

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA MANAGUA
UNAN – MANAGUA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**



TESIS PARA OPTAR AL TÍTULO DE DR. EN MEDICINA Y CIRUGÍA.

Calidad de la Consejería Sobre Métodos Anticonceptivos Post Eventos Obstétricos en Usuarias del Departamento de Gineco - obstetricia del Hospital Regional Escuela Asunción Juigalpa Febrero del 2016.

Autores:

Br. Jaime Luis Amador Bravo.
Br. Lisbeth de los Ángeles Montes Reyes

Tutor Científico:
Dr. Wilber Antonio Pavón Baldelomar.
Especialista en Ginecología y obstetricia.

Asesor Metodológico:
Dr. José Alberto Mora Maltes.
Especialista en Ginecología y obstetricia.
Profesor Titulado con Doctorado
UNAN FAREN CHONTALES
Máster en Salud Pública

Juigalpa, Agosto del 2016.

DEDICATORIA

A Dios todo poderoso, Por prestarme vida, fuerza y sabiduría durante toda esta larga jornada que hoy está llegando a su punto culminante.

A nuestros Padres, con cariño por su apoyo incondicional. Sin ellos no podríamos haber concluido este nuevo triunfo como profesionales.

A nuestros Maestros, Por regalarnos enseñanza y habernos guiado en nuestra carrera.

AGRADECIMIENTO

A Dios

Por su amor, misericordia y permitirnos llegar a la culminación de nuestro trabajo investigativo.

A Nuestros padres

Por toda la comprensión y el apoyo que nos brindaron.

A Nuestros Tutores

Por su apoyo incondicional para la realización de este trabajo.

A la dirección del Hospital Regional Escuela Asunción Juigalpa

Por habernos permitido realizar este trabajo investigativo.

Al personal de enfermería de la sala de gineco-obstetricia

Por su ayuda y solidaridad en obtención de la información de las pacientes.

A las pacientes que participaron en el estudio

Con su colaboración hicieron posible la realización de este trabajo.

Opinión del tutor

En mi carácter de tutor del trabajo investigativo para optar al título de Dr. en Medicina y Cirugía, titulado: **Calidad de la Consejería Sobre Métodos Anticonceptivos Post Eventos Obstétricos en Usuaris del Departamento de Gineco Obstetricia del Hospital Regional Escuela Asunción Juigalpa Febrero del 2016.**

Considero que el Informe final cumple con los requisitos de ley para ser sometido a la presentación y evaluación del jurado que se le designe, del mismo se le realizaron correcciones al documento para su correcta presentación.

Dado en la ciudad de Juigalpa a los 19 días del mes de abril del año 2016.

Dr. Wilber Antonio Pavón Baldelomar.

Especialista en Ginecología y obstetricia

RESUMEN:

La siguiente investigación se realizó con la finalidad de evaluar la calidad de la consejería sobre métodos anticonceptivos post eventos obstétricos en usuarias del departamento de Gineco obstetricia del Hospital Escuela Asunción de Juigalpa durante el mes de febrero del 2016.

El presente estudio es de tipo descriptivo de corte transversal, el universo estuvo constituido por 350 usuarias del departamento de Gineco obstetricia del Hospital Escuela Asunción, obteniéndose una muestra de 50 usuarias externas y 2 usuarios internos que fueron escogidas de acuerdo a los criterios de inclusión del estudio y su muestreo fue no probabilístico por conveniencia representando el 12.4% del universo.

Las edades de las usuarias en orden de frecuencia estuvieron comprendidas los grupos etarios de 20-34 años, seguida de las menores de 20 años, tenían una educación de primaria, seguida de las de secundaria y universitarias, cuya ocupación era amas de casa, acompañada y del área rural.

La percepción que tuvieron a cerca de la calidad de atención según el componente estructural fue valorada como regular en un 56% por las usuarias externas, en un 100% del observador como buena y por los usuarios interno buena en un 100%.

El componente proceso según la percepción de las usuarias externas y los usuarios internos es buena en un 72% y en un 100% respectivamente.

La satisfacción podemos ver que el 82% de las usuarias externas están satisfechas con la atención recibida y un 100% de los usuarios internos están satisfechos con su trabajo.

INDICE

CONTENIDO.	PÁGINAS.
DEDICATORIA.....	i
AGRADECIMIENTO.....	ii
OPINION DEL TUTOR.....	iii
RESUMEN.....	iv
I. INTRODUCCIÓN.....	3
II. ANTECEDENTES.....	5
III. JUSTIFICACIÓN.....	9
IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	10
V. OBJETIVOS.....	11
VI. MARCO TEÓRICO.....	12
VII. DISEÑO METODOLÓGICO.....	46
VIII. RESULTADOS.....	53
IX. ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	57
X. CONCLUSIONES.....	60
XI. RECOMENDACIONES.....	61
XII. BIBLIOGRAFÍA.....	62
XIII. ANEXOS.....	64

I. INTRODUCCIÓN

La Consejería en Planificación Familiar es el proceso mediante el cual el proveedor de salud ayuda a los usuarios a tomar decisiones informadas, voluntarias y confidenciales sobre su fecundidad; este proceso incluye motivación, información y promoción.

Para alcanzar una mejor Salud sexual y reproductiva y universalidad de la planificación familiar las personas tienen que contar con información veraz clara y oportuna que les permita tomar decisiones. Las parejas deben poder decidir cuantos hijos tener y en que momento tenerlos. Tanto los hombres como las mujeres deben conocer los riesgos del embarazo temprano, tardío y la forma de evitarlos.

La planificación familiar es un componente principal de la salud reproductiva, conlleva a un compromiso mayor pues implica para la población en edad fértil la opción de una vida sexual responsable y satisfactoria, la posibilidad de disminuir los riesgos preconceptionales y la libertad de decidir cuando y con que espaciamiento tener sus hijos; así mismo la libertad de derecho para la pareja o individuo de tener relaciones sexuales sin miedo a enfrentar enfermedades de transmisión sexual. (1)

La disminución de la mortalidad materna y perinatal, es una de las prioridades mas importantes en los países en desarrollo; evitar los embarazos en mujeres con riesgo preconceptional o riesgo reproductivo alto, evita estas muertes, por lo que la estrategia de anticoncepción post evento obstétrico es una tarea de suma importancia en los establecimientos de salud donde se brinda este servicio y cualquier acción que sirva para lograr este objetivo.

En el país, la planificación familiar solo es una realidad para la mitad de las mujeres unidas o casadas que están en edad reproductiva. Un 53% no usan ningún método de planificación familiar. Aun persisten creencias y nociones erróneas alrededor de los diferentes métodos de anticoncepción, su eficacia y su uso.

Afortunadamente cada vez existe mayor conciencia en la sociedad nicaragüense sobre los beneficios de la planificación familiar, la posibilidad de prevenir el cáncer ginecológico y las enfermedades de transmisión sexual y la necesidad de prevenir el aborto provocado.

El MINSA de Nicaragua, utiliza la anticoncepción como una estrategia para reducir la morbimortalidad materna y perinatal, disminuyendo los embarazos no deseados; siendo la anticoncepción post eventos obstétricos, el momento oportuno pues tenemos a la paciente en la sala de maternidad de nuestros centros, para brindarle la consejería de los métodos anticonceptivos y que posteriormente ella acepte antes de ser egresada. (1)

II. ANTECEDENTES

Se calcula que, a nivel mundial, 350 millones de pareja carecen de información sobre métodos de planificación familiar y de acceso a la unidad de los mismos. Entre 120 a 150 millones de mujeres casadas desean limitar o espaciar futuros nacimientos, pero no utilizan ningún método de anticoncepción. Por lo menos 75 millones del total de embarazadas corresponden a gestaciones no deseadas ya sea por falta de acceso a los servicios de planificación familiar o por falta de anticonceptivos. Alrededor de 200 a 500 mil muertes materna anuales son resultado de la falta de atención de los servicios de planificación familiar, efectivamente cada día por lo menos 1600 madres mueren en todo el mundo por problemas del embarazo y el parto, esto suma un total de 585 mil muertes maternas al año. Al mismo tiempo 50 millones de mujeres sufren distintos tipos de morbilidad por dicha causa. (2)

La federación internacional de planificación familiar, región del hemisferio occidental, desarrollo un modelo de entrevista de salida del cliente para ser utilizado con el fin de medir sus niveles de insatisfacción con los diversos componentes de calidad. Desde 1993 hasta 1996, se llevaron a cabo 89 encuestas de más de 15000 clientas en ocho países de América latina y el Caribe. Encontró que el mayor grado de insatisfacción de las clientas principiantes del estudio con un porcentaje de frecuencia de un 15% fue el tiempo de espera, con un nivel promedio de insatisfacción del 20%, la facilidad para acceder a la clínica. Con base en los resultados obtenidos en estas encuestas, las asociaciones de planificación familiar realizaron cambios para mejorar los sistemas de fijación de citas, reubicar las clínicas e implementar aranceles flexibles para el cobro. Los resultados obtenidos en 16 encuestas de seguimiento indicaron que en cada país disminuyó el número de casos de repuesta negativas, así como el nivel promedio de insatisfacción. Por ejemplo, en Brasil, el número promedio de casos de

respuestas negativas en cada encuesta disminuyó de 2.7 a 2.2 y el nivel promedio de insatisfacción del 19% al 11%.⁽³⁾

En el estudio evaluación de la calidad de los servicios de planificación familiar a nivel de establecimiento en Malawi en septiembre del 2002 se destacaron los siguientes resultados: no se realizó una orientación individual de los clientes (25%); los clientes sienten que la conversación no se llevo a cabo en forma confidencial (50%); los prestadores no solicitaron a los clientes que repitieran la información (0%); solo el 64% de los funcionarios del centro de salud sabía cuales eran los métodos de planificación familiar disponibles en este; los clientes piensan que el horario es conveniente y los prestadores usan un lenguaje que comprenden; flujo de clientes: tiempo de espera promedio fue de 244 minutos y tiempo de contacto promedio fué de 19 minutos. Se usó demasiado tiempo; los prestadores no entregaron suficiente información sobre todos los métodos disponibles. ⁽⁴⁾

En un estudio realizado por la Dra. Chacón, en una Evaluación del programa de planificación familiar en el área rural del sur del Estado de Nuevo León de acuerdo a la norma oficial. Encontró que las usuarias fueron mujeres, edad promedio de 30.23 años con una edad mínima de 16 y máxima de 49 años, estudios de secundaria completa el 24 %, el 84% estaban casadas y el 93% dedicadas al hogar y tenían en promedio 2.6 hijos. Habían preferido el método quirúrgico el 37.5% de ellas y el DIU el 30.5%. El 41% tenía más de 5 años en el programa. El 58% prefería un método temporal. El 35% era la primera vez que acudía al programa. El 38.5% no tiene expediente. El 40.5% no tenía tarjeta de planificación. El médico en el 70% de los casos fue el personal de salud que dio la consejería. El 87.5% dijo no tener dificultad en obtener el método y el 89.5% comentó tener privacidad durante la consulta. El 48% dijo que solo le entregaron el método cuando acude a la consulta. ⁽⁵⁾

Matamoros y Chavarría en su estudio sobre la calidad de la atención en el subprograma de planificación familiar en el centro de salud de Villa Venezuela, noviembre a Diciembre de 1997, encontraron que el acceso y disponibilidad del centro de salud es considerado en un 66% como malo; la aceptabilidad en la consultas fue reportada como buena en la mitad de la población y como regular y mala la otra mitad con un 25% cada una. La relación paciente proveedor presenta un balance bueno en más de 2/3 de los resultados; la información y asesoramiento presenta porcentajes del 50% para la categoría de malo; 33% para la regular y 12% para la buena. (6)

Existe un estudio realizado por Medrano Yadira sobre la calidad de los servicios de salud reproductiva prestado a usuarios de municipios seleccionados de Chinandega, León y el distrito IV de Managua, donde se trabajo con 4 variables principales, dando como resultado que en León es donde radica la mayor calidad de la atención con respecto al trato brindado, atención al problema y registro del problema con una evaluación de muy bueno quedando casi al mismo nivel de Managua y Chinandega en consejería, siendo esta en los tres lugares deficientes.

(7)

En el estudio Consejería en planificación familiar a usuaria atendidas en unidades de salud de Managua, septiembre a octubre de 1999, se encontró que en general la calidad de consejería de planificación familiar fue calificada con un 36.2% como buena, regular el 53.4% y mala el 10.3% de los casos durante el periodo estudiado; la calidad de la relación consejero usuario fue buena en mas del 90.2% de los casos. La calidad de abordaje del problema fue calificada en más del 80% como regular y mala. La calidad del seguimiento del problema fue buena en más del 50% de los casos. En este mismo estudio también se encontró que los otros profesionales y las enfermeras generales fueron los que brindaron mejor consejería con el 80 y 72% de los casos respectivamente, los porcentajes mas bajo fueron obtenidos por las auxiliares de enfermería con un 23,5% y los médicos con un 21.2% de buenas consejerías. (8)

En el estudio de calidad de atención en salud brindada a las usuarias del subprograma de planificación familiar en el centro de salud Pedro Narváez Cisneros de Jinotepe Carazo en el periodo de octubre – diciembre 2003, se encontró que el grupo etáreo que predominó fue de mujeres entre 21 a 25 años con un 98%; las adolescentes fueron el 25.4%. El 68.7% de las pacientes provienen de áreas urbanas, el 41.1% tenían una escolaridad inferior a estudio de secundaria y el 72.7% tenían una unión estable con su pareja; el 67.3% de las pacientes calificó que la atención en salud recibida era buena y ese mismo porcentaje se declaró satisfecha con la misma y el 88% de las pacientes deseaba volver a pasar consulta con la misma persona que la había atendido en ese momento. (9)

En el estudio calidad de atención del puerperio inmediato en el servicio de maternidad posterior al plan de intervención Hospital Fernando Vélez Paiz, septiembre – noviembre del 2006, se encontró que la satisfacción de la usuaria en el puerperio inmediato atendidas en el servicio de maternidad es considerado como adecuado; durante la atención de la paciente en el puerperio inmediato existe adecuada relación médico – paciente; la consejería, educación, información y comunicación son desarrollados de forma limitada por el personal de salud y sustentados pobremente en el expediente clínico. (10)

En el Hospital Regional de Jugalpa no existen estudios monográficos como tales (de la carrera de Medicina) que evalúen los componentes del programa de planificación familiar.

