

Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua

UNAN- León

Facultad de Ciencias Químicas

Carrera de Farmacia



“A la libertad, por la Universidad”

TESIS PARA OPTAR AL TÍTULO DE QUIMICO- FARMACÉUTICO

Conocimientos y uso de métodos anticonceptivos en mujeres que asisten al programa de planificación familiar del centro de salud Perla María Norori León, Enero- Julio - 2014.

Integrantes:

- **Br: Betzayda María Suncín Rivas.**
- **Br: Yokasta Viviana Zeledón Masís.**
- **Br: Laurent Karolina Valdez Castellón.**

Tutor: Msc. Rolando Hernández Hernández.

León, Noviembre 2014

INDICE

Introducción.....	1
Antecedentes.....	3
Justificación.....	4
Planteamiento del problema.....	5
Objetivos.....	6
Marco Teórico.....	7
Hipótesis.....	54
Material y Método.....	55
Análisis de Resultados.....	60
Conclusión.....	72
Recomendaciones.....	74
Referencias Bibliográficas.....	76
Anexo	79

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a Dios por habernos acompañado y guiarnos a lo largo de nuestra carrera, por la fortaleza que ha puesto en nosotras en momentos de debilidad y por brindarnos una vida llena de aprendizajes, experiencias y sobre todo felicidad.

A nuestros padres por su gran amor, comprensión, apoyo económico y moral que nos brindaron para culminar nuestra carrera.

A nuestros docentes que nos transmitieron sus conocimientos y nos enseñaron a valorar los estudios y a superar las dificultades en el camino de nuestra carrera.

A las pacientes del programa de Planificación Familiar del centro de salud Perla María Norori por la disposición de brindarnos la información requerida para este estudio las cuales nos facilitaron nuestro trabajo.

De manera especial agradecemos a nuestro tutor Lic. Rolando José Hernández quien de manera muy técnica, científica y profesional nos guió para culminar la elaboración de este trabajo de investigación dándonos asesoría y controlando el desarrollo de el mismo.

Agradecemos de forma general a todas aquellas personas que han creído en nosotras y nos han apoyado para culminar nuestros estudios, a nuestros amigos, familiares, esposo, novios y sobretodo agradecemos a las dificultades de la vida porque sin ellas no tuviéramos la fortaleza para enfrentar el mundo laboral.

DEDICATORIA

Dedicamos esta tesis principalmente a Dios, por habernos dado la vida y permitirnos el haber llegado hasta este momento tan importante de nuestra formación profesional. A nuestras madres y padres, por ser el pilar más importante y por demostrarnos siempre su cariño y apoyo incondicional sin importar nuestras diferencias de opiniones.

A nuestros familiares por su apoyo incondicional en momentos que los requerimos, a nuestros maestros por el amor que nos entregaron en cada clase brindada, a nuestro tutor por su tiempo extra que nos ha dedicado para culminar nuestro estudio.

INTRODUCCIÓN

La promoción de la planificación familiar y el acceso a los métodos anticonceptivos preferidos por las mujeres y sus parejas resulta esencial para lograr el bienestar y la autonomía de las mismas y al mismo tiempo, apoyar la salud y el desarrollo de las comunidades. Así mismo brinda la oportunidad de que las mujeres mejoren su educación y puedan participar más en la vida pública.

La planificación familiar es una herramienta que permite controlar el crecimiento poblacional y los efectos que este trae consigo para la economía, el medio ambiente y los esfuerzos nacionales y regionales por alcanzar el desarrollo. Por lo tanto, la planificación familiar es un derecho humano básico que beneficia a toda la población, el bienestar físico, mental y social de los hombres, mujeres y niños suelen mejorar cuando las parejas tienen menos hijos.

Los planteamientos sobre los estudios de conocimientos y usos de métodos anticonceptivos constituyen una herramienta que influye en gran medida a entender los comportamientos de las mujeres con respecto al uso de los anticonceptivos y a desarrollar de forma más eficaz los programas sanitarios adecuados para disminuir el déficit de conocimientos que influye en el crecimiento poblacional sin medida. Así mismo este tipo de estudio contribuye a proporcionar a los profesionales de la salud e instituciones de la salud a diseñar herramientas necesarias para brindar una adecuada atención, tanto sanitaria como formativa, que propicie cambios de actitud en las mujeres, y su comportamiento con respecto al uso de los anticonceptivos y de esta manera asegurar el bienestar en la salud reproductiva de las mismas.

Por todo lo anteriormente mencionado, surge el interés de mostrar y discutir evidencias relacionadas con los conocimientos y usos de métodos anticonceptivos en mujeres que asisten al programa de planificación familiar del centro de salud Perla María Norori, investigación que se realizó en el periodo de asistencia de Enero- Julio del año 2014.

ANTECEDENTES

La planificación familiar surgió después de 1789 como política poblacional, basada en el argumento ecológico dado por Roberto Malthus, quien fue apoyado por varios movimientos sindicales y la teoría feminista de 1914 que la define como un modo de emancipar a la mujer, con el control de la natalidad, pero no es hasta 1923 que se llama la atención sobre la precaria salud de las multíparas.⁶

El primer Programa Nacional de Planificación Familiar surgió en la India, en 1952, al tratar el tema del desarrollo nacional y la necesidad de regular la fecundidad; otros países se sumaron en las décadas de los 60 y 70. En 1961 en América Latina, solo el país de México ofrecía estos servicios; en 1975 ya 17 países los brindaban, y en 1983 solo dos no lo tenían. Esto se debió a la aceptación que tuvo el programa, lo que quedó confirmado en las conferencias mundiales celebradas en Bucarest (1974) y México (1984).⁶

El 12 de octubre del 2007 en la ciudad de Juigalpa- Chontales los bachilleres Leyla Carolina Carballo Ríos, Aura Rosa Gutiérrez Crovetto y Cristian Paola Urbina Bravo presentaron un estudio con el tema de “CONOCIMIENTO DE LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS EN LOS ESTUDIANTES DE ECONOMIA CUR-CHONTALES EN EL PERIODO MARZO - JUNIO 2007”, contando con una muestra de 77 estudiantes en el que se destacó el sexo femenino, siendo este el que más conoce de métodos anticonceptivos inyectables, pero carecen de conocimientos sobre los otros métodos de planificación familiar y la minoría de ciudadanos encuestados piensan que los anticonceptivos pueden prevenir las ITS.⁷

El 28 de Septiembre del año 2010, se aplicó una encuesta mundial hecha a más de 5.000 jóvenes de 25 países latinoamericanos que realizó Bayer Schering Pharma (BSP) con el fin de mejorar la educación sobre anticoncepción en los jóvenes y prevenir, entre otras, el alto índice de embarazos no planificados en adolescentes, con este estudio se demuestra que los jóvenes latinoamericanos no tienen conocimientos de anticoncepción. La encuesta contó con la participación de más de 5.000 jóvenes, entre los 15 y 24 años de edad, de 25 países de Asia Pacífico, Europa, Norteamérica y Latinoamérica. Los 7 países encuestados en América Latina fueron: Argentina, Brasil, Chile, Colombia, México, Perú, y Venezuela.¹⁸

Actualmente existen diversos métodos entre los cuales las parejas pueden elegir; cuyos beneficios son efectivos sea para espaciar los embarazos y prevenir las enfermedades de transmisión sexual.⁷

En la actualidad no se cuenta con registro de estudios que evalúen el nivel de conocimientos y usos de métodos anticonceptivos en mujeres del programa de planificación familiar del centro de salud Perla María Norori.

JUSTIFICACIÓN

El uso de anticonceptivos se ha vuelto un tabú en la sociedad generando prácticas no adecuadas por la carencia de conocimientos de la población. Por lo general se estudia el perfil de usuarios, la prevalencia de enfermedades cervico uterinas en un determinado grupo de mujeres, pero no se ha hecho énfasis en el nivel de conocimientos que tienen las mujeres que asisten a los programas de centros de salud, que determinen el buen uso de métodos de planificación familiar.²

El profesional de la salud tiene como tarea contribuir a promocionar la salud reproductiva: con la cual se adopte una sexualidad libre, que permita a la mujer decidir el número de hijos que desee tener, reducir el riesgo de evitar contraer una enfermedad de transmisión sexual (ETS), SIDA y de adoptar una maternidad y paternidad responsable.

Desarrollar esta investigación es de vital importancia tanto para el personal del centro de salud como para las mujeres que asisten a consultas de planificación familiar, ya que el nivel de conocimientos y uso de los anticonceptivos brindan las bases para mejorar la vida sexual con respecto a la planificación en el grupo específico de mujeres que asisten al centro de salud Perla María Norori. El farmacéutico como profesional y garante de la salud tiene el deber de brindar información sobre el uso adecuado de los métodos anticonceptivos.

Esta investigación surge de la necesidad de mejorar las estrategias brindadas a las mujeres del programa de planificación familiar a partir de los conocimientos actuales que estas poseen influyendo así en el uso adecuado de los métodos anticonceptivos.⁸

El abordaje científico que posee este trabajo investigativo, proporcionara mayor información al personal del centro de salud Perla María Norori, de como orientar y brindar una mejor educación entorno a los métodos anticonceptivos, con lo cual se mejoran los conocimientos y prácticas adecuadas que deben adoptar las mujeres que se encuentran dentro del programa de planificación familiar, garantizando una adecuada salud sexual y reproductiva de las mismas.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuáles son los conocimientos y usos de métodos anticonceptivos que poseen las mujeres del programa de planificación familiar del centro de salud Perla María Norori Enero – Julio del 2014?

OBJETIVO GENERAL

Evaluar el nivel conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en mujeres que asisten al programa de planificación familiar del centro de salud Perla María Norori Enero- Julio del 2014.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Caracterizar las pacientes que asisten al programa de planificación familiar del centro de salud Perla María Norori.
- Determinar el nivel de conocimientos de las mujeres que asisten al programa sobre métodos anticonceptivos.
- Identificar el uso actual de los métodos anticonceptivos y las razones que influyen en el mismo.

MARCO TEÓRICO

La morbilidad materna es una de las primeras causas de alteración del bienestar en el mundo en países en vías de desarrollo, por lo cual la salud reproductiva de la mujer sigue siendo una prioridad investigativa en la mayoría de estas sociedades. Los estudios de “conocimientos y uso” son una alternativa conceptual para acercarse a la complejidad del fenómeno en el área de la salud reproductiva.⁸

La propuesta de los estudios tipo conocimientos plantea un acercamiento integral para entender los comportamientos con respecto a la salud de las personas; y han sido utilizados en diversos temas de salud considerándose la base fundamental de los diagnósticos para ofrecer información a instituciones u organizaciones responsables de la creación, ejecución y evaluación de programas de promoción de la salud. Se realizan para comprender mejor por qué la gente actúa de la manera que lo hace y así, desarrollar de forma más eficaz los programas sanitarios.⁸

Los conocimientos, experiencias, la influencia social, los hábitos, la autoconfianza, la motivación, las actitudes y las posibilidades de innovar han sido identificados como determinantes del comportamiento de la salud. Una teoría es que el conocimiento es necesario para influir en la actitud que conduce a cambios en la salud. Sin embargo, otros modelos sugieren que hay una vía más compleja que conduce a modificar el comportamiento de la salud, como las experiencias y la influencia social que pueden causar diversas actitudes que llevan a cambios en el comportamiento de la salud.⁸

Otro aspecto en el que los estudios de conocimientos y uso podrían contribuir, es que proporcionan a los profesionales e instituciones de la salud herramientas para construir relaciones de confianza con las mujeres sexualmente activa; así como las posibilidades de promocionar actitudes y prácticas con respecto al bienestar reproductivo siendo coherentes con las construcciones socioculturales de éstas. Asimismo, se convierten en insumos para el diseño e implementación de estrategias efectivas de promoción de la salud para reducir alteraciones durante el embarazo, y así desarrollar recomendaciones para guiar la atención y cuidado a la gestante y su familia.⁸

La planificación familiar del MINSA como estrategia continúa haciendo un progreso, con respecto a las décadas pasadas hemos avanzado de muchas maneras. En la actualidad la planificación familiar se considera un derecho humano, una estrategia de salud pública, una medida de bienestar familiar y una condición que facilita el desarrollo socioeconómico y asegura el desarrollo sostenible esencial a la dignidad humana. Los gobiernos y las gentes en todo el mundo lo entiende de esta manera.⁴ También se puede definir la Planificación familiar como el conjunto de prácticas que son utilizadas por una mujer, un hombre o una pareja de potenciales progenitores, orientadas básicamente al control de la reproducción mediante el uso de métodos anticonceptivos en la práctica de relaciones sexuales.⁴

Dentro de la planificación familiar se incluye la educación de la sexualidad, la prevención y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual, el asesoramiento antes de la fecundación, durante el embarazo y el parto, así como el tratamiento de la infertilidad, mediante técnicas de reproducción asistida como la fecundación invitro.⁶

Los seres humanos, se reproducen de forma natural durante el acto sexual una vez que han logrado la capacidad biológica para engendrar hijos. Esta reproducción se controla mediante el uso de método anticonceptivo, lo cual permite decidir a la pareja el momento adecuado para concebir los hijos que ha planificado.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha establecido recomendaciones en relación a los criterios médicos para elegir el uso de uno u otro método anticonceptivo. Los criterios han sido desarrollados por la OMS junto con grupos, organizaciones e individuos de todos los continentes del mundo. Estos criterios pretenden garantizar que las mujeres y los hombres de todo el mundo tengan acceso a servicios de planificación familiar seguros y de alta calidad.²

Los anticonceptivos son una serie de recursos, mecánicos, quirúrgicos y farmacológicos para evitar la concepción antes, durante y después de la relación sexual. Los métodos que se administran después de mantener relaciones sexuales se denominan anticonceptivos de emergencia.³

Ningún método anticonceptivo puede considerarse mejor que otro ni es totalmente seguro. Cada método tiene sus indicaciones, por lo que los diferentes usuarios necesitan analizar cuál sea más idóneo para cada circunstancia y permita una mejor salud sexual. La eficacia teórica de cada método aumenta considerablemente si se usa correctamente.³

Clasificación de los métodos anticonceptivos

1. Métodos anticonceptivo femeninos

Métodos temporales:

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

Métodos permanentes:

- a) Oclusión tubárica bilateral
- b) Histerectomía: extracción del útero o matriz. No se considera un método anticonceptivo aunque esta operación impida la concepción.

2. Métodos Anticonceptivos Masculinos

- a) Métodos de barrera.
- b) Vasectomía (permanente).

1. Métodos anticonceptivos femeninos

1.1 Métodos femeninos temporales.

a) Métodos naturales:

Son métodos para planificar o evitar embarazos por medio de la observación de los signos y síntomas naturales de la fase fértil e infértil del ciclo menstrual de la mujer; consiste en la abstinencia del acto sexual durante la fase fértil del ciclo menstrual.

Es un autoconocimiento debido a que para usarlo es indispensable que la usuaria conozca perfectamente su cuerpo y no tenga presión a tocar sus genitales. Conozcan los cambios periódicos que ocurran en su sistema reproductor desde la época de la aparición de su primera menstruación hasta la aparición de la misma y reconozcan los signos y síntomas que indican cuando los espermatozoides pueden penetrar fácilmente en el tracto genital femenino y cuando ocurre la ovulación.⁷

Tipos:

- 1) Método del ritmo /calendario o método agino –knaus
- 2) Método de temperatura corporal basal o método térmico.
- 3) Método de moco cervical o de Billings.
- 4) Método de la palpación cervical.
- 5) Método sito térmico.

Efectividad Anticonceptiva

Teórica: 90 %

Real: 80%, bajo condiciones óptimas, interpretando bien cuáles son los días en que se pueda quedar embarazada.

Indicaciones:

- Parejas que desean evitar embarazos y están de acuerdo en usar el método.
- Parejas que asumen el riesgo sabiendo que este método es menos efectivo que otros.
- Parejas que tienen creencias religiosas o morales que no les permita usar otros métodos.

