



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**

TESIS

**EL USO DEL DISPOSITIVO INTRAUTERINO Y LOS
FACTORES QUE LIMITAN SU PRESCRIPCIÓN EN
MUJERES QUE ACUDEN AL CONSULTORIO DE
PLANIFICACIÓN FAMILIAR DEL C.S TAMBURCO DE
NOVIEMBRE A ENERO 2018.**

**PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE
LICENCIADA EN OBSTETRICIA**

**PRESENTADO POR LA BACHILLER:
LANDA HUAMANI, XIOMARA**

**ASESOR:
DR. SOSIMO TELLO HUARANCCA**

ABANCAY, PERÚ - 2018

DEDICATORIA

Mi tesis la dedico con todo cariño a mi mamita, TOMASA HUAMANI LLACSA por su sacrificio y esfuerzo por darme una carrera para mi futuro, por creer en mi capacidad, aunque hemos pasado momentos difíciles siempre a estado brindándome su comprensión y apoyo .

A mi amado pareja Fredy con todo mi amor y cariño, con sus palabras de aliento no me dejaban decaer para que siguiera adelante y siempre sea perseverante y cumpla con mis ideales.

AGRADECIMIENTO

A Dios, ya que gracias a él he logrado concluir mi carrera y que por siempre iluminé mi camino y guie mis pasos.

A las obstetras del Centro de Salud TAMBURCO por su colaboración.

A mi madre, por siempre brindarme tanto amor, comprensión, paciencia y su apoyo incondicional.

A mi amada pareja Fredy por brindarme cariño y comprensión y su apoyo incondicional en estos 4 años.

También a todas las personas que han colaborado de una y otra forma con la realización del proceso de la investigación.

RESUMEN

El dispositivo intrauterino T de cobre ofrece anticoncepción a largo plazo, segura, efectiva y reversible, sin interferir en las actividades cotidianas; a pesar de sus potenciales ventajas, su uso va reduciéndose mientras que otros métodos aumentan su nivel de aceptación. Existen creencias erróneas, mitos temores sobre la T de cobre que limitan su demanda, **objetivos:** Determinar el uso del dispositivo intrauterino y los factores que limitan su prescripción en las mujeres que acuden al consultorio de planificación familiar del C.S TAMBURCO de noviembre a enero 2018.

Diseño: no experimental, descriptivo transversal, **lugar:** C.S TAMBURCO, **participantes:** mujeres usuarias del consultorio de obstetricia del servicio de planificación familiar. Intervenciones: mujeres usuarias participantes conformada por 105 usuarias del servicio de planificación familiar que han aceptado el uso de algún método anticonceptivo incluyendo a las gestantes que posteriormente optaran un método anticonceptivo. El procesamiento de datos se realizó usando el paquete estadístico SPSS versión 24. Se realizó chi cuadrado son 0.000 para todos los factores menores al nivel de significancia de 0.05 entonces se rechaza la hipótesis nula (H_0); por lo tanto podemos afirmar con un nivel de confianza del 95% que los factores que limitan significativamente su prescripción son lo personal, psicológico, obstétrico y de conocimiento. **Resultados:** se encontró estadísticamente las características de la muestra identificando el rango de la edad, siendo 15 a 45 años en su mayoría; sobre el estado civil, más 78% de la muestra conviven con su pareja; sobre la ocupación, las mujeres en su mayoría son amas de casa; consta que más de la mitad de las mujeres culminaron su educación secundaria,

Se consideró conveniente coger ambos grupos tanto a gestantes y a mujeres en edad fértil donde más del 78% son mujeres en edad fértil, la mayoría de las mujeres se cuidan de manera natural o simplemente no se cuidan, el restante manifiestan cuidarse con los métodos hormonales, y de ese restante la mayoría se cuida más de 3 meses de uso de los anticonceptivos; la mayoría quedaron embarazadas en la juventud, el periodo intergenesico en las pacientes es adecuado, la mayoría manifiesta no tomar la decisión de escoger la T de cobre como anticonceptivo al ingresar al consultorio de planificación familiar.

Sobre el nivel de conocimiento acerca del dispositivo intrauterino en su mayoría manifiestan desconocer este método T de cobre o (dispositivo intra uterino).y en cuanto a lo psicológico las pacientes en su mayoría manifiestan tener mucho miedo al uso del dispositivo intrauterino.

En nuestro estudio según la prueba estadística podemos afirmar con un nivel de confianza del 95% que los factores que limitan significativamente su prescripción son lo personal, psicológico, obstétrico y de conocimiento.

Conclusiones: los temores y mitos aún prevalecen en la población femenina tales como la restricción del uso del dispositivo intrauterino en nulíparas o con antecedente de embarazo ectópico, el efecto cancerígeno y la incomodidad de los hilos del dispositivo durante el acto sexual, constantes infecciones vaginales, la atención del proveedor de salud que provoca rechazo al uso: no se brinda información suficiente para la consejería del T de cobre por falta de tiempo ya que hay mucha demanda de pacientes por ello se limitan al uso del dispositivo intrauterino.

ABSTRACT

The copper T intrauterine device offers long-term, safe, effective and reversible contraception without interfering with daily activities; Despite its potential advantages, its use is reduced while other methods increase its acceptance level. There are erroneous beliefs, myths, fears about copper T which limit its demand, objectives: To determine the use of the intrauterine device and the factors that limit its prescription in the women who come to the family planning office of C.S. TAMBURCO from November to January 2018.

Design: non-experimental, cross-sectional descriptive, place: C.S TAMBURCO, participants: women users of the obstetric clinic of the family planning service. Interventions: women participating users, consisting of 105 users of the family planning service who have accepted the use of some contraceptive method, including pregnant women who later chose a contraceptive method. Data processing was performed using the statistical package SPSS version 22. Chi squared were 0.000 for all factors below the significance level of 0.05, then the null hypothesis (Ho) was rejected; therefore we can affirm with a level of confidence of 95% that the factors that significantly limit their prescription are the personal, psychological, obstetric and knowledge. Results: the characteristics of the sample were found statistically identifying the range of the age, being 15 to 45 years in its majority; on marital status, plus 78% of the sample live with their partner; about occupation, women are mostly housewives; it is clear that more than half of the women completed their secondary education,

It was considered convenient to take both groups pregnant women and women of childbearing age where more than 78% are women of childbearing age, most of the women take care of themselves naturally or simply do not take care of themselves,

the rest say they take care of themselves with hormonal methods, and of that remaining the majority takes care more than 3 months of contraceptive use; most became pregnant in youth, the intergenerational period in the patients is adequate, most manifest not to make the decision to choose copper T as a contraceptive when entering the family planning office.

Regarding the level of knowledge about the intrauterine device, most of them show that they do not know this copper method or (intra-uterine device). As for the psychological aspect, the majority of the patients state that they are very afraid of using the intrauterine device.

In our study according to the statistical test we can affirm with a confidence level of 95% that the factors that significantly limit their prescription are the personal, psychological, and obstetric and knowledge.

Conclusions: fears and myths still prevail in the female population such as the restriction of the use of the intrauterine device in nulliparous or with a history of ectopic pregnancy, the carcinogenic effect and the discomfort of the threads of the device during sexual intercourse, constant vaginal infections, the health care provider's attention that causes rejection of use: not enough information is provided for copper T counseling due to lack of time since there is a high demand for patients, therefore they are limited to the use of the intrauterine device.

ÍNDICE

DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
RESUMEN.....	iv
ABSTRACT.....	vi
ÍNDICE	viii
ÍNDICE DE TABLAS	xi
ÍNDICE DE GRÁFICOS	xii
INTRODUCCIÓN.....	xiii
CAPÍTULO I.....	16
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	16
1.1 DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA.	16
1.2 DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	20
1.2.1 Delimitación temporal:	20
1.2.2 Delimitación geográfica:	20
1.2.3 Delimitación social:.....	20
1.3 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	21
1.3.1 Problema principal.....	21
1.3.2 Problemas secundarios	21
1.4 OBJETIVO DE LA INVESTIGACIÓN.....	21
1.4.1 Objetivo General.	21
1.4.2 Objetivos Específicos:	21
1.5 HIPÓTESIS.....	22
1.6 JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN	22
CAPÍTULO II.....	27
MARCO TEÓRICO.	27
2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	27

2.2	BASES TEÓRICAS.....	40
2.2.1	Anticoncepción con Dispositivo Intrauterino	40
2.2.1.1	Dispositivo de Cobre	40
2.2.1.2	Dispositivo con Liberación Prolongada de Levonorgestel	41
2.2.1.3	Eficacia	41
2.2.1.4	Contraindicaciones	42
2.2.1.5	Efectos Secundarios	42
2.2.1.6	Embarazo	43
2.2.1.7	Amenorrea y Sangrado	43
2.2.2	Alto Costo.....	44
2.2.2.1	Test Pre Inserción	44
2.2.2.2	Momento de Inserción.....	45
2.2.2.3	Enfermedad Pélvica Inflamatoria y DIU.....	46
2.2.2.4	Infertilidad y DIU	46
2.2.2.5	Embarazo Ectópico	47
2.2.2.6	Uso en Mujeres Nulíparas y DIU	47
2.2.2.7	Uso En Pacientes con Otras Enfermedades Médicas	48
2.2.2.8	Terapias.....	48
2.2.2.9	Dispositivo Intrauterino Liberador de Cobre	49
2.2.2.10	Dispositivo Intrauterino Liberador de Progestágeno	52
2.3	CLASIFICACION DE LOS DISPOSITIVOS INTRAUTERINOS.....	54
2.3.1	Mecanismo de acción.....	55
2.3.2	Momento de inserción.	57
2.3.3	Técnica para la inserción de un DIU	58
2.3.4	Técnica de colocación de un DIU post parto.	59
2.3.5	Problemas biológicos que pueden aparecer durante el uso del DIU....	59
2.3.6	Razones para su remoción.....	61

2.4	DEFINICION DE TERMINOS BASICOS.....	61
CAPÍTULO III.....		63
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN		63
3.1	DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	63
3.1.1	Tipo de Investigación.....	63
3.1.2	Nivel de Investigación.....	63
3.1.3	Método	63
3.2	POBLACIÓN Y MUESTRA DE LA INVESTIGACIÓN	64
3.2.1	Población	64
3.2.2	Unidad De Análisis	64
3.2.3	Muestra	64
3.3	VARIABLES.....	66
3.4	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE LA RECOLECCIÓN DE DATOS.....	67
3.4.1	Técnicas.....	67
3.4.2	Instrumentos.....	67
3.4.3	Procesamiento de la información.....	67
CAPITULO IV		68
ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS.....		68
4.1	Resultados.....	68
4.2	Discusión de resultados.....	79
CONCLUSIONES		82
RECOMENDACIÓN.....		84
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....		85
ANEXOS.....		87

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1.-Prueba de chi cuadrada para factor personal, obstétrico, psicológico, conocimiento.	78
Tabla 2.-Método anticonceptivo que usan las usuarias del consultorio planificación familiar del C.S. TAMBURCO.	69
Tabla 3.-Tiempo de uso anticonceptivo por meses de las usuarias del consultorio planificación familiar del C.S. TAMBURCO.	70
Tabla 4.-Ocupación de las usuarias del consultorio planificación familiar del C.S. TAMBURCO.....	71
Tabla 5.-Religión de las usuarias del consultorio planificación familiar del C.S. TAMBURCO.....	72
Tabla 6.-Grado de instrucción de las usuarias del consultorio planificación familiar del C.S. TAMBURCO.....	73
Tabla 7.-Número de hijos vivos de las usuarias del consultorio planificación familiar del C.S. TAMBURCO.....	74
Tabla 8.-Periodo intergenésico por meses de las usuarias del consultorio planificación familiar del C.S. Tamburco.....	75
Tabla 9.-Grado de conocimiento acerca del dispositivo intrauterino de las pacientes del C.S Tamburco.	76
Tabla 10.-Grados de temerocidad acerca del dispositivo intrauterino en las pacientes del C.S TAMBURCO.	77

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1.-Método anticonceptivo que usan las usuarias del consultorio planificación familiar del C.S. TAMBURCO.	69
Gráfico 2.-Tiempo de uso anticonceptivo por meses de las usuarias del consultorio planificación familiar del C.S. TAMBURCO.	70
Gráfico 3.-Ocupación de las usuarias del consultorio planificación familiar del C.S. TAMBURCO.....	71
Gráfico 4.-Religión de las usuarias del consultorio planificación familiar del C.S. TAMBURCO.....	72
Gráfico 5.-Grado de instrucción de las usuarias del consultorio planificación familiar del C.S. TAMBURCO.....	73
Gráfico 6.-Número de hijos vivos de las usuarias del consultorio planificación familiar del C.S. TAMBURCO.....	74
Gráfico 7.-periodo intergenésico por meses de las usuarias del consultorio planificación familiar del C.S. Tamburco.....	75
Gráfico 8.-Grado de conocimiento acerca del dispositivo intrauterino de las pacientes del C.S Tamburco.	76
Gráfico 9.-Grados de temerocidad acerca del dispositivo intrauterino en las pacientes del C.S Tamburco.	77

INTRODUCCIÓN

La T Cu 380 A es un dispositivo que se inserta en la cavidad uterina y dentro de ella libera iones de cobre. Está elaborado con un cuerpo de polietileno flexible radiopaco con dos collares horizontales de cobre de aproximadamente 66,5mg., cada uno y un bobinado de cobre arrollado en su brazo vertical de aproximadamente 176 mg. La eficacia anticonceptiva es aumentada por el cobre descargándose continuamente dentro de la cavidad uterina.

Sus ventajas radican en su eficacia anticonceptiva a largo plazo segura y reversible, además requiere poco esfuerzo por parte de la usuaria una vez insertado ya que brinda protección permanente. Las madres que están lactando no tienen problemas con el uso, ni interfiere en las relaciones sexuales, no tiene efectos hormonales secundarios.

Uno de los principales mecanismos de acción anticonceptiva del dispositivo intrauterino liberadores de cobre es su efecto espermicida, siendo este causado por una reacción inflamatoria estéril local producida por la presencia del cuerpo extraño en la cavidad. Diversos autores han demostrado altas concentraciones de iones de cobre en el moco cervical y las trompas de Falopio que disminuye la supervivencia de los espermatozoides inhibiendo de la motilidad para atravesar el moco cervical. Existen estudios que determinan que el dispositivo intrauterino con cobre interrumpiría el proceso de reproducción antes de la implantación.

La percepción es un proceso cognitivo que consiste en el reconocimiento, interpretación y significación para elaborar juicios entorno a las sensaciones obtenidas del ambiente físico y social, es decir, es un flujo continuo que, en general, comienza en la sensación y la percepción y termina en una representación,

conocimiento o comportamiento. Las percepciones erróneas favorecen la continuidad de mitos y creencias que obstaculizan la libre elección de algún método anticonceptivo, y el profesional de salud debe aportar para su disipación.

Los mitos y creencias son aquellas atribuciones que siendo entendidos como verdaderos por la población, a pesar de que existe una comprobación de su falsedad, tienden a ser generalizados en muchas partes del mundo y limitan el uso del dispositivo intrauterino. La existencia de casos reales genera en la población temores a complicaciones luego de su inserción. Estos temores también están considerados como factores que argumentan el rechazo al uso del dispositivo intrauterino. Existen probabilidades que tales creencias sean aceptadas tan solo al ser escuchados lo que demostraba la necesidad de ofrecer a las usuarias potenciales información técnicamente precisa sobre el método.

Los siguientes son los mitos, creencias y temores que aún prevalecen en la población.

- El dispositivo intrauterino causa infertilidad
- El dispositivo intrauterino puede ocasionar un aborto
- El dispositivo intrauterino causa con frecuencia que las mujeres tengan embarazos ectópicos.
- Una mujer que usa el dispositivo intrauterino desarrolla una infección de transmisión sexual o enfermedad inflamatoria pélvica.
- El dispositivo intrauterino se encarna en el útero
- El dispositivo intrauterino causa cáncer de cuello uterino
- El dispositivo intrauterino se desplaza a distintas partes del cuerpo
- Los hilos del dispositivo intrauterino Incomoda a la pareja durante el acto sexual

En el C.S TAMBURCO, el proveedor de salud del Servicio de Planificación Familiar es la obstetra. A través de la consejería se pueden disipar mitos y creencias erróneas, sin embargo, a pesar del desempeño profesional, aún prevalece el rechazo al uso del dispositivo intrauterino. En algunos países los proveedores refieren que la persistencia de los mitos se debe a la falta de disposición de información oficial adecuada, sin embargo, la consejería es la clave para combatir tales mitos.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA.

El dispositivo intrauterino ofrece anticoncepción a largo plazo, segura y reversible; sin embargo, a pesar de sus ventajas, las estadísticas nacionales y locales muestran que su aceptación y uso va disminuyendo.

El dispositivo intrauterino o DIU es el método anticonceptivo reversible más frecuentemente usado en el mundo, por unos 160 millones de mujeres, de las cuales más de dos tercios viven en China, donde es el método anticonceptivo más usado, incluso por delante de la esterilización.