III. JUSTIFICACIÓN

La planificación familiar forma parte del esfuerzo para mejorar la supervivencia infantil, la prevención de embarazos no deseados y de aquellos que ocurren demasiado temprano, tarde o muy seguidos; en la actualidad la selección del método para cada grupo de edad se realiza de manera errónea principalmente en los adolescentes por lo que la estrategia de la planificación post evento obstétrico nos brinda una salida a esta problemática ya que implica una consejería previa para orientar a la madre sobre el mejor método de planificación familiar para ella.

En diversos sectores de la población se tiene un acceso limitado a los servicios de planificación familiar, su atención es de baja calidad y sus prestaciones no responden a las necesidades de las usuarias lo que puede resultar en un nuevo embarazo de alto riesgo, tanto para la madre como para el nuevo ser.

Por lo que se hace necesario impulsar en las diferentes unidades de salud el mejoramiento en la calidad de la consejería sobre los métodos de planificación familiar, además las mujeres deben tener acceso a los métodos, una información fidedigna y asesoramiento completo por parte del personal de salud a todas las mujeres independientemente de su nivel sociocultural.

Por esta razón se realizará este estudio, teniendo como objetivo Determinar la calidad de la consejería sobre métodos anticonceptivos post eventos obstétricos en usuarias del departamento de Gineco - obstetricia del Hospital Regional Escuela Asunción de Juigalpa durante el mes de Febrero del 2016.

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En los últimos años tanto a nivel nacional como internacional, se han multiplicado los esfuerzos para el mejoramiento de los servicios de salud y la ampliación de los programas de salud; lo que a su vez ha permitido una mayor cobertura en salud y un mejoramiento en la calidad de la prestación de los servicios médicos y de enfermería.

Las altas tasas de morbi-mortalidad materno-infantil, obliga al sector salud a fortalecer los programas que están directamente involucrados, como son los programas de AIMYN y de planificación familiar, basados en el plan nacional de reducción de la mortalidad materna, que incluye, como una de sus estrategias, la planificación familiar, en donde se señala que: El derecho a la planificación familiar, debe de implicar como mínimo: a) el acceso a la información. b) acceso real a la gama existente de métodos anticonceptivos y c) acceso al control y seguimiento recomendado para el uso de métodos anticonceptivos.

A nivel nacional, desde hace algunos años se han realizado numerosas investigaciones sobre la evaluación de calidad de atención de los diferentes programas en los que se destaca el programa de planificación familiar, con el objetivo de identificar la situación y el grado de satisfacción de la población asistente a este programa.

Según ENDESA 2006/2007, 3 de cada 4 mujeres en unión de 15 a 49 años usan métodos anticonceptivos correspondientes a un 72% de las mujeres en edad fértil, con una diferencia de 5 puntos porcentuales del uso de métodos anticonceptivos entre mujeres del área urbana y mujeres del área rural con un 75% y un 69% respectivamente.

Tomando en cuenta los conceptos ya establecidos sobre la evaluación de calidad, se dará respuesta a la siguiente interrogante: ¿Cómo es la calidad de la consejería sobre métodos anticonceptivos post eventos obstétricos en usuarias del departamento de Gineco obstetricia del Hospital Regional Escuela Asunción Juigalpa en el mes de Febrero del 2016?

V. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar la calidad de la consejería sobre métodos anticonceptivos post eventos obstétricos en usuarias del departamento de Gineco-obstetricia del Hospital Regional Asunción Juigalpa en el mes de Febrero del 2016.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Conocer las características socio-demográficas de las usuarias en estudio.
2. Describir las condiciones de la estructura donde se brinda la consejería de la población en estudio.
3. Valorar la calidad del proceso de la consejería según las usuarias en estudio.
4. Identificar el nivel de satisfacción de las usuarias con la consejería brindada.

VI. MARCO TEÓRICO

Generalidades

Entre los programas internacionales de planificación familiar, mejorar la calidad de la atención es una meta que cada vez reviste mayor importancia, por una diversidad de razones imperiosas. Desde la perspectiva del bienestar humano, todos los clientes, no importa cuán pobres sean, se merecen recibir un trato cortés, ser informados correctamente, disponer de condiciones médicas seguras y de productos confiables. Asimismo, se ha sostenido que el suministro de este tipo de servicios de calidad conducirá a un mayor uso de los servicios por un mayor número de usuarios más comprometidos, lo cual eventualmente resultará en una mayor prevalencia de uso de anticonceptivos y una fecundidad más baja.

La consejería es fundamentalmente para los servicios de planificación familiar y mejorar la interacción cliente – proveedor puede conducir a mayores tasas de adopción de un método anticonceptivo, uso eficaz y continuación ideal del proceso de consejería que debe centrarse en el cliente. Esto significa tratar a todos los clientes con respeto, independientemente de su edad, estado civil, grupo étnico o grupo socioeconómico, manteniendo la confidencialidad y personalizando el contenido de cada sesión para ajustarse a la situación individual de cada cliente. Una buena consejería también apoya a la decisión informada por parte de los clientes. El proveedor debe entregar información técnica precisa y completa que sea relevante para la situación del cliente y que abarque tanto los aspectos positivos como los negativos, como por ejemplo los efectos secundarios. (3,4,5)

Concepto de calidad

En el transcurso de la historia se han incorporado diferentes aspectos de la definición de la calidad de atención.

Lee y Jones, definieron la buena atención médica como aquella que se reduce a la práctica de la medicina racional, basada en las ciencias médicas y que se caracteriza por subrayar la prevención; requerir la colaboración entre los usuarios y los proveedores de la medicina científica, tratar al individuo como un todo,

mantener una estrecha y continua relación entre médico y paciente, coordinarse con el trabajo del bienestar social, coordinar todos los tipos de servicios médicos y aplicar todo los servicios necesarios según la medicina científica moderna.

Otras definiciones han ido añadiendo otros aspectos hasta configurar la propuesta del instituto de medicina en 1972, quizás la mas completa entre las clásicas, la asistencia medica de calidad es aquella que es efectiva en la mejora del nivel de salud y grado de satisfacción de la población, con los recursos que la sociedad y los individuos han elegido destinar a ello.

Donabedian para definir la calidad empieza por lo que es el módulo mas simple y complejo de la atención: el tratamiento que proporciona un médico o cualquier otro profesional individual a un episodio de enfermedad claramente definido en un paciente dado. Es posible dividir este tratamiento en los aspectos: técnico y personal. La atención técnica es la aplicación de la ciencia y la tecnología de la medicina y de las otras ciencias de la salud al manejo de un problema personal de salud. Va acompañado de la enteración social y económica entre el cliente y el facultativo. La primera de estas modalidades a sido llamada la ciencia de la medicina y la segunda su arte. (6,7,8,9)

Expectativas del significado de calidad.

Expectativas del paciente:

Los pacientes que acuden a las unidades medicas esperan contar con servicios médicos accesibles, tanto en función de distancia y transportación, como los trámites que se requieren para poder disponer de ellos: atención con cortesía y en forma oportuna un ambiente agradable, etc.

Expectativas del trabajador:

Dar atención a los pacientes en instalaciones y con equipos y con instrumental apropiados; con el reconocimiento de sus superiores por las actividades realizadas y con una remuneración congruente con la magnitud y responsabilidad de su trabajo.

Expectativas de la institución:

La institución o unidad médica que otorga la atención pretende que esta sea proporcionada por los trabajadores a los pacientes con oportunidad, calidad, conforme a las normas y programas que la propia institución emite; dentro de los rangos de productividad esperados, acorde con el presupuesto de costos calculados, con abatimiento de la morbimortalidad y ausencia de quejas. (10,11,12,13)

¿Como evaluamos la calidad?

En la evaluación de la calidad de la atención de los servicios se toman en cuenta tres elementos fundamentales:

1. Estructura.
2. Proceso.
3. Resultados.

ESTRUCTURA

Para Donabedian la estructura se refiere a las características relativamente estables de quienes suministran atención, de los medios o herramientas y recursos con que cuentan y el marco físico y organizativo dentro del cual trabajan. Incluye además los recursos humanos, físicos y financieros que se necesitan para suministrar atención médica y comprende el número, distribución, capacidades y experiencia del personal profesional y también del equipo de los hospitales y otras instalaciones.

PROCESO

Donabedian y Starfield definieron el proceso como un conjunto de actividades que ocurren entre profesionales de la salud y pacientes, como sería un examen médico y el cumplimiento de normas prácticas satisfactorias. Los procesos incluyen el reconocimiento de problemas, medios diagnósticos, diagnósticos, tratamiento y asistencia.

Los elementos del proceso tienen varias ventajas como indicadores de la calidad de la atención:

1. A los profesionales no les es difícil especificar los criterios y estándares de la buena calidad, al menos en lo que toca al tratamiento técnico.
2. Aun cuando estos criterios y estándares no están plenamente válidos, pueden servir como mediciones provisionales de práctica aceptable.
3. La información acerca de los aspectos técnicos de la atención esta documentada en el expediente médico y es, por lo general, accesible, así como oportuna, de manera que puede emplearse para fines preventivos, si así se desea.

RESULTADOS

Para Donabedian los resultados de los servicios de la atención se definen como los cambios en el estado de salud que pueden atribuirse a la atención recibida incluyendo la satisfacción del paciente.

A partir del análisis de los resultados proveniente de las diferentes acciones que ponen en comunicación directa a los establecimientos de salud y los usuarios, es posible conocer los aspectos importantes de la atención reflejados en los indicadores de calidad evaluados por medio del estado de opinión de los usuarios y la capacidad e incapacidad resolutive de los servicios; así como también de la mortalidad concerniente al estudio específico de alguna patología o servicio de salud en especial, de una población o sector en general.

Estos tres conjuntos de información son más útiles para evaluar la calidad cuando son vinculados por casualidad. La estructura lleva al proceso, que a su vez lleva a los resultados identificados para un programa de mejoramiento de la calidad. (14, 15,

16,17)

Consejería en planificación familiar

La consejería es un proceso de análisis y comunicación de persona a persona, entre el prestador de servicios y el/la usuario/a potencial y el/la usuario/a activo.

La buena consejería contribuye a que los usuarios utilicen la planificación familiar por más tiempo y con mayor éxito. Se requiere de proveedores capacitados, con

una buena actitud, respetuosa y considerada hacia los usuarios y usuarias. Incluye promoción, información y educación.

La consejería en planificación familiar es una actividad que deben desarrollar todos los proveedores de servicios de salud.

El propósito fundamental de la consejería es lograr que, en cada consulta, los individuos y/o las parejas conozcan el derecho que tienen a decidir por sí mismos, de una manera responsable sobre su vida reproductiva.

El papel del proveedor de salud es asegurarse que los usuarios conozcan los distintos métodos anticonceptivos disponibles, apoyándoles y teniendo en cuenta sus necesidades, opciones y sentimientos. El proveedor debe analizar las circunstancias individuales para colaborar con ellos en la toma de una decisión personal o confirmación de la misma.

Los temas a abordar durante la Consejería:

- Variedad de métodos disponibles.
- Características básicas de cada método.
- Eficacia de cada método.
- Ventajas y desventajas de cada método.
- Cómo usar el método elegido.
- Efectos secundarios y complicaciones del método elegido.
- Prevención contra ITS, incluyendo el VIH (uso correcto y consistente del condón).
- Cuándo regresar a la clínica para seguimiento.
- Cuándo regresar a la clínica por un signo de alarma.

Los derechos de los usuarios son:

- Información:** La persona tiene derecho a conocer las características de todos los MAC disponibles, sus características y particularidades.

- ❑ **Elección libre:** La persona tiene derecho de elegir el/los MAC que desee utilizar.
- ❑ **Cambio de método cuando lo desee:** El derecho de libre elección también permite la opción de interrumpir o cambiar el MAC cuando el usuario lo estime conveniente.
- ❑ **Privacidad:** El uso de un MAC involucra aspectos de conducta personal y sexualidad, por lo que debe garantizar su privacidad. Cuando la persona deba someterse a un examen físico o procedimiento médico, debe ser informada previamente, teniendo el derecho a aceptarlo o rechazarlo, al igual pedir autorización si está otra persona presente.
- ❑ **Confidencialidad:** La persona tiene derecho a que no se divulgue su decisión de usar o no usar un método y cualquier otra información sobre su caso
- ❑ **Comodidad:** Los usuarios tienen derecho a un trato amable y respetuoso, a sentirse cómodos y con tiempos de espera razonables, así como también tener acceso a referencias y seguimiento oportuno.
- ❑ **Libertad de expresión:** La persona tiene el derecho a expresar sus opiniones sobre la calidad de los servicios recibidos. Si alguien rechaza el servicio en alguna oportunidad, no debe negársele el mismo ante una nueva solicitud.
- ❑ **Continuidad en el servicio:** Es el derecho que tiene la persona a que se le ofrezcan todos los métodos todo el tiempo para no interrumpir su uso por motivos ajenos a su decisión o para ejercer el derecho a cambiar de método cuando lo desee.

La consejería incluye motivación, información y promoción. Se debe de dirigir a resolver las necesidades individuales del usuario/a, aclarar dudas y cumplir con los seis pasos de la técnica de consejería de ACCEDA:

- a) **Atender** a la persona usuaria.
- b) **Conversar**, consultar y evaluar los conocimientos y necesidades de la usuaria. Converse sobre sus necesidades, deseos o cualquier duda o preocupación que tenga. Aliéntela a que haga preguntas sobre planificación familiar, consulte acerca de sus planes de tener hijos o de posponerlos.
- c) **Comunicar** a la persona usuaria cuáles son los métodos anticonceptivos disponibles:
- d) **Encaminar** a la usuaria hacia la elección del método mas apropiado.
- e) **Describir** cómo utilizar el método elegido:
- f) **Acordar** con la usuaria le fecha de Visita de seguimiento. (1,2,3)

La anticoncepción posparto es la estrategia que permite a la mujer en estado puerperal, posponer un nuevo embarazo o finalizar su vida reproductiva, mediante un método anticonceptivo ya sea temporal o permanente.

La decisión de usar un método anticonceptivo se puede tomar en los siguientes momentos: Consulta prenatal, Postparto, Transcesárea, Postcesárea y Postaborto.

