

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA, MANAGUA
RECINTO UNIVERSITARIO RUBEN DARÍO
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**



**UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA**
UNAN - MANAGUA

Tesis Para Optar Al Título de Doctor en Medicina y Cirugía

**“CONOCIMIENTO ACTITUD Y PRACTICA DE METODOS
ANTICONCEPTIVOS EN MUJERES DE EDAD FERTIL DEL
PUESTO DE SALUD HILARIO SANCHEZ, CENTRO DE
SALUD EDGARD LANG, ENERO-ABRIL 2019”.**

Autores:

**Br GERSON MOISES DIAZ CUADRA
Br JOSUE NATHANAEL DIAZ CUADRA
Br. ERICKA DEL SOCORRO GONZÁLEZ PRADO**

Tutor Medico:

**Dr. Oswaldo José Díaz Sánchez.
Especialista en Cirugía General y Cirugía Laparoscópica.
Docente Universitario y Coordinador de Programa Oncológico**

Asesor Metodológico:

**Dr. Charles Wallace Boudier Docente Jubilado
Facultad de Ciencias Médica
UNAN- Managua**

Managua, julio de 2019

OPINIÓN DEL TUTOR

El presente trabajo logra establecer claramente, la difícil situación de la planificación familiar en nuestro medio, y deja claramente establecidas las estrategias a seguir para obtener un programa de planificación familiar acorde con la dura verdad que envuelve a nuestra población.

Además, nos ilustra como el atraso y la miseria humana constituye un obstáculo para el desarrollo del programa y como la sumisión de la mujer hace que prevalezca en nuestro país, altas tasas de mortalidad materna y neonatal.

Este es un instrumento útil para los sistemas locales de salud en su planificación situacional y en la toma de decisiones desde el territorio, y además nos introduce a una temática que no ha sido tomada en cuenta lo suficiente como estrategia, para la reducción de la mortalidad infantil y materna, a pesar de los múltiples estudios realizados en este campo.

El derecho a la planificación familiar está garantizado en la Constitución Nacional.

En este sentido, Nicaragua ha logrado avanzar en la oferta de servicios de planificación familiar, mejorando la calidad de vida de las personas, garantizando el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos, mediante la aplicación de Medicina Basada en Evidencia, en políticas de salud sexual y reproductiva.

A pesar de la alta prevalencia en el uso de métodos de bajo costo mostrada en la última década, aún existen brechas en el acceso a los servicios, especialmente de adolescentes y de personas de nivel socioeconómico menos favorecido, por lo que es necesario focalizar esfuerzos para lograr la equidad en el acceso a información, y a los diferentes métodos anticonceptivos existentes en la actualidad.

Sin más a que referirme, espero sea útil el esfuerzo de los investigadores, para incidir en las mejoras del sistema de salud Nicaragüense.

Dr. Oswaldo José Díaz Sánchez
Especialista en Cirugía General Y laparoscopista Bariático

RESUMEN

El presente estudio se realizó en el puesto de salud comarca Hilario Sánchez del Municipio de Managua, perteneciente al área 3-2, Centro de Salud Edgar Lang Sacasa, en el período comprendido entre enero y abril de 2019.

Es un estudio de tipo descriptivo, prospectivo y de corte transversal en el que se investigó el uso de los métodos anticonceptivos en esta comarca, determinando: las características socio demográficas de las mujeres, el nivel de conocimientos que tenían sobre los métodos, su uso y las razones que influyeron en el cambio o abandono de los mismos.

Para definir el tamaño de la muestra se utilizó la fórmula estadística siguiente: $n = \frac{n}{1 + (n/N)}$ La muestra considerada fue de 340 mujeres en edad fértil a las cuales se les realizó una encuesta aplicando un Formulario como instrumento para la recolección de la información, previa autorización de la misma, cumpliendo los criterios de inclusión y exclusión para poder pertenecer a la muestra de este estudio.

El conocimiento de los métodos anticonceptivos fue del 100% pero este conocimiento es general desconociendo indicaciones, contraindicaciones, tiempo de uso y efectos colaterales de los mismos y no se ve influenciado por las características socio-demográficas con un nivel de confianza en los métodos del 80%. Las tres cuartas partes de las entrevistadas iniciaron su vida sexual antes de los 19 años consideradas como riesgo reproductivo. Los conocimientos generales sobre los métodos anticonceptivos es a través de la difusión que hay entre los diferentes medios de comunicación y su unidad de salud. En relación al uso 75% de las encuestadas practican actualmente algún método anticonceptivo, siendo los más usados los parenterales que representan menos de la mitad de las mujeres con 49% y los orales utilizados por la cuarta parte de las mujeres. Siendo los menos conocidos y los menos utilizados aquellos métodos que no son ofertados por las unidades de salud, por un sinnúmero de factores, que no fueron objeto de este estudio.

Un cuarto de las mujeres no usan ningún método actualmente, siendo la principal razón de abandono el deseo de un embarazo y la principal razón de no uso en diferentes momentos es la misma seguida de un décimo que no tienen vida sexual activa y por tener difícil acceso a los mismos. La primera razón de cambio en un momento determinado del uso de método anticonceptivo es: la presencia de efectos colaterales con 25%. La práctica actual se ve afectada únicamente por la paridad y la edad de no riesgo reproductivo. Un poco más de la quinta parte de las mujeres se encontraron en edades de riesgo reproductivo, con una alta paridad y con uso indiferenciado de los mismos.

DEDICATORIA

Primeramente, agradecer a nuestro creador, Dios todo poderoso que me llenó de bendiciones y sabiduría, guiándome en el camino de estudio y trabajo, ya que, sin la ayuda del mismo, todo esto no hubiera podido ser posible, el poder cumplir mis objetivos y metas.

A mis Padres, Leonardo Fabio González Zapata y Erika Lisseth Prado Salgado, a quienes les debo toda mi vida, agradeciéndole el cariño, su comprensión y el haberme formado con buenos sentimientos, hábitos y valores, lo cual me ha ayudado a salir adelante y culminar esta etapa de vida.

A mis docentes, amigos y todas las personas que ayudaron directa e indirectamente en mi preparación como médico.

A las pacientes que de manera voluntaria nos brindaron su apoyo al darnos la información necesaria para realización de encuestas.

Br. Ericka del Socorro González Prado

DEDICATORIA

Este trabajo lo dedico a Dios todopoderoso el cual siempre ha estado en cada paso que he dado a lo largo de esta difícil carrera, siempre ha derramado sabiduría hacia mí y ha demostrado día a día que sin él no se puede nada en esta vida , infinitamente agradecido con él ya que me ha permitido culminar un gran paso en mi proceso educativa, Que el señor en su infinita misericordia me siga acompañando en el trayecto que me queda por transitar siendo cada día mejor medico con responsabilidad honor sapiencia honestidad y con inmensa calidez y calidad profesional

A mis Padres:

Msc. Helen del Rosario Cuadra Sotelo y Dr. Oswaldo José Díaz Sánchez, por haberme ayudado a lo largo de estos años ha salir adelante, los cuales han sido la roca esencial en esta período de mi vida; han sido soporte incondicional desde el inicio de este camino ocupado de retos; los que siempre me inundaron de ánimos para salir adelante y ser cada día mejor persona, hijo y profesional.

A mis queridos hermanos:

Oswaldo José Díaz Guevara, Josué Nathanael Díaz Cuadra, Cynthia Carolina Díaz Guevara. Que Dios nunca los abandone y cumpla todas y cada una de sus metas, sueños y anhelos en esta vida.

A todas las mujeres:

Que permitieron ser parte de este estudio brindando la información necesaria para el mismo.

Br, Gerson Moisés Díaz Cuadra

DEDICATORIA

Este trabajo lo dedico a Dios todopoderoso el cual siempre ha estado en cada paso que he dado a lo largo de esta difícil carrera, siempre ha derramado sabiduría hacia mí y ha demostrado día a día que sin él no se puede nada en esta vida , infinitamente agradecido con él ya que me ha permitido culminar un gran paso en mi proceso educativa, Que el señor en su infinita misericordia me siga acompañando en el trayecto que me queda por transitar siendo cada día mejor medico con responsabilidad honor sapiencia honestidad y con inmensa calidez y calidad profesional

A mis Padres:

Msc. Helen del Rosario Cuadra Sotelo y Dr. Oswaldo José Díaz Sánchez, por haberme ayudado a lo largo de estos años ha salir adelante, los cuales han sido la roca esencial en esta período de mi vida; han sido soporte incondicional desde el inicio de este camino ocupado de retos; los que siempre me inundaron de ánimos para salir adelante y ser cada día mejor persona, hijo y profesional.

A mis queridos hermanos:

Oswaldo José Díaz Guevara, Josué Nathanael Díaz Cuadra, Cynthia Carolina Díaz Guevara. Que Dios nunca los abandone y cumpla todas y cada una de sus metas, sueños y anhelos en esta vida.

A Mi adorada hija que siempre la llevo en mis pensamientos y en cada instante de mi vida, siendo inspiración para esforzarme y ser cada día mejor, gracias Alissa Díaz Ortega

A todas las mujeres:

Que permitieron ser parte de este estudio brindando la información necesaria para el mismo.

Br, Josué Nathanael Díaz Cuadra

AGRADECIMIENTO ESPECIAL

A nuestros tutores:

- **Dr.CharlesWallace**
Profesor Titular
Facultad de Ciencias Médicas, UNAN-Managua
MPH en Salud Pública

Con todo respeto y admiración, por la gentileza y la Ayuda brindada incondicionalmente para concluir este estudio.

- **Dr. Oswaldo José Díaz Sánchez**
Médico y cirujano especialista en cirugía general y laparoscópica.
- A todos nuestros profesores que nos brindaron los conocimientos a lo largo de estos años de estudio en esa humilde pero invaluable universidad.

COLABORADORES ESPECIALES

- **Lic. Hellen del rosario cuadra Sotelo**, Máster en Salud Pública, docente universitaria por el valioso aporte en la realización de este documento de investigación. Estaremos eternamente agradecidos puesto que sin ella este esfuerzo hubiese sido infructuoso.
- **Lic. Ana Julia López Castillo**, por su apoyo logístico a lo largo de todas las etapas de la elaboración y conclusión de esta investigación. .

INDICE

CONTENIDO	PAGINAS
I – INTRODUCCIÓN.....	12
II – ANTECEDENTES	14
III JUSTIFICACION.....,	19
IV- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	20
V – OBJETIVOS.....	21
VI -MARCO TEORICO.....	22
VII -DISEÑO METODOLOGICO.....	45
VIII -RESULTADOS.....	54
IX - ANALISIS DE RESULTADOS.....	63
X -CONCLUSIONES	83
XI -RECOMENDACIONES.....	85
XII – BIBLIOGRAFIA.....	86
XIII-ANEXOS.....	91

GLOSARIO

1. **Aborto:** Es la interrupción del embarazo antes de las 22 semanas de gestación y con un peso del producto de la gestación menor de 500 g.
2. **Amenorrea:** Ausencia de la menstruación por más de 90 días.
3. **Amenorrea por lactancia:** Es una condición natural de la mujer en el Puerperio, durante el cual el riesgo de embarazo es menor.
4. **Alto riesgo reproductivo:** Cuando en caso de presentarse un Embarazo el producto o la madre o ambos van a sufrir lesión, daño o Muerte o cuando posterior a ese embarazo quedarán secuelas que van incidir negativamente en su salud sexual y reproductiva futura.
5. **Calidad de atención:** Secuencia de actividades normadas que relacionan Al proveedor de los servicios con el usuario(a) y con resultados satisfactorios.
6. **Capacidad técnica:** Conocimientos, habilidades y destrezas que poseen los recursos humanos y que son puestos en función de la atención para garantizar la resolución de los problemas de salud de la población que demanda los servicios de salud.
7. **Ciclo menstrual:** El ciclo empieza el primer día del sangrado y termina el día antes de la siguiente menstruación. Durante cada ciclo, se viven una serie de cambios en el cuerpo y en la forma de sentirse, aunque no todas las mujeres los experimentan igual, e inclusive algunas nunca los sienten. Algunos de estos cambios pueden ser: sensibilidad en los senos, calambres, felicidad y energía o tristeza y enojo, aumento de peso, entre otros. También se presentan las secreciones cervicales o moco cervical, Que son flujos normales y saludables. Estos cambian su textura, sensación, color y cantidad durante los días del ciclo.
8. **Cirugía ambulatoria:** Procedimiento quirúrgico que no amerita hospitalización.
9. Cloasma: Hiperpigmentación cutánea, localizada principalmente sobre la frente, sienes y mejillas.
10. **Cobertura:** Es el indicador que nos refleja la cantidad relativa (%) del grupo de población a la que va orientada una actividad.
11. **Coito:** Unión sexual de dos personas de sexo opuesto, en la que el pene es introducido en la vagina para la copulación.
12. **Continuidad:** Es la capacidad que posee la institución de salud, para garantizar el control y seguimiento del usuario(a) de su atención, sea ésta de nivel ambulatorio o de internamiento.
13. **Contraindicación absoluta:** Es la situación de riesgo para la salud por la cual el método anticonceptivo no se debe indicar o aplicar.
14. **Contraindicación relativa:** Es la situación de riesgo para la salud por la

Cual se debe valorar; bajo criterio clínico, la conveniencia o no de administrar, aplicar o practicar un método anticonceptivo.

15. **Dismenorrea:** (del griego: dis-menós: mes y rhein: fluir) es una irregularidad de la función menstrual. Se caracteriza por períodos dolorosos que aparecen con la regla. La dismenorrea primaria tiende a permanecer durante toda la vida de la mujer, si bien, suele disminuir con la edad y tras el embarazo

16. **Edad fértil o reproductiva:** Etapa en la vida del hombre y de la mujer durante la cual se posee la capacidad biológica de la reproducción.

17. **Edad Gestacional:** Es el número de días o semanas completas a partir del primer día del último período menstrual normal.

18. **Efectividad anticonceptiva:** Es la capacidad de un método anticonceptivo para evitar embarazos en las condiciones habituales de uso, en un período de un año.

19. **Eficacia:** Es la capacidad que tiene la institución para dar cumplimiento a los objetivos que le permiten cumplir con las metas y estrategias establecidas.

20. **Eficiencia:** Es la capacidad que tiene la institución de lograr sus metas y objetivos con el mínimo de costos y el máximo de beneficios para la población usuaria de los servicios de salud.

21. **Embarazo:** Es una condición de la mujer producto de la concepción que tiene una duración promedio de 280 días contados a partir del primer día de la última menstruación normal, si se relaciona en meses, decimos que tiene 10 meses lunares ó 9 solares y aproximadamente 40 semanas de gestación.²

22. **Enfermedad Inflamatoria pélvica:** Inflamación de la estructura pélvica, útero, ovarios y trompas uterinas.

23. **Entorno saludable:** Ambiente libre de riesgos capaces de provocar daño a la salud de las personas.

24. **Factor de Riesgo:** Es toda característica asociada a una probabilidad mayor de padecer un daño.

25. **Hipermenorrea/menorragia:** Períodos menstruales anormalmente intensos y prolongados.

26. **Hipertensión arterial:** Cifras de la tensión arterial anormalmente elevadas (mayores de 140/90 Mm.Hg)

27. **Infección transmisible sexualmente:** Infecciones adquiridas mediante el coito, intercambios de fluidos sexuales o contacto de mucosas genitales.

28. **Lactancia Materna:** Alimentación natural del recién nacido que le proporciona los nutrientes necesarios que garantizan su crecimiento y desarrollo. Además, proporciona protección contra enfermedades víricas o

bacterianas por medio del traspaso de anticuerpos maternos.

29. **Mastalgia:** Dolor de las mamas.

30. **Métodos anticonceptivos naturales:** Son métodos reversibles de anticoncepción, por medio de los cuales se evita el embarazo, planificando el acto sexual y absteniéndose de practicarlo (abstinencia periódica) de acuerdo con los períodos fértiles de la mujer.

31. **Métodos anticonceptivos de barrera:** Son métodos anticonceptivos de uso temporal que interfieren en la fecundación de manera mecánica o química.

32. **Métodos anticonceptivos hormonales:** Sustancias o combinación de sustancias esteroides que administradas de forma oral, intramuscular, subcutánea e intrauterina evitan el embarazo.

33. **Métodos anticonceptivos permanentes:** Son métodos irreversibles de anticoncepción, que impiden la capacidad reproductiva de la persona o de una pareja de forma permanente, a través de un procedimiento quirúrgico, bien sea realizado al hombre o a la mujer.³

34. **Oligomenorrea:** Menstruación escasa o poco frecuente.

35. **Oportunidad en la atención:** Ocurrencia en la atención médica en el momento que se requiera y la realización de lo que se debe con la secuencia adecuada, según normas y protocolos establecidos.

36. **Planificación familiar:** Es el derecho que tiene la pareja e individuo de decidir libre y responsablemente la cantidad de hijos que desean tener, el momento oportuno para tenerlos y el tiempo entre embarazos, así como la de tener la información y los métodos para concretar sus deseos y el derecho de obtener el mayor estándar de salud sexual y reproductiva.⁴

37. **Periodo intergenésico:** Período comprendido entre la finalización del último embarazo (parto o aborto) y el inicio del actual, el tiempo normado entre la finalización de un embarazo y el inicio del siguiente debe ser mayor de 2 años.

38. **Salud reproductiva:** Es el estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos.

39. **Seguridad en la atención del parto de bajo riesgo:** Es la garantía de calidad que ofrece la institución en la realización de técnicas y procedimientos durante la provisión de la atención sean estos médicos quirúrgicos o administrativos.

40. **Satisfacción del usuario(a):** Es la percepción de los usuarios(as) producto de su relación con los diferentes recursos o condiciones brindadas durante el proceso de atención

INTRODUCCION

La tarea de planificación familiar sigue inconclusa. A pesar de los grandes avances de las últimas décadas, más de 180 millones de mujeres a nivel mundial quieren evitar el embarazo, pero ellas no están utilizando anticoncepción. Hay muchas razones por las que no se ha resuelto esa necesidad: los servicios y los insumos todavía no se encuentran disponibles en todos lados, o las opciones son limitadas. El temor a efectos colaterales e inquietudes relacionadas con la salud frenan a muchas personas; otros no conocen las opciones anticonceptivas y su utilización. Estas personas necesitan ayuda ahora. (1,2)

Millones más están utilizando la planificación familiar para evitar el embarazo pero fracasan por una serie de razones. Puede que no hayan recibido instrucciones claras acerca de cómo utilizar el método de manera apropiada, que no hayan conseguido el método más adecuado a sus necesidades, que no estuvieran suficientemente preparadas para los efectos colaterales, o que se hubieran terminado los suministros. Estas personas necesitan una mejor ayuda. Además, la tarea de la planificación familiar nunca se acaba. (3)

En los próximos 5 años, cerca de 90 millones de niñas y varones alcanzarán la madurez sexual. Generación tras generación, siempre habrá gente que necesite planificación familiar y otros cuidados sanitarios. Mientras que los actuales desafíos en la salud a nivel mundial son muchos y muy serios, la necesidad de controlar la fertilidad. Es crucial para el bienestar de las personas, en particular para el de las mujeres y fundamental para su autodeterminación. (1)

Los proveedores de servicios de salud deben brindar una mejor asistencia a más personas, de una manera directa y sencilla, con orientaciones prácticas puedan atender con confianza a usuarios con necesidades muy diversas y ofrecer una amplia gama de métodos con fundamentos científicos sólidos.

El crecimiento acelerado y descontrolado de la población afecta con mayor fuerza a los países en desarrollo. Cerca del 85 % de los nacimientos, 95% de las muertes durante el primer año de vida y 99% de las muertes maternas que ocurren en el mundo tienen lugar en las naciones empobrecidas. Cada minuto muere una mujer producto de un aborto o un parto atendido en estado desfavorable. De las que no fallecen cientos quedan mutiladas total o parcialmente por complicaciones de estos procesos. La causa principal de estos fallecimientos guarda relación con los embarazos no deseados. (2)

La anticoncepción por sí sola no es una respuesta ni solución a todos los problemas de la esfera reproductora, pero ayuda a elevar la calidad de vida de la población. (4) La calidad de vida y la salud de las personas están en gran medida, influenciadas por sus conductas y comportamientos en la esfera de la sexualidad y la reproducción, por lo tanto, la salud sexual y reproductiva constituye un elemento clave para mejorarlas.

La planificación familiar tiene un componente de promoción, de acceso a información basada en evidencia científica, a través de la consejería u orientación; y de prevención a través de la oferta de métodos anticonceptivos seguros.

Todas las personas tienen derecho a contar con información, servicios, insumos y métodos de anticoncepción. El acceso universal a los mismos repercute de manera significativa en la prevención de la mortalidad materna, del embarazo adolescente y del aborto. (1)

Esta garantía deriva, por una parte, de la consagración directa del derecho de las Personas a acceder a servicios de salud, que le permitan el pleno ejercicio de la anticoncepción y la planificación familiar; y por otra, del derecho que tienen tanto las mujeres como los varones a decidir de manera libre, autónoma y sin coerción, la cantidad de hijos que quieren tener, en que momento y el espaciamiento entre estos. El uso de métodos anticonceptivos en Nicaragua es relativamente alto porque la prevalencia es de 80,4 total y de un 82,2% en áreas urbanas y en las áreas rurales es de un 78% con un incremento gradual. (5)

II ANTECEDENTES

Sobre el tema de investigación se han realizado un sin número de estudios entre los cuales los más importantes encontrados fueron:

A nivel internacional:

EL Informe sobre uso mundial de anticonceptivos publicado en mayo 2011, recoge la evolución de uso de los distintos métodos anticonceptivos en prácticamente todos los países del mundo así como estimaciones sobre las deficiencias en planificación familiar (6).

En Estados Unidos, se reporta que solo aproximadamente 66% de las adolescentes sexualmente activa utilizan algún método anticonceptivo. (6)

A nivel de Latino América: En Colombia 70 de cada 1000 adolescentes se convierten en madre cada año mientras que el 12% de las adolescentes urbanas y el 16% de las rurales requieren de servicio de anticonceptivos porque ya han tenido hijos y siguen siendo adolescentes. (6)

La información publicada por el fondo de poblaciones de naciones unidas (UNFPA) informo que en Honduras, la tasa de adolescentes embarazadas es de 23% en El Salvador de 21%, en Guatemala es de 17% y la tasa más baja corresponde a Costa Rica con el 9%, según, y de cada 100 adolescentes de 13 a 18 años, 25 ya son madres, cuya tasa es la más alta en la región de Centro América. (7)

Se reportó en este estudio de la Dra. Chávez María que el 90,9% de los adolescentes reconoció uno o varios métodos anticonceptivos, siendo los más reconocidos los preservativos (83,7%) y las píldoras (62%). El 7,2% de los adolescentes inició su actividad sexual, en un rango de edades de 12 a 18 años, media de 15,73 años. De estos, el 87% pertenece al sexo masculino y solo un 13% al femenino. (8)

En este estudio de la Dra. Sánchez Rocío. se detalló que 54% de las mujeres y 62% de los varones dijeron utilizar siempre algún método para evitar la concepción, sin embargo, los embarazos entre ellos siguen presentándose. La prevalencia de embarazos en esta población es de 16 % y el promedio de edad de la primera gestación es de 16 años. Se registró que la mayoría de ellos y ellas (tres cuartas partes) no siente vergüenza de portar un condón, no se avergüenza al pedir a la pareja utilizarlo, afirma que es fácil conseguir los métodos anticonceptivos y considera que sus padres los apoyarían en utilizar alguno de los métodos. (9)

Los datos obtenidos acerca de los conocimientos generales y uso de métodos anticonceptivos en 14 países de América Latina, a partir de una encuesta aplicada por CELSAM a 7456 mujeres en edad reproductiva. Observó que los métodos anticonceptivos que con mayor frecuencia declararon conocer fueron los anticonceptivos orales, preservativos y dispositivo intrauterino. Las entrevistadas consideran que los métodos anticonceptivos deben ser de alta efectividad y que no produzcan daños a la salud; 30.2% de las mujeres entrevistadas no utilizaron método anticonceptivo al inicio de su vida sexual activa, 85% de las entrevistadas ignoran el contenido y efectos de los anticonceptivos orales. La edad promedio de inicio de uso de métodos anticonceptivos fue de 20.5 años, con mínimo de 12 y máximo de 49. Es necesario mejorar el nivel de conocimientos acerca de los métodos anticonceptivos así como el acceso a los mismos, sobre todo en los adolescentes, para disminuir el riesgo de embarazos no planificados. (10)

ANTECEDENTES EN NICARAGUA

A nivel de Nicaragua:

En nuestro país Nicaragua, el 81% de los partos provienen de primigestas adolescentes. En los hospitales se reportan como primera causa de egreso de mujeres adolescentes el embarazo, parto y puerperio, de la población entre 14 y 19 años, un 21% tiene al menos un hijo. Se estima que más del 70% de la población femenina en Nicaragua inicia vida sexual entre los 14 y 18 años de edad. (5)

En el trabajo del Dr. Navarrete Omar del Centro de Salud Edgar Lang Sacasa en el 2000, se encontró que existe un conocimiento del 100% de los diversos métodos anticonceptivos que no se ve afectado por: la edad, escolaridad, estado civil, religión, paridad y ocupación. El 96% de las mujeres ocupaban algún método anticonceptivo siendo el más utilizado: los anticonceptivos parenterales con un 41%, siendo además este método el elegido por las mujeres que cambian el anticonceptivo usado anteriormente. (11)

El trabajo realizado por la Doctora Yelba Hernández en el área 10-3 de salud de Managua en el 2001 encontró que existe: un 94.9% de conocimiento de los métodos anticonceptivos que no se ve afectado por la edad, escolaridad ocupación. El método más utilizado es la esterilización femenina con un 42 % y el uso actual equivalía a un 56.4 % siendo la principal razón de no uso, el desacuerdo de parejas. (12)

El trabajo realizado por el Doctor Méndez José en el HBCR en 2002 concluyó que el método más utilizado es los Géstatenos orales con un 45% encontrando una deserción de 25 % para los gestagenos orales, de 38% para el DIU 60 % para los preservativos 69 % para el ritmo y 50 % para la lactancia materna siendo los dos últimos los que brindan menos seguridad. Las razones de no uso: Oposición del cónyuge con el 40% temor a las reacciones adversas medicamentosas con el 10% y el desconocimiento de los métodos con un 50%.(13)

El trabajo realizado por los doctores Dinarte y Espinoza en el HBCR en 2003, concluyó que los métodos más utilizados eran los gestagenos orales con 50% el DIU 40 % y preservativos con el 30%. (14)

El trabajo realizado por las enfermeras Corrales y Sequeira en el departamento de León en 2004 en el instituto Rubén Darío concluyó que existía un 88% de Conocimiento de los métodos anticonceptivos siendo los más utilizados los preservativos con el 20% y los anticonceptivos parenterales con un 10 %.(15).