Contraindicaciones:

- Riesgo reproductivo elevado con peligro para la vida de la paciente.
- Mujeres con ciclos irregulares en cuanto a duración y característica de la menstruación.
- Dificultad de la mujer para reconocer las características de su ciclo menstrual.
- En personas que no estén en situación de practicar la abstinencia sexual cuando el método lo requiera.
- Mujeres con más de un compañero sexual.
- Pos-parto, pos-aborto y en madres lactantes.
- Perimenopausia.
- Enfermedades tales como infecciones cérvico vaginales y todos los procesos febriles que modifican la temperatura corporal.

Ventajas:

- No tiene efectos adversos en la salud de la mujer ni en el hombre.
- Algunos no tienen ningún costo económico y otros lo tienen bajo.
- Promueven en mujeres y hombres el conocimiento de sus cuerpos y funciones.
- Favorecen un mayor acercamiento y entendimiento en las parejas al compartir la responsabilidad de la procreación.
- Permiten a las personas que lo desean vivir en armonía con la naturaleza; de una manera ecologista, con énfasis en una vida saludable sin uso de ninguna tecnología.

Desventajas:

- Son menos eficaces que los otros métodos disponibles.
- Se necesita un cierto grado de alfabetización y educación formal.
- Requieren un tiempo prolongado de entrenamiento y supervisión para ponerlo en práctica.

- Necesitan especial interpretación en situaciones especiales como:
 - 1) Después del parto y durante el amamantamiento.
 - 2) En la PRE-menopausia.
 - 3) En la adolescencia.
 - 4) Después de dejar la píldora.

1. Método del Ritmo, Calendario o de Ogino-Knaus

Este método se basa en el cálculo del periodo fértil de la mujer observando la duración de sus ciclos menstruales.

Característica base:

La ovulación se produce de 16 a 12 días antes de la iniciación de la menstruación, sobre la base de la duración de los ciclos anteriores se calcula el momento de la menstruación siguiente y contando retrospectivamente desde esa fecha se determina el momento aproximado de la ovulación, a lo que hay que agregar un margen que cubra el tiempo de vida del espermatozoide y del óvulo. (Ver anexo 2, figura 1)

El resultado final es un grupo de días en los que puede haber concepción si hay contacto sexual. Los días antes y después de ese grupo probablemente serán infértiles.⁷

Calculo de periodo fértil en ciclos regulares:

Del primer día de la menstruación hasta finalizar el octavo día, se encuentra en la fase relativamente infértil y tiene pocas probabilidades de quedar embarazada si tiene relaciones sexuales.

Del final del octavo día hasta el día número 17 desde que inicio el ciclo menstrual, se encuentra en la fase fértil y debe abstenerse de tener relaciones sexuales para evitar un embarazo

Del final del día 17 hasta el primer día en que se tenga calculada la menstruación siguiente, se encuentra en la fase infértil y existen pocas probabilidades de que se produzca un embarazo al tener relaciones sexuales.

Metodología para el cálculo del periodo fértil en ciclos irregulares:

Por un tiempo de 6 a 9 meses, la pareja debe marcar en un calendario el primer día de cada menstruación. Contar los días transcurridos desde el primer día menstrual hasta el día anterior del inicio de la siguiente menstruación.

- Identificar el ciclo menstrual más corto.
- Identificar el ciclo menstrual más largo

Al ciclo más corto restarle 18 días para obtener el primer día fértil.

Al ciclo más largo, restarle 11 días para obtener el último día fértil.

De esta manera se reconoce el periodo fértil durante el cual la pareja usuaria no debe tener relaciones sexuales si no desea tener un embarazo.

Ventajas:

- Las ya mencionadas en las generales.
- No tiene costo económico.
- Favorece en mujeres y hombres el conocimiento del ciclo menstrual de planificación

Desventajas:

- Requiere de un tiempo prolongado para ponerlo en práctica.
- La abstinencia es muy prolongada.
- Existe muchos factores de salud y ambientales que pueden alterar el ritmo normal de los ciclo menstruales.
- Es inseguro en mujeres con ciclos menstruales irregulares.
- De acuerdo con estudios de genetista se ha sostenidos que este método es peligroso, ya que el espermatozoide y el óvulo decadente (por el periodo de espera) pueden dar fecundación defectuosa.⁷

Efectividad: de un 53% hasta 85.6%

2. Método de temperatura corporal, basal o método térmico

Este método identifica el periodo de ovulación por medio del registro diario de la temperatura basal durante un ciclo menstrual. La elevación de la temperatura indica que la mujer ha ovulado.

La temperatura normal del cuerpo humano oscila entre 35 y 37 °C, para la utilización de este método térmico la mujer en periodo infértil posee la temperatura más baja que alcanza el organismo en una persona de buena salud, cuya medición se debe efectuar todas las mañanas, en la misma situación, por la misma vía, después de al menos 6 horas de sueños continuo. La medición puede ser oral, rectal, o vaginal pero la más exacta es la rectal.⁷

Característica base:

Cambio de temperatura del cuerpo que se produce poco después de la ovulación relacionada con la secreción de progesterona por el cuerpo lúteo.

El aumento es de 2 a 5 décimas y permanece en ese nivel alto hasta la siguiente menstruación.

El periodo fértil pos ovulatorio del ciclo comienza 3 días de observarse el alza de temperatura.⁷ (Ver anexo 3, figura 2)

Procedimiento:

Debe tomarse la temperatura a partir de 5 días del ciclo por la mañana, antes de levantarse de la cama y luego de un periodo de reposo.

Es necesario ir anotando los registros de temperatura en una hoja de papel adecuada, e ir trazando una curva para poder observar los cambios con claridad. En los días después de la menstruación se registra temperaturas bajas y estas vuelven a subir a partir de la ovulación.

Hay que tener una abstinencia de 72 horas como mínimo, a partir del día en que se detecta el aumento de la temperatura, si se desea evitar un embarazo.⁷

Ventajas:

- Las ya mencionada en las generales.
- Favorece a mujeres y hombres el conocimiento sobre la fisiología de la ovulación.
- Proporciona en las mujeres el reconocimiento en su cuerpo de los signos y síntomas de la ovulación.
- El costo económico es bajo.

Desventajas:

- Requiere de un periodo de orientación de varios meses en el manejo del método.
- Existe dificultad en la interpretación de lagunas curvas térmicas
- La identificación real de la ovulación es retrospectiva.
- Es necesario un estilo de vida que asegure un mínimo de 6 horas de sueños nocturnos.
- Es necesario una buena salud física general que evite las fiebres parasitarias, no ovulatorias.
- Requiere de un termómetro y de saberlo leer.
- Exige un mayor cuidado de interpretación en las siguientes situaciones especiales:
 - ✓ Después del parto y durante el amamantamiento.
 - ✓ En la premenopausia.
 - ✓ En la adolescencia.
 - ✓ Después de dejar la píldora.

Efectividad:

Hay pocos estudios sobre su efectividad; lo que informa que la misma alcanza del 77.9%.

3. Método del moco cervical o de billings

Este método reconoce los periodos pre y posovulatorio por medio de la observación, interpretación y sensaciones vaginales y vulvares que produce los cambios en la calidad y cantidad del moco cervical. (Ver anexo 4, figura 3)

Base biológica:

En ciclos corrientes de unos 28 días, durante los días inmediatamente posteriores a la menstruación, bajo la influencia del estrógeno, el moco cervical forma un tapón grueso y viscoso que ocluye el cuello del útero y hace que la vulva se note seca al tacto.

Durante el tiempo de la ovulación, por efecto de la progesterona, el moco cambia a una sustancia más líquida, muy lubricante y elástica que puede estirarse hasta 6cms que fluye abundantemente y hace que la vulva se note humedad al tacto.

Al utilizar este método hay que asumir que se puede haber ovulado desde dos días antes de la aparición de estos signos y que se continuara siendo fértil hasta 4 días después del último día de moco abundante y resbaloso.⁷

Procedimiento:

- Para identificar el tipo de moco cervical, la mujer debe observar sus secreciones tomándolas directamente de la vagina o de la vulva u observándola en el papel higiénico después de orinar y abstenerse de tener relaciones sexuales coitales o usar algún método de barrera durante el primer ciclo.
- El período fértil comienza con la aparición de flujo o con la sensación de humedad en la vagina.
- Al terminar el flujo hay que abstenerse cuatro días seguidos.
- En cualquier etapa del ciclo, si hay flujo mucoso o manchas debe abstenerse de tener relaciones sexuales coitales, o debe usar métodos de barrera ese día y durante los dos días siguientes.
- Cuando los ciclos son cortos, la mujer tendrá pocos o ningún día seco después de la menstruación y antes de la ovulación.
- Cuando se esté iniciando la identificación del tiempo fértil, húmedo no se debe tener relaciones coitales.
- Llevar una cuidadosa observación durante el día y anotar los resultados antes de acostarse.
- Acudir a consejería cada mes llevando las anotaciones hasta poder distinguir bien su día cúspide.⁷

Ventajas:

- Las ya mencionadas en las generales de los métodos naturales.
- Favorece en mujeres y hombres el conocimiento sobre la fisiología de la ovulación.
- Propicia en las mujeres la apropiación de su cuerpo y el reconocimiento en el mismo de los signos y síntomas de la ovulación.
- No tiene ningún costo económico.

Desventajas:

- Requiere de un período de orientación y supervisión de varios meses en el manejo del método.
- La identificación real del día de la ovulación es retrospectiva.
- Presenta dificultades para las mujeres que no quieren manipular sus genitales ni observar sus secreciones.
- Es indispensable una buena salud vaginal ajena a las infecciones y enfermedades de transmisión sexual.

Existen muchas condiciones en las cuales las características del moco cervical pueden variar como son el uso de duchas vaginales, las infecciones vaginales, las espumas, jaleas, lubricantes, óvulos, la presencia de semen y estimulación.

Efectividad:

Se encuentra en la literatura una variedad en las tasas de efectividad de este método.

Se informa sobre una efectividad del 84.6% cuando hay violación consciente de las normas; del 94% por aplicación incorrecta de las instrucciones y por falla del método.

4. Método de la palpación cervical.

Este método identifica los días fértiles al detectar cambios en la consistencia y posición del cuello del útero por medio de la palpación que la mujer realiza por ella misma. (Ver anexo 5, figura 4)

Base Fisiológica:

Durante la fase infértil el cuello del útero es firme al tacto o sea que tiene consistencia de cartílago y el orificio externo está cerrado; además el cuello del útero está bajo la pelvis.

Al subir el nivel de estrógeno con la proximidad de la ovulación, el cuello del útero se vuelve blando, el orificio se abre y está más alto en la pelvis.⁷

Procedimiento:

- La palpación del cuello del útero se hace mejor si la mujer esta erguida con el pie izquierdo sobre un taburete o con una silla (el pie derecho si es zurda).
- Se insertara el dedo medio de la mano derecha en la vagina y se palpara el cuello del útero y el orificio externo del mismo.
- Una vez que la mujer ha palpado el cuello del útero todos los días durante un ciclo podrá distinguir fácilmente entre firme y blando.
- Debe evitarse el acto sexual coital desde que empiezan los cambios en el cuello del útero y se reanudarán las relaciones cuando el cuello vuelva a estar firme y cerrado.⁷

Ventajas:

- Las ya mencionadas en las ventajas generales.
- Favorece en las mujeres el conocimiento de su cuerpo y el reconocimiento en el mismo de los signos y síntomas de la ovulación.
- No tiene ningún costo económico.
- Puede ser de gran ayuda durante la lactancia o en la premenopausia cuando los cambios en la temperatura y en el moco cervical son difíciles de interpretar.
- Puede ser utilizado por mujeres ciegas, que desean cerciorarse por ellas mismas independientemente de ayuda externa, ya que el método no necesita de observación visual, sino solo de practicar el sentido del tacto.

Desventajas:

- No se ha realizado ningún estudio para comprobar la certidumbre y consistencia de estos cambios, correlacionándolos con los niveles de hormonas en sangre.
- Presenta dificultad para las personas que no quieran manipular sus genitales.

Efectividad:

No se encuentran datos en la literatura

5. Métodos sintotérmico

Este método consiste en la determinación de la fase fértil de la mujer mediante la observación de una combinación de señales. En principio es una combinación del método del moco cervical y el método de la temperatura corporal basal. También puede utilizar los datos de ciclo anteriores y secundariamente síntomas tales como el dolor abdominal bajo, pintas de sangrado intermenstruales, sensibilidad en los senos y cambios de humor. (Ver anexo 6, figura 5)

Procedimiento:

- Elaborar una gráfica llevando un registro de la fechas con relación a los días del ciclo en la misma forma para las dos modalidades (del moco cervical y de la temperatura basal).
- Las relaciones sexuales coitales se podrán tener en la fase preovulatoria solamente, en los días secos y en la fase posovulatoria, después del tercer día de temperatura alta o al cuarto día siguiente al pico de mucosidad.⁷

Ventajas:

- Las ya mencionadas en general y para cada uno de los métodos involucrados.
- Proporciona un doble control.

Desventajas:

- Las ya mencionadas en general y para cada uno de los métodos involucrados.

Efectividad: diferentes estudios muestran un amplio rango desde 81.7% hasta 92.8%

b) Métodos femeninos de barrera.

Son métodos anticonceptivos de uso temporal que evitan el paso del espermatozoide hacia el cuello del útero, de manera física o química.

Métodos femeninos físicos:

- Diafragma.
- Capuchón cervical.
- Condón femenino.

Métodos químicos o Espermicidas:

- Cremas.
- Tabletas.
- Esponjas.
- Espuma.
- Películas.
- Jaleas.
- Óvulos.
- Parches

Los espermicidas son métodos anticonceptivos formados por dos componentes, uno químico (que normalmente es nonoxinol-9) y otro inerte, cuya acción principal es desactivar o matar a los espermatozoides a fin de prevenir el embarazo.

En forma de espuma, el espermicida inmoviliza a los espermatozoides y bloquea con burbujas la entrada al útero. Los geles y óvulos se disuelven dentro de la vagina convirtiéndose en un líquido espeso que le quita movilidad a los espermatozoides.

Los espermicidas deben colocarse entre 10 y 30 minutos antes de mantener relaciones sexuales. La mujer debe acostarse o ponerse en cuclillas y aplicar el producto lo más cuidadosamente posible en lo profundo de la vagina. En caso de volver a tener relaciones, debe aplicarse más cantidad.

En su uso perfecto, los espermicidas poseen una eficacia del 94 por ciento. En su uso típico, ésta se reduce al 74 por ciento.

Entre sus ventajas encontramos que es fácil de aplicar y no produce efectos secundarios. Como puntos en contra, se destaca que no es tan eficaz como otros métodos anticonceptivos y puede llegar a producir reacciones alérgicas en el pene y la vagina e irritar el tejido vaginal. No previene las enfermedades de transmisión sexual.

Efectividad Anticonceptiva:

Bajo condiciones habituales de uso, estos métodos brindan protección anticonceptivas de un 75% a un 95%.

Ventajas:

- Contribuyen a prevenir las enfermedades de transmisión sexual, el VIH y el SIDA.
- Son controlados por las usuarias.
- Refuerza la autonomía de la mujer en su vida reproductiva.

NOTA: Ninguno de los métodos anticonceptivos de barrera femeninos se encuentran disponibles a través de las unidades del MINSA. Por lo que la descripción y detalles específicos de cada uno de estos métodos se explican ampliamente en el manual de salud reproductiva del Ministerio de Salud.

