

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA

UNAN-MANAGUA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

MEDICINA



Título:

Nivel de Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre el dispositivo intrauterino DIU (T de cobre 380^a) como método de planificación familiar en mujeres ingresadas a la sala de alto riesgo obstétrico del Hospital Escuela Bertha Calderón Roque, en el período de Octubre 2017.

Autores:

Br. Germina Patricia Bonilla Sánchez

Br. Judelkin del Rosario Obando Lira

Tutor: MSC. Dr. José de los Ángeles Méndez.

Managua, Viernes 01 de Junio 2018

INDICE

INDICE

RESUMEN.....	i
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. ANTECEDENTES.....	2
III. JUSTIFICACIÓN	5
IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	6
V. OBJETIVOS	7
VI. MARCO TEORICO.....	8
VII. DISEÑO METODOLOGICO	17
VIII. RESULTADOS.....	28
IX. ANALISIS DE LOS RESULTADOS.....	36
CONCLUSIONES.....	44
XI. RECOMENDACIONES.....	45
XII. BIBLIOGRAFIA.....	46
XIII. ANEXOS.....	48

DEDICATORIA.

El presente estudio monográfico se lo dedicamos a nuestros padres, quienes nos dieron el don de la vida, nos inculcaron principios éticos y morales, nos brindaron su incondicional apoyo y nos aconsejaron en diferentes circunstancias para seguir adelante y así poder llegar a esta etapa de nuestra preparación.

También se lo dedico especialmente a mis hijas, quienes me motivaron a no detenerme en los estudios, sobre todo en aquellos momentos de cansancio físico y emocional, despertándome de entre los libros y diciéndome mama tenes que estudiar. A mi esposo por apoyarme en mis días de ausencia familiar, y quien me animo a seguir preparándome profesionalmente.

A nuestros hermanos que siempre estuvieron presentes, no solo como hermanos sino también como amigos, escuchándonos y aconsejándonos.

AGRADECIMIENTO.

Agradecemos incondicionalmente a Dios por darnos la fortaleza y la guía para poder alcanzar nuestro objetivo.

Al Dr. José de los Ángeles Méndez, honorable catedrático de la facultad de Medicina y de quien tuvimos el privilegio de tenerlo como nuestro tutor brindándonos los conocimientos necesarios para desarrollar nuestra investigación.

Al Hospital Escuela Bertha Calderón Roque, por permitirnos sus instalaciones para nuestro trabajo monográfico.

A la Facultad de Medicina de la UNAN- Managua, por abrirnos las puertas del conocimiento en la carrera tan digna de la medicina

RESUMEN

Para identificar el nivel de conocimientos, actitudes, prácticas del DIU T de cobre 380^a como método de planificación familiar en mujeres ingresadas en el área de alto riesgo obstétrico del Hospital Escuela Bertha Calderón Roque en el período comprendido entre 1 al 31 de Octubre del 2017, se realizó un estudio cuantitativo descriptivo, de corte transversal el cual conto con una muestra de 120 pacientes, a las cuales se les aplico una encuesta, obteniendo los siguientes resultados: El 63.3% tenían entre 20 – 29 años de edad, la mayoría contaba con una pareja, el 83.3% era ama de casa, tenían menos de dos hijos y menos de dos partos, y haber escuchado sobre el dispositivo intrauterino (DIU), el 80% afirmo que ayuda a la prevención del embarazo, solo el 26.7% considera que una ventaja es ir menos al médico para planificación familiar, entre las desventajas el 66.7% está de acuerdo con que no protege contra enfermedades de transmisión sexual, el 30% considera que no es muy seguro para prevenir embarazo, solo el 26.7% cree que colocan en los centros de salud. En cuanto a la actitud se consideró regular, pero las prácticas sobre planificación familiar fueron adecuadas dado que la mayoría ha utilizado algún método de planificación familiar sin embargo solo un pequeño porcentaje lo uso antes de su embarazo. Por lo cual la principal recomendación del estudio es promover campañas que aumenten el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas en la población.

Palabras claves: Dispositivo intrauterino, conocimientos, actitudes y prácticas.

Opinión del Tutor.

Investigar sobre planificación familiar va a ser siempre muy importante porque sabemos que tiene que ver con el nivel de salud de la mujer en sí, y que esto repercute en su medio ambiente.

Tratar de medir el conocimiento que las mujeres tienen acerca de algo tan particular, como es el DIU (T de Cu 380^a) es algo bastante oportuno en mujeres embarazadas, y es bastante difícil, y las investigadoras lo lograron, sus resultados serán de mucha utilidad para lograr un cambio en el verdadero uso del DIU (T de Cu 380^a).

Reciban las investigadoras mis más altas muestras de consideración y aprecio por el esfuerzo realizado.

Atentamente

M.S.C DR. José de los Ángeles Méndez

Tutor

INTRODUCCIÓN

En Nicaragua la tasa global de fecundidad con el transcurso de los años ha ido descendiendo; pasando de 2.7 para el 2007 a 2.4 para el 2012, sin embargo, este descenso ha sido heterogéneo, en zona rural paso de 3.5 a 2.9 mientras y en la zona urbana de 2.2 a 2.1. (Instituto Nacional de información de desarrollo, 2013).

A pesar que se han dado grandes avances en cuanto al uso de métodos de planificación familiar el 19.6% de las mujeres con parejas continua sin planificar; por lo cual el gobierno continúa colaborando con la distribución de métodos a nivel de todo el país aún más en las zonas rurales donde el acceso al mismo antes se dificultaba más. (Instituto Nacional de información de desarrollo, 2013)

Los conocimientos y el acceso a los métodos de planificación familiar permiten que las parejas puedan espaciar los embarazos y limitar el tamaño de la familia. La Organización Mundial de la Salud (OMS) refiere que el dispositivo intrauterino (DIU) tiene una eficacia para prevenir embarazo mayor al 99%, además de ser un dispositivo que permite la planificación familiar a largo plazo, más práctico y con más beneficios, sin embargo, la falta de conocimiento del mismo puede volverlo un método no tan preferido entre las mujeres. (Organización Mundial de la Salud, 2017)

El Hospital Bertha Calderón Roque (HBCR) se encuentra ubicado en Managua, es el hospital de referencia nacional para atender distintas patologías de la mujer, en él se atienden a diario un sin número de pacientes tanto de forma ambulatoria como intrahospitalaria, cuenta con una sala de alto riesgo obstétrico (ARO), en la cual se ingresan embarazadas que presentan patologías que ponen en riesgo la vida del binomio, es en ellas que se debe recalcar la importancia de la planificación familiar para lograr que una vez finalizado su embarazo guarden el debido período intergenésico que les permita una adecuada recuperación y disminución de riesgo en su siguiente embarazo.

ANTECEDENTES

En Ecuador en el 2016 se estudiaron los conocimientos, actitudes y prácticas del uso de métodos anticonceptivos en mujeres en edad fértil que acuden al centro de salud El Tambo, la muestra fue de 150 mujeres de las cuales el 91,3% de mujeres en edad fértil conocen los métodos anticonceptivos y el 76,7% lo utilizan; la edad de inicio del uso de los métodos anticonceptivos es entre los 15 a 20 años con un mayor porcentaje 40,7% y el 61,3% de mujeres conocen los efectos secundarios de los métodos anticonceptivos, el 86,7% considera como positivos, en tanto que el 22% va en contra de la creencia religiosa, el 85,3% señala que lo utiliza para impedir el embarazo, el 46% manifiesta que son métodos 100% seguros. En conclusión, la mayoría de las mujeres encuestadas conocen y utilizan los métodos anticonceptivos, existe una minoría que todavía tiene actitudes y creencias negativas frente a este tema. (Ruiz Lema & Saula Pesantez, 2015)

En el 2016, para determinar la influencia de una intervención educativa basada en video sobre el dispositivo intrauterino TCU 380A en los conocimientos y actitudes de las puérperas del servicio "E" del Instituto Nacional Materno Perinatal en el mes de Abril. En el estudio, la mayoría se encuentra entre los 28-35 años (48% control; 60% experimental); de estado civil: convivientes; de ocupación: ama de casa. Respecto a los conocimientos, se obtuvo 100% de desaprobados antes de la intervención basada en video, 10% al final de la intervención y 22% a la semana de culminada ésta. Respecto a las actitudes, el 100% presentó una actitud desfavorable antes de la intervención basada en video, 30% al final de la intervención y 28% a la semana de culminada ésta. La intervención educativa basada en video influyó positivamente sobre los conocimientos y actitudes frente al dispositivo intrauterino de las puérperas. (Torres Montañés, 2016)

En Madriz, en el 2013 para valorar los conocimientos actitudes y prácticas del personal en el primer nivel de atención en Madriz, en relación a la promoción del uso de la anticoncepción de emergencia se realizó un estudio descriptivo de corte

transversal con una muestra de 90 agentes en salud; obteniendo los siguientes resultados: los médicos y enfermeras disponen de información insuficiente, y a veces errónea sobre la anticoncepción de emergencia, solo el 35.5% considero muy efectivo al DIU. En este estudio se consideró que la actividad educativa a la población sobre este tema es pobre, debido a su baja frecuencia y calidad de los agentes en salud, que tiene débiles conocimientos y actitudes sobre este tema. (López Cruz & Ordoñez Guillen, 2013)

En el año 2013 se realizó un estudio descriptivo de corto transversal sobre los conocimientos actitudes y prácticas de los métodos anticonceptivos en los y las adolescentes del Instituto Concepción de María, del municipio de San Francisco Libre, en el participaron 194 adolescentes de manera general se encontró un buen nivel de conocimientos y actitudes favorables sobre los métodos anticonceptivos, sin embargo presentaron un mal nivel en cuanto a las practicas. (Duarte Silva & Quintero Delgadillo., 2013)

En Masaya, en el 2014, con el objetivo de determinar los conocimientos, actitudes y prácticas sobre métodos anticonceptivos en adolescentes embarazadas atendidas en la consulta externa de ARO del Hospital Humberto Alvarado Vásquez de Masaya, se realizó un estudio descriptivo de corte transversal en 820 pacientes; en él se encontró que la mayoría son acompañadas (62.9%), católica (49%) y evangélica (43%) ; de secundaria (47.7%) y de procedencia indistintamente rural y urbana (51.7% y 48.3% respetivamente), el nivel de conocimientos respecto al tipo de práctica el 45% está a nivel aceptable sus tipos de prácticas son malas y el 20% su nivel de conocimiento es aceptable y su tipo de práctica es buena, el 25% de las entrevistadas estuvieron en un nivel de conocimiento escaso y sus tipos de prácticas fueron malas siendo el 7% el tipo de práctica bueno y su nivel de conocimiento fue escaso. Lo que indica que aun teniendo un nivel de conocimiento aceptable las prácticas son malas y es la razón por la cual salen embarazadas. (Paguaga, 2014)

En el 2015, en el hospital Gaspar García Laviana se realizó un estudio descriptivo transversal en 120 puérperas para valorar los conocimientos, actitudes y prácticas

sobre métodos de planificación familiar; las puérperas obtuvieron un conocimiento bueno de los métodos, el método más conocido fue la inyectable menstrual y trimestral las más recomendada posterior al parto o cesárea, la mayoría de las puérperas tienen una actitud favorable de los métodos y están dispuestas a seguir planificando, sin embargo las practicas fueron malas, no consideran el método de la amenorrea de la lactancia (MELA) como método de planificación y rechazan la T de Cobre como una opción de método. (Rocha Morales, 2015)

En San Bartolo, en el 2015 debido a la importancia del uso de los métodos de planificación familiar se realizó un estudio con una muestra de 45 adolescentes con la edad comprendida entre 14 y 19 años atendidas en el puesto de salud de San Bartolo de Rio San Juan Nicaragua, aplicándose una encuesta dirigida a las adolescentes en estudio para valorar los conocimientos, actitudes y prácticas sobre los métodos anticonceptivo; el 55.6% de las encuestadas correspondían al grupo de edad de 14-16 años, se observó que el 57.8% eran católica y el 62.2% de escolaridad primaria, el 64.4% estaban en unión libre. Las adolescentes encuestadas presentaron un buen conocimiento en un 40%, demostrando una actitud favorable 66.7% ante los métodos y con una práctica adecuada 66.7%. En cuanto a los conocimientos sobre el DIU el 44.4% opino que está recomendado en las mujeres que no han tenido hijos y el 13.3% que el DIU es para mujeres con hijos. (López López & Tenorio Urbina, 2015)

JUSTIFICACIÓN

La planificación familiar y los anticonceptivos reducen la necesidad de recurrir al aborto, en especial, al aborto peligroso, refuerza el derecho de las personas a decidir el número de hijos que desean tener y el intervalo de los embarazos. Sin embargo, se estima que 222 millones de niñas y mujeres que no desean quedar embarazadas, o que quieren retrasar su próximo embarazo, no utilizan ningún método anticonceptivo. (Organización Mundial de la Salud, 2017)

Nicaragua, un país que ha ido disminuyendo la tasa de fecundidad; aún conserva un porcentaje de mujeres con parejas sin planificar, por otro lado estudios realizados en los departamentos de Nicaragua se observó que a pesar de presentar adecuados conocimientos y actitudes favorables, las prácticas fueron inadecuadas rechazando al DIU como una opción; a pesar de todos sus beneficios. (Rocha Morales, 2015)

El presente estudio está dirigido a embarazadas atendidas en el Hospital Escuela Bertha Calderón Roque, el cual tiene el objetivo de determinar el nivel de conocimientos, actitudes, prácticas del DIU T de cobre 380^a en mujeres ingresadas en el área de alto riesgo obstétrico en el período comprendido entre 1 al 31 de octubre del 2017. Para lograr obtener información sobre los conocimientos que tienen sobre este método en particular la T de cobre 380^a y de acuerdo a lo que conocen como actúan y el tipo de práctica que tienen con este método.

De manera que se puedan identificar él porque el bajo uso de un método tan beneficioso como es la T de cobre 380^a en especial, para crear estrategias que promuevan el uso de este método y sean dirigidos según los resultados de este estudio. Los beneficiarios directos serán las familias que se ayuden con el uso de este método y los indirectos la sociedad, debido a que al reducir el período

intergénésico y el número de hijos en la familia colabora con el desarrollo de la sociedad y la reducción de morbi – mortalidad materna.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Se calcula que en los países en desarrollo unos 214 millones de mujeres en edad fecunda desean posponer o detener la procreación, pero no utilizan ningún método anticonceptivo moderno. En países en desarrollo la falta de anticoncepción deja expuestas 6 de cada 10 mujeres a embarazos no deseados además que la planificación familiar y el uso de anticonceptivos previene la muerte de madres y niños, al evitar los embarazos no deseados. (Organización Mundial de la Salud, 2017)

La edad media de la primera relación sexual en Nicaragua es de 16.8 y el primer nacimiento a los 18.8 años y entre las adolescentes el 24.4% ya han estado embarazadas, lo que refleja una clara necesidad de brindar en la medida de lo posible el acceso a los métodos de planificación, pero para lograr ello se necesita brindar una educación adecuada de los mismo. (Instituto Nacional de información de desarrollo, 2013).

La encuesta nicaragüense de demografía y salud 2011/12 mencionan que el DIU es un método de planificación familiar utilizado solo en 3.5% de las mujeres y el 19.6% de las mujeres en edad fértil no usan ningún método de planificación. (Instituto Nacional de información de desarrollo, 2013)

En el hospital Bertha Calderón Roque a diario se egresan mujeres que dieron a luz y deben utilizar algún método de planificación que les permita espaciar los periodos intergénésico, así como la cantidad de hijos. A luz de todos estos datos surge la siguiente interrogante:

¿Cómo es el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas sobre el DIU (T de cobre 380^a) en mujeres ingresadas a la sala de ARO del Hospital Escuela Bertha Calderón Roque en el período del 1 al 31 de Octubre del 2017?

OBJETIVOS

Objetivo general

Identificar el nivel de conocimientos, actitudes, prácticas sobre el DIU T de cobre 380ª como método de planificación familiar en mujeres ingresadas en el área de alto riesgo obstétrico del Hospital Escuela Bertha Calderón Roque en el período comprendido entre 1 al 31 de Octubre del 2017.