El DIU es un producto sanitario por lo que deben cumplir los requisitos sanitarios establecidos a estos productos en cada país o región. (1)

Según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar del 2009, de 100 mujeres en edad fértil, 73 mujeres usan algún método, sólo 4 mujeres usan el dispositivo intrauterino, mientras el inyectable (18,1%) continúa siendo el

método más utilizado. El dispositivo intrauterino fue uno de los métodos que disminuyeron su porcentaje de uso entre los años 2009 y 2012, disminuyó de 3,8 a 2,8 por ciento.

Hay una evidente disminución en el uso del dispositivo intrauterino que es necesario analizar, y en base a esta realidad se pretende responder determinando las percepciones y actitudes de la usuaria frente al rechazo al uso del dispositivo intrauterino liberador de cobre como método anticonceptivo. Aun así, se necesitan más trabajos que permitan darnos una visión amplia y enfocada. (1)

Según Endes 2009, en el año 1991 de 100 MEF sólo 57 usaron algún método anticonceptivo, 13 usaban DIU y 2 mujeres inyectables. En el 2009 de 100 MEF, 73 usan algún método, sólo 4 usan DIU y 18 mujeres planifican con el inyectable. Hay una evidente disminución en el uso del DIU que es necesario analizar.

Los Dispositivos intrauterinos son sumamente seguros, eficaces y económicos, se considera 80 veces más barato que el inyectable en cinco años de uso. Tienen una vida útil de cinco a 10 años y producen escasos efectos secundarios. No obstante sus enormes ventajas clínicas y económicas, su preferencia en el Perú ha tenido un constante decrecimiento en los últimos años en relación con los otros métodos, preferentemente con el inyectable. (2)

Los DIU que más se usan en la mayoría de los países son el T 380A de cobre y el DIU hormonal más común es el que contiene levonorgestrel

Las mujeres en cualquier edad reproductiva, incluidas las que nunca han tenido hijos (nulíparas), pueden usar los DIU. Sin embargo, las mujeres nulíparas y las mujeres menores de 20 años de edad corren un riesgo mayor de expulsión. Los DIU se pueden insertar en cualquier momento durante el ciclo menstrual, siempre y cuando el proveedor esté razonablemente seguro de que la mujer no está embarazada. Hay pocas contraindicaciones para el uso de los DIU y se relacionan principalmente con la presencia de infección urogenital. (2)

Los DIU no aumentan el riesgo de enfermedad pélvica inflamatoria (EPI) que podría conducir a la infertilidad o al embarazo ectópico.

A las mujeres que padecen infección urogenital después del parto o el aborto, o que tienen o han tenido una ITS o EPI en los tres últimos meses no se les debe insertar un DIU, la exposición anterior a la clamidiasis si está fuertemente vinculada con la infertilidad. En las poblaciones con una alta prevalencia de ITS, la administración profiláctica de antibióticos puede reducir la incidencia de EPI. (3)

Los DIU no hacen aumentar el riesgo de embarazo ectópico.

En general, las mujeres notifican menos efectos secundarios debido a los DIU que a los anticonceptivos orales, implantables o inyectables. La T de cobre se relaciona con un aumento de sangrado menstrual prolongado y profuso, dismenorrea y manchado intermenstrual, y calambres durante los primeros ciclos después de la inserción. Esos efectos son las razones principales de extracción del dispositivo, pero en general disminuyen con el tiempo y son menos comunes en las usuarias de más edad y las que han tenido hijos. (4)

La medroxi progesterona inyectable no es un método más eficaz que el DIU, según varios autores, la tasa de embarazos con el inyectable es de 0.42 a 0.9 por 100 usuarias por año y los efectos colaterales incluyen disturbios menstruales, aumento de peso e impedimento del pico de masa ósea cuando son usados por mujeres muy jóvenes.

Consideramos que el DIU ha dejado de ser un método de frecuente uso por ser el método suministrado más dependiente de materiales y que requiere más trabajo, es el método más sensible a las variaciones en la calidad de la atención. Cuando los proveedores están mal informados, carecen de motivación y no aclaran los rumores o mitos que han oído las pacientes. En muchos casos, los proveedores desaniman a las clientas a aceptar el DIU. Menos de la mitad de los proveedores mencionan espontáneamente el DIU a las clientas. Cuando las pacientes no están menstruando a menudo se les niega cualquier servicio o información.

Es realmente preocupante observar que un método que resulta 80 veces más barato que el inyectable, ha disminuido tan radicalmente su uso que, inclusive, por su escasa aplicación, los médicos y obstetras jóvenes en entrenamiento no conocen la técnica de inserción, lo que finalmente conllevará a disminuir aún más su uso por falta de profesionales entrenados.

Es necesario realizar una evaluación cualitativa de la prestación de servicios del DIU para elaborar una estrategia que nos ayude a reintroducir al DIU como un método de alto uso en el país, de esta manera disminuir los costos en insumos anticonceptivos, aumentar las opciones y mejorar la cobertura.

El dispositivo intrauterino T de cobre ofrece anticoncepción a largo plazo, segura, efectiva y reversible, sin interferir en las actividades cotidianas; a pesar de sus potenciales ventajas, su uso va reduciéndose mientras que otros métodos aumentan su nivel de aceptación. Existen creencias erróneas, mitos y temores sobre la T de cobre que limitan su demanda, tales como efectos abortivos, embarazos ectópicos, entre otros, no obstante, diversos estudios demostraron que su incidencia es mínima. En algunos países, los proveedores de salud se muestran reacios a proporcionar el método y los programas de planificación familiar no tienen los suministros ni el personal capacitado necesario para ofrecerlo. (1)

1.2 DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

1.2.1 Delimitación temporal:

La presente investigación se tomó como ámbito temporal el año los meses noviembre a febrero del 2018.

1.2.2 Delimitación geográfica:

El ámbito geográfico de la presente investigación es el C.S TAMBURCO categorizado como I-4. Ubicado en el distrito de TAMBURCO Provincia de ABANCAY, Región Apurímac.

1.2.3 Delimitación social:

Las unidades de estudio para la presente investigación fueron las mujeres que acuden al C.S TAMBURCO, del servicio de obstetricia, atendidas en el consultorio de planificación familiar.

1.3 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.

1.3.1 Problema principal

¿Cómo es el uso del Dispositivo intrauterino y los factores que limitan su prescripción, en mujeres que acuden al consultorio de planificación familiar del C.S TAMBURCO de noviembre a enero 2018?

1.3.2 Problemas secundarios

¿Cómo el factor personal limita su prescripción del dispositivo intrauterino?

¿Cómo el factor obstétrico limita su prescripción del dispositivo intrauterino?

¿Cómo el factor conocimiento limita su prescripción del dispositivo intrauterino?

¿Cómo el factor psicológico limita su prescripción del dispositivo intrauterino?

1.4 OBJETIVO DE LA INVESTIGACIÓN.

1.4.1 Objetivo General.

Determinar el uso del dispositivo intrauterino y los factores que limitan su prescripción en las mujeres que acuden al consultorio de planificación familiar del C.S TAMBURCO de noviembre a enero 2018.

1.4.2 Objetivos Específicos:

Identificar como el factor personal limita su prescripción del dispositivo intrauterino.

Identificar como el factor obstétrico limita su prescripción del dispositivo intrauterino.

Identificar como el factor conocimiento limita su prescripción del dispositivo intrauterino.

Identificar como el factor psicológico limita su prescripción del dispositivo intrauterino.

1.5 HIPÓTESIS

Ho: Los factores que limitan significativamente su prescripción no son lo personal, psicológico, obstétrico y de conocimiento.

H1: Los factores que limitan significativamente su prescripción son lo personal, psicológico, obstétrico y de conocimiento.

1.6 JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN

- La Planificación familiar es uno de los pilares de salud reproductiva. Dentro del amplio contexto de salud reproductiva, la planificación familiar debe responder a las necesidades de cada individuo y pareja, promoviendo la participación activa del varón y considerando las actitudes hacia la anticoncepción, así como de la diversidad cultural de las poblaciones.
- En consecuencia la salud reproductiva entraña la capacidad de procrear o no garantizando una vida sexual satisfactoria y sin riesgos. Esta última condición lleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener información de planificación de su familia, de su elección; así como a otros métodos para la regulación de su fecundidad que sean de acceso a

métodos seguros y eficaces, asequibles y aceptables, el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan los embarazos y los partos sin riesgo y den a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos.

- El modelo tradicional de las atenciones por la demanda de paciente que tenemos es muy rápido, en los consultorios de planificación y a veces con poca información en las mujeres de nuestras instituciones de salud, al salir de nuestro consultorio olvidan toda la consejería realizada, sin tomar en cuenta el entorno y los mitos y dudas que nuestras pacientes tenían. Por eso que desconocen al dispositivo intrauterino como método anticonceptivo y menos saben los tipos y características, ventajas y desventajas que ofrece este método.
 - Generalmente tratamos en nuestras unidades de salud, lo estamos pasando desapercibido a la disminución de uso al dispositivo intrauterino (basados en normas nacionales), sin embargo hay múltiples factores personales, obstétricas, conocimiento, psicológicas, muy bien conocidos y estudiados, pero no obstante nos falta dirigir estudios de investigación relacionado con los factores conocimiento y psicológicas , en la familia y el entorno, constituye una necesidad para el profesional de la salud, por ser este el grupo de importancia para lograr los objetivos de la OMS.
- En el mundo, la planificación familiar se reconoce como la intervención principal que salva la vida de las madres e hijos (OMS 2012), pues si la mujer con el apoyo de su pareja, planifica su familia usando eficazmente la

anticoncepción, podrá reducir los embarazos riesgosos y postergar la concepción hasta que se encuentren en situaciones adecuadas en cuanto a salud, economía y educación. En la última década la tasa global de fecundidad (TGF) de Perú ha disminuido de 3,5 nacimientos por mujer a principios de la década del 90 a 2,5 en el año 2016. ENDES CONTINUA 2014-2016 En cuanto a la demanda de atenciones de PF, el Perú presentó un crecimiento entre 2000 al 2016, el uso de anticonceptivos (todos los métodos) de 68.9 a 76.2 % (mujeres en unión) respectivamente. (4 de cada 5 mujeres unidas usan algún método anticonceptivo). La prevalencia de métodos modernos, entre las mujeres unidas de 50.4 % en 2000 a 54.3 % en el 2016. (Casi de 3 de cada 5 mujeres unidas usan algún método anticonceptivo moderno). FUENTE: INEI, ENDES CONTINUA 2014-2016 Si bien es cierto la prevalencia de métodos anticonceptivos se ha ido incrementando lentamente aún hay una demanda insatisfecha de planificación familiar siendo las cifras de 10.2% en el 2000 (ENDES 2000) a 6.5 % en el 2016 (ENDES 2016).

En la familia se adquieren las creencias, los temores y los criterios de riesgo que van a condicionar las actitudes de sus integrantes ante el proceso salud-enfermedad. (4)

El presente proyecto se justifica por ser pertinente en vista que el uso del dispositivo intrauterino está disminuyendo en la demanda considerando que este método es de menor costo para el estado considero como un problema de salud pública y me involucra el interés de abordar esta línea de investigación para incrementar la línea de investigación; además que el

problema en mención afecta la salud reproductiva, trayendo consigo sobrecostos al sistema de salud.

Además se justifica ya que el Ministerio de Salud tiene compromisos nacionales e internacionales de mejorar la salud sexual y reproductiva de la población. Por lo que se abordara el problema desde un enfoque social y clínico. (4)

El presente estudio es interesante, novedoso y bien diseñado, para la validez científica

La viabilidad del presente estudio se justifica ya que existe disposición por parte de las entidades de salud.

El papel de la familia es considerado fundamental en la forma como es vivido en el entorno social. Este aspecto cobra especial importancia cuando beneficia a las mujeres y las parejas lograr el bienestar y la autonomía de las mujeres y, al mismo tiempo, apoyar la salud y el desarrollo de las comunidades. Prevención de los riesgos para la salud relacionados con el embarazo en las mujeres

Tratar de entender a las pacientes sus ideas, creencias, dudas. y miedos que enfrentan frente a la presentación del método DIU para lidiar con los desafíos cuando se presentan eventos adversos a la salud.

La necesidad insatisfecha de anticoncepción sigue siendo alta. Esta falta de equidad está impulsada por un aumento de la población y una escasez de servicios de planificación familiar. (5)

Las usuarias tienen miedo a enfrentar los efectos secundarios de este método, evitan optar por el dispositivo intrauterino t de cobre, por lo cual el porcentaje de uso es mínimo en los centros y puestos de Salud. Otros prefieren usar los métodos anticonceptivos nuevos que presentan el programa de planificación familiar.

La importancia radica en que existen pocos estudios previos que relacionan como afecta la variable uso del DIU y los factores que limitan su prescripción. Los últimos años se ha presentado la disminución de prescripción del Dispositivo intrauterino T de cobre y los factores que más interviene en la personalidad del ser humano que se identifica como factor personal, factor obstétrico, factor como conocimiento, factor psicológico, limita el uso del dispositivo intra uterino. (5)

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO.

2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

ANTECEDENTES INTERNACIONALES

Gyapong y cols en el estudio: **“Una evaluación de las tendencias en el uso del dispositivo intrauterino en Ghana, 2003”**. El miedo y las percepciones equivocadas han limitado la demanda del dispositivo intrauterino; tales como creencias que éste causa conflictos de pareja, abortos, que puede fallar, y que incrementa el sangrado, la pérdida de peso e incluso la muerte. Los conocimientos y habilidades de los proveedores eran inadecuados en ambos países, con frecuencia, la consejería y promoción sobre el dispositivo intrauterino fue inadecuada.

Navarro C, Álvarez G, Tene C. Mediante el estudio **“Causas de no uso de método anticonceptivo posparto entre madres adolescentes”**, **México 2005**, en buscaron determinar las causas por las cuales las madres adolescentes no recurren a los anticonceptivos después del posparto, para ello

se estudiaron a mujeres que estaban en el posparto inmediato y no iniciaron un método anticonceptivo. Se encontró que 261 (10%) fueron madres adolescentes y de éstas 160 (61%) cursaban las primeras 24 horas del posparto, 52 (32%) no adoptaron ningún método anticonceptivo. De las 52 mujeres que no adoptaron método anticonceptivo, con edad promedio de 17 años, 39 (75%) eran casadas, 13 (25%) solteras; 3 (6%) estudiantes; 32 (61%). Respecto a las causas para el no uso anticonceptivo se encontró que: en 39 mujeres (75%) las causas se atribuyeron a ellas mismas, en 11 (21%) a la unidad médica y en 2 (4%) a indicación médica.

Asker y cols. En el estudio cualitativo: **“¿Qué pasa con los dispositivos intrauterinos que las mujeres encuentran inaceptable? Los factores que hacen que las mujeres no sean usuarias, Gran Bretaña, 2006”**. Determinaron que: existía falta de información objetiva acerca del dispositivo intrauterino, ya que los proveedores no disuadían las creencias erróneas; se mantenía información inexacta sobre los efectos secundarios, donde habían utilizado fuentes "oficiales" de información como folletos, libros, profesionales de la salud y la escuela, y "fuentes no oficiales" como amigos y familiares. La ansiedad relacionada con la inserción del dispositivo intrauterino, siendo la principal razón para no aceptar dicho método, está relacionada con otras experiencias de los exámenes ginecológicos durante la toma de frotis cervical y el parto. El dispositivo intrauterino es calificado como un riesgo de infección ya que no protege de infecciones de transmisión sexual si se utiliza como el único método anticonceptivo y porque era considerado como impuro y antihigiénico. Otra razón era la falta de control personal del método, que al no

ser visto por la mujer no podían ejercer vigilancia sobre el método, por lo tanto, no podría ser fiable.

Parada D., “Prácticas anticonceptivas postparto de las usuarias egresadas del programa “atención a la adolescente gestante” en los municipios de Cúcuta y Los Patios”, Colombia, 2011, donde el objetivo fue describir las prácticas utilizadas por las adolescentes dentro de las 4 a 12 semanas posteriores al parto. La muestra fue 72 mujeres cuyas edades fluctuaron entre 14 a 20 años, sólo el 36,1% de estas mujeres iniciaron anticoncepción postparto. Los métodos más usados fueron en su mayoría los clasificados como modernos (84%), seguidos de los naturales, donde el coito interrumpido y la lactancia materna ocuparon un 8% respectivamente. La información acerca de planificación familiar fue por las adolescentes fuera del equipo de salud, a través de amigos, familiares y farmaceutas.

Medina C. y cols., en su estudio: “Uso del dispositivo intrauterino reversible y de larga duración en mujeres asistidas en la Sala de Puerperio normal, Honduras, 2011”. Las mujeres con mayor edad utilizaron por más tiempo el dispositivo que las adolescentes. El grado de aceptación al dispositivo fue 72% que fueron inducidas a través de charlas de motivación. Los problemas adversos se presentaron en un 28% de mujeres, considerándose como un rechazo al dispositivo.

