional

3.3. **Autor:** Inés Maruja Albornoz Tafur (37)

Título: Conocimientos y actitudes hacia los métodos anticonceptivos en los estudiantes de enfermería del primer año de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos 2006.

Fuente: Tesis para optar el título profesional del Licenciada en Enfermería. Facultad de Medicina Humana E.A.P. de Enfermería de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos 2007.

Resumen:

Los adolescentes en el Perú suman cerca de 6 millones, de los cuales 10,4% vive en condiciones de pobreza extrema y son parte de los 103 millones que viven en América Latina. De acuerdo al INEI en el año 2004, el porcentaje de mujeres en edad fértil, unidas (con pareja y/o vida sexual activa), que usan métodos anticonceptivos modernos a nivel nacional es de 46.7%. En el sector urbano llega a 54.1%, y en el rural disminuye a 33.2%. El 24.7% de las mujeres sin educación usan anticonceptivos tradicionales, pero solo el 18.1% de mujeres con estudios superiores los usan. Durante los años de mi preparación como profesional, he podido evidenciar en entrevistas con mis compañeros que no conocen todos los métodos anticonceptivos, mientras que otras compañeras lo conocen, pero por sus efectos no lo usan, y otras compañeras quieren usarlos pero no saben como, al percibir esta realidad surge la necesidad de realizar un estudio sobre “Conocimientos y Actitudes hacia los Métodos Anticonceptivos en los estudiantes de Enfermería del primer año de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos”; teniendo como objetivos: Determinar los conocimientos sobre métodos anticonceptivos que tienen los estudiantes de enfermería del primer año y determinar las actitudes que tienen los estudiantes de enfermería hacia el uso de métodos anticonceptivos. El método que se utilizó fue descriptivo de corte transversal; la población estuvo compuesto por 60 estudiantes, la técnica que se utilizó fue la entrevista y cuestionario, llegándose a las siguientes conclusiones: 14 estudiantes (23.3%) tuvieron conocimiento sobre los métodos anticonceptivos,

33 (55.0%) conocimiento medio, 13 (21.7%) conocimiento bajo, 26 (43.3%) una actitud de aceptación hacia los métodos anticonceptivos, 15 (25%) actitud de rechazo, 19 (31.7%) actitud de indiferencia.

A nivel internacional

3.4. **Autor:**Romero Gutiérrez G, Soria Villanueva S, Ponce De León A (11).

Título:Aceptación de anticonceptivos durante el puerperio en embarazos no planeados.

Fuente:GinecolObstetMex 2009;77(11):499-503.

Resumen: Se desconoce la frecuencia de mujeres con embarazos no planeados que aceptan anticonceptivos durante el puerperio. **Objetivo:** determinar la cantidad de mujeres con embarazo no planeado que aceptan anticonceptivos durante el puerperio inmediato y los factores asociados con su aceptación. **Pacientes y métodos:** estudio transversal en el que se incluyeron mujeres durante su puerperio inmediato. Se les interrogó si su embarazo fue planeado o no; si aceptó algún anticonceptivo y razones para su aceptación o no. El análisis estadístico incluyó media aritmética, error estándar, valores porcentuales, ji al cuadrado, t de Student y análisis de regresión logística para determinar los factores asociados con la aceptación de anticonceptivos. Se asignó el valor α de 0.05. **Resultados:** se registraron 1,024 mujeres; 566 (55.3%) tuvieron embarazo planeado, de las cuales 457 (80.7%) aceptaron anticonceptivos. Las 458 (44.7%) restantes tuvieron un embarazo no planeado: 402 (87.8%) aceptaron anticonceptivos ($p = 0.003$). El factor con mayor significado para la aceptación de anticonceptivos fue la multiparidad ($p = 0.034$). **Conclusión:** la aceptación de anticonceptivos es mayor en mujeres con embarazo no planeado, que en las que lo planearon. En ellas, la

multiparidad se vincula con mayor aceptación de anticonceptivos. Se recomienda reforzar la consejería sobre anticonceptivos en este grupo de pacientes.