Diafragma:

Consiste en un aro metálico flexible con una membrana de látex, que se inserta en la vagina e impide el paso de los espermatozoides hacia el útero en el coito.(Ver anexo 7,

figura 6) Se lo puede conseguir con una receta dada por un ginecólogo, ya que las medidas de la vagina de cada mujer varían y necesitan un diafragma de diferente tamaño.¹⁰

El diafragma puede insertarse en la vagina de dos hasta seis horas antes del coito. Antes de cada nuevo coito hay que aplicar más espermicida en el interior de la vagina. También es necesario comprobar la correcta colocación del diafragma antes de cada acto. Después del coito, la mujer debe mantener el diafragma en su posición durante al menos 6 horas, pero nunca durante más de 24 horas.¹⁰

Con el diafragma sólo se pueden utilizar lubricantes acuosos. Los de base oleosa, como la vaselina, pueden dañar la estructura del caucho y provocar desgarros y perforaciones. El diafragma se lava con jabón y agua después de cada uso y a continuación se aclara escrupulosamente, pues el jabón podría deteriorar el caucho. Se debe examinar con regularidad mirándolo al trasluz o llenándolo de agua para comprobar si tiene algún orificio. Hay que cambiarlo cada dos años aproximadamente y siempre que se ganen o se pierdan más de 9 kg de peso, después de un embarazo y después de cualquier intervención de cirugía de la pelvis.¹⁰

El diafragma proporciona cierta protección frente a las enfermedades de transmisión sexual (ETS), pero no frente al virus de la inmuno-deficiencia humana (VIH), causante del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). Puede aumentar el riesgo de contraer infecciones urinarias (es decir, de la vejiga o la uretra). Las mujeres que sufran infecciones urinarias cada vez que usen diafragma, deben buscar otro método anticonceptivo.¹⁰

El diafragma se comercializa en distintas tallas y debe prescribirlo un médico, quien comprobará su correcto ajuste. El espermicida provoca en algunas mujeres irritación vaginal.

Muchas mujeres opinan que los diafragmas reducen el placer, ya que provocan cierto dolor al ser introducidos en la fosa vaginal. Ciertos estudios revelan que el 56,89% de las mujeres prefieren un dispositivo intrauterino.

Ventajas:

- El diafragma puede ser instalado antes de mantener una relación sexual, con lo que no influye en la espontaneidad de ésta.

Desventajas:

- Baja efectividad
- Aumenta el riesgo de infección urinaria
- No protege contra enfermedades de transmisión sexual
- Su colocación puede ser incómoda ya que debe introducir sus dedos provocando dolor por no tener una dilatación que haga que sea mucho más cómoda su ubicación.
- Puede provocar sangramiento al ser ubicado en la vagina y si es colocado en una mujer virgen romperá el himen.

➤ Capuchón cervical:

La cubierta cervical es un dispositivo de hule látex, en forma de un dedal, que se introduce dentro de la vagina y cubre el cuello uterino. La succión mantiene la cubierta en su sitio. La cubierta cervical proporciona una barrera para impedir la entrada de los espermatozoides al útero, y así previene la fertilización. Debe permanecer en su sitio por 8 horas después de cada coito. La cubierta cervical se usa con jaleas o cremas espermicidas. La cubierta cervical tiene una efectividad del 84% al 91% para las mujeres que nunca han dado a luz. Es del 68% al 74% efectivo para las mujeres que sí han dado a luz. La cubierta cervical ofrece protección limitada contra infecciones de transmisión sexual. El capuchón no es muy utilizado debido a que su colocación es difícil y poco práctica.¹⁰ (Ver anexo 8, figura 7)

Ventajas:

- No produce cambios hormonales

Desventajas:

- Debe ser instalado 24 horas antes del coito, por tanto no impide la espontaneidad de la relaciones coitales.

- No protege contra las infecciones de transmisión sexual
- Dificultad de instalación
- Aumenta el riesgo de infección urinaria

➤ **Condón femenino:**

Consiste en una delgada funda que se ajusta a las paredes de la vagina y se puede llevar puesto hasta 8 horas. A diferencia del preservativo masculino no queda ajustado a tensión y por la humedad y temperatura propias de la vagina se adhiere cómodamente y su presencia es casi inapreciable. (Ver anexo 9, figura 8)

Su diseño proporciona mayor protección a la mujer contra las enfermedades de transmisión sexual, como la de VPH-virus del papiloma humano- y por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH); pues impide el contacto de los genitales masculinos y del semen (donde se encuentran los espermatozoides) con la vagina y genitales femeninos externos, limitando el acceso al óvulo, y evita el embarazo. Además protege al escroto del varón de quedar expuesto a contagio al insertar por vía anterior o posterior.¹⁰

Se calcula que su efectividad es de 88 % a 98 % si se utiliza correctamente.

Procedimiento:

Se debe comprobar la fecha de caducidad y el correcto estado del preservativo.¹

- No hace falta esperar a la erección del pene como ocurre con los preservativos del hombre; inicie juntando el anillo interior desde la parte externa del preservativo para introducirlo en la vagina.
- Una vez en la vagina se coloca el dedo pequeño dentro del preservativo para avanzarlo pasando el nivel del hueso del pubis y alcance el fondo, igual como se coloca un óvulo vaginal, teniendo cuidado con los posibles objetos cortantes (uñas, anillos...).
- El anillo externo y un pequeño segmento del CF quedan por fuera para impedir el contacto de los genitales masculinos, especialmente raíz del pene y testículos, con

la vulva y piel del área genital de la mujer, sitios susceptibles de contagio por virus del papiloma humano, entre más causantes de ETS.

- Una vez terminado el coito se le da un par de vueltas al anillo externo para que no se salga el semen y se tira del preservativo para sacarlo.

c) Métodos Mecánicos

➤ Dispositivo intrauterino (DIU)

Descripción y Tipo:

Son métodos anticonceptivos de uso temporal que se colocan dentro de la cavidad uterina.

Los dispositivos intrauterinos disponibles consisten en un cuerpo semejante a una T de polietileno flexible y contienen un principio activo o coadyuvante de cobre y tienen además hilos guías para su localización y extracción (Ver anexo 10, figura 9). Actualmente las unidades del MINSA cuentan con las T de cobre 380 y 380 A en presentación individual con su insertor.⁷

Efectividad anticonceptiva:

Este método brinda de 97% al 98% de protección anticonceptiva.

Indicaciones:

- Mujeres que no deseen el uso de otros métodos anticonceptivos en las siguientes circunstancias:
 - ✓ En el intervalo intergenesico.
 - ✓ En el posparto, trans y poscesárea, con o sin lactancia.
 - ✓ En el post-aborto.
 - ✓ Mujeres que tengan contraindicaciones en el uso de anticonceptivos hormonales.
- Mujeres en la edad fértil con vida sexual activa que deseen un método anticonceptivo temporal de alta efectividad y seguridad.

Contraindicaciones Absolutas:

- Embarazo o sospecha de embarazo.
- Útero de histerometría menor de 6cms.
- Patología que deforme la cavidad uterina.
- Carcinoma del cerviz o del cuerpo uterino.
- Enfermedad inflamatoria pélvica activa.
- Corioamnionitis o infección puerperal activa.
- Endometritis.
- Alteraciones anatómicas congénitas del cuerpo y del cérvix uterino.
- Hemorragias genitales de etiología desconocida.
- Alteraciones en la coagulación de la sangre.
- Citología del cerviz de alto riesgo.
- Infección cervico vaginal.

Contraindicaciones relativas:

- Mujeres nulíparas.
- Dismenorrea severa.
- Retroversión uterina fija grado 3.
- Anemia grave.
- Prácticas sexuales de riesgo.
- Expulsión previa.
- Antecedentes de embarazo ectópico.
- Hiperplasia endometrial.
- Ruptura prematura de membranas.
- Trabajo de parto prolongado.

Lineamientos específicos para la prescripción:

El DIU puede ser insertado en los siguientes momentos:

- Periodo intergenesico o de intervalo, el DIU debe insertarse preferentemente durante la menstruación.
- Pos placenta, la inserción debe realizarse en 10 minutos posterior a la salida de la placenta; esta técnica puede llevarse a cabo después de un parto o durante una cesárea.
- Prealta al egreso hospitalario se puede hacer la colocación del DIU antes de que la paciente sea enviada a su domicilio, después de la resolución de cualquier evento obstétrico o ginecológico.
- Posaborto: inmediatamente después del legrado o aspiración endouterina.
- Puerperio tardío: entre 4 y 6 semanas posaborto, parto y poscesárea.

Técnicas de inserción del DIU durante el intervalo intergenésico:

Se informara a la usuaria cómo será el procedimiento de inserción y de la importancia de su colaboración durante el mismo.⁷

1. Se hará una exploración pélvica bimanual previa a la colocación del DIU para precisar la forma, tamaño y posición del útero, así como para descartar alguna patología pélvica, embarazo o infección pélvica activa.
2. Colocar el especulo en la vagina para visualización del cuello corroborando que no existan secreciones vaginales anormales. Proceder a su limpieza con algodón impregnado de solución antiséptica.
3. Colocar tenáculos en labios anteriores del cuello a 1.5 a 2cms. del orificio cervical externo. Es útil para estabilizar el cérvix, sobre todo cuando es necesario enderezar el canal cervical o es necesario dilatar un cérvixestenoso.
4. Practicar histerometría lenta y suave (muchos dispositivos traen histerómetro de material plástico) para confirmar dirección y longitud del canal uterino.
5. Armar el DIU dentro del aplicador bajo condiciones estériles, se prefiere dentro de su sobre.

6. Colocar el DIU en cavidad uterina empujando el mandril dentro del aplicador.
7. Retirar el tenáculo y posteriormente cortar los hilos del DIU a 2-3 cm del orificio externo.
8. Presionar con una mota de algodón o gasa por 5 minutos para ver si hay sangrado proveniente del cuello provocado por el tenáculo.
9. Retirar el espejulo, realizar tacto vaginal de comprobación

Instrucciones posincursión para la usuaria:

Se deben proporcionar instrucciones verbales y por escrito, utilizando un lenguaje sencillo:

- Informar sobre el tipo de DIU que se colocó.
- Mostrarle el dispositivo o una foto del mismo.
- Debe entregársele el instructivo que trae el DIU y ponerle el nombre de la usuaria; la fecha de la aplicación y la fecha del cambio.
- Explicarle cuanto tiempo la protegerá.
- Explicarle la forma de verificar la posición de los hilos por lo menos una vez al mes, principalmente después de la menstruación.
- Explicarles que algunas mujeres pueden experimentar cólicos, sangrados abundantes o ligeros manchados ínter menstruales.
- Informarles sobre los síntomas de las complicaciones potenciales: dolor abdominal constante, dispareunia, leucorrea abundante, fiebre posincursión, amenorrea u otros síntomas de embarazo, ligeros manchado intermenstruales, sangrado poscoito; orientar a dónde acudir en caso de que se produzcan estas situaciones.
- Garantizarle que el DIU se puede retirar en caso que cambie de parecer acerca del método y que no es aconsejable retirarlo personalmente.
- Las fechas en que debe acudir a los controles serán iguales a las normas de seguimientos del DIU de intervalo.

Duración de la protección anticonceptiva:

- La duración de la efectividad anticonceptiva de los dispositivos tipo Tcu 380 y 380A es de ocho a diez años.
- Al término del periodo de efectividad del DIU, si la usuaria requiere aun este tipo de método, debe remplazarse por otro en forma inmediata a la remoción.⁷

En el caso de las inserciones posparto y transcesarea:

- Recordarle que el DIU no afecta la lactancia.
- Aclararle que en pocas semanas los hilos pasaran del útero a la vagina, los cuales serán cortados posteriormente durante la visita de seguimiento.
- Informarle sobre la posibilidad de expulsión, principalmente durante las primeras semanas, en cuyo caso se puede colocar un nuevo DIU, si lo desea.

Efectos Colaterales.

Dolor Posinserción:

- ✓ Leve: es normal; dar analgésicos.
- ✓ Severo: puede indicar una complicación (por ejemplo, una perforación), consultar o referir.

Sangrado Posinserción:

- ✓ Leve: es normal; explicar a la paciente.
- ✓ Intenso: pensar en una complicación (perforación).

Sangrado intermenstrual:

- ✓ Manchado o secreción serosanguinolenta entre los periodos.
- ✓ Hipermenorrea: reforzar consejería; valoración individual de cambio de método

Complicaciones:

- Expulsión del DIU, parcial y /o completa.
- Pérdida u otro problema de los hilos del DIU.
- Perforación – incrustación.
- Enfermedad inflamatoria pélvica.
- Embarazo uterino.
- Embarazo ectópico.

➤ **Parches hormonales**

Existe, dentro del repertorio de anticoncepción, un método conocido como parches hormonales, el cual es un poco costoso (oscila entre 150 y 200 córdobas), el cual se coloca en áreas donde no hay mucho frotamiento (Ver anexo 11, figura 10). Vale resaltar que no evita las ETS y es una alternativa para mujeres de 19 años en adelante y no mayor de 40 kilos de peso. Cada parche cumple con su cometido una vez por semana, de modo que suman cuatro parches por mes.¹⁰

d) Métodos hormonales femeninos.

Son sustancias o combinación de sustancias esteroideas (estrógenos y/o progestágenos), cuya administración o aplicación por diferentes vías evitan el embarazo.

Clasificación:

- Hormonales Orales
 - ✓ Combinados.
 - ✓ Solo progestágeno.
- Hormonales Inyectables Intramusculares.
 - ✓ Mensuales.
 - ✓ Trimestrales.
- Hormonales Implantes Subdérmicos.
 - ✓ No biodegradables (NORPLANT).
 - ✓ Biodegradables.

- **Métodos hormonales orales:**

Consisten en hormonas sintéticas similares a las hormonas sexuales producidas por el ovario, los estrógenos y la progesterona. Se usan en una combinación de dosis que inhiben la ovulación. Tienen un índice de seguridad de 98-99%. (Ver anexo 12, figura 11)

Las hormonas sintéticas están hechas de la progesterona proveniente de plantas y de los estrógenos de origen animal, sin embargo estas hormonas no son iguales a las hormonas que su cuerpo utiliza (por lo general se añade un enlace covalente o moléculas con el fin de que pueda ser patentado).

Su falla puede deberse al olvido de una píldora o si la paciente llegara a presentar vómitos o diarreas mientras las estuviese tomando ya que pueden dificultar su absorción y disminuir su efectividad, por lo que se recomienda de ocurrir esta situación, utilizar algún método anticonceptivo adicional, preferiblemente de barrera.¹⁰

En período de lactancia lo indicado es que la mujer consulte a su médico para planificar y no poner en riesgo su salud y la de su hijo.

Ventajas:

- Muy efectiva y fácil de usar.
- No interfiere con el acto sexual.
- Regulariza los ciclos menstruales.
- Disminuye la probabilidad de cáncer de ovario y de endometrio.
- Previene la aparición de tumores benignos de ovario y de mama.
- Alivia síntomas premenstruales y dolor menstrual.
- Protege contra embarazo ectópico.

Desventajas:

- Se deben tomar siempre a la misma hora.
- Puede producir efectos secundarios generalmente de carácter pasajeros (dolor de cabeza, vómitos, náuseas, tensión mamaria, aumento de peso, aparición de várices).

- Requiere prescripción médica y control periódico, para prevenir ciertos efectos si toman píldoras que no se ajusten a las características muy particulares de cada mujer.
- Está contraindicada en mujeres fumadoras y mayores de 35 años (la edad es una contraindicación relativa).

➤ **Hormonales orales combinados**

Contienen una combinación de estrógeno y progestágeno.

Tipos:

- ✓ Dosis Altas: Con dosificaciones de etinilestradiol mayor o igual a 50 microgramo asociadas con progestagenos de primera generación en dosis altas mayores o igual a 500 microgramos. No disponibles en las unidades de salud del MINSA.
- ✓ Dosis Media: Con dosificaciones de etinilestradiol de 50 microgramo asociados con progestagenos de segunda generación de 500 y 250 microgramo. Ejemplo: Neogynón y Eugynón (según clasificación moderna presentada en el manual de salud reproductiva del MINSA).
- ✓ Dosis Bajas: Con dosificación de etinilestradiol de 35 microgramo asociada con progestagenos de primera generación de 1000 microgramo y con progestágeno de tercera generación de 250 microgramo; no disponible en las unidades de salud del MINSA
- ✓ Microdosis: con dosificaciones de etinilestradiol de 30 y 20 microgramos asociados con progestagenos de segunda generación de 300 y 150 microgramos y con progestagenos de tercera generación de 250, 150 y 75 microgramos. Ejemplo: lo-femenal.