El trabajo realizado por los Doctores García y Guerrero en el HBCR en 2005 concluye que las complicaciones asociadas al DIU eran: dolor pélvico 60 % anemia 53 % enfermedad pélvica inflamatoria e hipermenorrea con 40 % (16).

El trabajo realizado por las enfermeras Calero y López en 2005 en los municipios de Masaya concluyó que los factores que intervienen de forma negativa para lograr una consejería de calidad en relación a la Planificación familiar son: capacitación inadecuada, tiempo inadecuado, desabastecimiento de medicamento, ubicación inadecuada de personal capacitado. (17)

El estudio de la Dra. Cruz Amanda, planificación familiar y algunas perspectivas de

embarazo en adolescentes realizado en el hospital Danilo Rosales (León), entre los principales resultados encontró: 88% de las adolescentes desconocen el uso correcto de los anticonceptivos, 49% nunca recibió información sobre planificación familiar. 75% nunca han usado anticonceptivos. Las muchachas poseen fuentes adecuadas de información (padres, colegios), pero tienen conocimientos incorrectos, incompletos y sin base científica. (18)

Estudio realizado por el Dr. Sunsin Héctor en Achuapa, departamento de León en el año 2006. Aspectos de accesibilidad que influyen en el uso de métodos de planificación familiar en las mujeres en edad fértil encontró que la mayoría de las mujeres en estudio respondieron estar utilizando métodos de planificación familiar. De los métodos que utilizan las mujeres, 61 de ellas, están esterilizadas quirúrgicamente, 60 utilizan inyecciones hormonales, 58 usan la píldora, 15 planifican con condón, 12 utilizan el DIU, solamente 10 mujeres usan otro método como ritmo y MELA o método de la lactancia materna. De las características socio demográficas de las mujeres en edad fértil de mayor relevancia se encontró que la edad, las mujeres Del grupo de 20 a 35 años son la mayoría, siendo este grupo el que refirió usar más métodos de planificación familiar. (19)

Otro estudio de los Dres. Aguilar Ingrid y Zapata Alfredo encontró que el nivel de conocimiento en general de la población en estudio fue regular, debido a que no todos conocían sobre los componentes activos de los métodos, así como el poco conocimiento acerca de las reacciones adversas del uso de estos. El nivel de actitud fue desfavorable, determinada por los factores cognitivos, afectivos y conductuales que se reflejan en el poco conocimiento acerca del uso adecuado de ellos. (20)

Otro resultado nacional reportó que en menos de 10 años el uso de métodos anticonceptivos se ha incrementado en un 20%, al pasar del 49% en 1993 al 69% para este año. La prevalencia del uso de algún método anticonceptivo aumenta con la edad de la mujer hasta alcanzar 75% en las mujeres casadas o unidas de 35 a 39 años de edad en comparación con las mujeres de 15 a 19 años que tenía una prevalencia de un 55%. (5)

.En otro estudio de los Dres. Barrera Jesslie y Contreras Francisco Se encontró que los adolescentes habían iniciado vida sexual activa el 61.6% a la edad mayor de 17 años. Predomino el nivel de conocimiento regular, aunque la mayoría de los adolescentes conocían algún método anticonceptivo, se identificó deficiencia en cuanto a la forma de uso de los métodos como píldoras, inyectables y métodos naturales. Los adolescentes mostraron una actitud predominantemente desfavorable frente al uso de métodos anticonceptivos, un porcentaje considerable usa los métodos anticonceptivos solo ocasionalmente. La principal fuente de información sobre métodos anticonceptivos para ambos sexos fueron los amigos, la principal fuente de obtención de anticonceptivos fue en centro de salud. (21)

Otro estudio de los Dres. Cortez Claudia y Rodríguez Esteban dio como resultado que el 77.2% tuvieron un nivel de conocimiento bueno respecto a los métodos anticonceptivos, la fuente de información más frecuentes fue en un 61.1% radio y televisión, seguido de un 18.2% en el colegio, un 14.6% del hospital y centro de salud. El nivel de actitud que mostraron tener los jóvenes fue favorable en un 81.3% y desfavorable en un 18.7%. El nivel de práctica en un 62% fue mala, 22% fue regular y tan solo 15.9% tenía un buen nivel de práctica. (22)

Otro estudio del Dr. Díaz José reporto que el 77.6% tuvieron un nivel de conocimiento bueno respecto a métodos anticonceptivos, la fuente de información de estos se obtuvo en un 90% de radio y televisión, seguido de un 74.4% en el colegio, un 59% de hospital y centro de salud. La actitud que mostraron tener los jóvenes fue favorable en un 73.8% y desfavorable en un 26.8%. El nivel de práctica en un 59.1% fue malo, 23% fue regular y tan solo 17.9% tenía un buen nivel

de práctica. (23)

Otro estudio de los Dres. Acevedo Ana y Díaz María, reporto que el método de planificación más conocidos por los adolescentes es el condón, los amigos y la televisión son las principales fuentes de información acerca de los métodos anticonceptivos. El 77.8% del total de los adolescentes encuestados, en general tienen un conocimiento bueno. El 79.3 % considera que es la pareja quien debe decidir que método anticonceptivo debe usar. La mayoría de los encuestados no utilizaron algún método anticonceptivo en su primera relación sexual 79.1%.(24)

En otro estudio de los Dres. Martínez Gabriela y Rodríguez Orlando. Se encontró el 88.2% de los estudiado tuvieron un nivel de conocimiento bueno respecto a métodos anticonceptivos. La fuente de información más frecuente de donde los jóvenes de este estudio obtuvieron la información fué en un 70.1% de radios y televisión, seguido de un 13.2% en el colegio, un 12.1% del hospital y centro de salud. La actitud que mostraron tener los jóvenes fue favorable en un 88.1% y desfavorable en un 11.9%. En nivel de práctica en un 43.2% fue malo, 33.9% fue regular y tan solo 22.9% tenía buen nivel de práctica. (25)

Otro estudio de los Dres. McNally Francisco y Marin Lillieth. Encontró que de la población de mujeres jóvenes encuestadas la mayoría pertenecía al rango de edad de 16 a 19 años de edad con vida sexual activa y sin hijos las cuales reportaron un alto nivel de conocimiento que tienen sobre el uso de algún tipo de anticonceptivo, también se encontró un nivel de conocimiento bajo y regular, las cuales se limitan por recepción de información inadecuada, ya que algunas identifican que la mayor fuente de información provienen de las amistades. La actitud que presentaron las jóvenes de dicho estudio fue favorable aunque buena parte de estas mujeres tiene incertidumbre que si son métodos efectivos, si deben ser utilizados los inyectables por los jóvenes y como no se mostraron claras sobre las reacciones adversas y una proporción de ellas no aconsejarían que se usen estos métodos. En relación a la práctica se logró identificar que la mayoría de las jóvenes mujeres que ya iniciaron relaciones sexuales han recurrido a la utilización de algún método anticonceptivo siendo los más utilizados los inyectables, sin embargo comprobamos que de cada mujer adolescente cuatro no utilizan ningún método anticonceptivo.(26)

Otro estudio de los Dres. Munguía Carlos y Aguilar Hoslin. Concluyó que el 69% de la población estudiada tuvieron un nivel de conocimiento malo, respecto a los métodos anticonceptivos. La fuente de información del mismo fue más frecuente en el colegio obteniendo el 100%, seguida por la radio y televisión con un 89%. El nivel de actitud que demostraron tener los jóvenes fue favorable con 73.8% desfavorable con un 26.5% no obstante el nivel de practica fue malo en un 66%, regular 19% y tan solo 15% tenía un buen nivel de práctica. (27).

Como resultado de otro estudio de la MSC Cuadra Sotelo Hellen entre otras cosas, se encontró que la mitad de las entrevistadas inician su vida sexual entre los 16 y 19 años. La mayoría de ellas tienen conocimientos generales sobre los métodos anticonceptivos a través de la difusión que hay entre los diferentes medios de comunicación. En relación al uso de los mismos, La mayoría de ellas usan algún método anticonceptivo, siendo los más usados los parenterales que representan menos de la mitad de las mujeres, y los orales utilizados por la una cuarta parte de las mujeres. Estos métodos se ofertan gratuitamente en todos los establecimiento de salud pública. (28).

Como resultado de otro estudio del Dr. Díaz Guevara Oswaldo El conocimiento de los métodos anticonceptivos fue del 100% pero este conocimiento es general desconociendo indicaciones, contraindicaciones, tiempo de uso y efectos colaterales de los mismos y no se ve influenciado por las características socio-demográficas con un nivel de confianza en los métodos del 82%. Las tres cuartas partes de las entrevistadas inician su vida sexual antes de los 19 años consideradas como riesgo reproductivo. Los conocimientos generales sobre los métodos anticonceptivos es a través de la difusión que hay entre los diferentes medios de comunicación y su unidad de salud. En relación al uso 79 % de las encuestadas practican actualmente algún método anticonceptivo, siendo los más usados los parenterales que representan menos de la mitad de las mujeres con 46 % y los orales utilizados por la cuarta parte de las mujeres. Siendo los menos conocidos y los menos utilizados aquellos métodos que no son ofertados por las unidades de salud. (29)

III.JUSTIFICACION

Para garantizar el derecho a la salud sexual y reproductiva es necesario:

- A - Poner a disposición información basada en evidencia para la toma libre e informada De decisiones en el ámbito de la sexualidad y la reproducción.
- B - Garantizar a todas las personas, incluyendo a adolescentes, el ejercicio de la salud Sexual y reproductiva, mediante la orientación/consejería, la información Basada en evidencia científica, el acceso a servicios y la provisión de anticonceptivos.
- C -Incluir a los varones como usuarios de los servicios de planificación, promoviendo Su participación activa y la entrega de información de calidad para la Construcción de nuevas masculinidades y la paternidad responsable.
Existe una relación directa entre planificación familiar y salud materna infantil.

El poder posponer el primer nacimiento del primer hijo en la pareja permite consolidar sus vínculos conyugales, permitiendo que alcancen una vida más plena al lograr un mayor progreso personal, satisfaciendo a los hijos de todas sus necesidades básicas para que gocen de un desarrollo completo, para que tengan mayores probabilidades de sobrevivir. (30)

Actualmente en Nicaragua las mujeres en riesgo reproductivo aportan casi la mitad de todos los nacimientos del país lo cual consideramos que es inadmisibles porque estos productos tienen mayores probabilidades de morir ocasionando mayores gastos al sistema de salud por los costos que estos ameritan en su atención integral. (30)

Se puntualiza la responsabilidad que tiene el personal de salud de brindar información actualizada en base a evidencia científica, garantizando la privacidad y confidencialidad necesarias, así como el ofrecimiento de métodos anticonceptivos, sin discriminación, atendiendo el derecho que tiene toda persona de tomar Sus propias decisiones en lo relacionado a su sexualidad, de forma voluntaria e Informada.

Con el presente trabajo se analizó la situación real sobre la práctica de métodos anticonceptivos en el puesto de salud Hilario Sánchez en el periodo Enero a Abril 2019, esto permitió conocer la difusión actual de los mismos y el impacto con que estos pueden incidir para que las autoridades del Ministerio de salud a nivel del SILAIS y del centro de salud Edgar Lang Sacasa tomen decisiones para mejorar y fortalecer la prestación de este servicio en esta área de salud de vital importancia.

PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

- 1 – ¿Cuáles son las características socio demográficas de las mujeres en estudio?
- 2 -¿Cuáles son los conocimientos que tienen las mujeres en estudio de los tipos de métodos anticonceptivos existentes?
- 3 – ¿Cómo se puede identificar el uso anterior y actual de los métodos anticonceptivos?
- 4 – ¿Cómo agrupar las razones de no uso de los métodos anticonceptivos?
- 5 – ¿Cómo reconocer las razones de abandono de los métodos anticonceptivos?

IV.PLANTEAMIENTO PROBLEMA

¿Cómo es el uso de los métodos anticonceptivos que tienen las mujeres en edad fértil en el puesto de salud Hilario Sánchez del centro de salud Edgard Lang Enero-Abril 2019?

V.OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

1-Determinar el uso de métodos anticonceptivos en mujeres de edad fértil en el puesto de salud Hilario Sánchez del Centro de Salud Edgard Lang, Enero-Abril 2019

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

1 – Describir características socio demográficas de las mujeres en estudio.

2-.Describir el conocimiento que tienen las mujeres sobre los métodos anticonceptivos existentes.

3– Identificar el uso actual de los métodos anticonceptivos.

4–Tipificar las razones de no uso actual de los métodos anticonceptivos.

5-Identificar las razones de abandono de los métodos anticonceptivo

6- Reconocer el uso anterior de los métodos anticonceptivos.

VI.MARCO TEORICO

Tipos de anticonceptivos

El origen del control de la natalidad y la anticoncepción es coetáneo con el descubrimiento por nuestros antepasados de la asociación entre la práctica de relaciones sexuales y la posibilidad de embarazo de mujeres fértiles. Se deseaba espaciar la reproducción, adecuarla al momento más favorable, facilitarla o impedirla dependiendo de variadas circunstancias.

Las primeras referencias escritas sobre espermicidas aparecen en papiros egipcios el año 1850 a.C. Múltiples sustancias han sido utilizadas a lo largo de la historia (carbonato sódico, vinagre, soluciones jabonosas...) En 1885 aparecen los supositorios de quinina, en 1937 le sustituirá el contraceptivo vaginal de acetato de fenilmercurio. En 1950 aparecen los surfactantes que siguen siendo el principal compuesto de los espermicidas.

Se considera a Hipócrates (siglo IV a.C.) el precursor del dispositivo intrauterino o (DIU) ya que descubrió el efecto anticonceptivo derivado de la colocación de un cuerpo extraño en el interior del útero de algunos animales. Pero no será hasta 1928 cuando el alemán Richard Richter inicie la anticoncepción intrauterina moderna que desde entonces ha mejorado su eficacia y duración.

El preservativo masculino tiene antecedentes en Grecia y Roma donde se usaban membranas animales (de intestino y vejiga). En 1872 comienza la fabricación con caucho en Gran Bretaña. El primer diafragma femenino aparece en 1880. En 1993 comienza la comercialización del preservativo femenino.

La aparición de la píldora anticonceptiva en 1959 se considera uno de los avances más significativos en anticoncepción que transformó la vida sexual de las mujeres. La píldora, mejorada constantemente, sigue siendo considerada una de las alternativas más eficaces (99,5%) y seguras entre los métodos anticonceptivos.

Desde 2002 se comercializa el anillo vaginal, similar en su efecto a la píldora pero más cómodo en su uso, con menores efectos secundarios, y con una eficacia del 99,7%.

La primera administración de estrógenos postcoitales se produce en 1960. A partir de 1975 se extiende el uso del denominado método de Yuzpe (por Albert Yuzpe), tratamiento estándar durante 25 años que se ha ido sustituyendo desde finales del siglo XX por la denominada píldora del día después (Levonorgestrel y Mifeprestona) En el año 2009 se inició la comercialización del acetato de ulipristal (píldora que puede ser utilizada hasta cinco días después). (31)

Algunos conceptos de uso común:

1-Anticonceptivos: Cualquier método o sustancia capaz de evitar la fecundación realizándose el coito. (4)

Anticoncepción o contracepción:

Comprende todos los medios fisiológicos mecánicos, químicos, hormonales y quirúrgicos cuyo uso va destinado a evitar una gestación. (36)

Planificación familiar: Derecho que tiene todo individuo o pareja para decidir libremente acerca del número y el espaciamiento de sus hijos, de acuerdo a sus posibilidades y deseos. Todas las instituciones de salud tienen el deber de brindar información y servicios al respecto, haciendo énfasis en las ventajas desventajas y riesgos de la reproducción en determinadas circunstancias personales o familiares. (4).

Salud Reproductiva: Estado de completo bienestar; físico, Mental y social. No es meramente la ausencia de enfermedad o dolencia en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo sus funciones y procesos. Implica que las personas sean capaces de; llevar una vida sexual segura y satisfactoria, que tengan la capacidad de reproducirse, libertad de decidir con qué frecuencia

Procrear derecho de ser informado, tener acceso a métodos de la regulación de la fecundidad de la y el derecho de tener servicios de salud apropiados que capaciten a la mujer de tener un embarazo y parto seguro que provean a las parejas de tener mayores posibilidades para tener un hijo saludable. (4)

El Ministerio de Salud, como instancia rectora del sector salud, formulo la estrategia nacional de salud sexual y reproductiva, que constituye un instrumento normativo y orientador en la búsqueda de equidad en el sector salud, reducir las brechas de atención en salud sexual y reproductiva, sobre todo en los grupos excluidos socialmente poniendo a su disposición una gama de opciones para mejorar el nivel y calidad de su vida sexual y reproductiva en todo su ciclo de vida. (4).

Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (ENSSR)

Nicaragua recientemente ha aprobado una Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (ENSSR) como un instrumento de política sectorial que no se limita al Ministerio de Salud en su papel de proveedor de servicios, sino que proyecta a la institución como rectora de las políticas de salud del estado nicaragüense. Esta estrategia persigue mejorar la esperanza y calidad de vida de la población nicaragüense promoviendo el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos a través del acceso a una educación y servicios integrales de salud sexual y reproductiva. Esta ENSSR, considera la atención diferenciada de la salud sexual y reproductiva de los grupos poblacionales definidos por el MAIS (niñez, adolescencia, adultos y adultos mayores) y define formas concretas y específicas de acciones en salud para cada grupo; considera a la persona como centro de su atención inmerso en un ambiente familiar, en una comunidad y en un entorno físico y ecológico. El MAIS define un paquete básico de servicios de salud que incluye la Salud Sexual y Reproductiva (SSR), en acciones de promoción, prevención, curación y rehabilitación para la población tomando en cuenta las particularidades de cada grupo poblacional, así como las características étnicas culturales. Contempla como elementos importantes para organizar los servicios de SSR la organización de la red de servicios y la provisión de servicios según niveles de atención.

La Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva persigue como objetivos estratégicos los siguientes:

→ Mejorar la calidad y oportunidad de la atención integral a la salud adolescente para la construcción del pensamiento crítico sobre el desarrollo del ejercicio de la

sexualidad desde un enfoque de habilidades para la vida y del desarrollo humano.

→ Promover la sexualidad responsable y sana, impulsando el acceso universal a la educación sexual integral y científica, en un marco de derechos y acorde con la edad y la cultura.

→ Fomentar las decisiones informadas y responsables de las personas en la selección y uso de métodos anticonceptivos seguros y efectivos, mediante la oferta de servicios de planificación familiar accesibles y de calidad.

→ Mejorar la salud materna y perinatal a través de la oferta de servicios obstétricos esenciales, oportunos y de calidad a la mujer durante el embarazo, el parto y el puerperio, así como fomentar la maternidad y paternidad responsable.

→ Contener la incidencia de las ITS, el VIH y el sida y mitigar los efectos de la epidemia mediante acciones para la promoción de comportamientos individuales y sociales responsables con respecto a la sexualidad, la prevención de todas las formas de transmisión y el acceso al tratamiento específico.

→ Promover la prevención de la violencia de género y sus secuelas a través de la promoción de estilos de vida saludable, libres de violencia y la detección, atención y rehabilitación de las personas afectadas.

→ Mejorar la salud de las mujeres y los hombres mediante el diagnóstico precoz, tratamiento adecuado y oportuno de tumores malignos del aparato reproductivo. → Fomentar el ejercicio del derecho reproductivo a tener el orden de nacimiento deseados mediante la prevención y atención de los problemas de esterilidad e infertilidad de las mujeres y los hombres.

→ Mejorar la calidad de vida de las personas mediante el diagnóstico precoz, tratamiento adecuado y oportuno de disfunciones sexuales y de los problemas relacionados con la etapa post reproductiva. Bajo esta nueva visión, la Salud Sexual y Reproductiva se convierte en un proceso de construcción de valores y comportamientos personales, familiares y comunitarios para la creación de una cultura de cuidados de la salud y desarrollo institucional, acordes con el desarrollo humano, en un marco de corresponsabilidad entre las personas, las familias, las comunidades y las instituciones, bajo una concepción de responsabilidad multisectorial y de trabajo interdisciplinario. Además la ENSSR contempla un

importante salto en la atención de hombres y mujeres en edad reproductiva hacia un concepto más amplio que es atender a la población según ciclos de vida, que abarca el conocimiento del estado de salud desde el embarazo y la niñez, pasando por la pubertad y la adolescencia, contemplando también las consecuencias futuras en su edad adulta y en la vejez. La ENSSR se operacionaliza según los lineamientos del MAIS como se establece en la Ley 423 ahora denominado MOSAFC.

Elección del método anticonceptivo:

Ningún método anticonceptivo puede considerarse mejor que otro ni es totalmente seguro. Cada método tiene sus indicaciones y deberá buscarse aquel que sea más idóneo para cada circunstancia y permita una mejor salud sexual. La eficacia teórica de cada método aumenta considerablemente si se usa correctamente

Factores que deben considerarse en la elección del método anticonceptivo

- estado de salud general
- frecuencia de las relaciones sexuales
 - número de parejas sexuales
 - si se desea tener hijos (deben descartarse los métodos irreversibles)
 - eficacia de cada método en la prevención de embarazo
- Efectos secundarios
 - facilidad y comodidad de uso del método elegido.

La efectividad de los distintos métodos anticonceptivos se mide por número de embarazos por cada cien mujeres al año que utilizan un determinado método: Un 100% de efectividad expresa que hay cero (0) embarazos por cada 100 mujeres al año, 99 a 99,9% expresa que se producen menos de 1 embarazo por cada 100 mujeres al año y así sucesivamente:

- 100% -vasectomía.
- 99 a 99,9%-Lactancia materna, esterilización, dispositivo intrauterino (DIU), anillo vaginal, píldora anticonceptivo, parche anticonceptivo, implante hormonal, inyección hormonal.
- 98% -condón masculino.
- 95% -condón femenino.
- 94% -Diafragma.

- 91% -Esponja anticonceptiva.
- 86% -Capuchón cervical.
- El resto de métodos anticonceptivos suele tener una efectividad inferior a los descritos.

