

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA**

**R.U.R.D**

**Facultad de Ciencias Médicas**



**“Conocimiento, actitudes y prácticas sobre métodos de planificación familiar en puérperas ingresadas en la sala de ginecología del Hospital Gaspar García Laviana del periodo de enero a febrero del 2015”**

**Trabajo Monográfico para optar al título de Médico y Cirujano**

**Autora**

**Br. Rosa Esmeralda Rocha Morales**

**Tutor Metodológico.**

**Dr. Ervin José Ambota López, PhD**

**MPH Salud Publica - epidemiólogo**

**Rivas, Noviembre 2015**

## CONTENIDO

OPINION DEL TUTOR.....	i
RESUMEN .....	ii
DEDICATORIA .....	iii
AGRADECIMIENTOS.....	iv
INTRODUCCION .....	1
ANTECEDENTES .....	3
JUSTIFICACION.....	6
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	7
OBJETIVOS.....	8
MARCO TEORICO .....	9
MATERIAL Y METODOS .....	25
RESULTADOS.....	33
DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS .....	38
CONCLUSIONES .....	42
RECOMENDACIONES .....	44
BIBLIOGRAFÍA .....	46
ANEXOS .....	48

## OPINION DEL TUTOR

La salud materna 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 durante el embarazo, 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 un estudio descriptivo de corte transversal, utilizando la técnica CAP (Conocimientos, Actitudes y Prácticas), el cual fue realizado en la sala de ginecología del Hospital Gaspar García Laviana de Rivas teniendo como objetivo determinar los conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre métodos de planificación familiar en el puerperio inmediato en las puérperas ingresadas, entre los meses de enero a febrero del presente año.

La muestra fue obtenida mediante fórmulas probabilísticas en donde se entrevistaron a un total de 120 puérperas, se les realizó preguntas cerradas para obtener información de antecedentes personales, ginecoobstétricos, así como también de conocimientos, actitudes y prácticas. A cada una de las preguntas CAP se les dio un valor, calificando a las preguntas de conocimientos como Buena, regular o mala según sus respuestas, las actitudes como favorables o desfavorables y las prácticas como buenas o malas.

Las puérperas obtuvieron un conocimiento bueno de los métodos, el método más conocido fue la inyectable menstrual y trimestral las más recomendada posterior al parto o cesárea, la mayoría de las puérperas tienen una actitud favorable de los métodos y están dispuestas a seguir planificando, sin embargo las prácticas fueron malas, no consideran el MELA como método de planificación y rechazan la T de Cobre como una opción de método.

Queda claro que en teoría se tiene buen conocimiento de los métodos de planificación y una adecuada aceptación de los mismos sin embargo las prácticas continúan siendo deficientes, una mejor educación e información sencilla durante los controles prenatales y el puerperio ayudaría a mejorar dichas prácticas y disminuir los embarazos no deseados, periodos intergenésicos cortos y mortalidad materna.

## DEDICATORIA

**Examíname, Oh Dios, y conoce mi corazón; pruébame y conoce mis pensamientos; y ve si hay en mi camino de perversidad, y guíame en el camino eterno.**

**Salmos 139: 23-24**

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

A mis padres Javier Rocha y María Estela Morales por enseñarme a seguir mis sueños, a levantarme en cada caída, mi triunfo es su triunfo.

## AGRADECIMIENTOS

A Dios mi padre celestial el cual me eligió para ejercer esta maravillosa carrera y estuvo con migo en todo momento, así mismo a mi madre santísima por interceder por mi ante los obstáculos.

A mis padres los motores de mi lucha día a día, mis ejemplos, mis confidentes, mi consuelo y apoyos en los momentos de debilidad.

A mi familia y amigos cercanos por creer en mí desde el principio, a sus oraciones y buenos deseos.

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

A mi tutor por brindarme desinteresadamente sus vastos conocimientos y tiempo para el asesoramiento y desarrollo de este trabajo, facilitándome las herramientas para concluirlo con éxito.

A todos.... Gracias!

## INTRODUCCION

El ministerio de salud ha venido realizando esfuerzos para promover y aumentar la cobertura de planificación familiar, su aceptación y conocimiento en las parejas nicaragüenses, de esta manera en los últimos años Nicaragua logro aumentar la prevalencia del uso de métodos anticonceptivos en parejas unidas a 80.2% según ENDESA 2013, así mismo la tasa global de fecundidad ha disminuido a 2.4 hijos por cada mujer con el uso de métodos anticonceptivos, no obstante el índice de embarazos no deseados (0.6 hijos por mujer) continua siendo alto.

Mientras que la planificación familiar es importante en toda la vida reproductiva de una persona o pareja, la Planificación Familiar Post Evento Obstétrico se centra en la prevención de embarazos no planificados y de intervalos intergenésicos cortos durante los primeros 12 meses después del parto. Las puérperas tienen la mayor cantidad de necesidades de planificación familiar insatisfechas (OMS, Estrategias para la Programación de a Planificación Familiar Postparto, 2014), en general no reciben los servicios que necesitan para lograr intervalos intergenésicos más prolongados o para disminuir los embarazos no planificados y sus consecuencias.

En un estudio realizado sobre la mortalidad materna en adolescentes nicaragüenses entre el 2003 y el 2005 se constató que el 22% de las fallecidas tenían un periodo intergenésico menor de 11 meses, constituyéndose dicho periodo como un factor de riesgo para la mortalidad materna. Así mismo se ha demostrado que un periodo intergenésico corto aumenta cuatro veces la probabilidad de preclamsia en el embarazo, casi 3 veces la probabilidad de ruptura uterina, además de tener un mayor riesgo de que las embarazadas presenten complicaciones como parto pretérmino, muerte neonatal y restricción del crecimiento intrauterino.

El estrecho contacto existente entre el personal de salud con la puérpera durante su estancia hospitalaria debe fomentar el conocimiento y aceptación de la metodología anticonceptiva y de esta manera lograr una mayor utilización de los

métodos de planificación familiar y reducción de las complicaciones obstétricas, sin embargo durante el puerperio inmediato al momento de tomar una decisión de que método de planificación utilizar, es característico que se carezca de una información confiable, lo cual hace que muchas de las mujeres que son egresadas de los centros hospitalarios no continúen con un seguimiento de planificación familiar en su centro de salud, lo que fomenta un mayor número de embarazos no deseados durante el primer año post evento obstétrico, ya sea por fallas propias del método de planificación empleado, por desconocer como emplearlos o no emplearlos. (Castañeda-Sánchez O, abril-junio 2008).

El presente trabajo pretende conocer con que conocimientos de planificación familiar cuentan las pacientes puérperas al ser dadas de alta y cuáles son sus actitudes y practicas hacia ellos y así mismo identificar cuáles son los factores que contribuyen a la aceptación o no de los métodos que se les oferta, por lo cual se realizara un estudio descriptivo, transversal de Conocimientos, Actitudes y Practicas de métodos de planificación Familiar por medio de encuestas dirigidas a puérperas ingresadas en la sala de ginecología del Hospital Gaspar García Laviana con el propósito de contribuir al análisis de la efectividad de la campaña a favor de utilización de planificación Familiar promovida por el Ministerio de Salud.



## ANTECEDENTES

Actualmente la provisión de educación anticonceptiva se considera un componente estándar de la atención posparto. Con frecuencia la educación se proporciona como parte de la planificación del alta, pero para muchas mujeres la discusión es superficial y forma parte de una lista de control de temas (Glasier, 1996)

Encuestas demográficas y de salud realizadas en 27 países indican que las dos terceras partes de las púerperas tienen necesidades no atendidas de anticoncepción (Ross, 2001).

En Barquisimeto, Venezuela en el 2001, Maribel Cabrera lleva a cabo una investigación de los conocimientos de los métodos anticonceptivos de las pacientes en puerperio de un hospital local, concluyo que el 60.5% de las encuestadas tuvieron un nivel deficiente de conocimiento sobre los métodos, la falta de conocimientos sobre la sexualidad, la falta de información sobre métodos de planificación y el cómo usarlos correctamente influyeron en este resultado. (Hernandez, 2001)

Actualmente se conoce más acerca de los métodos anticonceptivos apropiados para las púerperas, que acerca de qué pudiera ser útil para ayudar a las púerperas a elegir un anticonceptivo. (FHI International, 2009)

Según los resultados de la Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud (ENDESA) 2011/12 el 80.4% de las mujeres en unión, utilizan un método de planificación familiar, entre los métodos más utilizados están la esterilización femenina seguido de los métodos hormonales inyectables. En Rivas la utilización de los métodos anticonceptivos asciende a 80.7% y la tasa global de fecundidad es de 2.2. (ENDESA, 2011/12)

Alfaro y colaboradores en León reportaron que las explicaciones más comunes que las adolescentes dan para la no utilización de anticonceptivos son: falta de

conocimientos sobre estos, dificultades en el acceso, ambivalencia y miedo a discutir aspectos sexuales con los adultos. (ALFARO, 2000)

Según estudios solamente el 50% de los y las adolescentes tienen un nivel satisfactorio de conocimientos sobre el ciclo menstrual, el embarazo, el uso de métodos anticonceptivos (Planck, 2011).

La mayoría de los adolescentes tienen un conocimiento teórico sobre métodos anticonceptivos para evitar el embarazo, pero en la práctica muchos no lo usan, resultados descritos en “Adolescencia e inicio precoz de las relaciones sexuales. Algunos factores desencadenantes. Facultad de Ciencias Médicas, Dr. Faustino Pérez Hernández, 2008”

Centeno Ruiz realiza un estudio de planificación familiar post evento obstétrico en el hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Arguello, León en el 2011, el cual se llevó a cabo en tres etapas, en la etapa número 2, se realizó una encuesta de conocimientos, actitudes y prácticas de planificación familiar en 184 pacientes, sus principales conclusiones fueron que el 97.3% de las pacientes tenían conocimiento y habían escuchado hablar de los métodos, el 42.9% de las pacientes manifestó no tener ningún tipo de impedimento para planificar, el método más usado por las pacientes fueron los anticonceptivos orales con 46.7%, y consideraron a la inyectable trimestral como el método más apropiado después del parto. (Ruiz, 2011)

El Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) en Chinandega, realizó un estudio sobre la situación de adolescentes y jóvenes donde se indagó sobre la salud sexual y reproductiva de los mismos, se les preguntó en dónde recibían consejería de planificación y en qué lugar se le suministraba los métodos y se concluyó que 6 de cada 10 jóvenes que usan métodos anticonceptivos los consiguen en los centros de salud, mientras que el resto lo acuden a ONG o a farmacias. ((UNFPA), 2013)

La encarnación de DIU fue uno de los mitos más señalados como una barrera insalvable para su aceptación entre las pacientes en el estudio de conocimientos actitudes y prácticas de los Médicos Residentes y Especialistas en Ginecología y

Obstetricia sobre el Dispositivo Intrauterino T de Cobre, en el Hospital Fernando Vález Páiz, Enero de 2012 realizado por Montenegro. (Tablada, 2012)

Entre los meses de julio del 2008 y julio del 2010 se llevó a cabo una investigación, a cargo de la University Research Co. Para la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), en los SILAIS de Rivas y Masaya, en el que se concluye que en el 90% de los casos se les brinda información a las pacientes sobre un método de anticoncepción familiar cumpliendo con la norma de planificación del MINSA y que la utilización de los servicios de anticoncepción pos evento obstétrico (APEO) fue alta en ambos SILAIS en los cuales el 89% de las pacientes fueron egresadas con método anticonceptivo. Este estudio quizás es el que más se acerque a información sobre la utilización de métodos de planificación post-parto en nuestro departamento. (Dra. Claudia Evans Baltodano, Julio 2008-Julio 2010)

Actualmente en nuestro hospital a las mujeres se egresan con un método de planificación familiar y se envían a un seguimiento a su centro de salud correspondiente, los métodos de planificación que se les ofertan se reducen a métodos de barrera (condones), métodos hormonales (acetato de medroxiprogesterona), DIU (el cual es poco utilizado) y permanentes (OTB), sin embargo no hay un estudio actualizado de los conocimientos que se llevan nuestras puérperas sobre los métodos de planificación familiar, cuál es su actitud hacia ellos y su experiencia de uso.