Irinyenikan y cols. en el estudio: “Patrón de interrupción del dispositivo intrauterino de cobre T 380A en el Hospital de la Universidad de Ibadan,

Nigeria, 2013". El 19,9% suspendió el uso el primer año (siendo la más alta tasa), mientras que la tasa de menos la interrupción era el año noveno. La razón más común para la interrupción era el deseo de embarazo que representaron en su estudio con 51.4% de la eliminación seguida de la menopausia en 17.4%, no hay razón se encontró en 15.7%, los efectos secundarios representaron 7.8% de eliminación, los maridos desean 4.1% y cambiar a otro método representaron 3.6% de la eliminación. Las razones de la interrupción se asociaron significativamente con la edad, los efectos secundarios, el número de niños que viven y su nivel educativo. La tasa de interrupción sigue siendo alta, especialmente debido al deseo de quedar embarazada mientras que algunos incluso desean interrumpirse por ningún motivo.

ANTECEDENTES NACIONALES

Hurtado Castillo, Nathaly del Rocio, "factores que determinan el rechazo del dispositivo intrauterino en usuarias nuevas de planificación familiar del puesto de salud Mesa Redonda, San Martin de Porres 2017"". El presente estudio tuvo como **objetivo** identificar los factores que determinan el rechazo del dispositivo intrauterino en usuarias nuevas de planificación familiar del "Puesto de Salud Mesa Redonda" ubicado en San Martin de Porres durante el 2017. Se hizo un estudio de análisis cuantitativo de la variable que incluyó un análisis de tipo descriptivo para determinar los factores de rechazo, aplicativo ya que planteo hechos concretos y específicos en la investigación. La muestra estuvo conformada por 55 usuarias nuevas que acudieron al servicio de Planificación Familiar, que han aceptado el uso de algún método

anticonceptivo excepto la T de cobre, El instrumento utilizado fue una ficha de recolección de datos (Encuesta), el procesamiento de datos se realizó usando el paquete estadístico SPSS versión 21. Obteniendo como resultado que 52,73% de las usuarias nuevas corresponde a las edades comprendidas entre 24 – 28 años, de las usuarias entrevistadas un 40,00% alguna vez escucho hablar sobre la T de cobre, el 41,82% de las usuarias refieren que la T de cobre produce dolor. Se **concluye** que los mitos y creencias aún prevalecen en las usuarias, siendo la infertilidad la más notable con un 29,09%, un 38,18% de interferencia de la pareja, el 56,36% de usuarias no usarían la T de cobre y el 67,27% no lo recomendaría. Se puede concluir que las usuarias tienen un concepto equivocado, ya sea por factores personales, familiares o socioculturales, los cuales son una barrera para la utilización del DIU.

Cabrera Aspajo, Patricia, “Factor principal que limita el uso de métodos anticonceptivos en las adolescentes del 1° ciclo de la escuela académico profesional de obstetricia de la universidad Alas Peruanas. mayo del 2011” **Objetivo:** Identificar el factor principal que limita el uso de métodos anticonceptivos en las adolescentes del 1° ciclo de la Escuela Académico Profesional de Obstetricia de la Universidad Alas Peruanas. **Material y métodos:** La población estuvo constituida por 72 adolescentes con vida sexual activa, del primer ciclo de la Escuela Académico Profesional de Obstetricia de la Universidad Alas Peruanas, cuyas edades oscilaban entre 16 y 19 años. La técnica utilizada para el levantamiento de la información fue la encuesta, realizada en el mes de Mayo. Se encuestó a las adolescentes que aceptaron participar en el estudio es decir aquellas que firmaron la hoja del

consentimiento informado, previamente se informó sobre los objetivos de la investigación a fin de que tome conciencia sobre la importancia que tiene para la investigación la información que nos proporcionen, asimismo se explicó que toda la información brindada sería guardada con absoluta confidencialidad y se respetaría el anonimato. Los datos fueron organizados en el programa estadístico SPSS versión 17. **Resultados:** El 52.8% de la población es decir 38 adolescentes de un total de 72 considera que las barreras percibidas son un obstáculo para la adquisición de los métodos anticonceptivos en los servicios de planificación familiar. De estas 17 son adolescentes que si utilizan anticonceptivos y 21 son adolescentes que tienen relaciones sexuales sin protección. **Conclusiones:** El factor principal que limita el uso de métodos anticonceptivos en las adolescentes en estudio son las barreras percibidas (vergüenza para adquirir los métodos anticonceptivos, miedo a que los padres se enteren, temor a la falta de confidencialidad del profesional de salud, miedo a los efectos secundarios de los métodos anticonceptivos, miedo a los procedimientos que se realizan en el servicio de planificación familiar del MINSA). Las barreras percibidas por las adolescentes para tener acceso a los métodos anticonceptivos en los servicios de planificación familiar del MINSA son puntos críticos que se deben tener en cuenta para tomar medidas al respecto y de esta manera contribuir al desarrollo de una sexualidad libre, informada y responsable en dicha población.

Milla Alvez, Yolanda Leslie, en su trabajo de tesis **“Influencia del uso de acetato medroxi progesterona en el ejercicio de la sexualidad de las usuarias del programa de planificación familiar del centro de salud Los**

Olivos 2015” Objetivo: determinar la influencia del uso del acetato medroxiprogesterona y el ejercicio de la sexualidad en las usuarias del servicio de planificación familiar en el Centro de Salud Los Olivos, 2015. **Material y método:** es un estudio Correlacional, aplicativo y de tipo cuantitativo; la población de estudio fue de 132 usuarias del acetato medroxi progesterona que asistieron al centro de salud los olivos. Se aplicó un cuestionario de función sexual, Instrumento elaborado y aprobado por Sánchez F, M Pérez Conchillo Y col, el año 2004, además de ser validado en un estudio realizado en España el año 2011. Las **conclusiones** a las que se llega son: que el análisis realizado en base a los resultados obtenidos, permite identificar problemas con respecto a las tres variables estudiadas durante este proyecto, esto quiere decir, que se evidencia que al utilizar el acetato medroxiprogesterona disminuye la respuesta sexual de las usuarias, al producir un desbalance hormonal debido a que lo niveles de progesterona se elevan siendo por ende los niveles de estrógenos menor; produciendo de esta forma: pérdida del deseo, actividad sexual menos frecuente, coitos dolorosos, disminución de la reactividad sexual, dificultades para lograr el orgasmo y disminución de la sensibilidad genital.

Cayro Quispe, Lucero Isabel, en su trabajo de tesis **“Grado de satisfacción de usuarias en el consultorio de planificación familiar en el Instituto Nacional Materno Perinatal mayo-junio 2016”**. **Objetivo:** establecer el grado de satisfacción de usuarias en el consejería consultorio de consejería de planificación familiar en el instituto materno perinatal durante los meses de mayo a junio de 2016. **Materiales y métodos:** estudio observacional,

descriptivo. Transversal. Participaron en 355 usuarias entre 18 y 51 años de edad, tanto nuevas como continuadoras del consultorio de consejería de planificación familiar del instituto nacional materno perinatal, lima se aplicó un cuestionario estructura dividido en dos partes, la primera relacionada las expectativas de las usuarias y la segunda enfocada a las percepciones de las mismas, y se determinó la satisfacción a través de la diferencia entre y expectativas. Posteriormente se realizó un análisis exploratorio de las variables utilizando frecuencias y porcentajes para variables cualitativas. La información final se resumió en tablas y gráficos. **Resultados:** 54, 08 de las usuarias presentaron entre 20 y 29 años de edad, grado de instrucción secundaria(53,24%),ocupación ama de casa (52,10%), estado civil conviviente (64,50%)y el número de hijos entre 1 y 2 (68,70%).el grado de satisfacción de las usuarias fue “ muy satisfecha” 79,10 %,como también para cada una de las dimensiones: fiabilidad, “muy satisfecha”80,10% capacidad de respuesta,” satisfecha” 75,70%, seguridad,” muy satisfecha” 80,00%,empatía, ”muy satisfecha” 80,30% y aspectos tangibles, ,”muy satisfecha” 79,10%.

Conclusiones: el grado de satisfacción en el consultorio de consejería de planificación familiar en el Instituto Nacional Materno Perinatal fue, “muy satisfecha” con un 79,10%.

Padilla Mendoza, Ivett Joselyn, en su trabajo de tesis “**factores asociados al no uso del dispositivo intrauterino en mujeres atendidas en el programa de planificación familiar del centro de salud Primavera, 2016**“. El presente estudio fue planteado con el **objetivo:** Determinar los factores asociados al no uso del dispositivo intrauterino en mujeres atendidas en el

programa de Planificación Familiar del Centro de Salud Primavera. **Material y métodos:** Nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo de corte transversal y prospectivo. La población tomada como base fue el número de usuarias habidas en el último trimestre del año 2015, siendo 102; la muestra está conformada por 94 mujeres atendidas en el programa de Planificación Familiar y el instrumento usado fue la encuesta. **Resultados:** La edad prevalente se encuentra en el rango de 18 a 29 años con 58.5%, el grado de instrucción fue la secundaria completa con 15.96%, el estado civil fue conviviente con 53.19%, la ocupación de las encuestadas fue ama de casa con 63.82%, la religión fue católica con 24.47% y procedencia la costa con 59.57%. El método más elegido fue el inyectable mensual 41.49%. Los factores asociados al no uso del dispositivo intrauterino más destacados fueron: presencia de temor en 58.51%, principalmente a efectos colaterales 54.39%; mitos 7.45%; creencias 32.98%, no efectividad del DIU 29.03%. Interferencia familiar en 13 de las encuestadas. Información por amistades 32.98%. Las **conclusiones** a las que se llegó son: que los factores personales se asocian al no uso del DIU por temor sobre todo a efectos colaterales, por mitos y creencias como la no efectividad del DIU; que los factores familiares se asocian al no uso del DIU por interferencia familiar al elegir un método, que los factores sociales se asocian al no uso del DIU por considerar más la información de amistades.

ANTECEDENTES LOCALES

Aiquipa Torre, Yudith Roció, en su trabajo de tesis “**nivel de conocimiento sobre el uso de la píldora del día siguiente en las mujeres de edad**

reproductiva que acuden al Hospital de Apoyo N° 03 de Chalhuanca 2013". La anticoncepción oral de emergencia es la toma inmediatamente de la píldora del día siguiente después de una relación sexual sin protección la primera dosis; luego la segunda dosis 12 horas después de la primera y es de uso ocasional. Estudios recientes sobre la píldora del día siguiente han demostrado que no repercuten sobre el embarazo ya existente, ya que su mecanismo de acción es inhibir la ovulación antes de la fecundación; pese a que hay estudios las corrientes religiosas continúan con su concepto de que la píldora del día siguiente es abortiva. Este trabajo me incentivo a ejecutar, por el motivo de que en el Hospital de Apoyo N° 03 de Chalhuanca las mujeres encuestadas no usan adecuadamente la anticoncepción oral de emergencia el cual conlleva a embarazos no deseados y abortos provocados. **Objetivo:** Determinar el Nivel de Conocimiento sobre el uso de la píldora del día siguiente en las mujeres de edad reproductiva que acuden al Hospital de Apoyo N° 03 de Chalhuanca en el 2013. **Metodología:** El estudio es de enfoque indirecto, descriptivo, transversal la muestra estuvo conformada por 131 mujeres en edad reproductiva; se utilizó como instrumento un cuestionario anónimo y voluntario, compuesta por doce ítems. **Resultados:** Del total de muestra. En relación al nivel de conocimiento de las mujeres encuestadas sobre el uso de la píldora del día siguiente se ha demostrado que el 45.8%(60) tienen un bajo nivel, el 32.8%(43) tienen un nivel medio; y sólo el 21.4%(28) tienen un alto nivel de conocimiento.

Rincon Alzamora, Zenayda, en su trabajo de tesis "**factores determinantes y uso de métodos anticonceptivos en puérperas atendidas en el Hospital**

Regional Guillermo Díaz de la Vega, Abancay 2016”. **Objetivo:** determinar la relación que existe entre los factores determinantes y el uso de métodos anticonceptivos en puérperas atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, Abancay 2016. La investigación que se considero es de tipo no experimental con enfoque cuantitativo, su nivel es correlacional y su diseño es descriptivo correlacional. La muestra representativa de la investigación es del tipo probabilística. Las unidades de estudio, fueron seleccionadas a través de la técnica de selección aleatoria. La recolección de la información se realizó a través de la técnica de la observación y el instrumento fue la recolección de datos a través de una ficha de datos previamente elaborado y validado, y aplicado a 196 puérperas que fueron parte de la muestra. **Resultados:** El 11% de las puérperas que usan el método anticonceptivo del inyectable tienen entre 20 a 24 años de edad, y el 14,8 tienen como grado de instrucción secundaria y usan el método anticonceptivo inyectable, edad promedio de las puérperas que usan el método anticonceptivo inyectable, el 24,5% son convivientes y usan el método anticonceptivo inyectable, el 26% de las puérperas son católicas y usan también el método anticonceptivo inyectable, el 23% de las puérperas son amas de casa y usan el método anticonceptivo inyectable, el 18,9% de las puérperas son de Abancay y usan el método anticonceptivo inyectable, el 16,8% de las puérperas son multíparas y usan el método anticonceptivo inyectable, 13,3% de puérperas tienen un periodo intergenésico de 0 años usan el método anticonceptivo inyectable, 19,8% de puérperas tuvieron un parto vaginal y usan el método anticonceptivo inyectable, de los resultados obtenidos se puede llegar a la **conclusión** de que existen factores demográficos y obstétricos que determinan el uso de métodos anticonceptivos,

y que método hormonal (inyectable) es el anticonceptivo más usado por las púerperas atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega de Abancay.

Linda Larrea Ascue, “La relación que existe entre el nivel de satisfacción percibida de la consulta obstétrica en planificación familiar y los factores que contribuyen en las mujeres en edad reproductiva que acuden al centro de salud Metropolitano Abancay de enero-marzo 2017”. Material y Métodos: diseño descriptivo correlacional y transversal. **Resultados.** El 64.8% de las usuarias tienen un nivel de satisfacción conforme, siendo las dimensiones mejor valoradas las de aspectos tangibles 54% y empatía 50.7% y seguridad 51.4% mientras que las menos valoradas fueron las dimensiones de fiabilidad 47.2 % y capacidad de respuesta 40.5%. se afirma que existe una correlacion moderada positiva entre el nivel de satisfacción percibida en las usuarias que acuden al consultorio de planificación familiar del centro de salud Metropolitano de Abancay, siendo la relación directa y alcanza a u 0,431, lo cual indica que a mayor factores contributivos se tendrá mayores niveles de satisfacción. Los valores “sig.”. Para los factores contributivos socio demográficos de edad, estado civil son 0.02,0.033, por lo que afirma con un nivel de confianza del 95% que la edad, estado civil, escolaridad de las mujeres en edad reproductiva que acuden al centro de salud metropolitano Abancay, está relacionado con el nivel de satisfacción. Así mismo “sig.” Para los factores contributivos informativos como son los medios televisivos, medios radiales y medios impresos para las sesiones educativas, reuniones comunales, charlas y son 0.00 para cada uno, por lo tanto podemos afirmar

con un nivel de confianza de 95% que los medios informativos están relacionadas

Álvarez Ramírez, Náthaly, en su trabajo de tesis “**características de uso del acetato de medroxiprogesterona y deseo sexual, en usuarias del servicio de planificación familiar del hospital II Essalud-Abancay, abril-junio, 2017**“. **Objetivo:** determinar la asociación entre las características de uso del Acetato de Medroxiprogesterona y el deseo sexual, en usuarias del servicio de planificación familiar del Hospital II EsSalud-Abancay de abril a junio del 2017. Se realizó el estudio de nivel relacional, transversal, correlacional. La muestra estuvo constituida por 128 usuarias del acetato de Medroxiprogesterona entre los 23 y 45 años que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión, para medir las características de uso del acetato de Medroxiprogesterona, se aplicó un instrumento con preguntas abiertas y cerradas; y para medir el deseo sexual se aplicó el test del deseo sexual inhibido dividido en 15 secciones de 9 ítems. Los **resultados** obtenidos arrojaron que el 89,1% de las usuarias de Acetato de Medroxiprogesterona del hospital II EsSalud-Abancay tienen el deseo sexual inhibido, se ubican en el grupo de edad entre los 30 y 45 años, con predominancia del 59,4% de la categoría adulta, el 60,2% son multíparas y el 57,8% tienen de 6 meses a 1 año de tiempo de uso del método anticonceptivo. Finalmente se acepta la hipótesis de que existe asociación entre las características de uso del Acetato de Medroxiprogesterona con el deseo sexual en usuarias del servicio de planificación familiar del hospital II Essalud en Abancay.

2.2 BASES TEÓRICAS

2.2.1 Anticoncepción con Dispositivo Intrauterino

Existen solamente 2 dispositivos intrauterinos (DIU) aprobados por la FDA, el dispositivo de cobre T380A y el dispositivo intrauterino con liberación prolongada de levonorgestel LNG IUS. Muchas de las cualidades de importancia son compartidas por ambos dispositivos.

2.2.1.1 Dispositivo de Cobre

El DIU de cobre T380A consiste en una pieza de polietileno con forma de T, altamente efectivo durante 10 años de colocación intrauterina. Una pequeña cuerda se extiende desde la base del mismo a través del canal cervical y hasta la parte superior de la vagina, su función es permitir una fácil extracción y el chequeo regular de un posicionamiento adecuado. El componente activo consiste en 380mm² de superficie de cable de cobre expuesto. Los iones de cobre a nivel endometrial son tóxicos para el espermatozoide y proveen el efecto anticonceptivo preconcepcional. Los marcos en T de ambos DIU contienen sulfato de Bario, que los vuelve visibles a la examinación radiográfica. De los muchos DIU de cobre a nivel mundial, el T380A es el más efectivo y comparte una tasa similar de efectos secundarios comparado con otros dispositivos de cobre. (1)

2.2.1.2 Dispositivo con Liberación Prolongada de Levonorgestel

El DIU con liberación prolongada de levonorgeste LNGIUS posee también forma de T, está hecho de polietileno, pero su componente activo el levonorgestrel (LNG) se encuentra contenido en un reservorio alrededor del marco. Se liberan 20ug por día de LNG directamente en la cavidad uterina. El sistema está recomendado durante 5 años durante los cuales provee de un eficaz control de la concepción. Las concentraciones locales altas de LNG causan supresión uniforme de la proliferación endometrial lo que produce decidualización estromal y una histología inactiva, estas alteraciones del ambiente uterino son nocivas para la viabilidad y motilidad espermáticas y también para el proceso de fertilización. Además ha demostrado alterar la zona pulcída y su expresión de sitios de unión a los espermatozoides humanos y es capaz de engrosar el moco cervical y suprimir la ovulación en algunas mujeres. Dentro de sus efectos benéficos no contraceptivos podemos citar la disminución en el riesgo de embarazo ectópico, en el riesgo de cáncer endometrial, las pérdidas sanguíneas menstruales y la dismenorrea. (1)

2.2.1.3 Eficacia

Dado su alta tasa de cumplimiento, su efectividad en uso perfecto y su efectividad real son prácticamente idénticas. Se han notado tasas similares de embarazo durante el primer año

de uso típico para T380A Y LNGIUS: con 0.6-0.8 por cada cien mujeres y 0.1 por cada cien mujeres respectivamente. El riesgo acumulado de embarazo a los diez años de obstrucción tubárica es de 1.8 por cada cien mujeres, por lo cual no se encuentra diferencia clínica con la esterilización quirúrgica. (1)

2.2.1.4 Contraindicaciones

Las contraindicaciones absolutas para la utilización de DIU son pocas. Embarazo, infección puerperal o post aborto (actual o durante los tres meses previos), sangrado transvaginal anormal no diagnosticado o malignidad del tracto genital, distorsión de la cavidad uterina de manera tal que la vuelva incompatible con la inserción de un DIU, infección de transmisión sexual o cervicitis purulenta activa, enfermedad pélvica inflamatoria (EPI) activa o durante los tres meses previos, alergia a cualquiera de los componentes del DIU, enfermedad de Wilson (únicamente para los DIU de cobre) y cáncer de mama (únicamente para el LNGIUS). (1)

2.2.1.5 Efectos Secundarios

Entre los efectos secundarios se puede presentar: dolor ya sea por el pasaje a través del canal cervical como por contracciones uterinas reflejas posteriores a la colocación del DIU. Los niveles de dolor reportados varían y la ansiedad durante el procedimiento parece aumentar el riesgo, entre otros predictores

de dolor se encuentra que la mujer sea nulípara, que haya pasado mucho tiempo desde el parto o desde la última menstruación y que no se encuentre amamantando en el momento de la colocación. Los riesgos de la utilización de AIU pueden incluir perforación intrauterina (riesgo bajo 1/1000 inserciones) o expulsión, que puede acompañarse de sangrado uterino o dolor. El riesgo de expulsión es de 2-10% durante el primer año. Las mujeres que han expulsado un DIU pueden presentar un riesgo aumentado de expulsión ante la implantación de DIU subsecuentes. Otros riesgos que se presentan durante la colocación, es la colocación fallida o la presentación de síncope vasovagal. (1)

2.2.1.6 Embarazo

Se debe remover el DIU de las pacientes que quedan embarazadas utilizándolo, siempre y cuando esto no constituya un proceso invasivo. Entre los riesgos de no lograr remover el dispositivo se encuentra: aborto y aborto séptico. (5) (6)

2.2.1.7 Amenorrea y Sangrado

Durante los primeros 1 a 3 meses de utilizar el LNGIUS se puede presentar sangrado y manchado irregular, pero posteriormente se presenta en la gran mayoría una reducción substancial en las pérdidas menstruales y aproximadamente el 20% de las usuarias se tornan amenorreicas. (3,5) Por su parte

el T380A puede causar de manera inicial un aumento en el flujo menstrual y la dismenorrea, aunque este efecto disminuye, de manera usual, con el tiempo. Las mujeres que experimentan dolor y sangrado como efecto secundario comúnmente pueden ser tratadas con AINES. (5)

2.2.2 Alto Costo

El costo del dispositivo, más el de la colocación dan la apariencia de que este es un método anticonceptivo oneroso. No obstante la inversión dividida en el tiempo y en la alta tasa de seguridad lo convierte en una opción realmente rentable. (5,8)

2.2.2.1 Test Pre Inserción

Las mujeres sanas no necesitan de ningún test previo a la colocación del DIU, la evaluación de rutina en búsqueda de candidiasis, tricomoniasis, gonorrea o vaginosis bacteriana es innecesaria. Por otro lado las pacientes con cervicitis o con descarga vaginal patológica deben ser tratadas antes de la colocación. Los efectos de la tricomoniasis y de la vaginosis bacteriana durante la colocación del DIU no han sido estudiados pero se recomienda tratar antes de la colocación del DIU. La presencia de candidiasis vaginal no es contraindicación para la colocación del DIU y se puede tratar de manera simultánea. (1,10) En pacientes de bajo riesgo para ITS no es necesaria una valoración rutinaria por gonorrea y clamidia previa colocación

del DIU y en pacientes de alto riesgo como adolescentes la indicación es aún poco clara dado que el riesgo de EPI es aún muy bajo.(1,10) Se consideran pacientes de alto riesgo para ITS aquellas menores de 26 años, mujeres mayores con una nueva pareja sexual, mujeres con más de una pareja sexual durante el último año, o cuya pareja tiene más de una pareja sexual(1)

2.2.2.2 Momento de Inserción

Más que la antigua recomendación de realizar la inserción en los primeros 7 días posterior a la menstruación. La inserción se puede realizar en cualquier momento siempre y cuando se cuente con pruebas fidedignas de que la paciente no está embarazada. Se recomienda un test de embarazo negativo en pacientes con tiempo de ovulación no claro, con dicha prueba tomada dos semanas después de la última relación sexual de riesgo.

El inicio del efecto anticonceptivo varía de acuerdo con el dispositivo, el DIU de cobre inicia su acción anticonceptiva de manera inmediata. El LNGDIUS es efectivo de manera inmediata solamente si se coloca de manera inmediata posterior a la menstruación. Se recomienda una visita a las 3- 6 semanas o luego de la primera menstruación post inserción, para excluir: perforación, infección o expulsión. No obstante si la paciente permanece asintomática y es capaz de sentir las tiras del DIU en la vagina la cita de control puede no ser necesaria. Otros

momentos recomendados para la inserción son posteriores al parto, cesárea o aborto. En el periodo postparto se puede colocar el DIU durante las primeras 48 horas posterior al alumbramiento o 4 semanas posterior al parto. La colocación en el posparto inmediato no se asocia a un aumento de infección, sangrado puerperal o disminución en la velocidad de involución uterina, pero si se asocia a un aumento en el riesgo de expulsión. (5)

2.2.2.3 Enfermedad Pélvica Inflamatoria y DIU

Los estudios más recientes que evalúan la relación entre el riesgo de inserción del DIU y la EPI han concluido que el riesgo es bajo. El riesgo después de la inserción aumenta únicamente de manera leve durante los 20 días posteriores a la inserción dado al ascenso de bacterias intracervicales. Este riesgo disminuye a 1.4 mujeres por cada 1000 por año de uso luego de los primeros 20 días y permanece bajo durante todo el periodo de uso recomendado. (3)

2.2.2.4 Infertilidad y DIU

La relación entre AIU y la infertilidad se ha rechazado, en un estudio con 1895 mujeres con infertilidad tubárica primaria se encontró que la utilización previa de DIU de cobre no se asocia con un riesgo aumentado de oclusión tubárica ni siquiera en

pacientes nulíparas. Las mujeres pueden esperar un rápido retorno de la fertilidad después del retiro del DIU. (7)

2.2.2.5 Embarazo Ectópico

Existe un malentendido respecto a la prevención del embarazo ectópico, los métodos anticonceptivos altamente efectivos protegen tanto de los embarazos intrauterinos, como de los embarazos ectópicos. Aunque el DIU protege con mayor efectividad contra el embarazo intrauterino, que contra el embarazo ectópico. Dado su alta efectividad y apego es aun así un método efectivo de protección contra el embarazo ectópico, y no se considera contraindicación el antecedente de un embarazo ectópico. (7)

2.2.2.6 Uso en Mujeres Nulíparas y DIU

De manera histórica la AIU se ofrecía únicamente a mujeres mayores, multíparas y en una relación monógama. Dicha restricción se basaba en datos antiguos que ligaban la utilización de DIU con EPI e infertilidad. Sin embargo como se discutió de manera previa el DIU se asocia solo a una elevación transitoria del riesgo de EPI y se considera una opción segura en mujeres nulíparas y multíparas, con bajo riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual. También se puede utilizar en adolescentes y mujeres jóvenes (donde existe alto riesgo de

fallo con otros métodos anticonceptivos que dependen del apego del paciente). (1)

2.2.2.7 Uso En Pacientes con Otras Enfermedades Médicas

La anticoncepción en pacientes con otras enfermedades subyacentes puede ser compleja. El LNGIUS es considerado un método apropiado en mujeres con HTA, no aumenta el riesgo de infarto agudo de miocardio y es seguro en mujeres con diabetes mellitus. Además dado que las mujeres obesas poseen un riesgo aumentado de sangrado uterino anormal y neoplasia endometrial el uso de LNGIUS debe valorarse como una opción beneficiosa. Se ha demostrado que el LNGUS permanece activo en pacientes con tratamiento anticonvulsivante u otros inductores de la actividad enzimática hepática. También se ha demostrado su seguridad en pacientes VIH, Por su parte el dispositivo de cobre no posee ningún componente hormonal y por lo tanto se recomienda en pacientes en las cuales se necesita evitar la exposición a hormonas. (1)

2.2.2.8 Terapias

La terapia con DIU es una opción altamente efectiva comparable con la esterilización quirúrgica, con la ventaja de que es reversible. (6)

La anticoncepción con DIU presenta pocas contraindicaciones absolutas que se revisaron previamente. El riesgo aumentado

de EPI, secundario a la utilización de DIU, se limita al primer mes post colocación. Es segura y efectiva en poblaciones que antes se consideraban no aptas: mujeres nulíparas, jóvenes y adolescentes, y mujeres con antecedente de embarazo ectópico. Los DIU son un anticonceptivo seguro en pacientes con condiciones médicas asociadas como DM, HTA, infección por VIH y se deben considerar seriamente en dichas ocasiones. La elección de un método anticonceptivo es una labor conjunta entre el médico y la paciente. Los DIU se deben tener en cuenta como métodos sencillos, seguros y efectivos y recomendarse a la población general. Mas la decisión final recae en el binomio médico-paciente.

2.2.2.9 Dispositivo Intrauterino Liberador de Cobre

Son dispositivos que se insertan en la cavidad uterina y liberan cobre. El único que el Ministerio de Salud dispone es la T de Cobre 380-A que tiene una duración de 10 años.

a) **Principales Mecanismos de Acción (dispositivo liberador de cobre).** Afectan la capacidad de los espermatozoides de pasar a través de la cavidad uterina ya sea inmovilizándolos o destruyéndolos. Interfieren en el proceso reproductor antes que ocurra la fertilización.

b) Tasa de falla

Falla teórica 0.8 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año.

Falla de uso típico 0.6 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año.

c) Características

Eficacia elevada e inmediata.

No interfiere con el coito.

Retorno inmediato de la fecundidad al retirarse.

Requiere examen pélvico previo, recomendándose la detección clínica de infecciones del tracto genital (ITG) antes de la inserción.

En algunas mujeres puede incrementar los espasmos y el sangrado menstrual sobre todo durante los primeros meses de uso. Del 1 al 2% se expulsan en forma espontánea.

No previene las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), VIH SIDA, ni el HTVL1. Para mayor protección es recomendable el uso de condón.

d) Forma de uso, Se puede insertar: En los primeros 5 días del ciclo menstrual o en cambio de método.

En el post parto inmediato hasta 48 horas.

Durante la operación cesárea.

En el puerperio tardío a partir de la sexta semana.

En el post aborto inmediato o en los primeros 7 días post aborto no complicado. (8)

Siempre debe ser insertado y extraído por personal profesional capacitado (Médico u obstetra).

e) Contraindicaciones

Mujeres con embarazo (embarazo posible o confirmado). !

Mujeres con sangrado genital anormal no investigado.

Mujeres con múltiples parejas sexuales que no usen condón.

Mujeres cuyas parejas tengan a su vez múltiples parejas sexuales, que no usen condón.

Mujeres con infección activa del tracto genital, ejemplo: cervicitis aguda moco purulenta o vaginitis severa.

Si la mujer o su pareja tienen un alto riesgo para ITS, se les debe orientar sobre otra alternativa anticonceptiva.

Mujeres con enfermedad pélvica inflamatoria (EPI) actual o reciente (dentro de los 3 meses).

Mujeres con anomalías uterinas o con tumores benignos (fibromas) de útero que distorsionen en forma significativa la cavidad uterina.

Mujeres con cáncer genital.

f) **Manejo según condiciones especiales:** Dismenorrea severa, estenosis cervical, displasia cervical, anemia, vaginitis, cardiopatía valvular (Ver “Guía Nacional de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva”).

g) **Manejo de los posibles efectos** o complicaciones más frecuentes Amenorrea, dismenorrea severa, sangrado vaginal, flujo vaginal anormal, sospecha de EPI, perforación uterina, hilos ausentes, pareja siente los hilos (Ver “Guía

Nacional de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva”). h) Programación de seguimiento:

Es importante que las mujeres acudan al primer control entre las cuatro o seis semanas luego de la inserción. (8)

2.2.2.10 Dispositivo Intrauterino Liberador de Progestágeno

Son dispositivos que se insertan en la cavidad uterina y liberan levonorgestrel y tiene una duración de 5 años. El Ministerio de Salud no dispone de este dispositivo intrauterino.

a) Mecanismos de Acción (dispositivo liberador de progestágeno) Espesamiento del moco cervical, impidiendo la penetración de los espermatozoides. Supresión de la ovulación. Cambios en el endometrio.

b) Tasa de falla: Falla teórica 0.1 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año. Falla de uso típico 0.1 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año.

c) Características: Eficacia elevada e inmediata. No interfiere con el coito. Retorno inmediato de la fecundidad al retirarse. Requiere examen pélvico previo, recomendándose la detección clínica de infecciones del tracto genital (ITG) antes de la inserción. En algunas mujeres puede producir amenorrea. Mejoran la anemia. Previenen los embarazos ectópicos. Rápido retorno a la fertilidad. Del 1 al 2% se expulsan en forma espontánea.

No previene las ITS, VIH SIDA, ni el HTVL1.

Para mayor protección es recomendable el uso de preservativo en las parejas en riesgo.

d) Forma de uso: Se puede insertar: En los primeros 5 días del ciclo menstrual o en cualquier momento del ciclo, siempre que se esté razonablemente seguro que no existe una gestación. En el post parto inmediato hasta 48 horas. Durante la operación cesárea. En el puerperio tardío a partir de la sexta semana. (8)

En el post aborto inmediato o en los primeros 7 días post aborto no complicado. Siempre debe ser insertado y extraído por personal adecuadamente capacitado (Médico u obstetrix).

e) Contraindicaciones: Mujeres con embarazo (embarazo posible o confirmado). Mujeres con sangrado genital anormal no investigado. Mujeres con múltiples parejas sexuales que no usen condón. Mujeres cuyas parejas tengan a su vez múltiples parejas sexuales, que no usen condón. Mujeres con infección activa del tracto genital, ejemplo: cervicitis aguda moco purulenta o vaginitis severa. Si la mujer o su pareja tienen un alto riesgo para ITS, se les debe orientar sobre otra alternativa anticonceptiva. Mujeres con enfermedad pélvica inflamatoria (EPI) actual o reciente (dentro de los 3 meses). Mujeres con anomalías uterinas o con tumores benignos (fibromas) de útero que distorsionen

en forma significativa la cavidad uterina. Mujeres con cáncer genital. (8)

- f) Manejo según condiciones especiales:** En las siguientes condiciones se deberá extraer el DIU y solicitar consulta al especialista: Migraña o cefalea grave. Ictericia. Aumento notable de la presión arterial. Neoplasia de útero o mama. Enfermedad cardiovascular grave. (Ver “Guía Nacional de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva”).
- g) Manejo de los posibles efectos** o complicaciones más frecuentes Dismenorrea, trastornos menstruales, perforación uterina, hilos ausentes, pareja siente los hilos (Ver “Guía Nacional de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva”).
- h) Programación de seguimiento:** Es importante que las mujeres acudan al primer control entre las cuatro o seis semanas luego de la inserción. Las citas subsiguientes se programarán cada año para promover una consulta de promoción de salud reproductiva integral. Es conveniente mencionar a la usuaria que puede acudir al establecimiento en cualquier momento que ella o su pareja crea necesario.

