

UNIVERSIDAD RICARDO PALMA

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA



**Nivel de conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en
pacientes puérperas atendidas en el servicio de gineco-obstetricia
del Hospital de Vitarte - octubre 2016**

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO
PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

Salas Vasquez, Ricardo Ernesto

Dr. Galvez Gutierrez, José Enrique
Asesor de Tesis

Jhony A. De La Cruz Vargas
Director de Tesis

LIMA – PERÚ

2017

AGRADECIMIENTOS

A Dios, por guiar mis pasos y cuidar mi salud.

A mis padres por su amor y el apoyo brindado a lo largo del camino.

A mis maestros por su aporte al crecimiento intelectual y formación de mi persona, sin los cuales no hubiera podido realizar el presente trabajo.

Al departamento de Gineco-obstetricia del Hospital de Vitarte por las facilidades dadas para la realización del trabajo.

DEDICATORIA

A Dios, Por haberme permitido llegar hasta este punto y haberme dado salud para lograr mis objetivos, además de su infinita bondad y amor.

A mis padres por ser el pilar fundamental en todo lo que soy, en toda mi educación, como de la vida, por su incondicional apoyo.

A mi familia que siempre me inspira a salir adelante.

A mis maestros, por su gran apoyo y motivación para impulsar el desarrollo de nuestra formación profesional y para la elaboración de esta tesis.

RESUMEN

Objetivo: Determinar la asociación entre el nivel de conocimiento y el uso de métodos anticonceptivos en puérperas atendidas en el Hospital Nacional de Vitarte.

Materiales y métodos: Se diseñó un estudio observacional, analítico, prospectivo transversal. La muestra estuvo representada por 211 pacientes puérperas atendidas en el área de Gineco-obstetricia, a quienes se les realizó una encuesta de 20 preguntas referidas a conocimientos sobre métodos anticonceptivos con valor de 1 punto cada pregunta.

Resultados: El nivel de conocimiento más frecuente acerca de los métodos anticonceptivos encontrado en las puérperas fue la categoría de deficiente representando el 82% (173) del total de encuestadas. En segundo lugar, el nivel regular representó aproximadamente el 14% (30) y el nivel bueno 3,8% (8) del total de evaluadas. Se realizó el análisis bivariado con el objetivo de demostrar fuerza de asociación obteniéndose un OR: 9,009 con un intervalo de confianza al 95% de 2,097 a 38,7 concluyéndose que el deficiente nivel de conocimiento predispone 9 veces más al no uso de métodos anticonceptivos siendo los resultados estadísticamente significativos.

Conclusiones: El nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos en puérperas atendidas en el Hospital Nacional de Vitarte fue predominantemente de nivel deficiente. Los métodos anticonceptivos de preferencia fueron los inyectables y los anticonceptivos orales, seguido de quienes refieren no utilizar método alguno, sin embargo, en las que se encontró deficiente nivel de conocimiento tuvieron como preferencia los inyectables como método anticonceptivo. El deficiente nivel de conocimiento acerca de métodos anticonceptivos constituyó a su no utilización por parte de las puérperas.

Palabras claves: Planificación familiar, método anticonceptivo, nivel de conocimiento.

SUMMARY

Objective: To determine the association between the level of knowledge and the use of contraceptive methods in postpartum women treated at Vitarte National Hospital. **Materials and methods:** An observational, analytical, prospective cross-sectional study was designed. The sample was represented by 211 puerperal patients attended in the area of Gineco-obstetrics, who were surveyed 20 questions regarding knowledge about contraceptive methods with a value of 1 point each question. **Results:** The most frequent level of knowledge about contraceptive methods found in postpartum women was the disabled category, representing 82% (173) of the total respondents. Second, the regular level represented approximately 14% (30) and the good level 3.8% (8) of the total evaluated. The bivariate analysis was performed with the objective of demonstrating strength of association, obtaining an OR: 9,009 with a 95% confidence interval of 2.097 to 38.7, concluding that the deficient level of knowledge predisposes 9 times more to the non-use of contraceptive methods. The statistically significant results. **Conclusions:** The level of knowledge about contraceptive methods in postpartum women attended at the Vitarte National Hospital was predominantly poor. The contraceptive methods of preference were injectables and oral contraceptives, followed by those who reported not using any method, however, in which was found deficient level of knowledge were preferred as injectables as a contraceptive method. The deficient level of knowledge about contraceptive methods constituted their non-use by the puerperal women.

Key words: Family planning, contraceptive method, level of knowledge.

INTRODUCCIÓN

Durante el puerperio las mujeres permanecen amenorreicas según la práctica de lactancia materna llamada MELA (método de lactancia amenorreica). Las mujeres que no dan de lactar a sus bebés tienen la posibilidad de quedar embarazadas dentro de los 45 días siguientes¹.

Iniciar la anticoncepción en la etapa del postparto se centra en la importancia de reducir el número de embarazos no planificados y de periodos intergenésicos cortos que pongan en riesgo la salud tanto de la madre como del niño, permitiendo particularmente a estas mujeres de planificar el embarazo hasta encontrarse en condiciones de salud óptimas que permitan asumirlo.

Los embarazos no planificados se han asociado a resultados adversos durante el embarazo, incluyendo posterior entrada al control prenatal, disminución de la probabilidad de dejar de fumar, aumento de la incidencia de bajo peso al nacer y la disminución de la lactancia materna. Además, los intervalos cortos entre embarazos pueden conducir a consecuencias negativas, tales como bajo peso al nacer y parto prematuro. El periodo postparto es el momento crucial para orientar ya que podría ser el primer contacto con un centro de salud².

La planificación familiar es un componente esencial de los servicios de atención de la salud dispensados en el período prenatal, inmediatamente después del parto y durante el año siguiente a un parto. La planificación familiar posparto (PFPP) se define como la prevención de embarazos no planificados y de intervalos intergenésicos cortos durante los primeros 12 meses después del parto.

Con lo anteriormente expuesto, el presente estudio de investigación considera conveniente responder a la interrogante: ¿Cuál es el nivel de conocimiento y uso sobre métodos anticonceptivos en las pacientes púerperas atendidas en el servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Nacional de Vitarte en octubre de 2016?

ÍNDICE

CAPITULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	9
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	10
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	10
1.3. JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA.....	10
1.4. OBJETIVOS.....	11
1.4.1 OBJETIVO GENERAL.....	11
1.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	11
CAPITULO II: MARCO TEORICO	
2.1. ANTECEDENTES.....	12
2.2. REVISIÓN DE LA LITERATURA.....	14
2.2.1 GENERALIDADES.....	14
2.2.2 SALUD REPRODUCTIVA.....	14
2.2.3 PUERPERIO.....	14
2.2.4 PERIODO INTERGENÉSICO.....	15
2.2.5 METODOS ANTICONCEPTIVOS.....	16
2.2.6 ABSTINENCIA PERIODICA.....	16
2.2.7 MÉTODOS DE BARRERA.....	20
2.2.8 ANTICONCEPTIVOS ORALES.....	22
2.2.9 INYECTABLES DE PROGESTAGENOS.....	27
2.2.10 IMPLANTES.....	29
2.2.11 DISPOSITIVOS INTRAUTERINOS (DIU).....	31
2.2.12 ANTICONCEPCION QUIRÚRGICA VOLUNTARIA FEMENINA.....	33
2.2.13 ANTICONCEPCION QUIRURGICA VOLUNTARIA MASCULINA.....	35

CAPITULO III: HIPOTESIS Y VARIABLES.....	39
3.1. HIPOTESIS.....	39
3.2. VARIABLES.....	39
CAPITULO IV: METODOLOGIA.....	40
4.1. DISEÑO DE ESTUDIO Y TIPO DE ESTUDIO.....	40
4.2. POBLACIÓN DE ESTUDIO.....	40
4.3. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN.....	41
4.4. PROCEDIMIENTO PARA RECOLECCIÓN DE DATOS.....	41
4.5. INSTRUMENTOS A UTILIZAR Y MÉTODOS PARA EL CONTROL DE LA CALIDAD DE DATOS.....	42
4.6. PROCEDIMIENTOS PARA GARANTIZAR ASPECTOS ÉTICOS EN LA INVESTIGACIÓN.....	42
CAPITULO V: RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	43
5.1. RESULTADOS.....	43
5.2. DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	55
CAPITULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	58
6.1 CONCLUSIONES.....	58
6.2 RECOMENDACIONES.....	59
REFERENCIAS BIBLIOGRAFIAS.....	60
ANEXOS.....	62

CAPITULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En el Perú, la planificación familiar permite el crecimiento controlado de la población mediante los métodos anticonceptivos que elige la persona, favoreciendo que las parejas tengan los hijos en las edad más maduras de la vida y con un espaciamiento adecuado desde el primer parto. (Edad materna de 25 a 35 años y un intervalo ínter-genésico mayor de 2 años), mejorando las posibilidades de ahorro y de recursos de los futuros padres.

Es lo más recomendable que la paciente pueda tener los conocimientos adecuados sobre la variedad de métodos anticonceptivos que hay disponibles, sobre todo cuando ya se cumplió el deseo de iniciar la formación de una familia, así como en el momento del puerperio, donde la paciente debe de decidir entre el uso de un método anticonceptivo para evitar el embarazo muy cercano. El conocimiento no solo se basa en el método a elegir, sino en el método que debe evitar por su condición de puérperas con un proceso de lactancia de mínimo 6 meses.

Lo mejor sería que la gestante sepa elegir el método que usará en el futuro, ya que la atención prenatal representa una oportunidad única para realizar intervenciones dirigidas a evitar los embarazos no programados, pero lamentablemente, las pacientes aun dudas en elegir un método en su etapa de puerperio, en algunos casos por desconocimiento y otras por temor, o por no saber cómo usarlos; todo ello evita que la paciente pueda ser dada de alta con un método ya escogido.¹

El posparto es una única oportunidad para captar a la población aun inexperta y educarlo sobre la planificación familiar. En esta etapa la educación sobre métodos anticonceptivos, la elección y uso representa una oportunidad importante para disminuir embarazos no deseados a futuro.

Es determinante conocer el nivel de conocimiento sobre los métodos anticonceptivos de las pacientes en el periodo posparto, por lo que puede ser la única vez que acudan a un establecimiento de salud para poder recibir información sobre los métodos anticonceptivos y poder elegir un método de la mejor forma.

Al saber acerca de los conocimientos de esta población, podemos notar la deficiente promoción de la salud y la planificación familiar y nos presenta una posibilidad de desarrollar planes para mejorarla²,

1.2.- FORMULACION DEL PROBLEMA

¿Cuál es la relación entre el nivel de conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en pacientes puérperas atendidas en el servicio de maternidad del hospital de Vitarte Lima - Perú en el año 2016?

1.3.- JUSTIFICACION DE LA INVESTIGACION E IMPORTANCIA

En el mundo, la planificación familiar según la OMS, se reconoce como la intervención que procura la salud e integridad de la madre y su hijo, ya que si la pareja planifica eficazmente el método anticonceptivo, podrá reducir los riesgos del embarazo y postergar la concepción hasta que se encuentren en una situación socioeconómica adecuada.

En ENDES 2014 se ha visto una disminución de la demanda insatisfecha de planificación familiar de 1.6% desde el ENDES 2010 que estuvo en un 10.2%. Aunque en general, la demanda insatisfecha o necesidad no satisfecha ha disminuido como resultado del aumento en la oferta de métodos anticonceptivos y el uso correcto de los mismos, subsisten brechas en la población rural y la población del quintil más pobre.

Es necesario educar en el ejercicio de una sexualidad responsable, basada en relaciones de igualdad y equidad entre los sexos y el pleno respeto de la integridad física del ser humano, en el contexto de una política de prevención de la muerte materna³.

Los embarazos que tiene un periodo intergenésico corto dentro del año presentan mayor riesgo de resultados adversos tanto para la madre y el producto. Por ello la planificación familiar es fundamental para evitar los embarazos no deseados y un periodo intergenésico más prolongado, más de 2 años. Además evita la tasa de mortalidad tanto materna, hasta un 30% como la mortalidad infantil hasta un 10%, espaciando los embarazos y postergándolos hasta una etapa en la cual sea propicia para poder llevar una gestación saludable.

Según las Normas del programa de planificación familiar, uno de los puntos importantes que resalta es garantizar la atención de salud y planificación familiar. Sobre esta base todas las personas tienen el derecho a pedir y recibir información sobre métodos anticonceptivos.

Es por ello que esta problemática tendría un impacto socioeconómico generando mayor pobreza en la población general tratando de cubrir los nuevos gastos que genera traer un hijo al mundo descuidando la salud y educación de los otros hijos mayores⁴.

Por todo ello se ha llegado a la conclusión de saber cuál es el nivel de conocimiento acerca de los métodos anticonceptivos en las pacientes puérperas. Esta información servirá para medir el alcance de la información en el tema de la planificación familiar.

1.4 OBJETIVOS

1.4.1 OBJETIVO GENERAL:

1.- Determinar la asociación entre el nivel de conocimiento y el uso de métodos anticonceptivos en puérperas atendidas en el Hospital Nacional de Vitarte.

1.4.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS:

-Establecer el nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos en pacientes puérperas atendidas en el Hospital Nacional de Vitarte.

-Determinar la asociación entre la edad y el nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos en puérperas atendidas en el Hospital Nacional de Vitarte.

-Demostrar la asociación entre el nivel socioeconómico y el nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos en puérperas atendidas en el Hospital Nacional de Vitarte.

-Establecer el grado de instrucción como factor asociado al nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos en puérperas atendidas en el Hospital Nacional de Vitarte.

-Determinar la relación entre la paridad y el nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos en puérperas atendidas en el Hospital Nacional de Vitarte.

-Establecer las preferencias de métodos anticonceptivos en las pacientes en puerperio atendidas en el servicio de maternidad del hospital Nacional de Vitarte.

CAPITULO II: MARCO TEORICO

2.1 ANTECEDENTES

En la India se publicó el estudio **Conocimientos, actitudes y creencias acerca de la anticoncepción en el post-parto y las mujeres post abortal en un centro de atención terciaria de ShreyaThapa y col.** En general, Sólo el 69% había oído hablar de diferentes métodos de anticoncepción. La mayoría de los pacientes sabían acerca de la anticoncepción de la televisión y los médicos. Después de aconsejar a 97% de los pacientes querían anticoncepción. La mayoría de los pacientes optaron por DIU, método de barrera y DepoProvera. 20% de los pacientes sabían de la píldora de anticoncepción de emergencia y el 34,4% de los pacientes acerca MTPill⁵.

El estudio **Conocimientos, actitudes y prácticas de anticoncepción en la población urbana del norte de la India.** Un total de 55,2% de los sujetos tenían conocimiento de los métodos anticonceptivos, la mayoría de barrera (52,7%), DIU (46,1%) y las píldoras orales (43,2%), pero sólo el 31,7% nunca había usado anticonceptivos de barrera, DIU 10,3% y las píldoras orales 3,3% . Los métodos permanentes se sabe que casi 50% de los sujetos que la acogida fue muy inferior, sólo el 5%. La anticoncepción de emergencia se sabe que el 13,8% de los sujetos⁶.

Nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos de las pacientes en puerperio de los servicios de maternidad del Hospital Central Universitario " Antonio María Pineda " Abril-Diciembre 2000. Barquisimeto. Los resultados arrojaron un deficiente nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos (60,5%). Fue mayor el grupo etario entre 20 y 29 años con un 47% mostrando así mismo un nivel de conocimiento deficiente en un 61.8%. El 43% no terminó la secundaria, además de tener una ubicación en la categoría deficiente (65.1%). La mayoría tenía una relación de pareja estable, casada 53% o en unión estable 43%, con predominio en ambos grupos del bajo nivel de conocimiento. El 58% era ama de casa, con nivel de conocimiento en la categoría deficiente 70.7%. El 50% pertenece a la clase obrera donde se observó el menor nivel de conocimiento⁷.

Nivel de conocimiento y actitud hacia el uso de métodos anticonceptivos en adolescentes atendidos en el instituto nacional materno perinatal, 2012. Un 92 % de la población presento una actitud "semiliberal", más de un 50 % de la muestra presentaba una inadecuada información⁸.

Conocimientos sobre anticoncepción en el sector de puerperio de un hospital público de Argentina. Los métodos más usados fueron: anticonceptivos

orales (ACO) (87%), preservativo (51.4%), inyectables (42%) y DIU (27%). Usaron algún método 186 mujeres (43%), los más empleados fueron ACO (58%) y preservativo (34%). El tiempo promedio de uso fue de 2 años y la causa de interrupción fue predominantemente dificultades económicas en 38%⁹.

A nivel de Lima, en un estudio realizado en adolescentes en la etapa de puerperio en el INMP en el año 2012 que tuvo como objetivo determinar si existía relación significativa entre la actitud hacia el uso de métodos anticonceptivos con el nivel de conocimiento de los métodos. Se obtuvo como resultado que sí que existe una asociación estadísticamente significativa entre ambas variables¹⁰.

Relación entre el conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en las pacientes puérperas del hospital nacional Daniel Alcides Carrión - enero 2015. Las pacientes puérperas de los servicios de Maternidad del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión presentan un 53.8% de conocimiento deficiente, un 35.9% de conocimientos regular y solo el 10.3% obtuvo de puntaje lo correspondiente a un nivel bueno; ninguna paciente obtuvo nivel excelente. El 89.7% decidió administrarse un método anticonceptivo antes de que se dé el alta médica, siendo el método más escogido el método hormonal, en segundo lugar la T de cobre y tercer lugar el bloqueo tubárico bilateral¹¹.

Nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos en puérperas del Instituto Nacional Materno Perinatal. Enero 2016. Se halló que el 53,8% de las pacientes tuvo un nivel de conocimiento deficiente; el 26,3% tuvo un nivel de conocimiento regular; el 18,8%, el nivel de conocimiento bueno; y el 1.3%, nivel de conocimiento excelente. Existe relación entre grado de instrucción y el nivel de conocimiento ya que al realizar la prueba exacta de Fisher el valor de p fue de 0.006 ($0.006 < 0.05$) con lo que rechaza la hipótesis nula. Por lo tanto se concluye que existe asociación estadísticamente significativa entre el grado de instrucción y el nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos¹².

