

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA.

UNAN – LEON.

FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS.

Carrera de Farmacia.



Monografía para optar al Título de:
Licenciada Química – Farmacéutica.

“Conocimientos, Usos y Planes futuros de Planificación Familiar de las adolescentes en puerperio inmediato en el Hospital de León (HEODRA) durante los meses de noviembre y diciembre del 2006.”

AUTORAS:

**Bra. Karla Mercedes Martínez Velásquez.
Bra. Ana Matilde Machado Cardoza.**

TUTORA:

**Dra. Clara Elena Álvarez Martínez.
Química - Farmacéutica.**

León, 5 de febrero del 2007.





DEDICATORIA

“No es la ausencia de problemas lo que produce la paz; es Dios a nuestro lado en medio de los problemas.” Carlos Espinoza.

A **Dios** Todo Poderoso por concederme el don de la vida, por dirigirme con su Santa Sabiduría y Misericordia e ilustrar mi entendimiento para preparar mi visión en la vida y alcanzar la meta de culminar mi carrera.

A **mis padres** Lic. José Alonso Martínez Lazo y Lic. Martha Lorena Velásquez Lanzas, bendición de Dios para mí y quienes me han dado todo su amor, sacrificio y apoyo incondicional en los triunfos y dificultades que he tenido a lo largo de mi vida. De los cuales me siento muy orgullosa de tener como padres y quienes siempre han sido y serán mi mejor ejemplo a seguir. Este logro también es de ustedes. Los amo mucho.

A **mi querido hermano**, Dr. José Alonso Martínez Velásquez, quien siempre me ha dado motivado y apoyado a lograr las metas que me propongo. Te quiero muchísimo.

A **mi futuro esposo**, Armando Martínez Molina quien es el ángel que Dios me envió para darme fortaleza, apoyo, comprensión, protección y mucho amor. Quien me alienta a seguir adelante con la fe en Dios y la esperanza de un mañana mejor y quien es parte esencial de mi existir. Te amo eternamente.

A **mis abuelitos**: Carlos (q.e.p.d.), Mercedes, Benicio y Leonor (q.e.p.d.), seres guardianes y muy especiales en mi vida. Los adoro.

Gracias a todos por su amor y comprensión.

Los quiere mucho,
Karla Mercedes Martínez Velásquez.



DEDICATORIA

“Cuando amas de verdad a una persona, ese amor despierta el amor a tu alrededor; te sensibiliza para amar y comienzas a descubrir belleza y amor a tu alrededor.”

Anthony de Mello.

Este trabajo monográfico lo dedico con el amor más grande del mundo a:

DIOS: Nuestro Padre Creador que madura los pensamientos del hombre y los hace palabra en su infinito amor.

Mis Padres: Que son mi vida y lo mas hermoso que Dios me regalo. Quienes siempre me proporcionan Amor, apoyo incondicional, paciencia y siempre han sabido conducirme. Papito, Mamita este logro mas en mi vida es de ustedes, los Amo.

Mis Abuelitos Paternos: Que desde el cielo me cuidan y se que en todo momento están conmigo, este regalo es para ustedes también, los quiero mucho.

Toda Mi Familia: Papá, Mamá, Las Tías y Mis Hermanitos que siempre me apoyaron y me animaron a continuar siempre subiendo cada escalón y poder llegar a mi meta.

Y a todas las personas que de una u otra forma contribuyeron a la realización de este trabajo monográfico.

Los quiero mucho.

Ana Matilde Machado Cardoza.

AGRADECIMIENTOS

“La expresión de agradecimiento de las más lindas que el ser humano pueda expresar; y aunque pasen muchos años siempre será recordado el ser agradecido.”
Anónimo.

Quiero empezar dando gracias infinitas a Dios por las fuerzas que me ha dado y ese deseo incansable de servirle. Por haberme dado sabiduría y fortaleza para superar los momentos difíciles de mi vida y lograr alcanzar mis metas.

A nuestra tutora Dra. Clara Elena Álvarez de Quintanilla, quien con paciencia, buena disposición y dedicación dirigió nuestro trabajo investigativo.

Al médico in fieri Armando Martínez Molina quien nos brindó una muy valiosa colaboración, y quien forma parte del esfuerzo y sacrificio que implicó la realización de la presente tesis monográfica.

Quiero expresar mis más sinceros agradecimientos a todas aquellas personas que coloraron de una u otra forma en la realización de esta investigación y de manera especial al personal y pacientes del HEODRA.

Muchas gracias.

Karla Mercedes Martínez Velásquez.

AGRADECIMIENTOS

“Nada que no valga la pena de hacer puede lograrse en el curso de la vida; por lo tanto, tendrá que salvarse gracias a la esperanza. Nada de lo que es hermoso tiene sentido en el momento inmediato, entonces tendrá que salvarse por la fe. Nada de lo que vale la pena hacer puede hacerse solo, sino que debe hacerse en colaboración con otros.”

OG.Mandino.

Este trabajo Monográfico es el resultado del esfuerzo de muchas personas de las que sin su ayuda y apoyo, no hubiera sido posible.

Con mucho respeto, admiración y cariño hago un reconocimiento especial a mis Maestros, que me brindaron sus valiosos conocimientos a través de los años de estudio de mi carrera. A mis padres que son el pilar importante en mi vida y mi formación; por su amor, confianza y apoyo incondicional.

Le doy las gracias también a la principal colaboradora de este trabajo, nuestra tutora Dra. Clara Elena Álvarez Martínez (Dra. Clarisa Quintanilla.), por su orientación, comentarios constructivos y sugerencias que nos condujeron a obtener nuestra monografía.

Agradezco infinitamente al guía y autor principal de mi destino y mi vida : DIOS; por escucharme siempre , y permitirme ser uno de sus milagros , por estar siempre conmigo y llevarme de la mano a lo largo de mi camino , por haberme cargado en los momentos mas difíciles y regalarme este éxito con el que siempre soñé : CULMINAR MI CARRERA .

Gracias a todos.

Ana Matilde Machado Cardoza.

Índice

<u>Contenido</u>	<u>Página</u>
Introducción.....	7
Planteamiento del problema.....	9
Objetivos.....	10
Marco teórico.....	11 - 55
Diseño metodológico.....	56 - 62
Resultados y análisis.....	63 - 87
Conclusiones.....	89 - 90
Recomendaciones.....	91 - 92
Bibliografía.....	93 - 95
Anexos.....	96 - 99



Introducción

Los y las adolescentes han constituido efectivamente un porcentaje significativo de la población activa de un país durante décadas, pero sólo en los últimos 10 años se recibe una mayor atención sobre sus necesidades y derechos.²⁰

La Planificación Familiar es una estrategia de bienestar familiar, es decir, que el poder posponer la llegada del primer hijo y poder decidir el número de hijos de acuerdo con un plan familiar, permite la oportunidad a la pareja de solidificar sus vínculos de unión y le ofrece a ambos miembros la oportunidad de mantener otros intereses profesionales, educativos, sociales y culturales que hacen la vida más plena al lograr un mejor progreso personal.^{17, 23}

La Planificación Familiar paso a conformar un derecho humano a partir de la conferencia mundial de población celebrada en Bucarest en 1974 la cual declara que: “Todas las parejas y los individuos poseen el derecho básico de decidir libre y responsablemente el número y el espaciamiento de sus hijos.”^{17, 23}

En Nicaragua las actividades de Planificación Familiar se iniciaron a finales de 1967 donde se hizo referencia sobre los aspectos de orientación e información de la misma.⁶

A nivel Nacional el programa de ayuda a la mujer, la niñez y la adolescencia PROFAMILIA realizó una encuesta durante 1992 -1993 la que muestra que los jóvenes de 15 y 19 años de edad tienen menor conocimiento de los métodos de planificación familiar con respecto a los demás grupos etáreos. A los quince años de edad el 25% de las adolescentes ya habían iniciado su vida sexual activa y entre los 15 - 18 años el 85% restante, es decir que del total de las adolescentes encuestadas el 53 % habían iniciado una vida sexual activa antes de los 18 años y que de cada cuatro mujeres, una ya había tenido un embarazo.^{13, 14,15}



Existen a nivel local estudios que persiguieron explorar el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas de Planificación Familiar; en uno de ellos donde se estudiaron 51 adolescentes en el Servicio de Obstetricia del HEODRA de noviembre de 1997 a enero de 1998 se encontró que el 88% de ellas desconocían el uso correcto de los anticonceptivos, el 49% nunca recibió información sobre Planificación Familiar y el 75% nunca había usado anticonceptivos. También se encontró que las jóvenes poseen adecuadas fuentes de información (padres, colegios), pero tienen conocimientos incorrectos, incompletos y sin base científica.²⁰

Dado a que la población de Nicaragua en el 2006 está constituida por una población de 5,4 millones y una tasa anual de crecimiento demográfico de un 2,7%; un 53% de la población tiene menos de 18 años, de estos el 26 % se encuentran embarazadas y el 22 % de la morbilidad materna de todo el país es aportada por estas jóvenes adolescentes embarazadas según el Resumen Oficial del Informe sobre el Estado Mundial de la Infancia 2006, refiriendo también que los embarazos de las adolescentes representan uno de cada cuatro nacimientos en el plano nacional, nace la relevancia e importancia de realizar estudios que brinden información acerca de los conocimientos y usos de los métodos de planificación familiar que poseen las adolescentes. Es por ello que se ha abordado este tema en el presente estudio ya que se espera que los resultados que se obtengan sirvan para orientar diseños de intervenciones que logren incidir en un aumento de la cobertura y uso de los métodos de planificación familiar en este grupo etáreo, además reducir toda la problemática señalada por el embarazo en las adolescentes.¹⁶



Planteamiento del problema:

¿Cuáles son los conocimientos, uso y planes futuros de Planificación Familiar de las adolescentes en puerperio inmediato en el Hospital de León HEODRA durante los meses de noviembre y diciembre del 2006?



Objetivos

Objetivo general:

Analizar los conocimientos, uso y planes futuros de los métodos de Planificación Familiar en las adolescentes en el puerperio inmediato que acudieron a la Sala de Maternidad del HEODRA-León, noviembre y diciembre del 2006.

Objetivos específicos:

1. Describir las características sociodemográficas: edad, procedencia, estado civil, escolaridad y religión de las adolescentes.
2. Identificar los conocimientos de las adolescentes sobre métodos de Planificación Familiar en general, métodos específicos, fuentes de información y abastecimiento de los mismos.
3. Mencionar qué métodos anticonceptivos utilizaron las adolescentes antes del embarazo.
4. Detectar planes futuros de planificación familiar con el uso de anticonceptivos por las adolescentes.



Marco Teórico

El concepto de adolescencia, según la Organización Mundial de la Salud es la población comprendida entre los 10 y 19 años de edad. Dada la importancia de este grupo etéreo se puede decir que no es un proceso meramente biológico, sino también psicológico y social que asume características diferentes según las estructuras sociales y culturales de cada sociedad en particular.¹¹

Biológicamente se inicia con el proceso de maduración sexual (pubertad) y su finalización es sociológica, el adolescente pasa a ser adulto en el momento en que consigue su independencia económica del núcleo familiar.¹¹ Es un momento privilegiado, es el proceso de estructuración del sujeto en todas sus dimensiones, genera estilos de vida determinados por factores eminentemente culturales.⁸

Conocimientos de sexualidad:

En la sociedad la mayoría de las personas piensan que la sexualidad incluye solamente comportamiento sexual, sin embargo es mucho más que eso, incluye: identidad genérica, rol, actitudes, habilidades, orientación, conocimiento y valores sexuales.⁶

La sexualidad no aparece en la adolescencia, según algunos psicoanalistas existen manifestaciones de la misma en la vida intrauterina, continua su desarrollo en el período de la infancia, apareciendo en la adolescencia la necesidad de relación afectiva con otra persona.¹¹ Se desarrolla tanto a nivel fisiológico, psicológico y social, va conformando una parte tan esencial del ser humano como es el sentirse y manifestarse como hombre o mujer.⁷



Como todo saber es adquirida, se necesita la presencia del otro para transmitir conocimientos de manera directa e indirecta: sin la presencia del otro resultaría imposible saber sobre la ternura, los afectos y las caricias.¹²

Embarazo en la adolescencia:

El embarazo a cualquier edad es un evento biológico y social sumamente importante,⁴ pero en la adolescencia es una tragedia, dada la realidad del comportamiento sexual del adolescente.¹ La alta incidencia de embarazos en adolescentes obedece a la interacción de múltiples factores entre los cuales se pueden mencionar: el impulso sexual, la identidad sexual, pautas de comportamiento; modelos de comportamiento estereotipados tales como masculinidad y feminidad, antecedentes personales dentro de los cuales se mencionan violación y el uso inadecuado de los métodos anticonceptivos.

La edad apropiada para el embarazo es 20-30 años.¹⁰ La OPS (Organización Panamericana de la Salud), establece que las mujeres nicaragüense de 12 años de edad, como promedio ya han tenido su primera relación sexual siendo las más precoces de Centroamérica, relacionando esta situación a las elevadas tasas de morbilidad de las mujeres del país.⁹ Se han encontrado similares resultados en la encuesta realizada por PROFAMILIA 92-93 la que reveló que el 39.3% de las mujeres menores de 20 años de edad han tenido relaciones sexuales.⁸

En el estudio realizado en la ciudad de León 1996 se encontró que a los 15 años de edad, el 25% de los muchachos y muchachas ya habían tenido su primera relación sexual. A los 18 años de edad el 85% de los muchachos y el 53% de las muchachas ya habían iniciado su vida sexual activa.¹³

Más de 2 millones de niños nacen anualmente en América Latina y el Caribe en mujeres menores de 20 años de edad. Hoy en día los embarazos en la adolescencia constituyen el mayor porcentaje de todos los embarazos. En América Latina, el 15% de las mujeres ya habían dado a luz a los 18% y el 50% cuando tenían 20 años de



edad, el 39% de embarazos ocurre en muchachas de 17 años de edad o menores.¹ Estudio realizado en León muestra que a los 17 años de edad, una de cada cuatro adolescentes habían tenido un embarazo; el tiempo promedio entre las primeras relaciones sexuales y el fin de su primer embarazo fue de 22 meses lo cual indica un acceso muy limitado a anticonceptivos lo mismo que a consejería.¹³

Lo más frecuente es que el embarazo en una adolescente sea un embarazo no deseado y los problemas que como pareja afrontan se intensifican, no han llegado a ser adultos e independientes, no sólo interfiere en el desarrollo integral sino que también son una carga para la sociedad.¹ Cuando una adolescente descubre que está embarazada se enfrenta a una situación muy severa. ha de afrontar a sus padres, a sus amigos, a su medio escolar y a la sociedad; deberá pensar en relación con su compañero que con frecuencia y sobre todo si es de su misma edad, tenderá a aludir toda responsabilidad; dicho embarazo abre el proceso de confrontación entre sus deseos, sus valores y sus propias capacidades.⁴ Encuesta de PROFAMILIA 92-93 reporta que el 52.4% de las adolescentes no deseaban embarazarse, 26.2% estaban embarazadas y 20.9% deseaban embarazarse.⁸

A nivel mundial el embarazo es la principal causa de muerte entre las mujeres de 15 y 19 años de edad. En la mayoría de los países latinoamericanos y el Caribe, la maternidad y el aborto están clasificados entre las primeras causas de muerte en las mujeres adolescentes.¹

Las consecuencias del embarazo y la crianza durante la adolescencia se relacionan con aspectos no sólo de salud, sino también psicológico, socioeconómico y demográfico y sus efectos pueden verse en la joven madre y su hijo, el padre adolescente, las familias de ambos y desde luego en la sociedad.