2.3 CLASIFICACION DE LOS DISPOSITIVOS INTRAUTERINOS.

Los DIU actualmente utilizados se denominan medicados o bioactivos. Los dispositivos medicados a su vez pueden ser:

- Medicados con cobre y plata o cobre y oro.

- Sistemas liberadores de hormonas.
- Dispositivos intrauterinos con cobre o cobre y plata o cobre y oro.
- Existen diferentes modelos de DIU medicados con metales:
 - Tcu-380.A, Tcu-380 slimline (más delgado).
 - Tcu-200.
 - Tcu200B.
 - Tcu220C.
 - Nova-T.
 - Multiload-250.
 - Multiload-375.

En algunos países hay otros modelos sin marca registrada similares a los listados.

El DIU más ampliamente disponibles llamado Tcu-380A. Su eficacia dura por lo menos 10 años.

2.3.1 Mecanismo de acción.

La variedad en el diseño se relaciona con la duración de la acción anticonceptiva que es proporcional a la superficie de cobre. También el diseño se asocia con la frecuencia de efectos adversos como la expulsión, el aumento del sangrado menstrual y la dismenorrea.

Son múltiples las evidencias científicas que demuestran que el mecanismo de acción del DIU es similar en todos los modelos medicados con metales. Se basa en prevenir la fecundación al crear un medio intrauterino hostil que resulta espermicida.

La presencia de cobre en el fluido intrauterino junto con la reacción del cuerpo extraño endometrial que induce en el dispositivo crea un medio que paraliza a los espermatozoides impidiendo su ascenso por el tracto genital superior, previo al encuentro con el ovulo. Algunos autores considera que además de esta paralización de los espermatozoides se acorta el tiempo de supervivencia de los mismos así como el ovulo, en ambos casos previamente al encuentro de las gametas (chi, 1989; kaunitz, 1997; kesseru, 1995; Johns Hopkins university, 1995).

Los dispositivos intrauterinos "medicados con hormonas" liberan lentamente las mismas a la luz de la cavidad uterina, teniendo una acción local con el mínimo pasaje de la sustancia a la circulación sistémica. Se describen principalmente dos modelos: uno conteniendo progesterona cuya duración es de un año y otro que libera levonogestrel (14mg /día) cuya duración es de 5 años (Johns Hopkins university, 1995, nilsson, 1999) el mecanismo de acción anticonceptiva de ambos dispositivos, medicados (con progesterona y con levonogestrel) se basa dos acciones fundamentales: el espesamiento del moco cervical que impide el ascenso de los espermatozoides a la cavidad uterina, y la atrofia del endometrio que crea un medio hostil a los espermatozoides y a su migración es decir que impiden la fecundación al impedir el encuentro de las gametas (chi, 1989; Johns Hopkins university, 1995; kaunitz, 1997; kesseru, 1995.). Eficacia. 0.6 a 0.8 embarazos por cada 100 mujeres durante el primer año de uso (1 en cada 125 a 170). Ventajas. No interfiere con las relaciones sexuales. Reversible en forma inmediata. No tienen ningún efecto en la cantidad o calidad de la leche

materna, pueden insertarse inmediatamente después del parto (a excepción de los DUI que liberan hormonas) o después de un aborto) cuando no hay indicio de infección). Ninguna interacción con otras medicinas.

Desventajas los efectos secundarios comunes no son señal de enfermedad como: cambios menstruales. Son comunes los primeros tres meses. Suelen disminuir posteriormente. Sangrado vaginal abundante y más prolongado.

Sangrado o goteo vaginal entre periodos. Mas cólicos o dolor durante los periodos. No son recomendados en las mujeres que no han tenido hijos. No protege contra infecciones de transmisión sexual (ITS) no es aconsejable en mujeres que han tenido recientemente ITS.

2.3.2 Momento de inserción.

Como toda práctica médica requiere la confección y firma de un consentimiento informado. El mismo garantiza que la mujer ha sido informada del procedimiento al que se va a someter (la inserción) y acepta libremente que el profesional efectuó la maniobra.

El periodo conveniente para la inserción del DUI es durante la menstruación o inmediatamente después de ella ya que el canal del cuello uterino se dilata ligeramente, lo que facilita la inserción del dispositivo.

La presencia de la menstruación reduce el riesgo de inserción a comienzos de un embarazo. También se puede colocar aunque con mayor posibilidad de expulsión espontanea, inmediatamente a un aborto

espontaneo o aun parto si no existe sospecha de infección (Zhou, 991; o Harley, 1992, ACOG, 1992).

2.3.3 Técnica para la inserción de un DIU

- Realizar un examen pélvico cuidadoso verificar de qué posición se encuentra el útero.
 - Limpiar cuidadosamente el cuello uterino y la vagina varias veces con una solución antiséptica como el yodo.
 - Insertar el DIU de acuerdo a las instrucciones del fabricante, alto en la cavidad uterina, con especial cuidado de evitar la perforación.
 - Es preferible usar técnica de inserción sin tocar que incluye:
 - a) Colocar el DIU en el insertor mientras ambas partes aún se encuentran en la envoltura estéril;
 - b) Limpiar el cuello uterino con un antiséptico antes de insertar el DIU;
 - c) Tener cuidado de no tocar la pared vaginal ni las paletas del especulo con la sonda uterina ni con el insertor del DIU.
 - d) Hacer pasar únicamente una vez a través del canal cervical tanto la sonda uterina como el insertor que lleva el DIU.
- Solicitar a la mujer que informe si siente dolor en cualquier momento del procedimiento, se puede administrar un medicamento anti prostaglandina (indometacina, ibuprofeno) 30 minutos antes de la inserción para reducir los cólicos y dolor.

2.3.4 Técnica de colocación de un DIU post parto.

- Masaje uterino hasta disminuir el sangrado.
- Insertar el DIU dentro de los 10 minutos posteriores al alumbramiento placentario.
- No administrar analgesia o anestesia.
- Tomar el dispositivo con pinza de aro.
- Colocar el DIU en la cavidad uterina.
- Mantener abdomen y útero con la mano libre.
- Asegurarse de que el dispositivo este lo más cerca posible del fondo uterino.
- Soltar el DIU y rotar la pinza de aro en 45°.
- Desplazar la pinza lateralmente antes de retirarla suavemente.

Seguimiento. Control a las cuatro semanas para comprobar la colocación correcta, visualizando los hilos del dispositivo. En caso que estos no se observen, realizar control ecográfico. Si se comprueba la pérdida del DIU, plantear una nueva inserción.

Anualmente realizar un examen clínico ginecológico y examen del Papanicolaou.

2.3.5 Problemas biológicos que pueden aparecer durante el uso del DIU.

- **Expulsión:** antes de colocar un nuevo dispositivo deberá reevaluar la indicación.
- **Perforación:** cuando ocurra durante la inserción deberá suspenderse el procedimiento.

- **Translocación:** deberá localizarse el dispositivo en el abdomen mediante radiografías simples, ecografía, etc. Si se dispone de laparoscopia podrá intentarse su extracción por vía endoscopia.
- **Hipermenorrea y dolor:** cuando su magnitud lo justifique se tratan con inhibidores de prostaglandinas, no esteroides, o acetato de norestisterona (2 comprimidos por día durante 10 a 20 días). Es bajo el porcentaje de casos en que se hace necesaria la extracción del dispositivo por la intensidad del síntoma.
- **Metrorragia intermenstrual:** si se presenta en forma reiterada intentar tratamiento antiinflamatorio antibiótico u hormonal. Si no responde deberá evaluarse la posibilidad de reiterar el DIU. si la metrorragia persiste se practicara legrado biopsico.
- **Enfermedad pélvica inflamatoria (EPI):** extracción del dispositivo previa cobertura con antibióticos durante 24 a 48 horas y se completara luego del tratamiento de acuerdo al cuadro clínico.
- **Citología oncologicapositiva:** si el estudio citológico de rutina demuestra positividad deberá extraerse el dispositivo y proceder de acuerdo a las normas del servicio.
- **Embarazo ectópico:** si bien el DIU disminuye la incidencia de embarazo ectópico en relación a las mujeres no protegidas, del total de usuarias del DIU que se embarazan (0,6 a 0,8 % durante el primer año de uso), el 3 al 9% corresponden a embarazos ectópicos) días, 1997; Hatcher, 1994; Johns Hopkins university, 1995; Kaunitz, 1997).

2.3.6 Razones para su remoción.

- Por **solicitud** de la mujer.
- Cualquier efecto secundario que hace a la mujer solicitar su remoción, incluyendo el dolor.
- Razones medicas
 - Embarazo
 - Enfermedad pélvica inflamatoria aguda.
 - Perforación del útero
 - DIU con expulsión parcial
 - Sangrado intermenstrual o muy abundante durante las menstruaciones.
 - cuando la vida útil del DIU ha terminado.
- un año después de su periodo pre menopáusico.

2.4 DEFINICION DE TERMINOS BASICOS.

- **DIU T Cu 380A:** Es un dispositivo intrauterino compuesto de cobre modelo 380A, de material plástico en forma de "T", el cual tiene ensambladas piezas de cobre con área total de $380 \pm 23 \text{ mm}^2$.
- **Consejería:** es una **ciencia** y arte que integra conocimientos del campo de la teología, psicología, sociología, antropología, medicina, educación y ética con la intención de asistir al ser humano en su proceso de crecimiento y despliegue integral.
- **Reversible:** hace referencia a la posibilidad de que algo vuelva a su condición previa o a su estado anterior.
- **Elegir:** Escoger, preferir a alguien o algo para un fin.

- **Método Anticonceptivo:** son diferentes maneras de prevenir embarazos antes de que sucedan.
- **Proveedor:** Persona que provee o abastece de todo lo necesario para un fin.
- **Percepción:** proceso cognitivo que consiste en el reconocimiento, interpretación y significación para elaborar juicios entorno a las sensaciones obtenidas del ambiente físico y social.
- **Rechazo:** Mostrar oposición o desprecio a una persona, grupo, comunidad, etc.
- **Temor: Presunción** o sospecha, particularmente de un posible daño o perjuicio.
- **Suministros:** se hace referencia al acto y consecuencia de suministrar(es decir, proveer a alguien de algo que quiere). El término menciona tanto a la provisión de víveres o utensilios como a los objetos y efectos que se han suministrado.

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

3.1.1 Tipo de Investigación

Prospectivo de corte transversal

3.1.2 Nivel de Investigación

El alcance del presente estudio es correlacional, en este nivel la estadística solo demuestra dependencia entre eventos, además de no ser estudios de causa y efecto.

3.1.3 Método

El método a utilizar es el cuantitativo o método tradicional, este se fundamenta en la medición de las características de los fenómenos sociales, lo cual supone derivar de un marco conceptual pertinente al problema analizado, una serie de postulados que expresen relaciones

entre las variables estudiadas de forma deductiva. Este método tiende a generalizar y normalizar resultados.

3.2 POBLACIÓN Y MUESTRA DE LA INVESTIGACIÓN

3.2.1 Población

Para efectos del tamaño de la población se tomó al total de mujeres en edad fértil atendidos en el servicio de planificación familiar del C.S TAMBURCO, previo al ámbito temporal de estudio, que fue de 150 mujeres.

3.2.2 Unidad De Análisis

Esta constituidos por las mujeres comprendidas de 15 a 49 años de edad.

3.2.3 Muestra

Para determinar el tamaño de la muestra, se utilizó el algoritmo para población conocida

$$n = \frac{N * Z_{1-\alpha/2}^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{1-\alpha/2}^2 * p * q}$$

Tamaño de la población	N	150
Error Alfa	A	0,05
Nivel de Confianza	$1-\alpha$	0,95
Z de $(1-\alpha)$	$(1-\alpha)$	1,96
Proporcion de pacientes que no practican el examen clínico de Mamas	P	0,50
Proporcion de pacientes que practican examen clínico de mamas. Su valor es $(1-p)$	Q	0,50
Precisión	D	0,05

Tamaño de la muestra	N	105
----------------------	---	-----

La muestra estará representada por 105 mujeres.

Z: nivel de confiabilidad

p: éxito

q: fracaso

d: Precisión

Para seleccionar las unidades de análisis que constituirán el tamaño de la muestra se utilizo, el muestreo no probabilístico por conveniencia.

- Criterios de inclusión:

- Pacientes a encuestar: Mujeres de 15 a 49 años de edad al momento que acude al establecimiento para su insumo o control prenatal del C.S TAMBURCO.

- Criterios de exclusión:

- Paciente que no desee participar en el estudio.
- Paciente con trastornos mentales que no estén acompañados por sus familiares.

- En el caso de que una paciente no otorgue su consentimiento se encuestara al inmediato siguiente.

3.3 VARIABLES

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE INDEPENDIENTE	DIMENSION	INDICADOR	VALOR FINAL	TIPO DE VARIABLE
Factor Personal	Edad por grupo etario	Fecha de nacimiento	De 15-49 años (MER)	numérica ordinal
	Ocupación	tipo de trabajo que realiza	ama de casa comerciante empleada	categórica nominal
	Religión	Tipo de religión que profesa	Católica Evangélica Ninguna Otra	Categórica nominal
	Estudios	Grado de instrucción	Sin estudios Primaria Secundaria Superior técnico Superior universitario	numérica ordinal
Factor Obstétrico	Toda característica que que representa un riesgo para la mujer en el embarazo, Parto y puerperio.	Número de hijos vivos	0 - a mas	numérica ordinal
		Periodo intergenesico	Tiempo que a pasado entre el nacimiento de un hijo y el siguiente.	numérica ordinal
		Informante: Persona que le proporcionó información de los MAC	Tec.en enfermería. Enfermera Medico Obstetra	Categórica nominal
Factor conocimiento	Métodos anticonceptivos (DIU)	Mecanismos de Acción Tasa de falla Características Forma de uso Efectos colaterales	Conoce muy poco Conoce Conoce muy bien	Categórica nominal
Factor Psicológico	Temor	Miedo a tener algo malo	Enfermedad a los efectos secundarios Al dolor, en el momento de la colocación, en el acto sexual.	Categórica nominal
VARIABLE DEPENDIENE	DIMENSION	INDICADOR	VALOR FINAL	TIPO DE VARIABLE
Uso del método anticonceptivo	Historia clínica	Dispositivo intrauterino	Si no	Categórica nominal

3.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE LA RECOLECCIÓN DE DATOS

3.4.1 Técnicas

La técnica a utilizar será la encuesta, esta busca conocer la reacción o la respuesta de un grupo de individuos que pueden corresponder a una muestra o a una población. Además se utilizó la técnica de la documentación para medir la variable de estudio uso de dispositivo intrauterino y los factores que limitan su prescripción.

3.4.2 Instrumentos

En el presente estudio de investigación se utilizó como instrumento un cuestionario distribuidos en tres secciones; el primero que contempla preguntas referidas a las características personales seguido de las preguntas obstétricas y en escala de Likert, están las preguntas de conocimiento y psicológico, fueron aplicadas a las usuarias. Anexo (2)

3.4.3 Procesamiento de la información

Para el procesamiento de los datos de las variables de estudio serán sometidos a control de calidad para ser ingresados a una matriz de datos en el software estadístico SPSS, versión 22 para obtener resultados que serán presentados utilizando cuadros de distribución de frecuencias y de contingencia, así como los gráficos correspondientes sean barras, y gráficos de barras agrupadas; para el contraste de hipótesis se utilizó la prueba no paramétrica Chi cuadrado por tratarse de un estudio transversal y cuyas variables en estudio son aleatorias; además se tomara un nivel de significancia de 5%.

