

**Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua
UNAN- LEÓN**

**Facultad de Ciencias Médicas
Departamento de Ginecología y Obstetricia.**



Tesis para optar al título de Especialista en Ginecología y Obstetricia.

TÍTULO:

**Planificación Familiar post evento Obstétrico en el
Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Argüello, León.
1º Octubre de 2009 – 30 de Septiembre de 2011.**

Autor:

Dr. Noel Antonio Centeno Ruiz.

Residente de Ginecología y Obstetricia.

Tutoras:

Dra. Eliette Valladares. M.D., PhD.
Especialista en Ginecología y Obstetricia.

Dra. María Dolores Benavides.
Especialista en Ginecología y Obstetricia.

León, Marzo de 2012.

ÍNDICE

Contenido	Número de página.
Dedicatoria.....	I
Agradecimiento.....	II
Resumen.....	III
Introducción.....	1-3
Antecedentes.....	4-6
Justificación.....	7
Pregunta de Investigación.....	8
Planteamiento del Problema	9
Objetivos.....	10
Marco Teórico	11-36
Material y Método	37-40
Resultados y Discusión.....	41-49
Conclusiones.....	50-53
Recomendaciones.....	54-55
Referencias Bibliográficas.....	56-57
Anexos.....	58
Guía de entrevista.	
Carta de solicitud de entrevista a Médicos.	
Carta de solicitud de entrevista a Licenciadas.	
Encuesta a pacientes.	
Tablas y gráficos.	
Carta de solicitud de espacio físico para la Clínica de Planificación Familiar.	
Formulación de Proyecto.	

DEDICATORIA

Señor y Dios mío, el camino de la vida es fácil de recorrer si sigo tus huellas, las vicisitudes desaparecen al estar en tu regazo, ni una sola hoja se mueve sin tu voluntad. Por eso en mi humana pequeñez quiero poner en tus santas manos, humildemente este trabajo para ofrecértelo y darte las gracias, porque en tu infinita bondad has permitido que fructifique y al mismo tiempo me has concedido culminar esta meta en el camino de la superación profesional.

A mis padres por haberme dado la vida, **Francisco Centeno Ortuño y Lucía Ruiz Laguna (Q.E.P.D.)**, que a tus 20 años de partida te recuerdo y te extraño todos los días, por haberme enseñado el camino del bien y extender la mano amiga a quien la necesita.

AGRADECIMIENTO

A: DIOS, por haberme regalado la vida, la salud y la sabiduría en este camino a la formación profesional; asimismo a **MARÍA SANTÍSSMA**, por cuidarme todos los días con su manto santo.

A: Mis padres, por hacer de mi un hombre de bien no solo a la familia, sino a la sociedad.

A: Mis hermanos Claudia, Wilfredo y Marisol, a quienes he abandonado por mucho tiempo y descuidado su salud, en especial a **Claudia** quien ha luchado por la vida y ha vencido la muerte gracias a nuestro Señor que le ha tendido la mano y es el médico por excelencia.

A: Mis dos hijos JOSÈ NOEL Y ELIAM GABRIEL, quienes son mi adrenalina de superación todos los días y que quiero que sean mejores hijos y ciudadanos útiles a la patria.

A: Mis pacientes, por permitirme el aprendizaje, ya que sin ellas no fuese posible obtener una formación como la que hoy estamos finalizando, gracias mujeres por su paciencia y comprensión.

A: Mis maestros y maestras, quien desinteresadamente nos dan cada día el pan de la enseñanza su experiencia y los buenos consejos para el ejercicio de la profesión.

A: Mis tutoras, Dra. María Dolores Benavides y Dra. Eliette Valladares, por brindarme desinteresadamente sus vastos conocimientos y tiempo para el asesoramiento y desarrollo de este trabajo, facilitándome las herramientas para concluirlo con éxito.

A todos... Gracias.

RESUMEN

El estudio se realizó en el Departamento de Ginecología y Obstetricia del HEODRA, desarrollado en tres etapas con diferentes tipos de estudios y metodologías:

I Etapa (2009): Estudio Cualitativo, entrevistas a profundidad a personal médico sobre el servicio de planificación familiar.

II. Etapa (2010): Encuesta de Corte Transversal a 184 pacientes que cursaban un evento obstétrico en la cual se evaluaron conocimientos, actitudes y prácticas sobre métodos anticonceptivos.

III. Etapa (2011): Estudio documental, que consistió en la revisión de normas y protocolos nacionales sobre la materia y cómo se están aplicando. Así como la gestión para un mejor funcionamiento del servicio.

Los resultados reflejaron que existen limitantes en la cobertura de planificación familiar tanto en las condiciones físicas, humanas y de consejería. Los métodos que ofrece la unidad a pesar de que están en lista básica, no todos se encuentran disponibles.

La encuesta reveló que el 95.1% dijo conocer algún MPF y los efectos de no usarlos. Los MPF más conocidos y usados por las fueron: anticonceptivos orales, condón masculino, anticonceptivo inyectable trimestral y mensual. Considerados estos últimos los más seguros. Las actitudes sobre los MPF, en su mayoría fueron negativas.

La revisión de las normas se realizó a través de talleres y sesiones de discusión de los médicos especialistas participantes con base en su experiencia, en las que se anotaron sus sugerencias.

Conclusiones: La cobertura de planificación familiar efectiva se ve limitada por la falta de infraestructura en las que actualmente se atiende este servicio, la calidad del mismo (consejería) y principalmente por factores socio-económicos, culturales, familiares y religiosos.

INTRODUCCIÓN

La salud reproductiva se define como el completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo, sus funciones y procesos.

La sexualidad es un componente del desarrollo humano y parte integral de la salud de hombres y mujeres por igual. Sin embargo, los aspectos individuales y sociales incluidos en el concepto de salud reproductiva repercuten principalmente en las mujeres por ser quienes asumen el proceso de reproducción, pero también por el lugar que ocupan en la sociedad y la forma cómo son tratadas, lo que es determinante para su salud y bienestar físico y psicosocial, e influye en el desarrollo de sus conductas sexuales y reproductivas. (1)

La salud de las mujeres ha ido adquiriendo relevancia progresivamente en el mundo entero, tanto por la necesidad de tener una mejor comprensión del impacto que les impone el proceso reproductivo, como por el aumento de los riesgos en salud, debido a los cambios de estilos de vida, patrones de conducta, especialmente en los contextos sexuales y reproductivos. (2)

La planificación familiar, es el derecho que tiene la pareja e individuo de decidir libre y responsablemente la cantidad de hijos que desean tener, el momento oportuno para tenerlos y el tiempo entre los embarazos, así como el derecho a la información y el acceso a los métodos de planificación que le permitan concretar sus deseos reproductivos y recibir una atención de calidad. (3)

Según reportes estadísticos, la planificación familiar podría evitar un 30% de las aproximadamente 500,000 muertes maternas directas que se producen cada año en el mundo, se podría prevenir al menos 2/3 de los 50,000 abortos que ocurren diariamente, mejorar la calidad de vida de muchas mujeres, salvar la vida de millones de niños y contribuir a disminuir el acelerado crecimiento demográfico. (2)

El inicio temprano de la vida sexual y el limitado acceso a métodos anticonceptivos modernos y a programas dirigidos a adolescentes ha determinado altas tasas de

embarazo no deseado a edades tempranas, lo cual tiene consecuencias negativas en el campo de la salud física y mental, tales como el riesgo de enfermedades de transmisión sexual, el aborto y el desajuste en la integración psicosocial. (4)

En Nicaragua, la mayoría de estudios sobre planificación familiar han incluido mujeres entre 15 a 49 años de edad, las que constituyen más de la mitad de la población nicaragüense (5). Sin embargo, habría que hacer énfasis en el grupo de 15 a 19 años, quien tienen menos conocimientos, menos acceso a métodos y a servicios amigables, menor tasa de utilización y por tanto el mayor riesgo de embarazo (6).

Es deber del Estado, promover a través del Ministerio de Salud el acceso y disponibilidad de los distintos métodos anticonceptivos, de manera tal que las personas puedan seleccionar el más apropiado a sus necesidades y circunstancias. Esta función está legalmente establecida en el artículo 4 de la Ley General de Salud, que cita: *“Corresponde al Ministerio de Salud como ente rector del sector, coordinar, supervisar, inspeccionar, controlar, regular, ordenar y vigilar acciones de salud, sin perjuicio de las funciones que deba ejercer frente a las instituciones que conforman el sector salud, en concordancia con lo preparado en disposiciones legales especiales”*. (7)

A este efecto, el Ministerio de Salud en coordinación con la OMS desde 1999 promueve guías de planificación familiar basadas en la evidencia, orientadas a determinar los criterios de elegibilidad médica para el uso de anticonceptivos y la selección de prácticas recomendadas para el uso de los mismos. (1)

Sin embargo, a pesar de los múltiples esfuerzos institucionales, existen aun muchas limitaciones para alcanzar la cobertura en planificación familiar. La oferta de métodos modernos es aún limitada, a esto se suman los aspectos culturales que determinan en muchos casos una actitud negativa hacia el uso de determinados métodos anticonceptivos.

De acuerdo a estadísticas del Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Arguello (HEODRA) en el año 2009 se tuvo una cobertura de planificación familiar post

evento obstétrico de 98% (70 % con métodos artificiales y 28 % con métodos naturales). Para el año 2011 la cobertura total reportada de métodos artificiales fue del 98% y sólo un 2% métodos naturales. El presente estudio únicamente tomó en cuenta los métodos artificiales, pues son los únicos que pueden ser medibles.

ANTECEDENTES

En América Latina cada año aproximadamente tres millones trescientas mil mujeres llevan a término un embarazo y al menos un tercio de ellas son madres adolescentes, cifra que aumenta considerablemente en Nicaragua y Guatemala donde la mitad de las mujeres ya es madre al llegar a los veinte años.(3)

En un estudio realizado en Perú se encontró que el 46% de las adolescentes sexualmente activas de 15-19 años no embarazadas y que deseaban evitar el embarazo no estaban utilizando anticonceptivos. (5)

Muchas veces, para la población en edad fértil usar un método anticonceptivo significa asumir la regularidad de su actividad sexual con todas las repercusiones emocionales y familiares que esto implica. Alfaro y colaboradores reportaron que las explicaciones más comunes que las adolescentes dan para la no utilización de anticonceptivos son: falta de conocimientos sobre estos, dificultades en el acceso, ambivalencia y miedo a discutir aspectos sexuales con los adultos. (4)

En el estudio "Planeando tu vida" que incluye información de varios países, se muestra como la comunicación abierta y clara con los padres sobre el uso de anticonceptivos es un factor que ayuda a que las usuarias los utilicen de manera responsable el resto de su vida. (8)

En México se impartieron talleres vivenciales sobre temas de sexualidad a 4500 estudiantes de secundaria. Antes de los talleres los adolescentes tenían muchos conflictos en el manejo de su sexualidad. La aplicación de estos talleres vivenciales les ayudó a aclarar dudas, a manejar responsablemente su sexualidad y a modificar su conducta, por lo que disminuyó el número de embarazos no deseados y abortos, demostrado en un seguimiento de esta población. (9)

En un estudio multicéntrico realizado en el 2001, se reportó los siguientes hallazgos: En Perú 54% de las mujeres en edad reproductiva, sexualmente activas, que no estaban embarazadas y que deseaban evitarlo, usaban anticonceptivos. En Paraguay, a pesar de que más de la mitad de las

adolescentes refirieron conocer algún método anticonceptivo, muy pocas explicaron correctamente su uso, aunque si tenían una actitud positiva y deseaban mayor información. En Brasil, 94% de las adolescentes conocían algún método anticonceptivo al momento de la primera relación sexual, pero sólo 47% de ellas usaron algún tipo de protección en esa relación. (9)

En El Salvador, el uso de anticonceptivos en general aumentó de un 53% en 1993 a un 67% en 2003. Durante el mismo período, el uso de anticonceptivos entre el segmento más pobre de la población aumentó de un 33% a un 52%, mientras que entre el grupo más rico, no hubo cambio relativo en su uso con una tasa del 72%. Como tal, la “brecha equitativa” en el uso de anticonceptivos entre la población más pobre y más rica se redujo, en términos de una década, de un 40% a un 20%. (11)

En Cuba, como en otras partes de Latinoamérica, las mujeres en edad reproductiva a pesar de tener conocimientos de los métodos anticonceptivos, no los utilizaban por la inadecuada educación sexual. Ellos demostraron que su uso es directamente proporcional al nivel académico y cultural (12)

Entre los países desarrollados, Estados Unidos tiene la tasa más alta de embarazos en adolescentes con un 19%. Hay aproximadamente doce millones de adolescentes americanos sexualmente activos, menos de un tercio usan contraceptivos. El resultado de esta desafortunada situación es cerca de un millón de embarazos en adolescentes anualmente, incluidos 30,000 a 40,000 embarazos en menores de catorce años. (13)

En la publicación “Confites en el Infierno” 1996, estudio hecho en Nicaragua sobre prevalencia de violencia doméstica, se reportó que el 12% de los esposos les prohibían planificar a sus esposas por temor a que se cometieran infidelidades. Circunstancia que se explica principalmente por factores culturales (Machismo) (14).

Tradicionalmente la educación sexual en Nicaragua se ha caracterizado por ser eminentemente biologicista y bajo los cánones éticos de la religión católica. Esta enseñaba que los métodos artificiales de planificación podrían tener graves efectos negativos sobre la salud de los jóvenes, además de ser pecado. (15)

En la actualidad, se han introducido reformas en el currículo de Educación Primaria y Secundaria, y se ha considerado esta temática como un componente fundamental en la formación integral de los estudiantes (16). Sin embargo, su abordaje en la práctica continúa siendo muy conservador.

JUSTIFICACIÓN

El presente estudio pretende contribuir al mejoramiento de la cobertura de planificación familiar post evento obstétrico en el departamento de Gineco-obstetricia del HEODRA, a través de la identificación de los factores que limitan dicha cobertura.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son los factores que influyen en que no se alcance una mejor cobertura de planificación familiar post evento obstétrico en el servicio de Gineco-obstetricia del HEODRA?

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Existen factores culturales y mitos que obstaculizan la aceptación de métodos de planificación por parte de las pacientes o de sus parejas. A la vez, la falta de protocolización, la poca disponibilidad de diversos métodos modernos en los servicios obstétricos, el limitado tiempo del personal para una consejería sobre planificación familiar más efectiva y el hecho de no contar con un lugar que brinde las condiciones adecuadas para recibir la misma, influyen negativamente en la cobertura de Planificación Familiar post evento obstétrico en el HEODRA.

OBJETIVOS:

OBJETIVO GENERAL:

Evaluar el funcionamiento y cobertura del servicio de Planificación Familiar post evento obstétrico en el departamento de Gineco-obstetricia del HEODRA durante el período comprendido del 1º de Octubre de 2009 al 30 de Septiembre de 2010, para que, basados en esos resultados se realice un estudio de intervención en el 2011 encaminado al incremento de la cobertura de Planificación Familiar post evento obstétrico y a la adecuación al servicio de los protocolos nacionales de planificación familiar del Ministerio de Salud.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

RII (2009):

- 1- Identificar los factores institucionales asociados a la baja cobertura de planificación familiar post evento obstétrico en el servicio de Gineco-obstetricia del HEODRA.
- 2- Revisar la oferta de métodos durante el año 2009, su pertinencia de acuerdo a las características de la paciente, y la sistematización y calidad de la consejería de planificación familiar que se oferta.

RIII (2010):

- 3- Evaluar los conocimientos, actitudes y prácticas de Planificación Familiar de las pacientes atendidas en el HEODRA por un evento obstétrico durante el período de estudio, y los factores que condicionan la aceptabilidad o no de los métodos que se les ofertan.

RIV (2011):

- 4- Trabajar en la revisión de las normas nacionales de Planificación Familiar para su adaptación y aplicación en el servicio, así como revisar la gestión para proveer de los medios necesarios para su funcionamiento.

MARCO TEÓRICO

La Planificación Familiar:

Es un derecho básico de la pareja de decidir de manera libre y responsable cuántos hijos tener y cuando (espaciamiento). Es poder decidir y planificar cual es el tamaño de la familia que se quiere tener (16).

No todos podemos hacerlo, para planificar hay que tener conocimientos de cómo hacerlo y además contar con los recursos. Las personas instruidas y de mejor nivel económico generalmente tienen menos hijos.

La planificación familiar requiere de un proceso complejo de formación que promueva desde tempranas edades valores, actitudes y habilidades para una paternidad/maternidad responsable como producto de una opción libre y consciente. Esto implica procesos intencionales sistemáticos de educación sexual tanto en el sistema educativo, familiar como de servicio de salud (7).

Objetivos globales de la Planificación Familiar:

- Evitar embarazos no deseados.
- Regular los intervalos entre embarazos.
- Decidir el número de hijos en la familia.
- Regular el tiempo en que ocurren los nacimientos en relación con las edades de los padres.
- Facilitar los nacimientos deseados para mujeres con problemas de fecundidad.
- Evitar el embarazo cuando agravaría una enfermedad peligrosa presente.
- Brindar a los portadores de enfermedades genéticas la opción o posibilidad de evitar el embarazo.

Finalidad global de la Planificación Familiar:

La finalidad global de la planificación familiar consiste en mejorar la salud de la madre, sus hijos y la familia en general. En este sentido, las medidas preventivas de salud reconocida son:

Espaciamiento de los partes, limitación del tamaño de la familia y programación de los nacimientos.

Objetivos de enfermería en la Planificación Familiar:

Además de objetivos globales de la planificación familiar los servicios de enfermería tienen finalidad propia en esta área:

- Ser sensible a las necesidades de control de la natalidad de la mujer o la pareja.
- Conservar la objetividad al hablar de los métodos de control de la natalidad, incluso cuando se trate de esterilización y aborto.
- Orientar a la mujer sobre todo los métodos de control de la natalidad.
- Ofrecer ampliar información sobre el método elegido por la mujer.
- Permitir a la paciente tomar una decisión informada.
- Animar a la paciente a buscar ayuda cuando se le presenten dudas o problemas.
- Estar a disposición de la paciente cuando necesite consejo o ayuda.

*Para una buena planificación familiar, se necesita un concepto básico sobre métodos anticonceptivos (7).

LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS:

Serie de procedimientos utilizando. Objetos, medicamentos, conocimientos o intervenciones quirúrgicas, con el fin de evitar, principalmente el embarazo no deseado.

Aunque no existe un método anticonceptivo perfecto, todas las parejas en edad fértil y sexualmente activas deben emplear alguna forma de control de natalidad si

no desean que se produzca un embarazo en el futuro inmediato, puesto que, de lo contrario, lo más probable es que ello ocurre en el plazo de seis a un año.

La selección del método anticonceptivo depende de las características y necesidades de la usuaria y usuario y orientado por médicos especialistas, médicos generales, recursos de enfermería, entrenados y capacitado en la indicación y aplicación de métodos anticonceptivos.

Criterios de elegibilidad médica: (7)

Categoría 1: Usar el método en cualquier circunstancia.

No hay riesgo con el uso de este método:

- La mayoría de las mujeres pueden utilizar los métodos naturales en forma segura y eficaz hasta donde la seguridad del método lo permite.
- Parejas que desean evitar embarazos, están de acuerdo y motivadas a usar el método.
- Que no tienen inconveniente en tener un embarazo en caso de falla del 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 permiten usar otros métodos.
- No existen condiciones clínicas que restrinjan el uso de estos métodos.
- Parejas que desean espaciar sus embarazos.
- Parejas que están de acuerdo en no tener relaciones sin protección en los días fértiles de cada ciclo.
- Parejas que están dispuestas a llevar el control de ciclo menstrual de la mujer.

Categoría 2: Generalmente usar el método.

Puede usarse el método aunque no debe considerarse de primera elección:

- Existen condiciones que pueden afectar la función ovárica o la regularidad del ciclo menstrual, alterar los signos y síntomas de fertilidad y las características del

moco endocervical, que pueden hacer a estos métodos difíciles de aprender, interpretar y usar.

Estas condiciones son:

- Lactancia materna, (los únicos métodos naturales recomendados en estos casos son el retiro o coitus interruptus y el Método de Lactancia Amenorrea (MELA).
- En el puerperio sin lactancia, en el post aborto, edad (alrededor de la menarquía y en la pre menopausia), accidente cerebro vascular, ciclos menstruales irregulares, ciclos menstruales con sangrado abundante y prolongado, sangrado trans-vaginal de causa desconocida, hemorragia uterina anormal por EPI, neoplasia intraepitelial cervical (NIC), cáncer cervical.
- Mujeres con enfermedades que alteran el moco cervical, tales como infecciones cérvico vaginales, flujos anormales que hacen que se confunda con el moco cervical (para el método de Billings o moco cervical solamente), ectropión cervical.
- EPI actual o en los últimos 3 meses, cirrosis severa (descompensada), tumores hepáticos (benignos o malignos), hipertiroidismo, hipotiroidismo, uso de medicamentos: drogas que alteran el estado de ánimo, litio, antidepresivos tricíclicos, ansiolíticos.
- En mujeres con ciertas enfermedades crónicas, en las que las elevadas tasas de fracaso de estos métodos puede exponer a la usuaria a un riesgo inaceptable de embarazo no deseado.

Categoría 3: Usualmente no se recomienda usar el método a menos que no hayan otros métodos disponibles o aceptables.

El método no es usualmente recomendado. Infórmele a la usuaria que estas condiciones requieren valoración cuidadosa, deben explicarse los riesgos potenciales que podrían ser mayores que los beneficios.

- Mujeres con alto riesgo reproductivo y obstétrico que pone en peligro su vida.
- Mujeres con dificultad para reconocer las características de su ciclo menstrual, cambios en el moco cervical, en la temperatura basal y otros síntomas y signos asociados al ciclo menstrual.

Categoría 4: No debe usarse el método.

✚ Este método no debe ser usado en los siguientes casos:

- ✚ Mujeres con pareja que no está de acuerdo con el método o no desea colaborar.
- ✚ Mujeres con ciclos menstruales irregulares en cuanto a duración y características.
- ✚ Mujeres que están en incapacidad para cumplir o que no estén en situación de practicar la abstinencia sexual cuando el método lo requiera.
- ✚ A mujeres con más de un compañero sexual.
- ✚ A mujeres con necesidad de protección altamente eficaz contra el embarazo.

CLASIFICACION DE LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS (1)

Naturales:

- Método del Ritmo
- Método del Moco cervical
- Método de Lactancia Materna
- Método Retiro (Coito Interrumpido)
- Método Temperatura Basal.

Artificial:

- Barrera: Preservativo o condón
- Espermicida
- Diafragma
- Hormonales: Orales, Inyectables, Implantes Norplant
- Mecánicos: DIU

Definitivo o irreversible:

- Ligadura de Trompas
- Vasectomía

Métodos Temporales o Reversibles.

I. MÉTODOS NATURALES.

Se basan en la abstinencia durante el periodo periovulatoria del ciclo menstrual.

1.- Método del Ritmo.- Es un método que consiste en evitar las relaciones cóitales durante el periodo fértil del ciclo menstrual. El método funciona en mujeres que son irregulares en su regla. No protege del contagio de las ITS / SIDA.

Se basa en la presunción de que los ciclos menstruales son relativamente constantes, de modo que tal que controlando varios ciclos anteriores se puede predecir el periodo fértil de los siguientes. Ejemplo:

- Si el periodo menstrual consta de 28 días. El 14 día es el día en que se presenta la ovulación, para esto la mujer contará con 3 días antes y 3 días después de este para evitar tener relaciones cóitales durante este periodo.
- Ya que este periodo al que se considera Periodo Fértil.

2.- Método del Moco Cervical.- Requiere conocer los cambios del moco cervical a largo del ciclo menstrual. Se basa en la presencia de mucosidad en la vagina. Consiste en tomar entre el dedo índice y pulgar un poco de moco cervical (sustancia del fondo vaginal) y separar dichos dedos todo lo que sea posible para observar la elasticidad del moco. Si este se estira más que en los días anteriores, en que era escaso y espeso, indica que esta por producirse la ovulación. Por lo tanto se debe evitar tener relaciones cóitales durante este periodo. No protege del contagio de ETS / SIDA.

El moco favorece la supervivencia de los espermatozoides y facilitan su tránsito del cuello del útero o la matriz y luego a las trompas de Falopio donde se produce la fecundación

Este moco fértil tiene las siguientes características:

Acuoso, adherente, resbaladizo, húmedo, abundante, claro, fino y filante, delgado, elástico, continua siendo lubricante.

El moco no fértil tiene las siguientes características:

Sensación de sequedad.

Aumento de la coloración amarillenta

Blanquecina, Consistente.

3.- Método de Lactancia Materna.- Basada en el hecho en que durante la lactancia se produce en la mujer un aumento de la hormona llamado prolactina, que suprime la ovulación, por tanto se impide el embarazo durante este periodo, requiere que la mujer cumpla condiciones durante la lactancia.

Amamantar de 10 - 12 veces durante el día y la noche (lactancia exclusiva).

No menstruar.

Estar en los primeros 6 meses posteriores del parto.

El método de la amenorrea de la lactancia (MELA) es el uso de la lactancia como método anticonceptivo. Este se basa en el efecto fisiológico de amamantar para suprimir la ovulación. Con el fin de utilizar la lactancia como método anticonceptivo eficaz, se requiere que la madre alimente a su bebe sólo leche materna o, que por lo menos, amamante en casi todas comidas. Además, el/la bebe debe tener menos de seis meses.

Indicación:

Toda mujer que amamante plenamente que este en amenorrea, utiliza este método el cual es efectivo hasta 6 meses después del parto. Puede utilizarse como método introductorio de planificación familiar, desde el post - parto inmediato y durante la lactancia, protegiendo a esta y obteniendo los beneficios de la infertilidad material que ella provoca, a través de la supresión hormonal de la ovulación.

Ventajas:

- Está disponible universalmente.
- Es muy eficaz en por lo menos un 98 %.

- La protección comienza inmediatamente después del parto.
- Ofrece múltiples beneficios de salud a la madre y al lactante.
- No se requieren productos ni suministros, por lo que carece de costo.
- Se considera una conexión para el uso de otros anticonceptivos.
- Se basa en prácticas religiosas y culturales establecidas universalmente.
- Mejora los factores de lactancia materna y destete.
- Pospone el uso de esteroides hasta que el lactante este más desarrollado.

Desventajas:

- El patrón de lactancia puede ser difícil de mantener.
- No protege contra los ITS (Infección de Transmisión Sexual). Incluida la infección por el Virus de inmunodeficiencia Humana (VIH).
- La duración del método es limitada.
- Es útil solo para mujeres en el posparto que estén amamantando.

4.- Método del Coito Interrumpido (Retiro).- Es un método de planificación familiar tradicional en el que el hombre retira el pene completamente de la vagina antes de eyacular. A consecuencia de ello, los espermatozoides no entran en la vagina y se impide la fertilización. No hay cifras exactas de su uso que está influido por patrones culturales.

Mecanismos de acción:

Para su empleo eficaz el hombre debe predecir el momento en que la eyaculación es inminente y debe retirar el pene para que el semen eyaculado no entre en contacto con la vagina y ni con los genitales externos de la mujer. Esto es debido a que en la vulva pueda haber moco cervical que facilita la movilización de los espermatozoides hacia la parte superior del tracto genital femenino.

Generalmente antes de la eyaculación se produce la expulsión de un líquido (secreción prostática) que se ha discutido; se podría generar un embarazo. Algunos investigadores sostienen que este líquido no tiene el número suficiente de

espermatozoides para producir una fertilización y sería comparable a una oligospermia severa en caso de esterilidad.

Tasa de fallo:

De 25 embarazos por cada 100 mujeres.

Ventajas

- Es simple.
- No requiere supervisión profesional.
- No tiene costo.
- Es accesible en todo momento y circunstancia.

Desventajas:

1.- El retiro incompleto a tardío durante el periodo fértil de la mujer incrementa la probabilidad de embarazo no deseado, obviamente al retiro tardío fuera del periodo fértil femenino no ocasiona embarazo.

2.- Requiere alta motivación en ambos miembros de la pareja ya que el hombre debe retirarse interrumpiendo todo contacto corporal con su pareja en momentos de máxima excitación sexual. Esto influye en la aceptabilidad del método.

3.- La apreciación de que el retiro produciría trastornos neuróticos no está suficientemente avalada. Debe evitarse producir iatrogénica con este concepto.

4.- Los urólogos mencionan este método como causante de congestión de la próstata y los ginecólogos como causante de congestión pélvica, todo lo cual tampoco tiene sólida demostración científica.

5.- Está constituida en los casos que hay poco control sobre la eyaculación (eyaculación prematura o en adolescentes).

5.- Método de temperatura Basal.- Este Método se basa en el hecho de que el momento de la ovulación, la temperatura aumenta. Requiere que previamente la mujer establece su temperatura (oral o axilar) normal, diariamente a la misma hora (antes de levantarse).

Desde que empieza a aumentar la temperatura debe evitarse tener relaciones cóitales hasta dos o tres días después de observar en el termómetro la elevación de la temperatura en 3- 5 líneas. Esta elevación indica que se ha producido la ovulación. Por lo tanto, no se debe tener relaciones cóitales en estos días. No protege el contagio de la ETS/SIDA.

¿Cómo tomar la Temperatura?

- La temperatura se debe tomar en la mañana, antes de levantarse de la cama, entre 6 y 8 a.m. de preferencia después de haber dormido tranquilamente ocho horas.
- Debe utilizarse un termómetro controlado. Hay que sacudirlo para que el mercurio baje al fondo. Debe ser siempre el mismo termómetro.
- Al inicio la temperatura debe ser tomada todos los días sin excepción, inclusive durante las reglas, siempre en la misma forma y a la misma hora.
- Además de la temperatura, deberá anotarse todo incidente eventual que pudiera hacerla variar, resfriados, alteración estomacal, otros malestares.
- Conviene anotar la fecha de relaciones sexuales.
- El termómetro debe permanecer en la boca de 4 a 5 minutos, o en el recto por 3 minutos.
- Al evaluar la curva de temperatura basal, se establece el día ovulatorio observando los días que ha aumentado. Luego para el periodo de abstinencia se cuenta 3 días antes y después.

La pareja debe tener coito:

Desde el primer día del sangrado menstrual hasta 3 días después de la elevación mencionada y de haberse mantenido por ese lapso en valores alcanzados. Una vez que supero este tiempo, la pareja puede tener relaciones sexuales.

II. MÉTODOS ARTIFICIALES:**A) Métodos de Barrera:**

Ofrecen un obstáculo mecánico que impiden al semen ponerse en contacto con el cérvix. Se recomienda para parejas con baja frecuencia coital, especialmente para jóvenes solteros, con relaciones sexuales ocasionales, siempre y cuando eviten el coito en los días de mayor fertilidad; protegiéndose, así mismo, contra muchas enfermedades de transmisión sexual como el Sida e incluso el Cáncer de Cerviz (en el caso del condón).

1.- Preservativo o Condón. Es un anticonceptivo para uso masculino el cual es fabricado por látex muy delgado y resistente. Se colocan sobre el pene erecto. Los condones masculinos pueden ser tratados con espermicida para ofrecer mayor protección. Los condones masculinos impiden que los espermatozoides tengan acceso al aparato reproductivo femenino e impiden que los microorganismos (ETS, incluyendo el VIH SIDA) pasen de un miembro de la pareja al otro.

Acción del Condón:

- Impide que el semen entre en la vagina.
- Evita la transmisión de enfermedades venéreas.

Beneficios o Ventajas colaterales del condón:

- Prevenir de infecciones vaginales o transmitidas por contacto sexual y, posiblemente, de enfermedad inflamatoria pélvica.
- Mayor comodidad y placer sexual con los dispositivos lubricados.

- Inclusión del condón en el juego sexual.
- Reducción de títulos de anticuerpos en las parejas en que la mujer los produzca contra los espermatozoides de su compañero.

Es un Método:

- Accesible con una amplia posibilidad de distribución comunitaria.
- Prácticamente sin efectos secundarios.
- Protege efectivamente contra ETS/VIH - Sida.
- Es reversible.
- Es de relativamente bajo costo.
- Posible efecto en la prevención del cáncer de cuello uterino.
- Puede ser utilizado como método único de apoyo a otros métodos.
- Permite la participación de los hombres en la responsabilidad de la planificación familiar.

Desventajas para el Usuario:

- Interrumpe el acto sexual para su colocación: interrupción del juego previo.
- "Incomodidad" del método.
- Reducción de la sensibilidad masculina y femenina.
- Dificultad de mantener erección.
- Disminución en el disfrute de la relación sexual.
- "Mal" Concepto del Método.
- Conceptos errados sobre eficacia y efectos secundarios.

Complicaciones:

Están dadas por el escape de semen debido a rotura accidental del condón, accidente absolutamente impredecible para el usuario.

Instrucciones para el hombre:

- ✓ Para saber si un condón está en buen estado, y puede ser usado, hay que ver:

- ✓ Primero debe fijarse que el sobre no éste roto o dañado.
- ✓ Antes de abrirlo revise si se mantiene la sensación de “almohadilla de aire” del sobre.
- ✓ El condón estará en buen estado si no han pasado más de 5 años. Fíjese en la fecha de fabricación que aparece junto a las letras MDF. En algunos condones, al lado EXP aparece el año hasta que se puede usar; no use el condón después de ese año.
- ✓ Abra el sobre del condón con las manos y por el borde para no dañarlo. No lo haga con los dientes, tijera, navaja.
- ✓ Colocar el condón desde el inicio de la relación sexual (coito) cuando ocurre la erección, pues puede haber semen previamente en el conducto uretral o puede haber eyaculación precoz.
- ✓ Hacerlo antes que entre en contacto con la vagina. Coloque el condón en la punta del pene cuando todavía este duro, y despliéguelo “córralo” poco a poco hasta cubrir todo el pene; evitar formación de burbujas.
- ✓ Colocación del condón, demostrando el espacio del extremo que será el reservorio del semen.
- ✓ Al colocárselo apriete la punta del condón. Evite que el condón se llene de aire para que no se rompa.
- ✓ No use cremas con aceites (como la clásica vaselina) para “humedecer” el condón, porque deterioran el látex y se puede romper. Si se necesita lubricante usar uno a base de agua.
- ✓ Al terminar la relación sexual coital, coja la “boca” del condón con los dedos y retire el pene de la vagina antes que se ponga flácido “se muera”.
- ✓ También después de la eyaculación retirar al pene inmediatamente de la vagina, sosteniendo el preservativo por su base para evitar que éste se salga y evitar así que se derrame el semen.
- ✓ Anudar el preservativo antes de tirarlo.
- ✓ Bote el condón usado. No lo vuelva a utilizar.
- ✓ Usar un nuevo condón en cada coito.

- ✓ Debe usarse en todas las relaciones sexuales independientemente del momento del ciclo menstrual en que se encuentre la mujer.
- ✓ Guarde el condón en donde no se maltrate. No lo ponga en la billetera ni en el bolsillo trasero del pantalón. Puede guardarse en el bolsillo de la camisa.

2.- Espermicida.- Son geles espumas, cremas o capsulas que se insertan profundamente en la vagina liberando sustancias que inmovilizan o matan los espermatozoides.

Los espermicidas causan la ruptura de las membranas de los espermatozoides, lo cual disminuye su movimiento (motilidad y movilidad), así como su capacidad de fecundar el ovulo.

Se presentan en varias formas farmacéuticas

- Cremas, jaleas y espumas.
- Tabletas espumantes.
- Óvulos licerables.
- Óvulos Espumantes.
- Películas solubles.

Mecanismos de Acción:

Al espaciarse el espermicida por la vagina, produce una película viscosa que disminuye la motilidad de los espermatozoides. Además, los espermicidas, inactivan los espermatozoides en la vagina produciendo la ruptura de su membrana antes de que estos puedan ascender al tracto genital superior, produciéndose la separación de la cabeza y la cola. Esto ha sido comprobado por test de Hubner realizados postcoito con uso del anticonceptivo con cloruro de benzalconio; los espermicidas no se absorben a través de la vagina y no tienen efectos sistemáticos. En el caso de las esponjas o tampones, estos actúan también por el efecto mecánico, a que la esponja absorbe el esperma.

Ventajas:

El tampón o esponja es absorbente de las secreciones vaginales por lo que sería útil en los casos de hipersecreciones vaginales. Las drogas espermicidas no pasan a la sangre ni a la leche materna.

Desventajas:

Tienen relativamente tasas altas de embarazo accidental. Necesidad de prever la interrupción de la actividad sexual para usarlas.

Necesidad de uso constante y cuidadoso en cada relación sexual.

Instrucciones para la mujer:

Por lo que hemos mencionados en "Eficacia" es primordial la consejería que los profesionales deben dar a los usuarios, estableciendo previamente una adecuada selección de quienes son aptas y quienes son aptas y quienes no para adecuarse a un correcto uso.

Para óvulos y cremas:

- Acuéstese con las piernas dobladas.
- Coloque el óvulo o tableta vaginal en su vagina lo más profundo posible.
- Colocar la dosis recomendada de crema en la parte superior de la vagina, cerca del fondo y el cérvix.
- Póngase el óvulo o tableta vaginal 15 minutos antes de cada penetración o relación coital. Debe quedarse acostado durante esos 15 primeros minutos para que el óvulo o tableta vaginal no se salga.
- Para cada penetración utilizar una aplicación de crema óvulo o tableta vaginal, adicional cada vez que se repita el coito aunque el tiempo transcurrido sea breve.
- El óvulo o tableta vaginal dura solo hasta 1 hora después de colocado. Si ha pasado más de una hora y no ha tenido relaciones sexuales, debe colocarse otro.

- No realizar duchas vaginales o lavados internos por lo menos 6 horas después del coito.
- No lo use después de su fecha de vencimiento.
- Guárdelos en un lugar fresco y seco.

3. Diafragma. Dispositivo vaginal fabricado de caucho delgado en forma de copa ancha cuyo borde mayor tiene un resorte semi-rígido, cuya tensión contra las paredes de la vagina mantiene la forma de dispositivo; y la presión que da al contorno la musculatura vaginal la mantiene en su sitio.

Acción del Diafragma.-

Impide que el semen penetre al tracto reproductivo superior (útero y trompas de Falopio)

Mecanismos de Acción

Esta depende fundamentalmente de succión como barrera mecánica y parcialmente como “soporte” o “transporte” de espermicidas.

Actúa como barrera cubriendo el cerviz.

Sirve como receptáculo para alojar espermicidas.

Evita que el moco cervical neutralice la acidez vaginal con lo que permanece hostil al esperma.

Ventajas:

- No interfiere la lactancia
- Puede insertarse de dos a seis horas antes del coito.
- Se evita la ingestión diaria de comprimidos.
- No altera los procesos metabólicos o fisiológicos.
- Los beneficios colaterales del empleo del diafragma consisten en cierta protección contra enfermedades de transmisión sexual y contra el desarrollo de displasia cervical.
- Protege levemente contra la ETS.
- Evita el “escape” sanguíneo menstrual durante el coito.

Desventajas:

- Regular medición por el profesional para su selección adecuada.
- Ajuste cuidadoso a la cúpula vaginal.
- Requiere adiestramiento de la paciente para su correcta utilización.
- Tiempo suficiente de enseñanza a la usuaria de 30 a 60 minutos.
- Es necesario una alta motivación para su uso.
- No tiene acción preventiva para ETS, VIH - SIDA.
- No se puede retirar antes de 6 - 8 horas del coito.

Complicaciones:

Son todos los efectos secundarios o las complicaciones graves o mortales por el empleo del diafragma. Algunos efectos que podrían sobrevenir son:

- Prurito, ardor o inflamación del tejido vaginal, por alergia al látex, el caucho o a la jalea o crema espermicidas.
- Irritación vesical cuando el diafragma está mal ajustado. Cuando es demasiado grande y ha estado colocado durante varias horas, su reborde puede ejercer una fuerte presión sobre la vejiga o la uretra, lo que originará malestar y quizá infecciones recurrentes. También puede producir erosión e hipersensibilidad en la pared vaginal.
- Posible dificultad en las evacuaciones o alteración del tamaño de las heces; asimismo hemorroides cuando el dispositivo ejerce presión sobre el colon descendente a través de la pared vaginal, a causa de su gran tamaño.
- Dolor por tejido vaginal o episiotomía no cicatrizados cuando el dispositivo se coloca demasiado pronto después de parto a término.

B). Métodos Hormonales:

1.- Anticonceptivos Orales. Los anticonceptivos orales combinados (AOC) son pastillas que contienen las hormonas estrógenos y progestinas. Estas pastillas se toman diariamente. También existen solo de progestágeno. Los AOC suprimen la ovulación, espesan el moco cervical (impidiendo la penetración de los

espermatozoides), cambian el endometrio (haciendo la implantación menos posible), y reducen el transporte de espermatozoide al tracto genital superior (trompas de Falopio).

Mecanismo de Acción:

El mecanismo de acción de los ingredientes del comprimido es su efecto sobre el hipotálamo, que suprime la función ovárica para evitar la ovulación. El estrógeno inhibe la ovulación, el transporte del ovulo y la conservación del cuerpo amarillo. El progestágeno influye en la ovulación, el moco cervical, la capacitación y el transporte e implantación del ovulo.

Anticonceptivos Orales Combinados. Aquellas píldoras que poseen una combinación de progestágenos y estrógenos debe ser administrado por personal administrado, son de ingesta diaria.

En los siguientes ciclos:

- ✓ En los paquetes de 21 pastillas reinician luego de 7 días de haber terminado el ciclo anterior.
- ✓ En el paquete de 28 pastillas se reinicia la toma inmediatamente luego de terminar el paquete anterior.

Efectos Secundarios más frecuentes:

- Amenorrea.
- Goteo/ sangrado vaginal anormal.
- Nauseas mareos, vómitos.
- Aumento de peso.
- Cefalea persistente y/o progresiva.

Instrucciones para la mujer:

- Tome una píldora cada día si es posible a la misma hora.

- La primera píldora debe tomarla en el 1er y 5to día desde que comenzó su menstruación.
- Si hay vómito ½ hora después de haber tomado la pastilla tómese otra.
- Si tiene diarrea o vómito durante más de dos días use por seguridad durante los siguientes 7 días.
- Si se olvida de tomar una píldora, tómela apenas se acuerde, puede tomar 2 píldoras en un mismo día.
- Si se olvida de tomar 2 ó más píldoras comience a tomar 1 nuevo paquete y use por seguridad los siguientes 7 días otro método anticonceptivo como condón.

Anticonceptivos Orales no Combinados (de Progestágeno):

Son aquellos que poseen solo progestágeno.

Efectos Secundarios más frecuentes:

- Amenorrea.
- Sangrado / goteo irregular.
- Cefalea.
- Nauseas, mareos y Vómitos.
- Aumento de peso.

Instrucciones para la mujer:

- Desde el comienzo tome la píldora todos los días a la misma hora. Si se retrasa 2 ó más horas en tomarlas, pierde su efecto y no la protege.
- Si después de ½ hora después de haber tomado la píldora vomita debe tomar otra píldora.
- Durante los 2 ó 3 primeros meses es normal que pueda haber cambios en su menstruación. Estos cambios no son peligrosos y no necesitan tratamiento.
- Pueden sangrar más o menos de lo normal.
- Su menstruación se puede adelantar o atrasar.

- Puede tener pequeño sangrados además de su menstruación.
- Algunas mujeres pueden aumentar de peso, sentir dolor de cabeza o dolor en las mamas. Estas molestias desaparecen de a pocos y no son peligrosas.
- Las medicinas para los ataques de epilepsia y la TBC pueden hacer que las píldoras no tengan efecto. Informa a su profesional de Salud si está tomando o va a tomar estas medicinas.
- Si usted usó este método no es necesario que vaya a controlarse.
- Cuando acabe con su paquete de píldora empiece a tomar uno.

Ventajas de la Píldora:

Fácil de Utilizar.

Reduce las molestias premenstrual - buena tolerancia.

Desventajas de las Píldoras:

Es menos eficaz que los anticonceptivos orales combinados.

Produce efectos secundarios (primordialmente alteración del patrón de sangrado menstrual, como hemorragias por supresión menstrual irregular e intensa, y amenorrea.

Requiere el empleo de un método de refuerzo durante los tres primeros meses.

Se asocia con una mayor incidencia de vaginitis por monilias o por candida.

2.- Inyectables:

Consiste en la aplicación intramuscular de sustancias hormonales que inhiben la ovulación.

Inyectables Combinado.- Los dos anticonceptivos inyectables combinados (AIC), Ciclofen y Mesigina, son inyecciones de las hormonas estrógeno y progestinas, las cuales son administradas una vez al mes.

Los AIC suprimen la ovulación, espesan el moco cervical (impidiendo la penetración de los espermatozoides), cambian el endometrio (haciendo la

implantación menos probable), y reducen el transporte de espermatozoide al tracto genital superior (trompas de Falopio).

Se usa cada 30 días con intervalos de 27 a 33 días, se administra en la región glúteo o deltoidea sin realizar masaje post - aplicación.

Tasa de Fallo:

De 0.5 a 1 embarazo por cada 100 mujeres en el primer año de uso.

Instrucción para la Mujer:

- El efecto dura 1 mes.
- No se olvide de regresar al centro o puesto de salud cada mes para que le pongan su inyectable o ampolla.
- Durante el primer año de su uso puede aumentar de peso hasta 1 Kg.
- Puede tener dolor de los seños y dolor de cabeza, son molestias normales.
- Durante los 2 - 3 primeros meses es normal y pueden haber cambios en su regla, estos cambios no son peligroso y no necesitan tratamiento.
- Su menstruación se puede adelantar o puede tener pequeños sangrados fuera de los días de su regla.

Inyectables No Combinados (Progestágenos):

- Se administra cada 3 meses pudiendo adelantarse hasta 2 semanas o en caso de olvido aplicarlo con una demora de 2 semanas.
- Administrar en la región glútea o deltoidea sin realizar masaje por aplicación.

Tasa de Falla:

De 0.3 a 0.4 embarazo por cada 100 mujeres en el primer años de uso.

Instrucción para la Mujer:

- Regrese al establecimiento de salud cada 3 meses para la nueva aplicación.
- Durante los primeros 2 ó 3 meses ampollas puede haber cambios en su menstruación, estos cambios no son peligrosos y no necesitan tratamiento.
- Su menstruación puede desaparecer.
- Puede tener pequeños sangrados durante algunos días.
- Algunas mujeres pueden aumentar de peso, sentir dolor de cabeza o dolor en las mamas. Estas molestias van a desaparecer de a poco.
- Si deja de usar este método puede demorar hasta 14 meses en quedar embarazada.
- La ampolla no causa esterilidad.
- Si tiene problemas o desea dejar de usar el método, vaya al establecimiento de salud.

3.- Implantes Norplant. El sistema de Norplant consiste en seis capsulas delgadas y flexibles hechas de tubos de Silastic®, las cuales están llenas de una progestina sintética (levonorgestrel). Estas cápsulas se insertan justo por debajo de la piel en la parte superior del brazo de la mujer por medio de un procedimiento quirúrgico menor. Son aproximadamente de 4 cm de largo a 2mm de diámetro.

Mecanismo de Acción:

Los implantes Norplant funcionan por medio del espesamiento del moco cervical, cambios en el endometrio y reduciendo la motilidad de los espermatozoides. Estos proporcionan una anticoncepción altamente eficaz por un máximo de 5 años.

Ventajas:

- Altamente eficaz, prolongado y reversible.
- Su eficacia es independiente del cumplimiento del usuario.
- Es de uso prolongado sin menor atención clínica.
- Aportan niveles de Progestágenos estables.

- Ausencia de estrógenos exógenos.
- Mejora la dismenorrea.
- Simple y rápida inserción

Desventajas:

- Debe proveerse de una clínica y requiere personal entrenado en su inserción y retiro.
- Requiere de una consejería cuidadosa y específica para lograr continuidad de uso ante los sangrados irregulares y otros efectos.
- Existe una correlación negativa entre el peso de las usuarias y la eficacia, la cual disminuye en forma proporcional con el aumento de peso después de los 70 kg.

C) Métodos Mecánicos:

1.- Dispositivos Intrauterinos (DIU):

El dispositivo intrauterino, (DIU) es un dispositivo flexible en forma de T que se inserta en el útero. Los DIU pueden ser inertes, liberadores de cobre o progestina. Los DIU liberadores de cobre interfieren con la habilidad de los espermatozoides para pasar por la cavidad uterina e interfieren con el proceso reproductivo antes de que los óvulos lleguen a la cavidad uterina. Los DIU liberadores de progestina también espesan el moco cervical y cambian el revestimiento endometrial.

Ventajas del DIU:

- No requiere la toma periódica de medicamentos (como la píldora), ni ninguna maniobra cada vez que se practica el coito (como los métodos de barrera) ni aprendizaje alguno.
- No tiene efectos colaterales generales, ya que actúa a nivel local.
- Tiene una elevada eficacia, con un índice de fracasos cifrado actualmente en el 0.5 - 2 %.

Desventajas del DIU:

- Es necesario cambiar el DIU cada / año.
- No es totalmente efectivo durante el primer mes. De la colocación por lo que se requiere de otro método complementario en este periodo.
- Puede provocar hemorragias menstruales más prolongadas y abundantes, así como sangrado no menstrual.
- La mujer debe controlar la situación del DIU después de cada menstruación (mediante palpación del hilo vaginal), ya que puede modificarse su posición o ser expulsado.

Señales de peligro de las Usuaris del DIU:

- Ausencia o retraso del periodo menstrual (debe practicarse prueba de embarazo).
- Dolor abdominal o pélvico.
- Fiebre, escalofríos.
- Hemorragia abundante, coágulos, manchas de sangre en la ropa interior, periodos menstruales intensos.
- Ausencia del hilo vaginal del dispositivo intrauterino ó percepción de un objeto duro en el cuello uterino.
- Flujo vaginal abundante, fétido o peculiar.

Quien no lo debe de usar:

- Mujeres con embarazo (posible o confirmado).
- Mujeres con sangrado genital anormal no investigado.
- Mujeres con múltiples parejas sexuales que no usan condón.
- Mujeres cuyas parejas tengan a su vez múltiples parejas sexuales que no usen condón.
- Mujeres con infección activa del tracto genital del tipo cervicitis aguda, mucus purulento o vaginitis severa. Insertar luego del tratamiento.
- Mujeres con enfermedad uterina o con tumores benignos (fibromas) de útero que distorsionan en forma significativa la cavidad uterina.
- Mujeres con cáncer genital.

III. MÉTODOS DEFINITIVOS E IRREVERSIBLES:

1.- Ligadura de Trompas:

Consiste en cortar y ligar las trompas de Falopio para impedir el paso del ovulo por ellas.

La oclusión tubárica es un procedimiento quirúrgico voluntario que termina la fertilidad de la mujer permanentemente. La oclusión tubárica puede hacerse por medio de la mini laparotomía o la laparoscopia. La oclusión tubárica bloquea las trompas de Falopio (atándolas y cortándolas con anillos) impidiéndose que los espermatozoides lleguen a los óvulos y los fecunden.

Características:

- Eficacia alta inmediata y permanente.
- No interfiere con el deseo sexual ni con la producción Hormonal por parte de los ovarios.
- Requiere previamente ovulación médica y orientación adecuada.
- Es definitiva debe ser considerada irreversible.
- El proveedor debe ser necesariamente un médico capacitado, requiere instrumental especial.

Complicaciones:

- Lesiones de la vejiga o intestinal.
- Sangrado superficial (en los bordes de la piel o en los bordes subcutáneo).
- Dolor en el sitio de la incisión.
- Hematoma(subcutáneo)
- Infección de la herida.
- Fiebre pos operatoria.

2.- Vasectomía:

La vasectomía es un procedimiento quirúrgico voluntario que termina la fertilidad del hombre permanentemente. La vasectomía puede realizarse utilizando el

método estándar o la técnica sin bisturí la cual es el método preferido. La vasectomía bloquea los conductos deferentes (conducto eyaculador) para que no haya espermatozoides en la eyaculación.

No afecta ninguno de los demás componentes del aparato genital masculino interno o externo.

Características:

- Eficacia alta y permanente.
- Eficacia empieza luego de 20 eyaculaciones o 3 meses de la cirugía, por lo que debe indicarse un método adicional a la pareja en los lugares donde sea posible, se puede solicitar un espermatograma de control o por lo menos la evaluación simple al microscopio de una muestra de semen. Para ver la ausencia de espermatozoide.
- No interfiere con el coito.
- No interfiere con el deseo, ni la potencia sexual, ni con la producción hormonal por parte de los testículos.
- Requiere previamente evaluación médica y orientación adecuada, debe ser considerada irreversible.
- El proveedor debe ser necesariamente un médico capacitado, requiere instrumental especial.

Complicaciones:

- Inflamación Excesiva
- Hematoma (escroto)
- Infección de la herida
- Fiebre.

MATERIAL Y MÉTODO:

Tipo de estudio:

El Proyecto de Investigación se llevó a cabo en 3 etapas, en las que utilizamos diferentes tipos de estudio y metodología.

- ✓ **Ia. Etapa (RII -2009):** Estudio Cualitativo, a través de entrevistas a profundidad – Técnica de Análisis de Contenido.

- ✓ **Ila. Etapa (RIII – 2010):** Encuesta de Corte Transversal.

- ✓ **IIla. Etapa: (RIV – 2011):** Estudio documental. Integración de los resultados de las 3 etapas para la presentación del reporte final.

Área de Estudio: Departamento de Ginecología y obstetricia ubicada en el II piso del Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Arguello, León. El cual cuenta con una sala de unidad Materno Infantil (UMI), dos salas de Alto Riesgo Obstétrico I y II con una capacidad total aproximada de cincuenta camas; contando con un personal de 24 médicos de base, 21 residentes de diferentes niveles, 11 Licenciadas en Obstetricia, 5 enfermeras profesionales y 6 Auxiliares en Enfermería.

DESCRIPCION METODOLÓGICA DE LA PRIMERA ETAPA (RII – 2009)

Población de estudio: Para la selección de la población de estudio se utilizó una técnica de muestreo no probabilístico. Se inicio entrevistando enfermeras (Jefa del Servicio y responsables de Planificación Familiar), después de la tercera enfermera se percibió la necesidad de entrevistar al personal médico (Especialistas y Residentes). Se incluyeron un total de 7 Médicos de base, y 6 Residentes, hasta que finalmente se alcanzó el punto de saturación de la información por lo que se detuvieron las entrevistas.

Procedimiento de recolección de Información:

Se elaboró una guía de entrevista semi-estructurada conteniendo diez preguntas, las que fueron conducidas sin un orden pre-establecido, tal y como se procede en un interacción cualitativa. Se realizó profundización de tópicos mencionados por los(as) entrevistados(as), aun cuando estuvieran fuera de la guía de entrevista, si se consideraron relevantes para responder los objetivos de investigación.

Todas las entrevistas fueron realizadas por el autor principal, de manera directa a cada uno(a) de los(as) participantes. Fueron grabadas y posteriormente transcritas. Cada una fue analizada inmediatamente después de realizarse para poder determinar la información relevante para explorar en la siguiente entrevista y el tipo de participante que convenía.

Plan de análisis:

Las entrevistas fueron transcritas una a una y analizadas en la medida en que se realizaron utilizando la técnica de Análisis de Contenido. Previamente en discusión con expertos del tema se seleccionaron categorías o contenidos en los que se organizó la información, estos fueron:

- Recursos humanos.
- Infraestructura.
- Provisión de materiales y herramientas.
- Organizacionales.
- Culturales.

De esta manera fueron analizados para presentar los resultados cualitativos.

Consideraciones éticas:

A cada participante se le explicó los objetivos del estudio, y los beneficios potenciales de este para la población. Se esclareció la confidencialidad de la información y que no se iba a utilizar ningún dato que permitiera la identificación de los entrevistados. Después de eso se solicitó consentimiento informado verbal individual.

El protocolo se considera no invasivo por lo que no se recomendó por parte del Comité de Investigación su sometimiento al CEIB. Sin embargo, los resultados serán retroalimentados al servicio, y se conducirá, basados en ellos una revisión de las normas para su adaptación y aplicación.

DESCRIPCIÓN METODOLÓGICA DE LA SEGUNDA ETAPA (RIII-2010)

Población de estudio: Se realizó el cálculo de muestra utilizando intervalo de confianza IC 95%, poder 80%, OR=2.6, muestra=184, proporción de expuesto entre los controles 40%.

Para ello se elaboró una encuesta, que consta de seis apartados que contienen preguntas para conocer los datos generales de la paciente, antecedentes ginecoobstétricos, conocimientos, actitudes y prácticas en cuanto a métodos de planificación familiar y las razones de no aceptar uno de ellos. Los datos obtenidos a través de ésta fueron procesados con el programa SPSS, cuyos resultados se presentaron en tablas y gráficos.

DESCRIPCIÓN METODOLÓGICA DE LA TERCERA ETAPA (RIII-2011)

En coordinación con docencia del Departamento de Ginecología y Obstetricia se elaboró un calendario o cronograma en donde todos los miércoles de cada semana a partir del mes de diciembre 2011 a Febrero 2012 se expondría un método de planificación familiar. Iniciándose con esterilización quirúrgica, anticonceptivos hormonales orales, anticonceptivos inyectables, anticonceptivos de barrera (DIU) y finalizándose con una revisión sobre anticonceptivos en adolescentes.

Previamente se realizó la revisión bibliográfica de las normas y protocolos de planificación familiar, cuyos métodos contemplados se asignaron como temas a

exponer por residentes de III y IV año de la especialidad, contando con el aporte de los médicos especialistas del departamento.

Como parte interesada del estudio se dio a conocer a las autoridades del Departamento de Ginecología y Obstetricia, médicos docentes y residentes, y Licenciada encargada de la planificación familiar la condición actual de no contar con un espacio físico adecuado para la atención de las usuarias que demandan este servicio de salud, a través de una presentación en PowerPoint con imágenes (fotografías) del lugar en donde funciona en este momento y el espacio que deseáramos para establecer la clínica de planificación familiar en el HEODRA en el futuro.

Con tal finalidad (el establecimiento de la Clínica de Planificación Familiar), se redactó una carta dirigida a la Jefa del Departamento, con copia a docencia del HEODRA, para hacer formal solicitud del espacio físico para establecer la clínica antes señalada en el segundo piso de esta unidad; por lo cual se elaboró un proyecto con las especificaciones de aquella. (Ver anexos).

RESULTADOS Y DISCUSIÓN:

I ETAPA:

Se realizaron entrevistas a profundidad a 3 enfermeras y 13 médicos (especialistas y residentes). Todos los invitados aceptaron participar, no teniendo ningún rechazo.

De acuerdo al reporte 2009 del Servicio de Planificación Familiar post evento obstétrico del HEODRA, la cobertura de este servicio fue del 98%. Sin embargo, en este porcentaje se está incluyendo los métodos naturales y las pacientes que son transferidas a atención primaria para que les brinden el método, pero que salen del servicio sin él. Existe una probabilidad alta de que nos encontremos ante un cálculo de cobertura sobreestimado por la presión que ejerce el sistema de salud. Este dato será abordado de manera clara en la encuesta a pacientes que se conducirá en este año 2010 como parte del mismo protocolo (Etapa II).

De acuerdo a lo referido por los(as) participantes, el servicio utiliza como referencia las normas nacionales, sin embargo el documento de normas más reciente fue entregado en el 2009 y hasta hoy no se ha realizado ningún entrenamiento al personal para darlo a conocer y estandarizar su aplicación. Todos(as) los(as) entrevistadas refirieron que desconocen que el servicio realice evaluaciones sistemáticas, aunque una participante mencionó que este debe ser evaluado a través del monitoreo de los estándares de calidad mensual de USAID.

El servicio de Planificación familiar post evento obstétrico funciona a través de visitas cama a cama por parte de la enfermera encargada, quien ocasionalmente brindan charlas generales. Los médicos también brindan durante su revisión clínica consejería y colocan MPF.

En relación a los recursos humanos asignados al servicio de planificación familiar los(as) participantes señalaron que en el Departamento de Ginecología y Obstetricia se cuenta con una sola enfermera encargada de la organización de

este servicio a pesar del alto número de eventos obstétricos que se atienden diariamente. Además, se carece de educación continua al personal sobre Planificación familiar post evento obstétrico.

En cuanto a la Infraestructura donde se brinda el servicio de Planificación Familiar, se cuenta únicamente con un pequeño ambiente de aproximadamente 3X2 mts., no hay espacio físico adecuado para brindar una consejería grupal, y hay pocas oportunidades de consejería individual confidencial. Las pacientes post evento obstétrico se encuentran en habitaciones donde están comúnmente 3 o más pacientes en condiciones de hacinamiento, donde se mezclan pacientes y familiares.

La provisión de materiales y herramientas para brindar el servicio o la consejería de planificación familiar post evento obstétrico es otra debilidad fuerte en el Departamento.

La unidad no cuenta con todos los métodos anticonceptivos que señala la normativa de planificación familiar nacional. Usualmente se cuenta con al menos 3 tipos de métodos de planificación familiar modernos, los que comúnmente se proveen son: Hormonales orales, inyectables mensuales y trimestrales; métodos naturales, preservativos, T de Cu y esterilización quirúrgica. De los existentes, hay períodos en que no hay suficiente abastecimiento de los métodos para hacer una oferta apropiada a las necesidades o indicaciones clínicas de cada usuaria.

Es frecuente que se escasee la papelería y no hay en el servicio equipos para la realización de los informes. También se señaló que no se les atiende como un servicio independiente, por lo que no pueden realizar pedidos de materiales de manera independiente.

En cuanto al material para consejería, cuentan con rotafolios, pero se necesita maquetas y otros medios audiovisuales. Hace falta tratar de incluir a la pareja en

la consejería, sobre todo si este se encuentra acompañando a la paciente en la unidad hospitalaria.

Los(as) entrevistados(as) mencionaron como limitantes para poder brindar una buena consejería, la falta de suficiente número de recursos humanos y los pocos que hay cuentan con tiempo insuficiente por la alta demanda; el hacinamiento en que las pacientes se encuentran que determina que estén no sólo con otras pacientes sino también con familiares que les distraen a la hora de la consejería; y de manera importante el desinterés de muchas pacientes que por razones religiosas o culturales ya tiene tomada la decisión de no uso.

II ETAPA:

Durante la encuesta de corte transversal se estudiaron 184 pacientes pero 2 fueron excluidas, porque las encuestas no estaban completas, por lo tanto el análisis está basado en las 182 pacientes con datos completos. Las principales características fueron: procedencia rural (53.8%), edad entre 15-19 años, escolaridad secundaria, religión católica, y ocupación ama de casa. La educación de la pareja fue principalmente primaria (Cuadro 1).

Con respecto a los antecedentes Ginecoobstétricos, la mayoría eran primigestas y primíparas, 25.8% tenía antecedente de aborto, 26.9% cesáreas previas, 13.2% había tenido un periodo intergenésico inferior a 2 años, 45.6% había tenido más de una pareja sexual y 54.9% habían iniciado vida sexual activa antes de los 15 años (Cuadro 2).

En el Cuadro 3 se presentan los conocimientos sobre MPF que tenían las pacientes. El 97.3% había escuchado sobre MPF, 56.6% dijo que servían para evitar embarazos, 40.6% para controlar el número de hijos y 21.4% para prevenir ITS. El 8.8% dijo que los MPF se aplican antes de la menstruación, 32.4% y 34 durante y después de la menstruación, 33% inmediatamente después del parto y 2.2% con retorno de menstruación posterior a un evento obstétrico. El 95.1% dijo

conocer algún MPF y creen que los principales efectos de no usar MPF son embarazo no deseado 85.7%, ITS 21.4%, carga económica 43.9%, aborto 12.1% y en menor porcentaje deterioro personal y abandono de la pareja.

En el cuadro 4 se presentan los diversos MPF según el conocimiento de la paciente y de la percepción de seguridad y de prevención de ITS. Los MPF más conocidos fueron: anticonceptivos orales 73.1%, condón masculino 70.3%, anticonceptivo inyectable trimestral 65.9% y mensual 54.9%. Los MPF que fueron considerados más seguros fueron los anticonceptivos inyectados trimestralmente y mensualmente con 36.2% y 17.6%, respectivamente, seguidos por el DIU 15.3% y condón masculino 11.6%. De todos los MPF el principal considerado para prevenir ITS fue el condón masculino 87.9%, seguido por el condón femenino 3.3%, gestágenos orales e inyectables.

Las personas que proporcionan más información sobre los MPF son el médico 55.5% y enfermeras 47.8%, seguidos en menor proporción por amigos, familiares y profesores (Cuadro 5). Consistentemente, los lugares donde recibían esta información fue en las unidades de salud, seguido por los medios de comunicación, casa y colegio (Cuadro 6).

Con respecto a las actitudes sobre los MPF, se encontró que el 46% son negativas, la mayoría de opinión sobre la T de cobre es buena 52%, mencionaron que los principales impedimentos para usar un MPF son el no deseo, no le gustan a la pareja, pero 42.9% dijo que ninguno. Sin embargo, el 95.1% están conscientes de los efectos de no planificar. Solamente 14.2% dijo que no se sienten presionados en usar MPF, y de estos el 30.3% dijo que eran presionados por el personal de salud, seguido por familiares y cónyuge en un 21.2% cada uno (Cuadro 7).

Los principales MPF que han usado las pacientes fueron los anticonceptivos orales 46.7%, condón masculino 37.9%, y anticonceptivos inyectables mensuales

y trimestrales en un 39.5% y 37.6%, respectivamente. Las pacientes dijeron que los MPF más apropiados después del parto son los anticonceptivos inyectables trimestrales 35.7%, DIU 22.5% y anticonceptivos inyectables mensuales 16.4%. Los MPF relacionados a complicaciones fueron el condón masculino 28.5%, esterilización masculina 15.4%, anticonceptivos orales 7.1% y anticonceptivos inyectables mensuales 2.2%. Los que fueron mencionados con mayores fallas fueron el condón con 9.5%, seguido por anticonceptivos orales 9.3% y anticonceptivos inyectables. Además, dijeron que ellos recomendarían principalmente los anticonceptivos inyectables trimestrales 36.2%, DIU 17.6%, condón masculino 10.4% y anticonceptivos inyectables mensuales y orales en 8.7% y 5.5%, respectivamente. Casi una quinta parte de las pacientes (21.4%) no recomendaría ninguno (Cuadro 8).

Las principales razones para no aceptar anticonceptivos inyectables fueron: no desear planificar, hemorragias o sangrados, tendencia a engordar (en anticonceptivos hormonales). Con respecto al DIU se mencionaron las molestias en relaciones sexuales, se encarna, colocación dolorosa y dolor (Cuadro 9).

III ETAPA:

Se inició con la organización de talleres o sesiones de discusión, 6 en total con duración de entre 1 y 2 horas cada uno, en las que se presentaron y discutieron los métodos anticonceptivos contenidos en las normas de Planificación familiar del Ministerio de Salud de Nicaragua en su última versión del 2008. En estas sesiones, estuvo presente el claustro de Médicos de base del Departamento, Médicos Residentes e Internos, aproximadamente entre 20 y 25 participantes por evento. Durante las sesiones se plantearon los aspectos teóricos y prácticos más relevantes de cada método y se hizo anotaciones de todos los aportes que la concurrencia hizo basados en su experiencia de años en el servicio y trabajando el tópico, estos fueron posteriormente revisados y discutidos a lo interno del equipo de investigación antes de su incorporación al reporte.

➤ **Esterilización quirúrgica:**

Se revisó uno a uno todos los criterios contenidos para este método en las normas y protocolos de planificación familiar nacionales. A este respecto hubo 2 discusiones y aportes importantes:

1. El primero y más relevante fue en relación al término: “Paridad satisfecha” utilizado de manera independiente de la edad y del número de hijos vivos. El grupo de especialistas señaló que planteado de manera independiente es muy subjetivo y por tanto se puede prestar a múltiples interpretaciones, desde una muy feminista considerando un derecho la libertad de la mujer de decidir sobre su cuerpo y que incluye por ejemplo mujeres adolescentes con un hijo que consideren satisfecha su maternidad y quieran una esterilización quirúrgica, hasta padres que exigen la “cancelación de las hijas por haber salido embarazadas y no tener pareja, además de no poder mantenerlos. Este asunto también tiene muchas implicancias morales, dado que el médico puede verse presionado a esterilizar a una mujer que no cumple criterios éticos para la elegibilidad de un método definitivo.
2. El otro aspecto, contenido en las normas, en que los especialistas del Departamento enfatizaron que se debe trabajar, es la consejería sobre planificación familiar previa a la decisión del método. En la actualidad aunque se lleva a cabo, se hace de manera superficial debido a la alta cantidad de pacientes, a la falta de privacidad durante la consejería, al limitado tiempo con el que se cuenta y la reducida cantidad de recursos humanos que cubren esta área. Es necesario además que la consejería incluya de ser posible a la pareja aunque no sea determinante para la decisión más que la mujer. Preferiblemente la mujer ya debe haber recibido durante el embarazo toda la información necesaria y pertinente sobre el método y no venir a conocerlo y decidirlo durante el difícil trance del parto y post parto.

➤ **Dispositivo Intrauterino (DIU):**

Se señaló que una de las principales limitantes que tiene este método anticonceptivo es el patrón cultural de nuestras pacientes, debido a los múltiples mitos, creencias y tabúes sobre el mismo, como por ejemplo, que se encarna, que produce molestias durante las relaciones sexuales, dolores, hemorragias, etc. Por lo tanto debe de hacerse una mejor promoción del método con el objetivo de mejorar la errónea información que manejan las pacientes.

➤ **Anticoncepción en adolescencia:**

Se discutió que una de las dificultades más notables en cuanto al uso de métodos anticonceptivos en la adolescencia, es no contar con más alternativas de métodos como los que sugiere la norma nacional, la que señala como las más adecuadas las de dosis media, dosis bajas y micro dosis, contando la unidad en este momento con uno de los métodos ofertados, como es el etililestradiol 30 mcg. más levonorgestrel 150 mcg (lofemenal) y el resto de métodos que se describen en el protocolo no existen en el sistema de salud; por lo que no hay otra alternativa para las usuarias adolescentes, no quedando más que recomendar los métodos de barrera, como es el preservativo masculino, el cual por el patrón cultural (machismo) el hombre no lo utiliza, alegando que “no se siente igual”, obviando por desconocimiento otro de los beneficios del mismo que es la prevención de las Infecciones de Transmisión Sexual.

➤ **Hormonales inyectables trimestrales: Acetato de Medroxiprogesterona (Depoprovera):**

En la revisión se reconoció este como uno de los métodos anticonceptivos más demandados por las pacientes en nuestro servicio, debido a la comodidad de la paciente por su aplicación trimestral y muchas veces refieren que es más fácil ocultarlo a su pareja. Sin embargo se discutió las controversias que existen en

cuanto a su uso en el gremio médico, por los efectos colaterales a nivel óseo en pacientes jóvenes menores de 18 años. Por lo cual a partir de esta revisión y discusión, se sugirió rigurosidad en su aplicación sólo a pacientes mayores de 18 años de edad tal y como lo señala la norma nacional.

➤ **Hormonales inyectables combinados mensuales: Mesigyna/Norigynon.**

Se discutió que a pesar de su alta eficacia cuando se utiliza correctamente, sólo se cuenta con una de estas alternativas, la Mesigyna, la cual puede ser prescrita en pacientes que no estén lactando. Si la mujer lacta, este método debe ser introducido hasta los 6 meses por su interferencia con la producción de leche materna. Se recomendó mejorar la consejería en cuanto al método.

➤ **Métodos hormonales orales combinados: Microgynon.**

Se señaló que a pesar de estar indicado dentro del protocolo de planificación familiar, no se encuentra en el sistema de salud desde hace algunos años y no se ha introducido un sustituto en la oferta pública.

➤ **El preservativo masculino:**

Se consideró en la discusión como uno de los métodos más accesibles, que puede ser utilizado con dos fines preventivos, el embarazo no deseado y las infecciones de transmisión sexual. Sin embargo es uno de los que enfrenta más obstáculos culturales, dada la poca aceptación que tiene entre hombres en nuestro medio. Por otro lado, se presentan algunas debilidades relacionadas al uso correcto del mismo por falta de información. Por tanto es necesario que se haga énfasis en la consejería a paciente y pareja, destacando las ventajas y beneficios que éste ofrece.

Observaciones generales en cuanto al servicio de Planificación Familiar a lo interno del Departamento de Ginecología:

- No se cuenta con un espacio físico adecuado.
- No se brinda una consejería integral.
- No hay privacidad a la hora de la consejería.
- La consejería no es personalizada.
- No se cuenta con los recursos humanos suficientes.
- Carencia en el centro de los métodos anticonceptivos establecidos en las normas nacionales.
- Falta de materiales de reposición (papelería para informes, tinta de impresora) en la “clínica” que actualmente funciona.

CONCLUSIONES:

Con base en el análisis de los resultados obtenidos de las entrevistas realizadas a médicos de base, residentes y enfermeras del Departamento de Ginecología y Obstetricia; de la encuesta aplicada a las pacientes sobre conocimientos, actitudes y prácticas sobre planificación familiar; y revisión de normas sobre esta materia por los médicos de base, residentes e internos de dicho departamento, se llegó a las siguientes conclusiones, de acuerdo a cada etapa del estudio:

I ETAPA:

Los principales limitantes institucionales para la Planificación Familiar, según los (as) participantes en el estudio, fueron: falta de un área o espacio adecuado para llevar a cabo la consejería; falta de recursos humanos capacitados encargados de la planificación familiar; falta de quirófano y personal técnico-quirúrgico para realizar las esterilizaciones quirúrgicas; poca sensibilización de las pacientes para el uso de MPF post evento obstétrico desde la atención primaria durante los controles prenatales; falta de privacidad de la pacientes; falta de medios audio visuales; falta de equipos (computadora, papelerías) para llevar mejores registros y falta de asignación de un presupuesto institucional para la planificación familiar en la unidad.

Los métodos que el HEODRA ofertó en el año 2009 y actualmente continúa ofreciendo son: Inyectables hormonales trimestral y mensual (Medroxiprogesterona y Mesygina); Hormonales orales (Lofemenal); definitivos (esterilización quirúrgica), de barrera (preservativo masculino), mecánicos (DIU) y naturales (MELA). Los más demandados por las usuarias post evento obstétrico son: Inyectables trimestrales, esterilizaciones quirúrgicas, preservativos y DIU. A pesar de lo descrito anteriormente, en este mismo año hubo un casi 30% de las usuarias que optaron por un método natural.

II ETAPA:

Los datos socio-demográficos de las pacientes que participaron en el estudio (año 2010) reflejan que el 53,8% es de origen rural, 50% de ellas tiene la secundaria aprobada, la escolaridad de los cónyuges en un 44% es del mismo nivel. La religión que profesan en un 56% católica y en cuanto a la ocupación un 61,5% amas de casa.

Lo referido a los Antecedentes Ginecoobstétricos de la muestra se halla que el 54,9% tenía un antecedente de embarazo, un 36,8% de un parto, 26,9% tenía un antecedente de cesárea y el periodo intergenésico reflejado es 33,5% mayor o igual a dos años; respecto al número de parejas sexuales el 54,4% habían tenido un sólo compañero y el inicio de vida sexual activa fue 54,9% menor de 15 años.

Acerca del grado o nivel de conocimientos sobre métodos de planificación familiar, el 97,3% de las pacientes encuestadas tenía conocimiento y había escuchado hablar de éstos, del cual un 56,6% señaló que sirven para evitar los embarazos, el 85,7% está consciente que el no hacer uso de los métodos de planificación familiar conlleva a embarazos no deseados. El 55,5% de las pacientes refirió que la información sobre los MPF les fue proporcionada por personal médico en Centros de Salud.

Respecto a las actitudes de las pacientes, reflejan una percepción negativa para los métodos anticonceptivos orales en un 46%, sobre la T de cobre el 52% refieren que son buenas, en cuanto a los impedimentos para el uso de un MPF el 42,9% no tiene ningún inconveniente; sin embargo hay un 16,5% en que al cónyuge no le gusta que utilice un MPF y un 30,3% se sienten presionadas por personal de salud para utilizar uno de aquellos.

En lo que respecta a las prácticas de un método el 46,7% ha usado anticonceptivos orales y consideran como el más apropiado después del parto los inyectables trimestrales y el 49,4% refirieron no haber tenido ninguna complicación

con su uso. Sobre las fallas; el 17,6% no tuvo ninguna, pero existe un 9,5% que si las refirieron en el método de barrera (condón masculino). Y según las experiencias de las usuarias recomendarías los inyectables trimestrales (36,2%).

Las razones para no aceptar un MPF señaladas fueron, en cuanto a los inyectables en un 43,9% por miedo al pinchazo y un 37,4% porque no desea planificar; en las tabletas o píldoras, el 59,3% refirió que se les olvida tomarlas; el DIU el 34,1% simplemente no desea usar este método.

Por lo tanto, se considera que las usuarias tienen los conocimientos necesarios para decidir por un MPF, sin embargo el no uso de los mismos, es un problema de actitud suyo y de su pareja. Actitud que muchas veces se ve influenciada por la familia, la religión, el nivel socio económico y cultural.

III ETAPA:

Se observó que en la práctica clínica, existen algunas discrepancias en cuanto a los criterios de selección y aplicación de determinados métodos a las pacientes que cursan con un evento obstétrico, los cuales deben ser retomados según las normas y protocolos nacionales; como lo es la no aplicación de Medroxiprogesterona a pacientes menores de 18 años de edad por algunos médicos por los efectos secundarios que puede originar éste. Del mismo modo la falta de uniformidad en los galenos en la observancia de las normas anteriormente referidas.

Los médicos prescriben únicamente los fármacos que hay en existencia en la unidad, pues no se cuenta con toda la lista que señalan las normas y protocolos nacionales; lo que limita a la paciente a optar por otra alternativa anticonceptiva, principalmente al grupo adolescente que es un grupo importante que ameritan mayor atención en cuanto a la prescripción y disponibilidad de anticonceptivos.

La observación del servicio de planificación familiar que actualmente presta el departamento de Ginecología y Obstetricia no es el óptimo para que la paciente pueda seleccionar un MPF efectivo, en condiciones físicas adecuadas, privado, personalizado, informado y de calidad para tal efecto. Asimismo, la necesidad de mejorar la consejería a las pacientes para una verdadera sensibilización sobre la importancia de la selección adecuada de un método de planificación.

RECOMENDACIONES:

Al Ministerio de Salud y las autoridades del HEODRA para dotar a la institución de un espacio físico adecuado para la atención de las pacientes que cursan con un evento obstétrico y facilitarle de los medios y recursos necesarios para su funcionamiento (material de reposición, material de oficina, recursos humanos, métodos anticonceptivos establecidos en las normas nacionales).

A las Unidades de Atención Primaria -Centros de salud, puestos de salud, casas base- participar activamente en la promoción, educación y sensibilización a las usuarias de los servicios sobre la selección de un método anticonceptivo, desde la captación, controles subsiguientes y posteriores al evento obstétrico. Asimismo, facilitar la información científica, clara y sencilla sobre planificación familiar, para mejorar las actitudes y prácticas de las pacientes y superar de esta manera los tabúes y mitos sobre dicho tema.

Al cónyuge de la paciente, participar de la consejería para elegir en conjunto un método anticonceptivo que se adecúe a sus necesidades, ya que éste juega un papel importante en la toma de decisión dentro de la pareja.

Al personal de las unidades de salud, documentarse sobre las normas y protocolos de Planificación Familiar para brindar un acompañamiento, asesoría y control sobre los diferentes métodos anticonceptivos con los que se cuenta en la unidad de salud.

Al coordinador o responsable de velar por el cumplimiento de las normas y protocolos sobre Planificación Familiar, dé a conocer a la residencia las faltas de criterios de elegibilidad del método de planificación seleccionado por la paciente, para evitar inconsistencia en cuanto a la vigilancia de los estándares de calidad.

A las autoridades del Ministerio de Salud que participan en la formulación de las normas nacionales de planificación familiar tomar en cuenta a la hora de seleccionarlos que estén disponibles materialmente y no sólo descritos en las normas y protocolos. De igual manera, garantizar el abastecimiento de los diversos métodos de planificación a las unidades de salud; y estar alertas a los cambios de estos fármacos cuando se retiran del sistema y/o sean sustituidos por otros.

A futuros investigadores, retomar el tema, con énfasis en las adolescentes, grupo más vulnerable y numeroso, en cuanto al conocimiento, acceso, uso y práctica de un método anticonceptivo, para reducir la morbi-mortalidad materna y perinatal, y el alcance de una adecuada y responsable salud sexual-reproductiva, a partir de los resultados obtenidos en dichos estudios.

A las autoridades del HEODRA realizar las gestiones necesarias y pertinentes para la ejecución del proyecto de “Clínica de Planificación Familiar” que se plantea en este estudio, el cual es viable, por cuanto se cuenta con los recursos físicos necesarios que actualmente no se están aprovechando adecuadamente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Rizo A. Demanda de métodos de planificación familiar post evento obstétrico. "Simposio Latinoamericano de planificación familiar" México 1994 pág. 38 - 40.
2. Erazo G, Cruz S, Zepeda H. Percepción de usuarias del programa de atención integral a la mujer, área urbana, Danli, el Paraíso, Honduras. Tesis para optar al Título de Maestría en Salud Pública. Centro de Investigación y Estudios de la Salud, UNAN Managua. Agosto, 2004.
3. Meacham D. "Sexualidad y salud reproductiva del adolescente: El desafío del 2000." 1998 pág 34- 35.
4. Alfaro J. "Planificación familiar y algunas perspectivas de embarazo en adolescentes. Tesis para optar al Título de Especialista en Gineco-Obstetricia, Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales, UNAN León, 1997 - 2000.
5. Resúmenes del IV Congreso Latinoamericano de Obstetricia y Ginecología de la infancia y la adolescencia. 1999.
6. Instituto Nacional de Información de Desarrollo (INIDE), Ministerio de Salud (MINSa). Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2006-2007, Informe Final. Editorial La Prensa, Managua Nicaragua, Junio de 2008.
7. Ministerio de Salud. Dirección general de servicios de salud Normativa 002 Norma y Protocolo de Planificación Familiar. Managua, Diciembre 2008.
8. Zelaya E, Marín FM, García J, Berglund S, Liljestrand J, Persson LÅ. Gender and social differences in adolescent sexuality and reproduction in Nicaragua. *J Adolesc Health* 1997;21:39-46.
9. Secretaría de Salud de México. Norma Oficial Mexicana NOM 005-SSA2-1993 de los servicios de planificación familiar. México DF, 30 de mayo de 1994.
10. Paul W. Stupp, Danni Daniels, y Alicia Ruiz, *Reproductive, Maternal and Child Health in Central America: Health Equity Trends* (Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention, 2007).
11. Marhler H. "Simposio latinoamericano, de planificación familiar "1995 pág 42.
12. Revista Nuevas Fronteras, Año 3 No. 12 Diciembre 1996 pág. 5-7.
13. Ellsberg M, Peña R, Herrera A, Liljestrand J, Winkvist A. Candies in hell: Women's experiences of violence in Nicaragua. *Soc Sci Med.* 2000 Dec;51(11):1595-610

14. Escobar M. "Formación Cívica y Social". Ministerio de Educación, Nicaragua 1992.
15. Ministerio de Educación de Nicaragua. Plan Nacional de Educación MINED, 2008-2012.
16. Hatchor R.A. Lo esencial de la tecnología anticonceptiva. Programa de información en población de Johns Hopkins, Editor de Population Reports Segunda impresión 2002.