Se indica el porcentaje de embarazos por 100 mujeres al año:

Menos del 1% vasectomía, esterilización femenina, dispositivo intrauterino (DIU), implante hormonal

- Del 2 al 8% dar pecho materno, inyección hormonal, anillo vaginal, píldora anticonceptiva, parche anticonceptivo.
- Del 15 al 25% condón masculino, diafragma, condón femenino, capuchón cervical esponja anticonceptiva, método sintotermico Más del 30%:coito interruptus, espermicida (32)

Preservativo o condón:

Los preservativos son recubrimientos delgados de caucho vinilo o productos naturales que se colocan sobre el pene erecto. Los condones masculinos pueden ser tratados con espermicida para ofrecer mayor protección. Estos impiden que los espermatozoides tengan acceso al aparato reproductor femenino e impiden que los microorganismos (Enfermedades de transmisión sexual -ETS-, incluyendo el VIH) pasen de un miembro de la pareja al otro (sólo los condones de látex y vinilo.

Preservativo femenino.

Los condones femeninos son un recubrimiento delgado de plástico poliuretano con aros de poliuretano en extremos opuestos. Estos se introducen en la vagina antes del coito. Al igual que los condones masculinos, los femeninos impiden que los espermatozoides tengan acceso al aparato reproductivo femenino e impiden que los microorganismo infecciones de transmisión sexual-ETS-, incluyendo el VIH o sida) pasen de un miembro de la pareja al otro. (33).

El tapón o capuchón: cervical es una cúpula pequeña generalmente de goma o plástico que cubre el cuello uterino donde termina la vagina. Es preciso que un profesional médico coloque el tapón en el cuello uterino. Dicho tapón se debe usar con espermicida y se puede usar con regularidad durante 2 años. Su función es evitar que el semen entre al cuello uterino y al útero.

El tapón cervical no protege contra las enfermedades de transmisión sexual.

Si un tapón cervical se deja puesto por mucho tiempo, puede causar irritación u olor en la vagina. También puede aumentar el riesgo de desarrollar una infección urinaria. (35)

La esponja anticonceptiva: es un dispositivo de barrera que se inserta en la vagina para cubrir el cuello uterino y liberar espermicida en la vagina. La esponja no proporciona protección contra las enfermedades de transmisión sexual, entre ellas el VIH. Este dispositivo anticonceptivo es eficaz hasta 24 horas y se puede usar para más de una instancia de coito o relación sexual. El momento oportuno en que se usa la esponja es importante, puesto que para prevenir el embarazo, la esponja debe quedarse en su lugar por lo menos durante seis horas después del acto sexual. No obstante, puesto que existe un bajo riesgo de que ocurra síndrome de shock tóxico, o TSS (por sus siglas en inglés), asegúrese de sacar la esponja a más tardar 30 horas después de haber tenido relaciones sexuales.(1)

Los espermicidas: son sustancias que se colocan dentro de la vagina para matar los espermatozoides. Vienen de diferentes formas: en crema, gel, espuma, capa y supositorios. Contienen una sustancia química que destruye los espermatozoides. Cuando se coloca profundamente en la cavidad vaginal, estos pueden ayudar a prevenir que el semen llegue al útero. Los espermicidas pueden comprarse sin receta médica.

Los espermicidas no protegen contra las enfermedades de transmisión sexual.

El diafragma:

Es una caperuza o casquete de látex muy flexible que se coloca en el fondo de la vagina, cubriendo completamente el cuello del útero. Su eficacia se calcula entre un 82 y un 96 %.

Cómo funciona

Impide el paso de los espermatozoides al interior del útero, al tapan el cuello del útero que es el principal punto de paso

El personal sanitario te indicará cuál es tu talla y asimismo te enseñará cómo colocarlo. Tiene que ir acompañado de una crema espermicida, que se extenderá

sobre las dos caras y bordes el diafragma. Una vez puesto habrás de comprobar que el cuello del útero queda bien tapado. Se debe colocar antes del coito no pudiendo retirarlo hasta pasadas 6-8 horas. Si se realizan varios coitos seguidos no hay que extraerlo sino aplicar directamente la crema espermicida en la vagina. (20).

Si se utiliza demasiado espermicida en la vagina, ésta puede llegar a irritarse. Algunos espermicidas pueden aumentar el riesgo de contraer una ETS o problemas al tracto urinario. (2).

Métodos hormonales y químicos

Los métodos hormonales y químicos son medicamentos anticonceptivos que impiden que el proceso de concepción pueda tener lugar. El modo de actuación es distinto según el método.

La anticoncepción hormonal se puede aplicar de diversas formas:

Anillo vaginal: único de administración vaginal mensual. Es un anillo transparente, suave y flexible que se coloca por la misma usuaria por vía vaginal, liberando diariamente dosis bajas de hormonas. No tiene interferencias con antibióticos, ni a nivel digestivo; su eficacia no se ve alterada por vómitos o diarreas. Eficacia del 99,7%. VENTAJAS:

- Un método anticonceptivo eficaz.
 - Su uso una vez al mes le confiere Niveles hormonales constantes durante todo el mes
 - Niveles hormonales ultra bajos
 - Con una eficacia del 99,7%
- Discreto Cómodo
 - Con menor posibilidad de olvidos
- La regla cuando tú la esperas
- Es un anillo de plástico flexible, suave y transparente de 5 cm. de diámetro

Es muy fácil ponerte el anillo. Presiónalo con los dedos e introdúcelo suavemente hacia el interior de la vagina. Es más sencillo que ponerte un tampón, porque el anillo es fino y su superficie lisa hace que se deslice fácilmente. El anillo no Tendrías que notarlo (la parte superior a la vagina es insensible al tacto). Si lo notas solo hay que empujar algo más hacia el interior.

La eficacia del anillo, una vez colocado en la vagina, no depende de la posición que adopte. Gracias a su elasticidad se adapta a la anatomía de la mujer.

Una vez colocado, lo dejas durante tres semanas. Las hormonas se van liberando gradualmente. Tendrás unos niveles hormonales ultra bajos y constantes durante todo el mes.

Retirar a las tres semanas y una semana de descanso.

Después de tres semanas retiras el anillo. También es muy sencillo. Al introducir el dedo lo encontrarás. Tira de el sin miedo y con suavidad.

Durante la semana de descanso aparecerá la menstruación (normalmente durante las primeras 48 horas. Si mantienes relaciones durante este tiempo no hace falta otro método, siempre y cuando hayas utilizado el anillo según las recomendaciones que encontrarás en el envase del producto (3 semanas de uso, 1 de descanso). Después de los 7 días de descanso, te pones un nuevo anillo.

Beneficios

- Sólo una vez al mes, se adapta a tu estilo de vida. No tendrás que preocuparte cada día si has tomado tu anticonceptivo o no. Al fin y al cabo, tienes mejores cosas que hacer.
- 99.7% eficacia.
- **Mitad de hormonas**, el anillo mensual contiene la mitad de hormonas que la mayoría de las píldoras, lo que supone una reducción de la cantidad e intensidad de los posibles efectos secundarios como dolor de cabeza, vómitos o dolor en el pecho.
- Discreto, sólo tú sabes que lo llevas.
- Cómodo, el uso del anillo es fácil y práctico.
- La regla cuando tú la esperas, el anillo mensual tiene un control de ciclo muy bueno, mejor que la mayoría de las píldoras.
- No tiene efecto sobre el peso
- También es eficaz en caso de vómitos o diarreas. Al contrario del uso de la píldora, con el anillo no hace falta tomar precauciones extras en caso de vómitos o diarreas.
- También es eficaz en combinación con antibióticos, se ha demostrado que el anillo mensual sigue siendo eficaz en combinación con los antibióticos más usados (Amoxicilina y Doxiciclina).
- No interfiere en la espontaneidad de las relaciones sexuales, ya llevas puesta tu

protección contra el embarazo no deseado, sin interrupciones

El anillo anticonceptivo mensual no protege frente a las enfermedades de transmisión sexual (ETS), ni el SIDA.

- Al igual que con la píldora, el anillo mensual no debe recomendarse a mujeres que presentan: cardiopatías, alteraciones de circulación o coagulación, hipertensión arterial, enfermedades hepáticas, diabetes, ni en mujeres fumadoras, o muy obesas con alteraciones en los niveles de colesterol.
- Sólo un médico puede aconsejar cuál es el método más apropiado para cada mujer o pareja en particular. Por lo tanto debes visitarlo antes de empezar con cualquier método anticonceptivo hormonal.
- Píldora sin estrógeno: píldora o estrógenos, píldora libre de estrógenos, recomendada para mujeres que no pueden o no desean tomarlos; la dosis hormonal es tan ligera que entre otras indicaciones es la única píldora recetada durante la lactancia. Eficacia del 99%.

Píldoras trifásicas.

- **Píldora trifásica:** método anticonceptivo altamente eficaz de dosis hormonales bajas con un balance hormonal suave y escalonado; imita el ciclo fisiológico de la mujer en forma secuencial progresiva, brindando estricto control del ciclo. Además, reduce la grasa facial, por lo que puede ser indicado para el tratamiento de acné leve a moderado.
Método de hormona inyectable: método de larga duración que se inyecta en un músculo. Contiene estrógenos y progestina: se debe aplicar en el periodo adecuado, en caso contrario es necesario usar métodos de barrera para evitar el embarazo.
- **También existe la anticoncepción hormonal que suprime la regla. (1,2,3)**

La píldora del día después

Recibe también en nombre de anticoncepción postcoital y se trata de un preparado hormonal a base de una hormona única (gestagenos). Este método, de emergencia, no debe utilizarse de forma habitual sino que solo es recomendable en casos inesperados en los que no se ha utilizado ningún anticonceptivo o se ha utilizado mal, como por ejemplo ante una rotura de preservativo o una agresión sexual. (36)
No es segura al 100% pero evita el 85% de los embarazos que pudieran producirse.

Su acción es diversa dependiendo del momento en que se administre. Lo más común es que actúe alterando o retrasando la ovulación, aunque a veces interfiere el proceso de anidación.

Cómo se usa: Debe tomarse lo antes posible después de haber tenido una relación sexual insuficientemente protegida y nunca después de las 72 horas. El envase contiene dos únicas pastillas que pueden tomarse las dos al mismo tiempo o separadas por un intervalo de 12 horas

Se precisa receta o la administración por parte de un profesional médico

Anticoncepción hormonal masculina:

Actualmente la anticoncepción hormonal masculina se encuentra en desarrollo. En China se ha probado con el Gosipol Se han hecho pruebas en Australia, China y En Alemania en general se trata de una dosis inyectable que se aplica cada 6 meses. (37)

- **Espermicida:** son productos químicos (por lo general, nonoxinol-9) que desactivan o matan a los espermatozoides. Están disponibles en óvulos, aerosoles (espumas), cremas, tabletas vaginales, supositorios o películas vaginales disolubles. Los espermicidas causan la ruptura de las membranas de los espermatozoides, lo cual disminuye su movimiento (motilidad y movilidad), así como su capacidad de fecundar el óvulo.

Como funcionan:

Funcionan como un método químico local que por su acción tóxica contra el espermatozoide impide mecánicamente su movilidad y acorta su vida media.

Cómo se utilizan:

Aproximadamente 10 minutos antes de la penetración se introduce el espermicida en la vagina, para que con el calor se distribuya bien el producto.

Es necesario saber que:

Las cremas y óvulos espermicidas

- No son muy seguros si se utilizan solos. Es mejor utilizarlos junto con otros métodos ya que por sí solos tienen una eficacia bastante reducida.
- Tienen un tiempo limitado de seguridad, y si se realiza más de un coito, se

deberá aplicar de nuevo el espermicida.

- Son útiles para ser utilizados en combinación con el diafragma, los preservativos y el DIU.
- Se puede adquirir en las farmacias y no requieren receta ni control médico.(35)

Métodos anticonceptivos naturales:

Los métodos naturales de conocimiento de la fertilidad se basan en la observación de síntomas asociados a los procesos fisiológicos que dan lugar a la ovulación, y En la adaptación del acto sexual a las fases fértiles o infértiles del ciclo menstrual en función de que se desee o no una concepción, sin el uso de fármacos, procedimientos mecánicos ni quirúrgicos. Algunos métodos predictivos son aún enseñados con cierta preferencia en las escuelas ginecológicas como el métodos de ogino - knaus o método del ciclo, mientras que otras técnicas, tan ancestrales como el *Coitus interruptus* tienen hoy en día una fiabilidad similar a la de otros métodos no quirúrgicos (38)

Otros métodos naturales están basados en la conciencia de la fertilidad, es decir, la mujer observa con atención y registra los signos de fertilidad en su cuerpo para determinar las fases fértiles o infértiles. Los síntomas específicos caen en tres categorías: cambios en temperatura basal, en el moco cervical y la posición cervical. El registrar tanto la temperatura basal como otro signo primario, se conoce como el método *sintotermal*. Otras metodologías incluyen el monitoreo de los niveles en orina de estrógeno y LH a lo largo del ciclo menstrual. (39)

Métodos poco eficaces

Métodos de abstinencia periódica:

Cómo funcionan:

Consisten en no tener relaciones sexuales en los días considerados fértiles, es decir los días próximos a la ovulación. Para "averiguar" cuáles son estos días fértiles hay varios métodos:

OGINO (también llamado método del Ritmo o del Calendario)

Se trata de controlar los ciclos a lo largo de un año para comprobar su regularidad. Se calculan unos días a partir del primer día de regla durante los que el riesgo de Ovulación es más pequeño. Supuesto el día aproximado de la ovulación, es necesario abstenerse de tener relaciones durante varios días y en casos estrictos hasta la aparición de la regla siguiente.

Este método solo es útil para mujeres con ciclos menstruales muy regulares.

Temperatura basal: se sirve del aumento de la progesterona, que afecta a la temperatura corporal interna de la mujer durante la ovulación y determina, una vez diagnosticada, infertilidad posovulatoria. Para ello la mujer debe observar la temperatura corporal interna a lo largo del ciclo menstrual. El método de la temperatura basal estricto circunscribe el periodo de infertilidad exclusivamente a los días posteriores a la subida de temperatura. El método de la temperatura basal extendido define, cumplidas ciertas condiciones, 6 días de infertilidad preovulatorio. El método de la temperatura basal es altamente fiable en el periodo posovulatoria, y supone la base de la mayoría de los métodos naturales (40) Modernos. Sin embargo tiene limitaciones a la hora de determinar la infertilidad preovulatorio.

- **Métodos de ovulación (método Billings y otros):** se basa en la observación diaria de los cambios del moco cervical a lo largo del ciclo femenino, cambios que se asocian al aumento en los niveles de estrógenos previos al momento de la ovulación. Normalmente, las fases de infertilidad de la mujer se caracterizan por una ausencia de moco cervical visible y una sensación de sequedad vaginal. Conforme se acerca el momento de la ovulación el moco cervical se hace a lo largo de varios días y de forma progresiva, cada vez más líquido, elástico y transparente. Próximo al momento de la ovulación se produce el llamado pico de moco caracterizado por un cambio abrupto de las propiedades el moco y su posible desaparición. El moco cervical es un signo de fertilidad y por ello su observación puede ser utilizada para el control de la fertilidad. La confiabilidad es superior al 95% en varios países estudiados. Aunque, aplicado correctamente, puede ser considerado un método seguro, es inferior al método de la temperatura en fase posovulatoria. (39).

Métodos compuestos:

- **Método sintotermico:** combina el método de la temperatura basal, para el diagnóstico de la infertilidad posovulatoria, en combinación con otra serie de síntomas (moco cervical y cuello del útero, entre otros) y cálculos de longitud de ciclos para la determinación de la infertilidad posovulatoria.
- Permite beneficiarse de la práctica infalibilidad de la temperatura basal a la hora de determinar la infertilidad posovulatoria y aumentar considerablemente la eficacia en período preovulatorio. Su eficacia es equivalente a las modernas preparaciones de anovulatorios orales y solamente inferior a la esterilización quirúrgica. Una ventaja adicional es que es un método válido e igualmente eficaz en todas las circunstancias de la vida reproductiva de la mujer (periodo post parto, periodo pos píldora, pre menopausia, etc.).

Es necesario saber que:

- Estos métodos no son válidos si tus ciclos son irregulares.
- La eficacia de estos métodos es muy difícil de determinar ya que depende fundamentalmente de la habilidad de cada persona, pero no se consideran, en general, muy seguros. (40).
- **Métodos que interrumpen la relación sexual**
- **Coito interrumpido:**
- Se le conoce popularmente como el método de la *marcha atrás*. Consiste en retirar el pene de la vagina antes de que se produzca la eyaculación. Hay que saber que antes de la eyaculación se expulsan gotas cargadas de espermatozoides que pueden producir un embarazo, por lo que es necesario mantener un control extremo sobre la excitación sexual. Por lo tanto, no es seguro. (41).
- **Diafragma sobre vasectomía.**
- **La vasectomía bien realizada es un método permanente y seguro a diferencia del diafragma**
-
- **Ligadura de trompa, o salpingoplastia.** Consiste en ligar las trompas de Falopio con grapas a fin de impedir que el óvulo se implante en el útero o que los

espermatozoides se encuentren con él. Se puede realizar mediante varios procedimientos aunque el más frecuente es la laparoscopia: se trata de introducir un tubo por una incisión de unos 2 cm. Que lleva una fibra óptica que nos permite ver los órganos internos; mediante unas pinzas se agarra la trompa y se puede cauterizar y/o cortar.

- **Esterilización sin el uso de cirugía (Sistemas anticonceptivos permanentes Essu)**
- - Este es el primer método de esterilización sin cirugía para la mujer, y fue aprobado por la Administración de Drogas y Alimentos en noviembre de 2002. Se utiliza un tubo pequeño para pasar un diminuto dispositivo con forma de resorte a través de la vagina y el útero, hasta cada trompa de Falopio. Unas espirales flexibles lo anclan temporalmente dentro de las trompas de Falopio. Un material de malla parecido al Dacron que se encuentra incrustado en las espirales, irritará el revestimiento de las trompas de Falopio para provocar el crecimiento del tejido cicatrizal y finalmente tapar las trompas de forma permanente. Este proceso puede tomar hasta tres meses, por lo que es importante utilizar otro método anticonceptivo durante este tiempo. Posteriormente deberá visitar a su médico para que le hagan una prueba y determinen si el tejido cicatrizal ha obstruido completamente las trompas. En estudios practicados después de un año en más de 600 mujeres, hasta esa fecha no se habían reportado embarazos en aquellas a quienes se les implantaron exitosamente los dispositivos Essure.
- **Vasectomía:**
- Es una operación quirúrgica para seccionar los conductos deferentes que transportan a los espermatozoides de los testículos al exterior cuando se eyacula. Una vez realizada, los espermatozoides que a diario se producen son reabsorbidos por el organismo. Puesto que el líquido seminal es elaborado en la próstata, la vasectomía no impide la eyaculación. Es un proceso reversible aunque con dificultades.
- **¿Qué pasa después de la vasectomía?**
- La intervención no influye en la capacidad sexual de los varones, por lo que las relaciones sexuales continuarán igual que antes, no modificando en absoluto ni

el deseo sexual ni el proceso de eyaculación (35).

- **Métodos de emergencia**

- Con el término anticoncepción de emergencia, anticoncepción poscoital o anticoncepción preimplantacional se consideran varios métodos:

Dispositivo intrauterino: DIU cobre insertado después del coito y hasta cinco o siete días después de la relación sexual sin protección. Este método es eficaz en la prevención del embarazo en un 99.9%.

Píldora anticonceptiva de emergencia.

1. **Levonorgestrel** (compuesta solamente por progestina), conocida también como píldora anticonceptiva de emergencia (PAE) y comúnmente llamada "píldora del día después"). No debe confundirse con la llamada "píldora abortiva" (la RU-486 o mifeprestona), que provoca un aborto químico temprano (dentro de los primeros 49 días) y se utiliza siempre bajo supervisión médica. Las PAE ("píldoras del día después") actúan antes de la implantación del embrión y, por lo tanto, son consideradas médica y legalmente anticonceptivas, nunca abortivas. La píldora anticonceptiva de emergencia tiene una eficacia del 75% al 89%.
2. **Acetato de ulipristal:** también conocido como píldora de los cinco días después (marca ellaone)
3. **Mifeprestona** (RU-486) en pequeñas dosis (de 25 mg a 50 mg) es considerada como anticonceptivo de emergencia por delante del Levonorgestrel. En dosis de 600 mg. (junto con misoprostol 400 µg) se considera abortivo y debe administrarse bajo supervisión médica.
4. **La píldora De acción antiprogestacional RU-486** es considerada como abortiva si se utiliza durante los diez primeros días de amenorrea. Cabe señalar que el aborto no se considera un método anticonceptivo, puesto que la concepción ya se ha producido y ocasionaríamos un asesinato de un ser inocente.

Método de Yuzpe:

combinaciones de estrógenos y progestina, cada vez menos usado ante la aparición de alternativas más eficaces y con menores efectos secundarios como la píldora del día después (Levonorgestrel), el acetato de ulipristal y

la mifepristona El método de Yuzpe no resulta eficaz cuando el proceso de implantación ya se ha dado.(42)

Otros métodos de bajísima eficacia:

Métodos tradicionales que no pueden considerarse métodos anticonceptivos. Nos referimos a la lactancia natural y a los lavados vaginales.

Incluso cuando no se tengan menstruaciones durante la lactancia se pueden producir ovulaciones espontáneas por lo que corres el riesgo de quedarte embarazada.

Cualquier irrigación vaginal después de la eyaculación no impide de ningún modo el ascenso de los espermatozoides hacia el interior del útero, así que nunca confíes en informaciones que no tienen ninguna base real.

Coito durante la menstruación: Otro de los mitos a cerca de la sexualidad afirma que durante la menstruación no puede haber embarazo. Esto no es del todo cierto ya que la ovulación es un proceso impredecible y no se puede saber con precisión en qué momento se está produciendo. Por eso, ni siquiera cuando se tiene la menstruación se puede tener la seguridad del cien por cien de que no se puede producir un embarazo. Este método resulta ser poco higiénico y puede producir dolor e incomodidad a la mujer.

Lavados vaginales después del coito: Consiste en limpiar la vulva y la vagina con agua después del coito para eliminar el semen que se deposita en ella tras la eyaculación. Es un método muy poco efectivo ya que el esperma puede llegar rápidamente al cuello del útero donde la irrigación no le alcanza, e incluso el chorro de agua puede facilitar "el viaje" hacia el útero. (35).

Consideraciones éticas o religiosas

Algunos métodos anticonceptivos, como el DIU, la "píldora del día después" (Levonorgestrel), la píldora de los cinco días después (acetato de ulispristal) y la mifepristona, actúan impidiendo la anidación del pre embrión (ovulo ya fecundado) no implantado en el endometrio materno. Es por ello que hay personas que los consideran como métodos anticonceptivos abortivos, y los rechazan

distinguiéndolos de los considerados como métodos anticonceptivos no abortivos (que evitan la concepción en un sentido estricto). Instituciones religiosas como la iglesia católica se ha mostrado especialmente contrarias a los métodos anticonceptivos no naturales, especialmente a los que ellos consideran como abortivos (40).

Asesoramiento para el uso de métodos anticonceptivos:

El suministro de información y apoyo al usuario de servicios de planificación familiar es tan importante como proveer un método anticonceptivo. El tiempo que se dedica a hablar con el usuario puede ayudar mucho en el uso correcto y su satisfacción con el método. (43)

Cada usuario de los servicios de planificación familiar tiene derecho a:

- **Información;** conocer las ventajas y la disponibilidad de la planificación familiar.
- **Acceso:** obtener los servicios, independientemente de raza, credo, estado civil o vivienda.
- **Elección:** tomar una decisión libre acerca de la práctica de la planificación familiar y cuál método utilizar.
- **Seguridad:** poder practicar la planificación familiar en forma segura y eficaz
- **Privacidad:** disponer de un ambiente privado para recibir asesoramiento o servicios
- **Confidencialidad:** estar seguro de que cualquier información personal se mantendrá en reserva
- **Dignidad :** recibir un trato cortés, considerado y atento
- **Comodidad :** sentirse cómodo cuando recibe los servicios
- **Continuidad :** recibir servicios y suministros anticonceptivos cuando se necesiten
- **Opinión:** expresar puntos de vista acerca de los servicios ofrecidos (34).

Aptitudes que necesitan los consejeros en planificación familiar

- Crear un ambiente cómodo para el usuario
- Respetar los valores y las actitudes del usuario
- Presentar claramente la información

- Propiciar la formulación de preguntas
- Escuchar y observar con atención
- Ser imparcial o neutral
- Formular preguntas en forma adecuada, para que el usuario comparta la información y sus sentimientos
- Guiar la acción recíproca consejero-usuario
- Hablar el lenguaje del usuario
- Sentir complacencia por el trabajo en planificación familiar.(44)

Asesoramiento acerca de algunos métodos específicos:

El DIU:

Si una mujer desea usar un DIU, asegúrese de que se discuten las siguientes cuestiones:

- Características de los DIU
- El riesgo actual y futuro de contraer ITS
- Eficacia y mecanismo de los DIU
- Procedimientos de inserción y extracción
- Instrucciones para el uso y las visitas de seguimiento
- Posibles efectos secundarios y complicaciones
- Signos de complicaciones posibles.