2.2. REVISIÓN DE LA LITERATURA

2.2.1 GENERALIDADES:

2.2.2 SALUD REPRODUCTIVA

“La condición de completo bienestar físico, mental y social que los hombres y las mujeres requieren para desarrollar con seguridad las funciones del proceso de la reproducción, durante los períodos de la vida”, y determina que “el ejercicio individual del potencial reproductivo en forma responsable, segura, libre y satisfactoria contribuye a una mejor calidad de vida, ayuda a alcanzar la equidad en el desarrollo social y contribuye al equilibrio de la sociedad con su medio ambiente.

Así concebida, la salud reproductiva constituye un derecho humano y social fundamental¹³.

2.2.3 PUERPERIO

El puerperio es el período de la vida de la mujer que sigue al parto. Comienza después de la expulsión de la placenta y se extiende hasta la recuperación anatómica y fisiológica de la mujer. Es una etapa de transición de duración variable, aproximadamente 6 semanas posteriores al parto, en el que se inician y desarrollan los complejos procesos de la lactancia y de adaptación entre la madre, su hijo/a y su entorno. (Peralta M, Octavio, 1996)

Clínicamente, el puerperio puede dividirse en tres períodos sucesivos:

- Puerperio inmediato: las primeras 24 horas postparto.

- Puerperio temprano: incluye la primera semana postparto.

- Puerperio tardío: abarca el tiempo necesario para la involución completa de los órganos genitales y el retorno de la mujer a su condición pre gestacional.

El puerperio inmediato (24 primeras horas desde que ocurre el alumbramiento) se constituye en un período crítico e importante, con un alto riesgo de complicaciones que pueden tener consecuencias fatales para la mujer puérpera y su hijo o hija. De hecho, el 11,9 % de las muertes maternas en el Ecuador en el 2006 tuvieron como causa directa la Hemorragia posparto.

El puerperio inmediato es un esfuerzo orgánico para lograr la hemostasia uterina a través de la retractilidad que es un acortamiento definitivo de la fibra muscular uterina y la contractilidad, que es un fenómeno intermitente y activo, que consiste en el acortamiento temporáneo de la fibra muscular uterina con lo que se provoca la oclusión y compresión vascular propia de esta fase. El cuidado del puerperio inmediato es una práctica necesaria y trascendental destinada a vigilar la involución uterina, detectar tempranamente y tratar las complicaciones que puedan aparecer en este período (hemorragia, shock, pre eclampsia) y propiciar un adecuado control de la salud de la mujer y del recién nacido, realizando un mínimo de tres controles en las primeras dos horas después del parto¹⁴.

2.2.4 PERIODO INTERGENÉSICO

El intervalo intergenésico se define como el tiempo entre las fechas de dos nacimientos vivos sucesivos o consecutivos menos la edad gestacional del neonato más reciente.

Se considera que el periodo intergenésico es la variable más importante relacionada con la sobrevivencia de un niño. Se ha establecido como intervalo adecuado 18 a 23 meses. Los intervalos menores a 6 meses tienen un riesgo 40% mayor de ser pre término o pequeño para la edad gestacional. Las mujeres que

esperan más de diez años tienen un riesgo doble de tener un niño pequeño para la edad gestacional y un 50% de tener un niño pre término.

El periodo intergenesico promedio entre el nacimiento de un niño vivo y la concepción de uno nuevo en las mujeres de los países menos desarrollados es de aproximadamente 3 años. Este intervalo es más corto en poblaciones con mejor nutrición, aun cuando den de lactar y tengan una costumbre sexual similar al de las mujeres de las áreas menos desarrolladas.

El efecto sobre la madre ha sido menos estudiado. Los nacimientos muy seguidos le dejan menos oportunidades a la madre para recuperarse del desgaste del embarazo y la lactancia antes de repetir el proceso. Las condiciones empeoran si la madre continúa amamantando mientras esta nuevamente embarazada, ya que el intervalo para poder recuperarse es nulo.

La implementación del LAM (método de amenorrea por lactancia) no parece haber producido un adecuado intervalo intergenésico con respecto a la estrategia de iniciar la contracepción precozmente en el periodo postparto y, a menos que se implemente en forma perfecta, los resultados de LAM pueden ser peores a 23 meses. Los intervalos menores a 6 meses tienen un riesgo 40% mayor de ser pre término o pequeño para la edad gestacional. Las mujeres que esperan más de diez años tienen un riesgo doble de tener un niño pequeño para la edad gestacional y un 50% de tener un pre término.

El intervalo promedio entre el nacimiento de un niño vivo y la concepción del siguiente en las mujeres de los países menos desarrollados es de aproximadamente tres años. Este intervalo es más corto en poblaciones con mejor nutrición, aun cuando amamanten y tengan un comportamiento sexual similar al de las mujeres de las áreas menos desarrolladas^{15, 16}.

2.2.5 METODOS ANTICONCEPTIVOS

2.2.6 ABSTINENCIA PERIODICA

Abstención de tener relaciones sexuales en el tiempo que ocurre el ciclo menstrual.

- Método del ritmo
- Método del moco cervical (de Billings)

1. METODO DEL RITMO, OGINO-KNAUS, DE LA REGLA O DEL

CALENDARIO:

- a) Mecanismo de acción: Evitar el coite en la relación sexual en el momento del ciclo que la mujer es infértil.
- b) La tasa de falla es de 9 a 20 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso.
- c) Características
 - Agrega la participación de la pareja en el método de planificación.

Puede ser usado por mujeres de cualquier edad reproductiva. Se necesita de una capacitación adecuada de la pareja para usar el método en un momento adecuado. Los períodos de abstinencia pueden ser prolongados y su eficacia puede ser afectada por factores que alteren el ciclo menstrual.

OJO: No previene las enfermedades de Transmisión sexual.

d) Se debe utilizar con precaución en mujeres con flujo vaginal persistente, o estén dando de lactar.

e) Se debe prohibir el uso en mujeres con ciclo menstrual irregular. Y en cuanto a tiempo y características del moco cervical. - En parejas que no desean practicar la abstinencia sexual y en donde exista exigencia de mantener relaciones sexuales.

Y en mujeres o parejas con trastorno psiquiátrico.

f) Forma de uso

- Para mujeres con ciclos entre 27 y 30 días.

Instruir a la paciente que debe abstenerse de tener relaciones sexuales entre el 9no y 19vo día del ciclo menstrual.

g) Programación de seguimiento:

Aunque está claro que las parejas o mujeres que usan este método no requieren de ningún tipo de insumos, es importante que las mujeres acudan al primer control a los treinta días de iniciar el método y luego cada cuatro meses durante el primer año de uso para ver la conformidad con el método y luego cada año para una consulta de promoción de salud reproductiva integral. Es importante mencionar a la usuaria/o que puede acudir al establecimiento en cualquier momento que ella o su pareja lo crean necesario¹⁷.

2. MÉTODO BILLINGS, DE LA OVULACIÓN O DEL MOCO CERVICAL

Consiste en determinar los días fértiles mediante la observación de los cambios que se producen en el moco cervical. Controla por medio de las sensaciones de los genitales externos la humedad, la consistencia y cantidad del moco cervical, ya que son factores que determinan los días fértiles e infértiles de la mujer.

b) Tasa de falla: Es de 3 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso perfecto.

c) Características

- Incrementa la participación masculina en la planificación familiar, puede ser usado por mujeres de cualquier edad reproductiva, apropiado para parejas que por diferentes razones no deseen usar otros métodos. Requiere una capacitación especial de la pareja para su práctica y un proveedor capacitado para la orientación apropiada.

Dependen de la pareja y requiere una motivación constante.

- Los períodos de abstinencia son variables, su eficacia no se afecta por factores externos que alteren el ciclo menstrual: (estrés, viaje, etc.).
- Permite la percepción y detección precoz de anomalías hormonales, metabólicas, infecciosas, y sus efectos secundarios sobre fertilidad y salud en general.
- No previenen las enfermedades de Transmisión sexual.

d) Utilice con precaución en:

- Mujeres con flujo vaginal persistente, o que estén dando de amamantar. Debe brindarse orientación sobre las dificultades para predecir el período fértil.

e) No lo deben usar:

- Mujeres con inhabilidad para reconocer: las características de su ciclo menstrual, cambios en el moco cervical, en la temperatura basal y otros síntomas y signos asociados al ciclo menstrual, como por ejemplo mujeres con trastornos psiquiátricos.
- En personas que no estén en situación de practicar la abstinencia sexual cuando el método lo requiera, como mujeres que sufren violencia y exigencias sexuales de su pareja.

f) Forma de uso

Forma de identificar el período fértil de acuerdo al método del moco cervical

La mujer debe observar diariamente la presencia de la mucosidad en sus genitales externos, siendo lo más importante, el percibir la sensación de humedad o lubricación en dicha zona cuando desarrolla sus actividades cotidianas. Secundariamente puede ayudar el uso de papel higiénico antes o después de orinar observando la presencia de moco cervical allí o en el fundillo de la traza, si se desea puede tomarse de los anteriores el moco y observar su elasticidad entre los dedos. El período fértil se inicia con el primer día en que se identifica el moco cervical. Hasta tres días después de la brusca desaparición de la sensación de humedad lubricación o de la observación de mucosidad.

Para poder determinar, con seguridad razonable, las manifestaciones relativas al ciclo menstrual, deben registrarse: las fechas de inicio y término de la menstruación, los días de sequedad, los de humedad o lubricación (si se desea los de mucosidad pegajosa y turbia y los de moco claro y elástico), de acuerdo con la simbología convencional disponible para el método. Si hay dudas, para diferenciar el moco de descensos o restos de semen, puede dejar caer la secreción dentro de un vaso de agua fría, si la secreción se disuelve, esta no era moco cervical.

g) Programación de seguimiento:

Aunque está claro que las parejas o mujeres que usan este método no requieren de ningún tipo de insumos (sólo la hoja de seguimiento para registro), es importante que las mujeres acudan al primer control a los treinta días después de iniciar el método y luego cada cuatro meses durante el primer año de uso para ver la conformidad con el método y luego cada año para una consulta de promoción de

salud reproductiva integral. Es importante mencionar a la usuaria/o que puede acudir al establecimiento en cualquier momento que ella o su pareja lo crea necesario¹⁸.

3. METODO DE LACTANCIA MATERNA Y AMENORREA (MELA)

Único método natural, basado en la infecundidad temporal de la mujer durante la lactancia.

a) Mecanismo de acción: Supresión de la ovulación ocasionada por el incremento de la hormona prolactina como consecuencia del amamantamiento.

b) Tasa de falla

2 embarazos por 100 mujeres, en los primeros seis meses postparto.

c) Criterios básicos

La usuaria de este método debe cumplir necesariamente estas 3 condiciones:

- Lactancia exclusiva (a libre demanda, o sea un promedio de amamantar 10 a 12 veces durante el día y la noche, con un intervalo no mayor de 4 horas durante el día y de 6 horas durante la noche).
- Que la usuaria se mantenga en amenorrea
- Que la usuaria se encuentre dentro de los 6 meses postparto

d) Características

Fácil de usar, muy eficaz si se cumple con los criterios básicos; no interfiere con el coito; no requiere supervisión por personal de salud; no requiere insumos anticonceptivos; no tiene efectos secundarios; reduce el sangrado postparto; es la mejor fuente de nutrición para el niño en los primeros meses; disminuye la exposición del niño o niña a microorganismos patógenos presentes en el agua o en utensilios.

e) Limitaciones

- Depende de la usuaria: circunstancias sociales, laborales, voluntad o costumbres que limiten el uso del método.
- La madre VIH(+) puede infectar al neonato a través de la lactancia
- No previene ETS (Enfermedades de Transmisión Sexual)

f) Programación de seguimiento:

Aunque está claro que las parejas o mujeres que usan este método no requieren de ningún tipo de insumos, es importante que las mujeres acudan al primer control a los cuarenticinco días para su control puerperal, y posteriormente al cumplir los seis meses para orientarla en la elección de un método alternativo. Reforzar que

almomento que deje de cumplir alguno de los criterios debe acudir inmediatamente al establecimiento^{19, 20}.

2.2.7 MÉTODOS DE BARRERA

1. CONDON

Funda delgada de caucho (látex). Pueden estar lubricados con sustancias que contienen espermicidas (por lo general el nonoxinol-9).

a) Mecanismo de Acción

Impiden que los espermatozoides tengan acceso al tracto reproductor femenino.

b) Tasa de Falla

De 3 a 12 embarazos por cada 100 mujeres, en el primer año de uso.

c) Características

Es un método eficaz, si se usa correctamente; pocos efectos negativos (alergia al látex o al lubricante) de fácil obtención y bajo costo, no requiere examen ni prescripción médica, fomenta la responsabilidad del varón en la anticoncepción, reduce la transmisión de las ETS y VIH/SIDA, depende del usuario, requiere una motivación constante, está relacionado con el coito, puede mejorar la relación sexual cuando su colocación es parte del juego sexual.

d) Condiciones de almacenaje

El ambiente debe ser seco, evitar fuentes directas de calor o luz solar, descartar los que se encuentren más allá de los cinco años de la fecha de fabricación o manufactura (MFD).

e) No pueden usar las personas con hipersensibilidad al látex o al espermicida.

f) Modo de uso:

- Asegurarse de la integridad del empaque
- Usar un preservativo nuevo en cada relación sexual y colocarlo antes del coito
- cada condón es de un solo uso.
- Verificar la fecha de vencimiento del producto.

g) Seguimiento: Es necesario citar al usuario al primer mes de iniciado el uso, para evaluar el adecuado uso del método así como para la provisión de los condones.

Es importante que las parejas o personas usuarias acudan cada año para promover una consulta de promoción de salud reproductiva integral. Es importante mencionar a la usuaria que puede acudir al establecimiento en cualquier momento que ella o su pareja lo vean necesario.

2. ESPERMICIDAS

Productos químicos que se presentan en forma de óvulos vaginales, crema, o espuma.

- a) Mecanismo de acción: Inactivan o destruyen los espermatozoides.
- b) Tasa de falla: de 6 a 21 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso.
- c) Características: Eficaz si se usa correctamente, no tiene efectos secundarios sistémicos, no requiere examen médico previo, pueden incrementar la lubricación durante el coito, En algunos casos puede ocasionar irritación del pene y vagina, no protege contra ETS.
- d) Quien no puede usarlo: Personas que presenten hipersensibilidad a algunos de los componentes del producto.
- e) Uso: Colocar el producto en la vaginal lo más profundo, 15 minutos antes de cada relación sexual. Debe quedarse acostada durante estos 15 primeros minutos para que el óvulo vaginal se disuelva.
 - El óvulo o tableta vaginal dura sólo hasta 1 hora después de colocado. Si ha pasado más de una hora y no se ha tenido una relación sexual, debe colocarse otro.
 - Por cada relación sexual deberá usar nuevamente el producto vaginal.
 - Verificar siempre la fecha de vencimiento y guárdalo a temperatura adecuada.
- f) Seguimiento: En la primera visita debe entregarse 10 tabletas. Luego citar cada mes para la evaluación del correcto uso. Es importante que las parejas acudan cada año para recibir una charla de salud reproductiva. Es importante mencionar que puede acudir al establecimiento en cualquier momento que ella o su pareja vean necesario²¹.

2.2.8 ANTICONCEPTIVOS ORALES

1. ANTICONCEPTIVOS ORALES COMBINADOS (AOC)

Son los productos que contienen hormonas como estrógenos y progestágenos. El Ministerio de Salud distribuye el producto Lo Femenal® de 21 pastillas conteniendo 30 microgramos de etinilestradiol y 150 microgramos de levonorgestrel y 7 pastillas de sulfato ferroso.

- a) Acción: Suprime la ovulación y espesa el moco cervical
- b) Tasa de falla: De 3 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso.

c) Características: Se necesita que el usuario tenga un uso continuo de las pastillas, puede ser usado por cual quiere mujer pudiéndose realizar un chequeo médico general antes del uso. Ayuda a regularizar el ciclo menstrual y atenúa los cólicos menstruales. Tiene una rápida regresión de los efectos devolviendo la fertilidad. También ayuda a prevenir neoplasias benignas de la mama y protege contra el cáncer de ovario y endometrio. Tener en cuenta que no previene la ETS y es posible que cause un riesgo de trombo embolismo en mujeres con predisposición a ellos.

- La eficacia puede disminuir cuando se utilizan ciertos fármacos como la rifampicina, griseofulvina para micosis y los antiepilépticos excepto el ácido valproico.

d)Uso: una toma diaria de la pastilla.

- Inicio del método:

- Al empezar el primer día del ciclo menstrual o puede iniciarse entre el primero y el quinto día. En caso de iniciarse la toma después del quinto día y debido a que la acción anticonceptiva se inicia a los 7 días de uso de las pastillas, se debe dar un método de barrera.

- La puérpera que está amamantando, puede empezar a partir de la tercera semana.

- En mujeres que están dando de lactar postergar el inicio hasta los 6 meses.

- Reinicia la toma inmediatamente luego de terminar el paquete anterior

- Este método debe suspenderse dos semanas antes de una cirugía mayor.

e) En caso de olvidarse una pastilla de las 21 que tiene efecto anticonceptivo se recomienda que la usuaria tome inmediatamente la pastilla olvidada para luego continuar con las pastillas que siguen.

- Si se olvida dos o más pastillas, es preferible esperar el sangrado por deprivación e iniciar inmediatamente un nuevo paquete usando un método de respaldo por 7 días.

f) Quién no lo debe usar

- Mujeres que estén embarazadas, con sangrado vaginal sin explicación, que estén amamantando antes de los 6 meses del postparto, con hepatopatía, en fumadoras y mayores de 35 años, con antecedentes de cardiopatías, diabetes, o enfermedad vascular. Mujeres con cáncer de mama o endometrio

g) Programación de seguimiento:

Citar al mes para evaluar el correcto uso y la proveer de más producto, posteriormente deberá acudir cada cuatro meses para la entrega de los 4 ciclos que son entregados en forma gratuita. Se debe indicar los signos de alarma por lo cual debe acudir a un establecimiento de salud si presenta las siguientes situaciones:

- Sospecha de embarazo, dolor de cabeza, alteraciones visuales, dolor toraxico, dificultad respiratoria, ictericia, dolor en los miembros inferiores.