## JUSTIFICACION

Las puérperas son un grupo de atención clave en las consejerías de planificación familiar, sin embargo tienen la mayor cantidad de necesidades de Planificación Familiar insatisfechas. La demanda insatisfecha se incrementa hasta en un 18.7% en las zonas rurales con relación al 14.6% del área urbana. (OMS, Salud Materna Infantil, Avances y Desafíos Nicaragua, 2005).

Si bien es cierto las puérperas se sienten motivadas a recibir charlas de planificación familiar en este periodo, la mayoría de ellas posterior a salir del hospital no regresaran ni consultan en centros de salud primarios sobre dichos métodos,(Hiller JE, 2007), lo cual aumenta la probabilidad de embarazos no deseados y periodo intergenésicos cortos.

Son varios los factores que influyen en la elección de los métodos anticonceptivos, entre los que se puede mencionar los socioculturales, religiosos, éticos, políticos, psicológicos, la educación, la procedencia, el empleo, la situación matrimonial, el tamaño de la familia y la situación económica; los cuales pueden dificultar la comprensión de la información y aceptación de dichos anticonceptivos.

El presente estudio está dirigido a puérperas atendidas en el Hospital Gaspar García Laviana, el cual tiene como objetivo identificar los conocimientos de planificación familiar de las puérperas, la actitud que tienen al hecho de planificar y las experiencias que han tenido, todo esto con el propósito de identificar los factores que limitan el uso de métodos anticonceptivos en este grupo clave y obtener información valiosa que podrá ser utilizada para mejorar y lograr una atención integral en el puerperio inmediato contribuyendo de esta manera a la mayor cobertura de planificación familiar en este grupo de riesgo y reducir la tasa de embarazos no deseados, así como también los periodos intergenésicos cortos.

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

El estudio de los niveles de conocimiento y uso de la anticoncepción es de gran importancia, no solo porque el uso de anticonceptivos es el determinante próximo más importante de la fecundidad, sino también por la utilización práctica que puede hacer de dicha información los administradores de los programas de planificación familiar y los responsables de la formulación de políticas de población y salud del país para aumentar la cobertura y promover la utilización de métodos anticonceptivos, es por ese motivo que me planteo como interrogante:

**¿Cuál es el grado conocimiento, actitudes y practicas sobre los métodos de planificación familiar en puérperas ingresadas en la sala de ginecología del Hospital Gaspar García Laviana del periodo de enero a febrero del 2015?**

## **OBJETIVOS**

### **OBJETIVO GENERAL**

- Determinar los Conocimiento, Actitudes y Practicas sobre métodos de planificación familiar en el puerperio inmediato en puérperas ingresadas en la sala de ginecología del Hospital Gaspar García Laviana del periodo de enero a febrero del 2015

### **OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- Describir las características sociodemográfica, antecedentes ginecológicos y medios de donde recibió información la población en estudio
- Establecer el grado de conocimientos acerca de los métodos de planificación en las puérperas
- Conocer la actitud relacionada a los métodos de planificación familiar.
- Identificar las prácticas sobre los métodos de planificación familiar de las puérperas.

## MARCO TEORICO

### ➤ 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 sí solos, poseen un menor valor cualitativo.

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

**Práctica:** 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 sí mismas tener o no, el número de hijo(as) que desean, así 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. (MINSA, NORMA Y PROTOCOLO DE PLANIFICACIÓN, 2008)

La planificación familiar pos-parto (PFPP), se centra en la prevención de embarazos no planificados y de intervalos intergenésicos 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. (OMS, Estrategias para la Programación de a Planificacion Familiar Postparto, 2014)

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 clasificación 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 día).

### ➤ **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 de embarazo por el cuerpo lúteo y posteriormente, 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 lúteo entonces se transforma en el cuerpo albicans, que puede permanecer durante meses o años.
- Sí hay fecundación: el cuerpo lúteo aumenta de tamaño hasta alcanzar unos 2-3 cm y mantiene su actividad secretora durante el primer trimestre del embarazo: es el llamado cuerpo lúteo del embarazo, que se mantiene gracias a que el trofoblasto recién formado sintetiza la gonadotropina coriónica humana (hCG), con acción luteotrófica.



Después será la placenta la que continuará 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.

Según un estudio realizado en el 2011, las madres no lactantes pueden ovular a partir de la tercera semana postparto, no siendo un buen indicador la primera menstruación tras el parto, esta conclusión se dio después de estudios en donde se analizó la primera menstruación y mediante determinación de hormonas urinarias.

El cese de la lactancia mediante la inhibición de la secreción de prolactina por un agonista dopaminérgico (p.e. bromocriptina), está asociado con el retorno de la secreción de gonadotropinas en la segunda semana 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 período 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 función del 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.

Estudios experimentales sugieren que, además de su acción central, la hiperprolactinemia actúa en el ovario inhibiendo la producción de progesterona por las células de la granulosa. Se altera la relación testosteronadihidrotestosterona, al disminuir el substrato disponible para la aromatización de andrógenos en estrógenos, lo cual lleva a un aumento del ambiente antiestrogénico local. Esta acción impide el desarrollo folicular normal y disminuye la producción de estrógenos, lo cual se ha comprobado en comparación con madres no lactantes.

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

## ➤ **PRINCIPALES LIMITACIONES DE LA ANTICONCEPCIÓN DURANTE ELPUERPERIO.**

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 del riesgo de fenómenos tromboembólicos:

Aumento de factores procoagulantes:

- Factores de coagulación VII, VIII, IX, X, XII, Von Willebrand.
- Aumento de 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 activación del plasminógeno tisular 1 y 2.

La mayoría de los factores de coagulación alterados vuelven a valores normales en 1 - 4 semanas postparto (F VIII, X, fibrinógeno, inhibidores de activación del plasminógeno tisular 1 y 2); otros pueden tardar hasta 6 semanas (F VII, dímero D) o incluso 8 semanas (fragmentos de protrombina 1 y 2, proteína S, resistencia a la proteína C activada). Todo ello sumado al aumento de éstasis venosa durante el embarazo y el daño vascular que acontece durante el parto, aumenta de forma significativa el riesgo de enfermedad tromboembólica venosa (ETEV) en el puerperio

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

No hay estudios que analicen el riesgo de ETEV en mujeres que toman anticonceptivos hormonales combinados (AHC) en el puerperio. Se estima que el riesgo de ETEV en usuarias de AHC que no están en periodo postparto es de 3 a 7 veces superior con respecto a las no usuarias (más pronunciado en el primer año)<sup>17</sup>, debido a que induce alteraciones en distintos parámetros de la coagulación, similar a lo que ocurre durante el embarazo: aumento de factores procoagulantes (F II, VII, VIII, X y fibrinógeno) y disminución de anticoagulantes (proteína S, antitrombina, o resistencia a proteína C activada). En consecuencia, el uso de AHC en el puerperio será de forma restrictiva.

#### ➤ **CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD MÉDICA RECOMENDADA 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. (Anexo N°2)

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 más adecuados no estén disponibles o no sean aceptados. Aquellos con la categoría 4 no se deben usar para esa condición médica.

A continuación se resumen los criterios de elegibilidad de la OMS para el uso de anticonceptivos distintas situaciones y etapas del puerperio.

#### **A. Anticonceptivos hormonales combinados (AHC).**

Se distinguen en este grupo: anticonceptivos orales (AOC), anticonceptivos con parche (PAC), anticonceptivos de anillo vaginal (AVC) y anticonceptivos inyectables (AIC).

Consideraciones a tener en cuenta: (anexo N° 3)

- Se recomienda al menos hasta la 4ª semana postparto para comenzar a usar AHC, para que cese el estado de hipercoagulabilidad.

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 (historia de ETEV, trombofilia, inmovilidad, transfusión sanguínea en el parto, IMC > 30 kg/m<sup>2</sup>, hemorragia posparto, inmediatamente después de un cesárea, preeclampsia o tabaquismo). En caso de tener factores de riesgo, el uso de AHC se pospone hasta la 6ª semana postparto.

Los estudios clínicos sobre el efecto del AOC y la lactancia materna son discordantes en cuanto a la afectación del volumen de la leche materna; no se ha informado de efectos consistentes en el peso del Recién Nacidos. No se han demostrado resultados de salud adversos ni manifestaciones de estrógeno exógeno en los RN expuestos a través de la leche materna, pero el diseño de los estudios fueron inadecuados para determinar si existe el riesgo de efectos graves o leves a largo plazo.

Los AIC producen la liberación de un estrógeno natural (estradiol) y un progestágeno, inhibiendo la ovulación. El estradiol es menos potente, de efecto más corto y se metaboliza más rápidamente que los estrógenos sintéticos, por lo que el tipo y la magnitud de los efectos secundarios pueden diferir de los que experimentan las usuarias de AOC/PAC/AVC. Sin embargo, los AIC son un método anticonceptivo relativamente nuevo, y hay pocos datos epidemiológicos sobre sus efectos a largo plazo.

## **B. Anticonceptivos de progesterona sola (APS).**

Se distinguen en este grupo: anticonceptivos orales de progesterona sola (AOPS), implantes de levonorgestrel y etonogestrel (LNG/ETG), acetato de medroxiprogesterona de depósito / enantato de noretisterona (D/NE)

Consideraciones a tener en cuenta: (anexo N°4)

- Los APS tienen mínimos efectos sobre los factores de coagulación, presión sanguínea, y niveles de lípidos. Los estudios no han demostrado un aumento del riesgo de accidente cerebrovascular, infarto de miocardio o ETEV con su uso.

Este tipo de anticonceptivos pueden iniciarse inmediatamente tras el parto o aborto.

Es el anticonceptivo de elección en madres lactantes ya que no parece afectar al volumen ni a la composición de la leche materna, ni afectar al desarrollo del lactante.

El tiempo de inicio es controvertido (inmediatamente postparto o a la 6ª semana). Debido a que la caída de los niveles de progesterona favorece el inicio de la lactogénesis, el uso de estos anticonceptivos teóricamente puede interferir en el proceso, sobre todo en las formas inyectables en las primeras 72 horas postparto. Además, la inmadurez del metabolismo de los recién nacidos podría producir el acúmulo de progesterona y sus metabolitos; sin embargo la mayoría de los datos disponibles no apoyan esta hipótesis. La OMS ofrece una categoría 3 para el inicio en madres lactantes de < 6 semanas postparto; sin embargo la guía de Estados Unidos ofrece una categoría 2.

### **C. Dispositivo intrauterino (DIU)**

Incluye: DIU con cobre (DIU-Cu) y DIU liberador de levonorgestrel (DIU-LNG, libera 20 µg en 24 horas).