Antiandrógenos: con dosificaciones de etinilestradiol de 35 microgramos asociados con un progestágeno antiandrógeno, el acetato de ciproterona de 2000 microgramos. No disponibles en las unidades de salud del MINSA. ⁷

Presentaciones:

Las presentaciones existentes en las unidades de salud del MINSA son de 28 tabletas, de las cuales las primeras 21 contienen hormonas, seguidas de 7 tabletas que contienen hierro.

Descripción:

Los estrógenos actúan impidiendo la ovulación. Los progestagenos actúan a nivel del moco cervical, del endometrio y de las trompas de Falopio.

Bajo condiciones habituales de uso este método brinda protección anticonceptiva del 92 al 99% la cual está limitada al ciclo al que se ingiere las pastillas en forma correcta. Las fallas del método se reportan de 0.2 a 1 embarazo por cada 100 mujeres por año de uso.⁷

Ventajas:

Son muy eficaces, fáciles de usar, reversibles, su uso es independiente del coito y da mayor tranquilidad a la usuaria al eliminar el riesgo de embarazo haciendo que disfruten más las relaciones sexuales; son seguros, ya que se reportan pocas complicaciones y riesgos de muerte.

Desventajas:

- No se pueden usar durante la lactancia.
- Se requiere un suministro periódico de píldoras y estricta ingestión diaria.
- Una vez interrumpido el uso, se puede recuperar la fertilidad más lentamente, en unos dos o tres meses.
- No protegen contra las enfermedades de transmisión sexual y el VIH/SIDA.

Efectos Beneficiosos no Anticonceptivos:

- Reduce o alivia los dolores menstruales (dismenorrea).
- Mejora la tensión pre-menstrual.
- El sangrado pre-menstrual disminuye en cantidad y el número de días.
- Protege contra las enfermedades inflamatorias pélvicas ya que el espesamiento del moco cervical impide la penetración de las bacterias.

- Reducen la incidencia de quistes funcionales en el ovario.
- Reducen la incidencia de enfermedades benignas de la mama al 50%.
- Reducen la incidencia de cáncer de ovario y endometrial.
- Reducen el riesgo de embarazo ectópico.
- Pueden mejorar los desórdenes sebáceos (acné, piel grasosa).
- Protege contra la anemia producida por el sangrado menstrual excesivo.

Indicaciones:

- Mujeres jóvenes y adolescentes sexualmente activas.
- Parejas que desean espaciar los embarazos.
- Mujeres nulíparas.
- Mujeres no lactantes en el periodo de posparto o poscesárea comenzando de inmediato.
- Parejas que desean un método reversible a corto o largo plazo.
- Mujeres en el periodo posaborto inmediato.
- Mujeres con periodo menstruales dolorosos y abundantes.
- Mujeres con quistes de ovarios funcionales.
- Mujeres que está contraindicado el DIU.

Contraindicaciones Absolutas (No Usarlos):

- Embarazos
- Enfermedades circulatorias pasadas y presentes como: trombosis de venas profundas, embolia pulmonar, accidente cerebro vascular, insuficiencia cardiaca, hipertensión arterial esencial severa, enfermedad vulvar cardiaca.
- Tener o haber tenido cáncer mamario, o de ovario.
- Tener o haber tenido tumores hepáticos benignos o malignos.
- Enfermedad hepática aguda o crónica activa (insuficiencia hepática, adenoma hepático).
- Durante la administración crónica de rifampicina o anticonvulsivantes.

- Tabaquismo excesivo, consumo mayor de 20 cigarrillos por día.
- Sangrado no diagnosticado del tracto genital.
- Diabetes mellitus no controlada.
- Migraña, jaqueca (focal severa).
- Alergia a los anticonceptivos hormonales.
- Síndrome urémico hemolítico.
- Adenoma de la hipófisis con hiperprolactinemia.
- Enfermedad trofoblástica reciente hasta que se hagan negativa las gonadotropinas coriónicas en sangre o en orinas.

Mecanismo de acción:

La Píldora contraceptiva es un fármaco que contiene dos sustancias, estrógenos y progesterona, parecidas a las hormonas sexuales femeninas. Estas sustancias van a parar a la sangre e impiden que los ovarios maduren el óvulo. Al no existir la ovulación, tampoco es posible la fecundación y, por tanto, no puede producirse un embarazo.¹⁰

Administración:

Los anticonceptivos hormonales orales, en el primer ciclo de tratamiento, deben iniciarse preferentemente dentro de los primeros cinco días del ciclo menstrual.

En las presentaciones de 28 tabletas, se ingieren una de estas, de las que contienen hormonas, diariamente durante 21 días consecutivos, seguido de siete días durante los cuales se ingiere diariamente una tableta que contiene hierro; los ciclos subsecuentes se inician al concluir el previo, independientemente de cuando se presenta el sangrado menstrual.⁷

En la presentación de 21 tabletas se ingiere una de estas a diario durante 21 días consecutivos, seguido de 7 días de descanso sin medicación; los ciclos subsecuentes deben iniciarse al concluir los siete días de descanso del ciclo previo independientemente de cuándo se presenta el sangrado menstrual.⁷

Este método se debe suspenderse dos semanas antes de una cirugía mayor electiva o durante la inmovilización prolongada de alguna extremidad y reiniciarse dos semanas después.

Efectos adversos menores:

- Náuseas, vómitos, mareos, cefalea.
- Ganancia de peso por retención hídrica que producen los progestagenos.
- Turgencia mamaria y sensibilidad de las mismas (Mastalgia y mastodinia).
- Retraso menstrual o amenorrea.
- Sangrado intermenstrual (spotting) o sangrado menstrual escaso (hipomenorrea)
- Cambios de humor o depresión.
- Cambios en la piel (cloasma, telangectasia, neurodermatitis, eritema multiforme, eritema nodoso, eccema, fotosensibilidad)
- Pérdida del cabello o alopecia.
- Disminución de la libido.
- Disminución de la gamma globulina circulante.

Efectos adversos mayores y complicaciones:

- Se reduce la tolerancia a la glucosa y en un 3% presentan hiperglicemia.
- Alteración del metabolismo de los lípidos.
- Alteración del mecanismo de la coagulación provocado principalmente por el estrógeno.
- Se pueden presentar síntomas alarmante como dolor abdominal intenso, dolor torácico intenso y dolor cefalea intensa o migraña severa, visión borrosa, fosfo acúfenos, ceguera, dolor de miembros inferiores, ictericia esto efectos se asocian a las siguientes complicaciones:
 - ✓ Trombosis superficial o profunda de los miembros inferiores
 - ✓ Embolia pulmonar
 - ✓ Crisis hipertensiva
 - ✓ Cardiopatía isquemia

- ✓ Accidente cerebro vascular
- ✓ Trombosis mesentérica
- ✓ Trombosis retinina
- ✓ Trombosis pélvica
- ✓ Infarto al miocardio

Interacción con otros medicamentos:

Los siguientes medicamentos disminuyen el efecto anticonceptivo de los métodos hormonales:

- Fenobarbital
- Carbamazepina
- Griseofulvina
- Penicilina y ampicilina
- Fenitoina
- Primidona
- Rifampicina
- Tetraciclina

➤ **Hormonales orales con progestágenos**

Este método utiliza una sustancia asteroidea de progestágenos que, administrada por vía oral, evita el embarazo.

Su eficacia es del 90 al 97% con una efectividad menor que los combinados (9.5% vs. 12.9%). Las tasas de fracaso oscilan entre 1.1 a 9.6 embarazos por cada 100 mujeres que lo usan durante un año. ⁷

El mecanismo de acción es a nivel del moco cervical, el endometrio y las trompas de Falopio. La eficacia aumenta cuando hay anovulación, esta se asocia con amenorrea o con sangrado de intervalos largos. La duración anticonceptiva está limitada al día que se ingiere la tableta. Se omite una o más tabletas, el método es inefectivo ⁷

La fertilidad no se demora en retornar al suspenderlas.

Presentación:

La presentación usada en el MINSA es elovrette que contiene 75 mcgr. de norgestrel.

Ventajas:

Las mismas ventajas de los métodos hormonales orales combinados y además:

- Son más fáciles de usar de utilizar porque todas las pastillas son iguales.
- Se pueden usar en pacientes diabéticos.
- No llevan estrógenos y tienen menos progestágenos.
- Tienen poco impacto sobre la función hepática.
- No tiene efecto sobre la presión arterial y la coagulación.
- Se pueden usar cuando la lactancia ya ha comenzado; la fertilidad retorna de inmediato al suspenderlas.

Desventajas:

- Se requiere de un suministro periódico y estricta ingestión diaria a la misma hora.
- No se recomienda su uso cuando se garantiza la administración correcta.
- Es menos eficaz que los hormonales orales combinados, o los DIU.
- Son menos efectivos ya que la anovulación se presenta solo en un 50% de los casos.
- Suelen causar hemorragias irregulares.
- Están menos disponibles en el MINSA y el comercio.
- No protegen contra las enfermedades de transmisión sexual y el SIDA.

- Deben usarse con precaución en caso de insuficiencia renal, cardiopatía isquémica y depresión nerviosa importante.
- Hay mayor riesgo que se produzcan quistes funcionales de ovarios.
- Hay mayor riesgo de embarazos ectópicos si se presenta la ovulación.

Indicaciones:

- Mujeres de toda edad reproductiva, con cualquier número de hijos que deseen un método anticonceptivo de alta efectividad.
- Adolescentes que acepten la responsabilidad de la ingesta, diaria y a la misma hora, de las tabletas.
- Antes del primer embarazo, cuando el uso de estrógenos está contraindicado.
- En el posparto o poscesárea con o sin lactancia y cuando se deseen anticonceptivos orales.
- Mujeres fumadoras de cualquier edad.
- Mujeres con dismenorrea de moderada a severa.
- Mujeres con anemia falciforme.
- Mujeres con hipertensión arterial o cefaleas vasculares previas a la toma de anticonceptivos hormonales o provocados por el uso de combinados.
- Mujeres diabéticas y obesas.

Contraindicaciones:

- Sangrado uterino anormal, no diagnosticado.
- Tener o haber tenido tumores hepáticos benignos o malignos.
- Durante la administración crónica de rifampicina o anticonvulsivantes, y otros medicamentos que interfieren en la acción anticonceptiva de los hormonales.
- Insuficiencia renal.
- Cardiopatía isquémica.
- Depresión importante.
- Migraña focal.

Administración:

El primer ciclo del tratamiento con anticonceptivos hormonales orales que solo contienen progestágenos debe iniciarse preferentemente el primer día de la menstruación; se debe ingerir, sin interrupciones, una tableta diaria, incluso durante la menstruación, sin intervalo alguno. ⁷

Su acción anticonceptiva se establece en 48 hrs. Pero se aconseja, durante el empleo del primer sobre, usar en las primeras dos semanas, métodos adicionales no hormonales.

Si se deja de tomar una pastilla, tomarla tan pronto la persona se acuerde, y recordar que si se toma 3 hrs después de la hora habitual pierde su eficacia.

Si el olvido es de dos o más pastillas, se empieza a usar de inmediato un método adicional; se reinicia de inmediato las pastillas y se duplica su cantidad por dos días. Si el periodo menstrual no comienza en 4 a 6 semanas, consultar al médico para descartar la posibilidad de un embarazo. ⁷

Debido a la menor duración de su efectividad anticonceptiva, es necesario tomar la tableta a la misma hora.

En el posparto, o poscesárea cuando la mujer este lactando se debe comenzar a usar este anticonceptivo después de la sexta semana. Si no está lactando o en el posaborto puede iniciarse inmediatamente.

Efectos adversos menores:

- Irregularidades menstruales (hemorragia, manchado prolongado o amenorrea).
- Cefalea.
- Mastalgia.
- Embarazo ectópico.
- Quistes ovaricos funcionales.

Efectos adversos mayores y complicaciones:

No se reportan efectos adversos y complicaciones con su uso.

- **Métodos hormonales inyectables intramusculares**

Estos métodos utilizan una sustancia o combinación de sustancias esteroideas (estrógenos y / o progestágenos) que administrados por vía parenteral intramuscular, evitan el embarazo son métodos temporales de larga duración, reversible y de liberación lenta. Su efectividad es mayor del 97%.¹⁰ (Ver anexo 13, figura 12)

Mecanismo de acción:

Los anticonceptivos hormonales inyectables actúan de igual manera que los orales, combinados o no combinados, según sea el caso.

Tipos:

- Combinados de estrógenos y progestágenos: mensual.
- Progestágenos solos de depósitos: trimestrales.
- Progestágenos solos de depósitos: bimestrales (no disponibles en el MINSA).

➤ **Anticonceptivos hormonales inyectables intramusculares combinados mensuales:**

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

Bajo condiciones habituales de uso, este método brinda protección anticonceptiva mayor al 99% durante un mes de uso. En el comercio se conoce como mesigyna.¹⁰

Presentación:

Existen varios tipos de anticonceptivos hormonales inyectables intramusculares combinados.

Ventajas:

- Son fáciles de usar.
- Su uso es independiente del coito.
- No afecta la función gastrointestinal.

- Su uso es prolongado y de larga duración con lo cual se evita la administración diaria de hormonas.
- Es reversible.
- Su uso es privado; solamente el médico y la usuaria comparten la información.
- Liberan una dosis más baja de hormonas que los bimestrales y trimestrales.
- Mayor eficacia anticonceptiva por anovulación segura mayor al 99%.
- Menor posibilidad de olvido.

Desventajas:

- Pueden producir irregularidades menstruales y mayor sangrado menstrual.
- No se puede usar durante la lactancia.
- Puede haber aumento de peso.
- No protege contra las enfermedades de transmisión sexual ni contra el virus del SIDA.
- Aumenta el riesgo de transmisión del virus del SIDA durante la administración intramuscular.
- Necesita mayor asesoramiento a la usuaria para garantizar la continuidad del método.
- Una vez administrado no se puede discontinuar hasta que pase el efecto de la dosis suministrada.

Efectos beneficiosos no anticonceptivos:

Participan los efectos de los anticonceptivos hormonales orales combinado además de presentarse otros como:

- Carecen de efectos masculinizantes aún en su uso prolongado.
- Los ciclos son similares a los fisiológicos.
- Menos efectos colaterales que los orales.
- Rápido retorno a la fertilidad.

Indicaciones:

Mujeres que prefieren los inyectables o para quienes la administración oral no ofrece suficiente seguridad; son iguales a las indicaciones de los anticonceptivos orales combinados.

Contraindicaciones:

Son iguales a la de los anticonceptivos orales combinados.

Prescripción:

El día de la administración intramuscular es variable según el contenido hormonal del tipo anticonceptivo, oscilando entre los 5, 7 y 8 días del ciclo.⁷

Los procedimientos para su administración son los señalados en el empaque de venta:

- Se deben usar agujas y jeringas que sean desechables.

Efectos adversos:

- Irregularidades menstruales.
- Cefalea.
- Náusea.
- Vómito.
- Mareo.
- Mastalgia.
- Incremento de peso corporal.

➤ **Hormonales inyectables intramusculares sólo con progestágenos de depósito trimestrales:**

Este anticonceptivo contiene una sustancia asteroidea de progestágenos que administrada por vía intramuscular, evita el embarazo durante tres meses, con gran efectividad. Son reversibles y de uso privado y contienen un solo progestágeno: acetato de

medroxiprogesterona (DMPA) 150 mg en ampollitas de 1 ml con suspensión acuosa macrocristalina, se conoce comercialmente como DEPO-POVERA.

La eficacia es mayor al 99% ya que se reporta menos de un embarazo por cada 100 mujeres que lo usan en un año.⁷

El uso mundial se estima en 30 millones de mujeres. La protección anticonceptiva es para 3 meses con un periodo de gracia de dos semanas y se reanuda la fecundidad de dos a seis meses después que se acaba el efecto de la última inyección trimestral.⁷

Mecanismo de Acción:

Igual que los anticonceptivos orales sólo con progestágenos.