La finalidad de esta estrategia es que todas las mujeres tengan la posibilidad y factibilidad de optar por alguna opción anticonceptiva antes de abandonar la unidad médica, esto propiciado por el alto porcentaje de mujeres que acuden a las unidades a recibir atención obstétrica sin haber tenido un contacto previo con los servicios de salud, la falta de orientación consejería, el difícil acceso a los servicios por su lugar de residencia o a factores culturales relacionados con la percepción de la planificación familiar.

El personal de salud o los recursos comunitarios que atienden a la usuaria, deben dar prioridad en la atención de mujeres que presentan algún factor de riesgo reproductivo, con la seguridad de que la planificación familiar evitará la aparición de embarazos no deseados y embarazos de riesgo.

En todas las atenciones a la mujer se deben buscar antecedentes de embarazos de riesgo o mujeres que tienen factores de riesgo reproductivo a fin de orientarlas a la utilización de métodos anticonceptivos y prevenir la aparición de embarazos

no deseados, de riesgo e incidir en la disminución de las tasas de morbilidad y mortalidad materna y perinatal.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) adoptó medidas análogas, a partir de criterios médicos de elegibilidad. Estos criterios tienen la finalidad de determinar el abordaje de las necesidades de las mujeres en el posparto y las de sus recién nacidos, incluyendo la nutrición, el apoyo social y la prevención de la infección por el VIH, además de la planificación familiar.

La selección del método anticonceptivo depende de las características y necesidades de la usuaria y orientado por médicos especialistas, médicos generales, recursos de enfermería, entrenados y capacitado en la indicación y aplicación de métodos anticonceptivos.

Usuaría/o que desea espaciar los embarazos.

Usuaría/o que presenta factores de riesgo reproductivo.

Usuaría/o con una condición especial: joven adolescente, anticoncepción de emergencia, post parto, en la perimenopausia.

Usuaría/o que desea evitar embarazo utilizando un método anticonceptivo.

(1,2,3,18,19,20)

Criterios médicos de elegibilidad de CDC para el uso de anticonceptivos, 2010: recomendaciones para el uso de métodos anticonceptivos durante el período de posparto.

La iniciación de anticoncepción durante el posparto es importante para prevenir el embarazo no deseado e intervalos entre nacimientos cortos, que puede conducir a resultados negativos para la salud de la madre y el niño. En el 2010, el CDC publicó Estados Unidos criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos, 2010 (MEC), proporcionar orientación basada en pruebas para elegir un método anticonceptivo basado en la seguridad relativa de los métodos anticonceptivos para las mujeres con ciertas características o condiciones médicas, incluyendo a las mujeres después del parto. Recientemente, CDC evaluó pruebas con respecto a la seguridad del uso de anticonceptivos hormonales combinados durante el período de posparto.

Recomendaciones actualizadas sugieren:

- Las púerperas no deben utilizar anticonceptivos hormonales combinados durante los primeros 21 días después del parto por el alto riesgo de trombo embolismo venoso (TEV) durante este período. Durante 21 - 42 días después del parto, generalmente las mujeres sin factores de riesgo de TEV pueden iniciar los anticonceptivos hormonales combinados, pero las mujeres con factores de riesgo de TEV (por ejemplo, TEV anterior o cesárea reciente) generalmente no deben usar estos métodos.
- Después de 42 días del parto, no se aplicarán restricciones en el uso de anticonceptivos hormonales combinados basados en estado postparto.

Importancia de anticoncepción durante el posparto

La mitad de los embarazos en los Estados Unidos son involuntarios y estos embarazos se han asociado con comportamientos adversos y malos resultados en los embarazos, incluida la entrada posterior en cuidados prenatales, disminución la probabilidad de dejar de fumar, mayor incidencia de bajo peso al nacer y disminución de la lactancia materna. Además, cortos intervalos intergenésico pueden conducir a consecuencias negativas tales como nacimiento prematuro y peso bajo al nacer. El puerperio es un momento importante para iniciar la anticoncepción porque las mujeres están accediendo al sistema de atención de la salud y tal vez han incrementado su motivación para evitar otro embarazo. La ovulación puede ocurrir tan pronto como 25 días posparto entre las mujeres, subrayando la importancia de iniciar la anticoncepción en el posparto muy temprano.

Sin embargo, la seguridad del uso de anticonceptivos entre las mujeres después del parto también debe ser considerada. Cambios hematológicos que se producen normalmente durante el embarazo, incluyendo un aumento de factores de coagulación y fibrinógeno y una disminución de anticoagulantes naturales, resultan en un aumento del riesgo para TEV durante el período de posparto. Además, muchas mujeres después del parto tienen factores de riesgo adicionales que

aumentan aún más su riesgo de TEV, como edad ≥ 35 años, fumar o cesárea reciente. Esto es motivo de preocupación al considerar las opciones de anticoncepción en el posparto porque los anticonceptivos hormonales combinados (es decir, aquellos que contienen estrógeno y progestinas) están asociados con un pequeño aumento del riesgo de TEV entre mujeres sanas de edad reproductiva.

MEC de Estados Unidos, publicado por primera vez por el CDC en 2010, una adaptación de los criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos, publicado por la Salud Organización Mundial (OMS) , que ha estado publicando orientación anticonceptivo basado en la evidencia mundial desde 1996. Aunque CDC había adaptado un pequeño número de recomendaciones de la OMS y había añadido unas nuevas recomendaciones para los proveedores de salud de Estados Unidos, la mayoría de las recomendaciones de la guía de WHO y MEC son iguales. Las recomendaciones se suministran usando categorías "1" a "4", basada en el equilibrio de los beneficios y el daño que significan o no el método anticonceptivo para su uso entre las mujeres con una condición médica particular o característica.

La Categoría 1 representa un método que es seguro de usar sin restricción y categoría 4 representa un riesgo de salud inaceptable.

De una revisión sistemática llevada a cabo por la OMS y los CDC y utilizado en la consulta para actualizar la dirección de la WHO, evidencia en 13 estudios que el riesgo de TEV entre las mujeres dentro de los primeros 42 días postparto es 22-84 veces mayor que el riesgo entre las mujeres en edad reproductiva no embarazadas y postparto. El riesgo es mayor inmediatamente después del parto, disminuyendo rápidamente durante los primeros 21 días. El uso de los anticonceptivos hormonales combinados, que puede causar un pequeño aumento del riesgo de TEV en mujeres de edad reproductiva sana, teóricamente podría suponer un riesgo adicional si se utiliza durante este tiempo. Sin embargo, ninguna evidencia fue identificada en cuanto a riesgo de TEV entre las puérperas usando anticonceptivos hormonales combinados. La evidencia también está limitada por el número pequeño de estudios que informan riesgo de TEV en

intervalos precisos durante el posparto riesgo basal de periodo y el informe de TEV en una población de referencia para la comparación con el riesgo entre las mujeres después del parto. Evidencia también fue examinada en relación con el regreso de la fertilidad entre las mujeres después del parto e indicó que la ovulación puede ocurrir tan pronto como 25 días después del parto, aunque la ovulación fértil probablemente no ocurrirá hasta por lo menos 42 días después del parto.

Una cuestión clave identificada fue que el uso posparto inmediato de anticonceptivos hormonales combinados impondría un alto riesgo de TEV sin ningún beneficio sustancial en la prevención del embarazo porque la mayoría de las mujeres no tendrá una ovulación fértil hasta por lo menos 42 días después del parto. Las mujeres con factores de riesgo de TEV después del parto (por ejemplo, la obesidad o por cesárea) ya están en riesgo elevado de TEV. Finalmente, el acceso a métodos anticonceptivos era una preocupación del grupo; Sin embargo, a diferencia de los métodos que requieren una visita a un proveedor (por ejemplo, los implantes y dispositivos intrauterinos [DIU]), los anticonceptivos hormonales combinados pueden iniciarse por la mujer en el momento oportuno si dada una prescripción o muestra de antemano (o antes del alta hospitalaria o en una visita postparto).

El CDC recomienda las siguientes pautas actualizadas para la seguridad de los anticonceptivos hormonales combinados en las puérperas que no están amamantando:

- En las mujeres < 21 días después del parto, uso de anticonceptivos hormonales combinados representa un riesgo inaceptable para la salud y no debe ser usado (categoría 4).
- En las mujeres con 21 - 42 días después del parto y otros factores de riesgo de TEV además del posparto, los riesgos de los anticonceptivos hormonales combinados generalmente superan las ventajas y por lo tanto, los anticonceptivos hormonales combinados generalmente no deben ser usado (categoría 3); sin embargo, en ausencia de otros factores de riesgo

de TEV, las ventajas de los anticonceptivos hormonales combinados generalmente superan los riesgos, y generalmente pueden ser usado (categoría 2).

- En las mujeres con > 42 días después del parto, no se aplica ninguna restricción para el uso de anticonceptivos hormonales combinados debido a estado postparto (categoría 1). No obstante, cualquier otra condición médica aún debe tenerse en cuenta determinar la seguridad del método anticonceptivo.

Estas recomendaciones se basan en pruebas con respecto a posibles efectos negativos del uso de anticonceptivos hormonal en la lactancia materna, tales como disminución de duración de la lactancia materna y mayores tasas de alimentación suplementaria:

Entre las mujeres que están amamantando con < 1 mes postparto, los los anticonceptivos combinados hormonales reciben una categoría 3 debido a las preocupaciones sobre los efectos del estrógeno en la duración de la lactancia materna y éxito.

Después de 1 mes, uso de anticonceptivos hormonal combinado se da una categoría 2 para las mujeres que amamantan. Sin embargo, algunas de las recomendaciones actualizadas basadas en el riesgo de TEV en las puérperas ahora sustituyen a las recomendaciones de la lactancia materna. Por ejemplo, los anticonceptivos hormonales combinados son clasificados como categoría 4 (riesgo de salud inaceptable) para todas las mujeres después del parto, independientemente del estado de la lactancia materna, durante los primeros 21 días.

Recomendaciones para el uso de otros anticonceptivos, incluidos los anticonceptivos hormonales sólo progestinas, permanecen inalteradas y muchos son buenas opciones para las mujeres después del parto. Los métodos hormonales con sólo progestinas, incluyendo píldoras sólo de progestinas, inyecciones de acetato de Medroxiprogesterona de depósito y los implantes, son

seguros para las mujeres después del parto, incluidas a las mujeres que están amamantando y pueden ser iniciadas inmediatamente después del parto (categorías 1 y 2).

Los DIU, incluyendo el DIU liberador de levonorgestrel y DIU con cobre, también pueden ser insertados postparto, incluyendo inmediatamente después del parto (categorías 1 y 2) y no están asociados con un aumento en las complicaciones. Aunque las tasas de expulsión DIU son algo más altas cuando se produce la inserción dentro de 28 días del parto, las tasas de continuidad a los 6 meses son similares entre las mujeres que reciben un DIU postparto y aquellos que planean una inserción tardía.

Los condones pueden utilizarse en cualquier momento (categoría 1), y el diafragma y la tapa se deben comenzar a las 6 semanas de postparto (categoría 1 después de 6 semanas). Además, las mujeres que han completado a su maternidad tal vez deseen considerar la esterilización en este momento. (1,5,6,7)

MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS FEMENINOS:

Métodos temporales

a. Naturales

Abstinencia

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

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

Abstinencia periódica

Definición: La Organización Mundial de la Salud los ha definido como: “Métodos para planificar o evitar embarazos por medio de la observación de los signos y

síntomas naturales de las fases fértil e infértil del ciclo menstrual de la mujer; existe abstinencia del acto sexual durante la fase fértil del ciclo menstrual y el acto sexual, cuando ocurre, es completo.”

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

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

Tipos de Métodos de abstinencia periódica

1. Método del ritmo o calendario o método de Ogino-Knaus.
2. Método de temperatura corporal basal o método térmico.
3. Método de moco cervical, método de la ovulación o de Billings.
4. Método sintotérmico.
5. Método del collar o días fijos. (1,5,6,7,14)

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

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

Base fisiológica:

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

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

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

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

Metodología

Cálculo del período fértil en ciclos regulares:

Desde el primero hasta finalizar el octavo día de la menstruación, se encuentra en la fase relativamente infértil y tiene pocas probabilidades de quedar embarazada si tiene relaciones sexuales.

Del final del octavo hasta el décimo y séptimo día del ciclo, se encuentra en la fase fértil y debe abstenerse de tener relaciones sexuales para evitar un embarazo.

Desde el final del día décimo y séptimo hasta el primer día de la menstruación siguiente, se encuentra en fase infértil y existen pocas probabilidades de que se produzca un embarazo al tener relaciones sexuales.

Cálculo del período fértil en ciclos irregulares:

Por un tiempo de 6 a 9 meses, la pareja debe marcar en un calendario el primer día de cada menstruación y contar los días transcurridos desde el primer día menstrual hasta el día anterior del inicio de la siguiente menstruación.

Identificar el ciclo menstrual más corto e identificar el ciclo menstrual más largo.

Al ciclo más corto restarle 18 días para obtener el primer día fértil.

Al ciclo más largo, restarle 11 días para obtener el último día fértil.

Ventajas

- ✚ Mejora el conocimiento del ciclo menstrual en mujeres y hombres.

Desventajas

- ✚ Requiere de un tiempo prolongado de entrenamiento para ponerlo en práctica con éxito.
- ✚ En ciclos irregulares el período fértil puede ser largo y por lo tanto la abstinencia es muy prolongada.
- ✚ Es inseguro en mujeres con ciclos menstruales irregulares.

Efectividad: de un 53 % hasta un 85.6 %

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

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

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

Base fisiológica:

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

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

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

Metodología:

Debe tomarse la temperatura a partir del primer día del ciclo por la mañana, antes de levantarse de la cama y luego de un período de mínimo de 6 horas de sueño nocturno.

Es necesario ir anotando los registros de temperatura en una hoja de papel adecuada (cuadrículada), e ir uniendo los puntos para trazar una curva y poder observar los cambios de temperatura con claridad.

En los días después de la menstruación se registran temperaturas bajas y éstas vuelven a subir a partir de la ovulación.

Hay que tener una abstinencia de 72 horas como mínimo, a partir del día en que se detecta el aumento de la temperatura, si se desea evitar un embarazo.

Indicaciones para la toma de la temperatura:

Mantenga el termómetro cerca de la cama y al alcance de la mano.

Sacuda el termómetro antes de acostarse para bajar la columna de mercurio por debajo de 35° C.

Antes de tomarse la temperatura por la mañana, debe revisar el termómetro para verificar que marque menos de 35° C. Tómese la temperatura inmediatamente después de despertarse y antes de levantarse de la cama o ingerir líquidos o alimentos.

