

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA
UNAN MANAGUA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**



Conocimientos, actitudes y prácticas sobre métodos anticonceptivos posparto en el personal médico del Hospital Gaspar García Laviana, septiembre a diciembre 2016.

AUTORES

- Br. Gabriela Milagros Corea Avilés.
- Br. Álvaro Martín Hernández Álvarez.

TUTORES

- Dr. Ervin Ambota López
Tutor Metodológico
- Dr. Mario López
Tutor Científico - Ginecólogo – Obstetra

Noviembre 2017 Rivas, Nicaragua

INDICE

DEDICATORIA -----	<i>i</i>
AGRADECIMIENTOS -----	<i>ii</i>
OPINION DEL TUTOR -----	<i>iii</i>
RESUMEN -----	<i>iv</i>
INTRODUCCION -----	1
ANTECEDENTES -----	4
JUSTIFICACION -----	7
PLATEAMIENTO DEL PROBLEMA -----	9
OBJETIVOS -----	10
MARCO TEORICO -----	11
MATERIAL Y METODO -----	29
RESULTADOS -----	35
ANALISIS/DISCUSSION -----	39
CONCLUSIONES -----	41
RECOMENDACIONES -----	42
BIBLIOGRAFIA -----	43
ANEXOS -----	45

DEDICATORIA

Doy gracias a Dios sin cesar por vosotros, a causa de la gracia de Dios que os ha sido otorgada en Cristo Jesús, pues en el habéis sido enriquecidos en todo, en toda palabra y en todo conocimiento, en la medida que en que se ha consolidado entre vosotros el testimonio de Cristo.

(1ra corintios 1 – 4,6)

Señor y Dios mío, el camino de la vida es fácil de recorrer si sigo tus huellas, las dificultades desaparecen al estar en tu regazo, ni una sola hoja se mueve sin tu voluntad. Porque en la infinidad de su amor nos ha colmado de cuantiosas bendiciones a lo largo de mi vida, y nos ha concedido la dicha de tener una familia, y nos ha dado la fortaleza y sabiduría necesaria para culminar una etapa más de nuestras vidas donde aprendí que con paciencia y confianza en él todo es posible para llegar a ser un profesional.

AGRADECIMIENTOS

A nuestros padres: por su sacrificio y apoyo incondicional en los momentos más importantes de nuestras vidas y por habernos instruidos por el buen camino y por qué nos han enseñado que en la vida debemos luchar y esforzarnos por lo que queremos, por habernos ayudado a crecer como persona y por hacer de nosotros unos profesionales. Porque nuestro triunfo es el triunfo de ellos.

A nuestros docentes, por habernos apoyado mediante sus conocimientos los cuales fueron muy importantes para la realización de esta tesis, por su paciencia y dedicación en las horas de estudio y su excelente instrucción, gracias a su pasión por la docencia.

OPINION DEL TUTOR

La planificación post parto es una de las prioridades en salud pública a nivel del mundo, por eso las instituciones de salud de Nicaragua dirigen sus estrategias para una adecuada atención de la mujer después del parto, mas algún ha buscado los mecanismos para la evaluación y control de estas acciones con énfasis en la planificación familiar que constituye un pilar fundamental para la disminución de las muertes maternas y se reconocido como la intervención principal que salva la vida de madres e hijos.

La OMS ha reconocido que la planificación familiar postparto PFPP cumple una función importante en las estrategias para disminuir las necesidades de PF insatisfechas. La anticoncepción durante el posparto adquiere una dimensión especial si se tiene en cuenta que el método seleccionado debe garantizar el mantenimiento de la lactancia y la salud del binomio madre-hijo. Las puérperas tienen la mayor cantidad de necesidades de PF insatisfechas. No obstante, en general no reciben los servicios que necesitan para lograr intervalos intergenésicos más prolongados o para disminuir los embarazos no planificados y sus consecuencias.

La importancia de la PFPP radica en adecuado espaciamiento de los embarazos, como primera medida para reducir el riesgo de morbilidad y mortalidad materno-infantil. De ahí, nuestro interés de conocer el nivel del conocimientos, actitudes y practicas sobre el uso de los métodos de planificación familiar en este período. Se concluyó que la asesoría en materia de anticoncepción durante el posparto es esencial.

Dr. Ervin José Ambota López, PhD

Salud Pública - Epidemiológica

Especialista en VIH sida

Maestro en Economía y Gestión Sanitaria

RESUMEN

Se realizó estudio descriptivo de corte transversal, utilizando la técnica CAP (Conocimientos, actitudes y prácticas), realizado en el Hospital Gaspar García Laviana; departamento Rivas teniendo como objetivo determinar los conocimientos, actitudes y prácticas sobre métodos anticonceptivos postparto que tienen los médicos asistenciales en el periodo de septiembre a diciembre 2016.

La muestra fue obtenida por conveniencia en donde se encuestaron a 52 médicos, realizando preguntas cerradas para obtener sus datos sociodemográficos, conocimientos, actitudes y prácticas. Para la recolección de la información se utilizó la encuesta, 26 preguntas cerradas de conocimientos calificando como bueno a los que respondieran 18 preguntas correctas, para valorar la actitud se formularon 8 preguntas cerradas en la cuales calificamos la actitud favorable si respondían 7 preguntas buenas y las prácticas fueron observaciones compuesta por 8 ítems que directamente valoramos en la visita médica en el área de ginecología en un periodo de 10 días alternados. Se utilizó el programa SPSS para la tabulación de la información.

Se concluye que los conocimientos fueron buenos 73.1%, las actitudes fueron favorables 78.8% y las practicas buenas en 68.5%.

INTRODUCCION

El posparto es una etapa en la vida de la mujer con características psicológicas y biológicas muy peculiares, que lo hacen un período con requerimientos especiales en materia de salud y en particular, sobre anticoncepción.

La anticoncepción post evento obstétrico es parte de la estrategia de planificación familiar dirigida a contribuir a la maternidad segura de las nicaragüenses, previniendo el riesgo de un embarazo no intencionado y prolongar el intervalo intergenésico, favoreciendo el bienestar físico, mental y social de las madres y niños que suele mejorar cuando las parejas tienen menos hijos a los que puedan prodigar mejores cuidados.

La anticoncepción durante el posparto adquiere una dimensión especial si se tiene en cuenta que el método seleccionado debe garantizar el mantenimiento de la lactancia y la salud del binomio madre-hijo. Además de la importancia de un adecuado espaciamiento de los embarazos, como primera medida para reducir el riesgo de morbilidad y mortalidad materno-infantil.

Los aspectos más importantes a tener en cuenta en el uso de métodos de planificación familiar en el puerperio son la práctica de la lactancia, el contenido hormonal del método, el momento de su introducción y si la intención de planificación familiar es espaciar o limitar los nacimientos.

En la mujer que lacta, los métodos más recomendados son los no hormonales principalmente los de barrera, seguidos de los hormonales con sólo progestágenos por carecer de efectos adversos sobre la producción y calidad de la leche y sobre la salud del niño, en las mujeres que no lactan se usan iguales métodos a excepción del método de lactancia-amenorrea (MELA).

A efecto de aprovechar la oportunidad de atender integralmente a las Mujeres en edad fértil se orienta la elección de Métodos anticonceptivos más adecuado según la condición de salud y necesidades reproductivas, antes de que las puérperas egresen de la unidad de salud. Las mujeres que no usan métodos anticonceptivos

resultan con embarazos ocurridos en un corto período intergenésico, alto riesgo obstétrico y en incremento de la ya elevada tasa de fecundidad.

Es importante considerar que el temor a otro embarazo, la necesidad de la mujer de reincorporarse a su trabajo remunerado, sus condiciones de salud y las presiones familiares, sociales o económicas influyen en la decisión de cuando iniciar un método anticonceptivo y que método utilizar.

Aproximadamente una cuarta parte de las mujeres expresan el deseo de espaciar o limitar sus embarazos, pero no están utilizando ninguna forma de anticoncepción, formando un posible susceptible para la acción de los servicios de planificación familiar.

20% de las puérperas presentan edades entre 15-19 años y mayores de 35 años consideradas por su edad como factor de riesgo reproductivo que mueren durante el embarazo, parto o puerperio y 37% de ellas deciden no planificar o eligen métodos anticonceptivos que podría brindarles una protección insuficiente en caso de ser usados de manera inadecuada.

Con una buena calidad de la atención se obtienen mayores beneficios, como el uso de métodos anticonceptivos más seguros y eficaces, la información y los servicios son más accesibles, las usuarias toman decisiones informadas y están más satisfechas.

La estrategia de planificación familiar esta abona a la maternidad segura, por lo que se brinda en las unidades del MINSA para garantizar la elección voluntaria e informada y el acceso a métodos anticonceptivos por parte de las mujeres en edad fértil atendidas a nivel institucional y comunitario

A nivel nacional, estas mujeres aún tienen demanda insatisfecha para espaciar o limitar embarazos no intencionados, especialmente en las zonas rurales y entre la población con menos recursos económicos.

Es primordial el conocimiento sobre métodos anticonceptivos que tengan la mujer y su pareja para que de esta manera puedan desarrollar relaciones responsables y satisfactorias que les garantice tener una procreación controlada.

En este trabajo de investigación ofreceremos un estudio dirigido a los médicos del Hospital Gaspar Garcia Laviana sobre el Nivel de conocimientos, actitudes y prácticas de métodos anticonceptivos posparto en pacientes puérperas.

ANTECEDENTES

A nivel mundial se han realizado diferentes estudios sobre métodos anticonceptivos en busca de estrategias para disminuir la tasa de fecundidad, entre ellos tenemos:

En el año 1966 el consejo de población, una organización no gubernamental en México, llevo a cabo proyectos de demostración sobre la planificación familiar después del parto conocidos como programas internacional posparto, los cuales estaban principalmente dirigidos a países en vías de desarrollo, estos proyectos se basaban en los supuestos que señalan que las mujeres se encuentran dispuesta a recibir información sobre planificación familiar durante el puerperio pero que no regresan a los centros de salud para recibir anticonceptivos luego del alta hospitalaria. Fueron declarados exitosos, debido a su capacidad para llegar a un gran número de mujeres, hasta un 84% de mujeres informo haber hablado de anticoncepción con un médico en la sala posparto ,la educación posparto acerca del uso de anticonceptivos se ha convertido en un componente estándar del cuidado en este periodo, que constituye una pieza integral de la planificación del alta hospitalaria, sin embargo las púerperas refirieron desear tratar la anticoncepción en el período prenatal y después del alta hospitalaria, preferiblemente tratar el contexto de la educación general acerca de la salud materna e infantil.