2. ANTICONCEPTIVOS ORALES DE SOLO PROGESTAGENOS

Son aquéllos que poseen sólo progestágenos. El Ministerio de Salud distribuye el producto Ovrette® de 5 microgramos de norgestrel.

a) Acción: Espesamiento del moco cervical, impidiendo la penetración de los espermatozoides, supresión de la ovulación

b) Tiene una falla de 0.3 a 8 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso.

c) Características: es eficaz y de rápida acción con el uso diario, no requiere exámenes previos aunque puede ser lo ideal. Posee un rápido retorno a la fecundidad luego de discontinuar su uso. Puede causar variación en el peso como ganancia o pérdida y provocar cambios en el patrón del ciclo menstrual. También ayuda a prevenir neoplasias benignas de la mama y protege contra el cáncer de ovario y endometrio. Tener en cuenta que no previene la ETS y es posible que cause un riesgo de trombo embolismo en mujeres con predisposición a ellos.

d) Uso: - Se puede indicar en cualquier edad.

- Inicio:

- Idealmente entre el primer o quinto día del ciclo menstrual, si se inicia en otro día del ciclo menstrual o en el postparto, se debe estar razonablemente seguro de que no existe una gestación. En caso de iniciarse después del quinto día, debe usarse un método de respaldo durante las primeras 48 horas de uso.

- En mujeres que dan de lactar iniciar después de las seis semanas postparto

- En mujeres que dan de lactar, podría ser utilizado inmediatamente postparto en caso de:

No tener otra opción anticonceptiva

Que la usuaria no se siente segura con el método de lactancia y amenorrea

En algunos establecimientos se está promoviendo su empleo desde el postparto inmediato en todas las mujeres que escojan el método, sin haberse observado daño para la madre y el recién nacido y con la ventaja adicional de que la mujer regresa del hospital empleando un método anticonceptivo.

- En los primeros cinco días postaborto

- Recuerde que la usuaria no debe suspender la toma de las pastillas en ningún momento (se debe tomar todos los días sin suspender) incluso durante

lamenstruación. La toma debe ser todos los días a la misma hora; con un retraso de 3 ó más horas, se pierde la acción anticonceptiva.

- La eficacia se presenta a las 24 horas de inicio de la toma.

e) Quién no lo debe usar

- Las mujeres que estén embarazadas

- Las mujeres con un sangrado genital anormal sin explicación (hasta que se evalúe)

- Las mujeres con cáncer de mama o antecedente del mismo

- Las mujeres que estén tomando o vayan a recibir medicamentos, como rifampicina para la tuberculosis ó antiepilépticos, excepto ácido valproico.

g) Programación De Seguimiento:

Citar al mes para evaluar el correcto uso y la proveer de más producto, posteriormente deberá acudir cada cuatro meses para la entrega de los 4 ciclos que son entregados en forma gratuita. Se debe indicar los signos de alarma por lo cual debe acudir a un establecimiento de salud si presenta las siguientes situaciones:

- Sospecha de embarazo, dolor de cabeza, alteraciones visuales, dolor toraxico, dificultad respiratoria, ictericia, dolor en los miembros inferiores²³.

3. ANTICONCEPCIÓN ORAL DE EMERGENCIA (AOE)"

a) Eficacia: Previene aproximadamente tres cuartas partes de los embarazos que, de otra manera, habrían ocurrido. En promedio, el riesgo de embarazo después de un coito sin protección en la segunda o tercera semana del ciclo menstrual es de 8%; cuando se usa contracepción oral de emergencia, el porcentaje es de 2%. Cuanto más pronto se utiliza contracepción oral de emergencia, mejores son los resultados en cuanto a prevención de embarazos.

Son preparados que contienen altas dosis de estrógenos y que debe administrarse dentro de las 48 a 72 horas de la relación potencialmente fecundante.

b) Su uso está reservado para situaciones de emergencia como cuando el método usado no es efectivo o duda del buen uso, luego de relaciones contra la voluntad o en las mujeres que han olvidado tomar la el anticonceptivo oral o se han retrasado en la toma de las pastillas o la aplicación de la ampolla anticonceptiva mensual.

c) Dosis: de acuerdo al tipo de ACO utilizado. Una vez completada la dosis, si no se presenta el sangrado dentro de las dos semanas posteriores, hay que realizar pruebas de embarazo.

d) Mecanismo de acción: Según en qué momento del ciclo menstrual se tome, la anticoncepción de emergencia puede prevenir o retrasar la ovulación o prevenir la

fertilización. Los anticonceptivos de emergencia no interrumpen un embarazo, esto es, cuando ya ha tenido lugar la implantación del óvulo fecundado.

e) Efectos colaterales: No se han registrado complicaciones a largo plazo por el uso de anticonceptivos de emergencia, pero pueden presentarse náuseas y vómitos. Si se producen vómitos dentro de las dos primeras horas de ingesta de la medicación, se debe repetir la dosis por vía vaginal, o por vía oral con antieméticos o alimentos^{24, 25}.

2.2.9 INYECTABLES DE PROGESTAGENOS

Son aquellos que poseen sólo progestágenos. El Ministerio de Salud distribuye el DepoProvera® con 150 mg. de acetato de medroxiprogesterona.

a) Mecanismos de acción: Supresión de la ovulación, espesamiento del moco cervical, impidiendo la penetración de los espermatozoides

- Reducción del transporte de los óvulos en las trompas de Falopio
- Cambios en el endometrio

b) Falla en 0.3 a 0.4 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso.

c) Características: - De efecto rápido uso en cualquier edad fértil. No es necesario un examen pélvico, pero si la paciente lo desea se puede realizar para descartar cualquier patología. Confiere protección contra la enfermedad pélvica inflamatoria así como puede disminuir la anemia. Puede producir cambios en el ritmo del ciclo menstrual. También disminuido el riesgo de cáncer de endometrio. El retorno a la fecundidad puede demorar 6 meses o un año en caso de uso prolongado.

- No es aconsejable su uso durante los 2 primeros años después de la menarquía.

d) Modo de uso: Administrar por vía intramuscular profunda en la región glútea o deltoidea.

- Primera dosis:

- Entre el primer o quinto día del ciclo menstrual o cualquier día del ciclo menstrual o en el postparto, siempre que se esté razonablemente seguro que no existe gestación. En caso de iniciarse en cualquier otro momento, diferente a los cinco primeros días del ciclo debe usarse un método de respaldo durante los primeros 2 días.

- En mujeres que dan de lactar después de las seis semanas postparto

- En mujeres que dan de lactar, podría ser utilizado inmediatamente postparto, en caso de: No tener otra opción anticonceptiva, que la usuaria no se siente segura con el método de lactancia y amenorrea.

En algunos establecimientos se está promoviendo su empleo desde el postparto inmediato, a todas las mujeres que así lo desean, sin haber observado daño para la madre y el recién nacido y con la ventaja adicional que la mujer egresa del hospital empleando un método anticonceptivo.

- En los primeros cinco días postaborto

- Siguiendo dosis:

- Administrar cada tres meses, pudiendo adelantarse hasta 2 semanas o, en caso de olvido, aplicarla con una demora dos semanas.

e) No deben usar las mujeres que estén gestando o que presenten sangrado irregular, con patologías hepáticas y cáncer de mama o antecedentes

f) Programación de seguimiento:

Es necesario citar a la usuaria cada 3 meses, para evaluar el adecuado uso del método así como para la provisión de los mismos. Es importante mencionar a la usuaria que puede acudir al establecimiento en cualquier momento que ella o su pareja crea necesario.

2.2.10 IMPLANTES

Consisten en 6 cápsulas delgadas y flexibles, cada una conteniendo 36 miligramos de levonorgestrel, (Norplant®) que son insertadas justo por debajo de la piel en el brazo de la mujer.

a) Mecanismo de acción: principalmente espesamiento del moco cervical impidiendo la llegada del espermatozoide al ovulo, supresión de la ovulación, reducción del transporte del ovulo en las trompas de Falopio y cambios en el endometrio.

b) falla en 0.09 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso

c) Características

- Eficacia muy aceptable

- Puede ser usado a cualquier edad o paridad

- Protege hasta por 5 años.

- Permite un rápido retorno a la fecundidad al ser retirado.

- No requiere un examen pélvico previo a su uso, aunque sería lo ideal para descartar cualquier patología.

- No afecta la lactancia materna.

- Puede reducir el flujo menstrual, mejorando la anemia y puede atenuar los cólicos menstruales.

- Favorece la disminución las patologías benignas de mama
- Reduce el riesgo contra el cáncer de endometrio
- Brinda cierta protección contra la enfermedad pélvica inflamatoria
- Produce cambios en el regular patrón del ciclo menstrual de la mujer
- Puede producir cambios en el peso corporal con el aumento o disminución.
- No es aconsejable su uso durante los 2 primeros años después de la menarquia.

d) Modo de uso

Se puede insertar entre el primer o quinto día del ciclo menstrual o en el postparto, siempre que se esté seguro que no haya gestación. En caso de iniciarse en cualquier otro momento, debe mantenerse un método de barrera durante los primeros 7 días.

- En mujeres que dan de lactar después de las seis semanas postparto
- En mujeres que dan de lactar podría ser utilizado inmediatamente en el postparto en caso de: No tener otra opción anticonceptiva y que la paciente no se sienta segura con el método de lactancia.
- En algunos establecimientos se está promoviendo su empleo desde el postparto inmediato en todas las mujeres que escojan el método, sin haberse observado daño para la madre y el recién nacido y con la ventaja adicional que la mujer que así lo desea egresa del hospital empleando un método anticonceptivo.
- En los primeros cinco días postaborto

Debe ser colocado por profesional de salud adecuadamente capacitado.

e) No deben usarlo las mujeres estén gestando o que sospechen de embarazo, con un sangrado vaginal sin causa aparente. Mujeres que tengan antecedentes de cáncer de mama y que tomen medicamentos como rifampicina o algunos antiepilépticos.

f) Programación de seguimiento:

Es necesario citar a la usuaria a los siete días para examinar el lugar de la inserción y al mes de iniciado el uso, para evaluar el adecuado uso del método y efectos colaterales. Posteriormente es importante que las parejas o personas usuarias acudan cada año para promover una consulta de promoción de salud reproductiva integral. Es importante mencionar a la usuaria que puede acudir al establecimiento en cualquier momento que ella o su pareja crea necesario^{26, 27}.

2.2.11 DISPOSITIVOS INTRAUTERINOS (DIU)

Es un pequeño dispositivo que se introduce en la cavidad vaginal. Se dispone con la T de Cobre 380-A que tiene una duración de 10 años.

a) Mecanismo de acción: Libre cobre afectando la viabilidad de los espermatozoides e impidiendo posteriormente la fecundidad.

b) Tasa de falla: De 0.6 a 0.8 embarazos por 100 mujeres en el primer año de uso.

c) Características: buena eficacia y rápido efecto no interfiriendo con el coito. Requiere examen pélvico previo para descartar patologías e infección pélvica. Puede aumentar los cólicos menstruales y el sangrado en los primeros meses de uso. Regreso rápido a la fertilidad luego de discontinuar el uso. 2% puede ser expulsado espontáneamente de la cavidad vaginal sin motivo aparente.

d) Modo de uso

Se puede insertar:

- En los primeros 5 días del ciclo menstrual o en cualquier momento del ciclo, siempre que se esté razonablemente seguro que no existe una gestación
- En el postparto inmediato hasta 48 horas
- Durante la operación cesárea
- En el puerperio tardío a partir de la sexta semana
- En el postaborto inmediato o en los primeros 7 días postaborto no complicados
- Siempre debe ser insertado y extraído por personal adecuadamente capacitado (Médico u obstetrix).

e) No deben usar las mujeres cursando un embarazo o con sospecha de gestación. Mujeres que presentan sangrado vaginal sin causa aparente o que tengan múltiples parejas sexuales y no usen condón o que sus parejas tengan múltiples parejas sexuales y no se cuiden con método de barrera específicamente el preservativo. Mujeres con infección activa como EPI o en los últimos 3 meses o vaginitis o vaginitis severa. Aquellas mujeres que no se hayan realizado exámenes para descartar cualquier anomalía vaginal o que no se hayan realizado despistaje de cáncer genital.

f) Programación de seguimiento:

Es importante que las mujeres acudan al primer control entre las 4 o 6 semanas luego de la inserción, para su control y posteriormente cada año para promover una consulta de promoción de salud reproductiva integral. Es importante mencionar a la usuaria que puede acudir al establecimiento en cualquier momento que ella o su pareja crea necesario^{28, 29}.

2.2.12 ANTICONCEPCION QUIRÚRGICA VOLUNTARIA FEMENINA

Es un método anticonceptivo permanente, que se realiza mediante una intervención quirúrgica electiva, de complejidad intermedia cuyo objetivo es ocluir y seccionar las trompas de Falopio.

a) Mecanismo de acción

Impedir la unión del espermatozoide con el óvulo al nivel de la trompa, con el fin de evitar la fertilización.

b) Tasa de falla: De 0.2-0.4 embarazos por cada 100 mujeres intervenidas.

c) Características

- Eficacia alta, inmediata y permanente
- Puede ser realizada en forma ambulatoria
- No interfiere con el deseo sexual ni con la producción hormonal por parte de los ovarios
- Requiere, previamente, consejería especializada y evaluación médica
- Es definitiva, debe ser considerada irreversible
- El proveedor debe ser necesariamente un médico calificado
- Requiere condiciones de infraestructura y equipamiento, por lo que los establecimientos donde se realice deben estar calificados
- Durante la intervención el establecimiento debe contar con médico anestesiólogo o médico con entrenamiento en anestesiología.

d) Modo de uso

La técnica recomendada es la de Pomeroy, a través de mini laparatomía, con anestesia local con sedo analgesia. No se recomienda el uso de este tipo de anestesia en:

- Mujeres con antecedentes de cirugía pélvica previa
- Enfermedad pélvica inflamatoria reciente
- Retroflexión uterina fija
- Mujeres obesas
- Mujeres con problemas psiquiátricos, que impidan su colaboración.

En estos casos se usará la anestesia regional o general

e) Momento de la intervención:

- Postparto hasta las 48 horas

- Luego de la atención del aborto no complicado.
- De intervalo, en cualquier momento, siempre que se esté razonablemente seguro de que no existe una gestación

· Transcésárea

f) Consideraciones previas a la Intervención Este procedimiento puede ser realizado en aquellas usuarias que deseen un método permanente, por lo que en particular requiere que se cumplan los siguientes requisitos:

- Que la usuaria solicite el método
- Que la usuaria sea mayor de edad (Sin embargo, no se recomienda operar a usuarias menores de 25 años, a menos que presenten algún factor de riesgo reproductivo, por el riesgo alto de arrepentimiento)
- Que haya completado el número de hijos deseado.
- Que la usuaria haya recibido las dos sesiones de consejería previa.
- Que haya entendido el significado del consentimiento informado y firmado la Solicitud para la intervención.
- Que haya entendido el tipo de intervención a que será sometido
- Valoración del riesgo quirúrgico y cuando proceda, del riesgo anestésico
- El Bloqueo Tubario debe efectuarse por personal calificado en el procedimiento
- El Bloqueo Tubario debe efectuarse en PES calificados
- El procedimiento puede realizarse cualquier día del ciclo menstrual, cuando se está razonablemente seguro que no hay embarazo
- El procedimiento debe realizarse bajo las normas quirúrgicas y de bioseguridad establecidas en el Manual de Procedimientos Quirúrgicos correspondientes

g) Utilícese con precaución en:

- Usuaria joven (menor de 25 años)
- Usuaria sin hijos vivos
- Tener un hijo (especialmente el más pequeño) con salud delicada
- Unión de pareja inestable
- Usuaris solteras o viudas
- Mujeres en el post aborto y post parto que no hayan tomado la decisión con anterioridad.

h) Contraindicaciones

- Usuaris presionadas por el cónyuge o por alguna persona
- Usuaris que han tomado su decisión bajo presión desusada

- Usuarias con conflictos no resueltos de índole religiosa o cultural
- Usuarias con expectativas no resueltas acerca de la irreversibilidad

i) Efectos posibles

- No se conocen efectos colaterales asociados directamente al método.
- Ocasionalmente pueden presentarse problemas asociados al procedimiento anestésico (bloqueo epidural o anestesia general) o quirúrgico (hemorragia o infección).

j) Disposiciones para el período postoperatorio

Después del procedimiento la usuaria debe mantenerse en observación por lo menos 4 horas. Si procede de zona rural o lejana deberá permanecer como mínimo 24 horas en el PES donde se realizó la intervención. Entregar información por escrito, de cuidados a tener en cuanto a actividad física, curación de la herida operatoria, y presentación de signos de alarma que ameritan acudir al establecimiento de salud.

Provisión de analgésico e indicaciones de uso.

Luego de la intervención la usuaria deberá observar reposo por 7 días.

k) Programación de seguimiento:

Las usuarias serán citadas para su primer control entre 3er y 7mo día y para el segundo control a los 30 días. Posteriormente serán citadas cada año para promover una consulta de promoción de salud reproductiva integral. Es importante mencionar a la usuaria que puede acudir al establecimiento en cualquier momento que ella o su pareja crea necesaria.

Se debe instruir a la usuaria que acuda al establecimiento si presenta cualquiera de los siguientes síntomas:

- Sintomatología urinaria
- Dolor pélvico o abdominal severo
- Hemorragia en la herida operatoria
- Fiebre y dolor local en la herida operatoria
- Mareos o dolor de cabeza³⁰.

