

Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua – León

Facultad de Ciencias Médicas

Escuela de Enfermería



Monografía para optar al Título de Licenciada(o) en Ciencias de Enfermería.

Título:

Conocimientos de métodos anticonceptivos y consejería brindada por enfermería relacionado a Planificación Familiar, Programa Atención Integral a la Mujer, Puesto de Salud Fundeci, Abril – Octubre 2012.

Autores:

Bra. Argenia de la Trinidad Reyes Macías.

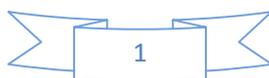
Br. Hugo Javier Martínez Sánchez.

Tutora:

Lic. Emma Vargas

Octubre, 2012

¡A la Libertad Por la Universidad!



INDICE

Contenido	Pág. N°
I. Dedicatoria.....	1
II. Palabras de Agradecimiento.....	2
III. Resumen.....	3
IV. Introducción.....	4
V. Problema.....	6
VI. Objetivos.....	7
VII. Marco Teórico.....	8
VIII. Diseño Metodológico.....	35
IX. Resultados.....	37
X. Discusión y Análisis de los resultados.....	40
XI. Conclusiones.....	45
XII. Recomendaciones.....	46
XIII. Bibliografía.....	47
XIV. Anexos.....	49

I. DEDICATORIA.

A:

Dios nuestro Padre: Por guiarnos, protegernos y por permitirnos culminar nuestra carrera con éxito.

A:

Nuestros Padres: Por apoyarnos, aconsejarnos y guiarnos siempre con amor por el camino del bien, que sin su valiosa ayuda no hubiésemos logrado el objetivo deseado.

II. AGRADECIMIENTO.

A nuestra Universidad:

Por habernos dado la oportunidad de forjarnos un futuro.

Con admiración y respeto a nuestras Docentes:

Por orientarnos dirigirnos, enseñarnos y corregirnos en todas las etapas de nuestra carrera porque sus enseñanzas y experiencias son la luz que guiara nuestra vida profesional.

III. RESUMEN

Se realizó un estudio cuantitativo, descriptivo y de corte transversal, en el puesto de salud Fundeci de la ciudad de León; para determinar los conocimientos de métodos anticonceptivos y consejería brindada por el personal de enfermería relacionado a la Planificación Familiar en el Programa Atención Integral a la Mujer; la población fue de 90 mujeres asistentes al componente. Las variables son Dependiente: Planificación Familiar, Independientemente: Conocimientos de Métodos Anticonceptivos y Consejería brindada por el personal de enfermería.

Se encuestaron 90 mujeres a las cuales se les aplicó el instrumento con preguntas cerradas. El procesamiento de la información fue a través del programa de diseño y análisis de encuestas Dyane, los aspectos éticos fueron consentimiento informado, confidencialidad, anonimato y autonomía.

Se concluye que la mayoría de las mujeres que asisten al programa de planificación familiar son jóvenes de 20 a 34 años, casadas, con nivel de escolaridad secundaria y universitarias, de ocupación amas de casa, la religión que predominó fue católica.

Así mismo consideran que la planificación familiar contribuye al bienestar de la familia y disminuye las amenazas que implican un riesgo para la salud de la mujer, principalmente embarazos no deseados, ITS y abortos; perciben la planificación como un deber, además la mayoría conoce los métodos anticonceptivos que el MINSA ofrece; al igual que las ventajas, desventajas y efectos adversos como dolor de cabeza, sangrado anormal, varices, náuseas, vómitos, trastornos cutáneos, dolor en los pechos e incremento de peso corporal, la mayoría expresaron estar satisfechas con el método que usan.

Palabras Claves:

Conocimiento

Planificación Familiar

Consejería

Métodos Anticonceptivos

IV. INTRODUCCION

Este trabajo pretende ampliar el conocimiento con respecto a los métodos anticonceptivos y la consejería brindada por el personal de enfermería, elementos que son integrados en la planificación familiar.

Los derechos reproductivos se basan en el reconocimiento del derecho básico de toda pareja e individuo de decidir, libre y responsablemente, la cantidad de hijos que desean tener, el momento oportuno para tenerlos y el tiempo entre embarazos, así como tener la información y los medios para concretar sus deseos, y el derecho de obtener el mayor estándar de salud sexual y reproductivo.

El programa de atención integral a la mujer con su componente de planificación familiar tiene muchas décadas de existir. La salud reproductiva trata de asegurar que el individuo sea capaz de tener una vida sexual responsable, satisfactoria y libre de riesgo. Con la capacidad de reproducirse y la libertad para decidir cuándo y con qué frecuencia hacerlo. En esta última condición está implícito el derecho del hombre y la mujer a recibir información y tener acceso efectivo, aceptable a un costo razonable y libre de riesgo a los métodos de la regulación de la fecundidad de su elección, así como el derecho de acceder a los servicios adecuados de salud.

La historia de la planificación familiar en el mundo, y particularmente en México, reúne numerosos acontecimientos y anécdotas que conviene conocer, para entender la génesis y el desarrollo en el tiempo de la metodología anticonceptiva, que ha permitido adecuar la conducta sexual de la humanidad, y consecuentemente ha contribuido a mejorar las condiciones de su salud reproductiva y de su bienestar familiar, así como a reducir su crecimiento indiscriminado.

Desde 1960 han acontecido importantes avances en los esfuerzos para que los beneficios de la planificación familiar fueran accesibles a toda la población mundial. Sin embargo, la prevalencia del uso de anticonceptivos todavía es baja en algunas áreas, especialmente en África.

En 1972, en el Año Internacional de los Derechos Humanos, los Estados Miembros de las Naciones Unidas, incluyendo a Nicaragua, reconocieron el derecho de las personas y las parejas a decidir acerca del tamaño de sus familias. El derecho a la planificación familiar figura entre los derechos fundamentales que disfruta toda persona, en cualquier lugar del mundo. La protección y promoción de esos derechos es responsabilidad de los gobiernos.

Actualmente (2011) el MINSA en León impacta en el programa de planificación familiar principalmente por la aceptación que ha tenido la población en las últimas 3 décadas se ha notado un marcado descenso en los niveles de fecundidad asociado al incremento importante en el uso de método anticonceptivo.

La planificación familiar muestra un carácter prioritario dentro del marco amplio de la salud sexual y reproductiva, con un enfoque de prevención del riesgo para la salud de las mujeres, los hombres, los hijos y su aplicación está determinado por el ejercicio del derecho de toda persona a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de sus hijos, con pleno respeto a su dignidad. Para trazar estrategias en relación con la planificación familiar, es imprescindible echar una mirada al pasado y tener en cuenta lo sentenciado por un político y hombre de estado británico, estadista, orador, oficial del ejército británico, historiador, escritor y artista ganador del premio nobel de literatura del siglo XVIII Winston Churchill con respecto a que “mientras más atrás mires en el pasado, más adelante puedes mirar en el futuro”.

Se considera que el estudio será de utilidad al personal de sanitario, estudiantes y a trabajadores que realicen servicio social en esta unidad de salud para implementar nuevas estrategias que mejoren la consejería en relación a la planificación familiar, que se les brinda a las usuarias del programa. Con la realización de este trabajo se pretende contribuir a mejorar la consejería que se le brinda a las mujeres a través de encuentros de semanales en las casas bases, realización de ferias educativas, la actualización del censo de planificación familiar y seguimiento actualizado sobre la realización de Pap's y autoexamen de mamas.

v. PROBLEMA

La planificación familiar es esencial en particular por cuatro razones fundamentales: salva la vida de las mujeres, mejora la vida de las familias, protege a los adolescentes y jóvenes y contribuye a reducir la pobreza.

Se deben de analizar todos los criterios de elegibilidad y las prácticas recomendadas para ayudarles a elegir a las parejas a usar un método de planificación familiar; por lo tanto, cuando un profesional de la salud hace consejería no le dice lo que debe hacer, sino que se le ayuda a definir y decidirlo mejor en su caso, es por esa razón que hemos decidido plantearnos el siguiente problema de investigación:

¿Cuáles son los Conocimientos de métodos anticonceptivos y consejería brindada por enfermería relacionado a Planificación Familiar, Programa Atención Integral a la Mujer, Puesto de Salud Fundeci, Abril – Noviembre 2012?

VI. OBJETIVOS

GENERAL:

Determinar los conocimientos de métodos anticonceptivos y consejería brindada por el personal de enfermería relacionado a la Planificación Familiar en el Programa Atención Integral a la Mujer, Puesto de Salud Fundeci.

ESPECIFICOS:

1. Caracterizar sociodemográficamente al grupo en estudio.
2. Identificar los conocimientos de métodos anticonceptivos.
3. Describir la consejería brindada por el personal de enfermería.

VII. MARCO TEÓRICO

CONCEPTOS PRINCIPALES

CONOCIMIENTOS: El conocimiento es un conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje, o a través de la introspección.

Para el filósofo griego Platón, el conocimiento es aquello necesariamente verdadero. En cambio, la creencia y la opinión ignoran la realidad de las cosas, por lo que forman parte del ámbito de lo probable y de lo aparente. (10)

CONSEJERÍA: La consejería es un proceso de análisis y comunicación de persona a persona, entre el prestador de servicios y el/la usuario/a potencial y el/la usuario/a activo. Este proceso incluye motivación, información y promoción.

La O.M.S. define la consejería como un proceso dinámico de diálogo a través del cual una persona ayuda a otra en una atmosfera de entendimiento mutuo. Este proceso precisa habilidades de comunicación que van dirigidas a facilitar que las pacientes afronten las situaciones que se le presenten; puedan tomar decisiones y trabajar en la resolución de problemas. (11)

PLANIFICACIÓN FAMILIAR: La planificación familiar es el control racional de la población realizado a nivel familiar. La pareja, a través de un dialogo abierto, hace una programación tratando de establecer el número de hijos que desea tener, tomando en cuenta los intervalos que deben existir entre cada uno de ellos, teniendo presente algunos factores, como el emocional, social y el económico.

Es permitir a las parejas ejercer libre y responsablemente el número y espaciamiento de sus hijos para obtener la información en el medio necesario para hacerlo, asegurando que se ejerza sus acciones con conocimientos de causa y tenga a su disposición una gama de métodos seguros y eficaces.

El acceso a la planificación familiar está concebido como un derecho sin distensión de cultura, condición social, raza, estado civil, religión o género. Sin embargo este servicio no se brinda a todos por igual, siendo el periodo de la adolescencia el más expuesto a la falta de información y servicio de contracepción.

La anticoncepción es poco accesible para la población adolescente a causa de Tabúes sociales que la obstaculizan, barreras económicas, falta de servicios confidenciales y por el inadecuado conocimiento acerca de los métodos y donde obtenerlos. También persisten temores respecto a los efectos secundarios de los métodos, lo que puede desincentivar a las adolescentes que quieren regular su fecundidad.

Por otra parte, tomando en cuenta que las relaciones sexuales son frecuentemente esporádicas y de una naturaleza no planificada, por tanto constituye un obstáculo para el uso consistente de los métodos y predispone a adquirir infecciones de transmisión sexual y SIDA.

Muchas veces, para las parejas usar un método anticonceptivo significa asumir la regularidad de su actividad sexual con todas las repercusiones emocionales y en el ámbito familiar que esto significa. (5)

LA ANTICONCEPCIÓN (CONTRACEPCIÓN): Impide la fecundación del óvulo por el espermatozoide, como consecuencia del acto sexual, mediante el uso de medicamentos, dispositivos o métodos naturales que bloquean o alteran uno o más de los procesos de la reproducción de tal forma que el coito pueda realizarse sin fecundación.

La efectividad de los métodos, cuando se usa en forma correcta y consistente, aseguran la probabilidad mínima de embarazos. (7)

MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

Se trata de métodos o procedimientos que previenen un embarazo en mujeres sexualmente activas, ya sean ellas o sus parejas quienes los usen. En lo posible, los

métodos anticonceptivos deben cumplir con algunos requisitos y características que permitan a las personas alcanzar sus metas reproductivas en forma efectiva y segura para su salud y de acuerdo a su situación de vida”. Ningún método anticonceptivo induce un aborto, por el contrario previenen los abortos al evitar los embarazos no deseados.(3)

Los métodos pueden estar basados en tecnologías o en conductas como la abstinencia periódica. Los métodos basados en tecnologías pueden ser hormonales cuando contienen hormonas semejantes a las que produce el ovario (derivados de estrógenos y progesterona) o no hormonales cuando consisten en un dispositivo como el condón y el dispositivo intrauterino. Pueden ser transitorios, para usarlos por el tiempo en que se quiere evitar el embarazo, o definitivos como la esterilización femenina o masculina que pueden usar quienes han completado su familia. La mayoría de las formas que se conocen para evitar un embarazo se han hecho para las mujeres, y esta es una de las razones porque se cree que la única que tiene que evitar un embarazo es la mujer, aunque es claro que es responsabilidad de ambos.

Clasificación de Métodos Anticonceptivos: Según las normas de planificación familiar del MINSA clasifica los métodos anticonceptivos de la siguiente manera: (5)

Métodos Anticonceptivos Femeninos:

1.1. Métodos temporales

a.- Naturales

Abstinencia: Es una práctica sexual que los hombres o las mujeres o la pareja adoptan voluntariamente cuando no desean descendencia y que se logra evitando totalmente tener relaciones sexuales.

Este método debe ser compartido con la pareja, pero se trata de una decisión individual que responde al derecho propio de reproducirse de cada uno de ellos y depende de su motivación y disciplina para practicarla durante el tiempo requerido.

La pareja evita el acto sexual en forma voluntaria. Puede ser decidido en cualquier momento y por el tiempo que lo deseen, puede ser de forma permanente o en forma periódica durante el período fértil de la mujer.