En un estudio realizado por el MINSA en el Personal de Salud del Primer Nivel de Atención de los Departamentos de Boaco, Managua y Jinotega en el año 1996, se determinó que tanto médicos como enfermeras tienen conocimientos insuficientes sobre las normas de atención integral a la mujer, siendo el personal médico el menos actualizado en los temas de planificación familiar en relación con las enfermeras.

Según Medina Y. en un estudio que realizó en marzo del año 2000 en unidades de salud del SILAIS- León, el personal de enfermería conoce mejor que los médicos el concepto de salud sexual y reproductiva con enfoque de género y de métodos de planificación familiar.

En este mismo año durante el mes de Septiembre en los Centros de Salud de Managua Alemán María A. y Arguello Ariel., al estudiar al personal médico sobre

métodos de planificación familiar concluyeron que la mayoría de los recursos tienen un nivel de conocimiento medio, seguido del grupo que se ubica en el nivel alto y solo una minoría se encuentra en el nivel bajo.

En este mismo aspecto al abordar la anticoncepción de emergencia en las unidades de salud del SILAIS Carazo, Zúniga Elizabeth., en diciembre 2004 determina que el conocimiento en general del médico es regular, sin embargo en relación al mecanismo de acción y reacciones adversas es malo.

En el año 2009 se realizó un estudio en el departamento de Carazo, sobre conocimientos actitudes y prácticas acerca de planificación familiar en el primer nivel de atención se encontró que tanto médicos como enfermeras tienen un buen conocimiento sobre planificación familiar con el 71.4%, al evaluar la actitud se obtuvo que el predominio es actitud favorable con un 92.2%, con respecto a las prácticas se encontró que un 100% cumple con los estándares establecidos por el estudio.

En la ENDESA 2011/12 casi la totalidad de las mujeres 99% han escuchado hablar de los métodos anticonceptivos, el uso actual de métodos de planificación familiar es del 80% representando un aumento del 8% respecto al año 2006/7.

En cuanto al uso por tipo de métodos de planificación familiar se encontró en la última Endesa 2011/12 que los más utilizados son la esterilización femenina 30%, inyectable 26%, 20% preservativo, píldora 11%, condón 5%, DIU 3% otros 1%

En cuanto las fuentes de obtención de los diversos métodos se encontró que el principal proveedor es el sector público con el 69% del total de los métodos de planificación familiar utilizados. En Endesa 2011/12 cuando se valoró la provisión de métodos de planificación familiar por tipo de métodos observamos que el sector público proveía el 76% de los inyectables, 71% de las esterilizaciones quirúrgicas femeninas, el 71% de los Diu y el 63% de las píldoras.

Estudio realizado en 2014 en hospital Berta Calderón Managua Nicaragua refiere que en cuanto al método anticonceptivo usado en el puerperio anterior, la inyección de tres meses fue la más utilizada. ENDESA 2011/12 también evidencia que el

método de planificación más usado es la esterilización femenina seguida de la inyección trimensual y que el sector público provee el 76% de los métodos inyectables.

JUSTIFICACIÓN

La planificación familiar es uno de los elementos clave en la atención de calidad durante el posparto, según informe de expertos internacionales en atención de salud que se reunieron en Bellagio, Italia. Se ha demostrado que los intervalos cortos entre los embarazos aumenta el riesgo de morbilidad y de mortalidad para la madre y su hijo. Existen estudios que señalan que habría un 10 % menos de muerte maternas y 500 000 menos de muerte en niños durante el primer año de vida si se asegurara que todos los embarazos tuvieran intervalos mínimos de 2 años. De ahí la necesidad de dar mayor prioridad al desarrollo de los servicios de planificación familiar en el posparto e integrarlos a los servicios de salud existentes para lograr una mayor atención a la salud reproductiva después del embarazo.

En Nicaragua la Anticoncepción Posparto es una estrategia reconocida por el MINSA como eficaz para el mejoramiento de las condiciones de las familias a través del espaciamiento de los embarazos. Sin embargo, a pesar de los múltiples esfuerzos institucionales, existen aún muchas limitaciones para alcanzar la cobertura en planificación familiar. La oferta de métodos modernos es aún limitada, a esto se suman los aspectos culturales que determinan en muchos casos una actitud negativa y una práctica desfavorable hacia el uso de determinados métodos anticonceptivos.

Las mujeres de nuestro país tienen un alto nivel de conocimientos respecto a la existencia de métodos de planificación familiar pero no respecto a qué métodos son los más indicados a utilizar durante el puerperio, esto influye de manera negativa en la práctica anticonceptiva.

A pesar de su deseo de posponer el embarazo siguiente por más de dos años, una alta proporción de usuarias posparto no sabe en qué momento es más probable que regrese su fertilidad. Esto causa que el inicio del uso de un método de planificación familiar se postergue y aumente el riesgo de embarazo no deseado.

La entrega gratuita de anticonceptivos por el MINSA favorece su uso, sin embargo el bajo nivel de educación de planificación familiar limita a las parejas en edad fértil

a la disponibilidad y uso, lo que trae como consecuencia un crecimiento demográfico.

Es necesario saber cuál es el conocimiento actitudes y prácticas que tiene el personal de salud sobre métodos anticonceptivos en el puerperio ya que estos son los que brindan asesoría a las pacientes puérperas de cuál es el método indicado en su situación según los resultados se conocerá la calidad de información que se le brinda a las pacientes en este tema además implementaran nuevas acciones preventivas tales como educación sexual y consejería integral en los diversos momentos del embarazo , sobre todo en las mujeres con mayor riesgo reproductivo. Del mismo modo pretendemos fortalecer los programas y normas ya establecidas de manera que reflejen un cambio positivo en el conocimiento, la actitud y la práctica del personal de salud sobre métodos anticonceptivos en una etapa tan importante como es el posparto.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Cuál es el Nivel de conocimientos, actitudes y prácticas sobre métodos anticonceptivos posparto en los médicos del Hospital Gaspar García Laviana, septiembre a noviembre 2016 ?

OBJETIVOS

Objetivo General:

Evaluar el Nivel de conocimientos, actitudes y prácticas sobre métodos anticonceptivos posparto en los médicos del Hospital Gaspar García Laviana, septiembre a noviembre 2016.

Objetivo específicos:

1. Identificar las características sociodemográficas del personal en estudio.
2. Describir el nivel de conocimientos sobre métodos anticonceptivos posparto de los médicos en estudio.
3. Identificar el tipo de actitud relacionada al uso de anticonceptivos posparto de los médicos en estudio.
4. Describir el nivel de práctica de métodos anticonceptivos posparto del grupo de médicos en estudio.

MARCO TEÓRICO

Definiciones

Conocimiento: Es un conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje (a posteriori), o a través de la introspección (a priori). En el sentido más amplio del término, se trata de la posesión de múltiples datos interrelacionados que, al ser tomados por si solos, poseen un menor valor cualitativo.

Actitud: es el estado de ánimo que se expresa de una cierta manera (como una actitud conciliadora).

Practica: es la acción que se desarrolla con la aplicación de ciertos conocimientos. La planificación familiar es una estrategia que permite a las parejas decidir por si mismas tener o no, el número de hijos (as) que desean, asi como el momento oportuno para tenerlos. Es también un derecho humano, una estrategia de salud pública, una medida de bienestar familiar y una condición que facilita el desarrollo socioeconómico y asegura el desarrollo sostenible

La planificación familiar post-parto (PFPP), se centra en la prevención de embarazos no planificados y de intervalos intergenesicos cortos durante los primeros 12 meses después del parto, a diferencia de la planificación familiar en general cuya importancia está presente de por vida en la vida de una persona o `pareja.

Puerperio es un periodo de transformaciones progresivas de orden anatómico y funcional que hace regresar paulatinamente todas las modificaciones gravídicas y que se desarrolla por un proceso de involución de las mismas hasta casi regresarlas a su estado inicial. Se clasifica en:

- Inmediato (primeras 24 horas)
- Propiamente dicho (2do al 10mo día)
- Alejado (11avo al 45avo día y que finaliza muchas veces con el retorno de la menstruación)

- Tardío (45avo al 60avo dia)

➤ **Actividad ovárica en el embarazo y puerperio**

Durante el embarazo existe una supresión de la actividad ovárica cíclica debido a la elevación de los estrógenos y la progesterona producidos, durante las primeras semanas del embarazo por el cuerpo lúteo y posterior por la placenta.

Tras la ovulación, el folículo se transforma rápidamente en cuerpo lúteo por acción de la LH, que a su vez estimula para la producción de progesterona, estrógenos y en menor cantidad, andrógenos. En función de la fecundación o no del oocito, pueden ocurrir dos vías en la vida del cuerpo lúteo.

- No hay fecundación: se forma el cuerpo lúteo de la menstruación con tamaño y actividad secretora máxima en 9 días tras la ovulación, para después comenzar a retraerse y a disminuir la producción hormonal, y desaparecer casi por completo hacia el día 14 posterior a la ovulación. El cuerpo luteo entonces se transforma en el cuerpo albicans, que puede permanecer durante meses o años.
- Si hay fecundación: el cuerpo luteo aumenta de tamaño hasta alcanzar unos 2-3 cm y mantiene su actividad secretora durante el primer trimestre del embarazo: es el llamado cuerpo luteo del embarazo, que se mantiene gracias a que el trofoblasto recién formado sintetiza la gonadotropina corionica humana (hCG), con acción luteotrofica.

Después será la placenta la que continuara la síntesis de progesterona y estrógenos: los altos niveles de estas hormonas durante el embarazo inhiben la secreción hipofisaria de gonadotropinas (LH y FSH) por inhibición de los pulsos de GnRH a nivel hipotalámico, y antagonizan la respuesta hipofisaria a la GnRH al obstaculizar la acción de los estrógenos.

Una vez que se produce el alumbramiento, se pierde el efecto inhibitor de los estrógenos y la progesterona placentarias, por lo que cabe esperar que se reinicie de nuevo la secreción pulsátil de GNRH, y la FSH y LH retornan a sus niveles normales.

Actividad ovárica durante el puerperio

A. No lactancia materna

En la mujer que no da lactancia, los niveles de gonadotropinas se encuentran disminuidos durante la etapa más temprana del puerperio, volviendo a concentraciones normales entre la tercera y quinta semana cuando los niveles de prolactina se normalizan. Es el momento en el que reaparece la menstruación en la mayoría de estas mujeres.

El cese de la lactancia mediante la inhibición de la secreción de prolactina por un agonista dopaminérgico, está asociado con el retorno de la secreción de gonadotropinas en la segunda semana de postparto, y ovulación y menstruación más temprana. Así estas pacientes requerirán anticoncepción a partir de la segunda semana postparto.