CAPITULO IV

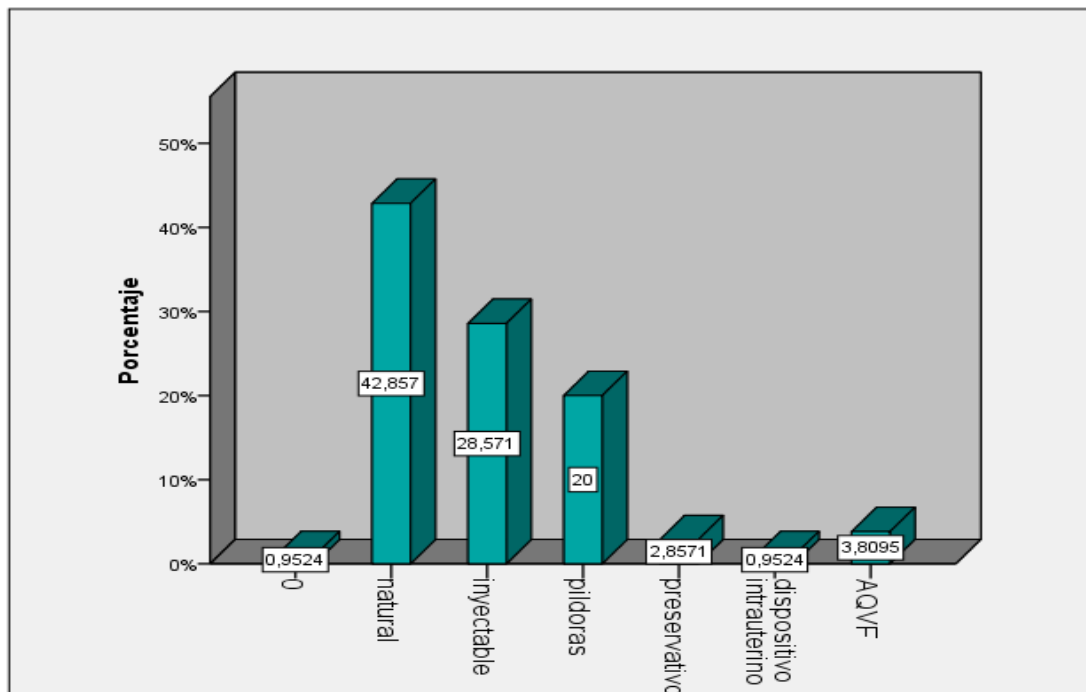
ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

4.1 Resultados.

Tabla 1.-Método anticonceptivo que usan las usuarias del consultorio planificación familiar del C.S. TAMBURCO.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	,00	1	1,0	1,0
Natural	45	42,9	42,9	43,8
Inyectable	30	28,6	28,6	72,4
Píldoras	21	20,0	20,0	92,4
Preservativo	3	2,9	2,9	95,2
dispositivo intrauterino	1	1,0	1,0	96,2
AQVF	4	3,8	3,8	100,0
Total	105	100,0	100,0	

Gráfico 1.-Método anticonceptivo que usan las usuarias del consultorio planificación familiar del C.S. TAMBURCO.

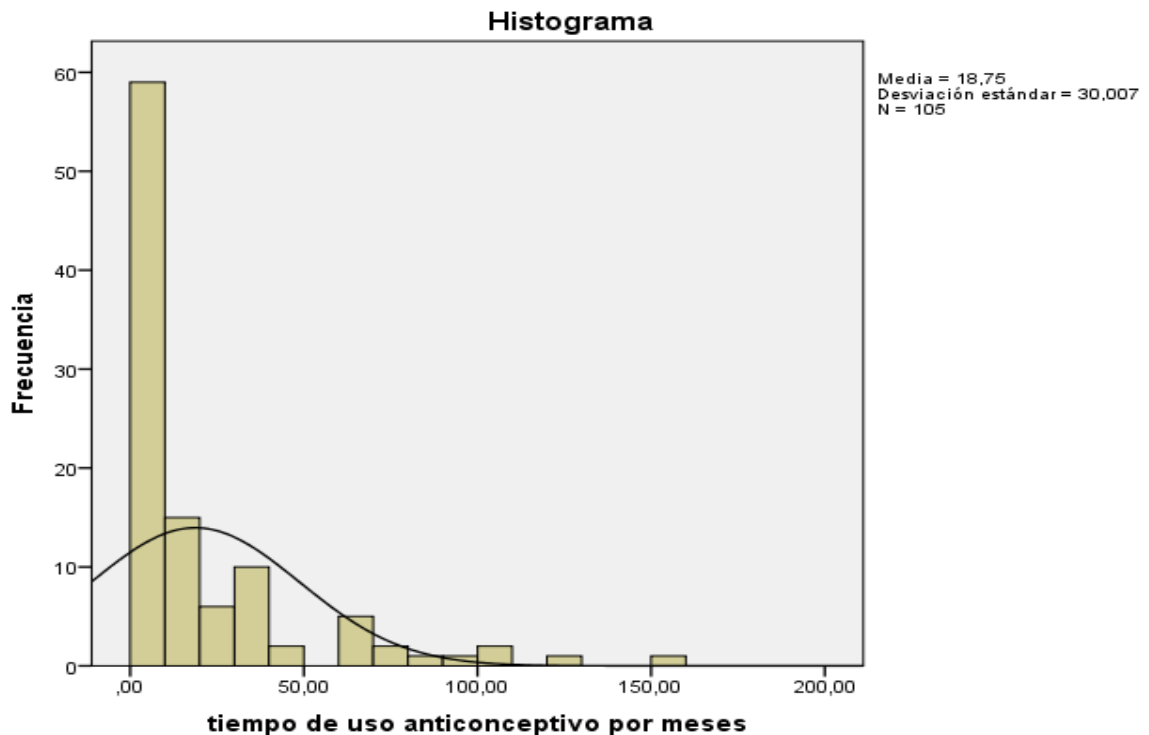


En este cuadro se observa que el 42.8% de las pacientes que acuden al centro de salud de TAMBURCO manifiestan cuidarse de manera natural para no quedar embarazada, seguido por el 28,5% que manifiestan utilizar el inyectable como método anticonceptivo, el 20,0% que manifiesta utilizar píldoras anticonceptivas, el 2,8 % que manifiesta utilizar el preservativo y el 3,8 % que manifiesta utilizar el AQVF y el 0,9 % el DIU, (p8).

Tabla 2.-Tiempo de uso anticonceptivo por meses de las usuarias del consultorio planificación familiar del C.S. TAMBURCO.

N	Válido	105
	Perdidos	0
Media		18,7524
Desviación estándar		30,00666
Mínimo		,00
Máximo		156,00
Percentiles	25	,0000
	50	4,0000
	75	24,0000

Gráfico 2.-Tiempo de uso anticonceptivo por meses de las usuarias del consultorio planificación familiar del C.S. TAMBURCO.

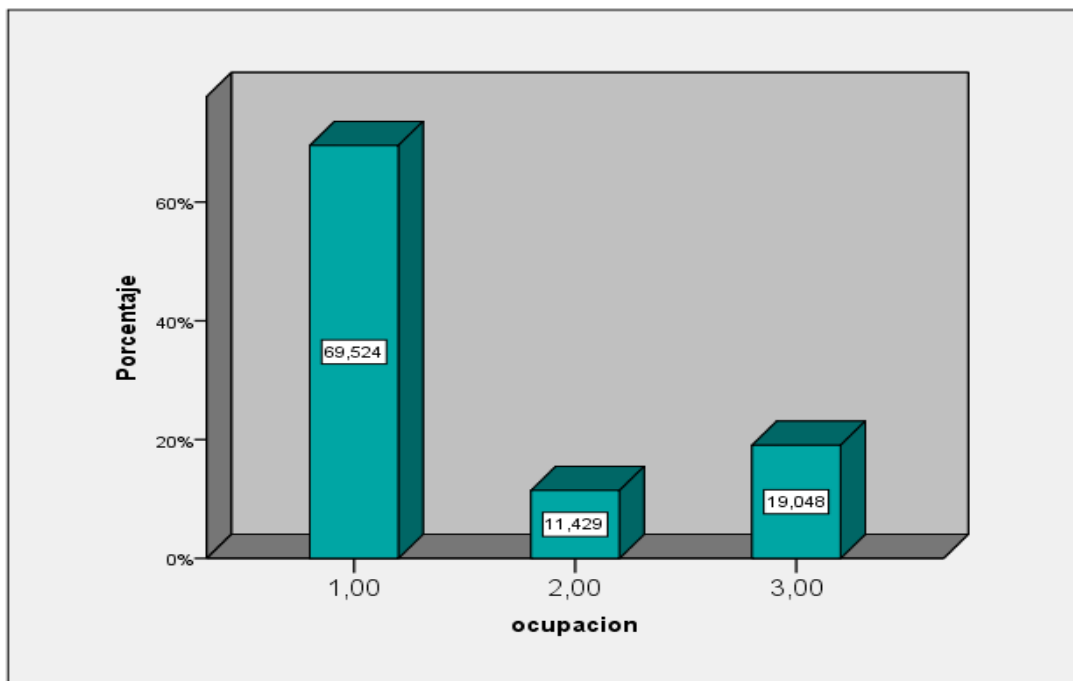


En este cuadro se observa el tiempo de uso de anticonceptivo por meses en las pacientes, que la media es de 18,7 y una desviación estándar de 30,0 y un máximo de 156,0 y en percentiles el 25% de pacientes no se cuidan, el 50 % se cuidaron por lo menos 3 meses con algunos de los métodos hormonales, en su totalidad suman 75 % se cuidan con métodos hormonales más de 3 meses, de las pacientes que acuden al centro de salud de TAMBURCO.

Tabla 3.-Ocupación de las usuarias del consultorio planificación familiar del C.S. TAMBURCO.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1,00	73	69,5	69,5	69,5
	2,00	12	11,4	11,4	81,0
	3,00	20	19,0	19,0	100,0
	Total	105	100,0	100,0	

Gráfico 3.-Ocupación de las usuarias del consultorio planificación familiar del C.S. TAMBURCO.

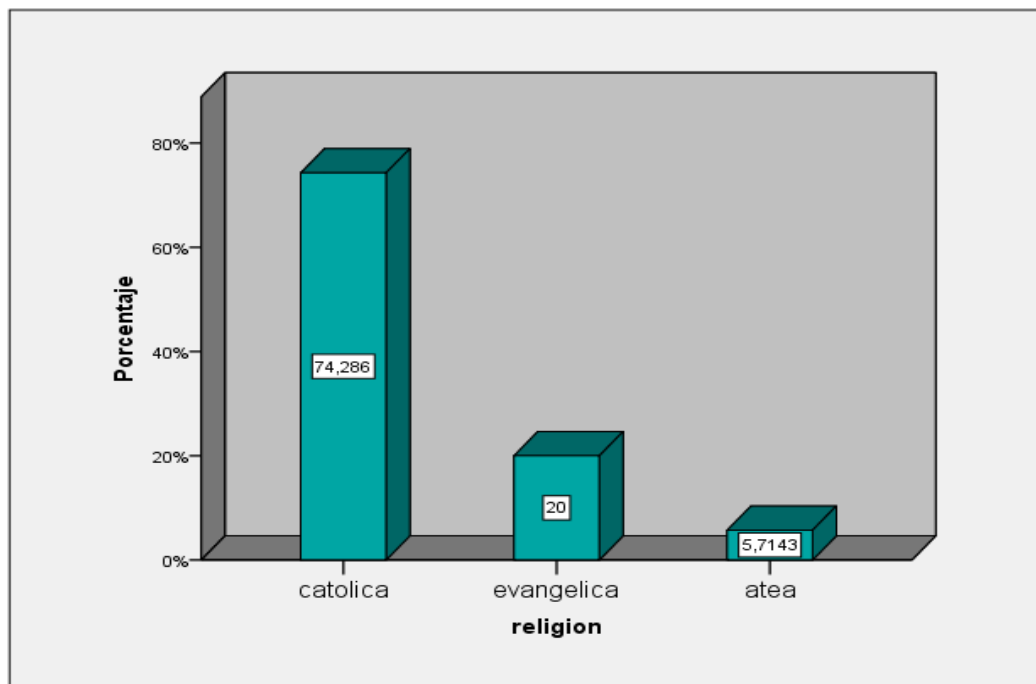


En este cuadro se observa que el 69.5% de las pacientes que acuden al centro de salud de TAMBURCO manifiestan dedicarse a ser amas de casa (p5), seguido por el 19,0% que manifiestan dedicarse a estudiar, y el 11,4% que manifiestan dedicarse a otros trabajos.

Tabla 4.-Religión de las usuarias del consultorio planificación familiar del C.S. TAMBURCO.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Católica	78	74,3	74,3	74,3
	Evangelica	21	20,0	20,0	94,3
	Atea	6	5,7	5,7	100,0
	Total	105	100,0	100,0	

Gráfico 4.-Religión de las usuarias del consultorio planificación familiar del C.S. TAMBURCO.

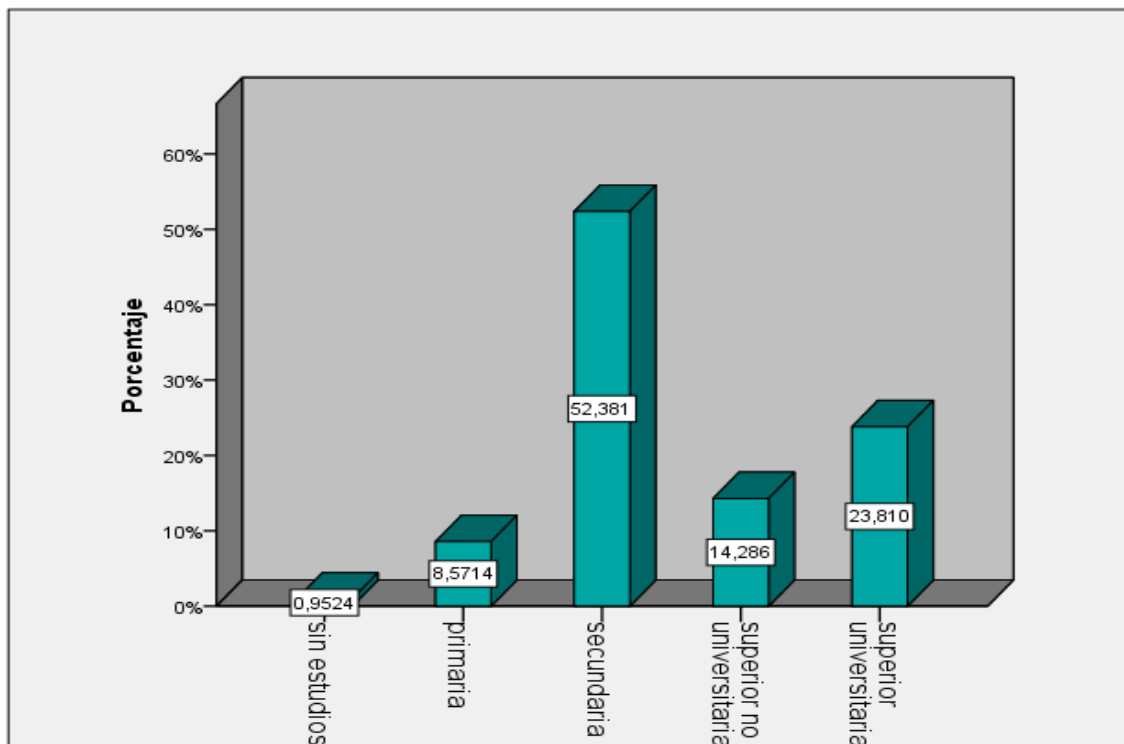


En este cuadro se observa que el 74.2% de las pacientes que acuden al centro de salud de TAMBURCO manifiestan ser de religión católica , seguido por el 20,0% que manifiestan ser de religión evangélica y el 5,7% que manifiesta no tener ninguna religión (ateas) (p6).

Tabla 5.-Grado de instrucción de las usuarias del consultorio planificación familiar del C.S. TAMBURCO.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	sin estudios	1	1,0	1,0	1,0
	Primaria	9	8,6	8,6	9,5
	Secundaria	55	52,4	52,4	61,9
	superior no universitaria	15	14,3	14,3	76,2
	superior universitaria	25	23,8	23,8	100,0
	Total	105	100,0	100,0	

Gráfico 5.-Grado de instrucción de las usuarias del consultorio planificación familiar del C.S. TAMBURCO.

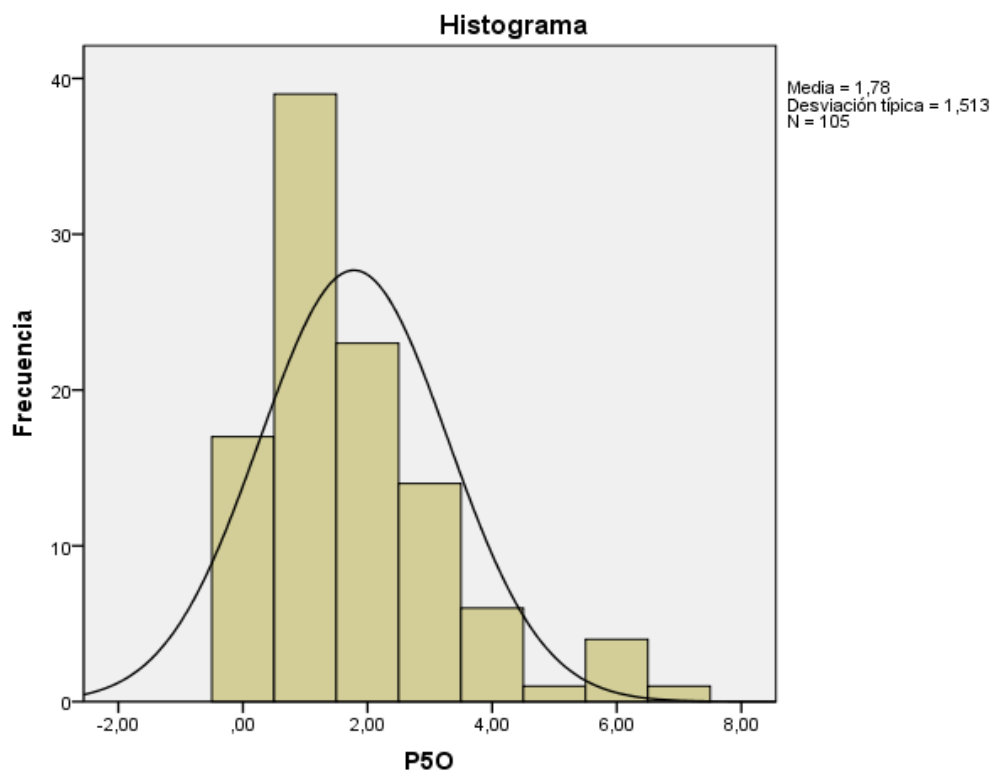


En este cuadro se observa que el 52.3% de las pacientes que acuden al centro de salud de TAMBURCO manifiestan haber culminado sus estudios de quinto año de secundaria, seguido por el 23,8% que manifiestan haber culminado sus estudios superior universitario, el 14,2% que manifiesta haber culminado sus estudios no universitarios (técnicos), el 8,5% manifiesta haber culminado sus estudios de sexto año de primaria, y un 0,9 % manifiesta no haber estudiado.(p4).