Ventajas:

- Evitan el primer paso metabólico por el hígado causando menos cambios metabólicos.
- Son altamente efectivos y de acción prolongada para tres meses.
- No está relacionado con el coito.
- Ofrece privacidad a la usuaria ya que no requiere mantener suministros en la casa.
- Para algunas mujeres, la amenorrea prolongada puede ser deseable aceptada como una ventaja.
- Disminuye los cólicos, el dolor menstrual y el dolor ovulatorio.
- Se puede usar durante la lactancia ya establecida.
- Requiere de visitas periódicas cada tres meses para abastecimiento y administración.

Desventajas:

- Irregularidades del ciclo menstrual principalmente la amenorrea.
- Cuando se acaba la eficacia de la última inyección al cabo de tres meses, la fertilidad se reanuda de 2 a 6 meses después.
- La inyección misma puede ser una desventaja para algunas mujeres.
- Existe riesgo de transmisión del virus del SIDA si los proveedores.

Efectos beneficiosos no anticonceptivos:

- Reduce el riesgo de embarazo ectópico.
- Protege contra las enfermedades inflamatorias pélvicas al espesar el moco cervical que dificulta la entrada de las bacterias.
- Mejora la anemia al reducir el sangrado menstrual o quedar en amenorrea.
- No reduce la producción y el volumen de leche materna.
- Mejora la dismenorrea.
- Hace menos dolorosa la crisis drepanocíticas.
- No aumenta el riesgo de cáncer de ovario, genital o hepático.
- Reduce el riesgo de cáncer endometrial.
- No causa malformaciones al feto cuando se administra en pacientes embarazadas en el primer trimestre.

Indicaciones:

- Mujeres en edad fértil, con vida sexual activa, nuligestas, nulípara o multípara que desean un método temporal de larga duración inyectable, y que no desean una esterilización voluntaria, o un DIU; o que haya contraindicaciones de otros métodos para ellas.
- Mujeres con prácticas sexuales de riesgo.
- Cuando el uso de estrógenos esté contraindicado por vía oral o parenteral, por ejemplo en el caso de la hipertensión arterial.
- Cuando las mujeres no desean tomar pastillas todos los días ni usar anticonceptivos antes y durante el coito.

Contraindicaciones:

- Embarazo o sospecha de embarazo.
- Tener o haber tenido cáncer mamario o genital.
- Tener o haber tenido tumores hepáticos benignos o malignos.
- Tener enfermedad hepática aguda o crónica activa.

- Hemorragia uterina anormal de etiología no determinada.
- Insuficiencia renal.
- Durante la administración crónica de rifampicina o anticonvulsivantes, y otros medicamentos que interfieren en la acción anticonceptiva de los hormonales.
- Cardiopatía isquémica.
- Depresión.
- Migraña focal.
- Mujeres que deseen embarazarse en un periodo menor a 9 meses después de suspender el anticonceptivo.
- Alteraciones de la coagulación.
- A pesar que no se contraindica en adolescentes, en estudios de investigación resientes, se sostiene que no es recomendable su uso por los riesgos de hipotrofia endometrial y sangrado anormales rebeldes a tratamientos.

Efectos Adversos:

- La mayoría de las mujeres tienen ciclos menstruales irregulares en el primer año de uso y luego caen en amenorrea por periodo de tres meses o más otras tienen sangrado irregular o manchados o cambios en la duración y cantidad del sangrado menstrual.
- El uso prolongado puede causar una reducción de la densidad ósea, pero esto necesita investigarse más a fondo para confirmarse.
- Hay una leve disminución de las lipoproteínas de alta densidad (HDL) y los hidratos de carbonos, por lo cual deben ser vigilados en las mujeres con riesgo de intolerancia a la glucosa o que ya la tienen.

Otros Riesgos Adversos Son:

- Cefalea.
- Mastalgia.
- Aumento de peso moderado.
- Depresión.

- Disminución de la libido.
- Mareos.
- Reacción alérgica ocasional.

- **Métodos hormonales de implantes subdérmico:**

Este método es también conocido como pelet o pellet, es un método anticonceptivo hormonal compuesto por una varilla de pequeño tamaño que se coloca debajo de la piel del brazo de la mujer, ofreciendo protección anticonceptiva durante tres o cinco años (Ver anexo 15, figura 13). Una vez agotada su efectividad el médico debe retirar el implante.

Su eficacia se encuentra en torno al 99%. Como su colocación se realiza para un largo periodo de tiempo, disminuye el riesgo de olvido que sí tienen otros métodos anticonceptivos como la píldora o el parche anticonceptivo.⁴ Otras fuentes indican que su eficacia es de un 95% dependiendo de su correcto uso.

Ventajas:

- Alta efectividad anticonceptiva.
- Excelente opción cuando hay contraindicación para el uso de estrógenos.
- Excelente elección durante la lactancia.
- Bajo costo del método a mediano plazo.
- Sin efecto acumulativo del medicamento: al retirar los implantes se elimina toda medicación en cuestión de pocos días (unas 100 horas, dependiendo de la vida media del componente hormonal).
- Rápido retorno a la fertilidad.
- Amenorrea (ausencia de la menstruación): previene o ayuda a corregir la anemia.
- Efectividad continua.
- Regularizan los ciclos menstruales y sirven para tratar las menstruaciones dolorosas.

Desventajas:

- Alteración del patrón regular de sangrado menstrual 35%.
- Sangrado genital abundante y prolongado 18%.
- Aumento de peso, acné, retención de líquido (edema), depresión: menos del 10%.
- Alto costo inicial.
- Complicaciones locales en el sitio de la inserción (incisiones cutáneas, anestésicos locales, hematomas, infección), dificultad para retirar los implantes, pérdida ocasional o imposibilidad de retiro de algún implante (casi exclusivamente con el Norplant).
- Efectividad disminuida en pacientes obesas (Índice de masa corporal mayor de 30).
- Quistes ováricos.
- No protegen contra enfermedades de transmisión sexual.
- Dependencia médica para colocación y retiro del dispositivo.
- Algunos de estos dispositivos no se ven con los rayos X (Rx) así que si se "pierden" es difícil ubicarlos (el ecosonograma resulta más útil pero requiere experiencia).

1.2 Método femenino permanente

a) Oclusión tubárica bilateral:

La oclusión tubárica bilateral es un método anticonceptivo permanente, considerado una cirugía de esterilización femenina que consiste en la obstrucción de ambas trompas uterinas, donde se separan, se ligan y se cortan los polos para dar un mayor rango de seguridad.¹⁰ (Ver anexo 15, figura 14)

El mejor momento para hacerlo es después de haber tenido un hijo y las candidatas ideales son aquellas mujeres que estén satisfechas con el número de hijos al momento.

Algunos beneficios de la OTB de acuerdo a datos de la Secretaria de Salud son:

- Contribuye a proteger la salud materna e infantil.
- Mejora la calidad de vida y al bienestar de la pareja, la familia y la comunidad.
- Es de gran efectividad y seguro.

- No afecta a la libido sexual.
- No interfiere en la lactancia materna.
- El procedimiento quirúrgico es simple, seguro y rápido.
- No provoca efectos secundarios a largo plazo.

Más beneficios:

- No altera el ciclo hormonal.
- Ayuda a proteger contra el cáncer de ovario.
- Es gratuita en unidades médicas del sector público.

La oclusión tubárica bilateral es una opción moderna y recomendable a utilizar como método anticonceptivo después de haber tenido hijos y estar satisfecha con la paridad, ya que permite mejorar la atención de la salud de las mujeres y evitar embarazos no planificados o poco oportunos.

Es considerado como un proceso que requiere de consejería previa a su realización y de valoración del riesgo quirúrgico y anestésico cuando se proceda a realizarlo. Recuerda que en jóvenes no es recomendable como método anticonceptivo ya que es permanente y es difícil saber si en un futuro puedas cambiar de opinión.⁷

2. Métodos anticonceptivos masculinos

a) Métodos de barrera:

También es conocido como condón o goma. Es una funda muy fina de látex que se coloca sobre el pene en erección. En su extremo cerrado suele llevar un pequeño reservorio que facilita el depósito del semen tras la eyaculación (Ver anexo 16, figura 15). Tiene una eficacia teórica entre 86 y 97%. Impiden el paso de los espermatozoides al interior del útero.¹⁰

Modo de utilizar:

Debe desenrollarse sobre el pene en erección antes de que haya habido ninguna penetración en la vagina, dejando en la punta un pequeño depósito si el preservativo no lo

tiene. Antes de ser abiertos deben conservarse en un medio seco y a temperaturas adecuadas. Es importante comprobar siempre la fecha de caducidad.¹⁰

Es necesario saber que:

- El preservativo es de un solo uso.
- Después de la eyaculación se deberá retirar el pene cuando todavía está erecto, sujetando el preservativo por su base para evitar que se deslice dentro de la vagina.
- Las gotas de semen que se expulsan antes de la eyaculación pueden contener espermatozoides.
- Es conveniente al retirarlo comprobar que no se ha roto.
- Si el preservativo queda retenido en el interior de la vagina se debe extraer introduciendo un dedo.
- Cuando se comprueba una rotura o se queda retenido su eficacia no puede ser garantizada por lo que puede ser necesario recurrir a la *píldora del día después*.
- Es el único método anticonceptivo, junto al preservativo femenino, eficaz para la prevención de las enfermedades de transmisión sexual, incluida la infección por VIH/SIDA.

b) Vasectomía (permanente):

La vasectomía es una cirugía mucho más simple que la salpingectomía. Se realiza una incisión de uno o dos centímetros a ambos lados de la ingle (en la base del escroto) (Ver anexo 17, figura 16). El procedimiento se puede efectuar con anestesia local, y muchos médicos la practican en el consultorio. En términos generales, esta cirugía tarda entre 30 y 45 minutos.¹⁰

Esta cirugía no altera la producción de espermatozoides, sino que solamente evita su salida con el semen. Los espermatozoides se acumulan en una porción del testículo llamada epidídimo, donde son destruidos por unas células especiales. Aquellos que quedaron después del segmento seccionado, siguen vivos durante un período de cuatro a seis semanas.

Por eso, después de la cirugía deben transcurrir más o menos dos meses, para que el semen ya no contenga espermatozoides (alrededor de 10 a 14 eyaculaciones). Luego de estos dos meses, se realiza un examen del semen, llamado espermograma, para verificar la ausencia de espermatozoides.¹⁰

La posibilidad de un embarazo es inferior a uno en setecientos procedimientos. Este método falla básicamente por tres situaciones:

- Se tuvieron relaciones sexuales cuando todavía no se habían eyaculado todos los espermatozoides vivos, es decir, antes de los dos meses posteriores a la cirugía.
- La cirugía no se efectuó correctamente.
- En casos muy raros, porque los extremos del conducto seccionado se volvieron a unir.

Se debe utilizar otro método anticonceptivo hasta contar con dos espermogramas que muestren esterilidad total. Rara vez se produce algún embarazo cuando ha habido dos espermogramas negativos.

Podemos afirmar que el efecto anticonceptivo está presente al obtener dos espermogramas que evidencien la ausencia absoluta de espermatozoides. Cuantas más eyaculaciones sucedan después de la cirugía, más rápido se conseguirán estos espermogramas estériles.

Efectos secundarios:

Algunos varones pueden confundir la potencia sexual con la fertilidad, y esto les puede generar problemas sexuales de tipo psicológico. Sin embargo, se pueden prevenir brindando al paciente una amplia y clara explicación sobre el procedimiento.

Se sabe que quienes han padecido alguna disfunción sexual, sobre todo de origen psicológico, son más propensos a manifestar dificultades sexuales después de la cirugía.

El 50% de los varones presenta moretes, hinchazón y dolor después de la intervención, que disminuyen en forma considerable al aplicar bolsas de hielo y suspensorios, pues son molestias breves y pasajeras.¹⁰

Complicaciones:

Como es una cirugía muy elemental, los problemas de sangrado o infección son inferiores al 2%. Además, se utilizan anestésicos locales muy seguros.

Desde el punto de vista sexual, el varón no experimentará ningún cambio. La cantidad de semen que se expulsa con cada eyaculación se mantiene intacta, pero ahora el semen no contiene espermatozoides.¹⁰

La complicación más importante y frecuente es el arrepentimiento del paciente. En algunos casos el varón o su pareja, después de operado, sienten el deseo de un nuevo hijo. Debe recordarse que esta cirugía es casi irreversible, por lo cual muy probablemente no se podrá conseguir un embarazo.

Ventajas:

- Una vez realizada la cirugía, el método no requiere de la colaboración del paciente, por lo cual la pareja se puede desentender de la anticoncepción.
- Su eficacia es considerablemente alta.
- Por su costo a largo plazo, es un método bastante barato.
- No le resta espontaneidad a la sexualidad.
- Como el procedimiento se le realiza al varón, no hay ningún problema en efectuarlo a lo largo del embarazo, para que el efecto anticonceptivo esté presente en el posparto o en la lactancia.
- El procedimiento no provoca ninguna molestia a largo plazo. Cuando los espermogramas demuestran la ausencia de espermatozoides, no se requiere de ningún otro control.
- No altera el funcionamiento del cuerpo.

Desventajas:

- En la mayoría de los pacientes, la incapacidad de revertir la cirugía representa una gran limitante.
- No es aceptado por la Iglesia católica.
- Como requiere una cirugía, tiende a generar temor.
- No protege contra las enfermedades de transmisión sexual.

- Aunque a largo plazo su costo es económico, se debe hacer una erogación grande de dinero en un solo momento.
- Su efecto anticonceptivo no es inmediato.

Hipótesis:

Los conocimientos sobre métodos anticonceptivos en cuanto a: sus tipos, funciones, facilidades y mecanismos específicos de aplicación; son los que determinan el uso de los mismos en las mujeres del programa de planificación familiar del centro de salud Perla María Norori en Enero- Julio del 2014.

Material y Método

Tipo de Estudio: Descriptivo de corte transversal.

Área de Estudio: Sector 3 que corresponde al barrio laborío de las mujeres que asisten al Centro de Salud Perla María Norori.

Universo del estudio: 150 mujeres que asisten al Programa de Planificación Familiar del Centro de Salud Perla María Norori Enero- Julio 2014.

Muestra: se aplicara una muestra del 60 % el cual corresponde a 90 mujeres que asisten al programa de planificación familiar del Centro de Salud Perla María Norori en Enero- Julio 2014.

Criterios de Inclusión:

- Mujeres que asisten al programa de planificación familiar Enero- Julio de 2014.
- Mujeres que proceden del sector 3 (Bo Laborío del centro de salud Perla María Norori).

Criterios de Exclusión:

- Mujeres con más de 2 ausencias al programa de planificación familiar del centro de salud Perla María Norori durante el periodo de Enero- Julio del 2014.
- Mujeres que no proceden sector 3 del centro de salud Perla María Norori.

Variables:

- Edad.
- Escolaridad.
- Estado civil.
- Ocupación.
- Edad de ingreso al PPF.
- Nivel de paridad.
- Nivel de conocimiento de métodos anticonceptivos.
- Uso de métodos anticonceptivos.

Procedimientos e Instrumentos para recolectar la información:

Con el propósito de dar respuesta a los objetivos del estudio el tutor emitió inicialmente una carta dirigida la Directora del centro de salud Perla María Norori Dr. Karla Vilches en la cual se le solicito el acceso de información del área de estadística del centro sobre el número de mujeres que asisten al programa de planificación familiar durante los meses de Enero- Julio del 2014.

Fuentes de Información:

Fuente de Información Primaria:

Entrevistas realizadas a la responsable del programa de planificación familiar del sector 3 del centro de salud Perla María Norori Dr. Claudia Cheves.

Encuesta de conocimientos y usos de métodos anticonceptivos realizada a las mujeres del centro de salud Perla María Norori.

Fuente de Información Secundaria:

Bibliografía consultada que permitió recoger la información necesaria para el fundamento teórico del presente estudio.

Registro del programa de planificación familiar del área de estadística del centro de salud Perla María Norori.