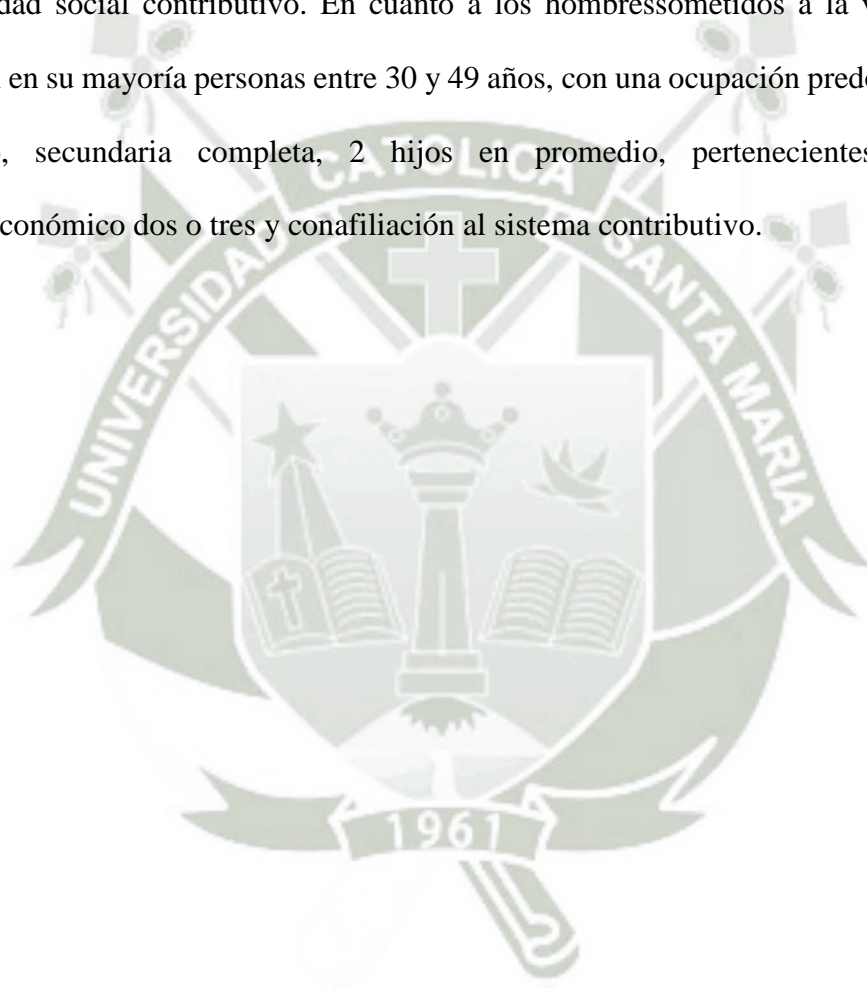
3.5 Autor: Torres CM, Vergara EC (33)

Título: Características sociodemográficas de personas sometidas a esterilización quirúrgica (Medellín 2006-2010)

Fuente: Rev CES Salud Pública. 2012;3 (2):129-140.

Resumen: Introducción. En todos los tiempos el control de la natalidad ha sido una preocupación de las poblaciones, utilizandométodos anticonceptivos desde los más rudimentarios hasta los últimos avances de la tecnología. El descenso rápido en la natalidad logrado en Colombia se asocia a una mayor aceptación de los métodos de planificación familiar y al uso cada vez más frecuente de la planificación definitiva o quirúrgica por parte de mujeres y hombres. Materiales y métodos. Estudio descriptivo retrospectivo, con fuente de información secundaria tomando datos de registros clínicos de tubectomía y vasectomía en una institución de segundo nivel desde 2006 a 2010. Se registraron y analizaron las variables sociodemográficas de los usuarios, que incluyeron: fecha de realización, procedimiento realizado, edad, sexo, escolaridad, estado civil, estrato socioeconómico, afiliación al sistema de seguridad social y número de hijos. Resultados: Se realizaron 61.248 procedimientos de esterilización quirúrgica, 67,9% tubectomías y 32,1% vasectomías. Las edades más comunes para ambas operaciones están entre los 30 y 39 años. Los estratos socioeconómicos predominantes fueron dos y tres con un 44,9% y 33,2% respectivamente. Un alto porcentaje se encuentran en unión libre o casados. En cuanto a la ocupación, predominan las amas de casa con un 39% y obreros en general con un 47%; el 47,7% tuvieron un nivel de escolaridad de secundaria completa y un 44,9% tenían dos hijos. En cuanto al tipo de afiliación, el 91% de los usuarios pertenecían al régimen