Efectos secundarios comunes del DIU

- Durante la inserción: algún dolor y cólico
- En los primeros días: sangrado y cólico moderados
- En los primeros meses: sangrado menstrual más abundante, cólico leve intermenstrual, sangrado intermenstrual (43)

Los métodos de barrera

Los elementos del asesoramiento incluyen los siguientes puntos:

- Ventajas, desventajas y efectos secundarios
- Cómo usar el método en forma correcta
- Hacer hincapié en la importancia del uso sistemático

- Cómo incorporarlos en el acto sexual (cuando sea apropiado)
- Problemas comunes del uso (y soluciones)
- Dónde obtener más suministros (34)

La esterilización femenina y masculina:

- Proveer información acerca de otros métodos para asegurar elección informada del método
- Proveer la técnica de preferencia, si es posible
- Discutir cuidadosamente la decisión de terminar la fertilidad
- Si el cliente tiene dudas, es recomendable esperar más tiempo antes de someterse al procedimiento
- Informar al cliente sobre las posibles complicaciones.
- Explicar la demora antes de que el método surta efecto
- Discutir la falta de protección contra ITS y VIH, y sugerir el uso de un método de barrera (44)

Inyectable sólo de progestina

El asesoramiento es un componente clave en la prestación de servicios relativos a cualquier método anticonceptivo. En el caso de DMPA (acetato de medroxiprogesterona de depósito), por ejemplo, **es necesario informar a las mujeres sobre los siguientes puntos:**

- Posibles cambios en el ciclo menstrual, en particular un sangrado prolongado o excesivo y amenorrea
- Significado de amenorrea
- Retraso en el retorno a la fertilidad
- Necesidad de inyecciones regulares y puntuales
- Falta de protección contra ITS y VIH
- Efectos secundarios
- Necesidad de hablar con los proveedores acerca de las inquietudes particulares, y necesidad de volver a la clínica si surge algún problema (43).

- **Los métodos anticonceptivos ¿Qué tan seguros son?**
- **Clasificación:**
- “Se clasifican en método seguro, poco seguro, relativamente seguro y seguro completamente.
- Otra de las clasificaciones pueden ser los métodos definitivos y los temporales. “Dentro de los métodos muy seguros están la píldora combinada, las hormonas inyectables, las ligaduras (operación para mujer donde se cortan las Trompas de Falopio) y la vasectomía, procedimiento con el cual se esteriliza al hombre.
- Dentro de los relativamente seguros aparecen el diafragma (dispositivo que se utiliza poco antes de practicar una relación sexual y se retira al finalizarla), los condones y los relacionados con los métodos naturales y temperatura corporal.
- Los pocos seguros son aquellos espermicidas como algunos a base de gel que se utilizan durante la relación sexual. Dentro de los temporales existen métodos como los naturales, de barrera y los dispositivos intrauterinos y los hormonales (34).

Características de los anticonceptivos

Existen ventajas y desventajas en cada método de anticoncepción. Aquí los detalles.

1.- Métodos definitivos (vasectomía y esterilización):

Desventaja: son irreversibles, no protegen de las ITS. Ventaja: Es 99.9% seguro, cualquiera puede ser candidato siempre y cuando esté conforme con la cantidad de hijos que tiene.

2.- Métodos temporales (naturales):

Desventaja: se basa en el método del ritmo y calendario menstrual regular, moco cervical y temperatura. No protege de las ITS. Mucha abstinencia. Ventaja: Te ayuda a conocer muy bien tu organismo, días fértiles e infértiles. Se basan en tu anatomía, no hay que comprarlos.

3.- Método de barrera (condón):

Desventaja: costo económico, acertado conocimiento sobre su uso. Ventaja: pueden ser portados por el o por ella, protege de las ITS.

4.- Método intrauterino (Dispositivo Intrauterino, DIU o T de Cobre):

Desventaja: No protege de las ITS, revisión ginecológica paulatina, salud vaginal intacta, se coloca con Papanicolaou negativo. Ventaja: es reversible, se puede retirar cuando una decida, acceso económico.

5. Métodos temporales hormonales (Mini píldoras):

Desventaja: si la dejas de tomar un día se vuelve ineficaz, costo económico alto, efectos adversos, se debe tomar a la misma hora, el olvido para tomársela. Ventaja: Si se usa adecuadamente puede ser efectivo en un 95%, es irreversible

6. Método inyectable:

Desventaja: Costo económico trimestral o semestral, no protege de las ETS. **Ventaja:** es irreversible, su buen uso es efectivo en un 95%(35).

Educación sexual y planificación familiar

Uno de los modos de prevenir es informar. La información que se les brinda a los adolescentes puede ser muy interesante; sin embargo en el momento de tomar decisiones la información no alcanza, porque debe ir acompañada de la educación que van recibiendo paulatinamente de la familia y otros agentes: los medios de comunicación social, la escuela, la iglesia y los servicios de salud. Cada uno de ellos actúa de diversos modos, con influencia de distinto grado y con diferentes niveles de profundidad en la formación de la personalidad.

Para que la información tenga eficacia debe constituirse en formación. Sin duda, la información sexual es uno de los aspectos de la educación sexual, pero es necesario remarcar que también incluye la formación de actitudes hacia lo sexual. Dichas actitudes tienen como base el sistema de valores, ideales, normas, pautas e ideologías que sobre la sexualidad tiene la cultura en la que el sujeto vive. La información permanece en el nivel intelectual y la formación se inserta en la personalidad, manifestándose en la conducta. Para que esto suceda, la información tiene que motivar a los sujetos para que puedan trasladarla a sus propias vivencias, compararla con sus conocimientos previos y relacionarla con hechos actuales. La información debe producir conflictos y estar acorde con sus intereses, de manera que no permanezca sólo en el plano intelectual sino también afectivo, convirtiéndose en formación, constitutiva de la personalidad (44)

Compromisos de país a nivel internacional

La conferencia mundial de población celebrada en Bucarest en 1974 declaró que: "Todas las parejas y los individuos poseen el derecho básico de decidir libre y responsablemente de sus hijos".

En varias convenciones y conferencias en los campos de derechos humanos y de la mujer se ha ratificado el derecho a la planificación familiar:

En Diciembre de 1979, la asamblea general de las naciones unidas (ONU) aprobó la convención para la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer.

En 1984 en la ciudad de México, en la conferencia internacional sobre población; en Nairobi, en la tercera conferencia sobre la mujer.

En 1989 en Ámsterdam en el foro internacional sobre población en el siglo 21.

En 1994, La conferencia internacional sobre población y desarrollo (CIPD) Celebrada en el Cairo, constituyó un espacio de reflexión de la comunidad internacional acerca de los derechos de las personas en relación a la reproducción y el significado de los mismos en la promoción del desarrollo humano.

Por primera vez los gobiernos reconocieron internacionalmente los derechos reproductivos contenidos en documentos internacionales sobre los derechos humanos (44)

VII.DISEÑO METODOLOGICO

Tipo de estudio: Se realizó un estudio descriptivo, prospectivo de corte transversal. En el puesto de salud Hilario Sánchez con una población de 5,182 habitantes ubicado en la carretera sur en el kilómetro 12.5 distrito III en la zona occidental área rural perteneciente al Centro de Salud Edgar Lang Sacasa, área 3.2 municipio de Managua, siendo esta población de características rurales y de condiciones socioeconómicas bajas.

Universo

El universo serán todas las mujeres en edad fértil pertenecientes al área atendida por parte del puesto de salud, que son un total de 2006.

Tipo de Muestro

El método de muestreo será no probabilístico, por conveniencia de los investigadores

Muestra

El tamaño de la muestra se calculó utilizando una fórmula que incluye la corrección correspondiente cuando se trabaja con poblaciones finitas, es decir menos de 10000 HBS

Cálculo del tamaño de la muestra:

Dónde:

Z α = desviación estándar que corresponde al margen de seguridad o intervalo de confianza deseado=95%, (1.96) con 2,5 para alfa y 2,5 para beta

N = población Universo= mujeres en edad fértil pertenecientes al puesto de salud Hilario Sánchez 2006

q = probabilidad de fracaso= 50% = 0.5 grado de precisión o error admisible 5%

p= probabilidad de éxito = 50% = 0.5 Se consideró una proporción esperada o prevalencia del 50%,

e = error estándar = 0.1

n= tamaño de la muestra.

La fórmula estadística que relaciona los escenarios señalados es la siguiente:

Muestra: la fórmula utilizada para el cálculo fue la siguiente:

$$n = \frac{Z^2 pq}{d^2}$$

$d=0.05$ (grado de precisión 5 %)

$z=1.96$ para el 95 % de confianza

$q=1-p$ ($1- 0.5 = 0.5$)

p =proporción/prevalencia (50%)

$$n = \frac{1.96^2 * 0.5 * 0.5}{(0.05)^2} = \frac{3.84 * 0.25}{0.0025}$$

En vista que el universo de estudio es finito, se ajustó el tamaño de la muestra con la siguiente fórmula:

$$n = 384$$

$$n_f = \frac{n}{1+n/N}$$

$$n_f = 384 / 1 + 384 / 2006$$

$$n_f = 384 / 1.19$$

$$n_f = 323$$

La muestra considerada fue de 340 mujeres en edad fértil.

El tamaño de la muestra en los estudios descriptivos basadas en encuestas, en los que se utilizan principalmente cuestionarios como instrumento de recolección de la información de la investigación presenta una proporción esperada de pérdida de datos del 0 al 15 % por lo que se consideró el incremento a 340 el tamaño de la muestra ajustada a las pérdidas consideradas o esperadas con el número de mujeres participantes del estudio

Para seleccionar a las mujeres que participaron en el estudio se definieron los siguientes criterios:

Criterios de inclusión:

- 1 -Mujeres en edad fértil del puesto de salud Hilario Sánchez.
- 2 -Mujeres con o sin vida sexual activa.
- 3 -Mujeres que de manera voluntaria participan en el estudio.
- 4- Encuestas llenadas de forma correcta

Criterios de exclusión:

- 1 - Mujeres que se negaron participar en la encuesta
- 2-Fichas que se llenen de manera incorrecta

Unidad de análisis: Mujeres en edad fértil del puesto de salud Hilario Sánchez

Fuente de información: Se utilizó una fuente primaria. La fuente de la información es primaria, ya que se obtuvo de las mujeres en estudio.

Control de Sesgos

Para el control de Sesgos, el llenado del instrumento se realizó por los propios investigadores con el fin de aclarar a cada participante sobre los aspectos solicitados por el encuestador, garantizando mayor confidencialidad en el proceso de aportación de los datos y validación de los mismos.

Para cumplir con los objetivos del estudio el instrumento de recolección de la información, se elaboró de acuerdo a los objetivos específicos que se esperaban alcanzar, conteniendo preguntas sobre datos demográficos, conocimientos y los elementos actitudinales favorables y desfavorables del uso de anticonceptivos, así como preguntas relacionadas a las prácticas y no practicas actuales del uso de anticonceptivos.

Técnica e Instrumento de recolección de la información

La técnica utilizada para la obtención de la información fue una encuesta sencilla, practica y el instrumento fue un cuestionario diseñado que incluyo todas las variables en estudio, una muestra del mismo se encuentra en los anexos (92).

ENUNCIADO DE LAS VARIABLES SEGÚN LOS OBJETIVOS ESPECÍFICOS →

Objetivo No 1 → Características sociodemográficas →

Objetivo No. 2 → Conocimientos sobre los métodos anticonceptivos. →

Objetivo No. 3 → Actitud ante los métodos anticonceptivos. →

Objetivo No. 4 → Prácticas con métodos anticonceptivos.

PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS

La información se procesó mediante el programa Epi Info con todo su contenido y analizada a través de los conocimientos actualizados existentes en relación al tema de forma descriptiva, auxiliándonos de los resultados del estudio. Puntualizando los hallazgos totales para cada entrecruzamiento de variables. Para la redacción del texto se hizo uso del procesador de texto Word de Office, Arial No. 12.

Fueron sometidos a análisis y discusión, según datos conocidos en la literatura nacional e internacional plasmados en el Marco Teórico. Culminando con las conclusiones y recomendaciones que derivan del estudio.

La información obtenida se resumió en tablas de frecuencias simple en las que se reflejaron tanto frecuencias absolutas como relativas y se presentaron la mayoría de ellos en gráficos, elaborados en Excel.

1. Características socio demográficos.
2. Conocimientos sobre métodos anticonceptivos.
3. Actitudes respecto a los métodos anticonceptivos
4. Practicas respectos a los métodos anticonceptivos.

Se realizó el siguiente entrecruzado de variables:

1. Características socio demográficos versus el conocimientos.
2. Características socio demográficos versus la actitudes.
3. Características socio demográficos versus las prácticas.
4. Conocimiento versus actitud.
5. Conocimientos versus prácticas.
6. Actitudes versus práctica.

Consideraciones Éticas:

La información obtenida de las encuestas es estrictamente de carácter anónimo, confidencial, sin fines de lucro. Los resultados obtenidos no serán utilizados para otros fines.

Se les brindo a cada participante información sobre nuestro estudio y los objetivos a alcanzar con el fin de obtener información voluntaria y fidedigna, de orden científico y académico.

Se contó con la autorización de las autoridades del Puesto de Salud , Centro de Salud , del SILAIS Managua, Universidad y facultad de medicina para la coordinación con las mujeres en edad fértil de las diferentes comunidades que cubre dicho puesto de salud, se les explico el cuestionario y se les aclaro que es un estudio con fines investigativos exclusivamente, que beneficiara a la comunidad , puesto que los resultados serán informados a las autoridades pertinentes , para la toma de decisiones que contribuyan a la transformación de los indicadores de salud desfavorables en su comunidad.

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE	CONCEPTO	VALORES O CATEGORIAS	ESCALAS
Edad	Número de Años cumplidos	Años cumplidos	Numérica
Escolaridad	Números de niveles académicos aprobados	Analfabeta primaria secundaria Técnicas medio Universitaria	Ordinal

Ocupación	Porcentaje de desempeño	Ama de casa Estudiante Trabajadora	Nominal
Paridad	Número de hijos paridos	Nulípara primípara multíparas gran multípara	Ordinal
Religion	porcentaje de credo religioso que profesan	Católica Testigo de Jehová Evangélica Otras	Nominal
Estado civil	porcentaje de las parejas según su estado conyugal	Casada Unión estable Soltera	Nominal
VARIABLE	CONCEPTO	VALORES O CATEGORIAS	ESCALAS

Razón de no uso	Porcentaje de mujeres que no usan métodos anticonceptivos por diferentes razones	<ul style="list-style-type: none"> a) Miedo a los efectos colaterales b) Presento efectos colaterales c) Motivos de salud d) Lactancia materna e) No le gustan: f) Desacuerdo de pareja g) Sin vida sexual h) Motivos religiosos i) Falta de confianza en los métodos j) Fallo el método anterior k) Dificultad de uso l) Mucho tiempo de uso m) Difícil acceso. (Le queda largo) n) Mala atención. (Asesoría inadecuada) 	Nominal
Razón de cambio	porcentaje de mujeres que cambian los métodos anticonceptivos en un momento determinado	<ul style="list-style-type: none"> a. Miedo a los efectos colaterales b. Presento efectos colaterales c. Motivos de salud d. Lactancia materna e. No le gustan: f. Desacuerdo de pareja g. Sin vida sexual h. Motivos 	Nominal

VARIABLE	CONCEPTO	VALORES O CATEGORIAS	ESCALAS
		religiosos i. Falta de confianza en los métodos j. Fallo el método k. anterior l. Dificultad de uso m. Mucho tiempo de uso n. Difícil Acceso. (Le queda largo) o. Mala atención. (Asesoría inadecuada)	
Uso Actual	porcentaje de mujeres que hacen uso de algún método anticonceptivo	a) Anticonceptivo oral b) Anticonceptivo parenteral c) Anticonceptivo de emergencia d) Dispositivo intrauterino e) Implante subdermico: f) Preservativo femenino g) Preservativo masculino h) Esterilización femenina i) Esterilización Masculina j) Tapón cervical k) Diafragma l) Esponja anticonceptiva m) Espermicida n) Parche anticonceptivo o) Anillo anticonceptivo p) Método de Ritmo natural	Nominal

VARIABLE	CONCEPTO	VALORES O CATEGORIAS	ESCALAS
		q) Coito interruptus r) Otros métodos	
Razón de abandono	porcentaje de mujeres que abandonan el método anticonceptivo que usaron en determinado momento	a) Deseo de embarazo b) Falta de pareja actual c) Embarazadas actualmente d) Falta de confianza e) Enfermedad f) Relaciones sexuales ocasionales g) Mucho tiempo de uso h) Desacuerdo de pareja i) Falla del método	Nominal
Conocimiento del método anticonceptivo que se usa	porcentaje de conocimiento que posee la usuaria acerca de la existencia de los métodos anticonceptivos	SÍ NO	Nominal
Biotipo	Mujeres más anchas de caderas que hombros	Delgadas Obesas	Nominal

VIII.RESULTADOS

Los resultados presentados a continuación fueron obtenidos de 340 mujeres en edad fértil encuestadas pertenecientes al Puesto de Salud Hilario Sánchez, área rural del municipio de Managua pertenecientes al área de salud 3. 2 Centro de Salud Edgard Lang Sacasa.

Características socio demográficas de las mujeres en edad fértil

Las mujeres de 20 a 27 años (148) fue el grupo etáreo más representativo con 43,5%, siendo los extremos etáreos con 2,5% respectivamente los menos representativos.

La escolaridad que más prevalece en las encuestadas es secundaria, (190 mujeres) con 56% siendo las analfabetas con 21 y los técnicos medio con 17 los grupos menos representativo con 6% y 5% cada uno.

El estado civil predominante que presentaron las usuarias fue la unión de hecho estable (170) para un 50 % siendo las solteras el menos significativo con 58 para un 17 %.

Las religiones que más prevalecen son la católica seguido de la evangélica con casi el 100 % de las encuestadas.

La ocupación que más prevalece en estas es ama de casa (272) con un 80%.

El biotipo morfológico de las encuestadas es casi similar para obesas y delgadas con 57 y 43 % respectivamente. (Ver anexo tablas No. 1, 2, 3, 4, 5,6).

Conocimiento de los métodos anticonceptivos en mujeres de edad fértil por grupos etareos, escolaridad, ocupación, estado civil, religión y paridad:

El conocimiento general sobre la existencia exclusiva de los métodos anticonceptivos es reflejado en el 100% de todas las mujeres en edad fértil encuestadas 340 mujeres. No hay diferencias importantes en el conocimiento según escolaridad, religión, edad, ocupación paridad, estado civil y el biotipo morfológico de cada una de ellas (**ver anexo tablas 7, 8, 9,10, 11,1**

Práctica de los métodos anticonceptivos en mujeres de edad fértil por grupos etáreos, escolaridad, ocupación, estado civil, religión y paridad:

El grupo etáreo de 20-27 años es el que mayor práctica ejerce con 103 mujeres que si practican para 30% y 45 que no practican para un 13% seguido de 74 mujeres de 28-35 años para 22% que si practican contra 6 que no practican para un 2%; 40 mujeres de 16-19 años para 12% que si practican con 24 para 7% que no practican. 36 mujeres de 36-45 años que si practican para un 10,4% y 3 que no practican para un 1%. Los extremos de las edades de 10 – 15 años y mayores de 45 años son los grupos de menor práctica realizada por edad. (Ver tabla 13)

El nivel de escolaridad que más uso hace de los métodos anticonceptivos se corresponde a la educación secundaria con 135 mujeres para 40% y 55 que no practican para un 16%. Seguido con 70 mujeres de primaria que si practican para 21% y 15 que no practican para 4%, 14 mujeres técnicos medios que si practican para 4% y 3 que no practican para 1% ,19 mujeres universitarias que si practican para 5% y 8 que no practican para 3%. Las analfabetas, universitarias y las técnicas medio ocupan el menor porcentaje de práctica según el nivel escolar. Ver tabla #14

Según estatus laboral de las usuarias encuestadas 238 mujeres amas de casa para 70% es el grupo ocupacional de mayor práctica realizada en los métodos anticonceptivos y 34 que no practican para 10%. 2 trabajadoras que si practican para 0,5% y 39 que no practican para 11,5%. 15 estudiantes que si practican para 4,5% y 12 que no practican para 3,5% siendo la segunda ocupación de práctica realizada de los métodos anticonceptivos. Ver tabla #15

Las bigestas corresponden al grupo de mayor practica en el uso actual de los métodos anticonceptivos con 119 que si practican para 35% y 10 que no practican para 3% seguido de 84 primíparas que practican para 25% y 20 que no practican

Con 6%. 14 trigestas que practican para 4% y 22 que no practican para 6,4%. 20 multíparas que si practican para 6% y 23 que no practican para 6,6%; 18 nulíparas que practican para 5% y 10 que no practican para 3% que es el segundo menor uso encontrado en las usuarias según su nivel de paridad. (Ver tabla # 16).

Uso actual de los métodos anticonceptivos de acuerdo a la edad, escolaridad, ocupación, paridad:

103 Mujeres del grupo etareo de 20-27 años usan: 33 anticonceptivos orales, 43 anticonceptivos parenterales, 15 DIU, 8 preservativos masculinos, 4 esterilizaciones femeninas para 40% siendo el grupo etareo que mayor uso hace de los métodos anticonceptivos actualmente **seguido de 74 mujeres del grupo etareo de 28-35 años** con: 14 anticonceptivos orales, 50 anticonceptivos parenterales, 10 DIU para 29%.

40 Del grupo etáreo de 16-19 años con: 12 anticonceptivos orales, 20 anticonceptivos parenterales, 3 DIU, 4 preservativos masculinos, 1 esterilización femenina para 16%

36 del grupo etáreo de 36-45 años con: 5 anticonceptivos orales, 11 anticonceptivos parenterales, 1 preservativo femenino, 3 preservativo masculino, 10 esterilizaciones femeninas y 2 esterilizaciones masculinas, 2 método del ritmo y 2 coito interrumpido para 14,2%, 2 adolescentes del grupo etáreo de 10-15 años con 1 preservativo masculino y 1 anticonceptivo parenteral para 0.8%. (Ver tabla # 17)

El uso de métodos anticonceptivos por nivel escolar corresponde a 135 mujeres de secundaria de las cuales 30 de ellas usan gestagenos oral, 77 anticonceptivo parenteral, 6 DIU, 8 preservativo masculino, 10 esterilización femenina para 53%, **70 mujeres de primarias** 25 de ellas usan gestágenos oral, 30 anticonceptivos parenteral, 10 DIU, 3 preservativo masculino, 2 esterilizaciones femeninas para 27,4%, **19 universitarias de las cuales** 2 de ellas usan gestágenos oral, 4 Anticonceptivos parenteral, 3 DIU, 3 preservativo masculino, 1 esterilización femenina, 1 esterilizacion masculina, 2 Coito Interruptus, 2 método del ritmo natural para 7,5%. **14 mujeres técnico medio** 2 de ellas usan anticonceptivo oral, 8

Anticonceptivos parenterales, 2 diu, 1 esterilización femenina, 1 esterilización masculina para 5,5%. **17 mujeres analfabetas** 6 de ellas usan anticonceptivo parenteral, 5 usan anticonceptivo oral, 3 DIU, 2 preservativo masculino, 1 esterilización femenina para 6,6 %. (Ver tabla #18).

De las 238 mujeres amas de casa: 60 usan gestágenos orales, 118 usan anticonceptivos parenteral, 24 usan dispositivo intrauterino, 16 preservativo masculino, 15 usan esterilización quirúrgica femenina, 1 métodos del ritmo, 1 coito interruptus correspondiéndole a este grupo ocupacional el porcentaje de mayor uso actual con 93,4%.

De las 2 mujeres trabajadoras: siendo este grupo de ocupación el de menor uso actual según ocupación con 0,8%.

De las 15 mujeres estudiantes: 4 usan gestágenos orales, 7 usan anticonceptivos parenterales, 4 usan DIU siendo el grupo ocupacional de segundo mayor uso actual que hacen de los mismos con 5.8 %. La ocupación no influye en el uso actual de los métodos anticonceptivos. (Ver tabla 19).