Procesamiento y análisis de la información:

Los datos se procesaran en el orden de los objetivos utilizando programa EPI INFO versión 3.4.5, también se utilizará los programas de Microsoft Power Point y Excel para la presentación de los mismos en gráficos y tablas.

Plan de análisis: Para el análisis se realizarán los siguientes cruces de variables:

- ❖ Edad vs Escolaridad vs Ocupación.
- ❖ Edad vs Estado civil.
- ❖ Edad de ingreso al PPF vs Nivel de paridad.
- ❖ Escolaridad vs Nivel de conocimientos de métodos anticonceptivos.
- ❖ Edad de ingreso al PPF vs Nivel de conocimientos de métodos anticonceptivos.
- ❖ Nivel de paridad vs métodos anticonceptivos usados.

Operacionalización de variable

Variable	Definición	Dimensión	Indicador	Escala	
Características personales	Es la cualidad que determina los rasgos de una persona o cosa y la distingue claramente de los demás	Edad	15-25	%	
			26-35		
			36-45		
		Edad de ingreso al programa de planificación familiar	13-15	%	
			16-18		
			19-21		
			22-24		
			25-28		
		Estado civil	Soltera	%	
			Casada		
			Unión libre		
		Escolaridad	Primaria	%	
			Secundaria		
			Universitaria	%	
		Iletrada			
		Ocupación	Ama de casa	%	
			Estudiante		
			Trabaja por cuenta propia		
Enfermera					
Abogada					
Otras					
Nivel de paridad	Nulípara	%			
	Primigesta				
	Secundigesta				
	Multigesta				
Nivel de conocimiento	Es el grado de calidad que puede tener una persona de la información almacenada mediante la experiencia y el aprendizaje.	Definición de método anticonceptivo	Sabe	%	
			Sabe parcialmente		
			No sabe		
	Tipos de métodos anticonceptivos			Sabe	%
				Sabe parcialmente	
				No sabe	

Uso de métodos anticonceptivos	Es la utilización de una metodología que impide o reduce la posibilidad de que ocurra la fecundación o el embarazo al mantener relaciones sexuales	Tipos de métodos anticonceptivos usados con mayor frecuencia	Métodos naturales	%
			Métodos de barrera	
			Métodos mecánicos	
			Métodos hormonales	
		Anticonceptivos usados con mayor frecuencia	Método del ritmo, temperatura corporal basal, moco cervical, palpación cervical, sito térmico	%
			Diafragma, capuchón cervical, condón	
			DIU, parches hormonales	
			Orales, inyectables intramusculares, implantes subdérmicos	
		Forma de uso de métodos anticonceptivos	Combinación de métodos	%
			No combinación de métodos	

ANÁLISIS DE RESULTADOS

Tabla N° 1
Relación entre Edad, Escolaridad y Ocupación

Grupos Etareos	Escolaridad				Total	Ocupacion			
	Iletrada	Primaria	Secundaria	Universitaria		Ama de casa	Trabaja por Cuenta Propia	Estudiante	Otros
≤ 15		1			1	1			
≥ 15-25	2	10	15	8	35	18	6	9	2
>25-35	6	12	11	13	42	24	5	12	1
> 35-45	2		6	3	11	6	5		
> 45	1				1	1			
Total	11	23	32	24	90	50	16	21	3

Fuente: Encuesta CAP aplicadas en las mujeres del PPF del sector 3 B° Laborío

Un 46.7% que equivale a 42 mujeres en edad fértil que participaron en este estudio, presentan en su mayoría las edades entre 25 a 35 años y en menor proporción se encuentran las mujeres menores de 15 años y las mayores de 45 años de edad, las cuales corresponden respectivamente al 1.1% de las 90 encuestadas. Este grupo presenta un nivel de educación medio, ya que el 35.6% que corresponde a 32 mujeres cursan o han cursado los estudios de secundaria y en menor proporción se encuentran las mujeres que no pudieron tener una educación, encontrando con el estudio 12.2% de Iletradas, 50 de estas mujeres son Ama de casa, correspondientes al 55.6% y solamente 3 mujeres con el 4.4% ejercen otra ocupación que no sea ser Ama de casa, Estudiante o Trabajar por cuenta propia.

El nivel de escolaridad con mayor índice pertenece a la educación media (secundaria) y con una minoría las mujeres pertenecientes al grupo de Iletradas. Al poseer un nivel medio de escolaridad las limita a obtener mejores oportunidades de empleo, a diferencia de las mujeres que tienen un nivel superior (universitario) las cuales trabajan en su mayoría por cuenta propia, demostrando así, que un nivel alto de escolaridad facilita el acceso a una diversidad de medios laborales y también facilita la adquisición de conocimiento sobre los métodos de planificación familiar.

La edad en que la mujer decide planificar su embarazo o lograr un embarazo no deseado, influye en el futuro laboral de la misma, como se ha mencionado en el segundo párrafo de la introducción de este estudio, en el que se afirma que “muchas adolescentes que se embarazan tienen que dejar la escuela, lo cual tiene consecuencias a largo plazo para ellas personalmente, para su familia y para la comunidad”, ya que al dejar la escuela no puede desarrollarse como profesional ante la sociedad y generar ingresos económicos a su hogar por su nivel de estudio, es esta una de las razones por la cual hay muchas madres de familia sin un nivel alto de estudios, explicándose así el predominio de la ocupación ama de casa en la mujeres del Programa de Planificación Familiar.

Tabla N°2

Relación entre Edad y Estado civil

ESTADO CIVIL				
GRUPOSETAREOS	Casada	Soltera	Unión libre	TOTAL
<=15	0	0	1	1
Row %	0.0	0.0	100.0	100.0
Col %	0.0	0.0	3.6	1.1
>15 - 25	13	9	13	35
Row %	37.1	25.7	37.1	100.0
Col %	29.5	50.0	46.4	38.9
>25 - 35	24	8	10	42
Row %	57.1	19.0	23.8	100.0
Col %	54.5	44.4	35.7	46.7
>35 - 45	6	1	4	11
Row %	54.5	9.1	36.4	100.0
Col %	13.6	5.6	14.3	12.2
>45	1	0	0	1
Row %	100.0	0.0	0.0	100.0
Col %	2.3	0.0	0.0	1.1
TOTAL	44	18	28	90
Row %	48.9	20.0	31.1	100.0
Col %	100.0	100.0	100.0	100.0

Fuente: Encuesta CAP aplicadas en las mujeres del PPF del sector 3 B° Laborío

En la población femenina sometida a estudio que asiste al Programa de Planificación Familiar del Centro de Salud Perla María Norori, el 48.9% que corresponde a 44 mujeres, son casadas, y solamente el 20% de estas son solteras. El porcentaje máximo de edades, es de 46.7%, predominando las mujeres de 25 a 35 años de edad y en una minoría aquellas menores de 15 y mayores de 45 años con 1.1%. Las edades predominantes en este grupo de mujeres, se atribuye a que en estas edades, la mujer, tiene la madurez para poder decidir y asumir un compromiso, como un acto de responsabilidad con su conyugue; también cumplen con la ley de la Corte Suprema de Justicia de Nicaragua, la cual exige que una pareja debe casarse según su voluntad cuando la mujer haya cumplido los 18 años y el varón los 21 años, considerándolos a esta edad como adultos y capaces de responder por sus actos.

Tabla N°3

Relación entre Edad de ingreso al Programa de Planificación Familiar y

Nivel de paridad

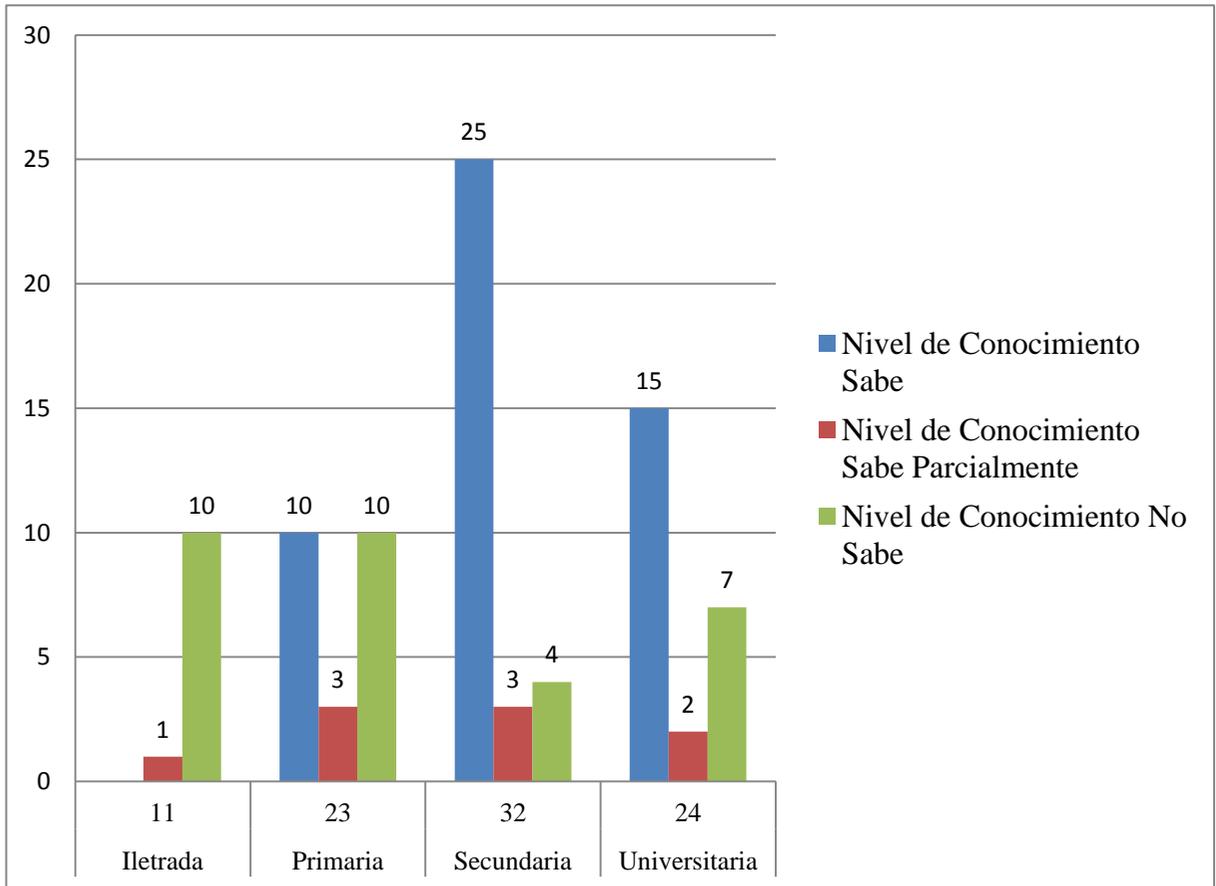
NIVEL DE PARIDAD					
Edad de ingreso al Programa de Planificación Familiar	Multigesta	Nulípara	Primigesta	Secundigesta	TOTAL
13-15	4	3	3	1	11
Row %	36.4	27.3	27.3	9.0	100.0
Col %	18.2	15.8	16.6	3.2	12.2
16-18	6	5	4	6	21
Row %	28.6	23.8	19.0	28.6	100.0
Col %	27.3	26.3	22.2	19.3	23.3
19-21	9	9	10	8	36
Row %	9.4	9.4	27.8	22.2	100.0
Col %	40.9	47.4	55.6	25.8	40.0
22-24	2	2	1	6	11
Row %	18.2	18.2	9.0	54.5	100.0
Col %	9.0	10.5	5.6	19.3	12.2
25-28	1	0.0	0.0	10	11
Row %	9.0	0.0	0.0	90.9	100.0
Col %	4.5	0.0	0.0	32.2	12.2
TOTAL	22	19	18	31	90
Row %	24.4	21.1	20.0	34.4	100.0
Col %	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Fuente: Encuesta CAP aplicadas en las mujeres del PPF del sector 3 B° Laborío

El ingreso a una edad temprana al Programa de Planificación Familiar, permite disminuir la cantidad de hijos que una mujer pueda tener, al adquirir el conocimiento y la práctica necesaria para el buen uso del método anticonceptivo que utiliza. La tabla anterior muestra los intervalos de edades al que este grupo de mujeres ingresaron al Programa de Planificación Familiar, en comparación con el nivel de paridad actual de las mismas, resultando que el mayor número de mujeres, con 40%, ingresaron entre las edades de 19 a 21 años y el 12.2% ingresaron entre las edades de 13 a 15, 22 a 24 y 25 a 28 años; también, esta tabla muestra que el 34.4% de mujeres tienen 2 hijos y en menor porcentaje con 20% solo tienen un hijo, resultado que evidencia, que cuando una mujer inicia al Planificar a una edad temprana, se puede controlar el crecimiento poblacional y la mujer adquiere el conocimiento y el apoyo del centro de salud para elegir el momento adecuado y la cantidad de hijos que desee tener. El que la mayoría de mujeres solo tenga 2 hijos demuestra que los métodos anticonceptivos que brinda el centro de salud Perla María Norori son efectivos, en este grupo de mujeres se utiliza con mayor frecuencia los métodos hormonales inyectables y como lo señala la guía de Métodos Anticonceptivos, son 99% efectivos, efectividad que le permite decidir a la mujer en qué momento dejar de usarlos para tener sus hijos.

Grafico N° 1

Relación entre Escolaridad y Nivel de conocimiento



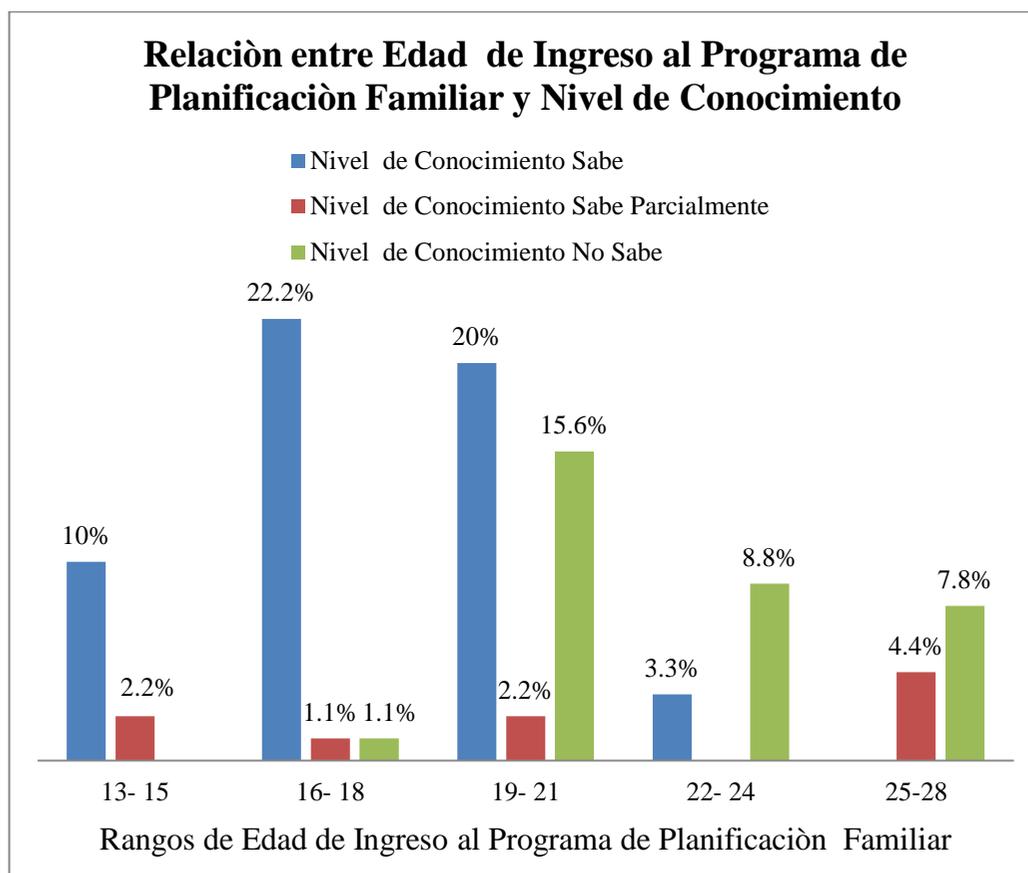
Fuente: Encuesta CAP aplicadas en las mujeres del PPF del sector 3 B° Laborío

Entre el grupo de mujeres encuestadas que asisten al Programa de Planificación Familiar del centro de salud Perla María Norori, 32 mujeres que corresponden al 35.6% tienen como escolaridad básica la secundaria y 11 que equivalen al 12.2% son iletradas, de estas el 78.1% de las 32 mujeres que pertenecen al grupo de secundaria conocen sobre los métodos anticonceptivos, conocimiento que se atribuye a la capacidad que una mujer tiene entre las edades de 12 a 17 años, que es el término de edades de secundaria, de entender, estudiar e informarse sobre los métodos anticonceptivos y también a la labor de capacitación de los maestros, para darles a conocer a sus alumnos sobre la salud sexual y reproductiva, sin embargo, el 90.9% de las mujeres iletradas no poseen conocimiento sobre los métodos anticonceptivos.