Consideraciones a tener en cuenta: (anexo N°5)

- La inserción posparto inmediata del DIU con cobre, en especial cuando la inserción tiene lugar inmediatamente después del alumbramiento de la placenta (dentro de los

primeros 10 minutos), se asocia con tasas más bajas de expulsión del DIU que la inserción posparto diferida.

Las complicaciones de perforación e infección asociadas con la inserción del DIU no aumentan en ningún momento durante el período posparto.

Se ha comprobado que la lactancia materna se comporta como un factor de riesgo para la perforación uterina con la inserción de DIU.

#### **D. Esterilización femenina mediante ligadura tubárica o histeroscópica (ESSURE).**

La guía de la OMS no incluye los métodos de esterilización transcervical.

Consideraciones a tener en cuenta:

La OMS considera diferentes tiempos postparto:

- < 7 días: la esterilización puede practicarse de forma segura.
- 7 a < 42 días: hay un mayor riesgo de complicaciones cuando el útero no ha involucionado por completo. Debe retrasarse.
- ≥ 42 días: puede realizarse

Se tienen en cuenta las siguientes situaciones médicas, en las cuales la esterilización debe retrasarse:

- Preeclampsia/eclampsia: hay un aumento en los riesgos relacionados con la anestesia; en casos de preeclampsia leve puede realizarse.
- Rotura prolongada de las membranas, ≥ 24 horas: existe mayor riesgo de infección postoperatoria.
- Sepsis puerperal, fiebre intraparto o puerperal, sepsis/fiebre postaborto. Existe mayor riesgo de infección postoperatoria.

- Hemorragia abundante antes/después del parto y postaborto. La mujer puede estar anémica y ser incapaz de tolerar más pérdida de sangre.
- Traumatismo grave del tracto genital (desgarro cervical o vaginal durante el parto o aborto). Pudo haberse producido una importante pérdida de sangre y anemia.
- Ruptura o perforación del útero. Pudo haberse producido una importante pérdida de sangre o daño en el contenido abdominal. Si se efectúa cirugía exploratoria o laparoscopia y la mujer está estable, puede repararse el problema y realizarse la esterilización tubárica.
- Hematometra aguda tras aborto. La mujer puede estar anémica y ser incapaz de tolerar más pérdida de sangre.

Se contraindica la inserción de Essure en las 6 primeras semanas postparto.

#### **E. Píldora anticonceptiva de emergencia (PAE).**

La OMS da una categoría 1 por su uso durante la lactancia.

#### **F. Métodos de barrera.**

Incluye el preservativo masculino de látex, de poliuretano, preservativo femenino, espermicida, diafragma con espermicida y capuchón cervical.

Tanto en el periodo postparto (con o sin lactancia materna) como postaborto, se da categoría 1 para todos los métodos de barrera. No se considera apropiado el uso de diafragma o capuchón cervical hasta que la involución uterina no sea completa (< 6 semanas postparto).



## **G. Método MELA: amenorrea de lactancia**

Se basa en la infertilidad que ofrece la lactancia materna, para lo cual es necesario que se cumplan de forma estricta las siguientes condiciones:

1. Menos de 6 meses postparto.
2. Lactancia materna exclusiva (alimentación sólo a base de lechematerna) o casi exclusiva (al menos las  $\frac{3}{4}$  partes de la ingesta esleche materna).
3. La madre debe estar en amenorrea.

Su uso común establece una eficacia anticonceptiva en el 98% de las usuarias; si se realiza de forma estricta en los primeros 6 meses postparto, la eficacia asciende al 99%.

## **H. Métodos basados en el conocimiento de la fertilidad (MBCF)**

Implican la identificación de los días fértiles en el ciclo menstrual. Puede realizarse mediante la observación de signos de fertilidad (secreciones cervicales, temperatura basal del cuerpo) como son el método del moco cervical, método sintotérmico o el método de los dos días, o el monitoreo de los días del ciclo mediante el método del calendario.

Consideraciones a tener en cuenta:

Los MBCF durante la lactancia materna pueden ser menos eficaces que cuando no se amamanta.

- < 6 semanas posparto. Las mujeres que están amamantando y en amenorrea es poco probable que tengan suficiente función ovárica para producir signos de fertilidad y cambios hormonales detectables durante las primeras 6 semanas después del parto. Sin embargo, es posible que la

fertilidad se reanuda con el paso del tiempo después del parto y con la sustitución de la leche materna con otros alimentos.

- Después de la primera menstruación. Cuando la mujer nota signos de fertilidad (especialmente secreciones cervicales), puede usar un método basado en los síntomas. En las mujeres que amamantan, la duración de los primeros ciclos menstruales después del parto varía significativamente. Transcurren varios ciclos antes del restablecimiento de la regularidad. Cuando la mujer haya tenido por lo menos tres períodos menstruales después del parto, y sus ciclos se regularicen, puede usar un método basado en el calendario.

#### Madres no lactantes

- $o < 4$  semanas. Es muy probable que no tengan suficiente función ovárica para requerir de MBCF o para tener signos detectables de fertilidad o cambios hormonales antes de las 4 semanas después del parto. Aunque el riesgo de embarazo es bajo, deberá ofrecerse un método apropiado para después del parto.
- $o \geq 4$  semanas. Es probable que tengan suficiente función ovárica para producir signos de fertilidad detectables y/o cambios hormonales en esta etapa. Pueden usar métodos basados en el calendario tan pronto hayan completado por lo menos tres períodos menstruales después del parto y sus ciclos vuelvan a regularizarse. Pueden usar MBCF una vez que hayan tenido por lo menos cuatro períodos menstruales después del parto y su ciclo más reciente haya sido de 26 a 32 días. Antes de ese tiempo deberían ofrecerse métodos apropiados para después del parto.

➤ **ANTICONCEPCIÓN EN LA POST PARTO, POST ABORTO Y TRANS CESÁREA SEGÚN MINSA (anexo 6 y 7)**

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 post parto así como también 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, cesárea 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.

**METODOS ANTICONCEPTIVOS DE USO DE POST-PARTO**

Primera opción			
Tipo de método	Relación con la lactancia materna	Ventajas	Desventajas
Método de lactancia exclusiva y amenorrea (MELA)	Favorece la relación madre-hijo a través de la práctica de la lactancia materna.  Aumenta la cantidad de	No requiere examen físico. Disminuye la morbilidad del Recién Nacido Ayuda a la retracción uterina Proporciona mayor nutrición al bebe	Método de introducción, solo es eficaz en los 6 meses después del parto. Si la madre y el niño se separan por largos periodos de tiempo disminuye su eficacia.

	producción de leche materna.	Proporciona satisfacción personal a la madre No requiere la utilización de otro método anticonceptivo adicional 98% de efectividad por espacio de hasta 6 meses cuando se practica de manera exclusiva	Requiere gran rigurosidad con la lactancia exclusiva.
Preservativos	No tiene efecto sobre la lactancia materna. Su utilización no significa riesgo para la madre o el niño.	No requiere examen físico. Proporciona protección contra las infecciones de transmisión sexual, VIH y SIDA. Tiene una eficacia de 95-97% cuando se asocia a la lactancia materna	Requiere de aplicación correcta. Requiere de apoyo directo y aceptación de su uso por la pareja.
Dispositivos intrauterinos	No hay efecto sobre la lactancia	Menos incomodidad cuando se inserta inmediatamente después del parto.	Requiere de exploración física previa y su inserción debe ser realizada

		No requiere tomar medidas en el momento del coito Una eficacia de 99%	por personal de salud entrenado. Pueden presentarse algunas complicaciones como perforaciones e infecciones si no se aplica bien la técnica de inserción.
Oclusión Tubarica Bilateral (OTB)	No tiene efectos sobre la lactancia. Si se prevé un periodo de separación, es necesario extraer la leche y almacenarla antes del procedimiento.	Es un método permanente. Método de elección de mujeres con paridad satisfecha. No se requiere tomar medida alguna en el momento del coito. Una eficacia de 99.6%	Irreversible
Tercera opción			
Anticonceptivos combinados	Los estrógenos pueden reducir la producción de leche materna. No hay efecto negativo inmediato o a lo largo plazo demostrado	NO se requiere tomar medidas alguna en el momento del coito. Menos riesgo de cáncer de ovario cuando se utiliza en el post-parto. Una eficacia de 99.9%	En caso necesario usar micro dosis a partir de los 6 meses de lactancia. Interfieren en la lactancia materna. Mayor riesgo de tromboembolismo.

	sobre los lactantes.		
Métodos naturales	No tiene efecto sobre la lactancia	No se requiere productos artificiales	Los signos y los síntomas de fecundidad son imposibles de interpretar durante la lactancia.

(MINSA, NORMA Y PROTOCOLO DE PLANIFICACIÓN, 2008), cuadro N° 24 y 25

## MATERIAL Y METODOS

### **Tipo de estudio:**

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal, usando técnica CAP (Conocimientos, Actitudes y Prácticas)

### **Área de estudio:**

El estudio se realizó en el Hospital "Gaspar García Laviana" de la ciudad de Rivas, departamento de Rivas, en el servicio de Gineco-Obstetrica, sala de ginecología el cual cuenta con una capacidad de 25 camas, en el cual se les da atención a pacientes puérperas (post parto o pos quirúrgicas de cesárea).

### **Universo:**

Para el universo se tomó como referencia las 2,684 puérperas que fueron atendidas de enero a diciembre del 2014, en base a dicho número de puérperas se calculó la muestra.

### **Muestra de estudio:**

La muestra fueron 120 puérperas dicha muestra se calculó con la siguiente formula:

$$n = \frac{NZ^2pq}{d^2(N-1) + Z^2pq}$$

**n** : Es el tamaño de la muestra

**N**: Es el tamaño de la población que se quiere estudiar

**Z**: Desviación en relación a una distribución normal estándar, cuyo valor es de 1.96 que corresponde a un nivel de confianza de 95%

**P**: Proporción de la población en estudio que se estima que tenga una característica determinada

**D:** Grado de precisión deseado.

**q:** 1-p

**Muestreo:** el muestreo fue por entrevistas a cada una de las puérperas en el periodo de estudio, siendo excluidas aquellas puérperas quiénes no quieran ser entrevistadas.

**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 minusvalía 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

**Lista de variables:**

- a. Edad
- b. Escolaridad
- c. Procedencia
- d. Estado civil
- e. Religión
- f. Ocupación



- g. Gestas
- h. Inicio de vida sexual activa
- i. Compañeros sexuales
- j. Persona de quien recibe información
- k. Lugar donde recibió información
- l. Conocimiento de los métodos anticonceptivos
- m. Actitud ante los métodos anticonceptivos
- n. Practicas sobre los métodos de planificación familiar de las puérperas.

**Fuente de información:**

La fuente de información es primaria porque se realizó la entrevista directamente en las puérperas. Se realizó una prueba piloto con el 20% de la muestra, para valorar la validez interna de la entrevista, su significancia estadística, y evitar sesgos de información durante la recolección de la misma, la cual fue incluida en el estudio.

La entrevista está constituida con preguntas cerradas a un total de 120 puérperas, las cuales fueron dirigidas a obtener el nivel básico de conocimiento, Actitudes y prácticas.

Para evaluar el conocimiento las preguntas calificadas fueron las que hacían referencia a definición, uso y seguridad del método anticonceptivos, para un total de 6 preguntas.

Se calificó el conocimiento como bueno si las puérperas respondían correctamente  $\geq 5$  preguntas, regular 2-4 y malo  $\leq 1$  pregunta.

