

**Universidad Nacional Autónoma de
Nicaragua. UNAN. León
Facultad de Ciencias Médicas.**



**Tesis para optar al Título de Doctor en Medicina y
Cirugía.**

**CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS SOBRE METODOS
ANTICONCEPTIVOS EN MUJERES EN EDAD FERTIL
DEL MUNICIPIO DE LAGUNA DE PERLAS.
2003 - 2004.**

**Autor:
Bra. Grethel Gutierrez Toruño.**

**Tutor y Asesor Metodológico:
Dr. Arnoldo Toruño**

Octubre 2004



OPINION DEL TUTOR

El presente estudio aborda el tema de la planificación familiar, cuya importancia para el país se refleja en las metas que al respecto se fija la Estrategia Reforzada de Crecimiento Económico y Reducción de la Pobreza del Gobierno de Nicaragua, y por su inclusión en el paquete básico de servicios de salud, que constituye un componente esencial dentro del nuevo Modelo de Atención Integral en Salud.

Tiene el mérito de permitir avanzar en la comprensión de la realidad de la población de la Costa Atlántica, y de haber recibido el interés y el apoyo metodológico inicial, de parte de funcionarios del SILAIS-RAAS.

En relación al diseño del estudio, su autora nos señala que no le fue posible la obtención de una muestra totalmente aleatoria. Conociendo la zona, es creíble que una muestra de tal naturaleza excede las posibilidades económicas y de tiempo de un médico en servicio social. El resultado es que la prevalencia de uso de métodos anticonceptivos que aquí se reporta muy probablemente sea algo mayor que la existente en la totalidad de mujeres casadas o unidas y en edad fértil que residen en el municipio.

De todas maneras, si creemos que la cobertura en planificación familiar en Laguna de Perlas es alta, como yo estoy creyendo, y aunque no sea tan alta como la cifra presentada, una importante lección aprendida del presente estudio es que es posible extender los servicios de salud, en este caso los de planificación familiar, cuando existe convicción y dedicación de parte del personal de salud, que les permite vencer dificultades, que en esta zona son muchas.

Las recomendaciones que hace al SILAIS para seguir aumentando el acceso de la población a los conocimientos y a los métodos de planificación familiar me parecen prácticos y viables.

Arnoldo Toruño Toruño
Tutor



RESUMEN

Con el objetivo de determinar el nivel de conocimientos y prácticas sobre métodos anticonceptivos que tienen las mujeres en edad fértil del Municipio de Laguna de Perlas, se realizó un estudio basado en una encuesta, en que se entrevistó a 370 mujeres que hubieran tenido relaciones sexuales, en 6 comunidades del municipio, escogidas por representatividad étnica. La selección de las mujeres a ser entrevistadas no se pudo realizar por procedimiento estrictamente al azar, y se tomaron principalmente de entre las que acudían a demandar servicios de salud.

En general, la mayoría de las encuestadas saben de la existencia de los métodos anticonceptivos, pero tienen deficientes conocimientos sobre algunos aspectos particulares de los mismos. La prevalencia de uso de métodos anticonceptivos entre mujeres casadas o unidas fue bastante alta (77%), aunque la cifra refleja más la situación de las usuarias de los servicios de salud que de la totalidad de las mujeres. Esta elevada cobertura parece ser fruto de una atención especial que se brindó a este subprograma por parte del SILAIS y de médicos del centro de salud.

El método anticonceptivo más usado lo constituyen la inyecciones trimestrales. Aquí las mujeres tienen dificultades de acceso de la esterilización quirúrgica.

La principal causa de abandono de los métodos anticonceptivos fue por sus efectos colaterales, principalmente las referidas al uso de las pastillas.

La razón principal para no usar anticonceptivos era el deseo de embarazarse.



DEDICATORÍA

Quiero dedicar este estudio a **Dios** por ser el que nos da la vida, el que rige nuestros caminos, el que nos da la sabiduría y conocimientos para lograr la conclusión de nuestras metas y así dar alivio a nuestros semejantes.

A mis Padres: Rosario Toruño y David Gutiérrez, quienes siempre han estado a mi lado con todo su amor, lucha, sacrificio y fe siempre serán mi ejemplo.

A mi hermana Soraya del C. Gutiérrez, por darme su apoyo incondicional siempre.

A todas las personas que con sacrificio y voluntad me ayudaron en mi formación profesional.



AGRADECIMIENTO

A Dios en primer lugar por darnos la sabiduría, conocimientos y la oportunidad de poder con nuestra profesión llevar un poco de alivio al enfermo y necesitado, gracias Dios por permitirme llegar al final de mi servicio social de la mejor manera posible, por darme las fuerzas el valor y la vida cada vez que corría peligro por aire, mar y tierra cuando tenía que viajar a las comunidades mas lejanas del municipio de Laguna de Perlas para brindarle atención medica, gracias Dios por tu guarda.

Agradezco a mis padres David Gutiérrez y Rosario Toruño, por su dedicación, cariño y paciencia por incentivar me a continuar con mis estudios y llegar a ser una profesional.

A mi hermana Soraya por apoyarme en las buenas y en las malas, por estar conmigo siempre.

Al Dr. Arnoldo Toruño. Por que de muy buena voluntad y de forma desinteresada acepto ser mi tutor y asesor metodológico par la conclusión de este estudio monográfico en la Unan León, guiando paso a paso cada una de los procedimientos a seguir gracias por su ayuda, voluntad y paciencia.

Agradezco de una manera muy especial, a cada una de las personas que de una u otra manera confiaron en mí, me dieron su apoyo incondicional, su amistad y cariño lo que hizo menos difícil y complicada mi vida, gracias a cada una de esa persona que no terminaría de nombrarlas.



CONTENIDO

	Nº de Pág.
I. INTRODUCCIÓN.	1 - 3
II. ANTECEDENTES.	4 - 10
III. JUSTIFICACIÓN.	11
IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.	12
V. OBJETIVO GENERAL.	13
VI. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.	14
VII. MARCO TEÓRICO.	15 - 39
VIII. DISEÑO METODOLÓGICO.	40 - 45
IX. RESULTADOS.	46 - 56
X. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN.	56 - 60
XI. CONCLUSIONES.	61 - 62
XII. RECOMENDACIONES.	63 - 64
XIII. BIBLIOGRAFIA.	65 - 67
XIV. ANEXOS.	68



I. INTRODUCCION

La existencia de derechos y deberes de los individuos y parejas orientadas a decidir libre y responsablemente el número, espaciamiento de los hijos, acceder a la información, educación sexual y contar con los medios para su efectiva realización, fue uno de los principales logros reconocido por primera vez como derecho humano en 1968. Contando dicha declaración con el apoyo de la Conferencia Mundial de población realizada en Bucarest en 1974, declara, Todas las parejas y los individuos poseen el derecho básico de decidir el número y espaciamiento de sus hijos.

En varias conferencias en los campos de derechos humanos y de la mujer se ha ratificado el derecho a la planificación familiar como ocurrió en diciembre de 1979 cuando la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó la convención para la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer.

La Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (C.I.P.D.) celebrada en el Cairo en 1994, constituye un espacio de reflexión de los organismos internacionales sobre los derechos de la persona con relación a la reproducción y el significado de los mismos en la promoción del desarrollo humano¹.

Como sabemos toda persona tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Los programas de salud pública, principalmente los dirigidos a la salud reproductiva deberían extenderse con la mayor cobertura posible con un enfoque dirigido especialmente a la educación sexual adecuada y oportuna que le brinde la información suficiente para salvar las consecuencias graves del ejercicio de la sexualidad tales como las ETS. (VIH/SIDA). Así como embarazos no deseados ya que esta decisión beneficia a mujeres, hombres y a los niños que nacen de ellos.



La mortalidad materna y peri natal sigue siendo un problema de salud pública. Según el sistema de vigilancia de mortalidad materna para 1995, la tasa de mortalidad materna fue de 156/100,000 nacidos vivos, manteniendo un sub registro estimado de un 50%, en la actualidad es de 100 por 100,000 nacidos vivos El sistema nacional de estadísticas vitales revela lo siguiente:

El 25% de los nacimientos registrados proviene de mujeres menores de veinte años, producto de altas tasas de embarazos en mujeres adolescentes, lo cual constituye un problema gubernamental y de todos los organismos comprometidos con la salud pública ¹.

En nuestro país es un reto hablar de salud reproductiva en donde la pobreza está presente en la mayoría de los hogares lo que conlleva al mismo tiempo ciertas creencias, tabúes y mitos sobre métodos de planificación familiar que constituye de manera directa una barrera en la aceptación de los mismos.

La planificación familiar en nuestro país contribuirá a una maternidad sin riesgo si todas las mujeres que desean planear un núcleo familiar pudieran hacerlo tendríamos una reducción en gran forma de la mortalidad materna y peri natal, así aumentaría la probabilidad de supervivencia infantil al ocurrir los partos en edades más seguras de la mujer.

Si la educación y el conocimiento llegaran a todas las parejas aún en lugares más recónditos de Nicaragua, lograríamos a través de la planificación familiar una medida eficaz que aportaría beneficios tanto a las mujeres como a sus familias y por ende al desarrollo socio-económico de nuestro país².



CARACTERISTICAS DEL MUNICIPIO DE LAGUNA DE PERLAS.

El Municipio de Laguna de Perlas esta ubicado a 49 Km al norte de la Ciudad de Bluefields, cabecera departamental de la Región Autónoma Atlántico Sur y a 475Kms² de Managua capital de Nicaragua, tiene una extensión territorial de 3,876Kms². Cuenta con una población estimada de 9,943 habitantes, con un 62% de población rural (6,164) y población urbana de 38% (3,779) con una distribución por sexo aproximada 5001 mujeres (50.3%) y 4942 hombres (49.7%) esta distribuido en veinte comunidades. La red de servicios esta constituida por ocho unidades de salud para la atención de veinte comunidades y 9943 habitantes aproximadamente.

Un Centro de Salud ubicado en Laguna de Perlas que cuenta con tres médicos. Dos médicos generales y uno de servicio Social atendiendo una población de diez comunidades. Siete puestos de Salud los cuales están ubicados en: Halouver, Orinoco, Tasba Pounie, Pueblo Nuevo, Brown Bank, kakabila, Marshall Point. De los cuales solo tres están dando servicio, solo dos cuentan con médicos de servicio social y uno con dos personas de enfermería.

La principal fuente de trabajo es la pesca y algunas actividades agrícolas de auto consumo, además de los trabajos realizados por algunas personas en instituciones gubernamentales teniendo un porcentaje de desempleo del 70%, otras fuentes de ingreso son las remesas familiares sin embargo dentro del mapa de pobreza el municipio esta clasificado como pobreza media. La accesibilidad a las unidades de salud es de muy bajo porcentaje debido a la distancia en que se encuentran la mayoría de las comunidades de los puestos de salud y por la falta de transporte siendo el único medio la vía acuática lo cual representa uno de los principales factores obstaculizantez en el proceso de los servicios de salud³.



II. ANTECEDENTES

Con los avances científicos que se han venido dando con relación a los métodos de planificación familiar y con el auge de las enfermedades de transmisión sexual, embarazos no deseados, así como la morbilidad materno infantil, surgió la necesidad de realizar investigaciones sobre el tema y observar el comportamiento de dicha problemática en la población.

Se han efectuado diversos estudios donde se investigó el conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en mujeres en edad fértil de diferentes áreas del territorio nacional. Entre ellos se encuentran los siguientes:

1- Un estudio realizado por Solís Díaz Freddy; en el área 8.2 de Managua en Octubre de 1988 sobre uso y conocimiento de anticonceptivos en el cual revela que:

- ❖ El 57.3% usaba algún método anticonceptivo al momento de la encuesta.
- ❖ El uso se incrementa a medida que avanza la edad (de 35-39 años y de 40-44 años con un 81.8% y 80% respectivamente), por otra parte la escolaridad no influía en el uso de métodos anticonceptivos.
- ❖ Los métodos más utilizados son: esterilización quirúrgica femenina (44%) seguidos de anticonceptivos orales, DIU y preservativos.
- ❖ Se encontró además que el 98.8% conocía al menos un método de planificación familiar, siendo los más conocidos los gestágenos orales (97.6%), DIU (89%) y los preservativos (82.9%)⁴.