Abstinencia periódica: La Organización Mundial de la Salud los ha definido como: “Métodos para planificar o evitar embarazos por medio de la observación de los signos y síntomas naturales de las fases fértil e infértil del ciclo menstrual de la mujer; existe abstinencia del acto sexual durante la fase fértil del ciclo menstrual y el acto sexual, cuando ocurre, es completo.”

Estos métodos son llamados también métodos de abstinencia periódica porque es necesario abstenerse de relaciones sexuales coitales los días potencialmente fértiles de la mujer si se desea evitar un embarazo.

La abstinencia periódica también puede ser utilizada en combinación con otros métodos anticonceptivos, de manera que la pareja utiliza métodos de barrera solamente durante la fase fértil del ciclo.

El personal de salud debe ser capaz de:

Ayudar a que la pareja aprenda a reconocer los signos y síntomas del período fértil.

Alentar reiteradamente a la pareja a evitar o interrumpir el coito o usar métodos de barrera en la etapa fértil y orientarlos cuando tienen problemas por la abstinencia.

Proporcionar materiales en donde registrar los cambios corporales, ej.: termómetros, hojas cuadriculadas, calendarios, cuadernos.

Mencionar a la pareja otros métodos o referirlos a donde puedan recibir información, suministros y servicios, si la pareja lo solicita.

Ventajas:

No tienen efectos adversos en la salud de la mujer ni del hombre.

No tienen costo económico o lo tienen muy bajo.

Promueven en mujeres y hombres el conocimiento de sus cuerpos y de sus funciones sexuales y reproductivas.

Efectivos cuando se usan en forma correcta y consistente.

Propician en mujeres y hombres el control directo de su capacidad reproductiva.

Desventajas:

Son menos eficaces que los otros métodos disponibles.

Se necesita un cierto grado de educación.

Requieren un tiempo prolongado de entrenamiento y supervisión para ponerlos en práctica.

Hay muchos factores de salud, ambientales, emocionales, que pueden alterar el ritmo normal de los ciclos menstruales.

Los períodos largos de abstinencia sexual pueden ocasionar dificultades conyugales y tensión emocional.

No protegen contra infecciones de transmisión sexual (ITS) incluyendo el VIH / SIDA.

Tipos de Métodos de abstinencia periódica

1. Método del ritmo o calendario o método de Ogino-Knaus.
2. Método de temperatura corporal basal o método térmico.
3. Método de moco cervical, método de la ovulación o de Billings.
4. Método sintotérmico.
5. Método del collar o días fijos.

1.- Método del ritmo, de los días estándar, del calendario o de Ogino- Knaus

Este método se basa en la abstinencia durante el período fértil, de la mujer, período que debe calcularse en dependencia de la duración de sus ciclos menstruales.

La ovulación se produce de 16 a 12 días antes del inicio de la menstruación siguiente. Sobre la base de la duración de los ciclos anteriores se calcula el momento de la menstruación siguiente, contando retrospectivamente desde esa fecha se determina el momento aproximado de la ovulación, a lo que hay que agregar un margen de abstinencia que cubra el tiempo de vida del espermatozoide y del óvulo.

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

Cálculo del período fértil en ciclos regulares:

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

Del final del octavo hasta el decimoséptimo día del ciclo, se encuentra en la fase fértil y debe abstenerse de tener relaciones sexuales para evitar un embarazo.

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

Cálculo del período fértil en ciclos irregulares:

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

Identificar el ciclo menstrual más corto e identificar el ciclo menstrual más largo.

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

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

Ventajas:

Las ya mencionadas en las ventajas generales.

Mejora el conocimiento del ciclo menstrual en mujeres y hombres.

Desventajas:

Requiere de un tiempo prolongado de entrenamiento para ponerlo en práctica con éxito. En ciclos irregulares el período fértil puede ser largo y por lo tanto la abstinencia es muy prolongada.

Es inseguro en mujeres con ciclos menstruales irregulares. Efectividad: de un 53 % hasta un 85.6 %.

2.- Método de temperatura corporal basal o método térmico

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

La temperatura corporal basal es la temperatura más baja que alcanza el organismo en una persona, cuya medición se debe efectuar todas las mañanas apenas se despierte y antes de que realice alguna actividad, por la misma vía, después de al menos 6 horas de sueño continuo. La medición puede ser oral, rectal o vaginal, pero la más exacta es la rectal.

Metodología:

Debe tomarse la temperatura a partir del primer día del ciclo por la mañana, antes de levantarse de la cama y luego de un período mínimo de 6 horas de sueño nocturno.

Es necesario ir anotando los registros de temperatura en una hoja de papel adecuada (cuadrículada), e ir uniendo los puntos para trazar una curva y poder observar los cambios de temperatura con claridad.

En los días después de la menstruación se registran temperaturas bajas y éstas vuelven a subir a partir de la ovulación. Hay que tener una abstinencia de 72 horas como mínimo, a partir del día en que se detecta el aumento de la temperatura, si se desea evitar un embarazo.

Ventajas: Favorece en mujeres y hombres el conocimiento sobre la fisiología de la ovulación.

Propicia en las mujeres el reconocimiento en su cuerpo de los signos de la ovulación.

Desventajas:

Requiere de un período de orientación de varios meses en el manejo del método.

Existe dificultad en la interpretación de algunas curvas térmicas.

La identificación real de la ovulación es después que ésta se produjo, no predice el día de la misma.

Es necesaria una buena salud física general que evite las fiebres por otras causas (infecciosas) no ovulatorias.

Requiere de un termómetro y de saberlo leer y saber escribir.

Exige un mayor cuidado de interpretación en las siguientes situaciones especiales:

- Después del parto y durante el amamantamiento.
- En la premenopausia
- En la adolescencia.
- Después de dejar la píldora

3.- Método del moco cervical, de la ovulación o de Billings

Este método reconoce los cambios cíclicos del moco cervical en los períodos pre y post

ovulatorios por medio de la observación e interpretación de las secreciones vaginales y vulvares que producen los cambios en la calidad y cantidad del moco cervical en respuesta a los niveles cambiantes de los estrógenos.

Base fisiológica: En el ciclo de 28 días, durante los días inmediatamente posteriores a la menstruación, bajo la influencia del estrógeno, el moco cervical forma un tapón grueso, pegajoso y viscoso que ocluye el cuello del útero, hay sensación de sequedad en la vagina y hace que la vulva se note seca al tacto (Período preovulatorio).

Durante el tiempo de ovulación, por efecto del incremento de los estrógenos, aparece primero cierta cantidad de moco en la vagina, al principio es escaso y provoca sensación de humedad en la vagina, es grueso, no elástico, pero al continuar aumentando los niveles de estrógeno antes y durante la ovulación el moco cambia a una sustancia más líquida, muy lubricante, resbalosa, el moco es claro, transparente, delgado, blanco y elástico, puede estirarse hasta 6 ó 10 cm. sin romperse, fluye muy abundantemente y hace que la vagina y la vulva se note húmeda al tacto (Período ovulatorio).

En los días inmediatamente posteriores a la ovulación, bajo la influencia de la progesterona, el moco cervical forma un tapón grueso y viscoso que ocluye el cuello del útero, se vuelve escaso, pegajoso y hace que la vulva se note seca al tacto (Período post ovulatorio). Al utilizar este método hay que asumir que se puede haber ovulado desde dos días antes de la aparición de estos signos y que puede continuar siendo fértil hasta 4 días después del último día de moco abundante y resbaloso.

Consejería que debe brindar el personal de salud: Para identificar el tipo de moco cervical, la mujer debe observar sus secreciones dos veces al día, en la mañana y en la noche, tomándolas directamente de la vagina o de la vulva, observándolas en el papel higiénico después de hacerse limpieza al orinar o tomando la humedad o moco entre sus dedos. El período fértil comienza con la aparición de flujo o con la sensación de humedad en la vagina, el moco es abundante, puede estirarse con facilidad y no se rompe, es muy elástico, es resbaloso. Cuando termina el período fértil, el moco se vuelve pegajoso, pastoso, escaso o nulo.

Al terminar el flujo mucoso, transparente, hay que abstenerse 4 días más. En cualquier etapa del ciclo, si hay flujo mucoso o manchas debe abstenerse de tener relaciones sexuales coitales, o debe usar métodos de barrera ese día y durante los cuatro días siguientes.

Ventajas:

Favorece en mujeres y hombres el conocimiento sobre la fisiología de la ovulación. Propicia en las mujeres la apropiación de su cuerpo y el reconocimiento en el mismo de los signos y síntomas de la ovulación.

Desventajas:

Requiere de un período de orientación y supervisión de varios meses en el manejo del método.

La identificación real del día de la ovulación es retrospectiva.

Presenta dificultades para las mujeres que no quieran manipular sus genitales ni observar sus secreciones.

Es indispensable ser sana por vía vaginal, sin infecciones, ni infecciones de transmisión sexual.

4.- Método del collar del ciclo o días fijos

El collar del ciclo es un collar de perlas de colores que representa el ciclo menstrual de la mujer, le ayuda a saber en qué días del ciclo hay mayor riesgo de embarazo si tiene relaciones sin protección. Está formado por 32 perlas de colores, un anillo de hule negro y una flecha. Cada perla del collar representa un día del ciclo.

La perla roja representa el primer día de menstruación o sangrado. Luego vienen 6 perlas cafés que representan días infértiles de la mujer (días 2 al 7). Luego 12 perlas blancas que representan los días fértiles de la mujer (días 8 al 19). Luego hay 13 perlas cafés, que representan días infértiles (día 20 al final del ciclo). Funciona bien para

mujeres con ciclos entre 26 y 32 días de duración.

El marcador de hule negro se utiliza para señalar el día del ciclo menstrual en que se encuentra. La flecha indica hacia dónde debe empezar a mover el hule negro y el conteo de los días del ciclo.

Además del collar, debe utilizarse un calendario para anotación del primer día de sangrado de cada ciclo menstrual y una tarjeta con instrucciones para el mejor uso del método.

Orientaciones que debe brindar el personal salud a las parejas: Hable con su pareja, decidan juntos lo que harán en los días de mayor riesgo de embarazo. El primer día de menstruación se coloca el anillo de hule sobre la perla roja y allí se deja hasta el día siguiente, al mismo tiempo la pareja debe marcar en su calendario sólo el primer día de sangrado de cada uno de sus ciclos. Al día siguiente (2º día del ciclo), se mueve el anillo a la siguiente perla (primera perla café) aunque todavía esté sangrando.

Los siguientes días se mueve el anillo una perla cada día, siempre en la misma dirección hasta que termine el ciclo, de preferencia siempre a la misma hora para evitar que se le olvide. Las perlas están en el siguiente orden: la primera es roja, seguida de 6 marrones, luego 12 blancas seguidas de 7 marrones, seguida de una de color marrón más oscuro y finalmente 5 marrones con el ciclo final, la perla marrón oscuro sirve para indicarle si su ciclo es menor de 26 días.

Cuando el anillo está sobre cualquier perla blanca (los días fértiles del ciclo), la pareja no debe tener relaciones sexuales o tenerlas con protección. Cuando el anillo está sobre cualquier perla café o marrón o durante la menstruación (los días infértiles) la pareja puede tener relaciones sexuales. Si la pareja no está segura de haber movido el anillo, puede consultar en el calendario la fecha del primer día de sangrado, contar en el calendario los días que han pasado desde que le vino la menstruación, luego contar las perlas en el collar y pasar el marcador a la perla que corresponda.

Ventajas: No requiere supervisión médica. No necesita tratamientos adicionales ni

procedimientos quirúrgicos.

Fomenta la participación del hombre en la anticoncepción. Le ayuda a saber cómo funciona su fecundidad.

Desventajas: No debe ofrecerse a parejas que no pueden evitar las relaciones sin protección: Días de perlas blancas.

No debe ofrecerse a mujeres con ciclos menores de 26 días (muy cortos), ni mujeres con ciclos mayores de 32 días (muy largos).

No protege contra las infecciones de transmisión sexual (ITS) y el VIH/SIDA.

b.- De Barrera

Actualmente el Ministerio de Salud no proporciona a las usuarias ningún método de planificación familiar de barrera.

Preservativo femenino: Es un método anticonceptivo temporal. Tiene la función de cubrir la vagina durante la relación sexual, recoge el semen y no permite que el espermatozoides del hombre entre en contacto con la vagina y el cuello del útero de la mujer.

Brindar consejería adecuada que permita a la usuaria: el uso correcto del condón, utilizando en la medida de las posibilidades ilustraciones gráficas. Brindar a la usuaria un plegable que contenga las instrucciones sobre el uso correcto. Recomendar la combinación con espermicidas. Recomendar evitar lubricantes no acuosos como aceites, crema, vaselina, etc. Orientar sobre su efectividad, en la prevención de ITS/SIDA.

C.- Mecánicos

Dispositivo intrauterino (DIU): El dispositivo intrauterino (DIU) es un método anticonceptivo reversible, seguro y efectivo, hechos de metal y plástico que introducidos en la cavidad uterina impiden el embarazo mediante una combinación de mecanismos.

Momento de colocación: El DIU puede ser insertado en los siguientes momentos:

Período ínter genésico: El DIU se inserta preferentemente durante la menstruación o en cualquier día del ciclo cuando se esté razonablemente seguro de que no hay embarazo.

Post placenta: La inserción debe realizarse dentro de los diez minutos posteriores a la salida de la placenta, puede realizarse después de un parto o durante una cesárea.

Post aborto: Inmediatamente después de la aspiración endouterina o después del legrado por aborto.

Pre alta de la unidad de salud: Tras la resolución de cualquier evento obstétrico, al momento del egreso hospitalario y antes de que sea enviada a su domicilio.

Puerperio tardío: Entre la cuarta y sexta semana post aborto, posparto o post cesárea.

- Examen de seguimiento a las seis semanas
- Después de realizada la inserción, deje descansar a la mujer durante algunos minutos recostada o sentada.

Mecanismo de Acción del DIU T de Cu:

Al liberar cobre actúa interfiriendo el proceso reproductivo antes de que ocurra la fertilización. Afecta la capacidad de migración de los espermatozoides de pasar a través de la cavidad uterina inmovilizándolos o destruyéndolos. Altera el moco cervical, espesándolo, disminuyendo de esta forma la movilización y la capacidad de penetración de los espermatozoides, este mecanismo es más intenso por los cambios que provoca en la cantidad y viscosidad del moco cervical en el caso de DIU con levonogestrel. Aumenta la fagocitosis en la cavidad uterina.

Consejería Post Inserción para la usuaria

Se deben proporcionar instrucciones verbales y por escrito, utilizando un lenguaje sencillo: Informar sobre el tipo de DIU que se colocó, mostrarle el dispositivo o una foto del mismo. Debe entregársele el instructivo que trae el DIU y ponerle el nombre de la usuaria; la fecha de la aplicación y la fecha del cambio. Explicarle cuánto tiempo la protegerá. Explicarle la forma de verificar la posición de los hilos por lo menos una vez al mes, principalmente después de la menstruación. Explicarle que algunas mujeres

pueden experimentar cólicos, sangrados abundantes o ligeros manchados intermenstruales.

Efectos colaterales

Dolor post inserción.

Flujo vaginal.

Dismenorrea.

Sangrado leve postinserción.

d.- Hormonales

1. Métodos Hormonales Orales: Lofemenal (tableta)

Consejería brindada por el personal de salud: Prescribir dosis baja y micro dosis en mujeres que la toman por primera vez. En el primer ciclo de uso, deben iniciarse preferentemente dentro de los 5 primeros días del ciclo menstrual. En amenorrea puede comenzar a tomarse los anticonceptivos orales combinados en cualquier momento, siempre y cuando este segura de no estar embarazada. Deberá abstenerse de mantener relaciones sexuales o utilizar alguna protección anticonceptiva adicional hasta el siguiente ciclo. En lactancia, después de 3 semanas si no está lactando. En amenorrea por lactancia y han pasado ya más de 6 meses post- parto, puede utilizar los anticonceptivos hormonales orales combinados.

Después de 6 meses del post- parto y con presencia de ciclos menstruales, puede utilizar anticonceptivos hormonales combinados orales. En post- aborto iniciar en los primeros 7 días post- legrado o post-aborto.

Forma de administración

En la presentación de 21 tabletas, se ingiere una tableta diaria, iniciando el primer día del ciclo menstrual, o dentro de los primeros cinco días. Los ciclos subsecuentes deben iniciarse al concluir los 7 días de descanso del ciclo, independientemente de si se presenta el ciclo menstrual o no.

En sobres de 28 tabletas, se ingiere una tableta diariamente hasta concluir con las tabletas que contienen hierro o lactosa, los ciclos subsecuentes se inician al concluir el ciclo, independientemente de si se presenta el ciclo menstrual o no.

Consejería para la prescripción:

Determinar el estado de salud, detectar riesgo reproductivo y condiciones que requieren atención libre o seguimiento cercano o atención médica a fin de controlarlas y tratarlas. Realizar Historia clínica completo, toma de muestra para citología cérvico vaginal (Papanicolaou), toma de muestra para exámenes y Pruebas de laboratorio clínico. Instruir a la mujer sobre el uso adecuado de la tableta o grageas, tomarlas diariamente, sin interrupción y siempre a la misma hora. No es requisito absoluto para la prescripción de este método el examen pélvico. Seleccionar el método con consentimiento informado. El personal comunitario debe ser capaz de determinar el estado de salud y referir en todos los casos en que sea necesaria la valoración por el personal de salud. A quienes indicar qué tipo de anticonceptivo hormonal combinado continuo.

Ventajas de la toma de A.O.C.

Son muy eficaces, seguros, fáciles de usar, reversibles, su uso es independiente del coito y da mayor tranquilidad a la usuaria al eliminar el riesgo de embarazo.

No interfiere con la relación sexual. Pocos efectos colaterales.

El uso puede interrumpirse con facilidad.

Puede ser proporcionado por personal no médico.

Regularización de los ciclos menstruales.

Rápido retorno de la fertilidad tan pronto como se interrumpe su uso.

Desventajas y efectos adversos de los A.O.C.

No se pueden utilizar durante la lactancia.

Se requiere un suministro periódico de píldoras y estricta ingestión diaria.

No protege contra las infecciones de transmisión sexual y el VIH/SIDA.

Alteración del mecanismo de la coagulación provocado principalmente por el estrógeno

2. Métodos hormonales inyectables intramusculares hormonales combinados mensuales. Actúan inhibiendo la ovulación y espesando el moco cervical, lo vuelve inadecuado para la penetración de los espermatozoides.

La primera aplicación debe hacerse entre el 8vo. Y 10mo día del ciclo para Depoprovera, durante el primer día de inicio de la menstruación para la Mesigyna intramuscular en región glútea.

En amenorrea: Puede recibir la primera inyección en cualquier momento, siempre y cuando este razonablemente segura de que no está embarazada. En post parto y post cesárea después de 3 semanas si no está lactando.

En lactancia: Si esta lactando y tiene más de 6 meses y se encuentra en amenorrea, puede aplicarse la inyección y manejarse como en amenorrea. Si presenta ciclos menstruales y han pasado más de 6 meses post parto o post cesárea, puede recibir la primera inyección tal como se aconseja para otras mujeres con ciclos menstruales.

En post aborto: Iniciar en los primeros 7 días post legrado

Ventajas de los anticonceptivos combinados inyectables mensuales:

Son fáciles de usar.

Eficacia inmediata si se aplica en la fecha correspondiente.

Debe administrarse nueva dosis cada 4 semanas.

Su uso es independiente de la relación sexual.

Pocos efectos colaterales.

No afecta la función gastrointestinal.

Su uso es prolongado y de larga duración con lo cual se evita la administración diaria de hormonas.

Es reversible.

Liberan una dosis más baja de hormonas que los bimestrales y trimestrales.

Mayor eficacia anticonceptiva por anovulación segura mayor al 99%.

Menor posibilidad de olvido.

Gran aceptabilidad y altas tasas de continuación.

Pueden ser administrados por personal no médico, capacitado.

Desventajas de los anticonceptivos combinados, inyectables mensuales:

No se puede usar durante la lactancia.

Puede haber aumento de peso.

Se debe administrar una inyección intramuscular lo que para algunas mujeres no es deseable.

No protege contra las infecciones de transmisión sexual ni contra el virus del SIDA.

Una vez administrado no se puede discontinuar hasta que pase el efecto de la dosis suministrada.

3. Hormonales inyectables intramusculares sólo con progestágenos de depósito trimestrales: Este anticonceptivo inyectable contiene una sustancia esteroidea de progestágenos sola, que administrada por vía intramuscular, evita el embarazo durante tres o dos meses, con gran efectividad, de depósito, son reversibles y de uso privado. Actúa a nivel del moco cervical, endometrio y trompas de Falopio.

Consejería durante la prescripción: Se debe averiguar qué sabe la usuaria sobre este método anticonceptivo, reforzar sus conocimientos y aclarar sus dudas, brindar

información detallada sobre el método. Se pondrá énfasis en la forma de administración, efectividad, ventajas, desventajas, en las indicaciones y contraindicaciones; en la aparición de efectos adversos menores y mayores, en las complicaciones que pueden ocurrir por el uso de los mismos; en la aceptación del método; el costo, el manejo de eventualidades y en garantizar la entrega de los anticonceptivos inyectables trimestrales o bimestrales.

Ventajas y beneficios del uso de dmpa

Ofrece privacidad a la usuaria ya que no requiere mantener suministros en la casa.

Para algunas mujeres, la amenorrea prolongada puede ser deseable y aceptada como una ventaja.

Disminuyen los cólicos, el dolor menstrual y el dolor ovulatorio.

Disminuyen el flujo menstrual.

Se puede utilizar durante la lactancia ya establecida.

Si se usa durante el embarazo no sospechado ni diagnosticado, hay estudios que confirman que no causan malformaciones congénitas.

Requiere visitas periódicas cada tres o dos meses para abastecimiento y administración.

Desventajas del uso de dmpa

Cambios en el patrón del sangrado menstrual, principalmente amenorrea, sangrado o manchas irregulares.

En raros casos hay sangrado excesivo (menos de 1 por 1000 usuarias).

Aumento de peso, más o menos 4 libras durante el primer año de uso.

Cuando se acaba la eficacia de la última inyección al cabo de tres meses, la fertilidad se reanuda de 2 a 6 meses después.

Existe riesgo de transmisión del virus del SIDA si los proveedores de la administración no usan agujas y jeringas estériles.

No protege a mujeres expuestas a infecciones de transmisión sexual y al VIH/SIDA, por lo cual se requiere el uso de condones adicionales.

1.2 Métodos permanentes

a.- Oclusión tubárica bilateral (OTB): Es un método anticonceptivo, quirúrgico, para suprimir en forma permanente la capacidad reproductiva de la mujer, es un método muy eficaz, que consiste en la oclusión bilateral de las trompas de Falopio con el fin de evitar que el óvulo y el espermatozoide puedan unirse, impidiendo así la fecundación.

Consejería en anticoncepción quirúrgica voluntaria:

La consejería reviste importancia particular en el caso de la anticoncepción quirúrgica voluntaria pues se trata de una intervención quirúrgica y es de carácter permanente. La consejería debe ser neutral, el proveedor no deberá tratar de persuadir o influir en la usuaria para que elija este método en preferencia a otros métodos temporales.

La aceptación de métodos anticonceptivos permanentes se debe basar en el conocimiento que la persona usuaria tenga sobre la irreversibilidad del procedimiento, reforzar sus conocimientos, aclarar sus dudas y a partir de este punto tomar su decisión informada sobre la práctica del método y sobre las repercusiones sobre su fecundidad. La aceptación debe consignarse por escrito y debe incluirse en el expediente clínico.

¿Quiénes y dónde pueden practicar OTB?

Deberá ser realizada por personal de salud (Médicos Gineco-Obstetras, Cirujanos y Médicos Generales avalados por la Universidad en donde se formaron) con experiencia en cirugía abdominal y pélvica, que han sido previamente capacitados y entrenados en la exploración del aparato genital femenino y en las técnicas quirúrgicas de Oclusión Tubárica Bilateral o Esterilización quirúrgica y en las técnicas de anestesia local y sedación y autorizados por el Responsable de la Unidad de Salud ofertante.

El procedimiento se debe realizar en Unidades de Salud acondicionadas y acreditadas con este propósito bajo las normas quirúrgicas y de esterilización establecidas.

Ventajas

Eficacia inmediata y elevada.

Es un método permanente.

No interfiere con la lactancia.

Es un procedimiento quirúrgico sencillo que generalmente se realiza con anestesia local y sedación.

No tiene efectos secundarios a largo plazo.

No produce cambios en la función sexual, no tiene efecto alguno sobre la producción de hormonas por parte de los ovarios.

Desventajas

Es un método permanente.

Puede haber arrepentimiento con posterioridad.

La cirugía implica un pequeño riesgo.

Requiere de un equipo Médico capacitado.

No brinda protección contra ITS y VIH/SIDA.

MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS MASCULINOS:

2.1 Métodos temporales

a.- Naturales

a.1 La abstinencia ya descrita en los métodos naturales femeninos.

a.2 Coitus interruptus, coito interrumpido, retiro: Es un método de planificación familiar cuya responsabilidad mayor recae en el hombre, consiste en interrumpir voluntariamente el acto sexual mediante retirar el pene de la vagina antes de producirse la eyaculación; es muy poco confiable.

Ventajas del coitus interruptus

- No tiene efectos secundarios aparentes.
- Sin costo.
- Estimula la participación masculina en la anticoncepción.

Desventajas del coitus interruptus

- Interfiere con la espontaneidad del coito.
- Tiene altas tasas de fracaso.
- Aunque no tiene efectos secundarios médicos, la interrupción de la relación sexual puede resultar inconveniente para algunas parejas.

Consejería

- ❖ Interrogue sobre si la usuaria o la pareja tiene cualquier pregunta o asunto que conversar.
- ❖ Pregunte sobre la experiencia con el método, si está satisfecha y si tiene algún problema. Revise las observaciones hechas por ella o la pareja en consultas anteriores.
- ❖ Verifique que la pareja esté utilizando el método correctamente, ofrezca cualquier información o ayuda que sea necesaria.
- ❖ Si tienen problemas que no pueden solucionarlos ayúdelos y aconséjelos para utilizar otro método.
- ❖ Oriéntela si desea continuar con el mismo método, si desea cambio de método o si va a buscar un nuevo embarazo.

b.- De Barrera

Condón o preservativo: Es un método anticonceptivo temporal, conocido también como preservativo profiláctico, gomas o forros. Tiene la función de cubrir el pene erecto durante la relación sexual, recoge el semen y no permite que el espermatozoides del hombre entre en contacto con la vagina y el cuello del útero de la mujer.

Consejería

- ❖ Brindar consejería adecuada que permita al usuario el uso correcto del condón, utilizando en la medida de las posibilidades ilustraciones gráficas.
- ❖ Brindar al usuario un plegable que contenga las instrucciones sobre el uso correcto.
- ❖ Recomendar la combinación con espermicidas.
- ❖ Recomendar evitar lubricantes no acuosos como aceites, crema, vaselina, etc.
- ❖ Orientar sobre su efectividad, en la prevención de ITS/SIDA.
- ❖ Explique que el empaque del condón tiene una muesca por donde es más fácil abrir y poder extraer el condón.
- ❖ Demuestre la colocación correcta del condón en el pene.

Ventajas

- ❖ Fácil de conseguir, de usar y portar.
- ❖ No requieren receta médica.
- ❖ Son desechables.
- ❖ Son de bajo costo.
- ❖ Ofrece protección contra las enfermedades de transmisión sexual.
- ❖ Estimula la participación masculina en la anticoncepción.
- ❖ En hombres con dificultad para mantener la erección, el borde del condón tiene un ligero efecto de torniquete, lo cual lo ayudará a superar este problema.
- ❖ Los condones lubricados pueden reducir la fricción mecánica y la irritación del pene o la vagina.

Desventajas

- ❖ Intolerancia al látex o al espermicida.
- ❖ Interfiere en la actividad sexual.
- ❖ En algunos casos disminuye la sensibilidad del glande.

c.- Hormonales: Actualmente el Ministerio de Salud no proporciona a los usuarios ningún método de planificación familiar hormonal.

2.2 Métodos permanentes

a.- Vasectomía: Es un método anticonceptivo que interrumpe la fertilidad en forma quirúrgica, voluntaria y permanente para el hombre. Se trata de una operación simple que puede realizarse como un procedimiento ambulatorio que pone fin a su capacidad reproductiva.

Mecanismo de acción: Al obstruir ambos conductos deferentes por el corte y ligadura, no hay espermatozoides en el eyaculado. De esta forma el hombre produce líquido seminal sin espermatozoides, por lo que su compañera sexual no puede quedar embarazada.

Duración de la protección anticonceptiva: Este método anticonceptivo es permanente, el usuario debe estar consciente de esta característica antes de la realización del procedimiento. La vasectomía no es efectiva de inmediato, pueden encontrarse espermatozoides hasta las siguientes 25 eyaculaciones o hasta tres meses posteriores al procedimiento, por lo que se debe recomendar el uso del preservativo u otro método, para evitar embarazos no deseados hasta que el conteo de espermatozoides sea negativo.

Consejería

- ❖ Explicar brevemente, de forma clara y sencilla, la anatomía y fisiología de los órganos reproductores masculinos y femeninos.
- ❖ Indicar en qué consiste la operación y qué consecuencias tiene.
- ❖ Explicar brevemente las complicaciones que podría tener la cirugía y el porcentaje de falla del método.
- ❖ Aclarar los mitos y tabúes sobre la anticoncepción quirúrgica voluntaria (AQV).

- ❖ Esquematizar los pasos del procedimiento quirúrgico.
- ❖ Identificar cualquier factor no médico que pueda hacer que después se arrepienta.
- ❖ Asegurarse que el usuario tenga las indicaciones preoperatorios.

Ventajas

- ❖ Es un procedimiento altamente efectivo, no ocasiona cambios en la fisiología.
- ❖ No tiene efecto sobre la producción de hormonas por parte de los testículos.
- ❖ Es el método más eficaz en los individuos o parejas que no desean tener más hijos/as.
- ❖ Es un procedimiento sencillo que puede realizarse bajo anestesia local.
- ❖ No amerita hospitalización por un largo período de tiempo.
- ❖ Es un procedimiento ambulatorio.
- ❖ No interfiere con el coito.
- ❖ Implica menor riesgo quirúrgico que la esterilización femenina.

Desventajas

- ❖ Es un procedimiento permanente.
- ❖ La reversibilidad es de alto costo y requiere técnicas especiales con éxito.
- ❖ El costo es alto en el momento y bajo a largo plazo.
- ❖ Requiere de hospitalización y reposo por un corto período de tiempo.
- ❖ Eficacia inicial retardada, hasta 25 eyaculaciones o 3 meses post cirugía.
- ❖ Puede haber arrepentimiento con posterioridad si no hay correcta orientación.
- ❖ La cirugía implica un pequeño riesgo.
- ❖ No brinda protección con ITS y el VIH/SIDA.

Autoexamen de mamas: Es cuando una mujer se examina sus propias mamas en busca de cambios o problemas. Muchas mujeres sienten que hacer esto es importante para su salud. Esto les ayuda a aprender cómo se sienten normalmente sus mamas, de manera que si encuentran una protuberancia sabrán que deben llamar al médico o al personal de enfermería.

Sin embargo, no hay consenso entre los expertos respecto a recomendar los autoexámenes de mamas. No se sabe con seguridad qué papel juegan los autoexámenes de mamas en la detección del cáncer de mama o en salvar vidas. (9)

Pasos para el examen

1. Con buena iluminación y frente a un espejo coloque sus manos detrás de la cabeza y eleve los codos. Observe ambos senos, su forma, tamaño, si hay masas (bulto) o depresiones (hundimientos), cambios en la textura y coloración de la piel y posición del pezón.
2. Para examinar su mama derecha, coloque su mano derecha detrás de la cabeza elevando el codo.
3. Con su mano izquierda, con la yema de los dedos, presione suavemente con movimientos circulares.
4. Continúe dando vuelta a la mama como las agujas del reloj. Palpe toda la superficie completando toda la mama, determine la presencia de masas o dolor.
5. Examine el pezón, siempre igual posición con su dedo pulgar e índice, presiónelo suavemente, observe si hay salida de secreción o sangrado.
6. Ahora examine su mama izquierda, siguiendo los pasos anteriores. Examine la axila con la yema de los dedos y movimientos circulares tratando de determinar la presencia de masas.
7. Para examinar su mama izquierda, coloque su mano izquierda detrás de la cabeza elevando el codo, siga los pasos anteriores.
8. Acuéstese y coloque una almohada o un trapo grueso doblado, bajo su hombro derecho.

Para examinar su mama derecha, coloque su mano derecha detrás de la cabeza elevando el codo.

9. Con la mano izquierda, con la yema de los dedos, presione suavemente con movimientos circulares.

10. Continúe dando la vuelta a la mama. Palpe toda la superficie en busca de una masa o zona hundida.

11. Para examinar su mama izquierda, coloque su mano izquierda detrás de la cabeza elevando el codo, siga los pasos anteriores.

Recomendaciones:

- Realice el examen una vez al mes.
- Una semana después del inicio de su menstruación, si no menstrúa (menopausia), elija un día fijo de cada mes para realizárselo.
- Este examen le permite conocerse mejor, detectar cualquier cambio.
- Si encuentra cambios en la forma, tamaño de las mamas, masas, hundimientos, pezón hundido o torcido, salida de sangre o alguna secreción del pezón, consulte a su médico inmediatamente.

La **prueba de Papanicolaou (citología exfoliativa o citología vaginal)**: se realiza para diagnosticar el cáncer cérvicouterino. El objetivo de esta prueba consiste en encontrar los cambios de las células del cuello que son precursores del cáncer, antes de que empiecen a causar síntomas y permitiendo que los tratamientos sean eficaces. El cáncer cérvicouterino es una enfermedad que es 90% prevenible, si la prueba de Papanicolaou se realiza regularmente. Esta prueba deben realizársela todas las mujeres que hayan iniciado su vida sexual, como mínimo una vez al año. (9)

Las muestras utilizadas para esta prueba se toman de dos sitios:

- **Endocérvix**, que es el orificio que comunica con el útero.

- **Exocérvix**, que es la parte más externa del útero, y que comunica directamente con la vagina.

Si el estudio se realiza durante el embarazo, la muestra no se tomará del Endocérvix, sino únicamente del cuello uterino.

La prueba de Papanicolaou es un examen barato, fácil y simple que cualquier médico o enfermera puede realizar y que contribuye eficazmente al diagnóstico precoz del cáncer del cuello uterino. La muestra obtenida debe ser analizada por médicos especializados en anatomía patológica.

VIII. DISEÑO METODOLOGICO

Tipo de Estudio: El presente estudio es Cuantitativo, Descriptivo y de Corte Transversal.

Área de estudio: El estudio se realizó en el Puesto de Salud Fundeci, ubicado al sur-este de la ciudad de León, el cual limita al norte con El Calvarito, al sur con la prepa, al este con Biblioteca del Banco central y al oeste con el barrio de Guadalupe. Atiende a un total de 2,710 habitantes que pertenecen a las I, II, III etapa de Fundeci, la colonia Universidad y la Prepa. Para este año tienen previsto 59 embarazos esperados y 53 partos esperados, con un total de 799 mujeres en edad fértil, y entre ellas 114 mujeres que están inscritas en el componente de planificación familiar.

Población de Estudio: 90 mujeres asistentes al componente de Planificación Familiar.

Unidad de Análisis: Mujeres en edad fértil inscritas en el Programa de Atención Integral a la Mujer, en el componente de planificación familiar, Puesto de Salud de Fundeci.

Criterios de inclusión:

- Mujeres inscritas en el programa de atención integral a la mujer.
- Mujeres asistentes al componente de planificación familiar.
- Que deseen participar en el estudio.

Variables:

Variable Dependiente:

- Planificación Familiar.

VARIABLES INDEPENDIENTES:

- Conocimientos de Métodos Anticonceptivos
- Consejería brindada por el personal de enfermería.

Técnicas e Instrumento de recolección de datos: Para la recolección de datos se elaboró un formulario, conteniendo preguntas estructuradas para cada variable; a fin de validar el instrumento previo a la recolección de la información.

Se realizó una prueba piloto a cinco mujeres con las mismas características de la población en estudio.

La información se obtuvo directamente a través de una entrevista que se realizó en el domicilio de las mujeres en estudio.

Fuente de información:

Primaria: Entrevistas realizadas a las mujeres.

Secundaria: Datos obtenidos en el Puesto de Salud de Fundeci.

Plan de Análisis: Se procesaron los datos de la información introducidos en una base de datos del programa de diseño y análisis de encuestas Dyane, el análisis es descriptivo utilizando porcentajes. Para facilitar la comprensión de los resultados, estos se presentarán a través de gráficos.

Aspectos Éticos:

Anonimato: La información que se solicitó no contempló datos personales, ni de identidad de las personas entrevistadas, a fin de conservar el anonimato de la información.

Consentimiento informado: Se solicitó autorización a la directora de la unidad y a las usuarias del componente de planificación familiar previa información acerca de los objetivos que se persiguen con el estudio.

Confidencialidad: La información obtenida NO será revelada, y solamente será usada para los objetivos planteados en el estudio, se les dio a conocer que su participación es de carácter voluntario.

Autonomía: Las participantes tenían el derecho y la libertad de terminar o no de responder a nuestra encuesta.

IX. RESULTADOS

1. Datos demográficos.

De las noventa mujeres encuestadas se encontró que en el grupo etáreo de 15-19 años son 7 (8%), de 20-34 son 64 (71%), de 35-49 son 16 (18%) y de 50 años a más se encontraron 3 (3%) (Ver Gráfico n°1).

Con respecto al estado civil se obtuvo 37 mujeres casadas esto representa el 41%, 27 mujeres en unión estable las cuales corresponden al 30% y 26 solteras (29%) (Ver Gráfico n° 2).

En cuanto al nivel de escolaridad se halló solamente 1 analfabeta (1%), primaria son 9(10%), secundaria 35(39%), universidad 27(30%), profesional 15(17%), en otros encontramos 3(3%) (Ver Gráfico n°3).

En relación a la ocupación se encontró que son amas de casa 30(33%), estudiantes 19(21%), obreras 14(16%), comerciantes 6(7%), docentes 5(6%), y otros 16(18%) (Ver Gráfico n°4).

Con respecto a la religión son católicas 53(59%), evangélicas 21(23%), en otros 16(18%) (Ver Gráfico n°5).

2. Conocimientos sobre planificación familiar.

Cuando se les preguntó a las mujeres si habían recibido charlas sobre planificación familiar 85(94%) respondieron que sí, y 5(6%) expresaron no haber recibido charlas. (Ver Gráfico n° 6).

En cuanto al lugar donde les brindaron charlas 35(39%) afirmaron haberla obtenido en centros de salud, en hospital 1(1%), en centros de estudio 5(6%), a través de medios de comunicación 5(6%), 38(42%) respondieron en todos los anteriores y uno en otros lugares. (Ver Gráfico n°7).

Con respecto si la planificación contribuye al bienestar de la familia 87(97%) afirmaron que si y 3(3%) respondieron que no contribuye. (Ver Gráfico n°8).

Cuando se les preguntó a las mujeres si el estar planificando disminuye las amenazas que ponen en riesgo su salud, 76 (84%) respondieron que si, mientras que 14(16%) dijeron que no. (Ver Gráfico n°9).

Con respecto a las amenazas que están causando mayor impacto cuando no se usa un método de P/F constantemente 23(26%) señalaron embarazos no deseados, 3(3%) inestabilidad familiar, 5(6%) abortos, 2(2%) partos pretérminos,5(6%) interrupción de estudios, 7(8%) ITS, 43(48%) refirieron que todas las anteriores y 2(2%) dijeron que otros. (Ver Gráfico n°10).

Cuando se les pregunto si la P/F es un derecho o un deber, 44(49%) afirmaron que es un derecho y 46(51%) consideran que la planificación es un deber. (Ver Gráfico n°11).

A la pregunta si lasque la planificación es una decisión debe ser tomada en conjunto con su pareja 78(87%) y que es tomada por ellas mismas 12(13%).(Ver Gráfico n°12).

Cuando se pregunto que si consultó con su pareja para elegir el método de planificación que usa actualmente 74(82%) respondieron que si y 16(18%) dijeron que no. (Ver Gráfico n°13).

Con respecto a que métodos anticonceptivos conocen dichas mujeres respondieron 6(7%) Mesigyna, 5(6%) Depoprovera, 3(3%) Gestágenos orales, 5(6%) preservativo,

3(3%) DIU, 2(2%) esterilización quirúrgica, 2(2%) método del ritmo y 64(71%) afirmaron que conocen todos los métodos anteriores. (Ver Gráfico n°14).

En cuanto a las ventajas y desventajas del método que usa la mayoría respondió que sí, siendo 82(91%) y el resto que son 8(9%) dijeron que no les han explicado. (Ver Gráfico n°15).

3. Consejería sobre Métodos Anticonceptivos.

En relación a la pregunta: que si les han explicado sobre los efectos adversos que podrían experimentar mientras planifican ellas respondieron: dolor de cabeza 4(4%), sangrado anormal 15(17%), varices 1(1%), nauseas 1(1%), trastornos cutáneos 2(2%), incremento de peso corporal 5(6%), todos los anteriores 62(69%). (Ver Gráfico n°16).

En relación a la satisfacción con el método usado 74(82%) dijeron estar satisfechas con el método y el restante 16(18%) refirieron no estarlo. (Ver Gráfico n°17).

Cuando se les pregunto si en el centro de salud les han explicado sobre la importancia de la realización de Pap's todas afirmaron que si se les orienta.(Ver Gráfico n°18).

Cuando se les pregunto sobre la consejería del auto examen de mamas 86(96%) expresaron que les han brindado dicha consejería y 4(4%) dijeron que no. (Ver Gráfico n°19).

En cuanto a los requisitos que les han orientado para la realización de Pap's ellas manifestaron no andar con la regla o menstruación 13(15%), no haber tenido relaciones sexuales al menos 3 días antes 5(6%), tener buena higiene corporal 1(1%), y todas las anteriores 71(79%).(Ver Gráfico n°20).

En relación los pasos que les han orientado para la realización del autoexamen de mamas algunas mencionaron que durante el baño con agua y jabón se debe de iniciar la exploración presionando los pecho hacia las costillas con los dedos juntos y estirados 13(15%), frente al espejo levantando los brazos comprueba que tus pechos y pezones no han cambiado de su forma normal y que no se te hagan arrugas o se te hundan los

pezones 32(36%), es preferible revisarte el mismo día de cada ciclo menstrual 7(8%), y todas las anteriores 38(42%).(Ver Gráfico n°21).

En lo que refiere a la orientación sobre la importancia del cumplimiento a citas periódicas de planificación familiar 83(92%) refieren que si les han orientado y 7(8%) dijeron que no. (Ver Gráfico n° 22).

X. DISCUSIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

Según los resultados obtenidos, se encontró que la mayoría de la población en estudio se encuentran entre el grupo etáreo de 20 a 34 años y están casadas, tienen nivel de escolaridad secundaria, son amas de casa, y de religión católica.

Según las **Normas de Planificación Familiar** el personal de salud debe poner en práctica una serie de acciones que permitan mejorar la calidad de atención y garantizar la seguridad de las usuarias que demandan los servicios.

En relación al conocimiento la gran mayoría de las mujeres han recibido charlas educativas sobre planificación familiar, señalaron haber recibido la información en centros de salud, hospital, centros de estudios y medios de comunicación, lo que nos demuestra que las usuarias tienen amplio conocimiento sobre planificación familiar.

Esto indica que el personal contribuye a la actualización de los conocimientos científicos de las usuarias.

Según la **O.M.S. en su Manual de promoción de la salud sexual y reproductiva**, nos dice que las familias pueden disfrutar de mejores condiciones socioeconómicas al disminuir el número de hijos en el hogar a través de la planificación familiar, la cual garantiza el derecho de regular la fecundidad y además ofrece al ser humano la posibilidad de tener relaciones sexuales gratificantes y enriquecedoras, sin presión y temor a embarazos no deseados.

En relación si la planificación familiar contribuye al bienestar de la familia, más de la mayoría nos dijeron que sí, además, más de la mitad afirmó que el estar planificando disminuye amenazas que ponen en riesgo la salud de ellas mismas.

Esto indica que las mujeres están conscientes de los beneficios que les proporciona la planificación familiar, tanto a nivel económico como en su propia salud.

Según **Normas y Protocolo de Planificación Familiar que ofrece el MINSA** nos refiere que las relaciones sexuales son frecuentemente esporádicas y de una naturaleza no planificada, constituye un obstáculo para el uso consistente de los métodos y predispone a adquirir infecciones de transmisión sexual y embarazos no deseados, además indica que el acceso a la planificación familiar está concebido como un derecho sin distinción de cultura, condición social, raza, estado civil, religión o género.

En cuanto a que amenazas causan mayor impacto cuando no se usa un método de planificación familiar constantemente, las encuestadas señalaron todas las amenazas las cuales son: embarazos no deseados, inestabilidad familiar, abortos, partos pretérminos, interrupción de estudios e ITS/VIH/SIDA; además la mayoría considera que la planificación familiar es un deber que deben cumplir.

Esto indica que la población está consciente de las amenazas que afectan cuando no se usa un método de forma constante, además hay discrepancia entre lo que la población considera y lo que la bibliografía nos refiere en cuanto a considerar la planificación familiar un deber y no un derecho como tal.

Según la **O.M.S. (Manual de promoción de la salud sexual y reproductiva)**, la pareja a través de un dialogo abierto, hace una programación tratando de establecer el número de hijos que desea tener, tomando en cuenta los intervalos que deben existir entre cada uno de ellos, teniendo presente algunos factores, como el emocional, social y el económico.

En relación a la decisión tomada para planificar la mayoría considera que debe ser tomada en conjunto con su pareja, esto refleja que un mayor porcentaje consultó con su pareja antes de elegir el método que usan actualmente; acerca los métodos anticonceptivos que conoce un alto porcentaje de mujeres señalaron conocerlos todos (Mesigyna, Depoprovera, Gestágenos orales, Preservativos, DIU, Esterilización quirúrgica, MELA y Método del ritmo).

Según lo que observamos anteriormente las mujeres que planifican han obtenido información sobre planificación familiar a través de diversos medios, por lo que tienen un conocimiento muy amplio sobre métodos anticonceptivos.

Según **la OMS, Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos** el personal de salud está orientando acerca de la forma de administración, efectividad, ventajas, desventajas en las indicaciones y contraindicaciones, en la aparición de efectos adversos mayores y menores, en las complicaciones que pueden ocurrir por el uso de los mismos y en la aceptación del método anticonceptivo.

En relación a las ventajas y desventajas del método que usa, a la mayoría de las encuestadas se les ha explicado sobre las mismas.

Aquí podemos observar que el personal de salud está reforzando los conocimientos y dudas acerca los diferentes métodos de planificación familiar sobre ventajas y desventajas.

Según **la OMS, Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos** nos demuestra que entre los objetivos del personal de salud está averiguar qué sabe la usuaria sobre métodos anticonceptivos, reforzar sus conocimientos y dudas, y así mismo brindar información detallada sobre el método.

Con respecto a la consejería de métodos anticonceptivos a la mayoría de las mujeres les han explicado sobre los efectos adversos que pueden experimentar mientras planifica tales como dolor de cabeza, sangrado anormal, varices, náuseas, vómitos, trastornos cutáneos, dolor de las mamas e incremento de peso corporal.

Esto demuestra que la mayoría de las mujeres conoce acerca de las ventajas y desventajas del método que usa actualmente.

Según **Botero Uribe, Jaime. (Obstetricia y Ginecología)** entre los objetivos del personal sanitario está determinar el estado de salud, detectar riesgo reproductivo y condiciones que requieren atención libre o seguimiento cercano o atención médica a fin de controlarlas y tratarlas, realizar historia clínica completa, toma de muestra para citología cérvico vaginal (Papanicolaou), examen de mamas, toma de muestra para exámenes y Pruebas de laboratorio clínico.

De las 90 encuestadas más de la mitad de las mujeres refieren sentirse satisfechas con el método que usan actualmente; por otra parte a todas las mujeres se les explicó la importancia de la realización de Pap's; así mismo a la mayoría les explicaron la importancia de la realización del auto examen de mamas.

Se ve demostrado que el puesto de salud de Fundeci está brindando consejería a sus usuarias.

Según la **Norma Técnica de Prevención, Detección y Atención del Cáncer Cérvicouterino** indica que el cáncer cervicouterino es una enfermedad que es 90% prevenible, sí la prueba de Papanicolaou se realiza regularmente. Esta prueba deben realizársela todas las mujeres que hayan iniciado su vida sexual, como mínimo una vez al año; sin embargo muchas mujeres sienten que hacer esto es importante para su salud. Esto les ayuda a aprender cómo se sienten normalmente sus mamas, de manera que si encuentran una protuberancia sabrán que deben consultar al médico o al personal de enfermería.

En relación a los requisitos la para la realización de Pap's la mayoría de las mujeres menciona no andar con la regla, no haber tenido relaciones sexuales al menos 3 días antes, no haberse realizado duchas vaginales, no aplicarse óvulos al menos 3 días antes y tener buena higiene personal; de igual modo la mayoría de las encuestadas señalaron los siguientes pasos para la realización del autoexamen de mamas tales como durante el baño con agua y jabón inicia la exploración presionando los pechos hacia las costillas con los dedos juntos y estirados, frente al espejo levantando los brazos comprueba que los pechos y pezones no han cambiado de su forma normal y que no se hagan arrugas o se hundan los pezones, es preferible revisarse el mismo día

de cada ciclo menstrual, también más de la mitad afirmó que les han recomendado acerca del cumplimiento a sus citas periódicas de planificación familiar.

Esto nos demuestra que las usuarias han tomado conciencia sobre la importancia de la realización periódica de estos exámenes, así como la preparación física y psicológica previa a dichos exámenes, así mismo observamos que el personal de salud orienta a las usuarias sobre sus citas.

XI. CONCLUSIONES

Podemos concluir que la mayoría de las mujeres que asiste al programa de planificación familiar son jóvenes de 20 a 34 años, casadas, con un nivel de escolaridad de secundaria y universitarias, de ocupación amas de casa, la religión que predominó fue católica.

Consideran que la planificación familiar contribuye al bienestar de la familia y disminuye las amenazas que implican un riesgo para la salud de la mujer, principalmente embarazos no deseados, ITS y abortos; ellas perciben la planificación como un deber y no como un derecho. Creen que deben tomar la decisión de planificar en conjunto con su pareja.

Del total de encuestadas la mayoría conoce los métodos anticonceptivos que el MINSA ofrece aunque esto no significa que ellas los han usado, si no que solo tienen ideas sobre estos; así mismo les han explicado acerca de las ventajas y desventajas del método que usan actualmente, pero un pequeño porcentaje refiere no conocer de estos.

En cuanto a la consejería que han recibido las mujeres señalaron conocer los efectos adversos como son; dolor de cabeza, sangrado anormal, varices, náuseas, vómitos, trastornos cutáneos, dolor en los pechos e incremento de peso corporal, además la mayoría expresaron estar satisfechas con el método que están usando. Un cien por ciento expresaron que les han explicado la importancia de la realización de Pap's. y la mayoría que les han explicado acerca de la importancia del autoexamen de mamas.

La mayoría de las mujeres encuestadas mencionaron todos los requisitos y/o pasos que deben cumplir para la realización de Pap's, y autoexamen de mamas. A más de la mitad le orientan sobre el cumplimiento a sus citas periódicas.

XII. RECOMENDACIONES

Al personal de la institución:

- ✓ Realizar encuentros semanales en las casas bases donde se involucren adolescentes, jóvenes y adultos de ambos sexos con el propósito de abordar contenidos de planificación familiar para reforzar los conocimientos de la población en general.
- ✓ Continuar realizando ferias educativas, donde se den a conocer temas de planificación familiar e ITS y así mismo estimular a los participantes con algún método anticonceptivo.
- ✓ Que den a conocer las inquietudes de las pacientes a todo el equipo de trabajo a fin de obtener información más detallada y aclarar las dudas de las mujeres.
- ✓ Continuar actualizando el censo de planificación familiar con el propósito de verificar la asistencia al programa de parte de las usuarias.
- ✓ Que continúen brindando consejería a las usuarias de nuevo ingreso y subsecuentes de manera que refuercen sus conocimientos sobre los requisitos para la realización de Pap's y los pasos para realización del autoexamen de mamas.
- ✓ Que lleven un registro actualizado sobre la realización de Pap's y demostración de la técnica del autoexamen de mamas para garantizar el chequeo periódico de las usuarias.

XIII. BIBLIOGRAFÍAS

- 1) Botero Uribe, Jaime. **Obstetricia y Ginecología**. Colombia; Universidad de Antioquia; 7ma. Edición; 2004.
- 2) Delgado Hernández, Beatriz. **Manual de Consejería VIH/SIDA**. Ministerio de Salud, Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA Managua, Nicaragua 2009.
- 3) Martínez, María Lourdes. **Módulo de Planificación Familiar**; Material del participante; Managua, Nicaragua, MINSA; 2003.
- 4) MINSA. **Atención Integral a la Mujer, Niñez y Adolescencia**; Managua, Nicaragua; 2005.
- 5) MINSA. **Norma para la Planificación Familiar**. República de Nicaragua; 2005.
- 6) MINSA – FNUAP. **Manual de Anticoncepción post eventos obstétrico**. 1era edición Managua, Nicaragua; 2011.
- 7) MINSA. **Atención integral a la mujer, niñez y proyecto de modernización del sector Salud**. Managua, Nicaragua; 2003.
- 8) MINSA, **Norma y Protocolo de Planificación Familiar Normativa**, 2. Managua; 2008.
- 9) MINSA, **Norma Técnica de Prevención, Detección y Atención del Cáncer Cervicouterino**, 1ra. Ed. Managua, Nicaragua; 2006, 130 págs.
- 10) Pérez, Manuel Luis: **Tratado de obstetricia** 8ªed. Buenos Aires. López librerías editores 1964.
- 11)OMS, OPS, Fondo de Población de Naciones unidas, MINSA. **Promoción de la salud sexual y reproductiva**. 1ra. Edición; 2002.
- 12)OMS, **Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos**. 2da edición 2005.

