UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE MEDICINA

Proyecto de Investigación previo a la obtención del título de Médico General

TRABAJO DE TITULACIÓN

Planificación familiar de las usuarias que acuden al Centro de Salud Tisaleo, cantón Tisaleo, Tungurahua, 2018

Autor(es):

Lesly Dayana Carrillo Granizo

Karina Alexandra Quera Ñama

Tutora: Dra. Katherine Cubillo

Riobamba - Ecuador

Año 2019

ACEPTACIÓN DEL TRIBUNAL

Los miembros del tribunal de graduación del proyecto de investigación de título: **"Planificación familiar de las usuarias que acuden al Centro de Salud Tisaleo, cantón Tisaleo, Tungurahua, 2018"**, presentando por los estudiantes: Carrillo Granizo Lesly Dayana y Quera Ñama Karina Alexandra y dirigido por la Doctora Katherine Cubillo

Una vez escuchada la defensa oral y revisado el informe final del proyecto de investigación con fines de graduación escrito en la cual se ha constatado el cumplimiento de las observaciones realizadas, remite la presenta para uso y custodia en la biblioteca de la Facultad de Ciencias de la Salud de la UNACH.

Para constancia de lo expuesto firman:

Dr. Patricio Vásconez ……

PRESIDENTE DEL TRIBUNAL **FIRMA**

Dra. Cecilia Casco Manzano ……

MIEMBRO DEL TRIBUNAL **FIRMA**

Dr. Ángel Mayacela Alulema ……

MIEMBRO DEL TRIBUNAL **FIRMA**

Dra. Katherine Cubillo ……

TUTORA **FIRMA**

CERTIFICADO DE TUTORÍA

Yo, Katherine Elizabeth Cubillo Chungata, docente de la carrera de Medicina en calidad de tutora del trabajo de investigación **titulado "Planificación familiar de las usuarias que acuden al Centro de Salud Tisaleo, cantón Tisaleo, Tungurahua, 2018",** presentado por las estudiantes Carrillo Granizo Lesly Dayana y Quera Ñama Karina Alexandra, en legal forma certifico haber revisado el desarrollo del mismo, por lo que autorizo su presentación para la revisión y sustentación respectiva.

Es todo lo que puedo informar en honor a la verdad

Atentamente

Dra. Katherine Cubillo
C.I.: 091664231-7
TUTORA

DERECHOS DE AUTORÍA

Nosotras, Carrillo Granizo Lesly Dayana y Quera Ñama Karina Alexandra autores del trabajo de titulación titulado: **"Planificación familiar de las usuarias que acuden al Centro de Salud Tisaleo, cantón Tisaleo, Tungurahua, 2018.",** declaramos que su contenido es original y corresponde al aporte investigativo personal. Somos responsables de las opiniones, expresiones, pensamientos y concepciones que se han tomado de varios autores como también del material de internet ubicado con la respectiva autoría para enriquecer el marco teórico. De la misma manera concedemos los derechos de autor de la Universidad Nacional de Chimborazo, según lo establecido por la ley de propiedad intelectual, por su reglamento y norma vigente.

.....

Carrillo Granizo Lesly Dayana

C.I.: 1718681529

.....

Quera Ñama Karina Alexandra

C.I.: 0604872572

DEDICATORIA

Agradezco primero a Dios por darme la fortaleza y valentía para no caer ante los problemas, a mis padres Rebeca Granizo y Germán Carrillo, a mi hermana Bagy, y a todas las personas que formaron parte de mi sueño, para ustedes este agradecimiento y dedicatoria gracias por ser mi pilar fundamental.

LESLY DAYANA

A mi Dios por regalarme a los mejores padres del mundo que son Hugo y Gloria quienes guiaron mis pasos, estuvieron a mi lado en los peores y mejores momentos de mi vida; a mis queridos hermanos por compartir conmigo y a mi tío Luis que desde el cielo está cuidándome, a cada uno de ustedes por ser la motivación de cada día y apoyo de mi sueño de ser médico. Con mucho amor para ustedes…

KARINA ALEXANDRA

AGRADECIMIENTO

Mi agradecimiento primero Dios y la virgen de Fátima por haberme permitido cumplir mi sueño de ser médico, a mis padres Rebeca Granizo y Germán Carrillo Moreno, a mi Universidad Nacional de Chimborazo; a mis padrinos Fabián y María Granizo, a mi Doctora Sonia Meza quién fue mi maestra y me apoyó durante la carrera y como no olvidar a la Dr. Patricio Vásconez quien aparte de ser mi docente, también formó parte de cumplir mi sueño, a la Dra. Katherine Cubillo nuestra tutora y maestra quien guió nuestros para culminar nuestro proyecto; por todo esto gracias, ahora tengo que hacerlos quedar bien y ser un gran médico.

LESLY DAYANA

Mi agradecimiento infinito a mi Dios, por la vida, por todo lo maravilloso que puso en mi vida. Mi infinita gratitud a mis padres que hicieron todo lo posible por apoyarme económicamente y moralmente en mi carrera. Agradezco a mi Universidad Nacional de Chimborazo por ayudar en mi formación académica, al Hospital IESS Ambato donde realice mi internado rotativo, a mis queridos profesores; un agradecimiento especial para nuestra tutora Dra. Katherine Cubillo por siempre tener esa paciencia y brindarnos su confianza para acudir a ella sin temor alguno. No me queda más que decir: gracias por todo.

KARINA ALEXANDRA

ÍNDICE

ACEPTACIÓN DEL TRIBUNAL ..... **¡Error! Marcador no definido.**
CERTIFICADO DE TUTORÍA ..... **¡Error! Marcador no definido.**
DERECHOS DE AUTORÍA ..... **¡Error! Marcador no definido.**
DEDICATORIA IV
AGRADECIMIENTO V
RESUMEN 1
ABSTRACT ..... **¡Error! Marcador no definido.**
I. INTRODUCCIÓN 3
I.1 Planteamiento del Problema 3
I.2 Formulación del problema 4
1.3 Justificación 4
I.4 Objetivos 4
I.4.1 Objetivo General 4
I.4.2 Objetivos Específicos 4
II. ESTADO DEL ARTE 5
II.1 Planificación familiar 5
II.2 Anticoncepción 5
II.3 Asesoría general en la planificación familiar 5
II.3.1 Atención preconcepcional 5
II.3.2 Atención en infertilidad 5
II.4 Anticoncepción en situaciones especiales 6
II.4.1 Anticoncepción y VIH 6
II.4.2 Anticoncepción en la adolescencia 6
II.4.3 Anticoncepción de la perimenopausia 6
II.5 Métodos anticonceptivos 6
II.5.1 Métodos de Barrera 7
II.5.2 Métodos Hormonales 8
II.5.3 Métodos Mecánicos 14
II.5.4 Métodos Quirúrgicos 14
II.5.5 Métodos Naturales 15
III. METODOLOGÍA 17
III.1 Tipo de estudio 17
III.2 Diseño de estudio 17
III. 3 Área de estudio 17
III.4 Universo y muestra 18

III.5 Identificación de variables 18
III.5.1 Variable independiente 18
III.5.2 Variable dependiente 18
III.6 Métodos de investigación 21
III.7 Técnicas e instrumentos de recolección de datos 21
III.8 Procesamiento estadístico 21
IV. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS 22
V. CONCLUSIONES 29
VI. RECOMENDACIONES 30
VII. BIBLIOGRAFÍA 31
VIII. ANEXOS 33

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Población de mujeres en edad fértil (MEF) del Centro de Salud Tisaleo, 2018 22
Tabla 2 Porcentaje de la población de MEF que realizaron planificación familiar en el Centro de Salud Tisaleo, 2018 22
Tabla 3 Porcentaje del tipo de método de anticoncepción utilizado por las MEF según la edad, Centro de Salud Tisaleo, 2018 23
Tabla 4 Porcentaje del tipo de anticonceptivos hormonales utilizados por las MEF según la edad, Centro de Salud Tisaleo, 2018 25
Tabla 5 Porcentaje de anticonceptivos hormonales usado en adolescentes de 10 a 19 años de edad, Centro de Salud Tisaleo, 2018 26
Tabla 6 Porcentaje de anticonceptivos hormonales usado en mujeres de 35 a 49 años de edad, Centro de Salud Tisaleo, 2018 27

RESUMEN

Introducción: La fertilidad es la capacidad que tiene el ser humano para concebir un hijo, a través de la fecundación. Según la literatura la edad fértil en una mujer comprende entre los 10-49 años de edad. Ahora bien según el Ministerio de Salud dando cumplimiento a los lineamientos nacionales e internacionales, pone en pie a la planificación familiar como un derecho de la mujer y su pareja para poder decidir acerca de su salud sexual y reproductiva; además de la contribución de programas que mejoren la salud de la mujer y su familia.

Objetivos: Conocer los principales métodos de planificación familiar de las usuarias que acuden al Centro de Salud Tisaleo, cantón Tisaleo, Tungurahua, 2018.

Material y métodos: Es un estudio cuantitativo, descriptivo, de corte transversal.

En el cual se investigó a través de registros estadísticos, a las mujeres en edad fértil que aplican planificación familiar, al igual que el uso de métodos anticonceptivos según la edad. La población de estudio fue de 1.596 mujeres en edad fértil, de 10-49 años de edad, atendidas en el Centro de Salud Tisaleo; cuya muestra quedó conformada 459 mujeres en edad fértil.

Resultados: De las 1.596 mujeres en edad fértil, que corresponde al 31,09%, solo 459 realizan planificación familiar que representa el 28,76%; de las cuales el 58,39% acuden a consulta para consejo y asesoría de planificación familiar, el 41,39% al uso del método hormonal y el 0.22% método de barrera sin evidenciarse ningún porcentaje con respeto al método mecánico y quirúrgico.

Conclusiones: Con una población de 1.596 mujeres en edad fértil, de las cuales solo 459 hacen planificación familiar, que presenta el 28,76 %; mientras tanto las 1.137, cuyo porcentaje es 71,24 % no realizan planificación familiar.

Palabras clave: Mujeres en edad fértil, planificación familiar, métodos anticonceptivos.

ABSTRACT

Introduction: Fertility is the ability of the human being to conceive a child through fertilization. According to the literature, the fertile age in a woman is between 10-49 years of age. However, according to the Ministry of Health, complying with national and international guidelines, it sets up family planning as a right for women and their partners to decide about their sexual and reproductive health. Besides, to the contribution of programs that improve the health of women and their families.

Objectives: To get to know the main methods of family planning of the users who come to the Tisaleo Health Center, Tisaleo Canton, Tungurahua, 2018.

Material and methods: It is a quantitative, descriptive, cross-sectional study.

This research used statistical records; women of childbearing age were investigated as family planning procedures, as well as the use of contraceptive methods according to age. The study population was 1,596 women of childbearing age, 10-49 years old, treated at the Tisaleo Health Center, whose sample was made up of 459 women of childbearing age.