B. Lactancia materna

La lactancia extiende el periodo de amenorrea e inactividad ovárica, debido a que el estímulo frecuente del pezón durante la succión produce inhibición a nivel del hipotálamo, disminuye la secreción de gonadotropinas e inhibe la ovulación y menstruación.

El aumento de los niveles séricos de prolactina en forma de picos en respuesta al estímulo de succión inhibe la secreción pulsátil de GnRH, mediado también por el incremento de dopamina (suprime la acción de núcleo arcuato), quizás mediado por la actividad de opioides endógenos.

Hacia la tercera semana del puerperio se encuentran niveles de FSH semejantes a los encontrados durante la fase folicular mientras que los niveles de LH permanecen por debajo de lo normal; se cree que este es un mecanismo importante para el mantenimiento de la infertilidad durante la lactancia.

La duración de la amenorrea y la anovulación es más larga, mientras mayor sea el periodo de lactancia y menor el uso de suplementos de leche.

➤ principales limitaciones de la anticoncepción durante el puerperio.

Estado de hipercoagulabilidad.

Los cambios normales hemostáticos que se producen durante el embarazo producen un estado de hipercoagulabilidad que asegura la hemostasia tras el parto, pero conlleva a un aumento de fenómenos tromboembólicos.

Aumento de factores procoagulantes:

- Factores de coagulación VII, VIII, IX, X, XII, Von Willebrand
- Aumento del fibrinógeno plasmático.
- Aumento de la adhesividad entre plaquetas.

Resistencia a anticoagulantes endógenos, proteína C activada y disminución de la proteína S.

Disminución de la fibrinólisis por aumento del inhibidor de la actividad del plasminogeno tisular 1 y 2.

La mayoría de los factores de coagulación alterados vuelven a valores normales en 1-4 semanas postparto; otros pueden tardar hasta 6 o incluso 8 semanas. Todo ello sumado al aumento de estasis venosa durante el embarazo y el daño vascular que acontece durante el parto, aumenta de forma significativa el riesgo de enfermedad tromboembólica venosa (ETE) en el puerperio.

En líneas generales este aumento del riesgo disminuye rápidamente durante los primeros 21 días postparto, volviéndose a la línea de base hacia el día 42, junto con la restauración del flujo venoso.

No hay estudios que analicen el riesgo de ETE en mujeres que toman anticonceptivos hormonales combinados (AHC) en el puerperio. Se estima que el riesgo de ETE en usuarias de AHC que no están en periodo postparto es de 3 a 7 veces superior con respecto a las no usuarias, debido a que induce alteraciones en distintos parámetros de coagulación, similar a lo que ocurre en el embarazo. En consecuencia, el uso de AHC en el puerperio será de forma restrictiva.

➤ **Criterios de elegibilidad recomendados por la OMS**

Los criterios de elegibilidad recomendados por la OMS proporcionan un adecuado margen de seguridad para proteger a las mujeres de los potenciales efectos adversos de los anticonceptivos.

En general, las categorías 1 y 2 permitirían el uso de ese método anticonceptivo, con la categoría 3 generalmente el método no se recomienda a menos que otros

métodos mas adecuados no estén disponibles o no sean aceptados. Aquellos con categoría 4 no se deben usar para esa condición medica.

➤ **Anticoncepción en la post parto, post aborto y trans cesárea según MINSA.**

El MINSA sigue las recomendaciones dadas por la OMS y ha incluido en su norma de planificación familiar opciones escalonadas para la elección de los métodos anticonceptivos postparto asi como también las ventajas y desventajas de cada uno de ellos.

Describe la anticoncepción al finalizar el embarazo como la estrategia que le permite a la mujer posponer un nuevo embarazo o finalizar su vida reproductiva, mediante la utilización de un método de planificación familiar temporal o permanente, inmediatamente después de un parto, cesarea o aborto y antes de abandonar la unidad de salud donde fue atendida o como parte de las acciones que se brindan durante la atención domiciliar ya sea para su atención o referencia.

Clasificación

➤ **Opciones anticonceptivas al finalizar el embarazo**

• **Primera opción:**

➤ Métodos Temporales:

- Lactancia Materna.
- Preservativo.
- Dispositivos Intrauterinos.

➤ Métodos Permanentes.

- Oclusión Tubárica Bilateral (OTB).

• **Segunda opción:**

➤ Hormonales con solo Progestágenos:

- Orales: Ovrette, Cerazete.
- Inyectables: Depo-Provera

• **Tercera opción**

➤ Hormonales combinados:

- Estrógenos/Progesterona (posterior a los 6 meses).

2. Desarrollo

- Primera opción

➤ Métodos Temporales:

Método de Lactancia Exclusiva y Amenorrea (MELA):

Es la infecundidad fisiológica experimentada por las mujeres lactantes ofrece una Protección del mas del 90% contra el embarazo en los primeros 4 meses mientras no se presenta la menstruación. (15)

Mecanismo de acción:

Detiene la ovulación, ya que la lactancia materna produce cambios en la velocidad a la que liberan las hormonas naturales de la mujer.

El uso correcto exige que la menstruación no se haya reanudado, que la mujer se encuentre proporcionando lactancia materna exclusiva y que su hijo sea menor de seis meses.

Indicaciones:

- Toda puérpera con hijos vivos que no tengan contraindicado lactancia materna Exclusiva

Contraindicaciones:

- En el niño galactosemia, herpes simples, y VIH.SIDA
- En la madre-enfermedad infecciosa de ambas mamas, tratamiento con quimioterapia para el cáncer o tuberculosis pulmonar activa

Ventajas

- Favorece la relación madre-hijo a través de la práctica de la lactancia materna.
- Aumenta la cantidad de producción de leche materna.

- No requiere examen físico.
- Disminuye la Morbimortalidad del RN.
- Ayuda a la retracción uterina.
- Proporciona mejor nutrición al bebé.
- Proporciona satisfacción emocional a la madre.
- No requiere de la utilización de otro método anticonceptivo adicional.
- 98% de efectividad por espacio de hasta 6 meses cuando se práctica de manera exclusiva.
- Previene el embarazo por lo menos 6 meses
- Ayuda a la retracción uterina
- No tiene costo económico
- Proporciona el alimento más saludable para el Bebe y lo ayuda a protegerlo de enfermedades.

Desventajas

- Es un método exclusivo del puerperio
- No brinda protección contra las enfermedades de transmisión sexual.
- Método introductorio, sólo es eficaz en los 6 meses después del parto.
- Si la madre y el niño se separan por largos períodos de tiempo, disminuye su eficacia.
- Requiere gran rigurosidad con la lactancia exclusiva

Preservativo:

Es un método anticonceptivo temporal, conocido también como preservativo profiláctico, gomas o forros.

Mecanismo de acción: Impide de manera mecánica y química que los Espermatozoides del hombre entre en contacto con la vagina, el cuello del útero y el óvulo de la mujer.

Efectividad anticonceptiva: Bajo condiciones habituales de uso, este método brinda protección anticonceptiva del 70 al 90%. (15)

Ventajas

- No tiene efecto sobre la lactancia.
- Su utilización no significa riesgo para la madre y el niño.
- Proporcionan protección contra las infecciones de Transmisión Sexual, VIH y SIDA.
- 95-97% de eficacia cuando se asocia a lactancia materna exclusiva.
- 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.

Desventajas

- Requiere apoyo directo y aceptación de su uso por la pareja.
- Interfiere con la espontaneidad 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.
- En algunos casos reduce la sensibilidad del pene.
- 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.

Efectos adversos

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

Dispositivo intrauterino (DIU)

Definición: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.

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 levonorgestrel. Aumenta la fagocitosis en la cavidad uterina. (15)

Duración y Efectividad 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.

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, post parto o post cesárea.

Indicaciones:

- Mujeres en edad fértil con vida sexual activa que deseen un método anticonceptivo temporal de alta efectividad y seguridad.
- Mujeres que no deseen el uso de otro métodos anticonceptivos en la siguiente circunstancia e intervalo inter genésico :
 - En el post parto, trans y post- cesárea con o sin lactancia
 - En post aborto
- Mujeres que tengan contraindicaciones en el uso de anticonceptivos hormonales.

Contraindicaciones:

- Infecciones pélvicas activa, reciente o recurrente.
- Embarazo sospechoso o diagnóstico.
- Sangrado uterino anormal.
- Existencia de cáncer cervicouterino.

Ventajas

- Menos incomodidad cuando se inserta inmediatamente después del parto.
- No se requiere tomar medidas en el momento del coito.
- 99% de eficacia.

Desventajas

- Requiere de exploración física previa y su inserción debe ser realizada por personal de salud entrenado.
- Pueden presentarse algunas complicaciones como perforación e infecciones si no se aplica bien la técnica de inserción.

➤ **Métodos permanentes**

Oclusión tubárica 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.

Eficacia: Bajo condiciones habituales de uso, este método brinda protección anticonceptiva mayor al 99%. (15)

Según el momento de realización:

- Intervalo ínter genésico: Efectuar en cualquier momento del ciclo si se tiene certeza de ausencia de embarazo.
- Posparto: Efectuar inmediatamente o en los primeros 7 días pos parto, el fondo uterino está cerca del ombligo y permite el acceso a través de incisión subumbilical.
- Trans cesárea: Efectuar en el transcurso de la cirugía, después de la expulsión de la placenta y luego de haber cerrado la Histerotomía.
- Post aborto: Efectuar inmediatamente o dentro de los primeros 7 días, siempre que no haya infección.

Indicaciones

- Haber recibido consejería.
- Paridad satisfecha. Mujer mayor de 30 años, con cualquier paridad. Mujeres con 3 o más hijos vivos a cualquier edad.
- Mujeres que tienen algún problema de salud que constituye una contraindicación un embarazo futuro o la utilización de otros métodos de planificación familiar.
- Mujeres en las cuales un embarazo representa un riesgo inaceptable para su salud.
- Mujeres que desean un método altamente eficaz y permanente.
- Mujeres en posparto, trans cesárea, post aborto, en intervalo ínter genésico.
- Mujeres sin tumoraciones pélvicas.

No debe usarse el método.

- Enfermedad inflamatoria pélvica activa.

- Embarazo o sospecha de embarazo.
- Mujeres que no den su consentimiento voluntario e informado por escrito.
- Tumor pélvico sin diagnóstico conocido.
- Falta de movilidad uterina (adherencias).
- En el posparto o trans cesárea cuando el neonato presenta problemas de salud que comprometan su supervivencia.