Tómese la temperatura de preferencia a la misma hora, por la misma vía y con el mismo termómetro.

Después de retirarse el termómetro, léalo y anote la lectura en la gráfica.

Para limpiar el termómetro enjuáguelo con agua fresca y colóquelo en el lugar donde lo guarda.

Anotaciones en la gráfica.

La gráfica en la línea vertical marca la temperatura y en la horizontal los días del ciclo.

Marque la temperatura de cada día haciendo un punto en el centro del cuadrado que corresponda al día del ciclo y a la temperatura.


Inicie el primer día de la menstruación que se considera el primer día del ciclo.


Conecte progresivamente todos los puntos marcados, formando una línea continua que irá desde el primer día del ciclo hasta el momento de venida de la siguiente menstruación.

Empiece una nueva gráfica el primer día de cada ciclo menstrual.

Anote cualquier evento inusual que pueda afectar la curva de temperatura basal, desvelo, fiebre, gripe, etc.

Ventajas

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

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

Desventajas

- ✚ Requiere de un período de orientación de varios meses en el manejo del método.
- ✚ Existe dificultad en la interpretación de algunas curvas térmicas.

Efectividad:

Hay pocos estudios sobre su efectividad; los que existen informan alcanza del 77.9 al 99%.(1, 5, 6,10)

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

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

Base fisiológica:

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

Durante el tiempo de ovulación, por efecto del incremento de los estrógenos, aparece primero cierta cantidad de moco en la vagina, al principio es escaso y provoca sensación de humedad en la vagina, es grueso, no elástico, pero al continuar aumentando los niveles de estrógeno antes y durante la ovulación el moco cambia a una sustancia más líquida, muy lubricante, resbalosa, el moco es claro, transparente, delgado, blanco y elástico, puede estirarse hasta 6 ó 10 cm. sin romperse, fluye muy abundantemente y hace que la vagina y la vulva se note húmeda al tacto (Período ovulatorio).

En los días inmediatamente posteriores a la ovulación, bajo la influencia de la progesterona, el moco cervical forma un tapón grueso y viscoso que ocluye el cuello del útero, se vuelve escaso, pegajoso y hace que la vulva se note seca al tacto (Período post ovulatorio).

Al utilizar este método hay que asumir que se puede haber ovulado desde dos días antes de la aparición de estos signos y que se continúa siendo fértil hasta 4 días después del último día de moco abundante y resbaloso.

Ventajas

- ✚ Favorece en mujeres y hombres el conocimiento sobre la fisiología de la ovulación.
- ✚ Propicia en las mujeres la apropiación de su cuerpo y el reconocimiento en el mismo de los signos y síntomas de la ovulación.

Desventajas

- ✚ Requiere de un período de orientación y supervisión de varios meses en el manejo del método.
- ✚ La identificación real del día de la ovulación es retrospectiva.
- ✚ Presenta dificultades para las mujeres que no quieran manipular sus genitales ni observar sus secreciones.
- ✚ Es indispensable ser sana por vía vaginal, sin infecciones, ni infecciones de transmisión sexual.
- ✚ No confundir el moco cervical con exudados o secreciones provocadas por:
 - Las secreciones vaginales debidas a estimulación sexual.
 - Residuos de semen que salen posterior al coito.
 - Tensión emocional o física.

- Medicamentos utilizados como Antigripales que pueden disminuir las secreciones, tienen a secar el moco.
- Existen muchas condiciones en las cuales las características del moco cervical pueden variar como son las infecciones vaginales, el uso de duchas vaginales, espumas, jaleas, lubricantes, óvulos, la presencia de semen y la estimulación sexual.

Efectividad:

Se encuentra en la literatura una enorme variedad en las tasas de efectividad. Se informa una efectividad del 84.6% cuando hay seguimiento de las indicaciones; del 94% por aplicación incorrecta de las instrucciones y por falla del método.

Metodología:

Para identificar el tipo de moco cervical, la mujer debe observar sus secreciones dos veces al día, en la mañana y en la noche, tomándolas directamente de la vagina o de la vulva, observándolas en el papel higiénico después de hacerse limpieza al orinar o tomando la humedad o moco entre sus dedos.

El período fértil comienza con la aparición de flujo o con la sensación de humedad en la vagina, el moco es abundante, filante, puede estirarse con facilidad y no se rompe, es muy elástico, es resbaloso. Cuando termina el período fértil, el moco se vuelve pegajoso, pastoso, escaso o nulo.

Al terminar el flujo mucoso, transparente, hay que abstenerse 4 días más.

En cualquier etapa del ciclo, si hay flujo mucoso o manchas debe abstenerse de tener relaciones sexuales coitales, o debe usar métodos de barrera ese día y durante los cuatro días siguientes.

Cuando los ciclos son cortos, la mujer tendrá pocos o ningún día seco después de la menstruación y antes de la ovulación.

Cuando se esté iniciando la identificación del tiempo fértil húmedo no se debe tener relaciones sexuales coitales.

Llevar una cuidadosa observación durante el día y la noche y anotar los resultados antes de acostarse en una hoja cuadriculada en donde anota la fecha del ciclo y

puede escribir una (P) para el período menstrual, una (S) para el período infértil o seco y una (M) para el período ovulatorio cuando hay moco cervical. Puede escribir algo adicional describiendo las características del moco cervical.

Acudir a consejería cada mes llevando las anotaciones hasta poder distinguir bien su día de ovulación y la finalización del período fértil. (1, 2, 3, 4, 5, 6, 14,15)

4.- Método sintotérmico

Este método combina varias técnicas de abstinencia periódica determinando la fase fértil de la mujer mediante la observación de una combinación de señales.

En principio es una combinación del método del moco cervical, el método del calendario y la temperatura corporal basal.

También puede utilizar los datos de ciclos anteriores y secundariamente síntomas tales como el dolor abdominal bajo intermenstrual, manchas de sangrado intermenstrual, sensibilidad en los senos y cambios de humor.

El uso de varias técnicas permite tener más precisión para identificar el período fértil de ciclo menstrual.

Efectividad:

Diferentes estudios muestran un amplio rango desde 81.7% hasta 92.8%.

Metodología:

Elaborar una gráfica en una hoja cuadriculada, llevando un registro de las fechas de inicio y de finalización del período fértil con relación a los días del Ciclo en la misma forma que para las dos modalidades (del moco cervical y de la temperatura basal).

Las relaciones sexuales cóitales se podrán tener en la fase pre ovulatoria solamente, en los días secos y, en la fase post ovulatoria, después del tercer día de temperatura alta o hasta el cuarto día posterior a terminar la mucosidad.

Ventajas

- ✚ Proporciona un doble control.

Desventajas

- ✚ Puede necesitar consejería y capacitación durante más tiempo que si aprendiera y utilizara un solo método natural. (1,2,3,4,5)

5.- Método del collar del ciclo o días fijos

El método del Collar del Ciclo o Días fijos permite a las parejas espaciar sus embarazos en forma natural a través de conocer el ciclo menstrual, su período fértil y tener abstinencia periódica de relaciones sexuales o evitar las relaciones desprotegidas durante esos días.

Eficacia: La eficacia del método en varias investigaciones reportadas fue del 95%.

Base fisiológica

El collar del ciclo es un collar de perlas de colores que representa el ciclo menstrual de la mujer, le ayuda a saber en qué días del ciclo hay mayor riesgo de embarazo si tiene relaciones sin protección. Está formado por 32 perlas de colores, un anillo de hule negro y una flecha. Cada perla del collar representa un día del ciclo.

La perla roja representa el primer día de menstruación o sangrado. Luego vienen 6 perlas cafés que representan días infértiles de la mujer (días 2 al 7). Luego 12 perlas blancas que representan los días fértiles de la mujer (días 8 al 19). Luego hay 13 perlas cafés, que representan días infértiles (día 20 al final del ciclo). Funciona bien para mujeres con ciclos entre 26 y 32 días de duración.

El marcador de hule negro se utiliza para señalar el día del ciclo menstrual en que se encuentra. La flecha indica hacia dónde debe empezar a mover el hule negro y el conteo de los días del ciclo.

Además del collar, debe utilizarse un calendario para anotación del primer día de sangrado de cada ciclo menstrual y una tarjeta con instrucciones para el mejor uso del método.

Metodología

Hable con su pareja, decidan juntos lo que harán en los días de mayor riesgo de embarazo. El primer día de menstruación se coloca el anillo de hule sobre la perla roja y allí se deja hasta el día siguiente, al mismo tiempo la pareja debe marcar en su calendario sólo el primer día de sangrado de cada uno de sus ciclos.

Al día siguiente (2º día del ciclo), se mueve el anillo a la siguiente perla (primera perla café) aunque todavía esté sangrando.

Los siguientes días se mueve el anillo una perla cada día, siempre en la misma dirección hasta que termine el ciclo, de preferencia siempre a la misma hora para evitar que se le olvide.

Las perlas están en el siguiente orden: la primera es roja, seguida de 6 marrones, luego 12 blancas seguidas de 7 marrones, seguida de una de color marrón más oscuro y finalmente 5 marrones con el cilindro final, la perla marrón oscuro sirve para indicarle si su ciclo es menor de 26 días.

Cuando el anillo esta sobre cualquier perla blanca (los días fértiles del ciclo), la pareja no debe tener relaciones sexuales o tenerlas con protección

Cuando el anillo esta sobre cualquier perla café o marrón o durante la menstruación (los días infértiles) la pareja puede tener relaciones sexuales.

Si la pareja no está segura de haber movido el anillo, puede consultar en el calendario la fecha del primer día de sangrado, contar en el calendario los días que han pasado desde que le vino la menstruación, luego contar las perlas en el collar y pasar el marcador a la perla que corresponda.

Quienes pueden utilizarlo:

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

Mujeres con ciclos menstruales entre 26 a 32 días de duración.

Si la mujer esta dando de mamar o ha suspendido la lactancia, debe haber tenido por lo menos 3 ciclos post parto, el último de los cuales debe haber sido de 26 a 32 días.

Si ha dejado de usar anticonceptivos hormonales inyectables, sólo de progestágeno (Depoprovera, Noristerat), deberá haber tenido por lo menos un ciclo de 26 a 32 días antes de empezar a utilizar el collar.

Si ha estado utilizando anticonceptivos orales, debe haber tenido su menstruación antes de empezar a utilizar el collar.

Ventajas

- ✚ No requiere supervisión médica.
- ✚ No necesita tratamientos adicionales ni procedimientos quirúrgicos.
- ✚ Fomenta la participación del hombre en la anticoncepción.
- ✚ Le ayuda a saber cómo funciona su fecundidad.

Desventajas

- ✚ No debe ofrecerse a parejas que no pueden evitar las relaciones sin protección: Días de perlas blancas.
- ✚ No debe ofrecerse a mujeres con ciclos menores de 26 días (muy cortos), ni mujeres con ciclos mayores de 32 días (muy largos).
- ✚ No protege contra las infecciones de transmisión sexual (ITS) y el VIH/SIDA. (1,3,4,5,6,7,8)

b.- De Barrera

Preservativo femenino

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

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

Lineamientos generales y específicos para su prescripción:

Brindar consejería adecuada que permita a la usuaria el uso correcto del condón, utilizando en la medida de las posibilidades ilustraciones gráficas.

Brindar a la usuaria un plegable que contenga las instrucciones sobre el uso correcto.

Recomendar la combinación con espermicidas.

Recomendar evitar lubricantes no acuosos como aceites, crema, vaselina, etc.

Orientar sobre su efectividad, en la prevención de ITS/SIDA.

Forma de administración:

Utilizar un condón nuevo para cada relación sexual.

Abrir cuidadosamente el sobre para evitar romper el condón.

No utilizar un condón dañado o vencido.

Después de la eyaculación retirarlo suavemente de la vagina y así prevenir que se derrame el semen.

Desechar el condón y botarlo en un lugar apropiado.

Ventajas

- ✚ No requieren receta médica.
- ✚ Son desechables.
- ✚ Ofrece protección contra las enfermedades de transmisión sexual.

Desventajas

- ✚ Interfiere con la espontaneidad del coito.
- ✚ Debe tenerse cuidado al almacenarlos, debe hacerse en lugares secos, protegidos del calor y de la humedad excesiva.
- ✚ Requiere del uso de un condón nuevo en cada acto sexual.

✚ Si no se utiliza correctamente cada vez que se tengan relaciones sexuales, puede fallar en su protección contra el embarazo, las ITS y la transmisión del VIH.

✚ No debe haber contacto genital (Pene-Vagina) sin preservativo. (1,5,17,19, 20)

c.- Mecánicos

Dispositivo intrauterino (DIU)

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

Duración y Efectividad anticonceptiva

Este método brinda del 97 al 98% de protección anticonceptiva. La T Cu 380^a es altamente efectiva por un mínimo de 10 años. La tasa de fallo es de 1 en 125 a 170 mujeres en el primer año de uso.

Lineamientos generales para la prescripción.

Momento de colocación:

El DIU puede ser insertado en los siguientes momentos:

Período ínter genésico: El DIU se inserta preferentemente durante la menstruación o en cualquier día del ciclo cuando se esté razonablemente seguro de que no hay embarazo.

Post placenta: La inserción debe realizarse dentro de los diez minutos posteriores a la salida de la placenta, puede realizarse después de un parto o durante una cesárea.

Post aborto: Inmediatamente después de la aspiración endouterina o después del legrado por aborto.

Pre alta de la unidad de salud: Tras la resolución de cualquier evento obstétrico, al momento del egreso hospitalario y antes de que sea enviada a su domicilio.

Puerperio tardío: Entre la cuarta y sexta semana post aborto, posparto o post cesárea.

o Examen de seguimiento a las seis semanas

o Después de realizada la inserción, deje descansar a la mujer durante algunos minutos recostada o sentada.

Antibiótico profiláctico, si el caso lo amerita. Doxiciclina 100 mg cada 12 horas tomado por tres días (controversial en al inserción del DIU)

Mecanismo de Acción del DIU T de Cu:

- ✚ Al liberar cobre actúa interfiriendo el proceso reproductivo antes de que ocurra la fertilización.
- ✚ Afecta la capacidad de migración de los espermatozoides de pasar a través de la cavidad uterina inmovilizándolos o destruyéndolos.
- ✚ Altera el moco cervical, espesándolo, disminuyendo de esta forma la movilización y la capacidad de penetración de los espermatozoides, este mecanismo es mas intenso por los cambios que provoca en la cantidad y viscosidad del moco cervical en el caso de DIU con levonorgestrel.
- ✚ Aumenta la fagocitosis en la cavidad uterina. (1,14,15,16)

d.- Hormonales

Métodos hormonales orales combinados.