Results: Of the 1,596 women of childbearing age, which correspond to 31.09%, only 459 carry out family planning that represents 28.76%; of which 58.39% obtained a consultation for family planning advice and guidance, 41.39% to use the hormonal method and 0.22% barrier method without evidencing any percentage with respect to the mechanical and surgical method.

Conclusions: With a population of 1,596 women of childbearing age, of which only 459 do family planning, with 28.76%; meanwhile, the 1,137, whose percentage is 71.24%, not calculated family planning.

Keywords: Women of childbearing age, family planning, contraceptive methods.

Translation of the abstract reviewed by Dr. Narcisa Fuertes PhD

Professor at Competencias Linguísticas UNACH.

I. INTRODUCCIÓN

El 13 de mayo de 1968 en Teherán, se declaró en la conferencia Internacional sobre los Derechos Humanos de las Naciones Unidas, en donde los padres tienen el derecho de decidir, de manera libre y responsable, el número y el espaciamiento de sus hijos. Según el ministerio de Salud dando cumplimiento a los lineamientos nacionales e internacionales mencionados anteriormente tratan de mantener una vida sexual y reproductiva adecuada para la mujer y su pareja, además de programas que mejoren la salud de la mujer y su familia.

Comenzaremos diciendo que la fertilidad es la capacidad que tiene el ser humano de concebir un hijo, cuando se produce la fecundación. Cabe recalcar que, en la mayoría de hembras mamíferos, comienzan ya la formación de sus gametos en la etapa embrionaria, determinando un número exacto de células germinales.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el fenómeno de la menstruación, constituye un indicador en la maduración sexual de la mujer (Segarra.I, 2017). En cuanto a la vida fértil de una mujer se considera en el rango de 10- 49 años de edad (Ministerio de Salud Pública , 2017); no obstante, después de esta edad la producción de hormona baja, al igual que su posibilidad de ser madre. La menopausia es una etapa en la vida de la mujer, que se inicia con la desaparición progresiva de la función ovárica; es decir desaparición de la menstruación, así como ciertos cambios a nivel físico, social, mental y emocional. (Segarra.I, 2017)

I.1 Planteamiento del Problema

El cantón Tisaleo está ubicado en la provincia de Tungurahua, limitado por el cantón Ambato al noroccidente y al suroriente con Mocha y Cevallos , en el cual encontramos el Centro de Salud del mismo nombre, correspondiente al Distrito de Salud 18D06 (Gobierno Autónomo Descentralizado, 2019)

Según los resultados del último Censo de Población realizado en el país en el año 2010, alcanzó una cifra de 13.126 habitantes del cantón Tisaleo (Yugcha C, Tisalema A, Escobar J, 2014-2019), lo que representa 1. 372 habitantes en la región urbana y 11.754 en lo rural (Naranjo F.L, 2017). Ahora bien, lo correspondiente a la población del Centro de Salud Tisaleo es de 5.133 habitantes.

Según la OMS, la planificación familiar, “permite a las personas tener el número de hijos que desean y determinar el intervalo entre embarazos”. Esto es posible mediante la aplicación de métodos anticonceptivos a elección y el tratamiento de la esterilidad (OMS,

2018). Sin embargo, recordemos que la fertilidad en la mujer va en declive a partir de los 35 años de edad. Con todo lo mencionado anteriormente es importante mencionar que, el problema que hemos encontrado en el Centro de Salud del cantón Tisaleo, es la falta de planificación familiar de las usuarias, así como la carencia de determinación de la población de mujeres en edad fértil y el poco uso de los métodos anticonceptivos.

I.2 Formulación del problema

¿Realizan planificación familiar las usuarias del Centro de Salud Tisaleo?

1.3 Justificación

Nuestro estudio se realiza con la finalidad de delimitar la población de mujeres en edad fértil del Centro de Salud Tisaleo, y si ellas aplican planificación familiar. Además de los métodos anticonceptivos más utilizados según la edad.

Cabe recalcar que la planificación, es considerada una estrategia aparte de ser un derecho, que ayuda a la mujer y a su pareja a elegir el tamaño de su hogar, considerando su nivel socioeconómico.

Esperamos que los resultados de nuestro proyecto de investigación sean de provecho para la comunidad médica a nivel local y nacional; a la entidad de salud de la cual obtuvimos la información para nuestro estudio y de esta manera contribuir en la utilización adecuada de los métodos anticonceptivos.

I.4 Objetivos

I.4.1 Objetivo General

Conocer los principales métodos de planificación familiar de las usuarias que acuden al Centro de Salud Tisaleo, cantón Tisaleo, Tungurahua, 2018.

I.4.2 Objetivos Específicos

1. Identificar la población de mujeres en edad fértil perteneciente al Centro de Salud Tisaleo.
2. Determinar el número de mujeres en edad fértil que realizan planificación familiar.
3. Describir los tipos de métodos anticonceptivos más utilizados según la edad.

II. ESTADO DEL ARTE

II.1 Planificación familiar

Según la OMS la planificación familiar, "permite a las personas tener el número de hijos que desean y determinar el intervalo entre embarazos", concepto que puede ser complementado con el de Anne Colston que señala que la planificación familiar "es el control de la población reducido a nivel individual en vez de nacional" (OMS, 2018).

II.2 Anticoncepción

Según Ministerio de Salud Pública (MSP) del Ecuador considera la anticoncepción, "Sustancia, fármaco, dispositivo o método que se opone o impide la concepción". Por otro lado, Gonzalo Herranz señala que la anticoncepción, "Es el impedimento de la concepción. No abarca solo el conjunto clásico de procedimientos, dispositivos o sustancias que impiden la reunión de espermatozoides y el ovocito y su fertilización. Incluye ahora, y trata de cobijar bajo la calificación ética de contracepción, los procedimientos, dispositivos o sustancias que impiden el desarrollo del embrión en el tiempo que va de la fecundación al final de la implantación" (Ministerio de Salud Pública , 2017).

II.3 Asesoría general en la planificación familiar

II.3.1 Atención preconcepcional

La asesoría preconcepcional debe ser ofrecida por todos los niveles de salud, con el objetivo de identificar riesgos existentes o potenciales que pueden ser corregidos antes de la concepción y se recomienda realizar un año antes del embarazo.

II.3.2 Atención en infertilidad

Todas las parejas con procesos de infertilidad deben recibir asesoría básica en cuanto al diagnóstico y seguimiento del caso. El manejo y tratamiento debe ser realizado en un nivel de máxima resolución. Es recomendable que la asesoría de infertilidad se realice después de un año de que la pareja haya buscado un embarazo sin conseguirlo; con el objetivo de identificar patologías existentes o riesgos potenciales que deben ser corregidos en la pareja. (MSP, 2010)

II.4 Anticoncepción en situaciones especiales

II.4.1 Anticoncepción y VIH

Es recomendable orientar a las mujeres y a sus parejas, para que eviten un embarazo no planificado, infecciones de transmisión sexual (ITS) y el VIH utilizando preservativos solos o junto con otro método anticonceptivo.

II.4.2 Anticoncepción en la adolescencia

La edad no es justificación para descartar ningún método anticonceptivo, por lo que los aspectos socio conductuales de los adolescentes deben ser considerados, siendo muy significativos para valorar su aceptabilidad, motivación y asegurar el adecuado cumplimiento de los mismos.

II.4.3 Anticoncepción de la perimenopausia

Hay que tener presente la disminución de la fertilidad que experimentan las mujeres luego de los 35 años, lo cual implica un beneficio adicional a la efectividad de cualquier método que se elija. El riesgo anual de embarazos es de 10% para las mujeres de 40 a 44 años, del 2% a 3% para las mujeres de 45 a 49 años, y es de 0% para las mujeres de más de 50 años.

Los anticonceptivos combinados orales (ACO) no están contraindicados en las mujeres mayores de 35 años no fumadoras. La elección se inclinó por uno de baja dosis de estrógeno.

Los beneficios a corto plazo incluyen el adecuado control del ciclo, evitando hipermenorreas; la reducción de los síntomas de tensión premenstrual; disminución de riesgo de enfermedad pélvica inflamatoria (EPI), quistes funcionales del ovario, enfermedades benignas de la mama, miomas y endometriosis. Entre las ventajas a largo plazo, se mencionan la reducción del riesgo de cáncer (ovario y endometrio), menor probabilidad de fractura de cadera (por sus efectos sobre de densidad mineral ósea) y reducción de la artritis reumatoide, así como su progresión a formas graves.

Los anticonceptivos inyectables disminuyen la densidad mineral ósea, por lo que no es recomendada para la perimenopausia. El inyectable combinado mensual en las mujeres sanas no fumadoras no está contraindicada (Ministerio de Salud de Perú, 2017).

II.5 Métodos anticonceptivos

“Los métodos anticonceptivos son aquellas sustancias, objetos o procedimientos que evitan o reducen las posibilidades de un embarazo. Pueden utilizarse desde la primera relación

sexual y durante toda la vida fértil de la persona"(Ministerio de Salud de la Nación de Argentina, 2015).

Epidemiología

Actualmente, el uso de anticonceptivos a nivel mundial se ha incrementado. Tal es el caso de Asia, que incrementó el uso de anticonceptivos de un 60.9% a un 61.8%. En África su utilización pasó de un 23.6% a 28.5%. Sin embargo, en África subsahariana su uso se mantiene disminuido. Por otra parte, en América Latina y el Caribe, el porcentaje de utilización se ha mantenido en 66,7% (OMS, 2018).

En Ecuador según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2012, el 81.4% de mujeres casadas o unidas entre 15 y 49 años, utilizan algún método anticonceptivo, de este porcentaje el 67.2% utilizan anticonceptivos modernos y el 12.6 % el método tradicional. Mientras que los anticonceptivos preferidos son: implante subdérmico 38.8%, inyectables 19.4%, esterilización femenina 18.1% (Ministerio de Salud Pública , 2017).

II.5.1 Métodos de Barrera

Evitan la unión del óvulo y el espermatozoide mediante una barrera mecánica; dentro de este grupo incluye: preservativo masculino, preservativo femenino, espermicidas, diafragma, capuchón cervical y la esponja vaginal, pero solo los dos primeros son los más utilizados en la actualidad.

II.5.1.1 Preservativo masculino

Es una funda que se adapta al pene erecto, elaborado por una fina goma de látex.

Existen diferentes modelos en cuanto a la longitud, diámetro, grosor, presencia o no de reservorio y material lubricante; al igual que en el caso de sensibilidad al látex existen preservativos de poliuretano (Frías A, Velasco C, Pulido A, 2014). La eficacia de este depende de su uso, alcanzando un 98% en el caso de ser correcto (Peláez J, 2016).

Mecanismo de acción: Forman una barrera que impide que los espermatozoides ingresen en la vagina, evitando el embarazo e ITS (Frías A, Velasco C, Pulido A, 2014).