Los medios de comunicación, las capacitaciones por entidades de la salud y las fichas que muestran contenido bibliográfico sobre métodos anticonceptivos, son la base fundamental para que la sociedad se informe y puedan llevar una vida sexual segura, pero también son un impedimento a las mujeres iletradas para adquirir conocimientos y llevar una vida con la efectiva utilización de métodos anticonceptivos como lo muestran los resultados antes mencionados.

Grafico N° 2

Relación entre Edad de Ingreso al Programa de Planificación Familiar y Nivel de conocimiento



Fuente: Encuesta CAP aplicadas en las mujeres del PPF del sector 3 B° Laborío

En cuanto a la edad de ingreso al Programa de Planificación Familiar y el nivel de conocimiento, las mujeres que más saben sobre los métodos anticonceptivos son las que ingresaron al Programa en las edades entre 16 a 18 años, en este grupo se destaca el 22.2% de mujeres que poseen un buen conocimiento sobre métodos de planificación familiar, categorizadas en el presente estudio como **saben**, considerando a aquellas mujeres que respondieron en la encuesta que un método anticonceptivo “*Es aquel que impide o reduce significativamente la posibilidad de una fecundación en mujeres fértiles*”, también que conocen varios o algún método anticonceptivo y saben describir con conocimientos

básicos sobre el uso del método que señalan; sin embargo, un 15.6% de estas mujeres encuestadas que ingresaron a las edades entre 19 a 21 años a planificar por medio del programa que ofrece el Centro de salud Perla María Norori, no tienen el conocimiento básico sobre los métodos anticonceptivos, considerando como **no saben** a las mujeres que en la encuesta seleccionaron que un método anticonceptivo *“Es aquel que impide la posibilidad de adquirir enfermedades de transmisión sexual”*, dato que se contrapone con el concepto básico sobre anticonceptivos y que según el Ministerio de Salud y toda la bibliografía consultada que refieren información sobre los métodos anticonceptivos, el único anticonceptivo que impide las ITS es el condón.

Solamente el 4.4% domina una información mínima del tema de anticoncepción, dato que se caracteriza en la tabla anterior como **sabe parcialmente**, considerando a aquellas mujeres que conocen que un método anticonceptivo *“Es aquel que le permite a la pareja planificar y elegir el número de hijos que desean tener”* y reconocen el nombre de algún método anticonceptivo.

La experiencia que un ser humano adquiere cuando realiza a través de los años un determinado ejercicio rutinario, les brinda el conocimiento necesario para realizar con efectividad una labor día a día, es así como se atribuye, el conocimiento de las 20 mujeres que han ingresado al Programa de Planificación Familiar entre la edades de 16 a 18 años, pero también enriquecen su conocimiento por su interés de investigar y asistir a charlas para conocer el método anticonceptivo que usan, a las otras 15 mujeres que no saben sobre la planificación familiar e ingresaron entre 19 a 21 años de edad, les afecta la falta de interés de ellas mismas por saber sobre los métodos anticonceptivos y a algunas también les afecta el nivel académico que poseen, como es el caso de las Illetradas y a las de educación Primaria, a las cuales se les dificulta adaptarse a usar los diferentes medios de información sobre la anticoncepción.

Tabla N°4

Relación entre Nivel de paridad y Métodos anticonceptivos usados

¿QUÉ MÉTODO ANTICONCEPTIVO USA CON MAYOR FRECUENCIA?				
Nivel de Paridad	Método de barrera	Método hormonal	Método mecánico	TOTAL
Multigesta	2	20	0	22
Row %	9.1	90.9	0.0	100.0
Col %	28.6	25.0	0.0	24.4
Nilípara	3	16	0	19
Row %	15.8	84.2	0.0	100.0
Col %	42.9	20.0	0.0	21.1
Primigesta	2	14	2	18
Row %	11.1	77.8	11.1	100.0
Col %	28.6	17.5	66.7	20.0
Secundigesta	0	30	1	31
Row %	0.0	96.8	3.2	100.0
Col %	0.0	37.5	33.3	34.4
TOTAL	7	80	3	90
Row %	7.8	88.9	3.3	100.0
Col %	100.0	100.0	100.0	100.0

Fuente: Encuesta CAP aplicadas en las mujeres del PPF del sector 3 B° Laborío

El 34.4% de las 90 mujeres encuestadas, según el nivel de paridad en este estudio de Conocimientos y Usos de métodos anticonceptivos, pertenece a mujeres que tienen 2 hijos y el 20% a mujeres que tienen 1 hijo. El método anticonceptivo más utilizado, es el método hormonal usado por el 88.9% de las mujeres, siendo de gran elección para las mujeres el método hormonal inyectable, en el cual se destacan la Mesigyna de 1ml con nombre genérico de Estradiol Noretisterina que tiene una duración de efecto de un mes y la Depo-provera de 150 mg/ml conocida por su nombre genérico como Medroxiprogesterona acetato con duración de efecto por tres meses, el centro de salud Perla María Norori prioriza la Mesigyna a las pacientes que aún no tienen hijos y la Depo-provera a aquellas pacientes que ya han dado a luz un hijo; sin embargo las mujeres que asisten al Programa de Planificación familiar prefieren en mayor cantidad el método inyectable de un mes, por sus pocos efectos adversos, y optan por comprar la inyectable y aplicárselas en el centro de salud, solamente el 3.3% utilizan el método mecánico como lo es el Dispositivo Intrauterino.

Los resultados anteriores demuestran, que los métodos anticonceptivos hormonales son de elección en las mujeres del Programa de Planificación Familiar del centro de salud Perla María Norori, esto no quiere decir que el método mecánico del DIU, por no ser muy utilizado en este grupo de mujeres, no es efectivo, sino que las mujeres refieren que no los utilizan por los mitos sobre su uso, de mujeres que creen que *“este dispositivo se adhiere al útero”*, de tal forma que para poder extraerlo necesitarían de una operación o mujeres que creen que *“existe la posibilidad de quedar embarazada y que el dispositivo lo puede traer él bebe en su piel al momento del parto”*; también es impedimento de uso para las mujeres por las complicaciones que puede presentar al momento de ponerlo y el dolor al momento extraerlo para planificar un embarazo.

Las mujeres que entran a una edad temprana al Programa de Planificación Familiar conocen mejor la forma de uso de los métodos anticonceptivos, conocimiento que se adquiere a través de los años por la experiencia del uso de un determinado anticonceptivo y de esta manera ellas pueden decidir el momento adecuado para tener sus hijos.

CONCLUSIÓN

Una vez finalizado el análisis de los datos y tomando en cuenta el cumplimiento de los objetivos específicos, se puede expresar las siguientes conclusiones:

- La planificación familiar es muy importante en la vida de la pareja porque brinda la oportunidad de decidir voluntariamente el número de hijos que se desean tener.
- El mayor nivel de conocimiento de las mujeres sometidas a estudio, lo poseen las mujeres que tienen como nivel de estudio alcanzado la secundaria, que son el 27.8% de las 90 encuestadas que asisten al Programa de Planificación Familiar del Centro de salud Perla María Norori, dato que verifica que este grupo de mujeres ya tiene el nivel intelectual necesario para investigar e informarse sobre los métodos anticonceptivos, también el conocimiento se le atribuye a aquellas mujeres que ya tienen más de 10 años de planificar, las cuales por experiencia saben cómo se usa y para qué sirve el método anticonceptivo que usan, estas mujeres conocen el concepto de métodos anticonceptivos, como se detalla en el análisis de resultado de la gráfica 2 expuesta anteriormente, también saben los nombre de los métodos anticonceptivos y la forma adecuada de aplicación del anticonceptivo que ellas utilizan.
- Las edades predominantes en este grupo de mujeres se encuentran entre los 25 a 35 años de edad, de las que actualmente asisten al programa de planificación familiar del centro de salud Perla María Norori, y quienes se dedican al oficio de amas de casas, dato que se asocia con la incapacidad de estudios superiores y que el aprendizaje de secundaria que tienen la mayoría, no les es suficiente para ejercer otro tipo de trabajo en el cual puedan desempeñarse.

- La preferencia en cuanto a uso de métodos de Planificación Familiar, se encuentra inclinada hacia los métodos hormonales. Los métodos hormonales más utilizados son las inyectables de un mes (Mesigyna 1ml) , dado que las mujeres del Programa de Planificación Familiar del centro de salud Perla María Norori refieren que este tipo de métodos anticonceptivos producen menos reacciones adversas.
- Pese a que las mujeres del Programa de Planificación Familiar del centro de salud Perla María Norori presentan un nivel de conocimiento básico entorno a los métodos de Planificación Familiar que utilizan, conocimiento que se le atribuye a algunas mujeres a la capacidad intelectual por haber alcanzado un nivel de estudios que les permite con mayor facilidad la adquisición de conocimientos y a la experiencia de otras por los años que tienen de utilizar un determinado método anticonceptivo, según esta investigación, estas mujeres han realizado el buen uso de los métodos anticonceptivos que utilizan y como se detalla anteriormente en su mayoría han logrado tener solo 2 hijos, por esta razón se acepta la hipótesis que refiere que “Los conocimientos sobre métodos anticonceptivos en cuanto a: sus tipos, funciones, facilidades y mecanismos específicos de aplicación; son los que determinan el uso de los mismos, en las mujeres del programa de planificación familiar del centro de salud Perla María Norori en Enero- Julio del 2014”.
- Por medio de este estudio de conocimientos y usos de los métodos anticonceptivos, se destaca la relación que existe entre estos dos términos, las mujeres que tienen conocimiento básico sobre el método que utilizan logran una buena efectividad de su método anticonceptivo, pero aquellas que no tienen conocimiento, corren el riesgo de que el método que utilizan sea menos efectivo para ellas, por las malas técnicas de aplicación al momento de utilizarlo.

RECOMENDACIONES

De acuerdo a los resultados de la investigación se recomienda:

A los responsables del Programa de Planificación Familiar del Centro de salud Perla María Norori y demás centros de salud que corresponden al departamento de León

- Desarrollar un plan de información, educación, y comunicación sobre los métodos anticonceptivos con el fin de modificar conductas o conceptos erróneos entre las mujeres que asisten al Programa de Planificación familiar y que puedan hacer un mejor uso del método que le proporcionan.
- Repetir este análisis en todos los demás centros de salud para identificar el conocimiento actual y así mejorar la educación sexual en cada uno de ellos, ya que los resultados preliminares de este estudio son una puerta de entrada a otras investigaciones.
- Usar de referencia este estudio y desarrollar nuevas estrategias para brindar información sobre el uso de los métodos anticonceptivos, esta información se puede transmitir por medio de campañas, exposiciones en los centros de salud, volantes que contengan una breve información de métodos anticonceptivos, entre otras técnicas cuyo fin sea transmitir el conocimiento necesario para el buen uso de los métodos anticonceptivos

A la Facultad de Ciencias Químicas

- seguir motivando la formación responsable de Farmacéuticos capaces de brindar información a la comunidad sobre los diferentes fármacos a partir de un programa de información sobre métodos anticonceptivos, en el que se disponga de alumnos en todos los centros de salud de León, con el fin de brindar charlas para capacitar tanto al personal de los diferentes centros de salud como también a las pacientes que asisten a los programas de Planificación Familiar.

A las mujeres que forman parte de un Programa de Planificación Familiar.

- Tomar mayor interés en conocer sobre los métodos anticonceptivos que están utilizando, y que hagan conciencia que el adquirir conocimientos del método con el que planifican les favorece más ellas que a cualquier otra persona.

Referencias Bibliográficas

1. *Dia siguiente*. (s.f.). Recuperado el 28 de diciembre de 2013, de Dia siguiente: <http://diasiguiente.info/la-importancia-del-uso-de-metodos-anticonceptivos/>
2. G, D. G. (Agosto 2008). *ESTRATEGIA NACIONAL DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA, Actuar hoy, para asegurar un futuro mejor para todos*. Managua: Biblioteca Nacional de Salud. 2da. Edición.
3. *itsdawhel*. (04 de septiembre de 2013). Recuperado el 10 de enero de 2014, de [itsdawhel: http://itsdawhel.wikispaces.com/M%C3%A9todos+anticonceptivos+\(Introducción\)](http://itsdawhel.wikispaces.com/M%C3%A9todos+anticonceptivos+(Introducción))
4. *Profamilia Colombia*. (2013). Recuperado el 10 de enero de 2014, de [Profamilia Colombia: http://profamilia.com/index.php?view=category&cid=10:metodos-anticonceptivos-y-planificacion-familiar&option=com_quickfaq](http://profamilia.com/index.php?view=category&cid=10:metodos-anticonceptivos-y-planificacion-familiar&option=com_quickfaq)
5. *Salud. Introducción a los métodos*. (s.f.). Recuperado el 10 de enero de 2013, de [Salud. Introducción a los métodos: http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7202.pdf](http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7202.pdf)
6. autores, C. d. (2008). Medicina familiar y comunitaria. En D. R. Sintés, *Medicina General Integral. Volumen III Principales afecciones en los contextos familiar y social* (pág. Capítulo 51. Planificación familiar y anticoncepción). Cuba.
7. LEYDA CAROLINA CARBALLO, A. R. (12 de Octubre de 2007). *CONOCIMIENTO DE LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS EN LOS ESTUDIANTES DE ECONOMIA DEL CUR-CHONTALES EN EL PERIODO MARZO - JUNIO 2007*. Recuperado el 10 de enero de 2014, de

CONOCIMIENTO DE LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS EN LOS ESTUDIANTES DE ECONOMIA DEL CUR-CHONTALES EN EL PERIODO MARZO - JUNIO 2007:
http://www.unan.edu.ni/dir_invest/web_judc/cur_chontales/Enfermeria/Conocimiento_metodos_anticonceptivos_enfer13.pdf

8. Martinez, L. A. (s.f.). *Conocimientos y actitudes de los estudiantes de medicina sobre anticonceptivos orales de emergencia*. Recuperado el 20 de enero de 2014, de Conocimientos y actitudes de los estudiantes de medicina sobre anticonceptivos orales de emergencia:
<http://www.monografias.com/trabajos94/conocimientos-y-actitudes-estudiantes-medicina-anticonceptivos-orales-emergencia/conocimientos-y-actitudes-estudiantes-medicina-anticonceptivos-orales-emergencia.shtml>
9. Celmira Laza Vásquez, G. S. (s.f.). *Indagación desde los conocimientos, actitudes y prácticas en salud reproductiva femenina: algunos aportes desde la investigación. Guia de metodos anticonceptivos*. (s.f.). Recuperado el 25 de enero de 2014, de Guia de metodos anticonceptivos:
http://www.sec.es/informacion/guia_anticonceptivos/
10. Gutierrez, G. U. (2007). *Planificación Familiar*. Recuperado el 12 de enero de 2014, de Indagación desde los conocimientos, actitudes y prácticas en salud reproductiva femenina: algunos aportes desde la investigación.:
<http://periodico.um.es/eglobal/article/view/eglobal.11.2.141371>
11. Sagrera, M. (1996). *Sexo, población y política : hechos e ideologías*. Madrid: A-Z editora. <http://revista.es/university/article/view/eglobal>.
12. Dra. Marianela Carriols, M. P. (Junio 2013). *Metodologia de Investigacion en salud aplicada a la elaboracion de trabajos monograficos*. Managua: Ediciones kilaika, 2013. 140 P.
13. Sampieri, R. H., & Lucio., C. F. (1991). *Metodologia de la investigacion*. Mexico, D.F.: McGraw-Hill Interamericana. Primera edición.