Las principales complicaciones de salud en los adolescentes son: Toxemia del embarazo, parto prematuro, anemia, desproporción céfalo-pélvica, distocias mecánicas y dinámicas, parto prolongado y difícil, aborto provocado y sus complicaciones, muerte materna y perinatal, aumento de la mortalidad infantil.⁴



Los riesgos sociales y psicológicos negativos del embarazo en adolescentes pueden ser mayores que los biológicos. La falta de recursos económicos y el rechazo social los puede llevar a la prostitución y alcoholismo: abandono, descuido, maltrato al menor y en el desarrollo emocional del niño. La alta tasa de mortalidad materna en Nicaragua tiene íntima relación con la distorsionada educación sexual.⁴

Planificación familiar:

La planificación familiar permite a las parejas decidir por sí mismas el número y el momento oportuno de tener los hijos/as. Requiere que las personas tengan oportunidad para reflexionar adecuadamente sobre el significado de los hijos.⁵

Los jóvenes deben tener conciencia de la importancia de la planificación familiar, verla como un derecho humano, una forma de salvar vidas, una estrategia de bienestar de la familia y como una condición para el desarrollo socioeconómico.⁵

Clasificación de los métodos anticonceptivos:

1. Métodos anticonceptivos femeninos

A. Métodos temporales.

- a. Métodos naturales.
- b. Métodos de barrera.
- c. Métodos mecánicos.
- d. Métodos hormonales.

B. Métodos permanentes: Oclusión tubo ovárica.

2. Métodos anticonceptivos masculinos

A. Métodos temporales.



- a. Método natural (abstinencia).
- b. Coitus interruptus.
- c. Método de barrera.
- d. Métodos hormonales.

B. Métodos permanentes: Vasectomía.

3. Anticonceptivos en situaciones especiales

- a. Anticoncepción en la adolescencia.
- b. Anticoncepción en la perimenopausia.
- c. Anticoncepción en post parto, post aborto, transcesárea.
- d. Anticoncepción de emergencia.

Para la escogencia del método anticonceptivo en la adolescencia se establecen principios que son básico:

1. El uso de un método por un miembro de la pareja no invalida el uso de otro método por el otro miembro de manera simultánea.
2. El uso de un método no invalida el uso de otro método simultáneamente por uno o ambos miembros de la pareja, sobretodo cuando se trata del uso de los métodos naturales combinados con los de barrera, físicos y químicos o de estos dos con los hormonales y dispositivos intrauterinos.
3. En la adolescencia se deberá recomendar el uso de métodos de barrera en todas las relaciones coitales sobre todo si son esporádicas y con diferentes parejas.

Para escoger un método hay que basarse en las siguientes características del adolescente:



- ❖ Vida sexual activa, esporádica o frecuente.
- ❖ Cambios frecuentes de pareja sexual o varias parejas sexuales simultáneas.
- ❖ Fertilidad no probada.
- ❖ Paridad.
- ❖ Eventuales problemas legales por la edad sobre todo en menores de 15 años.

En base a las características señaladas podemos agrupar a los adolescentes en:

Grupo I: Adolescentes, varón o mujer sin antecedentes de actividad sexual.

Grupo II: Adolescentes con inicio de vida sexual.

- a. Adolescente mujer sin hijos.
- b. Adolescente varón sin hijos.

Grupo III: Adolescente mujer o varón con hijo(a)

La selección del método para cada grupo se orientará de la siguiente forma y siguiendo el orden establecido.

Grupo I:

En las adolescentes mujeres:

- ❖ Realizar su historia clínica obteniendo la fecha de su última menstruación e información sobre el día probable del inicio de su actividad sexual.
- ❖ Primera opción: Píldoras que contienen sólo progestágenos.
- ❖ Segunda opción: Píldoras combinadas con contenido bajo de estrógeno.



En ambos casos se prescribirán por lo menos desde un mes antes de la fecha de iniciación de la actividad sexual y se aconsejará reforzarlas con métodos naturales y de barrera en el varón.

Para los adolescentes varones:

- ❖ Primera opción: Método de barrera.

Grupo II:

Adolescentes mujeres sin hijos:

a) Porque nunca ha estado embarazada:

- ❖ Primera opción: Píldoras que contienen sólo progestágenos.
- ❖ Segunda opción: píldoras combinadas con contenido bajo de estrógeno.

En ambos casos se aconsejará reforzar estos métodos con:

- ❖ Métodos de barrera, físicos y químicos, en casos de actividad sexual esporádica o múltiples compañeros sexuales.
- ❖ Métodos naturales.

b) Porque tuvo un aborto o un parto con hijo fallecido:

- ❖ Primera opción: Píldoras que contienen sólo progestágenos.
- ❖ Segunda opción: píldoras combinadas con contenido bajo de estrógeno.
- ❖ Tercera opción: inyectables mensuales.



- ❖ Cuarta opción: insertar DIU postaborto sino tiene contraindicaciones para este procedimiento.

En todos los casos se aconsejará reforzar estas opciones con:

- ❖ Métodos de barrera, físicos y químicos, en casos de actividad sexual esporádica o múltiples compañeros sexuales.
- ❖ Métodos naturales.

Adolescente varón sin hijos:

- ❖ Primera opción: Métodos de barrera.
- ❖ Reforzados con métodos naturales.

Grupo III:

Adolescente mujer con hijo vivo.

- a) Período puerperal
 - ❖ Poner especial énfasis en la anticoncepción post parto, post aborto y transcesárea.
 - ❖ Recomendar siempre la lactancia.
- b) Período intergenésico.
 - ❖ De manera general aplicar los mismos criterios de selección que para la mujer adulta.

Adolescente varón con hijos.

- ❖ Primera opción: Métodos de barrera.
- ❖ Reforzados con métodos naturales.

Anticoncepción de emergencia:

A) Métodos hormonales:



- ❖ Solamente deberán proporcionarse dentro de las 72 horas después del coito sin protección. Una vez que ocurrió la anidación endometrial estos métodos son ineficaces.
- ❖ No deberán administrarse si la mujer ya está embarazada.
- ❖ El índice de fallas es de uno en 500 a uno en 1000.
- ❖ Aproximadamente la mitad de las mujeres experimentarán náuseas, en caso de que ocurran vómitos en el plazo de una hora de administradas las píldoras será necesario repetir la dosis, aconsejándose el uso de antiemético.
- ❖ El sangrado uterino irregular y la sensibilidad en las mamas también son comunes.

Esquemas:

Hormonales orales combinados:

1. Etinil estradiol 100 mcg/500 mcg de Levonorgestrel por vía oral, repitiendo la dosis 12 horas después. Ejemplo: Neogynon 2 tabletas de inicio seguido de otras 2 tabletas 12 horas más tarde.
2. Etinil estradiol 50 mcg/500 mcg de Norgestrol por vía oral, repitiendo la dosis 12 horas después. Ejemplo: Eugynon 1 tableta de inicio seguido de otra tableta 12 horas después.
3. Etinil estradiol 30 mcg/150 mcg de Levonorgestrel; 4 tabletas seguidas de otras 4 doce horas más tarde. Ejemplo: Microgynon 4 tabletas de inicio seguidas de otras 4 tabletas 12 horas después.



Estrógeno sólo:

Etinil estradiol 5 mcg vía oral una vez al día en una sólo dosis por 5 días.

Progestágeno sólo:

Levonorgestrel 750 mcg vía oral, 2 dosis con 12 horas de intervalo.

Ejemplo: Microlut 300 mcg.

B) Dispositivos intrauterinos:

Conceptos generales:

- ❖ Puede lograrse anticoncepción de emergencia mediante la inserción de DIU que libere cobre dentro de los días después de un contacto sexual sin protección.
- ❖ El DIU que libera cobre puede resultar particularmente útil cuando la mujer está considerando su uso para una anticoncepción a largo plazo y/o cuando la mujer ya no puede utilizar los métodos hormonales porque ya han transcurrido de 72 horas de la exposición.
- ❖ Se ha reportado este método como altamente eficaz con una tasa inferior al 1%.
- ❖ Al usar un DIU con fines de anticoncepción de emergencia, deben observarse las mismas contraindicaciones que rigen para su uso regular.

C) Métodos quirúrgicos:

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



Orientaciones del Gobierno de Nicaragua sobre el comportamiento reproductivo.

Dentro de la política nacional el gobierno plantea en relación a los aspectos reproductivos que los hijos serán una decisión de la pareja, es deber del estado ayudarle a tomar decisiones en este campo, es derecho de la pareja decidir de manera libre y responsable el número y espaciamiento de los hijos. Uno de sus objetivos es reducir significativamente la incidencia de embarazos en mujeres adolescentes solteras, además trata de desarrollar hombres y mujeres desde el comienzo de la adolescencia con capacidad de amar, de relacionarse con respeto mutuo y de ejercer la sexualidad con fidelidad y responsabilidad, reducir la frecuencia de embarazos no deseados, aumentar significativamente la participación de los hombres en la toma de decisiones reproductivas y en la práctica de la planificación familiar, con equidad de género y solidaridad en el ejercicio de una paternidad y maternidad responsable. Reducir significativamente el aborto inducido mediante la información, educación, comunicación y la prevención de embarazos no deseados.²

El gobierno mediante la democratización de la gestión que incluye la descentralización del sistema, la que se alcanzará mediante los sistemas locales de atención integral a la salud (SILAIS) con el objetivo de beneficiar a los sectores más desprotegidos que muestran la más alta mortalidad materna e infantil, alta fecundidad en general y en particular en adolescentes; mayor necesidad insatisfecha por educación, servicios de salud para la mujer y planificación familiar el que se lograra por medio del Programa de Atención Integral a la Mujer, siendo su objetivo al protección de la salud de las mujeres en edad fértil (15-49 años) para evitar los embarazos no deseados y la promoción de la maternidad sin riesgo que contempla tanto la prevención de los embarazos de alto riesgo reproductivo (embarazos precoces y tardíos, períodos intergenésicos cortos y multiparidad) como la atención a la madre durante el embarazo, parto y puerperio.



Las actividades para alcanzar estos dos objetivos, son también de la política nacional de población incluyen educación sexual integral como parte de educación de salud para la mujer y servicio de planificación familiar a nivel de puestos y centros de salud e incluso en los hospitales que ofrecen esterilización quirúrgica a solicitud de la mujer.²

El MINSA divulgó el Programa de Atención Integral en Salud a los/as adolescentes, que incluye la oferta de educación, información, consejería y servicios para la atención diferenciada de las y los adolescentes.

Actualmente el MINSA mediante sus unidades de salud está ofreciendo una atención más integral que trasciende a los problemas de salud reproductiva y se orienta la promoción de la autoestima y el autocuidado, la atención derivada de la violencia familiar, la educación sexual y la consejería en planificación familiar. Se dirige el grupo etáreo de 10 a 19 años de edad.³

En relación con las aspiraciones gubernamentales dirigidas al sector educativo, la política está dirigida hacia una adecuada educación sexual integral y para la vida familiar elevar la capacidad de los individuos y parejas para un ejercicio libre y responsable de la procreación. Trata de asegurar una educación integral a los jóvenes y adultos en el ejercicio de su libertad deberán ser informados sobre los medios existentes para evitar el embarazo no deseado y reducir el riesgo de contraer enfermedades sexualmente transmisibles.

Se proveerá una activa participación de la población en general y de los padres y madres de los educandos en particular, en las actividades de educación sexual integral y para la vida familiar, en igual sentido para los y las adolescentes fuera del sistema educativo.²

Actualmente el Ministerio de Educación imparte clases de educación sexual a los estudiantes de secundaria de manera somera e inmersa en otras tales como la prevención de enfermedades de transmisión sexual, uso de drogas, etc.



Resumen de Métodos Anticonceptivos Apropriados para Adolescentes

Método	Resumen
Abstinencia	<ul style="list-style-type: none">▪ Debe discutirse como una opción, tanto aún no han iniciado su vida sexual como para quienes ya lo han hecho.
Condomes masculinos	<ul style="list-style-type: none">▪ Los condones masculinos claramente son la primera opción entre los adolescentes sexualmente activos que no tienen una relación monógama.▪ Los condones ayudan a proteger de las ITS además del embarazo.
Métodos de Barrera Femeninos	<ul style="list-style-type: none">▪ Los métodos de barrera femeninos, incluidos los condones femeninos y los diafragmas, pueden ser opciones apropiadas para algunas adolescentes.▪ Los condones femeninos protegen contra algunas ITS además del embarazo.▪ El uso correcto y sistemático puede presentar problemas para los adolescentes. Los métodos de barrera requieren la capacidad de planificar y negociar su uso con la pareja. La aceptación por parte de la pareja puede ser algo difícil de conseguir para algunas mujeres.
Espermicidas	<ul style="list-style-type: none">▪ Al ser usados solos, los espermicidas sólo tienen una eficacia moderada en la prevención del embarazo, aunque son mejor que no usar método alguno.▪ La abstinencia o el uso de un condón masculino de látex o de un condón femenino junto con un espermicida es la opción más segura de protección contra las ITS y el embarazo.▪ Se han demostrado que los espermicidas que contienen monoxynol-9 (N-9) aumentan el riesgo de infección por VIH al ser usados frecuentemente por mujeres en alto riesgo.



Anticonceptivos orales	<ul style="list-style-type: none">▪ Los anticonceptivos orales no protegen contra las ITS, pero son una opción popular entre los adolescentes de muchos países.▪ Es posible que el uso correcto y sistemático pueda ser difícil para algunas mujeres, especialmente al experimentar los efectos secundarios de las hormonas.
Anticonceptivos inyectables e implantes	<ul style="list-style-type: none">▪ Los anticonceptivos inyectables y los implantes no protegen contra las ITS pero ofrecen algunas ventajas para las jóvenes, como su conveniencia (en comparación con los regímenes de píldoras diarias) y su confidencialidad.▪ Se debe brindar consejería a las mujeres jóvenes sobre posibles efectos secundarios como trastornos menstruales y aumento de peso.▪ Para las pacientes menores de 18 años, existen inquietudes teóricas sobre los efectos de los anticonceptivos sólo de progestina en el desarrollo de masa ósea, aunque la OMS por lo general considera aceptable el uso de estos métodos.▪ Se debe advertir a aquellos adolescentes que escogen anticonceptivos hormonales que adicionalmente deben usar condones para proteger contra las ITS.
Coito interrumpido	<ul style="list-style-type: none">▪ El coito interrumpido no protege contra las ITS.▪ El coito interrumpido puede ser el único método disponible en algunas circunstancias, y los adolescentes, hombres y mujeres, deben comprender como funciona.

Método Postcoital

Píldoras anticonceptivas de emergencia (PAE)	<ul style="list-style-type: none">▪ Las PAE no protegen contra las ITS, pero son un importante método que debe estar disponible para los adolescentes, ya que pueden tomarse dentro de las primeras 120 horas a partir de la relación sexual sin protección.▪ Las PAE son un importante método que los adolescentes deben conocer. Los adolescentes por lo general no planifican
--	---



	sus relaciones sexuales, y tienen dificultad para usar condones u otros métodos anticonceptivos.
--	--

Métodos Anticonceptivos.

Abstinencia.

Abstinencia significa no tener relaciones sexuales.

Uso por parte de los jóvenes

Las relaciones sexuales presentan riesgos físicos y emocionales. La abstinencia es una muy buena manera de posponer tales riesgos hasta que las mujeres y los hombres sean lo suficientemente maduros para manejarlos. Las mujeres que posponen las relaciones sexuales por vía vaginal hasta que tienen más de 20 años obtienen ciertas ventajas para la salud. Tienen una menor probabilidad de sufrir ITS, infertilidad y cáncer cervical que las mujeres más jóvenes que tienen relaciones sexuales por vía vaginal. Además, ambos miembros de la pareja deben aceptar la abstinencia. A menudo, un miembro de la pareja puede sentirse presionado por el otro para tener relaciones sexuales incluso si él/ella desea abstenerse. Si una pareja abandona la abstinencia, es importante que se protejan contra el embarazo o las ITS.

Condomes Masculinos

El condón es una delgada funda que se pone sobre el pene erecto cuando una pareja tiene relaciones sexuales. Se puede usar jalea anticonceptiva o espuma anticonceptiva con el condón para mayor protección contra el embarazo. Este es un económico método anticonceptivo que protege contra las ITS y el embarazo. **Los condones masculinos son la primera opción recomendada para adolescentes sexualmente activos y ofrecen la mejor protección combinada contra las ITS (gonorrea, sífilis, clamidia, trichomoniasis, VIH) y el embarazo.**



Uso por parte de los jóvenes

Los condones ayudan a proteger contra las ITS y el embarazo, lo que es importante tanto para los jóvenes casados como para los solteros. A veces las personas creen estar en una relación monógama cuando en realidad es posible que esto no sea así. El uso de condones ayuda a prevenir las consecuencias de las relaciones sexuales sin protección. Se debe usar condones de látex o de poliuretano. No se debe usar lubricantes con base de aceite con los condones debido a que debilitan el condón y causan su rompimiento.