Ventajas

- No tiene efecto sobre la lactancia.
- Eficacia inmediata y elevada.
- Es un método permanente.
- No interfiere con las relaciones sexuales.
- 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.
- 99.6% de eficacia

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

- **Segunda opción**

- **Hormonales con solo Progestágenos:**

Orales: Ovrette, Cerazete.

Concepto:

Este método utiliza una sustancia esteroide de progestagenos que se administra por vía oral, evita el embarazo. Su eficiencia es del 90 – 97% .

Mecanismo de acción: es a nivel del moco cervical, el endometrio y la trompa de Falopio. La duración anticonceptiva está limitada al día en que se ingiere la tableta.

Presentación:

La presentación usada en el MINSA es el ovrette que contiene 75 mlgr de norgestrel.

Ventajas:

- Son más fáciles de usar por que todas son iguales.
- No llevan estrógenos y tiene menos progestágenos.
- Tiene poco impacto sobre la función hepática.
- No tiene efecto sobre la presión arterial y la coagulación.
- Se puede usar cuando la lactancia ya ha comenzado.
- La fertilidad retorna de inmediato al suspenderla.
- Muy eficaz si se usa con regularidad.
- Puede utilizarse de inmediato incluso en presencia de infección.

Desventajas

- Se requiere un suministro periódico y estricta ingestión diaria a la misma hora.
- Suele causar hemorragias irregulares.
- No protege contra las infecciones de transmisión sexual VIH Y SIDA.
- Hay mayor riesgo de quistes funcionales y embarazo ectopicos en caso de ovulación.
- Exige motivación constante y uso regular.
- Debe asegurarse el suministro continuo.

Indicaciones

- Mujeres de toda edad reproductiva con cualquier número de hijo que deseen un método de alta efectividad.
- En el posparto o poscesareas con o sin lactancia.
- Es una alternativa inmediata en el posaborto.
- Mujeres fumadoras de cualquier edad.
- Mujeres con anemia falciforme.
- Mujeres diabéticas y obesas.

Contraindicaciones

- Sangrado uterino anormal, no diagnosticado
- Embarazo o sospecha de embarazo
- Enfermedad hepática aguda o crónica activa
- Insuficiencia renal
- Cardiopatía isquémica
- Migraña focal.

Métodos hormonales inyectables intramusculares Solo con progestágenos de depósito trimestral.

Definición:

Es un anticonceptivo que contiene una sustancia esteroides de progestágenos que administrado por vía intramuscular evita el embarazo durante tres meses.

Mecanismo de acción:

Actúan inhibiendo la ovulación y espesando el moco cervical, lo vuelve inadecuado para la penetración de los espermatozoides. (15)

Ventajas

- No afecta la función gastrointestinal
- Disminuye los cólicos, el dolor menstrual y el dolor ovulatorio
- Se puede usar durante la lactancia
- No causa malformación congénitas

- Fácilmente administrables.
- Cómodo para la mujer y no hay interferencia en el coito.

Desventajas

- Irregularidades del ciclo menstrual principalmente la amenorrea
- La fertilidad se reanuda de 2 a 6 meses después
- No protege contra las infecciones de transmisión sexual y el VIH SIDA.

Indicaciones

- Mujeres en edad fértil con vida sexual activa, nuligesta, nulípara y multípara que desean un método temporal.
- Mujeres en las que hay contraindicaciones de otros métodos.
- En posparto o pos cesárea, lactando, después de 6 semanas, fecha en que está establecida la lactancia y hasta 6 meses y más tiempo posteriores al nacimiento.
- En mujeres que no lactan desde antes de 21 días posteriores al nacimiento.
- En post aborto, del primer, segundo trimestres e inmediatamente después de aborto séptico.
- Con historia de cirugía pélvica.
- Epilepsia.
- Anemias por talasemia, drepanocítica, ferropénica.
- Interacción de drogas: antibióticos (excluyendo rifampicina y griseofulvina).
- Mujeres con prácticas sexuales de riesgo.
- Cuando el uso de estrógenos esté contraindicado.

Contraindicaciones

- Mujeres fumadora o no, que serán sometidas a cirugía mayor en un lapso de 4 semanas
- Embarazo o sospecha de embarazo.
- Cáncer mamario actual.
- Sangrado vaginal de causa desconocida, aún no diagnosticada.

- Mujeres que deseen embarazarse en un período menor a 9 meses después de suspender el anticonceptivo.

Eficacia: La eficacia es mayor al 99%,

- **Tercera opción**

- **Hormonales combinados:**

Estrógenos/Progesterona (posterior a los 6 meses).

Definición:

Son una combinación de sustancias esteroideas muy parecidas a las hormonas naturales en el cuerpo de la mujer (un estrógeno y un progestagenos). Las mujeres que usan anticonceptivos orales deben tomar una píldora cada día para prevenir el embarazo.

Tipos:

- Dosis Altas 50mg. De Etinilestradiol asociado a progestagenos.
- Dosis Media: etinilestradiol 50 mg. Asociados con progestagenos 500 y 250 mg.
- Dosis Baja: etinilestradiol 35 Mg. Asociados con progestagenos de primera generación 1000Mg. Mas 250Mg. (Neoginòn).

- Micro dosis: con dosificación de etinilestradiol de 30 y 20 mg asociados con progestagenos de segunda generación de 300 y 150 mg (Lo femenil).
- Antiondrogeno: con dosificación de etinilestradiol de 35 mg asociados con unprogestagenos, antiandrógeno, acetato de ciproterona 2,000 mg.

Presentación:

Las presentaciones existentes en las unidades del MINSA son de 28 tabletas de las cuales 21 contienen hormonas 7 contienen hierro.

Descripción:

Los estrógenos actúan impidiendo la ovulación, los progestagenos actúan a nivel del moco cervical del endometrio y de las trompas de Falopio. Su protección anticonceptivos bajo condiciones habituales es del 92-99%. (15)

Ventajas :

- No se requiere tomar medida alguna en el momento del coito.
- Menos riesgo de cáncer de ovario cuando se utiliza en el post parto.
- 99.9% de eficacia. Son muy eficaces, fáciles de usar, reversibles.
- Su uso es independiente del coito; son seguros, ya que se reportan pocas complicaciones y riesgo de muerte.

Desventajas

- En caso necesario usar micro dosis a partir de los 6 meses de lactancia.
- Interfieren en la lactancia materna. Los estrógenos pueden reducir la producción de leche materna.
- Mayor riesgo de trombo embolismo.

Indicaciones:

- Mujeres jóvenes y adolescentes sexualmente activas.
- Parejas que desean espaciar embarazos.
- Mujer nulípara.
- Mujeres no lactantes en el periodo de posparto o pos cesárea comenzando de inmediato.
- Parejas que desean un método reversible de corto o largo plazo.
- Mujeres en periodo pos aborto inmediato.
- Mujeres con periodos menstruales dolorosos y abundantes.
- Mujeres con quistes de ovario funcionales.
- Mujeres en las que esta contra indicado el dispositivo intrauterino.

Contra indicaciones absolutas:

- Embarazo
- Enfermedad circulatoria pasada y presente
- Tener o haber tenido cáncer mamario o de Ovario
- Tener o haber tenido tumores hepático benignos o malignos
- Enfermedades hepáticas aguda o crónica
- Durante la administración crónica de rifampicina o anticonvulsivante
- Tabaquismo excesivo consumo mayor de 20 cigarrillo
- Sangrado no diagnosticado del tracto genital
- Diabetes mellitus no controlado.

MATERIAL Y METODO

Tipo de estudio: Descriptivo de corte transversal, usando la técnica CAP (conocimiento, actitudes y prácticas)

Área de estudio: el estudio se realizó en Hospital Gaspar Garcia Laviana de la Ciudad de Rivas, Departamento de Rivas. En los que laboran Médicos asistenciales de diferentes competencias.

Periodo: Septiembre a Diciembre 2016.

Población de Estudio: Médicos asistenciales

Universo: el universo estuvo constituido por un total de 52 médicos asistenciales que laboran en dicho Hospital.

Muestra: Igual al universo.

Muestreo: Fue realizado por conveniencia.

Criterios de inclusión

Médicos asistenciales activos.

Que acepten participar en el estudio

Criterios de exclusión

Médicos asistenciales inactivos.

Que no aceptan participar en el estudio.

Lista de variables

- Edad
- Sexo
- Categoría por competencia
- Tiempo de ejercer
- Conocimiento sobre anticoncepción post parto
- Actitud sobre la anticoncepción post parto
- Practicas sobre la anticoncepción post parto

Fuente de información:

La fuente de información es primaria se realizó directamente la encuesta a cada médico asistencial.

Método de recolección de la información:

Para recolectar la información se hizo una ficha estructurada que contiene los tres acápite de actitudes, conocimientos y prácticas y algunos datos sociodemográficos y para validar la ficha hicimos una prueba piloto al 10% del total de la muestra para disminuir los sesgos de información durante la recolección de la información y este 10% serán incluidos dentro la totalidad del universo.

La recolección de la información se realizó por conveniencia de los autores porque la muestra a estudio es pequeña y así valorar su significancia estadística y evitar sesgos de información durante la recolección de la misma.

La encuesta está constituida con preguntas cerradas para un total de 51 médicos asistenciales las cuales fueron dirigidas para obtener el nivel profesión sobre conocimientos actitudes y prácticas.

Para evaluar el conocimiento las preguntas fueron las que hacían referencia a concepto, uso, reacciones adversas, ventajas y desventajas y seguridad sobre los métodos anticonceptivos post parto, para un total de 26 preguntas cerradas.

Se calificó el conocimiento como bueno si los médicos asistenciales respondían 18 preguntas correctamente y malo ≤ 18 .

Las actitudes se calificaron como favorables si responden 7 o más preguntas correctamente y como desfavorable menos de 5. En total son 9 preguntas.

En las practicas se visitó el área de estudio así mismo nos incorporamos a pases de visita en el área de ginecología observando las diferentes practicas realizadas y contestando un formulario de ítems, se clasificaron como buenas y malas de la siguiente manera, mayor de 7 como bueno y menor a este valor malo. En total son 8 ítems. Se consideró bueno mayor de 6, malo menor al valor correspondiente.

Plan de tabulación

Se utilizó Microsoft Office Word 2013 para la redacción de informe, el programa estadístico SPSS para la realización de gráficos y tablas cuyos resultados fueron dados en frecuencia y porcentajes.

Plan de análisis

Se realizó por frecuencia y porcentajes

- 1) Características demográficas de los médicos asistenciales en estudio.
- 2) Nivel de conocimiento sobre anticoncepción post parto
- 3) Actitud ante los métodos anticoncepción post parto
- 4) Practicas a los métodos anticoncepción post parto.

