

**REAL CONOCIMIENTO SOBRE ANTICONCEPCION ARTIFICIAL EN
MUJERES EMBARAZADAS QUE ACUDEN A LA RED PUBLICA
HOSPITALARIA EN POPAYAN DURANTE LOS AÑOS 2014-2015**

EDWARD MORENO GONZALEZ

Residente ginecología y obstetricia

ESPECIALIZACION EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

INSTITUTO DE POSTGRADOS

UNIVERSIDAD DEL CAUCA

POPAYAN - CAUCA

2015

**REAL CONOCIMIENTO SOBRE ANTICONCEPCION ARTIFICIAL EN
MUJERES EMBARAZADAS QUE ACUDEN A LA RED PUBLICA
HOSPITALARIA EN POPAYAN DURANTE LOS AÑOS 2014-2015**

EDWARD MORENO GONZALEZ

Residente ginecología y obstetricia

Trabajo de investigación

Presentado como requisito para obtener el título de

Especialista en Ginecología y Obstetricia

DR. ROBERTH ORTIZ

Asesor científico y metodológico

ESPECIALIZACION EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

INSTITUTO DE POSTGRADOS

UNIVERSIDAD DEL CAUCA

POPAYAN - CAUCA

2015

CONTENIDO

		Página
I.	Título del proyecto	4
II.	Resumen	5
III.	Introducción	7
IV.	Objetivos	10
V.	Metodología	11
VI.	Plan de análisis	15
VII.	Principios éticos	16
VIII.	Resultados	19
IX.	Discusión	34
X.	Recomendaciones	37
XI.	Fortalezas	38
XII.	Debilidades	39
XIII.	Bibliografía	40
XIV.	Anexos	42

1. TITULO

PREVALENCIA DEL USO PREVIO Y ADECUADO DE ANTICONCEPTIVOS
ARTIFICIALES EN MUJERES EMBARAZADAS QUE ACUDEN A LA RED
PUBLICA HOSPITALARIA EN POPAYAN DURANTE LOS AÑOS 2014-2015.

2. RESUMEN

Introducción: A pesar de los avances en el conocimiento y uso adecuado de los diferentes métodos anticonceptivos es común encontrar, en nuestro medio, embarazos no planeados y/o no deseados, que a corto plazo generan mayor tasa de abortos inseguros y a largo plazo, si el embarazo llega al término, madresolterismo, maltrato y abandono infantil, lo que empeora la difícil situación socioeconómica que atraviesa el país, reflejándose en mayores índices de pobreza y violencia. La realización de esta investigación, permitirá inicialmente, educar a las madres y sensibilizar al personal de salud sobre la importancia de la planificación y será luego la base, para la implementación nuevas políticas en salud pública, que hagan de la planificación familiar una estrategia útil y eficaz en la disminución de la morbilidad materno infantil.

Objetivo: Determinar la prevalencia del uso previo y adecuado de los diferentes métodos anticonceptivos en las pacientes obstétricas que acuden a la red hospitalaria pública de la ciudad de Popayán durante los años 2014-2015.

Metodología: Estudio observacional, de corte transversal, en formato de encuesta aplicada a las mujeres embarazadas que acuden a la red pública hospitalaria de la ciudad de Popayán durante los años de 2014-2015. Este diseño de investigación permitirá determinar el conocimiento que sobre planificación familiar tienen cada una de las pacientes, su uso adecuado y las posibles fallas en su utilización, lo que facilitara futuras estrategias para el control de natalidad en nuestra región. Se tomó un tamaño de muestra de 361 pacientes y se aplicó un muestreo aleatorio sistemático.

Resultados: En una muestra de 361 pacientes se evidencio que el 94.46% (n: 341) de ellas referían conocer al menos 1 método de planificación artificial, sin embargo al aplicar la encuesta se evidencio un real conocimiento del método en el 11.46% (n: 29) para los anticonceptivos orales, 26.42% (n: 70) para la inyección mensual, 23.35% (n: 60) para la inyección trimestral, 22.58% (n: 49) para el implante subdermico, 25% (n: 59) para el DIU, 36.77% (n: 82) para el

condón, 45.59% (n: 62) para la ligadura de trompas, 31.65% (n: 25) para los métodos de emergencia, 70.59% (n: 12) para los espermicidas. El análisis multivariado con los diferentes confesores evidencio que son: un estrato socioeconómico bajo, pertenecer a una minoría poblacional, ser adolescente y no haber finalizado los estudios primarios, los principales factores de riesgo que afectan el real conocimiento sobre planificación familiar.

Conclusiones: El real conocimiento sobre planificación familiar es un área poco explorada, pues la mayoría de encuestas y estudios investigan el uso actual o el conocimiento sobre la existencia de métodos de planificación familiar, sin embargo no se evalúa su adecuado uso, lo que conlleva a un porcentaje importante de embarazos no planeados. En la literatura mundial se encuentra solo un estudio español, llevado a cabo en población menor de 20 años y de ambos sexos, entre los que se encontró un porcentaje de real conocimiento del 17.80%.

El presente estudio además de evidenciar un real conocimiento promedio de 32.64% para todos los métodos de planificación familiar, evalúa el real conocimiento para cada uno de estos y los posibles factores de riesgo asociados a un pobre conocimiento. Se encontró que el método mejor conocido son los espermicidas en un 70.59% (n=12) y los que menor real conocimiento tienen son los anticonceptivos orales en un 11.85% (n=30).

Este estudio será la base de nuevas investigaciones y facilitara la implementación de nuevas políticas sobre planificación familiar, mejorando la cobertura en salud y ampliando el conocimiento que tiene la población sobre esta temática.

3. INTRODUCCION

La planificación familiar está definida, según la OMS, como la posibilidad de un individuo o familia de determinar el tamaño y la estructura de su descendencia, se logra mediante la aplicación de métodos anticonceptivos y el tratamiento de la esterilidad.(1) Implica importantes beneficios para la salud reproductiva de la población, entre las que se encuentran el contribuir a la disminución de la morbilidad y la mortalidad materna e infantil, a través del espaciamiento de los embarazos, el inicio tardío de la reproducción y la limitación en situaciones de riesgo para la salud de la mujer, por citar las más importantes.(2) La planificación familiar es la clave para aminorar el crecimiento insostenible de la población y los efectos negativos que este acarrea sobre la economía, el medio ambiente y los esfuerzos nacionales y regionales por alcanzar el desarrollo.

El uso de anticonceptivos ha aumentado en muchas partes del mundo, especialmente en Asia y América Latina, pero sigue siendo bajo en el África subsahariana. A escala mundial, su uso ha aumentado desde un 54% en 1990 a un 63% en 2007. A nivel regional, la proporción de mujeres casadas entre 15 y 49 años de edad que usan algún método anticonceptivo ha aumentado mínimamente entre 1990 y 2007, de un 17% a 28% en África, 57% a 67% en Asia, y 62% a 72% en América Latina y el Caribe, encontrándose que en cada región es notable la variación entre países. (1)

A pesar del aumento de la tasa de prevalencia del uso de anticonceptivos, alrededor del mundo, es aun larga la tarea por hacer. El punto más relevante es la necesidad insatisfecha en anticoncepción, entendida esta como el no acceso a métodos anticonceptivos, a pesar del deseo de su uso por diferentes razones, como son: barreras de acceso a los servicios de salud, temor a los efectos colaterales, que a veces se han sufrido con anterioridad, oposición por razones culturales o religiosas, servicios de mala calidad, dificultades para negociar un método con su pareja, entre otras. (3) En nuestro país, el 7% de las mujeres tienen necesidad insatisfecha en anticoncepción. Este porcentaje sube al 13% entre las mujeres que no tienen ninguna educación, y baja al 5% entre las que tienen educación superior. (4)

Otro desafío en el tema de la planificación familiar es el embarazo adolescente, que es causa y consecuencia de grandes desigualdades socioeconómicas y un obstáculo para el desarrollo tanto personal, como social. Un embarazo en la adolescencia implica el doble de riesgo para la vida de la mujer embarazada; es por esto, que una de las estrategias de reducción de la mortalidad materna es precisamente la prevención del embarazo adolescente, para lo cual se debe garantizar a los jóvenes la información y orientación adecuadas y el acceso a métodos anticonceptivos cuando los requieran. (5) En Colombia, la tasa de embarazo en adolescentes entre 15 y 19 años es de 19.5%; en las adolescentes más pobres esta tasa alcanza el 30%, y en las adolescentes más ricas, el 7%; El 64% de ellas manifestó que quería el embarazo más tarde o que no lo quería. El 20% de las adolescentes manifiesta tener necesidades insatisfechas en anticoncepción. (4)

Según la ONU, Colombia es un país ejemplo en América Latina en cuanto al conocimiento y uso de métodos anticonceptivos. El conocimiento sobre métodos es universal, en todos los estratos socioeconómicos, y tanto en las zonas rurales como urbanas. Según la Encuesta Nacional en Salud, el 85% de las mujeres han usado al menos un método de planificación durante su vida (6); sin embargo, el 48% de las mujeres no sabe que sus EPS están obligadas a proporcionar los métodos anticonceptivos de manera gratuita, además existen desigualdades en el acceso real a métodos anticonceptivos de acuerdo al nivel de riqueza: el 75% para las mujeres de mayor nivel riqueza, frente al 67.5% para las mujeres de menor riqueza.(4)