2- En un estudio realizado en Siuna en los meses de Enero-Julio de 1992, en donde se plantearon como objetivo determinar los factores que influían en la actitud de la madre adolescente con respecto a los métodos de planificación familiar en el Centro de Salud de Siuna. Encontraron:

- ❖ Que de 202 adolescentes que estudiaron, el 67.8% usó en algún momento de su vida algún método anticonceptivo.
- ❖ El 70.5% de madres adolescentes que tienen edades entre 11-15 años abandonan los métodos anticonceptivos.
- ❖ El 40.4% tienen una inadecuada utilización.
- ❖ El promedio de inicio de vida sexual activa fue de 13.6% y un 5.7% inician vida sexual sin menarca.
- ❖ Se encontró que las de menor escolaridad son las que menos usan y tienen un uso inadecuado.
- ❖ El porcentaje de la población que conoce más de 4 métodos es alto 51.4%. los métodos menos conocidos son coito interruptus 34.9%, método de Billings 28.3% e implantes sub-dérmicos 8.1%
- ❖ El 40% de la población estudiada tiene un nivel de conocimiento bajo, el 31% tiene un conocimiento medio Y solamente el 29% tiene alto nivel de conocimiento.⁵

3-El otro estudio llevado a cabo durante el primer trimestre de 1992 sobre planificación familiar de mujeres que acuden al Centro de Salud de Teustepe-Boaco, arroja lo siguiente:

- ❖ El método anticonceptivo más utilizado fue el de los gestágenos orales (48%) y el menos utilizado lo constituyeron los preservativos (0.9%)
- ❖ El grupo atareo que mayor hace uso de los gestágenos orales es el de los 20-25 años con 57% declinando su uso en las edades extremas de 15-19 años con un 50.8% y de 40-45 años con un 54.6%.



- ❖ De acuerdo con este estudio el nivel de escolaridad está íntimamente relacionada con la selección y uso de los métodos de planificación familiar.
- ❖ La principal fuente de información fue institucional (MINSA) con 37.6%⁶.

5- La encuesta sobre salud familiar, Nicaragua 1992-1993 realizada por PROFAMILIA con la asistencia técnica de la división de la salud de los Centros para el Control de Enfermedades encontró:

- ❖ La tasa global de fecundidad es de 4.6 hijos/ mujer siendo más alta en mujeres sin ninguna instrucción formal 6.9 y mujeres en el área rural 6.4 la tasa más baja es para mujeres que viven en Managua 3.3 o nivel socio-económico alto 2.5.
- ❖ Del total de mujeres entrevistadas en edad fértil de 15-49 años de edad, la gran mayoría (97.5%) conoce un método anticonceptivo moderno. Los más conocidos son: gestágenos orales (94%), esterilización femenina (91%), DIU (86%) y los condones (85%)
- ❖ Los menos conocidos son el ritmo (42%), método de Billings (12%) y los implantes sub-dérmicos (3%)
- ❖ El método más utilizado de las mujeres casadas unidas es la esterilización femenina, seguida de los gestágenos orales y el DIU (83%) en total (13%)⁷.

6- Los resultados de un estudio sobre conocimiento y uso de los métodos anticonceptivos en la comunidad de Sabana Grande en Junio de 1993 son los siguientes:

- ❖ El 93% de la población conoce por lo menos algún método, siendo la edad el único factor estadísticamente relacionado con el conocimiento.
- ❖ La prevalencia de uso de anticonceptivos es de 44% y los factores asociados son: estado civil, escolaridad, inicio de vida sexual activa, paridad e intervalo inter genésico. (4)
- ❖ Existe un 94.4% de conocimiento de los diversos métodos anticonceptivos, el que no se ve afectado por la edad, escolaridad, ocupación ni paridad.



- ❖ El 56.4% ocupaba algún método anticonceptivo, siendo el más utilizado la esterilización quirúrgica femenina en un 42%
- ❖ La principal razón de no usar algún método de planificación familiar es el desacuerdo de la pareja 33.7% y la falta de confianza en un 20.5%⁸.

7- En 1994 Sánchez M, realizó otro estudio sobre anticoncepción en mujeres que acudieron al programa de planificación familiar del Centro de Salud Francisco Buitrago, el cual refiere:

- ❖ Que el método más utilizado fue el DIU, seguido de los GO, los Gestagenos Orales fueron los más utilizados hasta los 24 años, mientras que el DIU y la Esterilización quirúrgica en edades mayores.
- ❖ El nivel de escolaridad influyó sobre la selección de los métodos y su uso.
- ❖ Las causas más comunes de abandono fueron para embarazarse, efectos colaterales y descuido⁹.

8- En 1997 Quiroz F, estudió el conocimiento y uso de métodos anticonceptivos de mujeres en edad fértil en el Centro de Salud Francisco Morazán.

- ❖ El 98.0% conocían ó habían oído hablar de métodos anticonceptivos ocupando el primer lugar los GO, 98.7%; seguidos del DIU 95.0%, preservativos 89.9% y la esterilización femenina 86.0%.
- ❖ Conocían más de cuatro métodos el 51.4%, los métodos menos conocidos fueron el coitus interruptus 34.9%, el método de Billings 28.3% e implantes subdérmicos.
- ❖ El 40.0% presentaron un nivel de conocimiento bajo, 31.0% medio y 29.0% alto.
- ❖ Los factores asociados al nivel de conocimiento son la escolaridad y el nivel socio-económico.
- ❖ Los factores asociados al uso de métodos anticonceptivos fueron el estado civil, el inicio de la vida sexual activa, paridad, intervalo ínter genésico y religión.
- ❖ La principal fuente de información acerca de los métodos provino del MINSA¹⁰.



9- En un estudio realizado en el Centro de Salud Adán Barrillas Huete en Juigalpa en el mes de Enero de 2000 en donde se plantearon como objetivo determinar la utilización y conocimientos sobre métodos de planificación familiar en usuarias del programa de planificación familiar, encontrando los siguientes resultados:

- ❖ Sobre los gestágenos orales e inyectables se conocía más su uso y reacciones adversas; de los preservativos el uso y mecanismo de acción y del DIU, los tres aspectos antes descritos. Hubo más desconocimiento sobre el mecanismo de acción de los gestágenos orales e inyectables y, de las reacciones adversas de los preservativos.
- ❖ El conocimiento general de las usuarias sobre métodos de planificación familiar fue de bueno a regular en 64.6% y 32.3% respectivamente. El buen conocimiento predominó en menores de 40 años, urbanas, acompañadas, con buena escolaridad. El conocimiento fue de regular a malo en el grupo de 40-49 años rurales y analfabetas.
- ❖ Habían utilizado métodos de planificación familiar previos el 37.6% de los cuales se destacan los gestágenos orales e inyectables abandonados por reacciones adversas; el DIU por indicación médica y preservativos por oposición conyugal.
- ❖ Los métodos de planificación familiar más conocidos y utilizados fueron: gestágenos orales e inyectables, preservativos y el DIU. Las principales razones para utilizar métodos de planificación fueron: espaciar embarazos y no tener más hijos.
- ❖ El 47.2% tienen de 1-2 años de planificar con el método que utilizan actualmente sobre todo las usuarias de gestágenos orales e inyectables. Han presentado reacciones adversas el 35.1% de usuarias, con más frecuencia las que utilizan gestágenos orales e inyectables. Las fuentes de información sobre métodos de planificación familiar a diferencia del Centro de Salud más importantes fueron los medios de comunicación¹¹.



Actualmente en la Región Autónoma del Atlántico Sur solo contamos con datos directos de un estudio realizado en Corn Island en 1998, sobre métodos anticonceptivos y otro estudio realizado en la misma isla en el año 2001, no contamos con ningún otro estudio que nos proporcionara datos de referencia sobre el uso de métodos anticonceptivos en resto de la región ni de los municipios en donde la tasa de mortalidad materna y peri natal es alta.

Dentro de las investigaciones realizadas tenemos:

10- En un estudio realizado en Corn Island en los meses de Julio-Agosto 1998 en donde se plantearon como objetivos identificar el conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en las mujeres en edad fértil que acuden al Centro de Salud de Corn Island, encontraron:

- ❖ El 86.3% de la población encuestada refiere conocer o haber oído hablar de los métodos anticonceptivos y que de acuerdo a nuestro parámetro predominantemente es malo en un 55.1% y con relación a la práctica del método anticonceptivo igualmente es considerado como malo.
- ❖ Los factores asociados al conocimiento y práctica fueron: edad, escolaridad, nivel socio-económico, estado civil, religión.
- ❖ La prevalencia de uso de métodos anticonceptivos es de 55.1%, siendo los métodos más utilizados el DIU, inyectables y gestágenos orales.
- ❖ Las causas de abandono de los métodos anticonceptivos son principalmente los efectos colaterales para los gestágenos orales, DIU y la no disponibilidad del método en el caso de los inyectables.
- ❖ La oposición del compañero o esposo o los motivos religiosos son las principales razones argumentadas para no usar métodos anticonceptivos.
- ❖ La principal fuente de información es el auxiliar de enfermería¹².



11- Un estudio realizado conl island en los meses Septiembre, Octubre 2001 en donde se plantearon como objetivos determinar conocimientos y practicas de métodos anticonceptivos en mujeres en edad fértil que acudían al programa de atención integral a la mujer en el centro de salud de Corn Island.

- ❖ Del total de mujeres encuestadas en ese estudio. 158 admitieron tener conocimientos de métodos anticonceptivos (97.5%) y solamente 4 mujeres (2.5%) refirieron no conocer su existencia.
- ❖ Los métodos anticonceptivos mencionados por las mujeres en la encuesta tienen el siguiente orden de frecuencia: Gestágeno orales 157, Inyectables 150, Preservativos 137, DIU 124, Esterilización Femenina 50, Vasectomía 16, Ritmo 14, MELA (Lactancia Amenorrea) 7.
- ❖ Se investigo en el conocimiento basándose en 3 métodos seleccionados G.O., DIU y Preservativo encontrándose que:
 - 93 encuestadas, que significa (57.4%) poseen conocimiento regular.
 - 14 encuestadas es el (27.2%) las cuales tienen un conocimiento nulo.
 - 25 encuestadas es el (15.4%) poseen conocimiento bueno.
 - Al observar el conocimiento de la utilidad de los métodos anticonceptivos se encontró que 145 mujeres refirieron usarlos para no tener hijos, 79 para evitar embarazos no deseados, 29 para evitar ETS, 11 para planificación familiar y 5 refirieron otra utilidad como para controlar la regla¹³.



III. JUSTIFICACIÓN

Nicaragua tiene que enfrentar la ineludible necesidad de transformar su sistema de salud, principalmente el programa de atención integral a la mujer y a la niñez establecido en 1994, cuyo objetivo es contribuir al mejoramiento progresivo de dichos grupos sociales los cuales constituyen los más vulnerables de la sociedad. Para la cual se deberá mejorar la atención primaria actualizando concepto de salud integral, salud reproductiva, riesgo reproductivo, género y promoción de la salud, al igual que los demás países latinoamericanos lo han realizado.

Las actividades en el área de salud y dentro de ellas, los servicios de planificación familiar constituyen una de las materias objeto de actualización normativa por su importancia para la vida de la población de nuestro país. ¹⁴

En el siguiente estudio se pretende recoger datos sobre el conocimiento y práctica de métodos anticonceptivos en el Municipio de Laguna de perlas, para identificar de esta manera cuál ha sido el conocimiento adquirido por las mujeres en edad fértil de dicho Municipio y la aceptación de estos métodos.

Con la información que se obtenga a través de este estudio pretendemos encontrar las bases necesarias para que el órgano rector de salud local representado por el SILAIS Bluefields; basándose en datos encontrados pueda plantear nuevas metas y objetivos con relación al fenómeno de planificación familiar en la zona estudiada y sirva de base para consolidar un conjunto de planes o medidas encaminados a la promoción de la Salud Reproductiva y a disminuir la morbi -mortalidad infantil y materna.

Al mismo tiempo que despierte el interés de organismos no gubernamentales presentes en el municipio, así como también del Ministerio de Educación y de otros organismos que trabajan por la salud y el desarrollo de estas comunidades.



IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿CUÁL ES EL NIVEL DE CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS SOBRE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS QUE TIENEN LAS MUJERES EN EDAD FÉRTIL DEL MUNICIPIO DE LAGUNA DE PERLAS?



V. OBJETIVO GENERAL

DETERMINAR EL NIVEL DE CONOCIMIENTOS Y LAS PRÁCTICAS SOBRE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS QUE TIENEN LAS MUJERES EN EDAD FÉRTIL MUNICIPIO DE LAGUNA DE PERLAS. NOVIEMBRE 2003 – MARZO 2004.

VI. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1) Describir las características socio–demográficas y económicas de la población en estudio.
- 2) Describir los principales antecedentes ginecobstétricos de la población en estudio.
- 3) Identificar conocimientos de Métodos Anticonceptivos de la población sujeta a estudio, Principalmente de las casadas ó unidas.
- 4) Identificar las prácticas de Métodos Anticonceptivos de la población sujeta a estudio, principalmente de las mujeres casadas ó unidas.



VII. MARCO TEÓRICO

GENERALIDADES:

La inquietud del hombre de controlar su prole es tan antigua como la humanidad. Se encuentran varios escritos de métodos anticonceptivos, entre ellos, el papiro egipcio de Petri, escrito en el año 1950 a.c. y el papiro de Ebers en 1950 a.c. Entre los métodos propuestos cabe recordar una especie de barrera vaginal hecha con polvo de acacia, la cual contiene una sustancia denominada acacina, capaz de aniquilar los espermatozoides.

En el siglo IV a.c. Aristóteles descubrió en que consistía la contracepción y propuso leyes determinadas a limitar la prole, una de las alternativas era la de abandonar en la montaña los niños no deseados por sus padres. Existen muchas medicinas extrañas que los antiguos empleaban como anticonceptivos, el talud menciona una sugerencia de origen bíblico. “Se permite a la mujer tomar brebajes para no procrear”.

En deseo evidente por evitar el embarazo, las mujeres Japonesas se comían los cuerpos de las abejas. En el norte de África, recurrían a la espuma del hocico del camello y bebían el agua con que habían sido lavados los cadáveres; sin embargo, la más eficaz de las técnicas de antaño todavía usada en la actualidad es el coitus interruptus.

La historia señala que el condón hecho de vejiga de cabra en los tiempos Romanos, lo conocían los pueblos primitivos en diferentes partes del mundo. Desde los tiempos más remotos se recurre al aborto como método par limitar la prole.

La planificación familiar permite a las parejas decidir por si mismas el numero de hijos e hijas que van tener, así como el momento oportuno para tenerlos. Para el libre ejercicio de la planificación familiar se requiere que las personas y las parejas tengan la oportunidad de conocer todos los métodos existentes y puedan seleccionar aquel que mejor se ajuste a sus valores, preferencias, salud, edad y circunstancias de pareja¹⁵.



Corresponde a varias instituciones de la sociedad asegurar el ejercicio de la planificación familiar de manera libre e informada, a todas las personas y las parejas que así lo requieran. Se justifica un compromiso amplio que incluye tanto al sector gubernamental como a la sociedad civil.

La planificación familiar es un derecho humano al cual deben tener acceso todas las personas y parejas, independientemente de su nacionalidad, credo religioso, condición económica y de salud.¹⁵

Es una estrategia de salud pública, pues su práctica ofrece beneficios a la salud de la madre y de los hijos contribuyendo a disminuir la morbi-mortalidad infantil, juvenil, materna y a prevenir los abortos provocados.

Es una condición también que facilita el desarrollo económico, pues al disminuir la fecundidad, también se reducen la velocidad del crecimiento demográfico y la proporción de población en edades dependientes. Así, los frutos del crecimiento económico pueden orientarse al mejoramiento cualitativo de los diferentes sectores nacionales.

En el mundo se ha demostrado que la planificación familiar disminuye eficazmente las altas tasas de mortalidad infantil.

La planificación familiar es la racionalización voluntaria y consciente de una pareja en su decisión sobre el espaciamiento de los embarazos y el número de hijos que desea tener en función del bienestar presente y futuro de la familia.

Dentro del proceso programático, la familia debe tener dos componentes:

Educativo: Con el fin de llevar a todo nivel en forma oportuna, la mejor información para que cada cual éste en la capacidad de tomar una determinación basada en sus preferencias, necesidades y posibilidades.

Servicio: Para que cada persona tenga a su alcance los elementos de anticoncepción que con mayor facilidad le brinda una eficiente anticoncepción a menor costo.

En la actualidad se dispone de una amplia gama de métodos anticonceptivos, sin embargo, no todos son ideales y esto constituye un verdadero reto para los científicos.¹⁵



La planificación familiar y sus diversos métodos reúnen siete criterios de los que requieren un servicio selectivo de atención primaria en salud.

- 1- Son seguros, sus complicaciones serias son pocos comunes.
- 2- Satisface necesidades individuales y comunitarias.
- 3- Pueden ser almacenados y despachados con facilidad.
- 4- Las técnicas y equipo necesario, pueden suministrarlos en su mayoría los miembros de la comunidad.
- 5- Ofrece tecnología apropiadamente eficaz, que reduce la mortalidad materno-infantil mediante la prevención de embarazos de alto riesgo.
- 6- Aborda dos de los problemas de salud más serios y comunes de los países en desarrollo: la mortalidad materna y la mortalidad infantil.
- 7- Tienen costos reducidos con relación a su eficacia.¹⁵

PREVENCIÓN DE LA MORTALIDAD MEDIANTE LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR

La planificación Familiar disminuye las tasas de mortalidad materna e infantil al reducir los embarazos de alto riesgo.

Pruebas obtenidas en todo el mundo indican que las tasas más altas de mortalidad materno-infantil están registradas en cuatro tipos específicos de embarazo:

Embarazo antes de los 18 años. Embarazo después de los 35 años. Embarazo después de 4 o más niños. Embarazo con menos de 2 años de período ínter genésico.

La combinación de estos es más importante que cada uno de ellos por separado.

En las zonas subdesarrolladas, donde cerca de la mitad de los embarazos se presentan dentro de la categoría de alto riesgo, existe la posibilidad de reducir la mortalidad materna con el uso de los métodos anticonceptivos¹⁶.



CONOCIMIENTO DE METODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR.

Muchas personas en edad de procrear conocen la anticoncepción pero no la utilizan y lo más frecuente es que muchas mujeres en esa situación afirman que no quieren tener más hijos. Esta discrepancia entre los conocimientos y el comportamiento ha sido llamado "Laguna de CAP" (CONOCIMIENTOS, APTITUDES Y PRACTICAS), las razones de esto, entre otras son: Atmósfera clínica desagradable. Acceso limitado a los servicios. Temor a los efectos secundarios de métodos pocos conocidos. La deficiente comunicación entre cónyuges.

En general, quienes conocen la anticoncepción, aún cuando los conocimientos sean limitados y tengan la intención de utilizarlos, probablemente lo harán si los servicios son accesibles, no así los que no tienen intención, que posiblemente necesiten se les proporcione mayor y mejor información que satisfaga diversos requisitos para que puedan adoptar decisiones.

Para que cambie el conocimiento es preciso utilizar en forma coordinada múltiples causas de comunicación la simple provisión de información puede contribuir más a los cambios en el comportamiento cuando la persona que lo recibe ya esta predispuesta a actuar, pero necesita de dicha información para poder hacerlo.

Los programas de planificación familiar necesitan adaptar la información y los servicios a las necesidades de los diferentes grupos. En América Latina necesitan especial atención las mujeres adolescentes, de las cuales, un elevado porcentaje son sexualmente activas y han tenido hijos¹⁶.



USO DE METODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR.

En Nicaragua la prevalencia de uso de métodos anticonceptivos es del 46%.

Los métodos más usados en Nicaragua han sido; esterilización femenina, gestágenos orales, inyectables, condón y los dispositivos intrauterinos¹⁷.

Según las estadísticas de las Naciones Unidas los métodos femeninos representan el 85% de los anticonceptivos utilizados en todo el mundo.¹⁸

MUJERES	PORCENTAJE
Esterilización Quirúrgica	26
DIU	19
Gestágenos Orales	15
Barrera	2
Inyectables	1
Otros métodos	2

HOMBRES	PORCENTAJE
Esterilización Quirúrgica	10
Preservativo	10
Retiro	8

AMBOS	PORCENTEJE
Ritmo	7



Dinámica de la Población:

En estas últimas décadas, Nicaragua ha sufrido grandes transformaciones socioeconómicas y políticas que repercuten en todos los ámbitos de la sociedad.

Los efectos prolongados de los conflictos armados a los que se han unido diversos flagelos naturales, como terremotos, erupciones volcánicas, inundaciones y huracanes.

Dejado numerosos muertos y heridos, causando pérdidas económicas considerables, lo que ha incidido sobre la recolección y obtención de datos demográficos confiables en el ámbito nacional.

El primer censo de la población de Nicaragua data de 1906 y para entonces el número de habitantes se estimó en 505,000 habitantes.

Los datos que disponemos sobre los registros de población y su proyección desde el año 1906 hasta 2020 nos permiten analizar cierto comportamiento de la población.

Año	Población en millones.
1906	505,000
1920	640,000
1940	800,000
1950	1,097,000
1960	1,492,698
1980	2,771,008
2000	5,261,315
2020	8,435,001.

El crecimiento natural de una población en un país es el resultado de la diferencia entre la cantidad de personas que nacen y las que mueren.



Históricamente hasta la década de los 40 en nuestro país, existía un relativo equilibrio entre la cantidad de personas que nacían y las que morían, por lo tanto la población crecía muy lentamente.

A partir de la década de los 50 el equilibrio entre la mortalidad y la natalidad se descompuso, lo que dio como resultado un crecimiento muy rápido de la población que se mantiene en la actualidad.¹⁹

Situación Actual.

En estudios realizados a partir de los años 70s en Asia, África, América Latina y Medio Oriente se demostró que existe relación entre planificación familiar y salud materno-infantil.

Las estimaciones basadas en la encuesta mundial de fecundidad, revela que si la mayoría de las mujeres que manifestaron el deseo de no tener hijos, recurrieran al uso de métodos anticonceptivos se podría evitar en un 29% el número de embarazos en mujeres en países en desarrollo y el 94% de las muertes maternas en América Latina¹².

Las tasas de mortalidad maternas y peri natal son indicadores que reflejan la desventajosa condición social de las mujeres, la morbilidad subyacente y la calidad de vida de una sociedad, situación social, económica y política, la cobertura, eficacia y eficiencia de los servicios de salud y las condiciones de educación, alimentación y vivienda.

Según el sistema de vigilancia de la mortalidad materna en Nicaragua, en 1995 la tasa de mortalidad materna fue de 156/100,000 nacidos vivos, manteniéndose un subregistro estimado en un 50%.²⁰

Según cifras recientes del sistema nacional de estadísticas vitales el 25% de los nacimientos registrados provienen de mujeres menores de 29 años; también se puede señalar que el aporte de la fecundidad de las mujeres mayores de 35 años constituye aproximadamente un 10% - 15%.²⁰



De acuerdo a estas estimaciones las mujeres en edad de riesgos (menores de 20 y mayores de 35) aportarían del 35 al 40% de los nacimientos del país.

La población de Nicaragua estimada para 1995 según el censo Nacional de población es de 4, 250,382, habitantes, producto de una tasa de crecimiento anual del 3.3%.

La estructura por grupo de edad se caracteriza por ser la de una población muy joven, el grupo de 0 – 14 años representa el 45.39% y el grupo de 15 – 64 el 51.81% de la población.

Solo un 2.65% de la población es mayor de 65 años. Las mujeres constituyen el 51.5% de los habitantes estando el 46.12% de ellas en edad reproductiva, es decir entre 15 y 49 años.²⁰

Estrategias del MINSA.

Dentro de las acciones realizadas por el MINSA en el periodo 1990 – 1996 entre otros tenemos:

La implementación del modelo de atención integral a la mujer y a la niñez. Este modelo comprende el sistema de vigilancia de mortalidad materna, cuyo objetivo es alcanzar a corto y mediano plazo modificaciones considerables en su comportamiento a traves de un proceso continuo y sistemático de recolección de análisis, interpretación, notificación y determinación de causas con el objeto de formular medidas adecuadas que permitan la prevención de muertes maternas.

Desarrollo de un modelo de atención integral materno e infantil. Cuyo objetivo es la atención a la población que asiste a consulta de atención prenatal(CPN), control de crecimiento y desarrollo (CCD) en menores de 5 años; atención en las unidades de rehidratación oral (URO) y niños con infección respiratorias agudas (IRA) en el primer nivel. (VPCD).

Apoyo a los servicios de salud reproductiva y planificación familiar con un personal capacitado (Auxiliar de la enfermería, enfermeras, médicos, brigadistas, etc.)



Para la provisión de servicios de consejera, así como mecanismo de supervisión y control logístico, 60,000 mujeres y hombre de la población dispondrán de los servicios de planificación en perspectiva de género. ¹

Salud Reproductiva, Planificación familiar y Métodos anticonceptivos.

La principal causa para recurrir al control de natalidad, radica en el deseo de impedir un embarazo no deseado, ya que un embarazo de esta naturaleza no solo puede provocar conmociones emocionales y entrañar riesgos para la salud, sino que supone a veces una carga económica insostenible.