Las actitudes se calificaron como favorables si se respondían 6 o más preguntas correctamente y como desfavorable con 5 o menos puntos obtenidos de los 9 ítems

Las prácticas se calificaron como buenas, regulares o más de la siguiente manera:

Buena: 3-5 pts

Mala: 0-2 pts

### **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 las puérperas
- 2) Nivel de conocimiento sobre anticonceptivos
- 3) Actitud ante los métodos anticonceptivos
- 4) Practicas a los métodos anticonceptivos.

### **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 entrevistados. Después de eso se solicito el consentimiento informado verbal individual.

## OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

<b>Objetivos específicos</b>	<b>Variable o indicador</b>	<b>Definición operacional</b>	<b>Dimensión</b>	<b>Escala</b>
Describir las características sociodemográficas	• Edad	Periodo cronológico desde su nacimiento hasta la fecha de la entrevista	Años	< 15 15- 19 20- 24 25-29 30-34 ≥ 35
	• Escolaridad	Nivel de conocimiento alcanzado hasta el momento de la entrevista	Nivel de escolaridad	Analfabeto, Alfabeto, primaria, Primaria, Técnico, Universidad
	• Procedencia	Lugar o territorio donde habita en el momento de la entrevista	Cualitativa	Urbana Rural
	• Estado civil	Relación conyugal de la puérpera al momento de la entrevista	Condición de pareja	Soltera Casada Unión estable

	•Religión	Creencia ideológica de la puérpera	Tipo	Católica Evangélica Otras Ninguna
	•Ocupación	Empleo, oficio o actividad a la cual se dedica la puérpera al momento de la entrevista	Tipo de oficio	Ama de casa Estudiante Doméstica Obrera Desempleada Profesional Otra
Describir los antecedentes ginecoobstetricos	•Gestas	Número de embarazos	Cuantitativo	Ninguno Primigesta Bigesta Trigesta Cuadrigesta Multigesta
	•Inicio de vida sexual activa	Edad en que la mujer tuvo su primera relación sexual	Cuantitativo	< 15 años 15 a 19 años ≥ 20 años
	•Compañeros sexuales	Total de personas con las que la encuestada ha sostenido relaciones sexuales	Cuantitativo	Uno Dos Mayor de dos

	• Periodo intergenésico	Tiempo entre el nacimiento del ultimo hijo y el inicio de un nuevo embarazo	Cuantitativo	Menor de dos años Mayor de dos años
Información	Persona de la cual recibieron información		Cualitativo	Padres Amigos Vecinos Familiares Medico Enfermera Profesor Nadie
	Lugar donde recibió información		Cualitativo	Casa Vecindario Centro de salud Hospital Colegio Internet Control prenatal Medios de comunicación
Conocimientos de los métodos de planificación familiar	Datos concretos sobre las que se basan las personas para decidir lo que se debe o se puede hacer ante una situación determinada.		Buena  Regular  Mala	- ≥ 5 respuestas correctas  - 2-4 respuestas correctas

			- ≤1 menos respuestas correctas
Actitud acerca de los métodos de planificación familiar	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.	Favorable  Desfavorable	6-9 pts  5 o menos pts
Prácticas acerca de los métodos planificación familiar.	Comportamiento está formado por conductas y procedimientos, las prácticas regulares se llaman hábitos y se definen como una respuesta establecida ante una situación común.	Buena  Mala	3-5 pts  0-2 pts

## RESULTADOS

En el estudio se encontró que el grupo etario predominante estuvo entre las mujeres de 20 a 24 años con 32.5%, las de 15 a 19 años 25% y las menores de 15 años representaron el 2.5%.

Rivas represento la localidad con el mayor porcentaje de entrevistadas 30%, Tola 13.3%, Buenos aires fue la localidad donde se presentó el menor porcentaje de puérperas entrevistadas 2.5%.

El 45.8% de las entrevistadas tiene estudios secundarios; 17.5% son universitarias y únicamente el 2.5% no tienen ningún tipo de educación.

Más de la mitad de las puérperas 51.6% mantienen una unión estable con sus parejas, 30.8% se encuentran casadas y el 17.5% están solteras.

El 43.3% de las mujeres manifestó ser católica, 40.8% dijo ser evangélica y 10% no tiene ninguna religión.

Las amas de casa representaron la mayor parte de entrevistadas con 69.2%, 5.8% son profesionales y el 5% se encontraban desempleadas.

Las primigestas simbolizaron el 40.8%, las Bigestas 37.5%, únicamente el 2.5% eran Granmultigesta.

El mayor porcentaje de ellas refirió haber tenido un periodo intergenésico mayor de dos años 38.9%, sin embargo un porcentaje significativo manifestó haber tenido un periodo intergenésico menor de dos años 19.2%.

Con respecto a las parejas sexuales el 65% de las puérperas únicamente ha tenido una pareja sexual, el 31.7% ha tenido dos y el 3.3% ha tenido más de dos parejas sexuales. El inicio de vida sexual activa del 55.8% fue entre los 15 a 19 años de

edad, el 24.2% lo inicio después de los 20 años y 20% manifestó iniciar su vida sexual antes de los 15 años.

Cuando se les pregunto a las entrevistadas de quien habían recibido mayormente información sobre métodos de planificación familiar el 30% respondió que los recibieron de médicos, 24.2% de enfermeras y el 20.8% lo recibió de sus padres.

El centro de salud fue el lugar donde más recibieron información 39.2%, el 21.7% refirió recibió información en el colegio, solamente el 10.8% dijo haber recibido información en el hospital, es de notar que únicamente el 4.2% dijo haber recibido información en los controles prenatales.

El 81.7% dijo tener suficiente información de los métodos de planificación para optar por uno de ellos, solamente el 18.3% refirió no contar con suficiente información.

La gran mayoría 98.3% refirió conocer los métodos de planificación familiar o por lo menos han escuchado hablar de ellos, 1.7% manifestó no conocerlos.

El 40.8% señaló que los métodos de planificación familiar servían para evitar embarazos, el mismo número de puérperas manifestó que además de esto también servían para controlar el número de hijos y prevenir ITS, únicamente el 10.8% dijo que servían para controlar el número de hijos.

La mayoría de las puérperas 42.5% estuvieron de acuerdo en afirmar que el tiempo de aplicación de los métodos anticonceptivos es inmediatamente después del parto/cesárea, 25% manifestó se debe aplicar durante la menstruación y un 10.8% dijo no saber el tiempo de aplicación.

Con el fin de conocer si las participantes tenían un método de preferencia 78.3% afirmó conocer un método anticonceptivo en particular, mientras que el 21.7% dijo no conocer uno de preferencia.



El método más conocido fue las hormonales inyectables mensuales, 20.8%, las píldoras en segundo lugar con 10%, 15.8% manifestó conocerlos todos, llama la atención que 36.7% de ellas refirió no conocer ninguno más que otro.

Las inyectables mensuales fueron el método más seguro para el 30.8% de las mujeres, el condón masculino ocupó el segundo lugar con 18.3%, mientras que la inyectable trimestral obtuvo 15.8%, 3.3% manifestó no considerar a ningún método de planificación como seguro.

El 75% estuvo de acuerdo en que el condón masculino es el mejor método de planificación familiar que además de evitar embarazos también previene las Infecciones de Transmisión Sexual, solo el 5% refirió que ninguno previene las infecciones.

Para el 55% de las entrevistadas los embarazos no deseados son la principal consecuencia de no planificar, 13.3% dijo que su consecuencia son las infecciones de transmisión sexual y 18.3% piensa que además de estas dos consecuencias además provoca mayor carga económica, abortos, deterioro personal y abandono de la pareja.

Se calificó el conocimiento en métodos de planificación familiar de las puérperas en base a las respuestas buenas, 52.5% de las puérperas tiene un conocimiento bueno de los métodos, 39.2% un conocimiento regular y solo el 8.3% tiene un mal conocimiento.

Con respecto a su opinión acerca de los anticonceptivos orales 41,7% manifestó no les gustan tomar pastillas y que prefiere inyectarse, 24.2% dijo que tienen muchos efectos adversos y no les gustan, solo el 13.3% refirió que son la mejor opción para planificar.

El 28.3% de las puérperas manifestó que el DIU es un método muy agresivo y causa dolor, la misma cantidad de entrevistadas no creen que eviten embarazos,

sin embargo el 27.5% de ellas dijo que es una buena opción de planificación a largo plazo.

La mayoría de las mujeres, 30.6% manifestó no tener ningún problema para planificar con los métodos inyectables, 20% de ellas no planificaría con ellos por medio al pinchazo, mientras que el 19.2% dijo por que engordan. Con respecto al condón 30.8% manifestó no tener problemas para utilizar el condón como método de planificación, 22.5% dijo no planificar con este método porque su pareja no quería y este mismo porcentaje refirió que no provocaban la misma sensación en el momento de la relación sexual

En la pregunta de razones para no utilizar un método de planificación el 68.3% manifestó no tener problemas para planificar, la religión fue la razón por la cual el 8.3% de las puérperas no utilizan métodos de planificación, 5.8% de las entrevistadas dijo no saber cómo utilizar los métodos y solo el 0.8% piensa que los método no sirven.

El 95% de las dijo estar consciente de los efectos de no planificar, solo el 5% refirió no estar consciente.

La mayor parte de las puérperas 89.2% refirió no estar presionada a utilizar métodos, solo el 10.8% si sentir alguna presión. Cuando se les pregunto por quién se sentían obligadas 5% manifestó que se sentían presionadas por familiares, 4.2 por su esposo/pareja y el 2.5 por el personal de salud.

Las actitudes favorables 58% predominaron en la entrevista, 42% tuvo una actitud desfavorable.

El método más utilizado por las puérperas fue la inyectable mensual con 29.2%, los anticonceptivos orales con el 26.7%, el condón masculino obtuvo el 21.7, 2.5% manifestó no haber utilizado ningún método de planificación.

De las puérperas que han utilizado una planificación el 46% manifestó no haber tenido ningún tipo de complicación, 21% dijo haber tenido complicaciones con la inyectable trimestral y 18% que refirió tener complicaciones con el condón masculino. Dentro de las complicación tenemos que el 20% manifestó presentaron infecciones vaginales y 22% hemorragia tranvaginales.

La mayoría negó alguna falla de los métodos, entre las que respondieron que si habían tenido fallas tenemos que La inyectable trimestral fue la que obtuvo el mayor porcentaje de fallas 27%, el condón masculino 14%; la falla que más refirieron fue embarazos no planificados.

El método de planificación más recomendados por las puérperas posterior al parto o cesárea fue la inyectable de tres meses 47%, seguido del condón masculino con 24% y únicamente el 3% de ellas recomendó el MELA como método de planificación.

El 68.3% de las entrevistadas tuvo malas prácticas en los métodos de planificación familiar, según sus respuestas solo 31.7% ha tenido buenas practicas.

## DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

El grupo etario predominante estuvo entre las mujeres de 20 a 24 años con 32.5%, el área urbana, Rivas, represento la localidad con el mayor porcentaje de entrevistadas 30%, estos resultados no coinciden con el estudio realizado por Ruiz en León, en el cual las edades rondaron entre los 15 a 19 años y la mayoría procedía del área rural.

Más de la mitad de las puérperas 51.6% mantiene una unión estable con su pareja, según los datos dados por ENDESA 2011, las parejas en unión estable utilizan frecuentemente un método de planificación familiar. 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.