Objetivos específicos

1. Identificar características demográficas de las mujeres en estudio.
2. Identificar antecedentes gineco-obstétricos del grupo de mujeres en estudio.
3. Describir el nivel de conocimiento que tienen el grupo de mujeres en estudio.
4. Valorar las actitudes que muestran el grupo de mujeres en estudio.
5. Describir el tipo de prácticas que tienen las mujeres en estudio.
6. Describir la fuente de información que tienen el grupo de mujeres en estudio.

MARCO TEÓRICO

En Nicaragua la planificación familiar juega un rol importante en la sociedad debido a que da a las parejas la posibilidad de decidir cuándo y cuántos hijos desean tener, lo que permite un mejor desarrollo de la familia en todos los ámbitos en especial el económico. Actualmente la tasa de fertilidad es de 2.7, entre las adolescentes es de 112.7 por cada 1000 adolescentes; sin embargo, el uso de anticonceptivos entre mujeres casadas entre 15 – 49 años es de 72%, siendo mayor en la zona urbana con 75% y en la rural de 69%, con una necesidad insatisfecha de planificación familiar en mujeres en edad fértil del 7.5%. Estas tasas reflejan los cambios que se han realizado en cuanto a la planificación familiar para mejorar el acceso al mismo. (Instituto Nacional de información de desarrollo, 2013)

La encuesta nicaragüense de demografía y salud 2011/12 mencionan que el DIU es un método de planificación familiar utilizado solo en 3.5% de las mujeres, siendo la esterilización quirúrgica y los métodos inyectados los de preferencia entre la población femenina del país. (Instituto Nacional de información de desarrollo, 2013)

Dispositivo intrauterino

Existen solamente 2 dispositivos intrauterinos (DIU) aprobados por la FDA, el dispositivo T de cobre 380^a y el dispositivo intrauterino con liberación prolongada de levonorgestel LNGIUS. Muchas de las cualidades de importancia son compartidas por ambos dispositivos. (Vargas Mora & Estrada Rodríguez, 2013)

El DIU de T cobre 380^a consiste en una pieza de polietileno con forma de T, altamente efectivo durante 10 años de colocación intrauterina. Una pequeña cuerda se extiende desde la base del mismo a través del canal cervical hasta la parte superior de la vagina, su función es permitir una fácil extracción y el chequeo

regular de un posicionamiento adecuado. (Vargas Mora & Estrada Rodríguez, 2013)

La normativa de planificación familiar de Nicaragua define al DIU como un método anticonceptivo reversible, seguro y efectivo, hechos de metal y plástico que introducidos en la cavidad uterina impiden el embarazo mediante una combinación de mecanismos; este método brinda del 97 al 98% de protección anticonceptiva. La T Cu 380^a es altamente efectiva por un mínimo de 10 años. La tasa de fallo es de 1 en 125 a 170 mujeres en el primer año de uso. (MINSAL, 2015)

El componente activo consiste en 380mm² de superficie de cable de cobre expuesto. Los iones de cobre a nivel endometrial son tóxicos para el espermatozoide y proveen el efecto anticonceptivo pre-concepcional. Los marcos en T de ambos DIU contienen sulfato de Bario, que los vuelve visibles a la examinación radiográfica. De los muchos DIU de cobre a nivel mundial, el T 380^a es el más efectivo y comparte una tasa similar de efectos secundarios comparado con otros dispositivos de cobre. (Vargas Mora & Estrada Rodríguez, 2013)

Las acciones principales de los dispositivos intrauterinos son de tipo anticonceptivo, no abortivo. Su mecanismo de acción es el resultado de la interferencia que sufre el endometrio, consistente en la sustitución de células específicas del tejido por las de la reacción inflamatoria aséptica que genera el dispositivo intrauterino, como cuerpo extraño que es, lo cual lleva a una menor viabilidad de los espermatozoides y los ovocitos. (Torres Montañés, 2016)

Los efectos beneficiosos son que ayuda a proteger contra riesgo de embarazo, no interfiere con el coito, su extenso uso lo hace rentable, es insertado, no provoca más gastos, son ampliamente reversibles y no se altera la fecundidad, una vez retirado la mujer puede quedar embarazada inmediatamente. No hay mayor riesgo de neoplasias del aparato genital o las glándulas mamarias y se vinculan con menor riesgo de cáncer endometrial. A menudo son útiles en pacientes en las cuales se necesita evitar la exposición a hormonas. Una solicitud de extracción

proporciona una oportunidad para la atención previa a la concepción. (Torres Montañés, 2016)

Entre los criterios de elegibilidad médica para las mujeres que no tienen riesgo con el uso de este método están:

- Mujeres en edad fértil, mayores de 20 años de edad, con vida sexual activa que deseen un método anticonceptivo temporal de alta efectividad y seguridad, que han recibido consejería apropiada y han tomado una decisión informada y no hay contraindicaciones para su uso.
- Mujeres que han tenido hijos y desean utilizar este método.
- Mujeres que no deseen el uso de otros métodos anticonceptivos.
- Mujeres que tengan dificultad para obtener anticonceptivos con regularidad
- Mujeres trans parto, trans cesárea y después de 4 semanas del nacimiento, estén lactando o no.
- Historia de cirugía pélvica.
- Mujeres a partir de los 20 años de edad, sean fumadoras o no.
- Obesidad.
- En las siguientes circunstancias:
 - En el intervalo ínter genésico.
 - En el posparto.
 - Trans y post cesárea, con o sin lactancia.
 - En el post aborto.

Colocando a las puérperas entre las que más les favorece este método para su utilización posterior al embarazo. (MINSA, 2015)

Lineamientos generales para la prescripción.

El DIU puede ser insertado en los siguientes momentos:

- **Período ínter genésico:** El DIU se inserta preferentemente durante la menstruación o en cualquier día del ciclo cuando se esté razonablemente seguro de que no hay embarazo.
- **Post placenta:** La inserción debe realizarse dentro de los diez minutos posteriores a la salida de la placenta, puede realizarse después de un parto o durante una cesárea.
- **Post aborto:** Inmediatamente después de la aspiración endouterina o después del legrado por aborto.
- **Pre alta de la unidad de salud:** Tras la resolución de cualquier evento obstétrico, al momento del egreso hospitalario y antes de que sea enviada a su domicilio.
- **Puerperio tardío:** Entre la cuarta y sexta semana post aborto, posparto o post cesárea. Debe ser aplicado después de: Proporcionar consejería. Determinar el riesgo reproductivo. (MINSa, 2015)

Instrucciones Post Inserción para la usuaria

Se deben proporcionar instrucciones verbales y por escrito, utilizando un lenguaje sencillo:

- Informar sobre el tipo de DIU que se colocó, mostrarle el dispositivo o una foto del mismo.
- Debe entregársele el instructivo que trae el DIU y ponerle el nombre de la usuaria; la fecha de la aplicación y la fecha del cambio.
- Explicarle cuánto tiempo la protegerá.

- Explicarle la forma de verificar la posición de los hilos por lo menos una vez al mes, principalmente después de la menstruación.
- Explicarle que algunas mujeres pueden experimentar cólicos, sangrados abundantes o ligeros manchados intermenstruales.
- Informarle acerca de los síntomas de las complicaciones potenciales: dolor abdominal constante, dispareunia, leucorrea abundante (exudado transvaginal), fiebre post inserción, amenorrea u otros síntomas de embarazo, ligeros manchados intermenstruales, sangrado post coito; orientarla a dónde acudir en caso de que se produzcan estas situaciones.
- Garantizarle que el DIU se puede retirar en cualquier momento en caso que cambie de parecer acerca del método y que no es aconsejable retirarlo personalmente.
- En el caso de las inserciones posparto y trans cesárea:
- Recordarle que el DIU no afecta la lactancia.
- Aclararle que en pocas semanas los hilos pasarán del útero a la vagina, los cuales serán cortados posteriormente durante la visita de seguimiento.
- Informarle sobre la posibilidad de expulsión, principalmente durante las primeras semanas, en cuyo caso se puede colocar un nuevo DIU, si lo desea. (MINSA, 2015)

Efectos colaterales

Dolor post inserción: El cual puede ser leve es normal; indicar analgésicos, cuando es severo puede indicar una complicación (por ejemplo, una perforación), consultar o referir. (MINSA, 2015)

Dismenorrea: Se trata con analgésicos tipo Indometacina; si persiste y es muy intensa se debe retirar el DIU. (MINSA, 2015)

Flujo vaginal: En forma de exudado se considera normal. Si es muy abundante o de características patológicas tomar cultivo y dar tratamiento según resultados. (MINSAs, 2015)

Spotting o Sangrado leve pos inserción, este spotting o sangrado leve Inter menstrual es normal durante los 3 a 6 meses de uso del DIU de cobre, explicar a la paciente que no es lesivo y por lo general disminuye con el tiempo. Se le puede dar tratamiento a la usuaria con anti-inflamatorios no esteroideos (AINES) durante los días de sangrado. En mujeres con spotting y sangrado persistente, descartar causas ginecológicas, tratar o derivar para atención, pensar en una complicación (perforación). Si no se diagnostica problema ginecológico y el sangrado es inaceptable para la mujer, extraer el DIU y aconsejar un nuevo método anticonceptivo. (MINSAs, 2015)

Sangrado menstrual más profuso o más prolongado en relación a los períodos normales, si se vuelve más profuso y más prolongado, es común durante los primeros 3 a 6 meses de uso del DIU de cobre, por lo general disminuye con el tiempo. Descartar patología ginecológica, tratarlo o derivar para tratamiento.

Si el sangrado continúa siendo muy profuso o prolongado, si se presentan signos clínicos de anemia o si la mujer encuentra inaceptable el sangrado, retire el DIU y ayúdela a elegir otro método anticonceptivo. (MINSAs, 2015)

Complicaciones

- Expulsión del DIU, parcial y/o completa.
- Pérdida u otro problema de los hilos del DIU.
- Perforación - Incrustación.
- Enfermedad inflamatoria pélvica.
- Embarazo.

Tratar la EPI utilizando antibióticos adecuados. Si la mujer desea seguir utilizando el DIU de cobre, no hay necesidad de extraerlo. Si no desea continuar con el DIU, extraerlo después de iniciado el tratamiento antibiótico. Ayudarle a escoger otro método anticonceptivo. Si la infección no mejora, retirar el DIU y continuar con los antibióticos. (MINSA, 2015)

Seguimiento de la usuaria

Las revisiones subsecuentes de la usuaria del DIU posterior a su colocación deben programarse de la siguiente manera:

- La primera Revisión debe programarse entre la 4^a y 6^a semana posteriores a la inserción; evaluar la satisfacción con el método, los cambios en el ciclo menstrual, practicar examen ginecológico, evaluar la posición correcta del DIU mediante la visualización de los hilos guía del DIU, investigar efectos colaterales y descartar complicaciones como embarazo, infecciones cérvico vaginales. (MINSA, 2015)
- Si la aplicación se realizó después de un evento obstétrico, se recortarán los hilos del DIU a una distancia de dos centímetros por fuera del orificio externo del cérvix.
- La segunda revisión se debe efectuar a los tres meses, haciendo una evaluación similar a la anterior.
- La tercera revisión en seis meses.
- En la visita anual se debe efectuar toma de muestra para citología cérvicovaginal (Papanicolaou) y examen de mamas. (MINSA, 2015)

Conocimiento:

El conocimiento, se ha definido como un proceso en el cual se relacionan un sujeto cognoscente (quien conoce) con un objeto de conocimiento (aquello que se conoce) lo que da como resultado un producto mental nuevo, llamado

conocimiento. En la literatura, el conocimiento es comúnmente visto como una condición previa necesaria, aunque no suficiente, para el comportamiento de una persona. Los autores confirman el poder predictivo del conocimiento, aunque concluyen que, por sí solo, este conocimiento, no se traduce en un comportamiento, sino que su efecto es indirecto. (Torres Montañés, 2016)

Actitudes:

La actitud, Allport (1935) consideró a la actitud como un estado mental o neuronal de predisposición, organizado a través de la experiencia, que tiene una influencia directa y dinámica sobre las respuestas del individuo a todos los objetos o situaciones con los que está relacionado. La concepción de actitud más generalizada hasta el momento actual pareciera ser la formulada por Katz y Scotland (1967) y actualizada por Krech y Crutchfield (1962), consta de los componentes: cognoscitivo, afectivo y conductual. (Torres Montañés, 2016)

- El componente cognitivo: Creencias que se tienen acerca de un objeto, con base en el conocimiento que se tenga del mismo. Sin embargo, las creencias evaluativas (creencias acerca de las cualidades deseables e indeseables, aceptables o inaceptables y buenas o malas) parecen ser las más importantes para la actitud como concepto de disposición. (Torres Montañés, 2016)
- El componente afectivo: Aspecto de mayor importancia en una actitud (Fishbein, 1965). Por lo general, se le toma como la respuesta emocional asociada con una categoría cognoscitiva a un objeto de la actitud. Este componente se forma a través de los contactos que hayan ido ocurriendo entre la categoría y ciertas circunstancias placenteras o desagradables. (Torres Montañés, 2016)
- El componente conductual: Acto de la conducta que probablemente exhibirá un individuo en presencia de ciertos estímulos. Este componente permite anticipar la conducta que mostrará un individuo cuando se enfrenta con el objeto de la actitud. (Torres Montañés, 2016)

Prácticas:

Las prácticas que realiza una persona se definen como el ejercicio o realización de una actividad de forma continuada y conforme a sus reglas aplicación particular de una idea, doctrina o teoría. Uso continuado o costumbre habitual (Oxford, 2012)

DISEÑO METODOLÓGICO

Tipo de estudio: El presente estudio cuantitativo, descriptivo de corte transversal.

Área de estudio: El estudio se realizó en el área de alto riesgo obstétrico del Hospital Escuela Bertha Calderón en el período del 1 al 31 de octubre del 2017.

Unidad de análisis: Pacientes ingresadas en el área de alto riesgo obstétrico en el período de 1 al 31 de octubre del 2017.

Universo: Estará constituido por las 200 pacientes, que corresponde al promedio de pacientes que son ingresadas de forma mensual en la sala de alto riesgo obstétrico.

Muestra: Corresponde a 120 pacientes, esta fue calculada por medio de una ecuación estadística para proporciones de poblaciones:

$$n = \frac{z^2(p \cdot q)}{e^2 + \frac{z^2(p \cdot q)}{N}}$$

n= Tamaño de la muestra

z= Nivel de confianza al 90%

p= Proporción de la población con la característica deseada

q= Proporción de la población sin la característica deseada

e= Nivel de error al 5%

N= Tamaño de la población

Criterios de inclusión:

- Pacientes que acepten ser parte del estudio.

Criterios de exclusión:

- Pacientes que no acepten ser entrevistadas.

Técnica de recolección de información

El instrumento utilizado para la recolección de los datos en este estudio fue el formulario con preguntas cerradas que van de acuerdo a los objetivos planteados y el método fue la entrevista debido a que el encuestador interrogó a la participante de forma directa.

Para la recolección de la información se solicitó permiso a la dirección del Hospital Bertha Calderón quienes dieron su permiso para la ejecución del estudio, de forma que se le informó al personal de salud de la presencia de los encuestadores y al personal de estadística para que brindara información a los investigadores sobre el movimiento de cama para el cálculo de la muestra.

Se realizará previo ensayo del instrumento de recolección de la información, con un grupo focal de conocimientos del DIU con un total de 10 entrevistados (médicos, enfermeras) con el objetivo de conocer y eliminar los sesgos de la información. La información se procesará en paquetes estadísticos y se presentará en tablas y gráficas para una mejor interpretación.

Método de instrumento para el análisis de la información

Una vez obtenidas las encuestas llenadas por las embarazadas ingresadas en ARO se procedió a introducir los datos en forma de variables, en el programa SPSS versión 19, según las variables medibles que contienen cada objetivo.

Para valorar los conocimientos se realizaron un total de 9 preguntas de las cuales 6 de ellas estaban en sentido positivo y 3 en sentido negativo; dándole el valor de 1 punto a cada pregunta correcta, con un total de 9 puntos de los cuales 7-9 se

consideró un buen conocimiento, de 4-6 regular y menor de 3 un conocimiento malo.