contributivo, siendo la EPS Sura la de mayor frecuencia, seguida de la EPS Coomeva. Conclusiones. En el estudio se pudo tipificar así a las personas que accedieron en mayor proporción a la esterilización quirúrgica, las mujeres que solicitaron la tubectomía fueron en su mayoría personas entre 20 y 39 años, casadas, dedicadas al hogar como amas de casa, con secundaria completa y dos hijos como promedio, pertenecían al estrato socioeconómico dos y con afiliación al sistema de seguridad social contributivo. En cuanto a los hombres sometidos a la vasectomía, fueron en su mayoría personas entre 30 y 49 años, con una ocupación predominante obrero, secundaria completa, 2 hijos en promedio, pertenecientes al nivel socioeconómico dos o tres y con afiliación al sistema contributivo.



4. Objetivos.

4.1. Objetivo general

Identificar los factores que condicionan el rechazo al bloqueo tubárico bilateral en puérperas atendidas en el Hospital Edmundo Escomel, Arequipa.

4.2. Objetivos específicos

- a) Conocer la frecuencia de aceptación y de rechazo del bloqueo tubárico bilateral (BTB) en puérperas atendidas en el Hospital Edmundo Escomel, Arequipa, 2014.
- b) Describir las características socio-demográficas de las puérperas atendidas en el Hospital Edmundo Escomel, Arequipa, 2014.
- c) Establecer cuáles son los factores condicionantes de rechazo del BTB de las puérperas atendidas en el Hospital Edmundo Escomel, Arequipa, 2014

5. Hipótesis

Dado que el BTB tiene indicaciones específicas que son cumplidas por una proporción importante de puérperas y no obstante no aceptan el método, es probable que determinadas características de la puérpera se asocien al rechazo del BTB como forma de anticoncepción en el puerperio.

6. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. Técnicas, instrumentos y materiales

Técnicas: En la presente investigación se aplicará la técnica de la encuesta.

Instrumentos: El instrumento que se utilizará consistirá en una ficha de recolección de datos (Anexo 1).

Materiales:

- Fichas de investigación
- Material de escritorio
- Computadora personal con programas de procesamiento de textos y bases de datos.

2. Campo de verificación

2.1. Ubicación espacial: La presente investigación se realizará en el Hospital Edmundo Escobel de la Red Asistencial EsSalud de Arequipa.

2.2. Ubicación temporal: El estudio se realizará en forma coyuntural durante el periodo diciembre 2014 y enero 2015.

2.3. Unidades de estudio: Puérperas con parto atendido en el Hospital Edmundo Escobel de Arequipa.

2.4. Población: Todas las puérperas con parto atendido en el Hospital Edmundo Escobel de Arequipa en el periodo de estudio.

2.5. Muestra: Se estudiará una muestra representativa cuyo tamaño se calculó mediante la fórmula de muestreo para proporciones en población finita no conocida:

$$n = \frac{Z\alpha^2 \cdot p \cdot q}{E^2}$$

Donde:

n = tamaño de la muestra

$Z\alpha$ = coeficiente de confiabilidad para una precisión del 95% = 1.96

p = frecuencia de aceptación de BTB (6.49%)

q = 1 - p

E = error absoluto = 5% para estudios de ciencias de la salud = 0.05

Por tanto: $n = 93.25 \approx 100$ casos

Además los integrantes de la muestra deberán cumplir los criterios de selección.