El principio de libre elección esta basado en una buena elección de lo cual es indispensable para el éxito a largo plazo de los programas de planificación familiar.

Desafortunadamente muchas personas no están lo suficientemente informadas por lo cual se pregunta a las mujeres, ¿qué métodos de anticonceptivos necesitan, porqué no lo usan?

Las respuestas más comunes son la falta de conocimiento, el temor a los efectos secundarios y la falta del consentimiento del marido. Otras en cambio desean decidir el número de hijos que desean tener, pero no lo hacen debido a barreras sociales, religiosas, financieras o medicas. ²¹

Es decir el personal de salud se ve muchas veces en el dilema de ofrecer los pocos recursos disponibles a mujeres con distintas características, por lo cual deberá estar claro de sus funciones, tomando en cuenta conceptos básicos como son:

Salud Reproductiva: Es un estado de completo bienestar, físico, mental y social con relación a los procesos reproductivos, no solamente, la ausencia de enfermedad o desorden. Implica que la persona tiene la capacidad de reproducirse, regular su fecundidad y disfrutar de una relación sexual integra.



Así mismo que la mujer pase por el proceso de embarazo y el parto con seguridad, que pueda regular su fecundidad sin poner en peligro su salud. Finalmente que la reproducción se lleve a cabo exitosamente, que él / la recién nacida sobreviva sentando las bases para su salud y desarrollo futuro.²¹

Planificación Familiar: Es el espaciamiento voluntario y conciente que hace la pareja de sus decisiones sobre el número y tiempo de un hijo y otro embarazo y otro en función del bienestar presentar presente y futuro de la pareja.¹

Se considera que se salvarían 150,000 de las 500,000 mujeres que mueren cada año debido al dar a luz o de enfermedades asociadas al embarazo, o de los 500,000 abortos que se efectúan diariamente en el mundo.¹

Métodos Anticonceptivos.

Los métodos anticonceptivos son aquellos que se utilizan para regular la capacidad reproductiva de un individuo o una pareja en forma temporal o permanente, con el fin de evitar embarazos no deseados¹.



Clasificación De Los Métodos Anticonceptivos.

Métodos anticonceptivos femeninos.

a) Métodos temporales:

- Métodos naturales:
 - Método del Ritmo o Calendario (Ogino Knous)
 - Método de la temperatura corporal o basal o método térmico.
 - Método del moco cervical o de Billings.
 - Método de la palpación cervical.
 - Método sintotérmico.

b) Métodos de barrera:

- Físicos:
 - Diafragma.
 - Capuchón cervical.
 - Condón femenino.
- Químicos espermicidas:
 - Cremas.
 - Tabletas.
 - Esponjas.
 - Espumas.
 - Películas.
 - Biodegradables. Jaleas.
 - Óvulos.¹



c) Métodos Mecánicos:

- De primera generación o inertes (ASA de Lippes.)
- De segunda generación o bioactivos: anillos, ASAS; T de cobre brinda del 97-98% de protección.

d) Métodos Hormonales Femeninos:

- Hormonales Orales:
 - Combinados.
 - Sólo progestágenos.
- Hormonales Inyectables:
 - Mensuales.
 - Trimestrales.
- Hormonales Implantes Sub-dérmicos.
 - No biodegradable (NORPLANT).
 - Biodegradable.

1.2. Métodos permanentes:

- Oclusión Tubárica Permanente. (OTB)

2. Métodos Anticonceptivos Masculinos.

2.1. Métodos Temporales:

a) Naturales:

- Abstinencia.
- Coitus interruptus.¹

b) Métodos de Barrera:

- Condón o Preservativos: tipos de látex, plástico o natural.

2.2 Método permanente:

- Vasectomía.



3. Anticoncepción en Situaciones Especiales.

- Adolescencia. ^{1, 22}
- Peri menopausia.
- Post-parto, post-aborto, transcesárea.
- Anticoncepción de Emergencia.

Métodos Anticonceptivos Femeninos

1. Métodos Temporales

1.1 Métodos Naturales:

Conocidos también como abstinencia periódica, son métodos que dependen de la identificación de los días del ciclo menstrual durante los cuales una mujer puede quedar embarazada que son esos días alrededor del tiempo de la ovulación para que las parejas eviten tener relaciones sexuales.

Métodos de Barrera:

Características: los métodos anticonceptivos de barrera son seguros y relativamente confiables. Consisten en barreras físicas y/o químicas que impiden el encuentro entre el óvulo y el espermatozoide. Protegen de (ITS), incluso del VIH/SIDA, además de su efecto anticonceptivo. ^{1, 22}

Métodos Físicos:

Diafragma:

Es una delgada cúpula casi hemisférica de goma rodeada de un aro metálico de resorte, recubierto de goma. Su diámetro externo es del tamaño del diafragma (varían de 50 a 105 mm.) Y aumentan de 5 en 5 mm. Debe utilizarse combinado con gel o cremas espermicidas.

Escudo vaginal o condón femenino:

Este nuevo método de barrera para mujeres consiste en un tubo fuerte de poliuretano, cerrado en un extremo de unos 15 cm. de diámetro.



Alrededor de su extremo abierto se encuentra un anillo exterior de poliuretano flexible que sostiene el condón contra la vulva. El otro extremo tiene un anillo flexible que ayuda a mantenerlo en la vagina durante el contacto sexual. Debe usarse una sola vez.²²

b) Métodos Químicos.

Esponjas Vaginales:

Se trata de espermicidas incorporados en un vehículo de poliuretano (esponja) en forma de hongos que se liberan al humedecerlo antes de su inserción. Se pueden colocar hasta 24 horas antes del contacto sexual y permiten el coito inmediatamente después de colocarla. Se retira 6 horas después del último contacto sexual.²²

Espermicidas:

Los espermicidas son anticonceptivos químicos de barrera que destruyen el espermatozoide e impiden su entrada al útero. Son usados por las mujeres, deben colocarse antes del contacto sexual y su uso combinado con barreras mecánicas mejora su eficacia (condón, diafragma).

C) Métodos Mecánicos.

1.3 Dispositivos Intra-uterinos (DIU).

Definición:

El dispositivo intrauterino es un objeto confeccionado de diferentes materiales como: cobre, plástico, plata y algunas hormonas, que se colocan en el útero impidiendo el embarazo.

Actualmente el dispositivo intrauterino que con mayor frecuencia se coloca en las nuevas usuarias, en la mayoría de los países es la T de cobre 380 A. El SOFT coolí 25 es específico para nulípara.

Tiempo de vida aprobada: de 8-10 años, dependiendo del tipo que se está usando.



1.4 Métodos Hormonales:

Definición:

Son una combinación de sustancias esteroideas (Estrógenos y Progestágenos), para evitar el embarazo.¹

Clasificación:

- Hormonales Orales:
 - Combinados
 - Monofásicos.
 - Bifásicos. (Secuenciales)
 - Trifásicos.
 - Progestágenos
- Hormonales Inyectables Intramuscular:
 - Mensuales.
 - Bimensuales.
 - Trimestrales.
- Hormonales Implantes Subdérmicos
 - No Biodegradables. NORPLANT.
 - Biodegradables.
 - Micro cápsulas.
 - Esferas micro esferas.
- Otros Hormonales:
 - Hormonales Vaginales.
 - Hormonales Transdérmicos (ST-1435).
 - Hormonales Dispositivos Intrauterinos (DIU).



a) Métodos Hormonales Orales:

Definición:

- Son una sustancia o combinación de sustancias administradas por vía oral, evitan el embarazo. Su eficacia es alrededor del 97% por cada 100 mujeres año / uso y se estima que hay alrededor de 65 millones de usuarias en el mundo.¹

Generaciones de Esteroides:

Estrógenos:

- Menestrol
- Quinestrol.
- Etinilestradiol.

Progestágenos de primera generación:

- Norentindrono
- Lonestrol
- Megestrol.
- Lonestrenol.
- Noretisterona.
- Clormadinona.

Progestágenos de segunda generación:

- Norgestrel.
- Levonorgestrel.

Progestágenos de tercera generación (nueva generación)

- Norgestimato.
- Desogestrel
- Gestodeno.

Progestágenos antiandrogénicos:

- Ciproterona.¹



Hormonales Orales Combinados:

Contienen una combinación de estrógenos y progesteágenos. Se dividen según las concentraciones de estrógenos y progestágenos a lo largo del ciclo hormonal en:

- Monofásicos: cuando todas las pastillas tienen la misma concentración de estrógenos y progestágenos en todo el ciclo.
- Bifásicos: contienen estrógenos en la primera fase del ciclo; y estrógenos con progestágenos en la segunda fase del ciclo hormonal; también reciben el nombre de secuenciales.
- Trifásicos: contienen estrógenos y progesterona en diferentes concentraciones y en diferentes fases del ciclo hormonal.²²

Hormonales Orales Sólo Progestágenos.

Descripción:

Es una sustancia esteroidea con sólo progestágenos, que administrados por vía oral, evita el embarazo. Su eficacia es del 97% con una efectividad menor que los combinados (9.5% vrs. 12.9%). Las tasas de fallo oscilan entre 1.1 a 9.6 embarazos por cada 100 mujeres que lo usan un año. El mecanismo de acción es a nivel del moco cervical, el endometrio y las trompas de Falopio.¹

b) Métodos Hormonales Inyectables Intramusculares.

Definición:

Son una sustancia o combinación de sustancias esteroideas (estrógenos y/ o progestágenos), que administrados por vía parenteral intramuscular, evitan el embarazo. Son métodos temporales de larga duración, reversibles y de liberación lenta. Su efectividad es mayor del 97%.

Tipos:

- Combinados de estrógenos y progestágenos:
 - Mensuales.
- Progestágenos solos de depósitos:
 - Bimensuales.
 - Trimestrales.¹



Anticonceptivos Hormonales Inyectables Intramusculares Combinados Mensuales.

Descripción:

Contienen una combinación de estrógenos y progestágenos para uso intramuscular de acción prolongada y con duración de un mes.

Bajo condiciones habituales de uso, este método brinda protección anticonceptiva mayor al 99% durante un mes de uso.

Presentación:

Existen varios tipos de anticonceptivos hormonales inyectables intramusculares combinados.

Hormonales Inyectables Intramusculares Con Solo Progestágenos de Depósito.

Inyectables Intramusculares Bimestrales:

- Contienen doscientos miligramos de enantato de norestisterona.
- Las tasas de fallas son de 0.4 embarazos por cada 100 mujeres que lo usan en un año.
- No tienen período de gracia entre las inyecciones.
- Se administra la primera inyección dentro de los primeros cinco días del ciclo menstrual y después cada 8 semanas.
- Producen irregularidades menstruales ocasionalmente cefalea, mareos y náusea.
- Sus indicaciones y contraindicaciones son las mismas de todos los hormonales.
- Comercialmente se conoce como NORISTERAT (Shering AG).
- Tienen poca aceptabilidad por tener mayores efectos androgénicos y mayor potencial adverso sobre el metabolismo de los lípidos.¹



Inyectables Intramusculares Trimestrales:

- Es una sustancia esteroidea de progestágenos que administrados por vía intramuscular, evita el embarazo durante tres meses, con gran efectividad, es reversible y de uso privado.
- contienen solo progestágeno acetato de medroxiprogesterona (DMPA) 150 mg en ampollitas de 1 ml con suspensión acuosa microcristalina.
- Se conocen comercialmente como DEPO-PROVERA.
- La eficacia es mayor al 99% ya que se reportan menos de un embarazo por cada 100 mujeres que lo usan en un año.
- El uso mundial se estima en 30 millones de mujeres.
- La protección anticonceptiva es para tres meses con un período de gracia de dos semanas.
- Se reanuda la fecundidad de dos a seis meses después que se acaba el efecto de la última inyección trimestral.¹

Métodos Hormonales:

Implantes Sub-dérmicos.

Definición:

Se trata de una sustancia esteroidea progestacional, que administrada por vía sub-dérmica, evita el embarazo.

Implantes Sub-Dérmicos No Biodegradables (NORPLANT).

Descripción:

- Es un anticonceptivo eficaz, de larga duración, reversible y que proporciona protección anticonceptiva durante 5 años.
- Constituye de 6 delgadas cápsulas cerradas, flexibles, hechas de Silastic. En forma de palillos de fósforos que miden 34 mm de largo, 24 mm de diámetro y contiene 36 mg de Levonorgestrel.



- Se colocan sub-dérmicamente en la parte superior del brazo menos útil de la usuaria, mediante un procedimiento quirúrgico menor.
- La eficacia es alta (mejor que los hormonales orales), con falla de embarazo de 0.2 por cada 100 mujeres que lo usan en el primer año; de 0.1 a los 3 años; 0.5 a los 4 años y de 1.1 a los 5 años, la eficacia disminuye significativamente cuando se usa en mujeres que pesan 70 Kg. o más.
- El retorno a la fertilidad es inmediato después de la extracción.
- El método tendrá eficacia máxima si se garantiza una orientación adecuada a la usuaria.¹

c) Métodos Hormonales.

Implantes Sub-dérmicos Biodegradables.

Esferas biodegradables.

- Son cuatro esferas biodegradables del tamaño de un grano de arroz y contienen cada una 35 mg de noretindrona.
- Se implantan en forma sub-dérmica en el brazo o en la cadera con una incisión quirúrgica menor.
- Su efecto anticonceptivo dura 12 meses.
- Una vez insertadas no se pueden retirar hasta terminar su efecto de 12 meses.
- Los aspectos médicos son iguales del NORPLANT.

Capronor.

Es una cápsula biodegradable que contiene levonorgestrel y que se inserta en forma sub-dérmica, en el brazo, en la cadera con una incisión quirúrgica menor.

- Su efecto anticonceptivo dura 18 meses.
- Una vez insertado no se puede retirar hasta terminar su efecto de 18 meses.



Micro esferas Biodegradables.

- Contienen entre 75 y 100mg de noretindrona.
- Se implantan en forma sub-dérmicas en la piel del brazo o de la cadera.
- Las microesferas miden de 60 a 100 micras de diámetro.
- Su efecto anticonceptivo dura de 3 a 6 meses.

e) Otros Anticonceptivos Hormonales.

Anillos Vaginales.

Hay dos tipos.

- Combinación de estrógenos más progestágenos; es un anillo de Silastic de 50 a 60 mm de diámetro exterior y de 75 a 9.6 mm de espesor, libera levonorgestrel y estradiol y actúa inhibiendo la ovulación.
- Se usa durante tres semanas y se retira durante una semana para permitir el sangrado.
- Hay otros anillos vaginales a base de levonorgestrel o progesterona, se utilizan de uno a seis meses.

Hormonales Transdérmicos (ST-1435).

Se han encontrado diferentes presentaciones las cuales están en fase de experimentación:

*Parches submaxilares.

- Gel o cremas.
- Brazaletes.¹

Hormonales Dispositivo Intrauterino (DIU).

Es un Dispositivo intrauterino de Silastic en forma de T que contiene un progestágeno en la rama vertical.



Existen dos tipos de progestágenos:

- Progestasert: Que contiene 38 mg de progesterona y además sulfato de bario para ser visible por rayos X, tiene una duración de un año.
- LNG-20: Que libera 20 mcg de levonorgestrel por día, tienen una duración de 5 años.¹

1.2 Métodos Permanentes.

a) Esterilización quirúrgica femenina.

Es un método muy eficaz, se logra mediante la oclusión de las trompas uterinas, evitando así que el óvulo pueda unirse con el espermatozoide del hombre.

Métodos de Oclusión.

Las trompas de Falopio pueden ocluirse de diferentes formas:

- Ligaduras tubáricas.
- Bandas o anillos oclusivos (bandas de Yoom).
- Clips oclusivos.
- Diatermia Tubárica.

2. Métodos Masculinos de Planificación Familiar.

1. Métodos Temporales.

1.1 Métodos Naturales:

a) Abstinencia.

Es una práctica sexual que los hombres adoptan voluntariamente cuando no desean tener descendencia, este método desde ser compartido con la pareja, pero se trata de una decisión individual que responde al derecho propio de reproducirse del hombre, esto puede ser decidido en cualquier momento y por el tiempo que desee.

Cuando la decisión es de pareja se limita al tiempo de los períodos fértiles de la mujer. En la etapa reproductiva el hombre es fértil en todo momento.¹



1.2 Coitus Interruptus o Retiro.

Definición:

Es un método de planificación familiar que consiste en retirar el pene de la vagina antes de producirse la eyaculación.

1.3 Métodos Masculinos de Barrera.

a) Preservativo o Condón.

Es el único método no permanente para evitar embarazos que pueden utilizar los hombres. Conocido también como preservativo profiláctico, gomas o forros. Tienen la función de cubrir el pene durante las relaciones sexuales, no dejando que el esperma del hombre entre en contacto con la vagina.

2.2 Métodos permanentes.

a) Esterilización Quirúrgica Masculina (Vasectomía).

Es una operación simple que puede realizarse como procedimiento ambulatorio. Consiste en cortar los conductos deferentes que llevan el esperma hasta el pene. De esta forma el hombre produce líquido seminal sin esperma, por lo que su compañera sexual no puede quedar embarazada. ¹

3. Anticoncepción En Situaciones Especiales.

3.1 Adolescencia.

Se entiende por adolescente a la persona entre los 10 y 19 años.

La anticoncepción en la adolescencia es el uso de anticonceptivos por un adolescente o pareja de ellos con vida sexual activa, permanente o esporádica o al borde del inicio de su vida sexual.



Escogencia Del Método:

Podemos agrupar a los adolescentes en:

- Grupo I: adolescente, varón o mujer sin antecedentes de vida sexual activa.
- Grupo II: adolescentes con inicio de actividad sexual.
 - a) Adolescente mujer sin hijos
 - b) Adolescente varón sin hijos.
- Grupo III: adolescente mujer o varón con hijos (as). La selección del método para cada grupo se orientará de la siguiente forma y siguiendo el orden establecido.²²

3.2 Anticonceptivos en la Perimenopausia.

Se entiende por mujer en período de perimenopausia a aquella que se encuentra en el grupo de mayor de 35 años, en quien la función biológica del ovario empieza a declinar.

La anticoncepción en la perimenopausia consiste en el uso de métodos anticonceptivos por parte de una mujer con vida sexual activa, lo cual no excluye la participación de la pareja.

Las mujeres mayores de 35 años pueden continuar usando la mayoría de los métodos anticonceptivos.²²

3.3 Anticonceptivos En Post - parto, Post - aborto y Transcesárea.

a) Método Lactancia Amenorrea. (MELA)

Se trata de aprovechar el período de lactancia para producir una anticoncepción natural que se fundamenta en la infecundidad Fisiológica experimentada por las mujeres lactantes.

b) Métodos de Barrera:

Se pueden indicar los métodos de barrera femeninos y masculinos descritos anteriormente.¹



c) Métodos Mecánicos:

Dispositivo intrauterino momentos de la inserción del DIU.

d) Métodos Hormonales Orales o Inyectables:

Indicar exclusivamente anticonceptivos hormonales sólo con progestágenos.

3.4 Anticoncepción de Emergencia.

a) Métodos Hormonales:

- Solamente deberán proporcionarse dentro de las primeras 72 horas después del coito sin protección.
- No deberán administrarse si la mujer está embarazada.
- El índice de falla es de una en 500 a uno en 1000.
- Aproximadamente la mitad de las mujeres experimentan náuseas, sangrado uterino irregular y la sensibilidad en las mamas.

Esquemas:

Hormonales Orales Combinados:

- Neogynon: 2 tabletas vía oral cada 12 horas por un día.
- Eugynon: 1 tableta vía oral cada 12 horas por un día.
- Microgynon: 4 tabletas vía oral cada 12 horas por un día.

Estrógenos solos:

Etinilestradiol 5 mcgs vía oral, una vez al día en una sola dosis por cinco días.

Progestágenos solos:

Levonorgestrel 750 mcgr. Vía oral, dos dosis con doce horas de intervalo. Ejemplo:
Microlut de 300 mcgrs.¹



b) Dispositivos Intrauterinos:

Puede lograrse anticoncepción de emergencia mediante la inserción de un DIU que libere cobre dentro de los cinco días después de un contacto sexual sin protección.

c) Métodos Quirúrgicos

Se puede realizar un legrado uterino por aspiración antes de las 72 horas de ocurrido el coito sin protección con fines de barrido endometrial. ¹



VIII. DISEÑO METODOLOGICO

MATERIAL Y MÉTODO

Tipo De Estudio:

El presente estudio es de tipo descriptivo, en base a encuesta.

Unidad De Análisis:

Mujeres en edad fértil (15 a 49 años) con vida sexual activa.

Área de estudio: Seis comunidades del municipio, Laguna de Perlas, Awas, Raitipura, Tasbapounie, Orinoco y Pueblo Nuevo.

Universo:

El universo del estudio lo constituyeron las mujeres en edad fértil (MEF) que han tenido relaciones sexuales. Conociendo que en el Municipio había 2,055 MEF en el año de estudio²³, y que un 65.1% de las MEF han tenido relaciones sexuales, según datos de ENDESA 2001, se puede calcular que el tamaño del universo era de 1338 mujeres con las características antes señaladas.¹⁷

Muestra y selección de la muestra:

Se utilizó un tipo de muestreo no probabilística, por conveniencia en la selección de la muestra debido que no se dispone de un listado de las mujeres que permitiera un muestreo aleatorio simple. La muestra se seleccionó proporcionalmente se tomo el 30% de las MEF de cada una de las comunidades escogidas.



La selección de la muestra se obtuvo así:

Comunidades	MEF en el Universo	%	MEF en la Muestra
Tasba Pounie	288	30	86
Orinoco	267	30	80
Pueblo Nuevo	164	30	49
Laguna de Perlas, Awas y Raitipura (*)	514	30	155
Total	1,230	30	370

(*) Por su cercanía entre sí, se agruparon

Selección de las mujeres a ser entrevistadas:

Debido a las grandes dificultades de acceso a varias de las comunidades de este municipio y a la marcada limitación de recursos, no se pudo realizar un muestreo aleatorio. En su lugar, del total de 20 comunidades, se seleccionaron seis, que desde el punto de vista étnico y de características socioeconómicas se consideraron representativas del Municipio. En estas comunidades, se usaron dos procedimientos para seleccionar a las mujeres: en lugares con población dispersa, se entrevistaba a las mujeres que llegaban a consulta, hasta ajustar el número previamente definido. En comunidades donde la población era concentrada, se visitaban en secuencia las casas hasta ajustar la meta. Se calcula que aproximadamente un 80% de las mujeres fueron seleccionadas por el primer procedimiento señalado.

Criterios De Inclusión:

- Mujeres entre los 15 y 49 años de edad.
- Mujeres que han tenido relaciones sexuales
- Aceptación a responder el cuestionario.



- No embarazadas.

Métodos e Instrumentos para la recolección de la Información:

La recolección de la información se obtuvo de fuente primaria, mediante un cuestionario aplicado en entrevista a las mujeres (ver anexos), la cual fue llenada por la autora del presente estudio, un médico y el personal de enfermería encargado del programa de planificación familiar en las brigadas médicas móviles, durante las visitas a las comunidades seleccionadas para el estudio. Todas estas personas fueron debidamente adiestradas para la aplicación del cuestionario.

El cuestionario constó de cuatro segmentos que son:

I. Datos demográficos de la encuestada:

Contiene los datos personales de la paciente, sus datos sobre procedencia, religión, estado civil, escolaridad, etnias. El nombre de la mujer encuestada no fue solicitado para no predisponer a información falsa.

II. Antecedentes gineco-obstétricos:

Se encuentran los datos de inicio de vida sexual activa, gestas, paras, abortos y número de cesáreas, número de compañeros sexuales y el periodo ínter genésico de cada mujer encuestada.

III. Conocimiento sobre anticoncepción:

Son los datos sobre el conocimiento de los métodos de planificación familiar que tenía la mujer, la utilidad que para ella significaba el método, el número de métodos que conocía la encuestada y algunos aspectos específicos de tres métodos seleccionados.

IV. Práctica anticonceptiva:

Son los datos sobre uso de los métodos de planificación familiar que tenía la entrevistada, tiempo de uso y causas de abandono o cambio. En la categoría otros se incluían algunas causas de no uso o fuente de información que por su escaso significado no constituía de forma individual una cifra significativa.



Procedimiento y Análisis de la Información:

Una vez llena las encuestas, la información obtenida se procesó en el programa estadístico computarizado SPSS 10.1 Para Windows haciendo análisis por frecuencia, porcentajes, mediana y cuartiles. La elaboración del texto se realizó en Microsoft Word.



OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES:

Variable	Indicadores
Conocimientos	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Porcentaje de mujeres que conoce cada método anticonceptivo. ❖ Porcentaje de mujeres que conoce mecanismo de acción, efectos colaterales, forma de uso, de algunos métodos anticonceptivos.
Prácticas	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Prevalencia de uso actual de métodos anticonceptivos (al momento de la encuesta) entre el total de mujeres entrevistadas. Se calculará la prevalencia global de uso de métodos y prevalencia de uso en casadas o unidas por etnias. ❖ Prevalencia de uso actual de métodos anticonceptivos (al momento de la encuesta) entre mujeres casadas o unidas, diferenciada por métodos modernos y naturales, expresada en porcentaje. Se calculará la prevalencia global de uso de métodos, y para cada método en particular. ❖ Mediana y cuartiles de meses de uso del método que actualmente utilizan las mujeres. ❖ Mediana y cuartiles de meses de uso del método que utilizaban anteriormente. ❖ Distribución porcentual de las mujeres que han abandonado un método anticonceptivo, según causas del abandono. ❖ Distribución porcentual de las mujeres que no usan métodos anticonceptivos, según causas de no utilización.



IX. RESULTADOS

Descripción de las mujeres encuestadas.

De las 370 mujeres entrevistadas, la mayoría pertenece a la etnia Criole (negra). El mayor porcentaje de la población estaba ubicada en las comunidades de Laguna de Perlas, Awas y Raitipura, la edad que más predominó fue de 20 a 29 años, siendo la religión Morava la que más se profesa en la región (cuadro 1).

Cuadro 1. Distribución de las mujeres entrevistadas según etnia, comunidades de residencia, edad y religión. Municipio de Laguna de Perlas, Nov. 2003 – Marzo 2004.

Características de la población	Número	Porcentaje
Etnia		
• Criole	181	48.9
• Mestizo	65	17.6
• Garífona	89	24.1
• Miskito	35	9.5
Comunidades		
• Laguna de Perlas, Awas y Raitipura	155	41.9
• Tasbapounie	86	23.2
• Orinoco	80	21.6
• Pueblo Nuevo	49	13.2
Edad (años)		
• Menor de 20	55	14.9
• 20 a 29	190	51.4
• 30 a 39	94	25.4
• 40 a más	31	8.4
Religión		
• Morava	135	36.5
• Anglicana	123	33.2
• Evangélicas	44	11.9
• Católicas	23	6.2
• No profesas	16	4.3
• Otras (apostólicos, adventista, bautistas.)	29	7.9
Total	370	100.00



Con respecto al estado civil, se encontró que la mayoría estaban en unión estable, seguidas de solteras y en tercer lugar las casadas. Con respecto al nivel de escolaridad prevalecieron las de secundaria aunque muchas de estas eran una secundaria incompleta, la ocupación predominante fue la de ama de casa esto puede indicar un alto porcentaje de desempleo de la población en estudio

Cuadro 2. Porcentaje de las mujeres entrevistadas según estado civil, escolaridad y ocupación. Laguna de Perlas. Noviembre 2003 – Marzo 2004.

Características de la población	Número	Porcentaje
Estado Civil		
• Soltera	88	23.8
• Casadas	73	19.7
• Unión Estable	206	55.7
• Otras(viudas,divorciadas)	3	0.8
Nivel Escolar		
• Analfabeta	29	7.8
• Primaria	101	27.3
• Secundaria	187	51.1
• Universidad	26	7.0
• Otras	27	7.3
Ocupación		
• Obreras	40	10.8
• Amas de casa	194	52.4
• Estudiantes	51	13.8
• Profesional	19	5.1
• Otras	66	17.8
Total	370	100.0



Según el nivel de ingresos, encontramos que la gran mayoría de las encuestadas perciben menos de C\$ 2,500 al mes (cuadro 2).

Cuadro 2: Porcentaje de las mujeres entrevistadas según su nivel de ingresos. Municipio de Laguna de Perlas, Nov. 2003 – Marzo 2004.

Ingreso Mensual	Número	Porcentaje
Bajo (<C\$ 2500)	325	87.9
Medio (C\$2500 a C\$ 3500)	33	8.9
Alto (> C\$ 3500)	12	3.2
Total	370	100.0

Características Gineco- obstetricas.

Encontramos que la mayoría de las encuestadas refirieron inicio de vida sexual a temprana edad, con una mediana de 15 y un rango entre 12 y 24. El número de embarazos que habían tenido tenía una mediana de 3, al igual que el número de partos y compañeros sexuales, la mediana del periodo Ínter genésico fue de 24 meses con un rango de 0 y 192 meses. (Cuadro 3).

Cuadro3. Mediana, valor mínimo y valor máximo para diferentes datos relativos a Los antecedentes obstétricos, Municipio de Laguna de Perlas. Noviembre. 2003 – Marzo 2004.

Antecedentes Gineco- obstétricos	Número	Mínimo	Mediana	Máximo
Inicio Vida Sexual Activa	370	12	15	24
Número de Embarazos	370	0	3	13
Número de Partos	370	0	3	11
Número de Cesárea	370	0	0	2
Número de Aborto	370	0	0	3
Número de Compañeros Sexuales	370	1	3	10
Periodo Ínter genésico* (meses)	333	0	24	192

(*) Datos periodo ínter genésico referido sólo a mujeres con 2 o más partos.



Conocimientos.

De las 370 entrevistadas, 359 (97%) refirieron tener conocimiento o haber oído hablar sobre métodos anticonceptivos. En orden de frecuencia los métodos más mencionados se describen en el cuadro 4. La mediana del número de métodos que conocen las mujeres era de 4, y variaba en un rango entre 0 y 7. Los métodos que más conocen son las pastillas, los inyectables, condón, DIU, esterilización quirúrgica, ritmo y lactancia – amenorrea. Los que se detallan en el siguiente cuadro en orden porcentual. (Cuadro 4)

Cuadro 4. Distribución porcentual de métodos anticonceptivos conocidos, mencionado por las mujeres encuestadas. Laguna de Perlas. Noviembre 2003 a Marzo 2004.

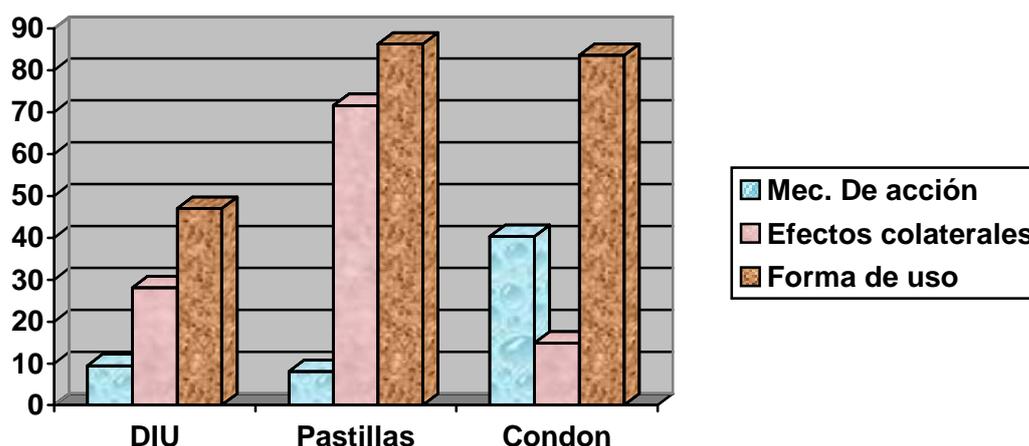
Métodos Anticonceptivos	Porcentaje de mujeres que lo mencionó (n = 370)
Pastillas	95.1
Inyectables	87.8
Condón	84.8
DIU	53.8
Esterilización Quirúrgica	24.1
Ritmo	17.3
Lactancia Materna – Amenorrea	2.2
Abstinencia Sexual	1.1
Otros (vasectomía, coitos interrumpidos)	1.9



Con respecto a la utilidad de los métodos anticonceptivos, el 84% mencionó solamente la prevención de embarazos no deseados, y sólo un 13% refirió que sirven además para evitar enfermedades de transmisión sexual.

Se valoró el nivel de conocimiento en aspectos específicos de 3 métodos seleccionados: Gestágenos Orales, DIU, Preservativo (condón). (Gráfico 1). Se tomó en cuenta conceptos sencillos sobre mecanismo de acción, efectos colaterales, y la forma de uso los cuales se encuentran al final de la ficha

Gráfico 1. Distribución Porcentual de mujeres que conoce aspectos específicos del DIU, pastillas y condones. Laguna de Perlas. Noviembre 2003 – Marzo 2004.



En base a las respuestas que daban las mujeres encuestadas se valoró el nivel de conocimiento de los métodos seleccionados de la siguiente manera:

DIU: Bueno 4.6%, Regular 21.9%, Malo 73.5%.
Pastillas: Bueno 5.1%, Regular 63.0%, Malo 31.9%.
Condón: Bueno 12.2%, Regular 29.2%, Malo 58.6%.

Se valoró el conocimiento como Bueno: Si respondían adecuadamente mecanismo de acción, efectos colaterales y forma de uso.



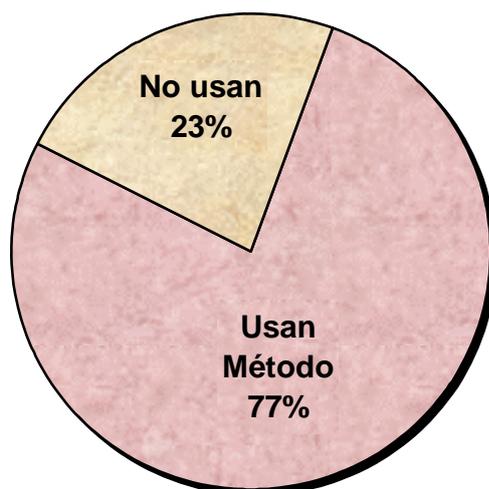
Regular: Si respondían adecuadamente mecanismo de acción y efectos colaterales
Malo: Si respondían solo una ó ninguna de las preguntas al respecto.

Prevalencia de uso de métodos anticonceptivos en mujeres casadas o unidas.

De las casadas ó unidas el 37.3% eran Criol, 14.1% Mestizas, 17.3% Garífonas y el 6.8% Mískitas, en total las casadas conformaban el 75% de la población. De las mismas mujeres casadas o unidas, el 40.5% de las mujeres de las Crioles usaba método anticonceptivo, 12.18% de las mestizas, 17.3% de las Garífonas y el 6.8% de las Mískitas usa algún método anticonceptivo al momento de la entrevista.

De las 279 mujeres casadas o unidas, el 77% estaba usando algún método anticonceptivo al momento de la encuesta (Gráfico 2).

Gráfico 2. Porcentaje de mujeres casadas o unidas que utilizan Métodos anticonceptivos. Municipio de Laguna de Perlas. Nov. 2003 – Marzo 2004.





Se realizó una distribución porcentual de los métodos anticonceptivos utilizados por las mujeres casadas ó unidas según métodos modernos y métodos naturales. (Cuadro 6).

Cuadro 6. Prevalencia de uso de cada método anticonceptivo, entre mujeres casadas ó unidas. Laguna de Perlas. Noviembre 2003 – Marzo 2004.

Métodos Anticonceptivos	Porcentaje usando (n=279)
Métodos Modernos	
Inyectables	44.6
Gestágenos Orales	17.3
DIU	7.7
Esterilización Quirúrgica	6.0
Condón	0.7
Métodos Naturales	
Mela	0.7
Ritmo	0.0
Total	77

Prevalencia de uso de métodos anticonceptivos en el total de mujeres

Entre el total de las 370 mujeres entrevistadas, todas las cuales habían tenido relaciones sexuales, la prevalencia de uso de métodos anticonceptivos fue de 72%.



Tiempo de usar métodos anticonceptivos

La mediana del número de meses que tenían las mujeres de estar usando métodos anticonceptivos fue de 20; el percentil 25 fue de 9 meses y el percentil 75 fue de 36 meses.

En relación al método que usaban anteriormente, la mediana del número de meses que lo usaron fue de 12, el percentil 25 de 3 meses y el percentil 75 de 24 meses.

De las 226 mujeres que refirieron haber abandonado algún método anticonceptivo, usado anteriormente, la principal razón para haberlo hecho fue por sus efectos colaterales (cuadro 7).

Cuadro 7. Porcentaje de causas de abandono de métodos anticonceptivos usados anteriormente referidos por las mujeres del Municipio de Laguna de Perlas. Noviembre 2003 – Marzo 2004.

Causas de abandono	Porcentaje n = 226
Tuvo efectos colaterales	43.3
Para Embarazarse Otra	21.7
El compañero se opuso	16.7
No fue eficaz	8.5
Olvido	5.1
Método no disponible	2.3
No tienen compañero	2.3
Otra (temor a inyectarse)	7.0
Total	100.00



De 104 mujeres que no estaban usando un método anticonceptivo al momento de la encuesta, la principal razón para no usarlos es que querían salir embarazadas. (Cuadro 8).