Resumen de las características de los condones

Eficacia	La tasa de fallos durante el primer año de uso típico es del 3% al 14%. Al ser usados de manera correcta y sistemática, la tasa de fallos durante el primer año es del 3%.
Limite de edad	Ninguno.
Mecanismo de acción	Evita que el semen entre en contacto con el tracto reproductivo femenino.
Efecto sobre el riesgo de ITS	Protege contra las ITS, incluido el VIH.
Contraindicaciones	Ninguna.
Duración de uso	La mayoría de las parejas pueden usar condones de manera segura durante su edad reproductiva (si se sienten satisfechas con el método y no tienen problemas con éste).
Efectos secundarios	La mayoría de los hombres y las mujeres no experimentan efectos secundarios. Algunos hombres o mujeres pueden tener reacción alérgica al látex. En caso de presentarse picazón, ardor o inflamación, el cliente debe regresar a la farmacia a discutir sobre el uso de otro método.



Retorno de la fertilidad	Inmediatamente después de la discontinuación.
--------------------------	---

Nota:

Ocasionalmente, un condón puede romperse o deslizarse durante la relación sexual. Si esto ocurre, ambos miembros de la pareja deben evaluar su riesgo de adquirir ITS y buscar consejería o tratamiento según sea necesario. En caso de que esté disponible, es posible que las mujeres quieran también considerar el uso de anticonceptivo de emergencia para prevenir el embarazo. El personal de las farmacias debe estar preparado para abordar las inquietudes de los clientes en cuanto a las relaciones sexuales sin protección.

Condomes Femeninos

El condón femenino es una funda holgada y suave de poliuretano con anillos flexibles en sus extremos. Se inserta dentro de la vagina como un diafragma. La funda tiene un anillo en su extremo externo abierto del dispositivo y permanece fuera de la vagina tras la inserción. La funda está cubierta en su interior con un lubricante en base a silicona; se suele proveer lubricante adicional para el exterior con el dispositivo.

Uso por parte de los jóvenes

El condón femenino ayuda a proteger contra las ITS y el embarazo y también da a la mujer más control sobre su propia protección. No obstante, su uso correcto y sistemático puede presentar problemas para los adolescentes. Los métodos de barrera requieren planificar y negociar su uso con la pareja, y es posible que para algunas jóvenes sea difícil obtener la aceptación por parte de su pareja.



Resumen de las Características de los Condones Femeninos

Eficacia	La tasa de fallos durante el primer año de uso típico es del 21%. Si usado de manera correcta y sistemática, la tasa de fallos durante el primer año es del 3%.
Limite de edad	Ninguno.
Mecanismo de Acción	El condón femenino provee una barrera física que recubre completamente la vagina y protege parcialmente el perineo. Evita el contacto del pene con la mucosa vaginal y el cuello uterino. El condón femenino recoge el semen antes, durante y después de la eyaculación.
Efecto sobre el riesgo de ITS	Protege contra las ITS, incluido el VIH.
Contraindicaciones	Ninguna.
Duración de uso	La mayoría de las parejas puede usar condones femeninos de manera segura durante toda su edad reproductiva (si se sienten satisfechos con el método y no tienen problemas con éste).
Efectos secundarios	Los efectos secundarios son poco comunes con el uso del condón femenino. Los problemas más comunes pueden ser la irritación de la piel o posible molestia en la vagina o el pene; el anillo externo puede irritar la vulva, mientras que el anillo interno puede irritar el pene. La alergia al poliuretano es otro posible efecto secundario.
Retorno de la fertilidad	Inmediatamente después de la discontinuación.

Diafragmas y Capuchones Cervicales

El diafragma es una cúpula de látex de poca profundidad con un borde de flexible y el **capuchón cervical** es una cúpula de látex en forma de dedal con un borde



redondo y firme. Tanto el diafragma como el capuchón cervical deben ser usados por personal médico.

Uso por parte de los jóvenes

Los métodos de barrera femeninos pueden ser opciones apropiadas para algunos adolescentes.

No obstante, el uso correcto y sistemático puede presentar problemas. Los métodos de barrera requieren planificar y negociar su uso con la pareja. Es posible que para algunas jóvenes sea difícil obtener la aceptación por parte de la pareja.

Resumen de las Características de los Diafragmas y Capuchones Cervicales

Eficacia	La tasa de fallos durante el primer año de uso típico para el diafragma (al ser usado con espermicida) es del 20%. Al ser usado de manera correcta y sistemática, la tasa de fallos durante el primer año es del 5%. En el caso del capuchón cervical, las tasas de fallos durante el primer año de uso típico son del 20% para las mujeres que no han tenido hijos y del 40% para las mujeres que han tenido hijos. Al ser usadas de manera correcta y sistemática, la tasa de fallos durante el primer año es del 9% para las mujeres que no han tenido hijos y el 26 % para las mujeres que sí han tenido hijos.
Limite de edad	Ninguno.
Limitaciones de Paridad	Sin restricciones para su uso. No obstante, las mujeres que han tenido hijos pueden experimentar mayores tasas de embarazo con el capuchón cervical.
Mecanismo de Acción	Crea una barrera física que bloquea el paso del semen al útero y las trompas de Falopio; la eficacia del diafragma y del capuchón cervical aumenta mediante el uso de un espermicida.



Efecto sobre el riesgo de ITS	No Protege contra las ITS.
Indicaciones y Contraindicaciones	La mayoría de las mujeres pueden usar diafragmas y capuchones cervicales. Es posible que a las mujeres que no se sienten cómodas al tocar sus genitales no les guste el diafragma o el capuchón cervical. No se recomienda ninguno de estos métodos para mujeres que tengan antecedentes de síndrome de shock tóxico o infecciones urinarias recurrentes.
Duración de uso	Usado cerca del momento de la relación sexual o al producirse ésta. Se debe dejar el diafragma o el capuchón cervical en su lugar por al menos seis horas después de la relación sexual. Apropiado para el uso tanto a corto como a largo plazo; las mujeres pueden usar anticonceptivos de barrera durante toda su edad reproductiva (si la mujer se siente satisfecha con el método y no tiene problemas con éste).
Efectos secundarios	La mayoría de las mujeres no presentan efectos secundarios. No obstante, algunas mujeres tienen tendencias a desarrollar frecuentes infecciones de vejiga con el diafragma. Ocasionalmente se presenta una leve irritación o reacciones alérgicas al látex, crema o jalea.
Retorno de la fertilidad	Inmediatamente después de la discontinuación.

Dispositivos intrauterinos

Los **dispositivos intrauterinos** (DIU) son dispositivos pequeños y flexibles hechos de metal y/o plástico que previenen el embarazo al ser insertados en el útero a través de la vagina. Los DIU más usados son aquellos que contienen cobre. Los DIU inertes (sin medicación) y aquellos que liberan progestina (levonorgestrel o progesterona) no



se encuentran ampliamente. Los DIU son un método seguro y eficaz de anticoncepción reversible y de largo plazo para la mayoría de las mujeres. No afectan la lactancia, no interfieren con las relaciones sexuales, ni tienen efectos secundarios hormonales; sólo algunas condiciones de salud e infecciones ginecológicas y obstétricas restringen el uso del método.

Uso por parte de los jóvenes

“Los DIU no son recomendados para la mayoría de las mujeres jóvenes”

Los dispositivos intrauterinos por lo general no son recomendables para las mujeres jóvenes y que aún no hayan tenido hijos. A menos que ya haya tenido un hijo, el útero de una mujer joven podría ser demasiado pequeño para un DIU. Estos grupos tienen un mayor riesgo de expulsar el DIU y de presentar enfermedad pélvica inflamatoria (EPI). La edad por sí sola no es una contraindicación para el uso de DIU, pero estudios demográficos han revelado que en las mujeres menores de 25 años existe una mayor incidencia de estas complicaciones. Las usuarias de DIU que adquieren ciertas infecciones de transmisión sexual podrían desarrollar la enfermedad pélvica inflamatoria y podrían quedar infértiles. Las adolescentes se encuentran en muy alto riesgo de este tipo de infecciones. Los estilos de vida y la conducta sexual de las mujeres más jóvenes pueden exponerlas a un mayor riesgo de ITS que las mujeres mayores.

Resumen de las Características de los DIU

Eficacia	La tasa de fallos de los DIU de cobre es del 0.6% al 0.8% durante el primer año de uso típico. Para el DIU que libera levonorgestrel, la tasa de fallos es del 0.1% durante el primer año de uso típico.
Limite de edad	No existen restricciones para su uso en mujeres de 20 años o mayores.
Limitaciones de Paridad	No existen limitaciones. Las mujeres por lo general pueden usar un DIU si no presentan antecedentes de EPI, un embarazo ectópico previo o múltiples parejas sexuales (o una pareja que tenga otras parejas).



Mecanismo de Acción	Inhibe la migración espermática en el tracto genital superior femenino, inhibe el transporte del óvulo y estimula los cambios endometriales.
Efecto sobre el riesgo de ITS	No Protege contra las ITS.
Duración de uso	El dispositivo T de cobre 380A tiene una eficacia de 10 años, el DIU de cobre multi-load mantiene su eficacia por 5 años y el DIU que libera levonorgestrel es eficaz por al menos 5 años. La mayoría de las mujeres pueden usar un DIU de manera segura durante su edad reproductiva (si la mujer se siente satisfecha con el método y no tiene problemas con éste).
Retorno de la fertilidad	Inmediatamente después de su extracción.

Espermicidas

Los espermicidas son un método de barrera reversible para el control de la natalidad. Se encuentran disponibles en una serie de preparaciones anticonceptivas entre las que se encuentran: **cremas, películas, espumas, jaleas y supositorios**. Estos productos son insertados dentro de la vagina poco antes de tener relaciones sexuales. Algunos condones también vienen lubricantes con espermicidas.

Uso por parte de los jóvenes

Los espermicidas suelen usarse como un método temporal mientras se busca un método de largo plazo o por parejas que tienen relaciones sexuales con poca frecuencia. No obstante, si no son usados exactamente como se indica, es posible que estos productos no formen una buena barrera sobre el cuello uterino. **Al ser usados solos, los espermicidas brindan cierta eficacia anticonceptiva, pero funcionan mejor cuando son usados en conjunto con un método de barrera para prevenir el embarazo.** Además, los espermicidas no deben ser usados como



métodos para prevenir la transmisión del VIH o de otras ITS. Los condones masculinos o femeninos deben ser usados junto con espermicidas para proteger contra las ITS.

Resumen de las Características de los Espermicidas

Eficacia	La tasa de fallos durante el primer año de uso típico es del 6% al 26%. La eficacia mejora con el uso conjunto de espermicidas con los métodos de barrera, tales como condones, diafragmas o capuchones cervicales.
Límite de edad	Sin restricción de edad.
Mecanismo de Acción	Los espermicidas destruyen o inmovilizan el semen.
Efecto sobre el riesgo de ITS	Los espermicidas no protegen contra las ITS, incluido el VIH. Se debe usar condones para obtener protección contra las ITS.
Seguridad	La mayoría de los espermicidas contienen Nonoxynol-9 (N-9). Se ha demostrado que el N-9 aumenta el riesgo de adquirir el VIH al ser usado frecuentemente por mujeres en alto riesgo. No obstante, para las mujeres en bajo riesgo de VIH, los espermicidas que contienen N-9 son una forma de control de la natalidad moderadamente eficaz y controlada por la mujer. La OMS ya no recomienda los condones recubiertos con N-9; no obstante, en caso de ser el único tipo disponible, es mejor que ninguno.
Duración de uso	Se usa poco antes de la relación sexual o al producirse ésta; apropiado tanto para uso a corto como a largo plazo; las mujeres pueden usar los espermicidas durante su edad reproductiva (si la mujer se siente satisfecha con el método y no tiene problemas con éste).
Retorno de la Fertilidad	Inmediatamente después de la discontinuación.



Anticonceptivos Orales: Píldoras Anticonceptivos Orales Combinadas

Las píldoras anticonceptivos orles combinadas (AOC) son una serie de píldoras para un mes en que todos los días se toma una píldora. Los ingredientes activos son hormonas sintéticas similares a aquellas producidas por el cuerpo para regular el ciclo menstrual. Los AOC actuales contienen dosis bajas de estrógeno y progestina.

Uso por parte de los jóvenes

Los anticonceptivos orales son una opción popular entre los jóvenes en muchas regiones. El uso correcto y sistemático puede ser difícil para algunas jóvenes, especialmente al experimentar los efectos secundarios hormonales comunes. Según la Organización Mundial de la Salud, las inquietudes teóricas sobre el uso de AOC entre los adolescentes no han sido sustentadas por evidencia científica.

Resumen de las Características de los AOC

Eficacia	La tasa de fallos durante el primer año de uso típico es del 6% al 8%. Al ser usado de manera correcta y sistemática, la tasa de fallos es del 0.1% durante el primer año. IMPORTANTE: Las píldoras anticonceptivas funcionan mejor si se toman cada día a la misma hora. El embarazo puede presentarse si se comete un error al usar las píldoras (es decir, si se empieza a tomar las píldoras de manera tardía en el ciclo o si se olvida tomar dos o más píldoras seguidas.
Limite de edad	No existe restricciones para su uso desde la monarquía hasta los 40 años.
Mecanismo de Acción	El mecanismo principal inhibe la ovulación; los mecanismos secundarios engrosan el moco cervical y modifican el transporte espermático. No interrumpen un embarazo ya existente.



Seguridad	La mayoría de las mujeres puede tomar AOC de manera segura. Los problemas graves son muy pocos frecuentes.
Efecto sobre el riesgo de ITS	No Protege contra las ITS.
Contraindicaciones	Contraindicaciones absolutas: <ul style="list-style-type: none">▪ Lactancia (<6 semanas post parto)▪ Ictericia (hepatitis viral sintomática o cirrosis)▪ Actualmente con cardiopatía isquémica o ataque de apoplejía, o antecedentes de éstos.▪ Actualmente con trombosis venosa profunda/embolia pulmonar.▪ Enfermedad vascular.▪ Fumadora y 35 años de edad o mayor (≥ 15 cigarrillos/día).▪ Diabetes mellitus >20 años de duración.▪ Jaquecas y edad ≥ 35.▪ Presión arterial alta ($\geq 160/100$ mm/Hg).▪ Cáncer de mama.▪ Tumores hepáticos benignos o malignos. Contraindicaciones relativas: <ul style="list-style-type: none">▪ De 6 semanas a 6 meses post parto si está en lactancia.▪ <3 semanas de post parto incluso si no está en lactancia.▪ Presión arterial alta.▪ Múltiples factores de riesgo de enfermedad cardiovascular.▪ Antecedentes de cáncer de mama.▪ Problemas de vesícula sintomática.
Efectos secundarios	Efectos secundarios comunes: (No son graves, pero pueden resultar desagradables; suelen disminuir o desaparecer al cabo de algunos meses). <ul style="list-style-type: none">▪ Cambios sangrados irregulares o goteo (generalmente asociados a haber olvidado tomar algunas píldoras); amenorrea.▪ Efectos relacionados con el estrógeno-alta presión arterial, náuseas, mareos, vómitos, aumento del tamaño o



	<p>hipersensibilidad de las mamas.</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Depresión, cambios en el ánimo, disminución de la libido. <p>IMPORTANTE: Resulta muy útil entregar una buena consejería con respecto a posibles efectos secundarios y alentar a las clientas a continuar el uso durante los primeros tres meses. Si los efectos secundarios persisten, y la clienta no quiere continuar, ayúdela a escoger otro método anticonceptivo.</p>
Interacción con otros medicamentos	Algunos medicamentos anticonvulsivantes (barbitúricos, carbamazepina, fenitoína, primidona) y antibióticos (rifampicina y griseofulvina) pueden reducir el efecto anticonceptivo de los AOC.
Cuando comenzar	<ul style="list-style-type: none">▪ El mejor día para comenzar es el primer día del sangrado menstrual.▪ Cualquier de los 7 primeros días desde que comienza el sangrado menstrual, si está teniendo ciclos normales.▪ Las clientas pueden comenzar a tomar AOC hasta 7 días después del inicio del sangrado menstrual, pero deben evitar las relaciones sexuales o bien usar protección adicional durante los próximos 7 días. Debe estar segura de que no está embarazada.▪ Post aborto, inmediatamente o dentro de los 7 primeros días.▪ Posparto, después de tres semanas si no está amantando; después de 6 meses si está usando el MELA.
Duración de uso	La mayoría de las mujeres pueden usar los AOC de manera segura durante su vida reproductiva; no hay necesidad de una discontinuación periódica.
Retorno de la fertilidad	Inmediatamente o después de un breve período (en promedio 2-3 meses).



Píldoras Anticonceptivos Orales Sólo de Progestina

Las píldoras de progestina (PSP) son una serie de píldoras para un mes en que diariamente se toma una. Las PSP contienen cantidades muy pequeñas de progestina. No contienen estrógeno. Las PSP son el mejor anticonceptivo oral para las mujeres que amamantan

Uso por parte de los jóvenes

El uso correcto y sistemático puede resultar difícil para algunas jóvenes, especialmente al experimentar los efectos secundarios comunes de las hormonas. Para clientes menores de 18 años, existen inquietudes teóricas acerca de los efectos de los anticonceptivos sólo de progestina sobre el desarrollo de la masa ósea, aunque la OMS considera que el uso de PSP por lo general es aceptable.

Resumen de las Características de las PSP

Eficacia	Para mujeres que amamantan: la tasa de fallos durante el primer año de uso es del 1%. Para todas las mujeres: Al ser usadas de manera correcta y sistemática, la tasa de fallos es del 0.5% durante el primer año de uso. IMPORTANTE: Las píldoras anticonceptivas funcionan mejor si se toman aproximadamente a la misma hora cada día. Puede producirse un embarazo si se comete un error al usar las píldoras (por ejemplo, comenzar a tomarlas de manera tardía en el ciclo o si se olvida tomar dos o mas píldoras seguidas).
Límite de edad	No existen restricciones para su uso. Para mujeres menores de 18 años, existen inquietudes teóricas respecto del efecto de los anticonceptivos sólo de progestina en el desarrollo de la masa ósea, pero la OMS considera que en general las PSP son aceptables.



Mecanismo de Acción	El mecanismo principal engrosa el moco cervical, evitando así el paso del semen e inhibiendo la ovulación. No interrumpe un embarazo ya existente.
Seguridad	La mayoría de las mujeres pueden usar PSP de manera segura y eficaz.
Efecto sobre el riesgo de ITS	No Protege contra las ITS.
Contraindicaciones	Contraindicaciones absolutas: <ul style="list-style-type: none">▪ Actualmente con cáncer de mama. Contraindicaciones relativas: <ul style="list-style-type: none">▪ Lactancia (<6 semanas post parto).▪ Cirrosis grave.▪ Tumores hepáticos benignos o malignos.▪ Hepatitis viral activa.▪ Antecedentes de ataque de apoplejía o cáncer de mama.▪ Actualmente con cardiopatía isquémica o antecedentes de ésta.▪ Actualmente con trombosis venosa profunda/embolia pulmonar.

Efectos secundarios	(No son graves, pero pueden resultar desagradables; suelen disminuir o desaparecer al cabo de algunos meses). <ul style="list-style-type: none">▪ Cambios menstruales-sangrado irregular o goteo (sangrado prolongado o abundante; amenorrea).▪ Dolores de cabeza e hipersensibilidad de las mamas.
Interacción con otros medicamentos	Algunos medicamentos anticonvulsivantes (barbitúricos, carbamazepina, fenitoína, primidona) antibióticos (rifampicina y griseofulvina) pueden reducir el efecto anticonceptivo de las PSP.
Cuándo comenzar	<ul style="list-style-type: none">▪ El mejor día para comenzar es el primer día del sangrado menstrual▪ En cualquier momento en que la clienta esté razonablemente



	<p>segura de que no está embarazada.</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Post parto (si está amamantando):<ul style="list-style-type: none">- Al cabo de 6 meses si está usando el MELA.- Al cabo de 6 semanas si no está usando el MELA.▪ Post parto (si no está amamantando)-inmediatamente.▪ Post aborto inmediatamente.
Duración de uso	La mayoría de las mujeres pueden usar las PSP de manera segura durante su edad reproductiva; no hay necesidad de discontinuar su uso periódicamente.
Retorno de la fertilidad	Inmediatamente o después de un breve período.

Anticonceptivos inyectables e Implantes: Inyecciones Hormonales

Los anticonceptivos inyectables contienen drogas hormonales que entregan a las mujeres una protección anticonceptiva segura y altamente eficaz. Los anticonceptivos inyectables combinados (AIC) contienen tanto progestina como estrógenos y tienen una eficacia de un mes. Existen una serie de formulaciones combinadas. Las formulaciones más estudiadas son conocidas por sus nombres comerciales, Cyclofem y Mesigyna; ambos son inyectables mensuales.

Uso por parte de los jóvenes

Los inyectables no protegen de las ITS pero presentan ciertas ventajas para las mujeres jóvenes, con su conveniencia y confidencialidad. Se debe ofrecer consejería a las mujeres jóvenes sobre los posibles efectos secundarios. Según la OMS las inquietudes teóricas sobre el uso de AIC entre las adolescentes no han sido sustentadas por la evidencia científica.



Resumen de las Características de los Anticonceptivos Inyectables.

Eficacia	La tasa de fallos durante el primer año de uso es del 0.3%. Las inyecciones hormonales son uno de los métodos anticonceptivos reversibles más eficaces. Las tasas de embarazo pueden ser más altas entre las mujeres que no se pongan su inyección o que no la reciban a tiempo.
Limite de edad	No existen restricciones de uso desde la menarquía hasta los 40 años.
Mecanismo de acción	El mecanismo principal es la inhibición de la ovulación; el mecanismo secundario engrosa el moco cervical y modifica el transporte espermático. No se ha comprobado que se produzca algún daño para la mujer, su embarazo o el feto en caso de que los AIC sean usados accidentalmente durante el embarazo.
Seguridad	La mayoría de las mujeres pueden usar anticonceptivos inyectables de manera segura.
Efectos sobre riesgo de ITS	No protegen contra las ITS.

Contraindicaciones	Contraindicaciones absolutas: <ul style="list-style-type: none">▪ Lactancia (<6 semanas post parto).▪ Actualmente con trombosis venosa profunda/embolia pulmonar.▪ Múltiples factores de riesgo de enfermedad cardiovascular.▪ Enfermedad vascular.▪ Hepatitis viral activa.▪ Actualmente con cardiopatía isquémica o ataque de apoplejía, o antecedentes de éstos.▪ Trastorno de la coagulación.▪ Diabetes mellitus >20 años de duración.▪ Jaquecas y edad ≥35.
--------------------	---



	<ul style="list-style-type: none">▪ Presión arterial ($\geq 160/100$ mm/Hg).▪ Tener actualmente cáncer de mama.▪ Tumores hepáticos malignos. <p>Contraindicaciones relativas:</p> <ul style="list-style-type: none">▪ De 6 semanas a 6 meses post parto si está amamantando.▪ <3 semanas post parto incluso si no está amamantando.▪ Fumadora y 35 años edad o mayor (>15 cigarrillos diarios)▪ Presión arterial alta (140-159/90-99 mm/Hg).▪ Cirrosis grave.▪ Antecedentes de cáncer de mama.▪ Tumores benignos hepáticos.
Efectos secundarios	<p>La mayoría de las mujeres se adapta a los inyectables con pocos o ningún problema. No obstante, como ocurre con todos los medicamentos, es posible que ciertas mujeres presenten algunos efectos secundarios (no graves, pero que podrían resultar desagradables).</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Cambios menstruales.▪ Sangrado irregular o goteo (generalmente asociado a haber olvidado píldoras).▪ Amenorrea.▪ Efectos relacionados con el estrógeno.<ul style="list-style-type: none">- Presión arterial alta.- Náuseas/mareos/vómitos.- Aumento del tamaño o hipersensibilidad de las mamas (mastalgia).▪ Depresión (cambio de ánimo).
Cuándo comenzar	<ul style="list-style-type: none">▪ En cualquier momento en que la clienta esté razonablemente segura de que no está embarazada.▪ Días 1-7 de ciclo menstrual.▪ Post parto:



	<ul style="list-style-type: none">- Al cabo de 6 meses si está usando el MELA.- Al cabo de 3 semanas si no está amamantando.▪ Post aborto inmediatamente o dentro de los 7 primeros días.
Interacción con otros medicamentos	Algunos medicamentos anticonvulsivantes (barbitúricos, carbamazepina, fenitoína, primidona) y antibióticos (rifampicina y griseofulvina) pueden reducir el efecto anticonceptivo de los AIC.
Duración de uso	La mayoría de las mujeres pueden usar anticonceptivos inyectables de manera segura durante sus años reproductivos (si la mujer se siente satisfecha con el método y no tiene problemas con éste).
Retorno de la fertilidad	Dentro de 3 meses.

Inyección Sólo de Progestina

Los anticonceptivos inyectables contienen drogas hormonales que entregan a las mujeres una protección anticonceptiva segura y altamente eficaz. Las formulaciones sólo de progestina contienen una progestina y tienen una eficacia de 2 a 3 meses.

Entre los anticonceptivos inyectables sólo de progestina (AISP) se cuentan el DMPA (acetato de medroxiprogesterona), ampliamente conocido con el nombre de Depo-Provera, y el NET-EN (enantato de noretisterona). El DMPA es la formulación inyectable de mayor uso en el mundo. El DMPA debe inyectarse cada 3 meses. El NET-EN debe inyectarse cada 2 meses.

Uso por parte de los jóvenes

Los anticonceptivos inyectables no protegen de las ITS pero presentan algunas ventajas para las mujeres jóvenes, entre las que se cuentan la conveniencia y la confidencialidad. Se debe ofrecer consejería a las mujeres jóvenes sobre los posibles efectos secundarios. En el caso de clientas menores de 18 años, existen inquietudes teóricas acerca de los efectos de los anticonceptivos sólo de progestina sobre el



desarrollo de la masa ósea, aunque la Organización Mundial de la Salud considera que el uso de AISP es aceptable.

Resumen de las características de los AISP

Eficacia	La tasa de fallos durante el primer año de uso es del 0.3%. Las inyecciones hormonales son uno de los métodos anticonceptivos reversibles más eficaces. Las tasas de embarazo pueden ser más altas entre las mujeres que no se pongan su inyección o no la reciban a tiempo.
Limite de edad	No existen restricciones de edad. Para las mujeres menores de 18 años y mayores de 45 años, existen inquietudes teóricas respecto de los efectos hipo-estrogénico en particular debido al uso de DMPA.
Mecanismo de acción	Los anticonceptivos inyectables actúan principalmente engrosando el moco cervical, dificultando el transporte espermático y suprimiendo la ovulación. No interrumpen un embarazo ya existente.
Seguridad	La mayoría de las mujeres pueden usar anticonceptivos inyectables de manera segura.
Efectos sobre riesgo de ITS	No protegen contra las ITS.
Contraindicaciones	Contraindicaciones absolutas: <ul style="list-style-type: none">▪ Tener cáncer de mama actualmente. Contraindicaciones relativas: <ul style="list-style-type: none">▪ Lactancia (<6 semanas post parto).▪ Presión arterial alta $\geq 160/100$ mm/Hg.▪ Múltiples factores de riesgo de enfermedad cardiovascular.▪ Actualmente con trombosis venosa profunda/embolia pulmonar.▪ Enfermedad vascular.▪ Sangrado vaginal sin explicación.▪ Cirrosis grave.▪ Tumores hepáticos benignos o malignos.



	<ul style="list-style-type: none">▪ Hepatitis viral activa.▪ Antecedentes de ataque de apoplejía o cáncer de mama.▪ Antecedentes de diabetes de >20 años de duración.▪ Actualmente con cardiopatía isquémica o antecedentes de ésta.
Efectos secundarios	<p>La mayoría de las mujeres se adapta a los inyectables con pocos o ningún problema. No obstante, como ocurre con todos los medicamentos, es posible que ciertas mujeres presenten algunos efectos de la inyección. Es importante considerar que no hay manera de detener los efectos de la inyección. Algunos de los efectos secundarios más comunes (no son graves, pero podrían resultar desagradables) son:</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Cambios menstruales:<ul style="list-style-type: none">- Sangrado irregular o goteo (más común durante los primeros 6 a 12 meses).- Sangrado de prolongado o abundante (muy poco frecuente).- Amenorrea (muchas mujeres consideran esto un beneficio).▪ Aumento de peso, mareos y cambios de ánimo.▪ Aproximadamente la tercera parte de las usuarias discontinúa el método durante el primer año debido a los efectos secundarios; ¡es crucial ofrecer consejería y tranquilizar a las usuarias! <p>Más del 90% de las mujeres que usan el DMPA experimentan un sangrado menstrual irregular e impredecible o amenorrea durante su primer año de uso. Con un uso continuado del DMPA, el sangrado es cada vez menos frecuente y a la larga más del 60% de las usuarias del DMPA experimentan una amenorrea prolongada. El NET-EN perturba los patrones de sangrado en menor medida que el DMPA.</p>
Cuándo comenzar	<ul style="list-style-type: none">▪ Algunos medicamentos anticonvulsivantes (barbitúricos, carbamazepina, fenitoína, primidona) antibióticos (rifampicina, griseofulvina) puede reducir el efecto anticonceptivo de los AISP.



Duración de uso	La mayoría de las mujeres pueden usar anticonceptivos inyectables de manera segura durante su edad reproductiva (si la mujer se siente satisfecha con el método y no tiene problemas con éste).
Retorno de la fertilidad	Después de un periodo de 3 a 6 meses.

Implantes Hormonales

Los **implantes hormonales** son métodos anticonceptivos reversibles que deben ser indicados por médico. Los implantes anticonceptivos consisten en cápsulas que contienen hormonas que son insertadas bajo la piel de la parte superior del brazo de la mujer. El primer sistema de implantes anticonceptivos desarrollado fue el Norplant®, que consiste de 6 capsulas delgadas y flexibles hechas de silicona.

El médico anestesiara una pequeña área del brazo de la mujer y hará un pequeño corte. Las cápsulas serán insertadas bajo la piel del brazo que menos use. La inserción demora aproximadamente 10 minutos. El medico le recomendará realizar una visita de seguimiento dentro de los 3 primeros meses desde la inserción. Después de eso, lo mejor es tener visitas de seguimiento anuales. Debe asegurarse de decirle a todos los proveedores de salud que está usando implantes. El Norplant® debe extraerse después de 5 años porque deja de tener efecto.

Uso por parte de los jóvenes

Los implantes no protegen de las ITS pero presentan algunas ventajas para las mujeres jóvenes, entre las que se cuentan su conveniencia y confidencialidad.

Es posible que resulten apropiados para las jóvenes casadas que deseen espaciar el nacimiento de sus hijos. Se debe brindar consejería a las mujeres sobre los posibles efectos secundarios. Tres estudios sobre el uso del Norplant, uno en adolescentes y



dos en mujeres adultas, no revelaron disminución alguna en la densidad ósea con un uso a largo plazo en comparación con aquellas mujeres que no usaban Norplant⁶.

Resumen de las Características de los Implantes Hormonales

Eficacia	La tasa de fallos durante el primer año de uso para los implantes de cápsulas blandas es del 0.1%.
Limite de edad	No existen restricciones de edad para su uso.
Mecanismo de acción	Principalmente engrosa el moco cervical e inhibe la ovulación.
Seguridad	En general, la mayoría de las mujeres pueden usar implantes de manera segura.
Efecto sobre el riesgo de ITS	No protege contra las ITS.
Contraindicaciones	Contraindicaciones absolutas: <ul style="list-style-type: none">▪ Actualmente con cáncer de mama. Contra indicaciones relativas: <ul style="list-style-type: none">▪ Lactancia <6 semanas post parto.▪ Actualmente con trombosis venosa profunda/embolia pulmonar.▪ Sangrado vaginal sin explicación.▪ Cirrosis grave.▪ Tumores hepáticos benignos o malignos.▪ Hepatitis viral activa.▪ Antecedentes de ataque de apoplejía o cáncer de mama.▪ Actualmente con cardiopatía isquémica o antecedentes de esta.



Efectos secundarios	<ul style="list-style-type: none">▪ Cambios en el sangrado menstrual: (normal; suele volverse más regular después de 9 a 12 meses):<ul style="list-style-type: none">- Leve goteo o sangrado entre periodos mensuales.- Sangrado prolongado (poco común, suele disminuir después de los primeros mese).- Amenorrea (algunas mujeres lo consideran una ventaja).▪ Algunas mujeres presentan otros efectos secundarios. Estos pueden ser:<ul style="list-style-type: none">- Dolores de cabeza/ náusea/ mareos/ estado nervioso.- Aumento del tamaño de los ovarios o de quistes ováricos.- Cambios en el apetito-aumento o baja de peso.- Hipersensibilidad de las mamas y/o flujo.- Acne prurito.- Aumento o disminución del bello facial.
Cuándo comenzar	<ul style="list-style-type: none">▪ Días 1 a 7 del ciclo menstrual.▪ En cualquier momento durante el ciclo menstrual en que la mujer este razonablemente segura de que nos este embarazada.



	<ul style="list-style-type: none">▪ Post parto:<ul style="list-style-type: none">- Inmediatamente si nos está amamantando.- Al cabo de 6 semanas si está amamantando con lactancia parcial o al cabo de seis mese si está en lactancia exclusiva.▪ Post aborto inmediatamente o dentro de los 7 primeros días.
Interacción con otros medicamentos	Algunos medicamentos anticonvulsivantes (barbitúricos, carbamazepina, fenitoína, primidona) y antibióticos (rifampicina y griseofulvina) pueden reducir el efecto anticonceptivo de los implantes.
Duración de uso	Los implantes Norplant son eficaces por 5 años. La mayoría de las mujeres pueden usar los implantes de manera segura durante su edad reproductiva (si la mujer se siente satisfecha con el método y no tiene problemas con éste).
Retorno de la fertilidad	Inmediatamente después de su extracción.



Coito Interrumpido

El coito interrumpido o retiro requiere que un hombre retire el pene de la vagina de su pareja antes de eyacular. El coito interrumpido ha sido usado como un método anticonceptivo por siglos y puede resultar eficaz para prevenir el embarazo cuando los clientes están motivados y son capaces de practicarlo de manera correcta y sistemática durante cada relación sexual, es decir, con uso perfecto. No existen condiciones médicas que restrinjan la idoneidad de un cliente para usar el coito interrumpido. No afecta la lactancia, no tiene efectos secundarios hormonales y puede usarse como respaldo a otros métodos.

Uso por parte de los jóvenes

El coito interrumpido no protege contra las ITS pero es posible que para algunos adolescentes, tanto hombres como mujeres deben saber como funciona.

Resumen de las características del Coito Interrumpido

Eficacia	La tasa de fallos durante el primer año de uso típico es del 4% al 19%.
Limite de edad	Sin restricciones.
Mecanismo de acción	Evita que el semen entre en la vagina.
Efecto sobre el riesgo de las ITS	No protege contra las ITS.
Duración de uso	La mayoría de los pueden usar el coito interrumpido de manera segura durante su edad reproductiva (si se sienten satisfechos con el método y no tiene problemas con éste).



Retorno de la fertilidad	Inmediatamente después de su discontinuación.
---------------------------------	---

Píldoras Anticonceptivas de Emergencia

Las Píldoras Anticonceptivas de Emergencia (PAE) son una forma de anticoncepción que las mujeres puede usar para prevenir un embarazo **después** de tener relaciones sexuales (por ejemplo, cuando el método anticonceptivo falla o cuando se ha tenido relaciones sexuales sin protección). Las PAE son eficaces si son usadas dentro de las primeras 72 horas (3 días) desde la relación sexual sin protección, pero pueden ser usadas hasta 5 días después. Existen dos tipos de PAE-un régimen solo de progestina y un régimen combinado de estrógeno/progestina. El régimen de progestina es más eficaz y tiene menos efectos secundarios que el régimen combinado. En algunos países, las PAE se encuentran disponibles como productos delicados no obstante, también se puede usar píldoras anticonceptivas normales como anticoncepción de emergencia.

Uso por parte de los jóvenes

Las PAE no protegen de las ITS, pero un importante método que debe estar disponible para los adolescentes, ya que pueden tomarse después de una relación sexual sin protección. Resulta muy poco probable que los adolescentes planifiquen sus relaciones sexuales y es posible que tengan dificultades para usar condones u otros métodos.

Resumen de las Características de las PAE

Eficiencia	La tasa de fallos de las PAE varía desde aproximadamente el 26% al 15%, dependiendo del régimen usado y de cuando se inicia el tratamiento. (Nota: esta tasa de fallos no puede
-------------------	---



	compararse directamente a las tasas de fallos anuales de otros métodos debido a que este método es de uso único).
Limite de edad	No existen restricciones para su uso.
Mecanismo de acción	Principalmente inhibe la evolución; el tratamiento también puede provocar cambios en el endometrio.
Efectos sobre el riesgo de ITS	No protege contra las ITS.
Interacción con otros medicamentos	No se conocen interacciones; debido a la breve duración del tratamiento es poco probable que las interacciones con otros medicamentos que afectan el uso de AOC afecten también el uso de PAE.
Duración de uso	Diseñada para un uso ocasional “de emergencia”; otros métodos usados en forma correcta y sistemática ofrecen una protección anticonceptiva continua.
Retorno de la fertilidad	Inmediatamente; por lo tanto, es fundamental que las mujeres comiencen a usar otra forma de anticoncepción depuse de su uso.

Métodos Basados en el Conocimiento de la Fertilidad

Los Métodos Basados en el Conocimiento de la Fertilidad (MBCF), requieren que una mujer registre su ciclo menstrual para detectar ciertas señales físicas que le ayuden a identificar los días “inseguros” (días en los cuales tiene más probabilidades



de quedar embarazada). Debe abstenerse de tener relaciones sexuales (abstinencia periódica) o usar condones durante 9 o más días “inseguros”. Entre los MBCF se incluyen:

- * Tomarse la temperatura diariamente.
- * Revisar diariamente su moco cervical.
- * Registrar los ciclos menstruales en un calendario.

Uso por parte de los jóvenes

Los MBCF no son recomendables entre los jóvenes porque:

- * Estos métodos funcionan mejor en las mujeres con períodos muy regulares. Las mujeres jóvenes suelen tener períodos irregulares.
- * Las mujeres jóvenes se encuentran en mayor riesgo de ITS y de enfermedad pélvica inflamatoria. El uso de MBCF no protege contra las infecciones.
- * Es posible que sus parejas no quieran cooperar en el uso de este método.
- * La relación de una mujer joven puede no ser tan estable o comprometida como para desarrollar la confianza y cooperación necesarias para un uso eficaz del método.

Resumen de las Características de los MBCF

Eficiencia	La tasa de fallos durante el primer año del uso es del 1% al 20%. La tasa de fallos depende de la capacidad de una mujer de identificar el período fértil de cada ciclo menstrual y de la motivación y disciplina de la pareja de practicar la abstinencia cuando sea necesario.
Limite de edad	No existen restricciones de edad, pero generalmente no es recomendable para adolescentes.



Mecanismo de acción	Ayuda al cliente a prevenir el embarazo evitando las relaciones sexuales sin protección durante el período fértil del ciclo menstrual de la mujer.
Efectos sobre el riesgo de ITS	No protege contra las ITS.
Duración de uso	La mayoría de las mujeres pueden usar MBCF de manera segura durante su edad reproductiva (si se sienten satisfechos con el método y no tiene problemas con éste).
Retorno de la fertilidad	Inmediatamente después de la discontinuación.

Método de Amenorrea de la Lactancia

El **Método de Amenorrea de la Lactancia (MELA)** es un método de planificación familiar para las mujeres que estén amamantando, y que brinda protección natural contra el embarazo hasta por 6 meses.

Uso por parte de los jóvenes

Este método puede ser usado por la mujer que este amamantando a su bebe frecuentemente, de día y de noche; si su menstruación no se ha presentado; y si su bebe tiene menos de 6 meses de edad. Este método no protege contra las ITS.

Resumen de las Características del MELA

Eficiencia	La tasa de fallos durante los 6 primeros meses después del parto en lactancia exclusiva es del 1-2%.
Limite de edad	No existen restricciones.



Mecanismo de acción	Suprime la ovulación (liberación de los óvulos desde los ovarios).
Efectos sobre el riesgo de ITS	No protege contra las ITS.
Duración de uso	Comúnmente se usa durante los 6 primeros meses después del nacimiento; algunas mujeres continúan por un año o más aunque su eficacia es variable.
Retorno de la fertilidad	Inmediatamente una vez que no se cumpla alguno de los criterios del MELA, la mujer debe usar un método adicional de anticoncepción porque puede estar en riesgo de quedar embarazada.

Esterilización

La esterilización de hombres y mujeres es un método permanente para personas que no quieren tener más hijos. En el caso de la vasectomía, se cortan los conductos deferentes, que llevan el semen desde los testículos hasta la uretra en el pene. En el caso de las mujeres lo que se hace es se cortan las trompas de Falopio, que llevan los óvulos desde el ovario al útero. Ambos métodos son altamente eficaces (99.5% al 99.9%), seguros y convenientes, y son llevados a cabo en un procedimiento único.

Uso por parte de los jóvenes

Estos métodos no resultan apropiados para quien quisiera tener hijos en el futuro. Dado que las personas suelen cambiar de parecer sobre tener hijos, la esterilización suele no recomendarse para personas menores de 30 años que no hayan tenido hijos.



Resumen de las Características de la Esterilización

Eficiencia	Mujeres: La tasa de fallos durante el primer año después del procedimiento es del 0.5%. Hombres: La tasa de fallos durante el primer año después del procedimiento es del 0.1% al 0.2%
Limite de edad	No existen restricciones, pero no se recomienda para jóvenes.
Mecanismo de acción	Mujeres: Se bloquean las trompas de Falopio para evitar que el óvulo y los espermios se unan. Hombres: Se bloquean los conductos deferentes (conducto de eyaculación) para evitar que los espermios se unan al semen.
Efectos sobre el riesgo de ITS	No protege contra las ITS.
Interacción con otros medicamentos	Algunos medicamentos anticonvulsivantes (barbitúricos, carbamazepina, fenitoína, primidona) y antibióticos (rifampicina y griseofulvina) pueden afectar la eficacia de la anestesia usada durante el procedimiento.
Duración de uso	La anticoncepción es un método anticonceptivo permanente.
Retorno de la fertilidad	Mujeres: Una mujer es estéril desde el momento en que se completa el procedimiento. Hombres: El método no es eficaz inmediatamente; un hombre queda estéril y su semen no contiene espermios al cabo de aproximadamente 3 meses o 20 eyaculaciones después de haber completado el procedimiento.



Diseño metodológico

Tipo de estudio:

Descriptivo de corte transversal sobre los conocimientos, usos e intenciones futuras sobre la utilización de los métodos de planificación familiar.

Área de estudio:

Sala de Maternidad del Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Argüello (HEODRA)
León Nicaragua.

Universo:

Se tomó como referencia a 160 adolescentes que fueron atendidas en la sala de Maternidad del HEODRA en el período comprendido de noviembre y diciembre del año 2006.

Muestra:

160 adolescentes que acudieron a la sala de Maternidad del HEODRA en el período comprendido de noviembre y diciembre del año 2006, que equivale al 100 % del universo.

Criterios de selección de la muestra:

Criterios de inclusión:

- a) Pacientes que se encontraban en el rango de edad correspondiente a la adolescencia (10 a 19 años de edad).
- b) Pacientes que se encontraban en puerperio fisiológico, quirúrgico o patológico en estadio inmediato.
- c) Pacientes que estuvieron dispuestas a participar por voluntad propia en el estudio.
- d) Pacientes que fueron captadas en la Sala de Maternidad del HEODRA dentro del período establecido en este estudio.



Criterios de exclusión:

- a) Pacientes que no correspondían sus edades al período de adolescencia (10 a 19 años de edad).
- b) Pacientes que se encontraban en puerperio mayor de 24 horas post parto.
- c) Pacientes que se rehusaron a participar en el estudio.
- d) Pacientes que estuvieron en la Sala de Maternidad en un período que no correspondía al del estudio (noviembre y diciembre del 2006).

Variables

Principales

- Características sociodemográficas.
- Conocimientos sobre métodos de Planificación Familiar.
- Fuentes de información.
- Fuentes de abastecimiento
- Uso de Métodos anticonceptivos.
- Planes futuros sobre Planificación Familiar.

Fuente de información:

Fuente primaria; entrevista directa a las pacientes.

Métodos e instrumentos de recolección de datos:

Método para recolectar los datos:

Se visitó la Sala de Maternidad del HEODRA donde se realizó una entrevista a las pacientes adolescentes que se encontraban en el puerperio inmediato, acerca de sus conocimientos, prácticas y planes futuros de Planificación Familiar.



Instrumento para recolectar los datos:

Se utilizó como instrumento de recolección de datos un cuestionario estructurado de 18 preguntas cerradas. A este instrumento se le realizó una prueba piloto con el objetivo de asegurar que las preguntas fuesen comprendidas por las adolescentes, para posteriormente realizar las modificaciones necesarias. (Ver anexo 1)

La encuesta constó de los siguientes acápites:

- I. Perfil de la adolescente.
- II. Conocimientos de planificación familiar.
- III. Uso de los métodos de planificación familiar.

Procedimiento para la recolección de información:

1. Se redactó una carta dirigida a la dirección del HEORA con motivo de solicitar autorización para la investigación en la Sala de Maternidad para la obtención de casos de embarazadas adolescentes en el puerperio inmediato en el periodo de noviembre y diciembre del 2006.
2. Se les explicó los objetivos del estudio a cada paciente y se les solicitó su participación en la entrevista.
3. Se decidió omitir el nombre de las pacientes en las fichas de recolección de datos para una mayor confidencialidad de la información.



Plan de análisis

Cruce de variables:

1. Distribución porcentual de adolescentes según edad, procedencia, estado civil, escolaridad y religión.
2. Distribución porcentual de los conocimientos de los métodos de Planificación Familiar según edad, procedencia, estado civil, escolaridad y religión.
3. Distribución porcentual de las fuentes de información sobre los métodos de Planificación Familiar.
4. Distribución porcentual de las fuentes de abastecimiento de los métodos de Planificación Familiar.
5. Porcentaje de los métodos anticonceptivos utilizados por las adolescentes antes del embarazo.
6. Porcentaje de adolescentes que desean utilizar métodos de planificación familiar después del parto y sus preferencias.

Plan de tabulación y análisis:

Se realizó análisis cuantitativo de las preguntas cerradas, expresando los resultados en valores absolutos y porcentajes. El análisis cualitativo fue iniciado en el desarrollo de la entrevista misma, pues mediante la atenta observación y escucha se detectaron diferencias de vocabulario, contenido de las respuestas, sugerencias verbales y no verbales que indicaron reacciones emocionales de la persona entrevistada. Analizando detenidamente las expresiones textuales, los sentimientos y pareceres así como la interpretación de cada respuesta.



Karla Mercedes Martínez Velásquez & Ana Matilde Machado Cardoza

La información recopilada se procesó en el programa estadístico SPSS versión 10.0, donde se ingresaron y tabularon los datos, que posteriormente se analizaron los datos relevantes y la asociación entre ellos con ayuda del programa Microsoft Excel 2003. Se realizaron tablas de frecuencia para posteriormente graficar los resultados que dan respuesta a los objetivos del estudio.



Operacionalización de Variables:

Variable	Definición	Indicador	Escala
Características socio-demográficas.	Relativo a las características sociales y estadísticas de una colectividad humana y los fenómenos que influyen en su composición y evolución.	Tipo de características:	
		Edad	11 - 14 años % 15 - 19 años %
		Procedencia	- Rural % - Urbana %
		Estado civil	- Casada % - Soltera % - Unión de hecho estable %
		Escolaridad	- Analfabeta % - Alfabetizada % - Primaria % - Secundaria % - Técnica % - Universidad %
		Religión	- Católica % - Evangélica % - Bautista % - Testigo de Jehová % - Adventista % - Atea % - Ninguna % - Otra %
Conocimientos sobre métodos de Planificación Familiar.	Información que la paciente posea acerca de los métodos de Planificación Familiar.	Nivel de conocimiento de cada método de Planificación Familiar.	% de conocimiento de cada método de Planificación Familiar.
Fuente de información.	Persona o institución que brinda información sobre métodos de Planificación Familiar.	Tipo de fuente de información.	% de cada fuente de información.



Fuentes de abastecimiento.	Persona, institución y otros donde los adolescentes adquieren los métodos de Planificación.	Tipo de fuente de abastecimiento.	% de cada fuente de abastecimiento.
Uso de Métodos Anticonceptivos.	Son los Medios, las prácticas o los agentes que impiden la fecundación, que ha utilizado determinado individuo.	Métodos que utilizaron las adolescentes.	% de cada uno.
Planes futuros sobre Planificación Familiar.	Métodos que usará una pareja para planificar o evitar un embarazo.	Método elegido por la pareja.	% de cada uno.



Resultados



Tabla N° 1.

Características sociodemográficas de las adolescentes en el puerperio inmediato.

Variables	Número de pacientes	Porcentajes
1. Edades		
11 - 14 años	8	5 %
15 - 19 años	152	95 %
Total	160	100 %
2. Procedencia		
Rural	71	44.4 %
Urbana	89	55.6 %
Total	160	100 %
3. Estado civil.		
Casada	23	14.4 %
Soltera	27	16.9 %
Unión de hecho estable	110	68.8 %
Total	160	100 %
4. Escolaridad		
Analfabeta	8	5 %
Alfabetizada	1	0.6 %
Primaria	71	44.4 %
Secundaria	73	45.6 %
Universidad	7	4.4 %
Total	160	100 %
5. Religión		
Católica	88	55 %
Evangélica	38	23.8 %
Testigo de Jehová	2	1.3 %
Ninguna	32	20 %
Total	160	100 %

Fuente: Entrevista realizada a pacientes adolescentes en el puerperio inmediato de la Sala de Maternidad del Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Argüello de la ciudad de León durante los meses de noviembre y diciembre del 2006.



Análisis de resultados de tabla N° 1

En la tabla N° 1 se observa que la población estudiada está concentrada en su gran mayoría por adolescentes en el rango de edad de 15 – 19 años con un 95%, donde la edad que más predominó dentro de este grupo fue 17 años con 27 % del total. Esto no contradice las estadísticas nacionales sobre embarazos en adolescentes, ya que este rango de edad promedio es en el que las adolescentes están sujetas a mayor riesgo de conseguir un embarazo por distintos factores tales como: Bajo nivel económico, padres ausentes, presencia de padrastros, bajo nivel de escolaridad, pérdida de valores éticos y morales, entre otros. Este porcentaje de adolescentes embarazadas en este rango de edad estarían reducidos a 5 % para el año 2005 según los objetivos a cumplir de parte del MINSA (Propuesta de Política Nacional de Población, 1996), sin embargo, los resultados encontrados reflejan que tal propuesta no parece haber alcanzado su objetivo principal.^{3, 8,13, 14, 15, 17, 18,19}

La mayoría de las adolescentes que acudieron al centro hospitalario procedían del área urbana (56.6 %), este comportamiento probablemente se deba a la ubicación geográfica del mismo, además a factores culturales (partos atendidos en casa) y falta de accesibilidad (distancia entre comunidades y unidad hospitalaria) de las adolescentes rurales. Se observó un predominio de las jovencitas conviviendo en unión de hecho estable (68.8 %) y cuentan con un nivel educativo secundario el 45.6 % de ellas. Probablemente esto sea el reflejo de la realidad socioeconómica, moral y cultural que atraviesan la mayoría de las familias nicaragüenses. El Ministerio de Salud dentro de sus propuestas en políticas de salud ha incluido la educación sexual, sin embargo las diferencias de opiniones entre sectores influyentes en la población y la sociedad misma han mostrado oposición en su implementación. Dado a estas situaciones las y los adolescentes alcanzan un nivel educativo secundario con conocimientos deficientes o desconocimiento sobre educación sexual y reproductiva. La religión que profesan la mayoría de estas jóvenes es la católica (55 %), aunque la población de estudio está distribuida en urbana y rural, este comportamiento se asemeja con las creencias de la población nicaragüense en general.



Tabla Nº 2

Métodos de Planificación Familiar que conocen las adolescentes en el puerperio inmediato.

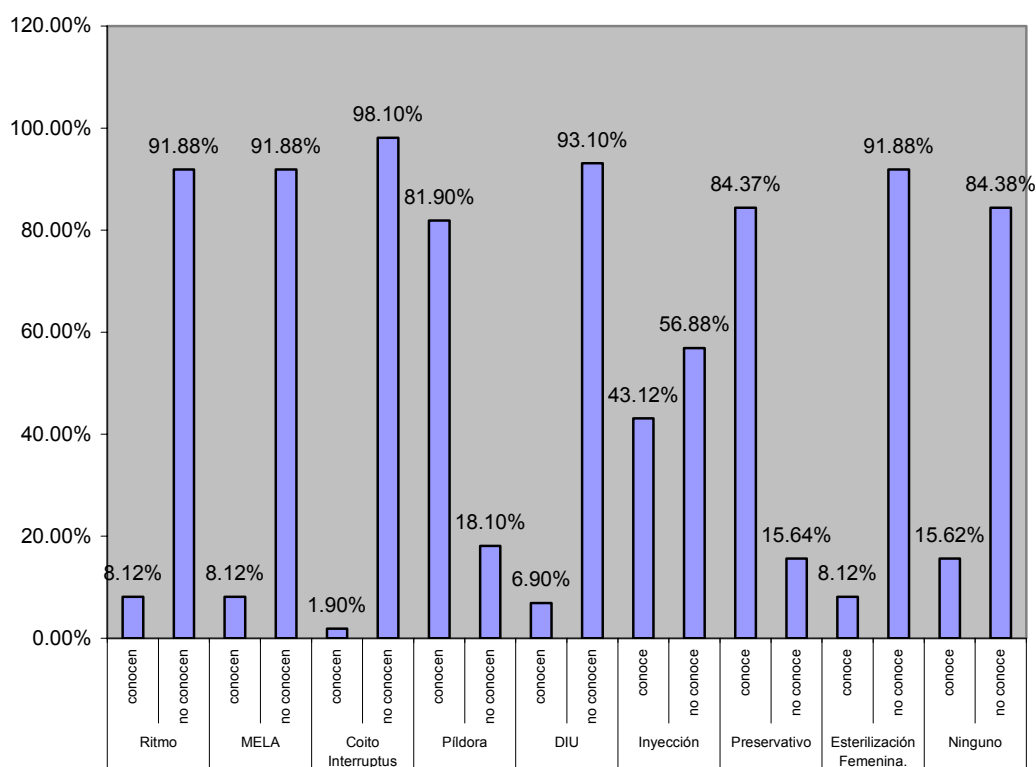
Método de Planificación Familiar	Conocen		No conocen	
	Nº de pacientes	Porcentajes	Nº de pacientes	Porcentajes
Ritmo	13	8.12 %	147	91.88 %
MELA	13	8.12 %	147	91.88 %
Coito interruptus	3	1.9 %	157	98.1 %
Píldora	131	81.9 %	29	18.1 %
DIU	11	6.9 %	159	93.1 %
Inyección.	69	43.12 %	91	56.88 %
Preservativo	135	84.37 %	25	15.63 %
Esterilización femenina	13	8.12 %	147	91.88 %
Ninguno	25	15.62 %	135	84.38 %

Fuente: Entrevista realizada a pacientes adolescentes en el puerperio inmediato de la Sala de Maternidad del Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Argüello de la ciudad de León durante los meses de noviembre y diciembre del 2006.



Gráfico N° 2.

Métodos de Planificación Familiar que conocen las adolescentes en el puerperio inmediato.



Métodos de Planificación Familiar.

Fuente: Entrevista realizada a pacientes adolescentes en el puerperio inmediato de la Sala de Maternidad del Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Argüello de la ciudad de León durante los meses de noviembre y diciembre del 2006.



Análisis de resultados de tabla Nº 2

En este estudio hubo un predominio de las pacientes que refirieron conocer los Métodos de Planificación Familiar haciendo referencia en que conocían uno o más métodos, sin embargo en este estudio se perseguía conocer la prevalencia de cada uno de ellos encontrando los siguientes resultados:

En primer lugar el preservativo con un 84.37% seguido de la píldora con un 81.9 %, esto se relaciona con lo mencionado en la bibliografía consultada, ya que son métodos fáciles de adquirir y por supuesto son a los que más propaganda se les hace tanto de manera formal como informal; siendo el primero el que tiene mayor publicidad por parte de los programas de prevención de embarazo, VIH/SIDA e ITS entre otras ventajas.^{3, 4, 8, 11, 14, 15, 16, 17, 18, 19}

Un 43.12 % de las encuestadas refieren conocer la inyección anticonceptiva; el método del Ritmo, MELA y esterilización femenina comparten un mismo porcentaje con 8.12 % cada uno de ellos; correspondiendo a los métodos menos conocidos por las adolescentes el DIU con 6.9 % y el coito interruptus con 1.9 %. Además refieren no conocer ningún tipo de método anticonceptivo el 15.6 % del total de las encuestadas. Estos resultados son similares a las estadísticas reportadas por ENDESA en el 2001, que señala que los métodos más conocidos y usados por adolescentes son el preservativo y la píldora.²²



Tabla N° 2.1

Distribución porcentual de los conocimientos por Métodos específicos de Planificación Familiar.

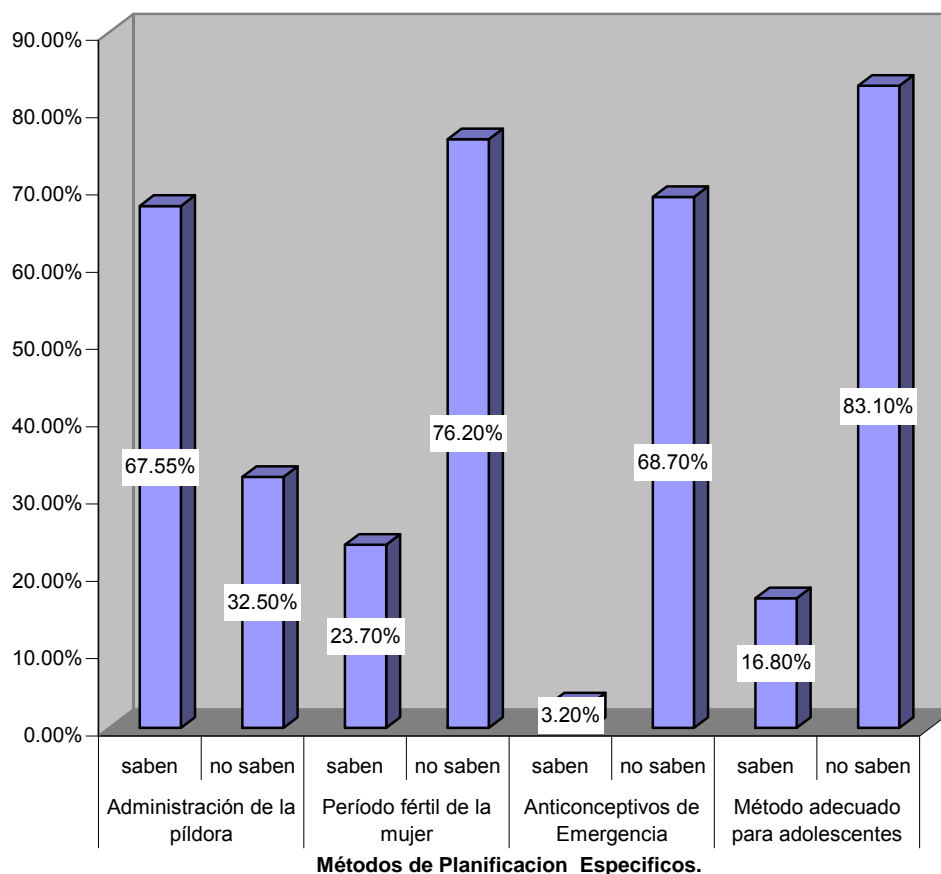
Variable	Sabén		No saben	
	Nº de pacientes.	Porcentajes	Nº de pacientes.	Porcentajes.
Administración de píldoras.	108	67.5 %	52	32.5 %
Período fértil de la mujer.	38	23.7 %	122	76.2 %
Anticoncepción de emergencia.	50	3.2 %	110	68.7 %
Método adecuado para adolescentes.	27	16.8 %	133	83.1%

Fuente: Entrevista realizada a pacientes adolescentes en el puerperio inmediato de la Sala de Maternidad del Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Argüello de la ciudad de León durante los meses de noviembre y diciembre del 2006.



Gráfico N° 2.1

Distribución porcentual de los conocimientos por Métodos específicos de Planificación Familiar.



Fuente: Entrevista realizada a pacientes adolescentes en el puerperio inmediato de la Sala de Maternidad del Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Argüello de la ciudad de León durante los meses de noviembre y diciembre del 2006.



Análisis de resultados de tabla Nº 2.1

Respecto al manejo correcto de métodos específicos de Planificación Familiar:

- ❖ La mayoría (67.5%) conocen el uso correcto de la píldora anticonceptiva, lo cual posiblemente se deba al nivel educativo secundario que la mayoría de las encuestadas posee, siendo similar al 63.3% que refleja otro estudio realizado acerca del conocimiento de la administración correcta de gestágenos orales en adolescentes que relacionan un nivel educativo superior con dicho conocimiento. Este resultado también concuerda con datos de ENDESA 2001 que señala que a medida que avanza el nivel de escolaridad de las adolescentes aumenta el conocimiento sobre métodos anticonceptivos, como la píldora.^{8, 22}

- ❖ De las adolescentes encuestadas solamente un 23.7% conocen en que periodo del ciclo menstrual pueden quedar embarazadas si tienen relaciones sexuales, siendo semejante al resultado obtenido por la encuesta PROFAMILIA el cual revela que sólo el 12.1% de las adolescentes conocen el período fértil de la mujer.⁸

- ❖ La mayor parte de las adolescentes encuestadas (68.7%) refirieron no saber en qué consiste la anticoncepción de emergencia. Según bibliografía consultada estas píldoras están diseñadas para un uso ocasional de emergencia y no como un método anticonceptivo continuo, sin embargo, este método debe estar disponible para las adolescentes ya que pueden tomarse después de una relación sexual sin protección.¹⁹ Esto corresponde con la poca probabilidad que existe de que las adolescentes planifiquen sus relaciones sexuales.¹⁹



- ❖ Solamente el 16.8 % de las encuestadas sabe cual es el método de Planificación Familiar adecuado para su edad (el preservativo), sin embargo la mayoría que corresponde al 83.1% refieren no saber cual es el método apropiado. Según bibliografía consultada el preservativo es para los adolescentes el método anticonceptivo de primera elección dado que es de bajo costo, fácil de conseguir en farmacias y supermercados, además reduce el riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual, es de fácil uso y produce menos reacciones indeseables. A pesar que es un método de alta disponibilidad la mayoría de las adolescentes encuestadas desconocen que es el adecuado para su edad.²³



Tabla N° 2.2

Fuentes de información sobre Métodos de Planificación Familiar de las adolescentes en el puerperio inmediato.

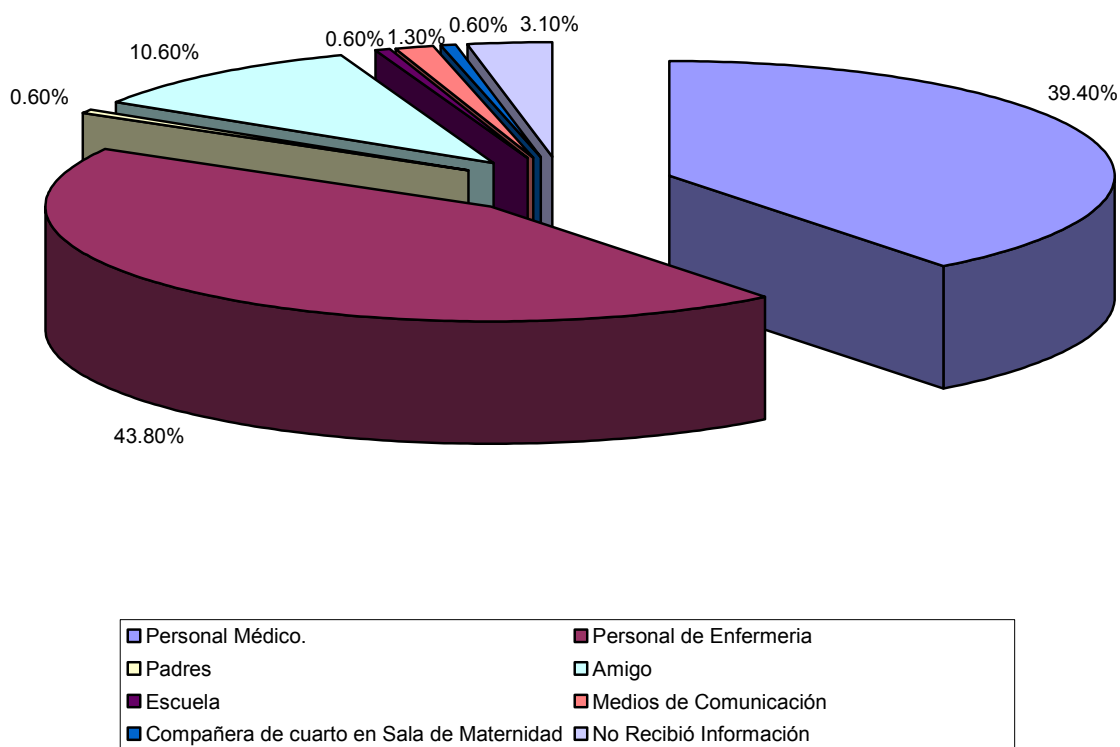
Fuente de información	Nº de pacientes	Porcentajes
Personal médico	63	39.4 %
Personal de enfermería	70	43.8 %
Padres	1	0.6 %
Amigo (a)	17	10.6 %
Escuela	1	0.6 %
Medios de comunicación	2	1.3 %
Compañera de cuarto en Sala de Maternidad.	1	0.6 %
No recibió información.	5	3.1 %
Total	160	100 %

Fuente: Entrevista realizada a pacientes adolescentes en el puerperio inmediato de la Sala de Maternidad del Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Argüello de la ciudad de León durante los meses de noviembre y diciembre del 2006.



Gráfico N° 2.2

Fuentes de información sobre Métodos de Planificación Familiar de las adolescentes en el puerperio inmediato.



Fuente: Entrevista realizada a pacientes adolescentes en el puerperio inmediato de la Sala de Maternidad del Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Arguello de la ciudad de León durante los meses de noviembre y diciembre del 2006.



Análisis de resultados de tabla N° 2.2

En la tabla N° 2.2 se hace alusión a las principales fuentes de información sobre métodos anticonceptivos usados por las adolescentes, donde corresponden en orden descendentes a:

- ❖ Personal de enfermería con 43.8 %.
- ❖ Personal médico 39.4 %.
- ❖ Amigo(a) 10.6 %
- ❖ No recibió información 3.1 %
- ❖ Medios de comunicación 1.3 %
- ❖ Padres, escuela, compañera de cuarto en Sala de Maternidad 0.6 % cada uno.

Las principales fuentes de donde las jóvenes obtienen información provienen del personal de enfermería y médico de centros y puestos de salud cuando ellas asisten a los controles prenatales y también en el hospital durante su puerperio inmediato reciben información por el mismo personal, ya que ellos tienen un mayor contacto con las pacientes, pues son los encargados de dar consejería en Planificación Familiar. En cambio el farmacéutico no figuró como fuente de información de las pacientes acerca del tema, hecho que debería ser lo contrario; pues son los responsables de suministrar los métodos anticonceptivos y por tanto deben de brindar información sobre el uso correcto de los mismos para que el método sea efectivo. Esto probablemente se deba al reducido número de estos profesionales y a las múltiples funciones administrativas que desempeñan dentro de la farmacia del hospital, no dándose abasto a realizar la función de brindar información a las pacientes en la Sala de Maternidad. A pesar de que la información fue brindada por personal médico y de enfermería predominan los conocimientos erróneos en las encuestadas lo que significa que otras fuentes como amigos y medios de comunicación han ejercido una mayor influencia en los conocimientos y prácticas de Planificación Familiar de las adolescentes.



Se puede notar que a pesar de que en su mayoría reciben información de personal capacitado, predominan los conocimientos erróneos o simplemente los desconocen, esto puede deberse a un inadecuado suministro de datos por parte de los encargados del tema y/o la falta de interés que muestra la población joven en conocerlos para hacer un uso adecuado de estos.^{3, 4, 8, 11, 14, 15, 16, 17, 18,19}



Tabla N° 2.3

Fuentes de abastecimiento de los Métodos de Planificación Familiar de las adolescentes en el puerperio inmediato.

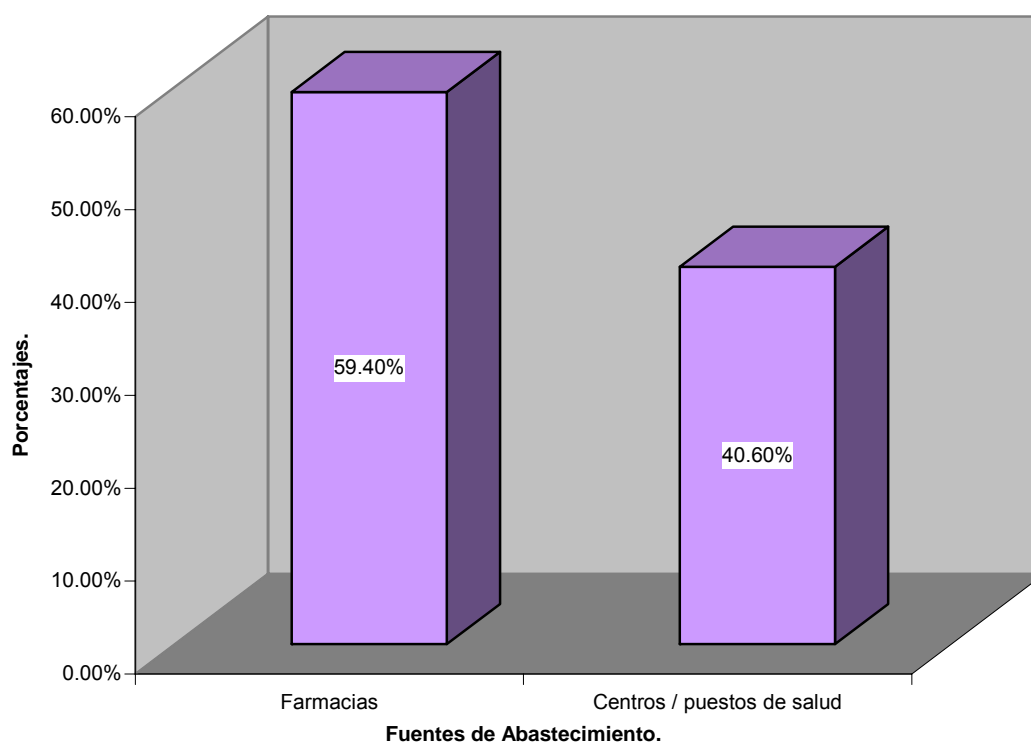
Abastecimiento	Nº de pacientes	Porcentajes
Farmacias privadas	41	59.4 %
Centro / puesto de salud	28	40.6 %
Total	69	100 %

Fuente: Entrevista realizada a pacientes adolescentes en el puerperio inmediato de la Sala de Maternidad del Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Argüello de la ciudad de León durante los meses de noviembre y diciembre del 2006.



Gráfico N° 2.3

Fuentes de abastecimiento de los Métodos de Planificación Familiar de las adolescentes en el puerperio inmediato.



Fuente: Entrevista realizada a pacientes adolescentes en el puerperio inmediato de la Sala de Maternidad del Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Argüello de la ciudad de León durante los meses de noviembre y diciembre del 2006.



Análisis de resultados de tabla N° 2.3

En cuanto a las fuentes de abastecimiento de las 69 adolescentes encuestadas que utilizaron algún método anticonceptivo los lugares a los que ellas acudieron a abastecerse son las farmacias privadas y los centros y/o puestos de salud con un 59.4 % y 40.6 % respectivamente. Los resultados obtenidos en este estudio no corresponden a datos encontrados en la Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud (ENDESA) en el año 2001 donde se señala que el sector público (MINSa) es el mayor proveedor de los servicios de Planificación Familiar en Nicaragua.²² Esto refleja la poca captación de los servicios de salud y programas de Planificación Familiar que ofrece gratuitamente el MINSa; probablemente esté ligado a factores culturales y/o falta de difusión e información de la existencia y funcionamiento de los mismos. Es importante resaltar que en las farmacias privadas, donde se da el mayor abastecimiento en métodos de Planificación Familiar a estas jovencitas, muchas veces el contacto farmacéutico - usuaria es escaso y por ende se dificulta brindarles la información acerca de los mismos.



Tabla N° 3

Métodos anticonceptivos utilizados por las adolescentes antes del embarazo.

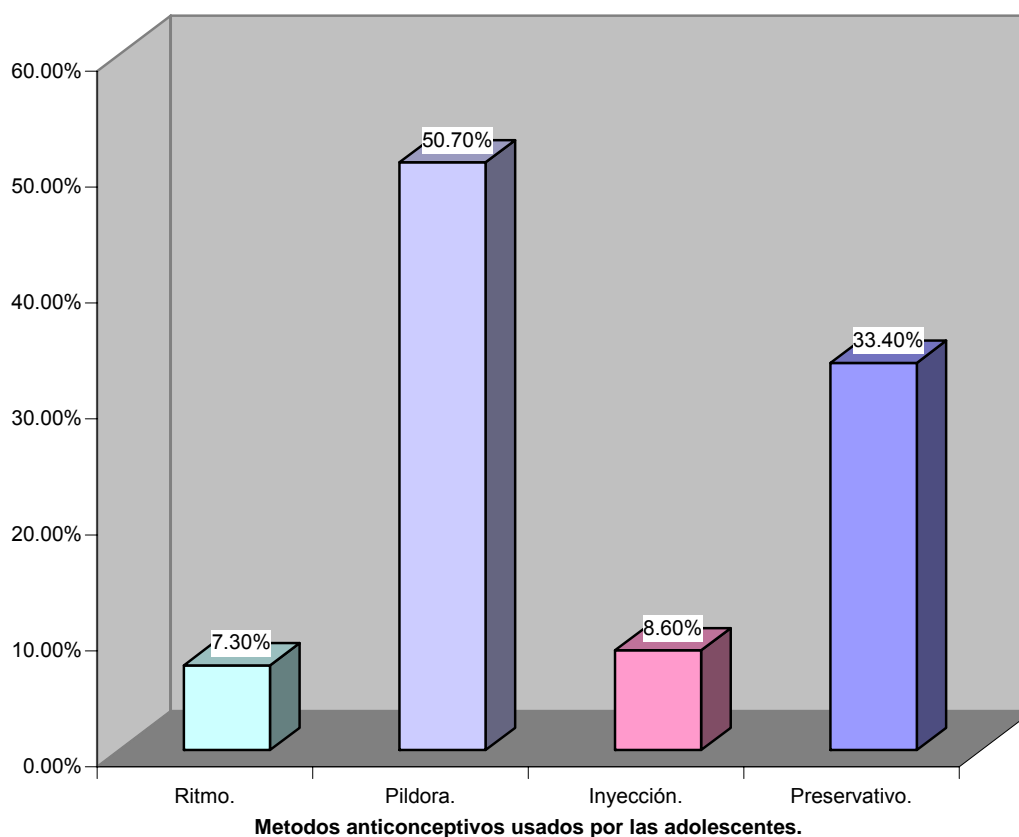
Métodos anticonceptivos usados por las adolescentes.	Nº de pacientes	Porcentajes
Ritmo	5	7.3 %
Píldora	35	50.7 %
Inyección	6	8.6 %
Preservativo	23	33.4 %
Total	69	100 %

Fuente: Entrevista realizada a pacientes adolescentes en el puerperio inmediato de la Sala de Maternidad del Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Argüello de la ciudad de León durante los meses de noviembre y diciembre del 2006.



Gráfico N° 3

Métodos anticonceptivos utilizados por las adolescentes antes del embarazo.



Fuente: Entrevista realizada a pacientes adolescentes en el puerperio inmediato de la Sala de Maternidad del Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Argüello de la ciudad de León durante los meses de noviembre y diciembre del 2006.



Análisis de resultados de tabla N° 3

De las 160 pacientes encuestadas (100 %) solamente el 43.1 % (69 pacientes) han utilizado algún método de planificación familiar previo al embarazo y el 56.9 % (91 pacientes) que conforman la mayoría negaron haberlo utilizado, posiblemente por las siguientes razones: No pensaron en utilizarlo, embarazo planeado, no conocían los métodos, motivos religiosos, oposición de la pareja, no les gusta utilizarlos e inaccesibilidad económica.^{14,16,17,18,19}

Uno de los argumentos que refirieron las adolescentes para no usar anticonceptivos es el temor o miedo a que los métodos modernos traen consigo enfermedades y que los naturales son inseguros, claro esta que el mayor factor es el desconocimiento científico de los mismos.^{14, 16, 17, 18,19}

El porcentaje de adolescentes que utilizaron métodos de Planificación Familiar en este estudio son similares a los encontrados por ENDESA 2001 y PROFAMILIA; donde la píldora continúa siendo el método más utilizado por las adolescentes para prevenir el embarazo.^{8, 22} Ya que de las 69 adolescentes (100%) que utilizaron algún método anticonceptivo, la mayoría de ellas (50.7%) utilizaron la píldora. Los anticonceptivos orales son una opción popular entre los jóvenes en muchas regiones.^{19, 23} El uso correcto y sistemático puede ser difícil para algunas jóvenes, especialmente al experimentar los efectos secundarios hormonales comunes. Según la Organización Mundial de la Salud, las inquietudes teóricas sobre el uso de anticonceptivos orales entre los adolescentes no han sido sustentadas por evidencia científica.¹⁹ La tasa de fallos durante el primer año de uso típico es del 6% al 8%. Al ser usadas de manera correcta y sistemática, la tasa de fallos es del 0.1% durante el primer año. Y funcionan mejor si se toman cada día a la misma hora.^{19, 23}

Un 33.4 % utilizó el preservativo. Siendo los condones masculinos claramente la primera opción entre las adolescentes sexualmente activas que no tienen una relación monógama, protegiéndose de las ITS además del embarazo.¹⁹ La tasa de fallos durante el primer año de uso típico es del 3% al 14%. Al ser usados de manera correcta y sistemática, la tasa de fallos durante el primer año es del 3%.^{19,}

23



Un 7.3 % de ellas refirieron haber usado el anticonceptivo inyectable. Los anticonceptivos inyectables ofrecen algunas ventajas para las jóvenes, como su conveniencia (en comparación con los regímenes de píldoras diarias) y su confidencialidad.^{19, 23} Se debe brindar consejería a las mujeres jóvenes sobre posibles efectos secundarios como trastornos menstruales y aumento de peso.¹⁹ En las pacientes menores de 18 años, existen inquietudes teóricas sobre los efectos de los anticonceptivos inyectados en el desarrollo de masa ósea, aunque la OMS por lo general considera aceptable el uso de estos métodos.¹⁹ La tasa de fallos durante el primer año de uso es del 0.3%. Las inyecciones hormonales son uno de los métodos anticonceptivos reversibles más eficaces. Las tasas de embarazo pueden ser más altas entre las mujeres que no se pongan su inyección o no la reciban a tiempo.^{19, 23}

Y el método del ritmo o calendario del ciclo menstrual fue usado por un 7.3 % de ellas. La tasa de fallos de este método durante el primer año de uso es del 1% al 20%. La tasa de fallos depende de la capacidad de una mujer de identificar el período fértil de cada ciclo menstrual y de la motivación y disciplina de la pareja de practicar la abstinencia cuando sea necesario.^{19, 23}



Tabla N° 4

Método de Planificación Familiar que piensa utilizar las adolescentes en el futuro.