Criterios de selección:

- **Criterios de Inclusión**

- Puérperas con parto atendido en el Hospital
- Puérperas con indicación de BTB
- Aceptación voluntaria en la investigación.

- **Criterios de Exclusión**

- Puérperas sometidas a histerectomía
- Fichas de encuesta incompletas o mal llenadas.

7. Estrategia de Recolección de datos

7.1. Organización

Se realizarán las coordinaciones con la dirección del hospital para obtener la autorización para efectuar el estudio.

Se contactará a las púerperas que tengan indicación para la realización de BTB, y en ellas se solicitará su participación voluntaria en el estudio. Se aplicará una ficha de encuesta sobre características sociodemográficas y del rechazo o aceptación del BTB como método anticonceptivo.

Una vez concluida la recolección de datos, éstos serán organizados en bases de datos para su posterior interpretación y análisis.

7.2. Recursos

a) Humanos

- Investigadora.
- Tutor.
- Personal asistencial: ginecólogo, anestesista, obstetrix.

b) Materiales

- Fichas de investigación
- Material de escritorio
- Computadora personal con programas procesadores de texto, bases de datos y software estadístico.

- c) Financieros
 - Autofinanciado

7.3. Validación de los instrumentos

No se requiere de validación cuantitativa por tratarse de una ficha de recolección de datos, cuya estructura fue validada en cuanto a contenido por un experto (tutor).

7.4. Criterios para manejo de resultado

a) Plan de Procesamiento

Los datos registrados en el Anexo 1 serán luego codificados y tabulados para su análisis e interpretación.

Los datos organizados se convertirán en tablas y gráficos para sistematizar los resultados y proceder a su interpretación.

b) Plan de análisis

Se empleará estadística descriptiva con distribución de frecuencias (absolutas y relativas), medidas de tendencia central (promedio) y de dispersión (rango, desviación estándar) para variables numéricas; las variables categóricas se presentarán como proporciones. La comparación de variables categóricas entre grupos se realizará con la prueba chi cuadrado y de las variables numéricas entre grupos, t de student. La asociación bivariada se analizará con el cálculo del odds ratio, y la asociación multivariada mediante análisis de regresión logística de los factores bivariados identificados como

significativos. Se considerarán significativas diferencias de $p < 0.05$. Para el análisis de datos se empleará la hoja de cálculo de Excel 2010 con su complemento analítico y el paquete SPSSv.20.0.

8. Cronograma de Trabajo

Actividades	Noviembre 2014				Diciembre 2014				Enero 2015				Febrero 2015			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1. Elección del tema y revisión bibliográfica	■	■														
2. Elaboración del proyecto y presentación					■	■										
3. Aprobación del proyecto									■							
4. Ejecución									■	■	■					
5. Análisis e interpretación													■	■	■	
6. Informe final																■

Fecha de inicio: 01 de Noviembre 2014

Fecha probable de término: 04 de Febrero 2015

9. BIBLIOGRAFÍA

1. Subirana MT, PijuanMA, Goya M, Baró F, CasaldáligaJ. Gestación y anticoncepción. RevEspCardiolSupl, 2009;9(5):48–56.
2. De León R, López LL, Molina D, Torres JM. Factores que influyen en la aceptación del DIU en el puerperio inmediato. Revista de la Escuela de Medicina “Dr. José Sierra Flores”. 2010; 24(1):6-10.
3. Schwarcz R. Obstetricia 6va edición. Editorial el Ateneo, 2009.
4. Cunningham G, McDonald P, Gant N. Puerperio. En: Obstetricia de Williams, 20^a ed. México DF: McGraw-Hill Interamericana; 2006. p. 696-710.

5. Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología. Métodos anticonceptivos y su uso en el Perú, ENDES 2009
6. Jackson E. Controversies in postpartum contraception: when is it safe to start oral contraceptives after childbirth? *Thromb Res.* 2011; 127Suppl3:S35-39.
7. MINSA – Instituto Materno Perinatal. Guías de práctica clínica y procedimientos en obstetricia y perinatología. 2010.
8. Navarro BL. Influencia de los conocimientos y actitudes en la aceptación del método anticonceptivo en el posparto: Hospital Hipólito Unanue abril – mayo 2008. *Rev Per ObstEnf.* 2008;4(2):117-121.
9. Carrera AV. Influencia de los conocimientos y actitudes sobre la aceptación de la anticoncepción quirúrgica voluntaria en mujeres en edad fértil. Tesis para optar el Título Profesional de médico cirujano. Facultad de Medicina Humana. Universidad Católica de Santa María, 2008.
10. Núñez S, Salinas A. Conocimientos y posible utilización de métodos anticonceptivos en puérperas atendidas en el Hospital Goyeneche de Arequipa, 2011. Tesis para optar el Título Profesional de Licenciadas en Obstetricia y Puericultura. Facultad de Medicina Humana, Programa Profesional de Obstetricia y Puericultura. Universidad Católica de Santa María, 2011.
11. Romero G, Soria S, Ponce A. Aceptación de anticonceptivos durante el puerperio en embarazos no planeados. *GinecolObstetMex.* 2009;77(11):499-503.

12. Lopera-Vallejo AF, IguarbeJG, Eyzaguirre F. Esterilización histeroscópica con Essure: experiencia en el Hospital Universitario Vall d'Hebron. ProgObstetGinecol. 2013;56(10):497-501.
13. Ríos J. Eficacia y seguridad a largo plazo de la esterilización femenina histeroscópica mediante el dispositivo essure. Tesis doctoral. Universidad de Córdoba, 2014
14. ManjónJB. Reflexiones biojurídicas sobre la esterilización forzosa de personas con deficiencia psíquica. Derecho y Salud. 2014; Volumen 24. Extraordinario XXIII Congreso 2014:131-142.
15. DemolC. Aproximación a la sexualidad y al embarazo en jóvenes de comunidades rurales de Oaxaca (México). Publicaciones urv. México, 2014. pp 125-141.
16. BrodskyJM. Objeción de conciencia médica, salud sexual y reproductiva y autonomía personal de la mujer en la práctica de ligadura de trompas de falopio. Posibles conflictos y una propuesta desde la teoría de la ponderación de principios. En Letra, 2014, año I, número extraordinario: pp. 6-27.
17. Morales C, Lamelas ML, Tejuca S, Álvarez I. Anticoncepción posparto en mujeres con riesgo de exclusión social. ProgObstetGinecol. 2011; 54(1):16–20
18. Gervaise A, Fernandez H. Técnicas de esterilización femenina. EMC - Ginecología-Obstetricia, 2010;46(3):1–10.

19. Organización Mundial de la Salud. Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos. Cuarta edición. Ginebra: OMS; 2009.
20. Pineda EC. La esterilización femenina forzada en el contexto latinoamericano. Anamnesis, Revista de Bioética, Bogotá (Colombia). 2012;7:51-57
21. Galeano JE, Gallard NE, Mansutti LR. Grado de conocimiento de la población femenina de la Ciudad de Corrientes sobre la ley 26.130 (contracepción quirúrgica). Revista de Postgrado de la VíaCátedra de Medicina. 2011; 209:14-17.
22. Álvarez M, Hinojosa M, Salvador S, López R, Gonzáles G, Carbonell I et. Morbilidad materna extremadamente grave, un problema actual.Rev Cubana HigEpidemiol. 2011;49(3):420-433.
23. Ministerio de Salud (Argentina). Anticoncepción quirúrgica en mujeres: Ligadura de Trompas de Falopio. 2008
24. Duffy S, Marsh F, Rogerson L, Hudson H, Cooper K, Jack S, et al. Female sterilisation: a cohort controlled comparative study of ESSURE versus laparoscopic sterilisation. BJOG 2005;112(11):1522-1528.
25. INEI. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2007-2008 (ENDES Continua 2007-2008). Lima: INEI 2009
26. MINSA/DGSP/ Norma técnica de planificación familiar. Dirección General de salud de las personas. Estrategia sanitaria nacional de salud sexual y reproductiva. Lima,2005