ANEXOS

**Universidad nacional autónoma de Nicaragua.
Facultad de ciencias médicas
UNAN-León**

Guía de entrevista:

1. ¿Considera que se cuenta con los recursos humanos necesarios para este servicio de planificación familiar (PF)?
2. ¿Cuenta con un local (espacio) adecuado para oferta los métodos de PF?
3. ¿Cuenta con los materiales o herramientas necesarias para brindar consejería?
4. ¿De qué forma se hace la oferta y promoción de los métodos de PF?
5. ¿Durante todo este tiempo, cuál ha sido la forma de trabajo en este servicio?
6. ¿Qué tipo de métodos ofrece esta unidad?
7. ¿De qué manera se evalúa la calidad y sistematización de la consejería (información general) en la PF?
8. ¿Cuáles considera como limitantes o barreras para llevar a cabo una consejería de calidad de contenido?
9. ¿Cuáles son los métodos más utilizados por las usuarias; y cuáles son los métodos más proporcionados he indicados?
10. Institucionalmente ¿cuáles considera como limitantes para tener coberturas altas en la PF?

**Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua
Facultad de ciencias médicas
UNAN-LEON**

León, marzo 2010.

Hora:

Local. Aula de clase 2 piso

Dr. (a):

Reciba de mi parte un fraterno saludo.

A través de la presente quiero invitarle y solicitarle su colaboración para realizar una entrevista la cual tiene por objetivo hacer un estudio para, evaluar el funcionamiento y cobertura del servicio de planificación familiar post evento obstétrico en el departamento de ginecología y obstetricia del HEODRA.

Identificar los factores institucionales que determinan las mismas coberturas en la planificación familiar post evento obstétrico en el servicio de ginecología y obstetricia del HEODRA.

Valorar y revisar las normas y procedimientos del servicio de planificación familiar del departamento de ginecología y obstetricia.

Agradeciéndole de antemano su participación y apoyo al presente trabajo reitero mi más sincero agradecimiento.

Atentamente:

Dr. Noel A. Centeno Ruiz
Residente II Año
Ginecología y obstetricia.

**Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua
Facultad de ciencias médicas
UNAN-LEON**

León, marzo 2010.

Hora:

Local. Aula de clase 2 piso

Licdo. (a):

Reciba de mi parte un fraterno saludo.

A través de la presente quiero invitarle y solicitarle su colaboración para realizar una entrevista la cual tiene por objetivo hacer un estudio para, evaluar el funcionamiento y cobertura del servicio de planificación familiar post evento obstétrico en el departamento de ginecología y obstetricia del HEODRA.

Identificar los factores institucionales que determinan las mismas coberturas en la planificación familiar post evento obstétrico en el servicio de ginecología y obstetricia del HEODRA.

Valorar y revisar las normas y procedimientos del servicio de planificación familiar del departamento de ginecología y obstetricia.

Agradeciéndole de antemano su participación y apoyo al presente trabajo reitero mi más sincero agradecimiento.

Atentamente:

Dr. Noel A. Centeno Ruiz
Residente II Año
Ginecología y obstetricia.

Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua
Facultad de Ciencias Médicas
Departamento de Ginecología y Obstetricia
UNAN- LEÓN



Encuesta:

A través de la presente solicitamos su colaboración brindando la información la cual será utilizada con fines académicos, investigación que tiene por objetivo evaluar los conocimientos, actitudes y prácticas de las usuarias en cuanto a planificación familiar post evento obstétrico.

I. Datos Generales:

Nombre: _____ **Edad:** ____ **Procedencia:** 1. Urbana __ 2. Rural __

Escolaridad de la paciente: 1. Analfabeta __ 2. Alfabeta __ 3. Primaria __ 4. Secundaria __
5. Técnica __ 6. Universitario __

Escolaridad de la pareja: 1. Analfabeta __ 2. Alfabeta __ 3. Primaria __ 4. Secundaria __
5. Técnica __ 6. Universitario __

Religión: 1. Católica __ 2. Evangélica __ 3. Otras __ 4. Ninguna __

Ocupación: 1. Ama de casa __ 2. Estudiante __ 3. Doméstica __ 4. Obrera __ 5. Desempleada __
6. Profesional __ 7. Otra __

II. Antecedentes Ginecoobstétricos:

1. Gestas: __ 2. Para __ 3. Aborto __ 4. Cesárea __

Periodo intergenésico: 1. Menor de dos años __ 2. Mayor de dos años __ 3. No aplica __

Número de parejas sexuales: 1. Uno __ 2. Dos __ 3. Mayor de dos __

IVSA: 1. Menor de 15 años __ 2. 15 a 19 años __ 3. Mayor o igual a 20 __

III. Conocimientos:

1. ¿Has escuchado hablar de los métodos anticonceptivos? 1. Si __ 2. No __

2. ¿Para qué sirven?

1. Evitar embarazos __ 2. Controlar el número de hijos __ 3. Prevenir las ITS __

3. ¿Cuál es el tiempo para aplicar el método de planificación familiar?

1. Antes de la menstruación __ 2. Durante la menstruación __ 3. Después de la menstruación __ 4. Inmediatamente después del parto __ 5. Con el retorno de la menstruación posterior a un evento obstétrico __

4. ¿Conoces algún método de planificación familiar en particular? Si __ No __

5. ¿Cuáles métodos de planificación conoces?

1. Píldora ____
2. Condón masculino ____
3. Esterilización masculina ____
4. Inyectable mensual ____
5. Condón femenino ____
6. Esterilización femenina ____
7. Inyectable trimestral ____
8. Jaleas y cremas ____
9. Ritmo ____
10. Dispositivo Intrauterino ____
11. Capuchón cervical ____
12. Billing ____
13. Ninguno ____

6. ¿Cuál de todos los métodos que conoces consideras el más seguro?

1. Píldora ____
2. Condón masculino ____
3. Esterilización masculina ____
4. Inyectable mensual ____
5. Condón femenino ____
6. Esterilización femenina ____
7. Inyectable trimestral ____
8. Jaleas y cremas ____
9. Ritmo ____
10. Dispositivo Intrauterino ____
11. Capuchón cervical ____
12. Billing ____
13. Ninguno ____

7. ¿Cuáles de los métodos de planificación familiar que tú conoces además de prevenir el embarazo previenen las ITS?

1. Píldora ____
2. Condón masculino ____
3. Esterilización masculina ____
4. Inyectable mensual ____
5. Condón femenino ____
6. Esterilización femenina ____
7. Inyectable trimestral ____
8. Jaleas y cremas ____
9. Ritmo ____
10. Dispositivo Intrauterino ____
11. Capuchón cervical ____
12. Billing ____
13. Ninguno ____

8. ¿De quién recibiste la información acerca de los métodos de planificación familiar?

1. Padres ____
2. Amigos ____
3. Vecinos ____
4. Familiar ____
5. Médico ____
6. Enfermera ____
7. Profesor ____
8. Nadie ____
9. Otro ____

9. ¿Dónde recibiste la información acerca de los métodos de planificación familiar?

1. Casa ____
2. Vecindario ____
3. Centro de salud ____
4. Hospital ____
5. Colegio ____
6. Internet ____
7. CPN ____
8. Medios de comunicación ____
9. Otro ____

10. ¿Consideras que tienes la suficiente información para decidir que método de planificación familiar utilizar? 1. Si ____ 2. No ____

11. ¿Cuáles crees es el resultado del hecho de no utilizar un método de planificación familiar?

1. Embarazo no deseado ____
2. ITS ____
3. Carga económica ____
4. Aborto ____
5. Deterioro personal ____
6. Abandono de la pareja ____

IV. Actitudes:

1. ¿Qué piensas de las pastillas para evitar? ¿Son buenas, malas? ¿Por qué?

2. ¿Qué piensas de la T de cobre o aparato?

3. ¿Qué te impide utilizar un método de planificación familiar?

1. La religión ___ 2. No le gusta a mi marido ___ 3. No deseo ___ 4. No me gustan ___
5. Voy a tener los hijos que Dios me dio ___ 6. No sé cómo hacerlo ___ 7. Accesibilidad de los métodos de planificación ___ 8. Nivel educacional ___ 9. Nivel Económico ___ 10. Ninguno ___
11. No creo que sirvan ___

2. ¿Estás consciente de los efectos que puede acarrear el hecho de no planificar?

1. Si ___ 2. No ___

3. ¿Te sientes presionada a utilizar un método de planificación familiar?

1. Si ___ 2. No ___

4. Si la respuesta es sí. ¿Por quién?

1. Personal de salud ---- 2. Familiares ---- 3. Esposo ----- 4. Otros-----

V. Prácticas:

1. ¿De los métodos que conoces cuáles has utilizado?

1. Píldora ___ 2. Condón masculino ___ 3. Esterilización masculina ___
4. Inyectable mensual ___ 5. Condón femenino ___ 6. Esterilización femenina ___
7. Inyectable trimestral ___ 8. Jaleas y cremas ___ 9. Ritmo ___
10. Dispositivo Intrauterino ___ 11. Capuchón cervical ___ 12. Billing ___
13. Ninguno ___

2. ¿Cuál consideras que es el método más apropiado después del parto?

1. Píldora ___ 2. Condón masculino ___ 3. Esterilización masculina ___
4. Inyectable mensual ___ 5. Condón femenino ___ 6. Esterilización femenina ___
7. Inyectable trimestral ___ 8. Jaleas y cremas ___ 9. Ritmo ___
10. Dispositivo Intrauterino ___ 11. Capuchón cervical ___ 12. Billing ___
13. Ninguno ___

3. ¿De los métodos utilizados has tenido alguna complicación?

Método: _____ **Complicación:** _____

1. Infección vaginal ___ 2. Sangrado ___ 3. Dolor en el vientre ___ 4. Incomodidad o molestias en la relación sexual ___

4. ¿De los métodos de planificación que has utilizado cual te ha fallado? (explique)

Método: _____ **Falla:** _____

1. Píldora ___ 2. Condón masculino ___ 3. Esterilización masculina ___
4. Inyectable mensual ___ 5. Condón femenino ___ 6. Esterilización femenina ___
7. Inyectable trimestral ___ 8. Jaleas y cremas ___ 9. Ritmo ___
10. Dispositivo Intrauterino ___ 11. Capuchón cervical ___ 12. Billing ___
13. Ninguno ___

5. En base a tu experiencia ¿Cuál de los métodos recomendarías?

1. Píldora ____
2. Condón masculino ____
3. Esterilización masculina ____
4. Inyectable mensual ____
5. Condón femenino ____
6. Esterilización femenina ____
7. Inyectable trimestral ____
8. Jaleas y cremas ____
9. Ritmo ____
10. Dispositivo Intrauterino ____
11. Capuchón cervical ____
12. Billing ____
13. Ninguno ____

VI. Razones para no aceptar un método de planificación familiar:

A. Inyectables: _____

1. No desea planificar__
2. Miedo al pinchazo__
3. Hemorragia.
4. Porque la engorda__
5. Porque le mancha la cara__
6. Otra__

B. Tabletas: 1. No desea planificar__ 2. Porque se le olvida tomarla__ 3. Porque le produce molestias gástricas__ 4. Porque sangraba__ 5. Porque la engorda__ 6. Otra__

C. Dispositivo Intrauterino (DIU): 1. No desea planificar__ 2. Porque es doloroso la colocación__ 3. Porque se encarna__ 4. Porque produce sangrado__ 5 Porque produce dolor__ 6. Porque molesta en las relaciones sexuales. 7. Porque produce infecciones vaginales__ 8. Otra__.

GRACIAS POR SU TIEMPO.

TABLAS

Cuadro 1. Características sociodemográficas.

Características	No.	%
Procedencia:		
Urbano	84	46.2
Rural	98	53.8
Edad:		
<15	4	2.2
15-19	62	34.07
20-24	48	26.37
25 – 29	31	17.03
30-34	17	9.34
35-39	14	7.69
≥ 40	6	3.3
Escolaridad (paciente):		
Analfabeta	13	7.14
Alfabeta	6	3.3
Primaria	73	40.1
Secundaria	62	34.07
Universitario	24	13.19
Técnico	4	2.19
Escolaridad (pareja):		
Analfabeta	10	5.49
Alfabeta	13	7.14
Primaria	79	43.41
Secundaria	58	31.87
Universitario	16	8.79
Técnico	6	3.3
Religión:		
Católica	102	56.0
Evangélica	57	31.3
Otra	9	4.9
Ninguna	14	7.7
Ocupación:		
Ama de casa	112	61.5
Estudiante	36	19.8
Doméstica	9	4.9
Obrera	2	1.1
Desempleada	2	1.1
Profesional	7	3.8
Otra	14	7.7
Total	108	100

Fuente: Primaria.

Cuadro 2. Antecedentes ginecoobstétricos.