Cuadro 8. Porcentaje de mujeres que no usan métodos anticonceptivos distribuidos por razones de no utilización en el Municipio de Laguna de Perlas. Noviembre 2003 – Marzo 2004.

Causas de no uso de métodos anticonceptivos	Porcentaje n = 104
Para embarazarse	34.6
Efectos colaterales	23
Motivo religioso	1 5.2
El compañero se opone	11.5
No desea planificar	9.0
No especifica	6.7
Total	100.0



Fuentes de información sobre métodos anticonceptivos

La mayoría obtuvo la información de parte de enfermeras, ocupando el segundo lugar las amigas y vecinas, y el tercer lugar los médicos (cuadro 9)

Cuadro 9. Distribución Porcentual de la Fuente de información de métodos anticonceptivos referidas por las mujeres del Municipio de Laguna de Perlas. Noviembre 2003 – Marzo 2004.

Fuente de información de Métodos Anticonceptivos	Porcentaje
Enfermeras	47.0
Amigas/ vecinas/ parientes	28.4
Médicos	20.3
Auxiliar de enfermería	14.9
Radio/ TV	11.4
Otras (brigadistas, parteras, colaboradores voluntarios.)	15.7

Nota: Algunas mujeres mencionaron más de una fuente.



X. DISCUSIÓN

Al interpretar los resultados del presente estudio, es necesario tomar en cuenta algunos aspectos expresados en el capítulo de Material y Métodos: a) Por la forma como fueron seleccionadas las mujeres, los datos son más representativos de las mujeres que acuden a los servicios de salud, que de las mujeres en general; b) el universo eran las MEF que habían tenido relaciones sexuales, y no todas las MEF.

Conocimientos:

El 97% de las mujeres entrevistadas refirieron conocer o haber oído hablar de los métodos anticonceptivos. Esta cifra es bastante cercana a la de 98.2% que reporta ENDESA 2001 para el total de la RAAS.

Los métodos anticonceptivos que más conocían las mujeres en Laguna de Perlas eran las pastillas, inyectables, condones y DIU, que son los mismos que se presentan en ENDESA 2001 para esta Región. En nuestro estudio, la esterilización quirúrgica fue uno de los métodos menos mencionados, al igual que los métodos naturales como el ritmo y MELA (lactancia – amenorrea).

Al investigar el nivel de conocimiento sobre aspectos específicos acerca de las pastillas, DIU y condón, como son su mecanismo de acción, efectos colaterales y forma de uso, se observó que las mujeres tenían un nivel de conocimiento de regular a malo, lo que coincide con datos de un estudio en Corn Island, en el año 2001, donde el nivel de conocimiento que encontraron sobre estos aspectos también fue de regular a malo.²



Uso de Métodos Anticonceptivos.

La prevalencia de uso de métodos anticonceptivos encontrada en el presente estudio es alta. En efecto, la tasa de uso de 77% entre mujeres casadas o unidas es superior a la cifra nacional (68.6%) y todavía más alta que la correspondiente a la RAAS, según ENDESA 2001, que fue de 62%²⁴. En un estudio entre mujeres asistentes al centro de salud de Corn Island la prevalencia de uso en el año 2001 era de 59.9%.²

En relación a lo anterior, hay que señalar en primer lugar que, según información del SILAIS-RAAS, los Municipios de Laguna de Perlas y de Bluefields tienen coberturas superiores al promedio de la Región²⁵, el que se ve disminuido por coberturas muy bajas en municipios alejados.

Es importante también señalar que Laguna de Perlas recibió atención especial del SILAIS, luego de que en el año 2002 este municipio hubiera ocupado el segundo lugar en número de muertes maternas en la RAAS²⁴.

De esta manera, se reforzó el programa de atención integral a la mujer, lo que incluyó el traslado de un médico general para la comunidad donde se dio el mayor número de muertes. Este médico dedicó bastante atención a la promoción de la planificación familiar y a mejorar la atención a las embarazadas.

Además de lo anterior, debe de tomarse en cuenta que en mi carácter de responsable del programa de atención integral a la mujer en este municipio, también presté alta dedicación a la promoción de la planificación familiar, de manera que este servicio se ha estado ofreciendo ampliamente en las visitas que realizan a las comunidades las brigadas médicas móviles.



Relacionado con el punto antes señalado, debemos mencionar que los médicos oriundos del Pacífico que llegamos a estos lugares nos vemos impresionados por el número de hijos que tienen las mujeres y la juventud de estas al inicio de la maternidad, lo que nos hace reaccionar y tratar de actuar, mientras que tenemos la impresión de que el personal de salud de la zona está acostumbrado a esta situación, la ve como normal, y se ve menos motivado a la acción en este campo de la planificación familiar.

Cabe mencionar que para fomentar la asistencia de la población a las comunidades a ser visitadas por las brigadas médicas móviles, previo a las mismas se transmitían avisos por las radios que más se escuchan en la zona. Se obtenía así una voluminosa asistencia a los puestos de atención.

En el transcurso de las mismas, hasta 400 mujeres quedaban usando algún método de planificación familiar. Además, el personal de estas brigadas trataba de dejar a las mujeres abastecimiento adicional de métodos anticonceptivos, ante la posibilidad de que la próxima visita se retrasara.

En la presente encuesta, la recolección de datos en las comunidades alejadas se realizó aprovechando las visitas de las brigadas médicas móviles.

Como ocurre en todo el país, la cifra de cobertura en planificación obtenida mediante encuestas no resulta comparable con la obtenida a partir de los registros de los centros de salud, por cuanto en estos no se tiene información sobre las mujeres que obtienen métodos anticonceptivos de fuentes diferentes del MINSA²⁵, principalmente inyecciones y pastillas, y porque las mujeres esterilizadas quirúrgicamente, que en las encuestas aparecen como usuarias, evidentemente ya no acuden más a los centros de salud en busca de servicios de planificación familiar.



Por último, en relación a la prevalencia de uso de métodos anticonceptivos encontrada en la presente encuesta, debe de tenerse en cuenta lo expresado al inicio de la discusión: refleja más la situación de las mujeres que acuden al servicio, que de las mujeres en general.

Sobre los métodos más utilizados, en el presente estudio el primer lugar lo ocuparon los inyectables, lo que coincide con los datos de ENDESA 2001 para la RAAS, con los datos del SILAIS y con los de un estudio en Corn Island. Esta información refleja una diferencia con las poblaciones del Pacífico, donde el primer lugar lo ocupa la esterilización quirúrgica.

En Laguna de Perlas, algunos factores que consideramos que limitan el uso de la esterilización quirúrgica son: a) dificultades de acceso al hospital de Bluefields, por cuestiones de costos; b) temor a la operación; c) dificultades para encontrar con quien dejar a los hijos en sus casas; d) con frecuencia el marido se opone; e) exigencia de depositar sangre para la operación, requisito que no existe en muchos centros en el Pacífico.

La preferencia que existe en este municipio por los inyectables la consideramos debida a cuatro factores: a) No tienen que asistir con frecuencia al centro de salud; b) permite a las mujeres planificar sin que se entere el esposo o compañero en el caso de mujeres casadas o unidas, o los padres o familiares, en el caso de jóvenes que no desean que se sepa que ya tienen vida sexual activa; c) fácil disponibilidad en puestos de venta en las diferentes localidades; d) el personal de salud prefiere recomendar este método en las comunidades alejadas, en las que el período entre inyecciones coincide aproximadamente con los intervalos de visita de las brigadas medicas móviles, y por la mayor dificultad de comprensión y de cumplimiento en el uso de otros métodos.



Cabe señalar que los estudios nacionales muestran que el uso de los inyectables se ha venido incrementándose rápidamente a partir de 1993, cuando era de 1%, a 5% en 1998 y 14% en el 2001.

Otro dato que cabe señalar es que, según datos de ENDESA 2001, los inyectables constituyen el método más utilizado entre las mujeres de 20 a 24 años y de 25 a 29 años, que es el grupo etáreo que prevaleció en este estudio.²⁴

De acuerdo a las causas de no utilización de los métodos anticonceptivos referidas al momento de la entrevista es importante señalar que de las mujeres que no utilizan ningún método en la actualidad la mayoría refirió en primer lugar no hacerlo por el deseo de embarazarse. Datos que concuerdan con el estudio realizado por Guzmán, Ñurinda y Porras sobre conocimiento y prácticas de métodos anticonceptivos en centro de salud de corn island octubre 2001. Donde la primer causa de no utilización referida fue el deseo de embarazarse.²

Al analizar la fuente de información que refirieron las entrevistadas, las enfermeras fueron citadas con mayor frecuencia, algo considerado normal tomando en cuenta la zona de estudio, en donde las enfermeras cargan con la mayor responsabilidad, dada la escasez del personal médico.



XI. CONCLUSIONES

En general, la mayoría de las encuestadas tiene buen conocimiento en cuanto a la existencia de los métodos anticonceptivos, pero tienen deficientes conocimientos respecto a algunos aspectos específicos, como mecanismos de acción, efectos colaterales del DIU, pastillas y condones.

La prevalencia de uso de métodos anticonceptivos entre mujeres casadas o unidas fue bastante alta (77%), pero la cifra refleja más la situación de las usuarias de los servicios de salud que de la totalidad de las mujeres, además de que las mujeres de las comunidades más alejadas pueden estar subrepresentadas en la muestra, no probabilística. De todas maneras, es alta en comparación con un estudio en otra población de la RAAS, realizado totalmente entre usuarias de los servicios. Esta elevada cobertura parece ser fruto de una atención especial que el SILAIS brindó a este municipio luego de la ocurrencia de varias muertes maternas, y a la elevada dedicación que tuvieron hacia este subprograma la autora del presente estudio, que era la responsable del programa de atención integral a la mujer y, desde más antes, un médico muy motivado hacia la planificación familiar.

El método anticonceptivo más usado en Laguna de Perlas lo constituyen la inyecciones trimestrales, seguido de los gestágenos orales y el DIU.

Las mujeres de Laguna de Perlas, como la de otras poblaciones de la RAAS, tienen dificultades de acceso de la esterilización quirúrgica mucho mayores que en el Pacífico. Estas dificultades son de orden geográfico, económico, cultural y de normativas hospitalarias.



La principal causa de abandono de los métodos anticonceptivos fue por sus efectos colaterales, principalmente las referidas al uso de las pastillas.

En cuanto a las razones para no usar anticonceptivos, la principal fue para embarazarse.

La principal fuente de información sobre los métodos anticonceptivo fueron las enfermeras.



XII. RECOMENDACIONES

Es importante revisar con el personal de salud el grado de importancia relativa que se asigna a la planificación familiar en esta zona. Con este fin, es necesario discutir el impacto de la planificación familiar en el mejoramiento de la salud de las mujeres y de los niños, y sobre la situación social y económica de las familias, pero también que lo discutan como un derecho humano. Es especialmente importante que el personal oriundo de la Costa Atlántica reflexione sobre este tema, por su tendencia a ver como normal un patrón reproductivo, que es francamente perjudicial para la salud y para salir de la pobreza. Este estudio muestra que cuando hay convicción y dedicación pueden lograrse importantes aumentos en la cobertura, aun bajo las condiciones geográficas y culturales que dificultan el acceso de las mujeres a la planificación familiar.

Para avanzar en la educación y en la cobertura en planificación familiar, es importante procurar el trabajo intersectorial, hacia lo cual el personal del MINSA no le ha prestado suficiente atención hasta este momento. Las escuelas pueden deben de jugar un papel importante en la educación de los y las adolescentes, con fines de lograr una conducta responsable en relación a la sexualidad, la postergación del inicio de las relaciones sexuales y, eventualmente, el uso de la planificación familiar. Por las tareas que los maestros encargaban a los estudiantes, y que los obligaba a buscar información en el centro de salud, se sabe que el tema es abordado en las escuelas, pero con una adecuada coordinación y capacitación de los maestros seguramente pueden obtenerse mejores resultados. Igualmente es necesario mantener el trabajo conjunto con la Iglesia, en este caso la Morava, cuyo pastor en Laguna de Perlas ha mostrado comprensión y actitud positiva.

Debe analizarse la posibilidad de que la red comunitaria se involucre más en la educación y servicios en planificación familiar. Aquí, como en otras partes del país, los brigadistas están dedicados principalmente a cuidar la salud de los niños y las emergencias. Con este fin, conviene impulsar la incorporación de mujeres como brigadistas, que actualmente son todos del sexo masculino.