En cuanto a su uso, se debe utilizar un preservativo nuevo para cada acto sexual, antes del contacto físico, colocar el preservativo en la punta del pene en erección con el lado enrollado hacia afuera, desenrollar el preservativo bien hasta la raíz del pene, inmediatamente después de la eyaculación, sostener el borde del preservativo en su lugar y retirarlo mientras el pene está erecto (Frías A, Velasco C, Pulido A, 2014).

Contraindicaciones: Alergia o hipersensibilidad al látex.

Efectos colaterales: Irritación del pene o la vagina por alergia (Ministerio de Salud de Perú, 2017).

II.5.1.2 Preservativo femenino

Es un revestimiento que se adapta a la vagina, elaborado por una película delgada de plástico suave y transparente (poliuretano). Tienen aros flexibles en ambos extremos. El aro en el extremo cerrado ayuda a la inserción del condón, mientras que el aro del extremo abierto ayuda a mantener parte del condón fuera de la vagina. Su eficacia alcanza el 95%, en los casos de uso correcto (Frías A, Velasco C, Pulido A, 2014).

Mecanismo de acción: Actúa como barrera para mantener a los espermatozoides fuera de la vagina, evitando el embarazo y protegiendo del VIH y otras ITS (Valero P, Rausell D, Pacheco C, García J, 2015).

Además, se debe usar un nuevo preservativo para cada acto sexual, antes de todo contacto físico introducir el preservativo en la vagina, asegurarse de que el pene entra en el p reservativo y se mantenga en su interior. Después de que el hombre retire su pene, sostener el aro externo del preservativo, girarlo para sellar dentro de los fluidos y, dócilmente retirarlo de la vagina (Frías A, Velasco C, Pulido A, 2014).

Contraindicaciones: No hay ninguna patología médica que contraindique el uso (Ministerio de Salud de Perú, 2017).

II.5.2 Métodos Hormonales

Son distintos preparados anticonceptivos que contiene hormonas femeninas que pueden administrarse por vía oral, intramuscular, subdérmica y cutánea (Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social , 2018).

II.5.2.1 Anticoncepción oral (AO)

Clasificación: Combinados monofásicos y minipíldora o anticonceptivos de progestágenos (Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social , 2018).

Anticonceptivos orales combinados monofásicos (AOC)

Se componen de un estrógeno más un progestágeno, con una dosis equitativa de ambos (por eso la denominación de monofásicos) (Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social , 2018). En condiciones habituales de uso, brinda protección del 92 al 99% (Vásquez D, Palacios S, Melo N, Gómez G, Mola R, 2014).

Tipos de preparados: Habitualmente se utilizan comprimidos que se toman a diario durante 21 días, seguidos de un periodo de descanso de 1 semana en el que aparece una hemorragia por deprivación hormonal. Los preparados que utilizan menor dosis de etinilestradiol (15

mcg) prolonga la toma hormonal durante 24 días. Otras presentaciones con 28 comprimidos se crearon para evitar olvidos tras la semana de descanso. En este caso, los últimos comprimidos son placebo y están identificados en el envase con distinto color (Frías A, Velasco C, Pulido A, 2014).

Mecanismo de acción: Impide la ovulación a través de la inhibición de la secreción de la hormona folículo estimulante (FSH) y hormona luteinizante (LH) por parte de la hipófisis. Altera el moco cervical volviéndolo hostil y difícilmente penetrable por los espermatozoides (Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social , 2018).

Se debe tomar una píldora todos los días, a la misma hora, la primera píldora el primer día de la menstruación. En el caso de que se inicie después (debe ser hasta el quinto día), se recomienda añadir un método de barrera al menos 1 semana (Frías A, Velasco C, Pulido A, 2014).

Ventajas: la mujer tiene sangrado solo 4 veces al año, o ninguna vez. Reduce la frecuencia de cefalea, síndrome premenstrual, cambios de humor y sangrado profuso o doloroso que aparecía durante la semana en la que no recibe píldoras hormonales (Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social , 2018).

Contraindicaciones: lactancia en los primeros seis meses posparto, embarazo o sospecha de embarazo, enfermedades tromboembólicas, accidente cerebrovascular, insuficiencia cardiaca, cardiopatía isquémica, cardiopatía reumática, cáncer mamario o del cérvix, entre otras (Vásquez D, Palacios S, Melo N, Gómez G, Mola R, 2014).

Efectos colaterales: Cefalea, náuseas, vómito, mareo, mastalgia, cloasma, sangrado intermenstrual (Vásquez D, Palacios S, Melo N, Gómez G, Mola R, 2014).

- **Anticonceptivos orales con progestágenos**

Son píldoras que sólo contienen progestina, usadas especialmente en mujeres que amamantan (Frías A, Velasco C, Pulido A, 2014).

Mecanismo de acción: impide la ovulación, con la inhibición de la secreción de la hormona FSH y de la hormona LH por parte de la hipófisis (Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social , 2018).

Indicaciones: Mujer con ciclos regulares, debe usar los primeros 5 días posteriores al inicio del sangrado menstrual. En caso de que haya sobrepasado los 5 días la mujer deberá utilizar protección adicional al menos por 2 días, tiempo necesario para que el anticonceptivo actúe. La mujer con lactancia materna debe usar a partir de las 6 semanas del parto; en caso de posparto sin lactancia materna, pueden iniciar en cualquier momento y tras un aborto puede ser inmediatamente (Frías A, Velasco C, Pulido A, 2014).

Contraindicaciones: embarazo posible o confirmado, hepatitis viral aguda, tumor hepático, cirrosis severa; mujeres que toman anticonvulsivantes, excepto ácido valproico; factores de riesgo para enfermedad cardiovascular, evidencia de enfermedad vascular, entre otros.

Efectos adversos: náuseas, cefalea leve, sensibilidad mamaria, leve aumento de peso, nerviosismo, acné, sangrado intermenstrual y amenorrea (Ministerio de Salud de Perú, 2017).

II.5.2.2 Anticonceptivo de emergencia

Son píldoras que sólo contienen progestina, o progestina y estrógeno juntos. Las píldoras de emergencia (PAE) también llamadas píldoras del día después o anticonceptivos poscoitales (Frías A, Velasco C, Pulido A, 2014), tienen una eficacia en las primeras 24 del 95% y de 58% a los 3 días. Cabe mencionar que no distorsiona un embarazo en curso, ni existen riesgos para las enfermedades cardiovasculares, hepáticas o migraña. El sobrepeso y obesidad disminuye la efectividad del producto (Vargas V, Ferrer L, Tovar J, Macías M, 2016).

Tipos de métodos:

a) Método de Yuzpe: son dos píldoras combinadas. El esquema es el siguiente: (Ministerio de Salud de Perú, 2017)

Etinilestradiol 50 mcg y levonorgestrel 250 mcg, dos dosis de dos tabletas cada 12 h.

b) Método de solo progesterona:

- Levonorgestrel tableta de 0.75 mcg, dos dosis.
- Levonorgestrel, 1.5 mcg, una sola dosis.

Mecanismo de acción: inhibe la ovulación y espesa el moco cervical. (Ministerio de Salud de Perú, 2017)

Efectos colaterales: el 50% presentan náuseas y el 20% vómito. En las que utilizan progestágenos solo, 23% presenta náuseas y el 6% vómito (Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social , 2018).

Efectos beneficiosos no contraceptivos de los AO

Se ha señalado una disminución entre 50-80% del riesgo de cáncer de ovario y el cáncer de endometrio, que se incrementa con la duración de uso y se mantiene hasta 10 o 15 años tras el cese de uso. Disminuye el riesgo de quiste de ovario, embarazo ectópico, EPI, patología benigna de la mama, produce un adecuado control de ciclo menstrual y mejora la dismenorrea. Además, se ha relacionado el consumo de AO con retraso del inicio de artritis reumatoide (Valero P, Rausell D, Pacheco C, García J, 2015).

II.5.2.3 Anticonceptivos inyectables

Clasificación:

a) Mensuales combinados

b) De acción prolongada

Mecanismo de acción: supresión de la ovulación y alteración el moco cervical impidiendo la penetración de los espermatozoides (Ministerio de Salud de Perú, 2017).

Inyectables mensuales combinados

Son aquellos que poseen estrógenos y progestágenos. Existen dos composiciones:

- 5 mg de valerato de estradiol y 50 mg de enantato de noretisterona.
- 5 mg de cipionato de estradiol y 25 mg de acetato de medroxiprogesterona.

Repetir inyección cada 30 días. (Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social , 2018) El momento de la aplicación será durante los primeros 5 días posteriores al inicio del sangrado menstrual (Frías A, Velasco C, Pulido A, 2014).

Contraindicaciones: lo mencionado anteriormente ver en contraindicaciones de anticonceptivos orales combinados (Ministerio de Salud de Perú, 2017).

Efectos adversos: náuseas, cefalea leve, sensibilidad mamaria, leve aumento de peso, nerviosismo, acné, sangrado intermenstrual y amenorrea (Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social , 2018).

Anticonceptivos inyectables de acción prolongada

Son anticonceptivos inyectables sólo de progestina no contiene estrógenos. Se dispone de presentaciones de: (Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social , 2018)

- Acetato de medroxiprogesterona de depósito (AMPD) de 150 mg x 1 ml. Para uso intramuscular
- Acetato de medroxiprogesterona de 104 mg x 0.65 ml. Para uso subcutáneo
- Enantato de noretisterona de 200 mg (EN-NET). Para uso intramuscular (Ministerio de Salud de Perú, 2017)

Se aplica cada dos o tres meses, según el tipo de inyectable. (Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social , 2018)

La primera dosis aplicar entre el primero y quinto día del ciclo menstrual. Se puede iniciar en el posparto inmediato, no interrumpe la lactancia y en los primeros días post aborto.

El AMPD administrar cada 3 meses, pudiendo adelantarse hasta dos semanas o, en caso de olvido, aplicar con un atraso de dos semanas. El EN-NET administrar cada dos meses pudiendo adelantarse hasta dos semanas o en caso de olvidarlo, aplicar con un retraso de dos semanas (Ministerio de Salud de Perú, 2017).

Beneficios no anticonceptivos: Puede mejorar la anemia, disminución de crisis de anemia falciforme, prevención de cáncer de endometrio; protección relativa contra la EPI, miomas uterinos y endometriosis; en caso de epilepsia puede ayudar a disminuir la frecuencia de convulsiones (Ministerio de Salud de Perú, 2017).

Contraindicaciones: enfermedades hepáticas graves; diabetes durante más de 20 años o lesiones provocadas por la diabetes en arterias, visión, riñones o sistema nerviosos; infarto de miocardio, cardiopatía por bloqueo o estenosis arterial, accidente cerebro vascular, antecedentes de cáncer de mama (Ministerio de Salud de Perú, 2017).

Efectos adversos: ausencia de menstruación, sangrado irregular, aumento de peso, distensión y molestia abdominal, sangrado profuso o prolongado, cefalea, cambios de humor o deseo sexual, migraña, sensibilidad de los senos (Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social , 2018).