A pesar de los avances en el conocimiento y uso adecuado de los diferentes métodos anticonceptivos es común encontrar, en nuestro medio, embarazos no planeados, la gran mayoría de estos no deseados, que a corto plazo generan abortos inseguros o a largo plazo, si el embarazo llega al término, madresolterismo, maltrato y abandono infantil, lo que empeora la difícil situación socioeconómica que atraviesa el país, reflejándose en mayores índices de pobreza y violencia. Por otro lado, la información recogida de manera rutinaria a través del sistema de información del Sistema de Seguridad Social en Salud o del SIVIGILA en Colombia y de las encuestas nacionales en las cuales se recoge información al respecto (como en la Encuesta Nacional de

Demografía y Salud) (6), permiten reconocer solo algunas características superficiales sobre el uso de métodos de planificación familiar en la población; pero no permiten profundizar por ejemplo, en el uso adecuado de los diferentes métodos anticonceptivos y las variables que determinan este uso. El presente estudio se plantea para responder a la necesidad de este conocimiento y contar con un insumo que permita planear intervenciones en el área de salud sexual y reproductiva, dirigida a disminuir la tasa de embarazos no planeados, no deseados y en ultimo termino, a combatir los mayores flagelos en Colombia, la pobreza y la violencia. La realización de esta investigación, permitirá inicialmente, educar a las madres y sensibilizar al personal de salud sobre la importancia de la planificación y será luego la base, para la implementación nuevas políticas en salud pública, que hagan de la planificación familiar una estrategia útil y eficaz en la disminución de la morbilidad materno infantil.

4. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GENERAL:

1. Determinar el real conocimiento que sobre planificación familiar artificial tienen las pacientes obstétricas que acuden al Hospital Universitario San José durante los años 2014 y 2015.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Caracterizar socio demográficamente la población a estudio.
2. Determinar el uso de anticonceptivos previo al embarazo actual.
3. Identificar la frecuencia de embarazo no planeado en la población de estudio.
4. Reconocer las barreras que impiden el acceso a los diferentes métodos de planificación familiar en las pacientes obstétricas que acuden al Hospital Universitario San José durante los años 2014 y 2015.

5. METODOLOGIA

5.1 TIPO DE INVESTIGACION

Estudio observacional de corte transversal, en formato de encuesta. A cuyas variables se realiza además análisis bivariado y de regresión logística múltiple.

5.2 POBLACION

Mujeres embarazadas que acuden al servicio de Obstetricia del Hospital Universitario San José durante los años 2014 y 2015.

5.3 MUESTRA

5.3.1 Tamaño de la muestra

El marco muestral para el presente estudio está conformado por todas las mujeres en edad fértil que acuden embarazadas al servicio de obstetricia en el Hospital Universitario San José (4500 pacientes en promedio de los últimos años: 2011-2012-2013). La muestra será proporcional al número de pacientes ingresadas en esta institución y se realizara muestreo aleatorio sistemático. (Datos obtenidos de las unidades de epidemiología de la institución mencionada). Las mujeres que conformaran la muestra se seleccionarán aleatoriamente, con ayuda del software Epi-Info versión 6.04d.

Para calcular el tamaño de la muestra se utilizó la fórmula: $n = (p \cdot q) / (E/1,96)^2$

Dónde: n es el tamaño mínimo de la muestra

p es el valor máximo de la prevalencia esperada

q es 100-p

E es el margen de error tolerado (%)

Corrección por población finita: $n_0 N / (n_0 + N)$.

Ajuste por no respuesta: $n_2 = \frac{n_1}{1 - \beta}$

Con una población, en promedio, de 4500 pacientes en la institución en la que se llevara a cabo la investigación y teniendo en cuenta una prevalencia esperada del 50% de real conocimiento sobre de planificación familiar, un error tolerado del 5%, corrección por población finita y no respuesta del 10%, se obtuvo un tamaño muestral de 354 pacientes, que se redondeó a 361

5.3.2 Criterios de inclusión

- Toda paciente obstétrica que acuda al servicio de obstetricia del Hospital Universitario San José durante el periodo establecido.
- La paciente debe dar su consentimiento para hacer parte del estudio.

5.3.3 Criterios de exclusión

Se excluirá del estudio a toda paciente obstétrica que cumpla con una de las siguientes condiciones:

- Paciente que debido al compromiso severo de su estado de salud, no se encuentre en condiciones para responder la encuesta.
- Paciente con retardo mental o patología psiquiátrica que impida la comprensión de las preguntas formuladas en el cuestionario.

5.3.4 Técnicas de recolección de información

Se realizó a través de una encuesta con preguntas dirigidas por el investigador, este instrumento ha sido diseñado con base en las guías sobre planificación familiar de la OMS y otros autores (7- 15). El cuestionario se aplicó mediante una entrevista dirigida, previa firma de consentimiento informado y anexas listas de chequeo, diseñadas para recolectar información acerca del uso adecuado de cada método de planificación familiar; que fueron diligenciadas según las respuestas que dé la participante respecto al uso y conocimiento de los métodos. El cuestionario consta de 20preguntas y fue identificado únicamente por un “número de encuesta”, el cual se relacionó en una lista con el nombre del participante; éste listado a su vez fue manejado únicamente por el investigador, quién superviso el diligenciamiento.

5.3.5 Instructivo para realizar la encuesta

Paciente embarazada que ingresa al servicio de Ginecología y obstetricia del Hospital Universitario San José, quien de su consentimiento para la realización de la encuesta y que se encuentre en las condiciones físicas y mentales para responder a las preguntas formuladas.

Preguntas que integran la encuesta:

- 1) Edad: Años cumplidos por la paciente al momento de la realización de la encuesta.
- 2) Zona de vivienda: Marcar con X el área donde habita la paciente.
- 3) Estado civil: Marcar con X el estado civil actual de la paciente.
- 4) Estrato socioeconómico: Marcar con X el estrato socioeconómico de la casa en la que vive actualmente la paciente.
- 5) Nivel educativo: Cantidad de años de estudio realizados por la paciente.
- 6) Ocupación: Marcar con X la labor actual en la que se desempeña la paciente.
- 7) Grupo étnico: Marcar con X el grupo étnico con el que se identifica la paciente.
- 8) Seguridad social: Marcar con una X el régimen de seguridad social del cual hace parte la paciente.
- 9) Religión: Marcar con una X la religión practicada por la paciente.
- 10) Antecedentes ginecobstétricos: Cantidad de embarazos, partos, cesáreas, abortos, ectópicos, embarazos molares, nacidos vivos y mortinatos que ha tenido la paciente.
- 11) Conoce algún método de planificación familiar artificial: Marcar con una X si conoce o no algún método de planificación familiar artificial.
- 12) El actual embarazo fue planeado: Marcar con una X si el embarazo actual fue o no planeado.
- 13) Si la respuesta a la pregunta 12 fue no, estaba planificando en el momento que quedó embarazada: Marcar con una X si planificaba o no en el momento de quedar embarazada.
- 14) Si la respuesta a la pregunta 13 fue no, cual fue la razón para no usar métodos de planificación familiar: Marcar con una X cual fue la razón por la que no planificaba en el momento que quedó embarazada.

- 15) Ha utilizado métodos de planificación previamente: Marcar con una X si había usado algún método de planificación, en algún momento de su vida.
- 16) Qué métodos usted conoce (aunque no los utilice): Marcar con una X los métodos conocidos, independiente de su uso previo.
- 17) Si lo utilizo, durante cuánto tiempo lo hizo: Marcar con una X durante cuánto tiempo uso el método por el que se interrogo en la pregunta 15.
- 18) Quien se lo recomendó: Marcar con una X quien le recomendó el método usado previamente.
- 19) Tómese el tiempo necesario para explicar con sus palabras como se utilizan: Da la posibilidad de explicar con propias palabras el uso de los métodos anticonceptivos conocidos.
- 20) qué se hace en caso de olvido: Permite explicar con sus propias palabras que se hace en el momento en que se use forma inadecuada los métodos anticonceptivos mencionados.

Se anexan las listas de chequeo dentro del instrumento, las cuales dan la pauta para definir la respuesta de la paciente como adecuada o inadecuada.

6. PLAN DE ANALISIS

Se elaborara una base de datos (software Microsoft Office Excel 2010), con control de ingreso a través de reglas de validación para garantizar la confiabilidad de estos, posteriormente se transcribirán a stata 10.0. La información se recolectara a partir de los cuestionarios aplicados a los casos, de los que se obtendrán los resultados de las diferentes variables. Cada variable, se analizara desde el punto de vista exploratorio, para observar la normalidad de su distribución, identificar valores extremos y valores perdidos que puedan incidir en el resultado, se describirá también, la población, de acuerdo a sus características sociales y culturales. Se usaran medidas de frecuencia, tendencia central y de dispersión, de acuerdo a la distribución de cada una de las variables. Para variables nominales se utilizaran diagramas de barra, sectores, medidas de tendencia central, boxplot, medianas y su rango intercuantílico, media y desviación estándar. Se realizó un análisis bivariado y multivariado, con el fin de identificar los posibles factores asociados al real conocimiento de planificación familiar, así como las posibles variables confusoras. Finalmente se realizó un ajuste del modelo mediante el estadístico HosmerLemeshow.