Seguidamente Para valorar la actitud se utilizó la escala LIKERT, codificada por 5 ítems pres codificados de la siguiente manera:

	Juicio positivo	Juicio negativo
TA = Totalmente de acuerdo	5	1
A= de acuerdo	4	2
I = indiferente	3	3
D = en desacuerdo	2	4
TD = totalmente en desacuerdo	1	5

La cual será analizada como actitudes adecuadas e inadecuadas, el juicio positivo dependerá de la afirmación preguntada a la participante de tal manera que existieron preguntas a las que debieron haber contestado como de acuerdo siendo este un juicio positivo y adecuado, de no ser así este posee un juicio negativo y por lo tanto inadecuado. Se agruparon en 2 grupos, bueno y malo, siendo bueno todo aquello que respondió como totalmente de acuerdo y de acuerdo, y malo el que respondió indiferente, en desacuerdo y totalmente en desacuerdo.

Las prácticas de las pacientes en estudio fueron evaluadas en prácticas con riesgo y sin riesgo. Para efectos de medidas las prácticas con riesgo se tomaron como malas y las prácticas sin riesgo como buenas con un total de 6 preguntas, cada una con valor de 1 punto. El puntaje máximo 6 nos orienta una buena práctica, y toda la encuesta que no obtenía ese valor se consideró mala, es decir menos de 6.

Posteriormente se realizaron tablas de salida para las variables en frecuencia y porcentaje para su análisis e interpretación de los resultados, su posterior discusión y las conclusiones del estudio, y por último las recomendaciones.

Enumeración de variables

1. Identificar características demográficas de las mujeres en estudio:

- Edad
- Estado civil
- Ocupación
- Religión
- Escolaridad
- Procedencia

2. Identificar datos gineco-obstétricos del grupo de mujeres en estudio.

- Menarca
- Inicio de vida sexual activa
- Gestas
- Para
- Cesáreas
- Aborto
- Legrado
- Número de hijos

3. Describir el nivel de conocimientos que poseen el grupo de mujeres en estudio

- Conocimientos
- Nivel de conocimientos

4. Valorar las actitudes que poseen el grupo de mujeres en estudio.

- Actitudes
- Nivel de actitudes

5. Describir el tipo de prácticas que tienen el grupo de mujeres en estudio.

- Prácticas
- Tipo de prácticas

6. Describir la fuente de información que tienen las mujeres en estudio

- Fuente de información

Operacionalización de variables

Objetivo 1: Identificar características demográficas de las mujeres en estudio

VARIABLE	CONCEPTO	INDICADOR	VALOR
Edad	Tiempo de vida transcurrido desde el nacimiento de la encuestada hasta la realización de la encuesta.	Años cumplidos	10 a 19 años 20 a 29 años 30 a 39 años Más de 40 años
Estado civil	Situación legal en que se encuentra una persona en relación con otra, con quien se crean lazos, sin que sea su pariente.	Respuesta de la encuestada	Soltera Casada Acompañada
Ocupación	Actividad laboral o quehacer diario al que se dedica la paciente.	Respuesta de la encuestada	Ama de casa Profesional Otros
Religión	Conjunto de creencias o dogmas, símbolos prácticos, que posee el objetivo de venerar a uno o varios dioses.	Respuesta de la encuestada	Católica Evangélica Testigo de Jehová Otros
Escolaridad	Nivel académico más alto alcanzado por la paciente.	Respuesta de la encuestada	Analfabeta Primaria Secundaria Técnico Universitario
Procedencia	Área geográfica poblacional donde reside el encuestado.	Ubicación geográfica	Rural Urbana

Objetivo 2: Identificar datos gineco-obstétricos del grupo de mujeres en estudio.

VARIABLE	CONCEPTO	INDICADOR	VALOR
Menarca	Fecha del primer sangrado menstrual.	Edad en años	9 a 11 años 12 a 14 años 15 a 17 años
Inicio de Vida Sexual Activa	Edad de inicio de prácticas sexuales	Edad en años	11 a 13 a años 14 a 16 años 17 a 19 años Mayor de 19 años
Más de 2 compañeros sexuales	Pacientes que han tenido más de 2 parejas.	Respuesta de la encuestada	11 a 13 a años 14 a 16 años 17 a 19 años Mayor de 19 años
Gesta	Número de embarazos	Respuesta de la encuestada	0-2 3-4 5 ó más
Para	Nacimientos por vía vaginal	Respuesta de la encuestada	0-2 3-4 5 ó más
Cesárea	Nacimientos por intervención quirúrgica	Respuesta de la encuestada	0-2 3-4 5 ó más
Aborto	Producto perdido con peso menor de 500gr	Respuesta de la encuestada	0-2 3-4 5 ó más
Legrado	Proceso ginecológico practicada en el útero con el objetivo de	Respuesta de la encuestada	0-2 3-4 5 ó más

	extracción de restos.		
Número de hijos	Nacimiento de producto vivo, vía cesárea o vaginal	Respuesta de la encuestada	0-2 3-4 5 ó más

Objetivo 3: Describir el nivel de conocimientos que tienen la muestra.

VARIABLE	CONCEPTO	INDICADOR	VALOR
Conocimientos sobre DIU	Conjunto de información obtenida sobre el DIU T de cobre como método de planificación	Respuesta de la encuestada	SI NO
Conocimiento de importancia de planificación familiar	Conjunto de información obtenida sobre la importancia de la planificación familiar	Previene enfermedades de transmisión sexual. Previene embarazos no deseados Reduce el número de hijos	SI NO
Conocimientos sobre beneficios del DIU.	Conjunto de información obtenida sobre los beneficios del DIU	Decidir cuántos hijos tener Ahorrar dinero Visitar menos al médico para consultas de planificación, solo 1 de cada 100 mujeres queda embarazada usándolo.	SI NO
Conocimientos sobre desventajas DIU	Conjunto de información obtenida sobre las desventajas del DIU	No protege contra enfermedades de transmisión sexual. Se encarna en el útero de la mujer. Da infecciones de la vagina. Se puede salir en cualquier	SI NO

		momento. Produce más dolor al bajar la regla.	
Conocimientos sobre funciones del DIU	Información obtenida de las funciones que tiene el DIU	Es 100% seguro para prevenir embarazos. Raras veces previene el embarazo. Nunca funciona Solo falla cuando no se coloca bien Protege de infecciones de transmisión sexual	SI NO
VARIABLE	CONCEPTO	INDICADOR	VALOR
Conocimiento cuando colocar DIU	Información obtenida cuando o en qué momento la mujer se debe colocar el DIU	Durante la regla Después de la regla Antes de la regla En todo momento sino está embarazada Después de un parto, cesárea o aborto	SI NO
Conocimientos de cuando retirar el DIU	Información obtenida en qué momento la mujer se debe retirar el DIU	Cuando se encarna Cuando hay hemorragias Cuando no se ven los hilitos Cuando a la mujer le da una infección vaginal Cuando da mucha secreción vaginal Cuando le molesta mucho a la pareja en la relación sexual	SI NO

		Cuando da mucho dolor pélvico Cuando la mujer ya no desea planificar	
Conocimiento sobre donde se coloca el DIU	Información obtenida sobre donde se coloca el DIU	Centro de salud Hospital Clínica privada Puesto de salud En la casa	SI NO

Objetivo 4: valorar las actitudes que muestran el grupo en estudio.

VARIABLE	CONCEPTO	INDICADOR	ESCALA/ VALOR
Actitud sobre los mitos del DIU	Actitud ante las ideas que pretenden reflejar y explicar un determinado concepto de la sociedad respecto al DIU pero que son incorrectos	Respuesta de la encuestada	Totalmente de acuerdo De acuerdo Indeciso Desacuerdo Totalmente en desacuerdo

Actitudes acerca de las mujeres que pueden usar el DIU	Actitud ante el hecho de que mujeres o características deben cumplir las mujeres que hacen uso del DIU	Respuesta de la encuestada	Totalmente de acuerdo De acuerdo Indeciso Desacuerdo Totalmente en desacuerdo
Actitud acerca de las molestias del DIU	Actitud que adoptan las mujeres acerca de las incomodidades que pueden producir al usar el DIU	Respuesta de la encuestada	Totalmente de acuerdo De acuerdo Indeciso Desacuerdo Totalmente en desacuerdo
Actitud acerca de cómo protege el DIU de las ITS	Actitud que adoptan las mujeres de cómo el DIU puede o no protegerlas ante las infecciones de transmisión sexual	Respuesta de la encuestada	Totalmente de acuerdo De acuerdo Indeciso Desacuerdo Totalmente en desacuerdo
Actitud acerca de cómo protege el DIU del embarazo.	Actitud que adoptan las mujeres de cómo el DIU les ayuda a prevenir un embarazo	Respuesta de la encuestada	Totalmente de acuerdo De acuerdo Indeciso Desacuerdo Totalmente en desacuerdo

Objetivo 5: Describir el tipo de prácticas que tienen las mujeres en estudio.

VARIABLE	CONCEPTO	DIMENSIONES	INDICADOR	ESCALA/ VALOR
----------	----------	-------------	-----------	------------------

Práctica	Acción que se desarrolla con la aplicación de ciertos conocimientos	Ha utilizado el DIU como método anticonceptivo Tiempo de uso del DIU Número de veces de visitas para su seguimiento	Según respuesta de la encuestada	Con Riesgo Sin Riesgo
Nivel de práctica	Grado de acción que desarrolla al aplicar		Según respuesta de la encuestada	Buena Mala

Objetivo 6: describir la fuente de información que tienen el grupo de mujeres en estudio.

VARIABLE	CONCEPTO	INDICADOR	ESCALA/ VALOR
Fuente de información	Medio por el cual obtuvo la información acerca del DIU	Respuesta de la encuestada	Televisión Radio Internet Libro de textos Personal médico Familiares Amigos Parejas

Aspectos éticos de la investigación

Las participantes del estudio deben de estar de acuerdo y aceptar voluntariamente el consentimiento informado donde se le explicará el concepto del estudio,

explicándose también en éste; cuales son los objetivos del estudio y los detalles sobre el procedimiento que incluyen los beneficios.

La relación riesgo-beneficio en este estudio es positiva debido a que no existen riesgos y amplios beneficios

Se mantendrá la privacidad y confidencialidad en este estudio, en la relación médico-paciente, toda la información será confidencial y no se publicarán datos personales ó otro tipo de información privada que brinde el estudiante, pues que los datos obtenidos serán utilizados única y exclusivamente para la realización del presente estudio. Sólo se publicarán datos y resultados globales provenientes de los distintos hospitales en estudio.

RESULTADOS

En cuanto al estudio realizado en ARO del Hospital Bertha Calderón Roque, en el período de Octubre 2017; sobre los datos socio demográficos se encontró que las 34

edades que predominaban comprendían entre 20 – 29 años con una muestra de 76 (63%), seguidas de 10 – 19 años con una muestra de 32 (27%) ,30 – 39 años con muestra de 12 (10%) y ninguna de las participantes en el estudio tenía más de 40 años. (Ver anexo tabla 1)

Al referirnos al estado civil de las personas en estudio, encontramos acompañadas 64 (53%), casadas 32 (27%) y solteras 24 (20%). (Ver anexo tabla 2)

La principal ocupación de las participantes en el estudio fue ama de casa con una muestra de 100(83%), seguida de las que trabajan en su profesión 12(10%) y una muestra de 8(7%) en otras ocupaciones laborales. (Ver anexo tabla 3).

La principal religión que profesan las mujeres del estudio con una muestra de 60 (50%) son evangélica, seguidas por testigo de Jehová 36 (30%), luego católica 24 (20%), y ninguna profesa otra religión. (Ver anexo tabla 4)

En la escolaridad con una muestra de 72 (60%) cursaron secundaria, 28 (23%) cursaron la primaria, universitarias 16 (13%), técnicas medias con una muestra de 4 (3%) y ninguna de las mujeres era analfabeta. (Ver anexo tabla 5).

Y si hablamos de la procedencia de las mujeres en estudio, con una muestra de 68 (57%) son habitantes del área urbana, y 52 (43%) provienen del área rural. (Ver tabla 6)

En cuanto a los antecedentes ginecológicos de las participantes del estudio, su menarca predominó entre los 15-17 años, con una muestra de 55(46%), seguidos 9-11 años 34(28%) y de 12-14 años con una muestra de 31 (2%). La mayoría tuvo su inicio de vida sexual activa entre los 11 – 13 años con una muestra de 60 (50%), y una muestra de 34 (28%) lo hicieron entre las edades de 14-16 años, seguido de 17-19 años con una muestra de 18(15%) solamente 8(7%) lo inicio después de los 19 años.

De las pacientes que ivsa entre los 11-13 años 55(92%) han tenido más de 2 compañeros sexuales, entre los 14-16 años 20(60%) entre los 17-19 años 7(41%) y 35

después de los 19 años solo 1(18%) De estas encuestadas una muestra de 88 pacientes (73%) tenía entre 0 – 2 hijos, 32 (27%) entre 3 – 4 hijos y ninguna más de 5 hijos. (Ver anexo tabla no. 7).

Siempre con los antecedentes obstétricos de las mujeres, en cuanto a gestas con una muestra 72 (60%) tenía entre 0 – 2 gestas, 40(33%) entre 3 – 4 gestas y 8 (7%) de 5 a más gestas. Sobre las paros con una muestra de 87(73%) tenía entre 0 a 2 partos, 25 (21%) entre 3 a 4 partos y 8 (6%) más de 5 partos. Ahora bien, la vía alterna de nacimiento cesárea con un total de 30 pacientes, 20 (67%) de ellas tuvo entre 1 – 2 cesáreas, 10 (33%) 3 – 4 y ninguna más de 5. (Ver anexo tabla no.8)

En cuanto a la importancia que le dan las mujeres a la planificación familiar según su conocimiento es que una muestra de 96 (80%) afirmó que previene embarazos no deseados y reduce el número de hijos y 24 (20%) que no y una muestra de 70(58%) opina que ayuda a prevenir enfermedades de transmisión sexual, 50(42%) refirió que no. (Ver anexo tabla 9)

Los conocimientos sobre métodos de planificación familiar (MPF), 75 personas (62.5%) refirió que el valerato de estradiol + enantato de norestisterona era un método de planificación y 45 (37.5%) dijo que no; 72 (60%) dijo que la depo-provera y el condón era un método de planificación y 48 (40%) dijo que no; 112 (93%) reconoce la T de cobre como método de planificación y 8 (7%) dijo que no; 56 (46.7%) reconoce la esterilización quirúrgica femenina como un método de planificación y 64 (53.3%) dice que no; en cuanto a la PPMS y esterilización quirúrgica masculina una muestra de 48(40%) dijo que son un método de planificación familiar y 112 (93.3%) refieren que el aborto no es un método de planificación y 8 (6.7%) dice que si es. (Ver anexo tabla no.10)

Del conocimiento sobre los beneficios del DIU, una muestra de 84(70%) opina que ayuda a decidir cuántos hijos tener, 36(30%) que no, 72(60%) piensa que ahorra dinero y el 48 (40%) no lo cree de esa manera; 36 (30%) piensa que solo 1de cada 100 mujeres queda embarazada usándolo y 84 (70%) piensa lo contrario; y solo 32 (26.7%)

considera que permite ir menos al médico por asuntos relacionados a planificación familiar el otro 88 (73.3%) no. (Ver anexo tabla no. 11)

Sobre las desventajas del DIU, 100 (83.3%) refieren que se encarna en el útero de la mujer y que produce dismenorrea, 20 (16.7%) refieren que no; 50 (41.7%) dice que no protege contra enfermedades de transmisión sexual y 70(58.3%) dice que si protege; 60 (50%) dicen que da infecciones vaginales y que se puede salir en cualquier momento, 60 (50%) dice que no es así y 100 (83.3%) dice que no hace que le baje más fuerte la menstruación y 20 (16.7%) dice que sí.(Ver anexo tabla no. 12)

Cuando hablamos sobre las funciones del DIU; una muestra de 84 (70%) refiere que solo falla cuando no se coloca bien y 36 (30%) que es falso; 96 (80%) refiere que previene el embarazo y 24(20%) dice que no, y que nunca funciona 36 (30%) y dice lo contrario 84(70%), que rara vez previene el embarazo 24 (20%) y 96(80%)dice lo contrario,70 (58%) refiere que protege de infecciones de transmisión sexual y 50 (42%) dice que no dicha protección. (Ver anexo tabla 13)