II.5.2.4 Parches combinados

Son pequeños parches adhesivos, cuadrados y flexibles, que contienen un gestágeno denominado norelgestromina, con el estrógeno etinilestradiol; estas dos hormonas se liberan directamente a través de la piel. Se utiliza un parche nuevo cada semana durante 3 semanas, la cuarta semana en la que no se usa parche, la mujer tendrá la menstruación (Frías A, Velasco C, Pulido A, 2014).

Mecanismo de acción: impide la ovulación a través de la inhibición de la secreción de FSH y LH por parte de la hipófisis y altera el moco cervical (Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social , 2018).

Se debe iniciar su uso el primer día de la menstruación, en el caso de que el inicio sea posterior, se deberá asociar un método de barrera durante 1 semana. Si se produce un despegamiento parcial o total del parche se debe colocar uno nuevo rápidamente.

Efectos adversos: Amenorrea, náuseas, vómito, mareos, aumento de peso, cefalea, irritación de la piel (Ministerio de Salud de Perú, 2017).

II.5.2.5 Implantes subdérmicos

Son pequeños cilindros sólidos del tamaño de una cerilla, que liberan un progestágeno (levonorgestrel o etonogestrel) parecido a la progesterona natural. No contiene estrógenos, por lo que puede ser usado durante la lactancia y por las mujeres que no pueden usar estrógenos. Se insertan de forma subcutánea en la piel en la cara interna de la parte superior del brazo de la mujer mediante un procedimiento de cirugía mínima (Frías A, Velasco C, Pulido A, 2014).

Tipos:

Los que contienen levonorgestrel son:

- Norplant: 6 cilindros, es eficaz durante 5 años (ya no se produce) (36 mg de levonorgestrel). (Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social , 2018)
- Jadelle: 2 cilindros, es eficaz durante 5 años (75 mg de levonorgestrel en cada cilindro).
- Sino-Implant (II), es también llamado Femplant, Trust Implant y Zarin: 2 cápsulas, es eficaz por 4 años (75 mg de levonorgestrel en cada cilindro).

Los que contienen 68 mg de etonogestrel son:

- Implanon: 1 cilindro, eficaz durante 3 años.
- Nexplanon: 1 cilindro, eficaz durante 3 años.

Mecanismo de acción: modificación del moco cervical e inhibición de la ovulación al retraer el pico de secreción de LH. (Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social , 2018)

El momento adecuado para la inserción es los primeros 5 días tras el inicio de la menstruación; en el caso de que haya transcurrido más tiempo, la mujer debe utilizar protección durante 1 semana; en una mujer con lactancia materna, a partir de las 6 semanas del parto; en el posparto sin lactancia materna, se puede insertar en cualquier momento, en caso de que se inserte después de las 3 semanas tras parto, la mujer deberá utilizar protección durante 7 días; tras un aborto se puede colocar inmediatamente (Frías A, Velasco C, Pulido A, 2014).

Contraindicaciones: sangrado vaginal inexplicado, trombosis en venas profundas de miembros o pulmones, cáncer de mama, hepatopatía severa, infección o tumor de hígado; estar recibiendo barbitúricos, carbamazepinas entre otros ya que reducen la eficacia.

Efectos colaterales: sangrado irregular, ausencia de la menstruación, sangrado profuso o prolongado, cefalea, acné, alteraciones de peso, tensión mamaria, infección en el sitio de la inserción y dolor abdominal (Ministerio de Salud de Perú, 2017).

II.5.2.6 Anillo vaginal

Es un anillo delgado, transparente y flexible que se inserta en la vagina.

Mecanismo de acción: Suprime la ovulación y espesa el moco cervical (Ministerio de Salud de Perú, 2017).

Tipos:

- Combinado: (estrógenos y progestágenos) se usa por 3 semanas y se descansa una, luego es sustituido por uno nuevo.
- Solo progesterona, se utiliza durante un máximo de 3 meses y se cambia por uno nuevo seguidamente sin descanso (Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social , 2018).

Contraindicaciones: similares a las contraindicaciones de los anticonceptivos orales combinados.

Efectos adversos: flujo vaginal, irritación vaginal, náuseas, vómito, sangrado irregular, variación de peso, cefalea (Ministerio de Salud de Perú, 2017).

II.5.3 Métodos Mecánicos

II.5.3.1 Dispositivo intrauterino (DIU)

El DIU es un método anticonceptivo seguro, efectivo y reversible. Existen dos tipos: (Valero P, Rausell D, Pacheco C, García J, 2015)

a) DIU de cobre, es un pequeño armazón de plástico flexible rodeado de mangas o alambres de cobre.
b) DIU con levonorgestrel, es también un dispositivo plástico en forma de T que libera continuamente pequeñas cantidades de levonorgestrel cada día. (Frías A, Velasco C, Pulido A, 2014)

La eficacia de ambos tipos supera el 99%. El tiempo de duración de la T de cobre es hasta 10 años y el DIU con levonorgestrel hasta 5 años (Ministerio de Salud de Perú, 2017).

Mecanismo de acción:

- DIU de cobre: libera cobre, afectando la capacidad migratoria de los espermatozoides y altera el moco cervical, espesándolo.
- DIU con hormona: libera levonorgestrel en forma diaria. Produce cambios en la cantidad y viscosidad del moco cervical, inhibiendo así la penetración de los espermatozoides (Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social , 2018).

Contraindicaciones: embarazo, postparto de 48 h a 4 semanas, sepsis puerperal, post aborto del primer o segundo trimestre séptico o complicado, sangrado vaginal inexplicable, fibromas uterinos con distorsión de la cavidad, enfermedad del trofoblasto, cáncer cervical o de endometrio, cáncer de mama, EPI actual, entre otras (Ministerio de Salud de Perú, 2017).

Efectos colaterales: dolor postcoital leve o severo, dismenorrea, flujo vaginal, sangrado menstrual más abundante o prolongado, sangrado leve o irregular, expulsión parcial del DIU, hilos del DIU no visibles, perforación o incrustación del DIU, EPI (Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social , 2018).

II.5.4 Métodos Quirúrgicos

Es un método definitivo y en principio irreversible para los hombres y mujeres que no desean tener más hijos (Frías A, Velasco C, Pulido A, 2014).

II.5.4.1 Esterilización femenina

También llamada, ligadura de trompas o esterilización tubárica, es un procedimiento quirúrgico que bloquea la continuidad de los espermatozoides, evitando su encuentro con el óvulo. (Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social , 2018) La eficacia es alta, con una tasa de fallo del 0,4% que es menor cuando es mayor la experiencia del cirujano (Valero P, Rausell D, Pacheco C, García J, 2015).

Bloquea la continuidad de las trompas de Falopio, por lo cual impide el paso de los óvulos y espermatozoides (Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social , 2018).

Complicaciones: ocasionalmente pueden presentarse problemas asociados al procedimiento anestésico (bloqueo epidural o anestésico) o quirúrgico (hemorragia o infección) (Ministerio de Salud de Perú, 2017).

II.5.4.2 Esterilización masculina

Es también llamada vasectomía; tiene una tasa de fallo menor del 0.1% (Valero P, Rausell D, Pacheco C, García J, 2015).

Bloquea la continuidad de los conductos deferentes, impidiendo el paso de los espermatozoides.

Complicaciones: casualmente puede presentarse problemas asociados al procedimiento quirúrgico como: inflamación severa, equimosis, hematoma, infección de la herida operatoria y granuloma (Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social , 2018).

II.5.5 Métodos Naturales

También llamados métodos basados en el conocimiento de la fertilidad. La eficacia varía uno con otros, no superando el 75% en el caso de uso frecuente y logra el 90% en el caso de uso correcto (Frías A, Velasco C, Pulido A, 2014).

II.5.5.1 Método de la temperatura basal, corporal o térmico

Consiste en la identificar el periodo de ovulación por medio del registro diario de la temperatura basal durante el ciclo menstrual. La temperatura elevada indica que la mujer está ovulando. (Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social , 2018) Las tasas de embarazos por cada 100 mujeres en el año, oscila entre 0.7 a 19.5% (Valero P, Rausell D, Pacheco C, García J, 2015).

Metodología: se toma la temperatura a partir del primer día del ciclo por la mañana antes de levantarse de la cama, y luego de un periodo mínimo de 6 horas de sueño nocturno (Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social , 2018) . En los días subsiguientes a la menstruación se registra las temperaturas bajas, volviendo a subir a partir de la ovulación.

Se debe realizar una abstinencia de 72 horas como mínimo a partir del primer día en que se registra el aumento de la temperatura si se desea evitar un embarazo (Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social , 2018).

II.5.5.2 Método del moco cervical, ovulación

Es también conocido como método de Billings, consiste en reconocer la fase fértil del ciclo menstrual por la presencia de moco cervical, la lubricación o sensación de humedad mediante el control diario de los genitales. La fase fértil va desde el día de inicio de la sensación de humedad o presencia de moco, hasta 3 días después de haber identificado el día fértil (día máximo humedad, moco filante), hasta el momento en el cual el moco se vuelva pegajoso o existe sensación de sequedad. (Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social , 2018) Tiene una tasa de fallos que puede llegar a 20 embarazos por 100 mujeres/ año (Valero P, Rausell D, Pacheco C, García J, 2015).

Este método está basado en la abstinencia sexual durante la fase fértil del ciclo menstrual para evitar un embarazo (Ministerio de Salud de Perú, 2017).

Aprender a observar los signos y síntomas de fertilidad. Registrar estos signos y síntomas en una gráfica o cartilla. Interpretar apropiadamente lo registrado (Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social , 2018).

II.5.5.3 Método del ritmo o calendario

También llamado método de Ogino-Knus, consiste calcular el periodo fértil por las fechas de los seis últimos meses lo que permite saber cuál es el ciclo más largo y cuál es el más corto (Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social , 2018) .

Mecanismo de acción: Se basa en la abstinencia sexual durante la fase fértil del ciclo menstrual para evitar un embarazo (Ministerio de Salud de Perú, 2017).

Características:

- Registrar la duración (número de días) de cada ciclo menstrual durante un mínimo de 6 meses. El primer día de la menstruación siempre se cuenta como el día 1 (Frías A, Velasco C, Pulido A, 2014).
- De la historia menstrual, seleccionar el ciclo más corto y el más largo.
- El cálculo del periodo fértil se hace con la fórmula: Ciclo más corto -18= primer día de abstinencia. Ciclo más largo -11 = último día de abstinencia (Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social , 2018).

II.5.5.4 Método de lactancia materna y amenorrea (MELA)

Basado en la infecundidad temporal de la mujer durante la lactancia. (Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social , 2018) La eficacia alza el 98% en caso de uso correcto (Frías A, Velasco C, Pulido A, 2014).

Mecanismo de acción: supresión de la ovulación producida por el aumento de la hormona prolactina como consecuencia de la lactancia materna exclusiva (Ministerio de Salud de Perú, 2017).

Criterios básicos:

- Lactancia exclusiva a libre demanda o sea un procedimiento de amamantar 10 a 12 veces durante día y noche, con un intervalo no mayor de 4 horas durante el día y de 6 horas durante l noche.
- Que la usuaria se mantenga en amenorrea, es decir que no haya sangrado posteriormente de los 42 días post parto.
- Que la usuaria se encuentre dentro de los 6 meses post parto (Ministerio de Salud de Perú, 2017).