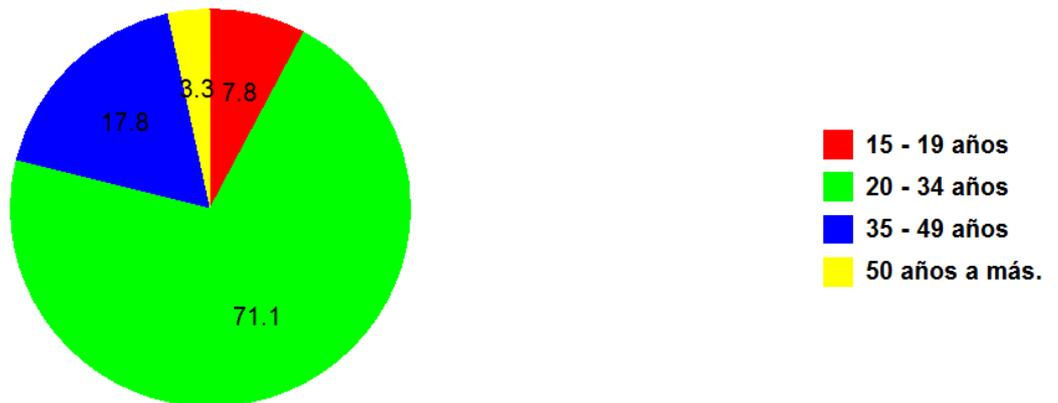
- 13) Reeder, Sharon: **Enfermería Materno Infantil 3°ed.** México, Interamericanas 1992, 1421 págs.
- 14) Swartz, Ricardo Leopoldo, **Obstetricia 4°ed.** Buenos Aires, El Ateneo, 1989. 602págs.
- 15) Varela Bonilla, Araceli. **Calidad de la Consejería en Planificación Familiar brindado por el personal de salud en Centro de Salud de la ciudad de León;** León, Nicaragua; 2004.

ANEXOS

I. Datos Demográficos:

Gráfico N° 1

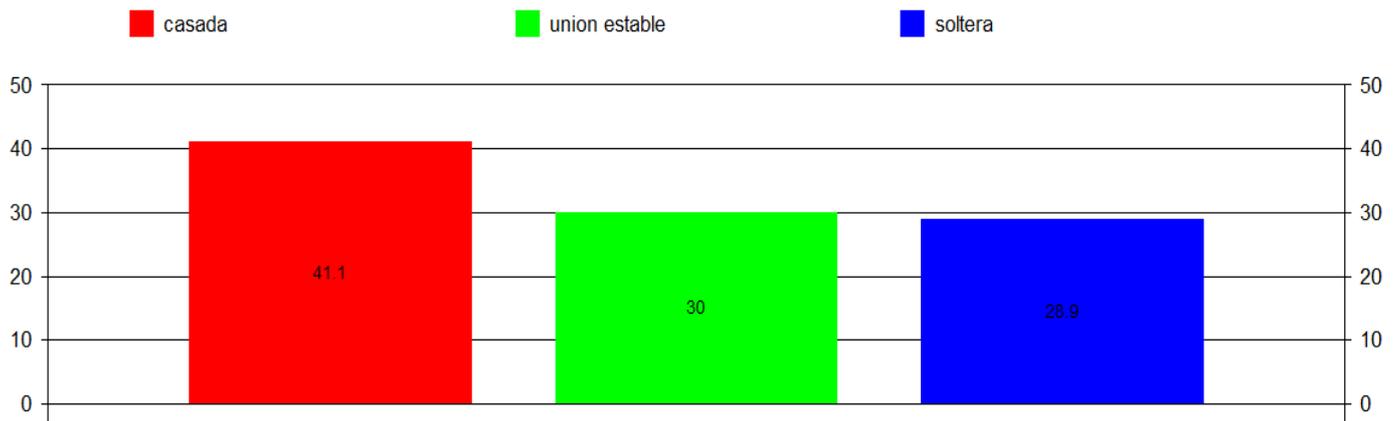
Edad de las Mujeres inscritas en el Programa de Planificación Familiar, Puesto de Salud Fundecí, Abril-Noviembre 2012. (%)



Fuente: Encuesta

Gráfico N° 2

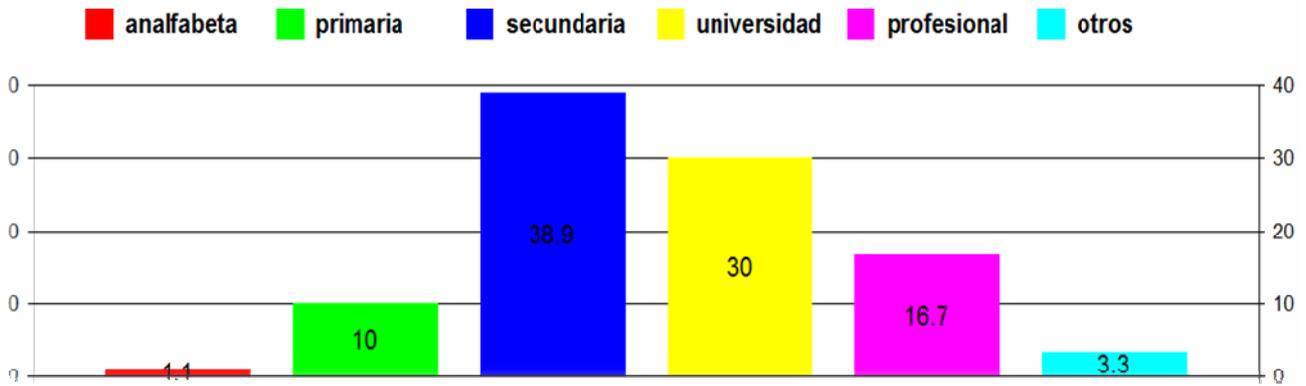
Estado Civil de las Mujeres inscritas en el Programa de Planificación Familiar, Puesto de Salud Fundecí, Abril-Noviembre 2012. (%)



Fuente: Encuesta

Gráfico N° 3.

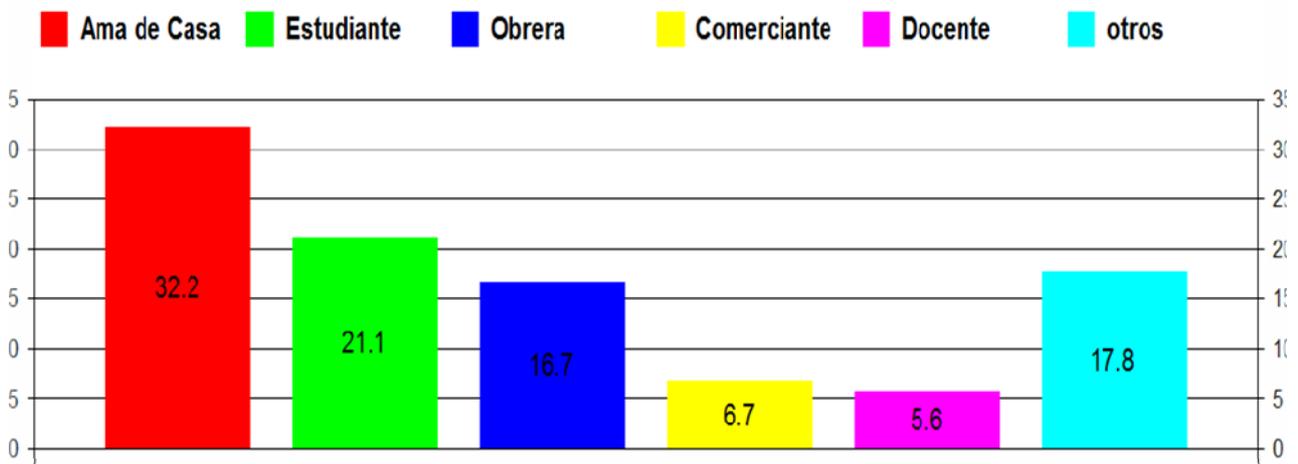
Nivel de Escolaridad de las Mujeres inscritas en el Programa de Planificación Familiar, Puesto de Salud Fundecí, Abril-Noviembre 2012. (%)



Fuente: encuesta

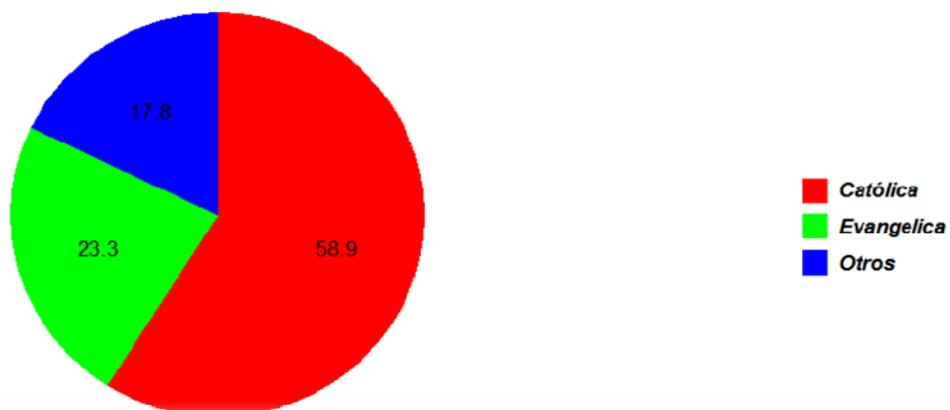
Gráfico N° 4.

Ocupacion de las Mujeres inscritas en el Programa de Planificacion Familiar, Puesto de Salud Fundecí, Abril-Noviembre 2012.



Fuente: Encuesta

Gráfico N° 5.
Religión de las Mujeres inscritas en el Programa de Planificación Familiar,
Puesto de Salud Fundecí, Abril-Noviembre 2012. (%)

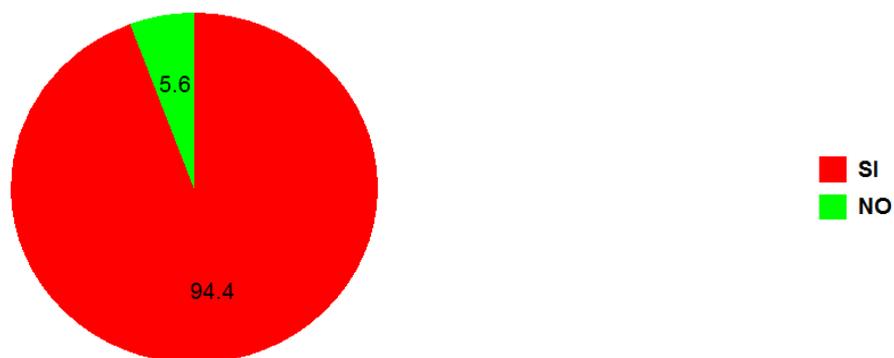


Fuente: encuesta

II. Conocimientos sobre planificación familiar.

Gráfico N° 6.

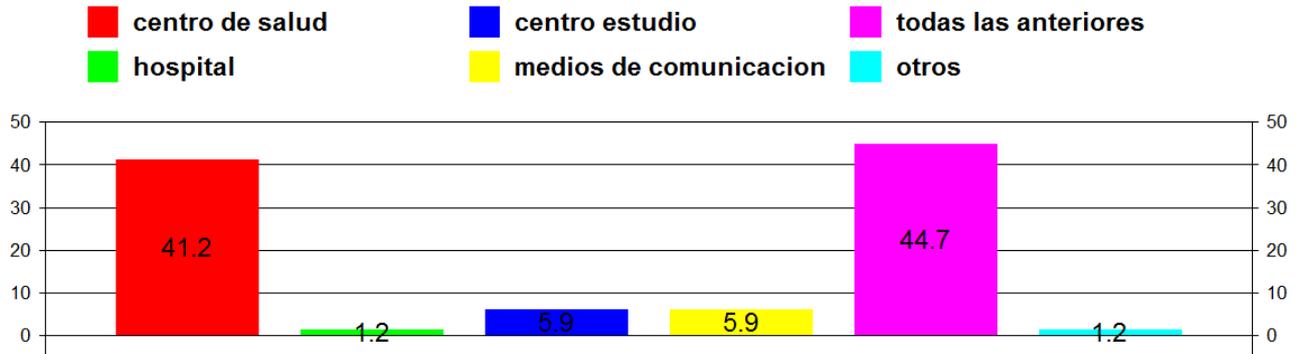
Charlas educativas a mujeres inscritas en el programa Planificación Familiar, Puesto de Salud Fundecí, Abril-Noviembre 2012(%)



Fuente: encuesta.

Gráfico N° 7.

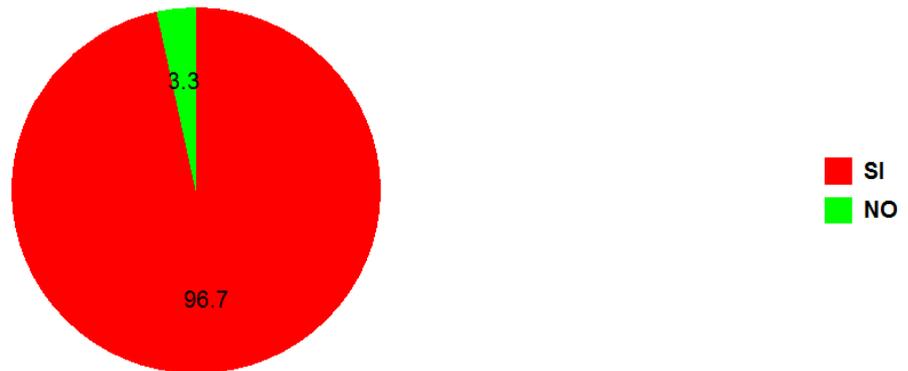
Origen de la información de las mujeres inscritas en el Programa Planificación Familiar, Puesto de Salud Fundecí, Abril - Noviembre, 2012. (%)



Fuente: encuesta.