27. Bartz D, Greenberg JA. Sterilization in the United States. *RevObstetGynecol.* 2008;1(1):23-32
28. Távara-Orozco L. Análisis de la oferta de anticonceptivos en el Perú. *Rev Per GinecolObstet.* 2010;56:120-136
29. World Health Organization. *World Health Statistics 2014.* Ginebra: WHO; 2014
30. INEI. *Encuesta Demográfica y de Salud Familiar-ENDES 2013.* Lima: INEI; 2014.
31. Rodríguez-Paz CA, Gonzáles-De Blas JJ, Carreón-Bringas RM. Experiencia en vasectomías y oclusión tubaria bilateral por cirugía ambulatoria en dos hospitales rurales. *CirCiruj* 2008;76:415-418.
32. Moschella, RG, Charalambopoulos JT, Pawlowicz, MP, Naddeos J, Rodrigues PG. Motivos de solicitud de ligadura tubaria. Estudio exploratorio desde la perspectiva de las usuarias gran multíparas que asisten a un hospital público de la ciudad de Buenos Aires. *Rev. Hosp. Mat. Inf. Ramón Sardá.* 2009;28(3):114-120.
33. Torres CM, Vergara EC. Características sociodemográficas de personas sometidas a esterilización quirúrgica (Medellín 2006-2010). *Rev CES Salud Pública.* 2012;3(2):129-140.
34. Huber AW, Mueller MD, Guezzi F, Cromi A, Dreher E, Raio L. Tubal sterilization: complications of laparoscopy andminilaparotomy. *Eur J ObstetGynecolReprod Biol.* 2007;134(1):105-109.

35. Thiel JA, Carson GD. Cost-Effectiveness Analysis Comparing the Essure tubal sterilization procedure and Laparoscopic tubal sterilization. J ObstetGynaecol Can. 2008;30(7):581-585
36. Beerthuisen R. State-of-the-art of non-hormonal methods of contraception: V. Female sterilisation. Eur J ContraceptReprodHealthCare.2010;15(2):124-135.
37. Albornoz IM. Conocimientos y actitudes hacia los métodos anticonceptivos en los estudiantes de enfermería del primer año de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos 2006 .Tesis para optar el título profesional del Licenciada en Enfermería. Facultad de Medicina Humana E.A.P. de Enfermería de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos 2007.
38. Romero G, Urbina FJ, Ponce AL, Amador N. Morbilidad materno-fetal en embarazadas obesas. GinecolObstetMex. 2006;74(9):483-487.

10. Anexos

Anexo 1: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Ficha:N° _____

La paciente participa de forma voluntaria y anónima en la encuesta para el trabajo de investigación que tiene como objetivo identificar los factores que condicionan el rechazo al bloqueo tubárico bilateral (BTB).

Acepto

No acepto

Grupo de estudio: Rechazo del BTB Aceptación del BTB

Edad: _____ años

Paridad: _____ partos previos. N° Partos vaginales..... N° Cesáreas..... indicación.....

N° de hijos vivos: _____

Estado civil: Soltero Casada Conviviente Separada

Nivel de Instrucción: Iltrado Primaria Secundaria Superior

Religión: Católica Adventista Evangelista Testigo de Jehová
Atea Otra

Ocupación: Ama de casa Estudiante Independiente Empleada

Enfermedad que padezca: _____

Indicación del BTB

IV. Solicitud propia de la paciente

V. Alcanzó número deseado de hijos

VI. Riesgo reproductivo elevado

Tiene intención de usar algún otro método para no quedar embarazada?

No Si Si la respuesta es afirmativa, marque su elección

Método a escoger:

Ritmo Inyectable de 3 meses

Lactancia materna exclusiva T de cobre

Preservativos o condón Otra:

Píldora anticonceptiva Especificar

Si decidió no hacerse la ligadura de trompas, por favor indique el motivo

- Temor a infecciones de la cirugía
- Temor a hemorragias en la cirugía
- Temor a complicaciones en el futuro Especificar
- Deseo de tener más hijos
- Pareja se va realizar la vasectomía
- Otro Especificar

Observaciones: