



**Universidad Politécnica de Nicaragua**



“Sirviendo a la comunidad”

**Escuela de Enfermería**

**Trabajo Monográfico para optar al Título de Licenciatura en Enfermería**

**CONOCIMIENTOS QUE POSEEN LAS ADOLESCENTE DE 15 a 19 AÑOS  
SOBRE LOS MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR, ATENDIDAS EN LA  
CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL ALEMÁN NICARAGÜENSE.  
PERIODO JUNIO - JULIO 2011.**

Autoras:

Enf. Jeannette Sánchez Guevara  
Enf. Mercedes Velásquez Carmona  
Enf. Sara Rivas Navarro

DOCENTES:

Msp. Rafaela Morales Cruz  
Msp. Martha I. Sánchez  
Mssr. Teodora Gaitán Mercado

Managua, Octubre del 2012.

## INDICE

	Resumen Ejecutivo	
<b>I.</b>	Introducción	1
<b>II.</b>	Antecedentes	3
<b>III.</b>	Justificación	7
<b>IV.</b>	Planteamiento del problema	10
<b>V.</b>	Objetivos generales y específicos	11
<b>VI.</b>	Marco teórico	12
<b>VII.</b>	Diseño metodológico	46
<b>VIII.</b>	Análisis de resultados	50
<b>IX.</b>	Conclusiones	62
<b>X.</b>	Recomendaciones	64
<b>XI.</b>	Biografía	65
<b>XII.</b>	Anexos	66

## RESUMEN

Se realizó un estudio de tipo descriptivo de corte transversal en relación a los conocimientos sobre los Métodos de Planificación Familiar que poseen las adolescentes entre las edades de 15 a 19 años, atendidas en el Hospital Alemán Nicaragüense en el servicio de consultas externas en el periodo comprendido de Junio a Julio 2011.

En Nicaragua muchas mujeres inician su vida reproductiva cuando apenas están terminando su niñez y continúan teniendo hijos cuando ya son abuelas. Muchos de los embarazos de las mujeres son no deseados; los hijos/as lejos de ser motivo de alegría para la familia, constituyen una carga que viene a empeorar las ya difíciles condiciones de vida del grupo familiar.

La Planificación familiar es uno de los pilares fundamentales de la maternidad segura, con el fin de asegurar que las mujeres y parejas dispongan de información y servicios planificar el tiempo, número y distanciamiento de los embarazos.

El % Muertes Maternas (MM) en Adolescentes: En el 2004: 35%, 2005:20%, 2006:18%, 2007:16%, 2008: 26%, 2009:18%, 2010:22%.

Porcentaje de Métodos anticonceptivos: 2001:24.5%, 2006:31% (11)

### Objetivo General

Determinar el conocimiento que poseen las adolescentes entre las edades de 15 – 19 años, sobre los Métodos de Planificación Familiar, atendidas en el Hospital Alemán Nicaragüense en el Servicio de Consultas Externas en el periodo comprendido de Junio a Julio 2011.

### Objetivo Específicos:

- Analizar las características sociodemográficos de las adolescentes en estudio.
- Determinar el grado de conocimientos de las adolescentes sobre los Métodos de Planificación Familiar.
- Identificar los métodos anticonceptivos más usados por las adolescentes que asisten a la consulta de planificación Familiar.

### Encontrándose las siguientes conclusiones:

#### Aspectos generales sociodemográficos de las adolescentes

- Las adolescentes que asisten al programa de planificación familiar, la edad que prevalece son de 19 años, seguida por las de 15 años.
- La escolaridad de las adolescentes, en primer lugar a las de secundaria, seguida de la primaria, el estado civil prevalecen las acompañadas y soltera; con procedencia, del área urbana la mayoría y área rural.
- La ocupación el rango mayor es de estudiantes, con mayor predominio en las adolescentes de 15, 17, y 18 años, seguidas de las amas de casa..

- La paridad, el rango mayor a las primigestas y las nulípara y a las bigesta, con mayor predominio en las adolescentes, es notoria que las nulípara se encuentran en las edades de 15 y 16 años.

#### Conocimientos sobre los Métodos de Planificación Familiar

- Las adolescentes reconocen en un 55%(11) a todos los métodos y un 20%(4), reconocen a la T de Cobre y la píldora, teniendo mayor conocimiento a las adolescentes de 18 y 19 años.
- La información recibida sobre los métodos de Planificación familiar, la reciben de los amigos y profesionales de la salud, y el 35%(7) a los padres y un 5%(1) en el colegio.
- La utilidad de los Métodos de Planificación Familiar, el 80%(16) refieren evitar el embarazo, las edades que respondió satisfactoriamente son las adolescentes de 17, 18 y 19 años.
- El método de Planificación Familiar más seguro, refiere, la T de cobre, seguida de las que desconocen el método en un 15%(3).
- Los métodos de planificación familiar de uso para la mujer, indican al condón, la píldora y la T de cobre, solamente una contestó acertadamente.
- Los métodos de planificación familiar de uso para el hombre, reconocen al condón, coito interrumpido y vasectomía.; y el resto indican al condón, píldora y T de Cobre y las que desconocen, se encuentran en las edades de 15 y 16 años.
- Los Métodos de Planificación Familiar usado actualmente, por las adolescentes, el 65% le corresponde a la inyección de depoprovera y el 35% a la Norigynón.

#### RECOMENDACIONES

I.- Que el MINSA a través de la educación continua brinde capacitación al personal de salud en atención primaria y secundaria, para ofrecer orientación a las adolescentes que asistan al programa de planificación familiar, dando cumplimiento de las normas y protocolo de planificación familiar.

II.- Que el personal de salud que atiende los programas de planificación familiar, brinde consejería, utilizando la estrategia del ACCEDA.

III.- Las Organizaciones no Gubernamentales y los Medios Masivos de Comunicación, se integren para establecer programas de información sobre planificación familiar a las/los adolescentes, familia y la sociedad en general.

IV.- Que el Ministerio de Educación de cumplimiento al programa de salud al adolescente, preparando a los/as profesores/as, con el fin de brindar un abordaje integral en la formación del estudiante en los diferentes niveles.

V.- Que los centros educacionales conjuntamente con las instituciones locales encargadas de velar por las/los adolescentes, promuevan y desarrollen programas recreativos, culturales, deportivos y de educación sexual que favorezcan el desarrollo personal e integral de los y las adolescentes.

## I. INTRODUCCIÓN

En Nicaragua muchas mujeres inician su vida reproductiva cuando apenas están terminando su niñez y continúan teniendo hijos cuando ya son abuelas. Muchos de los embarazos de las mujeres son no deseados; los hijos/as lejos de ser motivo de alegría para la familia, constituyen una carga que viene a empeorar las ya difíciles condiciones de vida del grupo familiar.

El inicio temprano de la actividad sexual, la falta de información y la inaccesibilidad a medios anticonceptivos, expone a las adolescentes a un embarazo precoz. En el caso de las que se encuentran dentro del sistema educativo formal la información que se recibe es insuficiente, sobre todo en calidad. En el caso de las adolescentes que se encuentran fuera del sistema educativo la situación es más crítica ya que los programas existentes no cuentan con la cobertura suficiente, ni se atiende de forma sistemática las necesidades de información de esta población.

Cuando la procreación ocurre en la adolescente no solo existe el riesgo de bajo peso al nacer y morir, sin que los niños que sobreviven tengan más posibilidades de sufrir los efectos del descuido y abandono permanente o temporal y los cuidados inapropiados a causa del ejercicio de una tarea precoz, para un padre o una madre adolescente( ).

El perfil planificación como componente principal de la salud reproductiva, con lleva a un compromiso mayor, por tanto implica para la población en edad fértil la opción de una vida sexual responsable y satisfactoria, la posibilidad de disminuir los riesgos preconcepciones y libertad de decidir cuándo y con qué experimento tener sus hijos/as, así mismo derecho por las parejas o individuos de tener relaciones sexuales sin miedo a enfrentar enfermedades de transmisión sexual.

De los nacimientos correspondiente entre las edades 14 – 19 años, la tasa de frecuencia en los adolescentes obedece a factores como la actividad sexual precoz y la frecuencia de parejas que se juntan más tempranos, así como el escaso uso de anticonceptivos, por desinformación, desconocimientos e irresponsabilidad de los/as adolescentes.

El MINSA ha venido desarrollando estrategias encaminadas a fortalecer las acciones de salud reproductivas de planificación familiar, educación sexual, consejería, adoptar una promoción de servicios de salud reproductiva y planificación dentro del marco de la implementación del modelo de atención integral a la mujer, niñez y adolescencia, la amplia oferta de métodos anticonceptivos sin costo alguno y así evitar muertes maternas y embarazos no deseados.

En el año 2010 en Nicaragua la población de la Niñez 23% (0 – 9 años), Población Adolescentes 23% (10 – 19 años) 46% .

El % Muertes Maternas (MM) en Adolescentes: En el 2004: 35%, 2005:20%, 2006:18%, 2007:16%, 2008: 26%, 2009:18%, 2010:22%.

Porcentaje de Métodos anticonceptivos: 2001:24.5%, 2006:31% (11)

La Planificación familiar es uno de los pilares fundamentales de la maternidad segura, con el fin de asegurar que las mujeres y parejas dispongan de información y servicios planificar el tiempo, número y distanciamiento de los embarazos.

## II.- ANTECEDENTES

En América Latina, las encuestas muestran que las adolescentes desconocen aspectos básicos de sexualidad y que inician actividades coitales a edades cada vez más tempranas: sin embargo esta actividad no se acompaña del uso apropiado de métodos. ( )

A nivel mundial el embarazo, es la principal causa de muerte entre las mujeres de 15 - 19 años en la mayoría de los países Latinoamericano y del Caribe, la maternidad y el aborto están clasificados entre las cinco primeras causas de muerte entre las mujeres de 15 – 19 años. ( )

Cada año, más de 15 millones de niñas y de mujeres adolescentes (de entre 10 y 19 años) se convierten en madres.<sup>1</sup> En África subsahariana, más de la mitad de las adolescentes tienen hijos.

Estos son sólo dos ejemplos de por qué la planificación familiar para la salud y el bienestar de las niñas y adolescentes es tan importante como para las personas adultas.

La necesidad de planificación familiar entre los y las jóvenes es aún más evidente si se tiene en cuenta que, sorprendentemente, las complicaciones relacionadas con el embarazo constituyen la primera causa de mortalidad entre las mujeres de 15 a 19 años.

Dentro de las cinco principales causas de muerte en el mundo: Las mujeres jóvenes de entre 15-24 años (2004): Todas las causas de salud materna: 19.3, Lesiones autoinfligidas. 7.5, VIH-Sida: 6.8, Tuberculosis: 6.5 y Accidentes de tráfico: 5.<sup>10</sup>

En los últimos tres decenios el Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP) con asistencia de la UNESCO han financiado la formación de programas escolares y la inclusión en ellos de educación sobre vida en familiar de 79 países.

Estudios realizados por el Ministerio de salud en el país los y las adolescentes y jóvenes varones en el año 2001, señala que en general los (as) adolescentes muestran una actitud alrededor de los métodos de prevención de embarazos, esto surge por medio de diferentes motivaciones según las edades y los conocimientos adquiridos. Los jóvenes con hijos y parejas estables mencionan las razones económicas como la principal causa para la postergación de los embarazos y los jóvenes sin parejas estable lo hacen para evitar la libertad que le produce la soltería. ( )

---

<sup>10</sup> Hoja Informativa La necesidad de planificación familiar entre los y las jóvenes  
Entender las necesidades 2012

La principal fuente de información es el Ministerio de Salud. En el grupo etáreo 14 – 19 años es del 13% el uso de anticonceptivos, lo que indica que las adolescentes hacen poca práctica de los métodos anticonceptivos.( )

**UNFPA** en Nicaragua refiere, que independientemente que estén unidas o no, la gran mayoría de las mujeres Nicaragüenses entre los 15 a 19 años, conocen o han oído hablar de las existencias de métodos que pueden prevenir embarazos. Los métodos más conocidos por las mujeres actualmente son la píldora, la inyección y el condón (95% o más de las mujeres en unión), seguido de cerca por el DIU y la esterilización femenina.

El informe del desarrollo humano Nicaragüense 2007- 2008 basado en los datos, que de cada 100 mujeres adolescentes (15 – 19 años) 51 viven en condición de pobreza y de estos 18 viven en condición de pobreza extrema, de igual forma de cada 100 preadolescentes de (12 – 14 años) 54 viven en condición de pobreza y de estas 20 viven en condición de pobreza extremas.

#### Fecundidad de las adolescentes en Nicaragua, 2007

Los resultados de los censos de 1963, 1995 y 2005 registran una tendencia ascendente en la categoría de unión libre en las adolescentes, que pasa del 12,46% en 1963 al 20,51% en 1995 y al 20,20% en 2005. Las unidas y casadas constituyen en 1995 el 35,14% en el sector rural y el 20,70% en el urbano. Este mismo grupo disminuye en 2005, tanto en el sector rural como en el urbano (al 32,94% y 19,13% respectivamente). Estas uniones precoces pueden ser problemáticas para las adolescentes, ya que son pocas las que aún teniendo pareja terminan sus estudios.<sup>1</sup>

Según datos del MINSA, en el año 2000 el grupo de adolescentes representaba el 31 % de los nacimientos totales registrados (39,707 de 126,873), para el 2007 representaba el 26.4 % (33,345 de 126,149), pero es llamativo el dato que refleja un incremento de los nacimientos en adolescentes entre los 10 y 14 años pasando del 2.7 % en el año 2000 (1066 de 39,707) a 4.5 % en el 2007 (1,399 de 33,345).<sup>7</sup>

El Ministerio de Salud ha registrado un descenso en la mortalidad materna en mujeres adolescentes, según registros de epidemiología del Ministerio de Salud, en el año 2004, 2005 y 2006 se registraron tasas de 74.4; 54.1 y 55.4 x 100,000 nvr, respectivamente.

---

<sup>1</sup> CEPAL - SERIE Población y desarrollo/ Fecundidad de las adolescentes en Nicaragua, 2007

A pesar de que esto representa una reducción significativa (25%) desde el año 2004 al 2006, algunos SILAIS siguen registrando tasas aún mayores que la tasa nacional de país por ejemplo para el 2006 la tasa fue 89.6 por 100,000 nvr y en algunos SILAIS como la RAAS la tasa fue de 265.3 x 100,000 nvr , Chontales con 170.3 x 100,000 nvr , RAAN 137.4 x 100,00 nvr y Madriz con 131.4 x por 100,000 nvr. Siendo estos departamentos los que reportan las tasas más altas de mortalidad materna en Adolescentes.

Los servicios de consejería orientados a los adolescentes están limitados a los clubes y son aun insuficientes. Igualmente, la consejería en los colegios públicos y privados es casi inexistente y los maestros no han sido debidamente capacitados. No existe una atención diferenciada en los servicios de salud orientados a las y los adolescentes que requieren de acceso a orientación profesional sobre su salud sexual y reproductiva. (6)

Las niñas y mujeres jóvenes que se quedan embarazadas son más proclives a abandonar sus estudios, y por tanto corren mucho más riesgo de vivir en la pobreza. Se estima que entre el 8% y el 25% de las niñas en algunos países del África subsahariana abandona la escuela por embarazo. Además, las adolescentes están más expuestas a sufrir alguna forma de violencia a lo largo de sus vidas.

Los y las adolescentes tienen derecho a la salud y a la planificación familiar: Los gobiernos se han comprometido a garantizar el derecho de los y las jóvenes a la salud, y a desarrollar la atención sanitaria preventiva, la orientación a los padres y la educación y los servicios en materia de planificación de familiar,” conforme a lo acordado en el Artículo 24 (2f) de la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño (CDN).

Las consecuencias de la existencia de necesidades insatisfechas entre las jóvenes: El riesgo de morir durante el parto es dos veces mayor entre las mujeres de entre 15 y 20 años que entre las mujeres de entre 21 y 30 años, y es cinco veces más alto para las adolescentes menores de 15 años.(10)

La Dra. Esmirna Isolina Mendoza, 2010, En Nicaragua la tasa de fecundidad específica es de 118 en las adolescentes ha sido considerada la más alta de la región esta tasa es mayor en mujeres adolescentes en el área rural ya que además del conocimiento que tiene sobre reproducción humana y el poco acceso a métodos de planificación generalmente se unen y quedan embarazadas entre los 14 y 17 años, a través de unión de hecho, formando familias estructuralmente inestable lo que a su vez va íntimamente relacionando con deserciones escolare y perpetuaciones del ciclo de la pobreza.(2)

Las proyecciones relacionadas por el 2015, por el Instituto de estadísticas y Censo INEC, señala una tasa de fecundidad en adolescentes de 152 nacimientos por

cada 1.000 mujeres entre 15 a 19 años, cifra superior a las registrada por las últimas encuestas demográficas registradas en el 2001, en la que indica una tasa de 139 de cada 1000 mujeres, sin embargo ambas cifras ubican a Nicaragua como un país de América Latina con mas alta tasa de fecundidad en adolescentes.(11)

Estudio realizado en el 2007 por el DR. Rocha y DR. Silva sobre conocimientos actitudes y practicas sobre los métodos de planificación en el departamento de Madriz en mayo 2007 revelo el nivel de conocimiento es regular y la actitud es desfavorable.

En Nicaragua octubre 2000 el MINSA y la OMS/OPS reflejan 1,232.175 adolescente entre 10 a 19 años constituye un porcentaje de 24 .3% de la población, la fecundidad es de 152 por cada 1,000 siendo las más altas en América Latina.

El MINSA, describe Salud Sexual y Reproductiva en Adolescentes

Línea de Acción 2: Desarrollar acciones de educación no formal, considerando las características culturales, de género, étnicas y generacionales.

Resultado Esperado:

Garantizado en los SILAIS el acceso a la información sobre los aspectos biológicos, sociales y conductuales asociados a la sexualidad y la reproducción humana Involucrados los gobiernos municipales en las acciones de promoción y prevención para promover el comportamiento sexual responsable y el respeto a los derechos sexuales y reproductivos

Involucrar a los medios de difusión en las acciones educativas para las y los adolescentes y población general.

Actividad 1: Elaborar material informativo con enfoque de derechos, género y pertinencia cultural para la prevención del embarazo y temas de SSR (trípticos, afiches, cuñas radiales, spot televisivos).

Contenido: Prevención del Embarazo en adolescentes / MPF / Prevención de ITS/VIH / Prevención de VIFS. (5)

## I. JUSTIFICACIÓN

Nicaragua tiene una población de 5.142.098 millones de habitantes, según el Censo Nacional del año 2005, y superará los 6.5 millones en el año 2015. De estos, el 11.4% se encuentra en las edades de 15 a 19 años (586,162) y 13.2% en edad de 10 a 14 años (681,548)

La población adolescente (15-19 años) en Nicaragua, presenta un crecimiento ascendente, pasando del 10.5% de la población total en 1950 a 11.4% de la población del 2005.

El informe de desarrollo humano 2007-2008, basado en los datos del 2005, indica que de cada 100 adolescentes (15 a 19 años), 51 viven en condición de pobreza y de estos, 18 viven en condición de pobreza extrema. De igual forma de cada 100 preadolescentes (12-14 años), 54 viven en condición de pobreza y de estos, 20 viven en condición de pobreza extrema.

Si tomamos como referencia que a medida que la edad aumenta la incidencia de la pobreza es menor, entonces los adolescentes, se encuentran en el tercer grupo poblacional con mayor incidencia de pobreza. (11)

A pesar de las distintas estrategias implementadas por los diferentes gobiernos y el ministerio de salud a mejorar el nivel educativo y reducir tanto la tasa de fecundidad y la mortalidad materna, no se ha logrado reducirla a los niveles adecuados

En nuestra población, la práctica sexual da inicio entre los 10 y 11 años de edad en las zonas rurales y entre los 12 y 15 años en las urbanas según los datos encontrados en los diferentes boletines de salud del MINSA, otro factor relacionado es la baja escolaridad y poca información que tiene la población adolescente y joven acerca de salud sexual y planificación familiar.

Actualmente la tasa de embarazos en adolescentes (alto riesgo obstétricos) a incrementado en nuestro país siendo de 158 por cada 1000 mujeres embarazadas, solo en el hospital Alemán Nicaragüense se atiende un porcentaje anual de 800 partos, de adolescentes entre las edades de 15 a 19 años.

Las mujeres más jóvenes en particular, corren riesgos específicos debido a su biología, a la discriminación respecto al acceso a información y a los servicios, y a los límites que la sociedad impone a su comportamiento. Como resultado, ellas son vulnerables a una triple amenaza: embarazo no deseado, aborto en condiciones de riesgo e infecciones transmitidas sexualmente (ITS) que pueden dejarlas infértiles o terminar con su vida. Al tomar medidas para reducir las tasas de VIH/ITS, de embarazo precoz y de aborto en condiciones de riesgo, no sólo se

protege la salud de los y las adolescentes, sino que también se reduce el costo para la sociedad, tanto a corto como a largo plazo (costos relacionados con las enfermedades, el tratamiento y la mortalidad).

Los embarazos en este segmento de la población, especialmente entre las mujeres más jóvenes, pueden poner en peligro la salud y la vida tanto de la madre como del niño/a. Las adolescentes sufren más complicaciones de embarazo que las mujeres de edad mayor, debido a una combinación de factores: ser primeriza, no haber completado la etapa final de crecimiento (desarrollo incompleto del esqueleto y de la pelvis) o no recibir atención prenatal adecuada. La maternidad precoz suele llevar a que las mujeres jóvenes interrumpan sus estudios y no puedan obtener empleos con mejor salario.

En el año 2010<sup>11</sup>, Nicaragua presenta una población de Niñez 23% (0 – 9 años) y una población Adolescentes del 23% (10 – 19 años), para un 46% y una población Joven 19% (20 – 29 años), equivalente al 65% de la población total.

Nicaragua tiene la tasa más alta de fecundidad en adolescente en Latinoamérica, con 106 nacimientos por cada 1000 mujeres entre 15-19 años, en 2007. Un cuarto de los nacimientos en Nicaragua 35,000 por año, son de madres entre las edades de 15-19 años.

La incidencia de ITS en adolescentes en el año 2008 fue de 53.7 y en 2009 de 44.6

Al tomar medidas para reducir las tasas de VIH/ITS, de embarazo precoz y de aborto en condiciones de riesgo, no sólo se protege la salud de los y las adolescentes, sino que también se reduce el costo para la sociedad, tanto a corto como a largo plazo (costos relacionados con las enfermedades, el tratamiento y la mortalidad).

Los embarazos en este segmento de la población, especialmente entre las mujeres más jóvenes, pueden poner en peligro la salud y la vida tanto de la madre como del niño/a. Las adolescentes sufren más complicaciones de embarazo que las mujeres de edad mayor, debido a una combinación de factores: ser primeriza, no haber completado la etapa final de crecimiento (desarrollo incompleto del esqueleto y de la pelvis) o no recibir atención prenatal adecuada. La maternidad precoz suele llevar a que las mujeres jóvenes interrumpan sus estudios y no puedan obtener empleos con mejor salario.

Los y las adolescentes y jóvenes de Nicaragua, enfrenta muchos desafíos, relacionados a su salud sexual y salud reproductiva, como: inicio de su actividad

---

<sup>11</sup> Fuente: ENDESA 1998/2001/2006/MINSA: Salud Sexual y Reproductiva en adolescente; Junio del 2011.

sexual, noviazgos, embarazos no planificados, infecciones de transmisión sexual, inequidad de Género, falta de acceso a información adecuada, falta de acceso a servicios de salud adecuados a sus características, entre otros problemas.

La planificación familiar es esencial en particular por cuatro razones fundamentales: la planificación familiar salva la vida de las mujeres, mejora la vida de las familias, protege a los adolescentes y jóvenes y contribuye a reducir la pobreza

Además la planificación familiar permite y posibilita que las familias dediquen más recursos a cada hijo, mejoren su nutrición, sus niveles de educación y sus condiciones de vida.(9)

El uso de anticoncepción en Nicaragua es relativamente alto, pues el 70 por ciento de todas las mujeres han utilizado alguna vez en su vida un método de planificación familiar, el 69 por ciento ha usado métodos modernos y el 12 por ciento alguna vez ha usado métodos tradicionales. El método moderno más empleado alguna vez por todas las mujeres sigue siendo la píldora (45 por ciento), seguido por la inyección con el 42 por ciento. El condón masculino ha sido usado por el 20 por ciento, seguido de la esterilización femenina y el DIU con el 18 y 15 por ciento respectivamente. El retiro ha sido practicado por el 8 por ciento de las mujeres, seguido del ritmo con el 7 por ciento y el MELA por el 5 por ciento en edad fértil

Entre las mujeres actualmente unidas, el 92 por ciento ha usado alguna vez un método de planificación familiar, observándose un aumento al compararse con las cifras de las encuestas de 2001 (88 por ciento) y de 1998 (86 por ciento). El 92 por ciento de las mujeres en unión ha utilizado métodos modernos y el 15 por ciento métodos tradicionales (Ritmo/Billings o Retiro)

Por esta razón nosotras como estudiantes de la carrera de licenciatura en Enfermería seleccionamos el tema planificación familiar por estar directamente vinculado con el bienestar del individuo, familia y sociedad con respecto a la salud sexual y reproductiva.

Con el presente trabajo se pretende identificar el conocimiento que poseen las adolescentes sobre los métodos de planificación familiar, para contribuir a reducir las tasas de embarazo en adolescentes y la mortalidad materna e infantil.

#### **IV.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

¿Cuál es el conocimiento que poseen las adolescentes de 15 a 19, sobre los métodos de planificación familiar, atendidas en el servicio de la consulta externa del Hospital Aleman Nicaragüense, en el periodo comprendido de junio – julio 2011

## **V.- OBJETIVOS**

### **OBJETIVO GENERAL**

Determinar el conocimiento que poseen las adolescentes entre las edades de 15 – 19 años, sobre los Métodos de Planificación Familiar, atendidas en el Hospital Alemán Nicaragüense en el Servicio de Consultas Externas en el periodo comprendido de Junio a Julio 2011.

### **OBJETIVO ESPECÍFICOS:**

1. Analizar las características sociodemográficos de las adolescentes en estudio.
2. Determinar el grado de conocimientos de las adolescentes sobre los Métodos de Planificación Familiar.
3. Identificar los métodos anticonceptivos más usados por las adolescentes que asisten a la consulta de planificación Familiar.

## VI.- MARCO TEÓRICO

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS)<sup>12</sup> define “adolescencia” como el evento entre las edades de 10 a 19 años y especifica “gente joven” como aquellos entre 10 y 24 años. La adolescencia también puede dividirse en cuatro categorías más específicas: pre-pubertad antes de los 10 años; preadolescencia de 10 a 14 años, adolescencia media de 15 a 19 años y post-adolescencia o adultos jóvenes de 20 a 24 años.

El uso de los métodos anticonceptivos, aunado a ciertas características sociodemográficas de la población, influye en el comportamiento de la fecundidad, en la prevención del riesgo reproductivo de las mujeres en edad fértil y en el incremento de la sobrevivencia materna, infantil y en la niñez.

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

La planificación familiar es una estrategia que permite a las parejas decidir por sí mismas tener o no, el número de hijo(as) que desean, así como el momento oportuno para tenerlos. Es también un derecho humano, una estrategia de salud pública, una medida de bienestar familiar y una condición que facilita el desarrollo socioeconómico y asegura el desarrollo sostenible.(3)

**La anticoncepción (contracepción)** impide la fecundación del óvulo por el espermatozoide, como consecuencia del acto sexual, mediante el uso de medicamentos, dispositivos o métodos naturales que bloquean o alteran uno o más de los procesos de la reproducción de tal forma que el coito pueda realizarse sin fecundación.

La efectividad de los métodos, cuando se usa en forma correcta y consistente, aseguran la probabilidad mínima de embarazos.

### MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN SITUACIONES ESPECIALES:

Definición: es el uso de anticonceptivos por un/a adolescente o pareja de ellos, al inicio de su vida sexual o con vida sexual activa. La vida sexual generalmente es esporádica, no planificada o permanente.

La OMS usa la palabra “Adolescente” para referirse a las edades entre 10 y 19 años y “Jóvenes” para referirse a las edades entre 10 y 24 años. La Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional emplea la expresión “Adultos

Jóvenes” para referirse a las personas en transición de la niñez a la edad adulta, sin especificar el intervalo de edades. (8)

### **Escogencia del método**

Principios básicos en anticoncepción en la adolescencia:

La orientación, escogencia y oferta de métodos anticonceptivos debe ir orientada a postergar el inicio de la actividad sexual, a espaciar el intervalo ínter genésico, a prevenir embarazos y las infecciones de transmisión sexual, en particular el VIH/SIDA.

Los jóvenes y adolescentes pueden usar cualquier método anticonceptivo, sin embargo, hay Criterios de Elegibilidad y Condiciones no médicas que son importantes para la toma de decisión informada, generalmente tienen comportamientos de alto riesgo, como tener varios compañeros sexuales, a menudo no tienen información exacta o completa relativa a la anticoncepción y tienden a depender de los conocimientos de sus padres, incluidos mitos y conceptos erróneos, es posible que no utilicen los métodos correctamente y que tiendan a tener relaciones sexuales esporádicas y no planificadas sin protección.

El uso de un método no invalida el uso de otro método simultáneamente por uno o ambos miembros de la pareja, sobre todo cuando se trata del uso de los métodos naturales combinados con los de barrera, físicos y químicos; o de estos dos con los hormonales y dispositivos intrauterinos.

En la adolescencia se deberá recomendar el uso de métodos de barrera en todas las relaciones coitales, sobre todo si son esporádicas y con diferentes parejas.

Para escoger un método además hay que basarse en las siguientes características del adolescente:

- Vida sexual activa, esporádica o frecuente.
- Cambios frecuentes de pareja sexual o varias parejas sexuales simultáneas.
- Fertilidad no probada.
- Paridad.
- Eventuales problemas legales por la edad, sobre todo en menores de 15 años.

En base a las características señaladas podemos agrupar a los adolescentes en:

**Grupo I:** Jóvenes-Adolescentes, varón o mujer, sin antecedentes de actividad sexual.

**Grupo II:** Jóvenes-Adolescentes con inicio de actividad sexual.

a) adolescente mujer sin hijos.

b) adolescente varón sin hijos.

**Grupo III:** Jóvenes-Adolescente mujer o varón con hijo(a).

La selección del método para cada grupo se orientará:

**Grupo I:** Jóvenes-Adolescentes, varón o mujer, sin antecedentes de actividad sexual

Abstinencia y postergación de la iniciación sexual.<sup>11</sup>

Es el método más eficaz de prevenir el embarazo y las ITS, no tiene efectos nocivos en la salud, puede incluir otras formas de expresión sexual, abrazarse, frotarse el cuerpo, besarse, regalar una rosa, acariciarse el cuerpo mutuamente.

Requiere mucha motivación y autocontrol, la participación y comprensión de la pareja es esencial, muchos jóvenes y adolescentes son inducidos a tener relaciones sexuales, se necesita de un gran respaldo de su pareja, del entorno familiar y social en donde se desenvuelven.

En las jóvenes-adolescentes mujeres:

- Retardar el inicio de las relaciones sexuales el mayor tiempo posible.
- Retardar el inicio del primer embarazo.
- Realizar su historia clínica obteniendo la fecha de su última menstruación e información sobre el día probable del inicio de su actividad sexual.

**Primera opción:** métodos de barrera (condón masculino) más píldoras que contienen sólo progestágenos.

**Segunda opción:** métodos de barrera (condón masculino) más píldoras combinadas con contenido bajo de estrógeno.

En ambos casos se prescribirán por lo menos desde un mes antes de la fecha de iniciación de la actividad sexual.

En los jóvenes-adolescentes varones:

- Primera opción: métodos de barrera.

**Grupo II:** Jóvenes-Adolescentes con inicio de actividad sexual

En las Jóvenes-Adolescentes mujeres sin hijos:

- Retardar el inicio del primer embarazo.
- a) Nunca ha estado embarazada

**Primera opción:** métodos de barrera (condón masculino o femenino) más píldoras que contienen sólo progestágenos.

**Segunda opción:** métodos de barrera (condón masculino o femenino) más píldoras combinadas con contenido bajo de estrógeno.

Reforzar estos métodos:

En casos de actividad sexual esporádica o múltiples compañeros sexuales con métodos de barrera, físicos y químicos.

- b) Tuvo un aborto o un parto con un hijo fallecido.

Espaciar lo más posible el intervalo entre embarazos.

**Primera opción:** métodos de barrera (condón masculino o femenino) más píldoras que contienen sólo progestágenos.

**Segunda opción:** métodos de barrera (condón masculino o femenino) más píldoras combinadas con contenido bajo de estrógeno.

**Tercera opción:** métodos de barrera (condón masculino o femenino) más inyectables combinados mensuales.

**Cuarta opción:** métodos de barrera (condón masculino o femenino) más insertar el DIU post aborto si no tiene contraindicaciones para este procedimiento.

En todos los casos reforzar estas opciones con: métodos de barrera, físicos y químicos, en casos de actividad sexual esporádica o múltiples compañeros sexuales.

- En el Joven-Adolescente varón sin hijos:

**Primera opción:** métodos de barrera (condón) reforzados con métodos naturales.

**Grupo III:** Jóvenes-Adolescente mujer o varón con hijo(a).

- En la Joven-Adolescente mujer con hijo vivo:

Espaciar lo más posible el intervalo entre embarazos

- a) período puerperal:

Poner especial énfasis en la anticoncepción posparto, trans cesárea y post aborto

Recomendar siempre el método de lactancia amenorrea y los métodos de barrera (condón).

- b) período ínter genésico:

De manera general aplicar los mismos criterios de selección que para la mujer adulta.

- En el Joven-Adolescente varón con hijo vivo:

- **Primera opción:** métodos de barrera (condón) reforzados con métodos naturales.

- La esterilización quirúrgica femenina o masculina en la adolescencia se seleccionará solamente en casos de indicación médica, previa evaluación de la situación por parte de un equipo interdisciplinario designado para tal fin y con el consentimiento expreso por escrito de la/el adolescente.

## **Métodos temporales**

**Métodos mecánicos:** dispositivos intrauterinos.

Pueden ser usados con mucha seguridad por mujeres mayores que no están en riesgo de enfermedad inflamatoria pélvica o de infecciones de transmisión sexual. Pueden ser los métodos de preferencia para estas mujeres porque los DIUs (de cobre y los liberadores de progestágeno) son altamente efectivos, no requieren de mucho seguimiento y son métodos que protegen largo tiempo, inclusive durante más de 10 años.

Sus efectos indeseables son mínimos, los problemas de sangrados se minimizan cuando se utilizan los que libran Levonorgestrel, estos a su vez tienen efecto de involución de los miomas, disminuyen la posibilidad de hiperplasia endometrial por su efecto antagónico con los estrógenos.

Los DIUs no deben retirarse hasta después de transcurrido un año de la menopausia.

## **Métodos hormonales**

Con la evolución de los anticonceptivos hormonales en estos últimos 40 años, en donde los progestágenos son más potentes y la disminución del contenido de

estrógenos, se han minimizado los riesgos para las usuarias, manteniendo los beneficios adicionales de los anticonceptivos que hacen a estos métodos como una buena alternativa para la mujer durante la perimenopausia.

Los anticonceptivos hormonales inyectables mensuales y los orales combinados de bajas dosis, pueden ser al mismo tiempo una fuente de suplemento de estrógenos durante la perimenopausia inclusive hasta un año después de la menopausia; sin embargo no se deben prescribir a mujeres mayores de 35 años que fuman más de 20 cigarrillos al día, no deben administrarse a mujeres con riesgo de cardiopatía (hipertensión, diabetes). Sugíerale el uso de otros métodos.

Los anticonceptivos hormonales orales y los inyectables trimestrales y bimensuales de sólo progestágeno son altamente recomendados para mujeres mayores de 35 años que desean planificar durante largo tiempo, sobre todo cuando han tenido problemas usando otros métodos o no desean un método permanente; pueden prescribirse con un relativo margen de seguridad en mujeres mayores de 35 años que fuman más de 20 cigarrillos al día; estos métodos solamente tienen efecto anticonceptivo y no son una fuente alternativa de estrógeno en la peri menopausia.(8)

La consejería y educación debe de estar orientada que permita al adolescente establecer metas, decidir como ejercerá su sexualidad, reconocer sus valores y normas de comportamiento de sus decisiones, reconocer factores de riesgo.

### **Consejerías**

La consejería es un proceso de análisis y comunicación de persona a persona, entre el prestador de servicios y el/la usuario/a potencial y el/la usuario/a activo. Este proceso incluye motivación, información y promoción. Se debe de dirigir a resolver las necesidades individuales del usuario/a, aclarar dudas y cumplir con los seis pasos de la técnica de consejería de ACCEDA:

- a) **Atender** a la persona usuaria.
- b) **Conversar**, consultar y evaluar los conocimientos y necesidades de la usuaria. Converse sobre sus necesidades, deseos o cualquier duda o preocupación que tenga. Aliéntela a que haga preguntas sobre planificación familiar, consulte acerca de sus planes de tener hijos o de posponerlos.
- c) **Comunicar** a la persona usuaria cuáles son los métodos anticonceptivos disponibles:
- d) **Encaminar** a la usuaria hacia la elección del método mas apropiado.

- e) **Describir** cómo utilizar el método elegido:
- f) **Acordar** con la usuaria la fecha de Visita de seguimiento.

La educación es factor influyente en las actitudes y prácticas relacionadas con la salud y el comportamiento reproductivo de las mujeres, así como la actitud frente al tamaño ideal de la familia y las prácticas de la planificación familiar, sin embargo, el currículo y la metodología de enseñanza, no responden a una educación para la vida, especialmente en lo referido a la interculturalidad, la educación de la sexualidad, prevención del VIH-Sida, prevención de la violencia y preparación para emergencias.(3)

Una de las características propias de la adolescencia es la conducta exploratoria. En la búsqueda de novedades pueden exponerse a riesgos para la salud que podrían estar relacionados con diferentes problemas de salud que enfrentan las y los adolescentes. Las muertes violentas constituyen una de las principales causas de muerte, seguidos por los suicidios. Así mismo, la experimentación en el plano sexual lleva a embarazos tempranos, infecciones de transmisión sexual y el VIH.

## **MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS FEMENINOS:**

### **1.1. Métodos temporales**

#### **a.- Naturales**

##### **Abstinencia**

Es una práctica sexual que los hombres o las mujeres o la pareja adoptan voluntariamente cuando no desean descendencia y que se logra evitando totalmente tener relaciones sexuales.

Este método debe ser compartido con la pareja, pero se trata de una decisión individual que responde al derecho propio de reproducirse de cada uno de ellos y depende de su motivación y disciplina para practicarla durante el tiempo requerido. La pareja evita el acto sexual en forma voluntaria. Puede ser decidido en cualquier momento y por el tiempo que lo deseen, puede ser de forma permanente o en forma periódica durante el período fértil de la mujer.

## **Abstinencia periódica**

**Definición:** La Organización Mundial de la Salud los ha definido como: “Métodos para planificar o evitar embarazos por medio de la observación de los signos y síntomas naturales de las fases fértil e infértil del ciclo menstrual de la mujer; existe abstinencia del acto sexual durante la fase fértil del ciclo menstrual y el acto sexual, cuando ocurre, es completo.”

Estos métodos son llamados también métodos de abstinencia periódica porque es necesario abstenerse de relaciones sexuales coitales los días potencialmente fértiles de la mujer si se desea evitar un embarazo.

La abstinencia periódica también puede ser utilizada en combinación con otros métodos anticonceptivos, de manera que la pareja utiliza métodos de barrera solamente durante la fase fértil del ciclo.

### **Tipos de Métodos de abstinencia periódica**

1. Método del ritmo o calendario o método de Ogino-Knaus.
2. Método de temperatura corporal basal o método térmico.
3. Método de moco cervical, método de la ovulación o de Billings.
4. Método sintotérmico.
5. Método del collar o días fijos.

### **Los consejeros deben ser capaces de:**

Ayudar a que la pareja aprenda a reconocer los signos y síntomas del período fértil.

Alentar reiteradamente a la pareja a evitar o interrumpir el coito o usar métodos de barrera en la etapa fértil y orientarlos cuando tienen problemas por la abstinencia.

Proporcionar materiales en donde registrar los cambios corporales, ej.: termómetros, hojas cuadrículadas, calendarios, cuadernos.

Para el método sintotérmico o índices múltiples (moco endocervical más temperatura basal, más método del calendario, período fértil). Se produce 1 embarazo por cada 50 usuarias.

Para el Método del Collar o días fijos se embaraza 1 de cada 20 usuarias.

### **Características:**

Los métodos naturales implican mucha motivación y comunicación del hombre y la mujer, las parejas no pueden tener relaciones sexuales entre 10 y 20 días de cada mes o deben utilizar métodos adicionales (preservativos o condones) en ese período.

Algunos métodos de abstinencia periódica pueden ser de difícil aplicación y poco eficaces para las mujeres con ciclos menstruales irregulares.

Son los métodos anticonceptivos menos eficaces.

Criterios de elegibilidad médica:

**Categoría 1: Usar el método en cualquier circunstancia.**

- No hay riesgo con el uso de este método:
- La mayoría de las mujeres pueden utilizar los métodos naturales en forma segura y eficaz hasta donde la seguridad del método lo permite.
- Parejas que desean evitar embarazos, están de acuerdo y motivadas a usar el método.
- Que no tienen inconveniente en tener un embarazo en caso de falla del método.
- Parejas que asumen el riesgo sabiendo que este método es menos efectivo que otros. Parejas que tienen creencias religiosas o morales que no les permiten usar otros métodos.
- No existen condiciones clínicas que restrinjan el uso de estos métodos.
- Parejas que desean espaciar sus embarazos.
- Parejas que están de acuerdo en no tener relaciones sin protección en los días fértiles de cada ciclo.
- Parejas que están dispuestas a llevar el control de ciclo menstrual de la mujer.

**Categoría 2: Generalmente usar el método**

Puede usarse el método aunque no debe considerarse de primera elección:

Existen condiciones que pueden afectar la función ovárica o la regularidad del ciclo menstrual, alterar los signos y síntomas de fertilidad y las características del

moco endocervical, que pueden hacer a estos métodos difíciles de aprender, interpretar y usar.

### **Tipos de Métodos de abstinencia periódica**

1. Método del ritmo o calendario o método de Ogino-Knaus.
2. Método de temperatura corporal basal o método térmico.
3. Método de moco cervical, método de la ovulación o de Billings.
4. Método sintotérmico.
5. Método del collar o días fijos.

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

Este método se basa en la abstinencia durante el período fértil, de la mujer, período que debe calcularse en dependencia de la duración de sus ciclos menstruales.

##### **Base fisiológica:**

La ovulación se produce de 16 a 12 días antes del inicio de la menstruación siguiente.

Sobre la base de la duración de los ciclos anteriores se calcula el momento de la menstruación siguiente, contando retrospectivamente desde esa fecha se determina el momento aproximado de la ovulación, a lo que hay que agregar un margen de abstinencia que cubra el tiempo de vida del espermatozoide y del óvulo.

El resultado final es un grupo de días en los que puede haber concepción si hay relación sexual.

Los días antes y después de ese tiempo, probablemente serán infértiles.

**Efectividad:** de un 53 % hasta un 85.6 %

#### **2.- Método de temperatura corporal, basal o método térmico**

Este método identifica el período de ovulación por medio del registro diario de la temperatura basal durante un ciclo menstrual. La elevación de la temperatura indica que la mujer ha ovulado.

La temperatura corporal basal es la temperatura más baja que alcanza el organismo en una persona, cuya medición se debe efectuar todas las mañanas apenas se despierte y antes de que realice alguna actividad, por la misma vía, después de al menos 6 horas de sueño continuo. La medición puede ser oral, rectal o vaginal, pero la más exacta es la rectal.

##### **Base fisiológica:**

Incremento de la temperatura del cuerpo que se produce poco después de la ovulación relacionado con la secreción de progesterona por el cuerpo lúteo del ovario.

El incremento es de 2 a 5 décimas de grados centígrados o 0.4 a 1.0 grados F° y permanece en ese nivel alto hasta antes de la siguiente menstruación.

El período infértil post ovulatorio comienza tres días después de observarse el alza de temperatura.

### **Ventajas**

Las ya mencionadas en las ventajas generales.

Favorece en mujeres y hombres el conocimiento sobre la fisiología de la ovulación

Propicia en las mujeres el reconocimiento en su cuerpo de los signos de la ovulación

### **Desventajas**

Requiere de un período de orientación de varios meses en el manejo del método.

Existe dificultad en la interpretación de algunas curvas térmicas.

La identificación real de la ovulación es después que ésta se produjo, no predice el día de la misma.

Es necesaria una buena salud física general que evite las fiebres por otras causas (infecciosas) no ovulatorias.

Requiere de un termómetro y de saberlo leer y saber escribir.

Exige un mayor cuidado de interpretación en las siguientes situaciones especiales:

- o Después del parto y durante el amamantamiento.
- o En la premenopausia
- o En la adolescencia.
- o Después de dejar la píldora

### **Efectividad:**

Hay pocos estudios sobre su efectividad; los que existen informan alcanza del 77.9 al 99%.

### **3.- Método del moco cervical, de la ovulación o de Billings**

Este método reconoce los cambios cíclicos del moco cervical en los períodos pre y post ovulatorios por medio de la observación e interpretación de las sensaciones vaginales y vulvares que producen los cambios en la calidad y cantidad del moco cervical en respuesta a los niveles cambiantes de los estrógenos.

#### **Base fisiológica:**

En el ciclo de 28 días, durante los días inmediatamente posteriores a la menstruación, bajo la influencia del estrógeno, el moco cervical forma un tapón grueso, pegajoso y viscoso que ocluye el cuello del útero, hay sensación de resequedad en la vagina y hace que la vulva se note seca al tacto (Período preovulatorio).

Durante el tiempo de ovulación, por efecto del incremento de los estrógenos, aparece primero cierta cantidad de moco en la vagina, al principio es escaso y provoca sensación de humedad en la vagina, es grueso, no elástico, pero al continuar aumentando los niveles de estrógeno antes y durante la ovulación el moco cambia a una sustancia más líquida, muy lubricante, resbalosa, el moco es claro, transparente, delgado, blanco y elástico, puede estirarse hasta 6 ó 10 cm.

sin romperse, fluye muy abundantemente y hace que la vagina y la vulva se note húmeda al tacto (Período ovulatorio).

### ***b.- De Barrera***

Actualmente el Ministerio de Salud no proporciona a las usuarias ningún método de planificación familiar de barrera.

#### **Preservativo femenino**

**Definición:** Es un método anticonceptivo temporal. Tiene la función de cubrir la vagina durante la relación sexual, recoge el semen y no permite que el espermatozoide del hombre entre en contacto con la vagina y el cuello del útero de la mujer.

**Tipos:** De Látex, protege contra Infecciones de Transmisión Sexual, incluyendo VIH/SIDA

**Presentación:** Sobres individuales conteniendo una unidad enrollada.

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

**Efectividad anticonceptiva:** Bajo condiciones habituales de uso, este método brinda protección anticonceptiva del 70 al 90%, usado en forma correcta tiene una tasa de fallo de 14 embarazos por 100 mujeres en el primer año de uso, (una de cada 8 mujeres).

### ***c.- Mecánicos***

#### **Dispositivo intrauterino (DIU)**

**Definición:** El dispositivo intrauterino (DIU) es un método anticonceptivo reversible, seguro y efectivo, hechos de metal y plástico que introducidos en la cavidad uterina impiden el embarazo mediante una combinación de mecanismos.

#### **Duración y Efectividad anticonceptiva**

Este método brinda del 97 al 98% de protección anticonceptiva. La T Cu 380<sup>a</sup> 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.

#### **Mecanismo de Acción del DIU T de Cu:**

Al liberar cobre actúa interfiriendo el proceso reproductivo antes de que ocurra la fertilización.

Afecta la capacidad de migración de los espermatozoides de pasar a través de la cavidad uterina inmovilizándolos o destruyéndolos.

Altera el moco cervical, espesándolo, desminuyendo de esta forma la movilización y la capacidad de penetración de los espermatozoides, este mecanismo es más intenso por los cambios que provoca en la cantidad y viscosidad del moco cervical en el caso de DIU con levonorgestrel.

Aumenta la fagocitosis en la cavidad uterina.

## **Criterios de elegibilidad médica:**

### **Categorías 1: Usar el método en cualquier circunstancia.**

No hay riesgo con el uso de este método:

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.

### **Categoría 2: Generalmente usar el método**

Puede usarse el método aunque no debe considerarse de primera elección:

- ✓ Menor de 20 años.
- ✓ Nulípara.
- ✓ Post parto o poscesárea antes de 48 horas.
- ✓ Post aborto del segundo trimestre.
- ✓ Anormalidades anatómicas: que no distorsionan la cavidad uterina.
- ✓ Valvulopatía cardíaca complicada (hipertensión pulmonar, fibrilación auricular, historia de endocarditis bacteriana subaguda.
- ✓ Patrones de sangrado vaginal: sangrado intenso o prolongado.  
Historia de
- ✓ sangrado vaginal de causa desconocida.
- ✓ Endometriosis para el DIU T. Cu.
- ✓ Dismenorrea severa para el uso del DIU T Cu.
- ✓ Neoplasia cervical intraepitelial (NIC)
- ✓ Miomas uterinos sin distorsión de la cavidad uterina.
- ✓ Enfermedad inflamatoria pélvica: EPI pasada (asumiendo que no hay actualmente factores de riesgo de ITS) sin embarazo posterior.
- ✓ Infecciones de Transmisión Sexual: Vaginitis sin cervicitis purulenta.
- ✓ Diabetes: Enfermedad no vascular no insulino e insulino dependiente
- ✓ Nefropatía/Retinopatía/Neuropatía. Otra enfermedad vascular o diabetes
- ✓ de más de 20 años de duración. Para el DIU de LNG en todos los casos.
- ✓ Enfermedad de la vesícula biliar: sintomática, tratada con colecistectomía, tratada médicamente, actual y Asintomático.
- ✓ Anemia: talasemia, drepanocítica, ferropénica para el DIU T Cu.
- ✓ Retroversión uterina fija grado III.
- ✓ Ruptura prematura de membranas. Trabajo de parto prolongado.
- ✓ Prácticas sexuales de riesgo de Infecciones de transmisión sexual.  
Mujeres
- ✓ con varios compañeros sexuales. Antecedente de expulsión previa de DIU.
- ✓ Evaluar condiciones que requieren atención que podrían constituir riesgos

- ✓ potenciales de complicaciones mayores que los beneficios de usar el DIU.

#### **d.- Hormonales**

##### **Métodos hormonales orales combinados.**

##### **Eficacia**

Su eficacia es alrededor del 97 al 99% cuando se utilizan en forma correcta y consistente (0.1 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso, 1 en cada 1000).<sup>6,7</sup> Esta efectividad en la población general, puede disminuir hasta un 92% por el uso incorrecto de la toma de la píldora, la tasa de falla es de 0.2 a 1 embarazo en cada 100 mujeres por año de uso

##### **Métodos Hormonales**

- Orales: Lofemenal (tableta)

##### **Lineamientos específicos para su prescripción**

- Proporcionar consejería.
- Prescribir dosis baja y micro dosis en mujeres que la toman por primera vez.
- En el primer ciclo de uso, deben iniciarse preferentemente dentro de los 5 primeros días del ciclo menstrual.
- En amenorrea puede comenzar a tomarse los anticonceptivos orales combinados en cualquier momento, siempre y cuando este segura de no estar embarazada. Deberá abstenerse de mantener relaciones sexuales o utilizar alguna protección anticonceptiva adicional hasta el siguiente ciclo.
- En lactancia, después de 3 semanas si no está lactando.
- En amenorrea por lactancia y han pasado ya más de 6 meses post- parto, puede utilizar los anticonceptivos hormonales combinados orales.
- Después de 6 meses del post- parto y con presencia de ciclos menstruales, puede utilizar anticonceptivos hormonales combinados orales.
- En post- aborto iniciar en los primeros 7 días post- legrado o post-abortos

##### **Forma de administración**

En la presentación de 21 tabletas, se ingiere una tableta diaria, iniciando el primer día del ciclo menstrual, o dentro de los primeros cinco días. Los ciclos subsecuentes deben iniciarse al concluir los 7 días de descanso del ciclo, independientemente de si se presenta el ciclo menstrual o no.

En sobres de 28 tabletas, se ingiere una tableta diariamente hasta concluir con las tabletas que contienen hierro o lactosa, los ciclos subsecuentes se inician al concluir el ciclo, independientemente de si se presenta el ciclo menstrual o no .