Tabla 6.-Número de hijos vivos de las usuarias del consultorio planificación familiar del C.S. TAMBURCO.

N	Válidos	105
	Perdidos	0
Media		1,7810
Desv. típ.		1,51265
Mínimo		,00
Máximo		7,00
Percentiles	25	1,0000
	50	1,0000
	75	2,5000

Gráfico 6.-Número de hijos vivos de las usuarias del consultorio planificación familiar del C.S. TAMBURCO.

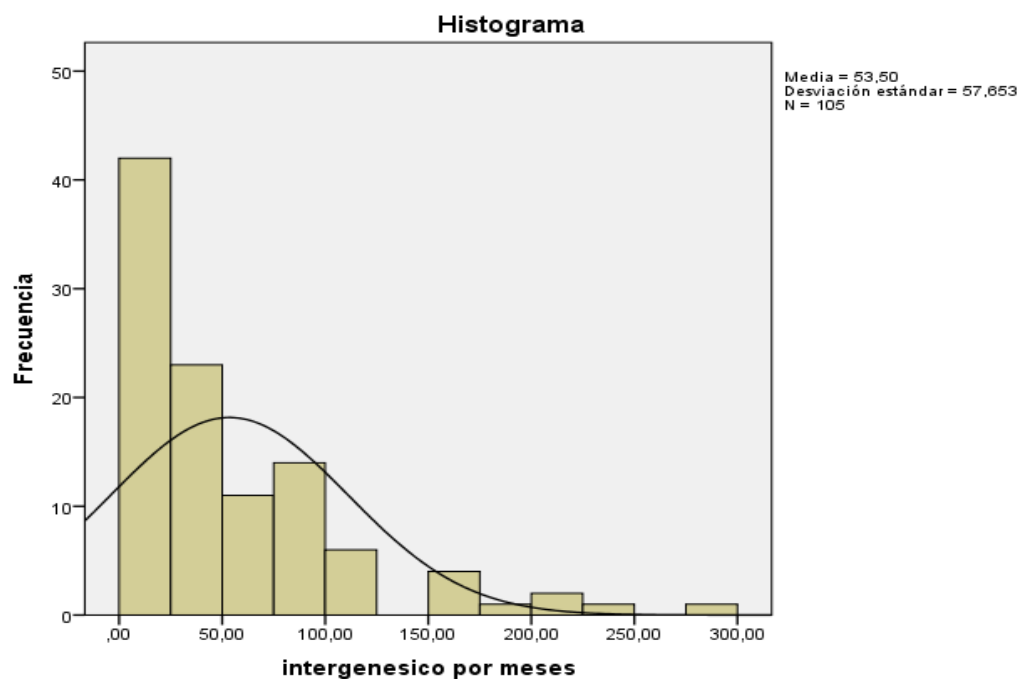


En este cuadro se observa el número de hijos de las pacientes que varían promedio, que la media es de 1,78 y una desviación estándar de 1,51 y un máximo de 7,0 y en percentiles el 25% tiene menos de 1,0 hijo, el 50 % tiene más 1,0 hijos, en general 75 % tiene más 2 a 3 hijos, las pacientes que acuden al centro de salud de TAMBURCO.

Tabla 7.-Periodo intergenésico por meses de las usuarias del consultorio planificación familiar del C.S. Tamburco.

N	Válido	105
	Perdidos	0
Media		53,4952
Desviación estándar		57,65283
Mínimo		,00
Máximo		276,00
Percentiles	25	7,5000
	50	36,0000
	75	84,0000

Gráfico 7.-periodo intergenésico por meses de las usuarias del consultorio planificación familiar del C.S. Tamburco.

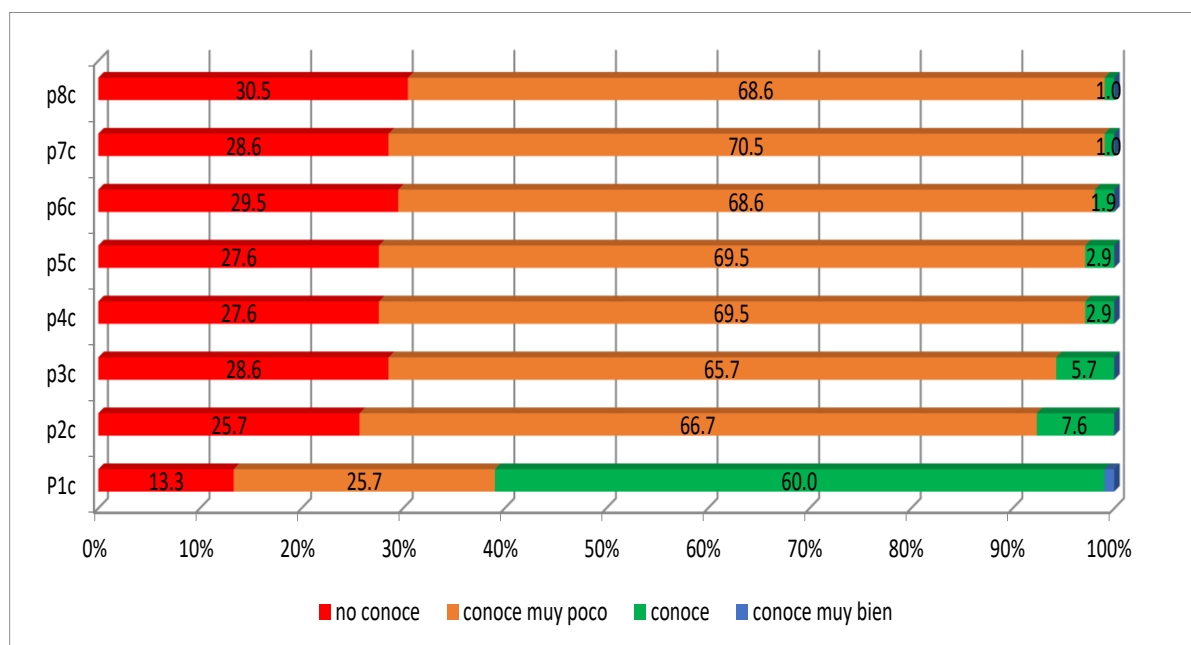


En este cuadro se observa el periodo intergenésico por meses de las pacientes que varían promedio, que la media es de 53,4 y una desviación estándar de 57,65 y un máximo de 276,0 y en percentiles el 25% espaciaron tener hijos menos de 3 años y el 50% espaciaron tener hijos más de 3 años y en general un 75% espacio tener hijos más de 3 a 4 años , en las pacientes que acuden al centro de salud de Tamburco.

Tabla 8.-Grado de conocimiento acerca del dispositivo intrauterino de las pacientes del C.S Tamburco.

		no conoce		conoce muy poco		conoce		conoce muy bien	
		n	%	n	%	n	%	N	%
P1c	¿Conoces al DIU como método anticonceptivo?	14	13.3	27	25.7	63	60.0	1	1.0
p2c	¿Conoces los tipos DIU que nos ofrecen en planificación familiar?	27	25.7	70	66.7	8	7.6	0	.0
p3c	¿Conoces las características del DIU?	30	28.6	69	65.7	6	5.7	0	.0
p4c	¿Conoces cómo funciona el DIU en tu organismo para que no quedes embarazada?	29	27.6	73	69.5	3	2.9	0	.0
p5c	¿Conoces cuáles son las ventajas del DIU?	29	27.6	73	69.5	3	2.9	0	.0
p6c	¿Conoces cuáles son las desventajas del DIU?	31	29.5	72	68.6	2	1.9	0	.0
p7c	¿Conoces de cuánto tiempo es eficaz el DIU?	30	28.6	74	70.5	1	1.0	0	.0
p8c	¿Conoces los signos de alarma después de la colocación del DIU?	32	30.5	72	68.6	1	1.0	0	.0

Gráfico 8.-Grado de conocimiento acerca del dispositivo intrauterino de las pacientes del C.S Tamburco.

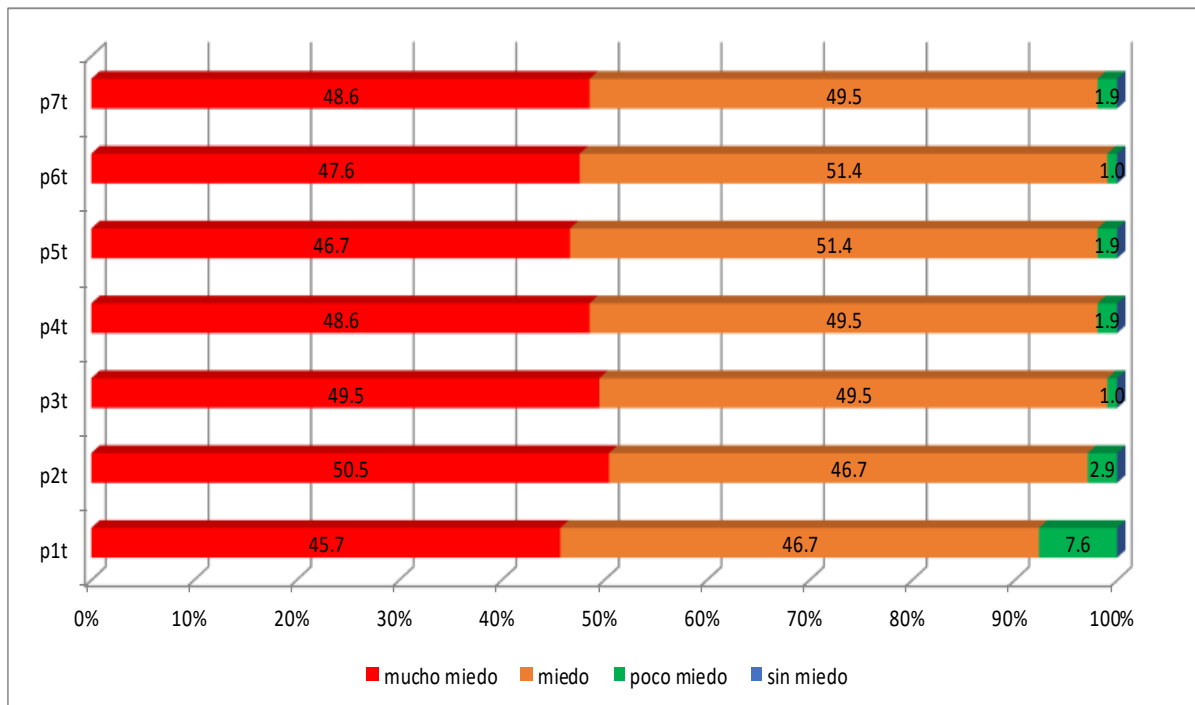


En este cuadro se observa que el 70.5% de las pacientes que acuden al centro de salud Tamburco desconocen la eficacia del DIU (p7), Seguido que el 69.5% de las pacientes desconocen las ventajas que tiene el DIU (p5), el 68.6% de las pacientes desconocen los signos de alarma de la colocación del DIU (p8), el 66.7% de las pacientes desconocen los tipos de DIU que nos provee el programa de planificación familiar p (2).

Tabla 9.-Grados de temerocidad acerca del dispositivo intrauterino en las pacientes del C.S TAMBURCO.

		mucho miedo		Miedo		poco miedo		sin miedo	
		n	%	n	%	n	%	n	%
p1t	Tienes temor de usar el DIU	48	45.7	49	46.7	8	7.6	0	.0
p2t	Tienes temor de usar el DIU por te contaron que produce cáncer al útero	53	50.5	49	46.7	3	2.9	0	.0
p3t	Tienes temor de usar el DIU porque te produce infecciones vaginales constantemente	52	49.5	52	49.5	1	1.0	0	.0
p4t	Tienes miedo de usar el DIU porque te producirá calambres	51	48.6	52	49.5	2	1.9	0	.0
p5t	Tienes miedo que el DIU incomoda a la pareja en las relaciones sexuales	49	46.7	54	51.4	2	1.9	0	.0
p6t	Tienes miedo al dolor en el momento de la colocación del DIU	50	47.6	54	51.4	1	1.0	0	.0
p7t	Tienes miedo al sangrado prolongado después de la colocación del DIU	51	48.6	52	49.5	2	1.9	0	.0

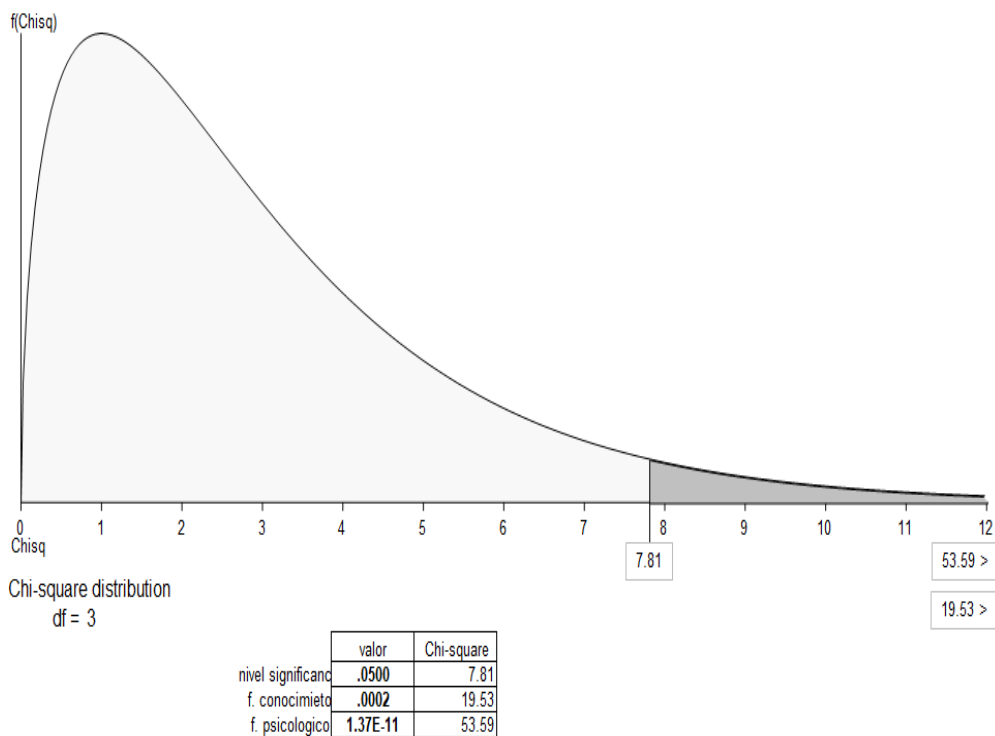
Gráfico 9.-Grados de temerocidad acerca del dispositivo intrauterino en las pacientes del C.S Tamburco.



En este cuadro se observa que el 50.5% de las pacientes que acuden al centro de salud de Tamburco manifiestan presentar mucho temor al momento colocación del DIU (p6), Seguido que el 49.5% de las pacientes presenta mucho miedo al sangrado prolongado después de la colocación del DIU (p7), el 46.7% de las pacientes presentan temor de usar el DIU (p1).

Tabla 10.-Prueba de chi cuadrada para factor personal, obstétrico, psicológico, conocimiento.

Factor		Chi-cuadrado	gl	Sig.
factor personal	Civil	94.800	2	.000
	Grado	83.429	4	.000
	Ocupación	62.800	2	.000
	Religión	82.457	2	.000
factor obstétrico	Mujer	33.152	1	.000
	Anticonceptivo	121.200	6	.000
	edad 1er embarazo	71.400	17	.000
	número de hijos	92.257	7	.000
	decisión de escoger te de cobre	101.038	1	.000
factor conocimiento		19.533	3	.000
factor psicológico		53.590	3	.000



Del cuadro se observa que los valores “sig.” Son 0.000 para todos los factores menores al nivel de significancia de 0.05 entonces se rechaza la hipótesis nula (Ho); por lo tanto podemos afirmar con un nivel de confianza del 95% que Los factores que limitan significativamente su prescripción son lo personal, psicológico, obstétrico y de conocimiento.