Gráfico N° 8.

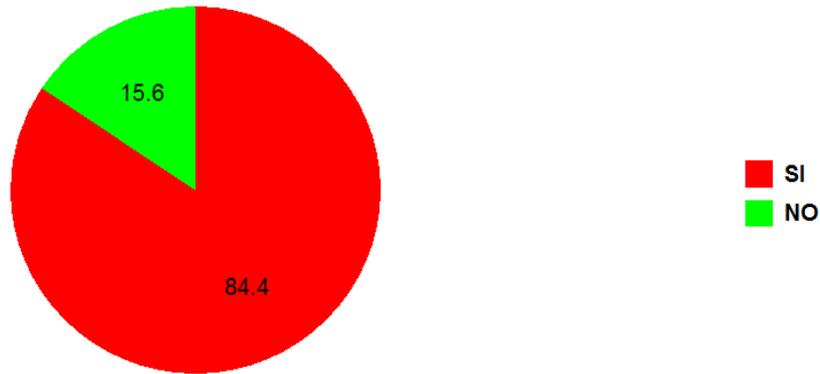
Bienestar de las familia de las Mujeres inscritas en el Programa de Planificación Familiar, Puesto de Salud Fundecí, Abril-Noviembre 2012. (%)



Fuente: encuesta.

Gráfico N° 9.

Disminución de amenazas que ponen en riesgo la salud de las mujeres inscritas en el Programa de P/F, Puesto de Salud Fundeci, Abril - Noviembre 2012(%)



Fuente: encuesta.

Gráfico N° 10.

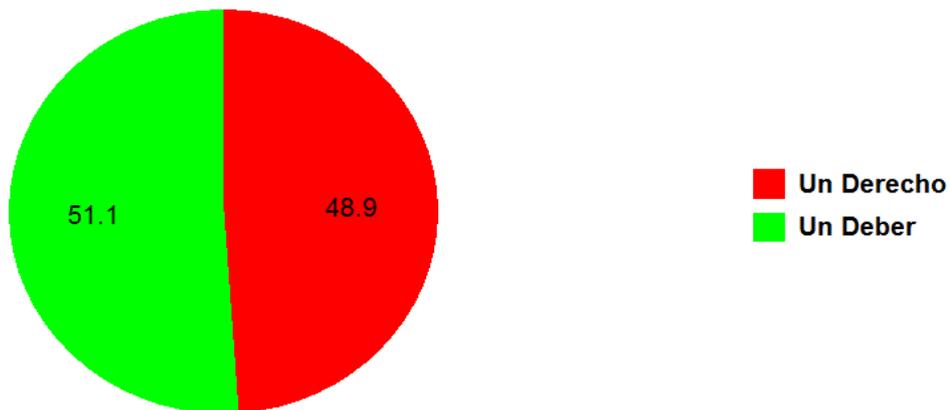
Amenazas que causan mayor impacto cuando no se usa un metodo anticonceptivo constantemente en mujeres inscritas al Programa de P/F, Puesto de Salud Fundeci, Abril - Noviembre 2012 (%)



Fuente: encuesta.

Gráfico N° 11.

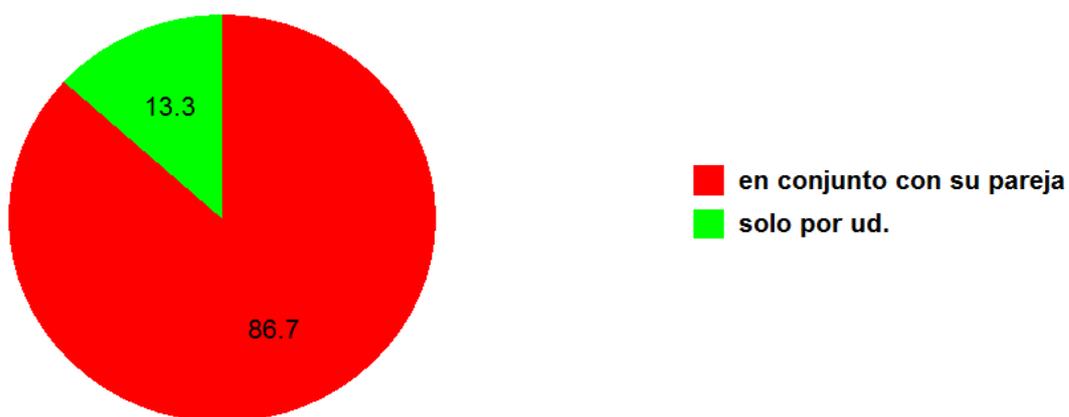
**Apreciación de la P/F en mujeres inscritas en el Programa de P/F,
Puesto de Salud Fundeci, Abril - Noviembre 2012. (%)**



Fuente: encuesta.

Gráfico N° 12.

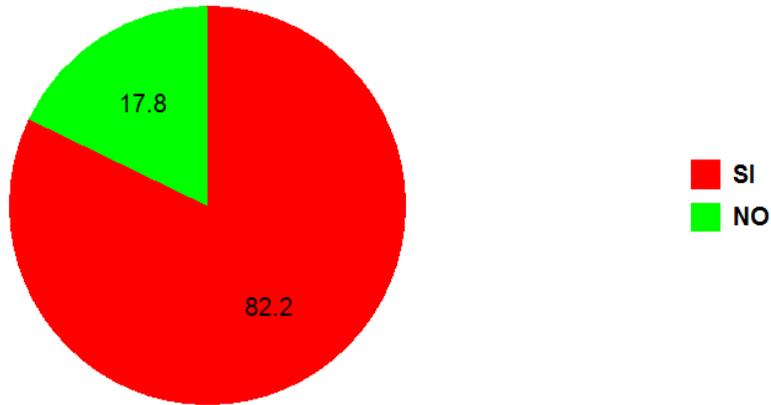
**Desición que toman las mujeres inscritas en el Programa de P/F,
Puesto de Salud Fundeci, Abril - Noviembre 2012.(%)**



Fuente: encuesta.

Gráfico N° 13.

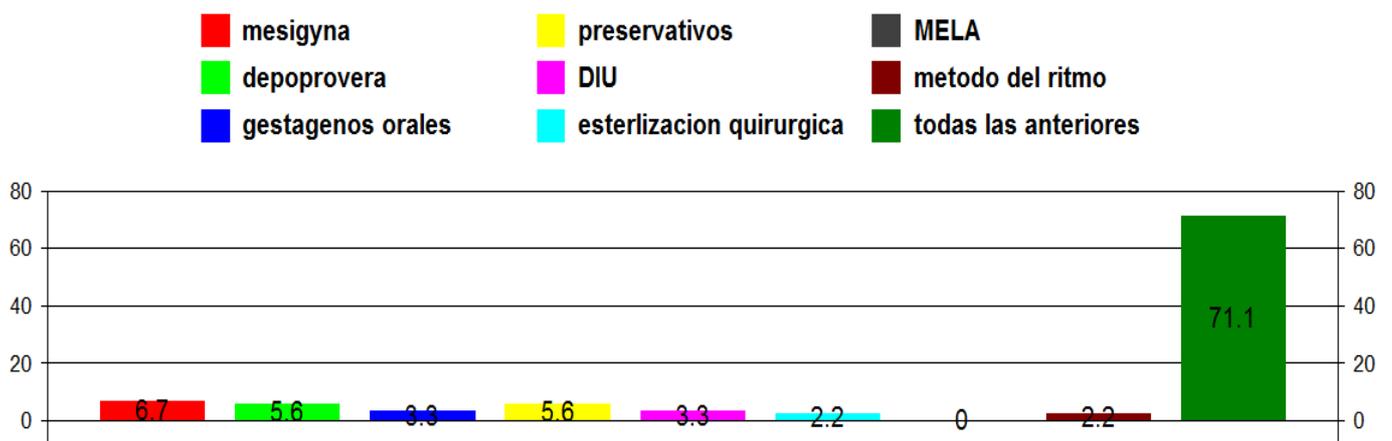
Las mujeres inscritas en el Programa de P/F consultaron con su pareja para elegir el metodo de p/f que usan, Puesto de Salud Fundeci, Abril - Noviembre 2012. (%)



Fuente: encuesta.

Gráfico N° 14.

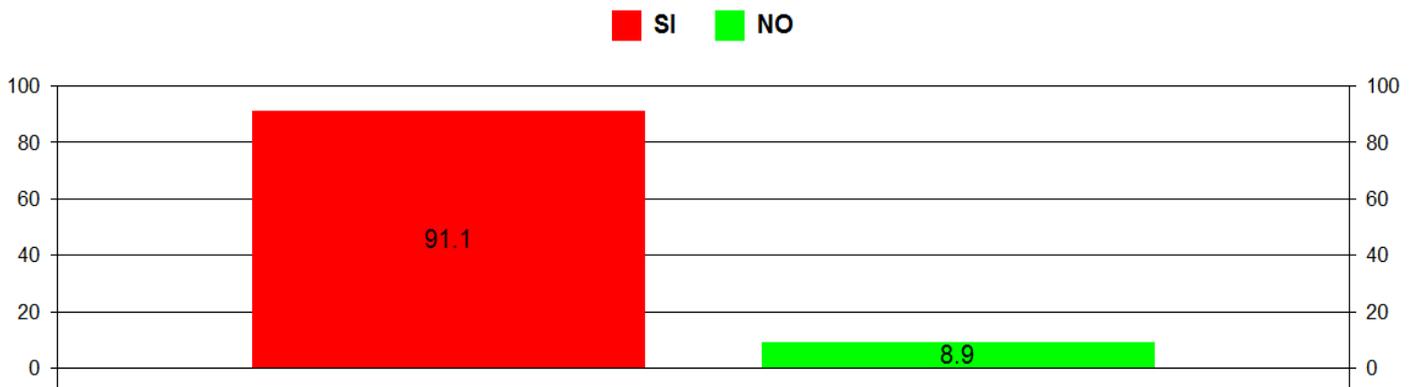
Métodos Anticonceptivos que conocen las mujeres inscritas en el Programa de P/F, Puesto de Salud Fundeci, Abril - Noviembre 2012. (%)



Fuente: encuesta.

Gráfico N° 15.

Conocimiento de las ventajas y desventajas del metodo que usan las mujeres inscritas en el Programa de P/F, Puesto de Salud Fundeci, Abril - Noviembre 2012. (%)

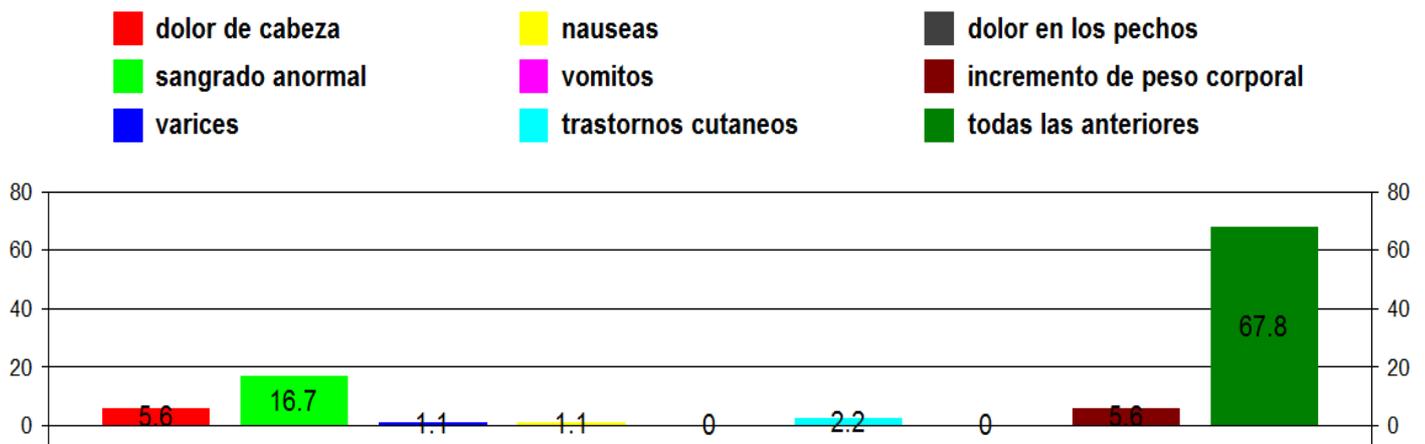


Fuente: encuesta.

III. Consejería sobre métodos anticonceptivos.

Gráfico N° 16.