III. METODOLOGÍA

III.1 Tipo de estudio

Se realizó un estudio cuantitativo, descriptivo, de corte transversal.

III.2 Diseño de estudio

Es un estudio cuantitativo, porque nos permite a través de registros estadísticos delimitar el número existentes de mujeres en edad fértil (MEF) en el sitio de estudio, así como el porcentaje de métodos anticonceptivos más utilizados por las mismas según la edad. Descriptivo, porque nos permitir indagar, detallar que MEF realizan planificación familiar en el Centro de Salud Tisaleo, periodo - 2018, y de corte transversal porque se efectúo en un tiempo determinado, sin tomar en cuenta datos anteriores ni posteriores al estudio.

III. 3 Área de estudio

Nuestra investigación se dirige a las MEF del Centro de Salud Tisaleo, ubicado en el cantón Tisaleo, provincia de Tungurahua.

En el presente estudio se realizará la determinación de la cantidad de MEF que realizan planificación familiar, además del uso de anticonceptivos según la edad.

III.4 Universo y muestra

La población de estudio fue de 1.596 MEF, de 10-49 años de edad, atendidas en el Centro de Salud Tisaleo.

III.4.1 Muestra

La muestra quedó conformada 459 MEF de 10-49 años de edad, quienes realizaron planificación familiar y además utilización de métodos anticonceptivos según la edad.

III.5 Identificación de variables

III.5.1 Variable independiente

- Mujeres en edad fértil

III.5.2 Variable dependiente

- Planificación familiar
- Métodos anticonceptivos

Variable Independiente	Definición	Escala de clasificación	Indicador
Mujeres en edad fértil	La fertilidad es la capacidad que tiene el hombre y la mujer para tener hijo. (Dr. Billings J, 2011)	10-14 años 15-19 años 20-24 años 25-29 años 30-34 años 35-39 años 40-44 años 45-49 años	Población de MEF Nº de mujeres en edad fértil X x 100 Nº total de la población

Variable Dependiente	Definición	Escala de clasificación	Indicador
Planificación familiar	Permite a las personas decir el número de hijos que desean tener y determinar el intervalo entre embarazos. (OMS, 2018)	Si No	Porcentaje de MEF que realizan planificación familiar Nº de mujeres en edad fértil X x 100 Nº total de mujeres en edad fértil
Métodos anticonceptivos	Son aquellas sustancias, objetos o procedimientos que evitan o reducen las posibilidades de un embarazo. (Ministerio de Salud de la Nación de Argentina, 2015)	1. Naturales 2. Barrera 3. Mecánicos 4. Hormonales 5. Quirúrgicos	Porcentaje del tipo de método de anticonceptivo utilizado en las MEF N° de métodos anticonceptivos utilizados X x 100 Nº total de mujeres en edad fértil

III.6 Métodos de investigación

III.6.1 Método estadístico:

Dada la naturaleza del fenómeno se ha investigado, el grado de información disponible que hay sobre el mismo, el ámbito de conocimiento y las características del campo de estudio, estableciendo la cuantificación de MEF, y quienes de ellas realizan planificación familiar, además del uso de métodos anticonceptivos según la edad en el en el Centro de Salud Tisaleo, a través del acceso a datos estadísticos que corroboren la información real.

III.7 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Se recolectaron datos del total MEF que acuden al Centro de Salud Tisaleo y del total quienes realizaron planificación familiar a través del uso de la base de datos estadísticos del Centro de Salud de Tisaleo, así como del uso de métodos anticonceptivos según el rango de edad de la población en estudio

III.8 Procesamiento estadístico

Para el procesamiento de la información se recolectó los datos estadísticos del Centro de Salud Tisaleo, y se empleó una hoja cálculo de Excel, para el cálculo de los parámetros necesarios de la investigación. Y de esta forma poder establecer el total de MEF, que realizaron planificación familiar, así como el porcentaje de los métodos anticonceptivos utilizados según la edad.

IV. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Tabla 1 Población de mujeres en edad fértil (MEF) del Centro de Salud Tisaleo, 2018

Grupo poblacional	No.	Porcentaje
Población en general	3.537	68,91 %
MEF	1.596	31,09 %
Población Total	5.133	100 %

Fuente: Plataforma de Registro de Atenciones en Salud (PRAS) 2019

Elaborado por: Carrillo L, Quera K.

Análisis y discusión

De los datos obtenidos en el Centro de Salud Tisaleo, el total de MEF es de 1.596, que corresponde el 31,09 %. Mientras tanto según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) en el Ecuador del 2012, determinó que el 55.5% son mujeres en edad fértil (Ministerio de Salud Pública, 2017). Con los datos mencionados anteriormente podemos decir que el porcentaje de MEF del Centro de Salud de Tisaleo, casi se duplica a nivel nacional con un valor 44,14%, por la diferencia del número de personas a nivel nacional y local, así como el conocimiento acerca del tema. Además difiere de un estudio realizado en México, a 245 personas a través de una encuesta, determinó que el 60% eran MEF, podemos evidenciar que el valor también se duplica, con respecto de nuestro estudio (Soriano .K.P,Carballo. E, 2017).

Tabla 2 Porcentaje de la población de mujeres en edad fértil (MEF) que realizaron planificación familiar en el Centro de Salud Tisaleo, 2018

Planificación familiar	No.	Porcentaje
Si	459	28,76 %
No	1.137	71,24 %
Total	1.596	100 %

Fuente: Plataforma de Registro de Atenciones en Salud (PRAS) 2019

Elaborado por: Carrillo Lesly, Quera Karina.

Análisis y Discusión

Se estudió 1.596 MEF, de las cuales tan solo 28,76% realizaron planificación familiar en el Centro de Salud Tisaleo y el 71,24% no lo hizo; a diferencia de los datos del ENSANUT del Ecuador en el año 2012, el 81.4% de las mujeres casadas o unidas de 15 a 49 años, utilizaron algún método anticonceptivo(Ministerio de Salud Pública , 2017). Además, difiere con un estudio realizado en México, en donde se entrevistó en una unidad de medicina familiar de Reynoso, Tamaulipas, a 167 mujeres en edad fértil, las entrevistadas que tenían vida sexualmente activa, el 83% utilizaba algún método de planificación familiar (Barrieto J, Reyes E, 2014) . Con lo mencionado anteriormente podemos decir que el porcentaje de nuestro estudio casi de triplica a nivel nacional e internacional.

Tabla 3 Porcentaje del tipo de método de anticoncepción utilizado por las mujeres en edad fértil (MEF) según la edad, Centro de Salud Tisaleo, 2018

Edad (años)	Método Barrera		Método Hormonal		Consejo y asesoramiento		Total	
	No	**%**	**No**	**%**	**No**	**%**	**No**	**%**
10-14	0	0	0	0	86	18,74	86	18,74
15-19	0	0	19	4,14	48	10,46	67	14,60
20-24	0	0	60	13,07	27	5,88	87	18,95
25-29	0	0	51	11,11	34	7,41	85	18,52
30-34	1	0,22	31	6,75	26	5,66	58	12,63
35-39	0	0	24	5,23	20	4,36	44	9,59
40-44	0	0	3	0,65	19	4,14	22	4,79
45-49	0	0	2	0,44	8	1,74	10	2,18
Total	1	0,22	190	41,39	268	58,39	459	100

Fuente: Plataforma de Registro de Atenciones en Salud (PRAS) 2019

Elaborado por: Carrillo Lesly, Quera Karina.

Análisis y discusión

En la tabla 3 se puede evidenciar que del total de 459 mujeres de edad fértil que realizaron planificación familiar el 58,39% acuden a consulta para consejo y asesoría de planificación familiar, el 41,39% corresponde al uso del método hormonal y el 0.22% al método de barrera específicamente preservativo femenino sin evidenciarse ningún porcentaje con respeto a los métodos mecánicos ni quirúrgicos. Difiere de una encuesta de la Sociedad Española de Contracepción (SEC) del 2016, quienes mencionan que los métodos más utilizados son los métodos de barrera (el preservativo masculino y femenino) en un 28.4% y los métodos hormonales (la píldora) 21.7%. (Costillas P, Cristóbal I, Falguera G, Jurado A, Lobo P, Obio A, Calaf J, 2018) .

Tabla 4 Porcentaje del tipo de anticonceptivos hormonales utilizados por las mujeres en edad fértil (MEF) según la edad, Centro de Salud Tisaleo, 2018

Edad (años)	Anticonceptivos orales combinados (AOC)		Anticonceptivos Orales con progestágenos		Inyectables		Implantes subdérmicos		Anticonceptivo oral de emergencia		Total	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
10-14	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
15-19	1	0,53	4	2,11	2	1,05	12	6,31	0	0	19	10,00
20-24	5	2,63	7	3,68	18	9,47	30	15,79	0	0	60	31,58
25-29	8	4,21	10	5,26	16	8,42	17	8,95	0	0	51	26,84
30-34	5	2,63	3	1,58	15	7,89	8	4,21	0	0	31	16,32
35-39	5	2,63	2	1,05	5	2,63	11	5,79	1	0,53	24	12,63
40-44	0	0	1	0,53	1	0,53	1	0,53	0	0	3	1,58
45-49	0	0	0	0	1	0,53	1	0,53	0	0	2	1,05
Total	24	12,63	27	14,21	58	30,52	80	42,11	1	0,53	190	100

Fuente: Plataforma de Registro de Atenciones en Salud (PRAS) 2019

Elaborado por: Carrillo Lesly, Quera Karina

Análisis y discusión

En la tabla 4 se evidencia que, 190 MEF utilizan el método hormonal; de las cuales, el 42,11 % corresponde al uso de implante subdérmico, 30,52% inyectables, 14,21% anticonceptivos orales con progestágenos, 12,63% anticonceptivos orales combinados y 0,53% anticonceptivo oral de emergencia; es importante recordar que en nuestro estudio no se evidenció ningún porcentaje con respeto a los métodos mecánicos ni quirúrgicos; además es importante mencionar que, según la edad los grupos que más utilizan los métodos anticonceptivos hormonales se registraron entre 20 a 24 años y 25 a 29 años. Mientras tanto, según los datos del ENSANUT del año 2012, se mencionan que los anticonceptivos preferidos son: implante subdérmico 38.8%, inyectables 19.4%, esterilización femenina 18.1% (Ministerio de Salud Pública , 2017). Además difiere de un estudio realizado en México, en donde se entrevistó en la unidad de medicina familiar de Reynoso, Tamaulipas, a 167 mujeres en edad fértil, reportaron que el método más utilizado fue el dispositivo intrauterino 36%, seguido de oclusión tubo ovárica 19% e implante subdérmico 11%. Pero es casi similar en cuanto a la edad porque se evidenció que entre 25 -29 y 30-34 años son los grupos más frecuentes (Barrieto J, Reyes E, 2014). Ahora bien, recopilando lo mencionado, el primer método hormonal utilizado en nuestro estudio es el implante subdérmico, éste porcentaje es casi similar en a nivel nacional, ya que son los métodos que más posee el ministerio de salud pública (MSP), pero difiere totalmente a nivel internacional.