2.2.13 ANTICONCEPCION QUIRURGICA VOLUNTARIA MASCULINA

Método anticonceptivo permanente. Es una intervención quirúrgica electiva, considerada cirugía menor, destinada a ligar y seccionar los conductos deferentes en el hombre.

a) Mecanismo de acción

La oclusión de los conductos deferentes impide la salida de los espermatozoides, evitando la unión con el óvulo.

b) Tasa de falla: De 0.1 a 0.2 embarazos por cada 100 parejas durante el primer año de uso.

c) Características

- Eficacia alta y permanente
- No interfiere con el coito
- Puede ser realizada en forma ambulatoria
- No interfiere con el deseo, la potencia sexual, ni con la producción hormonal por parte de los testículos
- Requiere, previamente, consejería especializada y evaluación médica
- La eficacia es garantizada después de 3 meses después de la cirugía, por lo que debe indicársele un método adicional a la pareja. Se debe proveer de métodos de barrera (30 condones) para 3 meses al usuario
- Se puede solicitar un espermatograma de control (o por lo menos la evaluación simple al microscopio de una muestra de semen), para objetivar la ausencia de espermatozoides al tercer mes postoperatorio
- El proveedor debe ser necesariamente un médico calificado. Requiere instrumental especial.

d) Modo de uso

La vasectomía puede ser realizada, en cualquier momento, mediante dos técnicas: la convencional, en la que se realiza una o dos incisiones en el escroto, y la sin bisturí, en la que se pinza con una pinza especial la piel del escroto, para aislar el conducto deferente. La más recomendada es la técnica sin bisturí.

e) Quién no lo puede usar

No existe ninguna contraindicación absoluta pero se debe diferir la intervención hasta que se corrijan las siguientes condiciones:

- Hidrocele grande
- Hernia inguino-escrotal

- Anemia severa sintomática;
- Cardiopatía sintomática
- Diabetes mellitus descompensada
- Trastornos hemorrágicos
- Infecciones cutáneas en la región inguino-escrotal
- Infecciones del aparato genital

f) Consideraciones previas a la Intervención

Este procedimiento puede ser realizado en aquellos usuarios que deseen un método permanente, por lo que en particular requiere que se cumplan los siguientes requisitos:

- Que el usuario solicite el método
- Que el usuario sea mayor de edad (Sin embargo, no se recomienda operar a usuarias menores de 25 años, por el riesgo alto de arrepentimiento)
- Que haya completado el número de hijos deseado.
- Que el usuario haya recibido las dos sesiones de consejería previa.
- Que haya entendido el significado del consentimiento informado y firmado la Solicitud para la intervención.
- Que haya entendido el tipo de intervención a que será sometido
- El procedimiento debe realizarse bajo las normas quirúrgicas y de esterilización establecidas en el Manual de Procedimientos Quirúrgicos de AQV

g) Utilícese con precaución en:

- Usuario joven (menor de 25 años)
- Usuario sin hijos vivos
- Tener un hijo (especialmente el más pequeño) con salud delicada
- Unión de pareja inestable
- Usuarios solteros o viudos

h) Contraindicaciones

- Usuarios presionados por el cónyuge o por alguna persona
- Usuarios que han tomado su decisión bajo presión desusada
- Usuarios con conflictos no resueltos de índole religiosa o cultural
- Usuarios con expectativas no resueltas acerca de la irreversibilidad

i) Efectos posibles

- No se conocen efectos colaterales asociados directamente al método.
- Ocasionalmente pueden presentarse problemas asociados al procedimiento quirúrgico:
 - Inflamación severa
 - Equímosis
 - Hematoma
 - Infección de la herida operatoria
 - Granuloma

j) Disposiciones para el período postoperatorio

Después del procedimiento el usuario debe mantenerse en observación por lo menos 1 hora. Si procede de zona rural o lejana deberá permanecer en observación como mínimo 6 horas en el PES donde se realizó la intervención.

Entregar información por escrito de cuidados a tener en cuanto a actividad física, curación de la herida operatoria, y presentación de signos de alarma que ameritan acudir al establecimiento de salud. Indicarle que deberá guardar reposo por 5 días.

Provisión de analgésico e indicaciones de uso. Asegurarse que el hombre comprenda que el método no es efectivo de inmediato, pueden encontrarse espermatozoides hasta 3 meses después del procedimiento, por lo cual se debe recomendar el uso de preservativo u otro método temporal, para evitar el embarazo hasta que el conteo de espermatozoides sea negativo.

k) Programación de seguimiento:

Los usuarios serán citados para su primer control entre 3er y 7mo día y para el segundo control a los 30 días. Posteriormente serán citados cada año para promover una consulta de promoción de salud reproductiva integral. Es importante mencionar al usuario que puede acudir al establecimiento en cualquier momento que él o su pareja crean necesario.

Se debe instruir al usuario que acuda al establecimiento si presenta cualquiera de los siguientes síntomas:

- Sintomatología urinaria
- Dolor escrotal o perineal severo
- Hemorragia o hematoma en la herida operatoria
- Fiebre y dolor local en la herida operatoria³¹.

CAPITULO III: HIPOTESIS Y VARIABLES

3.1 HIPOTESIS ALTERNA.

El deficiente nivel de conocimiento está asociado a la no utilización de métodos anticonceptivos en puérperas atendidas en el Hospital Nacional de Vitarte.

HIPOTESIS ESPECÍFICAS

- Las pacientes puérperas atendidas en el hospital de Vitarte presentan un óptimo nivel conocimiento sobre los métodos anticonceptivos.

-La edad de las puérperas tiene relación con el nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos en el Hospital Nacional de Vitarte.

- A mayor nivel socioeconómico de las pacientes puérperas atendidas en el hospital de vitarte, mayor es el conocimiento sobre métodos anticonceptivos.

- Las pacientes puerperas con mayor grado de instrucción tiene un mayor nivel de conocimiento sobre el uso de métodos anticonceptivos.

- A mayor paridad de las pacientes puérperas atendidas en el hospital de Vitarte, mayor es el conocimiento sobre métodos anticonceptivos.

- El método más usado por las pacientes puérperas del hospital de Vitarte son los inyectables de 3 meses.

3.2 VARIABLES

1. Nivel de conocimiento
2. Edad
3. Nivel de instrucción
4. Método anticonceptivo usado
5. Medio de información

Operacionalización de variables (**ANEXO N° 01**)

CAPITULO IV: METODOLOGÍA

4.1. DISEÑO DE ESTUDIO Y TIPO DE ESTUDIO

Tipo: Se trata de un tipo de estudio

- Observacional: Porque no se manipularán las variables
- Transversal: La muestra se evaluará una sola vez, al momento de realizar las encuestas a los pacientes del Hospital de Vitarte.
- Analítico: Analizaremos la relación entre el nivel de conocimiento de las puérperas atendidas en el Hospital de Vitarte y el uso de métodos anticonceptivos.

Diseño: No experimental

4.2. POBLACIÓN DE ESTUDIO

POBLACION O UNIVERSO:

La población está conformada por las pacientes puérperas atendidas en el hospital de Vitarte.

UNIDAD DE ANÁLISIS:

Conformado por cada mujer en el periodo de puerperio atendida en el Hospital de Vitarte.

MUESTRA.

La muestra estará constituida por las pacientes puérperas que firmaron la autorización, previa participar en el estudio cuyo consentimiento se realizará por escrito.

El tamaño de la muestra se calculó a partir de un universo de 498 puerperas, de una prevalencia esperada del 60%, el cual con un alfa del 5% y un nivel de confianza del 95% nos da un tamaño de muestra de 211. El tipo de muestreo a realizar será un muestreo no probabilístico por conveniencia

Por lo tanto es una muestra de 192 pacientes, al que hay que sumar el 10% tomando en cuenta pérdidas insensibles, dando un total de 211 pacientes.

4.3. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

Se consideran criterios de inclusión:

- Pacientes que cursan el puerperio inmediato o mediato de un embarazo independientemente de la edad gestacional y de la vía de finalización del embarazo.
- Pacientes ingresadas en el Servicio de Gineco-obstetricia del Hospital de Vitarte.
- Mujeres postparto que consientan la participación en el estudio previo a que hayan firmado el consentimiento informado de autorización de manera voluntaria.

Se consideran criterios de exclusión:

- Se excluyen pacientes que por alteraciones físicas o mentales no puedan responder a la encuesta.
- Se excluyen pacientes que no hayan firmado el consentimiento informado de autorización.
- Se excluirá pacientes que no llenen adecuadamente la encuesta.

4.4. PROCEDIMIENTO PARA RECOLECCIÓN DE DATOS

La recolección de información se realizó mediante un cuestionario previamente utilizado en un trabajo de investigación anterior de la PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR (2013).

La encuesta consta de una primera parte en donde se recolectara información general del paciente, como la edad, escolaridad, estado civil, ocupación y fuente de información sobre métodos anticonceptivos, método anticonceptivo que usaba antes del embarazo. La segunda parte medirá el conocimiento sobre métodos anticonceptivos constando de 20 preguntas, cada una con una respuesta correcta.

El conocimiento fue evaluado con una escala del 0 a 20 de la siguiente manera:

Excelente(17-20 puntos), bueno(13-16 puntos), regular(10-12 puntos), deficiente (0-9).

4.5. INSTRUMENTOS A UTILIZAR Y MÉTODOS PARA EL CONTROL DE LA CALIDAD DE DATOS

Los datos se presentaron en tablas y gráficos de acuerdo al tipo de variable de estudio y se procedió al análisis por medio de métodos estadísticos de frecuencia relativa (porcentaje). Una vez obtenida la información en una base de datos se procedió a procesarla con el uso de programas estadísticos como SPSS v.22 y Microsoft Office Excel 2013.

4.6. PROCEDIMIENTOS PARA GARANTIZAR ASPECTOS ÉTICOS EN LA INVESTIGACIÓN

El siguiente estudio seguirá las Pautas Éticas Internacionales para la Experimentación Biomédica en Seres Humanos propuestas por el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS). De acuerdo a estas toda investigación en seres humanos debiera realizarse acorde con tres principios éticos básicos: respeto por las personas, beneficencia y justicia. En forma general, se concuerda en que estos principios guían la preparación responsable de protocolos de investigación. (CIOMS, 2002).

El respeto a las personas incluye, al menos, 2 consideraciones éticas principales, respeto por la autonomía, que implica que las personas capaces de deliberar sobre sus decisiones sean tratadas con respeto por su capacidad de autonomía; y protección de las personas con autonomía disminuida o deteriorada, que implica que se debe brindar seguridad contra daño a todas las personas vulnerables. (CIOMS, 2002).

La beneficencia se refiere a la obligación ética de maximizar el beneficio y minimizar el daño y además prohíbe causar daño deliberado a las personas. La justicia, en la ética de la investigación en seres humanos, se refiere a la justicia distributiva, que establece la distribución equitativa de cargas y beneficios al participar en investigación.

En todos los casos de investigación biomédica realizada en seres humanos, el investigador debe obtener el consentimiento informado de quien presumiblemente participará en la investigación; en el caso de una persona que no sea capaz de dar un consentimiento informado, el investigador debe obtener el consentimiento por poder de un representante debidamente autorizado (CIOMS, 2002)

CAPITULO V: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

CAPITULO V: RESULTADOS Y DISCUSION

5.1. RESULTADOS:

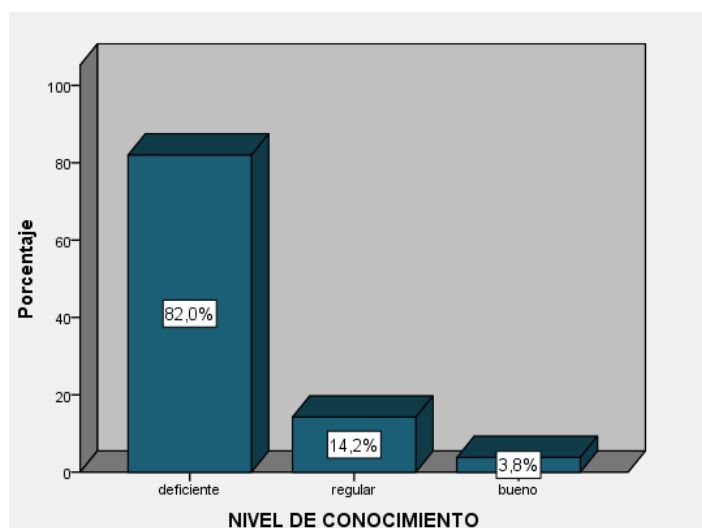
En el presente estudio se contó con la participación de 211 mujeres que cursaban el postparto. Posterior a la recolección de datos se obtuvo los siguientes resultados. El nivel de conocimiento más frecuente acerca de los métodos anticonceptivos encontrado en las puérperas fue la categoría de deficiente representando el 82% (173) del total de encuestadas. En segundo lugar, el nivel regular represento aproximadamente el 14% (30) y el nivel bueno 3,8% (8) del total de evaluadas.

TABLA N° 1: Nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos en puérperas atendidas en el Hospital Nacional de Vitarte en octubre 2016.

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	deficiente	173	82,0
	regular	30	14,2
	bueno	8	3,8
	Total	211	100,0

FUENTE: Ficha de Recolección de datos/INICIB-FAMURP/Hospital Nacional de Vitarte.

GRAFICO N°1: Nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos en puérperas atendidas en el Hospital Nacional de Vitarte en octubre 2016.



FUENTE: Ficha de Recolección de datos/INICIB-FAMURP/Hospital Nacional de Vitarte.

En lo que respecta a la edad promedio en las encuestadas, el estudio reporto una media de 24 años, siendo la mínima de 16 y una máxima de 39 años.

TABLA N° 2: Edad promedio de las puérperas atendidas en el Hospital Nacional de Vitarte octubre 2016.

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
EDAD DEL PACIENTE	211	16	39	24,06	4,270
N válido (según lista)	211				

FUENTE: Ficha de Recolección de datos/INICIB-FAMURP/Hospital Nacional de Vitarte.

El grupo etario más frecuente fue el comprendido entre los 20-24 años con una representación de 55,9% del total. En segundo lugar, fue el comprendido entre los 25 y 29 años representando el 22,7%, seguido del grupo de entre 15 y 19 años que represento el 10%. Aproximadamente el 11,4% fueron puérperas por encima de los 30 años de edad. El nivel de conocimiento acerca de los métodos anticonceptivos en las encuestadas según la edad, (agrupada en grupos de intervalo de 5 años) arrojó que las puérperas que tenían un conocimiento deficiente, la mayoría se encontraba en el grupo de 20-24 años representando el 55,5% de esta categoría y el 45,5% del total de encuestadas. Las edades que estaban comprendidas entre 25 y 29 años también reportaron un deficiente conocimiento con un 19,7% en esta categoría que representaba el 16% del total.

El 11% de las puérperas que reportaron un nivel de conocimiento deficiente se encontraban en el grupo de edades comprendida entre 15 y 19 años siendo el 9% del total. El 9,8% se encontró entre los 30-34 años representando el 8% de todas las puérperas encuestadas. Por último, el 4% se ubicó en el grupo de edades a partir de los 35 años.

El 56,7% de las puérperas que reportaron un nivel regular de conocimiento acerca de métodos anticonceptivos, tenían edades comprendidas entre los 20 y 24 años; lo que a su vez representaron el 8% de todas las evaluadas. Asimismo, el 40% se ubicaban entre 25-29 años representando aproximadamente el 6% del total.

Del total de 211 pacientes puérperas encuestadas solo 3,8%(8) reportaron buen nivel de conocimiento de las cuales el 62,5% tenían edades comprendidas entre

20-24 años, en segundo lugar, se ubicó el grupo entre 25 y 29 años con un 40% de esta categoría.

TABLA N° 3: Nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos en puérperas atendidas según la edad en el Hospital Nacional de Vitarte octubre 2016.

		NIVEL DE CONOCIMIENTO			Total	
		deficiente	regular	bueno		
GRUPO ETARIO	15-19	Recuento	19	1	1	21
		% dentro de NIVEL DE CONOCIMIENTO	11,0%	3,3%	12,5%	10,0%
		% del total	9,0%	0,5%	0,5%	10,0%
	20-24	Recuento	96	17	5	118
		% dentro de NIVEL DE CONOCIMIENTO	55,5%	56,7%	62,5%	55,9%
		% del total	45,5%	8,1%	2,4%	55,9%
	25-29	Recuento	34	12	2	48
		% dentro de NIVEL DE CONOCIMIENTO	19,7%	40,0%	25,0%	22,7%
		% del total	16,1%	5,7%	0,9%	22,7%
30-34	Recuento	17	0	0	17	
	% dentro de NIVEL DE CONOCIMIENTO	9,8%	0,0%	0,0%	8,1%	
	% del total	8,1%	0,0%	0,0%	8,1%	
MAYOR O IGUAL A 35	Recuento	7	0	0	7	
	% dentro de NIVEL DE CONOCIMIENTO	4,0%	0,0%	0,0%	3,3%	
	% del total	3,3%	0,0%	0,0%	3,3%	
Total	Recuento	173	30	8	211	
	% dentro de NIVEL DE CONOCIMIENTO	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	% del total	82,0%	14,2%	3,8%	100,0%	

FUENTE: Ficha de Recolección de datos/INICIB-FAMURP/Hospital Nacional de Vitarte.

Se realizó una nueva clasificación de los grupos etarios según los extremos, ya que estas constituyen edades de riesgo obstétrico, se obtuvo la distribución donde las puérperas con edades de grupo de riesgo representaron el 13,3%(28) del total. De las puérperas que presentaron un deficiente nivel de conocimiento 26(15%) pertenecieron a este grupo y 147(85%) al grupo con edades entre 20 y 34 años. Las encuestadas que reportaron un óptimo nivel de conocimiento 02(5,3%) se

encontraban dentro del grupo de edades de riesgo y 36 (94,7%) en el grupo de 20-34 años.

TABLA N° 3.1: Tabla de contingencia de Nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos en puérperas atendidas según la edad en el Hospital Nacional de Vitarte octubre 2016.

Edad		Conocimiento		Total
		deficiente	optimo	
15-19 y >=35 años	Recuento	26	2	28
	% dentro de Conocimiento	15,0%	5,3%	13,3%
	% del total	12,3%	0,9%	13,3%
20-34	Recuento	147	36	183
	% dentro de Conocimiento	85,0%	94,7%	86,7%
	% del total	69,7%	17,1%	86,7%
Total	Recuento	173	38	211
	% dentro de Conocimiento	100,0%	100,0%	100,0%
	% del total	82,0%	18,0%	100,0%

FUENTE: Ficha de Recolección de datos/INICIB-FAMURP/Hospital Nacional de Vitarte.