Conocimiento sobre cuándo se debe colocar el DIU; 40 (33.3%) refieren que en todo momento sino está embarazada, 80 (66.7%) dice que no es así; 32 (26.7%) dice que después de la regla, 88 (73.3%) no están de acuerdo; 16 (13.3%) dice que antes de la menstruación y 104 (86.7%) en desacuerdo; y 8 (6.7%) refieren que durante la menstruación y 112 (93.3%) refieren que no es así. (Ver anexo tabla no. 14)

Del conocimiento sobre cuándo se debe retirar el DIU; 84 (70%) refiere que se debe retirar cuando la mujer ya no desea planificar, 36 (30%) no está de acuerdo y 80 (66.7%) que se debe retirar cuando hay hemorragias y 40 (33.3%) que no se debe retirar; 64(53.3%) cuando no se ven los hilos del DIU y 56(46.7%) dijo que no es necesario, cuando produce infección vaginal 60(50%) dice que si e igual porcentaje dice lo contrario, cuando da secreción vaginal abundante 55(46%)dice que si y 65(54%) dice que no es así, y cuando le da dolor severo 70(58.3%) dice que se debe retirar y 50 (42%) dice que no es así y 56 (46.7) que cuando le molesta mucho a la pareja en la relación sexual, 64 (53.3%) no está de acuerdo. (Ver anexo tabla no. 15)

En cuanto al conocimiento sobre donde se pueden colocar el DIU las mujeres, las participantes del estudio opinaron 72 (60%) en el hospital, 48 (40%) que no; 68 (56.6%) en casa, 52 (43.3%) que no; 48 (40%) en clínica privada, 72 (60%) no lo considera así; en el puesto de salud 40 (33.3%), no el 80(66.7%); y en el centro de salud 32 (26.7%) y no 88 (73.3%). (Ver anexo tabla no. 16)

Cuando hablamos de los conocimientos que las participantes del estudio mostraron podemos decir que fue mala; presentando debilidades significativas en momentos en el cual colocar DIU con una muestra de 20 (16.6%), funciones del DIU 36 (30%); y el sitio donde acudir a colocar el DIU 48 (40%); además de creer que previene de infección de transmisión sexual, pero si una muestra de 112 (93.3%) conocían el DIU. (Ver anexo tabla no. 17)

La actitud encontrada en las participantes del estudio sobre los mitos del DIU fue la siguiente una muestra de 80 (66.8%) está totalmente de acuerdo que el DIU se encarna en las mujeres, 20(16.6%) está de acuerdo, 20 (16.6%) indiferente y ninguna en desacuerdo. Una muestra de 30 (25%) piensan que las mujeres que usan DIU más de 2 años les da cáncer, 10 (8.4%) está de acuerdo, 60(50%) es indiferente y 20(17%) en total desacuerdo; 30 (25%) totalmente de acuerdo hacen que la mujer aborte si está embarazada, 46 (38.4%) indiferente, 44 (36.6%) totalmente desacuerdo. Una muestra de 20(16.6%) es totalmente de acuerdo de que el DIU se puede ir al estómago, 80(66.8%) indiferente, y 20(16.6%) en total desacuerdo. Sobre que el DIU puede dañar el pene del hombre una muestra de 46(38%) está totalmente de acuerdo, 25(21%) está de acuerdo, 31(26%) es indiferente, 6(5%) está en desacuerdo y 18(15%) está totalmente en desacuerdo. Sobre si con el uso del DIU se pueden quedar estériles 20(16.6%) está totalmente de acuerdo, 12(10%) de acuerdo, 72(60%) indiferente, 16 (13.4%) desacuerdo y 0(0%) en total desacuerdo; y al hablar de que puede causar embarazo fuera del útero una muestra de 24 (20%) está totalmente de acuerdo, 0 (0%) de acuerdo, 50 (41.7%) indiferente, 0 (0%) en desacuerdo y 46 (38.3%) totalmente desacuerdo. (Ver anexo tabla no. 18)

Las actitudes sobre que mujeres pueden usar el DIU una muestra de 72 (60%) está totalmente de acuerdo con que las mujeres que acaban de parir pueden usar el DIU, 0 (0%) de acuerdo, 24 (20%) indiferente, 0 (0%) en desacuerdo y 24 (20%) en total desacuerdo. Una muestra de 40 (33.3%) está totalmente de acuerdo con que solo las casadas pueden usarlo, 53 (44.2%) de acuerdo, 27 (22.5%) es indiferente, 0 (0%) en desacuerdo y total desacuerdo; 30 (25%) está totalmente de acuerdo con que todas las mujeres pueden usarlo, 30(25%) está de acuerdo, 36(30%) es indiferente, 10(8.3%) en desacuerdo y 14 (11.7%) en total desacuerdo; una muestra de 30 (25%) está totalmente de acuerdo de que solo las mujeres que tienen una pareja sexual pueden usarlo, 42 (35%) está de acuerdo, 24 (20%) indiferente, 0 (0%) en desacuerdo y 24 (20%) en total desacuerdo; 24(20%) está totalmente de acuerdo con que las mujeres que tienen SIDA pueden usar el DIU, el 0 (0%) de acuerdo, 72 (60%) indiferente, 10(8.3%) en desacuerdo y 14 (11.7%) en total desacuerdo y 20(16.7%) está totalmente de acuerdo de que las mujeres que no les bajan la regla no pueden usarlo, 0(0%) de acuerdo, 28(23.3%) indiferente, 48 (40%) en desacuerdo, 24(20%) en total desacuerdo (Ver anexo tabla no. 19)

Las actitudes sobre las molestias del DIU, una muestra de 36 (30%) está totalmente de acuerdo con que hiera el pene y lo hace sangrar, 20 (17%) está de acuerdo, ninguno es indiferente y 40 (33%) en desacuerdo y 34 (28%) en total desacuerdo; 32(26.7%) está totalmente de acuerdo con que da mal olor vaginal, 0(0%) de acuerdo, 76(63.3%) indiferente, 6(5%)en desacuerdo y 6(5%) en total desacuerdo. Al hablar de que los hilos se pueden enredar en el pene y lastimarlo, una muestra de 32(26.7%) está totalmente de acuerdo, 40(33.3%) es indiferente en igual porcentaje en desacuerdo y 8 (6.7%) en total desacuerdo; 16 (13.3%) está totalmente de acuerdo con que puede causar infecciones el DIU, 16(13.3%) de acuerdo, 76(63.3%) es indiferente y 12(10%) en total desacuerdo. Y 46(38%%) personas está totalmente de acuerdo con que el DIU hinca un poco el glande del pene,25(21%) de acuerdo, 31(26%) es indiferente o y 6(5%) en desacuerdo y 12(15%) en total desacuerdo; 20 (16.7%) está en total acuerdo con que el DIU da picazón vaginal, 32 (26.7%) está de acuerdo, 60(50%) indiferente, 4(3.3%) en desacuerdo y en total desacuerdo (Ver anexo tabla no. 20)

En cuanto a las actitudes sobre como protege el DIU en las ITS, con respecto a que si el DIU hace que le den ITS a las mujeres 6 personas (5%) estuvo totalmente de acuerdo, 12 (10%) de acuerdo, 30(25%) indiferente, 34 (28%) en desacuerdo y 38(32%) en total desacuerdo; 10 (8.3%) estuvo totalmente de acuerdo con que el DIU trae antibiótico que protege a la mujer, el mismo porcentaje estuvo de acuerdo, 80 (66.7%) indiferente, 5 (4%) en desacuerdo y 16 (13%) en total desacuerdo y 42(35%) estuvo totalmente de acuerdo con que el DIU protege de las infecciones como el condón, 28(23%) de acuerdo, 32(27%) indiferentes, 6 (5%) en desacuerdo y 12(10%) en total desacuerdo. (Ver anexo tabla no. 21)

Con respecto a cómo el DIU protege contra el embarazo una muestra de 16 (13.3%) está totalmente de acuerdo que impide el paso del espermatozoide de forma mecánica, 0 (0%) de acuerdo, 50 (41.7%) indiferente, 25 (20.8%) de acuerdo y 29 (24.2%) totalmente desacuerdo; 14 (11.6%) estuvo totalmente de acuerdo con que el DIU solo le funciona a la mitad de las mujeres, 10(8.3%) de acuerdo, 40(33.3%) indiferente, 28(23.3%) en desacuerdo y 28(23.3%) en total desacuerdo. Al hablar que el DIU impide el paso del óvulo al útero, una muestra de 10 (8.3%) está totalmente de acuerdo, 14 (11.6%) de acuerdo, 40 (33.3%) indiferente, 28 (23.3%) en desacuerdo y 28 (23%) totalmente desacuerdo; una muestra de 5(4.2%) estuvo totalmente de acuerdo con que el DIU previene el embarazo con hormonas, 11 (9.2%) de acuerdo, 50(41.6%) indiferente, 29 (24.2%) en desacuerdo y 25(20.8%) en total desacuerdo. Ninguna estuvo totalmente de acuerdo con que el DIU mata a los espermatozoides, 16(13.3%) de acuerdo, 90(75%) indiferente, 14(11.6%) en desacuerdo y ninguna en total desacuerdo. (Ver anexo tabla no.22)

Por lo tanto podemos observar; que la población en estudio tiene una actitud ante los mitos 58 (48.3%) indiferente, 32 (26.6%) totalmente de acuerdo, 21 (17.5%) totalmente en desacuerdo, 6 (5%) de acuerdo y 3 (2.5%) en desacuerdo; la actitud de que mujeres pueden usar el DIU 36 (30%) totalmente de acuerdo, 35 (29.1%) indiferente, 21 (17.5%) de acuerdo, 17 (14.3%) totalmente en desacuerdo y 11 (9.1%) en desacuerdo; en cuanto a las molestias del DIU 42 (35%) es indiferente, 25 (20.8%) totalmente de

acuerdo, 24 (20%) totalmente desacuerdo, 17 (14.2%) en desacuerdo y 12 (10%) de acuerdo; ante como protege el DIU la actitud de las mujeres en estudio con una muestra de 52 (42.2%) es indiferente, 25 (20.8%) están en desacuerdo y totalmente desacuerdo, 9 (7.5%) están totalmente de acuerdo y de acuerdo; y al hablar de la actitud de la protección del DIU contra el embarazo una muestra de 54 (45%) es indiferente, 25 (20.8%) está en desacuerdo, 22 (18.4%) totalmente desacuerdo, 10 (8.3%) está de acuerdo y 9 (7.5%) totalmente de acuerdo (Ver anexo tabla 23).

Las prácticas sobre planificación familiar en las participantes del estudio fue la siguiente una muestra de 96(80%) alguna vez ha planificado con algún método de planificación familiar, 24(20%) no; y solamente una muestra de 14(14.5%) de ellas refirió haber planificado con DIU y 82(85.4%) dijo nunca haber planificado con él. (Ver anexo tabla no. 24).

De las mujeres que si han utilizado el DIU 7(39%) dicen que se debe colocar con la regla, y 3 (16%) que en cualquier momento sino está embarazada, 2 (11%) refieren que después del parto aborto o cesárea y 1 (6%) que antes de la regla, igualmente después de la regla y 3 semanas después del parto, y no saben 3 (16%). (Ver anexo tabla no.25).

Además las pacientes que si han utilizado el DIU, 6(32%) dicen que se debe revisar el DIU la primera vez al mes de la colocación, y 3(17%) la segunda revisión al tercer mes e igual porcentaje refieren de la tercera revisión a los 6 meses, 2(11%) al año, 1(6%) cuando lo desee la paciente, y 3(17%) no sabe. (Ver anexo tabla no.26).

También en las mujeres que han practicado con el DIU 6(33%) dicen que se debe retirar cuando da hemorragias, 3(17%) cuando mucho dolor e igual porcentaje cuando ya no desea planificar la mujer, 2(11%) cuando infección vaginal y mucha secreción vaginal, y no sabe 2(11%). (Ver anexo. Tabla 27).

Acerca de que si una embarazada puede colocarse el DIU una muestra de pacientes que si han usado el DIU 17(95%) dicen que no, y solo 1(5%) dijo no saber. (Ver anexo tabla no. 28).

Por último de las pacientes que si han practicado con el DIU como método de planificación familiar, 6(33%) respondieron que si se embarazan con la T de cu deben retirársela inmediatamente, 5(28%) que deben ir al médico para que el valore, 4(22%) se la dejarían todo el embarazo, y 3(17%) no saben qué hacer. (Ver anexo tabla no 29).

De acuerdo al tipo de método utilizado previamente a su embarazo una muestra de 55 (45%) con anticonceptivos inyectables, 24 (20%) con anticonceptivos orales y en la misma cantidad no planificaban; 10 (8.3%) con condón y solamente 7 (5.9%) usaba DIU. (Ver anexo tabla no. 30)

Por último, la fuente de obtención del conocimiento sobre el DIU refirió que con personal de enfermería 80 (66.7%) y 40 (33.3%) que no; radio 56 (46.6%) que sí y 64 (53.3%) que no, médicos 52 (43.3%) que sí y 68 (56.7%) que no; televisión 48 (40%) que sí y 72 (60%) que no; vecinos y amigos con una muestra de 50 (41.7%) que sí y 70 (58.3%) que no; por medio de internet una muestra de 44 (36.7%) dijeron que sí habían recibido información por este medio y 76 (63.3%) dijo que no; en libros y revistas 30 (25%) dijo que si habían leído y 90 (75%) que no; una muestra de 26 (21.7%) refirieron que si recibieron información de familiares pero 94 (78.3%) dijeron que no; y solamente 20 (16.7%) afirmaron que recibieron información de su pareja pero 100 (83.3%) dijeron que no. (Ver anexo tabla no. 31).

En conclusión los conocimientos de las paciente encuestadas fue mala con una muestra de 60(50%), regular 40(34%) y buena 20(16%). Las actitudes fue mala con un 70(58%), y buena con 50(42%), y las practicas de las pacientes que si han usado el DIU 13(11%) fueron con riesgo y 5(4%) sin riesgo. (Ver anexo tabla no 32).

ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

Sobre los datos socio demográficos la mayoría tenía entre 20 – 29 años una muestra de 76 (63.3%), sin embargo 32(27%) tenían entre 10 – 19 años, solamente 24(20%) de las pacientes eran solteras, el resto 96 (80%) de las pacientes contaba con una pareja; 100(83%) de las mujeres que participaron en el estudio eran amas de casa. Esto concuerda con datos que reportan que la tasa de fertilidad entre las adolescentes es de 112.7 por cada mil, la adolescencia es una etapa de constante cambios tanto físicos como emocionales en la cual se considera que las adolescentes deben evitar el embarazo debido a que no poseen la madurez física ni emocional aun y esto con lleva a un mayor riesgo de complicaciones durante la gestación. El acompañamiento de la pareja en este periodo es vital debido a que da un gran aporte al proceso emocional al que con lleva el embarazo y de lo contrario puede hacer más difícil el atravesar este proceso.

En Nicaragua desde el 2012 las mujeres pasaron a un plano laboral más activo en un 62%en comparación al 2009 que se situaba en un 48.1%, además de que el mayor porcentaje de mujeres que laboran se sitúa arriba de los 30 años, la muestra en este estudio conto con una buena parte de mujeres menores de 19 años y menores de 30 años.

La principal religión que profesaban las mujeres en el estudio una muestra de 60(50%) eran evangélicas, seguidos con una muestra de 36 (30%) testigos de Jehová y 24 (20%) eran católicos; la mayoría alcanzó el nivel de secundaria 72 (60%) y 68(57%) eran de la zona urbana. El hospital Bertha Calderón, aunque es un hospital de referencia nacional para la atención de la mujer se sitúa en el casco urbano de Managua, lo cual explique que la mayoría de las mujeres sean de zonas urbanas al igual que su nivel de educación que se debe al acceso a la educación que se tiene en la zona. Este porcentaje que alcanzó el nivel de secundaria se correspondió con el informe anual del MINED donde se mencionó que el 69% de los estudiantes de secundaria aprobaron el año escolar para el 2017.

En cuanto a los antecedentes ginecológicos de las participantes 55(46%) tuvo su menarca entre los 15 – 17 años, la mayoría 60(50%) tuvo su inicio de vida sexual activa entre los 11 – 13 años seguida por 34(28%) entre los 14-16 años, también estos dos grupos de edades fueron los que reportaron que han tenido más de 2 compañeros sexuales con 55(92%) el grupo que ivsa de 11-13 años y 20(60%) el grupo de 14-16 años y 88(73%) tenía entre 0 – 2 hijos; según datos reportados por el instituto nacional de información de desarrollo para el 2013 la edad media de la primera relación sexual en Nicaragua es de 16.8 años, además de que también se reporta una descendencia en la tasa de fecundidad.