Debe de mantenerse la actividad informativa sobre este y otros temas de salud, a través de la radio ubicada en este municipio, la Perla del Caribe.

En Laguna de Perlas es importante tratar de influir sobre la actitud de los varones, que es de dominio e imposición sobre la mujer, y restrictiva sobre la planificación familiar y otras actividades de salud dirigidas a la mujer. Mientras tanto, hay que encontrar formas de ayudar a las mujeres que lo deseen, a obtener un método de planificación familiar sin que entre en conflicto con el marido.

Con el fin de mejorar el acceso de las mujeres de Laguna de Perlas a la esterilización quirúrgica, proponemos considerar dos opciones. La primera es capacitar a algún médico del centro de salud de esta localidad, para que realice en este lugar las mini laparotomías. La segunda es que el SILAIS organice una brigada quirúrgica que visite periódicamente este y otros centros de salud, para efectuar las operaciones. En ambos casos, el primer paso sería acondicionar un ambiente en el centro de salud, y dotarlo del instrumental necesario.



XIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- 1) MINSA. Normas de planificación familiar, Dirección General de Atención a la Mujer y a la Niñez, Managua, Nicaragua 1997. Pág. (11- 15).
- 2) Guzmán, Ñurinda, Porras; “Conocimientos y Practicas de métodos anticonceptivos de dijere en edad que acuden al programa de planificación familiar del centro de salud. corn island, septiembre – octubre 2001. Tesis, Facultad de Medicina, UNAN - Managua.
- 3) Dirección Municipal de Salud. Plan de Emergencia Sanitaria Local, Municipio de Laguna de Perlas; RAAS 2002.
- 4) Solís Díaz, Freddy “usos y conocimientos de anticonceptivos en el área 8-2 de Managua en octubre de 1998” Tesis, Facultad de Medicina, UNAN-Managua.
- 5) García Portobanco Mario. Factores que influyen la actitud de la madre adolescente con respecto a los métodos de planificación familiar, atendidas en el centro de salud de Siuna, Enero – Julio de 1992, FNUAP.
- 6) Reyes Díaz Ligia, Planificación familiar de mujeres que acuden al centro de salud Teustepe, Boaco, durante primer semestre de 1992. Tesis (doctor en medicina y cirugía).
- 7) Encuesta sobre Salud Familiar, PRO FAMILIA, Nicaragua 1992 – 1993.
- 8) D`Arce Ampie “Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en la comunidad de Sabana Grande en el mes de junio de 1993, Tesis, Facultad de Medicina, UNAN-Managua.



- 9) Sánchez Méndez Margarita. Uso de anticonceptivos en mujeres que acudieron al centro de salud, Francisco Buitrago en el segundo semestre de 1994. Tesis (doctor en medicina y cirugía).
- 10) Quiroz Eda Fátima.” Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en mujeres en edad fértil en centro de salud Francisco Morazán. Julio – septiembre 1997”. Tesis (doctor en medicina y cirugía). UNAN Managua.
- 11) Castro Ana Francisca, “Utilización y conocimiento de métodos de planificación familiar en usuarias del programa que asisten al centro de salud, Adán Barillas Huete, Juigalpa, Enero 2000FNUAP-MINSA Manual de planificación familiar. Managua, Nicaragua marzo de 1994.
- 12) Martínez Arsenal Renata Maria. “Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos de mujeres que asisten al centro de salud de Corns Islán durante los meses de julio-agosto de 1998”. Tesis, Facultad de Medicina, UNAN-Managua.
- 13) Guzmán, Ñurinda y Porras, Conocimientos y Prácticas de métodos anticonceptivos de mujeres en edad fértil que acuden al programa de atención integral a la mujer. Op.cit. (ver referencia 2).
- 14) Ministerio de Salud. Normas de planificación familiar, Managua, Nicaragua 1997.
- 15) Ministerio de Salud, Manual de Salud Reproductiva, Nicaragua. 1996
- 16) Fecundidad y Planificación Familiar en América Latina: Retos para la década de 1990. Programas Internacionales de Population Referente Bureau (PRB), Washington D.C. Junio, 1992.



- 17) Instituto Nacional de estadísticas y Censos (INEC), MINSA y Programa DHS/ ORC, Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud, ENDESA 2001. Octubre 2002.
- 18) Levels and trends of contraceptive use as assessed in 1988 Population Studies, Naciones Unidas, NO.110, NY, 1998.
- 19) Ministerio de salud – FNUAP, Curso de Planificación familiar para auxiliares de enfermería, Segunda edición, Nicaragua. 1995.
- 20) Programa de información en población, centro para programa de comunicación, facultad de salud pública, universidad de Johns Hopkins. Lo esencial de la tecnología anticonceptiva 1995.
- 21) UNAN-FNUAP. “Nuevas fronteras” año 1 número 05 1994.
- 22) González Moncada Clara, Anticoncepción, UNAN-FNUAP. 1993.
- 23) Estimaciones de poblaciones 2003. División General de Planificación y Desarrollo Ministerio de Salud .Proyecto de Modernización del sector salud, Instituto Nacional en base a datos estadísticos del Censo INEC. Abril 2002.
- 24) Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud, ENDESA 2001. Octubre 2002. op.cit. (Ver referencia 17) Pág. 96-103.
- 24) Datos Estadísticos, SILAIS, RAAS, 2003.
- 25) Daniel W, Bioestadística. Base para el Análisis de Ciencias de la salud, 4ª Edición, Limusa Wiley, México 2002.

Conocimientos y Prácticas de métodos anticonceptivos. Laguna de Perlas. 2003 -2004
Gutiérrez.



26) Dr. Julio Piura López,"Introducción a la Metodología de la Investigación Científica" Editorial el amanecer, s.a 1994. Centro de la investigaciones y estudios de salud. CIES – UNAN – MANAGUA, 1994.



XIV. ANEXO



ENCUESTA

LA PRESENTE ENCUESTA ESTA DIRIGIDA A MUJERES CON VIDA SEXUAL ACTIVA EN EDAD FÉRTIL Y QUE ESTEN DISPUESTAS A RESPONDER PARA OBTENER LA INFORMACIÓN SOBRE EL CONOCIMIENTO Y PRACTICA DE LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS .

CONSTA DE CUATRO APARTADOS LOS CUALES DEBEN DE SER LLENADOS CON CLARIDAD ESCRIBIÉNDOSE EN NUMEROS CUANDO SE SOLICITE CANTIDAD Y MARCAR CON UNA "X" LOS ESPACIOS (----)

I. DATOS GENERALES.

1) Raza.

Crioles	-----
Mestizos	-----
Garifonas	-----
Mískitas	-----

2) Edad. ----- (años cumplidos.)

3) Nivel de escolaridad.

Analfabeta	-----
Primaria	-----
Secundaria	-----
Universidad	-----
Técnico Medio	-----

Marque con una "X" la respuesta.

4) Estado Civil.

Soltera	-----
Casada	-----
Acompañada	-----
Otro	-----

5) Religión.

Católica	-----
Anglicana	-----
Morava	-----
Evangélica	-----
Otra	-----
Ninguna	-----



6. Ocupación.

Ama de casa -----
Obrera -----
Estudiante -----
Profesional -----
Otra. -----.

7. Nivel Socioeconómico.

7.1 ¿Posee Ud. un ingreso estable? Si ----- No -----

7.2 Si la respuesta es si , pregunte y anota .

7.3¿ A cuanto asciende su ingreso mensual ? C\$ -----

7.3 Señale el nivel socioeconómico de acuerdo a la pregunta anterior.

A- Bajo ----- Sin ingresos o Menos de C\$ 2,500.00

B- Medio ----- De C\$ 2,500.00 – 3,500.00

C-Alto ----- Más de C\$ 3,500.00

II. ANTECEDENTES GINECO - OBSTETRICOS.

- 1- Inicio de vida sexual activa (años cumplidos). -----
- 2- ¿Cuántas veces ha estado embarazada.? -----
- 3- ¿Cuántos partos ha tenido? -----
- 4- Número de cesárea. -----
- 5- Número de abortos. -----
- 6- Número de compañeros sexuales -----
- 7- Tiempo transcurrido desde el último embarazo -----

III. CONOCIMIENTO SOBRE ANTICONCEPCIÓN

1- ¿ Conoce Ud. O ha oído hablar sobre los métodos anticonceptivos?

Si -----

No -----



SI RESPONDE SI REALICE LAS PREGUNTAS 2-5

2- Mencione los métodos que conoce o ha oído hablar de ellos.

-----	-----
-----	-----
-----	-----

Anote la cantidad de métodos. -----

PREGUNTE Y MARQUE CON UNA "X" LA RESPUESTA . TOMANDO COMO REFERENCIA EL CONOCIMIENTO MINIMO ESPERADO.

3- ¿Qué conocimiento tiene del método anticonceptivo. **DIU** ?

- A- Mecanismo de acción. Si----- No -----
B-Efectos colaterales Si ----- No-----
C- Forma de uso Si ----- No-----

4- ¿Qué conocimiento tiene de las **PASTILLAS**.?

- A.- Mecanismo de acción Si ----- No -----
B- Efectos colaterales Si ----- No -----
C-Forma de uso Si ----- No -----

5- ¿Qué conocimientos tiene sobre el **CONDON**.?

- A- Mecanismo de acción Si ----- No.-----
B- Efectos colaterales Si ----- No -----
C.- Forma de uso Si ----- No-----



6- Para que son útiles los métodos anticonceptivos.?

IV. PRACTICAS DE ANTICONCEPCIÓN.

1- ¿Usa actualmente algún método anticonceptivo?

Si -----

No -----

SI LA RESPUESTA ES SI REALICE LAS PREGUNTAS 2 Y 3.*

SI LA RESPUESTA ES NO REALICE LAS PREGUNTAS 8.*

2- ¿Qué método usa ? -----

3.¿Cuánto tiempo lo ha usado .? -----

4- ¿Usaba otro método antes ? SI ----- NO -----

SI LA RESPUESTA ES SI REALICE LAS PREGUNTAS 5 Y 7.

5-¿Cuál era el método anterior? -----

6-¿Cuál fue la causa de abandono o cambio ?

A- Para embarazarse

B- Método no disponible

C- Motivo religioso

D-Tuvo efectos colaterales

E-No tuvo dinero para comprarlos

F-No fue eficaz

G-El compañero o esposo se opuso

H-Otros.



7-¿ Por cuanto tiempo lo utilizo? -----

8-¿ Cual es la causa por la que actualmente no esta utilizando un método anticonceptivo?

A - Para embarazarse. -----

B - Método no disponible. -----

C - Motivo Religioso. -----

D - Tuvo Efectos Colaterales. -----

E - No tuvo dinero para comprarlos. -----

F - No fue eficaz. -----

G - El compañero se opuso. -----

H - Otros. -----

9- ¿De donde obtuvo la información sobre los Métodos Anticonceptivos?

A - Auxiliar -----

B -Enfermera -----

C - Medico -----

D - Maestro -----

E - Farmacéutico -----

F - Parteras -----

G - Amigas / Vecinas / Parientes -----

H - Radio / TV -----

I - Otros -----

J - No sabe / no responde. -----



PARA LA SECCION DATOS GENERALES CORRESPONDIENTE AL NIVEL SOCIO ECONOMICO CALIFICAR COMO:

BAJO: SIN INGRESO ESTABLE O MENOS DE C\$ 2,500.00 CORDOBAS.

MEDIO: INGRESO ESTABLE DE C\$ 2,500.00 a 3,500.00 CORDOBAS MENSUALES.

ALTO: INGRESO ESTABLE MAYOR DE C\$3,500.00 CORDOBAS MENSUALES.

EN LA SECCION CONOCIMIENTO SOBRE ANTICONCEPCIÓN TOME COMO SI CUANDO SE MENCIONE AL MENOS EL CONOCIMIENTO TEORICO DE LOS ITEMS CORRESPONDIENTES.

DATOS	<u>DIU</u>	GESTAGENOS ORALES	PRESERVATIVOS.
Mecanismos de Acción.	Inactiva el espermatozoide y le impide el paso.	Produce cambios hormonales. Cambia el moco cervical.	No se permite que el esperma entre en contacto con la vagina.
Efectos Colaterales	Sangrado abundante. Dismenorrea	Dolor de Cabeza Nauseas	Raramente alergia al látex
Forma de Uso	Colocado en el útero Revisión cada cierto periodo de tiempo.	Se toma diariamente.	Se coloca durante la erección en el pene, previo a su introducción en la vagina.

GRACIAS.