Tabla 5 Porcentaje de anticonceptivos hormonales utilizado en adolescentes de 10 a 19 años de edad, Centro de Salud Tisaleo, 2018

Tipo de anticonceptivo hormonal	No Adolescentes de 10-19 años	Porcentaje
Anticonceptivos orales combinados	1	5.26 %
Anticonceptivos orales con progestágenos	4	21,05 %
Anticonceptivos Inyectables	2	10,53 %
Implantes subdérmicos	12	63,16 %
Anticonceptivo oral de emergencia	0	0,00 %
Total	19	100 %

Fuente: Plataforma de Registro de Atenciones en Salud (PRAS) 2019

Elaborado por: Carrillo Lesly, Quera Karina.

Análisis y discusión

Del total de 190 anticonceptivos hormonales utilizados por las MEF tan solo 19 fueron consumidos por las adolescentes de 10 a 19 años edad; 63,16% corresponde al uso de implantes subdérmicos, 21,05% anticonceptivos orales con progestágenos, 10,53% anticonceptivos inyectables, 5,26% anticonceptivos orales combinados. A diferencia, el Comité de Adolescencia de la Academia de América de Pediatría, menciona que los métodos anticonceptivos más utilizados por las adolescentes fueron, los anticonceptivos orales 56%, los gestágenos inyectables 20%, los parches transdérmicos 10% y por último el anillo vaginal 5% (Muñoz M, 2015). Con todo lo mencionado, podemos decir que, en nuestro estudio la primera opción de métodos hormonales en adolescentes, son los implantes subdérmicos, ya que son recomendados en la adolescencia según la Norma y Protocolo de Planificación Familiar del Ecuador por ser un método de larga duración; a diferencia del Comité de Adolescencia de la Academia de América de Pediatría donde los anticonceptivos orales son los más utilizados.

Tabla 6 Porcentaje de anticonceptivos hormonales utilizado en mujeres de 35 a 49 años de edad, Centro de Salud Tisaleo, 2018

Tipo de anticonceptivo hormonal	No mujeres de mujeres de 35 a 49 años de edad	Porcentaje
Anticonceptivos orales combinados	5	17,24 %
Anticonceptivos orales con progestágenos	3	10,34 %
Anticonceptivos Inyectables	7	24,14 %
Implantes subdérmicos	13	44,83 %
Anticonceptivo oral de emergencia	1	3,45 %
Total	29	100 %

Fuente: Plataforma de Registro de Atenciones en Salud (PRAS) 2019

Elaborado por: Carrillo Lesly, Quera Karina.

Análisis y discusión

Del total de 190 anticonceptivos hormonales usados por las MEF tan solo 29 fueron consumidos por mujeres de 35 a 49 años de edad; 44,83% corresponde al uso de implantes subdérmicos, 24,14% anticonceptivos inyectables, 17,24% anticonceptivos orales combinados, 10,34% anticonceptivos orales con progestágenos y 3,35% anticonceptivo oral de emergencia. Es importante mencionar que en este grupo de edad no se evidenció la utilización de los métodos de barrera, mecánicos ni quirúrgicos. Difiere de la encuesta del Equipo Daphne, que valora los hábitos anticonceptivos de la población española, los métodos anticonceptivos más utilizados en mujeres de 35 a 49 años fueron, preservativo 28,06%, píldora 10,60%, Dispositivo intrauterino (DIU) 8,43% y ligadura 6,93% (Parra I, 2014).

V. CONCLUSIONES

- La fertilidad en su concepto detalla la capacidad que tiene todo ser humano para poder tener una descendencia, a través de la fecundación entre el óvulo y espermatozoide; según la literatura se considera mujer en edad fértil entre los 10-45 años de edad. Por lo que en nuestro proyecto se planteó identificar a las mujeres en edad fértil (MEF) que acuden al Centro de Salud Tisaleo; posterior a la obtención de datos, obtuvimos una población de 1.596 MEF que corresponde el 31,09 %.

- La planificación familiar aparte de ser un derecho, permite que un hogar decida el número de hijos y determinar el intervalo entre embarazos, con el uso de cualquier método anticonceptivo que impida la fecundación; ahora bien, en nuestro estudio se determinó que del total de MEF del Centro de Salud Tisaleo, 459 realizan planificación familiar que representa solo el 28,76 %; mientras 1.137 no lo hizo y corresponde el 71,24%.

- Los métodos anticonceptivos son métodos o procedimiento que previenen el embarazo. A si mismo de ellos tenemos que conocer el uso, ventajas, desventajas y contraindicaciones. En el estudio realizado de las 459 MEF que realizan planificación familiar, el 58,39% acuden a consulta para consejo y asesoría de planificación familiar, el 41,39% al uso del método hormonal y el 0.22% método de barrera, sin evidenciarse ningún porcentaje con respeto al método mecánico y quirúrgico.

- En nuestro estudio los métodos hormonales fueron los más utilizados, el 42,11 % corresponde al uso de implante subdérmico, 30,52% inyectables, 14,21% anticonceptivos orales con progestágenos, 12,63% anticonceptivos orales combinados y 0,53% anticonceptivo oral de emergencia; recalcando que, según la edad los grupos que más utilizan los métodos anticonceptivos están entre 20 a 24 años y 25 a 29 años.

VI. RECOMENDACIONES

- Se debe incentivar al personal de salud sobre las estrategias para aumentar el porcentaje de mujeres que realizan planificación familiar, aplicando las normativas del Ministerio de Salud Pública, a través de las guías de práctica clínica, y de esta forma poder impartir el conocimiento acerca de este tema a las usuarias.

- Es importante determinar el nivel de conocimiento acerca de la planificación familiar, a través del uso de una encuesta con preguntas abiertas o cerradas; para cuantificar especialmente a las personas que no conocen acerca de este tema, el cual es importante para tener una vida sexual y reproductiva con responsabilidad.

- Brindar el apoyo con la elaboración de un programa de capacitación dirigida a las mujeres en edad fértil, para elevar el nivel de educación y de esta forma soliciten planificación familiar, así como el uso de los métodos anticonceptivos, para que conozcan la forma de uso, ventajas, desventajas. Y así contribuir a que tengan una vida sexual y reproductiva segura, considerando los derechos sexuales y reproductivos estipulados por la ley.

- Por último, podemos decir que el conocimiento acerca del concepto de fertilidad y de la planificación familiar a la hora de decidir formar una familia es importante, en el caso excepcional de que exista un problema de esterilidad ya sea del hombre o la mujer. Para ello se deberá orientar de manera correcta en cuento a las opciones que existen para combatir este problema.