7. PRINCIPIOS ETICOS

El presente estudio se realizó en seres humanos aplicando los principios fundamentales de la ética; no maleficencia, beneficencia, autonomía y justicia con el objetivo de guiar el desarrollo de conductas dentro del proceso de investigación, a la luz de que prevalezca el criterio del respeto a la dignidad de cada individuo, la protección de sus derechos y su bienestar por lo que se protegió la privacidad del individuo, sujeto de investigación.

Principio de Beneficencia: Los resultados tienen como beneficiarios a toda la sociedad, se espera generar conocimiento que contribuya a la implementación de intervenciones en salud en la población general y en grupos vulnerables, permitiendo el fortalecimiento y la reorientación de los programas de planificación familiar.

Principio de no maleficencia: En el presente proyecto no se realizará intervención alguna, además se garantizará la confidencialidad de la información obtenida de las encuestas, suconfidencialidad estará a cargo del investigador quien velará por la custodia de estos. La investigación cuenta con el aval del Comité de Ética de la Universidad del Cauca y del Hospital Universitario San José. Con el fin de asegurar confidencialidad se omitieron nombres de las personas que han suministrado la información según artículo 8 de la resolución 8430, los datos de los registros fueron manejados por número consecutivo y el número de la HC fue encriptado. El uso de la información del estudio fue usada solo con fines investigativos y fueron custodiados por el investigador.

Principio de autonomía: las pacientes fueron libres de elegir si ingresaban o no al estudio, por tal motivo se les solicitó permiso para ser ingresadas, permiso que otorgaron por medio del consentimiento informado. (Anexo 3)

Principio de Justicia: La no aceptación de participar en la investigación no tuvo ninguna repercusión sobre la calidad de la atención. En el estudio no se publicarán nombres ni números de historia; se mantendrán en reserva y

únicamente serán conocidos por el investigador. Los resultados serán reportados anónimamente y de manera que no exista forma alguna de identificación a fin de proteger la privacidad del paciente

Los investigadores: El equipo de investigación cuenta con la suficiente idoneidad, calidad y trayectoria para desarrollar la investigación, no presenta conflictos de interés, tiene un alto grado de compromiso y respaldo institucional. El interés del investigador es principalmente de aporte al conocimiento de un problema de salud además del reconocimiento académico por los logros que se obtengan.

La investigación: El diseño (observacional) y la metodología del proyecto responden a la rigurosidad científica establecida por la academia, lo que garantiza la validez de los resultados con las limitantes que puedan tener este tipo de estudios.

Consentimiento informado: Se obtuvo consentimiento informado de pacientes que cumplan con los criterios de inclusión para la investigación y si esta es menor de edad, además de su asentimiento, se pidió el consentimiento al responsable de la menor (pareja, padres de familia o tutor legal), además se solicitó permiso institucional de la ESE participante, respetando el derecho que tienen a la confidencialidad de sus bases de datos.

Clasificación de las investigaciones: De acuerdo con el Artículo 11 de la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud hoy Ministerio de la Protección Social, en la cual se establece las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, el estudio se clasifica como investigación de mínimo riesgo, dado que los datos proceden de la aplicación a las pacientes por una única vez, de encuestas por parte del grupo de investigación, las cuales se realizan por diligenciamiento con ayuda por parte del investigador.

Esta investigación tiene como principales beneficiarios a la sociedad en general, será útil para los tomadores de decisiones y los líderes encargados del funcionamiento de los programas de planificación familiar. Con estos hallazgos

se pueden reformular políticas y reestructurar el funcionamiento de los programas control en mujeres que desean planificar o que lo hacen de forma inadecuada. De esta manera los resultados que se obtenidos en esta investigación serán insumos de importancia para la generación de conocimiento, planeación, desarrollo y ajuste de la guía clínica de manejo en planificación familiar del Ministerio de Protección Social.

8. RESULTADOS

Este estudio se llevó a cabo en el Hospital Universitario San José de Popayán, durante los años 2014 y 2015, se incluyeron 361 pacientes embarazadas quienes acudieron al servicio de obstetricia de esta institución y dieron su consentimiento para hacer parte del estudio. El promedio de edad de las pacientes participantes fue 26,5 años, siendo la menor edad 14 años y la mayor 43 años. Se encontró que la mayoría de las pacientes habitaba en un estrato socioeconómico bajo (85.32 %). En cuanto al nivel educativo se evidencia que el 78.39% de las pacientes han superado el índice de analfabetismo, finalizando al menos su educación primaria. El 26.59% de las pacientes hace parte de grupos minoritarios poblacionales y el 71.75% tienen como seguridad social el régimen subsidiado. Tabla 1.

En la tabla 2 se muestran otras de las características que se buscaron respecto al conocimiento de los métodos de planificación familiar, se evidencio que el 94.46% de las pacientes conocía al menos un método de planificación familiar, sin embargo, el 70.08% de los embarazos no fueron planeados y de estos, el 22.44% estaba asociado a fallo o mal uso del método de planificación familiar. Del 47.65% de pacientes que no planearon su embarazo y que no usaba ningún método de planificación familiar, se encontró que las razones más frecuentes para su no uso fueron efectos adversos asociados al método (17.45%) y que no consideraron necesario el uso del método de planificación. En lo que respecta al conocimiento de los métodos de planificación familiar se encontró que la mayoría de las pacientes decían conocer los anticonceptivos orales (70.08%) y los métodos inyectables mensuales (73.41%) y trimestrales (71.19%), mientras que con menor frecuencia mencionaban conocer el uso de los métodos de emergencia (21.88%) y de los espermicidas (4.71%). No hubo pacientes que mencionaran conocer nuevos métodos de planificación familiar como el anillo vaginal o el parche combinado.

TABLA 1. CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS DE LA POBLACION A ESTUDIO, REAL CONOCIMIENTO DEL USO DE METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE, POPAYAN, COLOMBIA, 2014-2015 .

VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Edad (Promedio) (SD)	26.5 (6.68)	-
Estrato socio económico		
Medio	53	14.68
Bajo	308	85.32
Zona de vivienda		
Urbana	204	56.51
Rural	157	43.49
Nivel educativo		
>5 años	283	78.39
≤5 años	78	21.61
Estado civil		
Estable	288	79.78
No estable	73	20.22
Ocupación		
Ama de casa	187	51.8
Empleada	66	18.28
Agricultora	15	4.16
Trabajadora independiente	30	8.31
Estudiante	63	17.45
Etnia		
Blanco - mestizo	265	73.41
Afrodescendiente - indígena	96	26.59
Seguridad social		
Contributivo	102	28.25
Subsidiado	259	71.75
Religión		
Católica	298	82.55
Otras	57	15.79
Ninguna	6	1.66

Fuente: estudio.

TABLA 2. CARACTERIZACION SOBRE EL REAL CONOCIMIENTO DEL USO DE METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR DE HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE, POPAYAN, COLOMBIA, 2014-2015.

VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Conoce algún método de PNF		
Si	341	94.46
No	20	5.54
Embarazo planeado		

Si	108	29.92
No	253	70.08
Uso de PNF antes de su embarazo		
Si	81	22.44
No	172	47.65
No aplica	108	29.92
Razón para no uso de PNF		
Desconocimiento	20	5.54
Mi religión no lo permite	2	0.55
Efectos adversos	63	17.45
Mi médico tratante los suspendió	14	3.88
Mi pareja los prohíbe	2	0.55
No dispongo de recursos económicos	4	1.11
No los considero necesarios	67	18.56
No aplica	189	52.35
Uso previo de PNF		
Si	287	79.5
No	54	14.95
No aplica	20	5.54
Tiempo de uso del método de PNF		
Años	215	59.56
Meses	69	19.11
Semanas	3	0.83
No aplica	74	20.5
Quien le recomendó el método de PNF		
Personal de salud	230	63.71
Otros	57	15.79
No aplica	74	20.5
Conoce los anticonceptivos orales		
Si	253	70.08
No	108	29.92
Conoce la inyección mensual		
Si	265	73.41
No	96	26.59
Conoce la inyección trimestral		
Si	257	71.19
No	104	28.81
Conoce el implante subdermico		
Si	217	60.11
No	144	39.89
Conoce el DIU		
Si	236	65.37
No	125	34.63
Conoce el condón		
Si	223	61.77
No	138	38.23
Conoce la ligadura de trompas		
Si	136	37.67
No	225	62.33
Conoce los métodos de emergencia		

Si	79	21.88
No	282	78.12
Conoce los espermicidas		
Si	17	4.71
No	344	95.29
Conoce otros métodos de PNF (Naturales)		
Si	78	21.61
No	283	78.39

Fuente: estudio.

Con el fin de evaluar el real conocimiento sobre planificación familiar, las pacientes que contestaron que conocían algún método, sea por uso previo o por información adquirida, fueron interrogadas según la lista de chequeo correspondiente (Real conocimiento: Cumplimiento de al menos el 90% de los ítems), encontrándose que para ningún método de planificación familiar el real conocimiento fue al menos del 50% (ACOs: 11.85%, inyección mensual: 26.42%, inyección trimestral: 23.35%, implante subdermico: 22.58%, DIU: 25.00%, condón: 36.77%, ligadura de trompas: 45.59%, métodos de emergencia: 31.65%) , excepto en el caso de los espermicidas en el que el real conocimiento fue del 70%. Sin embargo se debe tener en cuenta que en este último caso solo se evaluaron 17 pacientes quienes referían conocer el método. Tabla 3.

