

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA.
UNAN- LEÓN.
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS.**



Tesis para optar al título de Médico y Cirujano.

**“Conocimientos, actitudes y prácticas sobre métodos de
planificación familiar en pacientes de la sala de UMI.**

Departamento de Ginecología y Obstetricia, HECAM

Matagalpa, julio - septiembre 2015”

Autores:

Noelia de los Ángeles Soza.

Jennifer Esperanza Gómez Carrasco.

Tutor:

Dr. Andrés Herrera Rodríguez.

Profesor titular.

Facultad de Ciencias Médicas.

Matagalpa, 2016.

AGRADECIMIENTO.

A Dios creador de todas las cosas que en su infinita bondad nos ha regalado la sabiduría y la salud para concluir este estudio.

Al Doctor Andrés Herrera Rodríguez, por orientarnos para poder realizar un análisis correcto de cada uno de los datos obtenidos.

A cada uno de los pacientes que participaron amablemente en nuestra investigación, pues sin su participación no hubiese sido posible culminar este estudio.

A nuestros familiares en especial nuestros esposos, por apoyarnos y motivarnos para concluir esta meta.

DEDICATORIA.

A Dios por regalarnos el don de la vida y la sabiduría necesaria para alcanzar cada una de nuestras metas.

A nuestros padres que con su apoyo y sacrificio nos enseñan a ser seres humanos de calidad, capaces de esforzarse y luchar por un noble ideal.

RESUMEN.

La planificación familiar muestra un carácter prioritario dentro de la salud sexual y reproductiva. Según estudio realizado en la Habana Cuba en el año 2012 a mujeres puérperas reportó; que 75% de ellas utilizaron algún método anticonceptivo, 24.1 % no lo hicieron, el método más utilizado fue el condón con un 30.8%, seguido del DIU con un 29.3 y el MELA 16%.

El objetivo del estudio fue investigar los conocimientos, actitudes y prácticas sobre métodos anticonceptivos en las pacientes de la sala de unidad materno infantil del Hospital Cesar Amador Molina, Matagalpa, durante el período comprendido julio-septiembre 2015.

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal. La información se obtuvo de fuente primaria a través de una encuesta a 176 puérperas. La mitad de la población estudiada pertenecía al área rural (54%). El nivel de escolaridad de las pacientes preveía la primaria (26%). La mayoría eran ama de casa (81%). El inicio de vida sexual activa a temprana edad entre 15-19 años (75%).

El 98% de las pacientes habían escuchado de métodos de planificación familiar, siendo los más conocidos los condones, gestágenos orales y los hormonales inyectables. El 51% expresaron que el DIU se encarnaba o sangraba y 12% dijo que daba dolor por lo que no lo usarían. Un tercio de las participantes recomiendan el condón y otro tercio recomiendan los hormonales inyectables, trimestrales o mensuales.

Palabras claves: Métodos anticonceptivos, puérperas, estudio descriptivo, IVSA.

ÍNDICE.

| | | |
|-------|-------------------------------------|----|
| I. | Introducción..... | 1 |
| II. | Antecedentes..... | 3 |
| III. | Justificación..... | 5 |
| IV. | Planteamiento del problema..... | 6 |
| V. | Objetivos..... | 7 |
| VI. | Marco teórico..... | 8 |
| VII. | Diseño metodológico..... | 23 |
| VIII. | Operalización de las variables..... | 26 |
| IX. | Resultados..... | 28 |
| X. | Discusión..... | 36 |
| XI. | Conclusiones..... | 40 |
| XII. | Recomendaciones..... | 41 |
| XIII. | Bibliografía..... | 42 |
| XIV. | Anexos..... | 46 |

I. INTRODUCCIÓN

A nivel mundial, más de 222 millones de mujeres no cuentan con acceso a servicio confiables y de calidad de planificación familiar, según reportes del Fondo de Población de las Naciones Unidas, llegándose a esperar para el año 2012 más de 80 millones de embarazos no planificados, de los cuales unos 40 millones terminarían en aborto. (1)

La planificación familiar se ha convertido en instrumento eficaz para el control de la población, como parte de una estrategia mundial, permitiendo decidir responsablemente el número y el espaciamiento de los hijos, mediante un conocimiento adecuado de los diferentes métodos que se ofrecen. (1)

La anticoncepción en el postparto adquiere una dimensión especial si se tiene en cuenta que el método seleccionado debe garantizar el mantenimiento de la lactancia, la salud del binomio madre - feto y el adecuado espaciamiento de los embarazos. (2)

En México, el porcentaje de aceptación de métodos anticonceptivos en el puerperio es de 87.5 %, debido a la injerencia de la Conferencia Internacional de Anticoncepción en el Puerperio, donde se recomendó insistir en la consejería de anticoncepción durante esta etapa; como consecuencia de esto, se demostró en estudios realizados que el método más utilizado por las puérperas es el DIU con un 53.8%, seguido de oclusión tubarica bilateral con un 27%, preservativos 7.5%, implante subdérmico 4.8%, inyectables hormonales 1.3 %. (3)

Para el éxito de la Anticoncepción Post Evento Obstétrico (APEO), se requiere que la consejería inicie con la atención prenatal; fortalecer la consejería al concluir el embarazo, organización y articulación de un funcionamiento en red que garantice la referencia entre las unidades de salud del primero y segundo nivel de atención. De esta manera, el personal de salud y las usuarias se benefician de un sistema que facilita la continuidad de la atención hasta el nivel comunitario, promoviendo el inicio o continuidad y la práctica del uso de planificación familiar para prevenir el riesgo de un embarazo no planificado en un tiempo menor a 32-36 meses. (4)

II. ANTECEDENTES.

Los estudios realizados en México en los últimos cinco años sobre planificación familiar muestran que hay demanda de recursos, los cuales ayudan a la población a tomar decisiones acertadas sobre la planificación del número y espaciamiento de sus hijos. (5)

Un estudio realizado en la Habana Cuba en el año 2012 a mujeres puérperas reportó; que 872 participantes un 75% de ellas utilizaron algún método, 24.1 % no lo hicieron, el método más utilizado fue el condón con un 30.8 %, seguido del DIU con un 29.3 % y el MELA 16%. En relación con la escolaridad el 80.1% de las universitarias fueron usuarias de algún método anticonceptivo, es decir que el mayor nivel de educación ejerce una influencia positiva sobre la decisión de utilizar anticonceptivos en el postparto. (6,7)

USAID en el año 2010 realizó un estudio en los departamentos de Rivas y Masaya sobre la continuidad de la atención en planificación familiar a puérperas con riesgo reproductivo, encontrando que un 71% de las puérperas hizo uso de los servicios de planificación familiar en las unidades del primer nivel de atención del MINSA, el 21 % de las puérperas en el SILAIS Masaya y el 25% del SILAIS Rivas no asistieron a las unidades de salud en busca de los servicios de planificación familiar, el 88% dijeron conocer ventajas y desventajas de los métodos anticonceptivos.(8,9)

Otro estudio realizado en los SILAIS de Masaya y Rivas, con información de hospital, centro de salud y usuarias visitadas en su domicilio, en quienes no se encontró registro de su asistencia a servicios de planificación familiar. Estuvo dirigido a puérperas adolescentes y puérperas de 35 a 49 años de edad que egresaron con un método natural, condón o sin método anticonceptivo. La mayoría de usuarias en los dos SILAIS tenían como características similares, que recibieron consejería de PF; y llevaron una epicrisis como forma de referencia a salir del hospital después del parto. (10)

En Masaya las mujeres prefieren usar condón (90%) mientras en Rivas las mujeres prefieren usar métodos naturales y/o condón (83%); y en Rivas hay más evidencia que las mujeres acuden a una unidad de salud para servicios de planificación familiar (n=91; 76%) que en Masaya (n=44; 37%). Las mujeres con el número de hijos más alto fueron más propensas a usar oclusión tubárica bilateral. Las mujeres con menos hijos fueron más propensas a utilizar el condón y anticoncepción oral.

(10)

III. JUSTIFICACIÓN

Según, reportes de INIDE en el 2011 Nicaragua es uno de los países en América Latina con la tasa más alta de fertilidad en adolescentes, ya que el 50% de la población es menor de 17 años, debido a esto el sector salud se encuentra en un proceso de modernización, de incremento de la calidad de atención y mejoría de los servicios. (10)

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. (10)

La planificación familiar es una de las estrategias de mayor eficacia demostrada para salvar la vida de las mujeres. (10)

El fin de este trabajo es valorar los conocimientos, actitudes y prácticas de las mujeres de edad fértil con respecto a planificación familiar y así mismo contribuir a las campañas realizadas por el MINSa; mediante la sensibilización y concientización sobre el uso de métodos de planificación familiar, ayudando de esta forma al sistema de salud a disminuir la mortalidad materna y al uso inadecuado de los anticonceptivos.

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El país necesita fortalecer el sistema de provisión de insumos anticonceptivos y crear condiciones para brindar más información sobre planificación familiar con calidad y calidez, y seguir creando conciencia sobre los múltiples beneficios de la planificación familiar, para ampliar el apoyo social y motivar a las personas a que soliciten información y servicios. ⁽¹¹⁾

La sociedad está viviendo un problema entorno a sus jóvenes con un aumento de los embarazos no deseados (tasa 90 por mil en 2013). El 80% de jóvenes mantiene su primera relación sin protección y no es planeado. En Nicaragua el uso de anticonceptivos en adolescentes es alto, sin embargo, el método utilizado no es el adecuado según estudio realizado por PASMO. ⁽¹¹⁾ Por esta razón se plantea el siguiente problema:

¿Cuáles son los conocimientos actitudes y prácticas sobre método de planificación familiar de las pacientes atendidas en la sala de UMI (HECAM) durante el período julio – septiembre 2015?

V. Objetivos General

Describir los conocimientos, actitudes y prácticas sobre métodos anticonceptivos en las pacientes de la sala de Unidad Materno Infantil del Hospital Escuela Cesar Amador Molina, durante el período julio – septiembre 2015.

Objetivos Específicos

- Describir las características sociodemográficas de la población en estudio.
- Investigar la historia gineco-obstétrica de la población en estudio.
- Identificar los conocimientos de las pacientes de puerperio acerca de métodos de planificación familiar, así como las actitudes y las prácticas más frecuentes sobre planificación familiar de las pacientes de puerperio.

VI. MARCO TEÓRICO.

Anticoncepción se define como el uso de técnicas por parte de individuos o parejas para controlar su fertilidad en un momento determinado y como una opción personal. (12)

La OMS define planificación familiar como métodos para planificar o evitar embarazos por medio de la observación de signos y síntomas naturales de las fases fértiles e infértiles del ciclo menstrual de la mujer. (12)

La planificación familiar postparto se define como la prevención de embarazos no planificados y de intervalos intergenésicos cortos durante los primeros doce meses después del parto. (13)

El puerperio y lactancia constituyen una etapa de importantes cambios físicos, psicológicos y sociales para la mujer, período que se centra principalmente en la maternidad siendo el momento menos indicado para un nuevo embarazo. A pesar de que ocurren una serie de cambios hormonales que disminuyen la fertilidad, el puerperio y la lactancia no confieren una garantía para evitar un nuevo embarazo. (13)

Puerperio se define como el período que transcurre desde el parto hasta que la mujer vuelve al estado ordinario anterior a la gestación. Por lo general el término se utiliza para referirse a las seis primeras semanas postparto. (14)

Una opción anticonceptiva en el postparto es el método de lactancia materna y amenorrea (MELA) siempre que se use correctamente, es eficaz por lo menos en un 98%. El uso correcto exige que la menstruación no se haya reanudado, que la mujer se encuentre proporcionando lactancia materna exclusiva y que su hijo(a) sea menor de seis meses. (14)

Cuando las condiciones de las mujeres que sean usuarias del MELA dejen de ser adecuadas, deberán hacer uso de otro método anticonceptivo. El dispositivo intrauterino es una excelente opción, su inserción puede realizarse en el postparto, transcesárea, poscesárea o posaborto. ⁽¹⁴⁾

En la actualidad se dispone de diferentes guías para la elección del método anticonceptivo de forma más individualizada según las condiciones médicas que presente la usuaria, siendo una de las más importantes en la actualidad la 4ª edición de la guía de la OMS (Organización Mundial de la Salud): “Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos”. En Estados Unidos, el CDC (Center for Disease Control) realizó una adaptación de ese documento en 2010: “Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use, 2010: revised recommendations for the use of contraceptive methods during the postpartum period”²⁴, con una 2ª edición en junio de 2013. ⁽¹⁵⁾

Tabla # 1: Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos.

| Categoría de la OMS | Significado. |
|----------------------------|--|
| 1 | No hay restricción para el uso de ese método anticonceptivo. |
| 2 | Las ventajas del uso del método anticonceptivo generalmente superan los riesgos teóricos o probados. |
| 3 | Los riesgos teóricos o probados generalmente superan las ventajas del uso del método anticonceptivo. |
| 4 | Riesgo de salud inadmisibles si se utiliza el método anticonceptivo. |

Fuente: Norma y protocolo de planificación familiar. Pág. 45

Tabla # 2: Clasificación de métodos anticonceptivos

| Métodos anticonceptivos femeninos: | Métodos anticonceptivos masculinos | Métodos anticonceptivos en situaciones especiales |
|---|---|---|
| 1. Métodos temporales a.- Naturales b.- De barrera c.- Mecánicos d.- Hormonales | 2.1 Métodos temporales a.- Naturales b.- De barrera | a.- Anticoncepción en la adolescencia b.- Anticoncepción en la peri menopausia c.- Anticoncepción en post parto, post aborto y transcesárea |
| 2. Métodos permanentes a.- Oclusión tubarica bilateral (OTB) | 2.2 Métodos permanentes a.- Vasectomía | d.- Anticoncepción de emergencia |

Fuente: Norma y protocolo de planificación familiar. Pág. 42

Anticoncepción en el puerperio.

El puerperio abarca el periodo transcurrido hasta los 42 días del parto. Durante el mismo ocurren las involuciones de las transformaciones anatómicas, metabólicas y hormonales que produjo el embarazo, con solo la excepción de la glándula mamaria que adquiere predominancia durante el amamantamiento. (16)

La anticoncepción en el período posparto es una oportunidad para ofrecer consejería en anticoncepción e incluso para que la mujer obtenga el método de su preferencia, obviamente teniendo en cuenta las características inherentes a la madre lactante y de acuerdo al riesgo reproductivo de cada mujer en particular. (17)

Tabla # 3: Opciones anticonceptivas al finalizar el embarazo.

| Primera opción | Segunda opción | Tercera opción |
|--|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> Métodos Temporales Lactancia Materna Preservativo Dispositivos Intrauterino | <ul style="list-style-type: none"> Hormonales con solo Progestágenos Orales: Ovrette, Cerazete Inyectables: Depo-Provera | <ul style="list-style-type: none"> Hormonales combinados Estrógenos/Progesterona (posterior a los 6 meses) Métodos Naturales |

Fuente: Norma y protocolo de planificación familiar.

Métodos anticonceptivos naturales:

Naturales (tercera opción de planificación familiar posparto):

- **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. (17)
- **Abstinencia periódica:** 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. (18)

Tipos de Métodos de abstinencia periódica:

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

Es el método más antiguo para determinar el período fértil del ciclo menstrual, fue propuesto por Ogino y por Knaus en inicio de la década de los años treinta y constituye el primer método de planificación familiar. (18)

Consiste en llevar a cabo, durante al menos seis meses, un registro de las fechas en que se inicia la menstruación, con la finalidad de conocer en qué días tiene lugar la ovulación. (19)

Por medio del conocimiento del ciclo menstrual de la mujer, y del día en que ocurre la ovulación, se procede a la abstinencia durante el período fértil de la mujer, el cual debe calcularse en dependencia de la duración de sus ciclos menstruales. (19)

Base fisiológica:

- 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. (19)

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.
- Efectividad: de un 53 % hasta un 85.6 % (19)

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. (20)

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 de mínimo de 6 horas de sueño nocturno. (21)
- 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.
- Abstinencia de 72 horas como mínimo, a partir del día en se detecta el aumento de la temperatura, si se desea evitar un embarazo.
- Este método solo puede ser viable para la mujer cuando se encuentra en ciclos de menstruación ya sea regulares e irregulares ya que está relacionado con los niveles de estrógenos y progesterona durante la ovulación.
- Efectividad: Hay pocos estudios sobre su efectividad; los que existen informan alcanza del 77.9 al 99%. (21)

Método del collar o días fijos:

Base fisiológica:

- 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.
- El método del Collar o Días fijos permite a las parejas espaciar sus embarazos en forma natural a través de conocer el ciclo menstrual, su período fértil y tener abstinencia periódica de relaciones sexuales o evitar las relaciones desprotegidas durante esos días.
- Efectividad: La eficacia del método en varias investigaciones reportadas fue del 95%. (21, 22)

Metodología:

- 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. (22)

Tabla # 4: Ventajas y desventajas de los métodos naturales.

| Ventajas | Desventajas |
|---|---|
| No tienen efectos adversos en la salud de la mujer y hombre | Son menos eficaces que los otros métodos disponibles |
| No tienen costo económico | Se necesita un cierto grado de educación |
| Efectivos cuando se usan en forma correcta | Requiere un tiempo prolongado de entrenamiento y supervisión para ponerlos en practica |
| Propician en mujeres y hombres el control directo de su capacidad reproductiva | Los periodos largos de abstinencia sexual pueden ocasionar dificultades conyugales y tensión emocional |
| Son reversibles en forma inmediata | No protegen contra infecciones de transmisión sexual (ITS) incluyendo VIH/SIDA |
| Promueven en mujeres y hombres el conocimiento de sus cuerpos y de sus funciones sexuales y reproductivas | Estos métodos no funcionan sin el compromiso y cooperación continua, tanto de la mujer, como del hombre |

Fuente: Norma y protocolo de planificación familiar. pág. 51

Métodos de barrera (primera opción para la planificación postparto).

El preservativo es una funda fina y elástica que se utiliza para cubrir el pene o la vagina durante el coito a fin de evitar la fecundación actuando como método anticonceptivo, además evita el posible contagio de enfermedades de transmisión sexual. Impide de forma mecánica y química que los espermatozoides del hombre entren en contacto con la vagina, el cuello del útero y el óvulo de la mujer. (23)

Colocación del preservativo:

- Utilizar un preservativo nuevo en cada relación sexual. Es importante que el envase se encuentre en perfectas condiciones y que el condón no esté caducado. Al abrir el envase no hacerlo con los dientes o las uñas, ya que se puede dañar.
- Hay que colocar el condón antes de cualquier contacto físico con el pene (bucal, genital o anal).
- Mantener presionado el depósito del preservativo y desenrollarlo hasta la raíz del pene en erección. Si el condón no se desenrolla con facilidad, probablemente no esté en buen estado o se encuentre al revés. En ese caso, habrá que tirarlo y utilizar uno nuevo.
- Después de eyacular, presionar el borde del preservativo y retirarlo antes de que el pene pierda la erección. Una vez retirado el pene, quitar el condón deslizándolo evitando que se derrame el semen.
- Desechar el condón utilizado
- Si se vuelve a tener otra relación sexual, utilizar un nuevo preservativo (24)

Ventajas:

- Protección contra ETS (incluyendo SIDA)
- Disponible sin necesidad de prescripción médica.
- Costo-efectivo.
- No requieren receta médica.
- Son desechables.

Desventajas:

- Disrupción del coito.
- Debe tenerse cuidado al almacenarlos, debe hacerse en lugares secos, protegidos del calor y de la humedad excesiva.
- Requiere del uso de un condón nuevo en cada acto sexual.
- Si no se utiliza correctamente cada vez que se tengan relaciones sexuales, puede fallar en su protección contra el embarazo, las ITS y la transmisión del VIH. (24)

Mecánicos:

Dispositivo intrauterino (DIU) (primera opción para la planificación familiar en el puerperio)

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. (25)

Duración y eficacia anticonceptiva:

Este método brinda del 97 al 98% de protección anticonceptiva. La T Cu 380^a es altamente efectiva por un mínimo de 10 años. La tasa de fallo es de 1 en 125 a 170 mujeres en el primer año de uso. (25)

Mecanismo de acción:

Del DIU T 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 levonorgestrel.

- Aumenta la fagocitosis en la cavidad uterina. (26)

Ventajas:

- Una sola decisión conduce a la prevención efectiva contra el embarazo, a largo plazo.
- Duradero. La Tcu-380A, dura por lo menos 10 años.
- Muy efectivo. Hay muy poco que recordar.
- No interfiere con las relaciones sexuales.
- Ningún efecto colateral por hormonas.
- Reversible en forma inmediata.
- No tiene efecto sobre la calidad y cantidad de la leche materna.
- Puede insertarse en cualquier momento (incluso inmediatamente después del parto y cuando no hay indicio de infección).
- No tiene interacción con otras medicinas.
- Ayuda a prevenir el embarazo ectópico. (EL riesgo de embarazo ectópico es menor que en mujeres que no usan ningún método de planificación familiar). (26)

Desventajas:

- Efectos secundarios comunes: cambios menstruales.
- Efectos secundarios no comunes: cólicos agudos y dolor pasados los 3-5 días después de la inserción, perforación de la pared uterina.
- No protege contra ETS y VIH/SIDA.
- Es más probable que después de una ETS se presente la EPI si la mujer usa un DIU. EPI puede ser conducente a la infertilidad.
- Se necesita realizar un procedimiento médico.
- Puede que ocurra algo de dolor y sangrado o goteo inmediatamente después de la inserción del DIU. Por lo común, desaparecen después de uno a dos días.
- Debe ser retirado por personal de salud capacitado.
- Puede haber expulsión del útero en un 30% de los casos sin que la mujer se dé cuenta (más común cuando se inserta poco tiempo después del parto). (26)

Anticonceptivos hormonales:

Métodos hormonales orales combinados. (tercera opción para la planificación familiar post evento obstétrico).

Píldoras que contienen dosis bajas de dos hormonas (una progestina y un estrógeno) iguales a las hormonas naturales progesterona y estrógeno en el cuerpo de la mujer y que administrados por vía oral, evitan el embarazo. ⁽²⁷⁾

Eficacia anticonceptiva

Su eficacia es alrededor del 97 al 99% cuando se utilizan en forma correcta y consistente (0.1 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso, 1 en cada 1000). Esta efectividad en la población general, puede disminuir hasta un 92% por el uso incorrecto de la toma de la píldora, la tasa de falla es de 0.2 a 1 embarazo en cada 100 mujeres por año de uso. ⁽²⁸⁾

Mecanismo de acción:

La acción central de los anticonceptivos hormonales es impedir la ovulación. La eficacia anticonceptiva de estos fármacos hormonales se debe a su acción conjunta sobre la función: hipotálamo-hipofisaria, la ovárica y la tubo-endometrio-vaginal. Sin embargo, el grado o la intensidad con que cada una de estas funciones resulta alterada varían con cada preparado o forma de administración. El efecto anovulatorio de los anticonceptivos hormonales combinados se debe al notable efecto bloqueante ejercido sobre la producción hipotalámica de la hormona liberadora de gonadotropina (Gn-Rh), que suele ser transitoria y revierte al suspender el tratamiento. ⁽²⁸⁾

Orales de sólo Progestágenos (segunda opción para la planificación en el puerperio).

Efecto anticonceptivo:

Se basa en la administración de dosis bajas durante 28 días consecutivos sin períodos de descanso entre los ciclos, estos compuestos bloquean la ovulación de manera menos constante que los anticonceptivos hormonales combinados por lo que poseen una menor eficacia. (29)

Indicación:

Se administran por vía oral todos los días 1 vez al día a la misma hora, comenzando el primer día del ciclo. Los intervalos de las dosis no deben exceder las 24 horas, debido a que la eficacia anticonceptiva disminuye si una dosis se retrasa durante más de 3 horas. (29)

Reacciones adversas:

- Alteraciones del ciclo menstrual que incluye: amenorrea, menstruaciones prolongadas, manchados entre periodos y sangrado abundante.
- Náuseas, vómitos, cefalea, cambios en las mamas, depresión, alteraciones cutáneas y aumento de peso. (30)

Contraindicaciones:

- Pacientes con hepatopatías o tumor hepáticos
- Cáncer de mama en los últimos 5 años
- Hemorragia vaginal anormal no diagnosticada. (30)

Tabla # 5: Anticonceptivos hormonales orales de sólo progestágenos

| Progestágeno | Concentración | Nombre comercial |
|--------------|------------------------|------------------|
| Noretindrona | Comprimidos de 350 mcg | Micronor |
| Norgestrel | Comprimidos de 75 mcg | Ovrette |
| Desogestrel | Comprimidos de 75 mcg | Cerazet |

Fuente: Anticonceptivos hormonales. Centro Nicaragüense de farmacoepidemiología. Pág. 34

Métodos hormonales inyectables:

Hormonales inyectables intramusculares sólo con progestágenos de depósito trimestrales (segunda opción para planificación familiar postparto.)

Definición: Este anticonceptivo inyectable contiene una sustancia esteroidea de progestágenos que, administrada por vía intramuscular, evita el embarazo durante tres o dos meses, con gran efectividad, de depósito, son reversibles y de uso privado. (31)

Eficacia: La eficacia es mayor al 99%, se reporta tasa de fallo de un embarazo por cada 333 mujeres que lo usan durante un año.

Mecanismo de acción: Actúa a nivel del moco cervical, endometrio y trompas de Falopio. (32)

Métodos permanentes

a.- Oclusión tubarica bilateral (OTB)

Definición: 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. (33,34)

El procedimiento está indicado para mujeres en edad fértil con vida sexual activa, que deseen un método permanente de anticoncepción en las siguientes condiciones:

- Paridad satisfecha.
- Riesgo reproductivo alto.
- Retraso mental. (35)

Eficacia: Bajo condiciones habituales de uso, este método brinda protección anticonceptiva mayor al 99%. La tasa de falla es muy baja, un embarazo por cada 200 mujeres operadas en el primer año de uso, la tasa acumulativa es de 0.9 embarazos por 100 mujeres a 10 años. (36)

Momento de realización

El procedimiento puede realizarse en el posparto, transcesárea y posaborto. (36)

VII. DISEÑO METODOLÓGICO

Tipo de estudio: Descriptivo de corte transversal.

Área de estudio: Este estudio investigativo se realizó en las instalaciones del Hospital Escuela Cesar Amador Molina (HECAM), ubicado al norte de la ciudad de Matagalpa. El Departamento de Ginecología y obstetricia está ubicado en el pabellón C del Hospital Escuela Cesar Amador Molina, Matagalpa. Este servicio cuenta con una sala de unidad Materno Infantil (UMI), una sala de Alto Riesgo Obstétrico, una sala de ginecología y sala de labor y parto.

Periodo y población: Puérperas que fueron ingresadas a la sala de UMI en el período de julio – septiembre 2015 en Departamento de Ginecología y Obstetricia del HECAM (3500 según el libro de alta de las puérperas ingresadas en la sala), de esta población fueron entrevistadas 176 pacientes. Los días que se realizaban las entrevistas fueron elegidos al azar, ya que, por motivos de cumplir con el servicio social en comunidades alejadas del departamento de Matagalpa, no permitía una asistencia periódica al mismo para realizar la entrevista, por lo que solo se obtuvo una muestra de 176 puérperas.

Fuente de Obtención de la Información: Primaria. Los datos serán obtenidos a través de entrevista directa a las pacientes.

Instrumento: Se realizó una encuesta CAP que abordó los siguientes aspectos (la encuesta se construyó en base a revisión de estudios CAP de planificación familiar anteriores agregándole a nuestra encuesta nuevos datos).

- I. Características sociodemográficos de la población de estudio.
- II. Perfil gineco-obstétrico.
- III. Conocimiento acerca de los métodos de planificación familiar.
- IV. Actitudes de las pacientes acerca de los métodos de planificación familiar.
- V. Prácticas del uso de los métodos de planificación familiar.

Proceso de recolección de la información:

La información se recolectó a través de entrevista directa con cada participante (fuente primaria). Se garantizó la privacidad al momento de la entrevista, la cual se realizó con instrumento de recolección previamente diseñado y piloteado hasta ser completado de manera correcta según los acápites de la encuesta.

Criterio de inclusión:

- ✓ Puérperas, durante su puerperio inmediato
- ✓ Parto o cesárea haya sido atendido en el periodo de estudio.
- ✓ Parto o cesárea haya sido atendido en el área de estudio.
- ✓ Puérperas que da su consentimiento para la entrevista

Criterio de exclusión:

- ✓ Puérperas que padezcan limitación física o mental, que por sus condiciones de salud no puedan responder a la encuesta
- ✓ Puérperas que no den su consentimiento para la aplicación del instrumento
- ✓ Puérperas cuyo parto o cesárea no haya sido atendido en el área de estudio

Manejo de los datos y análisis:

Se realizó análisis descriptivo de corte transversal de las variables incluidas en el formulario, utilizando solo aquellos con datos completos. Según la información obtenida se determinó la frecuencia y porcentaje de los objetivos incluidos en el estudio mediante una base de datos, estos fueron procesados utilizando el programa estadístico SPSS 18. Los resultados se expresaron en números absolutos y relativos, mediante tablas elaboradas en Excel. Se utilizó Microsoft Office Word 2010 para redacción del informe.

Consideraciones éticas: Para la aplicación del instrumento se explicó previamente a cada participante los objetivos del estudio, voluntariedad, ventajas (permitió al encuestado darse cuenta del grado de conocimiento que posee sobre el tema) de su participación. Se garantizó la privacidad de las pacientes mediante una entrevista personal en un ambiente privado (cuarto donde se realiza examen ginecológico a las puérperas), protegiendo de esta forma su identidad.

VIII. OPERALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

| Variable | Concepto | Indicador | Valor |
|---------------------------------|---|------------------|--|
| Edad | Tiempo de vida de una persona desde el momento de su nacimiento expresado en años. | Paciente | <20 años ≥20 años |
| Procedencia | Lugar de habitación de la persona. | Paciente | Rural Urbana |
| Escolaridad | Conjunto de enseñanzas y cursos que se imparten a los estudiantes en los establecimientos docentes. | Paciente | Analfabeta Alfabeto Primaria Secundaria Técnica Universitaria |
| Religión | Actividad humana consistente en creencias y prácticas acerca de lo considerado como divino o sagrado, de tipo existencial, moral y espiritual | Paciente | Católica Evangélica Otras |
| Antecedentes obstétricos | Historia detallada y resumida de una mujer sobre sus embarazos anteriores. | Paciente | Gesta Para Aborto Cesárea |
| Periodo intergenésico | Tiempo que transcurre entre el nacimiento del primer hijo con relación al siguiente. | Paciente | < 2 año > 2 año |

| | | | |
|--|---|-----------|--|
| Número de compañeros sexuales | Cantidad de pareja con las que ha convivido sexualmente una mujer. | Paciente | 1 2 >2 |
| IVSA | Primer acto sexual de una mujer. | Paciente | < 15 15-19 ≥ 20 |
| Conocimiento sobre métodos de planificación familiar. | Base científica sobre los métodos de planificación familiar | Pacientes | Específico para cada pregunta. |
| Actitudes sobre uso de métodos de planificación familiar. | Conducta en psicología clínica o social para comportarse o reaccionar de determinada manera. | Paciente | Positivas Negativas |
| Practica sobre métodos anticonceptivos | Ejercicio, destreza, facultad sobre uso de métodos anticonceptivos. | Paciente | Si No |
| Métodos de planificación. | Son procedimientos que permiten a las parejas decidir por sí mismas tener o no, el número de hijo(as) que desean, así como el momento oportuno para tenerlos. | Paciente | Pastillas Preservativos DIU Naturales Ninguno Inyectables Esterilización Quirúrgica |
| Ocupación. | Trabajo u oficio que desempeña una persona. | | Ama de casa. Estudiante. Doméstica. Obrera. Desempleada. Profesional. |

IX. RESULTADOS.

Características sociodemográficas.

Un total de 176 pacientes fueron seleccionados al azar, de todas las pacientes en la sala de UMI (unidad materno infantil) del departamento de Gineco- Obstetricia de HECAM durante el período de estudio.

Tabla # 6. Características sociodemográficas de la población de estudio. Estudio CAP sobre método de planificación familiar. Sala de Unidad Materno Infantil del Hospital Escuela César Amador Molina, julio – septiembre del 2015.

| VARIABLE | ESCALA | FRECUENCIA n= 176 | PORCENTAJE (%) |
|-----------------------------------|---------------|----------------------|-------------------|
| Edad | < 20 años | 45 | 25.5 |
| | ≥20 años | 131 | 74.4 |
| Procedencia | Urbano | 81 | 46 |
| | Rural | 95 | 54 |
| Escolaridad de la paciente | Analfabeta | 8 | 4.5 |
| | Alfabeta | 20 | 11.4 |
| | Primaria | 45 | 25.6 |
| | Secundaria | 40 | 22.7 |
| | Técnica | 37 | 21.0 |
| | Universitaria | 26 | 14.8 |
| Escolaridad de la pareja | Analfabeta | 12 | 6.8 |
| | Alfabeta | 27 | 15.3 |
| | Primaria | 28 | 15.9 |
| | Secundaria | 75 | 42.6 |
| | Técnica | 18 | 10.2 |
| | Universitaria | 16 | 9.1 |
| Religión | Católica | 126 | 71.6 |
| | Evangélica | 35 | 19.9 |
| | Otras | 2 | 1.1 |
| | Ninguna | 13 | 7.4 |
| Ocupación | Ama de casa | 143 | 81.3 |
| | Estudiante | 11 | 6.3 |
| | Doméstica | 5 | 2.8 |
| | Obrera | 2 | 1.1 |
| | Desempleada | 1 | 0.6 |
| | Profesional | 14 | 8.0 |

Fuente de información: Primaria

Se encontró que el 74.4% de las mujeres en estudio eran mayor de 20 años de edad, siendo 54 % de origen rural.

El nivel de escolaridad de mayor predominio entre las pacientes fue el primario con el 26%, seguido de la secundaria con 23% siendo la escolaridad de sus parejas la secundaria 43%.

Con respecto a la religión 72% profesaba la fe católica, seguida de la evangélica con 20%.

En lo referente a la ocupación 81.3 % eran ama de casa y 8% eran profesionales.

Antecedentes gineco-obstétricos.

Tabla # 7. Antecedentes gineco-obstétricos. Estudio CAP sobre método de planificación familiar. Sala de Unidad Materno Infantil del Hospital Escuela Cesar Amador Molina. Julio – septiembre 2015.

| VARIABLE | ESCALA | FRECUENCIA n= 176 | PORCENTAJE (%) |
|-----------------------------------|--------------|----------------------|-------------------|
| Gesta | 1 | 64 | 36.4 |
| | 2-3 | 95 | 54 |
| | ≥4 | 17 | 9.7 |
| Para | 1 | 70 | 39.8 |
| | 2-3 | 64 | 36.4 |
| | ≥4 | 12 | 6.8 |
| Aborto | 1 | 18 | 10.2 |
| | ≥4 | 1 | 0.6 |
| Período intergenésico | < 2 años | 27 | 15.3 |
| | > 2 años | 88 | 50.0 |
| | Aplica | 61 | 34.7 |
| Número de parejas sexuales | 1 | 145 | 82.4 |
| | 2 | 24 | 13.6 |
| | > 2 | 7 | 4.0 |
| IVSA | < 15 años | 17 | 9.7 |
| | 15 a 19 años | 132 | 75.0 |
| | ≥ 20 años | 27 | 15.3 |
| Finalización del embarazo. | Cesárea | 55 | 31.2 |
| | Vaginal | 119 | 68.8 |

Fuente de información: Primaria

Con respecto a los antecedentes gineco-obstétricos 54% tenían de dos a tres gestas. En relación con la para 40% tenían solamente una, 36% de dos a tres y 7% de cuatro a más. El 10% tenían antecedentes de un aborto (Tabla 7).

La mitad de las pacientes en estudio tuvieron un período intergenésico mayor de 2 años. El 82% tuvieron un compañero sexual. El 75% habían iniciado vida sexual activa entre los 15 y 19 años. En cuanto a la finalización del embarazo el 69% fueron por vía vaginal y el 31% por vía cesárea. (Tabla 7)

Conocimientos sobre métodos de planificación familiar.

De acuerdo los conocimientos, el 98% habían escuchado hablar sobre los métodos anticonceptivos, el 53% expresaron que servían para evitar embarazo. El 48% dijo que los métodos se aplicaban durante la menstruación, el 35% ante de la menstruación, el 11% después de la menstruación, 4% inmediatamente después del parto y el 1.7% con retorno a la menstruación posterior a un evento obstétrico. (Tabla 8)

Los métodos que más conocían fueron: 58% las píldoras, 53% el condón masculino, 46% inyectables trimestrales, 30% inyectables mensuales, 9% DIU, 6% esterilización femenina, 3% jaleas y cremas, 3% condón femenino, 2% esterilización masculina, 1% método del ritmo. (Tabla 8)

El 38% considera que el condón masculino es el método más seguro seguido del 22% los inyectables trimestrales, 13% las píldoras, 11% los inyectables mensuales, 9% la esterilización femenina, 4% el DIU, el 3% consideraron que ninguno de los métodos es seguro. De todos los métodos de planificación familiar el más considerado para prevenir ETS fue el condón masculino con un 88%, el 4% las píldoras, 2% condón femenino. (Tabla 8)

Fuente de información.

Las personas que brindan más información acerca de los métodos de planificación familiar son enfermeras 45%, médico 42%, profesores 13%, amigos y vecinos 5%. El lugar donde reciben mayor información fue con un 74% centro de salud, el 14% de los colegios, 10% del hospital. (Tabla 9)

Tabla # 8. Conocimientos de las participantes sobre MPF. Hospital Escuela César Amador Molina, Matagalpa, julio – septiembre 2015.

| VARIABLE | ESCALA | FRECUENCIA n= 176 | PORCENTAJE (%) |
|---|------------------------------|----------------------|-------------------|
| ¿Has escuchado hablar de los MAC? | Si | 172 | 98.0 |
| | No | 4 | 2.0 |
| ¿Para qué sirven? | Evitar embarazos | 94 | 53.4 |
| | Controlar el número de hijos | 15 | 8.5 |
| | Prevenir las ETS | 1 | 0.6 |
| | Todas | 66 | 37.5 |
| ¿Cuál es el tiempo para aplicar el método de planificación familiar? | Antes de la menstruación | 61 | 34.7 |
| | Durante la menstruación | 85 | 48.3 |
| | Después de la regla | 20 | 11.4 |
| | Post parto | 7 | 4.0 |
| ¿Conoces algún MPF en particular? | Si | 169 | 96.0 |
| | No | 7 | 4.0 |
| ¿Cuáles métodos de planificación conoces? | Píldoras | 102 | 58.0 |
| | Condón masculino | 92 | 52.8 |
| | Esterilización masculina | 3 | 1.7 |
| | Inyectables mensuales | 53 | 30.0 |
| | Condón femenino | 5 | 2.8 |
| | Esterilización femenina | 10 | 5.7 |
| | Inyectable trimestral | 81 | 46.0 |
| | Jaleas y cremas | 6 | 3.4 |
| | Ritmo | 2 | 1.1 |
| | DIU | 15 | 8.5 |
| | Capuchón cervical | 1 | 0.6 |
| ¿Cuál de todos los métodos que conoces consideras el más seguro? | Píldoras | 23 | 13.1 |
| | Condón masculino | 67 | 38.1 |
| | Esterilización masculina | 1 | 0.6 |
| | Inyectables mensuales | 19 | 10.8 |
| | Esterilización femenina | 15 | 8.5 |
| | Inyectables trimestrales | 38 | 21.6 |
| | DIU | 7 | 4.0 |
| | Ninguno | 6 | 3.4 |
| ¿Cuáles de los métodos de planificación familiar que tú conoces además de prevenir el embarazo previenen las ITS? | Píldoras | 7 | 4.0 |
| | Condón masculino | 154 | 87.5 |
| | Esterilización masculina | 2 | 1.1 |
| | Inyectables mensuales | 2 | 1.1 |
| | Condón femenino | 4 | 2.3 |
| | Inyectables trimestrales | 1 | 0.6 |
| Ninguno | 7 | 4.0 | |

Fuente de información: Primaria.

El 88% de la población considera que tiene la suficiente información para decidir que método usar. Los principales efectos de no utilizar un método de planificación familiar son embarazo no deseado con 91%, ETS 29%, cargas económicas y abortos 6%, abandono de la pareja 4% y deterioro personal 2%. (Tabla 9)

Tabla # 9. Obtención de la información de las participantes sobre MPF. Hospital Escuela César Amador Molina, Matagalpa, julio – septiembre 2015.

| VARIABLE | ESCALA | FRECUENCIA n= 176 | PORCENTAJE (%) |
|--|-----------------------|----------------------|-------------------|
| ¿Dónde recibiste la información acerca de los métodos de planificación familiar? | Casa | 12 | 6.8 |
| | Vecindario | 11 | 6.3 |
| | Centro de salud | 130 | 73.9 |
| | Hospital | 17 | 9.7 |
| | Colegio | 25 | 14.2 |
| | Otros | 4 | 2.3 |
| ¿Consideras que tienes la suficiente información para decidir que método de planificación familiar utilizar? | Si | 155 | 88.1 |
| | No | 21 | 11.9 |
| ¿Cuáles crees es el resultado del hecho de no utilizar un método de planificación familiar? | Embarazos no deseados | 160 | 90.9 |
| | ETS | 51 | 29.0 |
| | Carga económica | 10 | 5.7 |
| | Aborto | 10 | 5.7 |
| | Deterioro personal | 4 | 2.3 |
| | Abandono de la pareja | 7 | 4.0 |
| ¿De quién recibiste la información acerca de los métodos de planificación familiar? | Enfermeras. | 79 | 45 |
| | Médicos. | 74 | 42 |
| | Profesores. | 23 | 13 |
| | Amigos. | 9 | 5 |
| | Vecinos. | 9 | 5 |

Actitud frente a los métodos de planificación familiar.

Analizando las actitudes de las participantes sobre los gestágenos orales se encontró que 49% piensan que las pastillas son buenas, 15% piensan que son malas, 14% que engordan y manchan la cara. En relación al DIU, 25% refirieron que se encarnan, 16% dijo que es bueno, 15% que provoca sangrado, 13% consideró que causa dolor y 11% que provocan ambos (sangrado y se encarnan).

De los métodos más apropiados después del parto 35% considera que la esterilización femenina es la adecuada, 34% el condón masculino, 14% la píldora, 11% los inyectables trimestrales, 8% el DIU. Sobre los efectos que pueden provocar el uso de métodos anticonceptivos 97% aseguraron estar consciente de ello. El método que recomendarían es el condón masculino con un 34%, inyectables trimestrales 26%, las píldoras 14%, los inyectables mensuales 11%. (Tabla 10)

Tabla # 10. Actitudes frente a los métodos. Estudio CAP sobre método de planificación familiar. Sala de Unidad Materno Infantil del Hospital Escuela César Amador Molina, Matagalpa, julio – septiembre 2015.

| VARIABLES | ESCALA | FRECUENCIA n= 176 | PORCENTAJE (%) |
|---|---------------------------------|----------------------|-------------------|
| ¿Qué piensas las pastillas para evitar son buenas, malas, por qué? * | Buenas | 72 | 48.7 |
| | Malas | 27 | 15.4 |
| | Engordan | 10 | 5.7 |
| | Manchan la cara | 8 | 4.5 |
| | Engordan y manchan la cara | 24 | 13.8 |
| | No sabe | 10 | 5.7 |
| ¿Qué piensas de la T de cobre o aparato? * | Buenas | 28 | 16.1 |
| | Causan dolor | 21 | 12.5 |
| | Provocan sangrado | 26 | 15.0 |
| | Se encarnan | 44 | 25.2 |
| | Provocan sangrado y se encarnan | 19 | 11.2 |
| | No sabe | 28 | 16.0 |
| ¿Estas conscientes de los efectos que puede acarrear el hecho de no planificar? | Si | 171 | 97.2 |
| | No | 5 | 2.8 |
| En base a tu experiencia ¿Cuál de los métodos recomendarías? | Píldora | 25 | 14.2 |
| | Condón masculino. | 59 | 33.5 |
| | Inyectable mensual. | 19 | 10.8 |
| | Esterilización femenina. | 4 | 2.3 |
| | Inyectable trimestral. | 46 | 26.1 |
| | Dispositivo intrauterino. | 12 | 6.8 |
| | Ninguno. | 11 | 6.3 |
| ¿Cuál consideras que es el método más apropiado después del parto? | Píldora | 24 | 13.6 |
| | Condón masculino. | 59 | 33.5 |
| | Esterilización femenina. | 61 | 34.7 |
| | Inyectable trimestral. | 19 | 10.8 |
| | Dispositivo intrauterino | 14 | 8 |

Fuente de información: Primaria

* La frecuencia y porcentaje de la población de estudio no da un 100% debido que hay múltiples respuestas y se tomó en consideración las respuestas de mayor valor.

Prácticas sobre métodos de planificación familiar.

De las participantes entrevistadas 99% no se sienten presionadas al utilizar un método de planificación familiar. Al interrogar si tenían impedimento para utilizar algún método anticonceptivo 95% refirieron no tener inconveniente, 2% no desearon utilizarlos, 1% no les gusta. (Tabla 11)

Tabla # 11. Prácticas de las pacientes de la sala de Unidad Materno Infantil del Hospital Escuela César Amador Molina, Matagalpa, julio – septiembre 2015.

| VARIABLE | ESCALA | FRECUENCIA n= 176 | PORCENTAJE (%) |
|--|---|----------------------|-------------------|
| ¿De los métodos que conoces cuáles has utilizado? | Píldora | 63 | 35.8 |
| | Condón masculino | 66 | 37.5 |
| | Inyectable mensual | 26 | 14.8 |
| | Inyectable trimestral | 65 | 36.9 |
| | Dispositivo intrauterino | 7 | 4.0 |
| | Ninguno | 12 | 6.8 |
| ¿De los métodos utilizados has tenido alguna complicación? | Infección vaginal | 7 | 4.0 |
| | Sangrado | 17 | 9.7 |
| | Dolor en el vientre | 2 | 1.1 |
| | Incomodidad o molestias en la relación sexual | 1 | 0.6 |
| | Ninguna | 147 | 83.5 |
| ¿De los métodos de planificación que has utilizado cual te ha fallado? | Píldora | 9 | 5.1 |
| | Condón masculino | 7 | 4.0 |
| | Inyectable trimestral | 4 | 2.3 |
| | Ninguno | 156 | 88.6 |
| ¿Te sientes presionada a utilizar un MPF? | Si | 1 | 0.6 |
| | No | 175 | 99.4 |
| ¿Qué te impide utilizar un MPF? | La religión | 1 | 0.6 |
| | No le gusta a mi marido | 0 | |
| | No deseo | 4 | 2.3 |
| | No me gustan | 2 | 1.1 |
| | Voy a tener los hijos que dios me dio | 1 | 0.6 |
| | No sé cómo hacerlo | 1 | 0.6 |
| | No creo que sirvan | 1 | 0.6 |
| | Ninguno | 167 | 94.9 |

Fuente de información: Primaria.

De acuerdo a las prácticas de métodos de planificación, 38% han utilizado condón masculino, 37% inyectable trimestral, 36% píldoras, 15% inyectable mensual, 7% no ha utilizado ningún método y 4% ha usado el DIU. (Tabla 11)

En relación a los métodos anticonceptivos 89% refiere que ninguno le ha fallado, 5% le han fallado las píldoras, 4% el condón masculino y 2% inyectables trimestrales. (Tabla 11)

X. DISCUSIÓN.

La planificación familiar tiene un carácter prioritario dentro de la salud sexual y reproductiva. Su aplicación está determinada por el ejercicio del derecho de toda persona a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de sus hijos. ⁽³⁷⁾

Datos reportados por el Fondo de Población de las Naciones Unidas a partir de un estudio realizado en el año 2013 en 43 municipios de Nicaragua señalan que en nuestro país 55% de las mujeres que usan métodos anticonceptivos son mayores de 20 años, estos resultados coinciden con nuestro estudio ya que, según el análisis realizado por ENDESA en el 2012, motivo del mayor porcentaje de uso de anticonceptivos en las puérperas mayores de 20 años. ⁽³⁷⁾

La accesibilidad a los métodos anticonceptivos es menor en la zona rural, debido al difícil acceso, lejanía de las comunidades y poca información, lo que ha llevado al Ministerio de Salud a desarrollar estrategias que permitan satisfacer las demandas de métodos de planificación, como el correcto uso de los mismos implementando la Entrega Comunitaria de Métodos Anticonceptivos (ECMAC). ⁽³⁷⁾

En el año 2011 PROSALUD en conjunto con el MINSA desarrolló una experiencia demostrativa en cuarenta comunidades de veinte establecimientos de salud del departamento de Matagalpa donde se registraba el más alto porcentaje de muerte materna y por ser una de las regiones del país donde la mayoría de las personas habitan en zonas rurales y menos acceso a MPF según datos proporcionados por el MINSA a través del ECMAC. Sin embargo, en este estudio coinciden ya que las mayorías de las puérperas son de origen rural y de educación primaria, estos resultados son discordantes con otros estudios, como ejemplo cito el realizado en el año 2015 por Rosa Esmeralda Rocha Morales en el Hospital Gaspar García Laviana donde el área predominante fue la zona urbana. ⁽³⁸⁾

La escolaridad alcanzada por las pacientes fue la primaria, lo contrario a los resultados obtenidos en el estudio que realizó el Dra. Rosa Esmeralda Rocha Morales donde la educación secundaria estuvo presente en el 45.8%, por lo que vemos la educación secundaria está presente en casi la mitad de la población, lo cual concuerda con las cifras de nivel de educación en el informe de UNICEF, lo que nos permite analizar este resultado, ya que, datos obtenidos en las fichas de planificación familiar de las comunidades de Matagalpa la respuesta encontrada en este acápite es casi siempre primaria. ⁽³⁸⁾

Veintiún hospitales materno-infantiles y centros de salud con camas del Ministerio de Salud de Nicaragua (MINSa), implementan la anticoncepción post evento obstétrico (APEO) como parte de la estrategia de planificación familiar (PF) dirigida a contribuir a la maternidad segura de las nicaragüenses. ⁽³⁸⁾

La APEO se orienta a todas las puérperas y tiene entre sus propósitos disminuir la demanda insatisfecha a métodos anticonceptivos de mujeres en edad fértil que tienen dificultad para acceder a los servicios de salud, implementando en las unidades primarias la consejería en cada control prenatal sobre el método anticonceptivo adecuado después del parto, no obstante las unidades hospitalarias brindan consejería a las puérperas sin embargo estas son derivadas a su centro de salud para su seguimiento. ⁽³⁸⁾

En agosto del 2011 USAID realizó un estudio sobre la continuidad de atención en planificación familiar a puérperas con riesgo reproductivo, atendidas en los SILAIS de Masaya y Rivas, al ser preguntados en donde recibían información sobre MPF, al igual que nuestro estudio más de la mitad respondió en los centros de salud justificada por el seguimiento posparto que se brindan en estas unidades. ⁽³⁸⁾

La mayoría de las puérperas han escuchado hablar de los métodos de planificación, opinan que son útiles para evitar embarazos considerando que el más seguro es el condón masculino ya que además de evitar un embarazo también previene las ITS.

Como se observa, la mayor parte de las entrevistadas conoce el uso de los métodos de planificación, esto puede ser debido a que, según la OMS más de 225 millones de mujeres en todo el mundo quiere retrasar la procreación aumentando la utilización de los métodos anticonceptivos. ⁽³⁸⁾

Favorable fue la actitud de las puérperas hacia los métodos anticonceptivos, en general la mayoría no tiene problemas para planificar y refieren estar dispuestas a seguir con un método anticonceptivo. El método menos aceptado entre las puérperas fue el DIU, la mayoría de ellas piensa en el como un método agresivo y doloroso, en si son muchos los tabú en torno a este método, Tablada en el 2012 demuestra que uno de los mitos más frecuentes referidos por las pacientes para no utilizarlo como métodos de planificación fue que la mayoría pensaba que se les encarnaría. ⁽³⁸⁾

Los métodos que más han utilizado son el condón masculino, seguido de los inyectables trimestrales, píldora e inyectable mensuales, y un menor número el DIU. Estos resultados se deben a que los métodos antes descritos que ocupan los tres primeros lugares son los más ofertados en Nicaragua, siendo el condón el método más accesible económicamente, las mujeres que viven en lugares alejados de los puestos de salud prefieren usar los inyectables trimestrales debido a que por la dificultad de acceso en algunas comunidades y por el costo económico del transporte no pueden asistir periódicamente a sus puestos. Sin embargo, estudio realizado en México refieren entre el grupo de 20 a 29 años de edad, la mayor proporción indica haber utilizado condón en la última relación sexual (33.8%) seguida por las que informa haber usado DIU (9.2%), métodos hormonales (8.9%). ⁽³⁹⁾

Un reto muy importante sigue siendo la adopción de anticonceptivos después de un evento obstétrico aumentar el espaciamiento de los hijos y, en general, incrementar la salud y la calidad de vida de las mujeres y sus familias. A nivel nacional se propone como meta que por lo menos 70% de las mujeres adopten un

anticonceptivo después de un parto o aborto. Según el análisis presentado, no se ha alcanzado esta meta y apenas una de cada dos adolescentes adopta un anticonceptivo en esta etapa reproductiva. Paradójicamente, el porcentaje va disminuyendo conforme aumenta la edad, alcanzando menos de cuatro en 10 mujeres de 35 años o más. ⁽⁴⁰⁾

XI CONCLUSIONES.

1. La población de estudio era en su mayoría mayores de 20 años, de procedencia rural, católicas, con nivel de escolaridad primaria y ocupación ama de casa. La mayor parte habían iniciado su vida sexual entre los 15 a 19 años, habían tenido un solo compañero sexual, tenían antecedente de 2 o más embarazos con período intergenésicos mayor de dos años.
2. Conocimientos: 98% habían escuchado de MPF, pero solo 2/3 de ellos reconocieron que eran para prevenir embarazos. Los MPF más conocidos fueron los condones, los gestágenos orales y los hormonales inyectables, probablemente porque son los que más oferta el sistema público y los organismos no gubernamentales. En cuanto al tiempo de aplicarlo 35% refirieron que antes de que viniera la menstruación. Hubo un 13% de participantes que no conocían métodos para prevenir Infecciones de Transmisión Sexual.
3. Actitudes: Se encontraron algunas actitudes negativas, sobre todo con la T de Cobre y los anticonceptivos orales. El 51% expresaron que el DIU se encarnaba o sangraba y 12% dijo que daba dolor, por lo que no lo usarían. El 24% refirieron que los anticonceptivos orales engordan y/o manchan la cara. Sin embargo, más del 95% reconocieron que no había nada especial que les impidiera usar métodos de planificación familiar pero que tampoco sentían ninguna presión para usarlos.
4. Prácticas: Los métodos que más habían usado fueron, el condón (38%), el inyectable trimestral (37%) y las píldoras (36%). Los métodos que las participantes consideran más apropiados fueron la esterilización quirúrgica (35%) y el condón (34%). En cuanto a complicaciones, 84% no había tenido y 10% refirieron sangrado. La mayoría dijeron que los métodos de planificación que habían usado no les habían fallado, el 5% dijeron que los anticonceptivos orales les habían fallado y al 4% les había fallado el condón. Un tercio de las participantes recomiendan el condón y otro tercio recomiendan los hormonales inyectables, trimestrales o mensuales.

XII. RECOMENDACIONES.

1. A las Unidades de Atención Primaria participar activamente en la promoción, educación y sensibilización brindando a las usuarias más información sobre MPF especialmente a adolescentes, ya que la mayoría de la población a estudio iniciaron vida sexual activa entre los 15 y 19 años.

2. Capacitar al personal de salud que asuma la labor educativa, científica, clara y sencilla, sobre la planificación familiar y la diversidad de métodos anticonceptivos para aumentar el nivel de conocimiento en las pacientes. Y acabar con los mitos que hay alrededor de muchos métodos de planificación familiar, sobre todo sobre el uso de la T de cobre.

4. Mejorar la comunicación entre los niveles primario y hospitalario, para el seguimiento adecuado de las mujeres de alto riesgo obstétrico, brindándoles la información necesaria sobre el anticonceptivo adecuado según su riesgo reproductivo.

VIII. BIBLIOGRAFÍA.

1. Viciana Palomo María José. “Essure, nuevo método de planificación familiar; nuestra experiencia en un año en el Hospital Universitario Virgen de las Victorias”. Tesis doctoral. Universidad de Málaga. Junio 2011.
2. Wanda Thongzhi Quispe Rojas, Astrid Thongzhi Quispe Rojas, Gianina Thongzhi Quispe Rojas. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre sexualidad en la población adolescente del distrito de Mollepata - Cusco 2012.
3. PASMO. Estudio TRaC de DIU y métodos anticonceptivos modernos en mujeres en edad reproductiva en los departamentos de Monterrey, Sonora, Durango. México 2011, [http:// www.asociaciónpasm.org](http://www.asociaciónpasm.org) (último acceso 10 de junio del 2015.)
4. Condori Tito Melida del Carmen, Camacho Quezada Jorge Luis. “Conocimientos y actitudes que tienen las puérperas sobre el acetato de medroxiprogesterona y su aceptación como método anticonceptivo. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, Perú 2013.
5. Frenk Mora Julio, Ruelas Barajas Enrique et al y colaboradores. Anticoncepción postparto, transcesárea, poscesárea y postaborto. Secretaria de salud. México, D.F 2012.
6. Fondo de Población de las Naciones Unidas. Situación de adolescentes y jóvenes en 43 municipios de Nicaragua.2012.
7. Secretaria de salud. Introducción a los métodos anticonceptivos. Chapultepec, México. 2012
8. Ministerio de salud. Encuesta Nacional sobre salud sexual y reproductiva. Argentina. 2013.
9. USAID. Continuidad de la atención en planificación familiar a puérperas con riesgo reproductivo, atendidas en dos SILAIS de Nicaragua, Julio 2008 – Julio 2010. University Research. Agosto 2011.
10. Fondo de Población de las Naciones Unidas. Estudio sobre situación de adolescentes y jóvenes en el municipio de Chinandega. Nicaragua. 2013
11. INIDE. Encuesta nicaragüense de Demografía y salud. Informe preliminar. Nicaragua junio 2013
<http://www.inide.gob.ni/bibliovirtual/publicacion/reportepobreza>
(Último acceso 11 de diciembre del 2015)
12. Ministerio de salud. Normas y protocolo de planificación familiar. Normativa 002. Managua, agosto 2008.

13. World Health Organization. Estrategias para la Programación de la Planificación Familiar Postparto. Departamento de salud reproductiva e investigaciones convexas. Organización Mundial de la Salud. 2014.
14. Góngora Rodríguez Javier. Anticoncepción durante el puerperio y la lactancia. Servicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital Universitario Virgen de las Nieves Granada. España 2013.
15. Organización mundial de la salud. Guía de planificación familiar para agentes de salud comunitario. Suiza, 2012.
16. Maturana Carlos Alberto, Alvares León Jesús Gabriel, Carbonel Luyo Julia Neira. Sexualidad y métodos anticonceptivos en estudiantes de educación secundaria. Artículo original. Ica Perú 2011.
17. Castro Peñalosa Mercedes, Peniche Monsalve Ana Carolina. Conocimientos, mitos y prácticas sobre el uso de métodos anticonceptivos asociados al incremento de embarazos no planificados en estudiantes adolescentes en dos instituciones educativas en Cartagena. Colombia 2012.
18. Countdown europe. The Unmet Need for Family Planning. Europe 2015 <http://www.countdown2015europe.org>. (Último acceso 18 de mayo del 2015).
19. Centeno Ruíz Noel Antonio. Planificación familiar post evento obstétrico. Departamento de Ginecología y Obstetricia. Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Arguello. León, febrero 2011.
20. Rinehart Ward, Robey Bryant et al y colaboradores. OMS actualiza los criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos. John Hopkins. Orleáns, Estados Unidos.
21. Bergallo Paola. Argumentos para la defensa legal de la anticoncepción de emergencia de en América latina y el Caribe. Perú, 2da Edición. 2001.
22. Sociedad Española de Contracepción. Guía Práctica de Anticoncepción Oral. Basada en la Evidencia. Barcelona España 2013.12 (2) 56-58. http://sec.es/area_cientifica/manuales_sec/manual_anticoncepcion_urgencia/libre_dispensacion.php (último acceso 9 de junio del 2015).
23. Foreman Mia, Spieler Jeff. Contraceptive Evidence. Questions and Answers. Population Reference Boreau. August 2013. http://www.cecinfo.org/publications/PDFs/policy/MOA_SP_2011.pdf (consultado 12 de abril del 2015).

24. Secretaria de Gobernación. Día Internacional de la Planificación Familiar. México Agosto 2013; Pág. 2-3. http://www.conapo.gob.mx/work/models/CONAPO/Resource/1537/1/images/3_de_Agosto_Día_Internacional_de_la_Planificación_Familiar. (Consultado el 11 de mayo del 2015).
25. Mora Vargas Sergio, Rodríguez Estrada Carolina. Anticoncepción con dispositivo intrauterino. Revista Médica de Costa Rica Y Centroamérica. 229 Edición.
26. Benavidez Martínez Mercedes. Anticoncepción Intrauterina. Hospital Universitario Virgen Macarena de Sevilla. Departamento de Ginecología y Obstetricia. España. 2013.
27. Tejada Franco et al y colaboradores. Actualización en anticoncepción hormonal. Sistema Nacional de Salud. Volumen 35. pág. 75. Madrid, España. 2011.
28. García Delgado Pilar, Martínez Martínez Fernando et al y colaboradores. Anticonceptivos Hormonales. Universidad de Granada. Editorial Sandox. España 2013.
29. Mora Frenk Julio, et al. Introducción a los Métodos Anticonceptivos. México. Noviembre 2013. Segunda Edición. Pág. 23-25. <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7202.pdf> (consultado 8 de mayo del 2015).
30. Alsasua Ángela. Hormonas Sexuales y Anticonceptivos. Comisión de Farmacoterapéutica. Marzo 2011.9 (1).
31. Ministerio de Salud de Chile. Normas Nacionales sobre regulación de la fertilidad. Chile 2014.
32. USAID. Informe Técnico Anticonceptivo Hormonal y VIH. Septiembre 2013. http://www.usaid.gov/sites/default/files/documents/1864/HCHIVBrief_Spanish.pdf (consultado 15 de junio del 2015).
33. Gómez Sánchez Pío Iván. Anticoncepción en el puerperio. Universidad de Málaga. 2012
34. Sánchez Hernández José Antonio, Roballo Ramírez María Fernanda et al y colaboradores. Oclusión tubarica bilateral relacionada a dispareunia. Revista de la facultad de medicina de la UNAN. Volumen 54, N 2. Marzo- abril.2011.
35. Secretaria de salud. Anticoncepción postparto, transcesárea, poscesárea y posaborto. Primera Edición. México DF. 2012.

36. Gómez Sánchez Pío Iván. Anticoncepción en el puerperio. Universidad de Málaga. 2012
37. USAID. Nicasalud. Embarazo en adolescentes rurales de Nicaragua determinantes de riesgo y protección e indicadores para su abordaje. PATH 1ra edición. Managua, junio 2012.
38. Rocha Morales Rosa Esmeralda. Conocimientos, actitudes y practicas sobre métodos de planificación familiar en puérperas ingresadas en la sala Ginecología del Hospital Gaspar García Laviana del periodo enero a febrero 2015. Rivas, noviembre 2015.
39. Betania Allen-Leigh, Aremis Villalobos-Hernández, María I Hernández-Serrato, Leticia Suárez, Elvia de la Vara, Filipa de Castro, Psy Clin PhD, Raffaella Schiavon-Ermani. Inicio de vida sexual, uso de anticonceptivos y planificación familiar en mujeres adolescentes y adultas en México. México DF. 2013.
40. Corriols Marianela. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre métodos de planificación familiar en estudiantes del centro escolar Epifanía de la comunidad del Hormiguero municipio de Granada 1º de septiembre al 30 noviembre 2013. Managua, Nicaragua. Diciembre 2015.

ANEXOS

Hospital Escuela Cesar Amador Molina
Departamento de Ginecología y Obstetricia
Matagalpa

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.

Datos Generales:

Edad: ____

Procedencia: 1. Urbana__ 2.Rural__

Escolaridad de la paciente: 1. Analfabeta__ 2. Alfabeta__ 3. Primaria__
• 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 Gineco-obstétricos:

1. Gestas: ____ 2. Para__ 3. Aborto____ 4. Cesárea__

Periodo intergenésicos: 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? Sí__ No__

5. ¿Cuáles métodos de planificación conoces?

1. Píldora ____
2. Condón masculino ____
3. Esterilización masculina ____
4. Inyectable mensual ____
5. Esterilización femenina ____
6. Inyectable trimestral ____
7. Jaleas y cremas ____
8. Ritmo ____
9. Dispositivo Intrauterino ____
10. 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. 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. 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:

- ¿Qué piensas de que las pastillas para evitar son buenas, malas, por qué?
- ¿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. ¿Estas 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___
2. 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. Ninguno ___

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

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

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. 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. Ninguno ____

¡GRACIAS POR SU COLABORACIÓN!