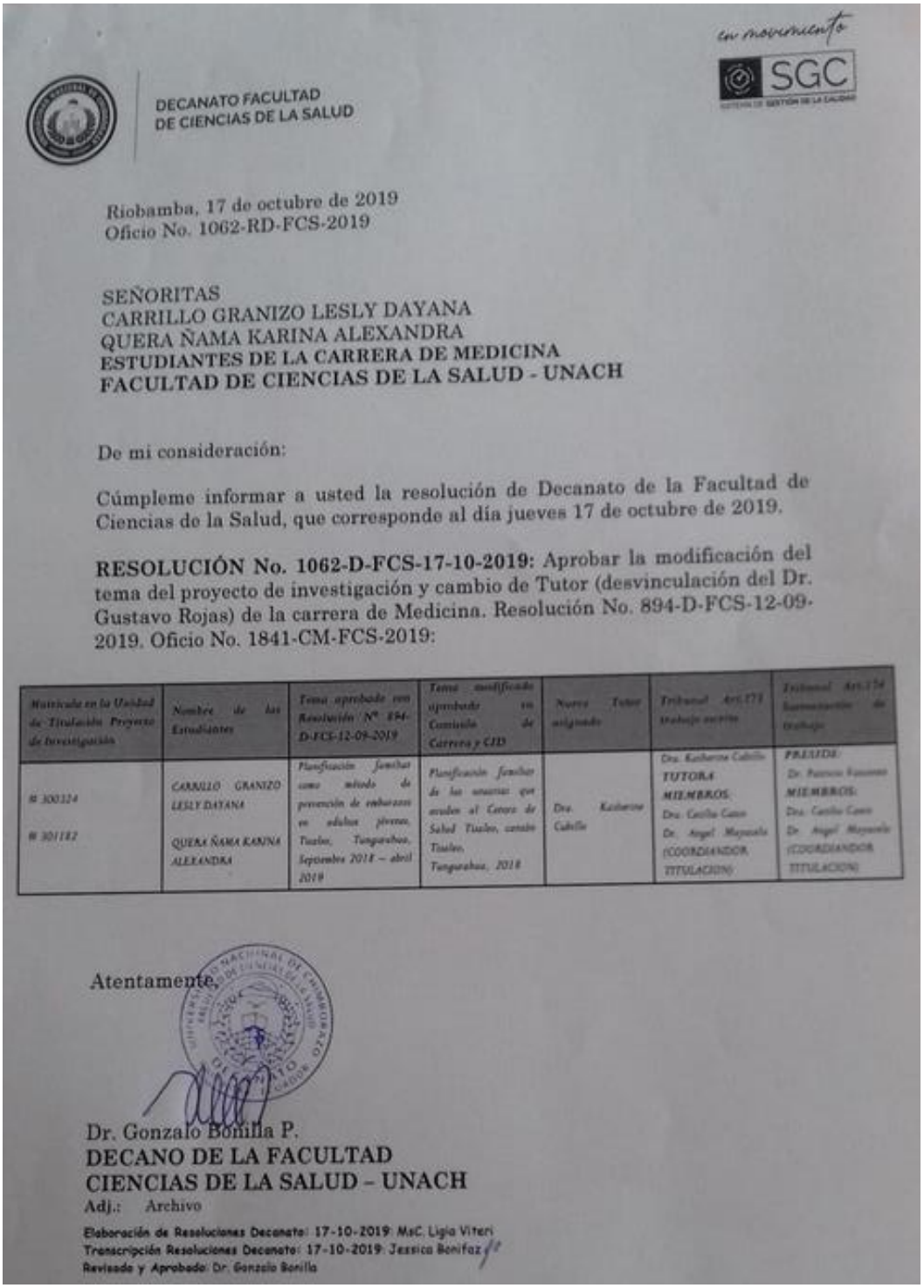
VII. BIBLIOGRAFÍA

1. Yugcha C, Tisalema A, Escobar J. (2014-2019). Recuperado el 14 de julio de 2019, de pp.sni.gob.ec/sni-link/sni/PORTAL_SNI/data_sigad_plus/sigadplusdiagnostico/1860001100001_NUEVO_DIAGNOSTICO PDOT 2014-2019_19-02-2015_12-33-07.pdf
2. Muñoz M. (2015). Anticoncepción en la adolescencia y en situaciones especiales.
3. Naranjo F.L. (2017). *Agenda Tungurahua.* Recuperado el 07 de Julio de 2019, de http://app.sni.gob.ec/sni-link/sni/PORTAL_SNI/data_sigad_plus/sigadplusdocumentofinal/186000013000 1_PDF%20AGENDA%20TUNGURAHUA%202015%20-%202017%20baja_30-09-2015_09-15-46.pdf
4. Peláez J. (2016). El uso de métodos anticonceptivos en la adolescencia. *Scielo*.
5. Barrieto J, Reyes E. (2014). Perfil de las usuarias de métodos de planificación familiar en la unidad de medicina familiar de Reynosa, Tamaulipas, México.
6. Bermeo N, Cazho R. (2016). *Universidad de Cuenca.* Obtenido de https://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/23646/1/Tesis%20Pregrado.pdf
7. Costillas P, Cristóbal I, Falguera G, Jurado A, Lobo P, Obio A, Calaf J. (2018). Buenas prácticas en el asesoramiento anticonceptivo a mujeres: recomendaciones del grupo de expertos multidisciplinar en materia anticonceptiva (EMMA). *Elsevier*.
8. Dr. Billings J. (2011). *Regulación Natural de la Natalidad* . España: Sal Terrae.
9. Frías A, Velasco C, Pulido A. (2014). Métodos anticonceptivos. *Elsevier*, 8.
10. García C. (2017). Barreras de acceso y calidad en el control prenatal . *Scielo*, 1-6.
11. Gobierno Autónomo Descentralizado. (2019). Obtenido de https://www.tisaleo.gob.ec/municipio/rese%C3%B1a-hist%C3%B3rica.html
12. González E. (Junio de 2017). *Universidad Central del Ecuador.* Obtenido de http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/12907/1/T-UCE-0006-006-2017.pdf
13. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. (2015). Obtenido de https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Bibliotecas/Compendio/Compendio-2015/Compendio.pdf
14. Martos A. (2010). *Historia del condón y los métodos anticonceptivos.*
15. *Ministerio de Salud de la Nación de Argentina.* (2015). Obtenido de Métodos Anticonceptivos: Guía práctica para profesionales de la Salud:

http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000589cnt-metodos-anticonceptivos-guia-practica-profesionales-salud.pdf

16. *Ministerio de Salud de Perú.* (Octubre de 2017). Obtenido de Norma Técnica de Salud de Planificación Familiar: http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4191.pdf
17. Ministerio de Salud Pública . (2017). Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva . 278.
18. *Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social* . (2018). Obtenido de Manual de Normas de Planificación Familiar para mujeres y hombres: https://www.mspbs.gov.py/dependencias/portal/adjunto/507cac-ManualdeNormas2018.pdf
19. MSP. (2010). *Norma y Protocolo de Planificación Familiar.*
20. OMS. (08 de Febrero de 2018). *Organización Mundial de la Salud.* Recuperado el 16 de septiembre de 2019, de Planificacion Familiar: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception
21. Panchi P, Sandoval P. (2017). Obtenido de http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/12904/1/T-UCE-0006-004-2017.pdf
22. Parra I. (2014). Anticoncepción en la Perimenopausia. *SEGO/SEG*, 19.
23. Segarra.I. (31 de Agosto de 2017). *Universidad de Cuenca*. Obtenido de https://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/28314/1/PROYECTO%20DE%20INVESTIGACI%C3%93N.pdf
24. Soriano .K.P,Carballo. E. (2017). Percepción de la fertilidad en mujeres en edad reproductiva, según su edad. *Scielo*, 10.
25. Valero P, Rausell D, Pacheco C, García J. (2015). *Planificación familiar: Información general y seguimiento de anticonceptivos orales.* Obtenido de http://publicaciones.san.gva.es/docs/dac/guiasap029planfam.pdf?fbclid=IwAR2tgyrjJav9I5PsVHFub601e3QCV3dRt5ihZl0MVD8kZksQFsjNcOAopCE
26. Vargas V, Ferrer L, Tovar J, Macías M. (2016). Anticoncepción de emergencia. *Medigraphic*, 9.
27. Vásquez D, Palacios S, Melo N, Gómez G, Mola R. (2014). *Anticonceptivos orales combinados.* Obtenido de Guías Latinoamericanas: file:///C:/Users/SYSTEMarket/Downloads/67-Texto%20del%20art%C3%ADculo-404-1-10-20140916.pdf

VIII. ANEXOS



en movimiento

SGC

DECANATO FACULTAD
DE CIENCIAS DE LA SALUD

Riobamba, 17 de octubre de 2019
Oficio No. 1062-RD-FCS-2019

SEÑORITAS
CARRILLO GRANIZO LESLY DAYANA
QUERA ÑAMA KARINA ALEXANDRA
ESTUDIANTES DE LA CARRERA DE MEDICINA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD - UNACH

De mi consideración:

Cúmpleme informar a usted la resolución de Decanato de la Facultad de Ciencias de la Salud, que corresponde al día jueves 17 de octubre de 2019.

RESOLUCIÓN No. 1062-D-FCS-17-10-2019: Aprobar la modificación del tema del proyecto de investigación y cambio de Tutor (desvinculación del Dr. Gustavo Rojas) de la carrera de Medicina. Resolución No. 894-D-FCS-12-09-2019. Oficio No. 1841-CM-FCS-2019:

Matrícula en la Unidad de Titulación Proyecto de Investigación	Nombre de las Estudiantes	Tema aprobado con Resolución Nº 894-D-FCS-12-09-2019	Tema modificado aprobado en Comisión de Carrera y CID	Nuevo Tutor asignado	Tribunal Art.173 trabajo escrito	Tribunal Art.174 Sustentación de trabajo
M 300324 M 301182	CARRILLO GRANIZO LESLY DAYANA QUERA ÑAMA KARINA ALEXANDRA	Planificación familiar como método de prevención de embarazos en adultos jóvenes, Tisaleo, Tungurahua, Septiembre 2018 – abril 2019	Planificación familiar de las usuarias que acuden al Centro de Salud Tisaleo, cantón Tisaleo, Tungurahua, 2018	Dra. Katherine Cubillo	Dra. Katherine Cubillo **TUTORA** **MIEMBROS:** Dra. Cecilia Cuzco Dr. Angel Mayorga (COORDINADOR TITULACIÓN)	**PRESIDE:** Dr. Patricio Rocano **MIEMBROS:** Dra. Cecilia Cuzco Dr. Angel Mayorga (COORDINADOR TITULACIÓN)

Atentamente,

Dr. Gonzalo Bonilla P.
DECANO DE LA FACULTAD
CIENCIAS DE LA SALUD – UNACH
Adj.: Archivo

Elaboración de Resoluciones Decanato: 17-10-2019: MsC. Ligia Viteri
Transcripción Resoluciones Decanato: 17-10-2019: Jessica Bonifaz
Revisado y Aprobado: Dr. Gonzalo Bonilla

SALUD PÚBLICA

Coordinación Zonal 3
Dirección Distrital 18D06 - Cevallos a Tisaleo -Salud

Oficio Nro. MSP-CZ3-DDS18D06-2019-0173-OF

Quero, 20 de septiembre de 2019

Asunto: AUTORIZACIÓN PARA REALIZAR PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Doctor en Medicina
Washington Patricio Vasconez Andrade
En su Despacho

De mi consideración:

En atención al oficio Nro. Nº1376-CM-FCS-2019 de fecha 20 de Septiembre de 2019, suscrito por el Dr. Patricio Vásconez – Director Carrera de Medicina, mediante el cual solicita autorización para que las Srtas. Lesly Dayana Carrillo Granizo y Karina Alexandra Quera Ñama, acceda a la información, para el desarrollo de la investigación con el tema: **"PLANIFICACION COMO METODO DE PREVENCION DE EMBARAZOS EN ADULTOS JOVENES, TISALEO, TUNGURAHUA, SEPTIEMBRE 2018 – ABRIL 2019"**, una vez que ha cumplido con los requisitos, se procede a autorizar la realización de la Investigación conforme a la normativa vigente y los convenios establecidos de las universidades con la Coordinación Zonal3-Salud.

Por consiguiente solicito a la Analista Distrital de Estadística y Análisis de la Información de la Salud, brindar las facilidades pertinentes para la recopilación de la información.

Se recuerda a las Srtas. Lesly Dayana Carrillo Granizo y Karina Alexandra Quera Ñama, que las condiciones determinadas para el ejercicio de su investigación deberá realizarla bajo el estricto cumplimiento de las directrices emitidas por esta Institución y documentos suscritos por su persona especialmente el acuerdo de confidencialidad, además deberá entregar una copia del Análisis del Caso al finalizar la misma en esta Dirección Distrital

Particular que comunico para los fines consiguientes.

Atentamente,

MINISTERIO DE SALUD

Documento firmado electrónicamente

Mgs. Monica Elizabeth Arias Bautista
DIRECTORA DISTRITAL 18D06

Referencias:
- MSP-CZ3-DDS18D06-VUAU-2019-0258-E

Calle Garcia Moreno y Simon Bolivar • Quero – Ecuador • Teléfono: 593 (03) 2746011 -
Teléfono: 593 (03) 2746989• www.salud.gob.ec

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA

Coordinación Zonal 3
Dirección Distrital 18D06 - Cevallos a Tisaleo -Salud

Oficio Nro. MSP-CZ3-DDS18D06-2019-0173-OF

Quero, 20 de septiembre de 2019

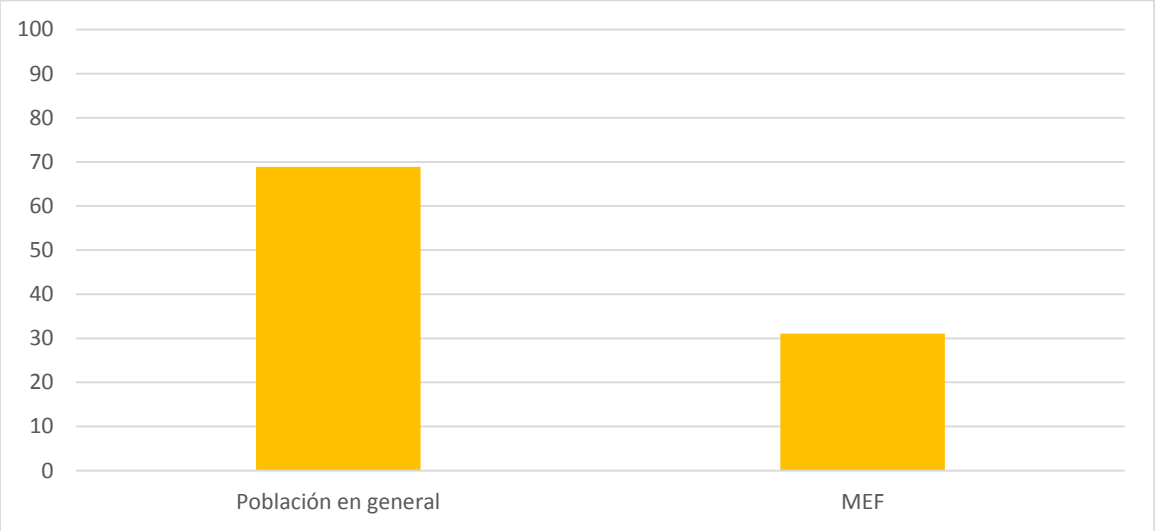
Anexos:
- oficio_n°1376-cm-fcs-2019.pdf
- carta_de_compromiso_y_de_confidencialidad.pdf