TABLA 3. REAL CONOCIMIENTO DEL USO DE METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR SEGUN CUMPLIMIENTO DEL LISTAS DE CHEQUEO, HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE, POPAYAN, COLOMBIA, 2014-2015.

Método de planificación *	Adecuado		No adecuado	
	n	%	n	%
ACO n(253)	30	11,85	223	88,14
Inyección mensual n (265)	70	26,42	195	73,58
Inyección trimestral n(257)	60	23,35	197	76,65
Implante subdermico n(217)	49	22,58	168	77,42
DIU n(236)	59	25.00	177	75.00
Condón n(223)	82	36.77	141	63.23
Ligadura de trompas n(136)	62	45.59	74	54,41
Métodos de emergencia n(79)	25	31.65	54	68.35
Espermicidas n(17)	12	70.59	5	29.41

Fuente: estudio.

*Solo se incluye el total de pacientes que cumplían al menos un 90% de la lista de chequeo.

Para la evaluación de los probables factores de riesgo asociados al conocimiento inadecuado del uso de los diferentes métodos de planificación familiar se realizó un análisis bivariado con las posibles variables explicativas, y además se realizaron modelos de regresión logística múltiple.

En el análisis bivariado se encontró que para anticoncepción oral son factores de riesgo, con p estadísticamente significativa para desconocimiento del método, el vivir en un estrato bajo ($p=0.00$), hacer parte de una minoría (0.03) y no haber finalizado los estudios primarios ($p=0.04$). En cuanto a métodos de planificación inyectables (mensual - trimestral), fueron la edad, el estado civil y un nivel educativo bajo, los factores de riesgo que conllevan al conocimiento inadecuado de estos métodos de planificación. Por otro lado, se encontró que la edad menor de 19 años ($p=0.03$) y el régimen de seguridad en salud subsidiado ($p=0.01$) son factores de riesgo significativos para el uso del implante subdermico. En cuanto al DIU, no se encontró evidencia de correlación significativa entre ningún factor de riesgo y el uso del método. En cuanto al uso del condón, son factores de riesgo, con p estadísticamente significativa para el uso inadecuado del método mencionado, la procedencia de zona rural ($p=0.02$), un nivel educativo menor a 5 años ($p=0.00$) y pertenecer al régimen subsidiado ($P=0.01$).

TABLA 4. ANALISIS BIVARIADO DE POSIBLES VARIABLES EXPLICATIVAS SOBRE EL REAL CONOCIMIENTO DEL USO DE ACOs, HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE, POPAYAN, COLOMBIA, 2014-2015

Característica	Conocimiento adecuado, n = 30	Conocimiento no adecuado, n =223	Valor de p
Edad			
Menor 19	1 (3.33)	37(16.59)	0.14 +
20-34	25 (83.33)	155(69,51)	
35 y mas	4(13.33)	31(13.90)	
Procedencia			
Urbana	17(56.67)	144 (64.57)	0.39 *
Rural	13(43.33)	78 (35.43)	
Estado civil			

Estable	24 (80.00)	175 (78.48)	0.84 *
No estable	6 (20.00)	48 (21.52)	
Estrato			
Medio	12 (40.00)	33 (14.80)	0.001 *
Bajo	18 (60.00)	190 (85.20)	
Etnia			
Blanca mestiza	28(93.33)	171 (76.68)	0.03 +
Negra indígena	2 (6.67)	52 (23.32)	
Nivel educativo			
Más de 5 años	29 (96.67)	183 (82.06)	0.04 +
5 o menos años	1 (3.33)	40 (17.94)	
Régimen de seguridad			
Contributivo	13 (43.33)	71 (31.84)	0.20 *
Subsidiado	17 (56.67)	152 (68.16)	
Religión			
Católica	25 (83.33)	182 (81.61)	0.70 +
Otra	5 (16.67)	36 (16.14)	
Ninguna	0 (0.00)	5 (2.24)	

Fuente: estudio.* Prueba de Chi2. + Test de Fisher.

TABLA 5. ANALISIS BIVARIADO DE POSIBLES VARIABLES EXPLICATIVAS SOBRE EL REAL CONOCIMIENTO DEL USO DEL USO DE INYECTABLES MENSUALES, HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE, POPAYAN, COLOMBIA, 2014-2015

Característica	Conocimiento adecuado, n = 70	Conocimiento no adecuado, n =195	Valor de p
Edad			
Menor 19	2 (2.86)	39 (20.00)	0.00 +
20-34	64 (91.43)	131 (67.18)	
35 y mas	4 (5.71)	25 (12.82)	
Procedencia			
Urbana	50 (71.43)	116 (59.49)	0.07 *
Rural	20 (28.57)	79 (40.51)	
Estado civil			
Estable	49 (70.00)	160 (82.05)	0.03 *
No estable	21 (30.00)	35 (17.95)	
Estrato			
Medio	14 (20.00)	30 (15.38)	0.37 *
Bajo	56 (80.00)	165 (84.62)	
Etnia			
Blanca mestiza	54 (77.14)	153 (78.46)	
Negra indígena	18 (22.86)	42 (21.54)	

Nivel educativo			
Más de 5 años	59 (84.29)	112 (57.44)	0.00 *
5 o menos años	11 (15.71)	83 (42.56)	
Régimen de seguridad			
Contributivo	27 (38.57)	58 (29.74)	0.17 *
Subsidiado	43 (61.43)	137 (70.26)	
Religión			
Católica	59 (84.29)	158 881.03)	0.39 +
Otra	11 (15.71)	32 (16.41)	
Ninguna	0 (0.00)	5 (2.56)	

Fuente: estudio. * Prueba de Chi2. + Test de Fisher.

TABLA 6. ANALISIS BIVARIADO DE POSIBLES VARIABLES EXPLICATIVAS SOBRE EL REAL CONOCIMIENTO DEL USO DEL USO DE INYECTABLES TRIMESTRALES, HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE,POPAYAN, COLOMBIA, 2014-2015 REAL

Característica	Conocimiento adecuado, n = 60	Conocimiento No adecuado, n = 197	Valor de p
Edad			
Menor 19	1 (1.67)	35 (17.77)	0.001 +
20-34	54 (90.00)	131 (66.50)	
35 y mas	5 (8.33)	31 (15.74)	
Procedencia			
Urbana	41 (68.33)	113 (57.36)	0.12 *
Rural	19 (31.67)	84 (42.64)	
Estado civil			
Estable	44 (73.33)	164 (83.25)	0.08 *
No estable	16 (26.67)	33 (16.75)	
Estrato			
Medio	12 (20.00)	27 (13.61)	0.23 *
Bajo	48 (80)	170 (86.29)	
Etnia			
Blanca mestiza	47 (78.33)	152 (77.16)	0.84 *
Negra indígena	13 (21.67)	45 (22.84)	
Nivel educativo			
Más de 5 años	54 (90)	154 (78.17)	0.04 *
5 o menos años	6 (10)	43 (21.83)	
Régimen de seguridad			
Contributivo	22 (36.67)	55 (27.92)	0.19 *
Subsidiado	38 (63.33)	142 (72.08)	
Religión			
Católica	52 (86.67)	160 (81.22)	0.42 +

Otra	8 (13.33)	33 (16.75)	
Ninguna	0 (0.00)	4 (2.03)	

Fuente: estudio. * Prueba de Chi². + Test de Fisher.

TABLA 7. ANALISIS BIVARIADO DE POSIBLES VARIABLES EXPLICATIVAS SOBRE EL REAL CONOCIMIENTO DEL USO DEL USO DE IMPLANTE SUBDERMICO, HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE, POPAYAN, COLOMBIA, 2014-2015.

Característica	Conocimiento adecuado, n = 49	Conocimiento no adecuado, n= 168	Valor de p
Edad			
Menor 19	4 (8.16)	38 (22.62)	0.03 +
20-34	41 (83.67)	109 (64.88)	
35 y mas	4 (8.16)	21 (12.50)	
Procedencia			
Urbana	33 (67.35)	106 (63.10)	0.68 *
Rural	16 (32.65)	62 (36.90)	
Estado civil			
Estable	35 (71.43)	128 (76.19)	0.49 *
No estable	14 (28.57)	40 (23.81)	
Estrato			
Medio	12 (24.49)	26 (15.48)	0.14 *
Bajo	37 (75.51)	142 (84.52)	
Etnia			
Blanca mestiza	42 (85.71)	130 (77.38)	0.20 *
Negra indígena	7 (14.29)	38 (22.62)	
Nivel educativo			
Más de 5 años	42 (85,71)	146 (86.90)	0.82 *
5 o menos años	7 (14.29)	22 (13.10)	
Régimen de seguridad			
Contributivo	22 (44.90)	45 (26.79)	0.01 *
Subsidiado	27 (55.10)	123 (73.21)	
Religión			
Católica	41 (83.67)	144 (85.71)	0.32 +
Otra	8 (16.33)	19 (11.31)	
Ninguna	0 (0.00)	5 (2.98)	

Fuente: estudio. * Prueba de Chi².+ Test de Fisher.