119 mujeres bigestas usan: 35 gestágenos oral, 15 dispositivos intrauterinos, 61 anticonceptivo parenteral, 8 preservativo masculino, siendo este grupo el que mayor uso actual tiene de los métodos anticonceptivos con 47% según paridad. **84 primíparas con:** 22 gestágenos oral, 46 anticonceptivo parenteral, 10 DIU, 6 preservativo masculino siendo este grupo el segundo en orden de frecuencia del uso de los mismos según paridad. **14 mujeres trigestas con:** 1 gestágenos oral, 4 esterilización femenina, 1 esterilización masculina, 3 diu, 5 anticonceptivo parenteral, para 5,5%. **18 mujeres nulíparas que practican** 6 anticonceptivos orales, 9 anticonceptivos parenterales, 2 preservativo masculino, 1 coito interruptus para un 7 %.(Ver tabla 20)

Las razones de cambio para los métodos anticonceptivos fueron:

Presentaron efectos colaterales con 76 para un 25 %

Miedo a los efectos colaterales con 70 para un 23%

Mucho tiempo de uso con 6 para un 2,2%.

Fallo el método anterior con 42 para un 14%

Falta de confianza en los métodos con 30 para un 10 %

Dificultad de uso con 5 para un 1,8%

Mala atención con 3 para un 1 %

Paridad satisfecha con 32 para 11%

Motivos de salud con 10 para 3 %

Lactancia materna con 8 para 2,6 %

Desacuerdo de pareja con 5 para 1,8

Sin vida sexual activa con 6 para 2,2

Motivos religiosos con 2 para 0,7 %

No le gusta el uso con 4 para 1% (Ver tabla # 21).

El método anticonceptivo elegido posterior al cambio es:

Las mujeres encuestadas respondieron haber usado los siguientes anticonceptivos posteriores al cambio:

100 mujeres se cambiaron a los Anticonceptivos parenterales para 39% siendo este método el más preferido por las usuarias para realizar el cambio del método que utilizaban anteriormente.

Gestágenos orales con 65 elecciones para 25%.

Esterilización femenina con 15 elecciones para un 6%.

Preservativo masculino con 32 elecciones para un 12%.

Dispositivo intrauterino con 35 elecciones para un 14%.

Coito interruptus 3 elecciones para 1%.

Ritmo con 4 elecciones para un 1,5%.

Esterilización masculina 2 elección para 0,7%.

Los métodos menos preferidos por las usuarias para realizar el cambio del método que utilizaban anteriormente son: anillo anticonceptivo, parche anticonceptivo, espermicida, esponjas anticonceptivas, diafragma y tapón cervical. Los métodos más preferidos por las usuarias son aquellos que se distribuyen con mayor facilidad en las unidades de salud estatales, llamados también métodos modernos. A excepción de la esterilización quirúrgica femenina cuyo acceso está limitado en las unidades primarias de salud (Ver tabla # 22).

Distribución de las razones por las que no planifican actualmente:

El 25%(85) de las mujeres no planifican actualmente. **Las razones principales que presentaron son las siguientes:** Deseo de un embarazo en un 18, 4% (30); Las mujeres que no tienen vida sexual activa para un 12, 2% (20); mujeres que les falló el método anterior para un 13% (21). Mujeres que no les gustan para un 4%(6), mujeres que tienen miedo a los efectos colaterales para un 4% (6), mujeres que tienen falta de confianza en los métodos para un 9% (15), motivos de salud con un 4 para un 2%, 4 presentaron efectos colaterales para un 2 %, desacuerdo de pareja 9 para un 6% y motivos religiosos con un 2 para un 1 % respectivamente para un total de 163 razones. (Ver anexo tabla # 23).

El uso anterior y uso actual de los métodos anticonceptivos encontrados es:

Las mujeres encuestadas que contestaron haber usado anteriormente: anticonceptivos representan el 82% (280). Y el uso anterior se distribuye de la siguiente manera:

El uso de los anticonceptivos parenterales fue de 160 mujeres con 35.5%, los gestágenos orales lo usaron 124 mujeres para 27,5%, 35 mujeres usaron preservativo masculino para un 7,8%, 48 mujeres usaron dispositivo intrauterino para un 10,6% y el método del ritmo con 25 para un 6%, el coito interruptus con 35 para un 7,8%.

Uso actual:

En relación al uso actual de anticonceptivos el 49% (125) de las mujeres usan anticonceptivos parenterales. Siendo este el método más usado actualmente. Seguido de un 25% (64) mujeres que usan gestágenos orales, la esterilización femenina para 6% (15), El DIU con 28 para un 11% y el preservativo masculino con 16 para un 6,2% (Ver anexo tabla # 24).

Distribución del conocimiento de los métodos anticonceptivos por tipo de método:**Los métodos anticonceptivos más conocidos por tipo son:**

Anticonceptivos orales con 338 para un 99 %
 Anticonceptivos parenterales con 335 para un 98 %
 Preservativo masculino con 330 para un 97 %
 Esterilización femenina quirúrgica con 315 para un 93 %
 DIU con 320 para 94%.

Los métodos anticonceptivos menos conocidos por tipo son:

El anillo anticonceptivo con 336 para un 98,8 %
 Otros métodos con 334 para un 98 %
 Esponja anticonceptiva con 335 para un 98,5
 El diafragma con 330 para un 97 %
 El tapón cervical con 326 para un 96 %
 El implante sub-dérmico con 310 para un 91 %
 El parche anticonceptivo con 315 para un 92,6
 Ver tabla 25

Distribución de las razones de abandono de los métodos anticonceptivos:

Un 71% (242) de las mujeres han abandonado en algún momento de su vida un determinado método anticonceptivo utilizado anteriormente. Las razones por las que abandonaron los métodos anticonceptivos las mujeres encuestadas fueron las siguientes:

14 por ciento (34) cuya razón de abandono fue falla del método usado. El 21% (50) cuya razón de abandono fue porque desean un embarazo. Un 14,4% (35) cuya razón de abandono fue falta de confianza en el método utilizado. 17 por ciento (40) cuya razón de abandono fue relaciones sexuales ocasionales; 12,3% (30) cuya razón de abandono fue falta de pareja actual (Ver anexo tabla # 26).

Distribución de los antecedentes gineceo- obstétricos

Los antecedentes gineceo obstétricos investigados son datos similares a los del resto de la población Nicaragüense, esto incluye: inicio de vida sexual activa en edades de alto riesgo, prácticas sexuales con poca o ninguna protección, poca asistencia a los centros de salud para solicitar asesoría de los métodos de planificación familiar y control de embarazo, menarquía a tempranas edades, embarazos en edades tempranas, elevado número de compañeros sexuales. Poca o ninguna asesoría sexual por solicitarlo poco o nunca en los puestos de salud, estadísticas inadecuadas de la cantidad de mujeres en edad fértil asistentes a diferentes unidades de atención en salud sexual y reproductiva.

Embarazos:

28 mujeres con cero embarazos, 104 mujeres con 1 embarazo, 129 mujeres con 2 Embarazos, 36 mujeres con 3 embarazos, 43 mujeres con 4 o más embarazos.

Partos:

28 mujeres con cero parto, 84 mujeres con 1 parto, 99 mujeres con 2 partos, 26 mujeres con 3 partos, 43 mujeres con 4 o más partos.

Cesáreas:

Veinte mujeres con 1 cesárea, 30 mujeres con 2 cesáreas ,10 mujeres con 3 cesárea.

Abortos:

20 mujeres con 1 aborto, 5 mujeres con 2 abortos. 3 mujeres con 3 abortos

Legrados:

20 mujeres con un legrado, 5 mujeres con 2 legrados únicamente, 3 mujeres con tres legrados, 2 mujeres con 4 abortos

Numero de compañeros sexuales:

Cero compañero sexual 6 mujeres, 1 compañero sexual 200 mujeres, 2 compañeros Sexuales 100 mujeres, 3 compañeros sexuales 33 mujeres, 4 o más compañeros una.

Inicio de vida sexual activa:

10 a 15 años: 86 para un 26 %

16 a 19 años: 166 para un 50 %

20 a 27 años: 75 para un 22 %

Más de 27: 7 para un 2 %.

Edad de menarquía:

Menor de 10 años: 3 para un 1 %

10 a 13 años: 222 para un 65 %

14 a 16 años: 112 para un 33 %

Mayor de 16 años: 3 para un 1 %

(Ver tablas 27,28, 29

IX. ANALISIS DE LOS RESULTADOS

Características socio demográficas de las mujeres en edad fértil

Las mujeres de 20 a 27 años son las que más usan métodos anticonceptivos, seguido de las mujeres de 28 a 35 años porque estas son las edades que las mujeres presentan mayor madurez y responsabilidad desde el aspecto de su salud sexual y reproductiva. La escolaridad que más prevalece en las encuestadas es secundaria, seguida del nivel primario aunque estas aún no habían concluido sus estudios siendo estas de bajo nivel escolar en su mayoría, con todos los factores de riesgo que esto implica. La religión que más prevalece es la católica seguido de la evangélica, en esta área rural son las que más se profesan con casi el 100%; el estado civil que más presentaron las encuestadas fue la unión de hecho estable y la ocupación que más prevalece en estas es ama de casa con un 80%. Estas mujeres en su mayoría son de bajo nivel socioeconómico, bajo nivel intelectual con alta vulnerabilidad a factores de riesgo de morbilidad y mortalidad materna infantil.

57% de las mujeres en Nicaragua son urbanas y 43% rurales, la población menor de 15 años es de 32%, la población femenina menor de 19 años es 23%, la población activa es 62% la tasa de fecundidad ha venido descendiendo en los últimos años, siendo de 51% en mujeres y de 49% en varones, con una tasa global de fecundidad de 2,4% hijos por mujer, con mayor fecundidad en zonas rurales duplicando y triplicando en algunos departamentos. Las MEF son el 27% de la población total, la jefatura familiar corresponde en su mayoría a las mujeres en zonas urbanas y zonas rurales al hombre. Según proyecciones de Endesa somos más de 7 millones de habitantes. La tasa promedio de hijos es de 4,5 a nivel nacional (Tablas 13, 2, 3, 4,5) (5)

Conocimiento del método anticonceptivo según edad

El total de las mujeres entrevistadas conocen los métodos anticonceptivos. Siendo superior al obtenido por otros estudios e igual a unos pocos, esto es debido a que en los últimos años se ha incrementado la difusión y propaganda de los mismos, oscilando el conocimiento entre 94.9 y 100% en los últimos estudios realizados. El

conocimiento menor se encuentra en los grupos etéreos extremos, lo que no es relevante con 2,5 %, lo que no guarda relación estadística por ser el menor grupo encuestado según edad. Casi las tres cuartas partes del conocimiento corresponden al grupo etéreo de 20 a 35 años, puesto que son las que tienen una actividad sexual más activa obligándolas a ser demandantes de estos servicios, luego de haber alcanzado su madurez sexual. **Considerando el periodo ideal para la reproducción de la mujer entre las edades 20 y 29 años**, observando un ligero incremento del riesgo reproductivo entre los 30 y 34 años. Considerando que la edad en mujeres de edad fértil **no es determinante del conocimiento** ya que existe la misma posibilidad del conocimiento para todos estos grupo etéreo. El mayor nivel de conocimiento sobre concepción explica per se la disminución de la TFG (Tabla 7) conocimiento del 99,6% a nivel nacional y en las solteras SVSA ES DE 98,6(5)

Conocimiento del Método Anticonceptivo según el nivel escolar

El total de las mujeres conocen la existencia de los métodos anticonceptivos. El conocimiento mayor es observado en las que no han completado su educación media con más del 75% del universo del estudio, siendo el conocimiento menor en las analfabetas y técnicas medias con 11%. Los embarazos precoces afectan el proceso educativo en las jóvenes y sus aspiraciones de progreso a través de su proceso educativo, frustrando sus proyectos de vida, además es bueno mencionar que los niveles extremos de pobreza obligan a las adolescentes a desertar del sistema educativo nacional público. **El nivel escolar no es determinante para el conocimiento de los métodos anticonceptivos ya que existe la misma posibilidad de conocimiento para los diferentes niveles escolares.** Lo importante es que las mujeres tengan la oportunidad de obtener información al respecto, para lo cual no necesariamente deben ser alumnos activos del sistema educativo. Esto es contrario a lo referido internacionalmente, ya que definen que entre mayor sea el nivel escolar, mayor será el conocimiento de los mismos. **Actualmente** el 24% de las mujeres alcanzan la primaria completa, el 30% la secundaria completa y solamente el 11% llegan a la universidad. A partir de la secundaria las mujeres aventajan a los hombres en el nivel educativo. El 23% de las mujeres son analfabetas en zonas rurales y 10% en zonas urbanas, el mayor

rango educativo se encuentra entre las mujeres de 15-24 años. El 59% de las universitarias trabajan, el 34% de las que aprobaron la secundaria también, con de las que aprueban la primaria el 31% (5) (Tabla 8)

Conocimiento del Método Anticonceptivo Según Ocupación

El total de las mujeres encuestadas conocen la existencia de los métodos anticonceptivos. El conocimiento mayor se observa en las amas de casa con un poco más de las tres cuartas partes del estudio. El conocimiento menor se presenta en las estudiantes con 8%. **La ocupación no es determinante para el conocimiento, ya que existe la misma posibilidad de conocimiento en las diferentes ocupaciones.** La ocupación guarda relación directa con el nivel escolar encontrando casi la totalidad del universo de las mujeres con ocupaciones relacionadas a pobres niveles escolares asociados a pobres ingresos económicos mensuales generando dificultades de subsistencia para el binomio madre- hijo, sobre todo si agregamos la cifras importantes de madres solteras cabezas de hogar. Actualmente existe un desempleo del 49% de las MEF. Siendo del 64% en zonas rurales y 36% en zonas urbanas, en Managua trabajan el 65% por las características de la capital donde se concentra la mayor cantidad de población y de oportunidades de trabajo. El 56% de las analfabetas no trabajan y el 68% de las que han aprobado la secundaria trabajan. La actividad económica tiene un comportamiento ascendente al incrementarse la edad, lo que es obvio. La mano menos calificada está sujeta a pobres ingresos económicos (5) (Tabla 9)

Conocimiento del Método Según Paridad:

El total de las mujeres entrevistadas conocen la existencia de los métodos anticonceptivos. El conocimiento tiene un comportamiento ascendente en relación a la paridad satisfecha siendo menor en las nulíparas y trigestas con un 18,6% respectivamente. Es mayor en las bigestas con un poco más de un tercio. **No observándose diferencias en los diferentes niveles de paridad, considerando al igual que los demás estudios que el conocimiento no se ve afectado por la paridad de las usuarias.** La menarquía más precoz, los factores socioeconómicos y culturales pobres, la falta de educación sexual dirigida y responsable en la sociedad y la familia, el auge de la pornografía y su manipulada divulgación, el mal uso del internet, la pérdida de valores cristianos, familiares y sociales influyen en el inicio de una vida sexual activa precoz, desordenada y sin protección adecuada. Esto termina generando el desarrollo de conductas sexuales de alto riesgo, con el incremento de las gestaciones no deseadas, abortos y de enfermedades de transmisión sexual curables y no curables y de todos los factores de riesgos reproductivos asociados en las adolescentes y demás MEF. (Tabla 10)

Conocimiento del Método Según Estado Civil

El total de las mujeres entrevistadas conocen la existencia de los métodos anticonceptivos, la mitad de las mujeres que conocen son acompañadas, unión conyugal aceptada por las leyes nicaragüenses, pero que carece de cierta estabilidad de pareja, ya que el hombre generalmente no quiere adquirir mayor compromiso en su relación, constituyéndose por sí sola en un factor de riesgo ante un posible rompimiento de la relación, siendo la mujer la más afectada, ya que debe quedarse a cargo del mantenimiento de sus hijos en condiciones precarias, teniendo que recurrir a demandas ante las autoridades para que los padres se responsabilicen de la manutención de sus vástagos, lo que es extenuante y demandante de tiempo. Esto ha sido solventado con la aprobación de la ley 779 con la que se obliga a los cónyuges irresponsables a que apoyen económicamente a sus hijos, pero aún muchos evaden su responsabilidad la que no solo es económica sino presencial ante el sinnúmero de responsabilidades que denota el educar y criar

un hijo. La mitad Restante la constituyen: mujeres casadas y solteras. **El conocimiento no se ve afectado por el estado civil, ya que existe la misma posibilidad de conocimiento para todos los estados civiles, independiente de los diferentes factores asociados a la reproducción. ACTUALMENTE** las MEF sin hijos son las que tienen menor actividad económica. El 78% de las mujeres casadas o unidas deciden qué hacer con sus ingresos, el 21% lo deciden con su esposo. De las mujeres que aportan gastos para su casa, el 34% aportan el 50% de los gastos del hogar, el 16% lo aportan todo, posiblemente sean las cabezas de hogar solas y el 12% menos de la mitad. Similar comportamiento tienen las mujeres urbanas y rurales (5) (Tabla 12)

Practica de Métodos Anticonceptivos Según Edad

La mayor difusión y el conocimiento actual de la existencia de métodos anticonceptivos son alentadores, puesto que al elevarse la práctica de la planificación familiar se mejorará la calidad de vida de las parejas y sus hijos, reduciendo el número de abortos, embarazos de alto riesgo y de embarazos no deseados, oscilando anteriormente entre el 41% y 57% los porcentajes de uso de los mismos en estudios revisados, siendo nuestra referencia 75% Los grupos etáreos de riesgos reproductivos representan menos de la cuarta parte de las que practican, encontrándose que en las menores de 19 años solo un 8% no practican y un 2% que no practican del grupo etareo de mayores de 36 años. Al momento de la investigación la maternidad en adolescentes entraña elevados riesgos asociados a la edad del matrimonio, el inicio de la vida sexual activa, el nivel educativo, normas culturales y socioeconómicas deficientes y el papel social de la mujer en la sociedad. Pobres asesorías por los ofertantes de los MAC. El grupo etareo de 15 a 19 años, tiene dos veces más probabilidades de morir durante el parto, y las mayores de 35 años tienen cinco veces más probabilidades de morir que las de 20 a 24 años.

Las mujeres en edad de adolescentes son vulnerables a complicaciones del embarazo como: pre eclampsia, eclampsia, DPNNI, bajo peso para la madre y el producto, ETS, amenazas de aborto, aborto en condiciones de riesgos, infecciones por el VIH, Virus del papiloma humano con tasas de mortalidad de 91/ 100,000 recién nacidos vivos en 2008. **El comportamiento de la práctica es similar a los**

estudios consultados donde la práctica ascendente se va incrementando por grupos etareos alcanzando su máxima entre los 20 y 35 años, correspondiendo a un poco más de la mitad de las mujeres estudiadas en este margen de edades, con prácticas activas de los métodos anticonceptivos. Luego la práctica comienza a disminuir progresivamente, donde después de los 40 años muchas mujeres se consideran a sí misma infecundas con opiniones tradicionales, no deseando hacer uso de métodos anticonceptivos por la proximidad del climaterio, la menopausia y la disminución de su actividad sexual según criterios de algunas de ellas.

La tendencia actual refiere incremento en la práctica actual de los métodos anticonceptivos en las mujeres menores de 19 años que ha pasado de 23 a 40%, en 2008. En nuestro estudio este grupo etareo representa el 12.6% de la práctica, **concluyendo que la edad de riesgo reproductivo es determinante para la práctica de métodos anticonceptivos. ACTUALMENTE** los métodos más usados en Nicaragua son en orden decreciente Esterilización quirúrgica femenina con 20%, Gestagenos parenterales con 17%, Gestagenos Orales con 7,3%, condón con 4,3% y el DIU con 2,3 métodos modernos concepto controversial por los años de su uso y son los ofertados por el sector público de asistencia social a los sectores vulnerables de nuestro país. **Las menores de 19 años** prefieren: los GP con 13,8% y los GO con 4,6%, condón 2%, DIU 1,6, no hacen uso de ellos el 76,8%, los demás grupos etareos su comportamiento es similar excepto con la EQF que su uso se va incrementando de forma ascendente por grupo etareo. El mayor uso corresponde al grupo etareo de 35 a 39 años con 74% de todos los Métodos anticonceptivos, la Esterilización quirúrgica se manifiesta mayormente a partir de los 25 -29 años con 16-18% alcanzando sus máximos porcentajes en edades superiores a los 35 años. Los GP son preferidos por las mujeres más jóvenes, los GO su uso va disminuyendo al incrementarse la edad. El condón su uso es mayor en mujeres jóvenes solteras con VSA con 17% y en las adolescentes con 27%. (5) (Tabla 13)

Conocimiento del Método Según Religión

El total de las mujeres conocen la existencia de los métodos anticonceptivos. Un poco más de la mitad que conoce son católicas, siendo el 95% del conocimiento compartido por católicas y evangélicas, denominaciones religiosas más practicadas

en Nicaragua. El conocimiento menor se presenta en las testigos de JEHOVA con un 3%, porcentaje que no es extraño, ya que nuestro país es de profundos sentimientos religiosos. **El conocimiento no se ve afectado por la religión, ya que existe la misma posibilidad de conocimiento para los diferentes grupos religiosos en Nicaragua. Comportamiento similar a los diferentes estudios consultados** (Tabla 11)

Practica de Métodos Anticonceptivos Según Nivel Escolar (Tabla 14)

El 75% de las mujeres practican los métodos anticonceptivos y el 25% prescinden de ellos. La práctica mayor es observada en las mujeres que no han completado su educación media con casi las tres cuartas partes, correspondiendo la práctica menor a mujeres analfabetas con 5% y técnicas medias con un 4% respectivamente. **El Nivel Escolar no es determinante para la práctica ya que existe la misma posibilidad de práctica en los diferentes niveles escolares.** Tampoco el Nivel Escolar es determinante para la no práctica de los mismos. Una educación sexual orientada de forma correcta puede retrasar hasta por dos años el inicio de la vida sexual activa en las adolescentes. Se debe retomar la educación sexual para rediseñar estrategias acorde a las enseñanzas del hogar, ya que la influencia familiar es fundamental por tener un mayor impacto que la impartida en las escuelas, instituciones de salud o medios masivos de comunicación radial, televisiva e internet, además de la producida por malas influencias. Esto es importante para el desarrollo pleno de las futuras generaciones. Costa Rica presenta una relación inversa entre el uso y el nivel escolar en relación a los hallazgos de nuestro estudio. Los resultados son similares a los de nivel nacional. (5)

Practica de Métodos Anticonceptivos Según Ocupación (Tabla 15)

El 75% de las mujeres practican y el 25% prescinden. La práctica mayor se observa en las mujeres amas de casa, correspondiendo la practica menor a las mujeres trabajadoras con 0.5%. La no práctica mayor es observada en mujeres trabajadoras con 11, 5 % y la menor en mujeres estudiantes con 3,5%. **La práctica es independiente de la ocupación ya que existe la misma posibilidad de practicar un método en las diferentes ocupaciones, igual fenómeno se observa en la no práctica.** La situación de la mujer se ve influenciada por la falta de empleo y

educación deficiente e incompleta, por la desigualdad marcada en sus relaciones matrimoniales, y en sus derechos en la familia, además por la desnutrición desde su niñez. Luego como madre tiene un acceso limitado a los servicios de salud menoscabando su capacidad de decisión sobre su capacidad reproductiva ya que la mayoría de las decisiones son tomadas por sus compañeros sexuales independientemente de los riesgos reproductivos que esto implica para cada una de las usuarias. Todo esto debe ser cambiado, a través de las asesorías adecuadas que deben brindar en las diferentes unidades de salud, para esto deben ser conscientes y asistir disciplinadamente a sus diferentes citas y ante diferentes eventualidades. Resultados similares a nivel nacional. (5)

Uso Actual por Método Según Paridad (Tabla 16 y 20)

El 75% practican y el 25% prescinden de ellos. En Costa Rica es de 82% , en Nicaragua 80% ,el Salvador y Honduras 73% El uso actual tiene un comportamiento ascendente en relación a la paridad descendiendo luego de alcanzar la supuesta paridad satisfecha encontrando el menor uso en las que tienen tres hijos con 4% y el uso mayor en las bigestas con 35%. El uso se ve influenciado por la paridad de manera directamente proporcional, ya que existen diferentes posibilidades de usar un método dependiente del número de hijos obtenidos por la pareja, la paridad satisfecha, los deseos de más hijos y otros factores.

El método preferido es la anticoncepción parenteral con casi la mitad de las usuarias. 97,2 del uso corresponden en orden de frecuencia a: **Anticonceptivos parenterales, gestagenos orales, diu, anticoncepción quirúrgica femenina y preservativo masculino**. Estos usos varían en frecuencia de un estudio a otro pero son los métodos de mayor difusión que brindan las instituciones públicas de salud o a los que tienen acceso las clases más desprotegidas de Nicaragua, que tienen que hacer uso de los escasos métodos anticonceptivos ofertados a las usuarias por el MINSA, los que son mal llamados métodos modernos . Es importante destacar que un 6,6% de mujeres con alta paridad no están haciendo uso de los mismos al momento de este estudio lo que constituye un riesgo reproductivo elevado que puede traer consecuencias fatales para un próximo embarazo, por los factores acumulativos por paridad y edad.