De los antecedentes obstétricos de las mujeres 72(60%) tenía entre 0 – 2 gestas, sobre las paras 87 (73%) tenía entre 0 a 2 partos, la vía alterna de nacimiento cesárea 20 (67%) de ellas tuvo entre 0 – 2 cesáreas. Tomando en cuenta que la muestra presenta un porcentaje relevante de adolescente es importante mencionar que en Nicaragua para el 2013 el 24.4% de las adolescentes ya habían estado embarazadas, otro dato a mencionar es que el número de hijos nacidos vivos ha disminuido gradualmente en los últimos años según los reportes de ENDESA paso de 5.2 entre el 2006/7 a 4.6 entre 2011/12.

La importancia que le dan las mujeres a la planificación familiar según su conocimiento es que 70 (58%) opina que ayuda a prevenir enfermedades de transmisión sexual, 96(80%) afirmó que previene embarazos no deseados y 96(80%) opinó que reduce el número de hijos. A pesar de que la mayoría de las mujeres refirió conocer sobre el DIU la mitad de ellas le adjudico un atributo que no posee como es el de prevenir las enfermedades de transmisión sexual, sin embargo, los otros dos atributos son correctos debido a que es un método anticonceptivo temporal de alta efectividad.

Los conocimientos sobre métodos de planificación familiar (MPF) 48(40%) dijo que la PPMS es un método de planificación familiar, 72(60%) ve al condón como un MPF, menos de la mitad de las pacientes consideró tanto a la esterilización femenina como masculina un MPF, 72(60%) piensa que la inyección de tres meses sirve como MPF, la

mayoría no consideró el método del ritmo ni el aborto; y 112(933%) considera al DIU un MPF. Según las normas nacionales e internacionales no se considera a la PPMS un método de planificación familiar si no un método de anticoncepción de emergencia debido a que su uso frecuente puede causar efectos adversos en las pacientes, la esteriliza quirúrgica es un método de planificación familiar permanente pero considerado como tal, aunque la percepción de la mayoría de la muestra fue distinta. El método del ritmo si bien es un MPF natural no es muy efectivo sumado a la falta adecuada de conocimiento sobre los MPF produce que la población no lo considere como un MPF, un buen porcentaje esta claro del DIU como MPF.

Del conocimiento sobre los beneficios del DIU 84(70%) opina que ayuda a decidir cuántos hijos tener, 72(60%) permite ahorra dinero, solo 32(26.7%) dijo que ayuda a ir menos al médico, 36(30%) dijo que solo una de cada 100 mujeres queda embarazada usándolo. Las dos primeras afirmaciones concuerdan con lo establecido como beneficios en las normas nacionales de planificación familiar. Un beneficio no reconocido en este grupo de estudio es el de disminuir la asistencia al médico por planificación familiar, dado que el DIU una vez colocado solo amerita su revisión anual del mismo y puede usarlo por al menos 10 años.

Sobre las desventajas del DIU, el 50(42%) de las mujeres refiere que no protege contra enfermedades de transmisión sexual, y la mayoría 70(58%) refiere que si protege lo cual es incorrecto es una de las desventajas, es por ello que se recomienda que se use el preservativo siempre en conjunto con este y otros métodos para evitar las ITS; 100(83.3%) considera que se encarna en el útero, esto se debe a problemas durante su inserción, considerado más una complicación que desventaja dado que depende de la técnica de inserción; 60(50%) cree que produce infecciones vaginales, esto es erróneo pero se debe a que el DIU como efecto colateral puede producir un aumento del flujo vaginal en forma de exudado considerado normal y que va ir disminuyendo, en caso de que este se presente con otros síntomas se debe descartar una infección vaginal la cual no es producida por el dispositivo; 20(16.7%) dice que baja la regla fuerte, 60 (50%) dice que se puede salir en cualquier momento, cuando el dispositivo

es bien colocado no debe poder salirse en cualquier momento y se considera una complicación no desventaja dado que su frecuencia no es alta.

En cuanto a las funciones del DIU, un porcentaje importante dudaron de su seguridad, 48(40%) dice que rara veces previene embarazo, 48 (40%) cree que nunca funciona, sin embargo están conscientes de que el fallo se puede deber a una mala técnica al colocarlo. En las normas nacionales se establece que el DIU es considerado un método muy seguro, reversible y efectivo, que los fallos que pueda tener están relacionados a su colocación o manipulación.

Solo 8(6.7%) considera que el DIU se debe de colocar con la regla, 32(26.7%) después de esta, 16(13.3%) antes y 40(33.3%) en cualquier momento y 48(40%) después del parto aborto o cesarea. Estos conocimientos no se consideran adecuados debido a que el DIU aunque se prefiere colocar con el periodo menstrual para tener certeza que la paciente no esté embarazada, se puede colocar en cualquier momento siempre y cuando se tenga la certeza de que la paciente no está embarazada.

Del conocimiento sobre cuándo se debe retirar el DIU 72(60%) consideró que debe ser cuando se encarna, 80(66.7%) cuando produce hemorragias, 64(53.3%) cuando no se ven los hilos del DIU, las anteriores afirmaciones son correctas debido a que dos son complicación como se mencionó antes que puede ser el resultado de una inadecuada colocación. Por otro lado 60 (50%) de las participantes piensa que cuando la mujer tiene una infección vaginal y mucha secreción vaginal se debe retirar, esto es erróneo debido a que lo recomendable es tratar la infección y continuar con el método si la usuaria lo desea y el flujo puede ser por el mecanismo de acción del DIU; 56 (46.7%) dijo que se debe retirar cuando le molesta mucho a la pareja y 70(58%) cuando da dolor severo, y el 84(70%) dijo que si se retira cuando la mujer ya no desea planificar. Las molestias referidas por la pareja no son un criterio para retirar el DIU, pero retirarlo cuando la paciente no desea seguir planificando o desea cambiar de método si son motivos justificados.

En cuanto al conocimiento sobre donde se pueden colocar el DIU las mujeres, las participantes del estudio opinaron que en el centro de salud 32(26.7%), en el hospital

72(60%), en una clínica privada 48(40%), en un puesto de salud 40(33.3%), en la casa 68(56.6%). Se puede observar que la mayoría está de acuerdo con que en un hospital se coloca, esto se puede deber a que el DIU va introducido en el útero y que por lo tanto puede llevar a pensar que ameritar una colocación especial, pero deja entre ver la poca promoción u oferta que se le brinda en los puestos o los centros de salud al método debido a que las participantes no ubicaron a las unidades de atención primaria como sitios para su inserción.

Por todo lo anterior se considera que el conocimiento de las mujeres no es correcto, permitiendo ubicarlo como malo en general debido a que presentan debilidades al identificar algunos aspectos como los relacionados a la prevención de ITS, identificación adecuada de los beneficios, desventajas y funciones, y un conocimiento menor sobre donde deben acudir en caso de requerir su colocación. En estudios anteriores como los de Ruiz Lema en Ecuador encontraron que las mujeres tuvieron adecuados conocimientos en algunos aspectos, pero fallaron en otros y difiere de uno realizado a nivel nacional realizado por Rocha Morales donde los conocimientos de las participantes fueron adecuados.

La actitud encontrada en las participantes del estudio sobre los mitos del DIU fue la siguiente 80(66.8%) está totalmente de acuerdo que el DIU se encarna en las mujeres, 80 (66.8%) es indiferente de que el DIU se puede ir al estómago, 46(38%) refiere que el DIU puede dañar el pene del hombre y de que puede causar esterilidad el 60% es indiferente; 46(38.4%) indiferente sobre que si produce aborto en la mujer embarazada; 50(41.7%) es indiferente sobre que produce embarazo fuera del útero. La indiferencia mostrada ante la mayoría de las afirmaciones en las participantes en el estudio permite observar una actitud imparcial sobre los mitos relacionados con el DIU, cabe destacar que los mitos son creencias, fundamentadas sobre algo o que se producen a raíz de un evento.

Las actitudes sobre que mujeres pueden usar el DIU la mitad estuvo prácticamente de acuerdo con que todas las mujeres pueden usarlo, 93(77%) en que solo las casadas, 48(40%) en desacuerdo en que las mujeres que no les baja la regla no pueden usarlo,

un poco más de la mitad están de acuerdo con que lo usen las mujeres que solo tienen una pareja sexual, solo 24(20%) estuvo de acuerdo sobre que las mujeres con SIDA y 72 (60%) con que las mujeres que acaba de parir. Entre las ventajas del DIU esta que puede usarse en mujeres que no pueden tomar tratamiento hormonal y al ser un método seguro es una buena elección para las mujeres que viven con VIH – SIDA, y también para las que están contra indicados los métodos hormonales. Su colocación en el puerperio es una ventaja para la mujer debido a que como el cuello uterino se encuentra dilatado facilita su colocación y le evita molestias a la paciente. Prácticamente todas las mujeres pueden colocarse el DIU a menos que presente ciertas condiciones que se lo impiden como el tamaño uterino.

Las actitudes sobre las molestias del DIU, 76(63.3%) es indiferente sobre que el DIU da mal olor vaginal en igual porcentaje de que puede causar infecciones, 46(38%) está totalmente en de acuerdo en que hinca poco el glande del pene con el DIU y solo el 12(15%) está en total desacuerdo, 36 (30%) está totalmente de acuerdo que hiera el pene y hace que sangre y por último 40(33.3%) están en desacuerdo e indiferente con que los hilos del DIU se pueden enredar en el pene y lastimarlo. Las anteriores son afirmaciones negativas sobre el DIU que no van de acuerdo con la realidad debido que si bien es cierto que puede aumentar el flujo vaginal eso no se traduce en infecciones vaginales, además de que no se produce lesiones en la pareja durante las relaciones sexuales por lo que no interfiere en el coito.

En cuanto a las actitudes sobre como protege el DIU en las ITS 42 (35%) de las pacientes está totalmente de acuerdo con que el DIU protege de las infecciones como el condón lo cual es incorrecto debido a que el dispositivo no protege de las ITS, por eso se recomienda su uso en conjunto con el condón, y la misma. De las participantes en el estudio 80(66.7%) es indiferente con que el DIU trae antibiótico que protege a la mujer, esto refleja que las pacientes no están seguras si trae o no antibiótico, y cabe aclarar que ninguna presentación del DIU trae antibiótico; la mayoría presento actitudes desfavorables en este acápite de que el DIU hace que le den ITS a las usuarias.

Al hablar de cómo el DIU protege contra el embarazo las participantes del estudio dijeron 46% estuvieron en desacuerdo de que solo previene el embarazo a la mitad de las mujeres, solo el 13% que impide el paso del espermatozoide de forma mecánica lo cual es correcto debido a que el condón y otros dispositivos son los que actúan de esa forma; casi el 45% estuvo en desacuerdo y total desacuerdo con que el DIU previene el embarazo con hormona no obstante el DIU tiene una presentación que actúa en conjunto con una hormona. Un 90 (75%) fue indiferente sobre que el dispositivo mata los espermatozoides y el 40(33.3%) se mostró indiferente sobre que impide el paso del óvulo al útero, entre los mecanismos de acción del DIU están que es gameticida, fundamentalmente espermicida.

Las prácticas sobre planificación familiar en las participantes del estudio fue la siguiente 96(80%) alguna vez ha planificado y solamente 14(16.7%) habían utilizado el DIU en algún momento de su vida. De las pacientes que si han usado el DIU como MPF el 16% afirman que se puede colocar el DIU en cualquier momento si hay seguridad que no está embarazada pero igual porcentaje no sabe, sobre las revisiones del DIU el 32% afirman que la primera revisión se hace al mes de colocada y un 17% no sabe cuando, con respecto a cuándo se debe retirar el 33% afirma que cuando hemorragias seguidas del 17% por dolor severo e igual porcentaje cuando la mujer ya no de sea planificar lo cual es correcto pero hay un 11% que no sabe. Cuando se les pregunto si embarazada se puede colocar el DIU el 95% respondió negativamente lo cual es acertado ya que está contraindicado el embarazo para la colocación del DIU, también se les pregunto su opinión sobre que harían si quedaran embarazadas usando el DIU y la mayoría el 33% respondió quitársela inmediatamente seguida de un 28% que afirmó ir al médico para que el valore pero un 17% no sabe. Cabe mencionar que es un gran riesgo para la evolución del embarazo tener el DIU en la cavidad uterina, pero será el médico según ciertos criterios como edad gestacional, si hay amenaza de aborto, el que decidirá la extracción o no del DIU y el momento indicado. Las practicas de las mujeres que si han usado el DIU son con riesgo ya que un porcentaje no tienen el conocimiento completo de cuando revisarla, cuando retirarla y sobre situaciones especiales como embarazarse usando el DIU.

El método preferido fueron los anticonceptivos inyectables con una muestra de 55 (45.8%). Estos datos dan apuntes positivos debido a que un porcentaje muy importante de las mujeres ha planificado, según datos de ENDESA 2011/12 el 19.6% de las mujeres con parejas no planifica y que el DIU solo es usado en el 3.5% de las mujeres, además de que mostró que uno de los principales métodos de planificación familiar son los inyectables. Por lo cual se considera que las prácticas de planificación familiar fueron bastante aceptables esto concuerdo con estudios realizados en Ecuador y Nicaragua, pero difieren con otros donde se encontró inadecuadas las prácticas.

Por último, la fuente de obtención del conocimiento sobre el DIU fue por medio de la televisión el 40%, internet el 36.7%, libros o revistas solo el 25%, enfermeras 66.7% y médicos 43.3%. Esto aporta dos datos importantes a tomar en cuenta para la planificación en la educación sobre métodos anticonceptivos uno que el uso de los medios digitales son una fuente rica de conocimiento que permite a la población un acceso fácil desde cualquier parte del mundo que posee acceso a ellos además de que muestra que la población prefiere informarse por esos medios que por libros o revistas que fueron de menor fuente de información. En un estudio de intervención educativa basada en videos determinaron que los conocimientos y actitudes de las puérperas fueron mejores cuando se aplicó la intervención.

Por otro lado, el aumento de la consejería por parte del personal de enfermería se podría explicar porque es ese gremio que lleva los programas de planificación familiar pero siempre es bueno que cuando el médico capte una mujer en edad fértil aproveche la oportunidad para ofertarle los métodos de planificación familiar.

En general concluimos que los conocimientos de las pacientes en estudio fue mala en un 50% y regular en un 34%, las actitudes fueron malas en un 58% y las practicas de las pacientes que si han usado el DIU fueron con riesgo en un 72%.

CONCLUSIONES

1. La mayoría de las mujeres tenían entre veinte y veinte nueve años, contaban con una pareja, eran amas de casa, de religión evangélica; tenían un nivel de educación secundaria y vivían en la zona urbana.
2. De sus antecedentes ginecobstétricos, iniciaron su vida sexual activa entre los once y trece años de edad, tenían menos de 2 hijos, menos de 2 gestas, paras y cesáreas.
3. En cuanto al conocimiento sobre el DIU (T de Cu 380^a) fue malo.
4. Las actitudes encontradas en las participantes el estudio fueron malas.
5. Las prácticas por las mujeres fueron con riesgo.
6. En cuanto a la fuente de información fue principalmente facilitada por personal de enfermería, seguido de médicos y medios como la televisión.
7. Tanto el nivel de conocimiento, aptitud y practica sobre el DIU (T de Cu 380^a) fue malo.

RECOMENDACIONES

1. A nivel de Ministerio de Salud, entes no gubernamentales y gobierno central, se debe crear un mecanismo para poder hacer llegar a toda la población en edad reproductiva a través de todos los medios de comunicación de forma permanente, un mensaje que aborde la importancia de la planificación familiar, haciendo hincapié sobre la T de Cu 380^a.
2. A nivel de autoridades de los SILAIS, mantener durante las ferias de la salud, como prioridad, informar a la población sobre la importancia de la planificación familiar y el uso adecuado del DIU T de Cu 380^a.
3. A nivel de autoridades de los centros de salud, bajar lineamientos directos al personal de salud que brinda trabajos de terreno y atención a mujeres en edad reproductiva, abordar de forma oportuna la adecuación sobre planificación familiar y en especial sobre el DIU T de Cu 380^a.
4. A las autoridades hospitalarias junto a los jefes de servicio y autoridades docentes, mantener programas de información continua sobre la importancia de la planificación familiar, especialmente el DIU (T de Cu 380^a) brindando un seguimiento adecuado y oportuno por todos los servicios en donde la paciente vaya rotando.
5. A la subdirección docente del Hospital Escuela Bertha Calderón Roque, establecer un plan de acompañamiento con personal con conocimientos a las diferentes actividades de salud dentro y fuera del hospital acerca de la importancia de la planificación familiar, específicamente la T de Cu 380^a , que vaya dirigida a la población femenina en etapa reproductiva.