Copia:
Señora Ingeniera
Araceli Guadalupe Barrero Núñez
Analista Distrital de Estadística y Análisis de la Información de Salud

MONICA ELIZABETH ARIAS BAUTISTA

Calle García Moreno y Simon Bolivar • Quero – Ecuador • Teléfono: 593 (03) 2746011 - Teléfono: 593 (03) 2746989• www.salud.gob.ec

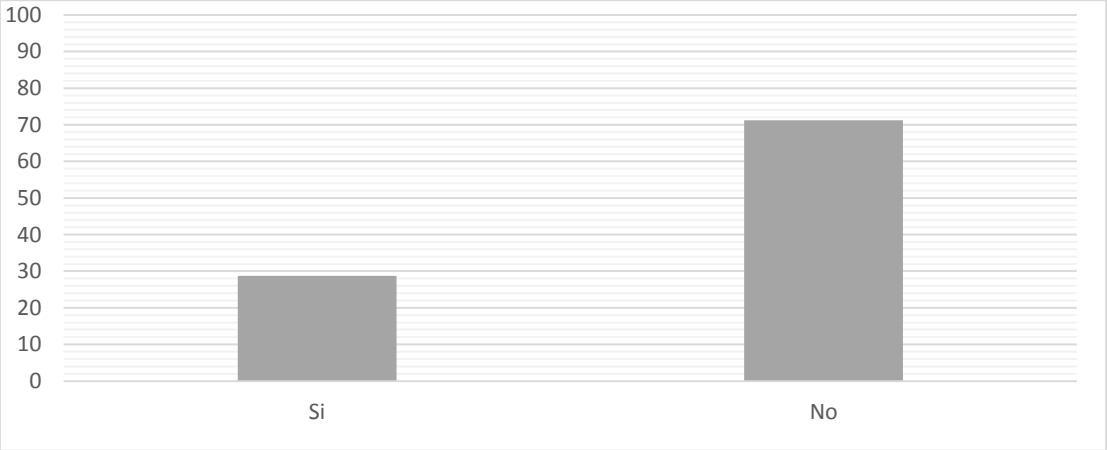
Gráfico 1 Población de mujeres en edad fértil (MEF) del Centro de salud Tisaleo, 2018



Fuente: Tabla 1

Elaborado por: Carrillo L, Quera K.

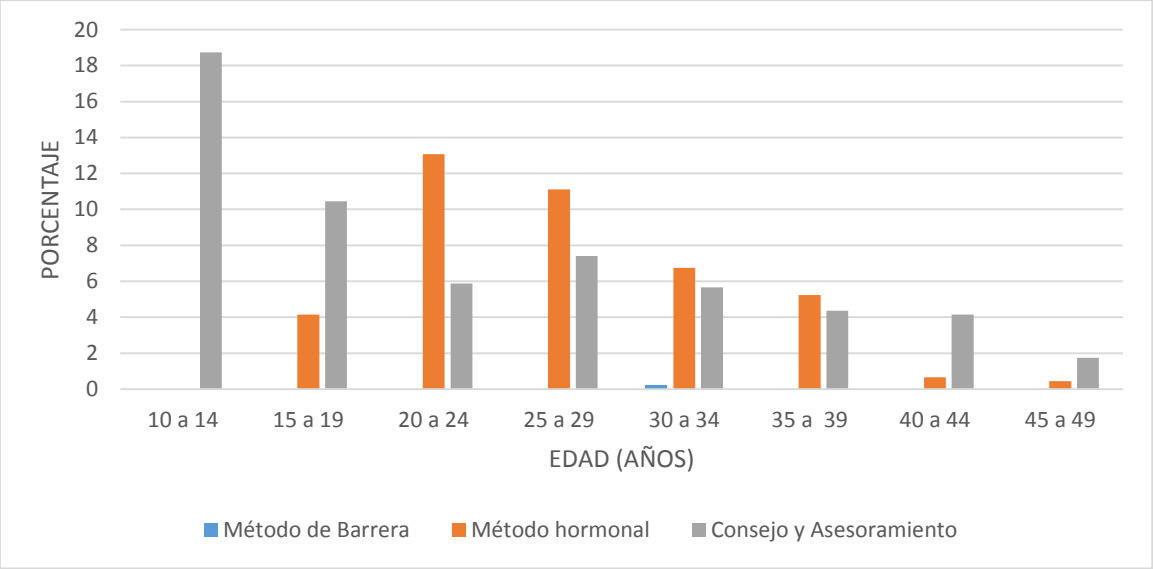
Gráfico 2 Porcentaje de la población de mujeres en edad fértil (MEF) que realizaron planificación familiar en el Centro de Salud Tisaleo, 2018



Fuente: Tabla 2

Elaborado por: Carrillo Lesly, Quera Karina

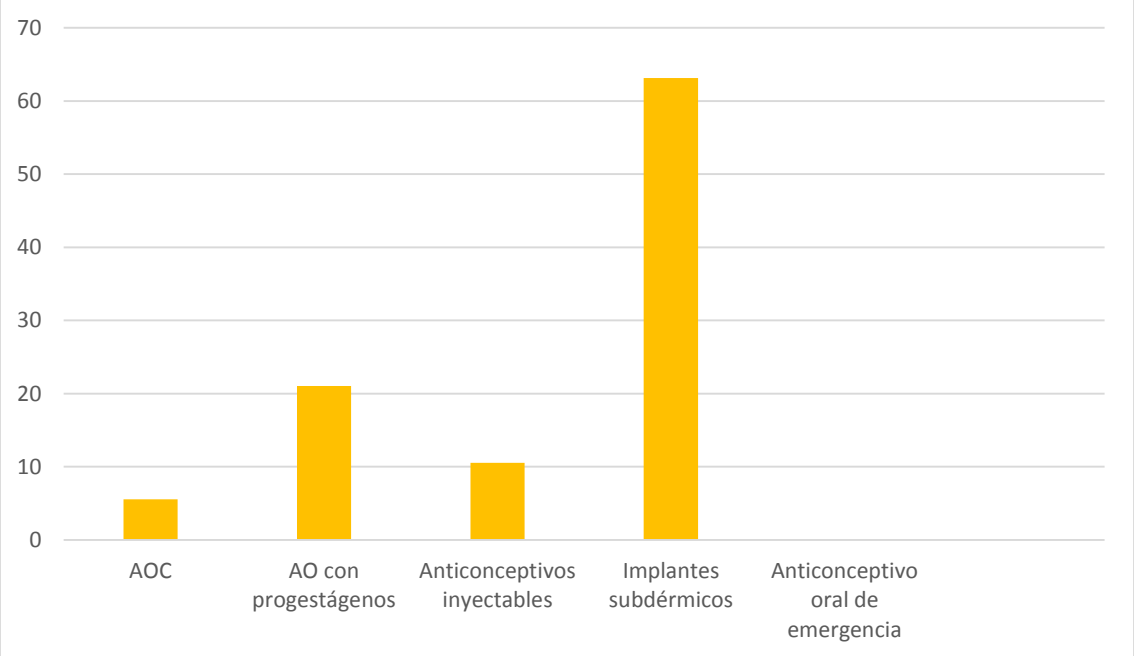
Gráfico 3 Porcentaje del tipo de método de anticoncepción utilizado por las mujeres en edad fértil (MEF) según la edad, Centro de Salud Tisaleo, 2018



Fuente: Tabla 3

Elaborado por: Carrillo Lesly, Quera Karina

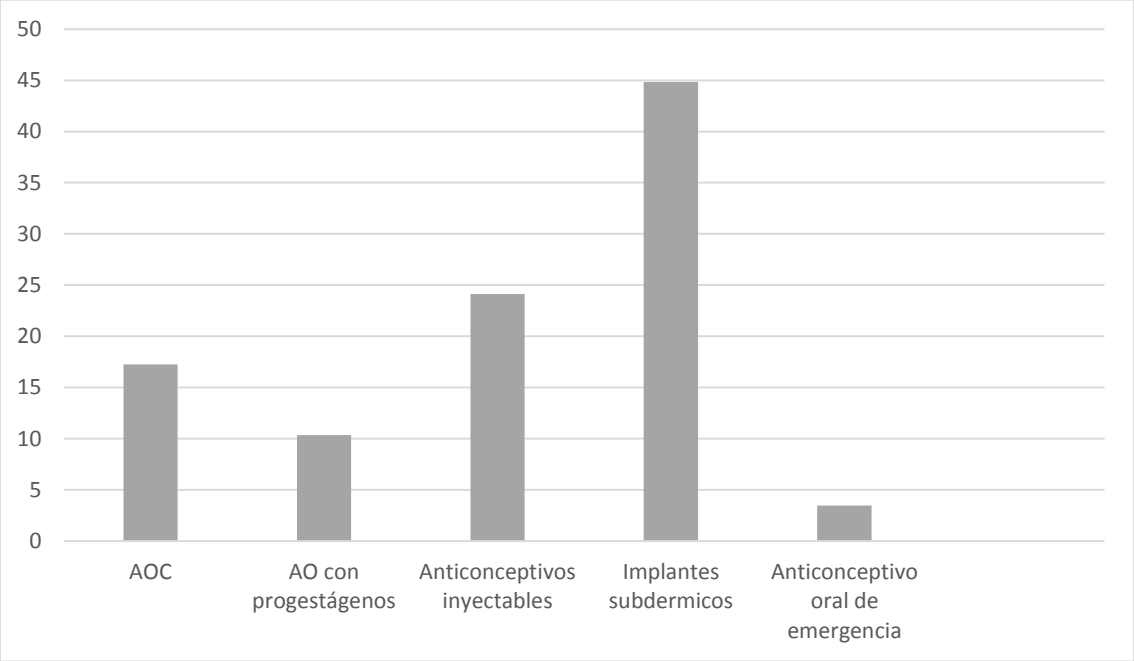
Grafico 4 Porcentaje de anticonceptivos hormonales usado en adolescentes de 10 a 19 años de edad, Centro de Salud Tisaleo, 2018



Fuente: Tabla 5

Elaborado por: Carrillo Lesly, Quera Karina

Gráfico 5 Porcentaje de anticonceptivos hormonales usado en mujeres de 35 a 49 años de edad, Centro de Salud Tisaleo, 2018



Fuente: Tabla 6

Elaborado por: Carrillo Lesly, Quera Karina