Los métodos menos usados son: El tapón cervical, diafragma, esponja

anticonceptiva, espermicidas, parches anticonceptivos, anillo anticonceptivo y otros métodos con 0%. Esto es normal y obedece a que estos métodos anticonceptivos no se encuentran a disposición de las usuarias en las unidades de salud pública ni privadas en Nicaragua, lo que debe ser retomado por las autoridades y realizar una mayor inversión para poder proporcionar una gran variedad de estos de acuerdo a sus indicaciones, contraindicaciones y efectos colaterales que son diversos para cada una de las pacientes en mención. Las que para hacer uso de ellos deben visitar facultativos privados que en su mayoría no realizan la labor docente que deberían brindar a las usuarias y demandantes de dichos métodos Según la paridad **los anticonceptivos parenterales** son usados principalmente por las bigestas y mono gestas no encontrando diferencias significativas en los diferentes niveles de paridad siguientes, similar comportamiento se observa con los gestagenos Orales.

La anticoncepción quirúrgica femenina se usa de forma exclusiva en las mujeres con paridad satisfecha, que desean una opción segura, permanente y sencilla, que no le limite su salud sexual y reproductiva.

Los preservativos masculinos son usados principalmente en las mujeres sin paridad satisfecha, jóvenes con VSA lo que no implica significancia estadística. El grupo de uso **del método del ritmo** son las que tienen paridad satisfecha con significancia estadística para ese método y no para los datos del estudio en general.

Uso Actual por método Según Ocupación (Tabla 15 y 19)

Un poco más de las tres cuartas partes de las mujeres que usan anticonceptivos son amas de casas y **prefieren: Los Anticonceptivos parenterales, gestagenos orales, esterilización femenina, preservativos masculinos y DIU**, siendo los menos preferido de los que usan **el preservativo femenino, el método del ritmo y el coito interruptus**. El 12% de las mujeres son **trabajadoras y prefieren: el método del ritmo y el coito interruptus**, siendo **los menos preferidos: todos los métodos que no son y son ofertados por el MINSA**. El porcentaje restante lo constituyen **las estudiantes con 8% que prefieren: Anticoncepción oral, el diu, anticonceptivos parenterales** siendo El más utilizado entre las estudiantes. En el estudio se observó que actualmente ninguna de las usuarias estén usando anticonceptivos de emergencia, aunque un 2% dijo haber usado anteriormente

dicho método esto se debe a las circunstancias que las obligan a utilizar este método para evitar un embarazo no deseado, El uso actual no se ve influenciado por la ocupación de las usuarias, ya que existe la misma posibilidad de uso de cualquier método anticonceptivo según su ocupación. El 50% de las mujeres que usan el método del ritmo son amas de casa y el restante son trabajadoras, que pueden asociarse a un mayor nivel de paridad y conocimiento que les permite hacer uso de este complejo método. La totalidad de mujeres que usan los preservativos son amas de casa, que pueden ser influenciados por relaciones de temor dirigidas a su pareja ante el incremento de enfermedades de transmisión sexual incurables, alta promiscuidad e inseguridad conyugal y al método que puede usar actualmente. Comportamiento similar para la esterilización quirúrgica femenina.

Uso Actual por método Según Edad (Tabla 13 y 17)

La práctica encontrada no es superior a los estudios consultados hasta hoy, inclusive es menor pero no significativamente. Los Grupos de riesgos reproductivos según edad, son constituidos por los embarazos antes de los 19 años y después de los 35 años que constituyen un tercio en nuestro estudio. Es un grupo vulnerable sino se logra controlar su fertilidad. En Nicaragua el 40% de las adolescentes menores de 19 años están embarazadas, lo que es un dato de riesgo reproductivo alarmante e inaceptable para nuestros indicadores de salud.

(5)

El grupo etareo de 16 a 19 años constituye casi un quinto de las mujeres encuestadas siendo los **métodos más utilizado por ellas:** los anticonceptivos parenterales, seguido de los gestagenos orales y los preservativos masculinos.

Los menos utilizados son: el DIU, seguido de la esterilización femenina métodos que no se recomiendan a este grupo de forma masiva y sin control.

El grupo etareo de 20 a 27 representa casi la mitad de las mujeres, siendo los **métodos más utilizados:** los anticonceptivos parenterales, seguido de los gestagenos orales, el DIU y la esterilización femenina y los preservativos, siendo **los menos utilizados** los diferentes métodos no mencionados sin diferencia significativa con los demás métodos.

El grupo etareo de 28 a 35 años constituye casi el cuarto de las mujeres siendo **los más utilizados**: los anticonceptivos parenterales, seguido de anticonceptivos orales, el DIU, no habiendo diferencia significativa con los restantes, **Los menos utilizados**.

El grupo etareo de 36 a 45 años representa un 11% siendo **los más usados por este grupo**: anticonceptivos parenterales, anticonceptivos orales, preservativo femenino y masculino. Extrañamente encontramos en este grupo etareo 10 usuarias de la esterilización quirúrgica femenina y 2 de esterilización quirúrgica masculina este elemento constituye el reto para la unidad de salud para sugerirles a este grupo de mujeres con paridad satisfecha el cambiar su método actual adoptando un método definitivo o permanente que le garantice estabilidad y seguridad en su área sexual y reproductiva.

El grupo etareo de mujeres mayores de 45 años representa el 1 % y ninguna de ellas está planificando actualmente constituyéndose por sí solo en riesgo reproductivo con sus múltiples consecuencias, en caso de no haber alcanzado aún la menopausia.

Los métodos más usados internacionalmente para evitar embarazos muy seguidos o en edades menores a los 19 años son: anticonceptivos orales y parenterales, preservativo masculino, Espermicidas, abstinencia periódica y anticoncepción de emergencia. **Nuestro estudio determina que esta labor corresponde a**: anticonceptivos parenterales, gestágenos orales, esterilización quirúrgica femenina, el DIU y preservativos masculinos, por lo que aseveramos que la edad es determinante para el uso de los métodos anticonceptivos en las edades de mayor fertilidad sin riesgo reproductivo, existiendo casi las mismas posibilidades de uso en los grupos de riesgo reproductivo

Uso Actual por método según Escolaridad (Tabla 14 y 18)

Los métodos preferidos por las analfabetas son: esterilización quirúrgica femenina y anticonceptivos parenterales y orales junto a preservativo masculino y DIU con 6,6%.

Las mujeres en primaria, sus métodos preferidos son: anticonceptivos parenterales, los gestagenos orales, preservativo masculino, y el DIU y **el menos**

preferido: esterilización quirúrgica femenina.

Las mujeres de secundaria sus métodos preferidos son: anticonceptivos parenterales, gestágenos orales y el diu. El menos preferido corresponde al preservativo masculino con 8 Y la esterilización quirúrgica femenina con 10

Las técnicas medias prefieren: anticonceptivos parenterales, orales y diu **Son menos preferidos. Las esterilizaciones masculinas y femeninas.**

Las mujeres que son universitarias prefieren: anticonceptivos parenterales, el DIU, preservativos masculinos y gestágenos orales, siendo **los menos preferidos** el coito interruptus, método del ritmo, esterilización quirúrgica masculina y femenina. Encontrando una distribución proporcional entre los diferentes niveles de escolaridad y el uso de los diferentes métodos por lo que concluimos que la educación no influye en el uso actual de los mismos.

Razones de cambio de los métodos anticonceptivos (Tabla 21)

Presentó efectos colaterales: Es la principal de todas las razones con un cuarto: **gestágenos orales**, si las intolerancia son leves continuar el método si persiste disminuye la dosis, si aumenta retirar el método, **anticonceptivos parenterales:** si los síntomas son leves reforzar con educación, retirar el método cuando los síntomas son más intensos **DIU:** igual consideraciones a las ya mencionadas. **Preservativo masculino:** la principal causa se debe a alergia al látex lo que obliga a su retiro pero también es necesario reforzar la educación en relación a este método por parte del personal de salud para corregir y limitar todos estos efectos. Es importante reforzar la educación para protección contra enfermedades de transmisión sexual.

No le gustan:

Corresponde al 1%, siendo afectada en su totalidad por el preservativo, lo que se puede deber a falta de asesoría y educación correcta, falta de comunicación y Cooperación en la pareja y con la unidad de salud. Recomendamos la incorporación del método como parte del acto sexual para superar esta razón

Mucho tiempo de uso: Corresponde al 2,2%. El método que más cumple esta razón es el **DIU**, después de haber cumplido su vida útil, seguido de los gestagenos orales .Esto denota falta de educación en relación al método, ya que es un mito que

las píldoras deben alternarse con periodos de descanso, puesto que esto aumenta las probabilidades de un embarazo involuntario, estas se deben tomar todo el tiempo que consideran necesario e incluso durante toda su vida reproductiva sino existe contraindicación y efectos colaterales **Los anticonceptivos parenterales:** corresponde al último método mencionado en relación al mucho tiempo de uso.

Falló el método anterior: Corresponde al 14%. El método de mayor fracaso fueron los gestagenos orales con 16, consideramos que no guarda relación con el método en sí, sino que obedece a un uso inadecuado del mismo, falta de educación sexual y reproductiva completa ya que este tiene una tasa de fracaso de 3 embarazos por cada usuaria en un año. Los anticonceptivos parenterales representan un fracaso de 12 valor aproximado al aceptado internacionalmente correspondiendo al 0.2-1% de embarazos por cada 100 usuarias anuales. El DIU representa un fracaso similar al aceptado internacionalmente que es de 1% con 2 usuarias. Los preservativos masculinos: representaron un fracaso equivalente al 0.5%, similar al conocido que es menor a 1 embarazo por cada 100 usuarias anuales para una frecuencia de 2.

Motivos de salud:

Corresponden al 3%. Todo método anticonceptivo que tenga contraindicación para su uso no deberá usarse para no interferir en la salud reproductiva de la usuaria. Nosotros como médicos debemos manejar la norma de planificación familiar al estar en contacto con los usuarios de salud **Siendo los más afectados:** los gestagenos orales, anticonceptivos parenterales, DIU. Esto incluye también los efectos colaterales que se derivan de los mismos.

Dificultad de uso: Corresponde al 1,8 %.El método que más produjo esta afección fue el DIU con una frecuencia de 2, si es muy severo y produce anemia hay que retirarlo. El que menos produjo dificultad de uso fue el anticonceptivo parenteral con una frecuencia de 1, si persisten por 3 meses la sintomatología hay que cambiarlos.

Falta de confianza en los métodos:

Corresponde al 10%. Siendo el método más inseguro según las usuarias los gestágenos orales con 10, pero esto obedece no a fallo del método, sino a la inseguridad de la misma para cumplir su método adecuadamente y diariamente con el mismo horario. Los anticonceptivos parenterales corresponden al segundo lugar mereciendo el mismo comentario incluyendo la falta o incompleta educación sexual

reproductiva por parte de las autoridades correspondientes los cuales requieren de asesoría para el uso de los mismos. Los preservativos masculinos y el método del ritmo son los últimos en frecuencia refiriendo las mismas observaciones, de uso más complejo.

Paridad Satisfecha:

Corresponde al 11%. Una vez alcanzado el número de hijos deseados por la pareja es lógico y normal que estas busquen un método: seguro, sencillo y permanente de anticoncepción correspondiendo a una frecuencia de 29 siendo el preferido la esterilización quirúrgica femenina, por su comodidad y seguridad.

Miedo a los efectos colaterales:

Corresponde al 23%. Siendo la segunda en frecuencia. Esta razón es casi exclusiva de los DIU con una frecuencia de 40 y se presenta en forma de exudado transvaginal o sangrado disfuncional principalmente y dolor se considera normal en el proceso de adaptación y revisión temprana del DIU, si acompaña a la EPI se retira y se trata a la paciente. Una vez curada hay que esperar tres meses para una segunda inserción. Ocupan un segundo lugar los anticonceptivos parenterales y los gestagenos orales.

Desacuerdo de pareja:

Corresponde al 1,8 %. Es mayor con el uso del preservativo masculino con una frecuencia de 4, esto obedece principalmente al uso incorrecto, poca sensación de placer sexual y educación limitada del método usado por estas razones las autoridades de salud deben hacer énfasis en elevar los niveles de educación sexual y reproductiva a las usuarias demandantes de estos métodos.

Lactancia materna:

Corresponde al 2,6%. Esta es una situación que debió haber tenido una frecuencia mayor a la obtenida (8) en vista de la seguridad que existe en la contracepción de las mujeres que amamantan a sus hijos de manera exclusiva durante los primeros seis meses, de manera correcta y se continúa por los próximos dos años con alimentación mixta complementaria.

Mala atención:

Corresponde al 1%. Esta razón de cambio demuestra que la asesoría que se brinda a las usuarias en el puesto de salud de la comarca en estudio es de alta calidad, ya que de 340 mujeres solamente 3 para un 1% expresaron inconformidad en la atención del programa de planificación familiar lo que no define si es en relación al personal de enfermería o al personal médico, o si incluye otras consideraciones.

Sin vida sexual activa:

Corresponde al 2,2 % con una frecuencia de 6 mujeres esto carece de significancia estadística y las razones esgrimidas se explican solas.

Actualmente en Nicaragua las razones de cambio son: deseo de embarazo 40%, efectos colaterales 21%, fallo del método, temor a que falle, menopausia, por recomendación médica, SRS corresponden a 4-5%, miedo a efectos colaterales con 3%. Por método se corresponde lo siguiente: **GO** deseo de embarazo con 46% efectos colaterales con 18%. **DIU** efectos colaterales 38%, deseo de embarazo 23% **GP** deseo embarazo 37% efectos colaterales 27%. **Condón** deseo embarazo 55% **Ritmo** menopausia 35% 33% embarazo y 16% temor a que falle. **Coito Interruptus** embarazo 35%, descuido 11% y miedo a que falle 10%.(5)

Métodos elegidos posteriores al cambio.(Tabla 22)

Una vez que las usuarias deciden cambiar el método utilizado **encontramos en orden de preferencia al: anticonceptivos parenteral** como el más solicitado con un poco más de un tercio de los cambios esto puede obedecer a sus ventajas

Técnicas y empíricas. Siendo accesible en los centros de salud con facilidad de disposición al mismo. **El Anticonceptivo oral** con un cuarto de preferencia, ya que se ofrece en las unidades de salud de atención primaria. Ocupa en nuestro estudio el quinto lugar de preferencia actual, **la esterilización quirúrgica femenina** con 6%. **El DIU** con 14% es el tercero de preferencia y es el segundo método más usado a nivel internacional y en Nicaragua ocupa el tercer lugar debido a sus ventajas y su fácil acceso. **El preservativo masculino** corresponde al 12% de los cambios siendo las razones, de su preferencia las ya descritas. **Siendo los menos preferidos:** el preservativo femenino con 0.4% y el implante subdérmico igual. El método del ritmo

con 1,5% respectivamente por ser el método con menor efectividad y de mayor compromiso de la pareja para su uso con el mayor índice de conocimiento del mismo para su correcta aplicación. El coito interruptus con 1 %. Un alto índice de mujeres son acompañadas y sus compañeros pueden tener comportamientos sexuales no muy correctos, incidiendo negativamente en su salud sexual y reproductiva. Los menos tradicionales, por tener menor difusión, su conocimiento es nulo. **Actualmente** en Nicaragua en orden de frecuencia: **GP 46% EQF 26% GO14% DIU 6 % INDECISAS 3% y condón 2%. (5)**

Comparación entre el uso anterior y actual.(Tabla 24)

Se encontró una deserción de 60 mujeres de los gestagenos orales,20 mujeres de los DIU, 19 mujeres de los preservativos masculinos .5 mujeres de ganancia para la anticoncepción quirúrgica femenina traduciéndose en una medida contraceptiva más eficaz, sencilla y segura que garantiza la plenitud de la actividad sexual y de su salud reproductiva. Una deserción de 23 mujeres para el método del ritmo.35 mujeres para los anticonceptivos parenterales.10 mujeres para los anticonceptivos de emergencia. El porcentaje de deserción en el coito interruptus con 33 mujeres lo que es significativo ya que su grado de confiabilidad es menor en comparación con los otros métodos usados en Nicaragua, puesto que la pareja que lo practica debe tener un alto conocimiento del mismo siendo lo más difícil el saber el momento exacto de retirar el pene antes de que se produzca la eyaculación, esta alta deserción lo consideramos saludable en nuestro estudio en vista que abandonar ese método de planificación irregular e inseguro en las usuarias garantizan menos riesgo reproductivo para cada una de ellas. El mayor porcentaje de incremento se presenta en la esterilización quirúrgica femenina con una frecuencia de 5, Es importante señalar que en los métodos donde se observó mayor incremento de deserción son los métodos ofertados por el Minsa de manera gratuita. No existe ningún porcentaje de incremento en el uso de los anticonceptivos ofertados por el MINSA e instituciones privadas. El promedio de deserción es de 17% y la deserción general es de 79 mujeres con una deserción general para los métodos de 56,6%.Estos datos son importantes ya que solo 1,7% de las usuarias no tienen vida sexual activa; con un 25%.de mujeres que no están planificando actualmente lo que

constituye un riesgo reproductivo de importancia ante la posibilidad de una relación sexual ocasional, con el riesgo de embarazos no deseados e intenciones de abortos mal inducidos y mal planificados y realizados con la exposición a la muerte de las mujeres que se los practican. **En Nicaragua encontramos** que los MAC tienen estas características definidas por las usuarias: **GP** más seguro y práctico de uso. **DIU** menos efectos colaterales y secundarios. **EQF** método seguro permanente que permite relaciones satisfactorias. **GO** práctica segura y con menos efectos colaterales. **Indistintamente** la práctica anterior y la actual se mueven entorno a los métodos más conocidos a nivel nacional. (5)

Conocimiento de las usuarias sobre métodos anticonceptivos (Tabla 25)

El DIU es el cuarto método anticonceptivo más conocido con 94% y es el segundo método más usado a nivel mundial. **Los gestágenos orales** son conocidos por el 99% de las usuarias y es el método más usado dentro de la anticoncepción hormonal. **Los anticonceptivos parenterales** son conocidos por el 98% de las usuarias, es el segundo método más usado dentro de la anticoncepción hormonal. **Anticoncepción quirúrgica femenina** es conocida por el 93% de las usuarias y es el método más usado a nivel mundial. **El preservativo masculino** es conocido por el 97% de las usuarias, **La anticoncepción quirúrgica masculina** es conocida por el 59 % de las usuarias, cuenta aproximadamente con 45 millones de usuarios. **El ritmo** es conocido por el 47% de los usuarios, en Nicaragua su uso es del 4% aproximadamente. **El diafragma** lo conocen el 3% de las usuarias. **El preservativo femenino** lo conoce el 47 % de las usuarias y tiene ventajas superiores al masculino pero es muy caro, de difícil acceso y requiere de entrenamiento especializado para la colocación del mismo. **La anticoncepción de emergencia** es conocida por el 53% de las usuarias y el **coito interruptus** es conocido por el 57%. **Los métodos menos conocidos en orden de frecuencia son:** el parche anticonceptivo, implante sub-dérmico, tapón cervical, otros métodos, Espermicidas, esponjas anticonceptivas y el anillo anticonceptivo con porcentajes que se corresponden a su distribución fuera de las instituciones públicas alcanzando los mayores niveles de conocimiento de los métodos a los que son distribuidos por el MINSA. Este conocimiento expresa exclusivamente el conocer o no de la existencia de un determinado método anticonceptivo y no guarda relación con el conocimiento

específico de cada uno de ellos en lo referente a indicaciones, contraindicaciones, efectos colaterales, dosis, tiempo de uso, rotaciones, cambios .ETC. **Actualmente en Nicaragua** los métodos más conocidos son: **GOP 98% condón 96% EQF 90% DIU 84% MELA 60% Métodos de emergencia 74% Métodos vaginales 31% Implantes 9%.(5)**

Distribución de las razones por las que las mujeres no planifican actualmente. (Tabla 23)

30 mujeres cuya razón fueron deseo de embarazo.

20 mujeres cuya razón fueron sin vida sexual activa.

21 mujeres cuya razón fueron fallo el método anterior.

6 mujeres cuya razón fueron miedo a los efectos colaterales.

6 Mujeres cuya razón fueron no gusto a los métodos anticonceptivos.

15 mujeres cuya razón fueron falta de confianza en los métodos.

4 mujeres cuya razón fue que presento efectos colaterales.

4 mujeres cuya razón fue motivos de salud.

8 mujeres cuya razón fue lactancia materna.

Estas razones por las que no planifican actualmente las mujeres en edad fértil en nuestro estudio no reflejan ningún dato de significancia estadística puesto que estas razones son coherentes con la cultura y las características socio económicas y demográficas de las mujeres nicaragüenses que tienen un comportamiento similar a la mayoría de las usuarias de los países de Latinoamérica, incluyendo a Nicaragua. **En Nicaragua** las principales razones son: con 71% fertilidad, embarazo y actividad sexual. Con 32% uso futuro con 27%embarazo posparto y LM. Con 5%menopausia, deseo de embarazo, SAS, enfermedad. (5)

Distribución de las razones de abandono de los métodos anticonceptivos. (Tabla 26)

50 mujeres cuya razón fue el deseo de embarazo para 21%

30 mujeres cuya razón fueron falta de pareja actual para 12,3%

15 mujeres cuya razón fue embarazada actualmente para 6%

35 mujeres cuya razón fue falta de confianza para 14,4%

- 8 mujeres cuya razón fueron enfermedad para 3%
- 40 mujeres cuya razón fueron relaciones sexuales ocasionales para 17%
- 25 mujeres cuya razón fueron mucho tiempo en uso para 10%
- 5 mujeres cuya razón fueron desacuerdo de pareja para 2%
- 34 mujeres cuya razón fueron falla del método para 14 %

Estos resultados son similares a los esperados en Nicaragua puesto que estas razones han sido esgrimidas en diferentes estudios precedentes y consultados para la realización de este estudio. Reflejan la realidad de las mujeres nicaragüenses. Los cambios son en frecuencia y porcentajes de orden ascendente o descendente sin significancia estadística. (5)

Antecedentes Gineco-obstétricos (Tabla 27)

Los antecedentes Gineco-obstétricos investigados reflejan datos similares a los del resto de la población Nicaragüense, esto incluye: inicio de vida sexual activa en edades de alto riesgo, prácticas sexuales con poca o ninguna protección, poca asistencia a los centros de salud o centros privados para solicitar asesoría de los métodos de planificación familiar y control de embarazo, mala asesoría en los MAC, menarquía a tempranas edades, embarazos en edades tempranas, elevado número de compañeros sexuales. **Además en Nicaragua encontramos:** no hay coincidencias entre IVSA y UNIONES CONYUGALES. El 13% IVSA antes de los 15 años, antes de los 24 el 14%. El primer hijo nace antes de los 20 años con 40%, van de la mano: primera relación sexual con primer embarazo y nacimiento y entre más temprano mayor **RIESGO REPRODUCTIVO**. Menor educación IVSA lo más temprano. Un 33% de las MEF tienen más de un compañero sexual oficial notificado, siendo menor en las zonas rurales, con mayor estabilidad de parejas. La tasa de fecundidad es mayor en las mujeres rurales que las urbanas con 117-74. La tasa de FG ha disminuido en **Nicaragua pero ha aumentado en adolescentes**, lo que debe ser estudiado y resuelto a la mayor brevedad posible. (5)

TABLA # 28 Distribución de la edad en que inician su vida sexual activa

Las tres cuartas partes de las mujeres estudiadas, inician su vida sexual activa en edades de riesgo reproductivo, lo que implica una elevada morbimortalidad potencial para cada una de ellas.

Esto es inadmisibile estando en el siglo 21, con todos los adelantos que existen en medicina, pero tenemos serios problemas en atención de primer nivel, somos incapaces de prevenir a pesar de todos los esfuerzos enfocados para este fin, esto genera medicina curativa de alto costo, que exprimen los escuálidos presupuestos de salud. Debemos sumar esfuerzos para que estos estudios tengan los verdaderos impactos, que deseamos al realizar estos estudios y no se queden engavetados sin implementar políticas acordes a nuestra realidad nacional, para que se puedan modificar positivamente en los indicadores de salud de la nación. Solo tomando en cuenta estas consideraciones podremos incidir en los indicadores de salud de atención comunitaria.

TABLA # 29 Distribución de la edad de presentación de la menarquía.