##### **Categoría 1: Usar el método en cualquier circunstancia.**

No hay riesgo con el uso de este método en los siguientes casos:

- Mujeres o parejas en cualquiera edad reproductiva, desde la menarquia hasta los 40 años de edad, que lo soliciten y quieren un método anticonceptivo muy efectivo.
- Mujeres jóvenes y adolescentes sexualmente activas.
- Nulíparas y múltiparas.
- En el posparto o post cesárea, (en lactantes) iniciarlos después de 6 meses posteriores al nacimiento. (en mujeres no lactantes), iniciarlo después de los primeros veintiún días.
- post aborto (primer, segundo trimestre, inmediatamente después de un aborto séptico).
- Historia de cirugía pélvica.
- Antecedente de embarazo ectópico.
- Antecedente de Cirugía menor sin inmovilización.
- Várices.
- Alteraciones neurológicas: Cefalea migrañosa (leve a severa), Epilepsia.
- Períodos menstruales irregulares con o sin sangrado abundante.
- Endometriosis no pélvica y pélvica.
- Tumores benignos de ovario, incluye los quistes.
- Mujeres con dismenorrea severa.
- Enfermedad trofoblástica benigna y maligna (Mola hidatidiforme y Coriocarcinoma)
- Ectropión cervical.
- Enfermedades de la mama: Benigna, Historia familiar de cáncer de mama.
- Cáncer de endometrio.
- Cáncer de ovario.
- Fibromas uterinos, con y sin distorsión de la cavidad uterina.
- Enfermedad pélvica inflamatoria y riesgo de ITS, con o sin embarazo subsecuente. EPI actual o dentro de los 3 últimos meses.
- Infecciones de transmisión sexual, vaginitis sin cervicitis purulenta, riesgo aumentado de ITS (múltiples compañeros sexuales o compañero que a su vez tiene parejas múltiples).
- Alto riesgo de infección por el VIH/SIDA, VIH positivo, SIDA.
- Tuberculosis pélvica y no pélvica.
- Malaria.
- Antecedente de Diabetes gestacional.
- Enfermedad de la tiroides controlada (bocio simple, hipo, hipertiroidismos).
- Portadora de hepatitis viral.
- Anemia por deficiencia de hierro o secundaria a sangrados menstruales abundantes, Talasemia.
- Parejas que desean espaciar los embarazos (intervalo ínter genésico).
- Parejas que desean un método reversible a corto, mediano o largo plazo.
- Mujeres en las que está contraindicado el DIU.
- Historia de Pre-eclampsia. Obesidad. Epilepsia (algunas drogas antiepilépticas disminuyen la efectividad de los Anticonceptivos Combinados).

### **Indicaciones en casos especiales:**

Los anticonceptivos hormonales combinados continuos, deben proporcionarse después de haber recibido consejería apropiada, haber hecho una selección informada y si no tiene contraindicaciones para su uso, se pueden proporcionar a: Mujeres con estructura física normal o un poco más grandes; con ciclos menstruales regulares o no; sanas y confiables en la administración correcta del anticonceptivo, se prescribirán de preferencia dosis muy bajas o bajas de 30 mcg. o menos de etinilestradiol o micro dosis.

En mujeres obesas prescribir dosis medias de 30 mcg. de etinilestradiol.

- En adolescentes sin acné, delgadas o con peso ideal, mamas grandes y sangrados menstruales abundantes; en mujeres mayores o de 35 años, próximas a la menopausia y aún un año después de la menopausia, sintomáticas y con historia previa de trastornos de la coagulación, se recomienda prescribir micro dosis con 20 mcg. o menos de etinilestradiol asociado con progestágenos de 3era. generación (desogestrel 150 mcg).
  - En adolescentes con acné, con mamas pequeñas, con sangrados menstruales normales o escasos y de constitución obesa, prescribir micro dosis con 30 mcg. de etinilestradiol asociado con progestágenos de 3era. generación (gestodeno 75 mcg, o Acetato de Clormadinona 2mg.).
  - En estados de desfeminización o androgenización (acné, hirsutismo) se pueden prescribir combinaciones de 35 mcg. de etinilestradiol asociado a un antiandrógeno (acetato de ciproterona 2000 mcg).

**Duración de la protección anticonceptiva:** La protección anticonceptiva esta limitada a cada uno de los ciclos durante los cuales se ingieran las tabletas o grageas en forma correcta.

### **Ventajas y efectos benéficos de la toma de AOC**

- Son muy eficaces, seguros, fáciles de usar, reversibles, su uso es independiente del coito y da mayor tranquilidad a la usuaria al eliminar el riesgo de embarazo.
- No interfiere con la relación sexual.
- Pocos efectos colaterales.
- El uso puede interrumpirse con facilidad.
- Puede ser proporcionado por personal no médico.
- Regularización de los ciclos menstruales.
- Rápido retorno de la fertilidad tan pronto como se interrumpe su uso.

### **Efectos benéficos**

- Eficacia elevada cuando se toman diariamente.
- Eficacia inmediata al iniciarse dentro de los primeros siete días del ciclo.
- Flujos menstruales menos profusos y menos dolorosos.

- Puede mejorar la anemia.
- Protegen contra el cáncer de ovario y del endometrio.
- Disminuye la enfermedad benigna de la mama.
- Previene el embarazo ectópico.
- Disminuye el riesgo de Enfermedad Pélvica Inflamatoria.

### **Métodos hormonales inyectables intramusculares hormonales combinados mensuales.**

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

#### **Mecanismo de acción:**

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

#### **La primera aplicación debe hacerse**

- Entre el 8vo. y 10mo día del ciclo para Depoprovera,
- Durante el primer día de inicio de la menstruación para la Mesigyna intramuscular en región glútea.
- En amenorrea: Puede recibir la primera inyección en cualquier momento, siempre y cuando este razonablemente segura de que no esta embarazada. En post parto y post cesárea después de 3 semanas si no está lactando.
- En lactancia:
- En posparto o post cesárea:
- Después de 3 semanas si no está lactando.
- Si esta lactando y tiene mas de 6 meses y se encuentra en amenorrea, puede aplicarse la inyección y manejarse como en amenorrea.
- Si presenta ciclos menstruales y han pasado más de 6 meses post parto o post cesárea, puede recibir la primera inyección tal como se aconseja para otras mujeres con ciclos menstruales.
- En post aborto: Iniciar en los primeros 7 días post legrado
- Las aplicaciones subsiguientes deben hacerse:

Aplicar a las cuatro semanas, el mismo día del mes en que se inyectó la primera dosis, independientemente de la fecha de venida de su menstruación, para el caso de la Mesigyna.

#### **Ventajas y beneficios de los anticonceptivos combinados inyectables mensuales**

- Son fáciles de usar.
- Eficacia inmediata si se aplica en la fecha correspondiente.
- Debe administrarse nueva dosis cada 4 semanas.
- Su uso es independiente de la relación sexual.
- Pocos efectos colaterales.

- No afecta la función gastrointestinal.
- Su uso es prolongado y de larga duración con lo cual se evita la administración diaria de hormonas.
- Es reversible.
- Su usuaria comparten la información.
- Liberan una dosis más baja de hormonas que los bimestrales y trimestrales.
- Mayor eficacia anticonceptiva por anovulación segura mayor al 99%.
- Menor posibilidad de olvido.
- Gran aceptabilidad y altas tasas de continuación.
- Pueden ser administrados por personal no médico, capacitado.

### **Beneficios**

- Pueden mejorar la anemia.
- Disminuyen la cantidad y duración del sangrado durante el período menstrual.
- Pocos efectos colaterales.
- Protegen contra el cáncer ovárico y del endometrio.
- Disminuyen la enfermedad benigna de la mama.

### **Desventajas y efectos adversos de los anticonceptivos combinados, inyectables mensuales**

#### **Efectos adversos menores**

Los cambios en los patrones de sangrado menstrual son poco frecuentes, el primer ciclo suele ser corto con el uso de Mesigyna, de 10 a 12 días, los sangrados subsiguientes ocurren con un mes de intervalo.

- La amenorrea no es frecuentes.
- La mayoría de las usuarias tienen un patrón normal de sangrado menstrual.
- Cefalea.
- Náuseas.
- Vómitos.
- Mareo.
- .Mastalgia
- Incremento de peso corporal.

#### **Desventajas**

- No se puede usar durante la lactancia.
- Puede haber aumento de peso.
- Se debe administrar una inyección intramuscular lo que para algunas mujeres no es deseable.
- No protege contra las infecciones de transmisión sexual ni contra el virus del SIDA.
- Una vez administrado no se puede descontinuar hasta que pase el efecto de la dosis suministrada.

### **Efectos adversos mayores y complicaciones que son signos de alarma**

- Suspender el uso del método si se presentara alguna de las siguientes situaciones:
- Sospecha de embarazo.
- Cefalea intensa.
- Alteraciones visuales (pérdida de la visión, visión borrosa).
- Dolor torácico, tos, cansancio.
- Dolor abdominal severo
- Disnea.
- Dolor de miembros inferiores.
- Trombosis venosa.
- Sangrado uterino anormal.
- Ictericia.
- Dolor o molestia en el sitio de la inyección.
- Persistencia o intolerancia de efectos colaterales más allá de seis meses.

### **Hormonales inyectables intramusculares sólo con progestágenos de depósito trimestrales**

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

#### **Tipos y presentación:**

Frascos que contienen un sólo progestágeno sintético de depósito:  
Acetato de Medroxiprogesterona (DMPA) 150 mg. en frasco-ampula de 1 ml. con suspensión acuosa microcristalina. (Depo-provera)

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

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

#### **Lineamientos generales y específicos para su prescripción:**

Se deben realizar los siguientes procedimientos para su prescripción:

#### **Proporcionar consejería específica:**

Se debe averiguar qué sabe la usuaria sobre este método anticonceptivo, reforzar sus conocimientos y aclarar sus dudas, brindar información detallada sobre el método.

Se pondrá énfasis en la forma de administración, efectividad, ventajas, desventajas, en las indicaciones y contraindicaciones; en la aparición de efectos adversos menores y mayores, en las complicaciones que pueden ocurrir por el uso de los mismos; en la aceptación del método; el costo, el manejo de eventualidades

y en garantizar la entrega de los anticonceptivos inyectables trimestrales o bimestrales.

**Forma de administración:**

Aplicar intramuscularmente, profundo, en la cadera, en la región glútea.

Administración de inicio:

En intervalo: La primera aplicación debe hacerse en cualquiera de los primeros siete días del inicio del período menstrual o en cualquier momento si hay seguridad razonable de que no está embarazada

- En Amenorrea: Puede recibir la primera inyección en cualquier momento si está razonablemente segura de que no está embarazada.
- En el posparto o post cesárea
- Si está lactando, aplicarla después de 6 semanas posteriores al nacimiento.
- Si no está lactando, a los 7 días del nacimiento o de inmediato.
- Si esta utilizando el método de lactancia amenorrea (MELA) y desea cambio de método, después de seis meses de lactancia.
- Puede recibir la primera inyección en cualquier momento.
- En el post aborto
- De inmediato o dentro de los primeros 7 días.
- De preferencia utilizar este método sólo durante la lactancia.

**Administraciones subsiguientes:**

Las aplicaciones subsiguientes deben hacerse para la DMPA cada tres meses, independientemente de cuando se presente el sangrado menstrual.

La nueva inyección se puede administrar hasta dos semanas antes o después de la fecha prevista para el DMPA.

Inyección tardía: Si tiene más de 2 semanas de atraso para la administración de la nueva inyección de DMPA, podrá recibir la inyección si está razonablemente segura de que no esta embarazada.

No se necesita un tiempo de descanso, y se pueden usar por todo el tiempo que la usuaria lo desee.

**Procedimientos para la prescripción:**

- Brindar Consejería.
- Determinar el estado de salud, detectar el riesgo reproductivo, las condiciones que requieren atención libre o seguimiento cercano o atención médica a fin de controlarlas y tratarlas. A fin de que se garantice que no se presenten complicaciones derivados del uso del método anticonceptivo.
- Seleccionar el método con consentimiento informado.
- El personal comunitario debe ser capaz de determinar el estado de salud y referir en todos los casos en que sea necesaria la valoración por el personal de salud.
- Personal entrenado en la aplicación de inyectables.

- Se tendrá especial atención para evitar el uso indistinto de inyectables de progestinas e inyectables hormonales combinados en dependencia de su diferente formulación y duración de la efectividad.
- Se utilizarán jeringas y agujas estériles desechables o jeringas prellenadas.

### **Duración de la protección anticonceptiva:**

La protección anticonceptiva esta limitada a cada uno de los ciclos durante los cuales se aplique el método inyectable trimestralmente o bimensualmente en forma correcta.

### **Criterios de Elegibilidad médica:**

#### **Categoría 1: Usar el método en cualquier circunstancia.**

- Los anticonceptivos hormonales inyectables de solo progestágenos, trimestrales, deben proporcionarse después de haber recibido consejería apropiada, haber hecho una selección informada y si no tiene contraindicaciones para su uso.
- No hay riesgo con el uso de este método en los siguientes casos:
- Mujeres en edad fértil, de 18 a 45 años de edad, nulíparas o multíparas, con vida sexual activa, que lo soliciten y prefieren el método temporal inyectable de larga duración o para quienes la administración oral no ofrece suficiente seguridad y es un problema tomar pastillas todos los días
- Mujeres en las que hay contraindicaciones de otros métodos.
- En posparto o poscesárea, lactando, después de 6 semanas, fecha en que esta establecida la lactancia y hasta 6 meses y mas tiempo posteriores al nacimiento. En mujeres que no lactan desde antes de 21 días posteriores al nacimiento.
- En post aborto, del primer, segundo trimestres e inmediatamente después de aborto séptico.
- Con historia de cirugía pélvica.
- Epilepsia.
- Anemias por talasemia, drepanocítica, ferropénica.

#### **Ventajas y beneficios del uso de DMPA**

- No afectan la función gastrointestinal por ser inyectable.
- Eficacia elevada.
- Evitan el primer paso por el hígado causando menos cambios metabólicos.
- No contienen estrógenos.
- De acción prolongada, de tres meses para el Acetato de Medroxiprogesterona y dos meses para la Noretisterona por inyección.
- No está relacionado con el coito.
- Ofrece privacidad a la usuaria ya que no requiere mantener suministros en la casa.
- Para algunas mujeres, la amenorrea prolongada puede ser deseable y aceptada como una ventaja.

- Disminuyen los cólicos, el dolor menstrual y el dolor ovulatorio.
- Disminuyen el flujo menstrual.
- Mejoran la anemia.
- Se puede utilizar durante la lactancia ya establecida.
- Puede ser administrado por personal capacitado, no médico.
- Disponibles en programas de distribución comunitaria y en las farmacias.
- Si se usa durante el embarazo no sospechado ni diagnosticado, hay estudios que confirman que no causan malformaciones congénitas.
- Requiere visitas periódicas cada tres o dos meses para abastecimiento y administración

### **Efectos beneficiosos no anticonceptivos**

- Reduce el riesgo de embarazo ectópico.
- Protege contra la enfermedad inflamatoria pélvica al espesar el moco cervical que dificulta la entrada de las bacterias al tracto genital.
- Mejora la anemia al reducir el sangrado menstrual o quedar en amenorrea.
- No reduce la producción y el volumen de leche materna.
- Mejora la dismenorrea.
- Existe ausencia de los efectos adversos de los estrógenos.
- Hace menos dolorosa las crisis drepanocíticas en la anemia falciforme.
- No aumenta el riesgo de cáncer de ovario, genital o hepático.
- Reduce el riesgo de cáncer endometrial.
- Mejora la endometriosis.
- Reduce el riesgo de enfermedades cardiovasculares ya que no contiene estrógeno.
- No causa malformaciones al feto cuando se administra a pacientes embarazadas en el primer trimestre.

### **Desventajas, efectos adversos, contraindicaciones del uso de DMPA**

#### **Desventajas:**

- Cambios en el patrón del sangrado menstrual, principalmente amenorrea, sangrado o manchas irregulares.
- En raros casos hay sangrado excesivo (menos de 1 por 1000 usuarias).
- Aumento de peso, más o menos 4 libras durante el primer año de uso.
- Cuando se acaba la eficacia de la última inyección al cabo de tres meses, la fertilidad se reanuda de 2 a 6 meses después.
- Existe riesgo de transmisión del virus del SIDA si los proveedores de la administración no usan agujas y jeringas estériles.
- No protege a mujeres expuestas a infecciones de transmisión sexual y al VIH/SIDA, por lo cual se requiere el uso de condones adicionales.

#### **Efectos adversos**

- La mayoría de las mujeres tienen ciclos menstruales irregulares en el primer año de uso y luego caen en amenorrea por períodos de tres meses o más;

otras tienen sangrado irregular o manchado, o cambios en la duración y cantidad del sangrado menstrual.

- El uso prolongado puede causar una reducción de la densidad ósea, pero esto necesita investigarse más a fondo para confirmarse.
- Hay una leve disminución de las lipoproteínas de alta densidad (HDL) y los hidratos de carbono, por lo cual deben ser vigilados en las mujeres con riesgo a intolerancia a la glucosa o que ya la tienen.

Otros efectos adversos son: Cefalea, Mastalgia, Aumento de peso moderado, Depresión, Disminución de la libido, Mareos, Reacción alérgica ocasional.

- La mayoría de las mujeres tienen ciclos menstruales irregulares en el primer año de uso y luego caen en amenorrea por períodos de tres meses o más; otras tienen sangrado irregular o manchado, o cambios en la duración y cantidad del sangrado menstrual.

## **1.2 Métodos permanentes**

### **a.- Oclusión tubárica bilateral (OTB)**

Métodos femeninos permanentes: Oclusión Tubárica Bilateral (OTB), esterilización quirúrgica voluntaria, corte y ligadura tubaria, tubectomía.

**Definición:** Es un método anticonceptivo, quirúrgico, para suprimir en forma permanente la capacidad reproductiva de la mujer, es un método muy eficaz, que consiste en la oclusión bilateral de las trompas de Falopio con el fin de evitar que el óvulo y el espermatozoide puedan unirse, impidiendo así la fecundación.

**Tipos:** En la práctica del procedimiento quirúrgico se debe abordar la trompa en la región más avascular y se debe recortar la menor cantidad posible de tejido de la trompa.

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

### **Ventajas y beneficios de la OTB**

- Eficacia inmediata y elevada.
- Es un método permanente.
- No interfiere con la lactancia.
- No interfiere con las relaciones sexuales.
- Es un procedimiento quirúrgico sencillo que generalmente se realiza con anestesia local y sedación.
- No tiene efectos secundarios a largo plazo.
- No produce cambios en la función sexual, no tiene efecto alguno sobre la producción de hormonas por parte de los ovarios.

### **Beneficios de la OTB**

Es un buen método en el caso de usuarias en las que de darse un embarazo, éste es un alto riesgo para su salud.

### **Duración de la protección anticonceptiva.**

Este método anticonceptivo es permanente; la usuaria debe estar consciente de esta característica antes de la realización del procedimiento.

## **MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS MASCULINOS:**

### **2.1 Métodos temporales**

#### **a.- Naturales**

##### **a.1 La abstinencia ya descrita en los métodos naturales femeninos.**

##### **a.2 Coitus interruptus, coito interrumpido, retiro.**

Es un método de planificación familiar cuya responsabilidad mayor recae en el hombre, consiste en interrumpir voluntariamente el acto sexual mediante retirar el pene de la vagina antes de producirse la eyaculación; es muy poco confiable.

#### **Efectividad anticonceptiva:**

Es baja, se estima que alcanza el 82% el primer año, en usuarios típicos. Un embarazo en cada cinco parejas en el primer año de uso. La principal razón de falla es el escape de semen y espermatozoides por la uretra antes de la eyaculación.

#### **Indicaciones:**

Mujeres o parejas con Categoría 1 de criterios de elegibilidad médica de abstinencia periódica en general.

#### **Categoría 1: Usar el método en cualquier circunstancia.**

No hay riesgo con el uso de este método:

Hombres con vida sexual activa.

En las siguientes situaciones:

- Parejas con actividad sexual esporádica.
- Relación sexual fortuita.
- Preferencia a otros métodos.
- Parejas que por razones religiosas o filosóficas no deseen utilizar otros métodos.
- Parejas que necesiten anticoncepción de inmediato.

#### **Contraindicaciones:**

#### **Categoría 4: No debe usarse el método.**

Este método no debe ser usado en los siguientes casos:

- Hombres con eyaculación precoz.
- Hombres con dificultad para retirar el pene de la vagina antes de la eyaculación.
- Parejas que necesiten de un método altamente eficaz y de larga duración.
- Parejas para las que un embarazo represente un riesgo de salud para la mujer.

Interrogue sobre:

- Sobre si la usuaria o la pareja tiene cualquier pregunta o asunto que conversar.

- Pregunte sobre la experiencia con el método, si está satisfecha y si tiene algún problema. Revise las observaciones hechas por ella o la pareja en consultas anteriores
- Verifique que la pareja esté utilizando el método correctamente, ofrezca cualquier información o ayuda que sea necesaria.
- Si tienen problemas que no pueden solucionarlos ayúdelos y aconséjelos para utilizar otro método.
- Oriéntela si desea continuar con el mismo método, si desea cambio de método o si va a buscar un nuevo embarazo.
- Planifique la próxima consulta.
- Si la mujer o la pareja están satisfechos con el método, oriéntelos a que lo sigan utilizando y a que se abstengan de relaciones en el período fértil o a utilizar métodos de barrera en ese tiempo.
- Si necesitan mayor capacitación, proporciónale consejería en el momento y según su necesidad, planifique la próxima consulta en función de su necesidad de consejería y de utilización o no del método actual o la necesidad de cambio de método.

Visitas subsecuentes, de seguimiento en la Usuarías de Métodos Naturales.

### ***b.- De Barrera***

#### ***Condón o preservativo***

**Definición:** Es un método anticonceptivo temporal, conocido también como preservativo profiláctico, gomas o forros. Tiene la función de cubrir el pene erecto durante la relación sexual, recoge el semen y no permite que el esperma del hombre entre en contacto con la vagina y el cuello del útero de la mujer.

**Tipos:** De látex (tratados con espermicidas) de plástico (Vinyl), protege contra Infecciones de Transmisión Sexual, incluyendo VIH/SIDA Naturales (de productos animales), no detienen el virus del SIDA. Hay condones de diferentes clases y marcas, difieren en sus características:

#### **Forma de administración:**

Dotar al usuario de suficiente cantidad y orientarlo sobre su uso correcto indicándole que debe:

- Utilizar un condón nuevo para cada relación sexual.
- Abrir cuidadosamente el sobre para evitar romper el condón.
- No utilizar un condón dañado o vencido.
- No usar condones después de cinco años de fabricación.
- No desenrollar el condón antes de utilizarlo.
- Colocar el condón cuando el pene está erecto y antes de penetrar en la vagina.
- Ubicar el condón en la punta del pene presionando la tetilla entre los dedos y dejando un centímetro libre, sin aire, para recoger el semen.
- Desenrollarlo con el pene erecto, antes de la relación sexual hasta llegar a la base del pene, sin dejar arrugas en el preservativo.

### **c.- Hormonales**

Actualmente el Ministerio de Salud no proporciona a los usuarios ningún método de planificación familiar hormonal.

## **2.2 Métodos permanentes**

### **a.- Vasectomía**

**Definición:** Es un método anticonceptivo que interrumpe la fertilidad en forma quirúrgica, voluntaria y permanente para el hombre. Se trata de una operación simple que puede realizarse como un procedimiento ambulatorio que pone fin a su capacidad reproductiva.

**Tipos:** Hay dos tipos de procedimientos:

La técnica tradicional con incisión, una, en la línea media del escroto y, otra, con dos incisiones, a cada lado del escroto (con bisturí).

La técnica de Li (sin bisturí).

**Mecanismo de acción:** Al obstruir ambos conductos deferentes por el corte y ligadura, no hay espermatozoides en el eyaculado. De esta forma el hombre produce líquido seminal sin esperma, por lo que su compañera sexual no puede quedar embarazada.

**Efectividad anticonceptiva:** En condiciones habituales, este método brinda protección anticonceptiva mayor al 99%. La tasa de fallo es muy baja, 1 de cada 700 operaciones en el primer año de uso. Es importante dar a conocer a los usuarios que este método brinda protección hasta que el semen esté libre de espermatozoides.

**Duración de la protección anticonceptiva:** Este método anticonceptivo es permanente, el usuario debe estar consciente de esta característica antes de la realización del procedimiento.

La vasectomía no es efectiva de inmediato, pueden encontrarse espermatozoides hasta las siguientes 25 eyaculaciones o hasta tres meses posteriores al procedimiento, por lo que se debe recomendar el uso del preservativo u otro método, para evitar embarazos no deseados hasta que el conteo de espermatozoides sea negativo.

### **Métodos anticonceptivos femeninas:**

1 Métodos temporales: a.- Naturales, b.- De barrera\*, c.- Mecánicos, d.- Hormonales

1.2 Métodos permanentes: a.- Oclusión tubárica bilateral (OTB)

### **2.- Métodos anticonceptivos masculinos**

2.1 Métodos temporales: a.- Naturales, b.- De barrera, c.- Hormonales\*

2.2 Métodos permanentes: a.- Vasectomía

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

La organización mundial de la salud define como método de planificación o evitar los embarazos por medios de los signos y síntomas naturales de las fases fértiles del ciclo menstrual, que van entre 10 y 20 días.

No se describen efectos colaterales atribuibles.

El 70 al 80% bajo condiciones óptimas interpretación bien el cuales son los días fértiles.

### **Método natural abstinencias métodos naturales de la mujer**

Este método de Planificación Familiar cuya responsabilidad mayor recae en el hombre, consiste e interrumpir voluntariamente el acto sexual mediante retirar el pene de la vagina antes de producirse la eyaculación es muy poco confiable.

Eficacia: Es baja se estima que alcanza el 82% el primer año, el usuario típico. Un embarazo en cada cinco parejas en el primer año de uso: la principal razón de fallas es el escape de semen y espermatozoide por la uretra antes de la eyaculación.

### **Método Barreda (Femenino)**

Es un método anticonceptivo temporales tiene la tención cubrir la vagina durante lo relación sexual y recoge el semen y no permite que el esperma del hombre entre contacto con la vagina y cuello uterino de la mujer.

La efectividad bajo las condiciones habituales de uso, este método brinda protección 70 al 90% de forma correcta. Una tasa de fallar es de 14% por cada 100 mujeres.

### **Método Mecánico (DIU)**

Es un dispositivo, intrauterino (DIU) es un método anticonceptivo reversible, seguro y efectivo, hechos de metal y plástico que introducidos en la cavidad uterina impiden el embarazo mediante una combinación de mecanismo.

Este método brinda del 97% al 98% de protección. Los de TCU 380° es efectivos hasta 10 años, tasa de fallo 1 en 125 a 170 mujeres en el 1er año de su uso y se utilizan en cualquier categoría

Efectos después de la inserción, inflamación que puede tomar analgésicos. O sangrado

### **Métodos hormonales orales combinados**

Píldoras: Contiene baja dosis de hormonas (Progestina y estrógeno) igual que las hormonas naturales progesterona y estrógeno en el cuerpo de la mujer y que son administrado por vía oral.

Evitar el embarazo.

Su efectividad: Es del 97 al 99% cuando se utiliza de forma correcta y consistente (0.1 embarazos por cada 100 mujeres el 1er año de su uso. Su efectividad puede disminuir hasta 92% por el uso incorrecto de la toma de píldoras.

La tasa de fallo: Es de 0.2 a 1 embarazo en cada 100 mujeres por año de uso.

Su mecanismo de acción: Funcionan liberando los óvulos de los ovarios

Métodos hormonales orales microginon (tabletas)

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

### **Método permanente (oclusión Tubarica Bilateral Cot13)**

Es un método anticonceptivo: Oclusión tubario es la eterización quirúrgico voluntarias, corte y ligadura tubarica,

Es un método anticonceptivo para suprimir de forma permanente la capacidad reproductiva de la mujer, es un método muy eficaz, que consiste oclusión bilateral de la trompas de Falopio con el fin de evitar que el ovulo y el espermatozoide pueden unirse, impidiendo así la fecundación.

Eficacia: Bajo condiciones habituales el uso de este método brinda protección anticonceptivo mayor de 99%.

La tasa de fallo: es muy baja 1 embarazada por cada 200 mujeres operadas en el 1er año de uso, la tasa acumulativa es de 0.9embarazada por cada 100 mujeres a 10 años.

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

### **Condón método Planificación (Barrera masculino)**

Es un método anticonceptivo temporal, conocido como preservativo profiláctico gomas o forros, tiene la función de cubrir el pene erecto durante la relación

sexual, recoge el semen y no permite que el esperma del hombre entre en contacto con la vagina y el cuello del útero de la mujer.

Eficacia anticonceptivo: Bajo condición, habituales del uso, este método brinda protección anticonceptivo del 70 al 90%. Usado en forma correcta tiene una tasa de fallo de 14 embarazo por 100 mujeres en el primer año de su uso (una de cada 8 mujeres)

Protección: Sobre el VIH SIDA y infecciones de transmisión sexuales.

### **Método permanente (Masculino)**

Vasectomía: Es un método que permite interrumpir la fertilidad de forma quirúrgica, voluntaria que permanente para el hombre, se trata de una operación simple que puede realizarse como un procedimiento ambulatorio que pone fin a la capacidad reproductiva.

Eficaz: En condición habitual este método brinda protección anticonceptiva mayor 99%

La tasa de falla: Es muy baja 1 de cada 700 operaciones en el primer año de uso. Es importante dar a conocer a los usuarios que este método brinda protección hasta que el semen esté libre de espermatozoide

Su mecanismo de acción: Al obstruir ambos conductos deferentes por el corte y ligadura, no hay espermatozoide, en el eyaculado de por lo que su compañero sexual no puede quedar embarazada.

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

Hormonales inyectables intramusculares solo con progestágeno trimestrales. Este anticonceptivo inyectable contiene una sustancia asteroidea de progestágenos sola, que administrador por vida intramuscular, evitar el embarazo durante tres o dos meses, con gran efectividad, de depósito, son revestirle y de uso privado.

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

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

### **Criterios de elegibilidad de la OMS:**

Categorías: En mujer de 18 a 45 años de edad en nulíparas (que no tiene hijos) o multíparas con vida sexual activa que soliciten el método hormonal inyectable o temporal Post Parto, Post Cesárea, lactando, después de 6 semanas fecha que establece la lactancia y hasta 6 meses y más tiempo posterior al nacimiento. Poseen usar el método mujeres

- Mujeres epilépticas
- Post aborto sépticos
- Cirugías pélvicas
- Mujeres con prácticas sexuales en riesgo
- Mujeres que deseen una protección eficaz

### **Contra indicaciones:**

- 1) Mujeres fumadoras
- 2) Mujeres que serán sometida a una cirugía en 4 semanas.
- 3) Cáncer mamario actual
- 4) Embarazo o sospecha de embarazo
- 5) Mujeres con sangrado vaginal desconocido o no diagnosticado

**Hormonas inyectables intramusculares solo con progestágeno de depósito trimestre.(Depoprovera)**

### **Criterios de Elegibilidad de la OMS:**

#### **Categoría 1: Usar el método en cualquier circunstancia.**

Los anticonceptivos hormonales inyectables de solo progestágenos, trimestrales, deben proporcionarse después de haber recibido consejería apropiada, haber hecho una selección informada y si no tiene contraindicaciones para su uso.

No hay riesgo con el uso de este método en los siguientes casos:

- Mujeres en edad fértil, de 18 a 45 años de edad, nulípara o multíparas, con vida sexual activa, que lo soliciten y prefieren el método temporal inyectable de larga duración o para quienes la administración oral no ofrece suficiente seguridad y es un problema tomar pastillas todos los días
- Mujeres en las que hay contraindicaciones de otros métodos
- En posparto o poscesárea, lactando, después de 6 semanas, fecha en que esta establecida la lactancia y hasta 6 meses y mas tiempo posteriores al nacimiento. En mujeres que no lactan desde antes de 21 días posteriores al nacimiento.
- En post aborto, del primer, segundo trimestres e inmediatamente después de aborto séptico.
- Con historia de cirugía pélvica
- Epilepsia
- Anemias por talasemia, drepanocítica, ferropénica
- Interacción de drogas: antibióticos (excluyendo rifampicina y griseofulvina)

**Mujeres con prácticas sexuales de riesgo.**

- Cuando el uso de estrógenos esté contraindicado
- Mujeres que deseen una protección altamente eficaz

**Categoría 2: Generalmente usar el método**

Puede usarse el método aunque no debe considerarse de primera elección en los siguientes casos:

- Mujeres que tienen algunos problemas y pueden lograr cambios con uno o más de los efectos colaterales benéficos de los anticonceptivos inyectables de progestágenos solos, trimestrales o bimensuales.
- Menores de 18 años, mayores de 45 años.
- Obesidad.
- Neoplasia cervical Intraepitelial (NIC)
- Cáncer cervical (en espera de tratamiento)
- Drogas comúnmente usadas que afectan las enzimas del hígado: Antibióticos (rifampicina y griseofulvina). Anticonvulsivantes (fenitoina, carbamazepina, barbitúricos, primadona)
- Sangrado menstrual irregular, ya sea en cantidad o duración.

**Categoría 3: Usualmente no se recomienda usar el método a menos que no haya otros métodos disponibles o aceptables.**

El método no es usualmente recomendado en los siguientes casos:

- Infórmele a la usuaria que estas condiciones requieren valoración cuidadosa cuando se utilizan anticonceptivos hormonales inyectables de progestágenos solos, trimestrales o bimensuales, deben explicarse los riesgos potenciales que podrían ser mayores que los beneficios, recomiéndele otros métodos posibles.
- Indicaciones iguales en esta categoría a la de los anticonceptivos orales de progestágenos solos.
- Factores múltiples de riesgo para enfermedad arterial cardiovascular (tales como mayor de edad, fumar, diabetes e hipertensión).
- Hipertensión: Niveles elevados de presión arterial, sistólica mayor de 160 y diastólica mayor de 100 mm/Hg. Enfermedad cardiovascular
- Diabetes con Nefropatía/Retinopatía/Neuropatía. O diabetes y otra enfermedad vascular o diabetes de más de 20 años de duración.
- Cardiopatía isquémica actual.

**Categoría 4: No debe usarse el método.**

Este método no debe ser usado en los siguientes casos:

- Indicaciones iguales en esta categoría a la de los anticonceptivos orales de progestágenos solos.
- Mujeres fumadora o no, que serán sometidas a cirugía mayor en un lapso de 4 semanas
- Embarazo o sospecha de embarazo.
- Cáncer mamario actual.
- Sangrado vaginal de causa desconocida, aún no diagnosticada.
- Mujeres que deseen embarazarse en un período menor a 9 meses después de suspender el anticonceptivo

### **Lineamientos generales y específicos para su prescripción:**

Se deben realizar los siguientes procedimientos para su prescripción:

#### **Proporcionar consejería específica:**

- Se debe averiguar qué sabe la usuaria sobre este método anticonceptivo, reforzar sus conocimientos y aclarar sus dudas, brindar información detallada sobre el método.
- Se pondrá énfasis en la forma de administración, efectividad, ventajas, desventajas, en las indicaciones y contraindicaciones; en la aparición de efectos adversos menores y mayores, en las complicaciones que pueden ocurrir por el uso de los mismos; en la aceptación del método; el costo, el manejo de eventualidades y en garantizar la entrega de los anticonceptivos inyectables trimestrales o bimestrales.

#### **Forma de administración:**

- Aplicar intramuscularmente, profundo, en la cadera, en la región glútea.

#### **Administración de inicio:**

En intervalo: La primera aplicación debe hacerse en cualquiera de los primeros siete días del inicio del período menstrual o en cualquier momento si hay seguridad razonable de que no está embarazada

En Amenorrea: Puede recibir la primera inyección en cualquier momento si está razonablemente segura de que no está embarazada.

#### **En el posparto o post cesárea**

- Si esta lactando, aplicarla después de 6 semanas posteriores al nacimiento. Si no esta lactando, a los 7 días del nacimiento o de inmediato
- Si esta utilizando el método de lactancia amenorrea (MELA) y desea cambio de método, después de seis meses de lactancia
- Puede recibir la primera inyección en cualquier momento.

#### **En el post aborto**

- De inmediato o dentro de los primeros 7 días
- De preferencia utilizar este método sólo durante la lactancia

#### **Administraciones subsiguientes:**

Las aplicaciones subsiguientes deben hacerse para la DMPA cada tres meses, independientemente de cuando se presente el sangrado menstrual.

La nueva inyección se puede administrar hasta dos semanas antes o después de la fecha prevista para el DMPA.

Inyección tardía: Si tiene más de 2 semanas de atraso para la administración de la nueva inyección de DMPA, podrá recibir la inyección si está razonablemente segura de que no esta embarazada.

No se necesita un tiempo de descanso, y se pueden usar por todo el tiempo que la usuaria lo desee.

### **Procedimientos para la prescripción:**

Brindar Consejería.

Determinar el estado de salud, detectar el riesgo reproductivo, las condiciones que requieren atención libre o seguimiento cercano o atención médica a fin de controlarlas y tratarlas. A fin de que se garantice que no se presenten complicaciones derivadas del uso del método anticonceptivo.

### **Seleccionar el método con consentimiento informado.**

El personal comunitario debe ser capaz de determinar el estado de salud y referir en todos los casos en que sea necesaria la valoración por el personal de salud.

Personal entrenado en la aplicación de inyectables.

Se tendrá especial atención para evitar el uso indistinto de inyectables de progestinas e inyectables hormonales combinados en dependencia de su diferente formulación y duración de la efectividad.

Se utilizarán jeringas y agujas estériles desechables o jeringas prellenadas.

### **Duración de la protección anticonceptiva:**

La protección anticonceptiva esta limitada a cada uno de los ciclos durante los cuales se aplique el método inyectable trimestralmente o bimensualmente en forma correcta.

### **Ventajas**

No afectan la función gastrointestinal por ser inyectable

- Eficacia elevada
- Evitan el primer paso por el hígado causando menos cambios metabólicos
- No contienen estrógenos
- De acción prolongada, de tres meses para el Acetato de Medroxiprogesterona y dos meses para la Noretisterona por inyección.
- No está relacionado con el coito
- Ofrece privacidad a la usuaria ya que no requiere mantener suministros en la casa
- Para algunas mujeres, la amenorrea prolongada puede ser deseable y aceptada como una ventaja
- Disminuyen los cólicos, el dolor menstrual y el dolor ovulatorio
- Disminuyen el flujo menstrual
- Mejoran la anemia
- Se puede utilizar durante la lactancia ya establecida
- Puede ser administrado por personal capacitado, no médico
- Disponibles en programas de distribución comunitaria y en las farmacias
- Si se usa durante el embarazo no sospechado ni diagnosticado, hay estudios que confirman que no causan malformaciones congénitas
- Requiere visitas periódicas cada tres o dos meses para abastecimiento y administración.

## **Beneficios**

Reduce el riesgo de embarazo ectópico

- Protege contra la enfermedad inflamatoria pélvica al espesar el moco cervical que dificulta la entrada de las bacterias al tracto genital.
- Mejora la anemia al reducir el sangrado menstrual o quedar en amenorrea.
- No reduce la producción y el volumen de leche materna
- Mejora la dismenorrea
- Existe ausencia de los efectos adversos de los estrógenos
- Hace menos dolorosa las crisis drepanocíticas en la anemia falciforme
- No aumenta el riesgo de cáncer de ovario, genital o hepático
- Reduce el riesgo de cáncer endometrial
- Mejora la endometriosis
- Reduce el riesgo de enfermedades cardiovasculares ya que no contiene estrógeno
- No causa malformaciones al feto cuando se administra a pacientes embarazadas en el primer trimestre.

## **Método (Norigynon/Mesigyna) Intramuscular**

Anticonceptiva que contiene dos hormonas progestina y estrógeno similar a la hormona natural que produce el cuerpo de la mujer, es de uso intramuscular y con efecto anticonceptivo de un mes.

Eficacia: Es de mayor 99%

Tasa de falla: Un embarazo por cada 333 mujeres que usan durante un año

Indicadas: En mujeres que están Post Parto o Post Cesáreas, pueden recibir la primera intención.

Ventajas: Son fáciles de usar

- Eficacia inmediata si se aplica correctamente
- Administrar cada 4 semanas
- Uso independiente de la relación sexual
- No afecta la función gastrointestinal

## **Ventajas y beneficios de los anticonceptivos combinados inyectables mensuales**

Son fáciles de usar

- Eficacia inmediata si se aplica en la fecha correspondiente
- Debe administrarse nueva dosis cada 4 semanas
- Su uso es independiente de la relación sexual
- Pocos efectos colaterales
- No afecta la función gastrointestinal
- Su uso es prolongado y de larga duración con lo cual se evita la administración diaria de hormonas
- Es reversible

Su uso es privado; solamente el proveedor y la usuaria comparten la información

Liberan una dosis más baja de hormonas que los bimestrales y trimestrales

Mayor eficacia anticonceptiva por anovulación segura mayor al 99%

Menor posibilidad de olvido

Gran aceptabilidad y altas tasas de continuación.

Pueden ser administrados por personal no médico, capacitado.

### **Beneficios**

Pueden mejorar la anemia,

Disminuyen la cantidad y duración del sangrado durante el período menstrual

Pocos efectos colaterales

Protegen contra el cáncer ovárico y del endometrio

Disminuyen la enfermedad benigna de la mama

## VII.- DISEÑO METODOLÓGICO

**Tipo de estudio:** Se realizó un estudio de tipo descriptivo de corte transversal en relación a los conocimientos sobre los Métodos de Planificación Familiar que poseen las adolescentes entre las edades de 15 a 19 años, atendidas en el Hospital Alemán Nicaragüense en el servicio de consultas externas en el periodo comprendido de Junio a Julio 2011.

**Área de estudio:**

Hospital Alemán Nicaragüense, en el área de la consulta externa, clínica de Adolescente.

**Universo:**

Los conforman 199 adolescente en edades 15 a 19 años en edad fértil que asistieron a la consulta externa de planificación familiar del hospital Alemán Nicaragüense.

**Muestra:** lo constituyen 20 adolescentes que asisten al programa de la Consulta Externa de Planificación Familiar.

**Unidad de estudio:**

Cada una de las adolescentes seleccionada.

**Criterios de Inclusión**

Mujeres en edades fértiles de 15 a 19 años, que acudieron a consulta externa del programa de planificación familiar del hospital Alemán Nicaragüense en el periodo de Junio a Julio 2011.

**Criterios de exclusión:**

Adolescentes comprendidas entre las edades de 10 – 14 años.  
Adolescentes que llegan por primera vez al programa.

**Selección y operacionalización de variables**

Se realizó una encuesta que contiene preguntas sencillas y breves, basadas en las Normas del MINSA.

Se estudiaron tres grupos de variables

- 1.- Variables sociodemográficas:
- 2.- Variables conocimientos e información recibidas por las adolescentes sobre los Métodos de Planificación Familiar
- 3.- Variables Métodos anticonceptivos usados por las adolescentes que asisten a la consulta.

Se utilizó cruces de variables para el análisis e interpretación de los datos.

## Operacionalización de variables

VARIABLE	TIPO	DEFINICIÓN	OPERACIONALIZACIÓN
<b>Sociodemográficas</b>			
Edad	Cuantitativa	Nº de años Cumplidos por las Adolescentes	15 años 16 años 17 años 18 años 19 años
Escolaridad	Nominal	Grado de escolaridad alcanzado por la adolescente	Analfabeta Alfabeto Primaria Secundaria Técnica Universitario
Ocupación	Nominal	Actividad que desempeña la adolescente	Ama de Casa Obrera Estudiante Comerciante Profesora Laboratorista Clínica Auxiliar de Enfermería
Estado civil	Nominal	Estatus legal de las adolescentes	Casada Soltera Acompañada
Procedencia	Nominal	Lugar donde reside la adolescente	Urbana Rural
Paridad	Nominal	Número de hijos	Nulípara Primigesta Bigesta
<b>Conocimientos sobre los Métodos de Planificación Familiar</b>			
Conoce algún método de planificación familiar.	Dicotómica	Conocimiento sobre los métodos de planificación familiar	Si No
Métodos de planificación familiar	Nominal	Conocimientos sobre los métodos de planificación familiar	Ritmo Píldora. T de cobre Inyectables Condón Todas las anteriores Ninguna de las anteriores
Utilidad de los métodos anticonceptivos	Cualitativa	Razon de uso de los métodos de	- Prevenir enfermedades entre el hombre y la mujer - Evitar el embarazo - Evitar los dolores de la

		planificación	menstruación - Desconoce - Ninguna de las anteriores
Método anticonceptivo o más seguro	Nominal	Tipos de métodos más seguros	Inyección Depoprovera Píldoras T de cobre Desconoce
Métodos anticonceptivos de uso para las mujeres	Nominal	Conocimientos de los anticonceptivos de uso para las mujeres son:	- Inyección, esterilización quirúrgica -Píldora, método del ritmo, t de cobre - Condón, píldora, t de cobre - Desconoce
Métodos anticonceptivos de uso para el hombre son:	Nominal	Conocimientos de los anticonceptivos de uso para los hombres son:	- Condón, coito interrumpido, vasectomía - Píldora, método del ritmo, T de cobre - Condón, píldora, T de cobre - Desconoce
Métodos de planificación que usas	Cualitativa	Uso del método anticonceptivo	- Inyección : a) Depoprovera b)Noriginon - Píldoras - T de cobre

### Recolección de información:

Fuente primaria: Adolescentes en estudio

Fuente Secundaria: Expediente Clínico, Normas de Planificación Familiar, Registro estadísticos del Hospital Aleman Nicaragüense, Hospital Bertha Calderón, Internet, etc.

Técnicas e instrumentos

Técnica: Se elaboró una encuesta para recolectar la información, con preguntas cerradas y dicotómicas, etc.

Variables sociodemográficas: Nominal (6), Cuantitativa (1) Total = 7

Variables de Conocimientos e información: Nominal (4), Cualitativa (2); Dicotómica (1) Total = 7

Variables de prácticas: Cualitativas (1); Total = 1

Para un total de 15 variables.

#### Instrumento:

Se utilizó la encuesta lo cuál fue respondida por escrito, individualmente y de manera anónima, por las adolescentes; en estudio que asisten a la Clínica de Planificación Familiar del Hospital Aleman nicaragüense.

#### Validación del Instrumento:

Para garantizar la validez de la encuesta, se aplicó la encuesta piloto a 5 adolescentes que asisten a la clínica de Planificación Familiar, en día y hora diferentes, que tiene características similares al grupo de adolescentes en estudio.

#### Manejo y Análisis de los datos

Los datos fueron procesados, utilizando programas computarizados en Microsoft Word, Excel y Power Point, para su presentación.

Se utilizaron Tablas y la presentación en gráficos.

## VIII.- ANÁLISIS DE RESULTADOS

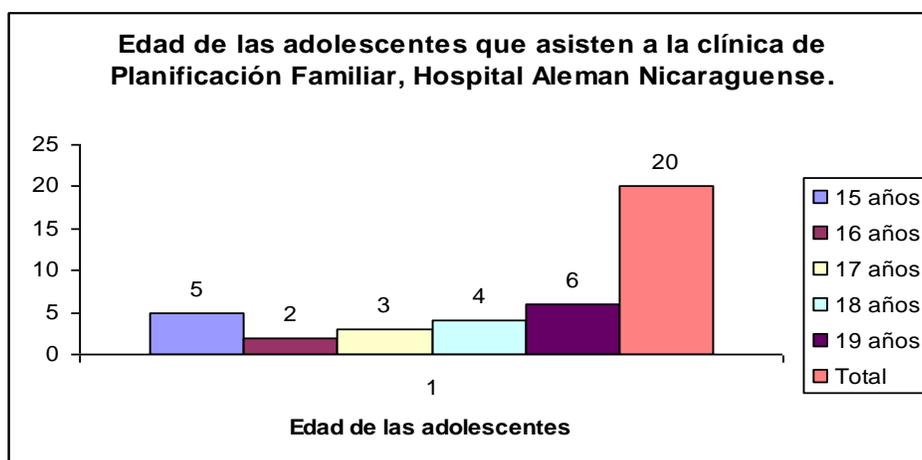
**Tabla N° 1**

Edad de las adolescentes que asisten a la Clínica de Planificación Familiar, Consulta Externa, Hospital Alemán Nicaragüenses.

15 años	5	25%
16 años	2	10%
17 años	3	15%
18 años	4	20%
19 años	6	30%
Total	20	100%

Fuente: Entrevista a las usuarias

**Gráfico N° 1**



Fuente: Entrevista a las usuarias

En relación a las adolescentes que asisten al programa de planificación familiar del hospital Alemán Nicaragüense tenemos que la edad que prevalece es de 19 años para un porcentaje del 30% seguida por las de 15 años que corresponden a al 25%(5).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS)<sup>13</sup> define “adolescencia” como el evento entre las edades de 10 a 19 años y especifica “gente joven” como aquellos entre 10 y 24 años. La adolescencia también puede dividirse en cuatro categorías más específicas: prepubertad antes de los 10 años; preadolescencia de 10 a 14 años, adolescencia media de 15 a 19 años y post-adolescencia o adultos jóvenes de 20 a 24 años.

Las edades reflejadas corresponden a la adolescencia media de 10 a 19 años, lo cual nos indica que las adolescentes, pueden iniciar las relaciones sexuales a menor edad, ocasionando un factor de riesgo materno e infantil al quedar embarazada.

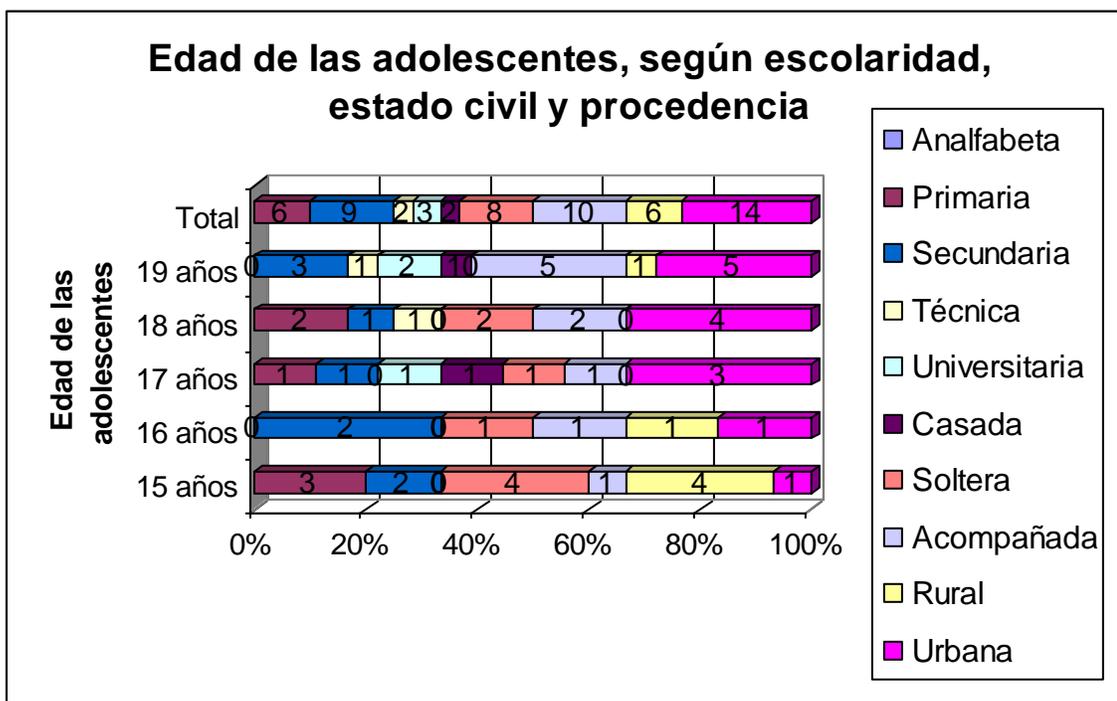
**Tabla N° 2**

Edad de las adolescentes, según escolaridad, estado civil y procedencia

	15 años	16 años	17 años	18 años	19 años	Total
Analfabeta	0	0	0	0	0	0
Primaria	3	0	1	2	0	6
Secundaria	2	2	1	1	3	9
Técnica	0	0	0	1	1	2
Universitaria	0	0	1	0	2	3
Casada	0	0	1	0	1	2
Soltera	4	1	1	2	0	8
Acompañada	1	1	1	2	5	10
Rural	4	1	0	0	1	6
Urbana	1	1	3	4	5	14

Fuente: Entrevista a las usuarias

**Gráfico N°2**



La escolaridad de las adolescentes, el 45%(9) corresponden a la secundaria, seguida de la primaria con el 30%(6).

En relación al estado civil prevalecen las acompañadas con un 50%(10); y el 40%(8) soltera y de procedencia, el 70%(14) corresponde al área urbana y el 20(6) al área rural.

En nuestra población, la práctica sexual da inicio entre los 10 y 11 años de edad en las zonas rurales y entre los 12 y 15 años en las urbanas según los datos encontrados en los diferentes boletines de salud del MINSA, otro factor

relacionado es la baja escolaridad y poca información que tiene la población adolescente y joven acerca de salud sexual y planificación familiar.

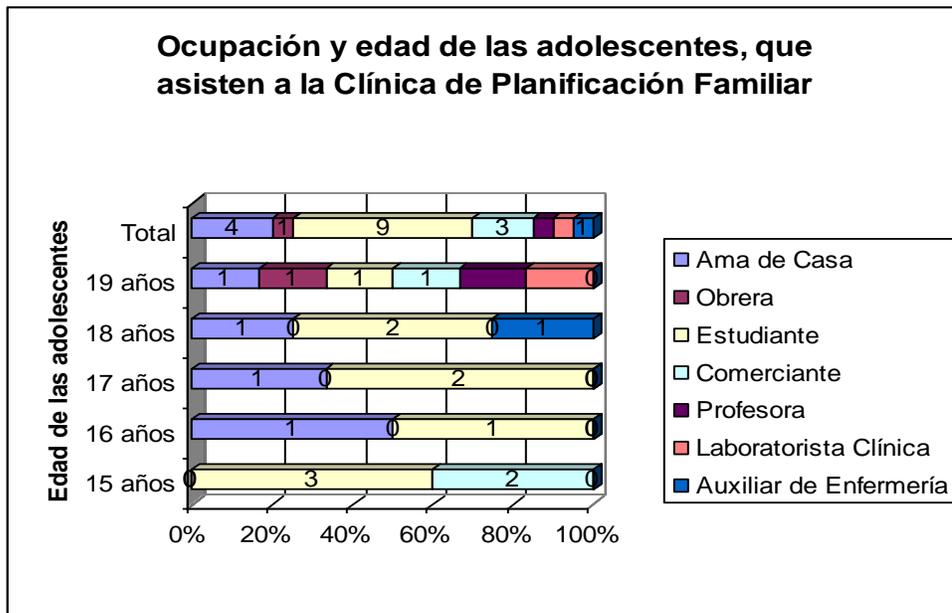
Puede observarse una relación entre el nivel de escolaridad y el estado civil de las adolescentes, que no han completado la primaria y el estado civil no les favorece y aumentaría los factores de riesgo, incrementándose así el ciclo de la pobreza y los problemas de salud.