4.2 Discusión de resultados

En el presente estudio se observó que la mayoría de las mujeres tenía de 15 a 45 años, mientras que para Padilla Mendoza la edad prevalente se encuentra en el rango de 18 a 29 años con 58.5% y para Irinyenikan la edad es una de las causas de discontinuidad de método anticonceptivo.

Sobre el estado civil, 78% de la muestra conviven con su pareja y un 12,4% manifiestan ser solteras, 9.5% manifiestan ser casadas; sobre la ocupación, las mujeres un 69.5% son amas de casa seguido por el 19,0% que manifiestan dedicarse a estudiar, y el 11,4% manifiestan dedicarse a otros trabajos; con respecto al nivel educativo el 52,3% de las mujeres culminaron su educación secundaria, seguido por el 23,8% que manifiestan haber culminado sus estudios superior universitario, el 14,2% que manifiesta haber culminado sus estudios no universitarios (técnicos), el 8,5% manifiesta haber culminado sus estudios de sexto año de primaria, y un 0,9 % manifiesta no haber estudiado, datos que difieren de lo hallado por Irinyenikan y Del Ángel que consideran que el bajo nivel educativo son causa de discontinuidad para un método anticonceptivo.

Más del 78% son mujeres en edad fértil y el 21,3 % son gestantes; la mayoría de las mujeres se cuidan de manera natural o simplemente no se cuidan estamos hablando de un 42,8%, seguido por el 28,5% que manifiestan utilizar el inyectable como método anticonceptivo, el 20,0% que manifiesta utilizar píldoras anticonceptivas, el 2,8 % que manifiesta utilizar el preservativo y el 3,8 % que manifiesta utilizar el AQVF y el 0,9 % el DIU, no se encontraron estudios

que puedan ser discutidos, sin embargo datos proporcionados por la coordinación de Salud sexual y Reproductiva de la Diresa Apurímac, nos reporta que el 74,2% de las mujeres usan el DIU, seguido por el inyectable 71,9%, luego de píldoras 22%, seguido por el implante, y por último los preservativos, en el último año.

Sobre el tiempo de uso, un 50 % se cuidan por lo menos 3 meses con algunos de los métodos hormonales, y el 25% de pacientes no se cuidan dato que difiere para Navarro donde 32% no adoptaron ningún método anticonceptivo.

Sobre el nivel de conocimiento un 70.5% de las pacientes que acuden al centro de salud TAMBURCO desconocen la eficacia del DIU , Seguido que el 69.5% de las pacientes desconocen los signos de alarma después de la colocación del DIU, el 66.7% de las pacientes desconocen los tipos de DIU que nos provee el programa de planificación familiar, desconocen las ventajas que tiene el DIU, el 68.6% de las pacientes desconocen las ventajas de DIU, podemos afirmar que en su mayoría manifiestan desconocer este método (dispositivo intra uterino).y en cuanto a lo psicológico las pacientes el 50.4% de las pacientes que acuden al centro de salud de TAMBURCO manifiestan presentar mucho temor al momento colocación del DIU , Seguido que el 49.5% de las pacientes presenta mucho miedo al sangrado prolongado después de la colocación del DIU, el 46.7% de las pacientes presentan temor de usar el DIU , podemos afirmar que la mayoría manifiestan tener entre mucho miedo y un 49.5 % de miedo al uso del dispositivo intrauterino podemos afirmar que la mayoría muestra un grado de temerosidad al uso del dispositivo intrauterino y

a los efectos secundarios, incluyendo sus mitos y creencias de este método anticonceptivo, estos datos difieren de los hallados por Padilla Mendoza donde los factores asociados al no uso del dispositivo intrauterino más destacados fueron: presencia de temor en 58.51%, principalmente a efectos colaterales 54.39%; mitos 7.45%; creencias 32.98%, no efectividad del DIU 29.03%.

En este estudio se consideró los mitos, creencias y temores así mismo la atención del proveedor de salud que emite información escasa en las consejerías y a veces olvidan mencionar a la T de cobre o simplemente ya ni tocan el tema a la población en general y que posteriormente influirán en una actitud negativa como a la limitación del uso, similar conclusión llegó Hurtado Castillo.

Sobre el factor conocimiento están relacionado a la consejería y los 5 momentos fundamentales de la consejería que por mucha demanda de pacientes y falta de tiempo no se aplica en la práctica, las obstetras cuando transmiten mensajes se enfocan en un solo método por lo tanto las usuarias no reciben la información completa sobre la gama de métodos anticonceptivos, esta conclusión es muy parecida a la que llegó Gyapong y cols., donde manifiestan que los conocimientos y habilidades de los proveedores eran inadecuados, con frecuencia, la consejería y promoción sobre el dispositivo intrauterino fue inadecuada.

CONCLUSIONES

En el factor personal podemos afirmar que la edad, grado de instrucción, ocupación, religión intervienen en la retención de información de las usuarias, la mayoría afirmó culminar su educación secundaria de ellas que se dedican solo a la casa, donde no se informan más de los métodos anticonceptivos viven aisladas de información, la religión algunas les impide usar métodos anticonceptivos.

En el factor obstétrico podemos encontrar que la mayoría de las pacientes del C.S TAMBURCO, no se cuida con los métodos anticonceptivos porque tienen desconfianza hacia estos, entre los temores y mitos aún prevalecen en la población femenina tales como la restricción del uso del dispositivo intra uterino en nulíparas o con antecedente de embarazo ectópico, el efecto cancerígeno y la incomodidad de los hilos del dispositivo durante el acto sexual, constantes infecciones vaginales, la atención del proveedor de salud que provoca rechazo al uso: no se brinda información suficiente para la consejería del T de cobre por falta de tiempo ya que hay mucha demanda de pacientes.

El nivel de conocimiento sobre el dispositivo intra uterino en las usuarias de 15 a 45 años de edad es bajo. (Conoce muy poco)

Los conocimientos y miedo frente al dispositivo intra uterino presentaron un 60. % de conocimiento como método anticonceptivo pero más a detallado y profundizado se desconoce por lo tanto desconfían tienen ideas erróneas acerca de método anticonceptivo. Observándose que existe una relación muy significativa entre el

conocimiento y el temor que influye en la decisión del uso del dispositivo intra uterino en las pacientes que acuden en el C.S TAMBURCO.

En nuestro estudio según la prueba estadística podemos afirmar con un nivel de confianza del 95% que los factores que limitan significativamente su prescripción son lo personal, psicológico, obstétrico y de conocimiento.

RECOMENDACIÓN

El nivel de conocimiento se encuentra muy relacionado con el grado de temor, en las mujeres que interviene en la decisión del uso del dispositivo intrauterino, por ende se recomienda a todas las instancias, encargadas de la salud de la mujer, fortalecer, actualizar y promover las acciones informativas y educativas a la población, mediante el uso de medios masivos, charlas o sesiones para la sensibilización a este sector poblacional sobre todo respecto al tema, del dispositivo intra uterino y la gama de métodos anticonceptivos , estilos de vida saludable, etc., asimismo actualizar al personal de salud sobre las técnicas de colocación de la T de cobre, para favorecer una mayor demanda de la atención a las mujeres.

Se recomienda al personal de salud que mejore en la calidad y calidez de atención a las usuarias dedicándoles más tiempo para ofrecerles la gama de métodos anticonceptivos mejorando el entendimiento del dispositivo intra uterino, por otra parte se recomienda una mejor gestión de parte de los jefes del establecimiento para lograr una buena atención a los pacientes, en las visitas domiciliarias o salidas a campo poblacional.

Es importante que los alumnos en formación universitaria, en el campo de la salud, ofrezcan, desde su preparación sus conocimientos a la población dándoles a conocer acerca de los métodos anticonceptivos, resolver sus dudas, mitos y temores de las usuarias, sobretodo en el tema de los beneficios del dispositivo intrauterino.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. bedoya jm. dispositivos intrauterinos (DIU)y sus implicaciones. 1st ed. JOSE , editor. ESTADOS UNIDOS: USA; 1981.
2. patricia. www.cybertesis-peru. [Online].; 2004 [cited 2018 febrero 10. Available from: www.planificanet.gob.mx/php/metodos-anticonceptivos./diu.php.
3. SALUD MD. doctrinas y normas y procedimientos para el control las its y el sida en el peru. PROCETSS. 2013 OCTUBRE; 25(21).
4. SOLER PM. ESTRATEGIA SANITARIA DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA. In RESOLUCION MINISTERIAL; 2015; LIMA. p. 64 -67.
5. SALUD MD. GUIAS NACIONALES DE ATENCION INTEGRAL DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA. In GUIAS NACIONALES; 2004; LIMA. p. 85-108.
6. vargas e. anticoncepcion con dispositivo intrauterino. anticoncepcion. 2008 junio; 229(109).
7. SALUD MD. Medical eligibiliti y criteria for contraceptive use geneva. In organizacion mundial de la salud; 2004; lima. p. 60-72.
8. SHUWARCZ S. OBSTETRICIA. 6th ed. S.A. gl, editor. buenos aires- ARGENTINA: El ateneo; 2009.
9. SALUD MD. NORMA TECNICA DE PLANIFICACION. 9th ed. PERU , editor. Lima: HILMAR S. A; 2015.
10. SALUD MD. SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS E INSUMOS MEDICOS QUIRURGICOS. NORMATIVO. LIMA: DIGESA, LIMA; 2002. Report No.: 23.
11. cooper t. the population council y hteprogram for apropiate tegnology in health(path). 2nd ed. cooper T, editor. USA: whuashinton; 2013.
12. salud md. lineamientos para la conformacion de redes de salud. In lineamientos de la salud; 2001; lima. p. 50-68.
13. SALUD MD. norma tecnico administrativas para la atencion integral de la poblacion de 15-49 años. In atencion integral de la salud; 2012; lima. p. 93-113.
14. SALUD MD. Lineamientos de politica sectorial para el periodo 2012. In politicas de salud; 2008; lima-peru. p. 202-308.

15. salud omdl. www.gogle.com. [Online].; 2016 [cited 2018 marzo 5. Available from: <https://www.plannedparenthood.org/es/temas-salud/./dispositivo- intrauterino-diu.>
16. noriega. www.google.com. [Online].; 2011 [cited 2018 enero 15. Available from: <http://www.plannedparenthood.org/./como-funciona. el diu-de-cobre-como-antc.>
17. juan s. a.datum corporation. [Online].; 2006 [cited 2018 febrero 22. Available from: <https://es.wikipedia.org/wiki/dispositivo intrauterino.>

ANEXOS

ANEXO 01: MATRIZ DE CONSISTENCIA

Título: El uso del Dispositivo Intrauterino y los factores que limitan su prescripción, en mujeres que acuden al consultorio de planificación familiar del C.S
TAMBURCO de noviembre a enero 2018.

PROBLEMA GENERAL	OBJETIVO GENERAL	HIPOTESIS GENERAL	VARIABLE	DIMENSION	INDICADOR	INDICE	METODOLOGIA
¿Cómo es el uso del Dispositivo intrauterino y los factores que limitan su prescripción, en mujeres que acuden al consultorio de planificación familiar del C.S TAMBURCO de noviembre a enero 2018. ?	Determinar el uso del dispositivo intrauterino y los factores que limitan su prescripción en las mujeres que acuden al consultorio de planificación familiar del C.S TAMBURCO de noviembre a enero 2018.	Los factores que limitan su prescripción son, lo personal, psicológico, obstétrico y de conocimiento.	Uso del método anticonceptivo	Historia clínica	Dispositivo intrauterino	Si no	Tipo: Básica, observacional, prospectiva, transversal. Nivel: correlacional Diseño: no experimental Se recolectan datos y se describe relación.
PROBLEMA ESPESIFICOS	OBJETIVO ESPESIFICOS	HIPOTESIS ESPESIFICAS		Edad por grupo etario	Fecha de nacimiento	De 15-49 años (MER)	Método: cuantitativo
¿Cómo el factor personal limita su prescripción del dispositivo intrauterino?	Identificar como el factor personal limita su prescripción del dispositivo intrauterino.		Factor personal	Ocupación	tipo de trabajo que realiza	ama de casa comerciante empleada otras	Población:150 usuarias de planificación familiar Muestra: 50 usuarias de planificación familiar Tipo de muestreo: Probabilístico Técnica: encuesta Instrumento: cuestionario
				Religión	Tipo de religión que profesa	Católica Evangélica Ninguna Otra	
				estudios	Grado de instrucción	Sin estudios Primaria Secundaria Superior técnico Superior universitario	
¿Cómo el factor obstétrico limita su prescripción del dispositivo intrauterino?	Identificar como el factor obstétrico limita su prescripción del dispositivo intrauterino		Factor obstétrico	Toda característica que representa un riesgo a la mujer en el embarazo, parto y puerperio.	Número de hijos vivos Periodo intergenesico Informante: Persona que le proporcionó información de los MAC	0 - a mas Tiempo que a pasado entre el nacimiento de un hijo y el siguiente. Tec.en enfermería. Enfermera Medico Obstetra	
¿Cómo el factor conocimiento limita su prescripción del dispositivo intrauterino?	Identificar como el factor conocimiento limita su prescripción del dispositivo intrauterino		Factor conocimiento	Métodos anticonceptivos (DIU)	Mecanismos de Acción Tasa de falla Características Forma de uso Efectos colaterales	Conoce muy poco Conoce Conoce muy bien	
¿Cómo el factor psicológico limita su prescripción del dispositivo intrauterino?	Identificar como el factor psicológico limita su prescripción del dispositivo intrauterino		Factor psicológico	Temor	Miedo a tener algo malo	Enfermedad a los efectos secundarios Al dolor, en el momento de la colocación, en el acto sexual.	



DATOS PERSONALES DE LAS USUARIA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR.

NOMBRES Y APELLIDOS: _____

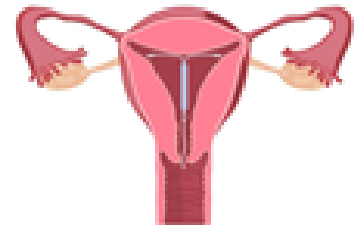
MARQUE CON ASPA (X) LAS SIGUIENTES PREGUNTAS:

FACTOR PERSONAL

1. Sexo: _____ 2. Edad: _____
3. Estado civil soltera () casada () conviviente () divorciada () viuda ()
4. Grado de instrucción sin estudios () primaria () secundaria () superior tec. () Superior univ. ()
5. Ocupación: _____
6. Religión o agrupación religiosa católica () evangélica () atea () otra () _____

FACTOR OBSTETRICO

1. MUJER: Gestante () en edad fértil ()
2. Método anticonceptivo que usa o (utilizo)
- Natural
- Inyectable
- Píldoras
- Preservativo
- Dispositivo intrauterino
- AQVF
3. Cuanto tiempo: _____
4. Su primer embarazo, ¿a qué edad fue?: _____
5. Mencione el número de hijos vivos que Ud. Tiene. _____
6. Diga Ud. Cuanto es el menor tiempo que ha pasado entre el nacimiento de un hijo y el siguiente:
Años: _____ meses: _____
7. Cuando fue al servicio de Planificación Familiar, ¿Ud. Ya tenía decidido escoger la T de cobre como método anticonceptivo?
Si () No () Indecisa ()
8. ¿Quién fue el encargado de proporcionarle dicha información?
• El médico () • La Obstetraz () • La enfermera () • La técnica de enfermería () • Otra persona ()



No conoce	Conoce muy poco	conoce	Conoce muy bien
1	2	3	4

N°	FACTOR CONOCIMIENTO	1	2	3	4
1	¿Conoces al DIU como método anticonceptivo?				
2	¿Conoces los tipos DIU que nos ofrecen en planificación familiar?				
3	¿Conoces las características del DIU?				
4	¿Conoces cómo funciona el DIU en tu organismo para que no quedes embarazada?				
5	¿Conoces cuáles son las ventajas del DIU?				
6	¿Conoces cuáles son las desventajas del DIU?				
7	¿Conoces de cuánto tiempo es eficaz el DIU?				
8	¿Conoces los signos de alarma después de la colocación del DIU?				

Mucho miedo	Miedo	Poco miedo	Sin miedo
1	2	3	4

N°	FACTOR PSICOLOGICO	1	2	3	4
1	Tienes temor de usar el DIU				
2	Tienes temor de usar el DIU por te contaron que produce cáncer al útero				
3	Tienes temor de usar el DIU porque te produce infecciones vaginales constantemente				
4	Tienes miedo de usar el DIU porque te producirá calambres				
5	Tienes miedo que el DIU incomoda a la pareja en las relaciones sexuales				
7	Tienes miedo al dolor en el momento de la colocación del DIU				
8	Tienes miedo al sangrado prolongado después de la colocación del DIU				

_____ FIRMMA Y N° DE DNI

GRACIAS POR SU COLAVORACION

GALERIA DE FOTOS