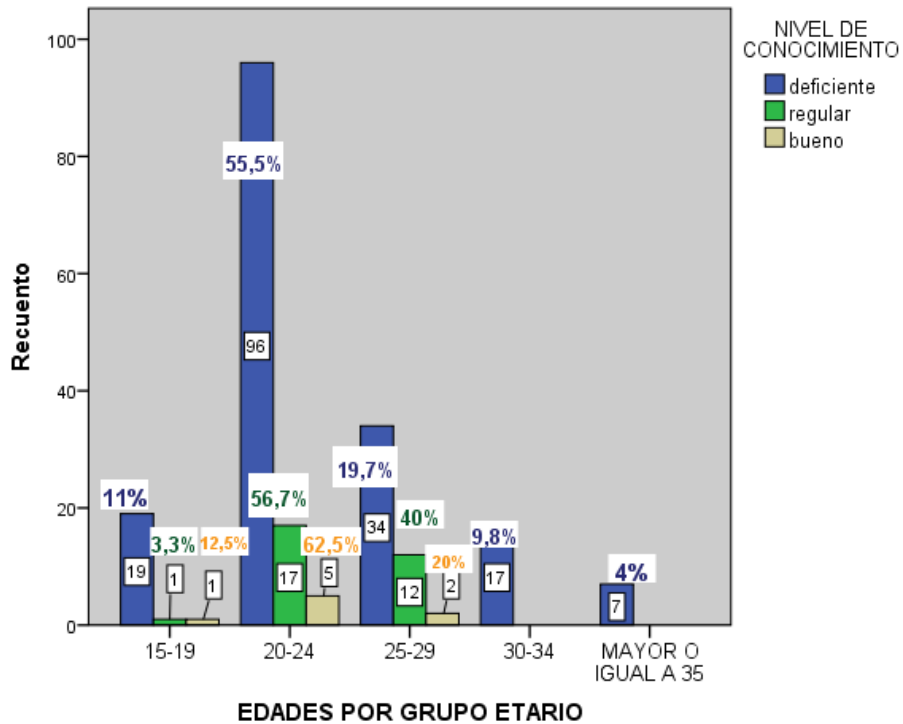
Se realizó el análisis bivariado con el objetivo de demostrar fuerza de asociación obteniéndose un OR: 3,184 con un intervalo de confianza al 95% de 0,72 a 14,03 concluyéndose que existe 3 veces más riesgo de un deficiente nivel de conocimiento acerca de métodos anticonceptivos en el grupo de edades de riesgo que aquellas cuyas edades se ubican entre 20 y 34 años.

TABLA N° 3.2: Nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos en puérperas atendidas según la edad en el Hospital Nacional de Vitarte octubre 2016.

	Valor	Intervalo de confianza al 95%	
		Inferior	Superior
Razón de las ventajas para Edad (15-19 y >=35 años / 20-34)	3,184	,722	14,037

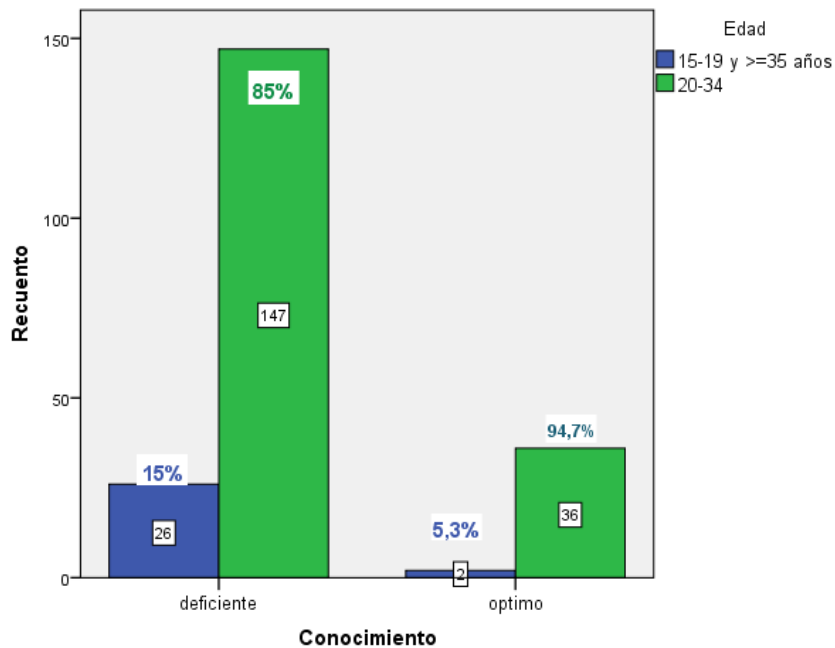
FUENTE: Ficha de Recolección de datos/INICIB-FAMURP/Hospital Nacional de Vitarte.

GRAFICO N°2: Nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos según la edad en puérperas atendidas en el Hospital Nacional de Vitarte en octubre 2016.



FUENTE: Ficha de Recolección de datos/INICIB-FAMURP/Hospital Nacional de Vitarte.

GRAFICO N°2.1: Nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos según la edad en puérperas atendidas en el Hospital Nacional de Vitarte en octubre 2016.



FUENTE: Ficha de Recolección de datos/INICIB-FAMURP/Hospital Nacional de Vitarte.

En lo que respecta al nivel socioeconómico el 61,6% reportaron no tener empleo alguno, sin embargo, el 30% afirmó tenerlo. Solo el 8% de las encuestadas se encontraron dentro de la categoría de estudiante. El deficiente nivel de conocimiento se encontró en aquellas puérperas que se encontraban como desempleadas representando la mayoría con un 65% y constituyendo aproximadamente el 54% del total. Las que poseían un empleo y a su vez un deficiente nivel de conocimiento constituyó el 27,7% de esta categoría y representaron el 22,7% del total. El 6,9% de encuestadas que reportaron deficiente nivel de conocimiento eran estudiantes representando el 5,7% de todas las evaluaciones. El 43,3% de las puérperas que reportaron un nivel regular de conocimiento, tenían un empleo; lo que a su vez representaron el 6,2% de todas las evaluadas. Asimismo, el 40% se ubicaban como desempleadas representando aproximadamente el 5,7% del total. Del total de 211 pacientes puérperas encuestadas solo 3,8%(8) reportaron buen nivel de conocimiento de las cuales el 62,5% eran desempleadas, en segundo lugar, se ubicó el grupo que tenía un empleo representando aproximadamente el 40%.

TABLA N° 4: Nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos en puérperas atendidas según el nivel socioeconómico en el Hospital Nacional de Vitarte en octubre 2016.

OCUPACION DEL PACIENTE			NIVEL DE CONOCIMIENTO			Total
			deficiente	regular	bueno	
Estudiante	Recuento		12	5	0	17
		% de N. DE CONOCIMIENTO	6,9%	16,7%	0,0%	8,1%
		% del total	5,7%	2,4%	0,0%	8,1%
	Con empleo	Recuento	48	13	3	64
		% de N. DE CONOCIMIENTO	27,7%	43,3%	37,5%	30,3%
		% del total	22,7%	6,2%	1,4%	30,3%
	Desempleada	Recuento	113	12	5	130
		% de N. DE CONOCIMIENTO	65,3%	40,0%	62,5%	61,6%
		% del total	53,6%	5,7%	2,4%	61,6%
Total	Recuento	173	30	8	211	
	% de N. DE CONOCIMIENTO	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	% del total	82,0%	14,2%	3,8%	100,0%	

FUENTE: Ficha de Recolección de datos/INICIB-FAMURP/Hospital Nacional de Vitarte.

Se realizó una clasificación del nivel socioeconómico según la situación laboral, se obtuvo que las puérperas desempleadas y estudiantes representaron el 69,7%(147) del total. De las puérperas que presentaron un deficiente nivel de conocimiento 125(72,3%) pertenecieron a este grupo y 48(27,7%) al grupo que tenían un empleo. Las encuestadas que reportaron un óptimo nivel de conocimiento 22(57,9%) se encontraban desempleadas y 16 (42,1%) en el grupo que contaban un trabajo.

TABLA N° 4.1: Nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos en puérperas atendidas según el nivel socioeconómico en el Hospital Nacional de Vitarte en octubre 2016.

		Conocimiento		Total	
		deficiente	optimo		
Situacion laboral	desempleado	Recuento	125	22	147
		% dentro de Conocimiento	72,3%	57,9%	69,7%
		% del total	59,2%	10,4%	69,7%
	empleado	Recuento	48	16	64
		% dentro de Conocimiento	27,7%	42,1%	30,3%
		% del total	22,7%	7,6%	30,3%
Total	Recuento	173	38	211	
	% dentro de Conocimiento	100,0%	100,0%	100,0%	
	% del total	82,0%	18,0%	100,0%	

FUENTE: Ficha de Recolección de datos/INICIB-FAMURP/Hospital Nacional de Vitarte.

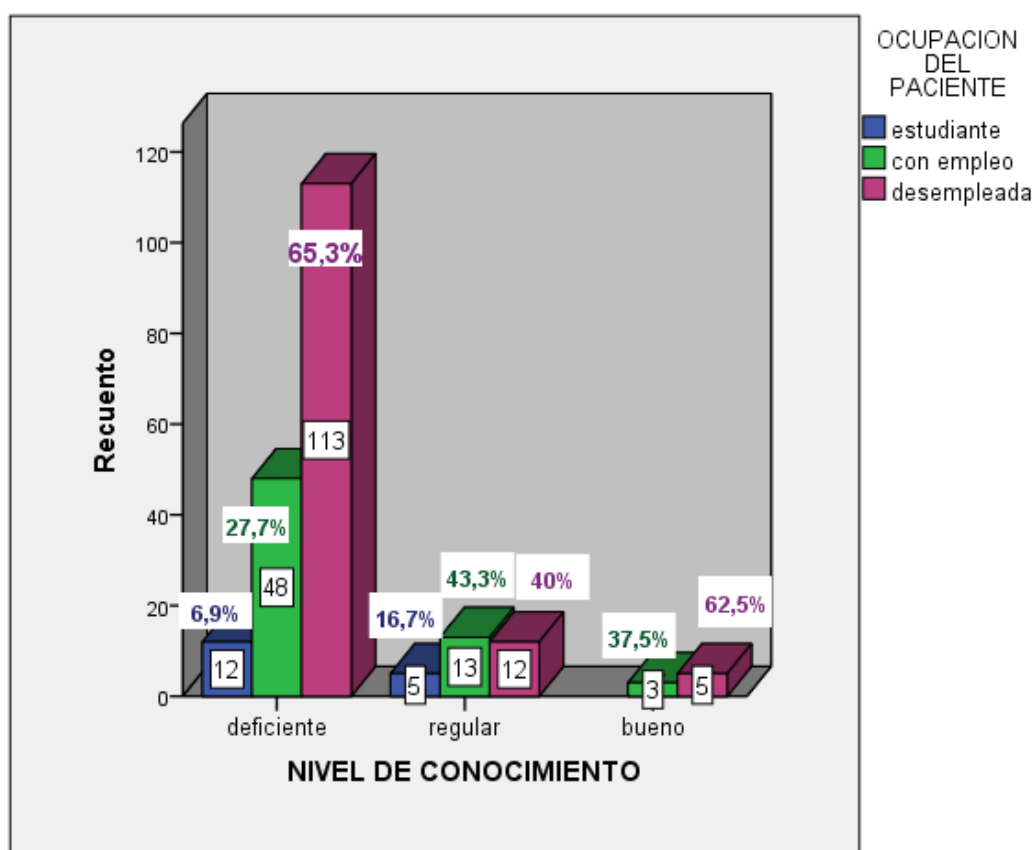
Se realizó el análisis bivariado con el objetivo de demostrar fuerza de asociación obteniéndose un OR: 1,894 con un intervalo de confianza al 95% de 0,92 a 3,91 concluyéndose que existe aproximadamente 2 veces más riesgo de un deficiente nivel de conocimiento acerca de métodos anticonceptivos en el grupo de desempleadas que aquellas que poseen un trabajo, sin embargo, estos resultados no son estadísticamente significativos.

TABLA N° 4.2: Nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos en puérperas atendidas según el nivel socioeconómico en el Hospital Nacional de Vitarte en octubre 2016.

	Valor	Intervalo de confianza al 95%	
		Inferior	Superior
Razón de las ventajas para Situacion laboral (desempleado y empleado)	1,894	,917	3,910

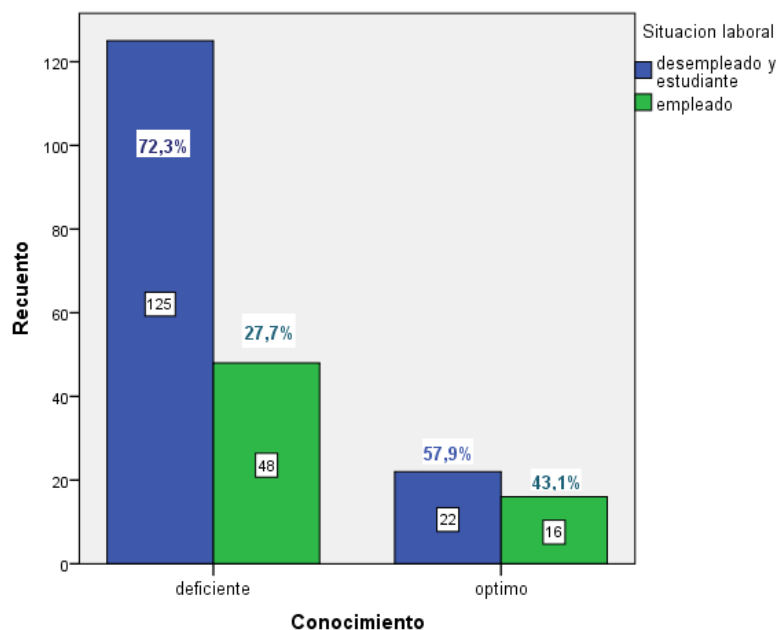
FUENTE: Ficha de Recolección de datos/INICIB-FAMURP/Hospital Nacional de Vitarte.

GRAFICO N°3: Nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos según nivel socioeconómico en puérperas atendidas en el Hospital Nacional de Vitarte en octubre 2016.



FUENTE: Ficha de Recolección de datos/INICIB-FAMURP/Hospital Nacional de Vitarte.

GRAFICO N°3.1: Nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos según nivel socioeconómico en puérperas atendidas en el Hospital Nacional de Vitarte en octubre 2016.



FUENTE: Ficha de Recolección de datos/INICIB-FAMURP/Hospital Nacional de Vitarte.

En lo que respecta al grado de instrucción el 50,7% reporto tener secundaria completa, el 30,8% secundaria incompleta. Solo el 6,6% afirmaron tener formación universitaria. Asimismo, aproximadamente el 12% tuvieron hasta primaria como grado de instrucción.

El 50,9% de las pacientes evaluadas en las que se encontró deficiente nivel de conocimiento tuvieron secundaria completa como grado de instrucción. En segundo lugar, las que tuvieron hasta secundaria incompleta constituyeron el 32,4% de esta categoría representando el 26,5% de todas las encuestadas.

En tercer lugar, en el 6,4% el grado de instrucción fue el de primaria completa representando el 5% del total, por ultimo las puérperas que reportaron el grado de universitarias solo constituyeron el 5% de la categoría mencionada, siendo el 4% del total de encuestadas.

El 36,7% de las puérperas que reportaron un nivel regular de conocimiento acerca de métodos anticonceptivos, tenían secundaria completa; lo que a su vez representaron el 5,2% de todas las evaluadas. Asimismo, el 30% se ubicaban como secundaria incompleta representando aproximadamente el 4,3% del total.

Del total de 211 pacientes puérperas encuestadas solo 3,8%(8) reportaron buen nivel de conocimiento de las cuales el 100% tenían secundaria completa.

TABLA N° 5: Nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos en puérperas atendidas según el grado de instrucción en el Hospital Nacional de Vitarte en octubre 2016.

GRADO DE INSTRUCCION			NIVEL DE CONOCIMIENTO			Total
			deficiente	regular	bueno	
GRADO DE INSTRUCCION	primaria incompleta	Recuento	9	0	0	9
		% de N.	5,2%	0,0%	0,0%	4,3%
		CONOCIMIENTO				
		% del total	4,3%	0,0%	0,0%	4,3%
	primaria completa	Recuento	11	5	0	16
		% de N.	6,4%	16,7%	0,0%	7,6%
		CONOCIMIENTO				
		% del total	5,2%	2,4%	0,0%	7,6%
	secundaria incompleta	Recuento	56	9	0	65
		% de N.	32,4%	30,0%	0,0%	30,8%
		CONOCIMIENTO				
		% del total	26,5%	4,3%	0,0%	30,8%
secundaria completa	Recuento	88	11	8	107	
	% de N.	50,9%	36,7%	100,0%	50,7%	
	CONOCIMIENTO					
	% del total	41,7%	5,2%	3,8%	50,7%	
universidad	Recuento	9	5	0	14	
	% de N.	5,2%	16,7%	0,0%	6,6%	
	CONOCIMIENTO					
	% del total	4,3%	2,4%	0,0%	6,6%	
Total	Recuento	173	30	8	211	
	% de N.	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	CONOCIMIENTO					
	% del total	82,0%	14,2%	3,8%	100,0%	

FUENTE: Ficha de Recolección de datos/INICIB-FAMURP/Hospital Nacional de Vitarte.

Se realizó una clasificación del grado de instrucción de acuerdo a la presencia o ausencia de estudios universitarios, se obtuvo que las puérperas que no contaban con educación universitaria representaron el 93,4%(197) del total. De las puérperas que presentaron un deficiente nivel de conocimiento 164(94,8%) pertenecieron a este grupo y 9(5,2%) al grupo que tenían estudios universitarios. Las encuestadas

que reportaron un óptimo nivel de conocimiento 33(86,8%) no contaban con estudios universitarios y 5 (13,2%) sí lo tenían.

TABLA N° 5.1: Nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos en puérperas atendidas según el grado de instrucción en el Hospital Nacional de Vitarte en octubre 2016.

		Conocimiento		Total	
		deficiente	optimo		
Grado de instruccion	no universitario	Recuento	164	33	197
		% dentro de Conocimiento	94,8%	86,8%	93,4%
		% del total	77,7%	15,6%	93,4%
	universitario	Recuento	9	5	14
		% dentro de Conocimiento	5,2%	13,2%	6,6%
		% del total	4,3%	2,4%	6,6%
Total	Recuento	173	38	211	
	% dentro de Conocimiento	100,0%	100,0%	100,0%	
	% del total	82,0%	18,0%	100,0%	

FUENTE: Ficha de Recolección de datos/INICIB-FAMURP/Hospital Nacional de Vitarte.

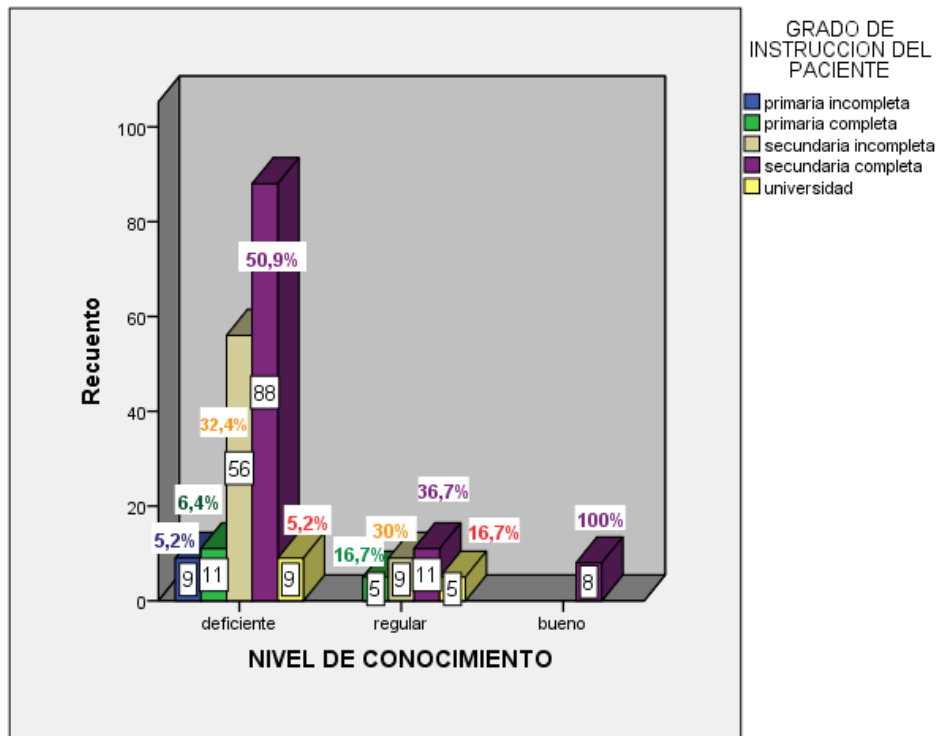
Se realizó el análisis bivariado con el objetivo de demostrar fuerza de asociación obteniéndose un OR: 2,761 con un intervalo de confianza al 95% de 0,87 a 8,767 concluyéndose que existe aproximadamente 3 veces más riesgo de un deficiente nivel de conocimiento acerca de métodos anticonceptivos en el grupo que no posee formación universitaria que aquellas que si los tienen, no obstante, estos resultados no son relevantes ya que no resultaron estadísticamente significativos.

TABLA N° 5.2: Nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos en puérperas atendidas según el grado de instrucción en el Hospital Nacional de Vitarte en octubre 2016.

	Valor	Intervalo de confianza al 95%	
		Inferior	Superior
Razón de las ventajas para Grado de instruccion (no universitario / universitario)	2,761	,870	8,767

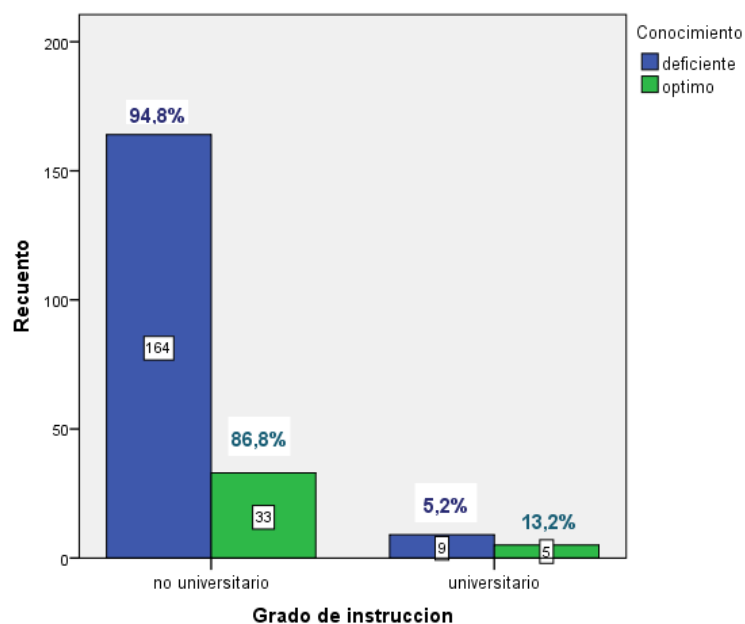
FUENTE: Ficha de Recolección de datos/INICIB-FAMURP/Hospital Nacional de Vitarte.

GRAFICO N°4: Nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos según el grado de instrucción en púerperas atendidas en el Hospital Nacional de Vitarte en octubre 2016.



FUENTE: Ficha de Recolección de datos/INICIB-FAMURP/Hospital Nacional de Vitarte.

GRAFICO N°4.1: Nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos según el grado de instrucción en púerperas atendidas en el Hospital Nacional de Vitarte en octubre 2016.



FUENTE: Ficha de Recolección de datos/INICIB-FAMURP/Hospital Nacional de Vitarte.

El 32,4% de las pacientes evaluadas en las que se encontró deficiente nivel de conocimiento tuvieron 02 partos representando el 26,5% del total.

En segundo lugar, las que tuvieron 01 parto constituyeron el 26,6% de esta categoría representando el 21,8% de todas las encuestadas. En tercer lugar, en el 23,7% tuvieron 03 partos representando el 19,4% del total, en cuarto lugar, las puérperas que reportaron 04 partos constituyeron el 10,4% de la categoría mencionada, siendo el 8,5% del total de encuestadas. Por último las que reportaron 05 partos fueron el 5,8% de la categoría, constituyendo el 4,7% de las encuestadas.

El 40% de las puérperas que reportaron un nivel regular de conocimiento acerca de métodos anticonceptivos, tuvieron dos partos; lo que a su vez representaron el 5,7% de todas las evaluadas. Asimismo, el 30% tuvieron un parto representando aproximadamente el 4,3% del total. Además, el 26,7% tuvieron 03 partos constituyendo el 3,8% de todas las encuestadas. En cuarto lugar, el 10,4% reportaron 04 partos siendo el 8,5% del total. Por último, el 5,8% reportaron 05 partos representando el 4,7% del total.

Del total de 211 pacientes puérperas encuestadas solo 3,8%(8) reportaron buen nivel de conocimiento de las cuales el 50% tuvieron 03 partos. Luego el 37,5% tuvieron 02 partos y 12,5% tuvieron solo un parto representando el 0,5% del total.

TABLA N° 6: Establecer el nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos en puérperas atendidas según la paridad en el Hospital Nacional de Vitarte en octubre 2016.

N° DE			NIVEL DE			Total
			CONOCIMIENTO			
			deficie nte	regul ar	buen o	
EMBAR AZOS	0	Recuento	1	0	0	1
		% dentro de NIVEL DE CONOCIMIENTO	0,6%	0,0%	0,0%	0,5%
		% del total	0,5%	0,0%	0,0%	0,5%
	1	Recuento	46	9	1	56
		% dentro de NIVEL DE CONOCIMIENTO	26,6%	30,0 %	12,5 %	26,5 %
		% del total	21,8%	4,3%	0,5%	26,5 %
	2	Recuento	56	12	3	71
		% dentro de NIVEL DE CONOCIMIENTO	32,4%	40,0 %	37,5 %	33,6 %
		% del total	26,5%	5,7%	1,4%	33,6 %
	3	Recuento	41	8	4	53
		% dentro de NIVEL DE CONOCIMIENTO	23,7%	26,7 %	50,0 %	25,1 %
		% del total	19,4%	3,8%	1,9%	25,1 %
	4	Recuento	18	1	0	19
		% dentro de NIVEL DE CONOCIMIENTO	10,4%	3,3%	0,0%	9,0%
		% del total	8,5%	0,5%	0,0%	9,0%
	5	Recuento	10	0	0	10
		% dentro de NIVEL DE CONOCIMIENTO	5,8%	0,0%	0,0%	4,7%
		% del total	4,7%	0,0%	0,0%	4,7%
6	Recuento	1	0	0	1	
	% dentro de NIVEL DE CONOCIMIENTO	0,6%	0,0%	0,0%	0,5%	
	% del total	0,5%	0,0%	0,0%	0,5%	
Total	Recuento	173	30	8	211	
	% dentro de NIVEL DE CONOCIMIENTO	100,0 %	100, 0%	100, 0%	100, 0%	
	% del total	82,0%	14,2 %	3,8%	100, 0%	

FUENTE: Ficha de Recolección de datos/INICIB-FAMURP/Hospital Nacional de Vitarte.

Se realizó una clasificación de acuerdo a la paridad donde se obtuvo que 173(82%) puérperas presentaron un deficiente nivel de conocimiento. El 82,1% (46) de las puérperas primíparas reporto en la categoría de deficiente y el 17,9% (10) lo hizo en la categoría de óptimo. En el 81,9%(127) de las puérperas multíparas se obtuvo un deficiente conocimiento y en el 18,1% (28) la categoría de óptimo.

TABLA N° 6.1: Establecer el nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos en puérperas atendidas según la paridad en el Hospital Nacional de Vitarte en octubre 2016.

		Paridad		Total	
		Primipara	Multipara		
Conocimiento	deficiente	Recuento	46	127	173
		% dentro de Paridad	82,1%	81,9%	82,0%
		% del total	21,8%	60,2%	82,0%
	optimo	Recuento	10	28	38
		% dentro de Paridad	17,9%	18,1%	18,0%
		% del total	4,7%	13,3%	18,0%
Total	Recuento	56	155	211	
	% dentro de Paridad	100,0%	100,0%	100,0%	
	% del total	26,5%	73,5%	100,0%	

FUENTE: Ficha de Recolección de datos/INICIB-FAMURP/Hospital Nacional de Vitarte.

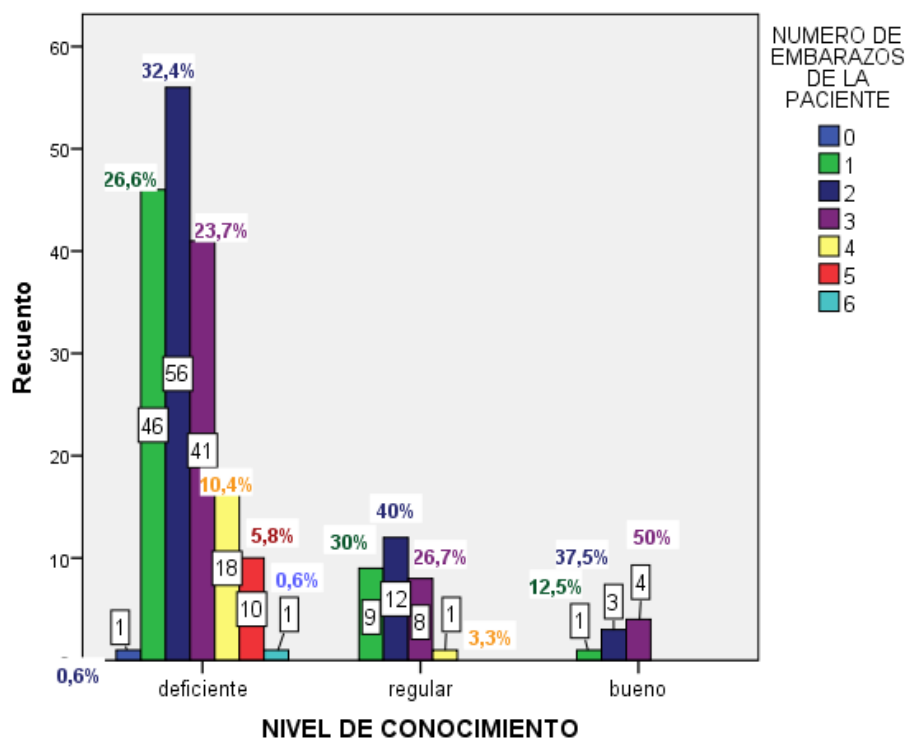
Se realizó el análisis bivariado con el objetivo de demostrar fuerza de asociación obteniéndose un OR: 1,014 con un intervalo de confianza al 95% de 0,457 a 2,25 concluyéndose que prácticamente no influye el antecedente de primiparidad o la multiparidad sobre nivel de conocimiento acerca de métodos anticonceptivos ya que los resultados no fueron estadísticamente significativos.

TABLA N° 6.2: Establecer el nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos en puérperas atendidas según la paridad en el Hospital Nacional de Vitarte en octubre 2016.

	Valor	Intervalo de confianza al 95%	
		Inferior	Superior
Razón de las ventajas para Conocimiento (deficiente / optimo)	1,014	,457	2,250

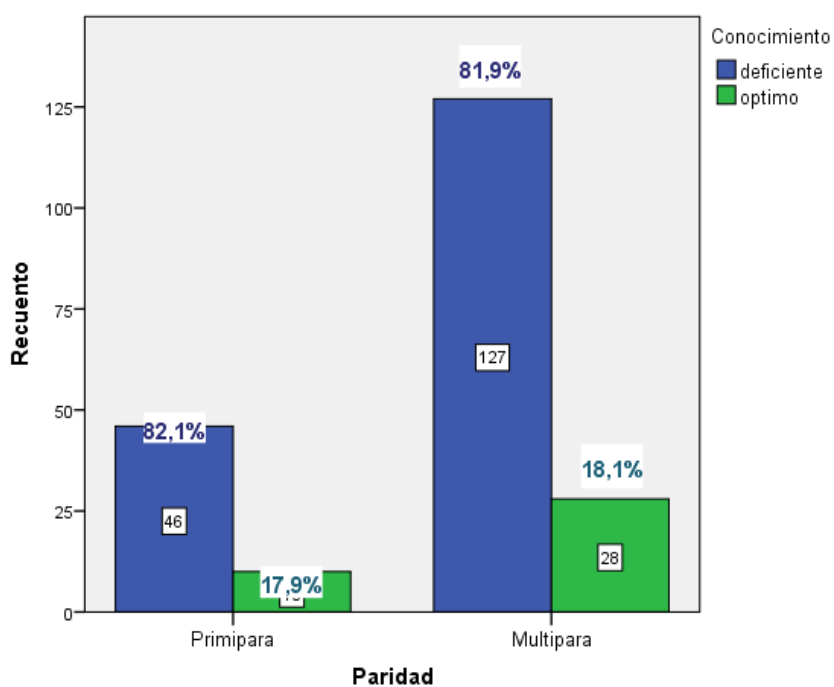
FUENTE: Ficha de Recolección de datos/INICIB-FAMURP/Hospital Nacional de Vitarte.

GRAFICO N°5: Nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos según la paridad en púérperas atendidas en el Hospital Nacional de Vitarte en octubre 2016.



FUENTE: Ficha de Recolección de datos/INICIB-FAMURP/Hospital Nacional de Vitarte.

GRAFICO N°5.1: Nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos según la paridad en púérperas atendidas en el Hospital Nacional de Vitarte en octubre 2016.



FUENTE: Ficha de Recolección de datos/INICIB-FAMURP/Hospital Nacional de Vitarte.

En las pacientes evaluadas en las que se encontró deficiente nivel de conocimiento, el 40,9% tuvieron como preferencia los inyectables como método anticonceptivo.

En segundo lugar, las que no preferían ningún método anticonceptivo, constituyeron el 32,2% de esta categoría representando el 26% de todas las encuestadas.

En tercer lugar, el 23% prefirieron los anticonceptivos orales representando el 19% del total, por ultimo las puérperas que reportaron el método de barrera solo constituyeron el 3,5% de la categoría mencionada, siendo el 2,8% del total de encuestadas.

El 56% de las puérperas que reportaron un nivel regular de conocimiento acerca de métodos anticonceptivos, también tuvieron como preferencia los inyectables; lo que a su vez representaron el 8,5% de todas las evaluadas. Asimismo, el 15,6% prefirieron los anticonceptivos orales y también el 15,6% prefirieron el método del ritmo representando aproximadamente el 2,4% del total respectivamente. Por último, el 6,3% prefirieron el método de barrera representando el 1% del total.

Del total de 211 pacientes puérperas encuestadas solo 3,8%(8) reportaron buen nivel de conocimiento de las cuales 07 prefirieron los inyectables, representando el 3% de las encuestadas.

TABLA N°7: Preferencias de métodos anticonceptivos en las pacientes en puerperio atendidas en el servicio de maternidad del hospital Nacional de Vitarte en octubre 2016.

		NIVEL DE CONOCIMIENTO			Total	
		deficiente	regular	bueno		
ANTICONCEPTIVO MAS USADO	pastillas	Recuento	40	5	1	46
		% dentro de NIVEL DE CONOCIMIENTO	23,4%	15,6%	12,5%	21,8%
		% del total	19,0%	2,4%	0,5%	21,8%
	ampollas	Recuento	70	18	7	95
		% dentro de NIVEL DE CONOCIMIENTO	40,9%	56,3%	87,5%	45,0%
		% del total	33,2%	8,5%	3,3%	45,0%
	barrera	Recuento	6	2	0	8
		% dentro de NIVEL DE CONOCIMIENTO	3,5%	6,3%	0,0%	3,8%
		% del total	2,8%	0,9%	0,0%	3,8%
	del ritmo	Recuento	0	5	0	5
		% dentro de NIVEL DE CONOCIMIENTO	0,0%	15,6%	0,0%	2,4%
		% del total	0,0%	2,4%	0,0%	2,4%
	no utilizo	Recuento	55	2	0	57
		% dentro de NIVEL DE CONOCIMIENTO	32,2%	6,3%	0,0%	27,0%
		% del total	26,1%	0,9%	0,0%	27,0%
Total	Recuento	171	32	8	211	
	% dentro de NIVEL DE CONOCIMIENTO	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	% del total	81,0%	15,2%	3,8%	100,0%	

FUENTE: Ficha de Recolección de datos/INICIB-FAMURP/Hospital Nacional de Vitarte.

Se realizó una clasificación de acuerdo al nivel de conocimiento donde se obtuvo que 171(81%) puérperas presentaron un deficiente nivel de conocimiento. El 96,5% (55) de las puérperas que no refirieron uso de algún método anticonceptivo se

encontraron dentro de la categoría de deficiente y el 3,5% (02) lo hizo en la categoría de óptimo. En el 75,3%(116) de las púerperas que refirieron usar algún método anticonceptivo se obtuvo un deficiente conocimiento y en el 24,7% (38) la categoría de óptimo.