Eficacia

Su eficacia es alrededor del 97 al 99% cuando se utilizan en forma correcta y consistente (0.1 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso, 1 en cada 1000). Esta efectividad en la población general, puede disminuir hasta un 92% por el uso incorrecto de la toma de la píldora, la tasa de falla es de 0.2 a 1 embarazo en cada 100 mujeres por año de uso.8

Métodos Hormonales

Orales: Lofemenal (tableta)

Lineamientos específicos para su prescripción

Proporcionar consejería.

Prescribir dosis baja y micro dosis en mujeres que la toman por primera vez.

En el primer ciclo de uso, deben iniciarse preferentemente dentro de los 5 primeros días del ciclo menstrual.

En amenorrea puede comenzar a tomarse los anticonceptivos orales combinados en cualquier momento, siempre y cuando este segura de no estar embarazada. Deberá abstenerse de mantener relaciones sexuales o utilizar alguna protección anticonceptiva adicional hasta el siguiente ciclo.

En lactancia, después de 3 semanas si no está lactando.

En amenorrea por lactancia y han pasado ya más de 6 meses post- parto, puede utilizar los anticonceptivos hormonales combinados orales.

Después de 6 meses del post- parto y con presencia de ciclos menstruales, puede utilizar anticonceptivos hormonales combinados orales.

En post- aborto iniciar en los primeros 7 días post- legrado o post-aborto.

Forma de administración

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

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

Este método debe suspenderse 2 semanas antes de una cirugía mayor o durante inmovilización prolongada y reiniciarse 2 semanas después.

En caso de atraso de ingesta de la tableta hasta de 12 horas, tome un comprimido lo más antes posible seguido de la ingesta habitual horaria de la tableta, si el atraso es mayor de 12 horas, además de la indicación anterior, utilice un método adicional.

Si el olvido es de dos tabletas o por dos días, ingiera 2 tabletas por 2 días y luego continúe tomando la píldora de forma habitual, utilice además un método adicional o absténgase de relaciones sexuales. Si el olvido es repetitivo, oriente a la usuaria para cambio del método.

En caso de olvido de tomar tres tabletas consecutivas (píldora activa, días 1-21): El método ya no es efectivo, se debe suspender la toma de las restantes tabletas utilizar un método de barrera durante el resto del ciclo y reiniciar la toma en el siguiente ciclo menstrual. En caso de ser repetitivo el olvido orientar para cambio de método.

Informar a la usuaria sobre la posibilidad de manchado al olvidar de tomar la tableta, esto no es síntoma de peligro.

Procedimientos para la prescripción:

Brindar Consejería.

Determinar el estado de salud, detectar riesgo reproductivo y condiciones que requieren atención libre o seguimiento cercano o atención médica a fin de controlarlas y tratarlas.

Realizar Historia clínica completo, toma de muestra para citología cérvico vaginal (Papanicolaou), toma de muestra para exámenes y Pruebas de laboratorio clínico.

Instruir a la mujer sobre el uso adecuado de la tableta o grageas, tomarlas diariamente, sin interrupción y siempre a la misma hora.

No es requisito absoluto para la prescripción de este método el examen pélvico.

Seleccionar el método con consentimiento informado.

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

A quienes indicar qué tipo de anticonceptivo hormonal combinado continuo.

Duración de la protección anticonceptiva:

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

Métodos hormonales inyectables intramusculares hormonales combinados mensuales.

Mecanismo de acción:

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

La primera aplicación debe hacerse

Entre el 8vo. y 10mo día del ciclo para Depoprovera,
Durante el primer día de inicio de la menstruación para la Mesigyna intramuscular en región glútea.

En amenorrea: Puede recibir la primera inyección en cualquier momento, siempre y cuando este razonablemente segura de que no esta embarazada. En post parto y post cesárea después de 3 semanas si no está lactando.

En posparto o post cesárea:

Después de 3 semanas si no está lactando.

Si esta lactando y tiene mas de 6 meses y se encuentra en amenorrea, puede aplicarse la inyección y manejarse como en amenorrea.

Si presenta ciclos menstruales y han pasado más de 6 meses post parto o post cesárea, puede recibir la primera inyección tal como se aconseja para otras mujeres con ciclos menstruales.

En post aborto: Iniciar en los primeros 7 días post legrado

Las aplicaciones subsiguientes deben hacerse:

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

Deben suspenderse 45 días antes de una cirugía mayor electiva o durante la inmovilización prolongada de alguna extremidad y reiniciarse dos semanas después de reintegrarse a actividades normales.

Hormonales inyectables intramusculares sólo con progestágenos de depósito trimestrales

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

Tipos y presentación:

Frascos que contienen un sólo progestágeno sintético de depósito:

Acetato de Medroxiprogesterona (DMPA) 150 mg. en frasco-ampolla de 1 ml. con suspensión acuosa micro cristalina. (Depoprovera)

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

Proporcionar consejería específica:

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

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

Forma de administración:

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

Administración de inicio:

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

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

En el posparto o post cesárea

Si está lactando, aplicarla después de 6 semanas posteriores al nacimiento.

Si no está lactando, a los 7 días del nacimiento o de inmediato.

Si esta utilizando el método de lactancia amenorrea (MELA) y desea cambio de método, después de seis meses de lactancia.

Puede recibir la primera inyección en cualquier momento.

En el post aborto

De inmediato o dentro de los primeros 7 días.

De preferencia utilizar este método sólo durante la lactancia.

Administraciones subsiguientes:

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

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

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

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

Duración de la protección anticonceptiva:

La protección anticonceptiva está limitada a cada uno de los ciclos durante los cuales se aplique el método inyectable trimestralmente o bimensualmente en forma correcta. (1,2,3,4,5,6,7)

1.2 Métodos permanentes

a.- Oclusión tubárica bilateral (OTB)

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

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

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

1- Según vía de acceso:

Minilaparatomía (MINILAP).

Laparotomía.

Laparoscopia.

Colpotomía posterior. (No recomendada como uso de rutina, se facilita el uso de fimbriectomía que tiene un porcentaje alto de fallas).

2.- Según la técnica quirúrgica:

Mini laparotomía:

Pomeroy o Pomeroy modificada, son las técnicas más recomendadas.

Otras Técnicas conocidas son:

✚ Uchida

✚ Madlenern

✚ Fimbriectomía

✚ Aldridge

✚ Kroener

Laparoscopia:

Oclusión mecánica mediante la aplicación de anillo de Yoon o Clip.

Electro fulguración.

3.- Según técnica anestésica:

Con anestesia local más sedación.

Con anestesia regional, Bloqueo Epidural.

Con anestesia general

4.- Según el momento de realización:

Intervalo ínter genésico: Efectuar en cualquier momento del ciclo si se tiene la certeza de ausencia de embarazo.

Posparto: Efectuar inmediatamente o en los primeros 7 días pos parto, el fondo uterino esta cerca del ombligo y permite el acceso a través de incisión sub umbilical.

Trans cesárea: Efectuar en el transcurso de la cirugía, después de la expulsión de la placenta y luego de haber cerrado la Histerotomía.

Post aborto: Efectuar inmediatamente o dentro de los primeros 7 días, siempre que no haya infección.

Mecanismo de acción:

Acceso a la cavidad abdominal y técnica quirúrgica: Minilaparotomía o Laparoscopia.

La vía de acceso a la cavidad abdominal será por mini laparotomía y el procedimiento de elección la técnica de Pomeroy modificada, que incluye salpingectomía, corte, sección y ligadura de las trompas con catgut simple 0 y los extremos cortados de las trompas ligados con seda 0. En las unidades que cuenten con Laparoscopia pueden usar esta técnica aplicando anillos de Yoon o Clips o Grapas o Cauterización siempre que cuenten con personal capacitado y equipo necesario. Todo con el fin de evitar que el óvulo y el espermatozoide puedan unirse.

Duración de la protección anticonceptiva:

Este método anticonceptivo es de acción permanente, la usuaria debe estar plenamente consciente de esta característica antes de la realización del procedimiento quirúrgico. (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 14, 15)

VII. DISEÑO METODOLOGICO

Tipo de estudio:

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal.

Área de estudio:

El estudio se realizó en el área de Gineco-Obstetricia del Hospital Escuela Asunción de Juigalpa en el mes de Febrero del 2016.

Universo:

El universo lo constituyeron 350 usuarias del departamento de Gineco obstetricia del Hospital Escuela asunción Juigalpa.

MUESTRA:

La selección de la muestra es no probabilística.

La muestra fue constituida por 50 usuarias externas que corresponden 14.2% al del universo y fueron escogidas de acuerdo a los criterios de inclusión del estudio.

Se escogieron a 2 usuarios internos que están a cargo de brindar la consejería sobre los métodos anticonceptivos.

Criterios de Inclusión:

1. Todas las usuarias externas a las que se les realizó la entrevista en el departamento de Gineco obstetricia.
2. Todas las usuarias externas que se encuentran en el departamento de Gineco obstetricia los días que se realizó las entrevistas y que aceptaron cooperar con el presente estudio.
3. Los usuarios internos que brindan la consejería sobre los métodos anticonceptivos.

Criterios de exclusión:

1. Todas las usuarias externas e internas que se negaron a contestar la encuesta.

Técnicas y procedimientos:

Para obtener la información se procedió a realizar las siguientes actividades:

1. Se elaboró un instrumento de recolección de datos.

2. Se realizó la validación del instrumento de recolección con las pacientes para probar si las preguntas estaban claras.
3. Observación del local donde se brindó la consejería.
4. Se entrevistó a las usuarias interna y externas del servicio de Gineco-obstetricia.

Los instrumentos constan de preguntas cerradas a las cuales se le asignó valores, para sintetizar la información se utilizaron los índices sumatorios.

En el cuadro siguiente se describen los criterios de valoración de cada componente de la calidad, considerando el número de respuestas correctas según componentes de calidad, usuarios, investigador. (Ver tabla)

Componentes	Valoración de los componentes de la calidad.		
Estructura	Bueno	Regular	Malo
Observación de las clínicas por el observador	12 -17	07 - 11	00 – 06
Opinión de usuario interno	13 -18	07 – 12	00 – 06
Opinión de usuario externo	13 -18	07 – 12	00 – 06
Proceso	Bueno	Regular	Malo
Observación por el investigador	19 - 28	10 - 18	00 – 09
Opinión de usuario interno	26 - 38	14 - 25	00 – 13
Opinión de usuario externo	28 - 40	14 - 27	00 – 13
Revisión de expedientes	19- 28	10 - 18	00 – 09
Resultado	Satisfecha	Medianamente satisfecha	Insatisfecha
Opinión del usuario interno	07 - 10	04 – 06	00 – 03
Opinión del usuario externo	08 -11	05 - 07	00 – 04

Aspecto Ético:

Previo a la realización de la entrevista se solicitó autorización a las autoridades del Hospital Escuela Asunción de Juigalpa. Asimismo, se solicitó consentimiento a usuarios internos y externos para realizar las entrevistas.

En lo que respecta a las entrevistas se les explicó el motivo del estudio a los usuarios y la importancia de su aporte acerca de la percepción sobre la calidad de los servicios prestados y recibidos cuya recomendación o queja nos servirá para mejorar la atención en función de sus perspectivas.

Las preguntas se realizaron exactamente como están escritas, de forma clara y solamente se dieron otras explicaciones si los usuarios no entendían bien las preguntas sin tratar de influenciar en sus respuestas.

El cuestionario se lleno por el encuestador.

El uso de toda la información brindada por usuarios internos y externos fue utilizado solo para efectos de investigación.

Plan de tabulación:

Una vez recolectados los datos, se procesaron electrónicamente con el sistema SPSS Digital 20.0 y los resultados obtenidos se presentaron en tablas y gráficos según variables. El análisis se hizo por frecuencia y porcentaje.

Plan de análisis:

- ✚ Características demográficas de los usuarios internos
- ✚ Características demográficas de usuarias externas.
- ✚ Frecuencia de estructura según usuarios internos/externo/observador.
- ✚ Frecuencia de proceso según usuarios internos/externo.
- ✚ Frecuencia de resultado según usuarios internos/externo.
- ✚ Características demográficas de los usuarios internos/ calidad de la estructura.
- ✚ Características demográficas de los usuarios externas/ calidad de la estructura.
- ✚ Características demográficas de los usuarios internos/ calidad del proceso.
- ✚ Características demográficas de los usuarios externas/ calidad del proceso.
- ✚ Características demográficas de los usuarios internos/ satisfacción.
- ✚ Características demográficas de los usuarios externas/ satisfacción.
- ✚ Perfil del usuario/ calidad del proceso de la consejería en planificación familiar desde la óptica del usuario y del observador.

Variables:**Variables relacionadas con los objetivos:**

VARIABLES POR OBJETIVO			
OBJETIVO 1	OBJETIVO 2	OBJETIVO 3	OBJETIVO 4
-Edad. -Sexo. -Escolaridad. -Ocupación. -Estado Civil. -Procedencia.	-Ambiente limpio y ordenado. -Ventilación e iluminación en las sala de maternidad. -Mobiliario en la sala de maternidad. -Privacidad visual y auditiva en los ambientes de atención. -Materiales educativos presentes -Temas abordados en los materiales educativos.	-Motivo de consulta. -Tiempo de laborar en esta unidad de salud. -Información de salud. -Presentación. -Bata. -Consejería sobre los métodos de planificación familiar. -Elección del método de planificación familiar. -Cambios o efectos secundarios de los métodos de planificación familiar	-Tiempo de espera. -Lenguaje comprensible. -Trato recibido. -Calidad de la relación usuario interno/usuario externa. -Duración de la consejería.

Operacionalización de la variable.