Características	No.	%
Gesta:		
1	100	54.9
2	43	23.6
3	17	9.3
≥ 4	22	12.1
Para:		
0	58	31.9
1	67	36.8
2	28	15.4
3	16	8.8
≥ 4	13	7.1
Aborto:		
0	135	74.2
1	44	24.2
≥ 2	3	1.6
Cesárea:		
0	133	73.1
1	39	21.4
≥ 2	10	5.5
Período intergenésico:		
< 2 años	24	13.2
≥ 2	61	33.5
No aplica	97	53.3
No. Parejas sexuales:		
1	99	54.4
2	59	32.4
≥ 3	24	13.2
IVSA:		
< 15	100	54.9
15-19	70	38.5
≥ 20	12	6.6
Total	182	100

Fuente: Primaria.

Cuadro 3. Conocimientos sobre métodos de planificación familiar.

Conocimientos	% (n=182)
Ha escuchado sobre MPF:	97.3
Sabe para qué sirven los MPF:	
Evitar embarazos	56.6
Controlar el número de hijos	40.6
Prevenir ITS	21.4
Sabe el tiempo para aplicar el MPF:	
Antes de la menstruación	8.8
Durante la menstruación	32.4
Después de la menstruación	34.0
Inmediatamente después del parto	33.0
Con retorno de menstruación posterior a un evento obstétrico	2.2
Conoce algún MPF:	95.1
Me considero bien informado para decidir que MPF usar:	72.0
Efecto de no usar MPF:	
Embarazo no deseado	85.7
ITS	21.4
Carga económica	43.9
Aborto	12.1
Deterioro personal	5.5
Abandono de la pareja	6.6
Total	100

Fuente: Primaria.

Cuadro 4. Porcentaje de conocimientos sobre métodos de planificación familiar.

Métodos	Los conoce (n=182)	Más seguro (n=182)	Previene embarazo e ITS (n=182)
Anticonceptivos orales (pastillas).	73.1	3.8	1.1
Condón masculino	70.3	11.6	87.9
Esterilización Masculina.	4.9	1.1	0
Anticonceptivos inyectables mensual	54.9	17.6	2.2
Condón femenino.	2.2	1.6	3.3
Esterilización Femenina.	17.0	6.5	0
Anticonceptivos inyectables trimestral	65.9	36.2	1.6
Jales y cremas	1.1	0.0	0
Método del Ritmo.	3.8	0.0	0
Dispositivo Intrauterino.	42.3	15.3	0
Capuchón cervical	1.1	0.0	0
Billing	0.0	0.0	0
Ninguno.	1.6	12.6	5.5

Fuente: Primaria.

Cuadro 5. Personas que le proporcionaron información sobre métodos de planificación familiar.

Personas	% (n=182)
Padres	14.8
Amigos (as)	16.5
Vecinos	6.0
Familiar	15.4
Médico	55.5
Enfermera	47.8
Profesor	12.6
Nadie	8.8
Otro	2.7

Fuente: Primaria.

Cuadro 6. Lugar donde le proporcionaron información sobre Métodos de planificación familiar.

Lugar	% (n=182)
Casa	18.7
Vecindario	16.5
Centro de salud	72.2
Hospital	38.5
Colegio	15.3
Internet	4.4
CPN	6.6
Medios de comunicación	19.2
Otro	4.4

Fuente: Primaria.

Cuadro 7. Actitudes sobre métodos de planificación familiar.

Actitudes	%
	(n=182)
Opinión sobre las pastillas como MPF:	
Son buenas	45.0
Son negativas	46.0
Lo desconoce	9.0
Opinión sobre la T de cobre:	
Son buenas	52
Son negativas	26
Lo desconoce	22
Que impide usar un MPF:	
La religión	1.6
No le gusta al marido	16.5
No deseo	25.3
No me gustan	23.6
Tendré los hijos que Dios me dio	6.0
No sé cómo hacerlo	2.2
Accesibilidad de los MPF	2.2
Nivel educacional	0.0
Nivel económico	0.5
Ninguno	42.9
No creo que sirvan	3.3
Estas consiente de los efectos de no planificar:	95.1
Te sientes presionada a usar un MPF:	14.2
Por quiénes te sientes presionada (n=25):	
Personal de salud	30.3
Familiares	21.2
Esposo	21.2

Otros	6
-------	---

Fuente: Primaria.

Cuadro 8. Práctica de métodos de planificación familiar.

Métodos	Ha usado (n=182)	Más apropiado después del parto (n=182)	Complicaciones (n=182)	Fallas (n=182)	Recomendaría (n=182)
Anticonceptivos orales (pastillas).	46.7	1.6	7.1	9.3	5.5
Condón masculino	37.9	8.8	28.5	9.5	10.4
Esterilización Masculina.	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Anticonceptivos inyectables mensual	39.5	16.4	2.2	3.8	8.7
Condón femenino.	2.2	1.1	0.0	0.5	1.1
Esterilización Femenina.	0.0	1.1	0.0	0.0	1.1
Anticonceptivos inyectables trimestral	37.6	35.7	0.0	4.4	36.2
Jales y cremas	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Método del Ritmo.	2.2	0.0	0.0	0.5	0.5
Dispositivo Intrauterino.	7.7	22.5	0.0	1.1	17.6
Capuchón cervical	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Billing	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Ninguno.	16.4	15.9	49.4	17.6	21.4

Fuente: Primaria.

Cuadro 9. Razones para no aceptar un MPF.

Razones	Inyectables (n=182)	Tabletas (n=182)	DIU (n=182)
No desear planificar.	37.4	31.9	34.1
Miedo al pinchazo.	43.9	--	--
Hemorragia/sangrado.	30.2	15.6	36.2
Porque la engorda.	30.2	14.3	--
Porque le mancha la cara.	2.7	--	--
Porque se le olvida tomarla.	--	59.3	--
Le produce molestias gástricas.	--	18.7	--
Colocación dolorosa.	--	--	23.6
Porque se encarna.	--	--	27.4
Produce dolor.	--	--	14.3
Molestia en relaciones sexuales.	--	--	31.8
Infecciones vaginales	--	--	2.7
Otra	5.5	8.2	15.9

Fuente: Primaria.

León, 19 de Enero de 2012.

Dra. Ninoska Delgado Baldizón.
Jefa del Departamento de Ginecología y Obstetricia.
Su despacho.

Apreciada Dra. Delgado:

Soy el Dr. Noel Antonio Centeno Ruiz, residente del IV año de la Especialidad de Ginecología y Obstetricia. Me dirijo a usted a través de la presente para hacer la formal solicitud del espacio físico para el establecimiento de la Clínica de Planificación Familiar en esta unidad asistencial, el cual se localiza en el segundo piso donde anteriormente funcionó la farmacia y ahora está siendo utilizada como bodega. Pues como es de su conocimiento no contamos con una planta física como tal, ya que el espacio que actualmente funciona--en el pasillo del ala oeste del segundo piso y que es un pantri--, no cuenta con las condiciones adecuadas para brindar una atención con calidad y calidez a nuestras usuarias (os) y la cual es de mucha importancia para mejorar las coberturas de la unidad en esta materia. Motivo que me incentivo a realizar el estudio sobre Planificación Familiar post evento obstétrico en el HEODRA en el periodo 1 de Octubre 2009-30 Septiembre 2011 el cual se planteó como objetivo para este año (IV Año) “Trabajar en la revisión de las normas nacionales de planificación familiar para sus adaptación y aplicación en el servicio, así como revisar la gestión para proveer de los medios necesarios para sus funcionamiento”.

Por tales razones, ruégole su digna gestión para que se le asigne y autorice el establecimiento en ese local de la Clínica en mención y que vendría a mejorar la atención a las pacientes post evento obstétrico y cumplir integralmente con las coberturas de planificación familiar en el departamento a su cargo.

Sin más a qué hacer referencia, me despido.

Deferentemente.

Dr. Noel Centeno Ruiz.
Residente IV Año Ginecología y Obstetricia.

Tutoras:

Dra. Eliette Valladares. M. D., PhD.
Especialista en Ginecología y
Obstetricia.

Dra. María Dolores Benavides.
Especialista en Ginecología y
Obstetricia.

Formulación de Proyecto

Clínica de Planificación Familiar HEODRA.

A continuación se muestran algunos de los aspectos más significativos referentes al planteamiento de una Clínica de Planificación Familiar que reúna las condiciones mínimas de una oficina para brindar la atención a las usuarias que cursan con un evento obstétrico por esta unidad. Proyecto que surge por la falta de un espacio físico que cuente con los elementos necesarios para poder llevar a cabo una consejería adecuada referente a los diferentes métodos de planificación familiar con los que se cuenta, mejorar los registros sujetos a vigilancia (estándares), conocimientos, actitudes y prácticas de las usuarias, contribuyéndose de esta forma a reducir la morbi-mortalidad materna en el municipio de León.

1. DENOMINACIÓN DEL PROYECTO:

Proyecto de creación de Clínica de Planificación Familiar en el departamento de Ginecología y Obstetricia del HEODRA.

Autor: Dr. Noel A. Centeno R. Residente de IV Año de Ginecología.

2. NATURALEZA DEL PROYECTO:

a. Descripción:

El proyecto consiste en la creación de una Clínica de Planificación Familiar en el departamento de Ginecología y Obstetricia del HEODRA, en la cual se atienda de manera integral a las usuarias que acuden por un evento obstétrico, mejorando sus conocimientos, la cobertura, obtener mejores registros digitalizados y la calidad de vida de las pacientes.

b. Ubicación:

La clínica se ubicaría en el segundo piso del HEODRA, en el costado noreste del mismo, espacio donde anteriormente funcionó como farmacia y que actualmente se utiliza de bodega.

c. Fundamentación:

Las políticas gubernamentales de los últimos años han buscado la manera de reducir la morbi-mortalidad materna y la atención médica de calidad, gratuita y humana en todas las unidades, cumpliendo con las normas y protocolos nacionales en cuanto a planificación familiar, ya que este es un hospital escuela en donde se forman profesionales de la salud (auxiliares de enfermería, enfermeras profesionales, enfermeras obstetras, médicos internos, médicos generales, residentes y estudiantes de medicina, los cuales también pueden contribuir al desarrollo de este proyecto).

En este momento la unidad cuenta con un espacio físico muy reducido, inapropiado para brindar una atención de calidad, sin los medios tecnológicos y audiovisuales para mejorar las actitudes de las pacientes y la influencia en muchas ocasiones de los familiares.

La existencia de un espacio muy amplio dentro del departamento de Ginecología y Obstetricia que está siendo desaprovechado, al cual se le puede dar un mejor uso dado la importancia que tiene la planificación familiar en nuestro país.

El mejoramiento de la consejería a la pareja vendría a proporcionar los conocimientos científicos sobre la planificación familiar, la conducta de las pacientes y sus prácticas, ya que muchas veces estos son equivocados (errados).

d. Marco institucional:

La institución responsable será el Ministerio de Salud (MINSa) el cual es el ente regulador encargado de velar por la calidad en el servicio de salud a la población nicaragüense y el que proporciona los diferentes métodos de planificación familiar; a través de la dirección del HEODRA, Departamento de Ginecología y Obstetricia y personal encargado del funcionamiento de dicha clínica.

e. Finalidad del proyecto:

Dotar al HEODRA de una clínica que atienda integralmente la planificación familiar.
Contribuir al mejoramiento de las coberturas de planificación familiar.
Cumplir con los estándares nacionales sobre la atención médica y registros.
Reducir de alguna manera la morbi-mortalidad materna.

f. Beneficiarios:

Directos: Pacientes que ingresan al servicio de Ginecología y Obstetricia con un evento obstétrico (Aborto, embarazo molar, partos, cesáreas, etc.).

Indirectos: La población leonesa en general (parejas y familiares de las usuarias).

3. ACTIVIDADES Y TAREAS:

1. Asignación y autorización del espacio físico para el funcionamiento de la clínica por parte de la dirección del HEODRA.

2. Acondicionamiento de la clínica de planificación familiar.

- ✓ Gestión presupuestaria.
- ✓ Adecuación y acondicionamiento (Pintura y reparación de imperfecciones del local).
- ✓ Colocación de lámparas, cortinas, cerradura, etc.
- ✓ Instalación de tomacorriente, teléfono, etc.
- ✓ Instalación de aire acondicionado.
- ✓ Rótulo de la clínica.
- ✓ Colocación de cuadros y afiches.

3. Compra y colocación del material a utilizar.

- ✓ Compra de muebles y material de oficina (escritorio, silla de escritorio, archivador, sillas para las pacientes, ficheros, papel bond, lápices, lapiceros, marcadores).
- ✓ Compra de computadoras, batería y estabilizador, impresora, cartuchos de tinta para impresora, murales y calculadoras.
- ✓ Adecuación de los materiales como camilla ginecológica, lámpara en cuello de

- ✓ cisne, equipo para AMEU.
- ✓ Pizarra acrílica.
- ✓ Data show.
- ✓ Percoladora.
- ✓ Reloj.
- ✓ Espejo.
- ✓ Materiales de limpieza (lampazo, mechas, escoba, ambientador, papelera, inodoro, lavamanos)

4. Personal encargado del funcionamiento de la clínica y de limpieza.

5. Difusión interna/externa:

- ✓ Preparación de brochures, plegables y textos para difundir los servicios de la clínica.
- ✓ Difusión a nivel universitario, por medio de los estudiantes de las diferentes carreras afines a la salud que oferta la UNAN convenio MINSA.
- ✓ Pasantías de estudiantes, médicos y residentes.
- ✓ Difusión a la ciudadanía, a través de boletines de prensa, indicando los servicios que prestará a la comunidad.

4. RECURSOS NECESARIOS:

a. Humanos:

- Médico.
- Enfermera.
- Ayudantes: Estudiantes del último año de las carreras afines a la salud.
- Personal de limpieza.

b. Materiales:

- Los señalados anteriormente.

c. Financieros:

Se realizarán gestiones para obtener los recursos económicos para el establecimiento y el sostenimiento de la clínica ante diferentes organismos e instituciones del estado (MINSA como institución encargada de velar por la salud de los nicaragüenses, OPS, OMS, ONGs, UNAN, Empresa privada, etc.)