TABLA N°7.1: Preferencias de métodos anticonceptivos en las pacientes en puerperio atendidas en el servicio de maternidad del hospital Nacional de Vitarte en octubre 2016.

		Uso de anticonceptivo		Total	
		No uso	Uso		
Conocimiento	deficiente	Recuento	55	116	171
		% dentro de Uso de anticonceptivo	96,5%	75,3%	81,0%
		% del total	26,1%	55,0%	81,0%
	optimo	Recuento	2	38	40
		% dentro de Uso de anticonceptivo	3,5%	24,7%	19,0%
		% del total	0,9%	18,0%	19,0%
Total	Recuento	57	154	211	
	% dentro de Uso de anticonceptivo	100,0%	100,0%	100,0%	
	% del total	27,0%	73,0%	100,0%	

FUENTE: Ficha de Recolección de datos/INICIB-FAMURP/Hospital Nacional de Vitarte.

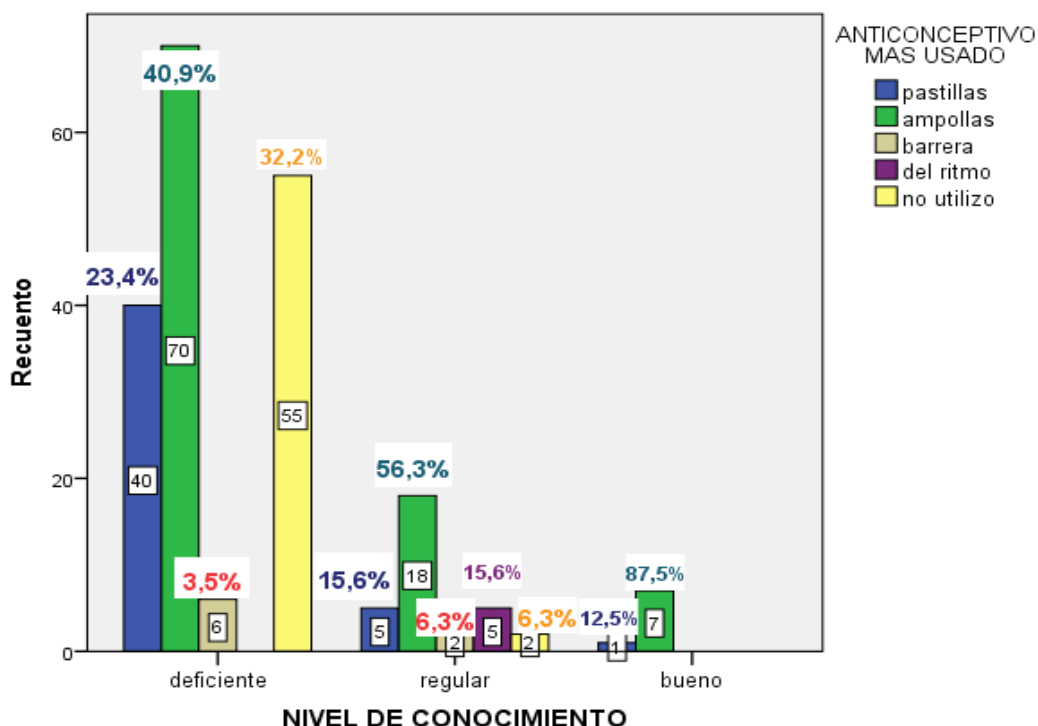
Se realizó el análisis bivariado con el objetivo de demostrar fuerza de asociación obteniéndose un OR: 9,009 con un intervalo de confianza al 95% de 2,097 a 38,7 concluyéndose que el deficiente nivel de conocimiento predispone 9 veces más al no uso de métodos anticonceptivos siendo los resultados estadísticamente significativos.

TABLA N°7.2: Preferencias de métodos anticonceptivos en las pacientes en puerperio atendidas en el servicio de maternidad del hospital Nacional de Vitarte en octubre 2016.

	Valor	Intervalo de confianza al 95%	
		Inferior	Superior
Razón de las ventajas para Conocimiento (deficiente / optimo)	9,009	2,097	38,700

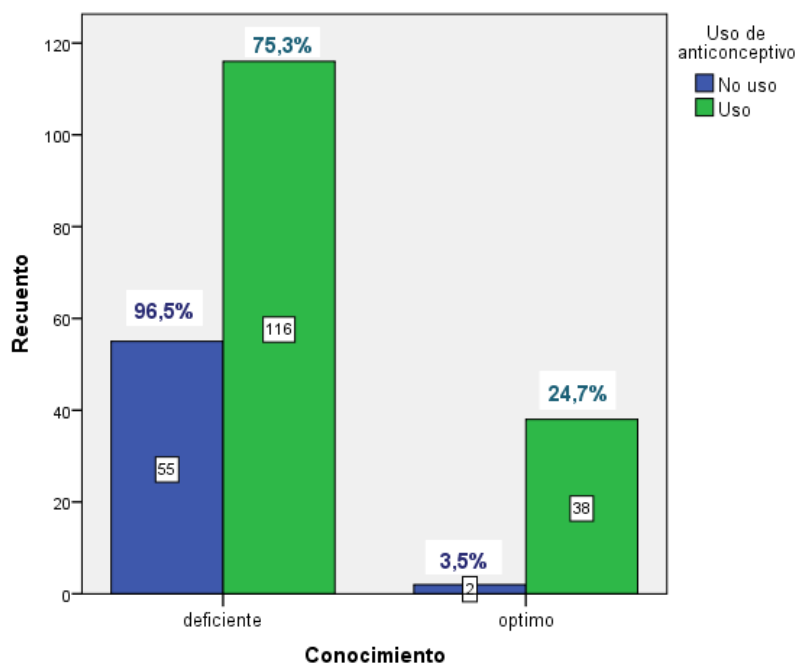
FUENTE: Ficha de Recolección de datos/INICIB-FAMURP/Hospital Nacional de Vitarte.

GRAFICO N° 6: Nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos según el uso de métodos anticonceptivos en púerperas atendidas en el Hospital Nacional de Vitarte en octubre 2016.



FUENTE: Ficha de Recolección de datos/INICIB-FAMURP/Hospital Nacional de Vitarte.

GRAFICO N° 6.1: Nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos según el uso de métodos anticonceptivos en púerperas atendidas en el Hospital Nacional de Vitarte en octubre 2016.



FUENTE: Ficha de Recolección de datos/INICIB-FAMURP/Hospital Nacional de Vitarte.

5.1 DISCUSION DE RESULTADOS

En este presente estudio se contó con la colaboración de 211 mujeres que cursaban el postparto. Posterior a la recolección de datos se obtuvo los siguientes resultados.

El nivel de conocimiento más frecuente acerca de los métodos anticonceptivos encontrado en las puérperas fue la categoría de deficiente representando el 82% (173) del total de encuestadas. En segundo lugar, el nivel regular represento aproximadamente el 14% (30) y el nivel bueno 3,8% (8) del total de evaluadas.

La frecuencia del deficiente nivel de conocimiento fue mayor a lo reportado por **Cabrera Hernández**⁷ donde se obtuvo que el 60% se ubicaban dentro de esta categoría. Esto concuerda con lo encontrado por **Shreya Thapa et al**⁵ donde informan que solo el 69% tenían escaso conocimiento acerca de métodos de anticoncepción.

Chopra⁶ encontró que aproximadamente el 50% de los encuestados tenían conocimiento no obstante la población objetivo fueron hombres y mujeres en edad reproductiva.

Obando¹² halló que el 53,8% de las puérperas tuvo un nivel de conocimiento deficiente; el 26,3% tuvo un nivel de conocimiento regular; el 18,8%, el nivel de conocimiento bueno; y el 1.3%, nivel de conocimiento excelente.

En lo que respecta a la edad promedio en las encuestadas, el estudio reporto una media de 24 años, siendo la mínima de 16 y una máxima de 39 años.

El grupo etario más frecuente fue el comprendido entre los 20-24 años con una representación de 55,9% del total. En segundo lugar, fue el comprendido entre los 25 y 29 años representando el 22,7%, seguido del grupo de entre 15 y 19 años que represento el 10%. Aproximadamente el 11,4% fueron puérperas por encima de los 30 años de edad.

El nivel de conocimiento acerca de los métodos anticonceptivos en las encuestadas según la edad, (agrupada en grupos de intervalo de 5 años) arrojó que las

puérperas que tenían un conocimiento deficiente, la mayoría se encontraba en el grupo de 20-24 años representando el 55,5% de esta categoría y el 45,5% del total de encuestadas.

Las edades que estaban comprendidas entre 25 y 29 años también reportaron un deficiente conocimiento con un 19,7% en esta categoría que representaba el 16% del total.

Cabrera Hernández⁷ obtuvo que fue mayoritario el grupo etario entre 20 y 29 años con un 47% mostrando así mismo un nivel de conocimiento deficiente en un 61.8% lo que indican una menor proporción a lo obtenido en esta investigación.

El 11% de las puérperas que reportaron un nivel de conocimiento deficiente se encontraban en el grupo de edades comprendida entre 15 y 19 años siendo el 9% del total. El 9,8% se encontró entre los 30-34 años representando el 8% de todas las puérperas encuestadas. Por último, el 4% se ubicó en el grupo de edades a partir de los 35 años.

El 56,7% de las puérperas que reportaron un nivel regular de conocimiento acerca de métodos anticonceptivos, tenían edades comprendidas entre los 20 y 24 años; lo que a su vez representaron el 8% de todas las evaluadas. Asimismo, el 40% se ubicaban entre 25-29 años representando aproximadamente el 6% del total.

Del total de 211 pacientes puérperas encuestadas solo 3,8%(8) reportaron buen nivel de conocimiento de las cuales el 62,5% tenían edades comprendidas entre 20-24 años, en segundo lugar, se ubicó el grupo entre 25 y 29 años con un 40% de esta categoría.

Se realizó una nueva clasificación de los grupos etarios según los extremos, ya que estas constituyen edades de riesgo obstétrico, se obtuvo la distribución donde las puérperas con edades de grupo de riesgo representaron el 13,3%(28) del total. De las puérperas que presentaron un deficiente nivel de conocimiento 26(15%) pertenecieron a este grupo y 147(85%) al grupo con edades entre 20 y 34 años. Las encuestadas que reportaron un óptimo nivel de conocimiento 02(5,3%) se encontraban dentro del grupo de edades de riesgo y 36 (94,7%) en el grupo de 20-34 años.

Se realizó el análisis bivariado con el objetivo de demostrar fuerza de asociación obteniéndose un OR: 3,184 con un intervalo de confianza al 95% de 0,72 a 14,03 concluyéndose que existe 3 veces más riesgo de un deficiente nivel de conocimiento acerca de métodos anticonceptivos en el grupo de edades de riesgo que aquellas cuyas edades se ubican entre 20 y 34 años.

Solo el 8% de las encuestadas se encontraron dentro de la categoría de estudiante. El deficiente nivel de conocimiento acerca de métodos anticonceptivos se encontró en aquellas puérperas que se encontraban como desempleadas representando la mayoría con un 65% y constituyendo aproximadamente el 54% del total. Esto relativamente mayor a la frecuencia descrita por **Cabrera Hernández**⁷ quien encontró una frecuencia de 58% de los cuales el deficiente nivel de conocimiento represento el 70%. Otro hallazgo fue que donde se ubicaba el deficiente nivel de conocimiento cerca de la mitad poseían un empleo.

En la presente investigación, las que poseían un empleo y a su vez un deficiente nivel de conocimiento constituyó el 27,7% de esta categoría y representaron el 22,7% del total.

El 6,9% de encuestadas que reportaron deficiente nivel de conocimiento acerca de métodos anticonceptivos eran estudiantes representando el 5,7% de todas las evaluaciones.

El 43,3% de las puérperas que reportaron un nivel regular de conocimiento acerca de métodos anticonceptivos, tenían un empleo; lo que a su vez representaron el 6,2% de todas las evaluadas. Asimismo, el 40% se ubicaban como desempleadas representando aproximadamente el 5,7% del total.

Del total de 211 pacientes puérperas encuestadas solo 3,8%(8) reportaron buen nivel de conocimiento de las cuales el 62,5% eran desempleadas, en segundo lugar, se ubicó el grupo que tenía un empleo representando aproximadamente el 40% de esta categoría.

Se realizó una clasificación del nivel socioeconómico según la situación laboral, se obtuvo que las puérperas desempleadas y estudiantes representaron el 69,7%(147) del total. De las puérperas que presentaron un deficiente nivel de conocimiento 125(72,3%) pertenecieron a este grupo y 48(27,7%) al grupo que

tenían un empleo. Las encuestadas que reportaron un óptimo nivel de conocimiento 22(57,9%) se encontraban desempleadas y 16 (42,1%) en el grupo que contaban un trabajo.

Se realizó el análisis bivariado con el objetivo de demostrar fuerza de asociación obteniéndose un OR: 1,894 con un intervalo de confianza al 95% de 0,92 a 3,91 concluyéndose que existe aproximadamente 2 veces más riesgo de un deficiente nivel de conocimiento acerca de métodos anticonceptivos en el grupo de desempleadas y estudiantes que aquellas que poseen un trabajo, sin embargo, estos resultados no son estadísticamente significativos.

En lo que respecta al grado de instrucción el 50,7% reporto tener secundaria completa, el 30,8% secundaria incompleta. Solo el 6,6% afirmaron tener formación universitaria. Asimismo, aproximadamente el 12% tuvieron hasta primaria como grado de instrucción.

El 50,9% de las pacientes evaluadas en las que se encontró deficiente nivel de conocimiento tuvieron secundaria completa como grado de instrucción. En segundo lugar, las que tuvieron hasta secundaria incompleta constituyeron el 32,4% de esta categoría representando el 26,5% de todas las encuestadas. No obstante **Cabrera Hernández**⁷ encontró que el 43% no completo la secundaria, además de tener una ubicación mayoritaria en la categoría deficiente (65.1%).

En tercer lugar, en el 6,4% el grado de instrucción fue el de primaria completa representando el 5% del total, por ultimo las puérperas que reportaron el grado de universitarias solo constituyeron el 5% de la categoría mencionada, siendo el 4% del total de encuestadas.

El 36,7% de las puérperas que reportaron un nivel regular de conocimiento acerca de métodos anticonceptivos, tenían secundaria completa; lo que a su vez representaron el 5,2% de todas las evaluadas. Asimismo, el 30% se ubicaban como secundaria incompleta representando aproximadamente el 4,3% del total.

Del total de 211 pacientes puérperas encuestadas solo 3,8%(8) reportaron buen nivel de conocimiento de las cuales el 100% tenían secundaria completa.

Se realizó una clasificación del grado de instrucción de acuerdo a la presencia o ausencia de estudios universitarios, se obtuvo que las puérperas que no contaban

con educación universitaria representaron el 93,4%(197) del total. De las puérperas que presentaron un deficiente nivel de conocimiento 164(94,8%) pertenecieron a este grupo y 9(5,2%) al grupo que tenían estudios universitarios. Las encuestadas que reportaron un óptimo nivel de conocimiento 33(86,8%) no contaban con estudios universitarios y 5 (13,2%) sí lo tenían.

Se realizó el análisis bivariado con el objetivo de demostrar fuerza de asociación obteniéndose un OR: 2,761 con un intervalo de confianza al 95% de 0,87 a 8,767 concluyéndose que existe aproximadamente 3 veces más riesgo de un deficiente nivel de conocimiento acerca de métodos anticonceptivos en el grupo que no posee formación universitaria que aquellas que si los tienen, no obstante, estos resultados no son relevantes ya que no resultaron estadísticamente significativos.

El 32,4% de las pacientes evaluadas en las que se encontró deficiente nivel de conocimiento tuvieron 02 partos representando el 26,5% del total. En segundo lugar, las que tuvieron 01 parto constituyeron el 26,6% de esta categoría representando el 21,8% de todas las encuestadas.

En tercer lugar, en el 23,7% tuvieron 03 partos representando el 19,4% del total, en cuarto lugar, las puérperas que reportaron 04 partos constituyeron el 10,4% de la categoría mencionada, siendo el 8,5% del total de encuestadas.

Por ultimo las que reportaron 05 partos fueron el 5,8% de la categoría, constituyendo el 4,7% de las encuestadas.

El 40% de las puérperas que reportaron un nivel regular de conocimiento acerca de métodos anticonceptivos, tuvieron dos partos; lo que a su vez representaron el 5,7% de todas las evaluadas. Asimismo, el 30% tuvieron un parto representando aproximadamente el 4,3% del total.

Además, el 26,7% tuvieron 03 partos constituyendo el 3,8% de todas las encuestadas. En cuarto lugar, el 10,4% reportaron 04 partos siendo el 8,5% del total. Por último, el 5,8% reportaron 05 partos representando el 4,7% del total.

Del total de 211 pacientes puérperas encuestadas solo 3,8%(8) reportaron buen nivel de conocimiento de las cuales el 50% tuvieron 03 partos. Luego el 37,5% tuvieron 02 partos y 12,5% tuvieron solo un parto representando el 0,5% del total.

El 45% de las encuestadas tuvo como método anticonceptivo de preferencia a los inyectables, seguido de un 27% quienes refieren no utilizar método alguno. El 21,8% refirió el uso de anticonceptivos orales. El 3,8% reporto el uso de métodos de barrera y por último el 2,4% informo la preferencia por el método del ritmo.

El 40,5% de las pacientes evaluadas en las que se encontró deficiente nivel de conocimiento tuvieron como preferencia los inyectables como método anticonceptivo. En segundo lugar, las que no preferían ningún método anticonceptivo, constituyeron el 32,9% de esta categoría representando el 26,7% de todas las encuestadas.

En tercer lugar, en el 23% prefirieron las pastillas anticonceptivas representando el 19% del total, por ultimo las puérperas que reportaron el método de barrera solo constituyeron el 3,5% de la categoría mencionada, siendo el 2,8% del total de encuestadas. **Rosado**¹¹ en un hospital de Lima reporto que el método más frecuente fue el inyectable de medroxiprogesterona, seguido de la T de cobre y por último el bloqueo tubarico bilateral. No obstante **Rivero et al**⁹ informaron que los métodos más utilizados fueron los anticonceptivos orales y métodos de barrera como el preservativo.