Consideraciones éticas:

A cada participante se le explico los objetivos del estudio, y los beneficios potenciales de este para la población. Se les aclaro la confidencialidad de la información y que no se utilizara ningún dato que permitiera la identificación de los encuestados. Después de eso se solicitó el consentimiento informado verbal individual.

Se realizó un consentimiento informado para contar con la información brindada por cada uno del personal en estudio

OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

Objetivos específicos	Variable o indicador	Definición operacional	Dimensión	Escala
Identificar las características sociodemográficas del personal en estudio.	Edad	Periodo cronológico desde su nacimiento hasta la fecha de la encuesta	Años	21 – 26 27 – 35 Mayor 35
	Sexo	Conjunto de las peculiaridades que caracterizan a los individuos de una especie di viéndolo en masculino y femenino	Femenino	Femenino
			Masculino	Masculino
	Categoría por competencia	Nivel de preparación profesional alcanzada	Grado de estudio	Médico interno Medico social Médico general Medico especialista
	Tiempo de ejercer	Periodo determinado durante el cual se lleva ejerciendo dicho cargo	Años	<1 año >1 año 3-4 años >5 años >10 años

<p>Describir el nivel de conocimientos sobre métodos anticonceptivos posparto de los médicos en estudio.</p>		<p>Datos concretos sobre las que se basan las personas para decidir lo que se debe o se puede hacer ante una situación determinada.</p>	<p>Buena Regular Mala</p>	<p>Bueno > 18 Malo < 18</p>
<p>Identificar el tipo de actitud relacionada al uso de anticonceptivos posparto de los médicos en estudio.</p>		<p>Un estado de la disposición nerviosa y mental, que se organiza a partir de las vivencias y que orienta o dirige la respuesta de un sujeto ante determinados acontecimientos</p>	<p>Favorable Desfavorable</p>	<p>Mayor de 7 Menos de 5</p>
<p>Describir el nivel de práctica de métodos anticonceptivos posparto del grupo de médicos en estudio.</p>		<p>Comportamiento o está formado por conductas y procedimientos, las prácticas regulares se llaman hábitos y se definen como una respuesta establecida ante una situación común.</p>	<p>buen mala</p>	<p>8-9 pts. 4-5 pts.</p>

RESULTADOS

Se realizó un estudio en el Hospital Gaspar García Laviana a los médicos de diferente competencia para valorar el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas de los métodos anticonceptivos posparto encontrando que:

El grupo etario predominante estuvo entre las edades de 21 a 25 años con 61.5%, 26 a 30 años 13.5%, 31 a 35 13.5%, y los mayores de 36 años representaron el 11.5%. El sexo fue 59.6% femenino y 40.4% masculino.

61.5% de los encuestados son de competencia médicos internos, 11.5% en servicio social, 13.5% generales y especialistas respectivamente.

De acuerdo a los conocimientos obtenidos de los médicos en las diferentes categorías por competencia se obtuvo lo siguiente; 100% estuvo de acuerdo en que la planificación familiar es una estrategia que permite a las parejas decidir por sí mismas tener el número de hijos que deseen, 80.8% de estos afirman que la anticoncepción posparto es una estrategia que permite a la mujer posponer un nuevo embarazo, 76.9% refieren que la planificación familiar se centra en la prevención de embarazos de intervalos intergenesicos cortos, 92.3% estuvo de acuerdo en que el puerperio es un periodo de transformaciones progresivas de orden anatómico y funcional que hace regresar todas las modificaciones gravídicas, 65.4% afirman que los factores de coagulación aumentados en el puerperio son VII, VIII, IX, X, XII, Von Willebrand, 80.8% de los encuestados no están de acuerdo en que los factores de coagulación alterados vuelven a sus valores normales de 8 a 12 semanas posparto, 59.6% recomienda hasta la 8va semana posparto para comenzar a usar anticonceptivos hormonales combinados mientras cesa el estado de hipercoagulabilidad, 69.2% recomiendan los anticonceptivos progestágenos solos por tener mínimos efectos sobre los factores de coagulación, presión sanguínea y niveles de lípidos, 75% de los médicos consideran los anticonceptivos progestágenos solos como el método de elección para las madres lactantes, 63.5% recomendó el uso de anticonceptivos hormonales combinados a partir del día 21 posterior al parto en usuarias no lactantes sin factores de riesgo para enfermedad trombo embolica venosa, Los anticonceptivos inyectables producen la liberación de

un estrógeno natural (estradiol) y un progestágeno inhibiendo la ovulación el 78.8% consideran el uso de estos correcto, 46.2% no consideran conveniente la inserción posparto inmediata del Dispositivo intrauterino de cobre, ellos lo asocian a tasas más altas de expulsión del mismo, 69.2% no creen que el MELA establece una eficacia anticonceptiva en el 70% de las usuarias si es realizada de forma estricta durante los primeros 6 meses postparto.

En conocimiento según las categorías de anticoncepción postparto el 65.4% afirman que la píldora anticonceptiva de emergencia según la OMS es considerada categoría 3 por su uso durante la lactancia, 61.5% de los médicos consideran que en una puérpera sin factores de riesgo de enfermedad trombo embólica venosa los métodos hormonales combinados son categoría 3, 69.2% afirman que en el postparto menor a 6 semanas con lactancia materna los métodos hormonales combinados se consideran categoría 4, 67.3% de los médicos esta en acuerdo que un método hormonal solo con progestágenos en el puerperio < a 21 días sin lactancia materna se clasifica como categoría 1, en un puerperio > 48 horas a < 4 semanas el dispositivo intrauterino se considera categoría 3, 53.8% consideran esta afirmación correcta, 76.9% de los médicos consideran el dispositivo intrauterino categoría 4 en pacientes con sepsis puerperal.

En conocimiento según las ventajas de la planificación familiar postparto el 86.5% de los médicos consideran que el MELA tiene 98% de efectividad por espacio de hasta 6 meses cuando se práctica de manera exclusiva, 80.8% de los encuestados afirman que el dispositivo intrauterino provee menos incomodidad cuando se inserta inmediatamente después del parto y brinda un 99% de eficacia, 63.5% de los médicos toman como ventaja el poco impacto en la función hepática al usar métodos hormonales solo con progestágenos, 67.3% consideran que los anticonceptivos orales tienen menos riesgo de cáncer de ovario cuando se utiliza en el post parto con 99.9% de eficacia,

En el conocimiento según las desventajas 76.9% contesto que el MELA es eficaz solamente durante los primeros 6 meses después del parto, entre las complicaciones de inserción de dispositivo intrauterino están perforación e infecciones 88.5% creen que esta es una desventaja, 67.3% consideran como

desventajas las hemorragias irregulares que causan el uso de anticonceptivos progestágenos solos, 84.6% señalan que los anticonceptivos orales interfieren en la lactancia materna.

De acuerdo a lo anterior consideramos a través de la tabulación de los puntajes que el conocimiento de los médicos acerca de planificación familiar en el puerperio es bueno con 73.1%.

Con respecto a su actitud acerca de los métodos anticonceptivos postparto en el puerperio 92.3% brinda consejería a todas las mujeres, 82.7% de los encuestados manifiestan estar actualizados sobre métodos anticonceptivos, 65.4% no ofrece otros métodos diferentes a los recomendados en la norma MINSA de Nicaragua, 76.9% ha observado a sus colegas médicos dando consejería sobre planificación postparto, 76.9% de los médicos encuestados piensan que es necesario que las puérperas planifiquen aunque por lo general en esta etapa no desean volver a su vida sexual activa, 38.5% afirmó que 28 días luego del nacimiento es tiempo suficiente para volver a una vida sexual activa normal, 80.8 % recomienda el dispositivo intrauterino basado en su experiencia sobre efectividad 99.7% y efectos adversos, 84.6% admitió persuadiría a una puérpera sin pareja actual para que planifique, 96.2% los médicos refirieron ofrecer método de planificación a todas las puérperas antes del egreso hospitalario,

Según la encuesta realizada al personal médico las actitudes favorables predominaron en la encuesta realizada en 78.8%.

En base a la observación directa de las prácticas sobre el tema en estudio a los médicos se logró ver que 70% brinda consejería a las pacientes puérperas siempre antes del egreso hospitalario, 47.1% no explica siempre a toda mujer puérpera las RAM de cada método de anticoncepción post parto que se le ofrece, 64.3% explican siempre a toda mujer puérpera las ventajas y desventajas de cada método de anticoncepción post parto que se le ofrece, 100% respetan siempre la opinión religiosa sobre la anticoncepción a pesar de los factores de riesgo que pueden tener las puérperas, 72.9% aclaran las dudas siempre de las puérperas sobre los efectos que puede tener el método de planificación familiar en la lactancia materna

Aunque se conoce que los métodos de planificación familiar deben ajustarse a las necesidades de la pareja no se invita al esposo o compañero de la paciente a elegir el método de su preferencia según lo observado este no se encuentra en la visita médica diaria es decir la decisión y elección de método de planificar es de la puérpera.

En caso de que la mujer no quiera usar ningún método anticonceptivo post parto, y conociendo que la vasectomía es un método alternativo aun así no se le oferta como pareja ya que este no está presente en la visita médica.

Al realizar la observación directa de las practicas se obtuvo que 68.57% de buenas prácticas por los médicos acerca de los métodos de planificación familiar en las visitas médicas al alta hospitalaria de las puérperas.

Se observó que en el área de ginecología y maternidad está asignada una enfermera de salud sexual y reproductiva para brindar la consejería sobre anticoncepción postparto la cual es la que aplica el método a cada paciente. También se observó que el método más solicitado por las puérperas, a pesar de los diferentes opciones en anticoncepción postparto prefieren los inyectables con un 67.74% seguido de OTB en un 16.13%, preservativo 16.13% y T de Cobre 0%.

DISCUSION DE LOS RESULTADOS

Este estudio trata de establecer el nivel de conocimientos sobre planificación familiar en el puerperio en los médicos del HGGL, cumpliendo con los criterios establecidos en la normativa MINSA, así mismo determinar las actitudes acerca de los mismos y practicas realizadas en la sala de maternidad del área en estudio.

Se logra identificar que el personal médico que labora en la unidad de salud y tiene contacto directo con las mujeres puérperas tienen un buen conocimiento sobre métodos de planificación con un 73.1% lo que no concuerda con un estudio realizado por el MINSA en 1996 en el Personal de Salud del Primer Nivel de Atención de los Departamentos de Boaco, Managua y Jinotega donde se evidencio que los médicos tienen conocimientos deficientes y desactualizados acerca de este tema.