TABLA 8. ANALISIS BIVARIADO DE POSIBLES VARIABLES EXPLICATIVAS SOBRE EL REAL CONOCIMIENTO DEL USO DEL USO DEL DIU, HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE,POPAYAN, COLOMBIA, 2014-2015.

Característica	Conocimiento adecuado, n= 59	Conocimiento no adecuado n= 177	Valor de p
Edad			
Menor 19	3 (3.08)	21 (11.86)	0.08 +
20-34	42 (71.19)	132 (74.58)	
35 y mas	14 (23.73)	24 (13.56)	
Procedencia			
Urbana	34 (57.63)	110 (62.15)	0.53 *
Rural	25 (42.37)	67 (37.85)	
Estado civil			
Estable	44 (74.58)	147 (83.05)	0.15 *
No estable	15 (25.42)	30 (16.95)	
Estrato			
Medio	9 (15.25)	33 (18.64)	0.55 *
Bajo	50 (84.75)	144 (81.36)	
Etnia			
Blanca mestiza	50 (84.75)	131 (74.01)	0.09 *
Negra indígena	9 (15.25)	46 (25.99)	
Nivel educativo			
Más de 5 años	46 (77.97)	144 (81.36)	0.56 *
5 o menos años	13 (22.03)	33 (18.64)	
Régimen de seguridad			
Contributivo	21 (31.59)	60 (33.90)	0.81 *
Subsidiado	38 (64.41)	117 (66.10)	
Religión			
Católica	48 (81.36)	149 (84.18)	0.26 +
Otra	11 (18.64)	23 (12.99)	
Ninguna	0 (0.00)	5 (2.82)	

Fuente: estudio. * Prueba de Chi2. + Test de Fisher.

TABLA 9. ANALISIS BIVARIADO DE POSIBLES VARIABLES EXPLICATIVAS SOBRE EL REAL CONOCIMIENTO DEL USO DEL USO DEL CONDON, HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE,POPAYAN, COLOMBIA, 2014-2015.

Característica	Conocimiento adecuado, n = 82	Conocimiento no adecuado n= 141	Valor de p
Edad			
Menor 19	10 (12.20)	27 (19.15)	0.36 *

20-34	63 (76.83)	97 (68.79)	
35 y mas	9 (10.98)	17 (12.06)	
Procedencia			
Urbana	62 (75.61)	85 (60.28)	0.02 *
Rural	20 (24.39)	56 (39.72)	
Estado civil			
Estable	62 (75.61)	112 (79.43)	0.50 *
No estable	20 (24.399)	29 (20.57)	
Estrato			
Medio	19 (23.17)	26 (18.44)	0.39 *
Bajo	63 (76.83)	115 (81.56)	
Etnia			
Blanca mestiza	68 (82.93)	114 (80.85)	0.70 *
Negra indígena	14 (17.07)	27 (19.15)	
Nivel educativo			
Más de 5 años	78 (95.12)	114 (80.85)	0.002 +
5 o menos años	4 (4.88)	27 (19.15)	
Régimen de seguridad			
Contributivo	40 (48.78)	45 (31.91)	0.01 *
Subsidiado	42 (51.22)	96 (68.09)	
Religión			
Católica	70 (85.37)	108 (76.60)	0.15 +
Otra	12 (14.63)	28 (19.86)	
Ninguna	0 (0.00)	5 (3.33)	

Fuente: estudio.* Prueba de Chi2. + Test de Fisher.

En los análisis multivariados que se hizo para la exploración de posibles factores asociados o de riesgo para un inadecuado conocimiento de los métodos de planificación familiar por regresión logística se encontraron los siguientes hallazgos; en el correspondiente a los anticonceptivos orales se evidencio que el pertenecer a un estrato socio-económico bajo muestra un riesgo 4.25 veces mayor (OR ajustado= 5.25; IC 95% 1.82-15.16; p=0.002) de desconocimiento sobre el uso adecuado de este método y el pertenecer a una minoría poblacional, un riesgo 5.7 veces mayor (OR ajustado= 6.70; IC 95% 1.36-32.86; p= 0.019) en el mismo ítem. Por otro lado, se encontraron datos estadísticamente significativos que relacionan el habitar en zona rural como factor protector para el uso adecuado de este método de planificación (OR ajustado= 0.35; IC 95% 0.14-0.88; p= 0.02), Tabla 10. En el de los inyectables mensuales se evidencio que el ser adolescente (OR ajustado= 10.63; IC 95% 2.43-46.47; p= 0.002) y el no haber finalizado los estudios en básica primaria

(OR ajustado= 3.56; IC 95% 1.58-8.01; $p= 0.002$) son factores que elevan el riesgo de desconocimiento sobre el uso de este método en 9.63 y 2.56 veces más respectivamente. Tabla 11. En el multivariado de los inyectables trimestrales se encontraron hallazgos similares a los encontrados para los mensuales, pues el ser adolescente (OR ajustado= 16.57; IC 95% 2.17-126.49; $p= 0.007$) y el no haber finalizado los estudios en básica primaria (OR ajustado= 2.78; IC 95% 1.24-6.19; $p= 0.012$) son factores que elevan, de forma estadística-mente significativa, el riesgo de desconocimiento en el uso de este método en 15.57 y 1.78 veces más respectivamente. Tabla 12. de la misma manera para el del implante subdermico se evidencio que tener una edad menor a 19 años es un factor de riesgo estadísticamente significativo (OR ajustado= 3.35; IC 95% 1.10-2.17; $p= 0.032$) para el desconocimiento de su uso correcto, aumentando el riesgo 2.35 veces más. Tabla 13. En el análisis multivariado correspondiente al DIU se evidencio que el pertenecer a una minoría poblacional aumenta el riesgo 1.56 veces más para el desconocimiento de este método de planificación (OR ajustado= 2.56; IC 95% 1.06-6.16; $p= 0.03$). Por otro lado se encontró que el tener una edad mayor a 35 años planificación (OR ajustado= 0.42; IC 95% 0.18-0.97; $p= 0.04$) y el no tener una relación de pareja estable (OR ajustado= 0.40; IC 95% 0.18-0.90; $p= 0.02$) se relacionaban con un mejor conocimiento del uso adecuado del DIU. Tabla 14. finalmente en el homologo al condón se evidencio que el único factor que mostraba influencia estadísticamente significativa era el nivel educativo, pues en pacientes que no finalizaron sus estudios primarios se encontró un riesgo 2.85 veces mayor para desconocer este método de planificación (OR ajustado= 3.85; IC 95% 1.75-8.47; $p= 0.00$). Tabla15.

Para finalizar se evaluó los diferentes modelos de regresión logística, encontrándose que todos mostraban un buen ajuste, esto se evaluó por medio del estadístico de HosmerLemeshow.

TABLA 10. MODELO MULTIVARIADO QUE EVALUA LOS POSIBLES FACTORES DE RIESGO PARA EL REAL CONOCIMIENTO DEL USO DE ACOs , HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE,POPAYAN, COLOMBIA, 2014-2015

Característica *	OR**	ORa***	IC 95%	P
Edad				
Menor 19	5.96	5.22	0.65-41.54	0.11
35 y mas	1.25	1.29	0.37-4.50	0.68
Procedencia				
Rural	0.71	0.35	0.14-0.88	0.02
Estado civil				
No estable	1.09	1.13	0.39-3.26	0.80
Estrato				
Bajo	3.83	5.25	1.82-15.16	0.00
Etnia				
Negra indígena	4.25	6.70	1.36-32.86	0.01
Nivel educativo				
5 o menos años	6.33	1.30	0.44-3.80	0.62
Régimen de seguridad				
Subsidiado	1.63	0.60	0.21-1.69	0.34

Fuente: estudio.

Modelo: Etnia, edad, estado civil, estrato, nivel educativo y seguridad social.

*Cada una de las características comparadas con cada una de las variables de referencia

OR no ajustado - * OR ajustado

Ajuste del modelo: estadístico de HosmerLemeshow: $\chi^2(8) = 7.46$; $p = 0.48$

TABLA 11. MODELO MULTIVARIADO QUE EVALUA LOS POSIBLES FACTORES DE RIESGO PARA EL REAL CONOCIMIENTO DEL USO DE INYECTABLES MENSUALES , HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE,POPAYAN, COLOMBIA, 2014-2015

Característica	OR	OR ajustado	IC 95%	P
Edad				
Menor 19	9.52	10.63	2.43-46.47	0.002
35 y mas	3.05	1.61	0.50-5.20	0.41
Procedencia				
Rural	1.70	1.41	0.73-2.72	0.29
Estado civil				
No estable	0.51	0.63	0.31-1.29	0.21
Estrato				
Bajo	1.37	0.73	0.32-1.66	0.46
Etnia				
Negra indígena	1.48	0.68	0.31-1.46	0.33
Nivel educativo				
5 o menos años	2.33	3.56	1.58-8.01	0.002
Régimen de seguridad				
Subsidiado	1.48	1.10	0.53-2.25	0.78

Fuente: estudio.

Modelo: Etnia, edad, estado civil, estrato, nivel educativo y seguridad social.

*Cada una de las características comparadas con cada una de las variables de referencia

OR no ajustado - * OR ajustado

Ajuste del modelo: estadístico de HosmerLemeshow: (8)= 15.24; p=0.07

TABLA 12. MODELO MULTIVARIADO QUE EVALUA LOS POSIBLES FACTORES DE RIESGO PARA EL REAL CONOCIMIENTO DEL USO DE INYECTABLES TRIMESTRALES , HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE, POPAYAN, COLOMBIA, 2014-2015.