El 60% de las puérperas que reportaron un nivel regular de conocimiento acerca de métodos anticonceptivos, tenían como preferencia la ampolla; lo que a su vez representaron el 8,5% de todas las evaluadas. Asimismo, el 16,7% prefirieron las pastillas y también el 16,7% prefirieron el método del ritmo representando aproximadamente el 2,4% del total respectivamente. Por último, el 6,7% prefirieron el método de barrera representando el 1% del total.

Del total de 211 pacientes puérperas encuestadas solo 3,8%(8) reportaron buen nivel de conocimiento de las cuales 07 prefirieron las ampollas representando el 3% de las evaluadas.

Se realizó una clasificación de acuerdo a la paridad donde se obtuvo que 173(82%) puérperas presentaron un deficiente nivel de conocimiento. El 82,1% (46) de las puérperas primíparas reporto en la categoría de deficiente y el 17,9% (10) lo hizo en la categoría de óptimo. En el 81,9%(127) de las puérperas múltiparas se obtuvo un deficiente conocimiento y en el 18,1% (28) la categoría de óptimo. Se realizó el análisis bivariado con el objetivo de demostrar fuerza de asociación obteniéndose

un OR: 1,014 con un intervalo de confianza al 95% de 0,457 a 2,25 concluyéndose que prácticamente no influye el antecedente de primiparidad o la multiparidad sobre nivel de conocimiento acerca de métodos anticonceptivos ya que los resultados no fueron estadísticamente significativos.

CAPITULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1 CONCLUSIONES:

-El nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos en puérperas atendidas en el Hospital Nacional de Vitarte fue predominantemente de nivel deficiente.

-Las edades precoces y tardías en las puérperas no constituyen un factor de riesgo para desarrollar un deficiente nivel de conocimiento acerca de métodos anticonceptivos.

-El deficiente nivel de conocimiento acerca de métodos anticonceptivos se encontró en las puérperas que se encontraban como desempleadas representando la mayoría de la población encuestada, esta situación laboral no estuvo asociada a un deficiente nivel de conocimiento.

-El grado de instrucción de secundaria completa se encontró en cerca de la mitad de las encuestadas, de las cuales el deficiente nivel de conocimiento fue mayoritario asimismo el no contar con estudios universitarios no constituyo un factor de riesgo para desarrollar un deficiente nivel de conocimiento.

-En las pacientes evaluadas en las que se encontró deficiente nivel de conocimiento la mayoría correspondieron a multíparas y gran multíparas sin embargo no existió asociación entre la paridad y el nivel de conocimiento.

-Los métodos anticonceptivos de preferencia fueron los inyectables y los anticonceptivos orales, seguido de quienes refieren no utilizar método alguno, sin embargo, en las que se encontró deficiente nivel de conocimiento tuvieron como preferencia los inyectables como método anticonceptivo.

-El deficiente nivel de conocimiento acerca de métodos anticonceptivos constituyo a su no utilización por parte de las puérperas.

6.2 RECOMENDACIONES:

-Implementar programas de Planificación familiar complementarios a nivel extrahospitalario tales como el entorno laboral y productivo.

-Proporcionar adecuada información acerca de los efectos sobre la salud del uso indiscriminado de ciertos métodos anticonceptivos.

-Dirigir la información a la pareja y no solo a la mujer, e involucrar al hombre en la toma de decisiones.

-Transmitir la importancia del espaciamiento de los embarazos durante los controles prenatales, en los servicios de maternidad durante el puerperio y en los controles postparto.

-Proporcionar un nuevo enfoque acerca de la sexualidad en las instituciones educativas con relación al puerperio.

BIBLIOGRAFIA:

1. Estrategias para la programación de la planificación familiar posparto. Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas. Organización Mundial de la Salud (OMS).
2. U.S. Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use, 2010: Revised Recommendations for the Use of Contraceptive Methods During the Postpartum Period. July 8, 2011 / 60(26);878-883
3. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, 2014.
4. Ministerio de Salud. Perú: Normas del programa de Planificación Familiar– 2000
5. Thapa S, Rani A, Mishra CP. Conocimientos, actitudes y creencias acerca de la anticoncepción en el post-parto y las mujeres post abortal en un centro de atención terciaria. *Int J Reprod Contracept Gynecol Obstet.* (2014), [citado 05 de agosto de, de 2016]; 3 (3):. 533-539 doi: 10.5455 / 2320-1770.ijrcog20140912
6. Chopra S 1 , Dhaliwal L . [Arco Gynecol Obstet.](#) 2010 Feb; 281 (2): 273-7. doi: 10.1007 / s00404-009-1096-y. Epub 2009 30 Abril.
7. Cabrera Hernández, Maribel del Carmen. Nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos de las pacientes en puerperio de los servicios de maternidad del Hospital Central Universitario " Antonio María Pineda " Abril-Diciembre 2000. Barquisimeto. *Diciembre 31, 1969*
8. Bach. Pamela alexandralatorremartínez. Nivel de conocimiento y actitud hacia el uso de métodos anticonceptivos en adolescentes atendidos en el instituto nacional materno perinatal, 2012. Universidad nacional jorgebasadregrohmann – tacna facultad ciencias de la salud escuela académico profesional de obstetricia.
9. Mabel Rivero, María Villalba, María Guerrico, Andrea Schaab, Teresa Sosa, José Berrone Servicio de Tocoginecología. Hospital A Llano. Corrientes. Argentina.
10. Nivel de Conocimiento y Actitud hacia el uso de Métodos Anticonceptivos en Adolescentes Atendidos en el Instituto Nacional Materno Perinatal, 2012
11. María Melissa Moras Rosado. Relación entre el conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en las pacientes puérperas del hospital nacional danielalcidescarrión - enero 2015. Universidad nacional mayor de san marcos. Facultad de medicina humana. E.a.p. de medicina humana.
12. [Juan Aurelio Obando Rodríguez.](#) Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Programa Cybertesis PERÚ. 21-abr-2016
13. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Washington, D.C. 20037. 1996.
14. José Luis Granero Pardo MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria Hospital “ La Inmaculada “ de Huercal-Overa. Marzo 2004.
15. VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA PROTOCOLO DE VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA MORBILIDAD MATERNA EXTREMA. FOR-R02.0000-059 V00- jun-2014.
16. L. Domínguez, P. Vigil-De Gracia. El intervalo intergenésico: un factor de riesgo para complicaciones obstétricas y neonatales. Servicio de Ginecología. Complejo

Hospitalario de la Caja del Seguro Social de Panamá. Ciudad de Panamá. Panamá. Vol. 32. Núm. 3. Junio 2005.

17. Introducción a los métodos anticonceptivos: Información general. Dirección General de Salud Reproductiva. Mexico. Segunda Edición, Noviembre 2002.
18. Sociedad Española de Contracepción. Manual de anticoncepción de urgencia. Madrid: Sociedad Española de Contracepción; 2011
19. FamilyHealth International, Método amenorrea de la lactancia, 1995
20. World Health Organization: Progesterone only contraception during lactation. Contraception 50:35 -68,1994.
21. Soledad Díaz, Verónica Schiappacasse. ¿QUÉ Y CUÁLES SON LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS? Instituto Chileno de Medicina Reproductiva (ICMER).
22. Respeto de los derechos humanos al proporcionar información y servicios de anticoncepción: Orientaciones y recomendaciones. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2014.
23. Sánchez R, Martínez O, Guía práctica en anticoncepción oral basada en la evidencia, 2003.
24. OMS. Seguridad de las Píldoras Anticonceptivas de Emergencia de Levonorgestrel solo (PAE-LNG) Hoja informativa 25 de marzo de 2010
25. Amarilla Gundin M. El menor maduro ante la salud reproductiva y la anticoncepción de emergencia. Barcelona: Chiesi España S.A.; 2004.
26. Schwarcz R, Castro R, Dra.Galimberti D, Martínez I, García O, Lomuto C, et al. Guía para el uso de métodos anticonceptivos, ministerio de salud Argentina, octubre 2002.
27. Riojasalud.es. Guía de métodos anticonceptivos, Dirección general de salud pública, gobierno de Rioja, 2011.
28. Providapress, Mecanismo de acción del dispositivo intrauterino, N°371.
29. American College of Obstetricians and Gynecologists. Ethical dimensions of informed consent. ACOG Committee Opinion 108. Washington DC, ACOG, 1992.
30. Ministerio de salud Presidencial de la nación. Anticoncepción Quirúrgica Mujeres, Argentina. Mayo 2008.
31. Ministerio de salud Presidencia de la nación. Anticoncepción quirúrgica varones. Argentina, mayo 2008.
32. Criterios médicos de elegibilidad para uso de anticonceptivos. Organización Mundial de la Salud. 2005; 3.

ANEXO N° 01

UNIVERSIDAD RICARDO PALMA

RECUERDE LA ENCUESTA ES ANONIMA, NO ESCRIBA SU NOMBRE EN NINGUNA HOJA DE LA ENCUESTA.

Conteste las siguientes preguntas con una X dentro del paréntesis o llenando los espacios en blanco.

SOCIOECONOMICOS

- ❖ Qué Edad tiene:

- ❖ Ocupación: * Estudiante ()
 - * Con empleo ()
 - * Desempleada ()
- ❖ Hasta que curso estudio: Ninguna ()
 - Primaria incompleta ()
 - Primaria completa ()
 - Secundaria incompleta ()
 - Secundaria completa ()
 - Universitaria ()
- ❖Cuál es su estado civil?:

- ❖ Cuantas veces á quedado embarazada (incluya los abortos)?

- ❖ Antes de quedar embarazada usaba un método anticonceptivo:
SI () NO ()
CUAL?:

- ❖ Su principal fuente de información de anticonceptivos es:
 - Profesionales de la salud (medico, enfermeras) ()
 - Medios de comunicación: (tv/radio/periódico/libros/internet) ()
 - Padres ()
 - Amigos ()
 - Otros QUIEN.....

POR FAVOR, MARQUE LA RESPUESTA CON UN CIRCULO SOBRE LA LETRA. SOLO UNA RESPUESTA POR PREGUNTA.

1. La planificación familiar sirve para:

- a. Que la pareja decida cuándo y cuántos hijos tener.
- b. Para ser informado de los métodos anticonceptivos.
- c. Prepararse para cuando nazca el siguiente hijo.
- d. Sirve para todo lo anterior.
- e. No sé

2. El método anticonceptivo debe ser:

- a. El que su marido elija.
- b. El que le digan en la farmacia.
- c. El que usted elija luego de conversar junto con su médico.
- d. El que le aconseje su amiga.
- e. No sé

3. Después dar a luz. ¿Existe la posibilidad de que quede embarazada?:

- a. No puede quedar embarazada si da el pecho pasando un día.
- b. No puede quedar embarazada alimenta a su hijo con fórmula (leche en polvo).
- c. Si puede quedar embarazada si no da de lactar regularmente
- d. No sé

4. Sobre las pastillas anticonceptivas es **VERDAD** que las pueden usar:

- a. Mujeres mayores de 35 años.
- b. Mujeres con diabetes no controlada.
- c. Mujeres que fuman.
- d. Ninguna de las mujeres anteriores pueden usarla.
- e. No sé

5. Son métodos anticonceptivos:

- a. Pastillas anticonceptivas.
- b. La T de cobre.
- c. Los condones
- d. Todos los anteriores.
- e. No sé

6. Los métodos anticonceptivos naturales después del parto pueden iniciarse:

- a. Durante los primeros 8 días después del parto.
- b. Una vez que ha tenido su primera menstruación.
- c. Cuando le quite el pecho al niño.
- d. En cualquier momento después del parto.
- e. No sé

7. Cual o cuales son métodos anticonceptivos:

- a. El método del ritmo.
- b. La lactancia materna.
- c. El implante.
- d. Todos los anteriores
- e. No sé

8. Dar el pecho es un método anticonceptivo y :

- a. Sirve hasta 6 meses después de dar a luz.
- b. Sirve mientras no haya tenido su regla (sangrado)
- c. Sirve siempre que alimente a su hijo solo con el pecho.
- d. Todas las anteriores.
- e. No sé

9. Con cuál de estos métodos puede volver a embarazarse:

- a. La ligadura de trompas.
- b. La extracción del útero.
- c. La T de cobre.
- d. Ninguno.
- e. No sé

10. Cual es o son métodos anticonceptivos naturales:

- a. El método del ritmo o la regla.
- b. Terminar afuera de la vagina.
- c. La abstinencia.
- d. Todas son ciertas.
- e. No sé

11. Quien puede utilizar métodos anticonceptivos naturales?

- a. Las mujeres sin útero.
- b. Mujeres que tiene su menstruación regular
- c. Las mujeres con menstruación irregular.
- d. No sé

12. Señale lo **CORRECTO** sobre el método del ritmo (la regla):

- a. Ayuda a conocer cuando una mujer puede quedar embarazada
- b. Es un método muy confiable.
- c. Basta con saber cuánto dura un ciclo menstrual para poder usarlo.
- d. Todas las respuestas anteriores
- e. No sé

13. Señale lo **CORRECTO** sobre los métodos anticonceptivos:

- a. La T de cobre produce cáncer.
- b. Cuando se usa un método anticonceptivo, muchas mujeres quedan infértiles.
- c. La Ligadura produce que las mujeres queden locas.
- d. Todas son falsas.
- e. No sé

14. Sobre el preservativo (condón) que es lo **CORRECTO**:

- a. No se lo usa más de una vez
- b. Se coloca en el pene
- c. Sirve para prevenir enfermedades de transmisión sexual por ejemplo el VIH-SIDA
- d. Todas son correctas
- e. No sé

15. Sobre los espermicidas señale lo **CORRECTO**

- a. Es una crema que se coloca en la vagina 1 hora antes de la relación sexual.
- b. Se coloca en el pene.
- c. Se coloca en la vagina después de la relación.
- d. Después de la relación se realiza una limpieza para eliminar el espermicida.
- e. No tengo conocimiento sobre este anticonceptivo.

16. Sobre la T de cobre que es lo **CORRECTO**:

- a. Son de varias formas.
- b. La T de cobre no afecta a su bebe cuando le da de lactar.
- c. Duran largo tiempo.
- d. Todas las respuestas son correctas.
- e. No sé

17. Señale lo **CORRECTO** los anticonceptivos inyectables:

- a. Funcionan con hormonas masculinas
- b. Funcionan con hormonas femeninas.
- c. No tienen hormonas.
- d. Protege contra enfermedades de transmisión sexual.
- e. No sé

18. Las pastillas anticonceptivas puede:

- a. Ayudar a regular la menstruación.
- b. Tomarlas cualquier mujer.
- c. Tomárselas durante el embarazo.
- d. Todas son falsas
- e. No sé

19. Sobre la ligadura que es lo **CORRECTO**:

- a. Produce muchos efectos en las mujeres como; vómitos, pérdida de la memoria, insomnio etc.
- b. Se requiere una nueva cirugía para que funcione al 100%
- c. Es un método de anticoncepción aproximadamente 100% eficaz.
- d. Solo se puede realizar después del parto.
- e. No sé

20. Sobre la T de cobre que es **CORRECTO**:

- a. Produce aumento de peso.
- b. Es una pieza de metal que se coloca dentro del útero.
- c. Produce muchos dolores de cabeza.
- d. Si queda embarazada, la T de cobre puede lastimar al bebe.
- e. No sé

MUCHAS GRACIAS POR SU PARTICIPACION.

Respuestas del cuestionario

1. D
2. C
3. C
4. D
5. D
6. D
7. D
8. D
9. C
10. D
11. B
12. A
13. D
14. D
15. A
16. D
17. B
18. A
19. C
20. B

ANEXO N° 02

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo-----de edad: -----

Por medio de la presente hago constar que el interno de Medicina _____, me ha solicitado que participe como informante en su trabajo de investigación titulado. NIVEL DE CONOCIMIENTO Y USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN PACIENTES PUÉRPERAS ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL DE VITARTE - OCTUBRE 2016, igual forma doy fe que se me ha explicado detalladamente cual es el objetivo del trabajo, cual es la colaboración que espera de mí, al formar parte de la muestra de su estudio, me ha garantizado la confidencialidad y el anonimato de los datos que yo le estoy proporcionando. En tal sentido, por medio de la presente le estoy dando mi consentimiento para participar en el estudio.

Fecha:

Firma del Participante

ANEXO N° 03

VARIABLE	NATURALEZA / ESCALA DE MEDICION	TIPO	FORMA DE MEDICIÓN	DE INDICADORES	CRITERIO DE MEDICIÓN
Edad	Cuantitativa De razón	Independiente	directa	Años biológicos	0= <15 y >35 1= 15-34 años
Nivel de instrucción	Cualitativa Ordinal	Independiente	Directa	primaria, secundaria, universitario	0= universitario 1=no universo.
ocupación	Cualitativa ordinal	Independiente	directa	Empleado, desempleado	0= empleado 1= desempleado
Método anticonceptivo	Cualitativa Nominal	Independiente	directa	Hormonal, de barrera,	0 = hormonal 1 = No hormonal
Nivel de conocimiento	Cualitativa Nominal	dependiente	directa	Excelente, bueno, regular, deficiente	0 = deficiente 1 = regular



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA

"Firmamus veras humanas para una cultura de Paz"

Facultad de Medicina Humana

Oficio N° 0227-2017-FMH-D

Surco, 23 de enero de 2017

Señor
RICARDO ERNESTO SALAS VÁSQUEZ
Presente

ASUNTO: Aprobación del Proyecto de Tesis

De mi consideración:

Me dirijo a usted para hacer de su conocimiento que el Proyecto de Tesis "NIVEL DE CONOCIMIENTO Y USO DE MÉTODOS ANTIVICONCEPTIVOS EN PACIENTES PUÉRPERAS ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL VITARTE-OCTUBRE 2016", presentando ante la Facultad de Medicina Humana para optar el Título Profesional de Médico Cirujano ha sido aprobado por el Consejo de Facultad en sesión de fecha 19 de enero del 2017.

Por lo tanto queda usted expedito a fin de que prosigan con la ejecución del mismo, teniendo en cuenta el Reglamento de Grados y Títulos.

Sin otro particular,

Atentamente,




Mg. Hilda Jurupe Chico
Secretaría Académica

c.c.: Oficina de Grados y Títulos.