También no se corresponde con el estudio realizado por Medina en marzo del 2000 en el SILAIS León en el cual concluyeron que el personal de enfermería conoce mejor que los médicos el concepto de salud sexual y reproductiva con enfoque de género y de métodos de planificación familiar se podría explicar que el motivo de esto es que el área de enfermería en la mayoría de las unidades de salud son quienes integralmente se encargan de los programas de planificación familiar por lo que se actualizan constantemente acerca del tema.

Los resultados favorables del estudio se correlacionan con la investigación realizada por Alemán María A. y Arguello Ariel en el 2000 en los Centros de Salud de Managua, en el cual concluyeron que solo la minoría de los médicos tienen un nivel de conocimiento bajo en planificación familiar.

El más acertado en relación al estudio es el realizado en el año 2009 en el primer nivel de atención donde se hizo un estudio de conocimientos actitudes y prácticas acerca de planificación familiar en Carazo encontrando que los médicos tienen un buen conocimiento en relación al tema con el 71.4% cifra similar al presente estudio, de igual forma se relaciona en el predominio de actitud favorable con 92.2%. En relación a las prácticas en el presente estudio identifico que un 68.57% según lo observado en la visita médica realiza buenas practicas lo que demuestra una

disminución con este estudio en el cual se evidencio que el 100% cumple con los estándares establecidos por la normativa.

En el estudio ENDESA 2011/12 se plasma que la mayoría de las pacientes en un 69% refieren han obtenido información acerca de planificación familiar proveniente del sector público lo que es similar a nuestro estudio ya que las buenas practicas se reflejó en la relación médico paciente y consejería realizada por estos en 68.57%.

También se logró identificar en este estudio Endesa 2011/12 que los más utilizados son la esterilización femenina 30%, inyectable 26%, preservativo 20%, píldora 11%, condón 5%, dispositivo intrauterino 3% no correspondiente con el estudio ya que en el los inyectables son el método de elección con un 67.74% seguido de OTB en un 16.13%, preservativo 16.13% y T de Cobre 0%.

Según la bibliografía consultada para la realización del presente estudio conocemos que durante el embarazo existe un estado de hipercoagulabilidad siendo los factores alterados VII, VIII, IX, X, XII, Von Willebrand, 65.4% afirman que los factores de coagulación aumentados en el puerperio son estos.

La inserción del dispositivo intrauterino debe realizarse dentro de los diez minutos posteriores a la salida de la placenta, puede realizarse después de un parto o durante una cesárea sin embargo 46.2% de los médicos encuestados no consideran conveniente la inserción posparto inmediata del Dispositivo intrauterino de cobre, ellos lo asocian a tasas más altas de expulsión del mismo

CONCLUSIONES

En el estudio realizado la edad predominante fue el grupo etario de 21 – 25 años, sexo femenino y según la competencia los médicos internos.

Se realizaron 26 preguntas cerradas sobre conocimientos básicos, uso, categoría, ventajas, desventajas, concluyendo que el personal médico asistencial tienen un nivel de conocimiento bueno sobre los métodos de planificación post parto.

Con respecto a la actitud la encuesta está formada por 9 preguntas cerradas a las que también se les dio una puntuación obteniendo una actitud favorable.

De acuerdo con los prácticas se formularon 8 ítems de observaciones y acompañamos a los médicos al pase de visita en las áreas de maternidad y ginecología obteniendo una buena prácticas de parte de los médicos asistenciales.

RECOMENDACIONES

➤ MINISTERIO DE SALUD

Actualización periódica al gremio médico asistencial del que se mantiene en contacto con las pacientes puérperas que llegan a esta unidad de salud.

➤ SILAIS

Asegurar siempre la educación continua para ampliar y mantener actualizados los conocimientos a todos los médicos asistenciales de la unidad en estudio.

Garantizar en todas la unidades de salud todos los anticonceptivos post parto según la normativa.

Monitoreo y supervisión de los expedientes clínicos.

➤ HOSPITAL GASPAR GARCIA LAVIANA

Durante la consejería hacer presencia de la pareja para que juntos elijan el método post parto.

➤ PRIMER NIVEL DE ATENCION

Mantener abastecida siempre la unidades de atención primaria con todos los anticonceptivos post parto normados.

Promover siempre la consejería sobre la planificación post parto en los puestos de salud.

➤ COMUNITARIA

Capacitar a los brigadistas, grupos de apoyo, farmacias populares para que tengan un mejor conocimiento sobre la anticoncepción post parto

BIBLIOGRAFÍA

- 1.(UNFPA), f. d. (2013). Estudio sobre situación de adolescentes y jóvenes en el municipio de Chinandega. Derechos, convivencia, participación y salud sexual y reproductiva. 15.
2. Alfaro, j. o. (2000). Planificación familiar y algunas perspectivas de embarazo en adolescentes. Hospital escuela óscar Danilo rosales. León, 1997 - 2000.
3. Castañeda-Sánchez o, c.-p. L.-l. (abril-junio 2008). Causas de no aceptación de métodos de planificación familiar en mujeres que acuden a atención. *Medicina familiar*, volumen 10 (2).
4. Codeni. (s.f.). *Observatorio sobre los derechos humanos de la niñez y adolescencia nicaragüense*. Obtenido de <http://dev.codeni.org.ni/salud/mortalidad/>
5. Dra. Claudia Evans Balto daño, d. c. (julio 2008-julio 2010). *Continuidad de la atención en planificación familiar en puérperas con riesgo reproductivo, atendidas en los silais de Nicaragua*. Managua: usaid.
6. ENDESA. (2011/12). *informe preliminar*. Managua.
7. fhi international, f. h. (2009). quick reference guide to family planning research. 48-51.
8. Glasier, l. (1996). who gives advice about postpartum contraception? *medline*.
9. Hernandez, m. d. (2001). *conocimientos de los métodos anticonceptivos de las pacientes en puerperio de los servicios de maternidad del hospital central universitario "Antonio maría pineda"*. Barquisimeto.
- 10.Hiler je, g. e. 2007 educación sobre el uso de anticonceptivos en mujeres después del parto Cochrane numero 4

11. Minsa 2008 Norma y protocolo de planificación familiar
12. OMS. (2003-2005). mortalidad materna en adolescente y mortalidad infantil en hijos de madres adolescentes en Nicaragua.
- 13.16. OMS. (2005). *salud materna infantil, avances y desafíos Nicaragua*. Managua.
14. OMS 2014 estrategias para la programación de planificación familiar post parto, ginebra. Suiza ediciones de la OMS
15. Planck, a. (2011). conocimientos, actitudes y prácticas en las y los adolescentes relacionados al embarazo en la adolescencia, somoto-madriz, I semestre del año 2011.
16. Rodríguez j. g 2013 anticoncepción durante el puerperio y la lactancia
17. Ruiz n, a 2011 planificación familiar post evento obstétrico en el hospital escuela óscar Danilo Rosales Arguello, león
18. Tablada , l.e 2012 conocimientos actitudes y prácticas de los médicos residentes y especialista de ginecología y obstetricia sobre el dispositivo intrauterino T de cobre, en el hospital Fernando Vélez Paiz

ANEXOS

**INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE LA INFORMACION
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
SERVICIO SOCIAL
HGGL
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 los médicos en cuanto a planificación familiar post evento obstétrico.

Datos Generales:

I. Edad:

21-25__

25-30__

30-35__

≥35__

II. Sexo

Femenino__

Masculino__

I. Categoría por competencia:

Médico Interno__ Tiempo de ser MI:

Medico Servicio Social__ Tiempo de ser MSS1: Tiempo de ser MSS2:

Médico General__ Tiempo de ser MG:

Médico Especialista GO __ Tiempo de ser MB:

IV. CONOCIMIENTO

Conocimiento	SI	NO
conocimientos básicos (conceptos):		
La PF es una estrategia que permite a las parejas decidir por si mismas tener o no el números de hijos que deseen.		
La anticoncepción posparto es la estrategia que le permite a la mujer posponer un nuevo embarazo o finalizar su vida reproductiva.		
La planificación familiar postparto se centra en la prevención de embarazos no planificados de intervalos intergenesicos cortos durante los primeros 12 meses después del parto		
Puerperio es un periodo de transformaciones progresivas de orden anatómico y funcional que hace regresar paulatinamente todas las modificaciones gravídicas.		
Los factores de coagulación aumentados en el puerperio son VII, VIII, IX, X, XII, Von Willebrand		
La mayoría de los factores de coagulación alterados vuelven a valores normales en 8 a 12 semanas postparto.		
conocimiento según su uso:		
Se recomienda al menos hasta la 8ava semana postparto para comenzar a usar AHC, para que cese el estado de hipercoagulabilidad		
Los APS tienen mínimos efectos sobre los factores de coagulación, presión sanguínea, y niveles de lípidos.		
Los APS son el anticonceptivo de elección en madres lactantes.		
La ovulación puede ocurrir a partir del día 25-26 postparto por lo que se recomienda usar AHC a partir del día 21 en usuarias no lactantes sin factores de riesgo de ETEV		
Los AIC producen la liberación de un estrógeno natural (estradiol) y un progestágeno inhibiendo la ovulación		
La inserción postparto inmediata del DIU con cobre, se asocia con tasas más bajas de expulsión del DIU que la inserción postparto diferida		

El método MELA su uso común establece una eficacia anticonceptiva en el 70% de las usuarias si se realiza de forma estricta en los primeros 6 meses postparto.		
Conocimiento según categorías		
La píldora anticonceptiva de emergencia la OMS da una categoría 3 por su uso durante la lactancia		
En una puérpera sin factores de riesgo de ETEV con menos de 21 días de puerperio los métodos hormonales combinados son categoría 3		
En el postparto < a 6 semanas con lactancia materna los métodos hormonales combinados se consideran categoría 4		
Un método hormonal solo con progestágenos en el puerperio < a 21 días sin lactancia materna es considerado categoría 1		
En un puerperio > 48 horas a < 4 semanas el DIU se considera categoría 3		
El DIU en una paciente con sepsis puerperal es considerado categoría 4		
Conocimiento según ventajas		
El MELA tiene 98% de efectividad por espacio de hasta 6 meses cuando se practica de manera exclusiva.		
El DIU provee menos incomodidad cuando se inserta inmediatamente después del parto brinda un 99% de eficacia.		
Los métodos hormonales solo con progestágenos tienen poco impacto sobre la función hepática.		
Los métodos hormonales combinados tienen menos riesgo de cáncer de ovario cuando se utiliza en el post parto con 99.9% de eficacia.		
Conocimiento según desventajas		
El MELA es un método introductorio, sólo es eficaz en los 6 meses después del parto.		
En la inserción del DIU pueden presentarse algunas complicaciones como perforación e infecciones si no se aplica bien la técnica de inserción.		
Los métodos hormonales solo con progestágenos suelen causar hemorragias irregulares.		
Los métodos hormonales combinados interfieren en la lactancia materna los estrógenos pueden reducir la producción de leche materna.		