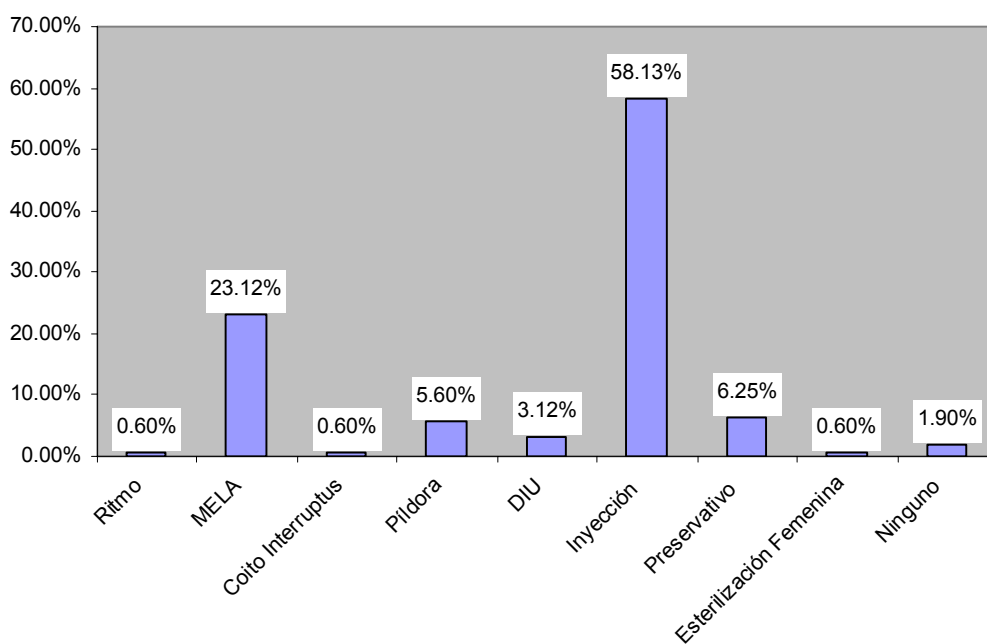
Método de Planificación a utilizar	Nº de pacientes	Porcentajes
Ritmo	1	0.6 %
MELA	37	23.12%
Coito interruptus	1	0.6 %
Píldora	9	5.6 %
DIU	5	3.12 %
Inyección	93	58.13 %
Preservativo	10	6.25 %
Esterilización femenina	1	0.6 %
Ninguno	3	1.9 %
Total	160	100 %

Fuente: Entrevista realizada a pacientes adolescentes en el puerperio inmediato en la Sala de Maternidad del Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Argüello de la ciudad de León durante los meses de noviembre y diciembre del 2006.



Gráfico N° 4

Métodos de Planificación Familiar que piensan utilizar las adolescentes en el futuro.



Métodos de Planificación Familiar a utilizar.

Fuente: Entrevista realizada a pacientes adolescentes en el puerperio inmediato en la Sala de Maternidad del Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Argüello de la ciudad de León durante los meses de noviembre y diciembre del 2006.



Análisis de resultados de tabla Nº 4

En la tabla Nº 4 se observan los diferentes tipos de métodos anticonceptivos que utilizarán las adolescentes, entre los principales se encontraron los siguientes:

- ❖ Anticonceptivos inyectables 58.13 %
- ❖ MELA 23.12 %
- ❖ Preservativo 6.25 %
- ❖ Píldora anticonceptiva 5.6 %
- ❖ Ningún método 1.9 %

Con respecto a los planes futuros de estas jóvenes un 1.9 % de ellas (3 pacientes) refirieron que no utilizarán ningún método. Y la mayoría que corresponde al 98.1 % (157 pacientes) están dispuestas a utilizar alguno de los diferentes métodos de Planificación Familiar, siendo el de su preferencia el método inyectable con un 58.3 % de aprobación por ellas mismas. Los anticonceptivos inyectables ofrecen algunas ventajas para las jóvenes, como su conveniencia (en comparación con los regímenes de píldoras diarias) y su confidencialidad. Pero se debe brindar consejería a las mujeres jóvenes (menores de 18 años) sobre posibles reacciones secundarias como trastornos menstruales, aumento de peso, efecto sobre el desarrollo de la masa ósea, aunque la OMS por lo general considera aceptable el uso de estos métodos.¹⁹ Se debe advertir a aquellas adolescentes que escogen anticonceptivos hormonales que adicionalmente deben usar condones para proteger contra las ITS.^{19,23}

Un 23.12 % de las adolescentes utilizará el Método Exclusivo de Lactancia Materna (MELA), el cual puede ser usado por la mujer que este amamantando a su bebe frecuentemente, de día y de noche, y si su menstruación no se ha presentado. Comúnmente se usa durante los 6 primeros meses después del nacimiento; algunas mujeres continúan por un año o más aunque su eficacia es variable.¹⁹



Los preservativos serán utilizados por un 6.25 % de las adolescentes, estos son la primera opción recomendada para adolescentes sexualmente activos, ofreciendo la mejor protección combinada contra las ITS y el embarazo.^{19, 23}

La mayoría de los jóvenes pueden usar preservativos durante su edad reproductiva y no experimentan efectos secundarios, teniendo un porcentaje de fallo durante el primer año de uso del 3 % al ser usado de manera correcta y sistemática.^{19, 23}

La píldora anticonceptiva será utilizada por un 5.6 % de las adolescentes. El uso correcto y sistemático puede resultar difícil para algunas jóvenes, especialmente al experimentar los efectos secundarios comunes de las hormonas. En pacientes menores de 18 años, existen inquietudes teóricas acerca de los efectos de los anticonceptivos sobre el desarrollo de la masa ósea, aunque la OMS considera que el uso de éstas por lo general es aceptable.¹⁹

Esto no concuerda con la bibliografía consultada, la cual refiere que las jóvenes le temen a los efectos secundarios de estos tipos de métodos y prefieren métodos de barrera o simplemente no pensar en eso, sin embargo, este cambio de parecer está estrictamente ligado a la buena promoción de estos métodos por parte del personal médico y de enfermería dentro de la Sala de Maternidad cuando ellas se encuentran en su puerperio inmediato.^{4, 6, 8, 10, 16, 17, 18, 19, 23}



Dificultades en la realización del trabajo investigativo:

En algunas ocasiones las jóvenes al inicio de la entrevista no mostraban confianza para responder a preguntas sobre su sexualidad por lo tanto se optó por adecuar términos populares para una mejor comprensión de las preguntas, al momento de la entrevista personalizada.



Conclusiones

Es relevante mencionar que en este trabajo investigativo se marcan pautas importantes y necesarias para darle continuidad a estudios como éste, de relevancia en la actualidad, ya que se vive en un país donde la población joven ocupa más del 25 % y las tasas de embarazo en adolescentes son cada día mayores, siendo el desencadenante principal el desconocimiento de los diferentes tipos de Métodos de Planificación Familiar.

Luego del procesamiento y análisis de los resultados se llegó a las siguientes conclusiones:

1. En este estudio se encontró que la mayoría de las adolescentes que fueron encuestadas eran de procedencia urbana y con predominio de edad de 17 años, la mayor parte de las jovencitas se encontraban conviviendo en unión de hecho estable, en su mayoría amas de casa y de religión católica, con un nivel educativo secundario y dependiendo económicamente de su pareja.
2. La mayoría de las adolescentes encuestadas poseen alguna información sobre Planificación Familiar pero a su vez desconocen los métodos adecuados para su edad. Además de esto, no manejan información acerca de su período fértil dentro del ciclo menstrual y desconocen el método de anticoncepción de emergencia. Los métodos más conocidos por ellas son: El preservativo y la píldora y en su mayoría saben el uso correcto de estos. Sus principales fuentes de información y abastecimiento de los mismos provienen del personal médico y de enfermería de los distintos centros y/o puestos de salud y farmacias que ellas visitan.
3. Solamente la cuarta parte de las adolescentes usaron algún Método de Planificación Familiar, siendo los métodos más utilizados la píldora y el preservativo.



4. Casi el 100 % de las adolescentes desean hacer uso de un Método de Planificación Familiar posterior al parto, donde la mayoría optó por utilizar el método inyectable.



Recomendaciones

1. Que el Ministerio de Salud (MINSA) sensibilice al Ministerio de Educación, Cultura y Deporte (MECD) y otras instituciones gubernamentales y no gubernamentales a promover programas de educación sexual que inicien en la escuela primaria, ya que tienen la ventaja adicional de llegar a los jóvenes antes de iniciar una vida sexual y que ésta sea continua e ininterrumpida a lo largo de su vida escolar, adecuando la información al nivel de comprensión del adolescente.
2. Que el MINSA proporcione la información adecuada y necesaria a los periodistas y personas encargadas de la comunicación pública, para sensibilizarlos hacia el tema y divulguen información estadística a través de programas educativos sobre el uso correcto de los Métodos de Planificación Familiar haciendo promoción de mensajes preventivos no sexistas.
3. Que las instituciones afines a salud sexual y reproductiva (MINSA y el programa específico PASMO; IXCHEN, CISAS, Casa de la Mujer, PROFAMILIA, etc.), garanticen a los adolescentes servicios accesibles con la confidencialidad que permita la selección del método más adecuado según sus necesidades.
4. Que organizaciones involucradas en el tema (MINSA, IXCHEN, CISAS, Casa de la Mujer, PROFAMILIA, etc.), en conjunto con las universidades realicen campañas informativas a la comunidad en general a fin de educar, informar, sensibilizar e involucrar a los adultos en el tema para que cumplan un rol informativo y preventivo, de tal manera que ningún adulto prive de información en educación sexual abierta, franca y completa a cualquier niño, adolescente o joven que la solicite.



5. Que las organizaciones arriba mencionadas promuevan la participación activa de los hombres en las actividades de Planificación Familiar para que asuman con mayor responsabilidad su función de pareja.



Bibliografía

1. Federación Internacional de Planificación de la Familia, región del hemisferio occidental. INC-Nueva York. 1993
2. Ministerio de Acción Social y Fondo de Población de las Naciones Unidas. Política Nacional de Población. 1996
3. Ministerio de Salud. Programa de Atención Integral al adolescente. Bases programáticas. Nicaragua, 1996.
4. Ministerio de Salud. Manual de Salud reproductiva. República de Nicaragua, 1996.
5. Ministerio de Salud. Dirección General de atención Integral a la Mujer ya la niñez. Norma de Planificación Familiar. Nicaragua, 1996.
6. OPS. Serie Paltex. Para ejecutores de programas de salud. Número 20. Manual de medicina para la adolescencia. 1992.
7. Parra, A. Paz, C. Sexualidad de la infancia. Secretaria de Salud, México, D.F. Feb. 24, 1992.
8. PROFAMILIA. Encuesta sobre salud familiar. Nicaragua. 1992-1993.
9. Pizarro, A. "A tu salud". Managua, Nicaragua, 1996.
10. Schwarcz, L. Ricardo. Obstetricia. Quinta edición. Buenos Aires, 1996.
11. Solum, D. Rojas, B. Adolescencia y juventud. Aporte para una Discusión. Costa Rica, 1996.



12. Weis, P. Vargas, E. Yo adolescente. México, 1990.
13. Zelaya, E. Teenage Sexuality and reproduction in Nicaragua- Gender and Social differences. León, Nicaragua, 1996.
14. González, E. Conocimientos y comportamientos sexuales de estudiantes de secundaria en relación a enfermedades de transmisión sexual, Palacagüina – Madriz UNAN-León- Tesis monográfica, 1996.
15. República de Nicaragua. Ministerio de Salud. Situación de la Salud Reproductiva en Nicaragua. Managua, marzo 2004.
16. <http://www.unicef.org/spanish/infobycountry/nicaragua.html>
(Resumen Oficial del Informe sobre el Estado Mundial de la Infancia 2006. UNICEF)
17. <http://annualreview.law.harvard.edu/population/policies/NICARAGUA.htm>
(Política Nacional de Población, Nicaragua, 1996)
18. http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/ginecologia/Vol_42N3/conocimiento.hm
(Conocimiento de salud reproductiva en las púerperas adolescentes atendidas en el Hospital Nacional Cayetano Heredia 1994)
19. Montenegro Azucena Msc. Dávila Carmen Msc. Métodos Anticonceptivos de uso continuo y Manejo de ITS. Opciones Anticonceptivas. León, septiembre 2005.
20. Alfaro, Jeanneville. Planificación Familiar y algunas perspectivas de embarazo en adolescentes HEODRA, León. UNAN-León- Tesis monográfica, 2001.



21. Piura López Julio. Introducción a la metodología de la investigación científica. 2^{da} Edición. Editorial El Amanecer, S.A. Managua, Nicaragua, 1994.
22. Ministerio de salud. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud. ENDESA 2001.
23. <http://www.teenwire.com/espanol/2005/es-20051209p139-anticoncepcion.php>
(Opciones de control de natalidad para adolescentes)



Anexos



Anexo N° 1

Instrumento

A través de este cuestionario se desea conocer el conocimiento, prácticas y planes futuros de planificación familiar en adolescentes en el puerperio inmediato de la Sala de Maternidad del HEODRA.

Ficha: _____

I. Perfil de la paciente.

1. Edad: _____
2. Procedencia: Rural _____ Urbana _____
3. Estado civil: Casada _____ Soltera _____ Unión libre _____
4. Escolaridad: Analfabeta _____ Alfabetizada _____ Primaria _____
Secundaria _____ Técnica _____ Universidad _____
5. Religión: Católica _____ Evangélica _____ Bautista _____
Adventista _____ Testigo de Jehová _____
Atea _____ Ninguna _____ Otra _____

II. Conocimientos sobre Planificación Familiar.

1. ¿Conoce los métodos para prevenir embarazos? Sí _____ No _____
2. ¿Qué métodos de Planificación Familiar conoce?
Ritmo, calendario y control del período menstrual _____
Moco cervical o Billings _____
Temperatura corporal _____
MELA _____
Retiro o coito interruptus _____
Píldora _____
DIU _____
Inyección _____
Implantes subdérmicos _____
Condón _____
Métodos vaginales (jaleas, óvulos, espumas, tabletas y cremas) _____
Esterilización femenina _____
Esterilización masculina _____
Ninguno _____



3. ¿Cómo se toma la píldora para evitar hijos?

Todos los días _____

Una vez al mes _____

Dos veces por semana _____

Solamente el día de la relación sexual _____

No sabe _____

4. ¿Sabe usted en qué periodo del ciclo menstrual puede usted quedar embarazada si tiene relaciones sexuales?

Sí _____ No _____

5. ¿Sabe en qué consiste la anticoncepción de emergencia?

Dos píldoras antes de las 72 horas después de la relación sexual _____

Dos píldoras después de las 72 horas después de la relación sexual _____

No sabe/ no recuerda _____

6. ¿Cuál de los siguientes métodos anticonceptivos es el apropiado para las adolescentes? Marque uno:

Píldora _____

Condón _____

Inyección _____

Ritmo _____

Ninguno _____

No sabe _____

III. Uso de Métodos de Planificación Familiar.

1. ¿Has usado algún método de planificación familiar?

Si _____ No _____

Si la respuesta es no, pasar a contestar la pregunta N° 3.

2. ¿Qué método anticonceptivo usó?

Ritmo, calendario y control del período menstrual _____

Moco cervical o Billings _____

Temperatura corporal _____

MELA _____

Retiro o coito interruptus _____

Píldora _____

DIU _____

Inyección _____

Implantes subdérmicos _____

Condón _____

Métodos vaginales (jaleas, óvulos, espumas, tabletas y cremas) _____

Ninguno _____



3. ¿Por qué no utilizó ningún método?

No pensé en eso _____ No conocía los métodos _____ Motivos religiosos _____

No me gusta usarlos _____ Oposición de la pareja _____

Por inaccesibilidad para adquirirlos _____ Embarazo planeado _____

4. ¿Piensa utilizar algún método en el futuro?

Sí _____ No _____

5. ¿Cuál método piensa utilizar?

Ritmo, calendario y control del período menstrual _____

Moco cervical o Billings _____

Temperatura corporal _____

MELA _____

Retiro o coito interruptus _____

Píldora _____

DIU _____

Inyección _____

Implantes subdérmicos _____

Condón _____

Métodos vaginales (jaleas, óvulos, espumas, tabletas y cremas) _____

Esterilización femenina _____

Esterilización masculina _____

Ninguno _____

6. ¿De quién recibió la información de planificación familiar?

Personal médico _____

Personal de enfermería _____

Familiar _____

Pareja _____

Padres _____

Vecino(a) _____

De algún amigo(a) _____

Escuela _____

Medios de comunicación _____

De su compañera de cuarto en la Sala de Maternidad _____

No recibió información _____

Otro _____

7. ¿Dónde adquirió los Métodos de Planificación Familiar?

IXCHEN _____

PROFAMILIA _____

Farmacias privadas _____

Clínicas privadas _____

Centro/ puesto de salud _____

No sabe / No recuerda _____

Ninguna _____

Otro _____