**Tabla N° 3**  
**Ocupación y edad de las adolescentes, que asisten a la Clínica de Planificación Familiar**

	15 años	16 años	17 años	18 años	19 años	Total
Ama de Casa	0	1	1	1	1	4
Obrera	0	0	0	0	1	1
Estudiante	3	1	2	2	1	9
Comerciante	2	0	0	0	1	3
Profesora	0	0	0	0	1	1
Laboratorista Clínica	0	0	0	0	1	1
Auxiliar de Enfermería	0	0	0	1	0	1

Fuente: Entrevista a las usuarias

**Gráfico N° 3**



En relación a la ocupación el rango mayor es de 45% corresponde a estudiantes, con mayor predominio en las adolescentes de 15, 17, y 18 años, seguidas de las amas de casa.

La planificación familiar es una estrategia que permite a las parejas decidir por sí mismas tener o no, el número de hijo(as) que desean, así como el momento oportuno para tenerlos. Es también un derecho humano, una estrategia de salud pública, una medida de bienestar familiar y una condición que facilita el desarrollo socioeconómico y asegura el desarrollo sostenible.

La maternidad precoz suele llevar a que las mujeres jóvenes interrumpan sus estudios y no puedan obtener empleos con mejor salario.

Las mayorías de las adolescentes no se encuentran preparadas para enfrentar la vida cotidiana, siendo que la mayoría no han alcanzado un nivel profesional y por lo tanto les limita su desarrollo personal, incrementando los niveles de pobreza.

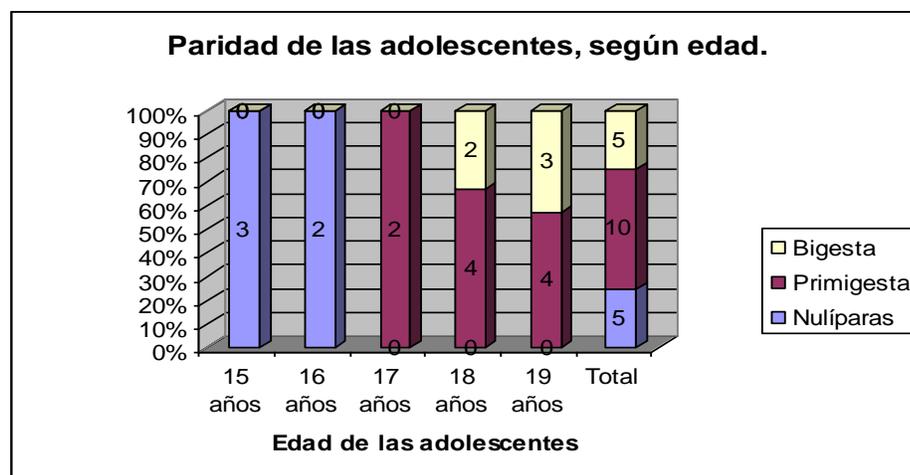
**Tabla N° 4**

Paridad de las adolescentes según edad, que asisten a la clínica de planificación familiar, Consulta externa, Hospital Alemán Nicaragüense, I Semestre 2011

Edades	Nulípara	Primigesta	Bigesta
15 años	3	0	0
16 años	2	0	0
17 años	0	2	0
18 años	0	4	2
19 años	0	4	3
Total	5	10	5

Fuente: Entrevista a las usuarias

**Gráfico N° 4**



Referente a la paridad y edad, el rango mayor es de 50%(10) corresponde a las primigestas y un 25%(5) para las nulípara y un 25%(5) para las bigesta, con mayor predominio en las adolescentes primigestas a las de 17, 18 y 19 años, es notoria que las nulípara se encuentran en las edades de 15 y 16 años. .

Los embarazos en este segmento de la población, especialmente entre las mujeres más jóvenes, pueden poner en peligro la salud y la vida tanto de la madre como del niño/a. Las adolescentes sufren más complicaciones de embarazo que las mujeres de edad mayor, debido a una combinación de factores: ser primeriza, no haber completado la etapa final de crecimiento (desarrollo incompleto del esqueleto y de la pelvis) o no recibir atención prenatal adecuada.

En la mayoría de las adolescentes, se refleja a las primigesta, seguida de la bigesta y las nulíparas; representando diferentes tipos de riesgos a su salud, económicos y emocionales, al no contar con el apoyo necesario de su pareja ni de su familia.

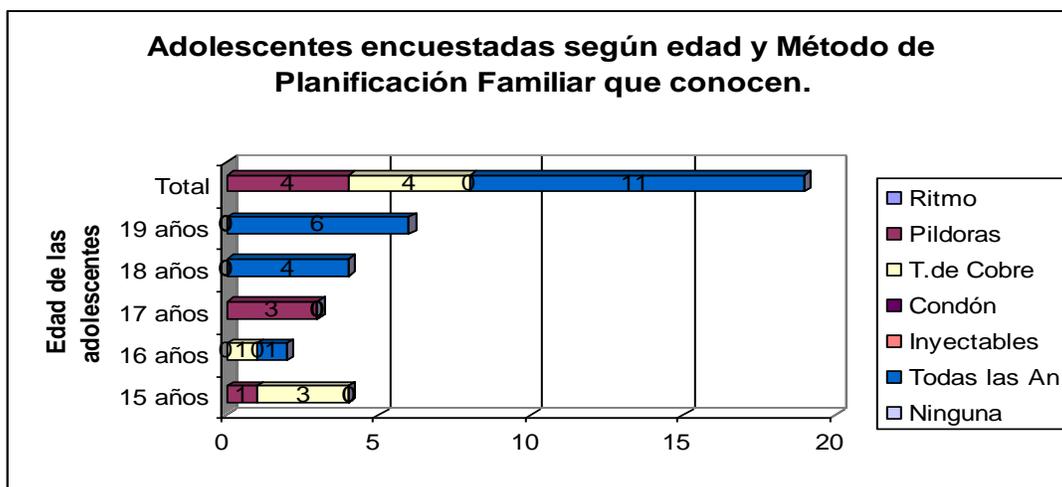
**Tabla N° 5**

Adolescentes encuestadas según edad y método de planificación Familiar que conocen, Clínica de Planificación Familiar, Consulta Externa, Hospital Alemán Nicaragüense, I Semestre 2011

	Ritmo	Píldoras	T.de Cobre	Condón	Inyectables	Todas las Anteriores	Ninguna
15 años	0	1	3	0	0	0	0
16 años	0	0	1	0	0	1	0
17 años	0	3	0	0	0	0	0
18 años	0	0	0	0	1	4	0
19 años	0	0	0	0	0	6	0
Total	0	4	4	0	1	11	0

Fuente: Entrevista a las usuarias

**Grafico N° 5**



Adolescentes encuestadas reconocen en un 55%(11), a todos los métodos y un 20%(4), reconocen a la T de Cobre y la píldora, teniendo mayor conocimiento a las adolescentes de 18 y 19 años.

**UNFPA** en Nicaragua refiere, que independientemente que estén unidas o no, la gran mayoría de las mujeres Nicaragüenses entre los 15 a 19 años, conocen o han oído hablar de las existencias de métodos que pueden prevenir embarazos. Los métodos más conocidos por las mujeres actualmente son la píldora, la inyección y el condón (95% o más de las mujeres en unión), seguido de cerca por el DIU y la esterilización femenina.

Reconocen en la mayoría, a todas los diferentes tipos de métodos de planificación familiar y a la Tde Cobre, obviando el resto de métodos que sirven para la planificación familiar, en las edades de 15, 16 y 17 años.

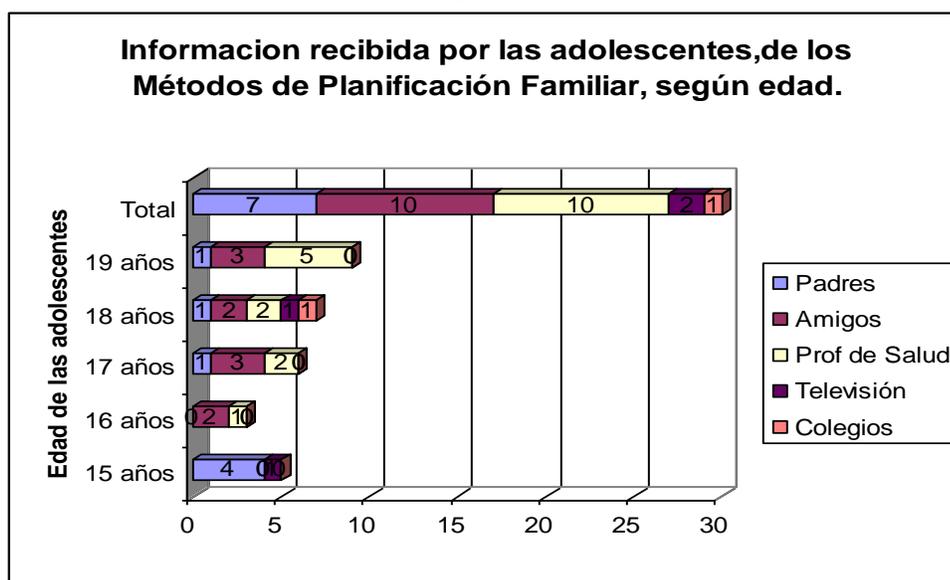
**Tabla N° 6**

Información recibida por las adolescentes sobre los métodos de Planificación familiar, según edad, Clínica de Planificación Familiar, Consulta Externa, Hospital Alemán Nicaragüense, I Semestre 2011

Edad	Padres	Amigos	Profesional de Salud	Televisión	Colegios
15 años	4	0	0	1	0
16 años	0	2	1	0	0
17 años	1	3	2	0	0
18 años	1	2	2	1	1
19 años	1	3	5	0	0
Total	7	10	10	2	1

Fuente: Entrevista a las usuarias

**Gráfico N°6**



La información recibida por las adolescentes sobre los métodos de Planificación familiar, el 50% (10) lo reciben de los/as amigos y profesionales de la salud, un 35%(7) a los padres y un 5%(1) a los colegios.

Los servicios de consejería orientados a los adolescentes están limitados a los clubes y son aun insuficientes. Igualmente, la consejería en los colegios públicos y privados es casi inexistente y los maestros no han sido debidamente capacitados. Existen pocos centros con atención diferenciada en los servicios de salud orientados a las y los adolescentes que requieren de acceso a orientación profesional sobre su salud sexual y reproductiva.

Las adolescentes tienen entre sus amigos(as) e iguales su mayor fuente de información sobre temas de planificación familiar que con mucha probabilidad le darán información incorrecta y en los profesionales de la salud, tienen poca preparación para el abordaje, es notoria que los padres y profesores no reflejan una comunicación abierta acerca de la planificación familiar.

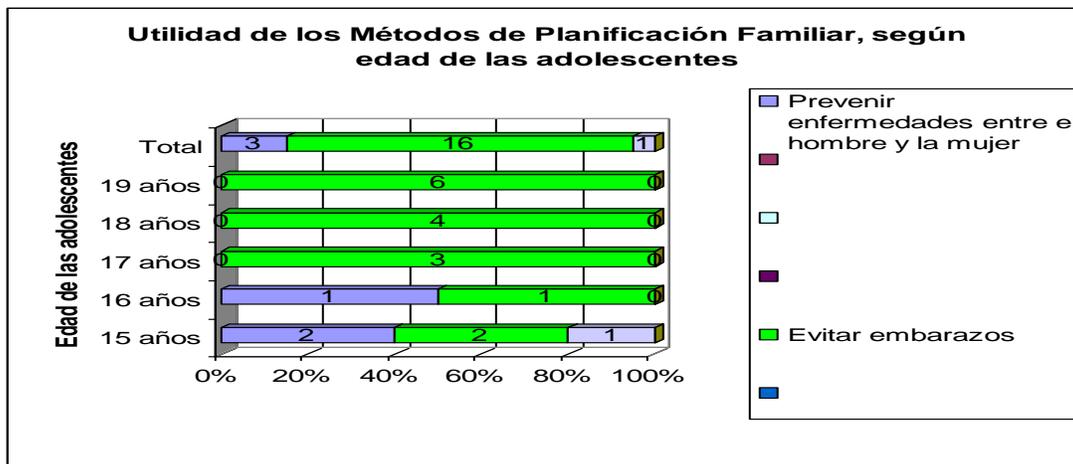
**Tabla N° 7**

Utilidad de los Métodos de Planificación Familiar, según edad de las adolescentes. Clínica de Planificación Familiar, Consulta Externa, Hospital Alemán Nicaragüense, I Semestre 2011

Utilidad de los Métodos de Planificación Familiar	15 años	16 años	17 años	18 años	19 años	Total
Prevenir enfermedades entre el hombre y la mujer	2	1	0	0	0	3
Evitar embarazos	2	1	3	4	6	16
Evitar los dolores menstruales	1	0	0	0	0	1
Ayudar al embarazo	0	0	0	0	0	0

Fuente: Entrevista a las usuarias

**Gráfico N°7**



La utilidad de los Métodos de Planificación Familiar, según edad, el 80%(16) refieren evitar el embarazo, y prevenir enfermedades entre el hombre y la mujer en un 15%(3); entre las edades que respondió satisfactoriamente son las adolescentes de 17, 18 y 19 años.

Las normas y protocolo del MINSA, indican que los Métodos de Planificación Familiar, su finalidad es evitar los embarazos y cuando se usan los condones (doble protección), pueden prevenir enfermedades específicamente las ITS/VIH.

Si bien es cierto que las adolescentes en su mayoría refieren que conocen la utilidad de los Métodos anticonceptivos, no tienen muy claro ya que refieren que sirve para otros problemas.

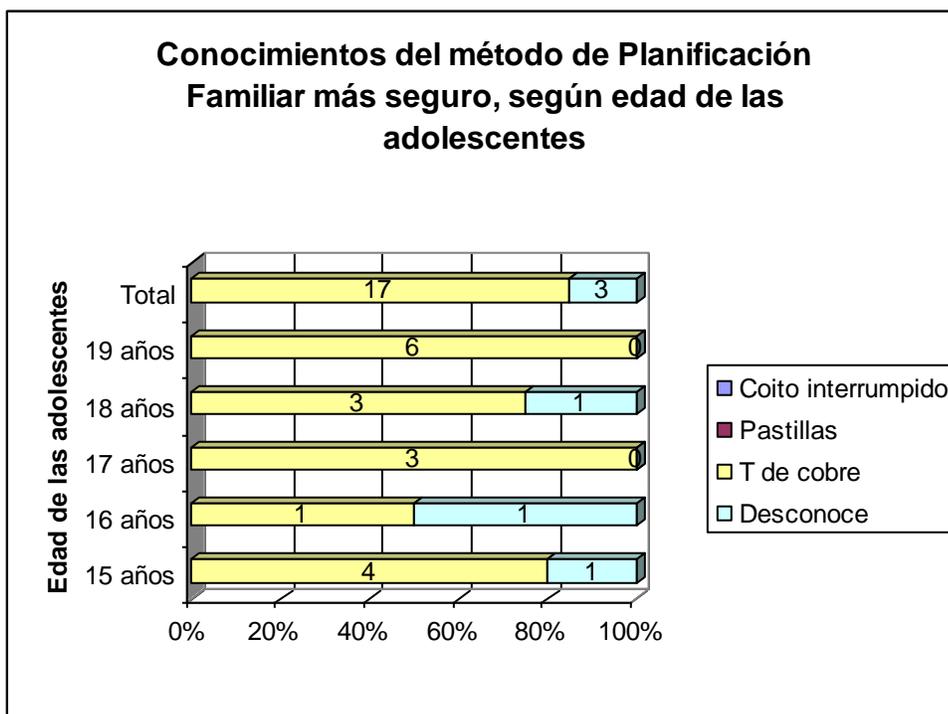
**Tabla N° 8**

Conocimientos del método de Planificación Familiar más seguro, según edad de las adolescentes

.	15 años	16 años	17 años	18 años	19 años	Total
Coito interrumpido	0	0	0	0	0	0
Pastillas	0	0	0	0	0	0
T de cobre	4	1	3	3	6	17
Desconoce	1	1	0	1	0	3

Entrevista a las usuarias

**Gráfico N° 8**



El Conocimiento acerca del método de Planificación Familiar más seguro, según edad de las adolescentes, refieren el 85%(17) la T de cobre, seguida de las que desconocen el método en un 15%(3); con mayor predominio de la T de Cobre en las edades de 15, 17, 18 y 19 años.

La efectividad de los métodos, cuando se usa en forma correcta y consistente, aseguran la probabilidad mínima de embarazos.

Los Métodos anticonceptivos femeninas: Métodos temporales: Mecánicos el DIU de 97 al 98%, Hormonales: Orales combinados de 97 al 99%, los Inyectables hormonales mensuales, la hormona inyectable sólo de progesterona de depósito trimestral y el Métodos permanentes: Oclusión tubárica bilateral (OTB), es mayor al 99%.

Métodos anticonceptivos masculinos: Métodos temporales: De barrera Condón: del 70 al 90%, y el Métodos permanentes: la Vasectomía es mayor del 99%.

Según lo reflejado la eficacia de los métodos solo lo atribuye al DIU (T de cobre) con una eficacia, de 97 al 98%, no reconociendo la eficacia a los otros métodos como las hormonas mensuales, trimestrales, la oclusión tubárica y la vasectomía que su efectividad es mayor al 99%.