14. Sampieri, R. H., & Lucio., C. F. (1998). Metodología de la investigación. Mexico, D.F.: McGraw-Hill Interamericana. Segunda edición.
15. Sampieri, R. H., & Lucio., C. F. (2003). Metodología de la investigación. Mexico, D.F.: McGraw-Hill Interamericana. Tercera edición.
16. Colombia, B.-M. (28 de Septiembre de 2010). *UNIVERSIA*. Recuperado el 10 de marzo de 2014, de UNIVERSIA: <http://noticias.universia.net.co/en-portada/noticia/2010/09/28/504176/estudio-revela-jovenes-latinoamericanos-tienen-conocimientos-anticoncepcion.html>

Anexos

Anexo 1: Encuesta de Conocimientos y Usos sobre métodos anticonceptivos, aplicada a 90 mujeres del Barrio Laborío que asisten al Programa de Planificación Familiar del centro de salud Perla María Norori.

Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua.

UNAN-LEON

Facultad de Ciencias Químicas

Carrera de farmacia

Encuesta sobre conocimientos y uso de métodos anticonceptivos en mujeres que asisten al programa de planificación familiar del centro de salud Perla María Norori, Enero- Julio-2014.

Nombre de los encuestadores:

- ❖ Laurent Valdez
- ❖ Yokasta Zeledón
- ❖ Betzaida Suncin

La presente encuesta trata sobre los conocimientos y uso de los métodos anticonceptivos de las mujeres que asisten al centro de salud Perla María Norori y la finalidad de la misma es obtener información con la cual se pueda mejorar el abordaje y el uso de los métodos anticonceptivos en las mujeres que asisten al programa de planificación familiar en este centro de salud.

El apoyo que usted nos brinde en la participación de esta encuesta es totalmente voluntario, su nombre no es necesario en esta encuesta. Le agradecemos de ante mano su colaboración y con sus respuesta va a brindar un gran aporte que permitirá mejorar las actividades y abordaje de las mujeres con vida sexual activa asistentes al centro de salud Perla María Norori.

N° de encuesta

I. DATOS GENERALES:

1. Edad

2. Edad de ingreso al PPF

3. Escolaridad

a) Primaria Secundaria Universitaria Ilustrada

4. Estado civil

Soltera Casada Unión libre

5. Ocupación

Ama de casa Estudiante Trabaja por cuenta propia

Enfermera Abogada Secretaria Otros

6. Nivel de paridad

Nulípara Primigesta Secundigesta Multigesta

II. CONOCIMIENTOS DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

1. ¿Qué es un método anticonceptivo?

Es aquel que impide o reduce significativamente la posibilidad de una fecundación en mujeres fértiles.

Es el que impide la posibilidad de adquirir enfermedades de transmisión sexual .

Es aquel que le permite a la pareja planificar y elegir el número de hijos que sean tener.

¿Qué métodos anticonceptivos conoce?

Métodos naturales

Métodos hormonales

Métodos mecánicos

Métodos de barrera

2. ¿Conoce las formas de uso de alguno de los métodos anticonceptivos anteriormente señalados?

Sí

No

3. Si la respuesta es sí, especifique cuál _____

4. Describa de qué manera se usa el método anticonceptivo especificado

III. USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

1. ¿Qué método anticonceptivo usa con mayor frecuencia?

Métodos naturales

Métodos hormonales

Métodos mecánicos

Métodos de barrera

2. De acuerdo al método seleccionado, ¿qué anticonceptivo es el que usa frecuentemente?

a. Métodos naturales:

Método del ritmo /calendario o método agino -knaus

Método de temperatura corporal basal o método térmico.

Método de moco cervical o de Billings.

Método de la palpación cervical.

Método sito térmico.

b. Métodos de barrera:

Diafragma.

Capuchón cervical

Condón

c. Métodos Mecánicos

Dispositivo Intrauterino (DIU)

Parches hormonales

d. Métodos Hormonales

Hormonales Orales

✓ Combinados

✓ Solo progestágeno

Hormonales Inyectables Intramusculares

✓ Mensuales

✓ Trimestrales

Hormonales Implantes Subdérmicos

✓ No biodegradables (NORPLANT)

✓ Biodegradables

3. ¿Con que frecuencia utiliza el método antes señalado?

Poco frecuente

Muy frecuente

4. ¿Por qué prefiere este tipo de anticonceptivos?

5. ¿Utiliza combinaciones de métodos anticonceptivos?

Sí

No

6. Si su respuesta es positiva, especifique la combinación utilizada.

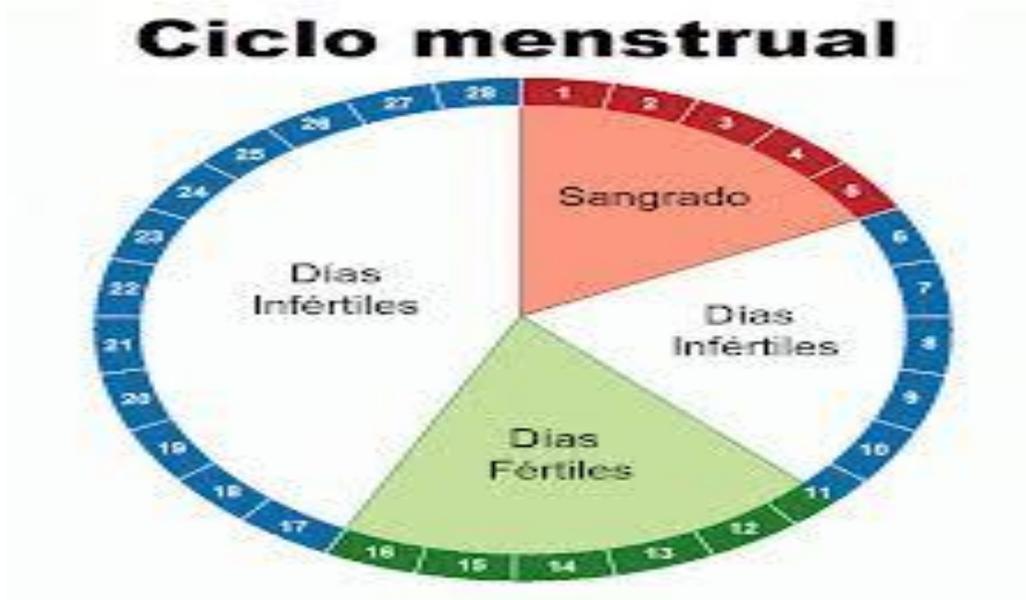
IV. INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA

1. ¿Con qué frecuencia asiste al programa de planificación familiar del centro de salud Perla María Norori?

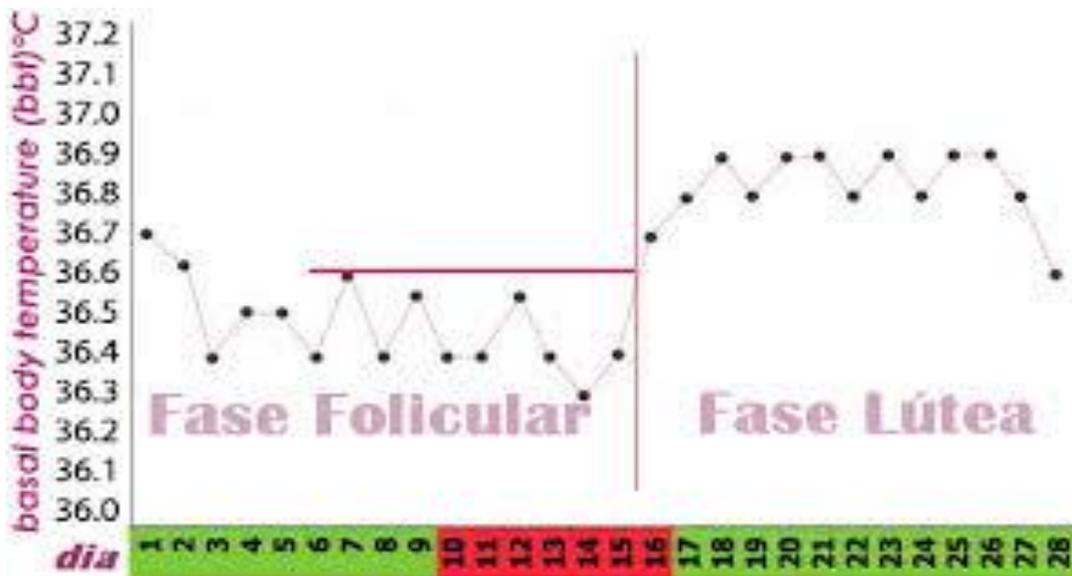
2. ¿Qué tipo de información le brindan en el programa de planificación familiar de dicho centro de salud?

3. ¿Qué tipo de métodos anticonceptivos le proporciona el programa de planificación familiar?

Anexo 2, Figura 1: Imagen de Método de ritmo o calendario



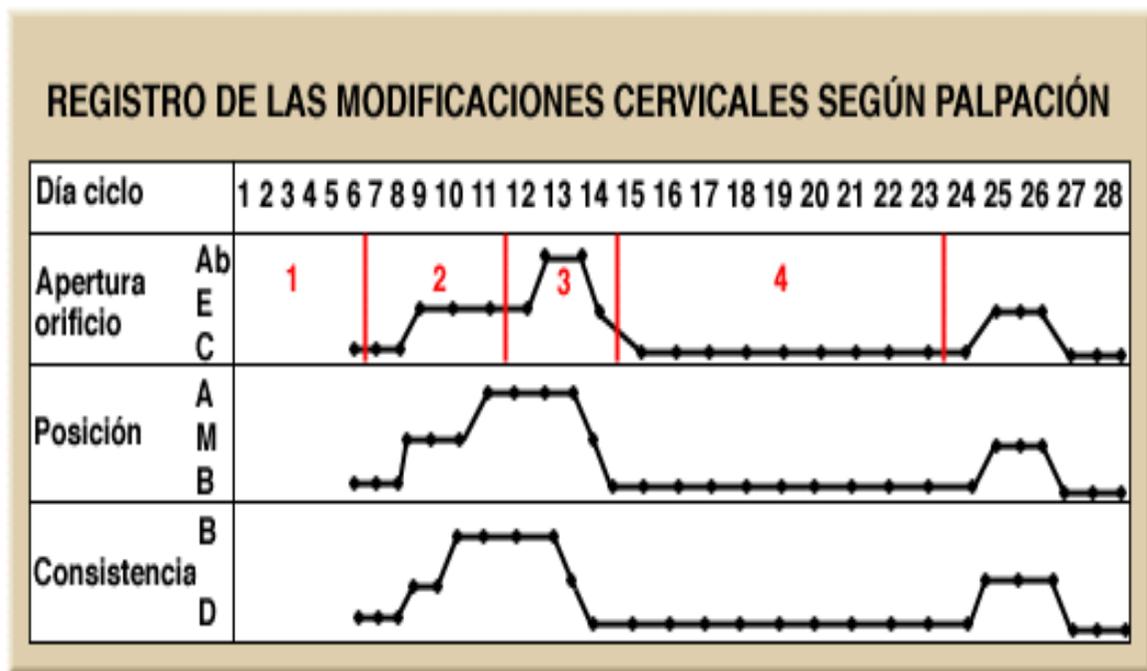
Anexo 3, Figura 2: Imagen de Método de temperatura corporal basal



Anexo 4, Figura 3: Imagen de Método de moco cervical



Anexo 5, Figura 4: Imagen de Método de la palpación cervical



Anexo 6, Figura 5: Imagen de Método Sintotérmico



Anexo 7, Figura 6: Imagen de Método del Diafragma



Anexo 8, Figura 7: Imagen de Método del Capuchón Cervical



Anexo 9, Figura 8: Imagen de Condón Femenino



Anexo 10, Figura 9: Imagen de Dispositivo Intrauterino



Anexo 11, Figura 10: Imagen de Parches Hormonales



Anexo 12, Figura 11: Imagen de Métodos Hormonales Orales



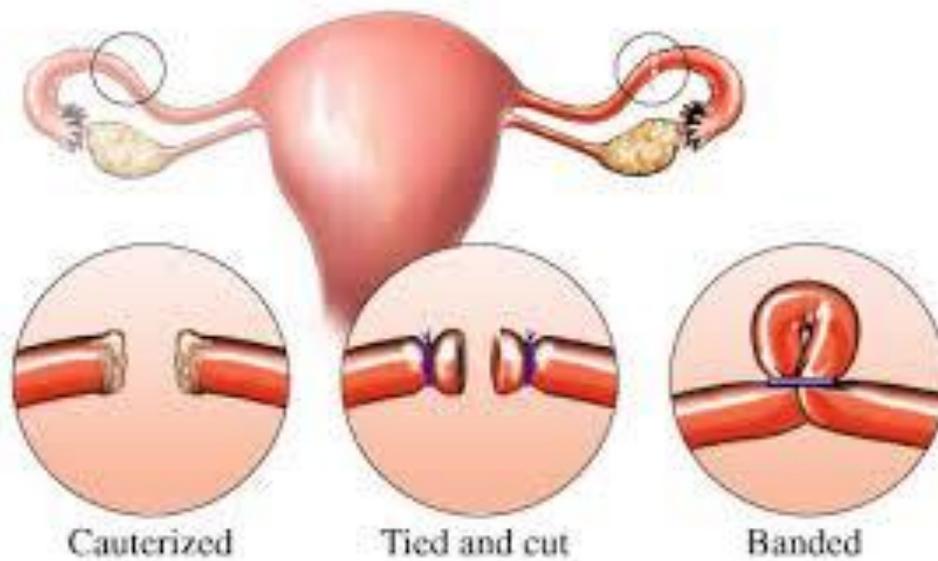
Anexo 13, Figura 12: Imagen de Métodos Hormonales Inyectables Intramusculares



Anexo 14, Figura 13: Imagen de Métodos Hormonales de Implantes Subdérmico



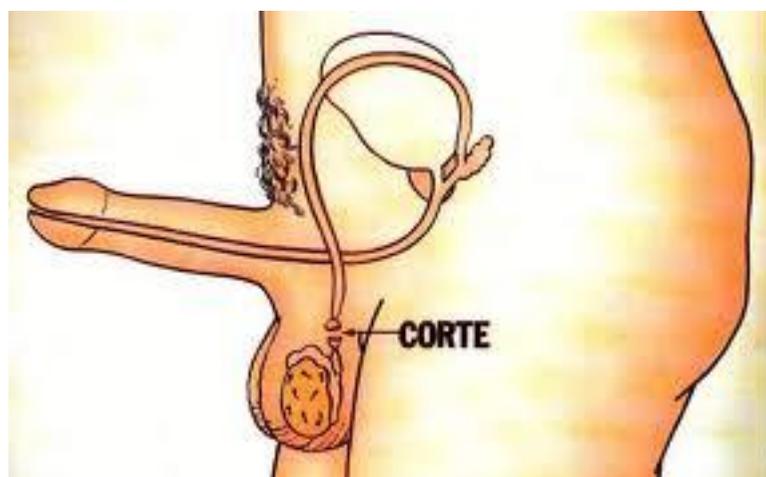
Anexo 15, Figura 14: Imagen de Oclusión Tubárica Bilateral



Anexo 16, Figura 15: Imagen de Método de Barrera



Anexo 17, Figura 16: Imagen de Vasectomía



GLOSARIO

1. CAP: Conocimientos, actitudes y prácticas.
2. PPF: Programa de Planificación Familiar.
3. Row: Porcentaje.
4. Col: Porcentaje acumulado.