BIBLIOGRAFÍA

Duarte Silva, D., & Quintero Delgadillo., C. (2013). *Conocimientos Actitudes y Prácticas sobre Métodos Anticonceptivos en los y las Adolescentes del Instituto Concepción de María, del municipio de San Francisco Libre, Departamento de Managua, del 1° de Marzo al 30 de Junio*. Managua: UNAN - Managua.

Instituto Nacional de información de desarrollo. (2013). *Encuesta Nicaragüense de demografía y salud 2011/12*. Managua.

López Cruz, L., & Ordoñez Guillen, H. (2013). *Conocimientos, actitudes y prácticas del personal en el primer nivel de atención en Madriz, en relación a la promoción del uso de la anticoncepción de emergencia*. Managua: UNAN- León.

López, M., & Tenorio Urbina, V. (2015). *Conocimientos, actitudes y prácticas sobre los métodos anticonceptivos en adolescentes de 14 a 19 años atendidas en Morrito - Río San Juan*. Managua: UNAN - Managua.

MINSA. (2015). *Normativa 002, Planificación familiar*. Managua.

Organización Mundial de la Salud. (2017). *Planificación familiar*. Obtenido de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/es/>

Oxford. (2012). *Oxford living dictionaries*. Recuperado el 2017, de <https://es.oxforddictionaries.com/definicion/practica>

Paguaga, I. (2014). *Conocimientos, actitudes y prácticas sobre métodos anticonceptivos en adolescentes embarazadas atendidas en el Hospital Humberto Alvarado Vásquez de Masaya*. Managua: UNAN - Managua.

Real Academia Española. (2014). *Diccionario del estudiante*. Obtenido de <http://dle.rae.es/?id=0NSowxe>

Rocha Morales, R. (2015). *Conocimiento, actitudes y prácticas sobre métodos de planificación familiar en puérperas ingresadas en la sala de ginecología del Hospital Gaspar García Laviana*. Managua: UNAN - Managua.

Ruiz Lema, M., & Saula Pesantez, C. (2015). *Conocimientos, actitudes y prácticas del uso de métodos anticonceptivos en mujeres en edad fértil que acuden al centro de salud El Tambo*. Ecuador.

Torres Montañés, B. (2016). *Influencia de una intervención educativa basada en video sobre el dispositivo intrauterino TCU 380A en los conocimientos y actitudes de las puérperas del servicio "E" del Instituto Nacional Materno Perinatal*. Lima - Perú.

Vargas Mora, S., & Estrada Rodríguez, C. (2013). *Anticoncepción dispositivo intrauterino*. Obtenido de <http://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2013/rmc132f.pdf>

ANEXOS

Anexo no. 1: Instrumento:

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA RECINTO UNIVERSITARIO “RUBÉN DARÍO” FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Estimada paciente:

Solicitamos su participación para llenar el presente cuestionario y responder las preguntas de manera sincera. No es necesario brindar su nombre le garantizamos la confiabilidad de la información proporcionada. En caso de cualquier inquietud al momento del llenado de este instrumento estaremos en la disposición de aclararle. Muchas gracias por su participación.

Lista de variables

1. Características demográficas.

- Edad: _____ años.
- Estado civil:
 - a) Soltera
 - b) Acompañada
 - c) Casada
 - d) Otro
- Ocupación:
 - a) Ama de casa
 - b) Profesional
 - c) Otras
- Religión:
 - a) Evangélico
 - b) Católico
 - c) Testigo de Jehová
 - d) Mormón
 - e) Otros

- Escolaridad:

- a) Analfabeta
- b) Preescolar
- c) Primaria
- d) Secundaria

- e) Universidad
- f) Técnico

Procedencia:

- a) Urbana
- b) Rural

2. Antecedentes gineco-obstétricos

- Gestas:
- Para:
- Cesáreas:
- Aborto:
- Menarca:
- IVSA:
- No de cros sexuales:

3. Conocimiento sobre el DIU T de cobre 380^a:

¿Conoce o ha escuchado sobre DIU?

- a) Si
- b) No

La planificación familiar es importante porque: (puede seleccionar más de uno)

- a) Previene enfermedades de transmisión sexual
- b) Previene embarazos no deseados
- c) Reduce el número de hijos.

¿Seleccione cuáles de los siguientes son métodos de planificación familiar conoce? (puede seleccionar más de uno)

- a) Pastilla para la mañana siguiente
- b) Condón
- c) Esterilización quirúrgica de la mujer
- d) Vasectomía (Operación masculina)
- e) Inyección de tres meses
- f) Inyección de un mes
- g) Método del ritmo
- h) Aborto
- i) T de cobre (DIU)

¿Qué beneficios tiene el uso del DIU? (puede seleccionar más de uno)

- a) Decidir cuántos hijos tener
- b) Ahorrar dinero
- c) Ir menos al médico para cuestiones de planificación familiar
- d) solo una de cada 100 mujeres queda embarazada usándolo

¿Qué desventajas tiene el uso del DIU? (puede seleccionar más de uno)

- a) No protege contra enfermedades de transmisión sexual
- b) Se encarna en el útero de la mujer
- c) Da infecciones de la vagina
- d) Baja la regla fuerte
- e) Se puede salir en cualquier momento
- f) Produce más dolor al bajar la regla

Sobre las funciones del DIU usted opina que: (puede seleccionar más de uno)

- a) Es 100% seguro para prevenir embarazo
- b) Raras veces previene el embarazo
- c) Nunca funciona
- d) Solo falla cuando no se coloca bien
- e) Protege de infecciones de transmisión sexual.

¿Cuándo se puede colocar el DIU? (puede seleccionar más de uno)

- a) Durante la regla
- b) Después de la regla
- c) Antes de la regla
- d) En todo momento si no está embarazada.
- e) Después de un parto cesárea o aborto.

¿Cuándo se debe retirar el DIU? (puede seleccionar más de uno)

- a) Cuando se encarna
- b) Cuando hay mucha hemorragia
- c) Cuando no se ven los hilitos
- d) Cuando a la mujer le da una infección vaginal
- e) Cuando a la mujer le da mucha secreción vaginal
- f) Cuando le molesta mucho a la pareja en la relación sexual
- g) Cuando a la mujer le da mucho dolor pélvico
- h) Cuando la mujer ya no desea planificar.

¿Dónde se puede colocar el DIU? (puede seleccionar más de uno)

- a) Centro de salud
- b) Hospital
- c) Clínica privada.
- d) Puesto de salud
- e) En la casa.

4. Actitudes hacia el uso del DIU T de cobre 380^a:

Marque con una X en el cuadro con el que se sienta más identificado según su opinión o sentimiento, y su grado de acuerdo o desacuerdo.

TA= totalmente de acuerdo

A= acuerdo

I= indiferente

D= Desacuerdo

TD= total desacuerdo

	TA	A	I	D	TD
El DIU se le encarna a las mujeres					
El DIU se puede ir al estomago					
El DIU puede dañar el pene del hombre					
Si uso el DIU me puedo quedar estéril					
Las mujeres que usan el DIU más de 2 años les da cáncer					
Hacen que la mujer aborte si queda embarazada					
Puede causar embarazo fuera del útero					
Todas las mujeres pueden usar el DIU					
Solo las mujeres casadas pueden usar el DIU					
Las mujeres que no les baja la regla no pueden usar el DIU					
Las mujeres que tienen solo una pareja sexual usan el DIU					
Las mujeres que tienen SIDA pueden usar DIU					
Las mujeres que acaban de parir pueden usar DIU					

	TA	A	I	D	TD
El DIU da mal olor en la vagina					
Puede causar infecciones el DIU					
Hinca un poco el glande del pene el DIU					
El DIU da picazón vaginal					
Hiere y hace que sangre el pene					
Los hilos se pueden enredar en el pene y lastimarlo					
El DIU protege de las infecciones como el condón					
El DIU trae antibiótico que me protege					
El DIU hace que me den infecciones de transmisión sexual					
El DIU solo le funciona a la mitad de las mujeres					
Impide el paso del espermatozoide de forma mecánica					
El DIU previene el embarazo con hormonas					
El DIU mata a los espermatozoides					
El DIU impide el paso del óvulo al útero					

5. Prácticas que tienen las mujeres sobre el uso del DIU T de cobre 380^a:

• **¿Alguna vez ha Planificado?**

- a) Si b) No

¿Alguna vez ha planificado con DIU? si responde SI, conteste las siguientes preguntas:

- a) SI
b) NO

i. ¿Sabe usted cuando se puede colocar el DIU? Puede seleccionar más de una.

- a) Durante la regla
b) Después de la regla
c) Antes de la regla

- d) 3 semanas después del parto
- e) Inmediatamente después del parto, cesárea o aborto
- f) En cualquier momento sino está embarazada
- g) No sabe

ii. **¿Sabe usted cada cuanto se debe revisar el DIU? puede seleccionar más de una.**

- a) La primera vez al mes
- b) La segunda vez al tercer mes
- c) La tercera vez a los seis meses
- d) Al año de colocada
- e) En cualquier momento que la paciente quiera
- f) No sabe

iii. **¿Sabe usted cuando retirar el DIU? Puede seleccionar más de una.**

- a) Cuando hay hemorragias
- b) Cuando hay infecciones vaginales
- c) Cuando hay secreciones vaginales abundantes
- d) Cuando hay dolor severo
- e) Cuando la mujer ya no desea planificar

iv. **¿Se puede poner el DIU una embarazada?**

- a) SI
- b) NO

v. **Si se embaraza usando el DIU, usted debe hacer lo siguiente:**

- a) Quitársela inmediatamente
- b) Dejársela durante todo el embarazo
- c) Ir al medico y que el valore.
- d) No sabe

¿Cuál fue su último método de planificación familiar anterior

- a) Ninguno
- b) Anticonceptivos orales
- c) Anticonceptivos inyectables
- d) Condón
- e) Métodos naturales

f) DIU

g) Otros

6. Fuente de información: ¿Dónde ha recibido información sobre el DIU? (puede seleccionar más de uno)

- a) Televisión
- b) Radio
- c) Internet
- d) Libre de textos
- e) Personal medico
- f) Familiares
- g) Amigos
- h) Parejas

Anexo no. 2 Consentimiento informado

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA, Managua

CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE LA SALUD ESCUELA
DE SALUD PÚBLICA DE NICARAGUA

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimado participante, usted ha sido elegido e incluido al azar para participar en el estudio “Conocimientos, actitudes, prácticas y nivel de aceptación del dispositivo intrauterino (Tde cobre 380^a) en mujeres ingresadas a la sala de alto riesgo obstétrico, Hospital Escuela Bertha Calderón Roque, Octubre, 2017.”, por lo tanto nos gustaría entrevistarle.

Se le comparte que la información provista por usted es de uso meramente investigativo y sin otro fin. Esta información será manejada por este investigador de manera confidencial (se eliminará su nombre y se emplearán códigos solamente) y que ésta es muy valiosa para nosotros ya que el estudio es en aras Determinar el nivel de conocimientos, actitudes, prácticas y nivel de aceptación del DIU T de cobre 380^a en mujeres ingresadas en el área de alto riesgo obstétrico del Hospital Escuela Bertha Calderón Roque en el período comprendido entre 1 al 31 de Octubre del 2017; necesita de la información solicitada en el cuestionario, siguiente.

La información solicitada contiene algunos datos personales.

Su participación **es voluntaria** y usted tiene toda la libertad de negarse a participar.

Con la firma del consentimiento refleja que usted ha comprendido el objeto de estudio, que está dispuesto a participar y que está contribuyendo y ayudando a comprender ¿cuál es el nivel de conocimientos, actitudes, prácticas y nivel de aceptación del DIU T de cobre

380^a en mujeres ingresadas en el área de alto riesgo obstétrico del Hospital Escuela Bertha Calderón Roque?

Anexo no. 3 Tablas.**Tabla no. 1**

Edad de las mujeres ingresadas a la sala de alto riesgo obstétrico, Hospital Escuela Bertha Calderón Roque, octubre, 2017.

Edad	Frecuencia	Porcentaje
10 – 19	32	27%
20 – 29	76	63%
30 – 39	12	10%
40 a mas	0	0%
Total	120	100%

Fuente: Formulario de preguntas

Tabla no. 2

Estado civil de las mujeres ingresadas a la sala de alto riesgo obstétrico, Hospital Escuela Bertha Calderón Roque, octubre, 2017.

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje
Soltera	24	20%
Acompañada	64	53.3%
Casada	32	26.7%
Total	120	100%

Fuente: Formulario de preguntas

Tabla no. 3

Ocupación de las mujeres ingresadas a la sala de alto riesgo obstétrico, Hospital Escuela Bertha Calderón Roque, octubre, 2017.

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Ama de casa	100	83.3%
Profesión	12	10%
Otros	8	6.7%
Total	120	100%

Fuente: Formulario de preguntas

Tabla no. 4

Religión de las mujeres ingresadas a la sala de alto riesgo obstétrico, Hospital Escuela Bertha Calderón Roque, octubre, 2017.

Religión	Frecuencia	Porcentaje
Evangélico	60	50%
Católico	24	20%
Testigo de Jehová	36	30%
Total	120	100%

Fuente: Formulario de preguntas

Tabla no. 5

Escolaridad de las mujeres ingresadas a la sala de alto riesgo obstétrico, Hospital Escuela Bertha Calderón Roque, octubre, 2017.

Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje
Analfabeta	0	0%
Primaria	28	23%
Secundaria	72	60%
Universidad	16	13%
Técnico	4	3%
Total	120	100%

Fuente: Formulario de preguntas

Tabla no. 6

Procedencia de las mujeres ingresadas a la sala de alto riesgo obstétrico, Hospital Escuela Bertha Calderón Roque, octubre, 2017.

Procedencia	Frecuencia	Porcentaje
Urbana	68	56.6%
Rural	52	43.4%
Total	120	100%

Fuente: Formulario de preguntas

Tabla no. 7

Antecedentes ginecológicos de las mujeres ingresadas a la s obstétrico, Hospital Escuela Bertha Calderón Roque, octubre, 2017.

Antecedentes ginecológicos		Frecuencia	Porcentaje
Menarca	9 - 11 años	34	28%
	12 – 14 años	31	26%
	15 – 17 años	55	46%
	Total	120	100%
IVSA	11 a 13 años	60	50%
	14 a 16 años	34	28%
	17 a 19 años	18	15%
	19 a mas	8	7%%
	TOTAL	120	100%
Más de 2 cros sexu	11 a 13 años	55	92%
	14 a 16 años	20	60%
	17 a 19 años	7	41%
	19 a mas	1	18%
	TOTAL	83	100%
No de hijos	0 a 2	88	73%
	3 a 4	32	27%
	Más de 5	0	0%
	TOTAL	120	100%

Tabla no. 8

Antecedentes obstétricos de las mujeres ingresadas a la sala de alto riesgo obstétrico, Hospital Escuela Bertha Calderón Roque, octubre, 2017.

Antecedentes obstétricos		Frecuencia	Porcentaje
Gestas	0 - 2	72	60%
	3 - 4	40	33%
	5 o mas	8	7%
	Total	120	100%
Paras	0 - 2	87	73%
	3 - 4	25	21%
	5 o mas	8	6%
	Total	120	100%
Cesárea	0 - 2	20	66.6%
	3 - 4	10	33.3%
	5 o mas	0	0%
	Total	30	100%
Aborto	0 - 2	120	100%
	3 - 4	0	0%
	5 o mas	0	0%
	Total	120	100%

Fuente: Formulario de preguntas

Tabla no. 9

Conocimiento sobre la importancia de la planificación familiar en mujeres ingresadas a la sala de alto riesgo obstétrico, Hospital Escuela Bertha Calderón Roque, octubre, 2017.