Característica	OR	OR ajustado	IC 95%	P
Edad				
Menor 19	14.42	16.57	2.17-126.49	0.007
35 y mas	2.55	1.57	0.54-4.54	0.39
Procedencia				
Rural	1.60	1.43	0.73-2.81	0.29
Estado civil				
No estable	0.55	0.67	0.30-1.46	0.32
Estrato				
Bajo	1.57	0.87	0.36-2.08	0.76
Etnia				
Negra indígena	1.07	0.80	0.35-1.83	0.60
Nivel educativo				
5 o menos años	2.51	2.78	1.24-6.19	0.012
Régimen de seguridad				
Subsidiado	1.49	1.07	0.49-2.32	0.85

Fuente: estudio.

Modelo: Etnia, edad, estado civil, estrato, nivel educativo y seguridad social.

*Cada una de las características comparadas con cada una de las variables de referencia

OR no ajustado - * OR ajustado

Ajuste del modelo: estadístico de HosmerLemeshow: (8)= 14.53; p=0.07

TABLA 13. MODELO MULTIVARIADO QUE EVALUA LOS POSIBLES FACTORES DE RIESGO PARA EL REAL CONOCIMIENTO DEL USO DE IMPLANTE SUBDERMICO, HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE, POPAYAN, COLOMBIA, 2014-2015.

Característica	OR	OR ajustado	IC 95%	P
Edad				
Menor 19	3.57	3.35	1.10-2.17	0.032
35 y mas	1.97	1.44	0.43-4.80	0.55
Procedencia				
Rural	1.20	1.01	0.48-2.13	0.96

Estado civil				
No estable	0.78	0.71	0.32-1.57	0.40
Estrato				
Bajo	1.77	1.16	0.47-2.83	0.74
Etnia				
Negra indígena	1.75	1.45	0.55-3.78	0.44
Nivel educativo				
5 o menos años	0.90	0.98	0.40-2.37	0.96
Régimen de seguridad				
Subsidiado	2.22	1.80	0.79-4.07	0.15

Fuente: estudio.

Modelo: Etnia, edad, estado civil, estrato, nivel educativo y seguridad social.

*Cada una de las características comparadas con cada una de las variables de referencia

OR no ajustado - * OR ajustado

Ajuste del modelo: estadístico de HosmerLemeshow: (8)= 10.59; p=0.22

TABLA 14. MODELO MULTIVARIADO QUE EVALUA LOS POSIBLES FACTORES DE RIESGO PARA EL REAL CONOCIMIENTO DEL USO DEL DIU, HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE, POPAYAN, COLOMBIA, 2014-2015.

Característica	OR	OR ajustado	IC 95%	P
Edad				
Menor 19	2.22	2.60	0.71-9.51	0.14
35 y mas	0.54	0.42	0.18-0.97	0.04
Procedencia				
Rural	0.82	0.78	0.38-1.56	0.48
Estado civil				
No estable	0.59	0.40	0.18-0.90	0.02
Estrato				
Bajo	0.78	0.75	0.29-1.91	0.55
Etnia				
Negra indígena	1.95	2.56	1.06-6.16	0.03
Nivel educativo				
5 o menos años	0.81	0.78	0.35-1.74	0.55
Régimen de seguridad				
Subsidiado	1.07	1.16	0.55-2.48	0.68

Fuente: estudio.

Modelo: Etnia, edad, estado civil, estrato, nivel educativo y seguridad social.

*Cada una de las características comparadas con cada una de las variables de referencia

OR no ajustado - * OR ajustado

Ajuste del modelo: estadístico de HosmerLemeshow: (8)= 8.86; p=0.35

TABLA 15. MODELO MULTIVARIADO QUE EVALUA LOS POSIBLES FACTORES DE RIESGO PARA EL REAL CONOCIMIENTO DEL USO DEL CONDON, HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE, POPAYAN, COLOMBIA, 2014-2015.

Característica	OR	OR ajustado	IC 95%	P
Edad				
Menor 19	1.75	1.72	0.74-3.97	0.20
35 y mas	1.22	0.70	0.26-1.90	0.49
Procedencia				
Rural	2.04	1.64	0.84-3.21	0.14
Estado civil				
No estable	0.80	1.07	0.52-2.22	0.84
Estrato				
Bajo	1.33	0.62	0.28-1.33	0.22
Etnia				
Negra indígena	1.15	0.73	0-32-1.63	0.44
Nivel educativo				
5 o menos años	4.61	3.85	1.75-8.47	0.00
Régimen de seguridad				
Subsidiado	2.03	1.69	0.86-3.29	0.12

Fuente: estudio.

Modelo: Etnia, edad, estado civil, estrato, nivel educativo y seguridad social.

*Cada una de las características comparadas con cada una de las variables de referencia

OR no ajustado - * OR ajustado

Ajuste del modelo: estadístico de HosmerLemeshow: (8)= 5.03; p=0.75

9. DISCUSION

El Hospital Universitario San José es una institución de III nivel y centro de referencia en el Cauca y Suroccidente Colombiano para la atención de pacientes obstétricas de alto riesgo. Este estudio cuenta con una muestra significativa de 361 pacientes, quienes afirmaban conocer al menos un método de planificación familiar en un 94.46% (n= 341) de los casos, estos hallazgos son similares a los obtenidos en la Encuesta Nacional de Salud del 2010 (6), en la que se interrogó a 53.521 mujeres, encontrándose un 93.5% de conocimiento sobre algún método. En cuanto al uso previo de métodos anticonceptivos, se encontró en el presente estudio, que hasta el 79.50% de las pacientes habían usado alguno, frente al 85% en la Encuesta Nacional de Salud. Por otro lado, según un estudio publicado y realizado en población Estadounidense se evidencio que hasta el 49% de los embarazos eran no deseados, siendo el riesgo proporcionalmente mayor en pacientes más jóvenes. Para la población del presente estudio, son más frecuentes los embarazos no deseados, presentándose en un 70.08% de los casos, probablemente asociado esto a un menor nivel educativo (29% de las pacientes no finalizaron preparatoria Vs 21.61% no finalizaron sus estudios primarios) (7). El actual estudio muestra que el 70.08% de los embarazos no fueron planeados y en el 47.65% de los casos no se hacía uso de ningún método de planificación artificial, de estos, el 18.56% de las pacientes no consideraron necesario por algún motivo el uso de métodos de planificación familiar, infiriéndose un 29,09% de casos de necesidad insatisfecha en planificación familiar. Al comparar estos datos con la estadística oficial de la OMS que reconoce un porcentaje de necesidad insatisfecha de 53% en África, 22% en Asia, 21% en América Latina y para Colombia de 7%, se aprecia valores comparativamente altos para la región y muy por encima para las estadísticas nacionales (1,4).

Al comparar los resultados sobre el conocimiento de al menos un método de planificación familiar, como se comentó previamente, los hallazgos son similares a los obtenidos en la Encuesta Nacional de Salud de 2010, sin embargo al individualizar cada uno de los métodos se encontró que el

conocimiento de anticonceptivos orales en el presente estudio fue de 70.08% y 99.4% en la ENS, de 73.41% para la inyección mensual y 71.19% para la inyección trimestral y 98.9% en la ENS para ambos métodos inyectables, de 60.11% para el implante subdermico y 92.3% en la ENS, de 65.37% para el DIU y 96.15% en la ENS, de 61.77% para el condón y 99.35% en la ENS, de 37.67% para la ligadura de trompas y 97.9% en la ENS, de 21.88% para los métodos de emergencia y 72.85% en la ENS.

El real conocimiento sobre planificación familiar es un área poco explorada, pues la mayoría de encuestas y estudios investigan el uso actual o el conocimiento sobre la existencia de métodos de planificación familiar (16-20), sin embargo no se evalúa su adecuado uso, lo que conlleva a un porcentaje importante de embarazos no planeados. En la literatura se encuentra un estudio español, llevado a cabo en población menor de 20 años y de ambos sexos, entre los que se encontró un porcentaje de real conocimiento del 17.80%.

El presente estudio además de evidenciar un real conocimiento promedio de 32.64 para todos los métodos de planificación familiar, evalúa el real conocimiento para cada uno de estos y los posibles factores de riesgo asociados a un pobre conocimiento. Se encontró que el método mejor conocido son los espermicidas en un 70.59% (n=12) y los que menor real conocimiento tienen son los anticonceptivos orales en un 11.85% (n=30).