Variable	Definición	Dimensión	Indicador	Escala
Edad	Tiempo transcurrido en año desde el nacimiento hasta el momento de la entrevista.		Años	Menor de 20 años 20 – 34 años 35 – 49 años
Sexo	Características fenotípicas al momento de nacer.		Fenotipo	Masculino Femenino
Escolaridad	Nivel académico alcanzado por la paciente al momento de la entrevista.		Ultimo grado aprobado	Analfabeta Alfabetizado Primaria Secundaria Técnico Universidad
Ocupación	Actividad permanente que sirve de medio de vida y que determina el ingreso económico de un grupo profesional determinado.		Perfil ocupacional	Ama de casa Estudiante Profesional Otros
Estado civil	Situación de las personas física determinada por sus relaciones de familia , provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes.		Unión de pareja	Casada Soltera Acompañada Viuda

Procedencia	Lugar de origen de donde procede una persona.		Origen	Urbano Rural
Estructura	Características del mobiliario en el que se prestan los servicios, tales como recursos materiales, humanos y organizacionales.	Condición del local	Condiciones	Adecuado No adecuado
		Disponibilidad de servicios básicos	Disponibilidad	Si No
		Disponibilidad de materiales educativos	Tipo de material	Murales Folletos Videos
			Temáticas	Métodos anticonceptivos orales combinados. Métodos anticonceptivo inyectable mensual. Métodos anticonceptivos trimestrales. Métodos anticonceptivos Dispositivo intra uterino. Métodos anticonceptivos permanentes.
Proceso	Acciones realizadas para la prestación y recepción de los servicios e influye en las acciones del paciente al buscar atención médica y las acciones del personal para presentar un diagnóstico y recomendar un tratamiento.	Actividades del proceso de atención	Tipo de actividad	Saluda a la paciente al iniciar la consejería. Se presenta ante la paciente. Se dirige por su nombre. Es cortés y respetuoso. Se preocupa por comprender a la paciente.
		Actividades de promoción	Tipo de actividad	Descripción de los métodos anticonceptivos. Consejería sobre los métodos anticonceptivos. Repetir la información brindada a la paciente.
		Actividades de consejería	Tipo de actividad	Explica las ventajas y desventajas de los métodos anticonceptivos. Se le informa como se usan los métodos anticonceptivos. Aclarar las dudas a las pacientes.

Satisfacción con la atención	Grado de complacencia obtenida por un individuo posterior a su atención en la unidad de salud.	Lenguaje	Facilidad de comprensión	Fácil de entender Generalmente claro Confuso Difícil de entender
		Actividades	Tipo de actividad	Relación interpersonal Resolución de problemas

VIII. RESULTADOS

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal de calidad de la consejería sobre métodos anticonceptivos post eventos obstétricos en el Departamento de Gineco Obstetricia del Hospital Escuela Asunción Juigalpa, se realizaron entrevistas a 50 usuarias externas y a 2 usuarios internos encontrando los siguientes resultados:

El 68% de las usuarias externas tienen de 20-34 años de edad, seguido de las menores de 20 años de edad con un 28% y un 4% comprendida entre los 35-49 años de edad. El 54% con nivel de educación primaria, seguido de un 30% con educación secundaria y el 16% universitarias. El 86% eran amas de casa y un 14% estudiantes. El 76% acompañada, seguido de un 16% casada y un 8% solteras. El 72% provenían de área urbana y el 28% del área rural. (Ver anexo 1)

El 88% de las usuarias externas consideran que la unidad de salud esta limpia y ordenada, el 80% dicen que hay adecuada iluminación, el 74% refieren que hay adecuada circulación de aire, la privacidad visual y auditiva es brindada en un 34%, cuentan con adecuados mobiliarios en un 72%, 52% dicen que hay suficientes sillas o bancas y que están en buen estado. (Ver anexo 3)

El 62% de las usuarias externas refieren que en la unidad se encuentran murales con temas educativos en planificación familiar, el 30% refieren que hay folletos con temas educativos en planificación familiar. El 80% refieren que los temas abordados son de planificación familiar. (Ver anexo 4)

Al evaluar la relación médico-usuarias externas, se encontró que 62% del personal de salud le saludan al iniciar la consejería, 70% se presentan, 58% se dirigen por su nombre, 50% es cortés y respetuoso. (Ver anexo 5)

En cuanto a la prestación del servicio a las usuarias externas, se encontró que el 64% del personal de salud les preguntan si conocen sobre los métodos anticonceptivos, 70% se preocupan si comprendí lo explicado acerca de los

métodos anticonceptivos, 64% conversan sobre la decisión para la selección del métodos anticonceptivos, 76% preguntan sobre las ventajas del métodos anticonceptivos seleccionado, 68% preguntan sobre las desventajas del método anticonceptivo seleccionad, 64% preguntan sobre las reacciones adversas del método anticonceptivo seleccionado, 88% realizan una pregunta a la vez y esperan la respuesta, 84% explican sobre las ventajas de los métodos anticonceptivos, 52% explican sobre las desventajas de los métodos anticonceptivos, 50% explican sobre las reacciones adversas de los métodos anticonceptivos, 80% explican sobre los riesgos de un futuro embarazo, 96% explican como se usan los métodos anticonceptivos, 74% indican sobre el uso de medidas de protección ante el olvido de la toma de una o mas tabletas anticonceptivos, 88% crean un ambiente de confianza para que pregunte sobre sus dudas de los métodos anticonceptivos. (Ver anexo 6)

En cuanto al control de la información brindada a las usuarias externas, se encontró que un 48% del personal de salud les piden que repitan la información brindada, 62% les alentó a preguntar más sobre el tema, 68% les repitieron las preguntas de diferentes maneras cuando no entendían, 76% les dio tiempo de formular preguntas, 82% les dan tiempo suficiente para atender dudas e inquietudes, 80% las refirieron a su unidad de salud para el seguimiento del método anticonceptivo seleccionado, 98% usaron un lenguaje adecuado y un 100% utilizan bata durante la consejería. (Ver anexo 7)

En la satisfacción con la atención a las usuarias externas refieren que un 94% recibieron buen trato por parte del personal de salud que le brindo la consejería, 74% se sienten cómoda en el lugar que le brindaron la consejería, al 82% les explicaron todos los métodos anticonceptivos, 88% sienten que el método anticonceptivo seleccionado fue el mejor, 88% regresarían a este centro a buscar atención, 82% les gustaría ser atendidas por la misma persona, 82% les recomendarían a un familiar u otra persona esta unidad, 82% les gusto como fue atendida en la unidad de salud y 76% están satisfecha con la duración de la consejería. (Ver anexo 8)

El 100% de los usuarios internos son enfermeras tienen de laborar más de 6 años en la unidad de salud.

Según la condición de la infraestructura y funcionamiento de la unidad de salud, se encontró que el 100% de los usuarios internos conocen la misión y visión, así como sus derechos y funciones, como también el horario de atención.

El 100% de los usuarios internos consideran que la unidad de salud esta limpia, ordenada y que hay adecuada iluminación, refieren que hay adecuada circulación de aire, que hay privacidad visual y auditiva en la unidad de salud, refieren que cuentan con inadecuados mobiliarios, dicen que hay suficientes sillas o bancas y que el 100% se encuentran en buen estado, 100% refieren que hay material educativo expuesto en la unidad, (Ver anexo 3)

El 100% de los usuarios internos refieren que en la unidad de salud se encuentran murales y folletos con temas educativos en planificación familiar, además que los temas abordados son de planificación familiar. (Ver anexo 4)

Al evaluar la relación enfermera-usuarias, se encontró el 100% de los usuarios internos saludan al iniciar la consejería, se presentan, se dirigen por su nombre a las usuarias externas, refieren ser cortés y respetuoso.

En cuanto a la prestación del servicio a las usuarias, se encontró que el 100% de los usuarios internos preguntan sobre los métodos anticonceptivos, de igual manera todos se preocupan si comprendió lo explicado acerca de los métodos anticonceptivos, además preguntan sobre ventajas, reacciones adversas y desventajas sobre los métodos anticonceptivos, 100% realizan una pregunta a la vez y esperan la respuesta, explican sobre las ventajas y desventajas sobre los métodos anticonceptivos, explican sobre las reacciones adversas de los métodos anticonceptivos, 100% explican sobre los riesgos de un futuro embarazo, como se usan los métodos anticonceptivos, indican sobre el uso de medidas de protección ante el olvido de la toma de una o mas tabletas anticonceptivos y crea un

ambiente de confianza para que pregunten sobre sus dudas de los métodos anticonceptivos. (Ver anexo 6)

En cuanto al control de la información brindada a las usuarias, se encontró que un 100% de los usuarios internos piden que repitan la información brindada , alentó a preguntar más sobre el tema y les repitió las preguntas de diferentes maneras cuando no entendían, 50% les dieron tiempo de formular preguntas, 50% les dan tiempo suficiente para atender dudas e inquietudes, las refirieron a su unidad de salud para el seguimiento del método anticonceptivo seleccionado, uso un lenguaje adecuado y utilizó bata durante la consejería. (Ver anexo 7)

Según la satisfacción con la atención, todos los usuarios internos refieren recibir buen trato por parte de su jefe y de sus compañeros, se sienten satisfechos con el cargo que desempeñan, le dan respuestas a los problemas de salud de las pacientes, le explican a sus pacientes sobre sus problemas, le dan cita para su seguimiento y consideran adecuada la atención brindada a las usuarias, 50% de los usuarios internos refieren estar satisfecha con la carga de trabajo , un 50% no estar satisfecho, el 100% consideran que reciben un salario injusto.

El 12% de las usuarias externas consideran que la calidad de la estructura de las instalaciones es buena, el 56% regular y un 32% mala. El 100% de los usuarios internos consideran que las instalaciones son de buena calidad. El 100% del observador consideran que las instalaciones son de buena calidad. (Ver anexo 10)

La calidad del proceso según las usuarias externas es buena en un 72% y el 28% regular. Los usuarios internos consideran la calidad del proceso buena en un 50% y el 50% regular. (Ver anexo 11)

La calidad de la satisfacción según las usuarias externas fue buena en un 82%, el 6% regular y mala en 12%. Los usuarios internos consideran la calidad de la satisfacción buena en un 100%. (Ver anexo 12)

IX. ANÁLISIS DE RESULTADOS

Los resultados obtenidos mediante las entrevistas realizadas a las usuarias externas se encontraban entre las edades de 20-34 años con un 68%, seguida de las menores de 20 años con un 28% coincidiendo con los resultados obtenidos por Chacón donde encontró que la mayoría eran de edad promedio de 23-30 años, escolaridad secundaria y ama de casa.

La mayoría de las usuarias tenían una educación de primaria (54%), seguida de secundaria (30%) y universitarias (16%), la ocupación eran amas de casa (86%) y estudiantes (14%), estado civil acompañada (76%), seguidas de las casadas (16%) y solteras (8%), De procedencia rural (72%) y urbana (28%).

Con respecto a la infraestructura y funcionamiento de la unidad de salud; las usuarias externas como los usuarios internos consideraron que la unidad de salud se encontraba limpia y ordenada, con una adecuada iluminación y ventilación. El 52% de las usuarias externas consideran que hay suficientes sillas y que se encuentran en buen estado, los usuarios internos consideran que las sillas no son suficientes, pero se encuentran en buen estado.

Sobre la privacidad visual y auditiva en el lugar de atención encontramos que el 34% de las usuarias externas consideran que no hay comodidad a la hora de expresar sus problemas y también el 100% de usuarios internos afirmaron lo mismo.

Con relación al material educativo disponible para la consejería manifestaron las usuarias externas y los usuarios internos que hay murales con temas educativos en planificación familiar, los usuarios internos afirman que cuentan con folletos educativos en planificación familiar, lo contrario afirmaron solo el 30% de las usuarias externas de la existencia de folletos.

La calidad de la estructura; Según los usuarios internos es buena con un 100%, pero según las usuarias externas el porcentaje es menor en un 24%. Es importante destacar según bibliografía consultada que una buena estructura incrementa la probabilidad de un buen proceso y un buen proceso incrementa la probabilidad de un buen resultado.

Al evaluar el proceso de la consejería tomando en cuenta la relación enfermera-usuarias, la prestación del servicio y el control de la información brindada se encontró: Existe una adecuada relación medico-usuaria, ya que los usuarios externos afirman que se cumplen con la mayoría de los parámetros evaluados (saludo a la usuaria al iniciar la consejería, el personal de salud se presenta, se dirige a la usuaria por su nombre, el personal es cortés y respetuoso, crean un ambiente de confianza para despejar dudas, el personal se preocupa por comprender a la usuaria, utiliza un lenguaje comprensible, así como el funcionamiento y el uso de los métodos anticonceptivos brindados en la consejería). Datos similares se obtuvieron en la información brindada por los usuarios internos. Esto coincide con el estudio de Matamoros y Chavarría en donde se encontró que la relación paciente proveedor era buena. En cuanto a la prestación del servicio es importante que el consejero se convierta en una persona destinada a educar y proporcionar información básica a las pacientes haciendo énfasis en la descripción de los métodos anticonceptivos, ventajas, desventajas, beneficios y posibles efectos secundarios, así como comunicar a la usuaria cuales son los métodos anticonceptivos y describir como se usa el método.

Durante la consejería se encontró que las usuarias externas solo en un 48% se les pidió que repitiera la información brindada, contradictorio a la respuesta brindada por los usuarios internos que manifestaron que a todas las usuarias se les pidió que repitieran la información dada.

Al valorar la calidad de todo el proceso de consejería encontramos que fue buena para el usuario externo en un 72% y para el usuario interno en un 100%

En cuanto a la percepción de la satisfacción de la atención brindada encontramos que el 100% de los usuarios internos están satisfechos con su trabajo, reciben buen trato por parte de su jefe y compañeros de trabajo, explican a las pacientes sus problemas, dan cita para próximas consultas, consideran adecuada la atención brindada a las usuarias, sin embargo, no así por el salario recibido que lo consideran injusto en un 100% y solo un 50% no esta satisfecho con la carga de trabajo.

Al evaluar todas las variables relacionadas a la satisfacción, los usuarios internos los cinco entrevistados la consideran buena, para las usuarias externas el grado de insatisfacción fue del 18%, datos similares fueron encontrados por la federación internacional de planificación familiar, región del hemisferio occidental, en los años 1993 hasta 1996, en 89 encuestas a más de 15000 clientas en ocho países de América latina y el Caribe. Encontraron que el mayor grado de insatisfacción fue del 20%.

X. CONCLUSIONES:

1. Las edades de las usuarias en orden de frecuencia estuvieron comprendidas los grupos etáreos de 20-34 años, seguida de las menores de 20 años, tenían una educación primaria seguida de las de secundaria y universitarias, cuya ocupación era amas de casa, acompañada y del área rural.
2. Las usuarias externas calificaron la infraestructura como buena solo un 12%; los usuarios internos y el observador calificaron la estructura como buena.
3. La calidad del proceso según las usuarias externas y los usuarios internos la calificaron que no es buena en un porcentaje considerable.
4. La satisfacción de las usuarias con relación a la consejería brindada se obtuvo que en un buen porcentaje fue buena para ambos usuarios.