Las primigestas representaron la gran mayoría; el periodo intergenésico menor de dos años 19.2% refleja un incremento con respecto a el estudio en puérperas que realiza Ruiz en León en donde fue del 13.2%.

El inicio de la vida sexual activa fue entre los 15 a 19 años, según el estudio realizado por Planck, en Somoto Madriz en el 2011, sobre el conocimiento de embarazo en los adolescentes y métodos anticonceptivos, solo la mitad de los adolescentes tienen un buen conocimiento de los métodos, por lo cual al inicio de la vida sexual activa de estas mujeres sola la mitad conocían los método anticonceptivos.

Algunas de las causas de la falta de conocimiento se deben al miedo de hablar sobre este tema con los adultos como lo demuestra Tablada en su estudio de planificación familiar en adolescentes; en el estudio solo el 20.8% de las entrevistadas dijo haber recibido información de sus padres, lo que hace evidenciar la falta de comunicación que existe entre padres e hijos sobre este tema.

Los médicos fueron la principal fuente de información, 30%, siendo los centros de salud, 39.2% donde se les dio respuesta a las demandas de planificación, este dato coincide con el de otros estudios como el de Planck en el 2011, en el cual los jóvenes consideran los centros de salud como un lugar seguro de información y obtención de los métodos; el 10.8% de las encuestadas recibió información de métodos de planificación en el hospital y solo el 4.2% en los controles prenatales, mostrando la superficial información que se les da a las puérperas en su alta, tal como lo demuestra Glasier en su estudio Who gives advice about postpartum contraception?.

El 40.8% señaló que los métodos de planificación familiar servían para evitar embarazos, el mismo número de puérperas manifestó que además de esto también servían para controlar el número de hijos y prevenir 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 sin embargo este aumento es ligero ya que se pasó de un 54% en 1990 a un 57.4% en 2014 a escala mundial.

El método más utilizado, y el más seguro según las puérperas, fue la inyectable menstrual, en el estudio realizado por Ruiz en el 2011 fueron los anticonceptivos orales los más utilizados, este puede deberse al hecho de que el 41.7% manifestó que no le gusta tomar pastillas y prefieren inyectarse.

El 75% estuvo de acuerdo en que el condón masculino es el mejor método de planificación familiar que además de evitar embarazos también previene las Infecciones de Trasmisión Sexual, concordando con el estudio de Anna Parklan el cual demostró que los jóvenes tienen un buen conocimiento del doble efecto de los preservativos.

El conocimiento sobre los métodos de planificación familiar en el 52.5% de las mujeres fue bueno, este resultado no coincide con el estudio de Maribel Cabrera en

Venezuela en el cual se obtuvo un conocimiento deficiente por parte de las entrevistadas.

El método menos aceptado entre las puérperas fue el DIU, la mayoría de ellas piensa en él como un método agresivo y doloroso, en sí 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.

El 22.5% dijo no planificar con preservativos porque su pareja no quería y este mismo porcentaje refirió que no provocaban la misma sensación en el momento de la relación sexual, este resultado es similar al obtenido en el 2011 por Anna Parklan en adolescentes, en el cual los adolescentes, principalmente los varones, no utilizan este método porque refieren no sentir la misma sensación al momento del coito.

Si bien la mayoría dijo no tener ningún problema para planificar, la religión fue la razón por la cual el 8.3% de las puérperas no utilizan métodos de planificación, 5.8% de las entrevistadas dijo no saber cómo utilizar los métodos, el estudio de Alfaro en el 2000 concluyó que una de las causas que reconocen las mujeres para no utilizar los métodos es que no saben cómo usarlos, este dato se confirma en mi estudio ya que cuando se les pregunto a las entrevistadas el momento idóneo para iniciar a utilizar un método anticonceptivo, solo el 25% respondió de manera adecuada.

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, resultados que han tenido otros estudios similares (Ruiz, 2011). Es por ello que se considera el puerperio como uno de los momentos ideales para la educación familiar.

El método de planificación más recomendados por las puérperas posterior al parto o cesárea fue la inyectable de tres meses 47%, concuerda este resultado con el de Ruiz en León, en su investigación de métodos de planificación pos evento obstétrico en el 2011, en donde la mayoría de las pacientes recomendó la inyectable de tres meses posterior al parto; en mi estudio llama la atención notar que si bien se

recomendó la inyectable trimestral posterior al parto, el 18% de las puérperas manifestó haber tenido alguna complicación con su uso y 27% refirió fallas con su uso, convirtiéndolo en el método que presento más fallas y más complicaciones.

No consideran el MELA como un método de planificación post parto, la mayoría ni siquiera lo considera un método de planificación, según la OMS esto se debe a la introducción temprana de alimentos complementarios en la alimentación del neonato, lo que se evidencia más en los países en vías de desarrollo.

Las malas prácticas en los métodos de planificación familiar en las puérperas 68.3% se corroboran al saber que la mayoría ya han engendrado un hijo o han estado embarazadas anteriormente, lo que corresponde a estadísticas nacionales y mundiales, que muestran un conocimiento teórico sobre métodos anticonceptivos para evitar el embarazo, pero en la práctica muchos no lo usan, resultados descritos en “Adolescencia e inicio precoz de las relaciones sexuales. Algunos factores desencadenantes. Facultad de Ciencias Médicas, Dr. Faustino Pérez Hernández, 2008”

## CONCLUSIONES

- El mayor porcentaje de las puérperas son mayores de edad, la mayoría pertenecientes al casco urbano, han cursado o están cursando la secundaria, y en su gran mayoría son amas de casa, casadas o con una unión estable con su pareja. El 40.2% ya ha tenido la experiencia de un embarazo anterior, han iniciado su vida sexual activa en su adolescencia (entre los 15 y 19 años), la mayor parte solo han tenido una pareja sexual y solo el 19.2% tuvieron un periodo intergenésico menos de dos años. La información sobre los métodos en su mayoría fue dada por médicos en los centros de salud, esto antes del embarazo ya que solo el 4.2% manifestó haber recibido información en los controles prenatales.
- Acerca del grado o el nivel de conocimiento el 52.5% de las puérperas tiene un buen conocimiento, 39.2% un conocimiento regular y solo el 8.3% tiene mal conocimiento de los métodos anticonceptivos. El 40.8% estuvo de acuerdo en afirmar que servían para evitar embarazos, el método más conocido fue el inyectable mensual, solo un cuarto de ellas sabe cuándo es el momento idóneo para empezar a planificar
- El 58% de las puérperas tienen una actitud favorable hacia los métodos y están dispuesta a seguir planificando. El método menos aceptado fue la T de cobre al considerarlo un método agresivo y doloroso. Consideran la inyectable menstrual como el método más seguro para planificar. Entre las causas para no planificar destacaron la religión y la falta de aceptación de la pareja.
- Las prácticas en su mayoría fueron malas (68.3%), la mayoría no considera el MECLA como un método de planificación, el inyectable trimestral fue el más



recomendado posterior al parto o cesaría a pesar que este también fue el que represento para ellas el mayor número de complicaciones entre las principales hemorragias transvaginales e infecciones vaginales.

## RECOMENDACIONES

### ➤ **Ministerio de Salud,**

Promover y atender las necesidades de salud sexual y reproductiva en las diferentes etapas de la vida. Supervisar la aplicación de la norma y protocolo de planificación familiar siguiendo sus principios y ejes de ejecución así como asegurar la vigilancia epidemiológica de los indicadores de salud sexual y reproductiva.

### ➤ **SILAIS**

Asegurar el abastecimiento de los métodos de planificación familiar en las distintas unidades y la accesibilidad de estos a la población.

### ➤ **Al Hospital Gaspar García Laviana**

Capacitación continua de su personal sobre la utilización de métodos anticonceptivos. Asegurar la participación activa de su personal en la promoción, educación y sensibilización sobre la selección de un método anticonceptivo, asimismo que faciliten una información científica clara y sencilla sobre planificación familiar antes del alta de las pacientes. Promover el Método de Lactancia Materna Exclusiva como un método de planificación pos evento obstétrico y la planificación Dual como estrategia para disminuir los embarazos no deseados y las Enfermedades de Trasmisión sexual. Incrementar la utilización del DIU en las puérperas mediante la sensibilización de su uso.

### ➤ **A el primer nivel de atención**

Incentivar la educación de métodos de planificación familiar durante los controles prenatales, así como de asegurarse dar seguimiento a las puérperas para el control de su natalidad. Capacitar a colaboradores como apoyo en planificación familiar de la comunidad.

➤ **A futuros investigadores,**

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

## BIBLIOGRAFÍA

1. (UNFPA), f. d. (2013). estudio sobre situacion de adolescentes y jovenes en el municipio de chinandega. derechos, convivencia, participacion y salud sexual y reproductiva. 15.
2. Alfaro, j. o. (2000). planificación familiar y algunas perspectivas de embarazo en adolescentes. hospital escuela oscar danilo rosales. leon, 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 nicaraguense*. obtenido de <http://dev.codeni.org.ni/salud/mortalidad/>
5. Dra. Claudia Evans Baltodano, d. c. (julio 2008-julio 2010). *continuidad de la atención en planificación familiar en puerperas con riesgo reproductivo, atendidas en los salais de nicaragua*. managua: usaid.
6. Drs. Paolo ricci a., e. p. (2003). nacimiento por parto vaginal despues de una cesarea. prueba de trabajo de parto versus cesarea electiva a repeticion. rotura uterina, una complicacion posible. *scielo* .
7. ENDESA. (2011/12). *informe preliminar*. managua.
8. fhi international, f. h. (2009). quick reference guide to family planning research. 48-51.
9. Glasier, l. (1996). who gives advice about postpartum contraception? *medline*.
10. Hernandez, m. d. (2001). *conocimientos de los metodos anticonceptivos de las pacientes en puerperio de los servicios de maternidad del hospital central universitario "antonio maria pineda"* . barquisimeto.

11. Hiller je, g. e. (2007). educación sobre el uso de anticonceptivos en mujeres después del parto. *cochrane*, número 4,.
12. Mario Joaquín López Carbajal, m. e. (2012). factores de riesgo asociados con preeclamsia.
13. MINSA. (2008). *norma y protocolo de planificación*. managua.
14. MINSA. (2011). normas y protocolos para la atención prenatal, parto, recién nacido/a y puerperio de bajo riesgo.
15. OMS. (2003-2005). mortalidad materna en adolescente y mortalidad infantil en hijos de madres adelocentes en nicaragua.
16. OMS. (2005). *salud materna infantil, avances y desafíos nicaragua*. managua.
17. OMS. (2014). *estrategias para la programación de a planificación familiar postparto*. ginebra, zuiza: ediciones de la oms.
18. 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.
19. Rodríguez, j. g. (2013). anticoncepción durante el puerperio y la lactancia .
20. Ross, w. (2001). contraceptive use, intention to use and unmet need during the extended postpartum period. *international family planning perspectives*.
21. Ruiz, n. a. (2011). planificación familiar post evento obstetrico en el hospital escuela oscar danilo rosales arguello, leon .
22. Tablada, l. e. (2012). conocimiento, actitudes y practicas de los medicos residentes y especialistas en ginecologia y obstetricia sobre el dispositivo intrauterino t de cobre, en el hospital fernando velez paiz .

# ANEXOS



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA**  
**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**  
**INTERNADO ROTATORIO**  
**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 las pacientes puérperas en cuanto a planificación familiar.