V. ACTITUDES

Actitud	SI	NO
Usted da consejería de anticoncepción post parto a todas las mujeres.		
Usted se mantiene actualizado sobre la anticoncepción post parto.		
Usted ofrece otros métodos diferentes a los recomendados en la norma MINSA de Nicaragua		
Usted ha observado a sus colegas médicos dando consejería sobre planificación postparto		
Usted piensa que es necesario que las puérperas planifiquen aunque por lo general en esta etapa no desean volver a su vida sexual activa?		
Usted cree que luego del nacimiento 28 días son suficientes para volver a su vida sexual normal?		
Usted recomienda el DIU basado en su experiencia sobre efectividad 99.7% y efectos adversos (aberrancia, migración a cavidad abdominopelvica y dolor intermenstrual)		
Usted persuadiría a una puérpera sin pareja actual para que planifique?		
Usted ofrece método de planificación a todas las puérperas antes del egreso hospitalario?		

VI. Practicas

Observar durante un pase de visita:

Cumplimiento	Si	No
Se brinda consejería a las pacientes puérperas siempre antes del egreso hospitalario?		
Se explica siempre a toda mujer puérpera las RAM de cada método de anticoncepción post parto que se le ofrece?		
Se explica siempre a toda mujer puérpera las ventajas y desventajas de cada método de anticoncepción post parto que se le ofrece?		
Se respeta siempre la opinión religiosa sobre la anticoncepción a pesar de los factores de riesgo que pueden tener las puérperas?		
Se aclaran las dudas siempre de las puérperas sobre los efectos que puede tener el método de PF en la lactancia materna?		
Sabiendo que los métodos de PF deben ajustarse a las necesidades de la pareja se invita al esposo o compañero de la paciente a elegir el método de su preferencia?		
En caso de que la mujer no quiera usar ningún método anticonceptivo post parto, le explica al cónyuge sobre la vasectomía?		

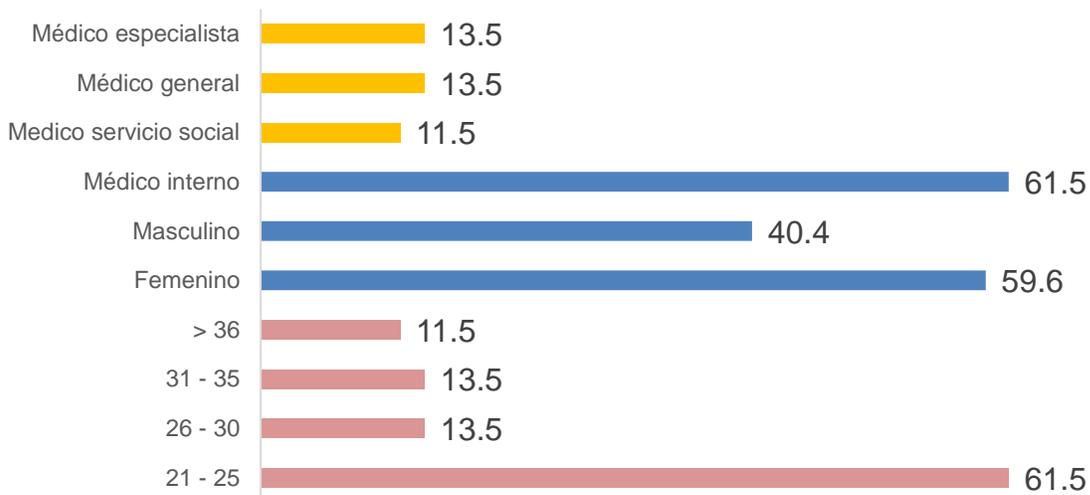
- ¿Qué método es el más aceptado por las puérperas?

Tabla N°1. Características sociodemográficas del personal médico. Hospital Gaspar García Laviana. Septiembre a diciembre 2016.

Edad	fr	%
21 - 25	32	61.5
26 - 30	7	13.5
31 - 35	7	13.5
> 36	6	11.5
Total	52	100.0
Sexo		
Femenino	31	59.6
Masculino	21	40.4
Total	52	100.0
Categoría por competencia		
Médico interno	32	61.5
Medico servicio social	6	11.5
Médico general	7	13.5
Médico especialista	7	13.5
Total	52	100.0

Fuente: encuesta

Grafico No.1 Características sociodemográficas del personal médico. Hospital Gaspar García Laviana. Septiembre a diciembre 2016.



Fuente: Tabla No.1

Tabla No: 2 Conocimientos sobre métodos anticonceptivos posparto de los médicos. Hospital Gaspar García Laviana. Septiembre a diciembre 2016.

Conocimiento Básicos (52)	SI		NO	
	<i>fr</i>	%	<i>fr</i>	%
PF estrategia que permite a las parejas decidir por sí mismas tener números de hijos que deseen.	52	100	0	0
Anticoncepción posparto estrategia que permite a la mujer posponer un nuevo embarazo.	42	80.8	10	19.2
PF postparto se centra en la prevención de embarazos de intervalos intergenesicos cortos.	40	76.9	12	23.1
Puerperio periodo de transformaciones progresivas de orden anatómico y funcional que hace regresar todas las modificaciones gravídicas.	48	92.3	4	7.7
Los factores de coagulación aumentados en el puerperio son VII, VIII, IX, X, XII, Von Willebrand	34	65.4	18	34.6
Los factores de coagulación alterados vuelven a valores normales en 8 a 12 semanas postparto.	10	19.2	42	80.8

Tabla No: 2.1 Conocimientos sobre métodos anticonceptivos posparto de los médicos. Hospital Gaspar García Laviana. Septiembre a diciembre 2016.

Uso:				
Se recomienda al menos hasta la 8ava semana postparto para comenzar a usar AHC, para que cese el estado de hipercoagulabilidad	31	59.6	21	40.4
Los APS tienen mínimos efectos sobre los factores de coagulación, presión sanguínea, y niveles de lípidos.	36	69.2	16	30.8
Los APS son el anticonceptivo de elección en madres lactantes.	39	75.0	13	25.0
La ovulación ocurre a partir del día 25-26 postparto se recomienda usar AHC a partir del día 21 en usuarias no lactantes sin factores de riesgo de ETEV	33	63.5	19	36.5
Los AIC producen la liberación de un estrógeno natural (estradiol) y un progestágeno inhibiendo la ovulación	41	78.8	11	21.2
La inserción postparto inmediata del DIU con cobre, se asocia con tasas más bajas de expulsión del DIU	28	53.8	24	46.2
El MELA establece una eficacia anticonceptiva en el 70% de las usuarias si se realiza de forma estricta en los primeros 6 meses postparto.	16	30.8	36	69.2
Categorías				
La píldora anticonceptiva de emergencia la OMS da una categoría 3 por su uso durante la lactancia	34	65.4	18	34.6
En una puerpera sin factores de riesgo de ETEV los métodos hormonales combinados son categoría 3	32	61.5	20	38.5
Postparto < a 6 semanas con lactancia materna los métodos hormonales combinados se consideran categoría 4	36	69.2	16	30.8
Un método hormonal solo con progestágenos en el puerperio < a 21 días sin lactancia materna es considerado categoría 1	35	67.3	17	32.7
En un puerperio > 48 horas a < 4 semanas el DIU se considera categoría 3	28	53.8	24	46.2
El DIU en una paciente con sepsis puerperal es considerado categoría 4	40	76.9	12	23.1

Tabla No: 2.2 Conocimientos sobre métodos anticonceptivos posparto de los médicos. Hospital Gaspar García Laviana. Septiembre a diciembre 2016.

Ventajas				
El MELA tiene 98% de efectividad por espacio de hasta 6 meses cuando se practica de manera exclusiva .	45	86.5	7	13.5
El DIU provee menos incomodidad cuando se inserta inmediatamente después del parto brinda un 99% de eficacia.	42	80.8	10	19.2
Los métodos hormonales solo con progestágenos tienen poco impacto sobre la función hepática.	33	63.5	19	36.5
Los AOC tienen menos riesgo de cáncer de ovario cuando se utiliza en el post parto con 99.9% de eficacia.	35	67.3	17	32.7
Desventajas				
El MELA sólo es eficaz en los 6 meses después del parto.	40	76.9	10	19.2
El DIU puede presentar algunas complicaciones como perforación e infecciones.	46	88.5	6	11.5
Los APS suelen causar hemorragias irregulares.	35	67.3	17	32.7
Los AOC interfieren en la lactancia materna.	44	84.6	8	15.4

Tabla No: 3 Nivel de conocimientos sobre métodos anticonceptivos postparto de los médicos. Hospital Gaspar García Laviana. Septiembre a diciembre 2016.