XI. RECOMENDACIONES:

1. El nivel primario de atención debe identificar a las usuarias con riesgo reproductivos, mayores de 34 años y adolescentes, con educación primaria y secundarias, acompañada y del área rural para brindarles consejería sobre los métodos anticonceptivos.

Para el Hospital Escuela Asunción Juigalpa debe garantizar un método anticonceptivo a todas las pacientes que egresen del departamento de Gineco-obstetricia previo a consejería brindada. Así mismo debe descentralizarse la responsabilidad del componente involucrándose al personal médico.

2. Habilitar un local para la realización de las consejerías sobre métodos anticonceptivos post eventos obstétricos en el departamento de Gineco obstetricia del Hospital Escuela Asunción, mediante la gestión con el Ministerio de salud u organismo no gubernamental.

3. Incluir en el programa de educación continúa del Hospital Escuela Asunción talleres de capacitación al personal médico y enfermería sobre métodos anticonceptivos.

4. Realizar un estudio similar a los usuarios internos con una muestra significativa para obtener datos confiables que sirvan de insumos para el mejoramiento de la atención.

XII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICA

1. República de Nicaragua, Ministerio de Salud. MINSA. Normativa – 002. Norma y Protocolo de Planificación Familiar. Managua, Mayo – 2008.
2. OMS y OPS, Red de salud de las mujeres latinoamericanas y del Caribe. Las madres siguen en riesgo. Washington; 1988.pp.68.
3. Franco, María. Nivel de satisfacción en un programa de planificación familiar atendidos por médicos y enfermeras del municipio de Acapulco, México durante el mes de octubre del 2003.
4. Ya-Shin Lin y Lynne Miller; evaluación de la calidad de los servicios de planificación familiar a nivel de establecimiento en Malawi, septiembre 2002.
5. Chacón, Marisela y Gómez, Celina; Evaluación del programa de Planificación familiar en el área rural del sur de Estado de nuevo León. 15 de diciembre del 2004. Monterrey, N.L. México.
6. Matamoros, Ximena y Chavarría, Luis. Calidad de atención en el subprograma de planificación familiar en el centro de salud de Villa Venezuela, noviembre y diciembre de 1997.
7. Medrano Moncada, Yadira; Calidad de los servicios de salud reproductiva prestados a usuarios/as de municipios seleccionados de Chinandega, León y distrito IV de Managua, marzo de 1997, Managua, GTZ.1997.pp.90.
8. Zepeda, Karina, Silva, Julia y Días, Rafael. Consejería en planificación familiar a usuarias atendidas en unidades de salud de Managua, septiembre- octubre de 1999.
9. Delgado, Ángela y Enriques Daysi. Calidad de atención en salud brindada a las usuarias del subprograma de planificación familiar en el centro de salud Pedro Narvárez Cisneros de Jinotepe, Carazo en el periodo octubre – diciembre del 2003.
10. Olivero Molina, Celia; calidad de atención del puerperio inmediato en el servicio de maternidad posterior al plan de intervención Hospital Fernando Vélez Paiz, septiembre – noviembre del 2006.

11. Castillo, Medina, Eliezer. Cruz, Francisco. Calidad de la consejería sobre métodos anticonceptivos brindada a mujeres en edad fértil en las unidades de salud, San Carlos, Rio San Juan, abril 2008.
12. Aguirre, Héctor. Evaluación de la calidad de la atención médica: expectativas de los pacientes y de los trabajadores de las unidades médicas. Salud publica de México. Vol. 32 marzo – abril 1990.pp 170.180.
13. Donavedian, Avedis; la calidad de la atención médica. Definición y métodos de evaluación; ediciones Copilco, S.A. 1984.pp 4-151.
14. Marguet Palomer, R. Garantía de calidad en atención primaria en salud; introducción. Barcelona, España. Ediciones Doyma, 1993.pp.2.
15. República de Nicaragua, Ministerio de Salud. Disposiciones para la entrega de Métodos anticonceptivos en comunidades de difícil acceso, dirección del primer nivel de atención, departamento de atención integral a la mujer, departamento promoción de la salud, MINSA, 2003.
16. República de Nicaragua, Ministerio de Salud. Garantía de la calidad; El programa de calidad total en los servicios de salud. Agosto 1995.pp.9.
17. República de Nicaragua, Ministerio de Salud. Dirección General de Atención integral a la mujer y la niñez, AIMYN; Normas de Planificación familiar. 2da edición, 1997.
18. República de Nicaragua, Ministerio de Salud. Primer taller sobre calidad total en los servicios de salud; informe final, Managua. Junio 1995.pp.7.
19. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, UNAN, Managua, Facultad de Ciencias Médicas, Maestría en Salud Sexual y Reproductiva; modulo de adolescente. Mayo 2006.
20. Timothy Williams, Jessie Schutt-Aine e Yvette Cuca. Evaluación de la calidad de los servicios de planificación familiar a través de encuestas de satisfacción de clientes 1993 – 1996.

ANEXOS

ANEXO N°1:

Características demográficas de las usuarias externas que recibieron consejería sobre anticoncepción post evento obstétrico en el departamento de Gineco-obstetricia del Hospital Escuela Asunción, febrero 2016.

Características Demográficas	n=50	
	Nº	%
Edad		
<20AÑOS	14	28%
20-34 AÑOS	34	68%
35-45 AÑOS	2	4%
Escolaridad		
Secundaria	15	30%
Primaria	27	54%
Universitario	8	16%
Ocupación		
Ama de casa	43	86%
Estudiante	7	14%
Estado civil		
Casado	8	16%
Soltero	4	8%
Acompañado	38	76%
Procedencia		
Urbana	14	28%
Rural	36	72%

Fuente: Entrevista a usuarios externos en el departamento de Gineco obstetricia del Hospital Escuela Asunción Juigalpa, febrero 2016.

ANEXO N°2:

Características demográficas de los usuarios internos que brindaron consejería sobre anticoncepción post evento obstétrico en el departamento de Gineco-obstetricia del Hospital Escuela Asunción, febrero 2016.

Características demográficas	n=5	
	Nº	%
Edad		
20-34 AÑOS	0	0%
35-55 AÑOS	2	100%
Perfil laboral		
Medico	0	0%
Enfermera	2	100%
Sexo		
Masculino	0	0%
Femenino	2	100%
Estado civil		
Casado	1	50%
Soltero	0	0%
Acompañado	1	50%
Procedencia		
Urbana	2	100%
Antigüedad laboral		
<1 año	0	0%
>6 años	2	100%

Fuente: Entrevista a usuarios internos en el departamento de Gineco obstetricia del Hospital Escuela Asunción, febrero 2016.

ANEXO N°3:

Condición de la infraestructura donde se brinda la consejería sobre anticoncepción post evento obstétrico a las usuarias del departamento de Gineco-obstetricia del Hospital Escuela Asunción, febrero 2016.

Condición de la infraestructura	USUARIOS			
	Externos n=50		Internos n=2	
	Nº	%	Nº	%
Funcionamiento de la unidad de salud				
Conoce la misión y visión del servicio	-	-	2	100
Conoce sus derechos y funciones	-	-	2	100
Conoce el horario de atención de esta unidad	-	-	2	100
Condiciones del local				
El ambiente esta limpio y ordenado	44	88	2	100
Cuenta con luz artificial o natural adecuada en los ambientes de atención.	40	80	2	100
Tiene circulación de aire adecuada en los ambientes de atención	37	74	2	100
Hay privacidad visual y auditiva en los ambientes de atención.	17	34	1	50
Cuentan con adecuados mobiliarios.	36	72	1	50
Servicios básicos				
Hay suficientes sillas o bancas	26	52	1	50
Se encuentran en buen estado las sillas o bancas	26	52	2	100
Hay material educativo expuesto al usuario	32	64	2	100

Fuente: Entrevista a usuarios externos e internos en el departamento de Gineco obstetricia del Hospital Escuela asunción, febrero 2016.

ANEXO N°4:

Temas abordados en el material educativo expuesto donde se brinda la consejería sobre anticoncepción post evento obstétrico a las usuarias del departamento de Gineco-obstetricia del Hospital Escuela Asunción, febrero 2016.

Temas abordados en el material educativo	USUARIOS			
	Externos n=50		Internos n=2	
	Nº	%	Nº	%
Material educativo expuesto				
Murales con temas educativos en Métodos anticonceptivos.	31	62	2	100
Folletos educativos con contenidos de Métodos anticonceptivos.	15	30	2	100
Temas abordados				
Planificación familiar	40	80	2	100

Fuente: Entrevista a usuarios externos e internos en el departamento de Gineco obstetricia del Hospital Escuela asunción, febrero 2016.

ANEXO N°5:

Relación del personal de salud/usuario durante la consejería brindada sobre anticoncepción post evento obstétrico a las usuarias del departamento de Gineco-obstetricia del Hospital Escuela asunción, febrero 2016.

Relación del personal de salud/usuarios	USUARIOS			
	Externos n=50		Internos n=2	
	Nº	%	Nº	%
El personal saluda al iniciar la consejería	31	62	2	100
El personal de salud se presenta	35	70	2	100
El personal de salud se dirige a usted por su nombre	29	58	2	100
El personal de salud es cortés y respetuoso con usted	50	100	2	100

Fuente: Entrevista a usuarios externos e internos en el departamento de Gineco obstetricia del Hospital Escuela asunción, febrero 2016.

ANEXO N°6:

Prestación del servicio del personal de salud a usuarios durante la consejería brindada sobre anticoncepción post evento obstétrico a las usuarias del departamento de Gineco-obstetricia del Hospital Escuela Asunción, febrero 2016.

Prestación de servicio	USUARIOS			
	Externos n=50		Internos n=2	
	Nº	%	Nº	%
El personal de salud pregunta si conoce sobre Métodos anticonceptivos.	32	64	2	100
El personal de salud se preocupa si comprendió lo explicado acerca de los Métodos anticonceptivos.	35	70	2	100
El personal de salud conversa sobre la decisión para la selección del Métodos anticonceptivos.	32	64	2	100
Le pregunta sobre las ventajas del Métodos anticonceptivos seleccionado.	38	76	2	100
Le pregunta sobre las desventajas del Métodos anticonceptivos seleccionado.	34	68	2	100
Le pregunta sobre las reacciones adversas del Métodos anticonceptivos seleccionado.	32	64	2	100
Durante la consejería el personal de salud le hace una pregunta a la vez y espera la respuesta	44	88	2	100
El personal de salud le explica sobre las ventajas de los Métodos anticonceptivos.	42	84	2	100
El personal de salud le explica sobre las desventajas de los Métodos anticonceptivos.	26	52	2	100
El personal de salud le explica sobre las reacciones adversas de los Métodos anticonceptivos.	25	50	2	100
El personal de salud le explica a la usuaria sobre los riesgos de un futuro embarazo.	40	80	2	100
El personal de salud le explica a la usuaria cómo se usan los Métodos anticonceptivos.	48	96	2	100
El personal de salud le indica sobre el uso de medidas de protección ante el olvido de la toma de una o más tabletas anticonceptivos o administración del método inyectable.	37	74	2	100
El personal de salud Crea un ambiente de confianza para que pregunte sobre su dudas de los Métodos anticonceptivos.	44	88	2	100

Fuente: Entrevista a usuarios externos e internos en el departamento de Gineco obstetricia del Hospital Escuela asunción, febrero 2016.

ANEXO N°7:

Control de la información brindada por el personal de salud a usuarios durante la consejería brindada sobre anticoncepción post evento obstétrico a las usuarias del departamento de Gineco-obstetricia del Hospital Escuela Asunción, febrero 2016.

Control de la información brindada	USUARIOS			
	Externos n=50		Internos n=2	
	Nº	%	Nº	%
El personal de salud le pide que repita la información	24	48	2	100
El personal de salud le alentó a preguntar más sobre el tema	31	62	2	100
El personal de salud le repitió las preguntas de diferentes maneras cuando no entendía	34	68	2	100
El personal de salud le dio tiempo de formular preguntas	38	76	1	50
El personal de salud le da tiempo suficiente para atender dudas e inquietudes	41	82	1	50
El personal de salud la refirió a su unidad de salud para seguimiento del Métodos anticonceptivos seleccionado.	40	80	2	100
El personal de salud uso un lenguaje adecuado	49	98	2	100
El personal de salud utilizó bata durante de la consejería.	50	100	2	100

Fuente: Entrevista a usuarios externos e internos en el departamento de Gineco obstetricia del Hospital Regional Escuela Asunción, febrero 2016.

ANEXO N°8:

Satisfacción de la consejería brindada sobre anticoncepción post evento obstétrico en las usuarias del departamento de Gineco-obstetricia del Hospital Escuela Asunción, febrero 2016.

Satisfacción de las usuarias externas	n=50	
	Nº	%
Recibió buen trato por parte del personal que le brindo la consejería.	47	94
Se sintió cómoda en el lugar que le brindaron la consejería.	37	74
Le Explicaron de todos los Métodos anticonceptivos.	41	82
Siente que él Métodos anticonceptivos seleccionado fue el mejor.	44	88
Regresaría a este centro a buscar atención	44	88
Le gustaría ser atendido por la misma persona	41	82
Le Recomendaría a un familiar u otra persona esta unidad de salud	41	82
Le gusto como fue atendido en la unidad de salud	41	82
Está satisfecha con la duración de la consejería.	38	76

Fuente: Entrevista a usuarios externos en el departamento de Gineco obstetricia del Hospital Escuela Asunción, febrero 2016.

ANEXO N°9:

Satisfacción de la consejería brindada sobre anticoncepción post evento obstétrico en las usuarias del departamento de Gineco-obstetricia del Hospital Escuela Asunción, febrero 2016.

Satisfacción de los usuarios internos	n=2	
	Nº	%
Recibe trato adecuado de su jefe inmediato	2	100
Recibe trato adecuado de sus compañeros de trabajo	2	100
Se encuentra satisfecho con el cargo que desempeña	2	100
Está satisfecha con la carga de trabajo	2	100
Está satisfecho con el salario que recibe	0	0
Considera que da respuesta a los problemas de salud de las pacientes	2	100
Le Explica a sus pacientes sobre su problema	2	100
Dio cita para próxima consulta si es necesario	2	100
Considera adecuada la atención brindada a las usuarias	2	100

Fuente: Entrevista a usuarios internos en el departamento de Gineco obstetricia del Hospital Escuela asunción, febrero 2016.