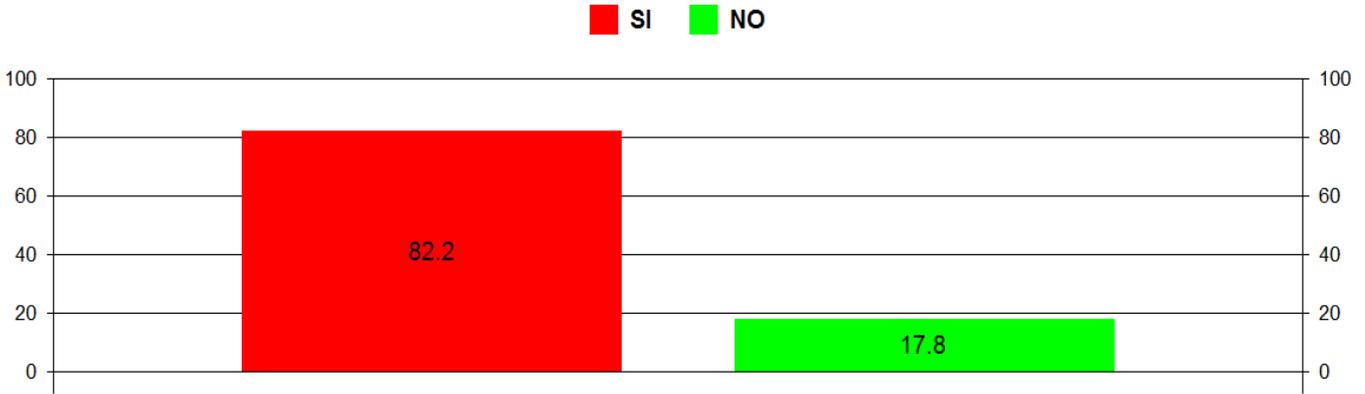
Efectos adversos que podrian experimentar las mujeres inscritas en el Programa de P/F, Puesto de Salud Fundeci, Abril - Noviembre 2012. (%)



Fuente: encuesta.

Gráfico N°17.

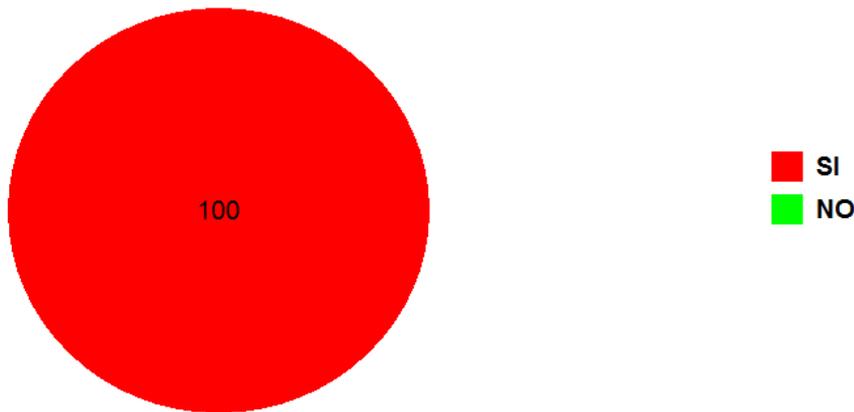
Satisfacción con el metodo antoconceptivo que usan las mujeres inscritas en el Programa de P/F, Puesto de Salud Fundeci, Abril - Noviembre 2012. (%)



Fuente: encuesta.

Gráfico N° 18.

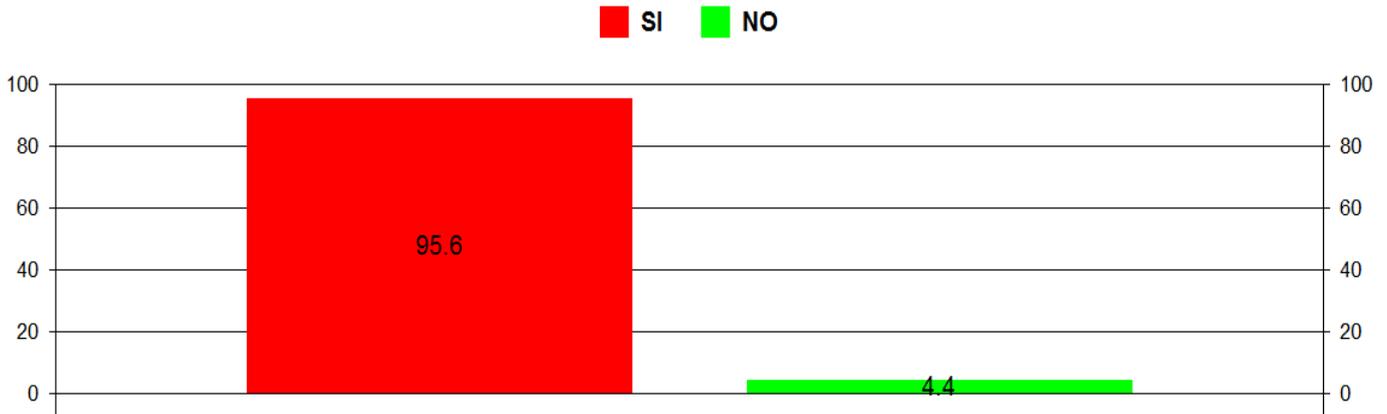
Importancia de la realización de Pap's en mujeres inscritas en el Programa de P/F, Puesto de Salud Fundeci, Abril - Noviembre 2012. (%)



Fuente: encuesta.

Gráfico N° 19.

Importancia de la realización de autoexamen de mamas mujeres inscritas en el Programa de P/F, Puesto de Salud Fundeci, Abril - Noviembre 2012. (%)



Fuente: encuesta.

Gráfico N° 20.

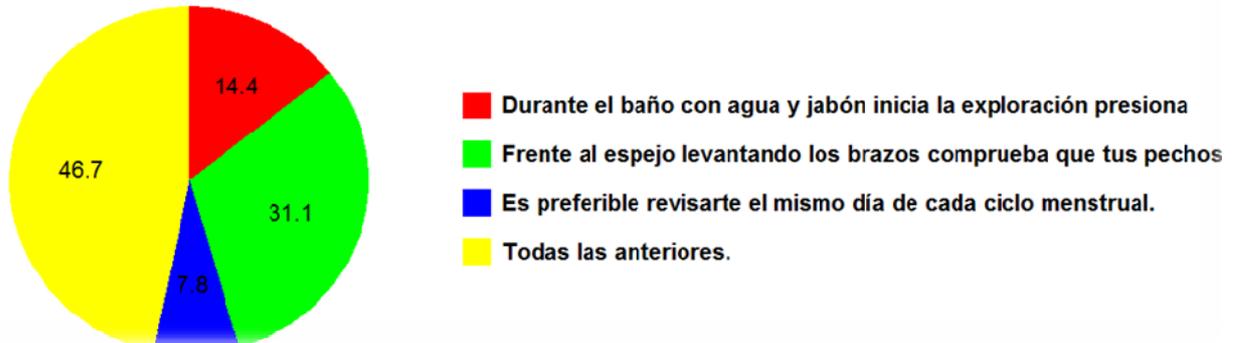
Requisitos que deben cumplir para la realización de PAP's las mujeres inscritas en el Programa de P/F, Puesto de Salud Fundeci, Abril - Noviembre 2012. (%)



Fuente: encuesta.

Gráfico N° 21.

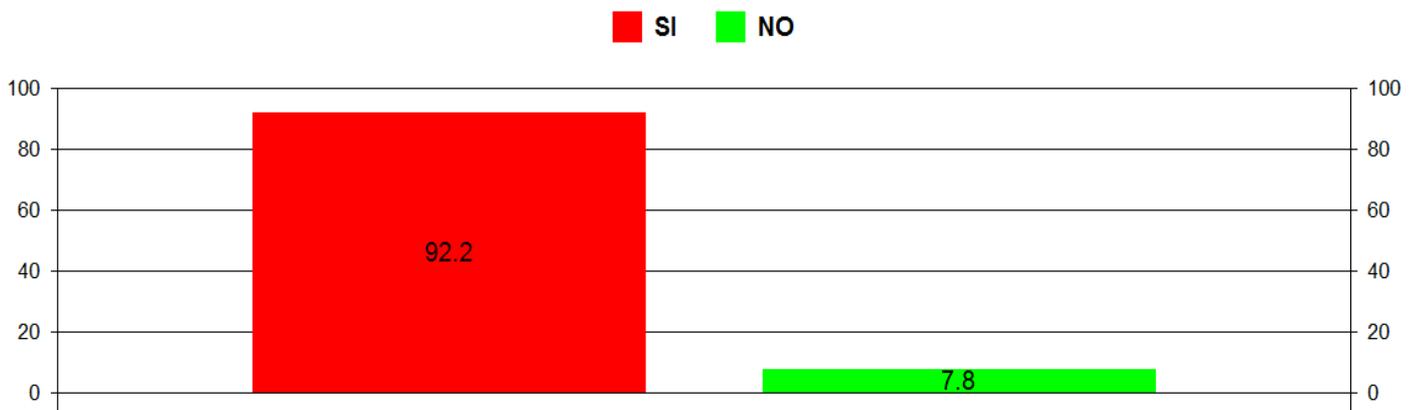
Pasos para la realización de autoexamen de mamas en mujeres inscritas en el Programa de P/F, Puesto de Salud Fundeci, Abril - Noviembre 2012. (%)



Fuente: encuesta.

Gráfico N° 22.

Importancia del cumplimiento a citas periódicas en mujeres inscritas en el Programa de P/F, Puesto de Salud Fundeci, Abril - Noviembre 2012. (%)



Fuente: encuesta.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE ENFERMERIA

UNAN – LEÓN



Encuesta

Este instrumento, tiene como propósito recolectar información acerca de los conocimientos de los métodos anticonceptivos y consejería brindada por el personal de enfermería en relación a la planificación familiar en mujeres inscritas en el programa de atención integral a la mujer, en el puesto de salud Fundeci, este contiene preguntas cerradas, las cuales se responderán marcando una “X” en el espacio en blanco. La información solo servirá para fines del estudio.

Fecha: _____

Nº de encuesta: _____

I. Datos Demográficos:

1) Edad: _____

2) Estado Civil:

Casada _____

Soltera _____

Unión estable _____

3) Nivel de Escolaridad:

Analfabeta _____ Primaria _____ Secundaria _____ Universidad _____

Profesional _____ Otros _____

4)

Ocupación:

Ama de casa_____ Estudiante_____ Obrera_____ Comerciante_____

Docente_____ Otros_____

5) Religión:

Católico_____ Evangélico_____ Otros _____

II. Conocimientos sobre planificación familiar.

6) Le han brindado charlas educativas sobre P/F?

SI_____ NO_____

7) Si la respuesta anterior es afirmativa; ¿Dónde se la han brindado?

Centro de salud_____ Hospital_____ Centro de estudios_____

Medios de comunicación_____ Otros_____ Todas las anteriores_____

8) Considera Ud. Que la P/F. contribuye al bienestar de la familia?

SI_____ NO_____

9) Cree Ud. Que el estar planificando disminuye las amenazas que ponen en riesgo la salud de las mujeres?

SI_____ NO_____

10)Cuál de estas amenazas considera Ud. Que está causando mayor impacto cuando no se usa un método de P/F constantemente.

Embarazos no deseados._____ Inestabilidad familiar._____

Abortos._____ Partos pre-término_____. Interrupción de estudios._____

Infecciones de transmisión sexual, VIH/SIDA._____ Todas las anteriores_____

Otros. _____

11)Desde su punto de vista la P/F es:

Un derecho_____ Un deber_____

12)Cree Ud. que la P/F es una decisión que debe ser tomada:

En conjunto con su pareja_____ Solo por Ud._____

13)Consultó con su pareja para elegir el método de P/F que usa actualmente.

SI_____ NO_____

14)Cuáles de estos métodos anticonceptivos conoce?

Mesigyna_____ Depoprovera_____ Gestagenos orales_____ Condón_____

DIU_____ Esterilización Qx._____ MELA_____ Método del ritmo_____

Todas las anteriores_____

15)Le han explicado acerca de las ventajas y desventajas del método que usa.

SI_____ NO_____

III. Consejería sobre métodos anticonceptivos.

16) Cuáles de estos efectos adversos, le han explicado que podría experimentar mientras planifica.

Dolor de cabeza_____ Sangrado anormal_____ Varices_____ Nauseas_____

Vómitos_____ Trastornos cutáneos_____ Dolor en los pechos_____

Incremento de peso corporal_____ Todas las anteriores_____

17) Se siente satisfecha con el método anticonceptivo que usa actualmente.

SI_____ NO_____

18) Le han explicado la importancia de la realización de Pap's.

SI_____ NO_____

19) Le han explicado la importancia de la realización de autoexamen de mamas.

SI_____ NO_____

20) Señale cuál de estos requisitos le han orientado que debe cumplir para la realización de PAP's.

No andar con la menstruación_____

No haber tenido relaciones sexuales al menos 3 días antes_____

No haberse realizado duchas vaginales_____

No aplicarse óvulos al menos 3 días antes_____

Tener buena higiene personal_____

Todas las anteriores_____

21) Señale cuál de los siguientes pasos le han enseñado para la realización de autoexamen de mamas.

- a. Durante el baño con agua y jabón inicia la exploración presionando tus pechos hacia las costillas con los dedos juntos y estirados_____
- b. Frente al espejo levantando los brazos comprueba que tus pechos y pezones no han cambiado de su forma normal y que no se te hagan arrugas o se te hundan los pezones_____
- c. Es preferible revisarte el mismo día de cada ciclo menstrual_____
- d. Todas las anteriores_____

22) Le orientan sobre la importancia del cumplimiento a citas periódicas de planificación familiar.

SI_____ NO_____

¡Gracias por su colaboración!



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Mediante la firma de este formato doy mi autorización para que se me aplique el instrumento en mención que durará un promedio de 10 minutos, entiendo que me harán preguntas que brinden información acerca de los Conocimientos de los métodos anticonceptivos y consejería en relación a planificación Familiar.

Concedo este permiso libremente con previa información, también me han notificado que los beneficios de los servicios de salud a los que tengo derecho no serán afectados.

Entiendo que los resultados de este estudio serán dados a conocer a las autoridades institucionales de salud una vez concluido.

Esta información será brindada por los autores del estudio:

Bra: Argenia Reyes Macías.

Br: Hugo Martínez Sánchez.

El presente consentimiento se llevará a cabo en la ciudad de León a los ____ días del mes de ____ del año 2012.

Firma del participante

Firma de los investigadores.