	No	Porcentaje
Bueno	38	73.1
Malo	14	26.9
Total	52	100.0

Fuente: encuesta

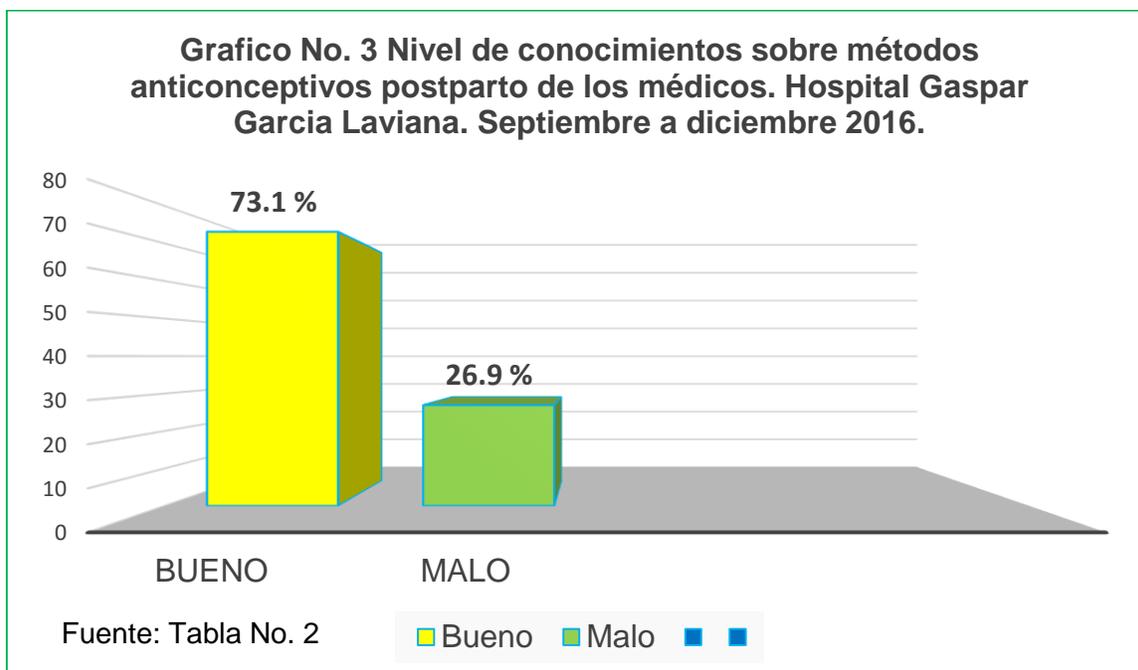
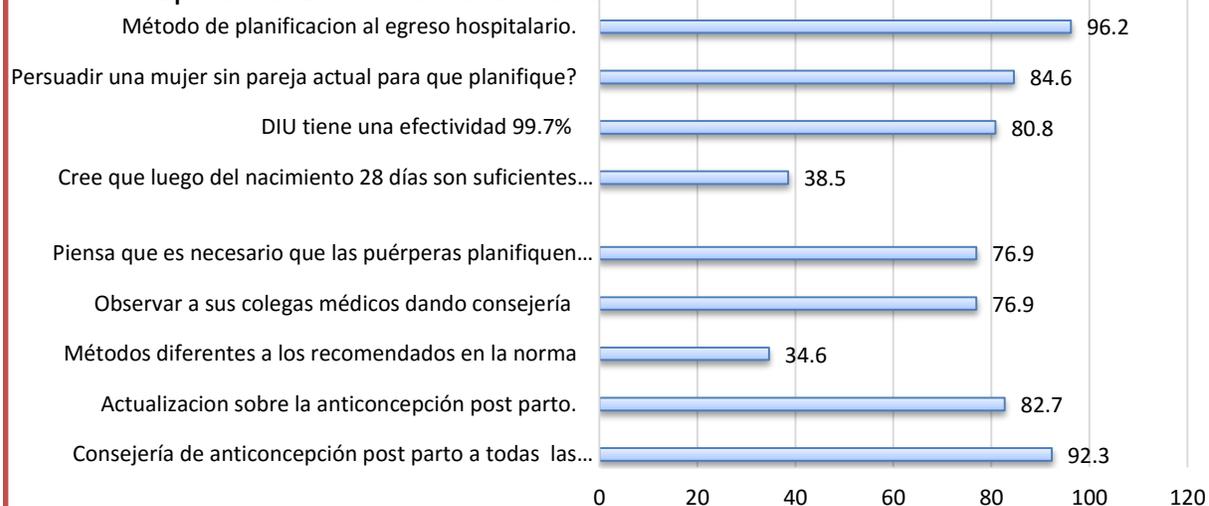


Tabla No. 4 Actitud sobre métodos anticonceptivos posparto de los médicos. Hospital Gaspar García Laviana. Septiembre a diciembre 2016.

Actitud (52)	SI		NO	
	Fr	%	FC	%
Da consejería de anticoncepción post parto a todas las mujeres.	48	92.3	4	7.7
Se mantiene actualizado sobre la anticoncepción post parto.	43	82.7	9	17.3
Ofrece otros métodos diferentes a los recomendados en la norma MINSA de Nicaragua	18	34.6	34	65.4
Ha observado a sus colegas médicos dando consejería sobre planificación postparto	40	76.9	12	23.1
Piensa que es necesario que las puérperas planifiquen aunque por lo general en esta etapa no desean volver a su vida sexual activa?	40	76.9	12	23.1
Cree que luego del nacimiento 28 días son suficientes para volver a su vida sexual normal?	20	38.5	32	61.5
Recomienda el DIU basado en su experiencia sobre efectividad 99.7% y efectos adversos.	42	80.8	10	19.2
Persuadiría a una puérpera sin pareja actual para que planifique?	44	84.6	8	15.4
Ofrece método de planificación a todas las puérperas antes del egreso hospitalario?	50	96.2	2	3.8

Fuente: encuesta

Grafico No. 4 Actitud sobre métodos anticonceptivos posparto de los médicos. Hospital Gaspar García Laviana. Septiembre a diciembre 2016.



Fuente: tabla No. 4

Tabla No. 5 Actitud sobre métodos anticonceptivos posparto de los médicos. Hospital Gaspar García Laviana. Septiembre a diciembre 2016

	No	Porcentaje
Bueno	41	78.8 %
Malo	11	21.2 %
Total	52	100.0 %

Fuente: encuesta

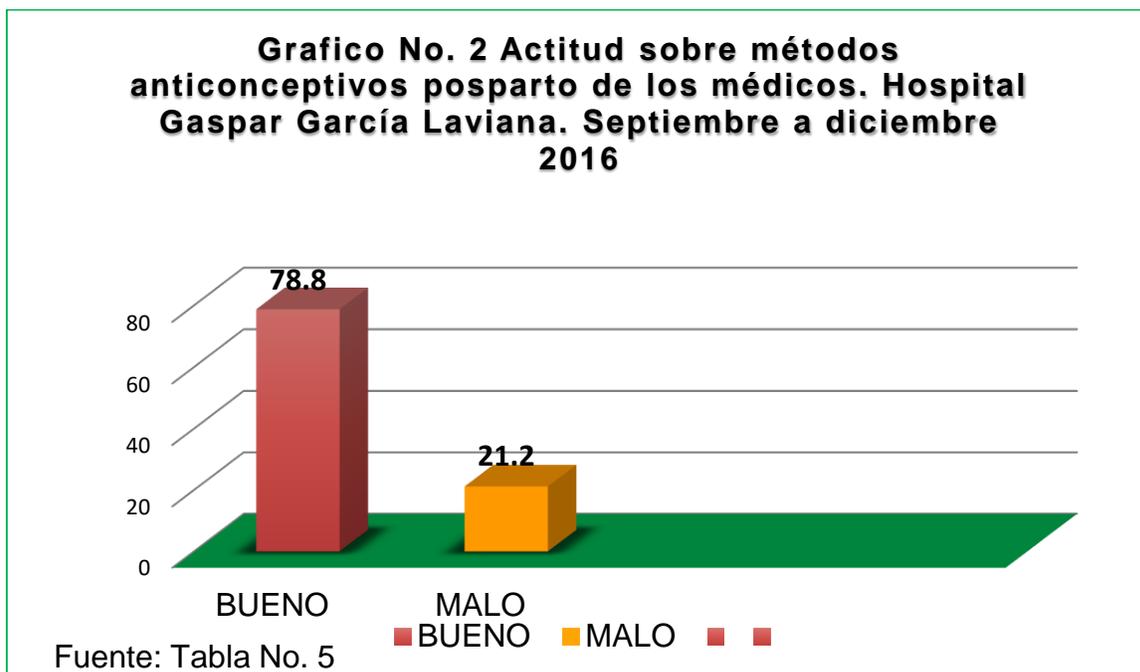


Tabla No. 6 Practicas sobre métodos anticonceptivos posparto de los médicos. Hospital Gaspar García Laviana. Septiembre a diciembre 2016

Practicas (52)	Si		No	
	fr	%	fr	%
Brinda consejería a las pacientes puérperas siempre antes del egreso hospitalario?	49	70.0	21	30.0
Explica siempre a toda mujer puérpera las RAM de cada método de anticoncepción post parto que se le ofrece?	33	47.1	37	52.9
Explica siempre a toda mujer puérpera las ventajas y desventajas de cada método de anticoncepción post parto que se le ofrece?	45	64.3	25	35.7
Respeto siempre la opinión religiosa sobre la anticoncepción a pesar de los factores de riesgo que pueden tener las puérperas?	70	100.0	0	0.0
Se aclaran las dudas siempre de las puérperas sobre los efectos que puede tener el método de PF en la lactancia materna?	51	72.9	19	27.1
Sabiendo que los métodos de PF deben ajustarse a las necesidades de la pareja se invita al esposo o compañero de la paciente a elegir el método de su preferencia?	❖	❖	❖	❖
En caso de que la mujer no quiera usar ningún método anticonceptivo post parto, le explica al cónyuge sobre la vasectomía?	❖	❖	❖	❖

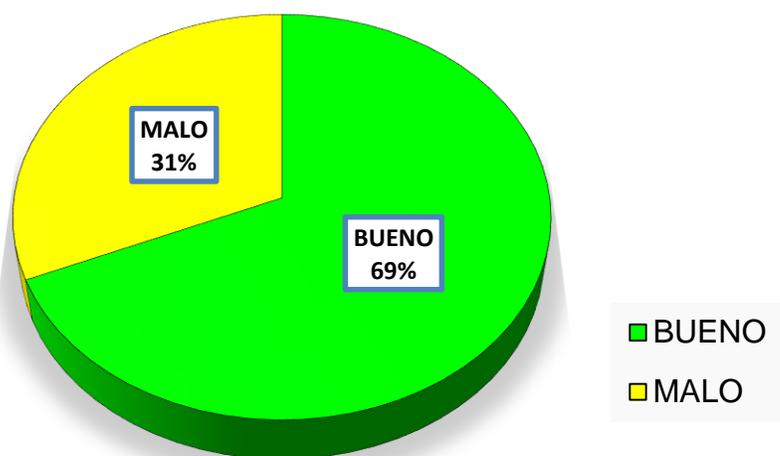
Fuente: encuesta

Tabla No. 7 Prácticas sobre métodos anticonceptivos posparto de los médicos. Hospital Gaspar García Laviana. Septiembre a diciembre 2016.

Prácticas	No	Porcentaje
Buena	48	68.57
Mala	22	31.43
Total	70	100.00

Fuente: encuesta

Grafico No. 3 Prácticas sobre métodos anticonceptivos posparto de los médicos. Hospital Gaspar García Laviana. Septiembre a diciembre 2016.



Fuente: Tabla No. 7

Tabla No. 8 El método anticonceptivo mas aceptado por las púerperas

Anticonceptivos	NO	%
ACETATO DE MEDROXIPROGESTERONA	42	67.74
OTB	10	16.13
PRESERVATIVOS	10	16.13
T DE COBRE	0	0.00
TOTAL	62	100.00

Fuente: encuesta