ANEXO N°10:

Calidad de la estructura donde se brinda la consejería sobre anticoncepción post evento obstétrico a las usuarias del departamento de Gineco-obstetricia del Hospital Escuela asunción, febrero 2016.

Usuario/observador	Calidad de la estructura							
	Bueno		Regular		Malo		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Usuario interno	1	50	1	50	-	-	2	100
Usuaría externa	6	12	28	56	16	32	50	100
Observador	2	100	-	-	-	-	2	100

Fuente: Entrevista a usuarios externos e interno y observador en el departamento de Gineco obstetricia del Hospital Escuela asunción, febrero 2016.

ANEXO N°11:

Calidad del proceso de la consejería que se brinda sobre anticoncepción post evento obstétrico a las usuarias del departamento de Gineco-obstetricia del Hospital Escuela asunción, febrero 2016.

Usuarios	Calidad del Proceso							
	Bueno		Regular		Malo		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Usuario interno	2	100	-	-	-	-	2	100
Usuaría externa	36	72	14	28	-	-	50	100

Fuente: Entrevista a usuarios externos e interno en el departamento de Gineco obstetricia del Hospital Regional Escuela asunción, febrero 2016.

ANEXO N°12:

Satisfacción de la consejería que se brinda sobre anticoncepción post evento obstétrico a las usuarias del departamento de Gineco-obstetricia del Hospital Regional Escuela asunción, febrero 2016.

Usuarios	Satisfacción							
	Bueno		Regular		Malo		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Usuario interno	2	100	-	-	-	-	2	100
Usuaría externa	41	82	3	6	6	12	50	100

Fuente: Entrevista a usuarios externos e interno en el departamento de Gineco obstetricia del Hospital Regional Asunción, febrero 2016.

ANEXO N°13:

GUÍA DE OBSERVACIÓN DE ESTRUCTURA Y EQUIPAMIENTO

La presente guía de observación es para conocer las condiciones de la estructura, equipamientos con lo que se cuenta para la consejería en planificación familiar.

Condiciones de planta física

ESTRUCTURA	Si	No
Condiciones del local		
1 - El ambiente esta limpio y ordenado		
2- Cuenta con luz artificial o natural adecuada en los ambientes de atención.		
3 – Tiene circulación de aire adecuada en los ambientes de atención		
4 –Hay privacidad visual y auditiva en los ambientes de atención.		
5. Cuentan con adecuados mobiliarios.		
Servicios básicos		
6. Hay suficientes sillas o bancas		
7 – Se encuentran en buen estado las sillas o bancas		
8- Sanitarios para usuarios limpios y funcionando		
9 – Los servicios higiénicos son accesibles		
10 - Hay recipientes para depositar la basura		
11- Hay material educativo expuesto para los usuarios		
Materiales educativos expuestos		
12. Murales con temas educativos en planificación familiar		
13. Folletos educativos en planificación familiar		
14 – Videos educativos en planificación familiar		
Temas abordados		
15- Planificación familiar		
16- calidad de la estructura es: <ul style="list-style-type: none">• Bueno• Regular• Malo		

ENTREVISTA A USUARIOS INTERNOS DE LA CONSEJERIA EN ANTICONCEPTIVOS POST EVENTOS OBSTETRICOS EN ESTA UNIDAD.

Estamos haciendo un estudio con los usuarios de consejería sobre métodos anticonceptivos post eventos obstétricos para conocer su opinión sobre el servicio que se brinda en este centro. Sus respuestas son confidenciales, agradeceremos su sinceridad.

I. CARACTERISTICAS DE LAS USUARIAS INTERN@S:

- 1- **Edad:** .Menor de 20:/___/ 20 a 34/___/ 35 a 49:/___/ 50 y más: /___/
 2- **Perfil Laboral:** Medico /___/ Enfermera /___/ Auxiliar de enfermería /___/ Médico especialista /___/ Otros: /___/
 3 **Sexo:** femenino/___/ masculino /___/
 4-**Estado Civil:** Casa@ /___/ Solter@ /___/ Acompañad@ /___/ Viuda/___/
 5-**Procedência:** Rural/___/ Urbana /___/
 6- **Antigüedad laboral :**< de 1 año /___/ 1 a 5 años /___/ > 6 años/___/

ESTRUCTURA

Organización General	Si	No
7-¿Conoce la misión y visión del servicio?		
8-¿Conoce sus derechos y funciones?		
9 – Conoce el horario de atención de esta unidad		
Condiciones del local		
10 –La unidad de salud esta limpia y ordenada		
11.-cuenta con luz artificial o natural adecuada en la unidad		
12 - Circulación de aire adecuada en los ambientes de atención a las usuarias		
13 –Hay privacidad visual y auditiva en la unidad de salud		
Servicios básicos		
14.- hay suficientes sillas o bancas		
15- se encuentran en buen estado las sillas o bancas		
16- cuentan con adecuado mobiliario		
17 – Hay material educativo expuesto al usuario.		
Materiales educativos expuestos		
18. Murales con temas educativos en planificacion familiar		
19. Folletos educativos en planificacion familiar		
20 – Videos educativos en planificacion familiar		
Temas abordados		
21- Planificación familiar		
22- calidad de la estructura es:		
<ul style="list-style-type: none"> • Bueno • Regular • Malo 		

III. PROCESO

	Si	No
Relación personal de salud/usuario.		
23-El personal saluda al iniciar la consejería		
24-El personal de salud se presenta		
25-El personal de salud se dirige a usted por su nombre		
26-El personal de salud es cortés y respetuoso con usted		
Prestación del servicio		
27-El personal de salud pregunta si conoce sobre Métodos anticonceptivos.		
28- El personal de salud se preocupa si comprendió lo explicado acerca de los Métodos anticonceptivos.		
29-El personal de salud conversa sobre la decisión para la selección del Métodos anticonceptivos.		
30- Le pregunta sobre las ventajas del Métodos anticonceptivos seleccionado.		
31- Le pregunta sobre las desventajas del Métodos anticonceptivos seleccionado.		
32- Le pregunta sobre las reacciones adversas del Métodos anticonceptivos seleccionado.		
33-Durante la consejería el personal de salud le hace una pregunta a la vez y espera la respuesta		
34-El personal de salud le explica sobre las ventajas de los Métodos anticonceptivos.		
35-El personal de salud le explica sobre las desventajas de los Métodos anticonceptivos.		
36-El personal de salud le explica sobre las reacciones adversas de los Métodos anticonceptivos.		
37-El personal de salud le explica a la usuaria sobre los riesgos de un futuro embarazo.		
38-El personal de salud le explica a la usuaria cómo se usan los Métodos anticonceptivos.		
39- El personal de salud le indica sobre el uso de medidas de protección ante el olvido de la toma de una o más tabletas anticonceptivos o administración del método inyectable.		
40-El personal de salud Crea un ambiente de confianza para que pregunte sobre su dudas de los Métodos anticonceptivos.		
Control de la información brindada		
41-El personal de salud le pide que repita la información		
42-El personal de salud le alentó a preguntar más sobre el tema		
43-El personal de salud le repitió las preguntas de diferentes maneras cuando no entendía		
44-El personal de salud le dio tiempo de formular preguntas		
45-El personal de salud le da tiempo suficiente para atender dudas e inquietudes		
46El personal de salud la refirió a su unidad de salud para seguimiento del Métodos anticonceptivos seleccionado.		
47-El personal de salud uso un lenguaje adecuado		
48-El personal de salud utilizó bata durante de la consejería.		

49 La calidad del proceso es: 1. Buena __2. Regular __3.Malo __

IV. SATISFACCION CON LA ATENCION:

50 -¿Cuánto Tiempo espero la usuaria para ser Atendida?

1 - Menos De 30 Minutos: /___/ 2 - 30 a 59 Minutos; 3. mas de 1 Hora: /___/

Satisfacción de usuarias internas	Si	No
51 - ¿Recibe trato adecuado de su jefe inmediato?		
52 - ¿Recibe trato adecuado de sus compañeros de trabajo?		
53- ¿Se encuentra satisfecho con el cargo que desempeña?		
54 - ¿Está satisfecha con la carga de trabajo?		
55- ¿Está satisfecho con el salario que recibe?		
56-¿Considera que da respuesta a los problemas de salud de las pacientes?		
57-Le Explica a sus pacientes sobre su problema		
58-Dio cita para próxima consulta si es necesario		
59 -¿Considera adecuada la atención brindada a las usuarias?		
60 -¿Cobra por algún servicio de salud que brinda a las usuarias?		

61. Grado de satisfacción:

1. Buena: /___/ 2. Regular /___/ 3. Malo: /___/)

ENTREVISTA A USUARIAS EXTERNA QUE RECIBIERON CONSEJERIA EN ANTICONCEPTIVOS POST EVENTOS OBSTETRICOS.

Estamos haciendo un estudio con las usuarias de consejería sobre métodos anticonceptivos post eventos obstétricos para conocer su opinión sobre el servicio que se brinda en este centro. Sus respuestas son confidenciales, agradeceremos su sinceridad.

I. CARACTERISTICAS DE USUARIAS:

- 1- **Edad:** 1) Menor de 20:/___/ 2) 20 a 34/___/ 3) 35 a 49:/___/
 2 - **Escolaridad:** 1)Analf /___/ 2) Alfab/___/ 3) Prim/___/ 4) Secun /___/ 5) Téc/___
 6) Univ /___/
 3 -**Ocupación:** 1) Ama de casa ___ 2) Estudiante__ 3) Profesional__ 4) Otros__
 4 - **Estado Civil:** 1) Casada /___/ 2) Soltera /___/ 3) Acompañada /___/ 4) Viuda /___/
 5- **Procedencia:** 1) Rural/___/ 2) Urbana /___/;

II. ESTRUCTURA:

Infraestructura	Si	No
6-La unidad de salud está limpia y ordenada		
7- cuentan las clínicas o ambientes con adecuado mobiliarios		
8- Hay privacidad visual y auditiva en los ambientes de atención		
9- Cuenta con luz artificial o natural adecuada en los ambientes de atención		
10-Hay Circulación de aire adecuada en los ambientes de atención a los usuarios		
11- Hay suficiente sillas o bancas		
12- Se encuentran en buen estado las sillas o bancas		
Materiales educativos expuestos		
13- Murales con temas educativos en Métodos anticonceptivos.		
14-Folletos educativos con contenidos de Métodos anticonceptivos.		
15- Videos educativos con contenidos de Métodos anticonceptivos.		
Temas abordados		
16- Planificación familiar		

17- La calidad de la estructura es: 1) Buena 2) Regular 3) Mala

III. PROCESO

18- ¿Personas que brindo la consejería?

1) - Medico: /___/ 2) -Enfer/___/ 3) AuxEnfer /___/ Med Especialista: /___/ 6) - Otro:

Relación personal de salud/usuario.	Si	No
19-El personal la saluda al iniciar la consejería		
20-El personal de salud se presenta		
21-El personal de salud se dirige a usted por su nombre		
22-El personal de salud es cortés y respetuoso con usted		
Prestación del servicio		
23-El personal de salud pregunta si conoce sobre Métodos anticonceptivos.		
24- El personal de salud se preocupa si comprendió lo explicado acerca de los Métodos anticonceptivos.		
25-El personal de salud conversa sobre la decisión para la selección del Métodos anticonceptivos.		
26- Le pregunta sobre las ventajas del Métodos anticonceptivos seleccionado.		
27- Le pregunta sobre las desventajas del Métodos anticonceptivos seleccionado.		
28- Le pregunta sobre las reacciones adversas del Métodos anticonceptivos seleccionado.		
29-Durante la consejería el personal de salud le hace una pregunta a la vez y espera la respuesta		
30-El personal de salud le explica sobre las ventajas de los Métodos anticonceptivos.		
31-El personal de salud le explica sobre las desventajas de los Métodos anticonceptivos.		
32-El personal de salud le explica sobre las reacciones adversas de los Métodos anticonceptivos.		
33-El personal de salud le explica a la usuaria sobre los riesgos de un futuro embarazo.		
34-El personal de salud le explica a la usuaria cómo se usan los Métodos anticonceptivos.		
35- El personal de salud le indica sobre el uso de medidas de protección ante el olvido de la toma de una o más tabletas anticonceptivos o administración del método inyectable.		
Control de la información brindada		
36-El personal de salud le pide que repita la información		
37-El personal de salud Crea un ambiente de confianza para que pregunte sobre su dudas de los Métodos anticonceptivos.		
38-El personal de salud le alentó a preguntar más sobre el tema		
39-El personal de salud le repitió las preguntas de diferentes maneras cuando no entendía		
40-El personal de salud le dio tiempo de formular preguntas		
41-El personal de salud le da tiempo suficiente para atender dudas e inquietudes		
42-El personal de salud la refirió a su unidad de salud para seguimiento del Métodos anticonceptivos seleccionado.		
43-El personal de salud uso un lenguaje adecuado		
44-El personal de salud utilizó bata durante de la consejería.		

45-La calidad del proceso es: 1. Buena __2. Regular __3. Malo__

IV. SATISFACCION CON LA ATENCION:

46. -Cuánto tiempo le dedicaron para la consejería:

1- Menos De 30 Minutos: /___/ 2- 30 Minutos - 1 Hora: /___/ 3- 1 Hora y más: /___/

47- Las preguntas que le hicieron durante la consejería fueron: 1. Fáciles de entender/___/ 2) En general claras/___/ 3) Confusas /___/ 4) Difíciles de entender/___/

Resultado:	Si	No
	48- Recibió buen trato por parte del personal que le brinda la consejería.	
49- Se sintió cómoda en el lugar que le brindaron la consejería.		
50- Le Explicaron de todos los Métodos anticonceptivos.		
51- Siente que el Método anticonceptivo seleccionado fue el mejor.		
52- Regresaría a este centro a buscar atención		
53- Le gustaría ser atendido por la misma persona		
54- Le Recomendaría a un familiar u otra persona esta unidad de salud		
55- Le gusto como fue atendido en la unidad de salud		
56- Está satisfecha con la duración de la consejería.		

57- La calidad de la satisfacción es: 1. Buena __ 2. Regular __ 3- Malo __