En cuanto a los posibles factores de riesgo asociados a un pobre conocimiento sobre los métodos de planificación familiar se evidencio que para los anticonceptivos orales pertenecer a un estrato socioeconómico bajo y el pertenecer a una minoría poblacional aumenta el riesgo de forma estadísticamente significativa para el desconocimiento de este método, probablemente lo anterior asociado a una menor capacidad económica y acceso a servicios de salud y educativos. Por otro lado, se encontró que el habitar en zona rural es factor protector para el uso adecuado de este método de planificación, lo cual podría ser explicado por un mayor acceso a este método solo en zona rural, ya sea por cuestiones culturales o institucionales en

los diferentes centros de salud. En cuanto a los inyectables mensuales y trimestrales se evidencio que el ser adolescente y el no haber finalizado los estudios en básica primaria son factores que elevan el riesgo de desconocimiento, de forma parecida en el caso del implante subdermico en el que tener una edad menor a 19 años es un factor de riesgo estadísticamente significativo para el desconocimiento de su uso correcto y en el caso del condón, en el que en pacientes que no finalizaron sus estudios primarios se encontró un riesgo mayor para desconocer este método de. Esto es explicado para los diferentes métodos de planificación previamente descritos, debido a que probablemente no se presenta dificultad en el acceso a ellos, sino que hay falta de información sobre los beneficios y la importancia de la planificación familiar, lo que se ve plasmado en que son las adolescentes y las mujeres con menor nivel educativo las que se ven afectadas por este desconocimiento. Finalmente en cuanto al DIU, se evidencia que el pertenecer a una minoría poblacional aumenta el riesgo para el desconocimiento de este método de planificación, probablemente también, por dificultad en el acceso al DIU y por desconocimiento del uso del método debido a razones culturales, en este tipo de población. Cabe resaltar que, para este método, se encontró que el tener una edad mayor a 35 años planificación y el no tener una relación de pareja estable se relacionaron con un mejor conocimiento de su uso adecuado, probablemente esto, asociado a que son las mujeres de mayor edad las que usan más frecuentemente este método y a que algunas mujeres sin pareja estable prefieren usar un método de larga duración y evitar así la suspensión y reinicio de otros métodos artificiales o el uso del condón, anotando que en este caso no hay protección para las diferentes enfermedades de transmisión sexual, lo que refleja el inadecuado conocimiento sobre los beneficios y riesgos de los anticonceptivos.

10.RECOMENDACIONES

1. Implementación de nuevas políticas con el fin de educar a la población sobre planificación familiar, ya que las actuales no reflejan un real conocimiento sobre este tema.
2. Formulación de nuevas estrategias que permitan a la población tener acceso a los diferentes métodos de planificación familiar, sobre todo en minorías poblacionales y en situación de desplazamiento.
3. Realización de nuevos estudios que aborden esta temática, pues mediante estos se podrán establecer cuáles son las fallas y las posibles mejoras estratégicas, así como establecer las necesidades propias de cada grupo poblacional.

11.FORTALEZAS

- Realizado en pacientes en edad reproductiva, embarazadas, lo que facilita la aplicabilidad de estrategias educativas en nuestra población institucional.
- Se alcanzó una muestra poblacional adecuada para el número de pacientes que acuden al servicio de Obstetricia del Hospital San José de la ciudad de Popayán.
- Realización previa de una prueba piloto, lo que permitió hacer ajustes y mejoras en el instrumento.
- La encuesta fue realizada por personal idóneo para la realización de esta.
- No hubo pérdidas de información.
- Propuesta innovadora, ya que no hay estudios actualmente que aborden este problema y por el uso de una encuesta que objetiva el conocimiento sobre planificación familiar.
- Uso de modelos multivariados para manejar las variables confusoras en los resultados.
- Modelos utilizados mostraron buen ajuste.

12. DEBILIDADES

- Un posible sesgo de selección debido a que la población pertenece solo al III nivel de atención, sin embargo las variables confusoras fueron manejadas mediante regresión logística y eso disminuye la posibilidad de sesgo.
- Un posible sesgo de complacencia al querer las pacientes conseguir la empatía del entrevistador, sin embargo esto juega un papel secundario, una vez se interroga sobre el real conocimiento en planificación familiar, mediante listas de chequeo.

13. BIBLIOGRAFIA

1. Who.int, Planificación familiar (en línea). OMS, 2011; (Fecha de acceso 03/05/13). Disponible en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/es/index.html>.
2. Palma Y, Rivera G. La Planificación Familiar en México. Sexualidad y Salud Reproductiva en México. 2000; 153-77.
3. Organización Mundial De La Salud. Monitoreo del logro de los objetivos de desarrollo del milenio relacionados con la salud. 63 asamblea mundial de la salud. 2010.
4. Nacionesunidas.org.co, 222 millones de mujeres no tienen acceso a la planificación familiar en el mundo. ONU, 2012; (Fecha de acceso 25/05/13). Disponible en <http://nacionesunidas.org.co/blog/2012/11/14/222-millones-de-mujeres-no-tienen-acceso-a-la-planificacion-familiar-en-el-mundo/>
5. Lara-Torre Eduardo. Actualización en anticoncepción en adolescencia. *ObstetGynecolClin N Am.* 2009; 36: 119–128.
6. Profamilia. Salud Sexual y Reproductiva en Colombia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud, 2010.
7. Turok D. A la búsqueda de una mejor contracepción: métodos futuros. *ObstetGynecolClin N Am.* 2008; 35:185–197.
8. Organización Mundial de la Salud. Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos. 3a ed. Ginebra. 2005. Pag 190.
9. Kulier R, Bouvain M, Walker D, De Candolle G. Minilaparotomy and endoscopic techniques for tubal sterilization. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2004, Issue 3.
10. Diaz S. Contraceptive technology and family planning services. *International Journal of Gynecology & Obstetrics.* 1998; 63:S85-S90.
11. Kavanaugh M, Jerman J. Meeting the Contraceptive Needs of Teens and Young Adults: Youth-Friendly and Long-Acting Reversible Contraceptive Services in U.S. Family Planning Facilities. *Journal of Adolescent Health.* 2013; 52:284-292.

12. Ramírez A, Avecilla A. Novedades en anticoncepción. Terapéutica en APS. FMC 2004; 11:314-31.
13. Grimes DA, Schulz FK. Antibiotic prophylaxis for intrauterine contraceptive device insertion. Cochrane Database of Systematic Reviews 1999, Issue 3.
14. Black A, Francoeur D, Rowe T, Collins J, Miller D, Brown T, et al. Canadian Contraception Consensus. J ObstetGynaecol Can 2004; 26:219-254.
15. Hov G, Skjeldestada F, Hilstad T. Use of IUD and subsequent fertility: follow-up after participation in a randomized clinical trial. Contraception 2007; 75:88-92.
16. Finer LB, Zolna MR. Unintended pregnancy in the United States: incidence and disparities, 2006. Contraception 2011; 84:478.
17. Lawrence L. Obstáculos médicos para la contracepción efectiva. ObstetGynecolClin N Am. 2007; 34:19-29.
18. Kavanaugh M, Jerman J. Meeting the Contraceptive Needs of Teens and Young Adults: Youth-Friendly and Long-Acting Reversible Contraceptive Services in U.S. Family Planning Facilities. Journal of Adolescent Health. 2013; 52:284-292.
19. Turok D. A la búsqueda de una mejor contracepción: métodos futuros. ObstetGynecolClin N Am. 2008; 35:185–197.
20. Glaisier A. Implantable contraceptives for women: effectiveness, discontinuation ratios, return of fertility and outcome of pregnancies. Contraception. 2002; 65:29-37.

14. ANEXOS

Anexo I

**REAL CONOCIMIENTO SOBRE ANTICONCEPCION ARTIFICIAL EN
MUJERES EMBARAZADAS QUE ACUDEN A LA RED PUBLICA
HOSPITALARIA EN POPAYAN DURANTE LOS AÑOS 2014-2015**

Numero de encuesta _____

I. ASPECTOSOCIODEMOGRAFICOS

1. Edad: ____ años	2. Zona: (1)R____ (0) U____
3. Estado civil: (0)Casada____ (1)Soltera____ (2) Unión libre____ (3)Separada/Divorciada____ (4) Viuda____	
4. Estrato socioeconómico: (1)Uno____ (2)Dos____ (3)Tres____ (4)Cuatro____ (5)Cinco____ (6)Seis____	
5. Nivel educativo ____ Años cursados	
6.Ocupacion: (0)Ama de casa____ (1)Empleada____ (2)Agricultora____ (3)Trabajadora independiente____ (4) Estudiante	
7.Grupo étnico: (0)Blanco ____ (1)Afrodescendiente____ (2)Mestizo____ (3)Indígena____ (4)Zambo____ (99) Otro____	
8.Seguridad social: (0)Contributivo____ (1)Subsidiado ____ (2)Vinculado____ (3)Particular____ (4) Especial____	
9.Religión a la que pertenece: (0) Católico (1) Cristiano (2) Testigo de Jehová (3) Judío (4) Pentecostal (99) Ninguno	

II. ANTECEDENTES Y CONOCIMIENTO ACERCA DE MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

10.Antecedentes ginecobstétricos: Según sus antecedentes, escriba el número de: Embarazos____ Partos____ Cesáreas____ Abortos____ Ectópicos____ Molar____ Vivos____ Muertos____
11.Conoce algún método de planificación familiar artificial?: (0) Si____(1)No____
12. El actual embarazo fue planeado? (0) Si____ (1) No____
13. Si la respuesta a la pregunta 12 fue no, estaba planificando en el momento que quedó embarazada? (0) Si____ (1) No____ (99) No aplica____

14. Si la respuesta a la pregunta 13 fue no, cual fue la razón para no usar métodos de planificación familiar?(0) Desconocimiento__ (1) Mi religión no lo permite__ (2) Efectos adversos de los métodos anticonceptivos__ (3) Mi médico tratante los suspendió__ (4) Mi pareja los prohíbe__ (5) Alteran la función sexual__ (6) No dispongo de recursos económicos__ (7) No los considero necesarios__(9) Otros__ (99) No aplica