Importancia de planificación familiar	SI		NO		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%
Previene enfermedades de transmisión sexual	70	58.3%	50	41.7%	120	100%
Previene embarazos no deseados	96	80%	24	20%	120	100%
Reduce el número de hijos	96	80%	24	20%	120	100%

Fuente: Formulario de preguntas

Tabla no. 10

Conocimiento sobre métodos de planificación familiar en mujeres ingresadas a la sala de alto riesgo obstétrico, Hospital Escuela Bertha Calderón Roque, octubre, 2017.

Métodos de planificación familiar	SI		NO		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%
PPMS	48	40%	72	60%	120	100%
Condón	72	60%	48	40%	120	100%
Esterilización Quirúrgica femenina	56	46.7 %	64	53.3%	120	100%
Esterilización Quirúrgica Masculina	48	40%	72	60%	120	100%
Inyección de tres meses	72	60%	48	40%	120	100%
Inyección de un mes	75	62.5	45	37.5%	120	100%
Método del ritmo	16	13.3 %	104	86.7%	120	100%
Aborto	8	6.7%	112	93.3%	120	100%
T de cobre (DIU)	112	93%	8	7%	120	100%

Fuente: Formulario de preguntas

Tabla no. 11

Conocimiento sobre beneficios del uso de DIU, en mujeres ingresadas a la sala de alto riesgo obstétrico, Hospital Escuela Bertha Calderón Roque, octubre, 2017.

Beneficios del DIU	SI		NO		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%
Decidir cuántos hijos tener	84	70%	36	30%	120	100%
Ahorrar dinero	72	60%	48	40%	120	100%
Ir menos al médico para cuestiones de planificación familiar	32	26.7%	88	73.3%	120	100%
solo una de cada 100 mujeres queda embarazada usándolo	36	30%	84	70%	120	100%

Fuente: Formulario de preguntas

Tabla no. 12

Conocimiento sobre desventajas del uso de DIU, en mujeres ingresadas a la sala de alto riesgo obstétrico, Hospital Escuela Bertha Calderón Roque, octubre, 2017.

Desventaja del DIU	SI		NO		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%
No protege contra enfermedades de transmisión sexual	50	42%	70	58%	120	100%
Se encarna en el útero de la mujer	100	83.3%	20	16.7 %	120	100%
Da infecciones de la vagina	60	50%	60	50%	120	100%
Baja la regla fuerte	20	16.7%	100	83.3 %	120	100%
Se puede salir en cualquier momento	60	50%	60	50%	120	100%
Produce más dolor al bajar la regla	100	83.3%	20	16.7 %	120	100%

Fuente: Formulario de preguntas

Tabla no. 13

Conocimiento sobre funciones del DIU, en mujeres ingresadas a la sala de alto riesgo obstétrico, Hospital Escuela Bertha Calderón Roque, octubre, 2017.

Funciones del DIU	SI		NO		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%
Es muy seguro para prevenir embarazo	23	19%	97	81%	120	100%
Raras veces previene el embarazo	48	40%	72	60%	120	100%
Nunca funciona	48	40%	72	60%	120	100%
Solo falla cuando no se coloca bien	84	70%	36	30%	120	100%
Proteger de infecciones de transmisión sexual.	70	58%	50	42%	120	100%

Fuente: Formulario de preguntas

Tabla no. 14

Conocimiento sobre cuándo se debe colocar el DIU, en mujeres ingresadas a la sala de alto riesgo obstétrico, Hospital Escuela Bertha Calderón Roque, octubre, 2017.

Cuándo se debe colocar el DIU	SI		NO		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%
Durante la regla	8	6.7%	112	93.3 %	120	100%
Después de la regla	32	26.7%	88	73.3 %	120	100%
Antes de la regla	16	13.3%	104	86.7 %	120	100%
En todo momento si no está embarazada.	40	33.3%	80	66.7 %	120	100%
Después de un parto, Cesárea o aborto	48	40%	72	60%	120	100%

Fuente: Formulario de preguntas

Tabla no. 15

Conocimiento sobre cuándo se debe retirar el DIU, en mujeres ingresadas a la sala de alto riesgo obstétrico, Hospital Escuela Bertha Calderón Roque, octubre, 2017.

Cuándo se debe retirar el DIU	SI		NO		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%
Cuando se encarna	72	60%	48	40%	120	100%
Cuando hay hemorragias	80	66.7%	40	33.3%	120	100%
Cuando no se ven los hilitos	64	53.3%	56	46.7%	120	100%
Cuando a la mujer le da una infección vaginal	60	50%	60	50%	120	100%
Cuando a la mujer le da secreción vaginal abundante	55	45.9%	65	54.1%	120	100%
Cuando a la mujer le da dolor pélvico severo	70	58.3%	50	41.7%	120	100%
Cuando le molesta mucho a la pareja en la relación sexual	56	46.7%	64	53.3%	120	100%
Cuando la mujer ya no desea planificar.	84	70%	36	30%	120	100%

Fuente: Formulario de preguntas

Tabla no. 16

Conocimiento sobre donde se puede colocar el DIU, en mujeres ingresadas a la sala de alto riesgo obstétrico, Hospital Escuela Bertha Calderón Roque, octubre, 2017.

Donde se puede colocar el DIU	SI		NO		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%
Centro de salud	32	26.7%	88	73.3%	120	100%
Hospital	72	60%	48	40%	120	100%
Clínica privada	48	40%	72	60%	120	100%
Puesto de salud	40	33.3%	80	66.7%	120	100%
En la casa	68	56.6%	52	43.3%	120	100%

Fuente: Formulario de preguntas

Tabla no. 17

Conocimientos generales del DIU, en mujeres ingresadas en sala de alto riesgo obstétrico, Hospital Escuela Bertha Calderón Roque, Octubre, 2017.

CONOCIMIENTOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE	TOTAL	
Conocimiento de DIU	112	93.3%	120	100%
Importancia de planificación familiar	96	80%	120	100%
Métodos de planificación	58	48.3%	120	100%
Beneficios del DIU	56	46.6%	120	100%
Desventajas del DIU	80	66.6%	120	100%
Funciones del DIU	36	30%	120	100%
Colocación del DIU	20	16.6%	120	100%
Retiro del DIU	70	58%	120	100%
Sitio de colocación	48	40%	120	100%

Fuente: Formulario de preguntas

Tabla no. 18

Actitud sobre los mitos del DIU, en mujeres ingresadas a la sala de alto riesgo obstétrico, Hospital Escuela Bertha Calderón Roque, octubre, 2017.

Mitos del DIU	TA		A		I		D		TD		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
El DIU se le encarna a las mujeres	8 0	66 %	2 0	17 %	2 0	17 %	0 0	0 %	0 0	0 %	12 0	100 %
El DIU se puede ir al estomago	2 0	17 %	0 0	0 %	8 0	66 %	0 0	0 %	2 0	17 %	12 0	100 %
El DIU puede dañar el pene del hombre	4 6	38 %	25 0	21 %	3 1	26 %	06 0	5 %	1 8	15 %	12 0	100 %
Si uso el DIU me puedo quedar estéril	2 0	17 %	1 2	10 %	7 2	60 %	1 6	13 %	0 0	0 %	12 0	100 %
Las mujeres que usan el DIU más de 2 años les da cáncer	3 0	25 %	1 0	8 %	6 0	50 %	0 0	0 %	2 0	17 %	12 0	100 %
Hacen que la mujer aborte si queda embarazada	3 0	25 %	0 0	0 %	4 6	38 %	0 0	0 %	4 4	37 %	12 0	100 %
Puede causar embarazo fuera del útero	2 4	20 %	0 0	0 %	5 0	42 %	0 0	0 %	4 6	38 %	12 0	100 %

Fuente: Formulario de preguntas

Tabla no. 19

Actitud acerca de las mujeres que pueden usar el DIU, en mujeres ingresadas a la sala de alto riesgo obstétrico, Hospital Escuela Bertha Calderón Roque, octubre, 2017.

Mujeres que pueden usar el DIU	TA		A		I		D		TD		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Todas las mujeres pueden usar el DIU	30	25 %	30	25 %	36	30 %	10	8.3 %	14	11.7 %	120	100 %
Solo las mujeres casadas pueden usar el DIU	40	33.3 %	53	44.2 %	27	22.5 %	0	0%	0	0 %	120	100 %
Las mujeres que no les baja la regla no pueden usar el DIU	20	16.7 %	0	0 %	28	23.3 %	48	40 %	24	20 %	120	100 %
Las mujeres que tienen solo una pareja sexual usan el DIU	30	25 %	42	35 %	24	20 %	0	0 %	24	20 %	120	100 %
Las mujeres que tienen SIDA pueden usar DIU	24	20 %	0	0 %	72	60 %	10	8.3 %	14	11.7 %	120	100 %
Las mujeres que acaban de parir pueden usar DIU	72	60 %	0	0 %	24	20 %	0	0 %	24	20 %	120	100 %

Fuente: Formulario de preguntas

Tabla no. 20

Actitud sobre las molestias del DIU, en mujeres ingresadas a la sala de alto riesgo obstétrico, Hospital Escuela Bertha Calderón Roque, octubre, 2017.

Molestias del DIU	TA		A		I		D		TD		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
El DIU da mal olor en la vagina	32	26.7 %	0	0%	76	63.3 %	6	5 %	6	5 %	120	100 %
Puede causar infecciones el DIU	16	13.3 %	16	13.3 %	76	63.3 %	0	0%	12	10 %	120	100 %
Hinca un poco el glande del pene el DIU	46	38%	25	21%	31	26%	6	5%	12	15 %	120	100 %
El DIU da picazón vaginal	20	16.7 %	32	26.7 %	60	50 %	4	3.3 %	4	3.3 %	120	100 %
Hiere el pene y hace que sangre el pene	36	30 %	20	17 %	0	0%	40	33%	34	28. %	120	100 %
Los hilos se pueden enredar en el pene y lastimarlo	32	26.7 %	0	0 %	40	33.3 %	40	33.3 %	8	6.7 %	120	100 %

Fuente: Formulario de preguntas

Tabla no. 21

Actitud sobre como protege el DIU en las ITS, en mujeres ingresadas a la sala de alto riesgo obstétrico, Hospital Escuela Bertha Calderón Roque, octubre, 2017.

Como protege el DIU en las ITS	TA		A		I		D		TD		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
El DIU protege de las infecciones como el condón	42	35%	28	23%	32	27%	06	05%	12	10%	120	100%
El DIU trae antibiótico que me protege	10	8%	10	8%	80	67%	05	04%	16	13%	120	100%
El DIU hace que me den infecciones de transmisión sexual	6	5%	12	10%	30	25%	34	28%	38	32%	120	100%

Fuente: Formulario de preguntas

Tabla no. 22

Actitud sobre como protege DIU contra embarazo, en mujeres ingresadas a la sala de alto riesgo obstétrico, Hospital Escuela Bertha Calderón Roque, octubre, 2017.

Como protege DIU contra embarazo	TA		A		I		D		TD		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
El DIU solo le funciona a la mitad de las mujeres	14	11.6 %	10	8.3 %	40	33.3 %	28	23.3 %	28	23.3 %	120	100 %
Impide el paso del espermatozoide de forma mecánica	16	13.3 %	0	0 %	50	41.7 %	25	20.8 %	29	24.2 %	120	100 %
El DIU previene el embarazo con hormonas	5	4.2 %	11	9.2 %	50	41.6 %	29	24.2 %	25	20.8 %	120	100 %
El DIU mata los espermatozoides	0	0%	16	13.3 %	90	75 %	14	11.6 %	0	0 %	120	100 %
El DIU impide el paso del ovulo al útero	10	8.3 %	14	11.6 %	40	33.3 %	28	23.3 %	28	23.3 %	120	100 %

Fuente: Formulario de preguntas

Tabla no. 23

Actitud sobre el DIU, en mujeres ingresadas a la sala de alto riesgo obstétrico,
Hospital Escuela Bertha Calderón Roque, octubre, 2017.

Actitudes ante el DIU	TA		A		I		D		TD		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Mitos del DIU	32	26.6 %	6	5%	58	48.3 %	3	2.5 %	21	17.5 %	120	100 %
Que mujeres pueden usar el DIU	36	30%	21	17.5 %	35	29.1 %	11	9.1 %	17	14.3 %	120	100 %
Molestias del DIU	25	20.8 %	12	10 %	42	35%	17	14.2 %	24	20%	120	100 %
Como protege el DIU	9	7.5%	9	7.5 %	52	43.2 %	25	20.9 %	25	20.9 %	120	100 %
Protección del DIU contra el embarazo	9	7.5 %	10	8.3 %	54	45%	25	20.8 %	22	18.4 %	120	100 %

Fuente: Formulario de preguntas

Tabla no. 24

Prácticas sobre planificación familiar, en mujeres ingresadas a la sala de alto riesgo obstétrico, Hospital Escuela Bertha Calderón Roque, octubre, 2017.

Planificación familiar	Si		No		Total	
	F	%	F	%	F	%
Alguna vez ha Planificado	96	80%	24	20%	120	100%
Alguna vez ha planificado con DIU	18	15%	102	85%	120	100%

Fuente: Formulario de preguntas

Tabla no.25

Prácticas en mujeres que si han utilizado el DIU y que están ingresadas a la sala de alto riesgo obstétrico, Hospital Escuela Bertha Calderón Roque, octubre 2017.

Cuando se puede colocar el DIU	Frecuencia	Porcentaje
Durante la regla	7	39%
Antes de la regla	1	6%
Después de la regla	1	6%
3 semanas después del parto	1	6%
Inmediatamente después del parto, aborto o cesárea.	2	11%
En cualquier momento si esta la seguridad que no está embarazada	3	16%
No sabe	3	16%
TOTAL	18	100%

Formulario de preguntas

Tabla no 26

Prácticas en mujeres que si han utilizado el DIU y que están ingresadas a la sala de alto riesgo obstétrico, Hospital Escuela Bertha Calderón Roque, octubre 2017.

Cada cuanto se debe revisar el DIU	Frecuencia	Porcentaje
La primera vez al mes de colocada	6	32%
La segunda vez al tercer mes de colocada	3	17%
La tercera vez a los seis meses de colocada	3	17%
Al año de colocada	2	11%
En cualquier momento que la paciente quiera	1	6%
No sabe	3	17%
TOTAL	18	100%

Formulario de preguntas

Tabla no 27

Prácticas en mujeres que si han utilizado el DIU y que están ingresadas a la sala de alto riesgo obstétrico, Hospital Escuela Bertha Calderón Roque, octubre 2017

Cuando se debe retirar el DIU	Frecuencia	Porcentaje
--------------------------------------	-------------------	-------------------

Cuando produce hemorragias	6	33%
Cuando produce infección vaginal	2	11%
Cuando produce secreción vaginal	2	11%
Cuando da dolor pélvico severo	3	17%
Cuando la paciente ya no desea planificar	3	17%
No sabe	2	11%
TOTAL	18	100%

Formulario de preguntas

Tabla no 28

Prácticas en mujeres que si han utilizado el DIU y que están ingresadas a la sala de alto riesgo obstétrico, Hospital Escuela Bertha Calderón Roque, octubre 2017

Se puede colocar el DIU una mujer embarazada	Frecuencia	Porcentaje
Si	0	0

No	17	95%
No sabe	01	05%
TOTAL	18	100%

Formulario de preguntas

Tabla no 29

Prácticas en mujeres que si han utilizado el DIU y que están ingresadas a la sala de alto riesgo obstétrico, Hospital Escuela Bertha Calderón Roque, octubre 2017

Si se embaraza usando el DIU cual es su opinión	Frecuencia	Porcentaje
Quitársela inmediatamente	6	33%
Dejársela durante todo el embarazo	4	22%
Ir al médico y que el valore	5	28%
No sabe	3	17%
TOTAL	18	100%

Formulario de preguntas

Tabla no. 30

Ultimo método de planificación familiar utilizado por mujeres ingresadas a la sala de alto riesgo obstétrico, Hospital Escuela Bertha Calderón Roque, octubre, 2017.

Religión	Frecuencia	Porcentaje
Ninguno	24	20%
Anticonceptivos orales	24	20%
Anticonceptivos inyectables	55	46%
Condón	10	8%
Métodos naturales	0	0%
DIU	7	6

Otros	0	0%
Total	120	100%

Fuente: Formulario de preguntas

Tabla no. 31

Fuente del conocimiento sobre el DIU, en mujeres ingresadas a la sala de alto riesgo obstétrico, Hospital Escuela Bertha Calderón Roque, octubre, 2017.