**I. DATOS GENERALES:**

**Edad:**

**≤ 15** \_\_\_\_\_

**15- 19** \_\_\_\_\_

**20- 24** \_\_\_\_\_

**25-29** \_\_\_\_\_

**30-34** \_\_\_\_\_

**≥ 35** \_\_\_\_\_

**Localidad:** Rivas\_\_\_\_ Buenos Aires\_\_\_\_ Belén\_\_\_\_ Cárdenas\_\_\_\_ San Juan del Sur\_\_\_\_ San Jorge\_\_\_\_ Tola \_\_\_\_ Potosí\_\_\_\_ Altagracia\_\_\_\_ Moyogalpa\_\_\_\_

**Procedencia:** 1. Urbana\_\_ 2. Rural\_\_\_\_

**Escolaridad de la paciente:** 1. Analfabeta\_\_\_\_ 2. Alfabeta\_\_\_\_ 3. Primaria\_\_\_\_ 4. Primaria\_\_ 5. Técnica\_\_ 6. Universitario\_\_\_\_

**Estado civil:** 1. Soltera\_\_\_ 2. Casada\_\_\_ 3. Unión estable\_\_\_\_\_

**Religión:** 1. Católica\_\_\_ 2. Evangélica\_\_\_ 3. Otras\_\_\_ 4. Ninguna\_\_\_

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

## **II. ANTECEDENTES GINECOOBSTÉTRICOS:**

**Gestas:**\_\_\_ 2. Para\_\_\_ 3. Aborto\_\_\_ 4. Cesárea\_\_\_

**Periodo intergenésico:** 1. Menor de dos años\_\_\_ 2. Mayor de dos años\_\_\_ 3. No aplica\_\_\_\_\_

**Número de parejas sexuales:** 1. Uno\_\_\_ 2. Dos \_\_\_ 3. Mayor de dos\_\_\_

**Inicio de vida sexual:** 1. Menor de 15 años\_\_\_ 2. 15 a 19 años\_\_\_ 3. Mayor o igual a 20\_\_\_

## **III. INFORMACIÓN**

**1. ¿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\_\_\_\_\_

**2. ¿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\_\_\_\_\_

## **IV. 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 Infecciones de transmisión sexual \_\_\_ 4. Todas las anteriores\_\_\_\_\_

**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\_\_\_

**4. ¿Conoces algún método de planificación familiar en particular? Si\_\_\_ No \_\_\_**

**5. ¿Cuáles métodos de planificación conoces?**

1. Píldora \_\_\_ 2. Condón masculino \_\_\_\_\_ 3. Esterilización masculina \_\_\_ 4. Inyectable mensual \_\_\_\_\_  
5. Condón femenino \_\_\_ 6. Esterilización femenina \_\_\_ 7. Inyectable trimestral \_\_\_\_\_ 9. Método del Ritmo \_\_\_\_\_  
10. Dispositivo Intrauterino (T de cobre) \_\_\_\_\_ 12. Billing (Moco cervical)\_\_\_\_\_ 13. PPMS\_\_\_\_\_ 14. Ninguno \_\_\_ 15 otros\_\_\_\_\_

**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 \_\_\_\_\_ 9. Método del Ritmo \_\_\_\_\_  
10. Dispositivo Intrauterino (T de cobre) \_\_\_\_\_ 12. Billing (Moco cervical)\_\_\_\_\_ 13. PPMS\_\_\_\_\_ 14. Ninguno \_\_\_ 15 otros\_\_\_\_\_

**7. ¿Cuáles de los métodos de planificación familiar que tú conoces además de prevenir el embarazo previenen las Infección de transmisión sexual (ITS)?**

1. Píldora \_\_\_ 2. Condón masculino \_\_\_\_\_ 3. Esterilización masculina \_\_\_ 4. Inyectable mensual \_\_\_\_\_

5. Condón femenino \_\_\_\_ 6. Esterilización femenina \_\_\_\_ 7. Inyectable trimestral \_\_\_\_ 9. Método del Ritmo \_\_\_\_  
10. Dispositivo Intrauterino (T de cobre) \_\_\_\_ 12. Billing (Moco cervical) \_\_\_\_ 13. PPMS \_\_\_\_ 14. Ninguno \_\_\_\_ 15 otros \_\_\_\_

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

1. Embarazo no deseado \_\_\_\_ 2. Infecciones de transmisión sexual (ITS) \_\_\_\_ 3. Carga económica \_\_\_\_ 4. Aborto \_\_\_\_  
5. Deterioro personal \_\_\_\_ 6. Abandono de la pareja \_\_\_\_

**V. ACTITUDES:**

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

1. son la mejor opción para planificar \_\_\_\_  
2. es un método sencillo y fácil de usar \_\_\_\_  
3. no me gustan, tienen muchos efectos adversos \_\_\_\_  
4. no me gusta tomar pastillas, prefiero inyectarme \_\_\_\_

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

1. es un buena opción de método de planificación a largo plazo \_\_\_\_  
2. es un método antiguo, que ya nadie usa \_\_\_\_  
3. es un método muy agresivo y debe causar mucho dolor \_\_\_\_  
4. no me gusta y no creo que evite los embarazos \_\_\_\_

**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 \_\_\_\_ 6. No sé cómo utilizarlos \_\_\_\_

7. Me cuesta obtenerlos\_\_\_\_\_11. No creo que sirvan \_\_\_\_\_ 12.  
Otros\_\_\_\_\_

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

1. Si\_\_\_ 2. No\_\_\_

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

1. Si\_\_\_ 2. No\_\_\_

**5.1. Si la respuesta es sí. ¿Por quién?**

1. Personal de salud \_\_\_\_\_ 2. Familiares \_\_\_\_\_3.Esposo \_\_\_\_\_ 4.  
Otros\_\_\_\_\_

**Razones para no aceptar un método de planificación familiar:**

**6 Inyectables:**

1. No deseo planificar\_\_\_ 2. Miedo al pinchazo\_\_\_ 3. Hemorragia. 4. Porque la engorda\_\_\_ 5.  
Porque le mancha la cara\_\_\_ 6. Otra\_\_\_ 7. No tengo problemas para planificar con ellas\_\_\_\_\_

**7. Tabletas:**

1. No desea planificar\_\_\_ 2. Porque se le olvida tomarla\_\_\_ 3. Porque le produce molestias  
gástricas\_\_\_ 4. Porque sangraba\_\_\_ 5. Porque la engorda\_\_\_ 6. Otra\_\_\_ 7. No tengo  
problemas para planificar con ellas\_\_\_\_\_

**8. Dispositivo Intrauterino (DIU):**

1. No desea planificar\_\_\_ 2. Porque es doloroso la colocación\_\_\_ 3. Porque se encarna\_\_\_ 4.  
Porque produce sangrado\_\_\_ 5 Porque produce dolor\_\_\_ 6. Porque molesta en las relaciones  
sexuales. 7. Porque produce infecciones vaginales\_\_\_ 8. Otra\_\_\_ 9. No tengo problemas para  
planificar con ella\_\_\_\_\_

## 9. Condón:

1. No desea planificar\_\_\_\_\_
2. Por qué no produce la misma sensación\_\_\_\_\_
3. Por qué su pareja no quiere\_\_\_\_\_
4. Por qué le da pena\_\_\_\_\_
5. Otra\_\_\_\_\_.
6. No tengo problemas para planificar con ellos\_\_\_\_\_

## VI. 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 \_\_\_\_\_
9. Método del Ritmo \_\_\_\_\_
10. Dispositivo Intrauterino (T de cobre) \_\_\_\_\_
12. Billing (Moco cervical)\_\_\_\_\_
13. PPMS\_\_\_\_\_
14. Ninguno \_\_\_\_
- 15 otros\_\_\_\_\_

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

1. Lactancia materna exclusiva (MELA) 2. Condón masculino \_\_\_\_\_
3. Esterilización masculina \_\_\_\_
4. Condón femenino \_\_\_\_\_
5. Esterilización femenina \_\_\_\_
6. Inyectable trimestral \_\_\_\_\_
7. Dispositivo Intrauterino (T de cobre)
8. Ninguno \_\_\_\_

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

#### Método:

1. Lactancia materna exclusiva (MELA) 2. Condón masculino \_\_\_\_\_
3. Esterilización masculina \_\_\_\_
4. Condón femenino \_\_\_\_\_
5. Esterilización femenina \_\_\_\_

6. Inyectable trimestral \_\_\_\_\_ 7. Dispositivo Intrauterino (T de cobre) 8. Métodos naturales \_\_\_\_\_  
9. Ninguno \_\_\_\_\_

**Complicación:**

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

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

**Método:**

1. Lactancia materna exclusiva (MELA) 2. Condón masculino \_\_\_\_\_  
3. Esterilización masculina \_\_\_\_\_ 4. Condón femenino \_\_\_\_\_ 5. Esterilización femenina \_\_\_\_\_  
6. Inyectable trimestral \_\_\_\_\_ 7. Dispositivo Intrauterino (T de cobre) 8. Métodos naturales \_\_\_\_\_  
9. Ninguno \_\_\_\_\_

**2. FALLA**

- 2.1 Salí embarazada \_\_\_\_\_ 2.2 Me engorde \_\_\_\_\_ 2.3 tenía muchos cambios de humor \_\_\_\_\_  
2.4 sangraba demasiado \_\_\_\_\_ 2.5 me provoqué infecciones \_\_\_\_\_

**5. ¿Cuál de los métodos recomendarías después del parto o cesárea?**

1. Lactancia materna exclusiva (MELA) 2. Condón masculino \_\_\_\_\_  
3. Esterilización masculina \_\_\_\_\_ 4. Condón femenino \_\_\_\_\_ 5. Esterilización femenina \_\_\_\_\_  
6. Inyectable trimestral \_\_\_\_\_ 7. Dispositivo Intrauterino (T de cobre) 8. Métodos naturales \_\_\_\_\_  
9. Ninguno \_\_\_\_\_ Por qué le da pena \_\_\_\_\_ 5. Otra \_\_\_\_\_

**Anexo N°2. Criterios de elegibilidad de métodos de planificación familiar médica recomendada por la OMS**

Categoría de a OMS	Con decisión clínica	Con decisión clínica limitada
1	Se puede usar el método en cualquier circunstancia	Se puede usar el método
2	Generalmente se puede usar el método	
3	Generalmente no recomienda el uso del método a menos que no se disponga de otros métodos más apropiados o que los métodos disponibles no sean aceptables	No se debe de usar el método
4	No se debe usar método	

**Anexo N°3. Consideraciones a tener en cuenta al momento de elegir un método hormonal combinado según los criterios de elegibilidad de la OMS.**

CONDICION	CATEGORIA DE LA OMS			
	AOC	PAC	AVC	AIC
a) < 21 días				
i) Sin factores de riesgo de ETEV	3	3	3	3
ii) Con factores de riesgo de ETEV	3/4	3/4	3/4	3/4
B) > 21 días a 42 días				
i) Sin factores de riesgo ETEV	2	2	2	2
ii) Con factores de riesgo ETEV	2/3	2/3	2/3	2/3
C) > 42 días	1	1	1	1
POSTPARTO (CON lactancia materna)				
a) < 6 semanas	4	4	4	4
b) > 6 semanas a < 6 meses	3	3	3	3
c) > 6 meses	2	2	2	2

(Rodríguez, 2013)

ETEV: enfermedad tromboembólica venosa

AOC: anticonceptivos orales

PAC: anticonceptivos con parche

AVC: anticonceptivos de anillo vaginal

AIC: anticonceptivos inyectables

**Anexo N°4. Consideraciones a tener en cuenta al momento de elegir un método hormonal solo con progestágeno según los criterios de elegibilidad de la OMS.**