Los resultados son compatibles con las mujeres nicaragüenses, sin encontrar nada dispar a lo esperado, en todos los estudios consultados, no encontrando información alejada de la realidad de las mujeres nicaragüenses.

X.CONCLUSIONES

1. Las características socio demográficas y antecedentes Gineco - obstétricos de las mujeres en edad fértil del puesto de salud Hilario Sánchez, son similares al resto de la población femenina nicaragüense y de Latinoamérica.
2. Las mujeres en estudio presentan un nivel de conocimiento de los métodos anticonceptivos del 100 % independiente de la edad, escolaridad, religión, estado civil ocupación y paridad. Los métodos más conocidos son los anticonceptivos orales 99 %, parenterales 98 % preservativos masculinos 97%, DIU 94% y la esterilización femenina con 93% respectivamente.
3. El 75 % de las mujeres en nuestro estudio practican alguna medida contraceptiva esto no se ve afectado por la escolaridad, el estado civil, religión y ocupación. solo la edad y paridad son determinantes para el momento del uso. (relación directamente proporcional).
4. Los métodos anticonceptivos más utilizados por las mujeres en este estudio, por orden de frecuencia de mayor a menor fueron: anticonceptivos parenterales, anticonceptivos orales, Diu, preservativo masculino y esterilización quirúrgica femenina.
5. El uso anterior corresponde al 84% siendo los más utilizados en orden de frecuencia de mayor a menor: anticonceptivos parenterales, anticonceptivos orales, Diu y el preservativo masculino.
6. Las principales razones del no uso actual de métodos anticonceptivos son: el deseo de conseguir un embarazo reflejado en el 18% seguido por las que les fallo el método anterior con 13%, sin vida sexual activa con 12% y difícil el acceso a los mismos con 12%.

7. Las principales razones de abandono del uso de métodos anticonceptivos en las entrevistadas fueron las siguientes: falla del método 14%, falta de confianza del método 14%, las que tienen relaciones sexuales ocasionales 17% deseo de un embarazo 21% y falta de pareja actual con 12%.
8. El 22% de las mujeres de la muestra constituyen el grupo de riesgo de embarazo no deseado.
9. La deserción promedio de los métodos es del 17% siendo los más afectados en los anticonceptivos orales, parenterales, coito interrupto, método del ritmo, el diu y los preservativos masculinos.
10. La deserción general es de 79 mujeres con una deserción general para los métodos de 56,6%.
11. El grado de satisfacción con el método usado actualmente es de 70%.
12. La fuente de obtención de los MAC es del sector público con 60% y del sector privado con 40%.
13. Solo el 8,4% de las mujeres en edad fértil del puesto están activas en el programa de planificación familiar.

XI.RECOMENDACIONES

Al Ministerio de salud

- Coordinar con el MINED acciones que conlleven a fortalecer el programa de Consejería escolar en temas como Noviazgo, Paternidad y maternidad responsable, riesgo de adquirir enfermedades de transmisión sexual, riesgo de embarazo no deseado , aborto y planificación familiar conyugal responsable.
- Crear club de adolescentes, para fortalecer los conocimientos acerca de la planificación familiar y el uso de métodos anticonceptivos en usuarias en edad de riesgo reproductivo. Alertándolas de los peligros de relaciones sexuales en adolescentes sin protección ni asesoría correcta.
- Impulsar un plan de orientación permanente y consejería (charlas) a todas las mujeres de la comunidad en edad fértil, incorporando a los líderes comunitarios.
- Elevar la calidad científica y responsabilidad del personal involucrado en la atención de usuarias demandantes de los servicios de planificación familiar a través de educación permanente calificada y supervisada.
- Facilitar los medios necesarios para la realización de la anticoncepción quirúrgica femenina, en las áreas de salud de atención primaria capacitando al personal idóneo para este procedimiento incluyendo las referencias al segundo nivel de atención.

A la población de la comunidad

- Participar de forma activa con los líderes comunitarios empoderándolos en la identificación de pacientes en riesgo reproductivo que no hacen uso actualmente de los métodos anticonceptivos para ser referidos al puesto de salud.
- Involucrarse en las acciones de salud impulsadas por el personal asignado a la unidad de salud.

XII.REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1- Lo Esencial de la tecnología anticonceptivos. Facultad de Salud Pública, Universidad de John Hopkins, 2002
- 2-Paul F.A. Van Look, MD PhD FRCOG Director del Departamento de Salud Reproductiva e Investigación Organización Mundial de la Salud y Planificación Familiar: Un Manual Mundial para Proveedores.2008
- 3-James D. Sheraton, MD Jefe de Científico Médicos, Manual de la Oficina de Población y Salud Reproductiva Oficina Sanitaria para la Salud Mundial Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional 2008
- 4-Ruoti. AM definiciones y conceptos en planificación familiar, y salud, EFACIM, Asunción, Paraguay, 1994
- 5-ENDESA 062012, Nicaragua. Encuesta Nicaragüense Demográfica y salud (ENDESA 2012)
- 6- ONU (World Contraceptive Use) Mayo 2011.
- 7- ENDESA 2006 UNFPA
- 8-Chávez María. Conocimientos, actitudes y prácticas en planificación familiar y sexualidad en escolares de tercero, cuarto y quinto de secundaria en colegios de Tintaya Marquiri, Perú 2011.
- 9-Rocío Sánchez. Conocimiento, actitud y práctica de anticoncepción en adolescentes mexicanos, realizado por el Centro Latinoamericano Salud y Mujer 2013 (CELSAM).
- 10-CELSAM Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en mujeres de edad reproductivas de 14 países de América Latina en el periodo 2017.
- 11- Navarrete Omar. Práctica de métodos anticonceptivos en las mujeres de edad fértil que asisten al centro de salud Edgar Lang Sacasa en el primer semestre año 2000.
- 12--Hernández Cruz Yelba. Conocimiento, aptitud y práctica de los métodos anticonceptivos en mujeres de edad fértil en la comarca el Apante en el periodo primer semestre 2001.

- 13--Méndez Ángel. Practica de métodos anticonceptivos en mujeres de edad fértil que asisten a consulta externa del hospital Berta Calderón en el periodo Enero a Junio 2002
- 14-Dinarte Carlos. Uso de métodos anticonceptivos en mujeres de edad fértil que asisten al hospital Berta Calderón en el periodo del primer semestre 2003.
- 15--Corrales Julia. Conocimiento de los métodos anticonceptivos que tienen los estudiantes de secundaria del colegio Rubén Darío del departamento de León en el periodo del primer semestre 2004.
- 16--García y Guerrero. Efectos colaterales provocados por el uso de métodos anticonceptivos en las mujeres que asisten al hospital Berta Calderón en el período del primer semestre 2005.
- 17-- Calero y López. Factores que intervienen para lograr una consejería de calidad en planificación familiar en los Municipios de Masaya en el periodo segundo semestre 2005.
- 18--Cruz Amanda. Planificación familiar y algunas perspectivas de embarazo en adolescentes en el hospital Danilo Rosales en el departamento de León en el periodo segundo semestre 2006.
- 19--Sunsin Héctor Aspectos que influyen en la accesibilidad del uso de métodos anticonceptivos en las mujeres de edad fértil de la comarca de Achuapa del departamento de León en el periodo del primer semestre de 2006.
- 20-Aguilar Ingrid y Zapata Alfredo. Conocimientos actitudes y practicas sobre métodos anticonceptivos en los y las adolescentes de IV y V año del instituto nacional Manuel Hernández Martínez de municipio de Jinotega Carazo 2010.

- 21- Barrera Jesslie y Contreras Francisco. Conocimientos, actitudes y practicas sobre métodos anticonceptivos en adolescentes del turno matutino de secundaria del colegio Nuestra Señora de la Asunción del municipio de Juigalpa, Chontales en el período comprendido 01 de agosto al 30 de noviembre del 2011.
- 22-Cortez Claudia y Rodríguez Esteban. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre métodos anticonceptivos de los adolescentes de IV y V año en los colegios Experimental México y Bello Horizonte de Managua 2007.-
- 23-Conocimientos, actitudes y practicas sobre métodos anticonceptivos en los adolescentes del Instituto Central Dr. Carlos Vega Bolaños, del municipio de Masaya, 1 de junio al 30 de septiembre 2011.
- 24- Acevedo Ana y Díaz María. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre los métodos anticonceptivos en los adolescentes de secundaria del colegio del poder ciudadano Benjamín Zeledón, del municipio de Managua en el periodo de 1 de septiembre al 30 de noviembre de 2011.
- 25--Martínez Gabriela y Rodríguez Orlando. En el estudio conocimientos actitudes y prácticas sobre métodos anticonceptivos en los adolescentes de la comarca de San Isidro Libertador, distrito III del municipio de Managua 2013.
- 26-McNally Francisco y Marin Lillieth. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre métodos anticonceptivos más comunes que utilizaron las mujeres de 13 a 19 años del casco urbano de Diriamba en el I Semestre del año 2013.
- 27--Munguía Carlos y Aguilar Hoslin. Conocimiento, actitudes y prácticas sobre métodos anticonceptivos en los adolescentes del instituto público de Quilalí, municipio de Quilalí departamento de Nueva Segovia en el periodo de 1ro de marzo al 31 de mayo 2013.
- 28- **Cuadra Sotelo Hellen “USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS EN MUJERES DE EDAD FERTIL. COMARCA NEJAPA- MUNICIPIO DE MANAGUA ENERO-JUNIO 2014”.**

29-Díaz Guevara Oswaldo. **“USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS EN MUJERES DE EDAD FERTIL. COMARCA NEJAPA- MUNICIPIO DE MANAGUA ENERO-OCTUBRE 2014”**.

30- Nicaragua MINSA, Normas y protocolo de planificación familiar., 2008

31-Historia de la anticoncepción, de la Sociedad Canaria de Medicina de la Familia Comunitaria, España 2006

32-Manual de Comparación de la efectividad de los métodos anticonceptivos, en 2009.

33-Manual de planificación familiar para médicos .pp. 10 – 14; 25-32, ippf, Londres 2006.

34-Gómez, Sánchez .pi. Consejería en planificación familiar, pagina 81-88, universidad nacional de Colombia santa fe de Bogotá 2004.

35-Barbará Barnett: manual de Actualización anticonceptiva: La planificación familiar natural requiere disciplina.2006

36-Manual de Contracepción poscoital de urgencia, B. Acosta Navas, ME. Muñoz Hiraldo., Servicio Madrileño de Salud, España, 2005

37- Navarro Gótiiez H.* y Morera Montes J. *Los anticonceptivos orales: criterios de selección, utilización y manejo*. Tratamientos postcoitales Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud, Vol. 21 - Nº 1 - 2004.

38-Evelyn L. Billings. Manual de La correlación de los eventos fisiológicos del ciclo reproductivo femenino con las observaciones hechas en la vulva., 2008.

39-Resumen del Centro de Investigación y Referencia del Método de la Ovulación en Australia 2002. Pruebas sobre el Método de la Ovulación Billings , 2008.

40- Pablo VI. Encíclica papal *Humanae Vitae*. 1975.

41- OMS - BSR- Manual de Intervenciones para la anticoncepción de emergencia 2003.

42- Emergency Contraception: A Last Chance to Prevent Unintended Pregnancy, James Trussell, PhD¹, Elizabeth G. Raymond, MD, MPH², February 2010

43- Consejo Superior de la Pontificia Universidad Católica Argentina - Instituto para el Matrimonio y la Familia. Información sobre temas de Familia. De febrero, 2008

44- AVSC internacional; consejería en planificación familiar y esterilización voluntaria guía para directores de programas AVSC int new york 2005.

ANEXOS

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA



Instrumento de recolección de datos

La presente entrevista tiene como objetivo valorar el uso de métodos anticonceptivos en las mujeres en edad fértil del puesto de salud Hilario Sánchez.

Es de carácter anónimo, confidencial y voluntaria sin fines de lucro, para obtener información de uso académico, para lo cual necesitamos de su autorización para incorporarla al estudio.

Fecha de realización: _____

Número: _____

1. Datos generales

1.1 ¿Qué edad tiene usted?

- a) 10 – 15 años: ____
- b) 16 – 19 años: ____
- c) 20 – 27 años: ____
- d) 28 – 35 años: ____
- e) 36 – 45 años: ____
- f) Mayor de 45 años

1.2 Estado Civil

- a) Casada: _
- b) Unión estable: ____
- c) Soltera: ____

1.3- ¿Que escolaridad tiene usted?

- a) Analfabeta: _
- b) Primaria : ____
- c) Secundaria : ____
- d) Técnico medio: ____
- e) Universidad : ____

1:4 - ¿Que religión profesa usted?

- a) Católica: _
- b) Evangélica: ___
- c) Testigo de Jehová: ___
- d) Otras. ___

1.5- ¿Que ocupación tiene actualmente?

- a) Ama de casa: ___
- b) Trabajadora: ___
- c) Estudiante: _____

1. Antecedentes Ginecoobstétricos**2:1 Embarazos:**

- a) 0: _____
- b) 1: _____
- c) 2: _____
- d) 3: _____
- e) Más de 3: _____

2.2 : Paridad.

- a) 0: _____
- b) 1: _____
- c) 2: _____
- d) 3: _____
- e) Más de 3: _____

2.3 - Abortos:

- a) 0: _____
- b) 1: _____
- c) 2: _____
- d) 3: _____

2.4 - Legrado:

- a) 0: _____
- b) 1: _____
- c) 2: _____

d) 3: ____

2.5 - Cesárea:

a) 0: ____

b) 1: ____

c) 2: ____

d) 3: ____

2.6 – ¿A qué edad le inicio su menarquía?

a) Menor de 10 años: ____

a) 10 - 13 años: ____

b) 14 - 16 años: ____

c) Mayor de 16 años: ____

2.7 – Inicio de vida sexual activa.

a) 12 – 15 años: ____

b) 16 – 19 años: ____

c) 20 – 27 años: ____

d) Más de 27 años: ____

2.8 - Número de compañeros sexuales.

a) 0: ____

b) 1: ____

c) 2: ____

d) 3: ____

3. Biotipo morfológico

a) Obesas: ____

b) Delgadas: ____

4. Métodos anticonceptivos utilizado por la demandante

4-1 - ¿Conoce la existencia de los métodos anticonceptivos? Si ____ no ____

4-2 - ¿Confía usted en los métodos anticonceptivo? Si ____ no ____

4.3 - ¿Desea en estos momentos un embarazo? Si ____ no ____

4-4 - ¿Practica actualmente algún método anticonceptivo? Si ____ no ____

4-5 - ¿Qué métodos anticonceptivos utiliza actualmente?

- a) Anticonceptivo oral: ___
- b) Anticonceptivos parenterales: ___
- c) Anticonceptivo de emergencia: ___
- d) Dispositivo intrauterino: ___
- e) Implante subdérmico: ___
- f) Preservativo femenino: ___
- g) Preservativo masculino: ___
- h) Esterilización femenina: ___
- i) Esterilización Masculina: ___
- j) Tapón cervical: ___
- k) Diafragma: ___
- l) Esponja anticonceptiva: ___
- m) Espermicida: ___
- n) Parche anticonceptivo: ___
- o) Anillo anticonceptivo: ___
- p) Método de Ritmo natural: ___
- q) Coito interruptus : ___
- r) Otros métodos : ___

4.6 - ¿Desea cambiar el método que usa actualmente? Si _____ No _____

4-7 - ¿Ha usado alguno de ellos anteriormente? Si _____ no _____

4-8 - ¿cuáles de ellos ha usado anteriormente?

- a) Anticonceptivo oral: ___
- b) Anticonceptivos parenterales: ___
- c) Anticonceptivo de emergencia: ___
- d) Dispositivo intrauterino: ___
- e) Implante subdérmico: ___
- f) Preservativo femenino: ___
- g) Preservativo masculino: ___
- h) Esterilización Femenina: ___
- i) Esterilización Masculina: ___
- j) Tapón cervical: ___
- k) Diafragma: ___
- l) Esponja anticonceptiva: ___
- m) Espermicida: ___
- n) Parche anticonceptivo: ___
- o) Anillo anticonceptivo: ___
- p) Método de Ritmo natural: ___
- q) Coito interruptus : ___

r) Otros métodos : ___

4.9 - ¿Hizo cambio de algún método anticonceptivo anteriormente? si ___ no ___

4-10 - ¿Que método anticonceptivo eligió usted posterior al cambio del método que utilizaba anteriormente?

- a) Anticonceptivo oral: ___
- b) Anticonceptivos parenterales: ___
- c) Anticonceptivo de emergencia: ___
- d) Dispositivo intrauterino: ___
- e) Implante subdérmico: ___
- f) Preservativo femenino: ___
- g) Preservativo masculino: ___
- h) Esterilización femenina: ___
- i) Esterilización masculina: ___
- j) Tapón cervical: ___
- k) Diafragma: ___
- l) Esponja anticonceptiva: ___
- m) Espermicida: ___
- n) Parche anticonceptivo: ___
- o) Anillo anticonceptivo: ___
- p) Método de Ritmo natural: _
- q) Coito interruptus : _
- r) Otros métodos : ___

5. Razones

5.1 - ¿cuáles son las razones por las que cambio de método?

- a) Miedo a los efectos colaterales: ___
- b) Presento efectos colaterales: _
- c) Motivos de salud: ___
- d) Lactancia materna: _
- e) No le gustan: _
- f) Desacuerdo de pareja : ___
- g) Sin vida sexual : ___
- h) Motivos religiosos: ___
- i) Falta de confianza en los métodos: ___
- j) Fallo el método anterior: ___
- k) Dificultad de uso. _____
- l) Mucho tiempo de uso: _____
- m) Difícil acceso. (Le queda largo) ___

n) Mala atención. (Asesoría inadecuada)

5.2- ¿Mencione las razones por las que no planifica actualmente

- a) Miedo a los efectos colaterales: ___
- b) Deseo de embarazo: ___
- c) Presento efectos colaterales: ___
- d) Motivos de salud: ___
- e) Lactancia materna: _
- f) No le gustan: ___
- g) Desacuerdo de pareja : ___
- h) Sin vida sexual : ___
- i) Motivos religiosos: ___
- j) Falta de confianza en los métodos: ___
- k) Fallo el método anterior: ___
- l) Dificultad de uso. ___
- m) Mucho tiempo de uso: ___
- n) Difícil acceso. (Le queda largo) ___
- o) Mala atención. (Asesoría inadecuada)

5.3 - Mencione las razones por las que nunca ha planificado

- a) Miedo a los efectos colaterales: ___
- b) Deseo de embarazo: ___
- c) Motivos de salud: ___
- d) No le gustan: ___
- e) Desacuerdo de pareja : ___
- f) Sin vida sexual : ___
- g) Motivos religiosos: ___
- h) Falta de confianza en los métodos: ___
- i) Dificultad de uso. ___
- j) Difícil acceso. (Le queda largo) ___
- k) Mala atención. (Asesoría inadecuada)
- l) Otras: ___

5.4 _ Mencione las razones por las que abandono los métodos anticonceptivos.

- a) Deseo de embarazo: ___
- b) Falta de pareja actual: ___
- c) Embarazadas actualmente: ___
- d) Falta de confianza: ___

- e) Enfermedad: ___
- f) Relaciones sexuales ocasionales: ___
- g) Mucho tiempo de uso: ___
- h) Desacuerdo de pareja: ___
- i) Falla del método: ___

5.5 - ¿Qué métodos anticonceptivos conoce usted?

- a) Píldora anticonceptivo oral: ___
- b) Anticonceptivos parenterales: ___
- c) Anticonceptivo de emergencia: ___
- d) Dispositivo intrauterino: ___
- e) Implante: ___
- f) Preservativo femenino: ___
- g) Preservativo masculino: ___
- h) Esterilización Masculina: ___
- i) Esterilización femenina: ___
- j) Tapón cervical: ___
- k) Diafragma: ___
- l) Esponja anticonceptiva: ___
- m) Espermicida: _
- n) Parche anticonceptivo: ___
- o) Anillo anticonceptivo: ___
- p) Método de Ritmo natural: ___
- q) Coito interruptus :_
- r) Otros métodos :

5.6- Fuente de obtención de métodos anticonceptivos:

- a) sector publico _____
- b) sector privado _____

5.7- Grado de satisfacción con el método usado actualmente:

- a) si ___
- b) no ___

**TABLA DE EFICACIA DE DISTINTOS MÉTODOS
ANTICONCEPTIVOS**

Métodos Anticonceptivo	Definición	Tipo	Tasa de fracaso por “uso típico” (porcentaje de mujeres que tienen embarazo no deliberado durante el primer año de uso típico.)
Píldora anticonceptiva	Una pastilla hormonal que se toma oralmente.	Hormona	8%
Inyección	Una inyección hormonal para la mujer que se administra cada 1 a 3 meses.	Hormona	3%
Anticonceptivo de emergencia	En caso de emergencia, se debe tomar una alta dosis de píldoras anticonceptivas dentro de 72 horas (tres días) de haber tenido relaciones sexuales.	Hormona	11-25%
Dispositivo intrauterino	Dispositivo plástico que se coloca dentro del útero y que contiene cobre u hormonas.		< 1%
Implante	Varilla plástica pequeña que se inserta bajo la piel de la mujer y que administra una dosis baja de hormonas.	Hormona	< 1%
Condon masculino	Tubo delgado, de latex o poliuretano (plástico) que cubre pene.		15%
Condon femenino	Tubo o saco (plástico) de poliuretano que recubre	Barrera	21%

	las paredes de la vagina.		
Tapón Cervical	Cúpula pequeña de goma o plástico que se ajusta estrechamente sobre el cuello uterino.	Barrera	16-32%
Diafragma	Cúpula redonda de goma que se inserta en la vagina para cubrir el cuello uterino.	Barrera	16%
Esponja anticonceptiva	Esponja de espuma que contiene espermicida y se coloca dentro de la vagina.	Barrera	16-32%
Espermicida	Crema, espuma, gel o supositorio que se inserta en la vagina para destruir los espermatozoides.	Barrera	29%
Parche anticonceptivo	Parche hormonal adhesivo que se coloca semanalmente sobre la piel de la mujer por 3 semanas consecutivas, (seguida de una semana sin parche).	Hormona	8%
Anillo anticonceptivo	Un anillo hormonal que se coloca en la vagina por 3 semanas consecutivas (seguida de una semana sin anillo).	Hormona	8%
Método del ritmo	Se evita tener relaciones sexuales cerca del momento de la ovulación, cuando existe más probabilidad e que ocurra un embarazo.	Otro	12-25%
Esterilización	Cirugía permanente que bloquea los conductos por los que pasa el óvulo o el semen.	Otro	<1%
Coito interruptus	El hombre retira el pene de la vagina justo antes de eyacular.	Otro	27%

CUADROS ESTADÍSTICOS

TABLA 1: Distribución de la edad de las mujeres en estudio del puesto de salud Hilario Sánchez.

Grupos etareos	Frecuencia	Porcentaje
10-15	6	1.7 %
16-19	64	18.8%
20-27	148	43.5%
28-35	80	24%
36-45	39	11.2%
Mayor de 45	3	0,8%
Total	340	100%

Fuente: Instrumento de recolección de datos

TABLA 2: Distribución de la escolaridad de las Mujeres en estudio del Puesto de Salud Hilario Sánchez.

Escolaridad:	Frecuencia	Porcentaje
Analfabeta	21	6%
Primaria	85	25%
Secundaria	190	56%
Técnico Medio	17	5%
Universitaria	27	8%
Total	340	100%

Fuente: Instrumento de recolección de datos

TABLA 3: Distribución del estado civil de las mujeres en estudio del Puesto de Salud Hilario Sánchez.

Estado civil:	Frecuencia	Porcentaje
Casada	112	33%
Soltera	58	17%
Unión estable	170	50%
Total	340	100%

Fuente: Instrumento de recolección de datos

TABLA 4: Distribución de la religión de las mujeres en estudio del Puesto de Salud Hilario Sánchez.

Religion	Frecuencia	Porcentaje
Católica	187	55%
Evangélica	136	40%
Otras	10	3%
Testigode Jehová	7	2%
Total	340	100%

Fuente: Instrumento de recolección de datos

TABLA 5: Distribución de la ocupación de las mujeres en estudio del Puesto de Salud Hilario Sánchez.

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Amas de casa	272	80%
Estudiantes	27	8%
Trabajadora	41	12%
Total	340	100%

Fuente: Instrumento de recolección de datos

TABLA 6 Distribución del biotipo morfológico de las mujeres en edad fértil del Puesto de Salud Hilario Sánchez.

Biotipo morfológico	Frecuencia	Porcentaje
Obesas	194	57%
Delgadas	146	43%
Total	340	100%

Fuente: Instrumento de recolección de datos

TABLA 7 Conocimiento de los métodos anticonceptivos por edad En Mujeres de edad fértil del Puesto de Salud Hilario Sánchez

Conoce la existencia de los métodos anticonceptivos	10 a 15 años	16 a 19 años	20 a 27 años	28 a 35 años	36 a 45 Años	mayor de 45 años	Total
Si conoce	6	64	148	80	39	3	340
%	1,7%	18.8%	43.5%	24%	11.2%	0.8%	100%
Total	6	64	148	80	39	3	340
%	1,7%	18.8%	43.5%	24%	11.2%	0.8%	100%

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

TABLA 8: Conocimiento de los métodos anticonceptivos por escolaridad En Mujeres de edad fértil del Puesto de Salud Hilario Sánchez.

Conoce la existencia de los métodos anticonceptivos	Analfabeta	Primaria	Secundaria	Técnico medio	Universitaria	total
Si conoce	21	85	190	17	27	340
%	6%	25%	56%	5%	8%	100%
Total	21	85	190	17	27	340
%	6%	25%	56%	5%	8%	100%

Fuente: Instrumento de recolección de datos

TABLA 9 Conocimiento de los métodos anticonceptivos por ocupación En mujeres de edad fértil del Puesto de Salud Hilario Sánchez.

Conoce la existencia de los métodos anticonceptivos	Ama de casa	estudiante	Trabajadora	Total
Si conocen	272	27	41	340
%	80%	8%	12%	100%
Total	272	27	41	340
%	80%	8%	12%	100%

Fuente: Instrumento de recolección de datos

TABLA 10: Conocimiento de los métodos anticonceptivos por paridad en mujeres de edad fértil del Puesto de Salud Hilario Sánchez.

Conoce la existencia de los métodos anticonceptivos	0	1	2	3	4 0 +	Total
Si conoce	28	104	129	36	43	340
%	8%	30,5 %	38%	10,6 %	12,6%	100%
Total	28	104	129	36	43	280
%	8%	30,5 %	38%	10,6 %	12,6%	100%

Fuente: Instrumento de recolección de datos

TABLA 11: Conocimiento de los métodos anticonceptivos por religión, en mujeres de edad fértil del Puesto de Salud Hilario Sánchez.

Conoce la existencia de los métodos anticonceptivos	Católica	Evangélica	Testigo de Jehová	Otras	Total
SI conoce	187	136	10	7	340
%	55%	40%	3%	2%	100%
Total	187	136	10	7	340
%	55%	40%	3%	2%	100%

Fuente: Instrumento de recolección de datos

TABLA 12: Conocimiento de los métodos anticonceptivos por estado civil en mujeres de edad fértil del Puesto de Salud Hilario Sánchez.

Conoce la existencia de los métodos anticonceptivos	Casada	Soltera	Unión estable	Total
SI conoce	112	58	170	340
%	33%	17%	50%	100%
Total	112	58	170	340
%	33%	17%	50%	100%

Fuente: Instrumento de recolección de datos

TABLA 13: Práctica de los métodos anticonceptivos por edad en mujeres de edad fértil del Puesto de Salud Hilario Sánchez.

Practica actualmente algún método anticonceptivo	10 a 15 años	16 a 19 años	20 a 27 años	28 a 35 años	36 a 45 Años	mayor de 45 años	Total
SI practica	2	40	103	74	36	0	255
%	0.6%	12%	30%	22%	10.4%	0%	75%
NO Practica	4	24	45	6	3	3	85
%	1%	7%	13%	2%	1%	1%	25%
Total	6	64	148	80	39	3	340
%	1,6%	19%	43%	24%	11.4%	1%	100%

Fuente: Instrumento de recolección de datos

TABLA 14: Práctica de los métodos anticonceptivos por escolaridad en mujeres de edad fértil del Puesto de Salud Hilario Sánchez

Practica actualmente algún método anticonceptivo	Analfabeta	Primaria	Secundaria	Técnico medio	Universitaria	Total
SI practica	17	70	135	14	19	255
%	5%	21%	40%	4%	5%	75%
NO practica	4	15	55	3	8	85
%	1%	4%	16%	1%	3%	25%
Total	21	85	190	17	27	340
%	6%	25%	56%	5%	8%	100%

Fuente: Instrumento de recolección de datos

TABLA 15: Práctica de los métodos anticonceptivos por ocupación En mujeres de edad fértil del Puesto de Salud Hilario Sánchez.

Practica actualmente algún método anticonceptivo	Ama de casa	Estudiante	Trabajador	total
SI practica	238	15	2	255
%	70%	4.5%	0.5%	75%
NO practica	34	12	39	85
%	10%	3.5%	11,5%	25%
Total	272	27	41	340
%	80%	8%	12%	100%

Fuente: Instrumento de recolección de datos

TABLA 16: Práctica de los métodos anticonceptivos por paridad En mujeres de edad fértil del Puesto de Salud Hilario Sánchez.

Practica actualmente algún método anticonceptivo	0	1	2	3	4 0 +	Total
SI practica	18	84	119	14	20	255
%	5%	25%	35%	4%	6%	75%
NO Practica	10	20	10	22	23	85
%	3%	6%	3%	6.4%	6.6%	25%
Total	28	104	129	36	43	340
%	8%	31%	38%	10.4%	12.6%	100%

Fuente: Instrumento de recolección de datos

TABLA # 17 Uso actual de los métodos anticonceptivos de acuerdo a la edad En mujeres en edad fértil del Puesto de Salud Hilario Sánchez.

Métodos anticonceptivos	Edades						Total
	10 a 15 años	16 a 19 años	20 a 27 Años	28 a 35 años	36 a 45 años	mayor de 45 años	
Anticonceptivo oral	0	12	33	14	5	0	64
Anticonceptivo parenteral	1	20	43	50	11	0	125
Anticonceptivo de emergencia	0	0	0	0	0	0	0
Dispositivo intrauterino	0	3	15	10	0	0	28
Implante dérmico sub	0	0	0	0	0	0	0
Preservativo femenino	0	0	0	0	1	0	1
Preservativo masculino	1	4	8	0	3	0	16
Esterilización femenina	0	1	4	0	10	0	15
Esterilización masculina	0	0	0	0	2	0	2
Tapón cervical	0	0	0	0	0	0	0
Diafragma	0	0	0	0	0	0	0
Esponja anticonceptiva	0	0	0	0	0	0	0
Espermicida	0	0	0	0	0	0	0
Parche anticonceptivo	0	0	0	0	0	0	0
Anillo anticonceptivo	0	0	0	0	0	0	0
Método del ritmo natural calendario	0	0	0	0	2	0	2
Coito interruptus	0	0	0	0	2	0	2
Otros métodos	0	0	0	0	0	0	0
Total	2	40	103	74	36	0	255
%	0,8%	16%	40%	29%	14.2%	0%	100%

Fuente: Instrumento de recolección de datos

TABLA: 18 Uso actual de los métodos anticonceptivos de acuerdo a la escolaridad en mujeres de edad fértil del Puesto de Salud Hilario Sánchez.

Métodos anticonceptivos	Analfabeta	Primaria	Secundaria	Técnico medio	Universitaria	Total
Anticonceptivo Oral	5	25	30	2	2	64
Anticonceptivo parenteral	6	30	77	8	4	125
Anticonceptivo de emergencia	0	0	0	0	0	0
Dispositivo intrauterino	3	10	10	2	3	28
Implante subdérmico	0	0	0	0	0	0
Preservativo femenino	0	0	0	0	1	1
Preservativo masculino	2	3	8	0	3	16
Esterilización femenina	1	2	10	1	1	15
Esterilización masculina	0	0	0	1	1	2
Tapón cervical	0	0	0	0	0	0
Diafragma	0	0	0	0	0	0
Esponja anticonceptiva	0	0	0	0	0	0
Espermicida	0	0	0	0	0	0
Parche anticonceptivo	0	0	0	0	0	0
Anillo anticonceptivo	0	0	0	0	0	0
Método del ritmo natural	0	0	0	0	2	2
Coito interruptus	0	0	0	0	2	2
Otros métodos	0	0	0	0	0	0
Total	17	70	135	14	19	255
%	6.6%	27.4%	53%	5.5%	7.5%	100%

Fuente: Instrumento de recolección de datos

TABLA 19 Uso actual de los métodos anticonceptivos de acuerdo a la ocupación En mujeres de fértil. Del Puesto de Salud Hilario Sánchez.

Ocupaciones

Métodos anticonceptivos	Ama de casa	Estudiante	Trabajadora	Total
Anticonceptivo oral	60	4	0	64
Anticonceptivo parenteral	118	7	0	125
Anticonceptivo de emergencia	0	0	0	0
Dispositivo intrauterino	24	4	0	28
Implante sub-dérmico	0	0	0	0
Preservativo femenino	1	0	0	1
Preservativo masculino	16	0	0	16
Esterilización femenina	15	0	0	15
Esterilización masculina	2	0	0	2
Tapón cervical	0	0	0	0
Diafragma	0	0	0	0
Esponja anticonceptiva	0	0	0	0
Espermicida	0	0	0	0
Parche anticonceptivo	0	0	0	0
Anillo anticonceptivo	0	0	0	0
Método del ritmo natural o calendario	1	0	1	2
Coito interruptus	1	0	1	2
Otros métodos	0	0	0	0
Total	238	15	2	255
%	93.4%	5.8%	0.8%	100%

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

TABLA # 20 Uso actual de los métodos anticonceptivos de acuerdo a la Paridad en mujeres de edad fértil del Puesto de Salud Hilario Sánchez.

Métodos anticonceptivos	Paridad					Total
	0	1	2	3	4 o +	
Anticonceptivo Oral	6	22	35	1	0	64
Anticonceptivo parenteral	9	46	61	5	4	125
Anticonceptivo de emergencia	0	0	0	0	0	0
Dispositivo intrauterino	0	10	15	3	0	28
Implante subdérmico	0	0	0	0	0	0
Preservativo femenino	0	0	0	0	1	1
Preservativo masculino	2	6	8	0	0	16
Esterilización femenina	0	0	0	4	11	15
Esterilización masculina	0	0	0	1	1	2
Tapón cervical	0	0	0	0	0	0
Diafragma	0	0	0	0	0	0
Esponja anticonceptiva	0	0	0	0	0	0
Espermicida	0	0	0	0	0	0
Parche anticonceptivo	0	0	0	0	0	0
Anillo anticonceptivo	0	0	0	0	0	0
Método del ritmo natural o calendario	0	0	0	0	2	2
Coito interruptus	1	0	0	0	1	2
Otros métodos	0	0	0	0	0	0
Total	18	84	119	14	20	255
%	7%	33%	47%	5.5%	7.5%	100%

**TABLA # 21 Distribución de las razones por las que cambiaron de método
Las mujeres en edad fértil del Puesto de Salud Hilario Sánchez.**

RAZONES DE CAMBIO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Miedo a los efectos colaterales	70	23%
Presento efectos colaterales	76	25%
Motivos de salud	10	3%
Lactancia Materna	8	2.6%
No le gustan	4	1%
Desacuerdo de pareja	5	1.8%
Sin vida sexual	6	2.2%
Motivos religiosos	2	0.7%
Falta de confianza en los métodos	30	10%
Fallo el método anterior	42	14%
Dificultad de uso	5	1.8%
Mucho tiempo de uso	6	2.2%
Difícil acceso	2	0.7%
Mala atención	3	1%
Paridad satisfecha	32	11%
Total	301	100%

Fuente: Instrumento de recolección de datos

TABLA # 22 Distribución de los métodos anticonceptivos elegidos Posterior Al cambio de las mujeres en edad fértil del Puesto de Salud Hilario Sánchez.

Métodos elegidos	Frecuencia	%
Anticonceptivo oral	65	25%
Anticonceptivo parenteral	100	39%
Anticonceptivo de emergencia	0	0%
Dispositivo intrauterino	35	14%
Implante sub-dérmico	1	0.4%
Preservativo femenino	1	0.4%
Preservativo masculino	32	12%
Esterilización femenina	15	6%
Esterilización masculina	2	0.7%
Tapón cervical	0	0%
Diafragma	0	0%
Esponja anticonceptiva	0	0%
Espermicida	0	0%
Parche anticonceptivo	0	0%
Anillo Anticonceptivo	0	0%
Método del ritmo natural o calendario	4	1.5%
Coito interruptus	3	1%
Otros métodos	0	0%
Total	258	100%

Fuente: Instrumento de recolección de datos

TABLA # 23 Distribución de las razones por las que no planifican Actualmente las mujeres en edad fértil del Puesto de Salud Hilario Sánchez.

Razones de no uso	Frecuencia	Porcentaje
Miedo a los efectos colaterales	6	4%
Presento efectos colaterales	4	2%
Deseo de embarazo	30	18.4%
Motivos de salud	4	2%
Lactancia Materna	8	5%
No le gustan	6	4%
Desacuerdo de pareja	9	6%
Sin vida sexual	20	12.2%
Motivos religiosos	2	1%
Falta de confianza en los métodos	15	9%
Fallo el método anterior	21	13%
Dificultad de uso	10	6.2%
Mucho tiempo de uso	8	5%
Difícil acceso	20	12.2%
Mala atención	0	0%
Paridad satisfecha	0	0%
Total	163	100%

Fuente: Instrumento de recolección de datos

TABLA # 24 Comparación del uso actual y uso anterior de los métodos anticonceptivos en mujeres de edad fértil del Puesto de Salud Hilario Sánchez.

Métodos anticonceptivos	Uso de los Métodos Anticonceptivos			
	Uso actual	%	Uso anterior	%
Anticonceptivo oral	64	25	124	27.5%
Anticonceptivo parenteral	125	49	160	35.5%
Anticonceptivo de emergencia	0	0	10	2%
Dispositivo intrauterino	28	11	48	10,6%
Implante sub- dérmico	0	0	2	0,4%
Preservativo femenino	1	0.4	0	0%
Preservativo masculino	16	6.2	35	7.8%
Esterilización femenina	15	6	10	2%
Esterilización masculina	2	0.7	1	0.2%
Tapón cervical	0	0	0	0%
Diafragma	0	0	0	0%
Esponja anticonceptiva	0	0	0	0%
Espermicida	0	0	0	0%
Parche anticonceptivo	0	0	0	0%
Anillo anticonceptivo	0	0	0	0%
Método del ritmo natural o calendario	2	0.7	25	6%
Coito interrupto	2	0.7	35	7.8%
Otros métodos	0	0	0	0%
Total	255	100	450	100%

Fuente: Instrumento de recolección de datos

TABLA # 25 Distribución del conocimiento de los métodos anticonceptivos por tipo en mujeres en edad fértil del Puesto de Salud Hilario Sánchez.

Métodos anticonceptivo	Conocimiento por Tipo de Método			
	Conocen	%	No conocen	%
Anticonceptivo oral	338	99%	2	1%
Anticonceptivo parenteral	335	98%	5	2%
Anticonceptivo de emergencia	180	53%	160	47%
Dispositivo intrauterino	320	94%	20	6%
Implante sub-dérmico	30	9%	310	91%
Preservativo femenino	160	47%	180	53%
Preservativo masculino	330	97%	10	3%
Esterilización femenina	315	93%	25	7%
Esterilización masculina	200	59%	140	41%
Tapón cervical	14	4%	326	96%
Diafragma	10	3%	330	97%
Esponja anticonceptiva	5	1%	335	98.5%
Espermicida	15	4%	325	95.5%
Parche anticonceptivo	25	7%	315	92.6%
Anillo anticonceptivo	4	1%	336	98.8%
Método del ritmo natural o calendario	160	47%	180	53%
Coito interrumpido	195	57%	145	43%
Otros métodos	6	2%	334	98%

Fuente: Instrumento de recolección de datos

TABLA # 26 Distribución de las razones de abandono del método anticonceptivo de las mujeres en edad fértil del Puesto de Salud Hilario Sánchez.

Razones de abandono	Frecuencia	Porcentaje
Deseo de embarazo	50	21%
Falta de pareja actual	30	12.3%
Embarazadas actualmente	15	6.1%
Falta de confianza	35	14.4%
Enfermedad	8	3%
Relaciones sexuales ocasionales	40	17%
Mucho tiempo de uso	25	10%
Desacuerdo de pareja	5	2%
Falla del método	34	14%
Total	242	100%

Fuente: Instrumento de recolección de datos

TABLA # 27 Distribución de los Antecedentes Gineco – obstétricos De las mujeres en estudio.

Antecedentes Gineco obstétricos	0	1	2	3	4 o +	Total
Embarazo	28	104	129	36	43	340
Parto vaginal	28	84	99	26	43	280
Cesárea	0	20	30	10	0	60
Aborto	0	20	5	3	2	30
Legrado	0	20	5	3	2	30
Numero de compañeros sexuales	6	200	100	33	1	340

Fuente: Instrumento de recolección de datos

TABLA # 28 Distribución de la edad en que inicia su vida sexual activa Las mujeres en edad fértil del Puesto de Salud Hilario Sánchez.

Inicio de su vida sexual activa	Frecuencia	Porcentaje
10-15	86	26%
16-19	166	50%
20-27	75	22%
Más de 27	7	2%
Total	334	100%

Fuente: Instrumento de recolección de datos

TABLA # 29 Distribución de la edad de presentación de la menarquía en Mujeres de edad fértil del Puesto de Salud Hilario Sánchez.

¿A qué Edad inicio su menarquía?	Frecuencia	Porcentaje
Menor de 10 años	3	1%
10-13 años	222	65%
14-16 años	112	33%
Mayor de 16 años	3	1%
Total	340	100%

Fuente: Instrumento de recolección de datos

Tabla III. Ventajas e inconvenientes de los distintos anticonceptivos hormonales

Ventajas	Desventajas	
Preparados orales	Eficacia, reversibilidad	<ul style="list-style-type: none"> - Uso diario. - Vómitos y diarreas afectan a su eficacia - Mayor posibilidad de olvido
Anillo vaginal	<ul style="list-style-type: none"> - Uso mensual. - Eficacia, reversibilidad 	Posibilidad de expulsión accidental
Parche transdérmico	<ul style="list-style-type: none"> - Menor manifestación de efectos secundarios - Vómitos y diarrea no afectan a su eficacia. 	<ul style="list-style-type: none"> - Posibilidad de despegarse accidentalmente - Posibles irritaciones cutáneas en la zona de colocación del parche
DIU	<ul style="list-style-type: none"> - Larga duración (años) - Eficacia, reversibilidad - Menor manifestación de efectos secundarios 	<ul style="list-style-type: none"> - Menstruaciones más irregulares y menos abundantes - Requiere de la intervención de un médico especialista para su colocación y retirada
Implante hormonal	<ul style="list-style-type: none"> - Vómitos y diarrea no afectan a su eficacia. 	

Tabla 7

Motivos para no haber usado un método anticonceptivo en sus relaciones sexuales

ITEMS ORDENADOS	% DE SUJETOS QUE ESTAN DE ACUERDO CON CADA FRASE		
	TOTAL MUESTRA	VARONES	MUJERES
1. No había pensado en la posibilidad de tener relaciones sexuales cuando ocurrió	55,2	70,6	27,3
2. Sabemos «controlar» en la pareja sin necesidad de anticonceptivos	27,6	17,6	45,5
3. Porque no tengo relaciones sexuales frecuentes	24,1	29,4	18,2
4. Porque hacen que se disfrute menos .	20,7	23,5	18,2
5. Porque hacen la relación menos natural	13,8	11,8	18,2
6. Porque no sabía donde informarme sobre ellos	6,9	5,9	9,1
7. Porque supuso que los usaría la otra persona (varón o mujer)	6,9	11,8	0,0

Tabla 3

Utilización de los métodos anticonceptivos en España 1997-2009 en mujeres de 15-49 años

Métodos	Años					
	1997 (%)	1999 (%)	2001 (%)	2003 (%)	2007 (%)	2009 (%)
• Preservativo	21,0	21,9	29,5	31,9	38,8	37
• Píldora	14,3	16,5	19,2	18,3	20,3	18
• DIU	5,7	5,9	4,7	4,6	4,5	4,9
• Vasectomía		6,4	6,5	6,8	4,3	5
• Ligadura	5,2	4,5	5,3	5,3	4,1	4,3
• Otros (parche, anillo, inyectable)	0,5	0,4	0,7	1,0	4,3	5,7
• Coitus interruptus	1,5	4,3	2,6	2,9	2,5	2,8
• Ogino o naturales	0,9	0,7	0,6	0,3	0,5	
• Doble método					0,4	1,5
• Ninguno	50,9	39,3	30,9	28,8	20,1	21
• Total	100	100	100	100	100	100

Fuente: Grupo Daphne, Encuestas Bayer Schering Pharma 1997-2009.
DIU: dispositivo intrauterino.

Tabla 1

Porcentaje de mujeres que experimentan un embarazo no deseado durante el primer año de uso y porcentaje de mujeres que continúan usando el método al final del primer año (EE.UU.)			
Método	Mujeres que experimentan un embarazo no deseado durante el primer año de uso (%)		Mujeres que continúan usando el método al año (%)
	Uso habitual	Uso perfecto	
• Ningún método	85	85	
• Espermicidas	29	18	42
• <i>Coitus interruptus</i>	27	4	43
• Abstinencia periódica	25		51
Calendario		5	
Ovulación		3	
Sintotérmico		2	
• Esponja vaginal			
Multiparas	32	20	46
Nulparas	16	9	57
• Diafragma con espermicidas	16	6	57
• Preservativos			
Femenino	21	5	49
Masculino	15	2	53
• Píldora combinada y minipíldora	8	0,3	68
• Parche hormonal combinado (Evra®)	8	0,3	68
• Anillo hormonal combinado (Nuvaring®)	8	0,3	68
• Inyectable trimestral (Depo-progevera®)	3	0,3	56
• DIU			
T de cobre (Paragard®)	0,8	0,6	78
DIU-LNG (Mirena®)	0,2	0,2	80
• Implanon	0,05	0,05	84
• Ligadura tubárica	0,5	0,5	100
• Vasectomía	0,15	0,10	100

Fuente: Trussell, 2007.

DIU-LNG: dispositivos intrauterinos-levonorgestrel.

Tabla 3. Adolescentes según método anticonceptivo empleado

Método anticonceptivo empleado	Adolescentes	
	No.	%
Condón	250	22,5
Píldoras	15	1,3
Dispositivos intrauterinos (D.I.U)	210	18,9
Método biológico	3	0,3
Otros	2	0,2
Ninguno	630	56,7
Total	1110	100

Fuente: Encuesta de la investigación, Dpto. Estadística HDMI 10 de Octubre.

Tabla 2. Principales causas individuales para no usar anticonceptivos, según frecuencia de argumentos y por género

Factores individuales identificados para no usar anticonceptivos	Sexo	
	Varón	Mujer
Por las incomodidad del condón como raspaduras, alergias, menor sensibilidad y fácil rompimiento.	1. ^a causa	1. ^a causa
Porque no saben exactamente cómo funciona el anticonceptivo sea ritmo, píldora o inyectable.	7. ^a causa	7. ^a causa
Por inaccesibilidad al condón durante el momento sexual íntimo, haciéndose difícil obtenerlo por cuestiones de tiempo, lugar.	3. ^a causa	2. ^a causa
Por vergüenza en ir a comprarlos y someterse a comentarios, observaciones o juicios.	5. ^a causa	4. ^a causa
Porque creen que no va a pasar nada, ya que no ha pasado antes ni a ella o él ni a sus pares.	6. ^a causa	7. ^a causa
Porque pueden usar el retiro (coito interrumpido)	6. ^a causa	5. ^a causa
Porque algunas relaciones se dan con parejas fortuitas, de ocasión, no planeadas "choque y fuga".	6. ^a causa	4. ^a causa
Por tener una pareja estable, saludable, fiel, confiable a la que conocen.	8. ^a causa	3. ^a causa
Porque es más placentero hacerlo al natural.	9. ^a causa	3. ^a causa
Porque no le gusta usar anticonceptivos que puedan aumentar su peso.	2. ^a causa	NA
Por temor a incomodar a su pareja sexual y su reacción: Alejarse por un tiempo, terminar la relación u ofenderlo al exigirle usar condón.	4. ^a causa	NA
Porque saben que después podrían usar el AOE.	6. ^a causa	NA
Por falta de dinero, por temor a ser encontrados por sus padres o familiares, por rebeldía hacia los padres.	8. ^a causa	NA
Porque consideran que es rol de la mujer cuidarse y/o saber sus días de riesgo.	NA	6. ^a causa
Porque son inmaduros.	NA	7. ^a causa

AOE: Anticonceptivo oral de emergencia

NA: No aplica, porque la pregunta estaba orientada al sexo opuesto