Fuente de conocimiento sobre el DIU	Si		No		Total	
	F	%	F	%	F	%
Televisión	48	40%	72	60%	120	100%
Radio	56	46.7%	64	53.3%	120	100%

Internet	44	36.7%	76	63.3 %	120	100%
Libros, revistas	30	25%	90	75%	120	100%
Médicos	52	43.3%	68	56.7 %	120	100%
Enfermeras	80	66.7%	40	33.3 %	120	100%
Vecinos, amigos	50	41.7%	70	58.3 %	120	100%
Familiares	26	21.7%	94	78.3 %	120	100%
Parejas	20	16.7%	100	83.3 %	120	100%

Fuente: Formulario de preguntas

Tabla no. 32

Nivel de conocimientos, actitud y prácticas que poseen las mujeres ingresadas en la sala de alto riesgo obstétrico del Hospital Escuela Bertha Calderón Roque, en el mes de octubre del 2017.

	Conocimiento			Actitud			Practicas				Total					
	Buena		Mala	Regular		Buena		Mala	Con Riesgo		Sin Riesgo	F	%			
DIU TdeCu	20	16%	60	50%	40	34%	50	42%	70	58%	13	11%	5	4%	120	100%

Anexo no. 4 Gráficas.

Gráfica no. 1

Edad de las mujeres ingresadas a la sala de alto riesgo obstétrico, Hospital Escuela Bertha Calderón Roque, octubre, 2017.

Gráfica no 2

Estado civil de las mujeres ingresadas a la sala de alto riesgo obstétrico, Hospital Escuela Bertha Calderón Roque, octubre, 2017.

Gráfica no. 3

Ocupación de las mujeres ingresadas a la sala de alto riesgo obstétrico, Hospital Escuela Bertha Calderón Roque, octubre, 2017.

Gráfica no. 4

Religión de las mujeres ingresadas a la sala de alto riesgo obstétrico, Hospital Escuela Bertha Calderón Roque, octubre, 2017.

Gráfico no. 5

Escolaridad de las mujeres ingresadas a la sala de alto riesgo obstétrico, Hospital Escuela Bertha Calderón Roque, octubre, 2017.

Gráfica no. 6

**Procedencia de las mujeres ingresadas a la sala de alto riesgo obstétrico,
Hospital Escuela Bertha Calderón Roque, octubre, 2017.**

Gráfica no. 7

**Antecedentes ginecológicos de las mujeres ingresadas a la sala de alto riesgo
obstétrico, Hospital Escuela Bertha Calderón Roque, octubre, 2017.**

Fuente: Tabla no. 7

Gráfica no. 8

Antecedentes obstétricos de las mujeres ingresadas a la sala de alto riesgo obstétrico, Hospital Escuela Bertha Calderón Roque, octubre, 2017.

Gráfica no. 9

Conocimiento sobre la importancia de la planificación familiar en mujeres ingresadas a la sala de alto riesgo obstétrico, Hospital Escuela Bertha Calderón Roque, octubre, 2017.

Gráfica no. 10

Conocimiento sobre métodos de planificación familiar en mujeres ingresadas a la sala de alto riesgo obstétrico, Hospital Escuela Bertha Calderón Roque, octubre, 2017.

Fuente: Tabla no 10

Gráfica no. 11

Conocimiento sobre beneficios del uso de DIU, en mujeres ingresadas a la sala de alto riesgo obstétrico, Hospital Escuela Bertha Calderón Roque, octubre, 2017.

Gráfica no. 12

Conocimiento sobre desventajas del uso de DIU, en mujeres ingresadas a la sala de alto riesgo obstétrico, Hospital Escuela Bertha Calderón Roque, octubre, 2017.

Fuente: Tabla no 12

Gráfica no. 13

Conocimiento sobre funciones del DIU, en mujeres ingresadas a la sala de alto riesgo obstétrico, Hospital Escuela Bertha Calderón Roque, octubre, 2017.

Fuente: Tabla no13

Gráfica no. 14

Conocimiento sobre cuándo se debe colocar el DIU, en mujeres ingresadas a la sala de alto riesgo obstétrico, Hospital Escuela Bertha Calderón Roque, octubre, 2017.

Fuente: tabla no 14

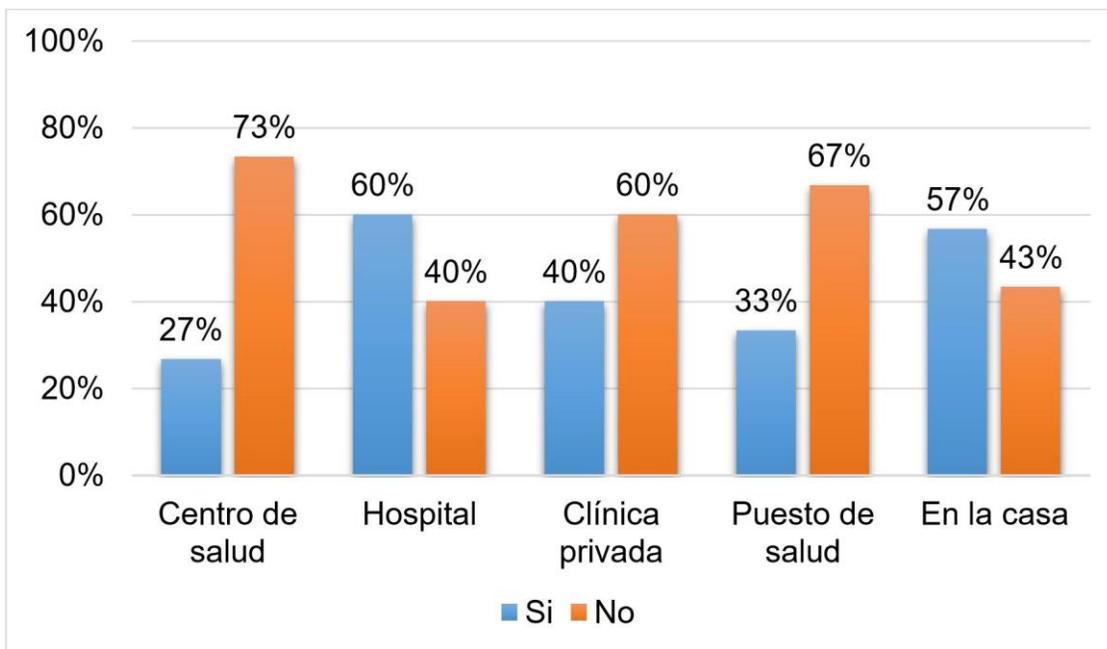
Gráfica no. 15

Conocimiento sobre cuándo se debe retirar el DIU, en mujeres ingresadas a la sala de alto riesgo obstétrico, Hospital Escuela Bertha Calderón Roque, octubre, 2017.

Fuente: Tabla no 15

Gráfica no. 16

Conocimiento sobre donde se puede colocar el DIU, en mujeres ingresadas a la sala de alto riesgo obstétrico, Hospital Escuela Bertha Calderón Roque, octubre, 2017.



Fuente: Tabla no. 17

Grafica no 17

Conocimientos generales del DIU, en mujeres ingresadas en sala de alto riesgo obstétrico, Hospital Escuela Bertha Calderón Roque, Octubre, 2017.

Fuente: Tabla no 17

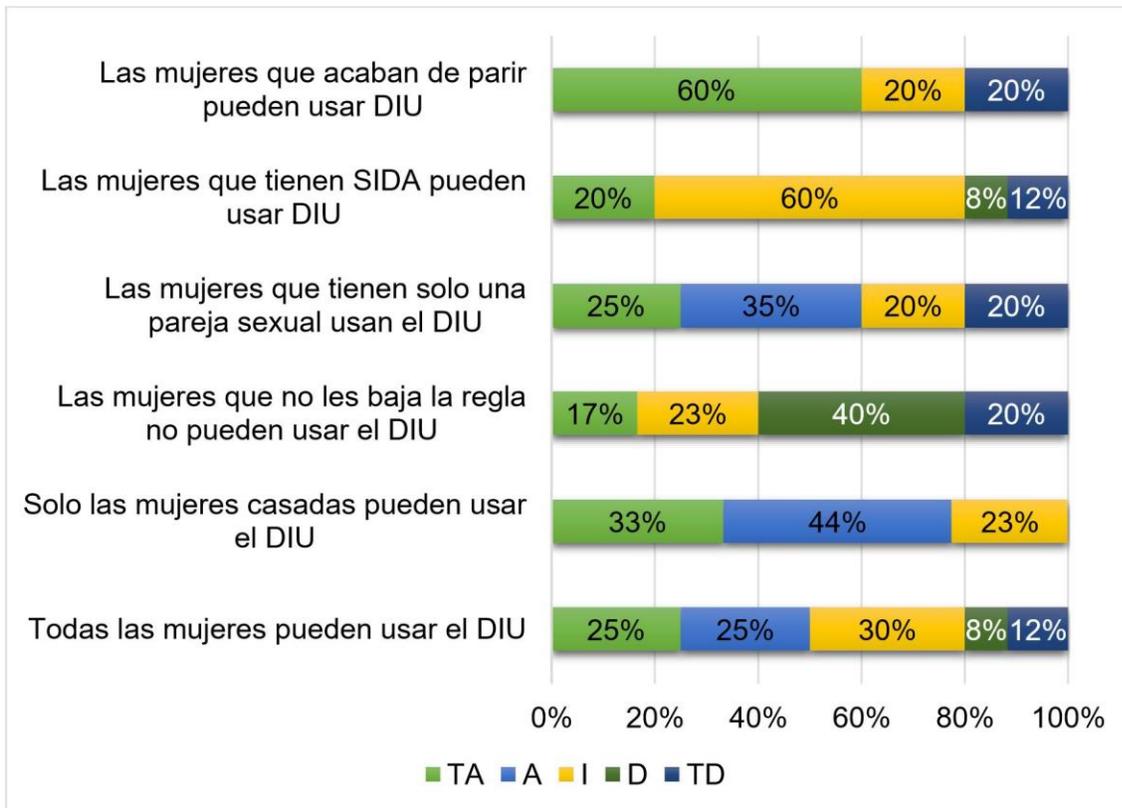
Gráfica no. 18

Actitud sobre los mitos del DIU, en mujeres ingresadas a la sala de alto riesgo obstétrico, Hospital Escuela Bertha Calderón Roque, octubre, 2017.

Fuente: Tabla no. 18

Gráfica no. 19

Actitud de las mujeres que pueden usar el DIU, en mujeres ingresadas a la sala de alto riesgo obstétrico, Hospital Escuela Bertha Calderón Roque, octubre, 2017.



Fuente: Tabla no.19

Gráfica no. 20

Actitud sobre las molestias del DIU, en mujeres ingresadas a la sala de alto riesgo obstétrico, Hospital Escuela Bertha Calderón Roque, octubre, 2017.

Fuente: Tabla no. 20

Gráfica no. 21

Actitud sobre como protege el DIU en las ITS, en mujeres ingresadas a la sala de alto riesgo obstétrico, Hospital Escuela Bertha Calderón Roque, octubre, 2017

.

Fuente: tabla no. 21

Gráfico no. 22

Actitud sobre como protege DIU contra embarazo, en mujeres ingresadas a la sala de alto riesgo obstétrico, Hospital Escuela Bertha Calderón Roque, octubre, 2017.

Fuente: Tabla no 22

Gráfica no. 23

Actitud sobre el DIU, en mujeres ingresadas a la sala de alto riesgo obstétrico, Hospital Escuela Bertha Calderón Roque, octubre, 2017.

Gráfica no. 24

Prácticas sobre planificación familiar, en mujeres ingresadas a la sala de alto riesgo obstétrico, Hospital Escuela Bertha Calderón Roque, octubre, 2017.

Grafica no.25

Prácticas de las mujeres que si han utilizado el DIU, sobre cuándo se debe colocar la T de Cu.

Fuente: Tabla no 25

Grafica no 26

Prácticas de las mujeres que si han utilizado el DIU, sobre cada cuánto se deben revisar la T de Cu.

Fuente: Tabla no 26

Grafica no 27

Prácticas de las mujeres que si han utilizado el DIU, sobre cuándo se debe retirar la T de Cu.

Fuente: Tabla no 27

Grafica no.28

Prácticas de las mujeres que si han utilizado el DIU, sobre si se debe colocar el DIU una embarazada.

Fuente: Tabla no 28

Grafica no 29

Prácticas de las mujeres que si han utilizado el DIU, sobre qué haría si queda embarazada usando el DIU

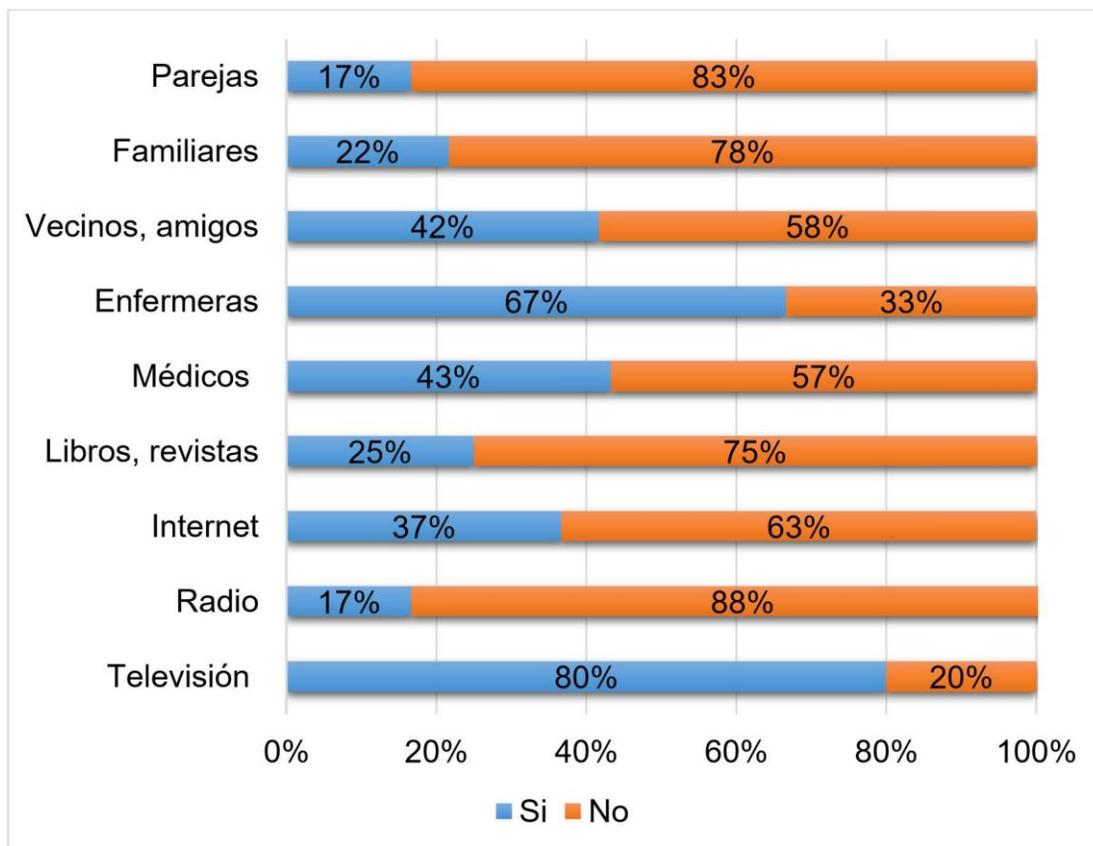
Fuente: Tabla no 29

Gráfica no. 30

Ultimo método de planificación familiar utilizado por mujeres ingresadas a la sala de alto riesgo obstétrico, Hospital Escuela Bertha Calderón Roque, octubre, 2017.

Gráfica no. 31

Fuente del conocimiento sobre el DIU, en mujeres ingresadas a la sala de alto riesgo obstétrico, Hospital Escuela Bertha Calderón Roque, octubre, 2017.



Fuente: tabla no. 31

Grafica no 32

Nivel de conocimientos, actitud y prácticas que poseen las mujeres ingresadas en la sala de alto riesgo obstétrico del Hospital Escuela Bertha Calderón Roque, en el mes de octubre del 2017

Fuente: tabla No 32