CONDICION	CATEGORIA DE LA OMS		
	AOPS	LNG/E TG	D/NE
POST PARTO (SIN lactancia materna)			
b) < 21 días	1	1	1
B) > 21 días	1	1	1
POSTPARTO (CON lactancia materna)			
d) < 6 semanas	3	3	3
e) > 6 semanas a < 6 meses	1	1	1
f) > 6 meses	1	1	1

AOPS: anticonceptivos orales de progesteron sola

LNG/ETG: implantes de levonorgestrel y etonogestrel

D/NE: acetato de medroxiprogesterona de depósito / enantato de noretisterona



**Anexo N°5. Consideraciones a tener en cuenta al momento de elegir DUI según los criterios de elegibilidad de la OMS.**

CONDICION	CATEGORIA DE LA OMS	
	DIU-Cu	DIU-LNG
POST PARTO (CON/SIN lactancia materna)		
a) < 48 horas (incluso tras alumbramiento)	1	1: sin LM 2: con LM
b) > 48 horas a < 4 semanas	3	3
c) > 4 semanas	1	1
d) Sepsis puerperal	4	4

LM: Lactancia Materna

DIU-Cu: DIU con cobre / DIU-LNG: DIU liberador de levonorgestrel

**Anexo N°6. Opciones de métodos anticonceptivos posparto (momento de inicio del método y consideraciones por la lactancia) según la OMS**



**Anexo N°7. Opciones anticonceptivas al finalizar el embarazo según MINSA**

Primera opción	Segunda opción	Tercera opción
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Métodos temporales</li> <li>➤ Lactancia materna</li> <li>➤ Preservativos</li> <li>➤ Dispositivos intrauterinos</li> <li>➤ Métodos permanentes</li> <li>➤ Oclusión tubárica bilateral (OTB)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Hormonales con solo protégenos</li> <li>➤ Orales: Ovrette, carazete</li> <li>➤ Inyectables</li> <li>➤ Depo-Provera</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Hormonales combinados</li> <li>➤ Estrógenos/progesterona (posterior a los 6 meses)</li> <li>➤ Métodos naturales</li> </ul>

## Anexo N°8

**Tabla N°1. Características sociodemográficas de las puérperas ingresadas en la sala de ginecología del Hospital Gaspar García Laviana del periodo de enero a febrero del 2015**

<b>Edad/Años</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
<b>Menor 15 años</b>	3	2,5
<b>15 a 19</b>	30	25,0
<b>20 a 24</b>	39	32,5
<b>25 a 29</b>	28	23,3
<b>30 a 34</b>	16	13,3
<b>Mayor de 35 años</b>	4	3,3
<b>Total</b>	120	100,0
<b>Escolaridad</b>		
<b>Iletrada</b>	3	2,5
<b>Alfabeto</b>	4	3,3
<b>Primaria</b>	31	25,8
<b>Primaria</b>	55	45,8
<b>Técnica</b>	6	5,0
<b>Universidad</b>	21	17,5
<b>Total</b>	120	100,0
<b>Estado Civil</b>		
<b>Soltera</b>	21	17,5
<b>Casada</b>	37	30,8
<b>Unión estable</b>	62	51,6
<b>Total</b>	120	100
<b>Religión</b>		
<b>Católica</b>	52	43,3
<b>Evangélica</b>	49	40,8

<b>Otras</b>	7	5,8
<b>Ninguna</b>	12	10,0
<b>Total</b>	120	100,0
<b>Ocupación</b>		
<b>Ama de Casa</b>	83	69,2
<b>Estudiante</b>	11	9,2
<b>Domestica</b>	4	3,3
<b>Obrera</b>	1	,8
<b>Desempleada</b>	6	5,0
<b>Profesional</b>	7	5,8
<b>Otra</b>	8	6,7
<b>Total</b>	120	100,0

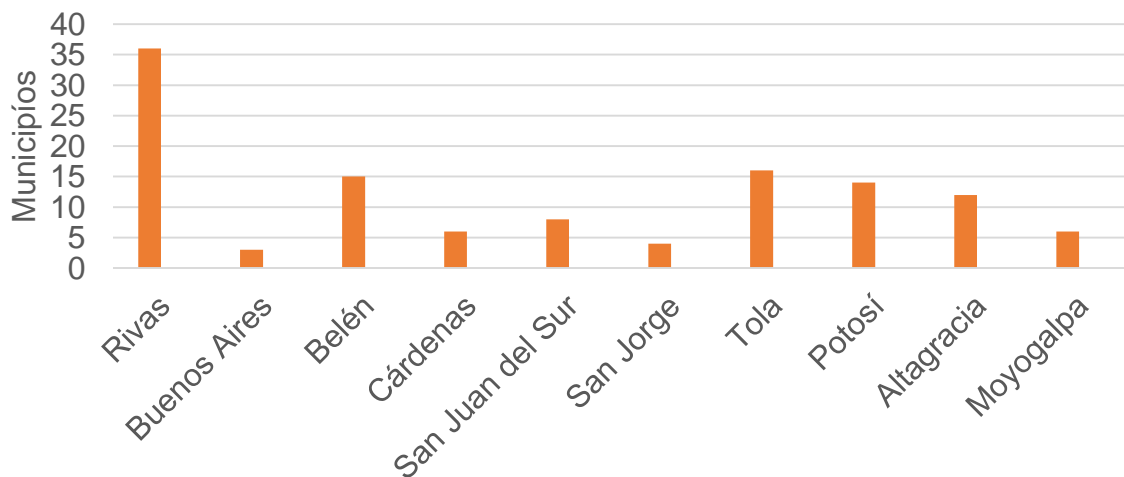
Fuente: Primaria

**Tabla N°2. Distribución de localidades en las puérperas ingresadas en la sala de ginecología del Hospital Gaspar García Laviana del periodo de enero a febrero del 2015**

Localidades	Frecuencia	%
Rivas	36	30,0
Buenos Aires	3	2,5
Belén	15	12,5
Cárdenas	6	5,0
San Juan del Sur	8	6,7
San Jorge	4	3,3
Tola	16	13,3
Potosí	14	11,7
Altagracia	12	10,0
Moyogalpa	6	5,0
<b>Total</b>	<b>120</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Primaria

**Grafico N° 2. Distribución de localidades en las puérperas ingresadas en la sala de ginecología del Hospital Gaspar García Laviana del periodo de enero a febrero del 2015**



Fuente: Tabla N°2

**Tabla N°3. Antecedentes gineco-obstetricos de las puérperas ingresadas en la sala de ginecología del Hospital Gaspar García Laviana del periodo de enero a febrero del 2015**

<b>Gestas</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
<b>Primigesta</b>	49	40,8
<b>Bigesta</b>	45	37,5
<b>Trigesta</b>	17	14,2
<b>Cuadrigesta</b>	6	5,0
<b>Granmultigesta</b>	3	2,5
<b>Total</b>	120	100
<b>Periodo intergenésico</b>		
<b>Menor de dos años</b>	23	19,2
<b>Mayor de dos años</b>	46	38,3
<b>No aplica</b>	51	42,5
<b>Total</b>	120	100,0
<b>Número de parejas sexuales</b>		
<b>Uno</b>	78	65,0
<b>Dos</b>	38	31,7
<b>Mayor de dos</b>	4	3,3
<b>Total</b>	120	100,0
<b>IVSA/años</b>		
<b>Menor de 15 años</b>	24	20,0
<b>Entre 15 a 19 años</b>	67	55,8
<b>Mayor o igual a los 20 años</b>	29	24,2
<b>Total</b>	120	100,0

Fuente: Primaria

**Tabla N°4. Fuente y lugar de información sobre métodos de planificación familiar en las puérperas ingresadas en el servicio de Ginecología de enero a febrero del 2015**

<b>¿De quién recibieron información?</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
<b>Padres</b>	25	20,8
<b>Amigos</b>	5	4,2
<b>Vecinos</b>	1	,8
<b>Familiar</b>	7	5,8
<b>Médicos</b>	36	30,0
<b>Enfermeras</b>	29	24,2
<b>Profesor</b>	11	9,2
<b>Nadie</b>	5	4,2
<b>Otros</b>	1	,8
<b>Total</b>	120	100,0
<b>Lugar</b>		
<b>Casa</b>	26	21,7
<b>Vecindario</b>	3	2,5
<b>Centro de salud</b>	47	39,2
<b>Hospital</b>	13	10,8
<b>Colegio</b>	19	15,8
<b>Internet</b>	1	,8
<b>Control prenatal</b>	5	4,2
<b>Medios de comunicación</b>	2	1,7
<b>Otro</b>	4	3,3
<b>Total</b>	120	100,0

Fuente: Primaria

**Tabla N°5. Conocimiento sobre métodos de planificación en las puérperas ingresadas en la sala de ginecología de enero a febrero del 2015**

<b>¿Para qué sirven?</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
<b>Evitar embarazos</b>	49	40,8
<b>Controlar el número de hijos</b>	13	10,8
<b>Prevenir ETS</b>	9	7,5
<b>Todas las anteriores</b>	49	40,8
<b>Total</b>	120	100,0
<b>Tiempo de aplicación</b>		
<b>Antes de la menstruación</b>	10	8,3
<b>Durante la menstruación</b>	30	25,0
<b>Después de la menstruación</b>	16	13,3
<b>Inmediatamente después del parto/cesárea</b>	51	42,5
<b>No se</b>	13	10,8
<b>Total</b>	120	100,0
<b>¿Conoces un método en particular?</b>		
<b>Si</b>	94	78,3
<b>No</b>	26	21,7
<b>Total</b>	120	100,0
<b>¿Cuál método Conocen?</b>		
<b>Píldora</b>	12	10,0
<b>Condón masculino</b>	4	3,3
<b>Esterilización masculina</b>	3	2,5
<b>Inyectable mensual</b>	25	20,8
<b>Condón femenino</b>	0	0
<b>Esterilización femenina</b>	1	0,8
<b>Inyectable trimestral</b>	6	5,0



Método del ritmo	1	0,8
T de cobre	3	2,5
Billing (moco cervical)	0	0
PPMS	2	1,7
Todos	19	15,8
Ninguno	44	36,7
Todos	120	100
<b>¿Cuál es el más seguro?</b>		
Píldora	6	5,0
Condón masculino	22	18,3
Esterilización masculina	3	2,5
Inyectable mensual	37	30,8
Condón femenino	0	0
Esterilización femenina	14	11,7
Inyectable trimestral	19	15,8
Método del ritmo	1	0,8
T de cobre	6	5,0
Billing (moco cervical)	0	0
PPMS	0	0
Todos	8	6,7
Ninguno	4	3,3
Todos	120	100
<b>¿ Cual previene las ETS?</b>		
Píldora	3	2,5
Condón masculino	90	75,0
Esterilización masculina	3	2,5
Inyectable mensual	2	1,7
Condón femenino	4	3,3
Esterilización femenina	0	0
Inyectable trimestral	4	3,3
Método del ritmo	0	0
T de cobre	1	0,8
Billing (moco cervical)	0	0
PPMS	0	0