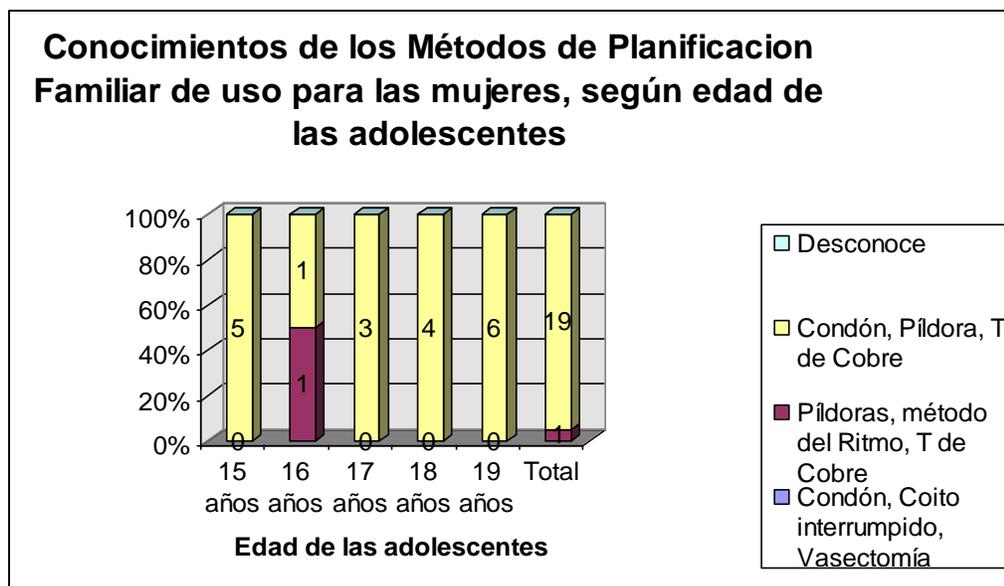
### .Tabla N° 9

Conocimientos de Métodos de Planificación Familiar de uso para la mujer, según edad de las adolescentes.

Métodos	15 años	16 años	17 años	18 años	19 años	Total
Condón, coito interrumpido, Vasectomía	0	0	0	0	0	0
Píldora, método del ritmo, T de Cobre	0	0	0	0	0	0
Condón, píldora, T de Cobre	5	1	3	4	6	19
Desconoce	0	1	0	0	0	1

Entrevista a las adolescentes

**Gráfico N°9**



En relación al conocimiento de los métodos de planificación familiar de uso para la mujer, se refleja que el 95%(19), reconocen al condón, la píldora y la T de cobre y el 5%(1) le corresponde a la píldora, método del Ritmo y T de cobre, solamente una contestó acertadamente.

El MINSA, oferta los Métodos anticonceptivos femeninas:

Métodos temporales: a).- Naturales, b).- De barrera\*(no los proporciona el MINSA), c).- Mecánicos (DIU) T de Cobre y d.- Hormonales (píldoras, inyecciones)  
Métodos permanentes: a.- Oclusión tubárica bilateral (OTB)

De acuerdo a la oferta de los métodos que dispone el MINSA, solo una adolescente contestó acertadamente, por lo que es necesario reforzar, en los diferentes métodos de planificación, para que ellas puedan escoger su método con responsabilidad.

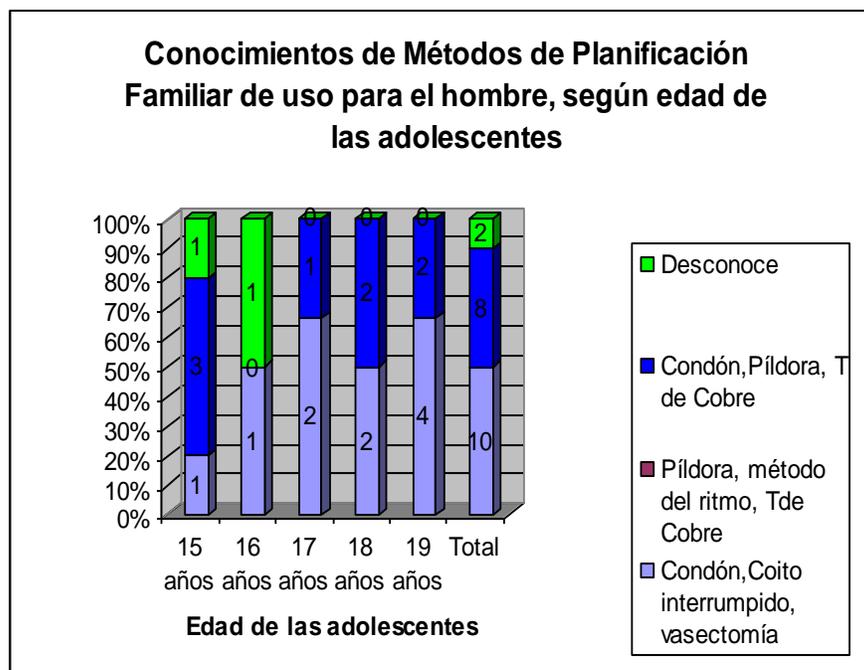
**Tabla N° 10**

Conocimientos de Métodos de Planificación Familiar de uso para el hombre, según edad de las adolescentes

Métodos	15 años	16 años	17 años	18 años	19 años	Total
Condón, coito interrumpido, Vasectomía	1	1	2	2	4	10
Píldora, método del ritmo, T de Cobre	0	0	0	0	0	0
Condón, píldora, T de Cobre	3	0	1	2	2	8
Desconoce	1	1	0	0	0	2

Fuente: Entrevista a las usuarias

**Gráfico N° 10**



En relación al conocimiento de los métodos de planificación familiar de uso para el hombre, se refleja que el 50%, reconocen al condón, coito interrumpido y vasectomía.; el 40%, indican al condón, píldora y Tde Cobre y desconocen en un 10%, habiendo mayor predominio, el condón, coito interrumpido y la vasectomía, para las edades las de 19,18 y 17 años y los que refieren que el condón, píldora y Tde Cobre y las que desconocen, se encuentran en las edades de 15 y 16 años.

El MINSA, oferta los Métodos anticonceptivos masculinos:  
Métodos temporales: a).- Naturales, b).- De barrera (condón), c).- Hormonales\*(no está incluido) y los Métodos permanentes: a).-Vasectomía.

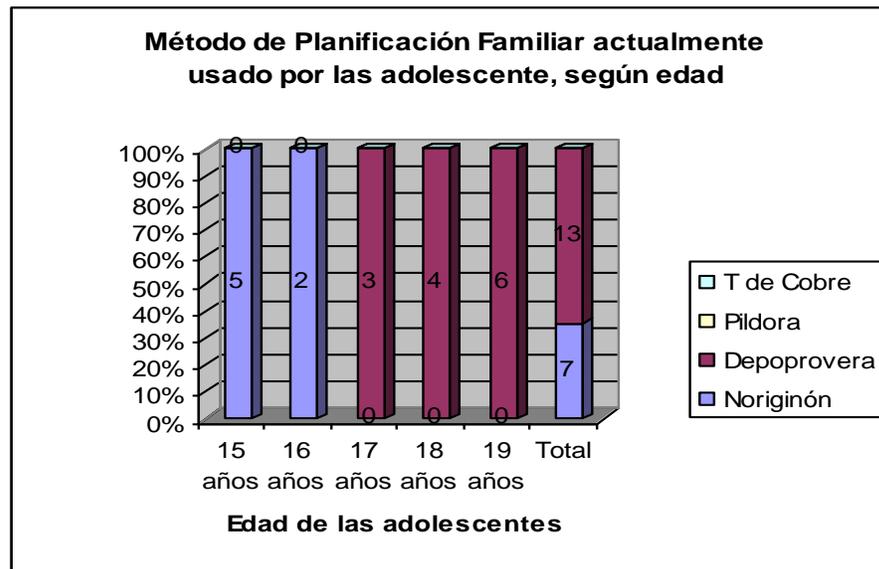
Se puede observar que las adolescentes tienen un mayor conocimiento relacionado con los métodos anticonceptivos para el hombre, y tienen conocimientos mínimos en las edades de 15 y 16 años.

**Tabla N° 11**  
**Método de planificación Familiar usado actualmente, según edad de las adolescentes**

	15 años	16 años	17 años	18 años	19 años	Total
Norigynón	5	2	0	0	0	7
Depoprovera	0	0	3	4	6	13
Píldora	0	0	0	0	0	0
T de Cobre	0	0	0	0	0	0

Fuente: Entrevista a las usuarias

**Gráfico N°11**



En relación a los Métodos de Planificación Familiar usado actualmente, según edad de las adolescentes, se encontró que el 65% le corresponde a la inyección de depoprovera y el 35% a las Noriginón.

En Nicaragua, el MINSA promueve los métodos de planificación familiar a través de las /los jóvenes y adolescentes pueden usar cualquier método anticonceptivo, sin embargo, hay Criterios de Elegibilidad y Condiciones no médicas que son importantes para la toma de decisión informada, generalmente tienen comportamientos de alto riesgo.

Se evidencia que las adolescentes planifican solamente con las inyectables, siendo éstas un método de mayor eficacia, y no se refleja el condón como protección contra las ITS/VIH, estando las adolescentes en etapas de riesgo, que pueden tener relaciones sexuales esporádicas y no planificadas sin protección.

## **IX.- CONCLUSIONES**

### **Aspectos generales sociodemográficos de las adolescentes en estudio**

- Las adolescentes que asisten al programa de planificación familiar, la edad que prevalece son de 19 años (30%) seguida por las de 15 años que corresponden al 25%(5).
- La escolaridad de las adolescentes, el 45%(9) la secundaria, seguida de la primaria con el 30%(6); el estado civil prevalecen las acompañadas con un 50%(10); y el 40%(8) soltera; y de procedencia, el 70%(14) del área urbana y el 20%(6) del área rural.
- La ocupación el rango mayor es de estudiantes 45%(9), con mayor predominio en las adolescentes de 15, 17, y 18 años, seguidas de las amas de casa el 20%(4).
- La paridad, el rango mayor es de 50%(10) a las primigestas y un 25%(5) las nulípara y un 25%(5) a las bigesta, con mayor predominio en las adolescentes primigestas a las de 17, 18 y 19 años, es notoria que las nulípara se encuentran en las edades de 15 y 16 años.

### **Conocimientos sobre los Métodos de Planificación Familiar**

- Las adolescentes reconocen en un 55%(11) a todos los métodos y un 20%(4), reconocen a la T de Cobre y la píldora, teniendo mayor conocimiento a las adolescentes de 18 y 19 años.
- La información recibida sobre los métodos de Planificación familiar, el 50% (10) a los amigos y profesionales de la salud, y el 35%(7) a los padres y un 5%(1) en el colegio.
- La utilidad de los Métodos de Planificación Familiar, el 80%(16) refieren evitar el embarazo, y prevenir enfermedades entre el hombre y la mujer en un 15%(3); las edades que respondió satisfactoriamente son las adolescentes de 17, 18 y 19 años.
- El método de Planificación Familiar más seguro, el 85%(17) la T de cobre, seguida de las que desconocen el método en un 15%(3); con mayor predominio de la T de Cobre, en las edades de 15, 17, 18 y 19 años.
- Los métodos de planificación familiar de uso para la mujer, el 95 % ( 19), indican al condón, la píldora y la T de cobre y el 5%(1) a la píldora, método del Ritmo y T de cobre, solamente una contestó acertadamente.

- Los métodos de planificación familiar de uso para el hombre, el 50%, reconocen al condón, coito interrumpido y vasectomía.; y el 40%, indican al condón, píldora y T de Cobre y desconocen en un 10%, habiendo mayor predominio, el condón, coito interrumpido y la vasectomía, para las edades las de 17,18 y 19 años y los que refieren que el condón, píldora y Tde Cobre y las que desconocen, se encuentran en las edades de 15 y 16 años.
  
- Los Métodos de Planificación Familiar usado actualmente, por las adolescentes, el 65% le corresponde a la inyección de depoprovera y el 35% a la Norigynón.

## **X.- RECOMENDACIONES**

I.- Que el MINSA a través de la educación continua brinde capacitación al personal de salud en atención primaria y secundaria, para ofrecer orientación a las adolescentes que asistan al programa de planificación familiar, dando cumplimiento de las normas y protocolo de planificación familiar.

II.- Que el personal de salud que atiende los programas de planificación familiar, brinde consejería, utilizando la estrategia del ACCEDA.

III.- Las Organizaciones no Gubernamentales y los Medios Masivos de Comunicación, se integren para establecer programas de información sobre planificación familiar a las/los adolescentes, familia y la sociedad en general.

IV.- Que el Ministerio de Educación de cumplimiento al programa de salud al adolescente, preparando a los/as profesores/as, con el fin de brindar un abordaje integral en la formación del estudiante en los diferentes niveles.

V.- Que los centros educacionales conjuntamente con las instituciones locales encargadas de velar por las/los adolescentes, promuevan y desarrollen programas recreativos, culturales, deportivos y de educación sexual que favorezcan el desarrollo personal e integral de los y las adolescentes.

## XI.- BIBLIOGRAFÍA

1. CEPAL - SERIE Población y desarrollo/ Fecundidad de las adolescentes en Nicaragua, 2007
2. Dra Esmirna Isolina Mendoza, Monografía en Adolescentes atendidas en Hospital Berta Calderón, Septiembre a Noviembre 2011
3. Manual de consejería para adolescente del fondo poblacional Naciones Unidas, Managua 2011.
4. Ministerio de Salud (MINSAL) Dirección General de Servicios de Salud Normativa – 002, *Norma y Protocolo de planificación Familiar* Managua, agosto 2008
5. Ministerio de Salud Dirección General de Extensión y Calidad de Atención Salud Sexual y Reproductiva en Adolescentes, 16 de Junio del 2011.
6. Ministerio de Salud, Dirección General de Regulación de Salud. ESTRATEGIA NACIONAL DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA, Actuar hoy, para asegurar un futuro mejor para todos Managua, Agosto 2008 Nicaragua.
7. Ministerio de Salud, Dirección General de Extensión y Calidad de Atención Salud Sexual y Reproductiva en Adolescentes 16 de Junio del 2011
8. MINISTERIO DE SALUD (MINSAL) Dirección General de Servicios de Salud Normativa – 002, *Norma y Protocolo de planificación Familiar* Managua, agosto 2008.
9. Sistema de las Naciones Unidas 11.07.2008 Destacan los beneficios de la Planificación Familiar

### INTERNET

10. Hoja Informativa La necesidad de planificación familiar entre los y las jóvenes Entender las necesidades 2012
11. Endesa 2006/2007
12. Informe final evaluación intermedia del proyecto especial promoción de la salud sexual y reproductiva con énfasis en VIH.Siuna.

**XII.-**  
**ANEXOS**



## ESCUELA DE ENFERMERÍA UPOLI



**ENTREVISTA A USUARIAS QUE ASISTEN A LA CLÍNICA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR DE LA CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL ALEMÁN NICARAGÜENSE.**

**MANAGUA.**

---

Estamos haciendo un estudio con las usuarias que recibieron atención en la consulta externa de planificación familiar del Hospital Alemán Nicaragüense para conocer su opinión sobre los métodos de planificación familiar. Sus respuestas son confidenciales, agradeceremos su sinceridad.

---

### **I. CARACTERÍSTICAS DE LAS USUARIAS:**

1- Edad: \_\_\_\_

2 - Escolaridad: Analfabeta /\_\_\_/ Alfabetada/\_\_\_/ Primaria/\_\_\_/ Secundaria /\_\_\_/ Técnica: /\_\_\_/ Universitario/\_\_\_/

3 - Ocupación: \_\_\_\_\_

4 - Estado Civil: Casada /\_\_\_/ Soltera /\_\_\_/ Acompañada /\_\_\_/ Viuda /\_\_\_/

5 - Procedencia  
Rural/\_\_\_/ Urbana /\_\_\_/

6 - Paridad: Nulípara\_\_\_\_\_ Primigesta\_\_\_\_\_ Bigesta\_\_\_\_\_ Multigesta\_\_\_\_\_

### **7.- ¿Conoce algún método de planificación familiar?**

- a). Si ( )  
b). No ( )

### **8.- ¿Qué métodos de planificación conoce?**

- |                     |                                   |
|---------------------|-----------------------------------|
| a. Ritmo. ( )       | e. Condón ( )                     |
| b. píldora. ( )     | f.-todas las anteriores ( )       |
| c. T de cobre. ( )  | g.- ninguna de las anteriores ( ) |
| d. Inyectables. ( ) |                                   |

### **9.- De dónde recibieron la información sobre los métodos de planificación?**

- a) Padres ( ) b. Amigos ( ) c) Profesionales de salud ( )  
d) Colegios ( ) e) Centro de Salud ( ) f) Iglesias ( )  
g) Revistas ( ) h) Películas ( ) i) Radios ( ) j) Televisión ( ) k) Libros ( ),l). Periódicos ( ) m) Periódicos ( ) n). Otros ( ) o) Ninguna de las Anteriores ( )

**10.- Los métodos de planificación sirven para:**

- a. Prevenir enfermedades entre el hombre y la mujer ( )
- b. Evitar el embarazo ( )
- c. Evitar los dolores de la menstruación ( )
- d. Desconoce ( )
- e. Ninguna de las anteriores ( )

**11.- ¿Cuál cree usted es el método anticonceptivo más seguro?**

- a.- Inyección ( )
- b.- Depoprovera ( )
- c.- Píldoras ( )
- e.- t de cobre ( )
- f.- desconoce ( )

**12.- Los métodos anticonceptivos de uso para las mujeres son:**

- a.- inyección, esterilización quirúrgica ( )
- b.- píldora, método del ritmo, t de cobre ( )
- c.- condón, píldora, t de cobre ( )
- d.- desconoce ( )

**13.- Los métodos anticonceptivos de uso para el hombre son:**

- a.- condón, coito interrumpido, vasectomía
- b.- píldora, método del ritmo, t de cobre
- c.- condón, píldora, t de cobre
- d.- desconoce

**14.- Actualmente que método de planificación estás usando?**

- a.- Noriginon ( )
- b.- Depoprovera ( )
- c.- Píldora ( )
- e.- T de cobre ( )