15. Ha utilizado métodos de planificación previamente?: (0) Si__(1) No__ (99) No aplica__

16. qué métodos usted conoce (aunque no los utilice):

(0) Píldoras__ (1) Inyecciones Mensuales__ (2) Inyecciones Trimestrales__ (3) Implante Transdérmico__ Cuál_____(4)
Dispositivo__ (5) Condón__ (6) Ligadura__ (7) Emergencia__ (8)
Espermicidas__ (9) Otros____ Cuál_____(99)no aplica

17. Si lo utilizo, durante cuánto tiempo lo hizo: Marque solo una de las

3:(0)Años____ (1)Meses____ (3)Semanas____ (99)no aplica__

18. Quien se lo recomendó?:

(0) Amigo__ (1) Médico/Personal de salud__ (2) Padres__ (3) Autoformación__ (4) Su pareja__ (5) Internet/Medios de comunicación__ (6) Profesor__ (7) Personal de droguería__ (99) no aplica

19. Tómese el tiempo necesario para explicar con sus palabras como se utilizan:

20. Y qué se hace en caso de olvido?:

LISTA DE CHEQUEO No. 1 - USO ADECUADO DE ANTICONCEPTIVOS ORALES		
	SI	NO
1- Fue asesorada por personal de salud para su uso		
2-Cuando comienza su uso, inicia el primer día de su menstruación y luego al acabar la caja si es de la de 21 píldoras reinicia su toma al 8 día o si es de la de 28 la reinicio inmediatamente al día siguiente		
3- Se la toma en forma continua todos los días		
4- Utiliza otro método de planificación en caso de olvido (No aplica si nunca se olvida)		
5- Asiste a control de planificación periódicamente		

LISTA DE CHEQUEO No. 2 - USO ADECUADO DE HORMONALES INYECTABLES MENSUALES		
	SI	NO
1- Fue asesorada por personal de salud para su uso		
2-Cuando comienza su uso, inicia el primer día de su menstruación y luego la misma fecha cada mes.		
3- Se coloca en forma continua todos los meses		
4- Utiliza otro método de planificación en caso de olvido (No aplica si nunca se olvida)		
5- Asiste a control de planificación periódicamente		

LISTA DE CHEQUEO No. 3 - USO ADECUADO DE HORMONALES INYECTABLES TRIMESTRALES		
	SI	NO
1- Fue asesorada por personal de salud para su uso		
2-Cuando comienza su uso, inicia el primer día de su menstruación y luego la misma fecha cada tres meses.		
3- Se coloca en forma continua cada 3 meses, en la misma fecha		
4- Utiliza otro método de planificación en caso de olvido (No aplica si nunca se olvida)		
5- Asiste a control de planificación periódicamente		

LISTA DE CHEQUEO No. 4 USO ADECUADO DEL IMPLANTE		
	SI	NO
1- Fue asesorada para su uso por personal de salud		
2- Asiste a control de planificación periódicamente (cada año)		

LISTA DE CHEQUEO No. 5 - USO ADECUADO DE DISPOSITIVO INTRAUTERINO		
	SI	NO
1- Fue asesorada por personal de salud para su uso		
2-Asiste a control de planificación periódicamente		

LISTA DE CHEQUEO No. 6 - USO ADECUADO DEL CONDÓN		
	SI	NO
1- Fue asesorada por personal de salud para su uso		
2- Observa la fecha de vencimiento antes de su uso		
3-Lo mantiene en un lugar donde no esté expuesto a daños externos		
4- Se coloca antes de la penetración		
5- Una vez que eyaculaba su pareja, lo retiraba fuera de la vagina evitando que el semen se riegue		
6- Utiliza un condón diferente para cada relación sexual		

LISTA DE CHEQUEO No. 7 USO ADECUADO ESTERILIZACION FEMENINA		
	SI	NO
1- Fue asesorada para su uso por personal de salud		
2- Asiste a control posterior a la cirugía		

LISTA DE CHEQUEO No. 8 USO ADECUADO DE ESPERMICIDAS		
	SI	NO
1- Fue asesorada para su uso por personal de salud		
2- Los utilizaba antes de cada relación sexual		
3- Una vez que Usted aplica el espermicida, cuantos minutos espera para el inicio de la relación sexual: _____	No aplica	

LISTA DE CHEQUEO No. 9 - USO ADECUADO DE MÉTODOS DE EMERGENCIA		
1- Ha utilizado algún método de emergencia en relación sexual sin protección Si respondió en forma afirmativa cuál método de emergencia ha utilizado: (1) Diu____ (2)Píldora____	SI	NO
	No aplica	
2- En el caso de uso de píldoras, se las tomo en las primeras 72 horas después de la actividad sexual sin protección?		
3- Fue asesorada por personal de salud para su uso		
4- Asistia a control de planificación periódicamente		

Anexo II

Consentimiento informado

Yo, _____, identificada con C.C. _____ de _____, declaro libre y voluntariamente que he sido invitada a participar en la investigación “**REAL CONOCIMIENTO SOBRE ANTICONCEPCION ARTIFICIAL EN MUJERES EMBARAZADAS QUE ACUDEN A LA RED PUBLICA HOSPITALARIA EN POPAYAN DURANTE LOS AÑOS 2014-2015**” y que se me ha dado la siguiente información:

Responsables del estudio:

La persona responsable de dirigir y realizar el estudio y su teléfono celular es: Edward Moreno González (Médico Residente Ginecología y Obstetricia) número de celular 3128580998. Se me ha informado que a través de estos teléfonos puedo contactarlo en cualquier momento, si necesito que me resuelva una pregunta o aclare alguna duda. La investigación se realiza con el respaldo del Departamento de Ginecología y Obstetricia de la Universidad del Cauca.

Descripción del estudio:

El presente estudio se plantea para determinar el real conocimiento sobre anticonceptivos artificiales en mujeres embarazadas que acuden al Hospital Universitario San José de la ciudad de Popayán. Para lograr el objetivo se solicitara a cada paciente que responda a un cuestionario y a una lista de chequeo a través de los cuales se preguntara sobre los diferentes métodos de planificación familiar conocidos y su forma de uso. A los participantes no se les realizara ninguna modificación o manipulación intencionada por parte del investigador.

Riesgos y Beneficios:

El único riesgo que existe es que la información respondida por mí, sea divulgada y conocida por terceras personas diferentes al investigador y esto le cause un perjuicio moral. Para evitarlo, el investigador ha previsto que el

nombre de quien responda el cuestionario no quede escrito; sino que el cuestionario sea identificado con un número de código, el cual sea conocido únicamente por los investigadores.

Mi beneficio, si acepto participar en la investigación, es que en caso de saberse que he usado métodos de planificación familiar de manera inadecuada, seré educada y remitida a la institución de salud donde soy atendida para recibir la atención requerida y mejorar esta situación.

Se me ha comunicado que la información que se genere de esta investigación será utilizada con fines de información científica y servirá para que la Secretaría municipal de salud del municipio de Popayán, tome decisiones que beneficien a la población del municipio en lo concerniente a su salud sexual y reproductiva.

Confidencialidad:

Mi identidad estará protegida, pues durante todo el estudio solo se utilizará un código numérico, asignado por los investigadores, que lo diferenciará de las otras pacientes que participan en la investigación. La información obtenida será almacenada en una base de datos que se mantendrá por cinco años más después de terminado el presente estudio. Los datos individuales sólo serán conocidos por el investigador quien, en todo caso, se compromete a no divulgarlos. Los datos generales serán conocidos por la comunidad médica y por las autoridades en salud de Popayán.

Derechos y deberes:

Tengo derecho a obtener una copia del presente documento y a suspender libre y espontáneamente su participación en este estudio si esta es mi voluntad, sin tener que adelantar ningún trámite, sólo la información verbal a los investigadores. Tengo derecho a solicitar información adicional y que le sea resuelta cualquier duda en el momento que lo considere necesario. Tendré la obligación de responder el cuestionario y las listas de chequeo si acepto participar.

Advertencias Importantes:

Se me ha explicado que la participación en el presente estudio no da, ni dará lugar a ningún tipo de retribución económica para mí y no establece tampoco ninguna relación médico-paciente.

En caso que requiera algún tipo de ayuda u orientación sobre el uso de métodos de planificación familiar, este será cubierto por el régimen de seguridad social en salud al que está afiliado. La investigación no se encargará o responsabilizará de ningún tipo de tratamiento o asesoría.

Declaro que he leído o me fue leído este documento en su totalidad y que entendí su contenido e igualmente, que pude formular las preguntas que considere necesarias y que estas me fueron respondidas satisfactoriamente. Por lo tanto autorizo ser incluida en esta investigación.

Nombre _____

Fecha / / .

APROBACION

Certificamos que el trabajo de investigación titulado “**REAL CONOCIMIENTO SOBRE ANTICONCEPCION ARTIFICIAL EN MUJERES EMBARAZADAS QUE ACUDEN A LA RED PUBLICA HOSPITALARIA EN POPAYAN DURANTE LOS AÑOS 2014-2015**” presentado por el Dr Edward Moreno González, se ajusta a los estándares del programa de postgrado y va en consonancia con los requerimientos para obtener el título de ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA.

Tutor

Jurado

Jurado