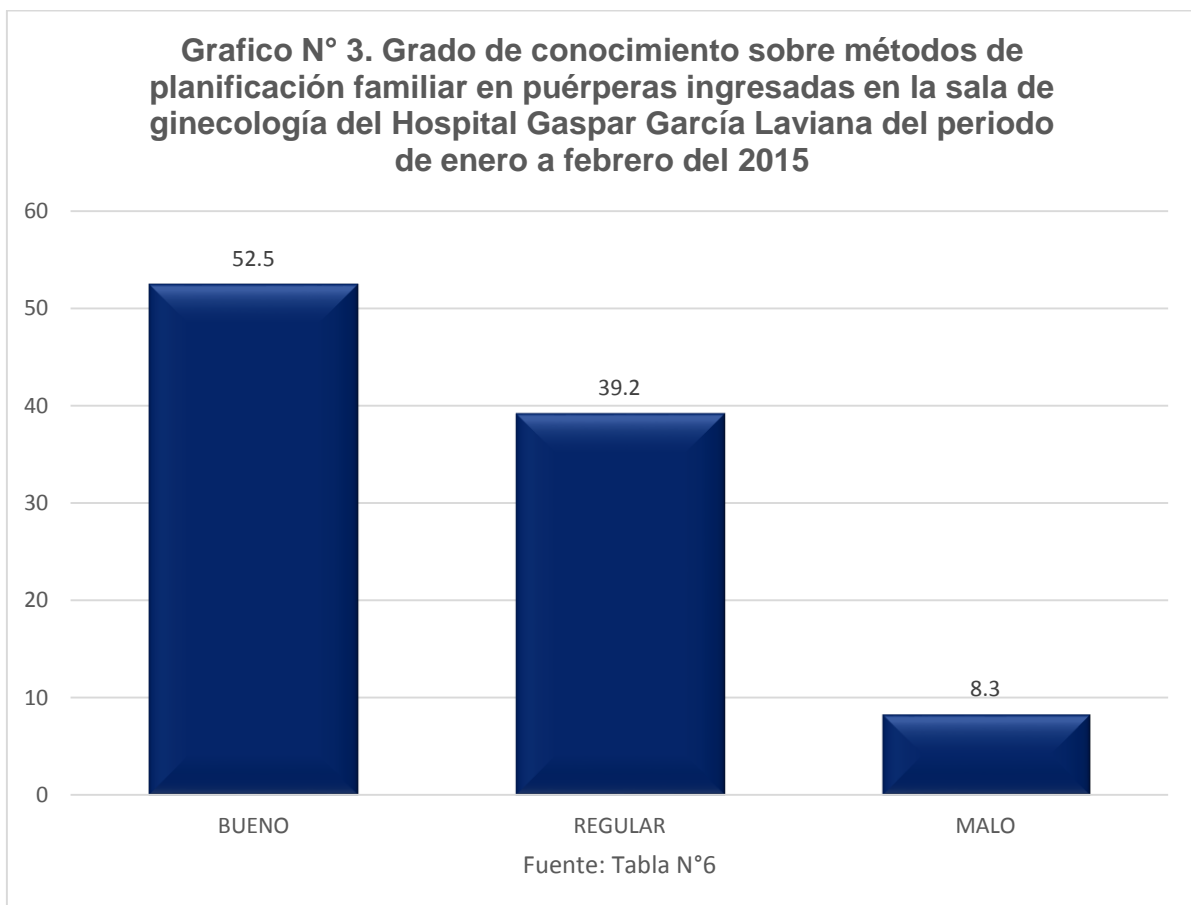
<b>Todos</b>	7	5,8
<b>Ninguno</b>	6	5,0
<b>Todos</b>	120	100
<b>Consecuencia de no planificar</b>		
<b>Embarazo no deseado</b>	66	55,0
<b>ITS</b>	16	13,3
<b>Carga económica</b>	4	3,3
<b>Aborto</b>	4	3,3
<b>Deterioro personal</b>	1	,8
<b>Abandono de la pareja</b>	4	3,3
<b>Todos</b>	22	18,3
<b>Ninguno</b>	3	2,5
<b>Total</b>	120	100,0

Fuente: Primaria

**Tabla N°6. Grado de conocimiento sobre métodos de planificación familiar en púerperas ingresadas en la sala de ginecología del Hospital Gaspar García Laviana del periodo de enero a febrero del 2015**

Conocimiento	Frecuencia	%
Bueno	63	52.5
Regular	47	39.2
Malo	10	8.3
<b>Total</b>	<b>120</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Primaria



**Tabla N°7. Actitud de las puérperas ingresadas en la sala de ginecología sobre los distintos métodos de planificación, del periodo de enero a febrero del 2015.**

<b>Anticonceptivos orales</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
<b>Son la mejor opción para planificar</b>	16	13,3
<b>Es un método sencillo y fácil de usar</b>	25	20,8
<b>No me gustan, Tienen muchos efectos adversos</b>	29	24,2
<b>No me gusta tomar pastillas, Prefiero inyectarme</b>	50	41,7
<b>Total</b>	120	100,0
<b>DIU</b>		
<b>Es una buena opción de planificación a largo plazo</b>	33	27,5
<b>Es antiguo y nadie lo usa</b>	19	15,8
<b>Es muy agresivo y debe causar dolor</b>	34	28,3
<b>No creo que evite embarazos</b>	34	28,3
<b>Total</b>	120	100,0
<b>Inyectables</b>		
<b>No desean planificar</b>	15	12,5
<b>Miedo al pinchazo</b>	24	20,0
<b>Hemorragias</b>	9	7,5
<b>Por qué engordan</b>	23	19,2
<b>Por qué manchan la cara</b>	10	8,3
<b>Otras</b>	1	,8
<b>Ninguna</b>	38	31,6
<b>total</b>	120	100

<b>Condón</b>		
<b>No desea planificar</b>	22	18,3
<b>No produce la misma sensación</b>	27	22,5
<b>Su pareja no quiere</b>	27	22,5
<b>Les da pena</b>	1	,8
<b>Otra</b>	6	5,0
<b>Ninguna</b>	37	30,8
<b>Total</b>	120	200
<b>Razones por la cual no planifican</b>		
<b>Religión</b>	10	8,3
<b>No le gusta a mi marido</b>	5	4,2
<b>No deseo planificar</b>	5	4,2
<b>No me gustan</b>	6	5,0
<b>No se cómo utilizarlos</b>	7	5,8
<b>Me cuesta obtenerlos</b>	4	3,3
<b>No creo que sirvan</b>	1	,8
<b>No tengo problemas para planificar</b>	82	68,3
<b>Total</b>	120	100,0

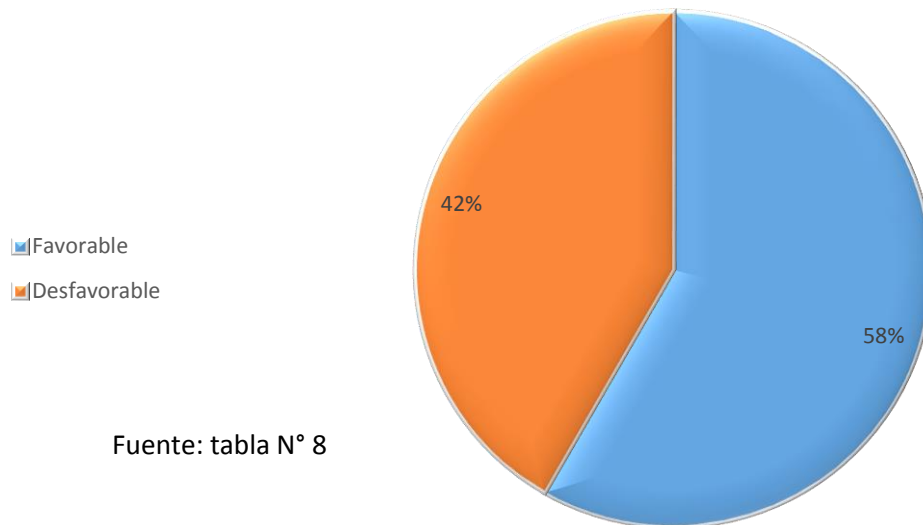
Fuente: primaria

**Tabla N°8. Actitud sobre los métodos de planificación familiar en puérperas ingresadas en la sala de ginecología del Hospital Gaspar García Laviana del periodo de enero a febrero del 2015**

Actitudes	Frecuencia	%
Favorable	70	58
Desfavorable	50	42
<b>Total</b>	<b>120</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Primaria

**Grafico N° 4. Actitud sobre los métodos de planificación familiar en puérperas ingresadas en la sala de ginecología del Hospital Gaspar García Laviana del periodo de enero a febrero del 2015**



Fuente: tabla N° 8

Tabla N°9. Prácticas en métodos de planificación familiar que han tenido las púerperas ingresadas en la sala de ginecología del periodo de enero a febrero del 2015

¿Qué métodos has utilizado?	Frecuencia	%
Píldora	32	26.7
Condón masculino	26	21.7
Esterilización masculina	1	0.8
Inyectable mensual	35	29.2
Condón femenino	0	0
Esterilización femenina	1	0.8
Inyectable trimestral	11	9.2
Método del ritmo	0	0
T de cobre	6	5
Billing (moco cervical)	0	0
PPMS	2	1.7
Todos	3	2.5
Ninguno	3	2.5
Todos	120	100
<b>¿Has tenido complicaciones con los métodos que has utilizado?</b>		
Lactancia Materna Exclusiva (MELA)	0	0%
Condón masculino	21	18%
Esterilización masculina	0	0%
Condón femenino	0	0%
Esterilización femenina	9	8%
Inyectable trimestral	25	21%
T de cobre	10	8%
Métodos naturales	0	0%
Ninguno	55	46%
Total	120	100%
<b>Complicación</b>		
Infección vaginal	24	20%
Hemorragias	22	18%

<b>Dolor en el vientre</b>	13	11%
<b>Incomodidad o molestias en el momento de la relación sexual</b>	6	5%
<b>No aplica</b>	55	46%
<b>Total</b>	120	100%
<b>¿Con que método has tenido fallas?</b>		
<b>Lactancia Materna Exclusiva (MELA)</b>	1	1%
<b>Condón masculino</b>	17	14%
<b>Esterilización masculina</b>	0	0%
<b>Condón femenino</b>	2	2%
<b>Esterilización femenina</b>	0	0%
<b>Inyectable trimestral</b>	32	27%
<b>T de cobre</b>	4	3%
<b>Métodos naturales</b>	4	3%
<b>Ninguno</b>	60	50%
<b>Total</b>	120	100%
<b>¿Qué método recomendarías después del parto o cesárea?</b>		
<b>Lactancia Materna Exclusiva (MELA)</b>	3	3%
<b>Condón masculino</b>	29	24%
<b>Esterilización masculina</b>	5	4%
<b>Condón femenino</b>	1	1%
<b>Esterilización femenina</b>	10	8%
<b>Inyectable trimestral</b>	56	47%
<b>T de cobre</b>	9	8%
<b>Métodos naturales</b>	2	2%
<b>Ninguno</b>	5	4%
<b>Total</b>	120	100%

Fuente: primaria



**Tabla N° 10. Prácticas en métodos de planificación familiar en puérperas ingresadas en la sala de ginecología del Hospital Gaspar García Laviana del periodo de enero a febrero del 2015**

Practicass	Frecuencia	%
Buena	38	31.7
Mala	82	68.3
<b>Total</b>	<b>120</b>	<b>100.0</b>

Fuente: primaria

Grafico N° 5. Prácticas en métodos de planificación familiar en puérperas ingresadas en la sala de ginecología del Hospital Gaspar García Laviana del periodo de enero a febrero del 2015

